

VỀ SỰ PHÂN TẦNG XÃ HỘI TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI DÂN

ĐÀO VĂN DŨNG^(*)

PHẠM GIA CƯỜNG^(**)

Dưới góc độ xã hội học, phân tầng xã hội là sự phân chia và hình thành cấu trúc gồm các tầng xã hội (bao hàm cả sự phân loại, xếp hạng) khác nhau về địa vị kinh tế (hay tài sản), địa vị chính trị (hay quyền lực), địa vị xã hội (hay uy tín) cũng như một số khác biệt về trình độ nghề nghiệp, học vấn, kiểu nhà ở, nơi cư trú, phong cách sinh hoạt, cách ứng xử, thị hiếu nghệ thuật,... [5, 70], trong số đó có chăm sóc sức khỏe (CSSK).

Ở nước ta, thời gian qua, việc CSSK người dân đã luôn được Đảng và Nhà nước quan tâm. Hệ thống y tế được chú trọng xây dựng và phát triển theo hướng công bằng. Đến nay, công tác này đã thu được những kết quả quan trọng, như mức hưởng thụ các dịch vụ y tế của người dân tăng lên, đặc biệt với trẻ em, người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số; góp phần nâng cao chỉ số phát triển con người và hoàn thành phần lớn các Mục tiêu Thiên niên kỷ; thông qua đó, góp phần thực hiện công bằng và tiến bộ xã hội.

Tuy nhiên, do sự phân hóa về mức độ phát triển kinh tế - xã hội giữa các vùng, miền và địa vị kinh tế xã hội giữa các nhóm dân cư khiến khoảng cách chênh lệch giàu nghèo còn khá lớn và

ngày càng doãng ra. Đầu tư công chưa đáp ứng được yêu cầu của công tác khám, chữa bệnh. Hệ thống y tế và chất lượng dịch vụ y tế chưa đáp ứng được yêu cầu khám, chữa bệnh của người dân, nhất là đối với người nghèo, đồng bào vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số. Những điều đó đã ảnh hưởng không nhỏ tới việc đạt được mục tiêu công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe người dân ở nước ta hiện nay.

Nắm rõ thực trạng công bằng trong CSSK người dân sẽ hỗ trợ hiệu quả cho các nhà hoạch định chính sách, hoạt động y tế và xã hội trong việc hoạch định và đưa ra những quyết sách dựa trên bằng chứng theo định hướng công bằng. Góp phần nhỏ trong công việc này, trong khuôn khổ có hạn của bài viết, chúng tôi xin nêu và phân tích về thực trạng phân tầng xã hội trong CSSK người dân ở nước ta thời gian qua, xét trên: 1/ tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK, và 2/ chi tiêu y tế. Qua đó, rút ra một số nhận định bước đầu,

^(*) GS. TS., Vụ Các vấn đề xã hội, Ban Tuyên giáo Trung ương.

^(**) ThS., Vụ Các vấn đề xã hội, Ban Tuyên giáo Trung ương.

gợi mở hướng nghiên cứu tiếp theo về giải pháp nhằm giải quyết những vấn đề còn tồn tại.

I. Thực trạng phân tầng xã hội trong CSSK^(*)

1. Tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK

Thời gian qua, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người dân được tăng lên rõ rệt thông qua các chính sách bảo hiểm y tế, hỗ trợ khám chữa bệnh cho người nghèo; phát triển mạng lưới y tế cơ sở. Năm 2011, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đạt 64,9% dân số, năm 2012 đạt 67,5% dân số với 59,4 triệu người tham gia bảo hiểm y tế, tăng 10% so với năm 2011.

Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế cao tập trung tại các vùng kinh tế - xã hội phát triển chậm như trung du và miền núi phía Bắc (đạt tới 77% dân số). Đặc biệt, ở các tỉnh như: Sơn La, Lai Châu, Hà Giang, Bắc Kạn, Cao Bằng, Điện Biên, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đạt hơn 90% dân số. Trong đó, một số nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế cao (đạt gần 100%) là khối hành chính sự nghiệp, đối tượng được ngân sách nhà nước hoặc quỹ bảo hiểm xã hội hỗ trợ toàn bộ kinh phí mua bảo hiểm y tế như người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người hưởng chế độ hưu trí, mất sức và các đối tượng bảo trợ xã hội khác. Còn những người lao động ở khu vực ngoài nhà nước, người cận nghèo và người tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế có tỷ lệ tham gia thấp, lần lượt là 54,7%, 28,3% và 25%.

Năm 2011, các bệnh viện đã khám và điều trị ngoại trú cho hơn 129,57 triệu lượt người bệnh, tăng 6,7% so với năm 2010. Số bệnh nhân nộp viện phí trực

tiếp giảm 7,1% và thanh toán qua bảo hiểm y tế tăng từ 48,6% lên 52,9%.

Bảng 1 cho thấy, trong vòng 12 tháng, tỷ lệ người có khám, chữa bệnh tỷ lệ thuận với thu nhập, nghĩa là nhóm người có thu nhập cao hơn thì tỷ lệ có khám, chữa bệnh cao hơn các nhóm thu nhập khác và ngược lại. Nhưng những người nghèo nhất có bảo hiểm y tế hoặc sổ/thẻ khám, chữa bệnh miễn phí điều trị nội trú và ngoại trú chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm khác và chỉ thấp hơn tỷ lệ người ở nhóm thu nhập cao nhất.

Bảng 2 cho thấy, tỷ lệ người khám, chữa bệnh nội, ngoại trú có bảo hiểm y tế hoặc sổ/thẻ khám chữa bệnh miễn phí ở nhóm giàu nhất cao hơn tỷ lệ chung của cả nước và chỉ thấp hơn nhóm nghèo nhất. Tỷ lệ ở thành thị cao hơn ở nông thôn.

Bảng 1: Tỷ lệ người có khám, chữa bệnh trong vòng 12 tháng chia theo nhóm thu nhập (Đơn vị tính: %)

		Tỷ lệ người có điều trị nội trú	Trong đó tỷ lệ có BHYT hoặc sổ khám, chữa bệnh miễn phí	Tỷ lệ người có điều trị ngoại trú	Trong đó tỷ lệ có BHYT hoặc sổ khám, chữa bệnh miễn phí
Nghèo nhất	37,5	8,6	5,5	32,7	18,1
Nghèo	39,0	9,2	4,8	34,7	14,8
Trung bình	41,2	8,1	4,1	37,1	14,5
Giàu	41,5	7,7	4,5	38,1	16,6
Giàu nhất	45,5	7,1	4,3	42,9	19,5

(*) Số liệu được sử dụng trong bài viết (các bảng 1-4) chủ yếu lấy từ Kết quả Khảo sát Mức sống dân cư năm 2010 do Tổng cục Thống kê thực hiện, mô tả theo nhóm ngũ vị phân theo dân số và xếp hạng theo một trong các chỉ số mức sống [6]. Nhóm dân số thứ nhất bao gồm 20% nghèo nhất được gọi là nhóm “nghèo nhất”, nhóm dân số nghèo thứ hai gọi là “nghèo” và cứ như thế đến nhóm ngũ vị phân “trung bình”, “giàu” và “giàu nhất”.

Một điều đáng lưu ý là, những người giàu hưởng lợi nhiều hơn ở các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, trong khi những người nghèo thường chỉ hưởng ở các bệnh viện tuyến huyện do các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương xa nơi sinh sống. Hơn nữa, nhóm người nghèo và cận nghèo thường tập trung ở vùng sâu, vùng xa, vùng kinh tế - xã hội chậm phát triển và ở nông thôn. Ở đó, cơ sở vật chất, trang thiết bị, nguồn nhân lực của hệ thống y tế hạn chế, khoảng cách xa so với nơi sinh sống và đi lại khó khăn đã làm hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK của người dân, đặc biệt là nhóm thu nhập nghèo và cận nghèo.

