

Dịch vụ xã hội phục vụ phát triển con người



Empowered lives.
Resilient nations.

Báo cáo Quốc gia về Phát triển Con người năm 2011



Bản quyền © tháng 11 năm 2011
Chương trình Phát triển Liên hợp quốc

25-29 Phan Bội Châu, Hà Nội, Việt Nam

Bản quyền thuộc về Chương trình Phát triển Liên hợp quốc. Không được sao in, tái bản, lưu trữ trong một hệ thống mở hoặc chuyển tải bất kỳ phần nào hoặc toàn bộ nội dung của báo cáo này dưới mọi hình thức như điện tử, sao in, ghi âm hoặc các hình thức khác khi chưa được sự đồng ý.

Hiệu đính (bản tiếng Anh): Juliette Elfick
Thiết kế bản in: Inis (www.iniscommunication.com)

Trong trường hợp bản in có lỗi, vui lòng truy cập bản điện tử tại trang web www.undp.org.vn



*Empowered lives.
Resilient nations.*

Dịch vụ xã hội phục vụ phát triển con người

**Báo cáo Quốc gia về
Phát triển Con người năm 2011**

LỜI TỰA

Mười năm trước, Báo cáo phát triển con người đầu tiên của Việt Nam đã được công bố. Báo cáo này tập trung vào các cải cách chính sách của quá trình đổi mới và tác động của cải cách tới giảm nghèo và phát triển con người. Mười năm sau kể từ năm 2001, Việt Nam đã có bước thay đổi nhanh chóng. Tăng trưởng ấn tượng trong hai thập kỷ qua đã giúp giảm đáng kể tỷ lệ nghèo đói. Phát triển con người của Việt Nam đã và đang tăng dần và hiện nay Việt Nam đang bước vào giai đoạn phát triển con người ở mức trung bình, cùng với các nước như Ấn Độ, Indonesia và Philippines. Tuy nhiên, những động lực của tăng trưởng tạo ra trong thời kỳ đổi mới đang bắt đầu mất đi, do cả nhân tố bên trong và bên ngoài.

Là nước thu nhập trung bình, Việt Nam hiện đang có nhiều cơ hội phát triển mới. Tuy nhiên cũng có nhiều thách thức cần phải giải quyết, đặc biệt nếu Việt Nam muốn vượt qua cái gọi là “bẫy thu nhập trung bình”. Những thách thức này bao gồm cơ sở hạ tầng kém phát triển, mức độ chuyên môn hóa và khả năng cạnh tranh kém, trình độ khoa học và công nghệ yếu cũng như lực lượng lao động thiếu kỹ năng. Những thách thức này đang đe dọa sự bền vững của những thành tựu mà Việt Nam đã đạt được và cản trở phát triển con người lên mức cao hơn.

Do vậy cần có một cách tiếp cận phát triển mới nếu Việt Nam muốn đạt được tăng trưởng có chất lượng và bền vững hơn. Trong đó, Việt Nam cần tập trung không chỉ vào việc nâng cao thu nhập mà còn vào cải thiện phát triển con người, ví dụ thông qua cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục chất lượng cao hơn, tạo việc làm bền vững cho lực lượng lao động trẻ ngày càng đông, tăng cường quản trị nhà nước và tạo ra các thể chế mạnh và hiệu quả. Đảm bảo sự cân đối hơn giữa tăng trưởng kinh tế và các mục tiêu phát triển xã hội, con người và bền vững là điều cần thiết để đảm bảo rằng mọi người dân có thể hưởng thành quả từ quá trình phát triển và để Việt Nam đạt được mục tiêu trở thành nước công nghiệp hóa và hiện đại.

Khái niệm phát triển con người đã được đề cập nhiều trong các chính sách của Việt Nam. Khái niệm này đã được ghi nhận trong Hiến pháp của Việt Nam, và các Chiến lược và Kế hoạch Phát triển kinh tế xã hội đều nhấn mạnh đến tầm quan trọng của công bằng xã hội và thúc đẩy chất lượng cuộc sống. Đảm bảo dân số khỏe mạnh và có học thức được tiếp cận các dịch vụ xã hội có chất lượng và hệ thống bảo trợ xã hội là một trong những mục tiêu trung tâm của các chính sách của chính phủ. Như đã đề cập trong Chiến lược Phát triển kinh tế xã hội mới, vốn con người và phát triển con người đóng vai trò quan trọng trong việc hiện thực hóa tầm nhìn phát triển của Việt Nam.

Nguyên lý trung tâm của Báo cáo phát triển con người này, với chủ đề Dịch vụ xã hội cho phát triển con người, là tăng trưởng kinh tế trong nội hàm và về bản chất không tự động mang lại sự phát triển con người cao hơn. Sự thành công của một quốc gia không thể đo lường một cách đơn giản bằng thu nhập quốc dân. Thay vào đó, con người là tài sản thực sự của các quốc gia và đầu tư phát triển con người là cách tốt nhất để đạt được tăng trưởng và phát triển bền vững. Trong bối cảnh bất bình đẳng về thu nhập gia tăng cũng như tồn tại khoảng cách đáng kể về kinh tế-xã hội ở một số vùng và các tỉnh của Việt Nam, chúng tôi cho rằng đây là thời điểm phù hợp để đánh giá lại sự phát triển con người ở Việt Nam.

Báo cáo phát triển con người quốc gia này đưa ra một phân tích dựa trên bằng chứng về sự tiến bộ trong phát triển con người của Việt Nam ở cấp địa phương, tập trung đặc biệt vào các vấn đề về sức khỏe và giáo dục. Báo cáo xem xét những thách thức mà nhiều người Việt Nam đang phải đối mặt trong việc tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản. Báo cáo cho thấy gia tăng bất bình đẳng về kinh tế đi kèm với sự chênh lệch dai dẳng trong các chỉ tiêu về giáo dục và y tế cơ bản như thế nào. Báo cáo kết luận rằng nếu Việt Nam muốn tiếp tục đạt được mức phát triển con người cao hơn, thì việc đảm bảo tiếp cận toàn dân và công bằng đối với dịch vụ y tế và giáo dục là vô cùng cần thiết.

Lần đầu tiên tại Việt Nam, Báo cáo cũng giới thiệu chỉ số Nghèo đói đa chiều quốc gia. Chỉ số mới này được xây dựng trên những công trình đã được thực hiện bởi chính phủ và các cơ quan Liên Hợp Quốc tại Việt Nam, đặc biệt là chỉ số nghèo trẻ em đa chiều và nghèo đói đô thị.

Chỉ số nghèo đói đa chiều trong Báo cáo này đo lường sự thiếu hụt về y tế, giáo dục và mức sống giữa các tỉnh và vùng của Việt Nam. Lần đầu tiên chỉ số này được tính toán cho cả nước và ở cấp địa phương, đưa ra một nền tảng quan trọng cho việc đánh giá nghèo đói phi tiền tệ trong tương lai.

Chúng tôi hy vọng các nhà hoạch định chính sách, các đại biểu quốc hội, các nhà nghiên cứu và các bên liên quan khác sẽ thấy Báo cáo này là thời điểm khởi đầu đúng lúc và hữu ích cho các cuộc thảo luận về cách thức để tiếp tục thúc đẩy phát triển con người ở Việt Nam. Các phân tích trong Báo cáo

cung cấp một cơ hội để cân nhắc xem làm thế nào xây dựng được một mô hình phát triển công bằng và toàn diện, có thể mở rộng các lựa chọn và tạo ra cơ hội cho mọi người. Một mô hình như vậy sẽ giúp đảm bảo rằng câu chuyện phát triển thành công của Việt Nam có thể tiếp tục. Tuy nhiên, điều này cũng đòi hỏi sự cân nhắc thận trọng trong cách thức đầu tư công và các dịch vụ công trong lĩnh vực xã hội.

Báo cáo là kết quả của sự hợp tác sâu rộng của nhiều người tâm huyết. Báo cáo dựa trên nhiều công trình nghiên cứu chất lượng tốt chuẩn bị riêng cho Báo cáo này. Các tác giả cũng nhận được những ý kiến góp ý của các cơ quan chính phủ, cộng đồng nghiên cứu, trong đó có các nhà nghiên cứu của Viện Khoa học Xã hội Việt Nam, các đối tác phát triển và các cơ quan khác của Liên Hợp Quốc tại Việt Nam. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn tất cả những người đã đóng góp thời gian và công sức cho Báo cáo này.



Setsuko Yamazaki
Giám đốc quốc gia
UNDP Việt Nam



Giáo sư-Tiến sĩ Nguyễn Xuân Thắng
Chủ tịch
Viện Khoa học Xã hội Việt Nam

Các ý kiến, phân tích và khuyến nghị trong tài liệu này không nhất thiết phản ánh quan điểm của Chương trình Phát triển Liên hợp quốc. Báo cáo là một xuất bản phẩm độc lập do Chương trình Phát triển Liên hợp quốc tổ chức thực hiện.

LỜI CẢM ƠN

Bản báo cáo phát triển con người (HDR) này là kết quả của quá trình hợp tác, đóng góp và hỗ trợ chặt chẽ của rất nhiều người. Đặc biệt, UNDP xin cảm ơn Viện Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS), trong đó có giáo sư-tiến sĩ Nguyễn Xuân Thắng, giáo sư-tiến sĩ Đỗ Hoài Nam, bà Trần Thị Lan Anh và ông Nguyễn Thanh Hà, về những tư vấn chiến lược và hỗ trợ mạnh mẽ trong suốt quá trình nghiên cứu và dự thảo báo cáo này.

Tác giả chính của báo cáo là Ingrid FitzGerald, dựa trên dự thảo ban đầu của James Chalmers. Các tác giả đóng góp khác là Phạm Thị Liên Phương (Chương 3) và Jairo-Acuña-Alfaro (Chương 6). Báo cáo cũng dựa trên các công trình nghiên cứu của các chuyên gia ở nhiều lĩnh vực và tổ chức khác nhau như liệt kê ở dưới đây.

Setsuko Yamazaki và Patricia Brandun đã có những hướng dẫn và hỗ trợ chung cho việc hoàn thiện báo cáo này. Xin ghi nhận và cảm ơn tới những người đọc đã bình luận về ý tưởng ban đầu cũng như các bản dự thảo của báo cáo, bao gồm các ông bà: Nguyễn Thắng, Hồ Sỹ Quý, Đặng Bích Thủy, Phan Sỹ Mẫn, Phạm Thanh Nghị, Trần Mỹ Hạnh, Phạm Thị Liên Phương, Alex Warren-Rodriguez, Jairo Acuña-Alfaro, Jonathan London, Martin Painter, Jonathan Pincus, Stefan Liller, Christophe Bahuet, Nguyễn Bùi Linh, Peter Chaudry, Pernill Goodall, Amanda Tyrell, Graham Harrison, Filip Lenaerts và Toomas Palu. Đặc biệt cảm ơn chị Trần Mỹ Hạnh vì những hỗ trợ không mệt mỏi trong quá trình chuẩn bị báo cáo này và cảm ơn chị Phạm Thị Liên Phương và chị Lộ Thị Đức ở Tổng cục thống kê về những hỗ trợ quý báu trong việc xây dựng Chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) lần đầu tiên được giới thiệu trong báo cáo này. Các sai sót nếu có thuộc về trách nhiệm của các tác giả chính.

Nhiều cuộc tham vấn đã được tổ chức trong thời gian từ tháng 2 năm 2009 đến tháng 2 năm 2010 để chuẩn bị cho báo cáo này, với sự tham gia của các chuyên gia và học giả lớn. Các nghiên cứu phục vụ cho Báo cáo phát triển con người quốc gia (NHDR) năm 2011 bao gồm một loạt các chủ đề quan trọng

và được liệt kê trong mục Tài liệu tham khảo. Báo cáo đã có sự phối hợp chặt chẽ với tác giả của các công trình nghiên cứu, và được sự hỗ trợ của Jim Benson và Nancy White, thành viên của Modus Cooperandi/Full Circle Associates ở Washington, Hoa Kỳ.

Aimee Gaye và Tim Scott từ văn phòng HDR toàn cầu, Anuradha Rajivan từ phòng báo cáo phát triển con người khu vực và Joachim Nahem từ Trung tâm quản trị công Oslo đã hỗ trợ tư vấn chuyên môn và kỹ thuật trong quá trình chuẩn bị báo cáo. Paul Quarles Van Ufford và Geetanjali Narayan của UNICEF đã tư vấn kịp thời về phương pháp đo lường nghèo đói đa chiều mà UNICEF đã tiên phong thực hiện ở Việt Nam.

Đặc biệt xin cảm ơn ông Nguyễn Mạnh Thế, ông Nguyễn Văn Tiến và ông Bjørn Surborg vì đã tính toán số liệu thống kê sử dụng trong báo cáo này. Đặc biệt, UNDP xin chân thành cảm ơn những người chuẩn bị dữ liệu từ Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) và Tổng điều tra dân số và nhà ở. Chúng tôi xin đặc biệt cảm ơn Tổng cục Thống kê Việt Nam vì đã tính toán kịp thời các chỉ số phát triển con người (HDI), chỉ số phát triển giới (GDI), chỉ số nghèo đói con người (HPI) và chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) theo cấp tỉnh.

Cuối cùng, xin chân thành cảm ơn và đánh giá cao các tác giả và độc giả của các công trình nghiên cứu làm cơ sở cho báo cáo này: Jairo Acuña-Alfaro (UNDP), Soma Chakrabarti (UNDP), Koos Neeffjes (UNDP), Tạ Thị Thanh Hương (UNDP), Saskia Blume (Tổ chức di cư quốc tế - IOM), Nguyễn Đức Nhật (Trung tâm nghiên cứu chính sách và phát triển - Depocen), Nguyễn Ngọc Anh (Trung tâm nghiên cứu chính sách và phát triển - Depocen), Giang Thanh Long (Trung tâm nghiên cứu và tư vấn Đông Dương- IRC), Jonathan London (Đại học City University - Hồng Kông), Nguyễn Việt Cường (Trung tâm nghiên cứu và tư vấn Đông Dương - IRC), Bjørn Surborg (tư vấn độc lập, Đại học British Columbia), Vũ Hoàng Linh (Trung tâm nghiên cứu và tư vấn Đông Dương - IRC), Đào Hoàng Mai (Viện

Kinh tế, VASS), Nicola Jones (Viện phát triển quốc tế - ODI), Elizabeth Presler-Marshall (Viện Phát triển quốc tế - ODI), Lê Thúc Dục (Trung tâm phân tích và dự báo - CAF, VASS), Đặng Hoàng Giang (Trung tâm nghiên cứu phát triển hỗ trợ cộng đồng - CECODES), Phạm Thái Hưng (Trung tâm nghiên cứu và tư vấn Đông Dương - IRC), Trần Thị Vân Anh (Viện Gia đình và giới - VASS), Nguyễn Ngọc Thắng (Đại học Kinh tế và Quản trị Kinh doanh, Đại học quốc gia Việt Nam), Đặng Nguyên Anh (Viện Khoa học Xã hội Việt Nam - VASS), Trần Nguyệt Minh Thu (Viện Xã hội học, VASS), Đào Thế Sơn (Trung tâm nghiên cứu kinh tế và phát triển cộng đồng), Santosh Khatri (UNESCO Việt Nam), Martin Gainsborough (Trung tâm nghiên cứu Đông Á, Đại học Bristol), Jonathan Pincus (Chương trình giảng dạy Kinh tế Fulbright, trường Harvard Kennedy School), Duncan Green (Oxfam Anh), Scott Fritzen (Trường Chính sách công Lý Quang Diệu, Đại học Quốc gia Singapore), Khuất Thị Hải Oanh (Bộ môn y tế xã hội, Viện nghiên cứu phát triển xã hội, Việt Nam), Gouranga Dasvarma (Khoa Môi trường, Đại học Flinders, Úc), Phạm

Thanh Nghị (Viện Nghiên cứu con người, VASS), Nguyễn Thị Kim Chung (Khoa nhà nước và quản lý, Học viện hành chính quốc gia), Nguyễn Mai Chi (Australia Aid), David Koh (Viện nghiên cứu Đông Nam Á, Singapore), Nguyễn Trọng An (Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội), Trần Ngọc Anh (Trường các vấn đề công và môi trường, Đại học Indiana, Mỹ), Brian Quinn (Đại học Luật Boston, USA), Jim Taylor (trường Khoa học Xã hội, Đại học Adelaide, Úc), Phạm Thu Hiền (Bộ môn nghiên cứu Giới, Học viện hành chính quốc gia Hồ Chí Minh), Nguyễn Thị Thanh Hà (Oxfam Hồng Kông), Sidney Ruth Schuler (Chương trình nghiên cứu và trao quyền cho phụ nữ, Viện phát triển giáo dục Washington DC), Đặng Kim Chung (Viện Khoa học Lao động và Xã hội - ILSSA, Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội), Trương Quang (Trường quản lý Maastricht, Hà Lan), Vũ Thiều (Chương trình cao học Việt Nam – Hà Lan), Vũ Mạnh Lợi (Viện Xã hội học, VASS), và Adam Fforde (Trung tâm nghiên cứu chiến lược kinh tế, Đại học Victoria, Úc).

