

Một số rào cản trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân hiện nay

Đặng Thanh Nhân

Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới

Tóm tắt: Khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh là vấn đề quan trọng trong chăm sóc sức khỏe của người dân. Trong những năm qua, Việt Nam đã có nhiều thay đổi tích cực trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại không ít những thách thức trong việc hướng tới mục tiêu tiếp cận công bằng về sức khỏe toàn dân. Trên cơ sở tổng quan tài liệu nghiên cứu có liên quan, bài viết phân tích một số rào cản trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân hiện nay và đề xuất một số giải pháp góp phần nâng cao khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh nói chung và tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng nói riêng của người dân ở Việt Nam⁽¹⁾.

Từ khóa: Tiếp cận dịch vụ y tế; Rào cản trong dịch vụ khám chữa bệnh; Chăm sóc sức khỏe.

1. Đặt vấn đề

Khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh là một phạm trù của công bằng sức khỏe nói riêng và công bằng xã hội nói chung. Hiện nay, khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh cũng là mối quan tâm toàn cầu bởi tình trạng thiếu sự công bằng trong tiếp cận chăm sóc sức khỏe ở cấp độ quốc gia và toàn cầu (WHO, 2013). Tại một số quốc gia, toàn bộ

những người thuộc nhóm 20% giàu nhất được tiếp cận dịch vụ y tế trong khi đó một nửa số trẻ em thuộc nhóm 20% nghèo nhất không được tiếp cận dịch vụ y tế. Chính phủ mỗi nước đều phải có trách nhiệm đảm bảo cho người dân tiếp cận được các dịch vụ y tế cơ bản và bảo vệ người dân tránh khỏi đói nghèo do các chi phí y tế lớn hay những thiệt hại về sức khỏe do không được sử dụng dịch vụ y tế khi cần. Mỗi quốc gia có nhiều sự lựa chọn chính sách y tế khác nhau phụ thuộc vào các quyết định về chính trị, bối cảnh lịch sử và giá trị xã hội (World Bank, 2007; Aparnaa Somanathan và các tác giả khác, 2013).

Công bằng là một trong những mục tiêu hàng đầu của hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam. Mối quan tâm này không chỉ được thể hiện trong các chính sách, luật pháp mà được triển khai rộng rãi bởi một hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu vươn đến tận tuyến cơ sở (PAHE, 2011). Tuy nhiên, các nghiên cứu về khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của gia đình Việt Nam còn rất hạn chế. Trong hệ thống chỉ số y tế Việt Nam, các chỉ số về công bằng sức khỏe chưa được thể hiện rõ ràng. Điều này cũng phần nào hạn chế sự hiểu biết của nhân viên y tế, nghiên cứu viên cũng như các nhà lập sách trong việc xây dựng những can thiệp tốt hơn nhằm đạt được mục tiêu công bằng sức khỏe cho mọi người dân.

Tiếp cận dịch vụ y tế không chỉ đơn giản là cơ hội sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đây là khái niệm đa chiều dựa trên sự tương tác giữa hệ thống y tế với các cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng. Trái ngược với những giả thiết phổ biến trước đây cho rằng tình trạng sức khỏe là các vấn đề cá nhân, ngày nay các yếu tố xã hội được nhìn nhận rộng rãi là có tác động đến sức khỏe. Các hành vi nguy cơ đối với sức khỏe phải được đánh giá đối chiếu với các khuynh hướng và chính sách xã hội rộng lớn hơn (WHO, 2011). Trên cơ sở tổng quan, phân tích các nghiên cứu, tài liệu có liên quan, bài viết phân tích một số rào cản trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân hiện nay và đề xuất một số giải pháp góp phần nâng cao khả năng tiếp các dịch vụ khám chữa bệnh của người dân.

2. Một số rào cản trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh

Rào cản về khoảng cách địa lý

Điều kiện địa lý có ảnh hưởng tới tiếp cận dịch vụ y tế và việc tiếp cận về mặt địa lý đến các cơ sở y tế được đo bởi khoảng cách và thời gian. Nhìn chung, người dân ở khu vực miền núi (không tính đến điều kiện kinh tế) tiếp cận dịch vụ y tế ít hơn vùng đồng bằng. Tại khu vực miền núi, người nghèo chủ yếu đến trạm y tế xã nhiều hơn rõ rệt so với khu vực đồng bằng; người giàu tiếp cận dịch vụ y tế tuyến trên cao gấp 4 lần người nghèo. Người nghèo khu vực miền núi, tiếp cận các dịch vụ y tế thấp hơn

6 lần so với người giàu tại khu vực đồng bằng. Ở các vùng cao nguyên của Việt Nam, người dân cho biết, do không có phương tiện giao thông nên để đến được trung tâm y tế, trạm y tế họ phải đi quá nửa ngày hoặc nhiều hơn (Rheinlander và các tác giả khác, 2011). Mặc dù, người nghèo được cấp thẻ bảo hiểm y tế nhưng đa số sống ở khu vực hẻo lánh nên không thể tiếp cận các cơ sở y tế do khó khăn trong phương tiện đi lại. Việc thiếu phương tiện đi lại có thể làm cho bệnh nhân lựa chọn sử dụng dịch vụ y tế để tiếp cận hơn cho dù chất lượng kém hơn (Trần Tuấn, 2005; Trần Thị Mai Oanh và các tác giả khác, 2012a). Rõ ràng, khoảng cách địa lý thực sự là rào cản ảnh hưởng lớn đến việc sử dụng dịch vụ y tế của nhóm người nghèo và dân tộc thiểu số.

Rào cản về kinh tế - văn hóa - xã hội

Yếu tố tài chính, bao gồm chi trả trực tiếp tiền túi được xem là khó khăn chính trong tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo. Một số nghiên cứu tiến hành tại khu vực nông thôn cũng cho thấy xu hướng người nghèo trì hoãn đi khám chữa bệnh do không có khả năng chi trả. Có thể nói, ở mọi mức thu nhập trong mỗi một quốc gia, sức khỏe và bệnh tật thường tuân theo một quy luật xã hội là địa vị kinh tế xã hội càng thấp thì tình trạng sức khỏe càng tệ (UNICEF, 2004; Trần Thị Minh Ngọc, 2012).

Khoảng cách xã hội và sự khác biệt ngôn ngữ giữa bệnh nhân và nhân viên y tế cũng được coi là một trong những trở ngại trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh. Phần lớn cán bộ y tế là người Kinh, trong khi những người dân tộc thiểu số lại hiếm khi nói được tiếng phổ thông (Võ Văn và các tác giả khác, 2004). Để tránh bị hiểu nhầm, người bệnh thuộc nhóm dân tộc thiểu số thường ít khi chia sẻ ý tưởng với nhân viên y tế về nguyên nhân gây bệnh hay đặt các câu hỏi để làm rõ về các đơn thuốc, cách thức điều trị cụ thể. Điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán bệnh của bác sỹ (Rheinlander và các tác giả khác, 2011). Việc đồng bào dân tộc thiểu số thường áp dụng một số hủ tục lạc hậu trong phong tục tập quán dân tộc vào việc chữa bệnh trước khi đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế có thể dẫn đến sự chậm trễ trong sử dụng dịch vụ y tế cũng như những tai biến có thể xảy ra đối với bệnh nhân (Bộ Y tế, 2006).

Có sự khác biệt giữa dân tộc Kinh và các dân tộc thiểu số trong việc tiếp cận chăm sóc về mặt y tế đặc biệt trong việc sinh con và chăm sóc con nhỏ. Nghiên cứu của Knowles và cộng sự năm 2009 cho thấy, phụ nữ người Kinh có tỷ lệ sinh con tại các cơ sở y tế cao hơn các dân tộc khác (gấp gần bốn lần); Và tỷ lệ tử vong mẹ ở các dân tộc thiểu số cao gấp 4 lần so với tỷ lệ tử vong ở người Kinh. Các bà mẹ người Kinh có xu hướng tìm kiếm chăm sóc sức khỏe gấp hai lần so với các bà mẹ dân tộc thiểu số (Knowles và các tác giả khác, 2009).

Có thể thấy các nhóm dân cư khác nhau cũng có những cách ứng xử không giống nhau khi gặp phải vấn đề về sức khỏe. Ở Việt Nam, tự mua thuốc chữa trị là hành vi/ứng xử chăm sóc sức khỏe phổ biến khi đau ốm đã được chỉ ra trong các nghiên cứu về dịch vụ y tế ở Việt Nam (Hoan T.L và các tác giả khác, 2011; Lê Bảo Châu và các tác giả khác, 2012). Việc không chữa trị gì hoặc tự chữa trị thường gặp nhiều hơn ở nhóm có thu nhập thấp (Trần Thị Mai Oanh và các tác giả khác, 2012b). Người bệnh thường tự mua thuốc theo lời khuyên của nhà cung cấp thuốc hoặc theo đơn thuốc trước, một số tự tăng hoặc giảm liều điều trị hoặc bỏ dở thuốc sau một thời gian điều trị ngắn kể cả các loại thuốc liên quan đến kháng sinh hay kháng sinh phổ rộng được dùng để điều trị cho trẻ em (Rheinlander và các tác giả khác, 2011).

Gia đình và cộng đồng được cho thấy có thể ảnh hưởng tới việc tiếp cận với chăm sóc sức khỏe. Trong xã hội Việt Nam, người cao tuổi như ông/bà thường có ảnh hưởng lớn đến các lựa chọn trong đó có lựa chọn để tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh (Duong và các tác giả khác, 2004; Rheinlander và các tác giả khác, 2011).

Rào cản từ phía người sử dụng dịch vụ

Các yếu tố đặc điểm nhân khẩu, xã hội của cá nhân và gia đình như: giới tính, trình độ học vấn, nhận thức về bệnh tật của người bệnh, mức sống của hộ gia đình... cũng có ảnh hưởng đến việc sử dụng các dịch vụ y tế. Nghiên cứu của Trần Thị Mai Oanh và cộng sự (2012b) đã chỉ ra rằng đối với người cao tuổi, nam giới điều trị tại bệnh viện nhiều hơn nữ. Những người có trình độ học vấn cao hơn có xu hướng tiếp cận dịch vụ nhiều hơn những người không được đến trường, đặc biệt đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em. Những bà mẹ có trình độ lựa chọn cơ sở điều trị cho con nhanh hơn các bà mẹ có trình độ thấp. Hiểu biết về bệnh tật hoặc mức độ nghiêm trọng của bệnh tật cũng là yếu tố tác động đến hành vi tìm kiếm hình thức chăm sóc sức khỏe của người dân. Người nghèo và dân tộc thiểu số thường có nhận biết chậm về những dấu hiệu của bệnh tật và điều đó dẫn đến việc chậm trễ trong quyết định tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Knowles và các tác giả khác, 2009; Trần Thị Mai Oanh và các tác giả khác, 2012b).

So với nhóm người giàu, người nghèo thường ít quan tâm đến tình trạng sức khỏe của mình cho đến khi không thể trì hoãn việc khám, chữa bệnh. Người nghèo cũng có xu hướng ít sử dụng các cơ sở y tế hơn người giàu và chỉ khám, chữa bệnh khi bệnh đã ở mức nghiêm trọng. Khi ốm đau, người nghèo phải phụ thuộc nhiều vào các cơ sở y tế tuyến dưới do không tiếp cận được các phương tiện vận chuyển nhanh chóng và đáng tin cậy để đến bệnh viện tuyến trên (Trần Thị Minh Ngọc, 2012; Nguyễn

Thanh Liêm và các tác giả khác, 2013). Khi gặp trọng bệnh, họ thường phải cắt giảm chi tiêu, bán lợn gà, nông sản hoặc vay mượn, cầm cố để chạy chữa bệnh tật. Đây là điều phổ biến ở các nước có thu nhập trung bình thấp trong đó có Việt Nam (David H. Peters và các tác giả khác, 2008; WHO, 2011; Bart Jacob và các tác giả khác, 2012).