2. Chi tiêu y tế của các nhóm thu nhập

Thống kê chi tiêu y tế bình quân 1 người có khám, chữa bệnh trong vòng 12 tháng cho thấy, chi tiêu cho khám, chữa bệnh nội trú cao hơn ngoại trú, ở thành thị cao hơn ở nông thôn

Bảng 2: Tỷ lệ người khám, chữa bệnh nội, ngoại trú có bảo hiểm y tế hoặc sổ/thẻ khám chữa bệnh miễn phí chia theo nhóm thu nhập, thành thị - nông thôn và vùng

(Đơn vị tính: %)

Vùng	Chung	Nhóm thu nhập				
		Nghèo nhất	Nghèo	Trung bình	Giàu	Giàu nhất
Cả nước	66,7	74,1	61,2	60,4	66,6	70,9
Thành thị - nông thôn						
Thành thị	72,6	65,6	69,2	72,9	75,4	78,6
Nông thôn	64,1	76,6	63,2	59,6	60,2	62,2
Vùng						
Đồng bằng sông Hồng	67,5	60,4	58,3	66,5	70,9	80,0
Trung du và Miền núi phía Bắc	82,7	90,4	86,1	81,9	76,3	80,3
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	68,7	75,3	60,8	62,5	66,6	77,5
Tây Nguyên	69,2	85,9	78,1	64,1	65,5	55,2
Đông Nam Bộ	66,0	63,9	62,2	67,2	66,0	69,3
Đồng bằng sông Cửu Long	56,2	64,2	52,1	52,0	52,2	60,3

Bảng 3: Chi tiêu y tế bình quân 1 người có khám, chữa bệnh trong vòng 12 tháng chia theo hình thức điều trị

(Đơn vị tính: 1000 VNĐ)

Phân chia theo	Chung	Chia theo	
		Nội trú	Ngoại trú
Thành thị - nông thôn			
Thành thị	1.602	3.905	979
Nông thôn	1.251	3.211	652
Nhóm thu nhập chung cả nước			
Nghèo nhất	742	1.900	354
Nghèo	1.029	2.450	510
Trung bình	1.167	3.038	635
Giàu	1.483	3.867	837
Giàu nhất	2.209	6.363	1.288
Nhóm chi tiêu chung cả nước			
Nghèo nhất	376	886	214
Nghèo	736	1.765	395
Trung bình	1.035	2.530	580
Giàu	1.556	3.649	912
Giàu nhất	2.708	8.133	1.422

thôn, càng ở nhóm giàu thì chi tiêu cho hình thức khám, chữa bệnh nội trú và ngoại trú càng tăng và chi tiêu y tế càng cao. Phân tích theo nhóm thu nhập và nhóm chi tiêu cho thấy, nhóm nghèo vẫn phải chi tiêu cho khám, chữa bệnh nội trú và ngoại trú, nhưng khi bệnh nặng mới đi khám, chữa bệnh và khi khám, chữa bệnh cũng chi tiêu y tế ở mức tối thiểu. Nhóm thu nhập càng cao thì càng có điều kiện khám, chữa bệnh thường xuyên hơn, khi đi khám, chữa bệnh cũng lựa chọn mức dịch vụ, công nghệ cao, thuốc đắt tiền,... đã làm cho chi phí y tế của nhóm thu nhập cao tăng lên, đồng nghĩa với việc nhóm thu nhập cao hưởng lợi từ dịch vụ CSSK nhiều hơn các nhóm khác (Bảng 3).