CÁC TỪ VIẾT TẮT

ADB	Ngân hàng Phát triển Châu Á
Bộ GD&ĐT	Bộ Giáo dục và Đào tạo
Bộ LĐTBXH	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
CECODES	Trung tâm nghiên cứu phát triển hỗ trợ cộng đồng
Chương trình 135-II	Chương trình giảm nghèo 135 giai đoạn II
CHXHCN Việt Nam	Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam
CIEM	Viện Nghiên cứu Quản lý Kinh tế trung ương
CPHCSC	Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở quốc gia
CPR	Nghèo đói ở trẻ em
DRG	Nhóm các bệnh liên quan
ĐBSCL	Đồng bằng sông Cửu Long
EU	Liên minh châu Âu
FDI	Đầu tư trực tiếp nước ngoài
ESEA	Khu vực Đông và Đông Nam Á
FSWS	Gái mại dâm
GDI	Chỉ số phát triển giới
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
GER	Tỷ lệ nhập học chung
GII	Chỉ số bất bình đẳng giới
GNI	Tổng thu nhập quốc gia
HD	Phát triển con người
HDI	Chỉ số phát triển con người
HDR	Báo cáo phát triển con người
HDRO	Văn phòng báo cáo phát triển con người, New York
HIV	Hội chứng suy giảm miễn dịch ở người
HPI	Chỉ số nghèo đói con người
ICT	Công nghệ thông tin và truyền thông
IDUs	Người sử dụng ma túy
ILO	Tổ chức Lao động Quốc tế
IPCC	Ủy ban Liên chính phủ về biến đổi khí hậu
MDGs	Các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ

MICS	Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ
MPI	Chỉ số nghèo đói đa chiều
MSM	Quan hệ tình dục đồng giới ở nam
NER	Tỷ lệ nhập học đúng tuổi
NHDR	Báo cáo phát triển con người quốc gia
NTP	Chương trình mục tiêu quốc gia
NTPPR	Chương trình mục tiêu quốc gia về giảm nghèo
ODA	Viện trợ phát triển chính thức
PAPI	Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam
PCI	Chỉ số cạnh tranh cấp tỉnh
PPP	Ngang giá sức mua
SAVY	Khảo sát đánh giá về thanh niên Việt Nam
SEDP	Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội
SEDS	Chiến lược phát triển kinh tế xã hội
SHI	Bảo hiểm y tế xã hội
SOE	Doanh nghiệp nhà nước
TCTK	Tổng cục Thống kê Việt Nam
TP HCM	Thành phố Hồ Chí Minh
UN	Liên hợp quốc
UNDP	Chương trình Phát triển Liên hợp quốc
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
USD	Đô la Mỹ
VASS	Viện Khoa học Xã hội Việt Nam
VDGs	Mục tiêu phát triển của Việt Nam
VHLSS	Khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam
VND	Đồng Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
WTO	Tổ chức Thương mại Thế giới

MỤC LỤC

Lời tựa.....	xii
Lời cảm ơn.....	iv
Các từ viết tắt.....	vi
Tóm tắt.....	1
Cơ sở của báo cáo.....	1
Các thông điệp chính của báo cáo.....	1
Định hướng chính sách.....	5

PHẦN MỘT

Chương 1: Tổng quan về các khái niệm chính và xu hướng phát triển con người.....	8
Khái niệm phát triển con người.....	8
Phát triển con người trong bối cảnh chính sách của Việt Nam.....	11
Phát triển con người ở Việt Nam và khu vực.....	13
Cải thiện y tế và giáo dục là chìa khóa để phát triển con người.....	15
Chặng đường tới mức phát triển con người cao hơn.....	18
Về báo cáo này.....	18
Chương 2: Chuyển đổi kinh tế xã hội của Việt Nam.....	24
Chặng đường tăng trưởng kinh tế và tiến bộ đạt được.....	24
Môi trường kinh tế vĩ mô bất ổn.....	26
Những thay đổi về cấu trúc trong nền kinh tế và thị trường lao động.....	28
Thời kỳ chuyển đổi về nhân khẩu.....	32
Đô thị hóa và di cư trong nước với tốc độ cao.....	35
Biến đổi khí hậu và thiên tai.....	37
Các giá trị mới, các thể chế mới.....	39
Chương 3: Phát triển con người ở Việt Nam – tình hình sơ bộ ở cấp tỉnh.....	44
Phát triển con người giai đoạn 1998-2008: những xu hướng chính.....	44
Phát triển con người ở các tỉnh.....	48
Bất bình đẳng giới ở cấp địa phương.....	54
Nghèo đói và tình trạng thiếu thốn phi tiền tệ.....	58
Nghèo đói và bất bình đẳng.....	66

PHẦN HAI

Chương 4: Tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục	72
Chênh lệch về y tế và giáo dục vẫn còn dai dẳng.....	72
Tiếp cận dịch vụ y tế.....	72
Các khác biệt về kết quả y tế.....	75
Tiếp cận dịch vụ giáo dục.....	77
Chênh lệch trong kết quả giáo dục.....	80
Chương 5: Chính sách và cung cấp tài chính cho dịch vụ xã hội	86
Các khuôn khổ chính sách.....	86
Cung cấp tài chính cho y tế và giáo dục.....	92
Cung cấp tài chính cho y tế.....	93
Cung cấp tài chính cho giáo dục.....	101
Chi tiêu của hộ gia đình và phát triển con người.....	108
Chương 6: Mức độ sẵn có, chất lượng và quản lý các dịch vụ xã hội	110
Mức độ sẵn có của các dịch vụ y tế và giáo dục.....	110
Dịch vụ y tế.....	111
Dịch vụ giáo dục.....	113
Chất lượng của các dịch vụ xã hội.....	116
Sự hài lòng của người dân đối với các dịch vụ.....	119
Quản trị và phát triển con người.....	120
Quản lý các tổ chức cung cấp dịch vụ.....	127
Giám sát và trách nhiệm giải trình.....	129
Đạo đức và văn hóa nghề nghiệp.....	133
Các hệ thống hiện đại.....	135
Các định hướng chính sách	138
Chú thích và tài liệu tham khảo	138
Chú thích.....	141
Tài liệu tham khảo.....	154
Phụ lục	162
Phụ lục 1: danh sách tác giả của các nghiên cứu thành phần cho báo cáo quốc gia	
Về phát triển con người.....	162
Phụ lục 2: chú thích kỹ thuật về cách tính các chỉ số.....	164
Phụ lục 3: chú thích kỹ thuật về cách tính chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) cho Việt Nam.....	167
Chú thích về các vùng của Việt Nam.....	160
Các bảng số liệu.....	169

HÌNH, BẢNG, BẢN ĐỒ VÀ HỘP

HÌNH

Hình 1.1:	Mối quan hệ yếu giữa tăng trưởng kinh tế và thay đổi về y tế và giáo dục 1970-2010	22
Hình 1.2:	Chỉ tiêu cho giáo dục và y tế của một số quốc gia Đông Á và Đông Nam Á, 2007-2008.....	30
Hình 2.1:	Tăng trưởng GDP và GDP bình quân đầu người của Việt Nam (đôla Mỹ), 2000-2010.....	36
Hình 2.2:	Tăng trưởng GDP thực tế hàng năm với đóng góp của các thành phần kinh tế (năm gốc 1994).....	40
Hình 2.3:	Phân phối việc làm theo ngành 2000-2009 (%).....	41
Hình 2.4:	Dự báo dân số theo độ tuổi ở Việt Nam 2009-2049 (%).....	44
Hình 2.5:	Ước tính và dự báo dân số thành thị và nông thôn Việt Nam, 1950-2050	47
Hình 3.1:	Giá trị HDI, Việt Nam và 6 vùng 1999-2008	58
Hình 3.2:	Các chỉ số thu nhập và phi thu nhập của HDI, theo tỉnh của Việt Nam, 2008.....	60
Hình 3.3:	Thay đổi trong các chỉ số thu nhập và phi thu nhập của HDI theo các tỉnh, 1999-2008	61
Hình 3.4:	Tỷ lệ nhập học chung theo dân tộc và vùng 2008	61
Hình 3.5:	Thay đổi GDI, cả nước và 6 vùng, 1999-2008.....	66
Hình 3.6:	Chỉ số nghèo đa chiều (MPI) theo HDR toàn cầu năm 2010, Việt Nam 2010	67
Hình 3.7:	HPI, MPI và tỷ lệ nghèo đói tiền tệ của 6 vùng ở Việt Nam 2008	69
Hình 3.8:	HPI, Việt Nam và 6 vùng, 1999-2008.....	71
Hình 3.9:	Tiếp cận nước sạch theo dân tộc và vùng, 2008.....	72
Hình 3.10:	Đóng góp của 9 chỉ số thành phần vào MPI ở Việt Nam và 6 vùng 2008.....	73
Hình 3.11:	Nghèo đói và bất bình đẳng về thu nhập ở 8 vùng của Việt Nam, 2004-2008.....	75
Hình 3.12:	Nghèo đói và bất bình đẳng theo tỉnh ở Việt Nam, 2008.....	77
Hình 4.1:	Trình độ học vấn, 25-34 tuổi, 2008.....	87
Hình 5.1:	Tỷ trọng chi tiêu công thường xuyên trong GDP, 1990-2010.....	97
Hình 5.2:	Chỉ tiêu cho y tế tại Việt Nam, 1995-2008	99
Hình 5.3:	Chỉ từ tiền túi theo đầu người cho chăm sóc sức khỏe (2004-2008)	100

Hình 5.4:	Bảo hiểm y tế của người dân trên 5 tuổi, 2004-2008 (%)	105
Hình 5.5:	Chỉ tiêu công cho giáo dục, 2001-2008	106
Hình 5.6:	Chỉ tiêu công và tư cho giáo dục 2004-2008	107
Hình 5.7:	Chỉ tiêu bình quân đầu người cho giáo dục ('000 VND, mức giá năm 2008), 2004-2008	107
Hình 5.8:	Ước tính phần chi tiêu của hộ gia đình, theo khoản chi, 2002-2008	108
Hình 6.1:	Số lượng cơ sở y tế công 2000 và 2004-2009	115
Hình 6.2:	Số lượng các trường học 2005-2010	117
Hình 6.3:	Tỷ lệ những người được hài lòng hoặc rất hài lòng với các dịch vụ y tế và giáo dục ở sáu vùng, 2008	123
Hình 6.4:	Mối liên quan giữa chỉ số PAPI tổng hợp và chỉ số HDI ở cấp tỉnh	127
Hình 6.5	Mối tương quan giữa các nội dung của chỉ số PAPI với chỉ số HDI ở cấp tỉnh	128

BẢNG

Bảng 1.1.	Đóng góp của các chỉ số thành phần vào tăng trưởng chỉ số HDI, 1992-2008	27
Bảng 1.2:	Giá trị và xếp hạng chỉ số HDI trong giai đoạn 1990-2007 của một số nước châu Á	28
Bảng 2.1:	Tỷ lệ nghèo và tốc độ giảm nghèo giai đoạn 1998-2008 (%)	37
Bảng 3.1:	Tăng trưởng chỉ số HDI nhanh nhất và chậm nhất, theo tỉnh, giai đoạn 1999-2008	58
Bảng 3.2:	Tỷ lệ tăng GDI nhanh và chậm nhất, 1999-2008	64
Bảng 3.3:	Chỉ số GDI theo 6 vùng của Việt Nam, năm 2008	66
Bảng 3.4:	Đói nghèo đa chiều ở các tỉnh của Việt Nam năm 2008	69
Bảng 3.5:	Các tỉnh giảm HPI nhanh và chậm nhất, 1999-2008	72
Bảng 4.1:	Tỷ lệ dân số sử dụng dịch vụ y tế giai đoạn 2004-2008 (%)	80
Bảng 4.2:	Tỷ lệ nhập học chung giai đoạn 2006-2008 (%)	84
Bảng 4.3:	Tỷ lệ nhập học đúng tuổi, 2009 (%)	84
Bảng 5.1:	Các chính sách quốc gia chính có điều khoản tác động đến tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục	93
Bảng 5.2:	Tổng chi tiêu y tế và chi tiêu công cho y tế của một số nước châu Á, 2008	99
Bảng 5.3:	Tỷ lệ % chi tiêu y tế trong chi tiêu bình quân đầu người 2004-2008 (%)	101
Bảng 5.4:	Chỉ tiêu công cho giáo dục và số năm đi học ở một số nước châu Á, 2007-2008	106
Bảng 5.5:	Tỷ lệ phần trăm chi tiêu cho giáo dục tính trên đầu học sinh trong tổng chi tiêu bình quân đầu người của các hộ gia đình, 2008 (%)	109
Bảng 6.1:	Số lượng cơ sở và cán bộ y tế công theo 8 vùng, 2008	115
Bảng 6.2:	Tỷ lệ học sinh đăng ký tại các trường công và tư theo cấp học, 2000 và 2005-2008	117
Bảng 6.3:	Mối tương quan giữa các nội dung của chỉ số PAPI với chỉ số HDI ở cấp tỉnh, 2010	127

BẢN ĐỒ

Bản đồ 3.1: Các vùng của Việt Nam	56
Bản đồ 3.2: Chỉ số phát triển con người (HDI) ở các tỉnh của Việt Nam năm 2008.....	57
Bản đồ 3.3: Chỉ số phát triển giới (GDI) 2008.....	63
Bản đồ 3.4: Chỉ số nghèo đói về mặt con người (HPI) 2008	67
Bản đồ 3.5: Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh của Việt Nam 2008	74
Bản đồ 3.6: Nghèo đói và bất bình đẳng, các tỉnh của Việt Nam 2008.....	76

HỘP

Hộp 1.1: Định nghĩa phát triển con người.....	21
Hộp 1.2: Đo lường phát triển con người	23
Hộp 1.3 So sánh phát triển con người ở Ấn Độ và Bangladesh.....	26
Hộp 1.4: Báo cáo phát triển con người quốc gia đầu tiên năm 2001: đổi mới và phát triển con người ở Việt Nam.....	32
Hộp 2.1: Nước thu nhập trung bình, mức phát triển con người trung bình và “bẫy thu nhập trung bình”.....	39
Hộp 2.2: Thị trường lao động phân tách theo giới.....	42
Hộp 2.3: Dân số già hóa.....	44
Hộp 2.4: Các dịch vụ xã hội có khả năng thích ứng với biến đổi khí hậu.....	50
Hộp 2.5: Những giá trị và kỳ vọng của tầng lớp thanh niên đang thay đổi.....	51
Hộp 3.1: Các vùng của Việt Nam – tóm tắt tình hình	56
Hộp 4.1: Chênh lệch về tỷ lệ nhiễm HIV.....	82
Hộp 4.2: Người khuyết tật gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ cơ bản.....	83
Hộp 4.3: Chênh lệch dai dẳng trong các cộng đồng dân tộc thiểu số.....	85
Hộp 4.4: Chênh lệch về tiếp cận y tế, giáo dục trong nhóm di cư.....	89
Hộp 5.1: Chính sách “xã hội hóa”.....	95
Hộp 5.2: Thị trường hóa, tư nhân hóa và thương mại hóa cung cấp dịch vụ xã hội.....	97
Hộp 5.3: Các cơ chế thanh toán cho dịch vụ y tế	103
Hộp 5.4: Hướng tới bảo hiểm y tế toàn dân.....	104
Hộp 5.5: Hỗ trợ tiền mặt có điều kiện trong y tế và giáo dục	111

Hộp 6.1: Phân quyền	114
Hộp 6.2: Cải cách giáo dục đại học	118
Hộp 6.3: PAPI – để người dân tham gia các dịch vụ xã hội và hành chính	125
Hộp 6.4: Luật khám chữa bệnh	134
Hộp 6.5: Hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới về lưu giữ y bác sĩ tại nông thôn	138

TÓM TẮT

CƠ SỞ CỦA BÁO CÁO

Bản Báo cáo Phát triển Con người quốc gia (NHDR) này phân tích mối quan hệ giữa phát triển con người và cung cấp dịch vụ xã hội. Báo cáo tập trung vào các dịch vụ y tế và giáo dục do tầm quan trọng của hai loại hình dịch vụ này để đạt được mức độ cao hơn về phát triển con người. Báo cáo sử dụng ba chỉ số phát triển con người chính bao gồm Chỉ số Phát triển con người (HDI), Chỉ số Phát triển giới (GDI) và Chỉ số Nghèo đói ở con người (HPI), và một phương pháp đo lường nghèo đói và thiếu hụt phi tiền tệ là Chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) để xem xét những thay đổi về khía cạnh thu nhập, tuổi thọ, giáo dục và mức sống trong phát triển con người ở cấp địa phương trong giai đoạn 1999-2008.

Báo cáo Phát triển Con người đầu tiên năm 2001 tập trung vào các cải cách của thời kỳ **đổi mới** và những ảnh hưởng của nó tới giảm nghèo và phát triển con người, còn Báo cáo lần này tập trung vào những thách thức mà nhiều người Việt Nam hiện phải đối mặt trong tiếp cận các dịch vụ cơ bản. Trong bối cảnh Việt Nam đã trở thành quốc gia có thu nhập bình quân đầu người ở mức trung bình và mong muốn tiếp tục phát triển lên mức cao hơn nữa về phát triển con người, chính phủ cần phải giải quyết các thách thức này.

Báo cáo này xem xét các nhân tố đóng góp vào sự thay đổi trong các chỉ số phát triển con người, đặc biệt các chỉ số về tuổi thọ và giáo dục. Báo cáo cũng phân tích khoảng cách trong tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục ở cấp địa phương và giữa các nhóm kinh tế xã hội cụ thể - điều này có thể tác động đến tốc độ phát triển trong chỉ số HDI ở cấp quốc gia và cấp tỉnh. Cuối cùng, báo cáo thảo luận về việc cung cấp các dịch vụ xã hội và các cơ chế tài chính và quản lý hiện nay ảnh hưởng như thế nào tới việc tiếp cận và chất lượng của các dịch vụ y tế và giáo dục cũng như mức độ hài lòng của người sử dụng.

Báo cáo lựa chọn phương pháp đã được sử dụng trong báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2009 để tính toán các chỉ số HDI, GDI và HPI ở cấp vùng và cấp tỉnh, đồng thời với chỉ số mới được xây dựng MPI. Số liệu này do Tổng cục Thống kê (TCTK) và Viện Khoa học Xã hội Việt Nam (VISS) tính toán. Mặc dù những thay đổi trong phương pháp tính toán các chỉ số đưa ra trong báo cáo phát triển con người năm 2010 cho phép đánh giá chính xác hơn về những thành tựu trong các khía cạnh chính như giáo dục, thì các chỉ số theo phương pháp ban đầu vẫn phù hợp đối với việc phân tích xu hướng theo thời gian và do đó vẫn được sử dụng trong báo cáo này. Phản thảo luận về các chỉ số phát triển con người được bổ sung bằng các nguồn dữ liệu quốc gia, đặc biệt là Điều tra Mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) và Tổng điều tra dân số và nhà ở quốc gia năm 2009 để phân tách theo các nhóm kinh tế xã hội. Dữ liệu từ các điều tra quy mô nhỏ và các nghiên cứu khác do Chính phủ, các tổ chức Liên hợp quốc và các đối tác khác tiến hành cũng được sử dụng để bổ sung và cung cấp thông tin đa chiều đối với các nguồn chính thức.

