

YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ CỦA PHỤ NỮ DÂN TỘC THIỂU SỐ PHÍA TÂY BẮC VIỆT NAM

Tạ Thị Thảo¹, Lê Như Hoa^{2*}

¹Trường Đại học Khoa học – ĐH Thái Nguyên,

²Trường Đại học Sư phạm – ĐH Thái Nguyên

TÓM TẮT

Đảng và Nhà nước ta đã có nhiều chính sách nhằm nâng cao khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế - chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ dân tộc thiểu số. Các chính sách đã phát huy hiệu quả nhưng thực tế áp dụng cho thấy, sự phát triển về kinh tế - chính trị - văn hóa – xã hội ở vùng dân tộc thiểu số còn nhiều hạn chế, tạo rào cản làm ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế của phụ nữ dân tộc thiểu số. Bài viết đánh giá thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế của nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số cư trú phía Tây Bắc Việt Nam. Nguồn dữ liệu trong bài viết được khai thác từ nguồn số liệu thứ cấp và sơ cấp (phương pháp phỏng vấn bằng bảng hỏi, phỏng vấn sâu) nhằm chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động này. Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế của phụ nữ dân tộc thiểu số thấp, điều này có liên quan tới yếu tố kinh tế và văn hóa vùng miền; sự hạn chế của dịch vụ y tế, khả năng tiếp cận tới dịch vụ hoặc khả năng chi trả có thể là những nguyên nhân chính cho sự khác biệt trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế của phụ nữ dân tộc thiểu số.

Từ khóa: Yếu tố ảnh hưởng; phụ nữ dân tộc thiểu số; chăm sóc sức khỏe; tiếp cận dịch vụ y tế; Tây Bắc Việt Nam.

Ngày nhận bài: 28/5/2020; Ngày hoàn thiện: 27/6/2020; Ngày đăng: 30/6/2020

FACTORS AFFECTING ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES OF ETHNIC MINORITY WOMEN IN NORTHWEST REGION OF VIETNAM

Ta Thi Thao¹, Le Nhu Hoa^{2*}

¹TNU - University of Sciences,

²TNU - University of Education

ABSTRACT

Our Party and State have issued many priority policies to improve access to medical services - health care services for women of ethnic minorities. The policies have proved effective, but the reality shows that the socio-economic-cultural development in ethnic minority areas is still limited, creating barriers that affect the access to health care services for ethnic minorities women. This article evaluates the situation of access to health services by ethnic minority women residing in the Northwest region of Vietnam. The data source in the article is exploited from secondary and primary data sources (the method of interview by questionnaire, in-depth interview) to show the factors affecting this activity. The research results show that the low rate of access to and use of health services by ethnic minority women, this is related to economic and cultural factors in the region. In addition, restrictions in the availability of health services, access to services or affordability can be major causes for differences in access to and use of health services by ethnic minority women.

Keywords: Influencing factors; ethnic minority women; health care; access to health services; Northwest region of Vietnam.

Received: 28/5/2020; Revised: 27/6/2020; Published: 30/6/2020

* Corresponding author. Email: hoa.2207@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Phát triển con người chính là mở rộng quyền lựa chọn của con người – tập trung vào sự thịnh vượng của đời sống con người thay vì bó hẹp trong sự thịnh vượng của nền kinh tế. Con người là tài sản thực sự của các quốc gia, và phát triển con người tập trung mở rộng những lựa chọn của con người, trong đó lựa chọn y tế là một trong những lựa chọn quan trọng bên cạnh lựa chọn phát triển nghề nghiệp, giáo dục, chính trị,... Sức khỏe và y tế ở nông thôn các tỉnh miền núi phía Tây Bắc Việt Nam đang là vấn đề được Nhà nước và nhiều ngành nghề quan tâm. Đây là nơi tập trung phần lớn các nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số (DTTS), chủ yếu họ cư trú tại các vùng núi cao, vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn; đây là những khu vực có địa hình chia cắt, độ dốc lớn, do đó hình thức canh tác sản xuất chủ yếu là canh tác nương rẫy và khai thác rừng; năng lực sản xuất lương thực/thực phẩm rất hạn chế, chủ yếu đủ tự cung tự cấp ở mức tối thiểu. Bên cạnh đó những khó khăn về kinh tế là những khó khăn về điều kiện sinh hoạt. Tỷ suất sinh (TFR) của người DTTS còn khá cao, điều này gây áp lực tăng dân số và cũng phản ánh điều kiện y tế, chăm sóc sức khỏe (CSSK) còn hạn chế, làm cho tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh cao, nhu cầu sinh con thay thế nhiều hơn, đồng thời phản ánh tình trạng sử dụng các biện pháp tránh thai ở phụ nữ nhóm dân tộc này. Trung bình các dân tộc Cống, Mảng, La Hủ, Si La sinh từ 4 - 5 con/phụ nữ, tỷ suất sinh thô cao hơn trung bình cả nước; tương tự tỷ suất sinh thô cao thì tỷ suất chết thô cũng cao ở nhóm các dân tộc này. Đặc biệt là nhóm dân tộc Mảng, La Hủ có tỷ suất chết trẻ rất cao, từ 45‰ – 53,9‰ với trẻ dưới 1 tuổi và từ 70‰ – 87‰ với trẻ dưới 5 tuổi [1].

Tỷ lệ người DTTS sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế (BHYT) chưa cao, tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT trung bình ở người DTTS chỉ đạt 44,8%, chỉ báo này đồng thời chứng tỏ tỷ lệ người DTTS

đi khám chữa bệnh (KCB) tại các CSYT tương đối thấp [1]. Nhiều nghiên cứu trước đây đã cho rằng sở dĩ người DTTS ít đi KCB tại các cơ sở y tế (CSYT) là do họ lựa chọn phương thức KCB khác, phù hợp với điều kiện/khả năng của họ như dùng thuốc dân gian, thủ thuật mê tín,... và cũng bởi khoảng cách di chuyển từ nhà đến các CSYT là tương đối xa, cộng với tâm lý ngại đi xa, ngại tiếp xúc khiến cho họ ngại tiếp cận các dịch vụ y tế (DVYT) [1]. Trước thực trạng trên việc tìm hiểu những yếu tố có ảnh hưởng tới sự tiếp cận các DVYT của phụ nữ DTTS là việc làm cần thiết, góp phần cung cấp cơ sở thực tiễn cho việc hoàn thiện hệ thống chính sách đặc thù dành cho cộng đồng người DTTS nói chung.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thông tin trong bài viết được thu thập từ khảo sát thực địa của tác giả tại một số miền núi phía Tây Bắc Việt Nam, nơi tập trung cư trú của các DTTS là Điện Biên, Lai Châu; nhóm DTTS được khảo sát là: Cống, Cơ Lao, La Hủ, Si La. Thời gian khảo sát thực địa được tiến hành thành 3 đợt trong 2 năm 2018, 2019; mỗi đợt kéo dài 10 ngày liền đã tại địa bàn.

Nhóm tác giả đã sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính, tiến hành thảo luận nhóm tập trung đối với nhóm phụ nữ DTTS ($n = 40$), phỏng vấn cán bộ địa phương làm công tác dân tộc ($n=7$). Bên cạnh đó, nhóm tác giả có sử dụng nguồn dữ liệu thứ cấp từ một nghiên cứu Quốc gia về thực trạng phát triển kinh tế - xã hội của 53 DTTS ở Việt Nam (2017). 40 phụ nữ DTTS tham gia khảo sát cũng được lựa chọn có chủ đích gồm: phụ nữ đang mang thai, phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi; nhóm phụ nữ này cũng được lựa chọn có chủ đích theo các chỉ báo: dân tộc, mức độ tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế (sử dụng biện pháp kế hoạch hoá gia đình, sinh con tại nhà, sinh con tại cơ sở y tế, khám thai định kỳ). Bảng 1 thể hiện cơ cấu mẫu khảo sát của nghiên cứu này.

Thu thập thông tin

Các cuộc phỏng vấn được thực hiện dưới sự

hỗ trợ của phiên dịch viên dịch từ tiếng Việt sang tiếng dân tộc địa phương và ngược lại. Các nhóm cố gắng thảo luận bằng tiếng Việt, tuy nhiên không thực hiện được triệt để do sự giao tiếp của nhóm phụ nữ DTTS bị hạn chế do không thông thạo tiếng Việt, việc phiên dịch ngôn ngữ này được thực hiện thông qua đại diện chính quyền địa phương, cô đỡ thôn bản. Các cuộc phỏng vấn được ghi âm, và ghi lại dưới dạng biên bản.

Bảng 1. Cơ cấu mẫu khảo sát

Phụ nữ DTTS n = 40		Phụ nữ DTTS n = 40	
Độ tuổi		Dân tộc	
< 20	8	Cống	10
20 – 24	20	Si La	10
25 – 30	7	La Hủ	10
31 – 35	5	Cơ Lao	10
Trình độ học vấn		Cán bộ làm công tác dân tộc n = 7	
Không biết chữ	14	Cấp xã	3
Tiểu học (1-5)	19	Cấp huyện	2
Trung học cơ sở (6-9)	6	Cấp tỉnh	2
10 +	1		

Phân tích dữ liệu

Với dữ liệu thứ cấp từ các nghiên cứu và báo cáo trước đó, nhóm tác giả tổng hợp và biểu thị dưới dạng bảng và biểu đồ minh họa.

Với dữ liệu định tính thu được từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tập trung nhóm tác giả quản lý và xử lý bằng phần mềm Nvivo10.

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế của phụ nữ dân tộc thiểu số

3.1. Kinh tế gia đình

Sinh kế của đồng bào các DTTS hiện nay chủ yếu thuộc lĩnh vực nông, lâm nghiệp. Tỷ lệ

các nhóm DTTS có việc làm trong lĩnh vực công nghiệp, xây dựng và dịch vụ còn hạn chế, chưa khai thác được tiềm năng trong lĩnh vực du lịch, dịch vụ của khu vực. Thu nhập bình quân đầu người của các DTTS hiện nay trung bình vào khoảng 1,1 triệu/người/tháng, chưa bằng $\frac{1}{2}$ so với mức bình quân chung của cả nước, trong khi đó nhóm DTTS lại có mức thu nhập chỉ bằng $\frac{1}{2}$ so với nhóm chung là DTTS [1]. Phân tích cho thấy, nhóm DTTS có thu nhập thấp nhất trung bình dưới 632 nghìn đồng/tháng/người, gồm các dân tộc như Mảng, La Hủ. Theo đó, 2 dân tộc Mảng và La Hủ có tỷ lệ hộ nghèo lên đến trên 70% [1]. Việc làm là một chỉ báo quan trọng quyết định điều kiện kinh tế của các hộ gia đình DTTS, đặc biệt là việc làm của phụ nữ DTTS. Có sự chênh lệch lớn giữa nam và nữ DTTS về trình độ học vấn và việc làm do nhiều nguyên nhân. Trong số đó phải kể đến các nguyên nhân như tư tưởng trọng nam khinh nữ, nạn kết hôn sớm ở trẻ em gái DTTS, các quan niệm lạc hậu về vai trò của phụ nữ trong gia đình (phải làm việc nhà, chăm lo cho gia đình,...), phụ nữ thì không nên học nhiều. Ngoài ra, nhiều phụ nữ DTTS phải đảm đương các hoạt động nông, lâm nghiệp, không có điều kiện đi học. Chủ yếu phụ nữ DTTS làm các công việc không đòi hỏi kỹ năng, và theo đó cũng là những công việc mang lại nguồn thu nhập rất hạn chế (hái lượm nông/lâm sản, bắt thú nhỏ, ...) [2].

Kết quả điều tra khảo sát về nghề nghiệp của phụ nữ dân tộc thiểu số năm 2017 được UBNDT, UNDP, IrishAid thể hiện trong bảng 2.

Bảng 2. Nghề nghiệp của phụ nữ dân tộc thiểu số

Đơn vị tính: %

Dân tộc	Lao động có kỹ năng cao	Lao động có kỹ năng trung bình	Lao động không có kỹ năng	Thất nghiệp	Tỷ lệ hộ có nghề thủ công
Cống	2,07	12,28	85,66	0	0,4
Cơ Lao	1,03	8,39	90,58	0	4,2
La Hủ	0,28	16,75	82,87	0,1	3,4
Si La	4,48	10,95	84,58	0	0

(Nguồn: UBNDT; UNDP; IrishAid (2017))

“Về cơ bản, người DTTS trên địa bàn đều lấy nguồn thu từ canh tác nương rẫy, săn bắt, hái lượm làm nguồn sống chủ yếu. Với đặc tính tự cung, tự cấp, đóng kín, tỷ lệ hàng hóa rất thấp, kỹ thuật canh tác lạc hậu, công cụ sản xuất thô sơ theo tập quán “phát, đốt, cõt, tria” nên năng suất lao động thấp. Canh tác theo hình thức hóa canh... dân cư làm nương rẫy thường thiếu ăn và còn bảo lưu nhiều tàn dư lạc hậu... phụ nữ thì cũng làm những công việc như nam giới thôi, nhưng nhẹ nhàng hơn, mà nhẹ nhàng hơn thì thu nhập cũng chẳng đáng là bao nhiêu, có khi còn chẳng đủ ăn hàng ngày.” (PVS, Lãnh đạo Ban dân tộc, Lai Châu)

Về tài sản gia đình, đa phần các hộ DTTS nằm trong nhóm hộ nghèo, cận nghèo, thiếu hụt các chỉ số nghèo đa chiều. Xe máy được coi là phương tiện phổ biến hỗ trợ đi lại cho người dân trong quá trình thông thương, trao đổi hàng hóa, di chuyển đi KCB,... nhưng vẫn còn các hộ DTTS thuộc diện khảo sát chưa có loại phương tiện này. Số liệu thống kê cho thấy dân tộc Cống có tỷ lệ hộ có xe máy cao nhất là 71,9%, các dân tộc còn lại chiếm tỷ lệ từ 34,5 – 64%, trong đó dân tộc La Hủ chiếm tỷ lệ thấp nhất (34,5%). Việc không có phương tiện đi lại cũng làm hạn chế việc phụ nữ DTTS tiếp cận các dịch vụ y tế, do khoảng cách từ nơi cư trú tới CSYT quá xa, không thể đi bộ, hoặc đi bộ cũng mất rất nhiều thời gian khiến họ ngại ngại [3].

Hầu hết các gia đình đều còn nghèo và kết quả nghiên cứu cho thấy rằng các chi phí (cả trực tiếp và gián tiếp) của các DVYT tại các CSYT được xem như là một rào cản đối với việc tiếp cận đầy đủ các dịch vụ. Mặc dù BHYT đã chi trả cho các dịch vụ được cung cấp bởi các CSYT nhưng nhiều phụ nữ DTTS, đặc biệt những người thiệt thòi nhất chưa hiểu rõ về điều kiện được hưởng BHYT và cách thức hoạt động của BHYT. Các DVYT còn gồm các chi phí gián tiếp không được BHYT chi trả, ví dụ như phí đi xe (khách, taxi,...), thuốc, ăn uống, chi phí cho người đi cùng và các khoản phí không chính thức (hoặc phong bì) cho nhân viên y tế để được hưởng dịch vụ và chăm sóc tốt. Những chi phí gián tiếp này nằm ngoài khả năng chi trả của nhiều các gia đình DTTS [4].

Chi phí tài chính có lẽ là chi phí cơ hội, ví dụ như mất cơ hội kiếm tiền khi đi sinh con tại các CSYT. Tại một số xã, phụ nữ làm việc đồng áng cho đến khi sinh và họ cảm thấy cần phải đi làm trở lại ngay sau khi sinh do cả áp lực tài chính và mong muốn của gia đình. Đối với nhiều phụ nữ, khoảng cách từ nhà tới CSYT quá xa đồng nghĩa với việc nếu họ đi khám thai thì họ mất đi 01 ngày công lao động. Điều này giải thích tại sao một số phụ nữ tới CSYT khám thai một hoặc hai lần để kiểm tra tình trạng thai kỳ nhưng sau đó không tiếp tục đi khám nữa. Ngoài ra, một số phụ nữ cũng lo ngại là nếu họ sinh con tại CSYT, họ có thể sẽ phải cắt tầng sinh môn hay bị mổ đẻ và như vậy thì họ sẽ phải mất nhiều thời gian bình phục thì mới có thể đi làm trở lại.

“Ngay cả khi chúng tôi có tiền, chúng tôi cũng không đến bệnh viện. Khi chúng tôi sinh tại nhà, sau 30 ngày, chúng tôi có thể làm việc nhà bình thường, ngoại trừ việc rất nặng nhọc, nhưng nếu chúng tôi đi đến bệnh viện thì sau hai tháng vết cắt vẫn chưa lành và vẫn còn đau” (PVS, phụ nữ Cống, 35 tuổi, Điện Biên) [5].

3.2. Trình độ học vấn

Tỷ lệ người DTTS nói chung và đặc biệt người DTTS nói riêng, biết đọc, biết viết tiếng phổ thông chưa cao, có nhiều dân tộc hơn một nửa dân số mù chữ. Trung bình chỉ có 79,2% người DTTS biết đọc, biết viết tiếng phổ thông [1]. Nhóm phụ nữ DTTS được khảo sát là nhóm có tỷ lệ người biết đọc, biết viết thấp nhất gồm: Cống, Mảng, La Hủ. Đáng chú ý là đa số các dân tộc có tỷ lệ mù chữ cao lại không rơi vào nhóm các dân tộc có tỷ lệ đi học đúng tuổi thấp nhất. Các tỉnh thuộc địa bàn khảo sát (Lai Châu, Điện Biên) là các địa phương có tỷ lệ người trong độ tuổi lao động không biết chữ rất cao. Điều này dẫn tới những hệ lụy liên quan đến tình trạng thiếu việc làm ở thanh niên, nhóm lao động trong độ tuổi; tình trạng nghèo đói; hạn chế tiếp cận các dịch vụ xã hội, trong đó có DVYT.

Kết quả điều tra khảo sát Tình trạng học vấn của phụ nữ dân tộc thiểu số năm 2017 được UBNDT, UNDP, IrishAid thể hiện trong bảng 3.

Bảng 3. Tình trạng học vấn của phụ nữ dân tộc thiểu số

Đơn vị tính: %

Dân tộc	Chưa tốt nghiệp tiểu học	Tốt nghiệp tiểu học	Tốt nghiệp THCS	Tốt nghiệp THPT trở lên	Tỷ lệ đi học
Công	32,67	30,67	23,67	13	70,8
La Hủ	27,07	39,96	24,67	8,3	68,10
Si La	37,33	16	24	22,67	87,93

(Nguồn: UBND; UNDP; IrishAid (2017))

Có thể thấy tỷ lệ phụ nữ DTTS tốt nghiệp các cấp học từ tiểu học trở lên rất hạn chế (dưới 50%), trong khi tỷ lệ đi học lại cao trên 60%, thậm chí ~90%, như dân tộc Si La. Con số đi học cao, nhưng khả năng theo học để tốt nghiệp lại hạn chế, điều này chứng tỏ ý chí cũng như điều kiện tham gia học tập của phụ nữ DTTS bị chi phối bởi các yếu tố cá nhân (nhận thức chậm, tâm lý ngại, tự ti,...) và gia đình (kinh tế khó khăn, kết hôn sớm, sinh con,...). Có đến gần 50% số phụ nữ DTTS không biết đọc, viết chữ phổ thông. Điều này trở thành rào cản cho họ khi tiếp cận các DVYT, không thạo tiếng, nên họ ngại tiếp xúc với những người dân tộc khác, ngại đến những nơi hành chính công, nơi phải giao tiếp mà họ lại không thể giao tiếp được.

“Cơ sở vật chất thì ổn nhưng cán bộ y tế tại các CSYT thường gặp khó khăn trong giao tiếp với những phụ nữ DTTS nói chung nếu họ không nói được tiếng Kinh. Vì vậy phụ nữ DTTS họ cũng không muốn đến phòng khám, vì cán bộ y tế nói họ có hiểu đâu và ngược lại.” (PVS, lãnh đạo địa phương, Hà Giang).

3.3. Cơ sở vật chất

Kết quả điều tra cũng đã cho thấy, khoảng cách từ nhà đến các CSYT nhìn chung tương đối xa, trong đó đặc biệt xa với một số dân tộc Mảng, Công, La Hủ. Trung bình, trạm y tế ở cách nhà 3,8 km và bệnh viện cách 16,7 km.

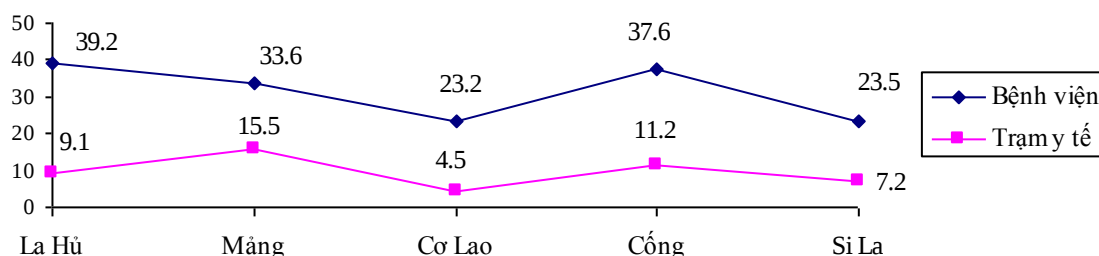
Các DTTS thường phân bố ở khu vực miền núi, cao nguyên, hạ tầng cơ sở thiếu và yếu, giao thông đi lại gặp nhiều khó khăn, trong đó một số dân tộc có địa bàn cư trú quá xa với bệnh viện. Các CSYT ở cách xa là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc tiếp cận các dịch vụ KCB còn nhiều khó khăn và hạn chế. Các dân tộc Mảng, Công, La Hủ, tiếp cận các DVYT đặc biệt hạn chế [6].

Kết quả điều tra Khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế theo dân tộc năm 2017 được UBND, UNDP, IrishAid thể hiện trong Hình 1.

“Khoảng cách từ nhà đến TYTX quá xa, chúng tôi sợ để rơi trên đường đi.” (PVS, phụ nữ Si La, 30 tuổi, Điện Biên).

“Nếu tôi có thai lần nữa, tôi muốn đẻ tại nhà. Nhà tôi cách trạm y tế xã khoảng 2 cây nhưng đường đi rất khó khăn. Bố mẹ chồng tôi cho phép tôi đến trạm y tế, nhưng tôi không muốn đi, đặc biệt khi thời tiết lạnh.” (PVS, phụ nữ La Hủ, 35 tuổi, Lai Châu).

“Tôi đã phải đi bộ xuống núi và trời rất lạnh và tôi đã rất đau khi đi bộ trở về nhà sau khi sinh. Nếu tôi sinh một con nữa thì tôi sẽ sinh tại nhà bởi vì tôi không có đủ tiền để thuê xe. Khi sinh đứa con đầu tiên, tôi đã sinh tại bệnh viện huyện và tôi đã đi từ nhà tới viện và từ viện về nhà bằng xe máy; và sau đó tôi bị đau đầu vì nhiễm gió lạnh trên đường đi” (PVS, phụ nữ La Hủ, 30 tuổi, Lai Châu) [3].

**Hình 1.** Khoảng cách từ nhà đến cơ sở y tế theo dân tộc (Đơn vị tính: Km)

(Nguồn: UBND; UNDP; IrishAid (2017))

3.4. Văn hóa

Với phụ nữ DTTS, việc sử dụng các DVYT chủ yếu là việc mang thai và sinh con, CSSKSS, nhưng đồng thời đây cũng là những việc gắn liền với các truyền thống và văn hóa, do đó yếu tố văn hóa đóng một vai trò quan trọng trong việc tiếp cận, sử dụng các DVYT. Nhiều phụ nữ DTTS thích những bà mụ vườn trong thôn bản hoặc các thành viên trong gia đình, đặc biệt nếu ca sinh đó không có gì bất thường và không cần phải có sự chăm sóc của cán bộ y tế có chuyên môn. Các cán bộ y tế có thể không nhạy cảm với các đặc điểm văn hóa, tín ngưỡng và tập quán truyền thống của phụ nữ DTTS, đôi khi có thể chăm sóc phụ nữ nghèo hoặc phụ nữ DTTS thiếu chu đáo và tôn trọng hơn so với các phụ nữ dân tộc đa số. Hơn nữa, những quy định của các CSYT như sản phụ phải bắt buộc phải nằm ngửa khi sinh con, hoặc các thành viên trong gia đình không được phép có mặt trong phòng sản phụ lúc sản phụ trở dạ cũng có thể ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng các DVYT của phụ nữ DTTS [7].

