

KHÁC BIỆT GIỚI TRONG CHI TIÊU CHO ĐIỀU TRỊ BỆNH MÃN TÍNH CỦA CƯ DÂN NÔNG THÔN VIỆT NAM

NGUYỄN THỊ NHUNG*

Bài viết sử dụng dữ liệu điều tra định lượng và định tính năm 2013-2014 tại ba vùng nông thôn Việt Nam, kết quả cho thấy nam giới chi trả cho việc điều trị bệnh mãn tính cao hơn nữ giới. Dựa trên quan điểm của khung lý thuyết tương đối văn hóa và kinh tế - chính trị bài viết lý giải sự khác biệt giới về chi tiêu cho điều trị bệnh của cư dân nông thôn Việt Nam.

Từ khóa: khác biệt giới, chi tiêu cho bệnh mãn tính, nông thôn Việt Nam

Nhận bài ngày: 23/9/2021; *đưa vào biên tập:* 25/9/2021; *phản biện:* 03/10/2021; *duyet đăng:* 20/11/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dữ liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho thấy có sự khác biệt trong chi tiêu chăm sóc sức khỏe giữa các quốc gia phát triển và các quốc gia đang phát triển. Năm 2012, tỷ lệ chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe ở nhóm các quốc gia thu nhập thấp nhất chiếm 5,1% GDP, trong khi các nước thu nhập cao nhất chiếm 11,6% GDP, riêng Việt Nam tỷ lệ này chiếm 6% (WHO, 2015). Các nghiên cứu chỉ ra rằng ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, người dân có xu hướng tự chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ hơn là từ bảo hiểm y tế hoặc các chương trình y tế do chính phủ hỗ trợ (Russell, 1996; Van Doorslaer và cộng sự, 2005; O'Donnell và cộng sự, 2008). Tỷ lệ tự

chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân ở các nước thu nhập thấp là 77,6% trong tổng chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe, cao hơn các nước thu nhập cao (38,5%), riêng Việt Nam tỷ lệ này chiếm 85% (WHO, 2015). Kết quả các nghiên cứu của C.A. Nathanson (1977); R.J. Apfel (1982); L.M. Verbrugge (1985); D.L. Wingard, B.A. Cohn, G.A. Kaplan (1989); K. Roy, A. Chaudhuri (2008); Nguyễn Thị Nhung (2020) cho rằng phụ nữ có tuổi thọ cao hơn đàn ông, trung bình là khoảng 5 năm, phụ nữ có xu hướng bệnh nhiều hơn và sức khỏe kém hơn đàn ông phổ quát ở tất cả các chủng tộc và tất cả các quốc gia. Tuy nhiên, phụ nữ chi tiêu cho việc chăm sóc sức khỏe ít hơn nam giới, đặc biệt là ở các quốc gia có thu nhập thấp và ở những hộ gia đình có thu nhập thấp (Sen, Iyer - George, 2002; Pandey và cộng sự, 2002; Rout,

* Viện Khoa học xã hội vùng Nam Bộ.

2006, 2010; Iyer, Sen - Östlin, 2008; Roy - Chaudhuri, 2008; Song - Bian, 2014; Maharana - Ladusingh, 2014; Batra, Gupta - Mukhopadhyay, 2014, 2017; Saikia, Moradhvaj - Bora, 2016; Williams và cộng sự, 2017; Moradhvaj - Saikia, 2019).

Bài viết này dựa trên dữ liệu điều tra năm 2013-2014 tại ba vùng nông thôn Việt Nam để xem xét sự khác biệt giới trong việc tự chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cụ thể là chi tiêu cho việc điều trị bệnh mãn tính trong 12 tháng trước cuộc khảo sát và lý giải sự khác biệt giới dựa trên quan điểm của khung lý thuyết tương đối văn hóa và khung lý thuyết kinh tế - chính trị.

2. PHƯƠNG PHÁP VÀ LÝ THUYẾT TIẾP CẬN

Bài viết sử dụng dữ liệu điều tra định lượng và định tính năm 2013-2014 của đề tài nghiên cứu “Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam” do Mary McDonnell làm chủ nhiệm và cơ quan chủ quản là Hội đồng Khoa học xã hội Hoa Kỳ (SSRC), được triển khai thực hiện với sự hợp tác của Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam (VASS) và được tài trợ kinh phí của tổ chức Atlantic Philanthropies. Dữ liệu điều tra định lượng tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Khánh Hòa và Vĩnh Long, mỗi tỉnh chọn 2 huyện, mỗi huyện chọn 2 xã, tổng cộng 12 xã, với tổng số mẫu là 3.921 hộ gia đình. Các tỉnh, huyện, xã được chọn mẫu theo phương pháp phân tầng phù hợp với các mục tiêu của cuộc nghiên cứu. Các hộ gia đình

được chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

Dữ liệu định tính qua phỏng vấn sâu 10% hộ gia đình trong mẫu điều tra định lượng. Phương pháp chọn mẫu phỏng vấn sâu theo lấy mẫu định mức (quota sampling), với hai tiêu chí là điều kiện kinh tế hộ gia đình (thu nhập trên trung bình và dưới trung bình) và loại bệnh (bệnh mãn tính và bệnh cấp tính). Ngoài ra, vào năm 2018 và 2019, chúng tôi đã phỏng vấn sâu bổ sung 48 hộ gia đình, đưa thêm vào tiêu chí giới, nghĩa là cả hai vợ chồng (hoặc cả nam và nữ) trong hộ gia đình đều có bệnh. Mục đích của việc bổ sung tiêu chí giới trong việc chọn mẫu là để lý giải một cách có hệ thống việc kiến tạo giới trong cùng hộ gia đình một cách đầy đủ hơn và đồng thời lý giải các vấn đề kiến tạo giới theo các quan điểm lý thuyết khác nhau. Phỏng vấn sâu bổ sung được thực hiện tại hai xã ở tỉnh Thái Nguyên (xã TN3, TN4) và hai xã ở tỉnh Vĩnh Long (xã VL3, VL4). Những hộ gia đình được phỏng vấn là những hộ đã được phỏng vấn vào năm 2013-2014 nhưng chỉ được phỏng vấn vợ hoặc chồng, mặc dù cả hai vợ chồng đều có bệnh mãn tính. Phương pháp phỏng vấn tách biệt giữa nam và nữ với mục đích là để có được những thông tin khách quan của nam và của nữ về hành vi giải quyết bệnh tật của họ mà không bị lệ thuộc lẫn nhau.

Bài viết lý giải sự khác biệt giới về chi tiêu cho bệnh mãn tính dựa trên quan điểm của khung lý thuyết tương đối

văn hóa và kinh tế - chính trị. Từ khung lý thuyết tương đối văn hóa chúng tôi đặt giả thuyết rằng nam giới thể hiện nam tính của mình qua cách đối phó với các triệu chứng bệnh tật mạnh mẽ hơn nữ giới, cho nên nam giới thường đợi đến khi bệnh trầm trọng mới đi khám chữa bệnh, do đó chi phí khám chữa bệnh của nam giới cao hơn nữ giới. Từ khung lý thuyết kinh tế - chính trị, chúng tôi đặt giả thuyết rằng chi tiêu cho khám chữa bệnh của nữ thấp hơn chi tiêu cho khám chữa bệnh của nam là do bất bình đẳng giới ở nông thôn trong việc phân công lao động trong cấu trúc của nền kinh tế nông nghiệp Việt Nam. Nam giới làm việc bên ngoài hộ gia đình và được trả tiền công nhiều hơn nữ giới nên chi tiêu cho khám chữa bệnh được ưu tiên cao hơn để đảm bảo sức khỏe làm việc duy trì thu nhập; nữ giới làm việc nhà, đồng áng nhiều hơn nên chi tiêu cho khám chữa bệnh thấp hơn, nhất là những gia đình có điều kiện kinh tế khó khăn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong bài viết này, chúng tôi chỉ phân tích những người từ 15 tuổi trở lên vì giả định rằng nhóm 0 đến 14 tuổi chưa bị tác động của văn hóa quy định thái độ và hành vi cho nam và nữ. Trong tổng số 11.551 người từ độ tuổi 15 tuổi trở lên của cuộc khảo sát có 39,2% (4.522 người) bệnh mãn tính trong 12 tháng trước cuộc khảo sát và 88,6% trong số đó (4.007 người) có khám chữa bệnh. Tuy nhiên trong số những người có khám chữa bệnh chỉ

có 75,1% (3.020 người) được hỏi trực tiếp người bệnh/người cùng người bệnh khi khám chữa bệnh.

Bảng 1. Các số liệu thống kê

	Số người	Tỷ lệ
Tỷ lệ người có bệnh mãn tính		
Không bệnh	7.028	60,8
Có bệnh	4.522	39,2
Tổng số	11.551	100
Tỷ lệ người có khám chữa bệnh mãn tính		
Không khám chữa bệnh	515	11,4
Có khám chữa bệnh	4.007	88,6
Tổng số	4.522	100
Có hỏi trực tiếp người bệnh/ người có đi cùng người bệnh khi khám chữa bệnh		
Không	987	24,5
Có	3.020	75,1
Tổng số	4.007	100
Dữ liệu chi tiêu cho những lần khám chữa bệnh mãn tính		
Không có dữ liệu chi tiêu	112	3,7
Có dữ liệu chi tiêu	2.908	96,3
Tổng số	3.020	100

Nguồn: Tác giả xử lý từ Dữ liệu điều tra đề tài “Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam” năm 2013-2014.