CÁC THÔNG ĐIỆP CHÍNH CỦA BÁO CÁO

1. TIẾN BỘ GẦN ĐÂY TRONG CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CỦA VIỆT NAM CHỦ YẾU DO TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ MANG LẠI

Việt Nam tiếp tục đạt được tiến bộ về Chỉ số Phát triển con người (HDI) và các chỉ số liên quan, và xếp thứ 113 trong tổng số 193 nước trên toàn cầu về chỉ số HDI năm 2010. Thành công về tăng trưởng kinh tế nhanh của Việt Nam được thể hiện ở thứ tự xếp hạng chỉ số HDI ở mức khá cao. Tuy nhiên, trong thập kỷ qua, tăng trưởng về thu nhập đã có đóng góp quan trọng hơn so với khía cạnh giáo dục và/hoặc tuổi thọ trong tiến bộ về chỉ số HDI.

Trong giai đoạn này, Việt Nam đã thoát khỏi nhóm nước có thu nhập thấp nhờ tăng trưởng kinh tế ấn tượng. Trong khi đó, tiến bộ về phát triển xã hội, trong đó có y tế và giáo dục có đóng góp ít hơn vào sự thay đổi của chỉ số HDI ở cấp quốc gia và cấp địa phương.

Tăng trưởng về thu nhập đã có đóng góp quan trọng hơn so với khía cạnh giáo dục và/hoặc tuổi thọ trong tiến bộ về chỉ số HDI.

Từ năm 1992 đến 1999, những thành tựu về chỉ số tuổi thọ đã đóng góp lớn nhất cho những tiến bộ về chỉ số HDI, nhưng trong giai đoạn 1999-2008, những tiến bộ về HDI chủ yếu do khía cạnh thu nhập mang lại. Mặc dù tuổi thọ ở Việt Nam vẫn tiếp tục tăng, nhưng tốc độ tăng trong giai đoạn 1999-2008 đã chậm lại. Mặc dù mức tăng tuổi thọ được dự đoán là sẽ bắt đầu chậm lại khi một quốc gia đạt đến một mức tuổi thọ cao, nhưng đối với một số quốc gia trong khu vực, ví dụ như Hàn Quốc thì tuổi thọ vẫn tiếp tục tăng ngay cả khi đã ở mức rất cao.

Tăng trưởng về chỉ số giáo dục của Việt Nam dường như đã chậm lại trong thập kỷ qua, đặc biệt trong giai đoạn 2004-2008. Đây là điều cần quan tâm do tầm quan trọng của giáo dục trong phát triển con người và do giáo dục đã được khẳng định là một trong những ưu tiên phát triển trong Kế hoạch Phát triển kinh tế xã hội 2011-2015 và Chiến lược Phát triển kinh tế xã hội 2011-2020.

Vì vậy, kể từ năm 2000, so với một số nước khác trong khu vực như Indonesia và Hàn Quốc với những tiến bộ vững chắc về cả các khía cạnh thu nhập và phi thu nhập trong chỉ số HDI, Việt Nam có sự tiến bộ trong các khía cạnh phi thu nhập chậm hơn. Về điểm này, xu hướng phát triển ở Việt Nam có sự tương đồng với một số nước như Trung Quốc – nơi có tốc độ tăng trưởng kinh tế rất cao nhưng có sự cải thiện chậm hơn về chỉ số tuổi thọ và và chỉ số giáo dục.

2. TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ ĐƠN THUẦN KHÔNG PHẢI LÚC NÀO CŨNG MANG LẠI MỨC ĐỘ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CAO HƠN

Báo cáo này nhấn mạnh thông điệp đã đưa ra trong Báo cáo Phát triển con người toàn cầu đầu tiên năm 1990: tăng trưởng kinh tế, mặc dù có tầm quan trọng trong việc cải thiện mức sống và cơ hội, song không phải lúc nào cũng mang lại một cuộc sống được cải thiện hơn và chất lượng cuộc sống cao hơn cho mọi người dân. Tăng trưởng kinh tế toàn diện và theo nghĩa rộng là cần thiết để đảm bảo tất cả mọi người được hưởng lợi từ quá trình phát triển, bao gồm tiếp cận các dịch vụ giáo dục và y tế có chất lượng và có giá cả phù hợp.

Xu hướng phát triển ở Việt Nam có sự tương đồng với một số nước như Trung Quốc – nơi có tốc độ tăng trưởng kinh tế rất cao nhưng có sự cải thiện chậm hơn về chỉ số tuổi thọ và và chỉ số giáo dục.

Y tế và giáo dục là nền tảng của phát triển con người. Y tế và giáo dục có vai trò quan trọng xét về chính nội hàm của nó, đồng thời là phương tiện để có được cuộc sống tốt đẹp cũng như phát triển năng lực và lựa chọn của con người. Y tế và giáo dục cũng là điều kiện tiên quyết để đạt được những mục tiêu phát triển truyền thống như thịnh vượng hơn. Tầm quan trọng của việc cải thiện mức sống và phúc lợi của con người đồng thời đảm bảo mọi người được tiếp cận các dịch vụ xã hội và an sinh xã hội đã được nhấn mạnh trong các văn kiện của chính phủ, Kế hoạch và Chiến lược Phát triển kinh tế xã hội cũng như trong nhiều chiến lược ngành của chính phủ và khung chính sách. Tuy nhiên các chính sách và chi tiêu của chính phủ đôi khi có xu hướng ưu tiên đạt tốc độ tăng trưởng kinh tế cao, hơn là các kết quả rộng hơn về phát triển con người.

Tỷ suất thu hồi trên vốn đầu tư cho phát triển kinh tế của Việt Nam ở mức thấp hơn so với các nước khác trong khu vực. Mức đầu tư hàng năm rất cao

để đạt tăng trưởng GDP (hệ số sử dụng vốn ICOR) cho thấy đầu tư hiện nay không hiệu quả. Đảm bảo đầu tư có hiệu quả cao hơn phụ thuộc một phần vào lực lượng dân số khỏe mạnh, có trình độ. Do đó Việt Nam cần ưu tiên phát triển con người và đầu tư vào con người để đạt được mục tiêu này, qua đó chuyển sang một nền kinh tế và xã hội tri thức, có kỹ năng và công nghệ cao mà Việt Nam mong muốn xây dựng. Tỷ lệ đầu tư vào y tế và giáo dục từ cả khu vực nhà nước và tư nhân trên tổng GDP ở Việt Nam nhìn chung có thể so sánh với các nước trong khu vực. Và thậm chí Việt Nam có mức chi tiêu từ khu vực tư nhân cho giáo dục và y tế cao hơn các nước trong khu vực. Các nước châu Á khác có mức độ phát triển con người cao hơn đều có tổng đầu tư công cho y tế, giáo dục và an sinh xã hội cao hơn Việt Nam. Hàn Quốc và Thái Lan là hai ví dụ: Hàn Quốc đầu tư nhiều cho bảo trợ xã hội và y tế, trong khi Thái Lan đầu tư vào giáo dục nhiều hơn so với mức đầu tư của Việt Nam.

Việt Nam cần đẩy nhanh những tiến bộ về y tế và giáo dục để đạt được mức độ phát triển con người cao hơn và thực hiện thành công các mục tiêu phát triển kinh tế và xã hội rộng hơn. Điều này càng trở nên quan trọng hơn trong bối cảnh Việt Nam đang phải đối mặt với các thách thức mới. Cơ cấu kinh tế đang thay đổi, mở ra những cơ hội việc làm mới; và Việt Nam cần phải chuyển sang một nền kinh tế hiệu quả cao hơn, có kỹ năng và công nghệ cao nếu muốn duy trì tốc độ tăng trưởng kinh tế cao và tránh được bẫy thu nhập trung bình. Cơ cấu nhân khẩu của Việt Nam đang thay đổi, với lực lượng trong độ tuổi lao động đang trong giai đoạn dân số vàng và sau đó đến thời kỳ già hóa dân số nhanh chóng vào năm 2050. Tốc độ đô thị hóa và di cư nhanh đang khiến cho các thành phố của Việt Nam phình to và gây sức ép lên các dịch vụ xã hội. Việt Nam là một trong những nước bị ảnh hưởng nặng nề nhất bởi biến đổi khí hậu trên phạm vi toàn cầu và cần hành động ngay để đảm bảo các dịch vụ xã hội thích nghi được với biến đổi khí hậu và có thể hỗ trợ khả năng chống chịu và hồi phục từ biến đổi khí hậu.

3. MẶC DÙ CÓ NHIỀU TIẾN BỘ SONG TỐC ĐỘ TĂNG CHẬM LẠI CỦA CHỈ SỐ HDI THỂ HIỆN RÕ Ở CẤP ĐỊA PHƯƠNG

Dấu hiệu tăng chậm lại trong chỉ số HDI cấp quốc gia của Việt Nam, thể hiện qua mức tăng chậm của chỉ số tuổi thọ và giáo dục cũng đồng thời thể hiện rõ ở cấp địa phương. Khoảng cách lâu nay trong các chỉ tiêu giáo dục và y tế giữa các tỉnh và giữa các nhóm kinh tế xã hội có liên quan tới xu hướng này.

Chênh lệch lớn giữa các vùng, các tỉnh, giữa nhóm dân tộc thiểu số với người Kinh/Hoa, và giữa các hộ giàu và nghèo biểu hiện rất rõ trong chỉ số HDI và các chỉ số liên quan. Những chênh lệch này không chỉ tiếp tục mà còn gia tăng trong một số trường hợp cụ thể, ví dụ các chỉ tiêu giáo dục trong chỉ số HDI, và tiếp cận nước sạch và vệ sinh trong chỉ số HPI. Mặc dù các tỉnh nghèo hơn đã đạt được một số tiến bộ về HDI, khoảng cách giữa các tỉnh nghèo và các tỉnh giàu vẫn còn rất lớn.

Mặc dù các tỉnh nghèo hơn đã đạt được một số tiến bộ về HDI, khoảng cách giữa các tỉnh nghèo và các tỉnh giàu vẫn còn rất lớn.

Đồng thời, tiến bộ về HDI ở một số tỉnh giàu hơn có xu hướng tăng chậm lại do tiến bộ chậm về chỉ số giáo dục, cụ thể là tỷ lệ nhập học chung. Liên quan tới chỉ số GDI đo lường bất bình đẳng về giới, trong khi khoảng cách về giới nói chung đã và đang dần được thu hẹp, thì một số tỉnh nghèo hơn lại có sự chênh lệch về giới trong giáo dục tăng lên. Trong khi đó, một số tỉnh phát triển năng động lại có khoảng cách chênh lệch thu nhập gia tăng giữa nam và nữ. Tiến bộ trong chỉ số HPI là rất rõ song chênh lệch vẫn còn tồn tại trong đó một số tỉnh có tỷ lệ thiếu hụt rất cao chủ yếu do không được tiếp cận với nước sạch. Chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) được đưa ra trong báo cáo này cho thấy mức độ thiếu hụt rất cao về phương diện phi tiền tệ ở các tỉnh và các khu vực nghèo hơn của Việt Nam.

Chênh lệch trong các kết quả y tế và giáo dục vừa là dấu hiệu, cũng vừa là nhân tố tiềm tàng dẫn tới bất bình đẳng kinh tế. Trong một thập kỷ qua, bất bình đẳng về thu nhập đang gia tăng ở cả cấp quốc gia và giữa các vùng ở Việt Nam. Điều này đặc biệt rõ ở những vùng có tỷ lệ nghèo thấp nhưng có mức tăng trưởng kinh tế cao hơn. Ở cấp tỉnh, bức tranh rất không đồng đều, vì tỷ lệ nghèo thấp hơn không tương quan chặt với bất bình đẳng thu nhập cao hơn. Từ quan điểm phát triển con người, không nên xem nhẹ bất bình đẳng kinh tế gia tăng hay coi đó là ảnh hưởng bình thường của tăng trưởng kinh tế nhanh.

Trong trường hợp của Việt Nam, khi bất bình đẳng kinh tế đi kèm với chênh lệch dai dẳng về các kết quả giáo dục và y tế chính, thì bất bình đẳng kinh tế có thể làm trầm trọng thêm những chênh lệch hiện có. Điều này có thể gây cản trở đến tiến trình đi lên mức phát triển con người cao hơn.

4. VIỆC CHI TRẢ VÀ CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI HIỆN NAY LÀ THÁCH THỨC ĐỐI VỚI KHÁT VỌNG VÀ MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CỦA VIỆT NAM

Một điều rất rõ ở Việt Nam là tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục có mối tương quan mạnh mẽ với vị trí địa lý, dân tộc và thu nhập: người dân ở vùng thành thị, nhóm người Kinh/Hoa và nhóm có thu nhập cao hơn có mức độ tiếp cận y tế và giáo dục cao hơn đáng kể so với người dân ở khu vực nông thôn, nhóm dân tộc thiểu số và người nghèo. Bất bình đẳng giới, ví dụ trong tiếp cận giáo dục trên tiểu học và giáo dục bậc cao giữa trẻ em trai và trẻ em gái thuộc một số nhóm dân tộc thiểu số cũng nghiêm trọng. Bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục cũng xảy ra đối với các nhóm dễ bị tổn thương và thiệt thòi khác như người tàn tật hay người di cư. Trong một số trường hợp cụ thể, khoảng cách dường như đang gia tăng, ví dụ như tỷ lệ nhập học chung ở một số tỉnh.

Từ quan điểm phát triển con người, không nên xem nhẹ bất bình đẳng kinh tế gia tăng hay coi đó là ảnh hưởng bình thường của tăng trưởng kinh tế nhanh.

Hiện nay, cơ chế tài chính, cung cấp dịch vụ và quản lý các dịch vụ xã hội ở Việt Nam dường như đều đang góp phần làm sâu sắc hơn tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ xã hội và trong các kết quả y tế và giáo dục. Đây là một thách thức đối với các mục tiêu phát triển của Việt Nam và cản trở tiến trình đi lên mức phát triển con người cao hơn. Rõ ràng có sự căng thẳng giữa một bên là cam kết mạnh mẽ về nguyên tắc của Việt Nam trong tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội có chất lượng và một bên là mục tiêu hỗ trợ nhóm dân cư dễ bị tổn thương và thiệt thòi thông qua một hệ thống phức tạp các chương trình và can thiệp để đảm bảo tiếp cận dịch vụ và bảo trợ xã hội. Hệ thống trợ cấp và các lợi ích hiện tại dành cho người nghèo và người bị thiệt thòi chưa đủ để đảm bảo tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội. Chính sách xã hội hóa, mặc dù có mục tiêu là đảm bảo tính bền vững của nguồn tài chính cho dịch vụ xã hội, song trên thực tế đã dẫn tới tình trạng thương mại hóa ngày càng nhiều các dịch vụ xã hội công, và sự phụ thuộc quá nhiều của các tổ chức cung cấp dịch vụ vào nguồn phí thu từ người sử dụng. Dịch vụ y tế và giáo dục cả công và tư ngày càng được cung cấp dựa trên cơ sở thương mại. Khu vực phi nhà nước, phi lợi nhuận chưa tham gia đầy đủ vào việc cung cấp các dịch vụ xã hội, trong đó có dịch vụ y tế và giáo dục cho những người cần nhất.

Các hộ gia đình dành một tỷ lệ chi tiêu lớn cho các dịch vụ y tế và giáo dục, cao hơn nhiều so với mức được coi là tối ưu 30% để đảm bảo bình đẳng và phát triển con người. Điều này tạo ra tác động tiêu cực tới các hộ nghèo và khó khăn, những hộ không thể chi trả mức chi phí này. Chi phí y tế và giáo dục hiện đang tăng lên và chiếm một tỷ trọng lớn trong chi tiêu hộ gia đình, đặc biệt đối với dịch vụ y tế cho bệnh nhân nội trú và giáo dục bậc cao. Những khoản chi không chính thức rất lớn và được coi là bình thường trong cả giáo dục và y tế. Vì vậy, hệ thống dịch vụ hai cấp đang phát triển, theo đó ai có khả năng chi trả sẽ được hưởng các dịch vụ có chất lượng cao hơn, được quan tâm hơn và thiết bị tốt hơn ở bệnh viện, hay học thêm trong trường. Thực tế này cũng dẫn tới việc phân bổ và sử dụng nguồn lực không hiệu quả. Ở tuyến dưới, chất lượng của các bệnh viện xét về trang thiết bị và nhân viên buộc người tiêu dùng phải sử dụng các dịch vụ y tế đắt đỏ hơn do bệnh viện tỉnh và trung ương cung cấp. Chất lượng của dịch vụ giáo dục và y tế đang bị ảnh hưởng tiêu cực bởi xu hướng này.

Ngoài ra, quản lý nhà nước đối với dịch vụ y tế và giáo dục cũng bị ảnh hưởng đáng kể từ cơ chế phân cấp về tài chính và quản lý cho tổ chức cung cấp dịch vụ. Khu vực tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục ngày càng có vai trò quan trọng, và cả dịch vụ nhà nước và tư nhân đều chưa được quản lý chặt chẽ do vậy cũng gây ra những rủi ro lớn cho các cá nhân và cả xã hội.

Việc cung cấp công bằng các dịch vụ xã hội cơ bản (y tế và giáo dục) có chất lượng và với giá chấp nhận được cho mọi công dân có thể giúp cải thiện cuộc sống của người dân Việt Nam. Tiếp cận công bằng các dịch vụ y tế và giáo dục chất lượng có thể phát triển năng lực và sự lựa chọn của người dân, giúp các gia đình thoát nghèo, phá vỡ vòng xoáy nghèo đói luân quản và thiệt thòi, và cải thiện các kết quả chung về phát triển con người của Việt Nam đồng thời góp phần thực hiện các mục tiêu kinh tế. Tuy nhiên, hiện nay, tiềm năng này chưa được hiện thực hóa đầy đủ. Kết quả là, một số khu vực và nhóm kinh tế xã hội có nguy cơ tụt hậu thêm, ảnh hưởng tới tiến bộ chung của Việt Nam trên con đường tiến lên mức phát triển con người cao hơn.

Đây là một vấn đề quan trọng đối với Việt Nam, đòi hỏi sự ưu tiên nhiều hơn của các nhà hoạch định chính sách. Phát triển con người, và đặc biệt là cải thiện các kết quả y tế và giáo dục phải là trung tâm của sự phát triển trong tương lai của Việt Nam, theo đúng nghĩa của nó chứ không chỉ là một công cụ để đạt được sự thịnh vượng và tăng trưởng kinh tế cao hơn.

ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH SÁCH

Báo cáo xác định các định hướng chính sách lớn sau đây:

- **Đề cao và ưu tiên đầu tư vào con người hơn so với phát triển kinh tế:** Cần ưu tiên và đầu tư cho xây dựng năng lực, mở rộng sự lựa chọn của người dân và tăng cường các kết quả phát triển con người ngang với mức dành cho tăng thu nhập bình quân đầu người.
- **Tiếp cận các dịch vụ xã hội chất lượng cao và nằm trong khả năng chi trả của người dân có vai trò quan trọng trong việc giảm chênh lệch và hạn chế bất bình đẳng gia tăng:** Bằng việc tạo cơ hội cho người dân phát triển năng lực và khả năng của mình và cải thiện phúc lợi, đồng thời bảo đảm các kết quả bình đẳng hơn giữa các nhóm kinh tế xã hội và giữa các khu vực, tiếp cận toàn dân đối với các dịch vụ xã hội có chất lượng có thể giúp hạn chế bất bình đẳng và chênh lệch gia tăng hiện nay.
- **Cần một cách tiếp cận mới về an sinh xã hội:** Các dịch vụ xã hội có chất lượng và nằm trong khả năng chi trả của người dân và một hệ thống an sinh xã hội toàn diện là nền tảng cho một xã hội ổn định và thịnh vượng và là điều kiện tiên quyết để cải thiện phát triển con người. Đảm bảo mọi công dân có quyền tiếp cận an sinh xã hội và các dịch vụ xã hội có chất lượng là dấu ấn đánh giá một xã hội và một nền kinh tế thành công.
- **Cần có một hệ thống phúc lợi thống nhất nhằm hỗ trợ tiếp cận toàn dân với các dịch vụ xã hội có chất lượng:** Hệ thống các chương trình và sáng kiến hiện thời hỗ trợ việc tiếp cận với các dịch vụ y tế và xã hội là phức tạp, chồng chéo và không có khả năng đáp ứng cho tất cả những người có nhu cầu.
- **Đã đến lúc cần xem lại chính sách xã hội hóa:** Cần tạo môi trường thuận lợi hơn để khu vực phi nhà nước, phi lợi nhuận có thể tham gia cung cấp dịch vụ và người dân cần tham gia nhiều hơn vào việc lập kế hoạch và giám sát các dịch vụ xã hội.
- **Phân bổ chi phí cho các dịch vụ xã hội công bằng hơn giữa hộ gia đình và nhà nước:** Hiện nay, các hộ gia đình phải trả tỷ lệ chi phí không cân đối và mức chi phí ngày càng gia tăng. Các khoản chi phí này hiện đã cao hơn nhiều so với mức được coi là tối ưu hóa để thúc đẩy bình đẳng và cải thiện các kết quả phát triển con người.
- **Giải quyết sự phát triển của hệ thống “hai cấp” trong cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục:** Trong đó người giàu hơn có khả năng chi trả cao hơn sẽ nhận được dịch vụ xã hội có chất lượng tốt hơn. Cần có thảo luận chính sách cởi mở và mạnh mẽ xem mức độ khác nhau bao nhiêu là chấp nhận được và tiêu chuẩn tối thiểu về dịch vụ, đảm bảo phù hợp với các mục tiêu bình đẳng về xã hội của Việt Nam.
- **Tăng cường quản lý nhà nước và nâng cao chất lượng dịch vụ:** Ở cấp hành chính và trong các tổ chức cung cấp dịch vụ. Quản lý nhà nước mạnh hơn, giám sát và tăng cường trách nhiệm giải trình đối với các dịch vụ công và các tổ chức cung cấp dịch vụ công là điều mấu chốt; đặc biệt trong bối cảnh phân cấp về ngân sách và quản lý dịch vụ xã hội.
- **Cần các quy định hiệu quả hơn nữa cho cả khu vực nhà nước và tư nhân:** Chính phủ Việt Nam cần hành động quyết đoán hơn nữa để giải quyết các xung đột giữa động lực thị trường với nguyên tắc công bằng, và cần xử lý những hành động sai trái và cung cấp dịch vụ kém chất lượng.
- **Lập kế hoạch cho tương lai:** chính phủ Việt Nam cần chủ động xây dựng kế hoạch về những loại hình dịch vụ xã hội mà một quốc gia phát triển nhanh với nhiều nhu cầu khác nhau cần để có thể ứng phó với những thay đổi về nhân khẩu, môi trường và kinh tế xã hội, đồng thời đáp ứng được những kỳ vọng và mong muốn của người dân Việt Nam trong tiến trình đi lên mức phát triển con người cao hơn.

PHẦN MỘT



TỔNG QUAN VỀ CÁC KHÁI NIỆM CHÍNH VÀ XU HƯỚNG PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

KHÁI NIỆM PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

CON NGƯỜI LÀ CỦA CÁI THỰC SỰ CỦA QUỐC GIA

Con người là trung tâm của sự phát triển. Đây là nguyên lý cơ bản đã được đưa ra trong Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu (HDR) đầu tiên năm 1990 theo đó đã đưa ra tình hướng để định hướng lại một cách cơ bản các ưu tiên phát triển. Như Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 1990 chỉ rõ:

Con người là của cái thực sự của một quốc gia. Mục tiêu cơ bản của phát triển là tạo ra một môi trường thuận lợi để con người có cuộc sống dài, mạnh khỏe và sáng tạo. Điều này có vẻ như một sự thực đơn giản. Song nó thường bị lãng quên trước mối quan tâm trước mắt nhằm tích lũy hàng hóa và của cải tài chính.¹

Khái niệm phát triển con người có lịch sử khá dài và đã phát triển qua thời gian, song nguyên tắc chính vẫn giữ nguyên: con người là của cải của một quốc gia, và sự phát triển, quyền tự do, khả năng và sự lựa chọn của con người là mục tiêu cuối cùng của quá trình phát triển. Việc đánh giá đúng về mức độ phát triển của một quốc gia không phải là tốc độ tăng GDP hay tổng thu nhập gia tăng mà chính là phát triển con người. Đó là mức độ mà tất cả mọi người có thể phát triển và thể hiện các khả năng và lựa chọn của họ và có tiếng nói trong các quyết định có ảnh hưởng tới cuộc sống của mình. Giai đoạn phát triển của một quốc gia được đánh giá thông qua mức độ mà tất cả mọi người dân có thể cải thiện sức khỏe, mức độ học vấn, phúc lợi và mức sống. Đồng thời, giai đoạn phát triển cũng được đánh giá dựa trên những cơ hội được tạo ra để mọi người lựa chọn cách sống phù hợp với những gì họ mong muốn và coi trọng.

HỘP 1.1: ĐỊNH NGHĨA PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Báo cáo HDR toàn cầu 2010² tóm tắt những yếu tố chính của khái niệm phát triển con người như sau:

Thứ nhất, phát triển con người nhằm mở rộng sự tự do để con người được làm những việc họ coi trọng và có lý do để coi trọng. Phát triển con người chủ yếu liên quan tới quyền tự do cơ bản và những lựa chọn, bao gồm lựa chọn để có một cuộc sống mạnh khỏe lâu dài, được học hành, hưởng thụ mức sống tốt, được tự do về chính trị, nhân quyền và tự tôn trọng bản thân. Khái niệm phát triển con người cũng bao gồm những lựa chọn quan trọng khác dẫn tới cải thiện đời sống cho người dân như an ninh, tham gia vào đời sống văn hóa, sinh kế an toàn và có ý nghĩa, và có đời sống tinh thần tốt đẹp.

Thứ hai, khái niệm này coi phát triển vừa là quá trình mở rộng những sự lựa chọn đồng thời cũng là tập hợp các kết quả theo đó đo lường mức độ cải thiện đời sống mà các cá nhân và xã hội đã có được. Quan trọng hơn, khái niệm này cũng nói tới quá trình xây dựng năng lực của con người cũng như sử dụng các năng lực đó: dù có hay không, và mức độ mà con người sử dụng năng lực mà mình đã xây dựng nên.

Cuối cùng, phát triển con người có liên quan tới chủ thể. Khái niệm này coi con người là chủ thể chủ động trong tiến trình phát triển chứ không phải là bèn thụ hưởng bị động. Phát triển con người không chỉ liên quan tới mức độ hài lòng với những nhu cầu cơ bản mà còn liên quan tới mức độ con người có thể chủ động tham gia vào tiến trình phát triển. Nói cách khác nó có liên quan tới quyền tự do và lựa chọn của con người về cơ hội cũng như về quá trình.³

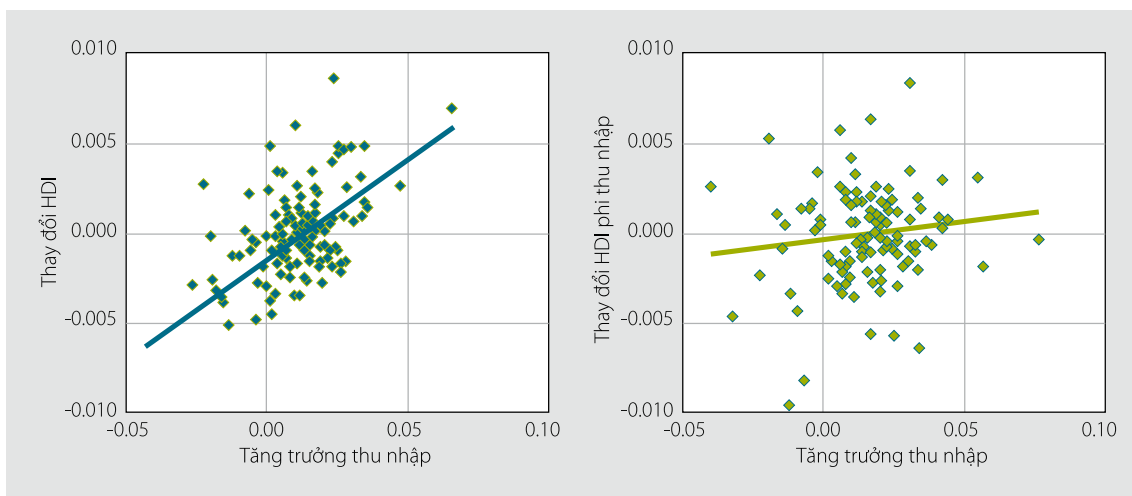
TĂNG TRƯỞNG VÀ ĐỜI SỐNG CON NGƯỜI KHÔNG PHẢI LÚC NÀO CŨNG TƯƠNG QUAN TỚI NHAU

Khái niệm phát triển con người ngày nay vẫn phù hợp như lần đầu tiên được đưa ra năm 1990. Kinh nghiệm trong bốn thập kỷ qua cho thấy thu nhập tăng không phải lúc nào cũng mang lại những kết quả phát triển con người tốt hơn. Trong khi đó tiến bộ đáng kể về phát triển con người có thể đạt được ở những nước có GDP bình quân đầu người tăng chậm.

Thu nhập tăng không phải lúc nào cũng mang lại những kết quả phát triển con người tốt hơn. Trong khi đó tiến bộ đáng kể về phát triển con người có thể đạt được ở những nước có GDP bình quân đầu người tăng chậm.

Khi xem xét xu hướng của chỉ số HDI trong giai đoạn 1970-2010, Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010 chỉ ra rằng không phải lúc nào cũng có mối tương quan trực tiếp giữa thu nhập tăng và những tiến bộ về các khía cạnh phi tiền tệ trong đời sống con người và phát triển con người (Hình 1.1).⁴ Trong khi thu nhập tăng có vai trò quan trọng- ví dụ như giúp tăng cường tiếp cận các dịch vụ xã hội - thì thu nhập tăng cũng có thể phản ánh sự giàu có lên của những người vốn đã khá giả chứ không phải của toàn bộ dân chúng. Vì vậy, ở những nước đã đạt được tốc độ tăng trưởng kinh tế cao thì thường chênh lệch và bất bình đẳng cũng tăng lên. Ở những nước này, lợi ích của tăng trưởng không được phân phối đồng đều, gây cản trở cho sự phát triển con người rộng hơn thông qua việc hạn chế khả năng tiếp cận của những đối tượng bị tụt lại phía sau đối với hàng hóa và dịch vụ bao gồm cả những dịch vụ xã hội cơ bản như giáo dục và y tế.

Hình 1.1: Mối quan hệ yếu giữa tăng trưởng kinh tế và thay đổi về y tế và giáo dục 1970-2010



Nguồn: Báo cáo phát triển con người toàn cầu của UNDP năm 2010

CÂN BẰNG GIỮA PHÁT TRIỂN KINH TẾ VÀ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Phân tích trong Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010 nghiêng về lập luận trên cơ sở ngay sau cuộc khủng hoảng kinh tế 2008 và cũng là lập luận chính trong báo cáo này. Các chính phủ cần theo đuổi lộ trình phát triển rộng lớn hơn, không chỉ nhằm tạo ra của cải mà còn giúp cải thiện đời sống và mức sống cho con người. Quan điểm này cũng được đưa ra trong báo cáo năm 2009 của Ủy ban nghiên cứu bao gồm Stiglitz, Sen và Fitoussi do Tổng thống Pháp Nicolas Sarkozy thành lập nhằm xây dựng các cách thức mới để đo lường đời sống con người và tiến bộ về mức sống. Báo cáo có mục tiêu cụ thể nhằm xác lập lại mối quan tâm tập trung của các nhà hoạch định chính sách và ra quyết định theo hướng một bộ các mục tiêu xã hội và phúc lợi rộng hơn. Trong báo cáo tổng quan, ủy ban Stiglitz-Sen-Fitoussi nhấn mạnh rằng: “Chính sách cần hướng tới tăng cường phúc lợi xã hội, chứ không phải GDP”,⁵ và cần có những biện pháp mới để cung cấp thông tin và tác động tới quá trình hoạch định chính sách:

Chất lượng cuộc sống bao hàm một loạt các yếu tố làm đời sống đáng sống hơn trong đó bao gồm cả những yếu tố không được mua bán trên thị trường hay không thể nắm bắt được bằng các biện pháp tiền tệ... Ủy ban này đánh giá rằng đã đến lúc cần chuyển từ đo lường sản xuất sang đo lường phúc lợi, và

cố gắng thu hẹp khoảng cách giữa các biện pháp đo lường kinh tế và nhận thức hiện nay về phúc lợi.⁶

Phát triển con người và cải thiện đời sống cũng như chất lượng cuộc sống bản thân nó đã có ý nghĩa quan trọng. Đồng thời, các yếu tố này cũng có khả năng đóng góp vào các mục tiêu phát triển. Ví dụ, dân số khỏe mạnh và có tri thức tốt sẽ có năng suất lao động cao hơn.⁷ Các xã hội đầu tư vào bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ và trẻ em gái, ví dụ thông qua việc giảm khoảng cách giới trong giáo dục thường có tỷ lệ tăng trưởng kinh tế cao hơn.⁸ Tạo việc làm tốt với thu nhập tốt hơn có thể giúp giảm tỷ lệ nghèo đồng thời cũng giảm áp lực lên tài nguyên thiên nhiên.⁹

Mặc dù tăng trưởng kinh tế là một kết quả quan trọng của quá trình phát triển song tăng trưởng kinh tế chưa đủ để đảm bảo hạnh phúc và đời sống cho người dân, và cần cân bằng với các ưu tiên phát triển khác khi các ưu tiên khác cũng có tiềm năng đóng góp cho việc cải thiện chất lượng sống và phúc lợi.¹⁰ Các ưu tiên này bao gồm tình hình sức khỏe và kết quả y tế, trình độ giáo dục, tiếng nói chính trị, và khả năng tham gia với tư cách công dân đầy đủ, mối liên hệ xã hội và vốn xã hội; điều kiện môi trường như tiếp cận với nước sạch và vệ sinh; an toàn cá nhân và tính toàn vẹn thể chất, công việc tốt và hài lòng và các yếu tố khác.¹¹

HỘP 1.2: ĐO LƯỜNG PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Để có thể đo lường tiến bộ trong phát triển theo cách không chỉ dựa vào tăng trưởng thu nhập hay GDP, các báo cáo phát triển con người đã đưa ra các chỉ số dựa trên các chỉ báo khác nhau về phát triển con người. Ba chỉ số chính được sử dụng làm cơ sở cho phần phân tích trong báo cáo này là Chỉ số phát triển con người (HDI), Chỉ số phát triển giới (GDI) và Chỉ số nghèo khổ con người (HPI).

Chỉ số phát triển con người (HDI) là thước đo tổng hợp về y tế, giáo dục và thu nhập được thiết kế để đánh giá mức độ và tiến bộ về phát triển con người theo nghĩa rộng hơn chứ không chỉ sử dụng cách đo dựa trên thu nhập. Như trong báo cáo này và trong các Báo cáo phát triển con người toàn cầu cho tới năm 2009, chỉ số này bao gồm bốn chỉ báo chính: tuổi thọ, tỷ lệ nhập học chung, tỷ lệ biết chữ ở người lớn và GDP bình quân đầu người điều chỉnh ngang giá sức mua (PPP).

Chỉ số phát triển giới (GDI) sử dụng bốn chỉ báo tương tự như Chỉ số HDI song đo lường khoảng cách giữa nam và nữ trong từng chỉ báo: các nước thường bị “xếp hạng thấp hơn” do phụ nữ bị bỏ lại sau so với nam giới trong việc đạt được các kết quả về y tế, tiếp cận kiến thức và thu nhập bình đẳng.

Cuối cùng chỉ số nghèo khổ con người (HPI) đo lường thiếu hụt về y tế, giáo dục và thu nhập (mức sống) bằng việc đo lường tỷ lệ người chịu thiệt thòi nhất. Đó là tỷ lệ người không sống tới tuổi 40, tỷ lệ mù chữ của người lớn, tỷ lệ dân số không tiếp cận được nước sạch và tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng.

Chỉ số HDI có điều chỉnh và các chỉ số mới sử dụng trong báo cáo HDR toàn cầu năm 2010 nhằm phản ánh chính xác hơn những thành tựu trong giáo dục và các khía cạnh khác của phát triển con người. Tuy nhiên, các chỉ số cũ đáng tin cậy hơn khi phân tích xu hướng theo thời gian, và đó là lý do báo cáo này vẫn sử dụng bộ chỉ số cũ này.

PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI TRONG BỐI CẢNH CHÍNH SÁCH CỦA VIỆT NAM

KHÁI NIỆM PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở VIỆT NAM

Khái niệm phát triển con người đã được nêu trong Hiến pháp của Việt Nam cũng như trong các Kế hoạch và Chiến lược Phát triển kinh tế xã hội quốc gia. Hiến pháp năm 1992 và Hiến pháp sửa đổi năm 2001 nêu rõ trách nhiệm của nhà nước là đảm bảo và liên tục tăng cường “quyền làm chủ của công dân trên mọi lĩnh vực, [và] thực hiện mục tiêu xây dựng một cuộc sống thịnh vượng cho người dân, xây dựng một quốc gia lớn mạnh và một xã hội công bằng, dân chủ và văn minh, đảm bảo phúc lợi, tự do và hạnh phúc cho tất cả các công dân cũng như các điều kiện cho người dân phát triển toàn diện”.¹²

Việt Nam đã nội địa hóa Các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDGs) bằng cách đưa các Mục tiêu phát triển của Việt Nam (VDGs) vào Chiến lược tăng trưởng và xóa đói giảm nghèo toàn diện (CPRGS) năm 2002 và Kế hoạch Phát triển kinh tế xã hội (SEDP) giai đoạn 2006-2010.¹³ Các mục tiêu phát triển Việt Nam đặt ra các chỉ tiêu cụ thể về phát triển con người trong giáo dục tiểu học và cơ sở, sức khỏe bà mẹ và trẻ em, các bệnh truyền nhiễm và nước và vệ sinh.

Chiến lược Phát triển kinh tế xã hội (SEDS) giai đoạn 2011-2020 và Kế hoạch Phát triển kinh tế xã hội (SEDP) giai đoạn 2011-2015 nêu rõ ưu tiên và tầm quan trọng của việc nâng cao đời sống và chất lượng cuộc sống cho người dân cũng như đảm bảo tăng trưởng và ổn định kinh tế. SEDS giai đoạn 2011-2020 nêu rõ cam kết của chính phủ Việt Nam nhằm: “Hài hòa hóa tăng trưởng kinh tế với tiến bộ

và công bằng xã hội, không ngừng cải thiện chất lượng cuộc sống cho người dân, phát triển văn hóa mạnh mẽ và đẩy mạnh dân chủ.”¹⁴ Chiến lược cũng cam kết “nâng cao năng lực và xây dựng các cơ chế để người dân thực hiện đầy đủ quyền làm chủ của mình, đặc biệt như dân chủ trực tiếp, để thúc đẩy mạnh mẽ tất cả khả năng sáng tạo và đảm bảo mức độ đồng thuận cao trong xã hội, qua đó tạo động lực thúc đẩy đất nước phát triển.”¹⁵

Tương tự, SEDP giai đoạn 2011-2015 ghi nhận sự cần thiết phải đảm bảo phân phối rộng rãi lợi ích của phát triển và thu hẹp khoảng cách giữa các vùng và giữa người giàu với người nghèo trên cả nước.

SEDP giai đoạn 2011-2015 ghi nhận sự cần thiết phải đảm bảo phân phối rộng rãi lợi ích của phát triển và thu hẹp khoảng cách giữa các vùng và giữa người giàu với người nghèo trên cả nước.

SEDP nêu rõ “tăng trưởng kinh tế phải đi đôi hài hòa với tiến bộ và công bằng xã hội, và cải thiện tiếp tục trong chất lượng sống của người dân.”¹⁶ Cả SEDP và SEDS đều xác định “các đột phá” cơ bản cần đạt được trong giai đoạn 5-10 năm tới bao gồm cần xây dựng dân số khỏe mạnh và có tri thức, và thúc đẩy sự công bằng và toàn diện xã hội.¹⁷

SỬ DỤNG CÁC CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở VIỆT NAM

Các chỉ số phát triển con người sử dụng trong báo cáo này ngày càng có tầm quan trọng ở Việt Nam trong những năm gần đây. Chính phủ Việt Nam sử dụng những thay đổi trong chỉ số HDI và GDI theo thời gian để đo lường tiến bộ trong phát triển con người và bình đẳng giới. Những cải thiện trong thứ tự xếp hạng và giá trị HDI được đưa vào làm mục

tiêu trong SEDS giai đoạn 2001-2010. SEDP giai đoạn 2011-2015 đề cập đến những tiến bộ về chỉ số HDI như là một chỉ báo về tiến bộ trong các mục tiêu phát triển trong khi báo cáo Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ quốc gia 2010 chỉ ra những thay đổi tích cực trong chỉ số GDI là tín hiệu tốt trong tiến bộ nhằm thực hiện bình đẳng giới và trao quyền cho nữ giới.

Các chỉ số phát triển chính cũng đã được nội địa hóa. Báo cáo HDR năm 2010 giới thiệu chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI), và trước đó trong năm 2008, Tổng cục Thống kê (TCTK), Bộ Lao động Thương binh và Xã hội và UNICEF đã xây dựng chỉ số nghèo đói đa chiều ở trẻ em Việt Nam (CPR). CPR bao gồm các chỉ số thuộc nhiều lĩnh vực phát triển con người khác nhau như giáo dục, dinh dưỡng, y tế, chỗ ở, nước và vệ sinh, lao động trẻ em, vui chơi, hòa nhập xã hội và an sinh xã hội, và những thông tin này đã được đưa vào trong Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam năm 2008 (VHLSS).¹⁸ Tương tự, điều tra Đói nghèo đô thị năm 2010 của TCTK và UNDP đã giới thiệu chỉ số nghèo đói đa chiều đo lường các khía cạnh sau: thu nhập, giáo dục, y tế, tiếp cận an sinh xã hội, nhà ở, tham gia các hoạt động xã hội và an toàn.¹⁹ Những cách đo lường nghèo đói và thiếu hụt phi tiền tệ này hiện đang được sử dụng rộng rãi hơn ở Việt Nam so với trước đây, cho thấy các nhà hoạch định chính sách ngày càng nhận thức và chấp nhận nhiều hơn đối với các chỉ báo đo lường độ thiếu hụt và thiệt thòi không dựa trên yếu tố vật chất.

KHUNG CHÍNH SÁCH QUỐC GIA VẤN TIẾP TỰC ƯU TIÊN TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ

Việt Nam đã có lịch sử hùng mạnh và truyền thống về phát triển bình đẳng và toàn diện và đã thành công trong việc nâng cao mức sống nói chung cho người dân, cải thiện các kết quả về y tế và giáo dục. Ngay cả trước thời kỳ đổi mới khi thu nhập còn thấp và nghèo đói thu nhập còn phổ biến, Việt Nam đã đạt được những thành tựu về tỷ lệ người biết đọc biết viết, tiếp cận giáo dục và cung cấp các dịch vụ y tế tại cấp xã.²⁰ Trong hai thập kỷ qua, tăng trưởng

kinh tế cao và những yếu tố tiến bộ của chính sách y tế và giáo dục của Việt Nam đã mang lại những cải thiện về tình hình y tế giáo dục nói chung cho người Việt Nam. Việt Nam cũng có lợi thế đáng ghi nhận so với nhiều nước khác: nhà nước đã thể hiện cam kết chính trị mạnh mẽ và liên tục nhằm đảm bảo cung cấp dịch vụ xã hội ở mức cơ bản cho mọi người dân.²¹ Cam kết này thể hiện rõ trong các chính sách phát triển và xã hội của Việt Nam. Ví dụ như cam kết gần đây về việc phổ cập bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2014 và việc tập trung vào các sáng kiến an sinh xã hội trong nghị quyết 11 nhằm đối phó với những bất ổn kinh tế vĩ mô và lạm phát cao.

Tuy nhiên, hiện nay chính phủ Việt Nam vẫn có xu hướng ưu tiên đảm bảo tăng trưởng kinh tế nhanh hơn là cải thiện phát triển con người và xã hội. Ví dụ, mặc dù phát triển nguồn nhân lực đã được xác định là khâu đột phá quan trọng trong Kế hoạch và Chiến lược Phát triển kinh tế xã hội, nhưng vẫn ưu tiên cho việc thúc đẩy tăng trưởng kinh tế bằng cách tạo điều kiện công bằng hơn cho cạnh tranh. Việc đảm bảo nguồn nhân lực có kỹ thuật và hệ thống cơ sở hạ tầng và giao thông phát triển và đầy đủ để hỗ trợ đạt mục tiêu tăng trưởng kinh tế cũng là điều quan trọng. Đầu tư công nhằm tạo ra tăng trưởng kinh tế ước tính chiếm 24,7% trong tổng chi tiêu ngân sách, tương đương với 7,9% GDP năm 2008.²² Trong khi đó chi tiêu công cho giáo dục ước tính chỉ chiếm 5,3% và y tế 2,8% GDP (xem hình 1.2 phía dưới). Tuy nhiên, đầu tư vào tăng trưởng kinh tế kém hiệu quả hơn so với các nước khác trong khu vực.²³ Tỷ lệ chi tiêu công trong tổng chi tiêu cho y tế và giáo dục từ cả nguồn công và tư nhân thấp hơn so với các nước khác trong khu vực – nơi có mức phát triển con người cao hơn Việt Nam như Thái Lan và Hàn Quốc. Hiệu quả đầu tư tốt hơn sẽ giúp giải phóng nguồn lực cho đầu tư xã hội.

Rủi ro là, như các nước đã nhận ra, tạo ra nhiều của cải mặc dù có vai trò quan trọng trong cải thiện mức sống và tạo cơ hội, song không phải lúc nào cũng mang lại phúc lợi cao hơn, chất lượng cuộc sống tốt hơn hay làm tăng sự hài lòng của mọi người dân với chính phủ.

Tạo ra nhiều của cải mặc dù có vai trò quan trọng trong cải thiện mức sống và tạo cơ hội, song không phải lúc nào cũng mang lại phúc lợi cao hơn, chất lượng cuộc sống tốt hơn hay làm tăng sự hài lòng của mọi người dân với chính phủ.

Những vấn đề xã hội ảnh hưởng tiêu cực đến những người bình thường bao gồm sự chênh lệch lớn và dai dẳng giữa các nhóm kinh tế xã hội và giữa các khu vực khác nhau, chất lượng các dịch vụ xã hội cơ bản như y tế và giáo dục nghèo nàn, quản lý nhà nước và pháp quyền yếu và tình trạng tham nhũng có hệ thống. Những vấn đề này có nguy cơ gây xói mòn những lợi ích của tăng trưởng kinh tế, phá hủy tính gắn kết xã hội và cuối cùng là phá hủy tính hợp pháp về chính trị nếu như những vấn đề trên không được giải quyết và kiểm soát.

Như báo cáo này chỉ ra, chính phủ Việt Nam hiện nay đang gặp phải nhiều thách thức ở cả cấp chính sách và thực tế trong việc hiện thực hóa cam kết mạnh mẽ của chính phủ về phát triển con người. Giải quyết những thách thức này trong giai đoạn tới đây khi thực hiện SEDP và SEDS sẽ có vai trò quan trọng để thực hiện tham vọng của Việt Nam nhằm tiếp tục con đường phát triển con người và tăng trưởng bền vững, qua đó đảm bảo mọi người dân Việt Nam được hưởng một cuộc sống mạnh khỏe và thịnh vượng. Báo cáo này nhằm đóng góp cho những tranh luận về chính sách liên quan tới vấn đề này thông qua việc phân tích về tình hình cung cấp dịch vụ xã hội hiện nay ở Việt Nam và thảo luận cách thức để những thay đổi chính sách trong các lĩnh vực cung cấp dịch vụ cụ thể có thể giải quyết một số các thách thức và hạn chế này.

HỘP 1.3 SO SÁNH PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở ẤN ĐỘ VÀ BANGLADESH

Trong một bài báo gần đây trên tờ *Điểm báo New York*, Amartya Sen nhấn mạnh rằng Ấn Độ có thứ hạng HDI cao hơn đáng kể so với Bangladesh, và điều này chủ yếu do tốc độ tăng trưởng kinh tế gần đây của Ấn Độ cao hơn. Tuy nhiên, trong khi GNP đầu người tính theo ngang giá sức mua của Ấn Độ là 1.170 đô la so với 590 đô la của Bangladesh, thì Bangladesh liên tục giữ thứ hạng cao hơn Ấn Độ về các chỉ số phát triển con người chính là y tế và giáo dục. Tuổi thọ trung bình của Bangladesh là 66,9 tuổi so với 64,4 tuổi của Ấn Độ. Số năm đi học trung bình là 4,8 năm ở Bangladesh so với 4,4 năm, và tỷ lệ biết chữ của trẻ em gái ở Bangladesh cao hơn nhiều so với trẻ em trai trong khi tỷ lệ này ở trẻ em gái Ấn Độ thấp hơn nhiều so với trẻ em trai. Về y tế, tỷ lệ tử vong ở trẻ em là 50/1000 trường hợp ở Ấn Độ và 41/1000 ở Bangladesh và tỷ lệ tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi là 66/1000 ở Ấn Độ so với 52 ở Bangladesh. Như Sen nhấn mạnh, một trong những lý do khiến các kết quả về y tế ở Ấn Độ kém hơn là do có một tỷ lệ lớn dân số phụ thuộc vào y tế tư nhân trong khi chi tiêu công dành cho y tế của nước này tương đối thấp.

Mặc dù có mức thu nhập bình quân thấp hơn song Bangladesh đã có thể cải thiện mức sống của người dân nhanh hơn so với nước láng giềng Ấn Độ. Như Sen chỉ ra, trong khi “tăng trưởng kinh tế có thể đóng góp lớn cho việc cải thiện cuộc sống của người dân song nếu chỉ tập trung vào tăng trưởng kinh tế đơn thuần cũng có những hạn chế cần được hiểu rõ.”²⁴

PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở VIỆT NAM VÀ KHU VỰC

TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ ĐẨY NHANH TIẾN BỘ CỦA VIỆT NAM TRONG CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI (HDI)

Kể từ khi Báo cáo Phát triển Con người quốc gia đầu tiên năm 2001 được xuất bản, Việt Nam đã có sự thay

đổi đáng kể và đã đạt mức phát triển con người ở mức trung bình và trở thành nước có thu nhập bình quân đầu người ở mức trung bình với mức thu nhập bình quân đầu người GNI năm 2010 là 1.200 USD. Trong 10 năm qua, Việt Nam đã đạt được tốc độ tăng trưởng GDP cao, ngay cả sau cuộc khủng hoảng kinh tế toàn cầu năm 2008. Việt Nam đã thành công trong việc giúp hàng trăm nghìn người dân thoát nghèo với tốc độ nhanh hơn hầu hết các nước khác trên thế giới. Tỷ lệ người nghèo của Việt Nam giảm từ 37,8% năm 1998 xuống 14,5% năm 2008. Thành

công của Việt Nam trong giảm nghèo đã được toàn thế giới ghi nhận và Chính phủ Việt Nam đã được đề nghị chia sẻ kinh nghiệm thành công này với các nước đang phát triển khác trên thế giới.²⁵

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ vững chắc về phát triển con người, thể hiện thông qua chỉ số HDI tăng lên trong thời gian này. Giá trị HDI của Việt Nam đã tăng 19% trong giai đoạn từ năm 1992 đến năm 2008.²⁶ Tuy nhiên mức độ tăng xét theo từng chỉ số thành phần của HDI là khá khác nhau. Chỉ số thu nhập tăng 45% trong giai đoạn từ 1992 đến 2008, do tăng trưởng kinh tế cao. Chỉ số tuổi thọ cũng được cải thiện đáng kể, tăng 19% trong giai đoạn từ năm 1992 đến năm 2008. Điều này phản ánh sự tăng lên trong tuổi thọ từ 65,2 tuổi năm 1992 lên 72,7 tuổi năm 2008. Chỉ số giáo dục, với mức khởi điểm khá cao vào năm 1992, tăng với mức độ thấp hơn là 7% vào năm 2008. Như vậy, kể từ năm 1992, GDP tăng cao, cùng với tuổi thọ tăng là động lực chính làm tăng chỉ số HDI của Việt Nam.

Kể từ năm 1992, GDP tăng cao, cùng với tuổi thọ tăng là động lực chính làm tăng chỉ số HDI của Việt Nam.

Bảng 1.1 cho thấy đóng góp của từng chỉ số thành phần đối với những thay đổi về HDI trong giai đoạn 1992-2008. Đóng góp của chỉ số thu nhập là lớn nhất với tỷ lệ 49%; tiếp theo là chỉ số tuổi thọ và chỉ số giáo dục. Tuy nhiên, trong giai đoạn 1992-1999, chỉ số tuổi thọ có đóng góp lớn nhất vào sự tăng lên trong chỉ số HDI với 41,8% so với 36,1% của chỉ số thu nhập và 22,1% của chỉ số giáo dục. Trong thập kỷ vừa qua 1999-2008, chỉ số thu nhập đã đóng góp 55,7% so với 31,8% đối với chỉ số tuổi thọ và 12,6% đối với chỉ số giáo dục. Trong giai đoạn 2004-2008, chỉ số thu nhập đóng góp 79,1%, chỉ số tuổi thọ 15,2% và chỉ số giáo dục 5,1%. Điều này cho thấy tăng trưởng thu nhập ngày càng trở thành nhân tố quan trọng hơn trong những tiến bộ về giá trị HDI theo thời gian.

Bảng 1.1. Đóng góp của các chỉ số thành phần vào tăng trưởng chỉ số HDI, 1992-2008

Năm	HDI	Chỉ số tuổi thọ	Đóng góp của chỉ số tuổi thọ vào tăng trưởng HDI so với thời kỳ trước (%)	Chỉ số giáo dục	Đóng góp của chỉ số giáo dục vào tăng trưởng HDI so với thời kỳ trước (%)	Chỉ số thu nhập	Đóng góp của chỉ số thu nhập vào tăng trưởng HDI so với thời kỳ trước (%)
1992	0,611	0,670	-	0,776	-	0,386	-
1995	0,639	0,690	18,8%	0,808	25,9%	0,420	55,3%
1999	0,651	0,721	86,1%	0,803	-13,9%	0,430	27,8%
2004	0,701	0,782	40,7%	0,826	15,3%	0,496	44,0%
2008	0,728	0,794	15,2%	0,830	5,1%	0,559	79,7%
Đóng góp của từng chỉ số vào tăng trưởng HDI giai đoạn 1992-2008.			35,2%		15,9%		48,95%

Nguồn: Báo cáo phát triển con người quốc gia 2001; HDI 1999, 2004, 2008

Tiến bộ lớn lao của Việt Nam về HDI là minh chứng cho tốc độ tăng trưởng kinh tế cao và những tiến bộ mà đất nước đã đạt được. Tuy nhiên, tốc độ tăng của chỉ số giáo dục chậm hơn so với hai chỉ số thành phần còn lại. Đóng góp của chỉ số giáo dục vào tăng trưởng chung của chỉ số HDI đã giảm dần từ 25,9% trong giai đoạn 1992-1996 xuống còn 5,1% trong giai đoạn 2004-2008. Gần đây, trong khi những tiến bộ về chỉ số thu nhập vẫn được duy trì, tốc độ tăng của chỉ số giáo dục và chỉ số tuổi thọ đã chậm lại. Trong giai đoạn 2004-2008, chỉ số thu nhập tăng 13% so với 15% thời kỳ 1999-2004, chỉ số tuổi thọ tăng 2% so với 8% giai đoạn 1999-2004 và chỉ số giáo dục tăng 1% so với 3% giai đoạn 1999-2004.²⁷

Tốc độ tăng về tuổi thọ được dự đoán là sẽ chậm lại khi tuổi thọ đạt đến một mức cao nhất định nào đó, mặc dù rất đáng chú ý là tuổi thọ ở một số nước trong khu vực tiếp tục tăng ngay cả khi đã ở mức cao. Hàn Quốc là một ví dụ. Tuy nhiên, những tiến bộ chậm lại về chỉ số giáo dục cũng đáng lo ngại. Tỷ lệ biết chữ ở người lớn ở Việt Nam đã cao song tiến bộ về tỷ lệ nhập học chung còn hạn chế như thảo luận ở Chương 3. Như vậy, dường như những tiến bộ trong chỉ số HDI của Việt Nam đang chậm lại là do tốc độ tăng của chỉ số giáo dục và chỉ số tuổi thọ tương đối chậm hơn so với giai đoạn trước. Nhìn chung, những tiến bộ trong chỉ số HDI trong giai đoạn 1999-2008 chủ yếu do thu nhập tăng.