3.5. Một số khuyến nghị

Khuyến nghị chính và quan trọng nhất là cần cung cấp các DVYT chất lượng cao hơn tại các CSYT hiện có. Các DVYT cần an toàn, hiệu quả, hợp lý và bình đẳng nhất dựa trên phong tục tập quán, giá trị văn hóa và mong muốn đa dạng của các cộng đồng DTTS khác nhau. Các DVYT tại địa phương cần được cải thiện và được thực hiện trong môi trường nhân văn, tôn trọng và ủng hộ. Chính phủ cần đảm bảo phụ nữ DTTS nghèo và khó khăn được tiếp cận với BHYT và hiểu cách sử dụng BHYT. Cần có hướng dẫn về việc sử dụng bảo hiểm và tiếp cận BHYT dễ hơn. Nhiều phụ nữ DTTS quan tâm đến khả năng chi trả cho dịch vụ (bao gồm các chi phí trực tiếp và gián tiếp) vì vậy nên việc tăng cường tiếp cận với các dịch vụ chi phí hợp lý là rất cần thiết. Kết quả cho thấy rất nhiều phụ nữ khó khăn nhất không có BHYT hoặc có nhưng không biết cách sử dụng các quyền lợi của BHYT. Cần có thêm các chiến lược và

chính sách để giúp người DTTS, đặc biệt đối với những nhóm gặp nhiều khó khăn và yếu thế nhất là phụ nữ DTTS nghèo và trẻ em DTTS, do đó Bộ Y tế cần phát triển gói bảo hiểm y tế cơ bản chi trả cho tất cả các dịch vụ cơ bản cho SKSS, sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em.

4. Kết luận

Tỷ lệ tiếp cận, sử dụng dịch vụ y tế của phụ nữ dân tộc thiểu số thấp thường là do một loạt các yếu tố kinh tế xã hội và văn hóa từ phía người sử dụng dịch vụ, bao gồm: kinh tế gia đình; trình độ học vấn; cơ sở vật chất và các yếu tố về văn hóa. Các dịch vụ y tế nếu không thích hợp với bối cảnh địa phương hoặc không đáp ứng nhu cầu cụ thể của người dân địa phương thường không thu hút được người sử dụng. Sự hạn chế trong khả năng sẵn có của DVYT, khả năng tiếp cận tới dịch vụ hoặc khả năng chi trả có thể là những nguyên nhân chính giải thích cho sự khác biệt trong việc tiếp cận và sử dụng các DVYT của phụ nữ DTTS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/REFERENCES

- [1]. Committee for Ethnic Minority Affairs, *United Nations Development Programme, IrishAid, Overview of the socio-economic situation of 53 ethnic minorities based on the analysis of socio-economic situation data of 53 ethnic minorities in 2015*, Hanoi, 2017.
- [2]. V. B. Tran, *Northwestern ethnic culture - current situation and issues*. National Political Publishing House of Vietnam, Hanoi, 2004.
- [3]. D. Khong, *La Hu ethnic group in Vietnam*. Ethnic culture publishing house, Hanoi, 2000.
- [4]. D. Khong (Editor), *Socio-economic characteristics of the northern mountainous ethnic groups*. Social science publishing house, Hanoi, 1996.
- [5]. H. Pham, *Initially learn about the Cong ethnic culture*, Lai Chau province Department of Culture and Information, 1998.
- [6]. V. T. Nguyen, "Local knowledge of the Vietnamese people in Vietnam in medical examination and treatment," *Folk Light Source Magazine*, no. 3, pp. 55-59, 2012.
- [7]. V. T. Nguyen, "Ritual birth and raising rites for the Vietnamese people in Vietnam," *Journal of Ethnography*, no. 3, pp. 35-44, 2013.