Chi phí bình quân 1 người có khám chữa bệnh năm 2010 là 1,36 triệu đồng,

cao gấp 1,3 lần so với năm 2008. Chi tiêu cho y tế, chăm sóc sức khỏe bình quân 1 người/tháng khoảng 62 nghìn đồng, chiếm tỷ trọng 5,4% trong chi tiêu cho đời sống. Chi tiêu cho y tế, CSSK bình quân 1 người/tháng của nhóm hộ giàu nhất cao gấp 3,6 lần nhóm hộ nghèo nhất; hộ thành thị cao gấp hơn 1,4 lần nông thôn.

Bảng 4 cho thấy, nhóm thu nhập giàu nhất chi cho khám, chữa bệnh bình quân 1 nhân khẩu cao gấp gần 4 lần nhóm nghèo nhất và chi cho y tế ngoài khám, chữa bệnh gấp hơn 8 lần nhóm nghèo nhất. Trong khi đó, trung bình nhóm nghèo và nghèo nhất vẫn phải chi cho y tế ngoài khám, chữa bệnh chiếm tỷ lệ 14,9%. Mặc dù, nhóm người nghèo được hỗ trợ 100% chi phí khám, chữa bệnh (kể

cả chi phí đi lại) và chi cho khám, chữa bệnh ít hơn nhóm người giàu, nhưng số tiền chi cho khám, chữa bệnh bình quân 1 nhân khẩu cũng chiếm đến 10,7% ở nhóm nghèo nhất và 23,9% ở nhóm nghèo.

II. Một số vấn đề đặt ra

1. Tỷ lệ nghèo đói không đều giữa các vùng, đặc biệt tập trung ở những vùng kinh tế kém phát triển, đi lại khó khăn và mật độ dân cư thấp như khu vực các xã miền núi, vùng sâu, vùng xa. Phần lớn người nghèo sống trong hộ gia đình đang gặp rất nhiều khó khăn

Bảng 4: Chi tiêu y tế và CSSK bình quân 1 nhân khẩu chia theo nhóm thu nhập, nhóm chi tiêu

(Đơn vị tính: %)

	Tổng	Số tiền chi cho khám, chữa bệnh	Số tiền chi cho y tế ngoài khám, chữa bệnh			
			Mua thuốc tự chữa hoặc dự trữ	Mua dụng cụ y tế	Mua bảo hiểm y tế tự nguyện	Tổng
5 nhóm thu nhập chung cả nước						
Nghèo nhất	30,7	23,2	2,8	0,1	0,2	3,1
Nghèo	45,2	33,5	8,6	0,4	2,8	11,8
Trung bình	53,8	40,1	9,0	0,8	3,9	13,8
Giàu	68,9	51,2	12,2	0,9	4,7	17,7
Giàu nhất	110,4	83,7	20,2	1,9	4,7	26,8
5 nhóm chi tiêu chung cả nước						
Nghèo nhất	15,9	10,7	3,8	0,1	1,3	5,2
Nghèo	34,7	23,9	7,6	0,4	2,9	10,8
Trung bình	50,4	36,4	9,8	0,5	3,8	14,0
Giàu	72,8	55,2	12,1	1,0	4,5	17,6
Giàu nhất	135,3	105,6	22,6	2,1	5,1	29,8

Formatted: Line spacing: At least 11 pt

trong việc giảm nghèo và những hộ gia đình thuộc diện cận nghèo cũng rất dễ bị tái nghèo khi gặp phải rủi ro, nhất là những rủi ro về sức khỏe. Trong khi đó, người thuộc nhóm giàu thường tập trung ở những vùng kinh tế phát triển, đi lại thuận lợi, có điều kiện kinh tế, trình độ học vấn, dịch vụ y tế phát triển nên có khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, thuốc và trang thiết bị y tế hiện đại, đắt tiền cho CSSK.

2. Nhóm người nghèo thường phải tập trung thời gian bươn chải cho cuộc sống, tìm kiếm thu nhập, điều kiện sống thiếu thốn ít quan tâm tới sức khỏe nên dễ mắc bệnh, lại thường để bệnh nặng mới đến khám, chữa, do vậy làm cho thời gian khám, chữa bệnh dài ra, chi phí y tế nhiều thêm trong khi nguồn thu nhập ngày càng hạn hẹp, càng khiến họ nghèo hơn. Trong khi đó, nhóm người giàu có điều kiện sống tốt, luôn quan tâm đến sức khỏe nên thường khám sức khỏe định kỳ, hạn chế được bệnh tật, do vậy giảm chi phí y tế và thường không bị nghèo hóa do chi phí y tế.

3. Người nghèo thường có xu hướng tìm kiếm dịch vụ khám, chữa bệnh ở trạm y tế xã, sau đó mới đến các tuyến trên. Tuy nhiên cơ sở vật chất, trang thiết bị và trình độ cán bộ trạm y tế xã ở nhiều nơi còn chưa đáp ứng được nhu cầu CSSK người dân. Vì vậy, nhiều người phải vay mượn tiền để khám, chữa bệnh tại bệnh viện huyện. Ngược lại, nhóm người giàu thường tìm kiếm dịch vụ y tế ở tuyến trung ương, dịch vụ y tế tư nhân có chất lượng cao, trang thiết bị tiện nghi, hiện đại với chi phí cao.

4. Danh mục thuốc cấp phát theo bảo hiểm y tế đôi khi chưa phù hợp với thực trạng bệnh tật của người dân nên ngoài việc thanh toán bảo hiểm y tế theo khung giá trần (đối với các dịch vụ

được cơ quan bảo hiểm quy định), người bệnh còn phải trả các khoản chi phí khác cho khám, chữa bệnh. Hơn nữa, phần lớn người dân chưa hiểu rõ nghĩa vụ và quyền lợi khi tham gia bảo hiểm y tế và khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế công. Nhiều người dân đi khám, chữa bệnh vượt tuyến hoặc do thủ tục khám, chữa bệnh theo bảo hiểm y tế quá rườm rà nên đã tự bỏ tiền túi chi trả mà không cần đến thanh toán bằng bảo hiểm y tế. Đây cũng là một trong những lý do khiến người bệnh hạn chế đi khám, chữa bệnh và tham gia bảo hiểm y tế. Vấn đề này cũng làm tăng chi phí y tế, đặc biệt đối với nhóm người nghèo.

5. Nhóm người cận nghèo chủ yếu là nông dân và lao động tự do, thu nhập rất không ổn định. Do đó, việc tham gia bảo hiểm y tế sẽ tiêu tốn một số tiền không nhỏ đối với thu nhập của họ. Trong số những người thuộc nhóm cận nghèo không tham gia bảo hiểm y tế, hầu hết là người có hoàn cảnh gia đình khó khăn. Vì vậy, trong gia đình chỉ những người ốm hoặc người già, người có bệnh mạn tính mới được tham gia bảo hiểm y tế.

Mặc dù có thu nhập cao hơn nhóm người nghèo không đáng là bao, song nhóm người cận nghèo khi đi khám, chữa bệnh còn phải chịu đồng chi trả 20%. Các chi phí khác như chi phí đi lại, chi phí cho những người nhà đi cùng,... cũng là một gánh nặng, phần nào làm ảnh hưởng đến thái độ tìm kiếm dịch vụ y tế của họ.

6. Hệ thống y tế dự phòng chưa được quan tâm đầu tư, do vậy đã hạn chế việc bảo vệ người dân nói chung và người nghèo, cận nghèo nói riêng phòng tránh bệnh tật.

7. Ngân sách nhà nước là nguồn kinh phí quan trọng, ổn định và có cơ chế phân bổ lại từ vùng giàu sang vùng nghèo, phân bổ lại khi xảy ra các trường

hợp khẩn cấp như thiên tai, dịch bệnh. Đây là nguồn tốt nhất để thực hiện chiến lược công bằng trong công tác CSSK. Ở Việt Nam, mặc dù ngân sách nhà nước cho y tế đã tăng trong thời gian gần đây, song vẫn còn nằm ở nhóm nước có mức chi thấp, thấp hơn so với khuyến cáo của các tổ chức quốc tế cho các nước đang phát triển^(*).