SO SÁNH CHỈ SỐ HDI KHU VỰC

Bảng 1.2: Giá trị và xếp hạng chỉ số HDI trong giai đoạn 1990-2007 của một số nước châu Á

Nước	Giá trị HDI năm 1990	Giá trị HDI năm 2000	Giá trị HDI năm 2007	Xếp hạng HDI năm 2007	Thay đổi 1990-2000	Thay đổi 2000-2007	Thay đổi 1999-2007
Hàn Quốc	0,802	0,869	0,937	26	8%	8%	17%
Malaysia	0,737	0,797	0,829	66	8%	4%	12%
Thailand	0,706	0,753	0,783	87	7%	4%	11%
Trung Quốc	0,608	0,719	0,772	92	18%	7%	27%
Philippines	0,697	0,726	0,751	105	4%	3%	8%
Indonesia	0,624	0,673	0,734	111	8%	9%	18%
Việt Nam	0,599	0,690	0,725	116	15%	5%	21%
Lào	-	0,566	0,619	133	-	9%	-
Campuchia	-	0,515	0,593	137	-	15%	-

Nguồn: HDR toàn cầu 2009

Việt Nam xếp thứ 116 trong tổng số 182 nước trong Báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2009 và đứng ở vị trí thứ 113 trong số 169 nước trong Báo cáo phát triển con người năm 2010 trong đó đã giới thiệu phương pháp tính chỉ số HDI mới như thảo luận ở phần sau của báo cáo này.

So với các nước khác trong khu vực đã đạt được những tiến bộ ổn định trong tất cả các khía cạnh của chỉ số HDI, những tiến bộ về các chỉ số phi thu nhập của Việt Nam đã chậm hơn trong thời gian kể từ sau năm 2000. Ví dụ, Indonesia và Hàn Quốc, các nước có trình độ phát triển con người khá khác nhau đều đã liên tục có những cải thiện đáng kể về cả chỉ số thu nhập và phi thu nhập. Đáng chú ý, đây là hai nước duy nhất nằm trong nhóm 10 nước có tiến bộ lớn nhất ở cả chỉ số thu nhập và phi thu nhập của chỉ số HDI trong Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010. Mặc dù trong giai đoạn 1990-2000, HDI của Việt Nam tăng nhanh hơn so với Indonesia và Hàn Quốc song tình hình đã trái ngược trong giai đoạn 2000-2007, như thể hiện trong Bảng 1.2. Về mặt này, xu hướng phát triển của HDI của Việt Nam giống như một số nước như Trung Quốc với tốc độ tăng trưởng kinh tế ở mức cao. Theo Báo cáo phát triển con người quốc gia của Trung Quốc năm 2008, chỉ số thu nhập đóng góp 52,2%, chỉ số giáo dục 29,8% và chỉ số tuổi thọ 18% vào tốc độ tăng của HDI trong giai đoạn 1980-2005.²⁸ Chỉ số HDI của cả Việt Nam và Trung Quốc trong giai đoạn 2000-2007

tăng chậm lại hơn so với các nước có mức độ phát triển cân bằng hơn cả về khía cạnh thu nhập và phi thu nhập của chỉ số HDI.

CẢI THIỆN Y TẾ VÀ GIÁO DỤC LÀ CHÌA KHÓA ĐỂ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

HƯỚNG TỚI MỘT LỰC LƯỢNG DÂN SỐ KHỎE MẠNH VÀ CÓ TRI THỨC

Về mặt này, cần nhấn mạnh rằng các mục tiêu phát triển kinh tế và xã hội của Việt Nam phụ thuộc rất lớn vào lực lượng dân số khỏe mạnh và có tri thức. Ví dụ, các mục tiêu MDG mà Việt Nam khó có thể đạt được vào năm 2015 hầu hết đều có liên quan tới y tế như HIV, nước và vệ sinh.²⁹ Như vậy, việc bảo vệ người dân trước các cú sốc về y tế, thu nhập và môi trường cũng như những ảnh hưởng của việc phải chi phí quá cao cho y tế khiến các gia đình tái nghèo trở lại thậm chí còn nghèo hơn trước kia, cùng với việc cung cấp các dịch vụ y tế chữa bệnh và phòng ngừa có thể tiếp cận được và có khả năng chi trả được chính là chìa khóa để thực hiện các mục tiêu MDG mà Việt Nam đang bị tụt hậu. Y tế và giáo dục là nền tảng của phát triển con người và có vai trò quan trọng trong việc phát triển khả năng và lựa chọn đồng thời tạo điều kiện

để mọi người thể hiện năng lực của mình phù hợp với những gì họ coi trọng và mong muốn. Như Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010 lập luận, và như phân tích tóm tắt về HDI tại Việt Nam ở trên đề xuất, những tiến bộ về y tế và giáo dục không phải lúc nào cũng đi kèm với tăng thu nhập.

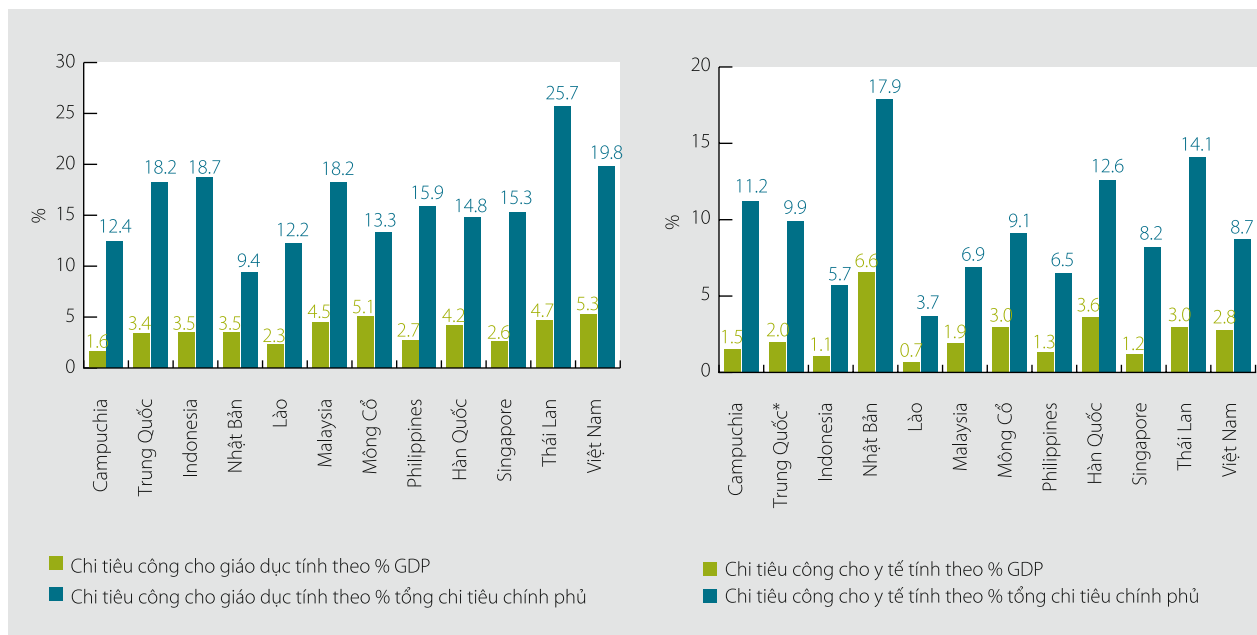
Những tiến bộ về y tế và giáo dục không phải lúc nào cũng đi kèm với tăng thu nhập.

Một loạt những nhân tố có mối quan hệ qua lại với nhau đóng góp vào việc đạt được các kết quả y tế và giáo dục tốt hơn. Các nhân tố này bao gồm hợp tác quốc tế để phòng chống bệnh dịch cụ thể và các vấn đề y tế, truyền bá kiến thức và công nghệ mới, hỗ trợ và đầu tư của các hộ cũng như ưu tiên của chính phủ cho đầu tư vào các dịch vụ y tế và giáo dục có chất lượng, có khả năng chi trả và có thể tiếp

cận.³⁰ Trong bối cảnh tồn tại sự khác biệt đáng kể theo vùng và nhóm dân số trong việc đạt được các mục tiêu y tế và giáo dục chính, việc nâng cao các dịch vụ y tế và giáo dục là cần thiết để cải thiện các kết quả phát triển con người. Điều này cũng quan trọng khi giải quyết lộ trình thực hiện MDG còn chưa kết thúc và để đạt được các mục tiêu MDG ở cấp địa phương cho tất cả mọi người dân Việt Nam. Trên thực tế, cải thiện các kết quả y tế và giáo dục là điều kiện tiên quyết nếu Việt Nam muốn đạt được các “đột phá chính” nêu ra trong SEDP và SEDS và trở thành nền kinh tế có kỹ năng và công nghệ cao và đảm bảo tăng trưởng kinh tế toàn diện như mong muốn. Báo cáo Phát triển Con người quốc gia lần này do đó sẽ tập trung vào y tế và giáo dục với việc đặc biệt nhấn mạnh khả năng tiếp cận, nguồn tài chính cũng như cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục.

CHI TIÊU Y TẾ VÀ GIÁO DỤC CÔNG CỦA VIỆT NAM

Hình 1.2: Chi tiêu cho giáo dục và y tế của một số quốc gia Đông Á và Đông Nam Á, 2007-2008



Nguồn: Viện Thống kê của UNESCO <http://stats.uis.unesco.org>; Tài khoản y tế quốc gia của WHO, <http://www.who.int/gho/en/index.html>. Các chỉ số chính của ADB đối với khu vực Châu Á Thái Bình Dương năm 2010, http://www.adb.org/Documents/Books/Key_Indicators/2010/Country.asp

Việt Nam có mức chi tiêu công cho y tế thấp hơn và chi cho giáo dục cao hơn so với các nước khác trong khu vực. Mặc dù tổng chi tiêu cho y tế đã và đang tăng lên và Việt Nam dành tỷ lệ chi cho y tế trong tổng GDP tương đối cao hơn so với một số nước khác ở mức thu nhập tương đương, song Việt Nam vẫn dành tỷ lệ đầu tư công cho y tế thấp hơn

so với nhiều nước trong khu vực. Năm 2008, tổng chi tiêu cho y tế từ tất cả các nguồn bao gồm chi tiêu của khu vực tư nhân của Việt Nam tương đương với 7,3% GDP. Chi tiêu của chính phủ chỉ tương đương với 2,8% GDP. Hơn 50% chi tiêu cho y tế chính là chi tiêu từ tiền túi của bệnh nhân.

Chi tiêu công cho y tế chiếm khoảng 8,7% tổng chi tiêu công ở Việt Nam so với mức 14,1% ở Thái Lan và 9,9% ở Trung Quốc. Trong khi Việt Nam có tỷ lệ chi ngân sách công cho y tế lớn hơn một số nước như Indonesia và Malaysia, song giá trị thực của chi tiêu cho y tế lại thấp hơn. Chi tiêu công cho y tế ở Việt Nam ước tính khoảng 77 đô la/người tính theo ngang giá sức mua (PPP), cao hơn so với Indonesia, Campuchia, Philippines và Lào song thấp hơn nhiều so với Thái Lan 242 đô la, Malaysia 273 đô la và Trung Quốc 121 đô la.³¹ Một phần lý do khiến tổng chi tiêu của Việt Nam cho y tế trong đó có chi tiêu từ tiền túi cá nhân cao hơn tương đối so với một số nước là do chi phí y tế tăng nhanh.

Chi tiêu cho giáo dục của Việt Nam cao hơn so với các nước trong khu vực, với tỷ lệ chi tiêu công cho giáo dục tương đương với khoảng 5,3% GDP. Việt Nam dành khoảng 19,8% tổng chi ngân sách nhà nước cho giáo dục, tương đương so với nhiều nước trong khu vực song thấp hơn Thái Lan. Tuy nhiên, chi tiêu của khu vực tư nhân cho giáo dục cũng cao, một phần do học phí tăng cao và các khoản chi từ tiền túi cá nhân như phân tích trong Chương 5. Hình 1.2 thể hiện chi tiêu cho y tế và giáo dục ở một số nước Đông Á và Đông Nam Á trong giai đoạn 2007-2008.

Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế của Hàn Quốc cao hơn nhưng cho giáo dục thấp hơn của Việt Nam, trong khi hai tỷ lệ này ở Indonesia đều thấp hơn Việt Nam. Tuy nhiên cả hai nước này tiếp tục đạt được những tiến bộ vững chắc trong chỉ số HDI bao gồm cả những chỉ số phi thu nhập. Ngược lại, Trung Quốc có tỷ lệ chi tiêu công cho y tế tương tự và tỷ lệ chi cho giáo dục cao hơn. Đây là một trong số ít các nước có tỷ lệ nhập học chung giảm sút trong những năm 1990 cho dù gần đây tỷ lệ này đã được cải thiện.³² Như vậy mặc dù có vai trò quan trọng song đầu tư công chỉ là một trong những nhân tố quyết định đến các kết quả y tế và giáo dục.³³ Hiệu quả của đầu tư công cùng với các yếu tố khác như chi phí dịch vụ y tế và giáo dục đối với hộ gia đình, chất lượng dịch vụ, tính sẵn có và mức độ có thể tiếp cận được của dịch vụ để đáp ứng như cầu của người sử dụng cuối cùng cũng như việc quản lý nhà nước đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ cũng có vai trò

quan trọng không kém. Ví dụ, mặc dù đã có những định hướng đầu tư trong thập kỷ qua trong việc xây dựng nhiều trường học phổ thông, cao đẳng và đại học mới nhưng mọi người đều thống nhất rằng Việt Nam cần cải cách và nâng cấp cơ bản hệ thống giáo dục, đặc biệt giáo dục bậc cao. Những cải cách này là cần thiết nếu Việt Nam muốn cạnh tranh hiệu quả trong nền kinh tế toàn cầu, đạt được các mục tiêu kinh tế của mình đồng thời tiếp tục đạt được tăng trưởng kinh tế.³⁴

Như Báo cáo chỉ ra, trong khi Việt Nam ủng hộ mạnh mẽ các nguyên tắc về tiếp cận toàn dân dưới các chính sách hướng tới các nhóm dân cư cụ thể, còn có rất nhiều nhân tố kết hợp gây ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận với các dịch vụ xã hội có chất lượng và giá cả phù hợp cần thiết để mọi người có cuộc sống bền vững và thực hiện được khát vọng của mình. Những nhân tố này liên quan tới cơ chế tài chính và cung cấp dịch vụ hiện nay, chất lượng dịch vụ thấp và các quy định không đầy đủ đối với cả dịch vụ công và tư.³⁵ Quan trọng là, tình trạng thương mại hóa tràn lan trong cung cấp dịch vụ xã hội, cùng với phần đóng góp lớn của hộ gia đình trong chi phí giáo dục và y tế đặt ra câu hỏi về khả năng chi trả và tiếp cận dịch vụ đối với những người cần sử dụng nhất. Đồng thời việc xem xét các vấn đề này cũng làm nảy sinh mối quan ngại làm cách nào để đảm bảo chất lượng của các dịch vụ xã hội. Về mặt này, Việt Nam chưa có cơ chế chịu trách nhiệm và giám sát mạnh cần thiết để giúp cho cơ chế tài chính nhà nước – tư nhân và việc cung cấp dịch vụ xã hội hoạt động hiệu quả vì lợi ích của người sử dụng, và cuối cùng vì lợi ích của cả xã hội Việt Nam. Vai trò của nhà nước trong các lĩnh vực kinh tế và xã hội rõ ràng đang thay đổi, và trong lĩnh vực dịch vụ xã hội, cũng như những lĩnh vực khác, nhà nước “đang trở thành “người quản lý” có trách nhiệm hỗ trợ, điều hành và giám sát việc cung cấp các dịch vụ chứ không phải là nhà cung cấp dịch vụ, và do vậy đòi hỏi nhà nước phải có các chính sách mới và mở rộng, có năng lực thực hiện và điều hành.”³⁶ Thách thức trước mắt là cần đảm bảo rằng nhà nước chuyển đổi vai trò nhằm bảo vệ người dân hiệu quả hơn trước những tác động tiêu cực, trong khi tối đa hóa lợi ích của nền kinh tế thị trường.

CHẶNG ĐƯỜNG TỚI MỨC PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CAO HƠN

Y TẾ VÀ GIÁO DỤC LÀ CHÌA KHÓA CHO THÀNH CÔNG TRONG TƯƠNG LAI CỦA VIỆT NAM

Trong hai thập kỷ qua, Việt Nam đã tăng dần thu nhập, giảm nghèo và nâng cao mức sống của người dân Việt Nam. Những thành tựu này một phần nhờ vào quá trình phát triển tương đối công bằng của Việt Nam, và trước đây trong việc đầu tư vào cung cấp dịch vụ xã hội là “những nỗ lực đáng kể của chính phủ để thúc đẩy công bằng xã hội thông qua các chính sách đã mang lại các ảnh hưởng tích cực hữu hình.”³⁷ Hiện nay, khi đã trở thành nước có mức thu nhập trung bình thấp, Việt Nam cần xây dựng nền tảng vững chắc cho tăng trưởng kinh tế bền vững, phát triển con người và công bằng xã hội.

