



ĐIỀU TRA DI CƯ NỘI ĐỊA QUỐC GIA 2015

@ UN Viet Nam/Aidan Dockery

Tờ tin số 5: Di cư và sức khỏe

Bản tóm tắt này cung cấp một số thông tin chủ yếu về sức khỏe và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bao gồm cả chăm sóc sức khỏe sinh sản của người di cư, dựa trên kết quả phân tích số liệu từ cuộc Điều tra Di cư Nội địa Quốc gia năm 2015. Bản tóm tắt cũng đưa ra một số khuyến nghị chính sách liên quan đến sức khỏe và sức khỏe sinh sản của người di cư.

Sức khỏe của người di cư luôn là một chủ đề thu hút sự quan tâm của các nhà lập chính sách. Các nghiên cứu trong nước và quốc tế cho thấy có mối liên hệ mật thiết giữa sức khỏe và di cư. Sức khỏe có thể là yếu tố tác động tới quyết định di cư, khuyến khích hoặc cản trở sự di cư. Một mặt, di cư là cơ hội để người dân có thể tiếp cận đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn, đặc biệt ở khu vực thành thị, và có ảnh hưởng tới hành vi chăm sóc sức khỏe của người dân bao gồm cả sức khỏe sinh sản. Mặt khác, do một số hạn chế

trong chính sách, người di cư cũng có thể là đối tượng dễ bị thiệt thòi khi tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nơi đến.

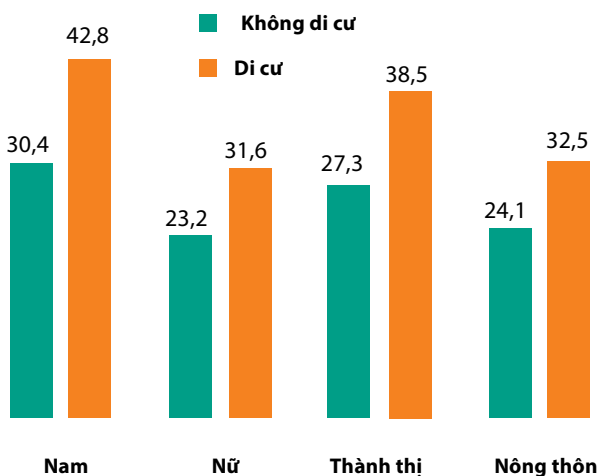
Chính vì vậy việc cung cấp thông tin về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của người di cư là hết sức cần thiết phục vụ xây dựng các chính sách y tế dựa trên bằng chứng đảm bảo sự tiếp cận công bằng và bình đẳng của người di cư tới các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bản tin tóm tắt cũng đưa ra một số khuyến nghị chính sách liên quan đến sức khỏe và sức khỏe sinh sản của người di cư.

NHỮNG PHÁT HIỆN CHÍNH

1. Người di cư có xu hướng tự đánh giá sức khỏe tốt hơn so với người không di cư

Kết quả điều tra cho thấy người di cư đánh giá mình có sức khỏe tốt hơn so với người không di cư. Tỷ lệ người di cư, đặc biệt nhóm tuổi trẻ tự đánh giá mình “khỏe” hoặc “rất khỏe” cao hơn nhiều so với người không di cư (36,6% so với 26,1%). Nam giới có xu hướng đánh giá mình “khỏe” và “rất khỏe” cao hơn so với nữ giới. Ở cả thành thị và nông thôn cũng như ở mọi vùng kinh tế - xã hội, người di cư có xu hướng đánh giá sức khỏe tốt hơn so với người không di cư. Tại thành thị, tỷ lệ người di cư tự đánh giá sức khỏe của mình là “khỏe” hoặc “rất khỏe” chiếm tới 38,5%, cao hơn 11,2 điểm phần trăm so với tỷ lệ ở người không di cư (27,3%). Tại nông thôn, có 32,5% người di cư tự đánh giá sức khỏe của mình là “khỏe” hoặc “rất khỏe”, tỷ lệ ở người không di cư là 24,1% (Hình 1). Điều này cho thấy người di cư, đặc biệt là nam giới lạc quan hơn về tình trạng sức khỏe của mình và dường như họ có ưu thế hơn về sức khỏe so với người không di cư.