Dữ liệu chi tiêu được hỏi cho một bệnh mãn tính và hai cơ sở y tế mà người bệnh phải chi trả trong hành trình khám chữa bệnh. Chi phí được tính bao gồm chi trả cho cơ sở y tế và các chi phí khác như tiền taxi, ăn uống, thuê trọ cho người nhà đi cùng để trông nom, chăm sóc, tiền phong bì cho nhân viên y tế (nếu có) sau khi trừ chi phí đã được miễn, giảm do bảo hiểm y tế chi trả. Kết quả cho thấy nữ giới chi tiêu trung bình cho việc điều trị

Bảng 2. Chi tiêu cho điều trị bệnh mãn tính trong một năm

Nhóm tuổi		Nam	Nữ	Mức ý nghĩa thống kê (kiểm định Independent Samples T Test)
15-59 tuổi	Số người	856	1.293	
	Trung bình (1.000 đồng)	1.511	1.171	,108
	Độ lệch chuẩn (đồng)	5.425	3.664	
60+	Số người	316	443	
	Trung bình (1.000 đồng)	1.674	974	,097
	Độ lệch chuẩn (đồng)	6.927	3.334	
Tổng số	Số người	1.172	1.736	
	Trung bình (1.000 đồng)	1.555	1.121	,024
	Độ lệch chuẩn (đồng)	5.865	3.582	

Nguồn: Tác giả xử lý từ Dữ liệu điều tra đề tài “Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam” năm 2013-2014.

bệnh mãn tính ít hơn nam giới, mức khác biệt này có ý nghĩa thống kê (kiểm định Independent Samples T Test cho mức ý nghĩa là $\text{sig}=0,024$).

Trước hết, các nghiên cứu giải thích rằng phụ nữ bệnh tật nhiều hơn nam giới là do nam giới mạnh mẽ nên ít nói đến bệnh tật của mình hơn nữ giới (Robertson, 2003; Tudiver và Talbot, 1999; White and Witty, 2009; Courtenay, 2000; George và Fleming, 2004; Addis và Mahalik, 2003, Nguyễn Thị Nhung, 2020). Do đó nam giới đã không được chẩn đoán sớm bệnh tật, đặc biệt là bệnh mãn tính không truyền nhiễm và khi chẩn đoán thì bệnh thường nghiêm trọng cho nên chi phí cho việc điều trị tốn kém hơn. Trong các phỏng vấn sâu, cho thấy mức chi tiêu cho điều trị bệnh tật cao khi mà bệnh tật ở mức độ trầm trọng. Các thông tin viên đều cho rằng trong điều trị bệnh tật, chi phí sẽ cao hơn khi bệnh nặng, kể cả nam và nữ. Thông tin viên ở hộ gia đình 1 VL4

cho rằng không phải là nữ giới chi tiêu cho điều trị bệnh tật ít hơn hay nhiều hơn nam giới mà là do mức độ trầm trọng của bệnh tật sẽ quyết định mức chi tiêu cho việc điều trị.

PV: Phụ nữ thường bệnh gì và nam giới thường bệnh gì?

NB (nam): Đường huyết hình như đặc thù của phụ nữ, còn huyết áp đàn ông bệnh nhiều hơn.

PV: Bệnh đường huyết thì điều trị nhiều tiền không?

NB (nam): Không nhiều tiền, chỉ có những người biến chứng nặng, không trị đến nơi đến chốn. Thứ hai nữa là phòng chống không tốt, thì điều trị mới tốn kém, chứ ngay lúc đầu mình điều trị theo phác đồ cụ thể, sống phù hợp với bệnh thì vẫn bình thường, không tốn nhiều tiền.

PV: Huyết áp và tiểu đường bệnh nào trị nhiều tiền hơn?

NB (nam): Cái nào mà mình kiểm soát tốt thì không tốn nhiều tiền đâu, mà

nếu biến chứng thì ai biến chứng nặng thì tiền nhiều, ai biến chứng nhẹ thì tiền ít (Hộ 1 VL4, phỏng vấn năm 2018).

Cả hai vợ chồng ở hộ 34 VL1 cùng bệnh tiểu đường và tim mạch, tuy nhiên mức chi tiêu cho bệnh của người chồng cao do các bệnh này đã

biến chứng và mức độ trầm trọng của bệnh tật, trong khi đó mức chi tiêu cho bệnh của người vợ thấp do các bệnh này còn nhẹ.

PV: Ông kể cho con cái hành trình mà mình chữa bệnh đó ạ?

NB (chồng): Bệnh đái tháo đường vì mới ban đầu thì tôi không biết, (...)

Bảng 3. Tỷ lệ người có bảo hiểm y tế chia theo nhóm tuổi và giới

Tỉnh	Nhóm tuổi		Giới		Tổng số	Chi Square
			Nam	Nữ		
Thái Nguyên	15-59 tuổi	(1) Tỷ lệ dân số có bảo hiểm y tế	56,0%	64,9%	60,5%	,000
		(2) Dân số trong độ tuổi	1663	1691	3354	
	60+	(1)	91,1%	81,0%	85,1%	,002
		(2)	190	279	469	
	Tổng số	(3) Tỷ lệ dân số có bảo hiểm y tế	59,6%	67,2%	63,5%	,000
		(4) Tổng số dân số trong tỉnh	1853	1970	3823	
Khánh Hòa	15-59 tuổi	(1)	59,6%	64,7%	62,2%	,001
		(2)	1706	1764	3470	
	60+	(1)	84,8%	82,7%	83,6%	,321
		(2)	197	248	445	
	Tổng số	(3)	62,2%	66,9%	64,6%	,001
		(4)	1903	2012	3915	
Vĩnh Long	15-59 tuổi	(1)	42,2%	50,3%	46,2%	,000
		(2)	1535	1506	3041	
	60+	(1)	75,7%	77,5%	76,8%	,334
		(2)	255	386	641	
	Tổng số	(3)	47,0%	55,8%	51,5%	,000
		(4)	1790	1892	3682	
Tổng số	15-59 tuổi	(1)	52,9%	60,4%	56,7%	,000
		(2)	4904	4961	9865	
	60+	(1)	83,0%	80,0%	81,2%	,072
		(2)	642	913	1555	
	Tổng số	Tỷ lệ dân số có bảo hiểm y tế	56,4%	63,4%	60,0%	,000
		Tổng số dân số của cuộc khảo sát	5546	5874	11420	

Nguồn: Tác giả xử lý từ Dữ liệu điều tra đề tài “Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam” năm 2013-2014.

mình tưởng đau bệnh gì, nhưng khi đi khám thì mới biết tiểu đường. Khám bắt đầu từ đó rồi trị bệnh tới giờ.

PV: Rồi đầu tiên là mình có nghĩ mình bị đái tháo đường không ạ?

NB (chồng): Không, đâu có biết (...).

Biến chứng nó đau tới bây giờ luôn.

PV: Rồi nó biến chứng qua bệnh tim, ông kể cho con rõ hơn ạ?

NB (chồng): Rồi nó biến chứng mới đi bệnh viện tư bên Cần Thơ, rồi cũng có lên thành phố (TPHCM), [...] cũng đi tùm lum bệnh viện hết, rồi uống thuốc quá trời, tiểu đường nó mới sang qua tim mạch. [...]. Rồi mới đây nó đau quá mới nằm... nửa đêm vậy mệt, thở không được. Tính chết rồi đó, kêu thằng nhỏ tốc chở đi qua bệnh viện Hoàn Mỹ nhập viện. Rồi đặt stent là... mỗi một stent là bốn chục triệu... đặt hai stent. (Hộ 34 VL1, phỏng vấn năm 2014).

Mặt khác, số liệu khảo sát cũng cho thấy tỷ lệ người có bảo hiểm y tế của nữ cao hơn của nam, do đó chi tiêu cho điều trị bệnh tật của nam cao hơn của nữ. Bảng 3 cho thấy tỷ lệ người có bảo hiểm y tế là 60,4% so với tổng dân số trong độ tuổi từ 15 tuổi trở lên của cuộc khảo sát và tỷ lệ nữ có bảo hiểm y tế cao hơn nam (63,4% cho nữ và 56,4% cho nam) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (mức ý nghĩa là $\text{sig}=0,000$). Tuy nhiên, nếu xét trong từng nhóm tuổi thì ở cả ba tỉnh, nhóm 15-59 tuổi có tỷ lệ nữ có bảo hiểm y tế cao hơn nam và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($\text{sig}=0,000$), nhóm tuổi còn lại không khác biệt. Ngoại lệ, Thái

Nguyên ở nhóm người già tỷ lệ nam có bảo hiểm y tế cao hơn nữ, nam là 91,1% và nữ là 81% ($\text{sig}=0,002$). Giả thuyết của chúng tôi về tỷ lệ người có bảo hiểm y tế người già ở Thái Nguyên của nam giới cao hơn nữ giới là do nam giới ở nhóm tuổi này được hưởng bảo hiểm y tế bộ đội và hưu trí nhiều hơn nữ giới.

Bảng 4. Loại bảo hiểm y tế của những người trong độ tuổi lao động (nữ 15-55, nam 15-60) chia theo nam nữ

Loại bảo hiểm y tế		Giới		Tổng số
		Nam	Nữ	
Bảo hiểm y tế bắt buộc	Số người	358	334	692
	Tỷ lệ (%)	27,8	24,5	26,1
Bảo hiểm y tế tự nguyện	Số người	349	428	777
	Tỷ lệ (%)	27,1	31,4	29,3
Bảo hiểm y tế chính sách	Số người	581	600	1.181
	Tỷ lệ (%)	45,1	44,1	44,6
Tổng số	Số người	1.288	1.362	2.650
	Tỷ lệ (%)	100	100	100

Nguồn: Tác giả xử lý từ Dữ liệu điều tra đề tài “Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam” năm 2013-2014.

Dữ liệu điều tra cho thấy cấu trúc của nền kinh tế nông thôn Việt Nam đa số là nam giới làm việc trong các khu vực có hưởng lương cao hơn nữ giới như trong các cơ quan chính quyền địa phương (Bảng 5). Mặc dù gần đây việc chuyển dịch các nhà máy, xí nghiệp từ thành thị về nông thôn (Luong, 2018: 617-620) đã thu hút một lượng nữ công nhân nhưng ở các xã khảo sát chưa chịu tác động mạnh mẽ của việc này. Do đó, tỷ lệ nam giới trong độ tuổi lao động có bảo hiểm y

tế bắt buộc cao hơn nữ và ngược lại tỷ lệ nữ có bảo hiểm y tế tự nguyện cao hơn nam (kiểm định Chi Square, sig=0,029). Những hộ gia đình kinh tế khó khăn thông thường chi phí để mua bảo hiểm y tế tự nguyện càng khó khăn (trừ những hộ nghèo và cận nghèo được hưởng theo diện chính sách).

Theo ghi chép điền dã của nhóm nghiên cứu, nhân viên bán bảo hiểm y tế tự nguyện cho rằng chi phí cho việc mua bảo hiểm y tế ngày càng tăng cao, một bộ phận người dân có thu nhập thấp không có điều kiện để tham gia nên số người tham gia hàng năm thấp. Về giới, theo thông tin viên thì phụ nữ tham gia mua bảo hiểm y tế nhiều hơn. Thông tin viên cho rằng nam giới không thích khám bệnh bằng bảo hiểm y tế vì phải chờ đợi mất thời gian, trong khi phụ nữ nhiều bệnh hơn và kiên nhẫn hơn nam giới.

PV: Hiện nay chú có sử dụng bảo hiểm y tế không?

NB (nam): Không thì hồi giờ đi tui đâu có sử dụng đâu, trừ trường hợp dữ (bệnh nặng) quá thì tui mới đưa ra.

PV: Chứ không thôi, có mà không sử dụng hả?

NB (nam): Bởi vì hôm đó lên Bệnh viện Bình Dân tui có đưa ra, rồi họ (nhân viên) ngồi họ sai không tui cũng mệt nữa. [...] Thôi dẹp cái vụ này đi, khỏi, mất công lắm.

Kết quả khảo sát (Bảng 5) cho thấy nam giới đi làm bên ngoài nhiều hơn và hưởng lương cao hơn nữ giới

(Nguyen Cuong, 2012: 12; Rodgers - Menon, 2010: 36; Ngân hàng Thế giới, 2011: 55; United Nations in Viet Nam, 2002: 35; Chowdhury và cộng sự, 2018).

Tỷ lệ nam là 55,9% trong khi đó tỷ lệ nữ là 40% (Kiểm định Chi Square, sig=0,000), bất bình đẳng nam nữ ở nông thôn Việt Nam trong phân công lao động đã đưa đến bất bình đẳng trong chi tiêu cho y tế.

Bảng 5. Tỷ lệ làm việc bên ngoài hộ gia đình được trả lương, trả công

		Giới		Tổng số
		Nam	Nữ	
Không làm việc bên ngoài gia đình (được trả công, trả lương)	Số người	1.894	2.240	4.134
	Tỷ lệ (%)	44,1	60,0	51,5
Có làm việc bên ngoài gia đình (được trả công, trả lương)	Số người	2.405	1.495	3.900
	Tỷ lệ (%)	55,9	40,0	48,5
Tổng số	Số người	4.299	3.735	8.034
	Tỷ lệ (%)	100	100	100

Nguồn: Tác giả xử lý từ Dữ liệu điều tra đề tài “Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam” năm 2013-2014.

Dữ liệu từ phỏng vấn sâu đã củng cố thêm vấn đề ưu tiên điều trị bệnh tật cho những người lao động và tạo thu nhập cho gia đình. Hai vợ chồng hộ 190 VL3 đã chia sẻ việc khám chữa bệnh trong khi gia đình khó khăn về kinh tế.

PV: Như vậy thì cô với chú ai cũng có bệnh trong người, lỡ như hai người cùng bệnh một lúc thì sẽ ưu tiên dành cho ai đi điều trị trước, cô hay là chú?

Người bệnh (chồng): Nếu mà hai người bệnh một lượt thì đi hết một lượt à, hai người. hai đứa con nó ở gần đây nè, hai đứa nó chờ đi.

PV: Vấn đề kinh tế có quyết định không, ví dụ như mình bệnh mà nhà mình có nhiều đó tiền thì đương nhiên sẽ dành cho ai trước?

NB (chồng): Hễ nói về kinh tế thì chắc tui đi trước hơn cả tại vì tui còn lao động. (Hộ 190 VL3, phỏng vấn năm 2018).

Trong các phỏng vấn sâu cho thấy, thông thường những người trụ cột gia đình được ưu tiên cho việc khám chữa bệnh hơn những thành viên khác để duy trì việc làm và tạo thu nhập. Đặc biệt là trong những hộ gia đình có thu nhập thấp. Hộ 137 VL3, thông tin viên cho rằng bệnh của người chồng cần phải ưu tiên chữa trị.

PV: Chị có nghĩ là mình ngại đi khám bệnh bởi vì mình thấy kinh tế của mình cũng không có dư dả hay là mình ngại không đi hay là mình thấy sức khỏe mình không đi?

NTL (vợ người bệnh): Chị nói thật lòng, thì nhiều khi chị cũng thấy kinh tế mình không có, rồi sợ mình nhiều khi lỡ khám ra có cái bệnh gì nhiều, cái bệnh gì mà tốn tiền nhiều quá rồi mắc công, gia đình biết rồi rầu lo, chồng con rầu lo rồi mình cũng rầu lo nữa.

Cho nên thấy chưa có dấu hiệu gì nặng thì thôi.

PV: Rồi như ông xã thì chị có đồn đốc ông khám định kỳ không hay ông cũng ngại giống chị?

NTL (vợ người bệnh): Chị cũng có kêu, tui nói thôi anh có bảo hiểm thì thôi lâu lâu anh đi tái khám, mình thì sao cũng được sợ ảnh có bệnh gì nên cứ xúi, rảnh thì có thời gian đi lên trên đi khám coi, cái nhiều khi thấy, mình cũng thấy ảnh cũng không có được khỏe. (Hộ 137 VL3, phỏng vấn năm 2018).

Thông tin viên hộ 95 VL3, cũng cho rằng mình là trụ cột của gia đình nên người vợ luôn lo lắng về bệnh tật và luôn thúc giục việc khám chữa bệnh.

PV: Sức khỏe của chú mà cô lo nhiều hơn?

NB (nam): Cũng như tui là đầu máy (trụ cột gia đình), nếu tui mà nằm xuống nữa thì ai lo (kiếm tiền) cho gia đình, nên là cả lo lắm, cả hối tui đi khám bệnh hoài. (Hộ 95 VL3, phỏng vấn năm 2018).

Đặc biệt, qua các phỏng vấn sâu càng thấy rõ hơn bất bình đẳng giới, nam giới làm việc bên ngoài gia đình là làm những công việc nặng và thu nhập nhiều hơn công việc của phụ nữ trong gia đình như công việc đồng áng (làm ruộng, trồng chè).

PV: Vậy thưa chị, nếu cả hai vợ chồng cùng bệnh, mà gia đình không đủ điều kiện thì mình thường ưu tiên cho ai chữa trị trước?

NB (nữ): Thật ra là chị e phụ nữ ngoài này là hy sinh lắm, thường như vậy là

nhường cho chồng. Như nhà chị, bệnh tật như vậy nên mình biết sức khỏe không bằng mình nên là ưu tiên hết. Cái gì ưu tiên được là ưu tiên.

PV: Nhưng anh có đồng ý không?

NB (nữ): Thực ra là đàn ông không cần mình phải hy sinh đến thế đâu, nhưng mà đến lúc bệnh nặng đưa đi là phải đi thôi, chấp nhận thôi, chứ đàn ông người ta không quan trọng nhiều. (Hộ 281 TN4, phỏng vấn năm 2019).

4. KẾT LUẬN

Dữ liệu điều tra định lượng và định tính năm 2013-2014 tại ba vùng nông thôn Việt Nam cho thấy nam giới tự chi trả cho việc điều trị bệnh mãn tính cao hơn nữ giới. Trước hết, nam giới thể hiện cách đối phó với bệnh tật và các triệu chứng bệnh tật mạnh mẽ hơn nữ giới, do đó họ ít quan tâm đến bệnh tật nên nam giới thường đợi đến khi bệnh nghiêm trọng mới khám chữa bệnh, cho nên chi phí cho khám

chữa bệnh cao hơn nữ giới. Ngoài ra, ở nông thôn Việt Nam, nữ giới có bảo hiểm y tế nhiều hơn, do đó mức chi tiêu cho điều trị bệnh tật của nữ giới cũng thấp hơn mức chi tiêu cho điều trị bệnh tật của nam giới, mặc dù bảo hiểm y tế bắt buộc của nam cao hơn của nữ nhưng bảo hiểm y tế tự nguyện của nữ cao hơn của nam. Cuối cùng, bất bình đẳng trong phân công lao động ở nông thôn Việt Nam là một tác tố dẫn đến bất bình đẳng trong chi tiêu cho y tế. Nam giới vì lao động bên ngoài gia đình, làm việc có hưởng lương nhiều hơn nữ giới nên ưu tiên cho việc khám chữa bệnh nhiều hơn, để đảm bảo sức khỏe làm việc và duy trì thu nhập cho gia đình nên chi tiêu cho điều trị bệnh tật nhiều hơn nữ giới; ngược lại nữ giới lao động trong gia đình, làm những việc đồng áng nhẹ hơn nên ít được ưu tiên, do đó chi tiêu cho điều trị bệnh tật ít hơn nam giới. □

TÀI LIỆU TRÍCH DẪN

1. Addis, M.E., J.R. Mahalik. 2003. "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking". *American Psychologist*, 58 (1), pp. 5-14.
2. Apfel, R.J. 1982. "How are Women Sicker Than Men? An Overview of Psychosomatic Problems in Women". *Psychother Psychosom*. 37(2), pp. 106-118.
3. Batra A., I. Gupta and A. Mukhopadhyay. 2014. "Does Discrimination Drive Gender Differences in Health Expenditure on Adults: Evidence from Cancer Patients in Rural India". *Indian Statistical Institute Discussion Paper*. 14-03.
4. Batra A., I. Gupta and A. Mukhopadhyay. 2017. "Gender Differences in Health Expenditure of Rural Cancer Patients: Evidence From a Public Tertiary Care Facility in India". *Journal of Quantitative Economics*, Volume 16, Issue 3, 615-629. doi:10.1007/s40953-017-0113-4.
5. Chowdhury, I., H. Johnson, A. Mannava and E. Perova. 2018. "Gender Gap in Earnings in Vietnam: Why Do Vietnamese Women Work in Lower Paid Occupations?"

Policy Brief Issue 2, March 2018.

6. Courtenay, W. 2000. "Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health". *Social Science & Medicine*, 50 (10), pp. 1385-1401.
7. George, A. and P. Fleming. 2004. "Factors Affecting Men's Help-seeking in the Early Detection of Prostate Cancer: Implications for Health Promotion". *Journal of Men's Health and Gender*, 1 (4), pp. 345-352.
8. Iyer A, G. Sen and P. Östlin. 2008. "The Intersections of Gender and Class in Health Status and Health Care". *Global Public Health*. 3(S1), pp. 13-24. 9.1080/17441690801892174.
9. Luong, V. Hy. 2018. "The Changing Configuration of Rural-Urban Migration and Remittance Flow in Vietnam". *Sojourn* XXXIII(3), pp. 602-646.
10. Maharana B. and L. Ladusingh, 2014. "Gender Disparity in Health and Food Expenditure in India among Elderly". *International Journal of Population Research*, doi.org/10.1155/2014/150105.
11. Mary McDonnell. 2013-2014. *Sức khỏe dân số nông thôn Việt Nam*. Hội đồng Khoa học xã hội Hoa Kỳ (SSRC), Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam (VASS).
12. Moradkhvaj and N. Saikia. 2019. "Gender Disparities in Health-Care Expenditure (HCE) and Financing Strategies for In-patient Care in India". *SSM - Population Health*, doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100372.
13. Nathanson C.A. 1977. "Sex, Illness, and Medical Care: a Review of Data, Theory and Method". *Social Science & Medicine*, 11, 13e25.
14. Ngân hàng Thế giới. 2011. *Đánh giá giới tại Việt Nam*. Hà Nội: Ngân hàng Thế giới tại Việt Nam.
15. Nguyen Cuong. 2012. "Gender Equality in Education, Health Care, and Employment: Evidence from Vietnam". *MPRA*. <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/54222/>, truy cập ngày 20/3/2020.
16. Nguyễn Thị Nhung. 2020. "Bệnh tật và khác biệt giới của cư dân nông thôn Việt Nam". *Tạp chí Khoa học Xã hội (TPHCM)*, ISSN: 1859-0136, số 5 (261)/2020: 15-30.
17. O'Donnell O., E. Van Doorslaer, R.P. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S.R. Adhikari, B. Akkazieva and M.N. Huq. 2008. "Who Pays for Health-Care in Asia?" *Journal of Health Economics*, 27(2), pp. 460-475.
18. Pandey A., P.G. Sengupta, S.K. Mondal, D.N. Gupta, B. Manna, S. Ghosh & et al. 2002. "Gender Differences in Healthcare-Seeking During Common Illnesses in a Rural Community of West Bengal, India". *Journal of Health, Population and Nutrition*. 20(4), pp. 306-311.
19. Robertson, S. 2003. "Men Managing Health". *Men's Health Journal*. 2 (4), pp. 111-113.
20. Rodgers Y. and N. Menon. 2010. "Gender Differences in Socioeconomic Status and Health: Evidence from the 2008 Vietnam Household Living Standard Survey". http://www.brandeis.edu/departments/economics/RePEc/brd/doc/Brand_eis_WP18.pdf, truy cập ngày 20/3/2020.

21. Rout H.S. 2006. "Gender Inequality in Household Health Expenditure: the Case of Urban Orissa". *Nagarlok*, vol. 38, no. 3, pp. 44-48.
22. Rout, H.S. 2010. "Gender and Household Health Expenditure in Odisha, India". *Journal of Health Management*, 12, 4 (2010), pp. 445-460. DOI: 10.1177/097206341001200403.
23. Roy K. and A. Chaudhuri. 2008. "Influence of Socioeconomic Status, Wealth and Financial Empowerment on Gender Differences in Health and Health-Care Utilization in Later Life: Evidence from India". *Social Science and Medicine*, 66(9), pp. 1951-1962.
24. Russell, S. 1996. "Ability to Pay for Health-Care: Concepts and Evidence". *Health Policy and Planning*, 11(3), pp. 219-237.
25. Saikia N., Moradhvaj and J. Bora. 2016. "Gender Difference in Health-Care Expenditure: Evidence from India Human Development Survey". *PLoS ONE* 11(7):e0158332.
26. Sen G., A. Iyer and A. George. 2002. "Structural Reforms and Health Equity a Comparison of NSS Surveys, 1986-87 and 1995-96". *Economic and Political Weekly*, vol. 37, no. 14, pp. 1342-1352.
27. Song Y. and Y. Bian. 2014. "Gender Differences in the Use of Health care in China: Cross-Sectional Analysis". *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 8. doi:10.1186/1475-9276-13-8.
28. Tudiver, F. and Y. Talbot. 1999. "Why Don't Men Seek Help? Family Physicians' Perspectives on Help-Seeking Behaviour in Men". *Journal of Family Practice*, 48 (1), pp. 47-52.
29. United Nations in Viet Nam. 2002. *Gender Briefing Kit*. Hanoi: United Nations in Vietnam.
30. Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Akkazieva, B., and Ibragimova, S. 2005. *Paying Out-of-pocket for Health-Care in Asia: Catastrophic and Poverty Impact*. Colombo: Erasmus University, Rotterdam and IPS.
31. Verbrugge L.M. 1985. "Gender and Health: an Update on Hypotheses and Evidence", 26(3), pp. 156-182.
32. White, A. and K. Witty. 2009. "Men's Under Use of Health Services - Finding Alternative Approaches". *Journal of Men's Health*, 6 (2), pp. 95-97.
33. Williams, J.S., Bishu, K., Dismuke, C.E. et al. 2017. Sex Differences in Healthcare Expenditures Among Adults with Diabetes: Evidence from the Medical Expenditure Panel Survey, 2002-2011. *BMC Health Serv Res* 17, 259 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2178-3>.
34. Wingard D.L., B.A. Cohn and G. A. Kaplan. 1989. "Sex Differentials in Morbidity and Mortality Risks Examined by Age and Cause in the Same Cohort". *American Journal of Epidemiology*, 130(3), 601e610.
35. World Health Organization (WHO). 2015. "*World Health Statistics Report*. Geneva: World Health Organization". http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/, truy cập ngày 10/8/2021.