Khi đã trở thành nước có mức thu nhập trung bình thấp, Việt Nam cần xây dựng nền tảng vững chắc cho tăng trưởng kinh tế bền vững, phát triển con người và công bằng xã hội.

Việt Nam đang có nhiều thay đổi nhanh chóng: bất bình đẳng về thu nhập gia tăng, và những bất công trong việc tiếp cận y tế và giáo dục vẫn còn tồn tại. Và như đề cập trong Chương 5, chi phí của hộ gia đình cho các dịch vụ y tế và giáo dục đang ngày càng tăng cao. Những thành tựu tương đối dễ dàng trước đây trong giảm nghèo và phát triển con người đã đạt được về cơ bản, song tình trạng nghèo đói và chênh lệch dai dẳng còn lại sẽ khó giải quyết hơn.³⁸ Đồng thời, các chương trình giảm nghèo và an sinh xã hội hiện nay rất phức tạp, chồng chéo và gặp phải những thách thức trong việc tiếp cận các đối tượng cần hỗ trợ và giúp đỡ.³⁹

Hiện nay, một mặt Việt Nam phải đối mặt với khả năng bất công gia tăng giữa các cộng đồng và các khu vực, và mặt khác nghèo đói và chênh lệch dai dẳng có thể làm chậm lại hoặc thậm chí đảo ngược những tiến bộ không hề dễ dàng mà Việt Nam đã đạt được. Như Chương 2 trong báo cáo này phân tích, Việt Nam đang thực hiện một loạt các chuyển đổi về kinh tế xã hội. Những áp lực mới nảy sinh liên quan tới thay đổi về nhân khẩu, chuyển dịch dân số và áp lực về môi trường trong đó có biến đổi khí hậu có nguy cơ làm trầm trọng thêm những hình thức đói nghèo và bất bình đẳng hiện tại nếu như không được lập kế hoạch và quản lý thận trọng. Tăng trưởng kinh tế nhanh không nên là mục tiêu chính sách vì mục tiêu này thường gây ra phân phối

thu nhập bất bình đẳng và bỏ qua tính bền vững của tăng trưởng.

Tăng trưởng kinh tế nhanh không nên là mục tiêu chính sách vì mục tiêu này thường gây ra phân phối thu nhập bất bình đẳng và bỏ qua tính bền vững của tăng trưởng.

Ở cấp quốc gia, Việt Nam tiếp tục có những tiến bộ về nhiều chỉ số y tế trong đó có tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại một vài ngoại lệ đáng chú ý, ví dụ như tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng và tỷ lệ dân số không được tiếp cận nước sạch và vệ sinh còn cao. Tiến bộ ở cấp địa phương và trong các nhóm dân tộc thiểu số, vùng sâu vùng xa còn chưa đồng đều.⁴⁰ Việt Nam có tỷ lệ biết chữ cao, gần đạt mức phổ cập tiểu học và không còn khoảng cách về giới ở cấp tiểu học và trung học cơ sở. Tuy nhiên, những chỉ số giáo dục chính khác có rất ít cải thiện kể từ đầu những năm 2000. Ví dụ trong khi tỷ lệ biết chữ ở người lớn tiếp tục tăng trong giai đoạn từ năm 2000 đến năm 2008, thì tỷ lệ nhập học chung vẫn không thay đổi. Trong thập kỷ qua số năm đi học dự đoán chỉ tăng nhẹ; và mặc dù số năm đi học trung bình tăng lên, tốc độ tăng vẫn thấp hơn so với một số nước khác ở khu vực Đông Nam Á. Ở cấp địa phương, mức độ tiến bộ thậm chí có sự chênh lệch lớn hơn. Khoảng cách lớn trong cả hai lĩnh vực y tế và giáo dục vẫn tồn tại giữa các vùng, tỉnh và các nhóm kinh tế xã hội.

Báo cáo này đề xuất rằng cam kết mới và định hướng lại các ưu tiên phát triển nói chung là cần thiết để đảm bảo tăng trưởng và phát triển con người một cách công bằng và toàn diện, và đảm bảo tiếp cận toàn dân và công bằng cho mọi người dân Việt Nam đối với các dịch vụ y tế và giáo dục có chất lượng và giá cả phải chăng. Nỗ lực này cần đi kèm với việc xem xét thận trọng về tác động của các cách tiếp cận về chính sách đối với vấn đề tài chính và cung cấp dịch vụ xã hội. Ngoài ra cũng cần cân nhắc tới việc thiết kế và cung cấp các sáng kiến giảm nghèo và bảo trợ xã hội cho việc tiếp cận với các dịch vụ xã hội, cũng như các ưu tiên nói chung và hiệu quả của đầu tư công nhằm tăng chi tiêu xã hội.

VỀ BÁO CÁO NÀY

TỔNG QUAN VỀ TIẾN BỘ TRONG PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CỦA VIỆT NAM, TẬP TRUNG VÀO Y TẾ VÀ GIÁO DỤC

Báo cáo này phân tích tình hình hiện nay trong phát triển con người ở cấp địa phương, tập trung cụ thể vào

y tế và giáo dục, sử dụng 3 chỉ số phát triển con người chính là HDI, GDI và HPI, cùng với việc đưa ra chỉ số MPI được nội địa hóa trong báo cáo này. Dựa trên phân tích về các xu hướng trong các chỉ số phát triển con người ở cấp tỉnh và cấp vùng trong thập kỷ vừa qua, báo cáo này sẽ xem xét các nhân tố có thể đóng góp vào sự tăng chậm trong chỉ số tuổi thọ và giáo dục. Đặc biệt, báo cáo phân tích sự chênh lệch trong các kết quả y tế và giáo dục ở cấp địa phương và giữa các nhóm dân số khác nhau - điều có thể đóng góp vào những thay đổi trong chỉ số HDI ở cấp trung ương.

Báo cáo cũng tìm hiểu việc tiếp cận với dịch vụ y tế và giáo dục, cơ chế tài chính và cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục ở cấp quốc gia và những vấn đề cần làm đổi mới việc cung cấp dịch vụ cơ sở có thể tác động đến khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ. Trong khi Báo cáo Phát triển Con người quốc gia lần đầu tiên năm 2001 tập trung vào quá trình đổi mới và các tác động của nó tới giảm nghèo và phát triển con người (xem Hộp 1.4), báo cáo lần hai này phân tích các thách thức mà nhiều người Việt Nam hiện đang gặp phải trong việc tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản, vấn đề mà chính phủ sẽ cần giải quyết trong bối cảnh quốc gia đã trở thành nước có mức thu nhập trung bình.

HỘP 1.4: BÁO CÁO PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI ĐẦU TIÊN NĂM 2001: ĐỔI MỚI VÀ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở VIỆT NAM

Báo cáo Phát triển Con người quốc gia được xuất bản lần đầu tiên năm 2001 trong đó đưa ra bức tranh toàn cảnh về những tiến bộ mạnh trong các chỉ số phát triển con người chủ yếu. Báo cáo phân tích tác động của quá trình đổi mới đến các kết quả phát triển con người, lập luận rằng các cải cách do *đổi mới* đưa ra, đáng chú ý là việc chuyển từ nền kinh tế kế hoạch hóa tập trung sang nền kinh tế thị trường “với định hướng xã hội chủ nghĩa”; hội nhập vào các cộng đồng quốc tế và khu vực đã mang lại những tiến bộ cho phát triển con người và mở rộng sự lựa chọn cho con người cũng như giảm đói nghèo.⁴¹ Thành công của đổi mới là đã tạo ra một môi trường thuận lợi để người dân tham gia vào nền kinh tế, thể hiện trên chỉ số HDI ở cấp quốc gia, đặc biệt là sự cải thiện trong GDP bình quân đầu người (PPP).

Tuy nhiên báo cáo cũng cho thấy những chênh lệch đáng kể giữa các vùng ở tất cả các chỉ số phát triển con người: một số tỉnh ở vùng Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Hồng có mức độ phát triển tương đương với các nước như Hungary và Estonia, trong khi các tỉnh khác đặc biệt là ở vùng Đông Bắc, Tây Bắc và Tây Nguyên có mức độ phát triển tương đương với Lào, Nepal và Butan. Sử dụng số liệu thu nhập của TCTK để tính hệ số Gini đo lường bất công thu nhập, báo cáo cũng cho thấy bất công thu nhập đã tăng đáng kể đặc biệt vào nửa sau của thập kỷ vừa qua. Dường như cũng có mối quan hệ giữa các kết quả phát triển con người cao và mức bất công thu nhập giảm. Các tỉnh có thu nhập thấp song có HDI cao dường như có mức chênh lệch thu nhập thấp hơn so với các tỉnh có thu nhập bình quân đầu người cao song lại xếp hạng thấp hơn về phát triển con người.

Báo cáo cũng khuyến nghị 5 hợp phần trong chiến lược phát triển toàn diện nhằm tăng cường phát triển con người ở Việt Nam: (i) đẩy mạnh cải cách thể chế đặc biệt thực hiện các luật và chính sách tốt có hiệu quả hơn; (ii) tiếp tục cơ cấu lại nền kinh tế; (iii) thúc đẩy phát triển nông thôn; (iv) cải cách giáo dục và đào tạo, khoa học và công nghệ; và (v) mở rộng và cải thiện các dịch vụ công.⁴²

CÁC PHẦN CỦA BÁO CÁO

Phần Một của báo cáo phác thảo bối cảnh tổng quan của phân tích này. Chương 1 đưa ra khung phân tích và mục đích của báo cáo, đưa ra phần tổng quan về khái niệm phát triển con người và các chỉ số phát triển con người chính cũng như những xu hướng của chỉ số HDI ở Việt Nam. Chương 2 để

cập tới những chuyển đổi kinh tế xã hội phức tạp mà Việt Nam đang trải qua khi trở thành nước thu nhập trung bình bao gồm những xu hướng và thách thức về kinh tế, thị trường lao động, xã hội, dân số và môi trường có ảnh hưởng tới phát triển con người. Chương 3 phân tích chi tiết về xu hướng phát triển con người ở cấp địa phương trong giai đoạn từ năm

1999 đến 2008, và những tiến bộ cũng như chênh lệch giữa các vùng và giữa các tỉnh trong cả nước.

Phần Hai tập trung cụ thể vào những thách thức mà người dân đang gặp phải trong tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục. Chương 4 thảo luận về tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục và xác định những chênh lệch dài dằng cũng như những vấn đề mới nổi về tình trạng bất bình đẳng gia tăng giữa các vùng, các tỉnh và các nhóm kinh tế xã hội. Chương 5 thảo luận về các khuôn khổ chính sách hiện nay trong cung cấp dịch vụ xã hội, bao gồm cả những căng thẳng giữa cam kết chính sách của Việt Nam về tiếp cận toàn dân và hỗ trợ nhóm mục tiêu thông qua các sáng kiến giảm nghèo và an sinh xã hội cụ thể; lịch sử hình thành và tác động của chính sách “xã hội hóa”; và cơ chế tài chính đối với các dịch vụ y tế và giáo dục. Cuối cùng, Chương 6 thảo luận về tính sẵn có và chất lượng của dịch vụ và đánh giá ngắn gọn về những vấn đề chính liên quan tới việc cải thiện hoạt động cung cấp dịch vụ trong đó bao gồm cả văn hóa tổ chức và các biện pháp khuyến khích, sự tham gia và phản hồi của người sử dụng vào việc lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ, việc sử dụng các phương pháp lập kế hoạch và giám sát hiện đại và phát triển chuyên môn của nhân viên. Báo cáo kết thúc với phần thảo luận về định hướng chính sách dựa trên các kết quả phân tích.

CÁC CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI SỬ DỤNG TRONG BÁO CÁO NÀY

Báo cáo này sử dụng bộ chỉ số phát triển con người gốc, đó là chỉ số HDI, GDI và HPI như được tính toán trong báo cáo HDR toàn cầu năm 2009 và định nghĩa ở hộp 1.2. Báo cáo cũng dựa trên phân tích ở cấp vùng và cấp tỉnh sử dụng dữ liệu của Tổng cục Thống kê (TCTK) và Viện Khoa học Xã hội Việt Nam (VASS) áp dụng phương pháp tính toán trong các Báo cáo Phát triển con người toàn cầu cho tới năm 2009. Báo cáo này cũng dựa trên các bản báo cáo phát triển con người toàn cầu cung cấp để so sánh Việt Nam với các nước khác trong khu vực, sử dụng chỉ số HDI theo cách tính toán ban đầu và ba chỉ số thành phần của HDI là: giáo dục (tỷ lệ biết chữ ở người lớn và tỷ lệ nhập học chung); tuổi thọ và thu nhập (GDP bình quân đầu người tính theo sức mua tương đương).

Mỗi chỉ số trong ba chỉ số phát triển con người sử dụng trong báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2009 đều có những điểm hạn chế của nó. Ví dụ đối với chỉ số HDI, tỷ lệ nhập học chung không phản ánh chất lượng học của học sinh và có thể “che dấu

những khác biệt quan trọng giữa các nước do độ tuổi tương ứng với từng cấp học khác nhau và thời gian của các chương trình giáo dục”⁴³ Tỷ lệ biết chữ cũng trở nên ít ý nghĩa hơn khi quốc gia đạt được mức phát triển cao hơn.⁴⁴ Chỉ số GDI dựa trên số liệu ước tính cho hầu hết các quốc gia hơn là số liệu thực tế, đặc biệt đối với chiểu về thu nhập.⁴⁵ Chỉ số HPI đo lường những thiếu hụt ở mức độ tổng hợp và không thể xác định các nhóm hay các hộ cụ thể bị thiếu hụt đồng thời ở nhiều chiều.⁴⁶

Để giải quyết những hạn chế này, báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2010 đã giới thiệu một phương pháp mới để tính toán chỉ số HDI. Các chỉ số giáo dục cũ được thay thế bằng số năm đi học trung bình và số năm đi học dự kiến, nhằm đưa ra một thước đo chính xác hơn về các thành tựu giáo dục. GDP bình quân đầu người được thay thế bằng thu nhập quốc gia bình quân đầu người (GNI). Ngoài ra, báo cáo toàn cầu 2010 cũng giới thiệu ba chỉ số mới, đó là: chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI), chỉ số bất bình đẳng giới (GII) và chỉ số HDI điều chỉnh bất bình đẳng (IHDI).⁴⁷

Chỉ số MPI, được nội địa hóa trong bối cảnh của Việt Nam, đã được sử dụng trong báo cáo này. Tuy nhiên, báo cáo này chưa sử dụng chỉ số HDI điều chỉnh, cũng như các chỉ số mới là IHDI và GIJ vốn đã được tính toán cho Việt Nam ở cấp độ quốc gia trong báo cáo toàn cầu 2010. Có nhiều lý do cho thực tế này.

Thứ nhất, như trong báo cáo toàn cầu năm 2010 đã ghi nhận, các chỉ số thành phần cũ của chỉ số HDI đó là tuổi thọ, tỷ lệ biết chữ ở người lớn, tỷ lệ nhập học và GDP bình quân đầu người, vẫn có thể dễ dàng thu thập và có ý nghĩa đối với việc phân tích so sánh.⁴⁸ Báo cáo này nhằm phân tích xu hướng theo thời gian ở cấp trung ương, vùng và tỉnh. Các chỉ số mới năm 2010 vẫn chưa được TCTK tính toán cho cấp vùng và cấp tỉnh. Và các chỉ số này cũng chưa được tính toán cho các năm trước đây để so sánh sự thay đổi theo thời gian. Vì vậy báo cáo này không sử dụng cách tính mới cho chỉ số HDI hay chỉ số điều chỉnh bất bình đẳng IHDI. Tuy nhiên, những hạn chế của chỉ số HDI theo phương pháp cũ, đặc biệt liên quan tới thành tựu giáo dục cần được lưu tâm khi đọc báo cáo này.

Thứ hai, và quan trọng hơn trong bối cảnh Việt Nam, đó là Báo cáo HDR toàn cầu 2010 tính toán chỉ số MPI cho Việt Nam dựa trên các số liệu từ Điều tra y tế nhân khẩu năm 2002. Điều tra này được sử dụng để có thể cung cấp số liệu so sánh với các nước khác vì không có điều tra gần đây nào của Việt Nam có tất cả các chỉ số sử dụng trong chỉ số MPI toàn cầu.

Tuy nhiên, do điều kiện ở Việt Nam đã có sự thay đổi đáng kể trong thập kỷ vừa qua, nên cần có sự lý giải thận trọng đối với chỉ số MPI toàn cầu của Việt Nam. Chỉ số MPI toàn cầu là số liệu ít cập nhật hơn so với các chỉ số đo lường nghèo đói đa chiều khác hiện có sử dụng số liệu gần đây, trong đó có chỉ số HPI, chỉ số nghèo đa chiều ở trẻ em (CPR) do Bộ LĐTBXH và UNICEF xây dựng, và chỉ số MPI sử dụng trong điều tra đói nghèo đô thị.

Báo cáo này giới thiệu chỉ số MPI mới, được nội địa hóa cho Việt Nam dựa trên 9 chỉ báo thành phần tính toán từ bộ số liệu VHLSS năm 2008.

Báo cáo này giới thiệu chỉ số MPI mới, được nội địa hóa cho Việt Nam dựa trên 9 chỉ báo thành phần tính toán từ bộ số liệu VHLSS năm 2008. Chỉ số MPI là cơ sở để đo lường nghèo đói phi tiền tệ trong các báo cáo phát triển con người quốc gia trong tương lai sử dụng các chỉ báo quốc gia sẵn có thu thập định kỳ từ điều tra VHLSS. Phần chú thích kỹ thuật mô tả cách tính chỉ số này được đưa vào phần phụ lục 3. Chỉ số HPI vẫn là chỉ số phù hợp để đo lường mức độ thiếu hụt trầm trọng về thu nhập và các khía cạnh phi thu nhập của con người theo thời gian.

