

BẤT CÔNG BẰNG TRONG THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH Y TẾ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ

Phạm Đại Đồng

Khoa Thống kê, Trường Đại học Kinh tế quốc dân

Email: dongpd@neu.edu.vn

Ngày nhận: 15/9/2016

Ngày nhận bản sửa: 8/10/2016

Ngày duyệt đăng: 18/10/2016

Tóm tắt:

Chính sách của Đảng và Nhà nước trong nhiều năm qua dành phần ưu tiên rất lớn cho việc chăm sóc sức khỏe cho đồng bào dân tộc thiểu số (DTTS) nhưng hiện vẫn còn nhiều bất công bằng về việc thực hiện chính sách y tế, chăm sóc sức khỏe cho người DTTS. Dựa vào số liệu của Tổng cục Thống kê và huyện Quế Phong, tỉnh Nghệ An (nơi có trên 90% dân số là người DTTS) bài báo phân tích và làm rõ những bất công bằng này trên các phương diện: tổ chức và nhân lực của hệ thống y tế; cơ sở hạ tầng kỹ thuật y tế; tiếp nhận thông tin y tế, sức khỏe; chăm sóc sức khỏe và thực trạng sức khỏe của người DTTS. Trên cơ sở những phân tích thực nghiệm, bài báo đề xuất một số điều chỉnh chính sách, các giải pháp thực hiện chính sách để cải thiện tình trạng bất công bằng này.

Từ khóa: Bất công bằng, chăm sóc sức khỏe, người dân tộc thiểu số, y tế.

Inequity in the implementation of policies for medication and health care for ethnic minority people

Abstract:

Although the Communist Party and Vietnamese government have recently had high priority in health care policies for ethnic minority people, there was still serious inequality in the implementation of these policies. By analysing the data from General Statistics Office and Que Phong district, Nghe An province (where more than 90% of the population is ethnic minority), the paper clarified the inequality in various aspects, including: the organization and human resources of the health care system; health care infrastructure; the receiving of medical information, and the health care policies and medical situation of ethnic minority people. Based on this analysis, the study proposed some recommendations and solutions on policy implementation.

Keywords: *unfairness, health care, ethnic minority people, medical.*

1. Đặt vấn đề

Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước đã thực thi nhiều chính sách kinh tế - xã hội ưu tiên cho người dân tộc thiểu số nhằm giúp cộng đồng này có sự phát triển ngang bằng với tất cả các dân tộc anh em trong cả nước. Tuy nhiên, do nhiều nguyên nhân khác nhau, như điều kiện sinh sống, phong tục tập quán... và thậm chí cả chính sách không phù hợp

với thực tiễn nên hiện nay vẫn còn nảy sinh nhiều bất công bằng giữa người DTTS và người dân tộc Kinh, giữa người miền núi và miền xuôi về các vấn đề kinh tế - xã hội nói chung, chăm sóc sức khỏe nói riêng. Điều này không những ảnh hưởng đến sự phát triển của bản thân cộng đồng người DTTS, đồng thời nó còn là vật cản lớn đối với sự phát triển chung của đất nước ta.

Trong phân tích này, bất công bằng được hiểu là sự thiệt thòi, sự khó khăn, sự không ngang bằng trong việc tiếp cận, sử dụng, thụ hưởng các dịch vụ chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe của người DTDS so với người Kinh. Mặt khác, trong phạm vi bài viết này, tác giả tập trung phân tích sự bất công bằng nhìn từ góc độ chính sách và sự sẵn sàng của các cơ sở y tế, các tổ chức chính trị xã hội trong thực hiện chính sách chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe cho người DTTS.

Nghiên cứu này được thực hiện để làm rõ những câu hỏi: (i) Những bất công bằng nào đang tồn tại trong việc thực hiện chính sách y tế, chăm sóc sức khỏe cho người DTTS ở nước ta? (ii) Phương hướng để giải quyết các bất công bằng đang tồn tại?

2. Kết quả nghiên cứu

2.1. Bất công bằng về tổ chức và nhân lực của hệ thống y tế chăm sóc sức khỏe người dân tộc thiểu số

Thứ nhất, việc xây dựng hệ thống và nhân lực trong các cơ sở y tế mới căn cứ vào quy mô dân số, có điều chỉnh theo vùng nhưng chưa chú ý đến “bản kinh phục vụ” gây ra bất công bằng về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người DTTS.

Trong hệ thống tổ chức y tế hiện nay ở nước ta,

các bệnh viện trung ương và khu vực chủ yếu tập trung tại Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh và một vài thành phố lớn. Các tỉnh nhỏ hầu như không có bệnh viện tuyến trung ương, các cơ sở y tế tuyến tỉnh cũng rất ít, thậm chí do quy mô dân số ít nên chỉ có 1 bệnh viện đa khoa như Bắc Kạn. So sánh tỉnh Nam Định, nơi gần như 100% là người Kinh với Bắc Kạn, nơi có đến 86% là người DTTS có thể thấy rõ sự bất bình đẳng khá nghiêm trọng trong việc tiếp cận với dịch vụ y tế của người DTTS.

Rõ ràng, số người dân mà mỗi bệnh viện tỉnh ở Nam Định và Bắc Kạn phục vụ thì tương tự nhưng “phạm vi phục vụ” của bệnh viện ở Bắc Kạn lớn hơn ở Nam Định tới 21 lần.

Ở tuyến xã cũng có tình trạng tương tự. Theo số liệu trong Bảng 1, phạm vi diện tích phục vụ bình quân mỗi trạm y tế xã ở Nam Định là 7,22 km², còn ở Bắc Kạn là 39,84 km², tức là lớn gấp 5,5 lần. Với địa hình, đường sá khó khăn hơn tỉnh đồng bằng nên khả năng tiếp cận của người dân miền núi, của đồng bào DTTS tới các cơ sở y tế tỉnh và xã thấp hơn rất nhiều lần so với người dân đồng bằng.

Thứ hai, chất lượng nhân lực y tế ở vùng núi thấp hơn miền xuôi, khu vực đô thị.

Theo kết quả của Tổng điều tra cơ sở kinh tế,

Bảng 1: Diện tích, số dân và số bệnh viện tuyến tỉnh của Nam Định và Bắc Kạn

Tỉnh	Diện tích (km ²)	Số xã	Số dân (1.000 người)	Số bệnh viện tuyến tỉnh	Mật độ bệnh viện tuyến tỉnh/100km ²
Nam Định	1.660	230	1.830	7	0,422
Bắc Kạn	4.860	122	300	1	0,021

Bảng 2: Số cán bộ y tế thời điểm 1/7/2012 bình quân trên 10.000 dân chia theo trình độ đào tạo và vùng kinh tế

Vùng kinh tế	Trình độ đào tạo đại học trở lên	Trình độ chuyên ngành từ bác sĩ trở lên	Y tá, kỹ thuật viên
Toàn quốc	13,01	8,58	9,04
Trung du & miền núi phía Bắc	10,20	7,48	13,51
Đồng bằng sông Hồng	16,14	11,59	8,85
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung	10,90	7,32	9,46
Tây Nguyên	9,44	5,52	7,28
Đông Nam Bộ	18,28	10,50	7,01
Đồng bằng sông Cửu Long	10,12	6,52	8,19

Nguồn: Tổng điều tra cơ sở kinh tế, hành chính, sự nghiệp 2012

hành chính, sự nghiệp 2012, Trung du & miền núi phía Bắc và Tây Nguyên là hai vùng có số cán bộ y tế có trình độ đào tạo từ đại học trở lên cũng như số bác sĩ bình quân trên 10.000 dân năm 2012 vào loại thấp nhất (Bảng 2).

Để bù đắp sự thiếu hụt này, nhiều tỉnh miền núi có quy chế đãi ngộ tốt cho bác sĩ về công tác, như Nghị quyết số 09/2014/NQ-HĐND của tỉnh Đắk Nông, nhưng cũng chưa thu hút được bao nhiêu.

Tình trạng biên chế ít và thiếu, nên mỗi nhân viên y tế phải kiêm nhiệm nhiều nhiệm vụ chuyên môn khác nhau. Thậm chí có người phải đảm nhiệm công việc hoàn toàn trái với chuyên môn của mình. Huyện Quế Phong chỉ có 9/14 trạm y tế xã có cán bộ trung cấp được, 5 trạm còn lại phải lấy y sĩ kiêm nhiệm.

2.2. Bất công bằng về tài chính và cơ sở hạ tầng kỹ thuật của hệ thống chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe người dân tộc thiểu số

Thiếu tính đồng bộ gây lãng phí và hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của đồng bào DTTS.

Về cơ sở hạ tầng kỹ thuật của hệ thống y tế cấp xã ở khu vực miền núi còn tồn tại những bất cập, nhiều khoảng trống giữa quy định của Nhà nước và thực tiễn.

Quyết định số 3447/QĐ-BYT ngày 22/9/2011 của Bộ Y tế về “Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020” đã quy định rõ về cơ sở hạ tầng kỹ thuật của hệ thống y tế cấp xã. Tuy nhiên, những quy định này còn tồn tại một số điểm rất khó thực hiện, thậm chí ở nhiều xã miền núi đến năm 2020 cũng khó có thể thực hiện được. Ví dụ như quy định “Trạm y tế xã ở nông thôn có ít nhất 10 phòng chức năng”, nhưng thực tế, nhiều trạm được xây dựng vài năm gần đây, còn khá mới, lại được thiết kế theo tiêu chuẩn cũ chỉ có 8 phòng. Quy định trạm y tế xã phải có phòng y được cổ truyền, thực tế ở nhiều nơi phòng này chỉ để trưng bày do thiếu biên chế. Các trạm y tế ở vùng núi cũng thường thiếu máy tính nối mạng internet, thiếu và không đồng bộ về trang bị máy điện tim, máy siêu âm, máy đo đường huyết và cán bộ y tế có chứng chỉ hoặc chứng nhận đã được tập huấn sử dụng máy siêu âm.

Về thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình, nhất là trong việc cung cấp phương tiện tránh thai cho người DTTS cũng đang có những điểm chưa phù hợp. Theo Quyết định số 2169/QĐ-BYT, ngày 27/6/2011 của Bộ Y tế thì các hộ nghèo và cận nghèo, hộ DTTS ở vùng khó khăn được ưu tiên cung cấp miễn phí phương tiện tránh thai. Nhưng thực tế,

việc cung ứng phương tiện tránh thai tại huyện Quế Phong đã bị giảm nhanh trong năm 2014, nên không đủ cung cấp cho người dân, nhất là vòng tránh thai và thuốc tiêm. Theo Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện, các năm trước toàn huyện được cấp 1.200 vòng tránh thai, nhưng năm 2014 chỉ được cấp 320 vòng. Cuối năm 2014, tỉnh có kế hoạch cấp bổ sung vòng tránh thai cho huyện, nhưng chỉ cấp vòng, còn các phương tiện đi kèm như bông băng, găng tay, thuốc khử trùng, thuốc thiết yếu cho người sử dụng... với chi phí 65.000 đồng/1 vòng tránh thai thì người dân phải tự túc. Điều này đi ngược với quy định trong chính sách của Nhà nước. Hơn nữa, điều kiện thu nhập của người dân còn quá thấp, khó có khả năng chi trả, nên huyện không nhận về.

Tiêu chí quốc gia y tế xã quy định tỷ lệ hộ gia đình trong xã sử dụng nước sinh hoạt hợp vệ sinh ở vùng miền núi, hải đảo phải từ 70% trở lên. Chương trình mục tiêu quốc gia Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2012-2015 quy định “85% dân số nông thôn được sử dụng nước sinh hoạt hợp vệ sinh, trong đó 45% sử dụng nước đạt quy chuẩn QCVN 02-BYT với số lượng ít nhất là 60 lít/người/ngày”. Nhưng hiện tại, toàn bộ dân số huyện Quế Phong đều đang sử dụng nước giếng khơi hoặc nước lấy từ nguồn suối về dùng trực tiếp. Với nước đạt quy chuẩn QCVN 02-BYT, thì toàn huyện hoàn toàn chưa có. Thời gian qua, Nhà nước đã quan tâm đầu tư như việc xây đập dâng xã Cẩm Muộn hết 14 tỷ nhưng hiện vẫn không có nước. Nhà máy nước thị trấn cũng được xây dựng bằng nguồn đầu tư từ ngân sách tỉnh đã nhiều năm nay, nhưng vẫn chưa hoạt động được.

Như vậy, chính sách nhà nước đã có, tiền đầu tư cũng đã được bố trí nhưng người dân lại chưa được hưởng lợi từ chính sách và đầu tư của Nhà nước. Có máy móc, thiết bị, có nhân viên kỹ thuật, có chính sách bảo hiểm y tế miễn phí nhưng nhiều khi người dân miền núi, người DTTS vẫn không tiếp cận được dịch vụ.

2.3. Bất công bằng về chăm sóc y tế cho người dân tộc thiểu số

Thứ nhất, chỉ tiêu y tế và chăm sóc sức khỏe của người DTTS chỉ bằng khoảng 1/3 so với người Kinh và khoảng cách này đang có xu hướng cách xa hơn.

Với nhiều nguyên nhân như đã phân tích ở trên, nên việc chăm sóc y tế cho người dân miền núi, người DTTS vẫn còn có những hạn chế nhất định, nhất là người dân sống ở vùng sâu, vùng xa. Số liệu trong Bảng 3 cho thấy chỉ tiêu y tế và chăm sóc

**Bảng 3: Chi tiêu y tế và chăm sóc sức khỏe bình quân 1 nhân khẩu 1 tháng
chia theo khoản chi và dân tộc của chủ hộ**

Đơn vị tính: 1.000 VND

	Tổng chi	Chia ra	
		Số tiền chi cho khám, chữa bệnh	Số tiền chi cho y tế ngoài khám, chữa bệnh
Dân tộc Kinh và Hoa			
2004	27,6	20,8	6,8
2008	49,4	36,0	13,4
2012	86,8	64,7	22,1
Dân tộc khác			
2004	9,8	7,0	2,8
2008	17,1	12,85	4,25
2012	27,3	20,5	6,8

Nguồn: Tổng cục Thống kê - Kết quả điều tra mức sống dân cư 2012

**Bảng 4: Tốc độ tăng của chi tiêu y tế và chăm sóc sức khỏe bình quân 1 nhân khẩu
1 tháng chia theo khoản chi và dân tộc của chủ hộ thời kỳ 2004-2012**

Đơn vị: %

	Tổng chi	Chia ra	
		Số tiền chi cho khám, chữa bệnh	Số tiền chi cho y tế ngoài khám, chữa bệnh
Dân tộc Kinh và Hoa			
2004 - 2008	79,0	73,1	97,1
2008 - 2012	75,7	79,7	64,9
Dân tộc khác			
2004 - 2008	74,5	83,6	51,8
2008 - 2012	59,6	59,5	60,0

Nguồn: Tác giả tính toán từ Bảng 3

sức khỏe bình quân của người DTTS luôn chỉ bằng khoảng 1/3 so với người Kinh và người Hoa.

Chẳng những thế, mà tốc độ tăng của khoản chi tiêu này của người DTTS cũng chậm hơn khá nhiều so với nhóm người Kinh và người Hoa, nhất là trong những năm gần đây (Bảng 4). Thời kỳ 2008-2012, trong khi nhóm người Kinh và Hoa có mức tăng 75,7% thì nhóm người DTTS lại chỉ có 59,6% (thấp hơn 16%). Do sự tăng trưởng khá chênh lệch nhau, nên khoảng cách về chi tiêu cho y tế và chăm sóc sức khỏe của hai nhóm trên đang ngày càng có khoảng cách rộng. Nếu như năm 2004, khoản mục chi tiêu này của nhóm người Kinh và Hoa lớn gấp 2,8 lần so với nhóm người DTTS, thì đến năm 2012, sự chênh lệch đã lên tới 3,2 lần.

Thứ hai, tỷ lệ người được chăm sóc y tế (khám chữa bệnh, tiêm chủng, khám thai...) của người DTTS luôn thấp hơn nhiều so với người Kinh.

Tình trạng bất bình đẳng trong chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe đối với người DTTS còn được thể hiện một phần qua sự chênh lệch về tỷ lệ người có khám, chữa bệnh trong 12 tháng qua, giữa vùng Trung du và miền núi phía Bắc, nơi có trên 45% dân số là người DTTS với đồng bằng sông Cửu Long, nơi chỉ có khoảng 8% là người DTTS (Bảng 5).

Số liệu cho thấy, ở vùng người DTTS sinh sống, tỷ lệ người có khám chữa bệnh trong một năm trước thời điểm điều tra trong các năm 2008, 2010 và 2012 luôn chỉ bằng khoảng 2/3 so với vùng họ ít

Bảng 5: Tỷ lệ người có khám chữa bệnh qua các năm

Đơn vị: %

Năm	Trung du và miền núi phía Bắc			Đồng bằng sông Cửu Long		
	Chung	Điều trị nội trú	Khám bệnh, điều trị ngoại trú	Chung	Điều trị nội trú	Khám bệnh, điều trị ngoại trú
2008	28,5	7,3	24,0	46,0	6,0	43,8
2010	34,1	9,1	28,6	50,3	6,7	47,9
2012	31,6	8,8	26,5	50,0	6,7	48,1

Nguồn: Tổng cục Thống kê – Kết quả điều tra mức sống dân cư 2012

Bảng 6: Tỷ lệ trẻ em được tiêm phòng chia theo dân tộc năm 2006 và 2011

Đơn vị: %

	Năm 2006			Năm 2011			Tỷ lệ chênh Kinh-DTTS	
	Kinh/Hoa	DTTS	Chung	Kinh/Hoa	DTTS	Chung	2006	2011
Tiêm phòng lao	95,8	88,2	94,4	97,7	82,5	95,5	7,6	15,2
Tiêm phòng bại liệt ba mũi	80,7	48,3	74,8	71,6	52,8	68,7	32,4	18,8
Tiêm phòng bạch hầu, ho gà, uốn ván ba mũi	82,9	56,1	78,0	78,2	51,2	74,3	26,8	27
Tiêm phòng sởi	90,0	70,5	86,5	93,9	82,4	92,2	19,5	11,5
Uống vitamin A	54,7	45,6	53,1	79,4	70,2	78,2	9,1	9,2

Nguồn: Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ năm 2011

sinh sống hơn. Qua trao đổi với một số cán bộ, nhân dân tại huyện Quế Phong cho thấy, người DTTS ít khám, chữa bệnh ngoại trú là do phong tục tập quán, thói quen, do điều kiện đến các cơ sở y tế khó khăn, do thu nhập còn thấp, do hạn chế về nhận thức nên chưa có ý thức cao về việc chăm lo sức khỏe của bản thân,... Vì vậy, chỉ khi ốm nặng họ mới đến cơ sở y tế, nên tỷ lệ chữa bệnh nội trú có cao hơn một chút so với vùng người Kinh. Thậm chí, có những dân tộc người ta còn tin vào thầy mo, thầy cúng hơn là đưa người đến bệnh viện khám, dù bệnh rất nặng có thể tử vong.

Báo cáo số 2 về công bằng sức khỏe (Health Watch Report 2) cũng đã chỉ ra khoảng cách khó lấp đầy trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản giữa người dân tộc Kinh và không phải dân tộc Kinh như: tỷ lệ phụ nữ đi khám thai từ 4 lần trở lên là 69% với người Kinh và 28,3% với người không phải dân tộc Kinh; tỷ lệ ca sinh tại các cơ sở y tế là 98,7% với người Kinh và 62,1% với người không phải dân tộc Kinh. Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ năm 2011 cũng đã chỉ

rõ sự chênh lệch trong mức độ bao phủ của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em giữa người Kinh/Hoa và người DTTS và tình trạng chênh lệch này hầu như ít được cải thiện sau 5 năm, từ 2006 đến 2011 (Bảng 6).

Rõ ràng, việc tiếp cận với các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe của người DTTS hiện nay còn bị hạn chế và gặp nhiều khó khăn. Các chính sách của Nhà nước đã có chú ý cải thiện tình trạng này, nhưng vẫn chưa toàn diện, chưa đầy đủ và cũng chưa đủ mạnh để giải quyết triệt để.

2.4. Bất công bằng về tiếp nhận thông tin y tế, sức khỏe

Người dân tộc thiểu số còn ít được tiếp nhận thông tin y tế, chăm sóc sức khỏe, khả năng tiếp cận với các kênh truyền thông thông qua các khả năng đọc, nghe, nhìn, hiểu. Tuy nhiên, các khả năng này của người miền núi, nơi phần lớn người DTTS sinh sống bị hạn chế và chưa công bằng so với dân miền xuôi.

Trước hết, tỷ lệ người lớn miền núi không biết chữ còn khá cao. Theo điều tra dân số giữa kỳ

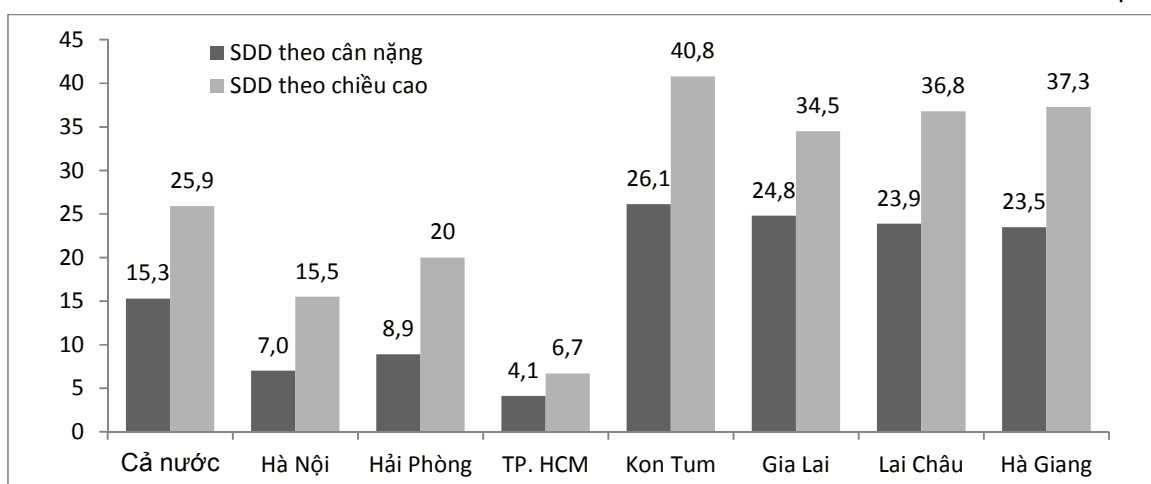
Bảng 7: Mức trẻ em tử vong dưới 1 tuổi ở một số xã thuộc huyện Quế Phong năm 2014

Xã	Số sinh (cháu)	Số tử vong dưới 1 tuổi (cháu)	IMR (‰)	Số tử vong dưới 1 tuổi là người DTTS (cháu)
Tiền Phong	204	7	34,3	7
Mường Nọc	143	4	28,0	4
Tri Lễ	235	10	42,6	10

Nguồn: Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện Quế Phong

Hình 1: Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi năm 2013 tại một số tỉnh

Đơn vị: %



Nguồn: Viện Dinh dưỡng Quốc gia

1/4/2014, tỷ lệ này ở Điện Biên là 30%, Lai Châu 34%,... tỷ lệ hộ không có điện ở Điện Biên và Lai Châu vẫn ở mức 21%. Nhiều dân tộc, tỷ lệ này còn cao hơn như: La Hủ 67,2%, Mảng 66,7%, H'mông 46,5%; hộ không có điện thoại khoảng 40%. Trong khi nhiều tỉnh đồng bằng, các chỉ tiêu trên đều đạt gần mức tối đa. Tỷ lệ hộ có ti vi ở đồng bằng sông Hồng là 91% nhưng ở Lai Châu chỉ là 52% và Điện Biên 60%. Đặc biệt, người La Hủ ở Lai Châu 100% không có radio và 83,6% không có ti vi.

2.5. Bất công bằng về sức khỏe với người dân tộc thiểu số

Theo các phân tích ở trên tình trạng thiếu công bằng trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người DTTS trong thực tiễn là khá lớn. Đây là một trong những nguyên nhân chính làm cho tình trạng sức khỏe của người DTTS, người dân vùng miền núi hiện đang “thua thiệt” khá nhiều so với người Kinh, người dân sống ở thành thị, vùng đồng bằng. Cụ thể là:

Thứ nhất, tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi ở các tỉnh miền núi cao hơn gấp 2 đến

3 lần so với trẻ em ở thành thị, các tỉnh đồng bằng.

Dù đã đạt được những kết quả cao trong việc hạn chế tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi: thể nhẹ cân đã giảm từ 41% năm 1990 xuống 15,3% năm 2013. Tuy nhiên vẫn còn có sự chênh lệch rất lớn giữa các tỉnh phát triển hơn so với các tỉnh khu vực miền núi, khu vực đồng bào DTTS sinh sống (Hình 1).

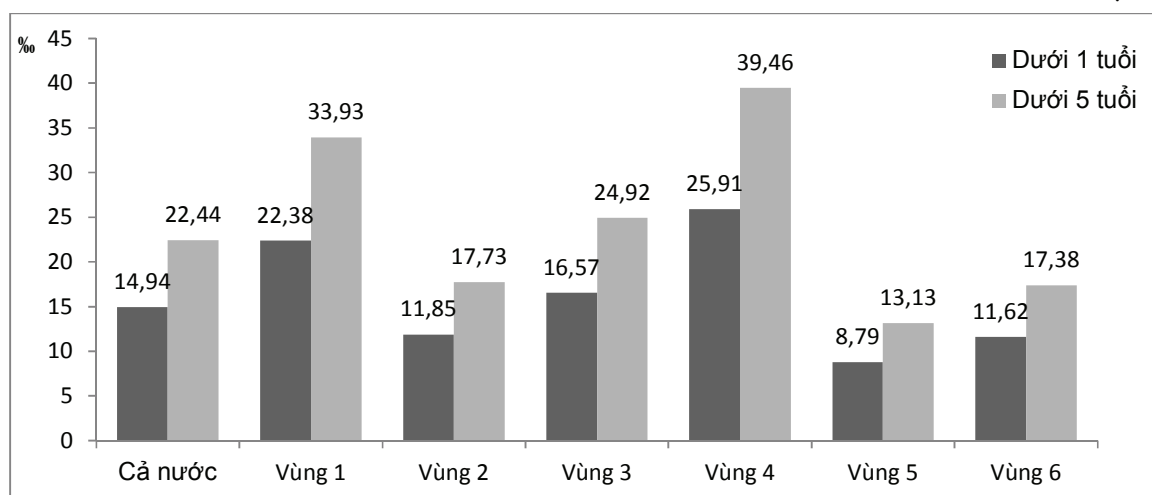
Thứ hai, tử vong trẻ em và tử vong mẹ đã giảm mạnh, nhưng vẫn còn khoảng cách rất lớn giữa miền núi và miền xuôi. Thậm chí, với nhóm người DTTS, khoảng cách này khó “san bằng” với nhóm người Kinh.

Tỷ suất tử vong của trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) đã giảm từ 44,4‰ năm 1990 xuống còn 14,94‰ vào năm 2014. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại khoảng cách rất lớn giữa vùng núi và các vùng đồng bằng, đô thị. (Hình 2)

Thống kê ở Quế Phong cho thấy tại các xã miền núi, IMR còn rất cao, thậm chí có xã còn xấp xỉ IMR của cả nước cách đây 25 năm và lại chỉ tập

Hình 2: Tỷ suất tử vong của trẻ em 12 tháng trước 1/4/2014 theo vùng

Đơn vị: ‰



Nguồn: Kết quả điều tra dân số giữa kỳ 1/4/2014

Bảng 7: Mức trẻ em tử vong dưới 1 tuổi ở một số xã thuộc huyện Quế Phong năm 2014

Xã	Số sinh (cháu)	Số tử vong dưới 1 tuổi (cháu)	IMR (‰)	Số tử vong dưới 1 tuổi là người DTTS (cháu)
Tiền Phong	204	7	34,3	7
Mường Nọc	143	4	28,0	4
Tri Lễ	235	10	42,6	10

Nguồn: Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình huyện Quế Phong

trung ở cộng đồng người DTTS (Bảng 7).

Tử vong mẹ cũng đã giảm nhanh, theo số liệu thống kê của Bộ Y tế, từ 233/100.000 ca sinh sống vào năm 1990, xuống còn 61,9 vào năm 2013. Tuy nhiên, vẫn còn sự chênh lệch quá lớn giữa miền núi và đồng bằng. Điều tra tử vong mẹ tại 14 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên năm 2007-2008 của trường Đại học Y khoa Thái Bình cho thấy tử vong mẹ trên 100.000 ca sinh sống là 119, trong đó cao nhất là vùng Tây Bắc 242, tiếp đến là Tây Nguyên 108 người. Tỉnh Điện Biên còn lên tới 409 và Lai Châu 215 người.

Thứ ba, tình trạng lây nhiễm HIV của người dân tộc thiểu số, các tỉnh vùng núi cao cũng cao hơn tình trạng chung.

Theo báo cáo mới nhất của Bộ Y tế về tình hình phòng, chống HIV/AIDS ở các tỉnh miền núi phía Bắc, nơi có số lượng lớn đồng bào DTTS sinh sống như Sơn La, Lai Châu, Yên Bái, Thái Nguyên... hiện có tỷ lệ nhiễm HIV cao gấp hai lần so với tỷ lệ chung của toàn quốc. Trong số 10 tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân cao nhất năm 2012, đã có bảy

tỉnh thuộc miền núi phía Bắc. Nghiên cứu của Dự án Phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam do Ngân hàng Thế giới và Bộ Phát triển quốc tế Vương quốc Anh (DFID) tài trợ năm 2012 cho thấy một số tỉnh tỷ lệ nhiễm HIV trong đồng bào DTTS (độ tuổi từ 15 đến 49) cao hơn tỷ lệ chung toàn quốc như Lai Châu là 1,3%, Thanh Hóa là 1%. Số người nhiễm HIV còn sống của khu vực Tây Bắc đứng thứ ba so với các khu vực khác trong cả nước.

Theo Tạp chí Y học dự phòng, năm 2013, có 2 tỉnh miền núi nằm trong nhóm 3 tỉnh/thành có tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân cao nhất cả nước, Điện Biên (1.029), thành phố Hồ Chí Minh (682) và Thái Nguyên (632).

Huyện Quế Phong cũng là một điểm nóng về HIV. Đặc biệt xã Tiền Phong có tới 238 người nhiễm đã được phát hiện, với tỷ lệ 2.237 người nhiễm/100.000 dân; xã Mường Nọc 121 người nhiễm, tỷ lệ 1.905,5 người nhiễm/100.000 dân. Nếu so với tỷ lệ nhiễm HIV toàn quốc năm 2013 là 248/100.000 dân, thì tỷ lệ nhiễm HIV ở Tiền Phong gấp trên 9 lần, còn ở Mường Nọc là 7,7 lần.