Hình 1: Tỷ lệ phần trăm người di cư và không di cư tự đánh giá sức khỏe là “Khỏe” hoặc “Rất khỏe” theo giới tính, khu vực



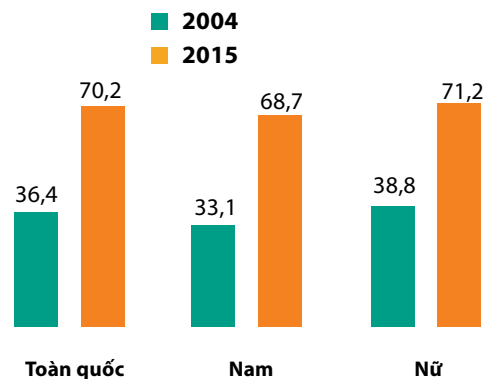
So sánh tình trạng sức khỏe hiện nay với sức khỏe trước khi di chuyển tới nơi cư trú hiện tại, 16,8% người di cư cho rằng sức khỏe của họ hiện nay ở mức tốt và tốt hơn nhiều. Tỷ trọng này của nam di cư (18,5%) cao hơn so với nữ di cư (15,6%). Có tới hơn 73% người di cư cho rằng sức khỏe hiện nay không thay đổi so với trước lần di chuyển gần nhất. Trong khi đó chỉ có 9,3% người di cư tự đánh giá sức khỏe của mình kém

hoặc kém hơn nhiều. Kết quả này cho thấy có sự cải thiện rõ ràng về tình trạng sức khỏe của người di cư sau khi di chuyển có thể do nhờ di cư họ được tiếp cận tốt hơn với các cơ sở y tế hoặc điều kiện kinh tế của họ được cải thiện hơn.

2. Tỷ lệ người di cư có bảo hiểm y tế đã tăng nhiều so với 10 năm trước đây, tuy vậy vẫn có khác biệt giữa các vùng

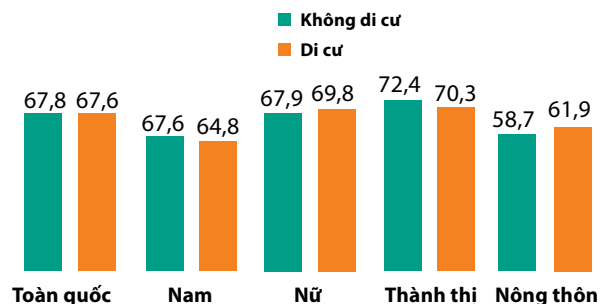
Chính sách bảo hiểm y tế toàn dân trong những năm gần đây đã góp phần làm tăng tỷ lệ có thẻ bảo hiểm y tế của người dân. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ người di cư có thẻ bảo hiểm y tế đã tăng từ 36,4% năm 2004 lên 70,2% năm 2015¹ (Hình 2).

Hình 2: Phân bố phần trăm người di cư sở hữu thẻ bảo hiểm y tế giữa năm 2004 và 2015 theo giới tính



Tỷ lệ nữ di cư có thẻ bảo hiểm y tế (69,8%) cao hơn so với nam giới (64,8%). Tỷ lệ người di cư ở thành thị có bảo hiểm y tế (70,3%) cao hơn so với người di cư ở nông thôn (61,9%). Ở nhóm người không di cư, không có sự khác biệt rõ ràng giữa nam và nữ về tỷ lệ sở hữu thẻ bảo hiểm y tế (Hình 3).

Hình 3: Phân bố phần trăm người di cư và không di cư sở hữu thẻ bảo hiểm y tế năm 2015



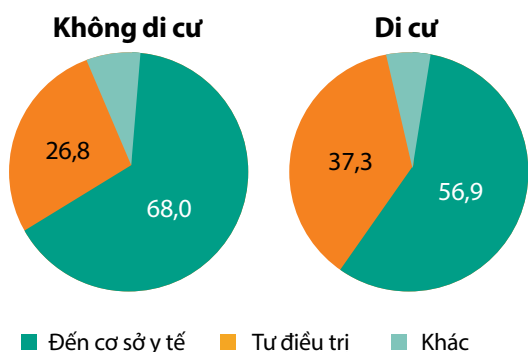
1. Điều tra di cư năm 2004 chỉ bao gồm người di cư đến. Điều tra di cư 2015 gồm cả di cư đến, di cư quay về và di cư gián đoạn. Vì thế khi so sánh số liệu của 2 cuộc điều tra, chỉ so sánh số liệu của người di cư đến.

Có sự khác biệt giữa các vùng về tỷ lệ sở hữu thẻ bảo hiểm y tế. Ở Trung du và miền núi phía Bắc, có tới 84% người di cư và 83% người không di cư có thẻ bảo hiểm y tế, trong khi đó Tây nguyên (phần lớn làm nông nghiệp) và Đông Nam Bộ (tập trung nhiều khu công nghiệp) thì tỷ lệ này khoảng gần 60 % đối với cả người di cư và không di cư.

Như vậy vẫn còn khoảng 1/3 người di cư không có bảo hiểm y tế, là một thách thức không nhỏ tới việc chăm sóc sức khỏe. Lý do không có thẻ bảo hiểm y tế chủ yếu được cho là “ không cần thiết” (hơn 50% số người được hỏi) và “chi phí mua quá cao” (khoảng 25%).

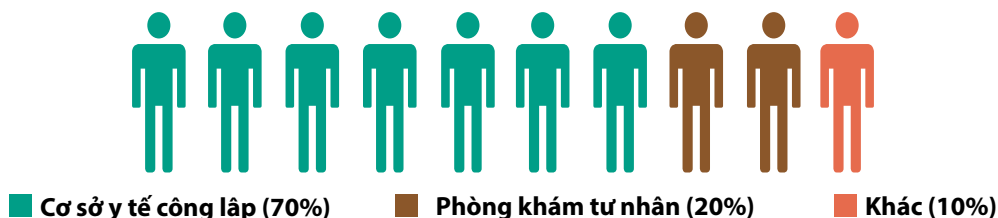
3. Tỷ lệ người di cư đến cơ sở điều trị ít hơn so với người không di cư và họ dựa vào nhiều nguồn khác để chi trả cho lần ốm đau gần nhất của mình

Hình 4: Phần trăm người di cư và không di cư theo cách điều trị của lần ốm gần nhất



Chỉ có 56,9% người di cư cho biết có đến cơ sở y tế điều trị trong lần ốm gần đây nhất, thấp hơn 11 điểm phần trăm so với người không di cư (Hình 4). Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa người di cư và không di cư trong việc lựa chọn cơ sở y tế khám điều trị giữa hai nhóm dân số này. Trên 70% người di cư và không di cư chọn bệnh viện/phòng khám nhà nước để điều trị cho lần ốm gần đây và chỉ có khoảng 20% lựa chọn khám bệnh tại các phòng khám tư nhân (Hình 5).

Hình 5: Phần trăm người di cư và không di cư tới cơ sở điều trị của lần ốm đau gần nhất



Có sự khác biệt giữa các vùng trong cả nước về việc tiếp cận tới cơ sở y tế. Tỷ lệ tới điều trị tại bệnh viện/phòng khám nhà nước cao nhất tại thành phố Hà Nội chiếm 86,2% tổng số người không di cư và 78,3% người di cư; thấp nhất là tại vùng Đông Nam Bộ với tỷ lệ khoảng 64%. Tỷ lệ điều trị tại bệnh viện/phòng khám nhà nước tại Đông Nam Bộ thấp có thể do cơ sở y tế tư nhân khá phát triển và người dân tại vùng này có xu hướng điều trị tại bệnh viện/phòng khám tư nhân.

Chỉ có 50% người di cư cho biết trong lần điều trị gần đây nhất chi phí điều trị do “bảo hiểm y tế” chi trả, nhưng có tới 63% cho biết họ phải tự chi trả, và có tới 25,5% cho biết được người thân chi trả, có thể do khám chữa bệnh trái tuyến nên họ chỉ được bảo hiểm y tế chi trả một phần, và người di cư đã phải dựa vào nhiều nguồn khác nhau chi trả cho chi phí khám chữa bệnh của mình.



50% người di cư cho biết họ được “bảo hiểm y tế” chi trả trong lần điều trị gần đây

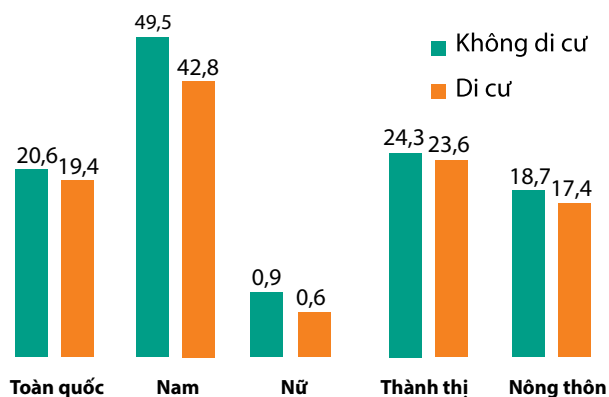
4. Tỷ lệ sử dụng thuốc lá đã thay đổi theo hướng tích cực, tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng rượu bia vẫn không thay đổi

Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ hút thuốc của người di cư và không di cư đều giảm trong 10 năm qua. Tỷ lệ này giảm mạnh hơn ở nhóm di cư, cụ thể điều tra 2015 cho thấy có 19,4% người di cư hút thuốc, giảm nhiều so với năm 2004 (28,1%). Điều đó cho thấy các chính sách về không hút thuốc của chính phủ đã có tác dụng tích cực trong việc tăng nhận thức của người

2. Câu hỏi về chi trả cho lần đầu điều trị gần đây nhất là câu hỏi có nhiều lựa chọn

dân về tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe bản thân và môi trường xung quanh và thay đổi hành vi dẫn tới bỏ thuốc lá. Có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc lá theo giới tính. Khoảng 42,8% nam di cư và 49,5% nam không di cư cho biết có hút thuốc lá trong khi tỷ lệ này ở nữ là không đáng kể, chỉ chưa tới 1% ở cả nữ di cư và không di cư (Hình 6).

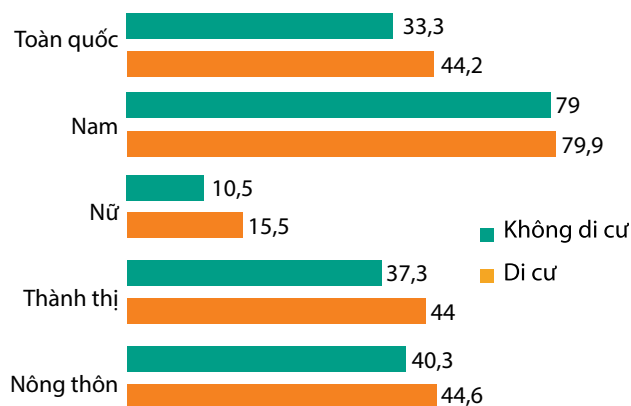
Hình 6: Phân bố phần trăm người di cư và không di cư sử dụng sản phẩm thuốc lá theo giới tính và khu vực năm 2015



Mặc dù tỷ lệ sử dụng thuốc lá giảm đáng kể nhưng tỷ lệ sử dụng rượu bia năm 2015 không thay đổi so với năm 2004. Tỷ lệ này ở người không di cư và di cư, lần lượt là 38,3% và 44,2% trong năm 2015. Thậm chí mức tiêu thụ loại đồ uống này của nữ di cư có xu hướng tăng (từ 10,5% năm 2004 lên 15,5% năm 2015).

Có tới gần 80% nam cả không di cư và di cư cho biết có sử dụng rượu, bia trong khi tỷ lệ này ở nữ không di cư và di cư tương ứng là 10,5% và 15,5% (Hình 7). Tỷ lệ vượt trội ở nam giới phản ánh quan niệm phổ biến trong xã hội dường như vẫn chấp nhận nam giới sử dụng rượu, đặc biệt trong những giao tiếp xã hội.

Hình 7: Phân bố phần trăm người di cư và không di cư sử dụng sản phẩm rượu bia theo giới tính và khu vực năm 2015



Khi xét theo khu vực, tỷ lệ sử dụng rượu, bia cao nhất của nhóm di cư là ở Trung du và miền núi phía Bắc chiếm 53,7%, thấp nhất là ở thành phố Hà Nội (31,9%).

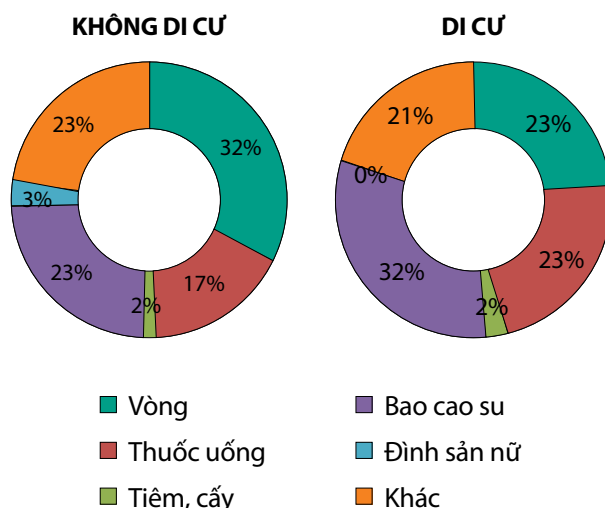
5. Nhận thức về các bệnh lây truyền qua đường tình dục của người di cư tương đối cao, nhưng vẫn có sự khác biệt đáng kể giữa các khu vực cư trú, và giới

Nhìn chung tỷ lệ biết về các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) của người di cư tương đối cao (trên 80%) và luôn cao hơn so với người không di cư theo giới và ở các vùng kinh tế - xã hội, trừ vùng Đông Nam Bộ (tỷ lệ này ở người di cư thấp hơn so với không di cư). Tỷ lệ người di cư biết về nguyên nhân gây bệnh STIs và cách phòng tránh tương đối cao: hầu hết (trên 80%) cho rằng sinh hoạt tình dục không an toàn (không dùng bao cao su) là nguyên nhân lây bệnh, 80% người di cư cho rằng khi mắc bệnh thì cả vợ, chồng và bạn tình cần đi khám. Điều này cho thấy các chiến dịch truyền thông về sức khỏe sinh sản đã góp phần tích cực nâng cao nhận thức người dân về STIs và cách phòng tránh.

Tuy nhiên vẫn còn khoảng 30% người di cư và không di cư cho rằng dùng chung bàn chải khăn mặt có thể dẫn tới lây nhiễm STIs. Tỷ lệ này ở thành thị cao hơn nông thôn, của nữ cao hơn so với nam giới. Như vậy, vẫn cần tiếp tục đầu tư nhằm nâng cao hiểu biết về STIs, đặc biệt ở nhóm dân số trẻ và phụ nữ.

6. Có sự khác biệt về sử dụng biện pháp tránh thai giữa người di cư và không di cư

Hình 8: Phân bố phần trăm người di cư và không di cư hiện đang sử dụng các biện pháp tránh thai





@ UN Viet Nam/Aidan Dockery

Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai của phụ nữ di cư (37.7%) thấp hơn khá nhiều so với phụ nữ không di cư (58.6%). Hầu hết những người không sử dụng biện pháp tránh thai cho biết vì chưa có gia đình/bạn tình. Mẫu điều tra có một tỷ trọng đáng kể nhóm thanh niên chưa có gia đình (chiếm gần 40%), họ có thể ngần ngại không báo cáo sử dụng vì vẫn còn e ngại sự kỳ thị đối với phụ nữ chưa lập gia đình nhưng đã quan hệ tình dục. Có sự khác biệt trong sử dụng tránh thai: người di cư dường như thiên về sử dụng thuốc và bao cao su, người không di cư thiên về sử dụng vòng tránh thai (Hình 8).

7. Chăm sóc bà mẹ trẻ em có sự cải thiện đáng kể

Hầu hết (95%) phụ nữ di cư và không di cư đi khám thai trong lần sinh đẻ gần nhất, trong đó trên 70% đi khám từ 4 lần trở lên. Hầu hết phụ nữ có con cho biết ca sinh gần đây nhất có cán bộ y tế đỡ đẻ. Có tới 99,0% phụ nữ di cư và không di cư cho biết con dưới 5 tuổi là con ít tuổi nhất của họ được tiêm chủng.



Có tới 99% con ít tuổi nhất từ 0-5 tuổi của phụ nữ di cư và không di cư đã được tiêm chủng

KHUYẾN NGHỊ VÀ CHÍNH SÁCH

- Cần lồng ghép các vấn đề di cư trong các chính sách và kế hoạch phát triển ở các cấp, các ngành, đặc biệt đối với các chính sách, chiến lược và kế hoạch liên quan đến chăm sóc y tế và sức khỏe sinh sản**

 - Di cư là yếu tố tất yếu của quá trình phát triển, vì vậy khi xây dựng và hoạch định các chính sách quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của từng vùng, từng địa phương, cần tính tới dân số di cư để đảm bảo khai thác được lợi thế của di cư cho sự phát triển cũng như thích ứng với tình hình di cư của địa phương, đảm bảo quyền bình đẳng tiếp cận đến dịch vụ xã hội cơ bản (như nhà ở, giáo dục, y tế và vay vốn) của người di cư.
 - Các chính sách phát triển thanh niên cũng cần tập trung chú ý tới nâng cao nhận thức thay đổi hành vi về sức khỏe sinh sản cho thanh niên di cư.
 - Các chính sách, chiến lược về sức khỏe sinh sản cần chú ý tới nhóm di cư để đảm bảo các nhu cầu không được đáp ứng về sức khỏe sinh sản, tránh thai của người di cư được đáp ứng.

2 **Cần đẩy mạnh công tác tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân về lợi ích và sự cần thiết của bảo hiểm y tế để khuyến khích người dân, đặc biệt lao động di cư tham gia bảo hiểm y tế**

Mặc dù tỷ lệ người di cư có thẻ BHYT đã tăng lên đáng kể sau hơn 10 năm, nhưng thực tế vẫn còn khoảng 30% người chưa được sở hữu tấm thẻ này, điều đó có nghĩa họ sẽ gặp các rủi ro trong việc chi trả khám chữa bệnh. Chính vì vậy, tăng cường nhận thức của người dân về ý nghĩa và tầm quan trọng của bảo hiểm y tế, xóa bỏ nhận thức sai lầm của một bộ phận không nhỏ người dân rằng “chỉ tham gia bảo hiểm y tế khi có nhu cầu khám, chữa bệnh”.

3 **Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức cho người dân bao gồm cả người di cư, đặc biệt ở vùng sâu vùng xa để giảm thiểu các hành vi có hại cho sức khỏe, như hút thuốc, sử dụng rượu bia, các bệnh lây truyền qua con đường tình dục và cách phòng tránh.**

Cần tận dụng nhiều kênh tuyên truyền khác nhau như qua các phương tiện thông tin đại chúng, các chiến dịch, qua sách báo, các hoạt động tại cộng đồng, trong nhà trường, cơ sở đào tạo, để nâng cao kiến thức người dân, kể cả người di cư.



Tổng cục Thống kê

54 Nguyễn Chí Thanh, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam
Điện thoại: 84-24-7304 6666 - Fax: 84-24-7307 7997
Website: <https://www.gso.gov.vn>
Email: dansolaodong@gso.gov.vn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng cục Thống kê và Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (2016). “Điều tra Dân số và Nhà ở giữa kỳ 2014: Di cư và đô thị hóa ở Việt Nam”. Nhà xuất bản Thông Tấn
2. Tổng cục Thống kê và Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (2016). “Điều tra di cư nội địa quốc gia năm 2015: Các kết quả chủ yếu. Nhà xuất bản Thông Tấn.
3. Các tổ chức Liên hợp Quốc tại Việt Nam (2010). “Di cư trong nước: Cơ hội và thách thức đối với sự phát triển kinh tế - xã hội ở Việt Nam.

Ghi chú:

Trong cuộc điều tra này, người di cư được định nghĩa là người di chuyển từ huyện/quận này sang huyện/quận khác trong vòng 5 năm trước thời điểm điều tra và thỏa mãn một trong ba điều kiện sau:

- a) *Đã cư trú ở nơi điều tra từ 1 tháng trở lên;*
- b) *Cư trú ở nơi điều tra dưới 1 tháng nhưng có ý định ở từ 1 tháng trở lên;*
- c) *Cư trú ở nơi điều tra dưới 1 tháng nhưng trong vòng 1 năm qua đã rời khỏi nơi thường trú đến ở một quận/huyện khác với thời gian tích lũy từ 1 tháng trở lên để lao động kiếm tiền.*

Đối tượng điều tra của cuộc điều tra này là nhóm người di cư và không di cư trong độ tuổi từ 15–59.



Quỹ Dân số Liên hợp quốc

304 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam
Điện thoại: 84-24-3850 0100
Fax: 84-24-3726 5520
Website: <https://www.vietnam.unfpa.org>