Chỉ số bất bình đẳng giới (GII) đưa ra trong Báo cáo HDR toàn cầu năm 2010 bao gồm các chỉ báo về sức khỏe sinh sản như tỷ lệ chết ở bà mẹ và tỷ lệ sinh ở tuổi vị thành niên cũng như sự tham gia của nữ giới vào thị trường lao động, đại diện của nữ giới trong quốc hội và số năm đi học. Chỉ số GIJ mới của Việt Nam tương đương với mức phát triển con người cao, xếp thứ 58 trong số 137 nước. Tuy nhiên các chỉ báo này không phải là thước đo đánh giá chính xác nhất về những tiến bộ theo hướng bình đẳng giới ở Việt Nam – nước có tỷ lệ phụ nữ tham gia chính trị và tham gia thị trường lao động khá cao. Mặc dù tỷ lệ nữ tham gia lực lượng lao động cao song phần lớn lao động nữ tập trung ở khu vực làm việc không chính thức. Trong khi khoảng cách về lương theo giới là khoảng 12% trên toàn quốc, mức chênh lệch lên tới 50% ở khu vực phi chính thức. Những chỉ số khác như chênh lệch về lương theo giới, tỷ lệ mất cân bằng giới tính khi sinh của cả nước tăng lên mức là 110,5 trẻ em trai/100 trẻ em gái và tình trạng bạo lực gia đình phổ biến với khoảng 34% phụ nữ từng chịu bạo lực ít nhất một lần trong cuộc đời cho thấy tình hình thực sự về giới ở Việt Nam.⁴⁹

CÁC NGUỒN DỮ LIỆU KHÁC

Báo cáo bổ sung phần thảo luận về các chỉ số thành phần của HDI bằng cách sử dụng các nguồn số liệu quốc gia đặc biệt là VHLSS và Tổng điều tra dân số và nhà ở để có được các số liệu phù hợp không có trong bộ chỉ số phát triển con người như tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh, tỷ lệ hoàn thành các cấp, tỷ lệ nghèo đói và bất bình đẳng ở cấp quốc gia, vùng và cấp tỉnh. Việc sử dụng số liệu VHLSS và Tổng điều tra dân số và nhà ở cũng cho phép bóc tách giữa các nhóm kinh tế xã hội bao gồm người dân tộc, nữ giới, người già và những người có trình độ giáo dục và mức thu nhập khác nhau để phân tích sự khác biệt cũng như mức độ thiếu hụt của các nhóm dân cư khác nhau ở Việt Nam. Số liệu từ các nguồn khác như các điều tra quy mô nhỏ của Chính phủ, LHQ và các đối tác phát triển cũng được sử dụng để bổ sung và để kiểm chứng với các dữ liệu từ các nguồn chính thức nói trên.

Các chỉ số phát triển con người, tổng điều tra dân số và VHLSS đưa ra một bức tranh khá toàn diện về các khía cạnh y tế, giáo dục và mức sống với những thay đổi theo thời gian ở Việt Nam.

Tổng điều tra dân số và VHLSS đều có những điểm mạnh và điểm yếu riêng: ví dụ Tổng điều tra dân số năm 2009 sử dụng mẫu đại diện là 15% dân số Việt Nam nhưng chỉ được tiến hành 10 năm một lần và có rất ít thông tin liên quan tới những đặc trưng về kinh tế xã hội của khu vực dân cư. Tổng điều tra dân số chỉ đưa ra bức tranh rất khái quát về những xu hướng thay đổi trong y tế, giáo dục và mức sống. VHLSS được tiến hành 2 năm một lần, do đó có thể phản ánh những thay đổi ngắn hạn theo thời gian. VHLSS có dàn mẫu điều tra nhỏ dựa trên cách lấy mẫu ngẫu nhiên đơn giản do đó mặc dù có thể đại diện cho toàn bộ dân số song số liệu ít chính xác hơn ở mức mẫu nhỏ, ví dụ như trong các nhóm dân số nhỏ như nhóm dân tộc thiểu số. Tuy nhiên, cả Tổng điều tra và VHLSS đều không điều tra một vài nhóm dân số có thể là người nghèo và bị thiệt thòi như lao động nhập cư theo mùa vụ và tạm thời.⁵⁰ Tuy nhiên, khi được sử dụng kết hợp với nhau, các chỉ số phát triển con người, tổng điều tra dân số và VHLSS đưa ra một bức tranh khá toàn diện về các khía cạnh y tế, giáo dục và mức sống với những thay đổi theo thời gian ở Việt Nam.

Các phương pháp đo lường đói nghèo và thiếu hụt đa chiều như chỉ số HPI cũng bổ sung thêm các bằng chứng quan trọng.

CHUYỂN ĐỔI KINH TẾ XÃ HỘI CỦA VIỆT NAM

CHẶNG ĐƯỜNG TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ VÀ TIẾN BỘ ĐẠT ĐƯỢC

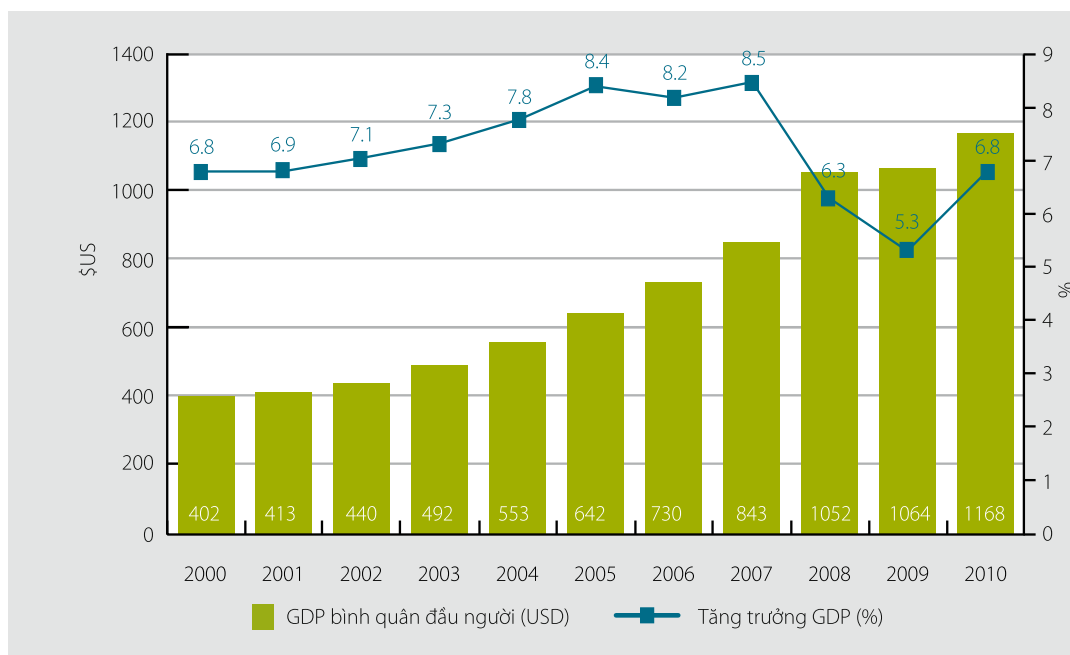
VIỆT NAM CÓ TỐC ĐỘ TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ CAO VÀ GIẢM NGHÈO NHANH

Năm 2009, Việt Nam đã chính thức trở thành nước có thu nhập trung bình với tổng thu nhập quốc gia (GNI) bình quân đầu người là 1.020 đô la Mỹ năm 2009 và 1.110 đô la Mỹ năm 2010.¹ Điều này được củng cố vững chắc trên cơ sở Việt Nam đã đạt được “mức phát triển con người trung bình”. Những dấu mốc trong quá trình phát triển này của Việt Nam là minh chứng cho những thành tựu của quốc gia trong cả khía cạnh thu

nhập và phi thu nhập của phát triển con người, mặc dù như chương trước đã phân tích, tăng trưởng thu nhập đã là nguồn động lực chính thúc đẩy tiến bộ của Việt Nam về chỉ số HDI, đặc biệt trong giai đoạn 1999-2008.

Trong giai đoạn từ năm 2000 đến 2010, Việt Nam tiếp tục đạt được mức tăng trưởng kinh tế cao. GDP hàng năm tăng từ 6 đến 8% trong thập kỷ qua trừ những năm ngay sau khi xảy ra khủng hoảng kinh tế: trong đó tốc độ tăng GDP chỉ đạt 6,31% vào năm 2008 và 5,32% năm 2009 trước khi phục hồi lên mức 6,8% vào năm 2010 (Hình 2.1).² GDP bình quân đầu người đã tăng nhanh trong thời gian này từ mức 402 đô la Mỹ năm 2000 lên 1.168 đô la Mỹ năm 2010. Tuy nhiên, GDP bình quân đầu người của Việt Nam vẫn thấp hơn hầu hết các nước trong khu vực ngoại trừ Lào và Campuchia.³

Hình 2.1: Tăng trưởng GDP và GDP bình quân đầu người của Việt Nam (đôla Mỹ), 2000-2010



Nguồn: TCTK, www.gso.gov.vn

Tỷ lệ người nghèo dựa trên chi tiêu cũng đã giảm đáng kể trong thời gian này từ 37,4% năm 1998 xuống 14,5% năm 2008. Đói nghèo nông thôn giảm từ 44,9% xuống 18,7% trong khi đói nghèo thành thị giảm từ 9,5% xuống 3,3%.⁴ Mặc dù tỷ lệ nghèo có khả năng bị đánh giá thấp hơn thực tế do chuẩn nghèo của Việt Nam khá thấp so với tiêu chuẩn quốc tế⁵ và một số nhóm dễ bị tổn thương nhất thường nằm ngoài các cuộc điều tra quốc gia, song tốc độ giảm nghèo của Việt Nam được coi là một thành tựu đáng kể. Về lĩnh vực này, Việt Nam đã đạt được tiến bộ rất đáng chú ý và đã được ghi nhận tại Hội nghị thượng đỉnh thiên niên kỷ vào tháng 9 năm 2010.⁶

Cho dù có những thành tựu trên song tiến bộ về giảm nghèo vẫn diễn ra không đồng đều giữa các vùng và các nhóm dân cư khác nhau.

Tiến bộ về giảm nghèo vẫn diễn ra không đồng đều giữa các vùng và các nhóm dân cư khác nhau.

Nghèo đói có mối tương quan mạnh với vị trí địa lý và dân tộc cũng như với những thiếu hụt phi tiền tệ như mức sống thấp hơn và tình trạng y tế và giáo dục kém hơn. Tỷ lệ nghèo cao nhất là ở vùng trung du và miền núi phía Bắc và thấp nhất là ở Đông Nam Bộ.⁷ Trong 2 người dân tộc thiểu số thì có một người nghèo trong khi trong 11 người Kinh mới có một người nghèo. Tỷ lệ đói nghèo của người Kinh là 8,9% năm 2008 – so với 50,3% ở người dân tộc thiểu số. Tỷ lệ giảm nghèo diễn ra nhanh hơn ở khu vực đô thị, ở nhóm người Kinh cũng như vùng Đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ. Trong khi đó, bất bình đẳng về thu nhập dường như đang tăng lên mặc dù tốc độ tăng chậm hơn so với các nước khác trong khu vực. Hệ số Gini về thu nhập tăng từ 0,418 năm 2002 lên 0,434 năm 2008. Khoảng cách về thu nhập giữa ngũ phân vị nghèo nhất và giàu nhất là 8,94 lần trong năm 2008, tăng so với mức 8,1 lần năm 2002.⁸

Bảng 2.1: Tỷ lệ nghèo và tốc độ giảm nghèo giai đoạn 1998-2008 (%)⁹

	1998	2002	2004	2006	2008	Tỷ lệ giảm nghèo (%) 1998-2008
Việt Nam	34.7	28.9	19.5	16	14.5	58
Thành thị	9.5	6.6	3.6	3.9	3.3	65
Nông thôn	44.9	35.6	25	20.4	18.7	58
Đồng bằng sông Hồng	30.7	21.5	11.8	8.9	8.0	74
Trung du và miền núi phía Bắc	64.5	47.9	38.3	32.3	31.6	51
Bắc Trung Bộ và duyên hải Nam Trung Bộ	42.5	35.7	25.9	22.3	18.4	57
Tây Nguyên	52.4	51.8	33.1	28.6	24.1	54
Đông Nam Bộ	7.6	8.2	3.6	3.8	2.3	70
Đồng bằng sông Cửu Long	36.9	23.4	15.9	10.3	12.3	67
Người Kinh	31.1	23.1	13.5	10.3	8.9	71
Các dân tộc khác	75.2	69.3	60.7	52.5	50.3	33

Nguồn: VHLSS năm 2008; Báo cáo MDG Việt Nam 2010.

VIỆT NAM ĐANG TRÊN CHẶNG ĐƯỜNG ĐẠT ĐƯỢC MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN THIÊN NIÊN KỶ

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ quan trọng trong nhiều chỉ số Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ (MDG) trong một thập kỷ qua, bao gồm cả những mục tiêu y tế và giáo dục chính và đang đi đúng hướng để đạt được các MDG ở cấp quốc gia. Tỷ lệ biết chữ của người trên 10 tuổi tăng từ 89,5% năm 1998 lên 93,1% năm 2008. Mặt khác tỷ lệ nhập học

đúng tuổi ở cấp tiểu học là 97% và trung học cơ sở 83% trong năm học 2008/09. Khoảng cách về giới ở các cấp học thấp hơn đã được thu hẹp, với tỷ lệ ngang bằng 94% số trẻ em trai và gái ở độ tuổi từ 6 đến 14 tuổi nhập học trong năm 2008. Tỷ lệ học sinh nữ nhập học cao hơn so với học sinh nam ở các cấp trung học phổ thông và đại học cao đẳng.¹⁰

Về các chỉ số liên quan tới y tế, tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 58 trường hợp trên 1.000 ca năm

1999 xuống còn 24,4 trên 1.000 năm 2009 trong khi tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh giảm từ 44,4 trên 1.000 xuống 16 trên 1.000 ca trong cùng thời gian này. Theo số liệu của Bộ Y tế, tỷ lệ tử vong ở bà mẹ hiện nay là 69 trong 100.000 ca sinh và 94,8% ca sinh có nhân viên y tế có chuyên môn đỡ đẻ vào năm 2008. Ngoài ra hiện nay có 83% dân số nông thôn được tiếp cận nước sạch, tăng so với mức trên 30% năm 2000 và 63% số hộ gia đình ở nông thôn có nhà vệ sinh đủ tiêu chuẩn. Tuy nhiên, Việt Nam không có khả năng đạt được MDG số 6 về HIV, và dường như những tiến bộ trong việc giảm tỷ lệ chết ở bà mẹ khi sinh đã chững lại trong những năm gần đây.¹¹

Tuy nhiên, như Chương 3 phân tích, các kết quả tích cực trên ở cấp quốc gia dường như không cho thấy thực trạng chênh lệch lớn và dai dẳng giữa các vùng và các tỉnh khác nhau và giữa các nhóm dân số khác nhau. Ngoài ra, Việt Nam hiện còn gặp phải những thách thức và thay đổi phức tạp về kinh tế xã hội có nguy cơ làm đảo ngược những thành tích này và phá hủy các kết quả phát triển con người trong tương lai nếu như những thách thức này không được giải quyết và quản lý tốt. Những thách thức về phát triển con người sẽ được thảo luận kỹ ở các phần sau.

MÔI TRƯỜNG KINH TẾ VĨ MÔ BẤT ỔN

MÔI TRƯỜNG KINH TẾ VĨ MÔ VÀ CÁC THÁCH THỨC ĐỐI VỚI PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Mặc dù đã có những thành tựu tích cực trong tăng trưởng GDP và giảm nghèo trong thập kỷ vừa qua, song Việt Nam cũng đã trải qua những thời kỳ bất ổn về kinh tế vĩ mô trong những năm gần đây. Tỷ lệ lạm phát của Việt Nam cao nhất trong khu vực với chỉ số giá tiêu dùng (CPI) bình quân trong giai đoạn từ 2004 đến 2009 là 10,2% so với 2,9% của Trung Quốc và 3,1% của Thái Lan.¹² Lạm phát tiếp tục ở mức cao và biến động phức tạp trong năm 2010 và 2011.¹³ Ngoài ra, trong thập kỷ qua, nền kinh tế Việt Nam liên tục trong tình trạng thâm hụt tài khoản vãng lai trong cán cân thanh toán, với mức thâm hụt chiếm khoảng 12% GDP năm 2010.¹⁴ Tình trạng thâm hụt này cho thấy sự không tương xứng giữa đầu tư nước ngoài và đầu tư trong nước trong nền kinh tế Việt Nam - cái gọi là “khoảng cách đầu tư”. “Khoảng cách” này xuất phát một phần từ mô hình kinh tế ưu tiên tăng trưởng dựa trên đầu tư, với tỷ lệ đầu tư chiếm 42% GDP năm 2010.¹⁵ Đồng thời, tỷ lệ thu hồi trên đầu tư liên tục giảm, cho thấy đầu tư đang ngày càng trở nên kém hiệu quả ở Việt

Nam.¹⁶ Điều này đã tạo ra những áp lực không cần thiết lên tài khoản vãng lai của Việt Nam, khiến Việt Nam phụ thuộc nhiều hơn vào các nguồn vốn phát triển từ bên ngoài và khiến Việt Nam trở nên dễ bị tổn thương hơn trước các cú sốc kinh tế toàn cầu như cuộc khủng hoảng tài chính gần đây.¹⁷ Mặc dù Việt Nam đã duy trì được tốc độ tăng trưởng GDP trong giai đoạn suy thoái kinh tế, nhưng ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng đối với sinh kế và đời sống của nhiều người Việt Nam là rất lớn.

Mặc dù Việt Nam đã duy trì được tốc độ tăng trưởng GDP trong giai đoạn suy thoái kinh tế, nhưng ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng đối với sinh kế và đời sống của nhiều người Việt Nam là rất lớn.

Việc làm ở các khu vực sản xuất hàng xuất khẩu và ở các làng nghề thủ công bị thu hẹp và nhiều công nhân nhập cư buộc phải trở về quê hương. Công việc không ổn định và thu nhập thấp đã ảnh hưởng tới nhiều hộ gia đình, trong khi giá cả thực phẩm và các hàng hóa thiết yếu khác vẫn ở mức cao.¹⁸ Nhiều hộ gia đình đã cắt giảm chi tiêu cho giáo dục và trong một số trường hợp, không thể cho con đi học nữa. Nhiều gia đình cũng cắt giảm chi tiêu thực phẩm và do đó tác động tới sức khỏe và dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em.¹⁹

Bất ổn kinh tế vĩ mô khiến Việt Nam trở thành điểm đến kém hấp dