

CÁC CHIỀU CẠNH XÃ HỘI CỦA PHÁT TRIỂN BỀN VỮNG ĐÔ THỊ TRONG QUÁ TRÌNH ĐÔ THỊ HÓA Ở VIỆT NAM

ĐOÀN KIM THẮNG*

1. Giới thiệu

Hệ thống đô thị giữ vai trò như một hệ thống “khung xương” phát triển của mỗi quốc gia. Tuy nhiên, bản thân mỗi đô thị trong quá trình phát triển đã và đang bộc lộ những mặt trái của nó, với những hệ lụy tiêu cực về kinh tế, xã hội và môi trường. Vì vậy, để các đô thị phát triển bền vững thì mỗi quốc gia cần có những chiến lược và kế hoạch cụ thể. Đây cũng là những vấn đề đang được đặt ra đối với hệ thống đô thị ở Việt Nam trong quá trình phát triển.

Trong điều kiện Việt Nam hiện nay, để bảo đảm những điều kiện cho sự phát triển bền vững các đô thị, bên cạnh việc tiếp tục thúc đẩy tăng trưởng về kinh tế, bảo vệ môi trường, cần chú ý tới các yếu tố xã hội, đó là: (1) Tăng khả năng và cơ hội tiếp cận dịch vụ xã hội cơ bản (chăm sóc sức khỏe, giáo dục, việc làm), đáp ứng các nhu cầu cơ bản của nhóm người nghèo và thu nhập thấp; khắc phục những bất bình đẳng về giới, chú ý tới các nhóm nhạy cảm, dễ bị tổn thương trong cơ chế thị trường; (2) Tăng cường sự tham gia của người dân và của cộng đồng vào quản lý và phát triển đô thị và (3) Phát triển một xã hội công dân hoạt động tích cực, tăng cường về mặt thể chế các quá trình địa phương.

2. Các chiều cạnh xã hội trong phát triển bền vững đô thị ở Việt Nam

2.1. Tăng khả năng và cơ hội tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản trong phát triển đô thị và đô thị hóa bền vững

Theo Tổng cục Thống kê, trong 10 năm 2002-2012, tốc độ tăng trưởng GDP hàng năm của nước ta là 6,5%, tỷ lệ nghèo đã giảm mạnh từ 22,3% (2002) xuống còn 11,1% năm 2012 (TCTK, 2014). Tuy nhiên, một số chính sách giảm nghèo chưa tới được các đối tượng nghèo ở thành thị như: chính sách hỗ trợ nhà ở, chính sách đào tạo nghề, chính sách chuyển giao kỹ thuật sản xuất...

Khảo sát tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 (UNDP, 2010) nêu lên 8 vấn đề nghèo đói của đô thị như: thu nhập, giáo dục, y tế, tiếp cận hệ thống an sinh xã hội, chất lượng và diện tích nhà ở, dịch vụ nhà ở, tham gia các hoạt động xã hội, an toàn xã hội. Khảo sát cũng cho thấy 42,8% dân cư đô thị tại thành phố Hồ Chí Minh không có thẻ bảo hiểm y tế.

* Th.S, Viện Xã hội học.

Đối với việc tiếp cận với nhà ở xã hội, Nghị định 71/NĐ-CP của Chính phủ ký ngày 23 tháng 6 năm 2010 quy định nhà ở xã hội cũng là nhà ở cho người thu nhập thấp, nhưng chương trình không đến được với người thu nhập thấp, người nhập cư không có hộ khẩu càng không có cơ hội tiếp cận với nhà ở này.

Có rất nhiều vấn đề xã hội liên quan đến hệ thống chính sách phúc lợi và an sinh xã hội với định hướng hỗ trợ cho người nghèo đô thị. Đó là những chính sách tăng khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ xã hội cơ bản về: chăm sóc sức khỏe, giáo dục, việc làm; những chính sách làm giảm sự bất bình đẳng về giới về nguồn gốc cư trú (dân nhập cư và dân gốc) và đặc biệt là chính sách có liên quan đến những nhóm xã hội đặc biệt, dễ tổn thương trong điều kiện cơ chế thị trường. Trong bài viết này, các vấn đề về tăng khả năng tiếp cận và sử dụng các dịch vụ xã hội cơ bản trong phát triển đô thị sẽ tập trung vào: *Tiếp cận dịch vụ giáo dục và dịch vụ y tế ở đô thị.*

2.1.1. Tiếp cận dịch vụ giáo dục phổ thông ở đô thị

Đảng và Nhà nước ta luôn coi phát triển giáo dục là quốc sách hàng đầu. Các thành phố là địa bàn có nhiều điều kiện thuận lợi hơn so với nông thôn trong lĩnh vực này. Tuy nhiên trong bối cảnh kinh tế thị trường, hệ thống giáo dục phổ thông ở các đô thị cũng không tránh khỏi những ảnh hưởng đa dạng và phức tạp. Kết quả khảo sát ở các thành phố Nam Định, Hải Phòng, Đà Nẵng cho thấy nhiều vấn đề đang được đặt ra trong đó vấn đề *tiếp cận với các dịch vụ thuộc hệ thống giáo dục phổ thông* ở đô thị đã được chú ý. Tại 3 thành phố được khảo sát này tỷ lệ trẻ trong độ tuổi đang đi học phổ thông là khá cao. Ở bậc Tiểu học và Trung học cơ sở thường có từ 98% đến 100% trẻ đến trường. Đối với bậc Trung học phổ thông, tỷ lệ này dao động ở mức 90% đối với Đà Nẵng và Hải Phòng; 95% ở Nam Định.

Vấn đề là có sự khác biệt trong tiếp cận giáo dục giữa trẻ em thuộc các hộ gia đình không nghèo, nghèo có hộ khẩu và nghèo không hộ khẩu. Có thể thấy rõ qua bảng sau:

Bảng 1. Tỷ lệ số hộ có con từ 6 đến 18 tuổi không đi học

Đơn vị: %

Thành phố	Khá giả	Nghèo có hộ khẩu	Nghèo không hộ khẩu	Chung
Đà Nẵng	8,7	17,5	27,6	10,1
Nam Định	1,9	10,8	41,5	4,0
Hải Phòng	7,3	16,3	-	8,3

Nguồn: Ngân hàng Thế giới. 2004. Khảo sát về giáo dục tại Đà Nẵng, Nam Định và Hải Phòng.

Kết quả khảo sát trên cho thấy, ngay ở các đô thị lớn, trẻ em nghèo, đặc biệt là trẻ em nghèo không có hộ khẩu vẫn còn ít cơ hội tiếp cận giáo dục phổ thông hơn so với trẻ em ở các hộ không nghèo, nhất là ở những bậc học cao hơn.

Theo *loại hình các trường học*, trẻ em ở các hộ nghèo dù có hay không có hộ khẩu, thường phải học ở các trường phổ thông ngoài công lập và do vậy thường phải chịu mức

đóng học phí cao hơn so với học sinh ở các trường công lập. Điều này khiến trẻ em nghèo lại thêm một lần chịu thiệt thòi hay ít có cơ hội tiếp cận với hệ thống giáo dục phổ thông so với trẻ em khác (Ngân hàng Thế giới, 2004).

Trên bình diện phát triển xã hội, giáo dục được xem là một yếu tố quan trọng để làm giảm bớt các bất bình đẳng xã hội, song thực tế cho thấy các bất bình đẳng này có thể được tiếp tục tái tạo nếu như không có các giải pháp chính sách can thiệp và điều chỉnh hiệu quả.

Chi phí cao cho việc học tập của con cái là nỗi lo thường trực của hộ nghèo ở khu vực đô thị. Việc thực hiện các chế độ miễn giảm cho trẻ em nghèo còn hạn chế. Một số gia đình thuộc hộ nghèo nhận thấy mức miễn giảm không cao, thủ tục rườm rà nên cũng không quan tâm xin miễn giảm (Ngân hàng Thế giới, 2004).

Một tiêu chí khác cho thấy những khó khăn trong tiếp cận giáo dục phổ thông ở đô thị là những *khó khăn khi đăng ký cho trẻ em vào các trường học*. Đăng ký cho con vào học một trường nào đó, đặc biệt là các lớp đầu mỗi bậc học (lớp 1, 6 và 10) là vấn đề đau đầu với các bậc cha mẹ học sinh. Những hộ nhập cư không chính thức (hộ không có hộ khẩu) gặp phải những khó khăn đáng kể khi làm các thủ tục này. Ngay cả các gia đình khá giả, do muốn chọn trường lớp học tốt hơn cho con, cũng gặp phải những khó khăn nhất định về thủ tục và chi phí cho việc học trái tuyến.

Theo kết quả khảo sát ở Đà Nẵng, ở bậc Trung học có khoảng 6% các hộ có điều kiện chọn trường, lớp cho con (ở Hải Phòng là 15,6%); ở bậc Trung học cơ sở (9,0% ở Đà Nẵng và 9,9% ở Hải Phòng). Hầu hết các hộ có con học Trung học phổ thông hoặc Trung học cơ sở trái tuyến đều có mức sống khá giả.

Vấn đề *học thêm* là một hiện tượng phổ biến trong giáo dục phổ thông ở các đô thị lớn. Số liệu điều tra cho thấy tỷ lệ khá cao các gia đình đã trả tiền cho con học thêm ở cả 3 địa điểm khảo sát Đà Nẵng, Nam Định và Hải Phòng.

Bảng 2. Tỷ lệ các hộ gia đình trả phí cho việc học thêm của con cái

Thành phố	Đơn vị: %		
	Tiểu học	Trung học cơ sở	Trung học phổ thông
Đà Nẵng	56,4	80,5	80,2
Nam Định	82,4	98,1	100,0
Hải Phòng	65,3	90,4	95,8

Nguồn: Ngân hàng Thế giới. 2004. Khảo sát về giáo dục tại Đà Nẵng, Nam Định và Hải Phòng

Ở đây, sự khác biệt giữa người nghèo và người không nghèo trong việc chi phí học thêm cho con cái là khá rõ. Người nghèo luôn cho rằng mức chi phí học thêm này là khá cao và nó là sức ép thường xuyên đối với ngân sách gia đình họ.

2.1.2. Tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe

Chăm sóc sức khỏe từ trước đến nay vẫn được coi là dịch vụ công và nhà nước là người cung cấp chủ yếu, đảm bảo mọi người dân có thể tiếp cận dịch vụ. Mục tiêu phát

triển hệ thống y tế nước ta cho tới năm 2015 nhấn mạnh: “Tiếp tục xây dựng hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển; nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng và đa dạng của nhân dân về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe; giảm tỷ lệ mắc bệnh, tật và tử vong, tăng tuổi thọ” (Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006). Tỷ lệ người dân được tiếp cận dịch vụ y tế đã tăng trong 10 năm trở lại đây. Tuy nhiên, tỉ lệ người dân được khám chữa bệnh không đồng đều giữa nông thôn, đô thị, và giữa các nhóm nhân khẩu - xã hội khác nhau.

Chi phí cho y tế bình quân đầu người ở Việt Nam chỉ hơn 1 triệu đồng, bằng 1/10 các nước phát triển, nhưng thực tế người bệnh phải chịu giá dịch vụ, giá thuốc đắt ngang, thậm chí hơn các nước, nhất là biệt dược. Giá dịch vụ y tế quá cao đã đẩy người bệnh nghèo vào cảnh nghèo hơn. Theo một nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế năm 2010, ốm đau tiếp tục đẩy nhiều người vào cảnh nghèo đói. Có đến 33% các hộ gia đình được phỏng vấn cho rằng bệnh tật là lý do khiến mức sống của hộ gia đình giảm đi hoặc không được cải thiện. (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2010) Trên thực tế, các dịch vụ y tế tại Việt Nam đang được bảo đảm bởi 5 nguồn tài chính, bao gồm ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế, tài trợ nước ngoài, chi phí từ tiền túi của hộ gia đình và một số nguồn tài chính tư khác. Trong số các nguồn tài chính y tế nêu trên, *chi phí từ tiền túi* của hộ gia đình chiếm khoảng 92,7% chi tư cho y tế, và trên 50% tổng chi của toàn xã hội cho y tế (Bộ Y tế và nhóm đối tác y tế, 2013). Tỷ lệ chịu chi phí này cao nhất vẫn là ở nhóm nghèo nhất và nhóm cận nghèo.

Bảng số liệu sau cho thấy, tỷ lệ các gia đình đô thị mặc dù không phải chịu mức chi phí cao như các gia đình nông thôn và những gia đình thuộc nhóm nghèo, nhóm cận nghèo, nhưng kể từ năm 2000 đến 2008 mức chi phí này tăng khá nhanh.

Bảng 3. Tỷ lệ chi phí y tế từ tiền túi người dân theo nơi cư trú và nhóm kinh tế năm 2002 - 2010

Đơn vị: %

		Năm				
		2002	2004	2006	2008	2010
Nơi cư trú	Thành thị	1,9	3,1	3,0	3,1	2,7
	Nông thôn	5,6	6,6	5,9	6,4	4,4
Nhóm kinh tế	Nghèo	5,5	5,5	6,9	7,8	4,7
	Cận nghèo	4,6	6,1	4,6	6,0	4,5
	Trung bình	4,7	6,4	4,6	5,5	4,1
	Khá	5,0	5,5	5,2	4,5	3,4
	Giàu	3,6	4,9	4,3	3,6	2,5

Nguồn: Bộ Y tế và nhóm đối tác y tế, 2013

Đối với người nhập cư, tiếp cận các dịch vụ xã hội càng gặp nhiều khó khăn. Số liệu khảo sát cho thấy: 75% lao động nhập cư chính thức và 63,3% lao động nhập cư không chính thức ở Hải Phòng; 88% lao động nhập cư chính thức và 90% lao động nhập cư không chính thức tại thành phố Hồ Chí Minh *không nhận được dịch vụ xã hội tại nơi*

cư trú; chỉ 46,9% lao động nhập cư ở Hải Phòng và 9,4% ở thành phố Hồ Chí Minh được hưởng chế độ bảo hiểm y tế (Action AIDS, 2014). Tiếp cận với các dịch vụ ở bệnh viện công: 12,5% lao động nhập cư chính thức và 18,5% lao động nhập cư phi chính thức Hải Phòng phải đối mặt với nhiều vấn đề về tiếp cận bệnh viện công (Action AIDS, 2014). Một trong những nguyên nhân dẫn đến thực tế trên là do vị thế cư trú và pháp lý gắn liền với tình trạng di cư.

Như vậy, khả năng tiếp cận và mức độ nhận thức về bảo hiểm y tế có sự khác nhau giữa các nhóm cư trú. Tỷ lệ có thẻ bảo hiểm y tế của dân di cư không đăng ký thấp hơn hẳn tất cả các nhóm còn lại. Đây cũng là những đối tượng chưa đăng ký và chưa có thời gian tìm hiểu bảo hiểm y tế ở nơi đến. Những người có hoàn cảnh thực sự khó khăn không thể đăng ký cũng như không thể tiếp cận bảo hiểm y tế hoặc không thể mua bảo hiểm y tế thường do không có hộ khẩu thường trú.

2.2. Tăng cường sự tham gia của người dân và của cộng đồng vào các công việc quản lý và phát triển đô thị

2.2.1. Sự tham gia của người dân trong quá trình quy hoạch xây dựng đô thị

Sự tham gia của người dân và cộng đồng vào các công việc quản lý và phát triển đô thị, đặc biệt trong quá trình quy hoạch đóng vai trò quan trọng trong việc cải tiến quy trình quy hoạch, nâng cao chất lượng của quản trị đô thị. Việt Nam đang đẩy mạnh thời kỳ công nghiệp hóa và hiện đại hóa, các đô thị đang phát triển nhanh trong những năm gần đây. Cùng với việc chuyển đổi nền kinh tế sang cơ chế thị trường, đổi mới phương thức phát triển và quản lý đô thị một cách bền vững là yêu cầu thực tế khách quan, cấp bách. Trong đó, huy động sự tham gia cộng đồng vào quá trình xây dựng, phát triển và quản lý đô thị là một vấn đề mới, rất cần được nghiên cứu và từng bước vận dụng trong điều kiện nước ta.

Hiện nay, có hai bộ luật quan trọng liên quan đến quy hoạch đô thị là bộ Luật Xây dựng (sửa đổi năm 2003) và Luật Quy hoạch đô thị năm 2009. Trong bộ luật Xây dựng (sửa đổi năm 2003), tại điều 32 có quy định về việc lấy ý kiến người dân trong quá trình công bố quy hoạch: quy hoạch phải được công bố cho các cá nhân, tổ chức, cư dân trong khoảng thời gian 30 ngày kể từ khi quy hoạch được phê duyệt. Tuy nhiên, điều này chỉ thể hiện sự tham gia cộng đồng (TGCD) ở mức độ “thông tin” - một mức độ TGCD thấp và đây chưa thể gọi là một sự TGCD đúng nghĩa do quy định liên quan còn mơ hồ và không có hướng dẫn cụ thể cho người dân về việc tham gia góp ý kiến.

Nghiên cứu năm 2012 của Trung tâm nghiên cứu dự báo đô thị (PADDI) tại thành phố Hồ Chí Minh đã chỉ ra rằng *sự không rõ ràng trong các văn bản, tài liệu QHĐT của Việt Nam đã tạo ra “độ vênh” giữa thiết kế và thực tế tại các dự án quy hoạch đô thị* (dẫn theo Tạ Quỳnh Hoa, 2009).

2.2.2. Sự tham gia của người dân trong công tác quy hoạch, tái định cư và di dân đô thị

Quy hoạch có sự tham gia của cộng đồng được nhắc tới nhiều hơn trong công tác quản lý đô thị những năm gần đây. Nó khẳng định tính hiệu quả xã hội so với phương

pháp quy hoạch truyền thống. Quá trình tham gia vào quy hoạch của cộng đồng cho phép thiết lập môi trường sống có chất lượng, đáp ứng được thực tế, cũng như mong muốn của người dân. Đặc biệt đối với các dự án di dân, tái định cư, vai trò của cộng đồng lại càng cần thiết hơn bao giờ hết. Họ không thể chờ đợi để được cung cấp nhà ở, các dịch vụ cơ bản hay các khoản trợ cấp, cũng như để tiếp nhận một nơi ở không đảm bảo chất lượng cuộc sống, thiếu hạ tầng, thiếu các dịch vụ và điều kiện phát triển nghề nghiệp, thu nhập. Bản thân cộng đồng dân cư phải là chủ thể quyết định tới cuộc sống của mình, họ có quyền liên kết để giải quyết những khó khăn chung, trên cơ sở tiềm năng có được và đảm bảo cam kết thực hiện cho sự thành công của dự án. Sự tham gia của cộng đồng vào dự án di dời được xem là một quá trình gồm nhiều giai đoạn từ thảo luận với chính quyền, các cơ quan chuyên môn về giá cả đền bù, lựa chọn phương án di dời, lựa chọn địa điểm tái định cư, hình thức nhà ở, phương pháp xây dựng, khả năng đóng góp tài chính, nhân lực, cho đến triển khai các giải pháp phát triển thu nhập, chi trả các khoản vay, tham gia quản lý, duy tu nâng cấp khu ở sau tái định cư. Mức độ tham gia của cộng đồng cũng rất khác nhau tùy theo đặc thù cơ chế quản lý hành chính nhà nước. Theo Trịnh Duy Luân (2004), có ba nhóm cấp độ tham gia của cộng đồng theo thứ tự tăng dần: *cộng đồng có tính tự chủ cao, có quyền ra quyết định* (nhóm 1); *cộng đồng tham gia trao đổi, hợp tác* (nhóm 2) và; *cộng đồng chấp hành theo quyết định của chính quyền* (nhóm 3). Các tổ chức quốc tế cho rằng, đối với các dự án di dân tái định cư, sự tham gia của cộng đồng phải đạt ở mức độ 1, thay cho mức độ 2 hay 3 như hiện nay ở Việt Nam. Có nghĩa rằng, người dân không chỉ có quyền được biết thông tin, được thảo luận với chính quyền về phương án di dời mà họ cần được chủ động tự quyết định về mọi hoạt động trong quá trình di dời, sắp xếp nơi ở và ổn định cuộc sống. Chính quyền giữ vai trò thông qua, thiết lập cơ chế khuyến khích, tạo điều kiện cho các hoạt động của cộng đồng được thực hiện trong khuôn khổ quy định của nhà nước.

2.3. Tăng cường vai trò của các tổ chức đoàn thể xã hội trong phát triển đô thị

Trước Đổi Mới, với cơ chế bao cấp và kế hoạch hóa tập trung, bộ máy chính quyền từ trung ương đến cơ sở là một hệ thống chặt chẽ, bao quát hết tất cả các lĩnh vực hoạt động của đời sống xã hội. Người dân trong cộng đồng tuân thủ và tồn tại tâm lý thụ động trông chờ vào chính quyền (Trịnh Duy Luân, 2000). Nếu như trước đây, đô thị hóa chủ yếu là tự phát, thì hiện nay chủ yếu diễn ra theo những quy hoạch, kế hoạch, nằm trong chiến lược tổng thể của từng quốc gia, vùng lãnh thổ và địa phương. Vì vậy, để quá trình đô thị hóa thành công, hay nói rộng hơn là để đô thị phát triển bền vững, cần tổ chức thực hiện tốt việc tham gia của người dân vào các lĩnh vực của đời sống đô thị, nhất là trong *quản lý, quy hoạch, giải phóng mặt bằng, tái định cư*.

Thực tế cũng cho thấy, bên cạnh bộ máy chính quyền trong hệ thống chính trị của Việt Nam, còn có hệ thống các tổ chức chính trị - xã hội của các đoàn thể như: Mặt trận Tổ quốc, Đoàn Thanh niên, Công đoàn, Hội Phụ nữ, Hội Cựu chiến binh, Hội Nông dân... cũng hoạt động với chức năng chăm lo đời sống của người dân trong cộng đồng. Ngoài ra, theo một nghiên cứu gần đây, Hà Nội hiện có gần 500 hội với nhiều tổ, nhóm liên kết. Bên cạnh đó, cũng còn có nhiều các tổ chức xã hội, tổ chức phi chính phủ đang

hoạt động như: Hội rèn luyện sức khỏe thể dục thể thao (66,8%); Hội đồng môn, đồng niên, đồng ngũ (58,9%); Hội sinh hoạt văn hóa văn nghệ (58,3%); Hội khuyến học, giáo dục (51,8%) và Hội nghề nghiệp, làm ăn, buôn bán (44,1%). Nhóm tuổi tham gia vào các hội này chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 45-60 tuổi (55,9%); nhóm 31-40 tuổi (20,6%), các nhóm tuổi khác tỷ lệ thấp hơn (Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội, 2015).

Người dân trên địa bàn các quận, huyện của Hà Nội đều đã được hưởng lợi từ các tổ chức xã hội trên nhiều lĩnh vực khác nhau. Sắp xếp theo thứ tự một cách tương đối thì 5 lĩnh vực người dân được hưởng lợi nhiều nhất, đó là: (1) Y tế, chăm sóc sức khỏe cộng đồng (51,9%); (2) Giáo dục (38,8%); (3) Văn hóa (30,3%); (4) Phát triển kinh tế, xã hội và giảm nghèo (24,1%); (5) Cứu trợ, nhân đạo từ thiện (20,1%). Ngoài ra, người dân còn hưởng lợi từ các lĩnh vực khác như bình đẳng giới, nhân quyền, bảo vệ môi trường, biến đổi khí hậu... (Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội, 2015).

Như vậy, hiện nay đã có nhiều yếu tố của các hoạt động cộng đồng hay là các quá trình địa phương của một xã hội dân sự khá phong phú (Trịnh Duy Luân, 2000). Các tổ chức đoàn thể xã hội này, đã và đang đóng góp những đóng góp nhất định vào quá trình phát triển tăng cường vai trò của mình vào quá trình đô thị hóa.

3. Kết luận

Đô thị Việt Nam đang đứng trước các vấn đề lớn phức tạp của quá trình đô thị hóa và phát triển đô thị cần giải quyết như: chênh lệch giàu nghèo, nhà ở cho người nghèo, người di cư, lao động, việc làm, phát triển vùng ven đô, cách thức và cơ chế hoạt động của xã hội dân sự. Trong bối cảnh như vậy, vấn đề phát triển bền vững về mặt xã hội trên quy mô quốc gia cũng như khu vực đô thị cần được giải quyết trong mối quan hệ giữa tăng trưởng, phát triển kinh tế với việc khắc phục bất bình đẳng về mặt xã hội, trước hết trong thu nhập và hưởng thụ các thành quả do tăng trưởng kinh tế mang lại.

Việt Nam trong những năm qua đã đạt được các thành tựu trong giảm nghèo, đồng thời giữ mức độ bất bình đẳng trong phân phối thu nhập. Tuy nhiên thành tựu này không bền vững, đặc biệt với khu vực đô thị. Sự bất bình đẳng về phân hóa giàu nghèo, sự phân tầng xã hội vẫn là hố sâu cách biệt giữa tầng lớp trung lưu mới và một bên là những người nghèo, người lao động nhập cư mới tới đô thị. Đó là hai thái cực của sự phân hóa xã hội, có thể tác động tiêu cực đến sự phát triển và mục tiêu phát triển bền vững đô thị.

Tài liệu tham khảo

- Action AIDS. 2014. Số liệu khảo sát lao động nhập cư tại Hải Phòng và TP Hồ Chí Minh năm 2014.
- Đặng Nguyên Anh và cộng sự. 2007. Những yếu tố quyết định khả năng tiếp cận bảo hiểm y tế ở Việt Nam. *Tạp chí Xã hội học*, số 1/ 2007.
- Đặng Nguyên Anh. 2005. Chiều cạnh giới của di dân lao động thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước. *Tạp chí Xã hội học*, số 2.
- Bộ Y tế, nhóm đối tác Y tế. 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 Y tế. 2013. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013: Bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*. Hà Nội.
- Endruweit, G. và Trommsdorff, G.. 2002. *Từ điển xã hội học*. Nxb Thế giới. Hà Nội.
- Tạ Quỳnh Hoa. 2009. Quy hoạch đô thị với sự tham gia của cộng đồng - Những vấn đề cần nghiên cứu cho việc áp dụng phương pháp tại Việt Nam. *Tạp chí Khoa học Công nghệ*, Đại học Xây dựng số 6 tháng 9/2012.
- Trịnh Duy Luân. 2000. Những yếu tố xã hội của sự phát triển đô thị bền vững ở Việt Nam. *Tạp chí Xã hội học*, số 3/2000. Hà Nội.
- Trịnh Duy Luân. 2004. *Xã hội học đô thị*. Nxb Khoa học xã hội, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thanh Mai. 2006, 2010. Báo cáo điều tra xã hội học tại các khu tái định cư ở Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng và thành phố Huế.
- Nguyễn Thị Thanh Mai. 2012. Nâng cao tính tự chủ của cộng đồng dân cư trong các dự án tái thiết phát triển và di dân đô thị. *Tạp chí Khoa học công nghệ xây dựng*, số 12, 2012.
- Ngân hàng Thế giới. 2004. *Khảo sát về giáo dục tại Đà Nẵng, Nam Định và Hải Phòng năm 2004*.
- Pháp lệnh số 34/2007/PL-UBTVQH11. Pháp lệnh thực hiện dân chủ ở xã, phường, thị trấn
- Quốc hội, số 16/2003/QH 11. Luật xây dựng 2003, ngày 26/11/2003.
- Quốc hội, số 30/2009/QH 12. Luật quy hoạch đô thị, ngày 17/6/2009.
- Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.
- Quyết định số 1659/QĐ-TTg ngày 07/11/2012 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt Chương trình phát triển đô thị quốc gia giai đoạn 2012-2020.
- Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội. 2015. Thực trạng hoạt động của các tổ chức xã hội trên địa bàn Hà Nội hiện nay. Đề tài khoa học cấp thành phố, mã số 01X-10.
- Tổng cục Thống kê. 2013. Số liệu về tình hình khám chữa bệnh toàn quốc.
- Tổng cục Thống kê. 2014. *Kết quả điều tra mức sống hộ gia đình năm 2012*. Nxb Thống kê, Hà Nội.
- Đào Hoàng Tuấn. 2008. *Phát triển bền vững đô thị: Những vấn đề lý luận và kinh nghiệm của thế giới*. Nxb Khoa học xã hội.
- Trung tâm dự báo và nghiên cứu đô thị (PADDI). 2012. Làm thế nào để quy hoạch đô thị Việt Nam hiệu quả hơn.
- UNDP. 2010. *Đánh giá nghèo đô thị ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh năm 2009*.
- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2010. Đánh giá sự tham gia của Y tế tư nhân trong khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Hà Nội, Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2009.
- Nguyễn Quang Vinh. 2001. Một vấn đề xã hội học hàng đầu của việc cải tạo chỉnh trang đô thị: giảm tổn thương cho nhóm dân cư nghèo nhất. *Tạp chí Xã hội học*, số 1.