8. Bảo hiểm y tế là sự chi trả trước nhằm mục đích chia sẻ nguy cơ tài chính giữa người khỏe mạnh và người ốm đau, giữa người giàu và người nghèo, giữa người trẻ và người già. Nhưng thực tế, đối với bảo hiểm y tế, niềm tin của người dân đối với việc chi trả trước cho CSSK ở mức thấp, sự chia sẻ chi phí giữa người giàu với người nghèo, giữa người trẻ với người già còn chưa cao.

9. Hiện nay, nguồn thu từ viện phí là nguồn thu ngân sách quan trọng cho các hoạt động của bệnh viện. Viện phí trực tiếp chỉ đặt gánh nặng chi trả lên người bệnh, mà người có thu nhập thấp thường ốm đau nhiều hơn và có nhu cầu khám, chữa bệnh nhiều hơn. Miễn giảm viện phí cho người nghèo có thể là cách tích cực để thực hiện tốt chính sách hỗ trợ CSSK cho người dân.

10. Việc phân bổ ngân sách thường phải thực hiện: (1) theo yêu cầu: dựa trên khả năng chi trả đối với các dịch vụ y tế; (2) theo dân số: phân bổ nguồn lực đồng đều theo số dân; (3) theo nhu cầu: dựa trên nhu cầu CSSK. Phương thức phân bổ dựa trên nhu cầu CSSK là phương thức đảm bảo tính công bằng trong CSSK vì nguồn lực được phân bổ nhiều hơn cho các địa phương có nhu cầu CSSK lớn hơn: nhóm yếu thế, người có thu nhập thấp. Tuy nhiên, cách phân bổ ngân sách ở nước ta hiện nay đang nghiêng về hướng phân bổ theo dân số, mặc dù đã có hệ số điều chỉnh cho các

vùng, miền nhưng chưa đảm bảo được theo nhu cầu về CSSK.

11. Nhiều cơ chế, chính sách hỗ trợ xóa đói giảm nghèo, trong đó có chính sách CSSK đã được đưa vào thực hiện, song chưa đầy đủ và đồng bộ ở một số địa phương, chưa thích ứng với điều kiện cụ thể của từng vùng, từng nhóm người nghèo, hiệu quả thực hiện chưa cao. Công tác tuyên truyền về chủ trương, đường lối và các chính sách hỗ trợ nói chung và chính sách y tế nói riêng cho các đối tượng nghèo và cận nghèo chưa thực sự được quan tâm đúng mức □

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012 “Nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh”*, Nxb. Y học, Hà Nội.
2. Đào Văn Dũng, Phạm Gia Cường (2013), “Hướng tới công bằng trong chăm sóc sức khỏe người dân”, Tạp chí *Tuyên giáo*, số 6.
3. Phạm Mạnh Hùng (2012), “Vấn đề định hướng xã hội chủ nghĩa trong hoạch định chiến lược và chính sách y tế”, Tạp chí *Tuyên giáo*, số 3.
4. Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Kim Phương, Priyanka Saksena (2012), *Báo cáo nghiên cứu: Đánh giá bảo vệ tài chính trong hệ thống y tế Việt Nam: Phân tích của Việt Nam khảo sát mức sống dữ liệu 2002-2010*, Hà Nội.
5. Nguyễn Đình Tấn (2001), *Giáo trình xã hội học trong quản lý*, Nxb. Chính trị quốc gia, Hà Nội.
6. Tổng cục Thống kê (2011), *Kết quả Khảo sát Mức sống dân cư năm 2010*, Nxb. Thống kê, Hà Nội.

^(*) Theo khuyến cáo của Quỹ tiền tệ quốc tế (IMF), các nước có thu nhập thấp cần phải chi khoảng 12% GNP cho y tế để có thể đạt được các mục tiêu phát triển quốc tế.