Bảng 8: Một số chỉ tiêu so sánh chăm sóc sức khỏe và sức khỏe vùng 1 và vùng 2

TT	Chỉ tiêu	Số liệu	Năm	Nguồn
1	Tỷ lệ hộ dùng nước hợp vệ sinh (%)	Vùng 1: 64,0 Vùng 2: 98,9	2014	Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014
2	Tỷ lệ hộ có hố xí hợp vệ sinh (%)	Vùng 1: 43,8 Vùng 2: 83,5	2014	Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014
3	Tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi (Trẻ em dưới 1 tuổi tử vong/1.000 trẻ sinh sống)	Vùng 1: 22,38 Vùng 2: 11,85	2014	Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014
4	Tỷ suất chết của trẻ em dưới 5 tuổi (Trẻ em dưới 5 tuổi tử vong/1.000 trẻ sinh sống)	Vùng 1: 33,93 Vùng 2: 17,73	2014	Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014
5	Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo cân nặng của trẻ em dưới 5 tuổi (%)	Vùng 1: 19,8 Vùng 2: 10,2	2014	Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2014
6	Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo chiều cao của trẻ em dưới 5 tuổi (%)	Vùng 1: 30,7 Vùng 2: 20,3	2014	Viện Dinh dưỡng Quốc gia năm 2014
7	Tỷ lệ thai phụ không được khám thai lần nào (%)	Dân tộc Kinh: 1,6 Dân tộc thiểu số: 24,9	2011	Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ năm 2011
8	Tỷ lệ thai phụ được khám thai 4 lần trở lên (%)	Dân tộc Kinh: 69,0 Dân tộc thiểu số: 28,3	2011	Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ năm 2011
9	Tỷ lệ phụ nữ sinh con dưới 18 tuổi (%)	Dân tộc Kinh: 1,3 Dân tộc thiểu số: 5,7	2013	Nghiên cứu của Nhóm Hành động công bằng sức khỏe tại 3 tỉnh Điện Biên, Yên Bái, Đắk Lắk
10	Tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh (năm)	Vùng 1: 70,7 Vùng 2: 74,5	2014	Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014

Thứ tư, hiện nay chỉ tiêu liên quan đến sức khỏe, chăm sóc sức khỏe ở những vùng, những tỉnh có tỷ lệ cao người DTTS sinh sống đều kém hơn nhiều so với vùng khác.

Bảng 8 so sánh 10 chỉ tiêu liên quan đến sức khỏe, chăm sóc sức khỏe ở vùng 1 (Trung du và miền núi phía Bắc) - nơi có tỷ lệ cao người DTTS sinh sống và vùng 2 (đồng bằng Bắc Bộ) - nơi chủ yếu là người Kinh. Số liệu cho thấy sức khỏe, chăm sóc sức khỏe ở vùng 1 kém hơn nhiều so với vùng 2.

3. Kết luận và khuyến nghị

Kết luận 1: Sự hỗ trợ cho cộng đồng miền núi về cơ sở hạ tầng (điện, đường, trường, trạm, nước sạch,...) là hoàn toàn đúng đắn. Sự hỗ trợ trực tiếp, không hoàn lại, mang tính đột xuất, nhất thời, ngắn hạn cho các cá nhân và gia đình là cần thiết nhưng

sự hỗ trợ này kéo dài là không phù hợp với thể chế kinh tế thị trường, dung dưỡng tính ỷ lại, thụ động trong chăm sóc sức khỏe của bản thân và gia đình. Trên thực tế bảo hiểm y tế “miễn phí” ở Việt Nam đã làm tăng bất công bằng trong chăm sóc sức khỏe đồng bào DTTS và người Kinh.

Khuyến nghị 1: Vận dụng rộng rãi tiếp thị xã hội (Social Marketing) trong chăm sóc sức khỏe đồng bào DTTS, tức là sử dụng triết lý thương mại, kỹ thuật thương mại và bản thân hệ thống thương mại thông thường (nếu có thể) trong việc cung cấp phương tiện, dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân không nhằm mục tiêu lợi nhuận. Điều này có nghĩa là nghiên cứu kỹ khách hàng để thực hiện tốt “4P” của nguyên lý marketing.

- Product (Sản phẩm hoặc dịch vụ);

- Promotion (Quảng cáo, tuyên truyền - khuyến khích);

- Place (Tạo dựng hệ thống cung cấp sản phẩm, dịch vụ);

- Price (Giá cả, thường thấp hơn giá thành). Từ cho không đến bán rẻ, có thể “rất rẻ”, tiến dần đến giá thị trường.

Kết luận 2: Nhân dân miền núi nói chung và đồng bào DTTS nói riêng còn tồn tại nhiều phong tục, tập quán ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, như: tảo hôn, hôn nhân cận huyết, đẻ sớm, đẻ nhiều, đẻ dày, đẻ muộn, uống nhiều rượu, hút thuốc, ít quan tâm đến vệ sinh, môi trường, phụ nữ ít được khám thai khi có thai,...

Khuyến nghị 2: Đẩy mạnh truyền thông thay đổi hành vi, thay đổi phong tục, tập quán có hại cho sức khỏe. Lòng ghép hoạt động truyền thông chăm sóc sức khỏe với các hoạt động kinh tế, văn hóa, xã hội khác như phiên chợ, lễ hội... Sử dụng tất cả các kênh truyền thông, đặc biệt là ti vi và internet. Chú trọng đối tượng thanh, thiếu niên để họ có thể truyền thông cho gia đình, cộng đồng. Sử dụng ngôn ngữ, nội dung, kênh truyền thông phù hợp với văn hóa của người DTTS.

Kết luận 3: Việc chuyển từ quản lý theo chương trình mục tiêu quốc gia hàng chục năm nay sang các hoạt động thường xuyên sẽ là sự thay đổi và thách thức lớn đối với ngành y tế. Các nhà tài trợ quốc tế rút dần, ngân sách nhà nước có xu hướng hạn hẹp hơn, nhân dân miền núi và DTTS chưa quen và chưa sẵn sàng chi trả. Năm 2014 chương trình mục tiêu quốc gia về y tế chưa chấm dứt đã xuất hiện những khó khăn thiếu hụt phương tiện và kinh phí. Nguy cơ đổ vỡ các kết quả đạt được đang dần hiện hữu.

Khuyến nghị 3: Tăng cường vận động các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý nhận rõ thách thức trong quá trình chuyển đổi cơ chế, chuẩn bị kỹ cho quá trình chuyển đổi này, không để xảy ra đổ vỡ các kết quả đã thu được. Cần nhận rõ mối

quan hệ chặt chẽ giữa chương trình mục tiêu quốc gia về xóa đói giảm nghèo, xây dựng nông thôn mới với chăm sóc sức khỏe và kế hoạch hóa gia đình để có thể phối, kết hợp trong hoạt động, tránh lợi ích cục bộ trong thực hiện chương trình. Cần tuyên truyền để người dân hiểu rõ bối cảnh mới, điều kiện mới để tích cực tham gia, chia sẻ cùng Nhà nước trong việc chăm sóc sức khỏe bản thân và gia đình.

Kết luận 4: Hệ thống cơ sở khám chữa bệnh, nhân lực y tế đã định mức dựa trên số dân và tính đến vùng lãnh thổ. Số cán bộ y tế tính trên 1.000 dân ở Bắc Kạn cao hơn Nam Định 2,44 lần. Tuy nhiên, hệ số theo vùng hiện nay chưa đầy đủ, dẫn đến bất công bằng nghiêm trọng, nếu tính theo “bán kính phục vụ” của cơ sở y tế. Bệnh viện tỉnh Bắc Kạn có bán kính phục vụ lớn gấp 21 lần bệnh viện Nam Định, còn trạm y tế xã thì lớn hơn 5,5 lần và “mật độ cán bộ y tế” lại thấp hơn 7,34 lần. Không những bất công bằng về số lượng cơ sở y tế và nhân viên y tế mà miền núi còn bị bất công bằng về chất lượng và cơ cấu đội ngũ cán bộ y tế (thiếu cán bộ đông y, thiếu nhân viên dược,...).

Khuyến nghị 4: Tăng cường bệnh viện tỉnh cho khu vực miền núi. Nghiên cứu mô hình “điểm trường” của ngành giáo dục đối với miền núi để có thể xây dựng các “điểm trạm” ở các xã có diện tích quá lớn đối với khu vực này.

Đa dạng hóa chính sách tăng cường đội ngũ cán bộ y tế có trình độ đại học trở lên về phục vụ miền núi (khuyến khích để cán bộ y tế về phục vụ lâu dài, luân chuyển cán bộ, biệt phái thời gian ngắn, kết nghĩa các bệnh viện miền xuôi và miền ngược, đào tạo, tập huấn cán bộ y tế địa phương,...).

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế (2011), *Quyết định số 3447/QĐ-BYT Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020*, ban hành ngày 22 tháng 9 năm 2011.

Bộ Y tế (2011), *Quyết định số 2169/QĐ-BYT về việc ban hành Kế hoạch hoạt động thị trường tổng thể phương tiện tránh thai trong chương trình mục tiêu quốc gia dân số và kế hoạch hóa gia đình*, ban hành ngày 27 tháng 6 năm 2011.

Hội đồng nhân dân tỉnh Đắk Nông (2014), *Nghị quyết số 09/2014/NQ-HĐND về quy định chính sách thu hút, đãi ngộ đối với bác sĩ, dược sĩ đại học và sau đại học về công tác tại các cơ quan, đơn vị y tế công lập trên địa bàn tỉnh Đắk Nông, giai đoạn 2015-2020*, ban hành ngày 16 tháng 7 năm 2014.

Hội Y học Dự phòng Việt Nam (2014), *Tạp chí Y học Dự phòng*, tập 24, số 2/2014.

Nhóm Hành động công bằng sức khỏe (2011), *Công bằng sức khỏe, những vấn đề của người dân tộc thiểu số Việt Nam (Health Watch Report 1)*, Nhà xuất bản Lao Động, Hà Nội.

Nhóm Hành động công bằng sức khỏe (2013), *Báo cáo số 2 về công bằng sức khỏe (Health Watch Report 2)*, Nhà xuất bản Lao Động, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2015), *Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014: Các kết quả chủ yếu*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2014), *Điều tra biến động DS-KHHGĐ 1/4/2013: Các kết quả chủ yếu*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2014), *Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2012*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2013), *Điều tra biến động DS-KHHGĐ 1/4/2012: Các kết quả chủ yếu*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê, Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc & Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (2011), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ*, Hà Nội.

Tổng cục Thống kê (2010), *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009: Kết quả toàn bộ*, Nhà xuất bản Thống kê, Hà Nội.

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2008), *Báo cáo kết quả nghiên cứu tử vong mẹ ở Việt Nam 2006 2007: Thực trạng và một số vấn đề cần quan tâm*, Hà Nội.