Ngoài ra, các nhóm thu nhập thấp hơn thường hay sử dụng các trung tâm y tế của nhà nước, chủ yếu là trung tâm y tế xã có chất lượng kém. Các nhóm dân tộc thiểu số có khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế kém hơn do nhiều yếu tố như: thu nhập thấp hơn, chỉ dựa vào tiền túi, hệ thống y tế quan liêu, và các yếu tố nội tại của các nhóm dân tộc thiểu số, như chế độ phụ hệ, tôn giáo và thế giới quan (PAHE, 2016).

Nghiên cứu của Vũ Mạnh Lợi và Trần Thị Minh Thi (2012) cho thấy, các tầng lớp khác nhau có điều kiện tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế khác nhau. Người ở tầng lớp cao có tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế cao hơn và sử dụng dịch vụ y tế tuyến trên cao hơn người ở tầng lớp thấp; người ở tầng lớp thấp ít tìm đến cơ sở y tế và khi cần thì họ chọn sử dụng dịch vụ y tế tuyến cơ sở nhiều hơn. Nghiên cứu này cho rằng chính sách hỗ trợ người nghèo tham gia bảo hiểm y tế tỏ ra có hiệu quả tốt, cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của tầng lớp thấp nhất (nhiều người nghèo nhất), và cần được tiếp tục. Phân tích về tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế từ nghiên cứu này cũng gợi ra rằng nhà nước cần đầu tư nhiều hơn vào các cơ sở y tế tuyến cơ sở, nơi người nghèo có thể dễ dàng hơn trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh.

Ngoài các yếu tố kể trên thì các yếu tố liên quan đến đặc điểm nhân khẩu, xã hội khác như: tuổi, nghề nghiệp, thu nhập, nơi cư trú, nhận thức, thói quen, tình trạng sức khỏe của người dân, việc có thẻ BHYT hay không, khả năng chi trả dịch vụ y tế... cũng có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh (WHO, 2011; PAHE, 2013, 2016).

Rào cản từ phía cơ sở cung ứng dịch vụ

Những rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế bao gồm rất nhiều yếu tố có mối liên hệ với nhau như khả năng cung ứng dịch vụ y tế, chất lượng dịch vụ y tế, thuốc men và các thủ tục y tế; các tương tác cá nhân giữa nhân viên y tế và người sử dụng dịch vụ y tế; thái độ và truyền thông; và nhận thức của người sử dụng dịch vụ y tế về chất lượng chăm sóc... Khả năng cung ứng dịch vụ y tế cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân bao gồm: sự sẵn có của nguồn lực (nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, thuốc men, vật tư y tế...), các loại hình dịch vụ và kinh phí hoạt động của cơ sở y tế; các phương thức chi trả theo quy định (phí dịch vụ, chi phí ngoài bảo hiểm, chi phí gián tiếp...) (Syed et al., 2008; PAHE, 2013). Hiện nay, ở

Việt Nam tình trạng quá tải ở các bệnh viện công tuyến cuối là một cản trở rất lớn trong khả năng cung ứng dịch vụ y tế và cung ứng dịch vụ y tế có chất lượng.

Tình trạng quá tải ở bệnh viện công

Về cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, một trong những khó khăn chính Việt Nam đang phải đối mặt là tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương. Tình trạng này phần lớn là do: chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở tuyến cơ sở còn hạn chế, người dân kỳ vọng được sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng cao, thuận tiện trong đi lại, sự chênh lệch thấp về viện phí giữa các tuyến khám chữa bệnh, v.v. Một số lý do dẫn đến tình trạng quá tải có liên quan đến cơ chế quản lý tài chính, khả năng cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, chất lượng chăm sóc và hoạt động của các trạm y tế xã, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa còn nhiều hạn chế và cần được cải thiện (Bộ Y tế, 2014; PAHE, 2013).

Chi tiêu công cho y tế

Chi tiêu về y tế đã tăng đáng kể trong 10 năm qua, nhưng chi tiêu công dành cho y tế bao gồm cả chi tiêu do bảo hiểm y tế chi trả và các nhà tài trợ hỗ trợ hiện chiếm gần 50% tổng chi tiêu y tế. Hơn 50% còn lại chủ yếu là các khoản chi trả phí sử dụng dịch vụ và tiền thuốc trực tiếp từ tiền người dân. Chi phí cao trong chăm sóc sức khỏe từ tiền của bệnh nhân đã gây ra các vấn đề bất bình đẳng khác nhau như hộ gia đình phải giảm chi tiêu của họ cho các nhu cầu thiết yếu khác và gây ra nghèo đói (PAHE, 2013; Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2011).

Các nhóm thiệt thòi chịu các gánh nặng bất bình đẳng qua hệ thống chi cho y tế. Tổng ngân sách theo kế hoạch cho y tế ở Việt Nam tăng gần gấp đôi về giá trị tiền từ 64.000 tỷ VND (tương đương 3,2 tỷ USD) năm 2011 lên 117.000 tỷ VND (tương đương 5,8 tỷ USD) năm 2015. Tổng chi cho y tế theo phần trăm GDP tăng từ 4,9% năm 1998 lên 6,7% năm 2012; ngân sách y tế theo tỷ lệ phần trăm của tổng ngân sách nhà nước tăng từ 8,8% năm 2011 lên 9,4% năm 2015 (Hoàng Văn Minh, 2016). Tuy nhiên, tới 90% ngân sách y tế được dành cho chi thường xuyên, như lương và chi phí vận hành cơ sở vật chất. Trong khi đó, dịch vụ công có rất ít tiến triển về nâng cao hiệu quả, và giảm chi phí dịch vụ (Oxfam, 2017). Tài chính y tế ở Việt Nam phụ thuộc vào nguồn chi của tư nhân, nhất là chi trả tự túc của hộ gia đình. Giá trị chi trả tự túc tăng từ 43,5% năm 2012 lên 48% tổng chi cho y tế năm 2013 (tỷ lệ cao nhất trong tổng chi cho y tế) (PEP-FAR, USAID, 2016), khiến nhiều hộ dân, đặc biệt hộ có chủ hộ là nữ, hộ nghèo nông thôn và hộ dân tộc thiểu số) có nhiều nguy cơ bị nghèo. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với mức dưới 30% do WHO đề xuất. WHO nhận thấy chi trả tự túc cao thường dẫn tới vấn đề chi phí “thảm họa” cho y tế

(tức chi phí y tế chiếm bằng hoặc trên 40% khả năng chi trả) ở nhiều quốc gia trên thế giới. Ở Việt Nam, tỷ lệ chi phí “thảm họa” và nghèo hóa do chi phí y tế khá cao (dù đang giảm) trong giai đoạn 1992 - 2012, đặc biệt ở các nhóm dân thiệt thòi như người nghèo, người có khả năng tiếp cận giáo dục thấp và người dân nông thôn. Theo nghiên cứu của Hoàng Văn Minh và Nguyễn Thị Phương (2015), có tới 583.724 hộ gia đình Việt Nam bị rớt xuống hay lún sâu vào cảnh nghèo do chi tiêu y tế ở Việt Nam vào năm 2012 (Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Phương, 2015). Nghiên cứu của PAHE (2016) đã chỉ ra rằng tỷ lệ nghèo hóa do chi phí “thảm họa” cao hơn trong nhóm các hộ nghèo và các hộ nông thôn. Các chính sách giảm nghèo cũng như việc phân bổ ngân sách và chi cho y tế công chưa đạt hiệu quả cao do quá trình xây dựng phát triển chính sách chưa dựa trên bằng chứng sát thực, quản trị y tế chưa hiệu quả, thiếu hoạt động theo dõi thường xuyên và có cơ chế kiểm soát chất lượng đáng tin cậy cũng như thiếu tiếng nói của xã hội dân sự.

Chất lượng dịch vụ y tế

Đối với rào cản từ phía cơ sở cung ứng, sự sẵn có và chất lượng dịch vụ, đặc biệt là chất lượng dịch vụ của các cơ sở y tế ở các tuyến là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẵn có đảm bảo người dân có thể tiếp cận bất cứ dịch vụ nào và bất cứ khi nào họ cần. Chất lượng chăm sóc phụ thuộc chủ yếu vào khả năng chuyên môn và thái độ chăm sóc cũng như sự sẵn có của thuốc và trang thiết bị. Khó khăn lớn nhất của các cơ sở cung ứng dịch vụ ở tuyến cơ sở là sự thiếu hụt nhân viên y tế, trang thiết bị và thuốc điều trị và thông tin chuyên môn hỗ trợ hoạt động điều trị. Tỷ lệ cán bộ y tế tuyến xã có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế (17,3% số bác sĩ và y sĩ có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 17% số bác sĩ và y sĩ được hỏi biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% cán bộ được hỏi biết cách chẩn đoán tăng huyết áp, 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch...) (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2011; PAHE, 2016).

Chất lượng dịch vụ y tế kém và thiếu trang thiết bị và nhân viên y tế trầm trọng ở cấp huyện và xã ở vùng sâu, vùng xa, cũng như chi phí bảo hiểm y tế tăng từ đầu năm 2016 đã củng cố thêm sự bất bình đẳng về y tế. Bất bình đẳng về khả năng tiếp cận các dịch vụ có chất lượng và bất bình đẳng về mức độ được hưởng lợi từ các dịch vụ có chất lượng vẫn là vấn đề quan trọng của hệ thống y tế (Oxfam, 2017).

Nhân lực y tế

Tình trạng thiếu nhân lực y tế nói chung và nhân lực có trình độ là bác

sĩ ở tuyến y tế cơ sở, cũng như nhân lực y tế dự phòng vẫn còn là vấn đề đáng lo ngại. Càng ngày càng thấy rõ sự dịch chuyển của nhân viên y tế từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ địa phương lên trung ương và từ khối nhà nước sang khối tư nhân. Nhiều bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện nhiều năm không tuyển được bác sĩ nào trong khi số lượng cán bộ dịch chuyển tới nơi khác vẫn tiếp diễn (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2011; Bộ Y tế 2015). Ở vùng sâu, vùng xa, vùng có hoàn cảnh khó khăn tình trạng thiếu hụt nhân viên y tế còn nghiêm trọng hơn. Số lượng nhân viên y tế dự phòng, dược sĩ có bằng đại học, kỹ thuật viên y tế, và y tá vẫn ít hơn so với nhu cầu. Việc đầu tư vào đào tạo và phát triển nguồn nhân lực và chính sách đãi ngộ nhân viên y tế còn nhiều bất cập (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, 2011; PAHE, 2013). Thiếu gắn kết giữa đào tạo và sử dụng đã tồn tại từ nhiều năm dẫn đến nghịch lý vừa “lam phát đào tạo” vừa “thiếu nhân lực”, đặc biệt ở một số địa bàn khó khăn về điều kiện kinh tế-xã hội và ở một số lĩnh vực công tác, một số chuyên ngành khó tuyển. Ví dụ, thiếu nhân viên y tế ở cấp huyện và xã ở vùng sâu, vùng xa, nguồn nhân lực y tế dự phòng hiện còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, thiếu những người được đào tạo chính quy, đúng chuyên ngành về y tế dự phòng (PAHE, 2016; Oxfam, 2017).

3. Kết luận

Như vậy, công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế là kết quả của sự tương tác giữa cung và cầu ở các cấp độ khác nhau. Đó là một quá trình bao gồm nhiều giai đoạn khác nhau mà theo đó các cá nhân có nhu cầu về chăm sóc sức khỏe, tìm kiếm các dịch vụ có sẵn và chấp nhận được để có được một can thiệp thích hợp về mặt y tế. Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế chịu tác động của nhiều yếu tố khác nhau, đó không chỉ là vấn đề xuất phát từ cá nhân người sử dụng dịch vụ y tế mà của cả cơ sở cung ứng dịch vụ và các thể chế, hệ thống chính sách có liên quan.

Để nâng cao khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh đặc biệt là các dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng cho người dân đòi hỏi phải xây dựng và hoàn thiện một hệ thống chính sách về y tế đảm bảo tính hợp lý an toàn, thuận tiện và hiệu quả của các dịch vụ y tế. Một hệ thống y tế hoạt động tốt và có chất lượng đòi hỏi phải được xây dựng trên nền tảng những gì người sử dụng dịch vụ cần, Nhà nước phải tiếp tục tăng đầu tư, đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa phát triển nhanh hệ thống y tế công lập và ngoài công lập; hoàn chỉnh mô hình tổ chức và củng cố mạng lưới y tế cơ sở; phát triển nhanh y tế dự phòng. Bên cạnh đó, cần nâng cao vị thế kinh tế xã hội của người dân và tăng cường truyền thông về chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc sức khỏe ban đầu đến từng địa phương. Đồng thời, chú trọng khâu đào tạo nhân viên y tế về mặt chuyên môn cũng như giao tiếp với bệnh nhân.

Để đánh giá một cách toàn diện và đầy đủ về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ở Việt Nam cần thiết phải có những nghiên cứu qui mô và chi tiết về tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng của người dân Việt Nam hiện nay để đánh giá được thực trạng, quan điểm, thái độ và các yếu tố tác động đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng của người dân. Qua đó xác định được mục tiêu, phương hướng và đề xuất các giải pháp nâng cao hiệu quả tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh và khám chữa bệnh có chất lượng người dân trong thời gian tới. ■

Chú thích

⁽¹⁾ Bài viết được thực hiện trong khuôn khổ Đề tài cấp Bộ: “Nghiên cứu khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng của gia đình Việt Nam hiện nay” (Mã số KH XH-GĐ/16-19/11). Đề tài thuộc Chương trình NCKH cấp Bộ “Nghiên cứu đánh giá tổng thể về gia đình thời kỳ công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước, hội nhập quốc tế” của Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam.

Tài liệu trích dẫn

- Apamaa Somanathan, Ajay Tandon, Đào Lan Hương, Kari L. Hurt, và Hernan L. Fuenzalida - Puelma. 2013. *Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam Đánh giá và Giải pháp*.
- Bart Jacob et al. 2012. *Addressing access barriers to health service: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries*.
- Bộ Y tế. 2015. *Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2015*.
- Bộ Y tế. 2014. *Báo cáo tóm tắt công tác y tế năm 2013 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2014*.
- Bộ Y tế. 2006. *Phân tích thực trạng sức khỏe trẻ em và các can thiệp ở Việt Nam*. Hà Nội.
- David H. Peters et al. 2008. *Poverty and access to health care in developing countries*. Ann. New York Academy of Science. 1136: 161-171, 2008.
- Duong, D.V., C.W. Binns, A.H. Lee. 2004. “Utilization of delivery services at the primary health care level in rural Vietnam”. *Social Science & Medicine*, 59(12), 2585-2595.
- Hoan, T.L., E. Ottosson, T.K.C. Nguyen et al. 2011. “Drug use and self-medication among children with respiratory illness or diarrhea in a rural district in Vietnam: a qualitative study”. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4: 329.
- Hoàng Văn Minh. 2016. *Phân tích ngân sách và chi y tế ở Việt Nam*.
- Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Phương. 2015. *Chỉ tiêu cho y tế từ tiền túi của hộ gia đình Việt Nam 1992-2014*.
- Knowles, J.C., S. Bales, L.Q. Chong et al. 2009. “Health equity in Vietnam: a situational analysis focused on maternal and child mortality”. Background paper for “Equity in access to quality healthcare for women and Children”. Hanoi: UNICEF.

- Lê Bảo Châu, Trần Hữu Bích, Bùi Ngọc Linh, Hoàng Thế Kỳ, Nguyễn Phương Thùy. 2012. “Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân tại CHILILAB năm 2011: Thực trạng và một số đề xuất”. *Tạp chí Y tế công cộng*, Số 24.
- Ministry of Health. 2005. Hospital system of Viet Nam - an overview. Medical Publishing House.
- Nguyễn Thanh Liêm, Hà Anh Đức, Peter Miller. 2013. *Thực trạng sức khỏe và sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số và phụ nữ tại Thái Nguyên*. Nxb. Văn hóa Thông tin.
- Oxfam. 2017. *Thu hẹp khoảng cách: Cùng giảm bất bình đẳng ở Việt Nam*.
- PAHE. 2011. “Công bằng sức khỏe ở Việt Nam: Góc nhìn Xã hội Dân sự”. Nxb. Lao động
- PAHE. 2013. *Hệ thống y tế Việt Nam: Hướng tới mục tiêu và công bằng*. Nxb. Lao động.
- PAHE. 2016. *Công bằng y tế ở Việt Nam - Góc nhìn của xã hội dân sự*.
- PEPFAR, USAID. 2016. *Dự án chính sách y tế 2016. Tài chính y tế ở Việt Nam*
- Rheinlander T., H. Samuelsen, A. Dalsgaard, Flemming Konradsen. 2011. “Perspectives on child diarrhoea management and health service use among ethnic minority caregivers in Vietnam”. *BMC Public Health*, 11:690.
- Syed, U., Khadka, A. Khan et al. 2008. “Care-seeking practices in South Asia: using formative research to design program interventions to save newborn lives”. *Journal of perinatology*, 28: S9-S13.
- Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Thị Thắng, Nguyễn Hoàng Giang, Hoàng Thu Thủy 2012a. “Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thu hút và duy trì cán bộ y tế tuyến cơ sở ở một số tỉnh miền núi”. *Tạp chí Chính sách Y tế*, Số 10.2012.
- Trần Thị Mai Oanh Nguyễn Thị Thắng, Dương Huy Lương, Hoàng Thu Thủy, Nguyễn Hoàng Giang. 2012b. “Kết quả thực hiện chức năng, nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi”. *Tạp chí Chính sách Y tế*, Số 10.2012.
- Trần Thị Minh Ngọc. 2012. “Phân tầng xã hội trong chăm sóc sức khỏe”. Kỷ yếu Hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ hai - *Tài chính y tế hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân*. Hà Nội, tháng 11/2012.
- Trần Tuấn. 2005. *Việt Nam - quyết tâm chính trị mạnh mẽ cho công bằng về sức khỏe nhưng không đạt được mục tiêu đề ra: nhu cầu của việc nâng cao năng lực nghiên cứu các chính sách y tế*. Trung tâm nghiên cứu và đào tạo Phát triển Cộng đồng.
- UNICEF. 2004. *Công bằng về sức khỏe ở Việt Nam: Đánh giá tình hình chú trọng và tuổi thọ bà mẹ và trẻ sơ sinh*.
- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. 2011. *Đánh giá việc thực hiện chức năng nhiệm vụ của Trạm Y tế xã tại các vùng miền*. Hà Nội.
- Vo Van, T., L.N. Hoat, T. Jan van Schie. 2004. *Situation of the Kinh poor and minority women and their use of the maternal care and family planning service in Nam Dong*.
- Vũ Mạnh Lợi, Trần Thị Minh Thi. 2012. *Những vấn đề cơ bản về các giai tầng xã hội của Việt Nam giai đoạn 2011-2020*. Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam.
- World Bank. 2007. *Vietnam Development Report: Aiming high. Joint Donor Report to the Vietnam Consultative Group Meeting*. In. Hanoi.
- WHO. 2011. *Tuyển tập về các nhân tố quyết định sức khỏe mang tính xã hội: Báo cáo tổng kết. Xóa bỏ khoảng cách trong một thế hệ*.
- WHO. 2013. *Research for universal health coverage: World health report*.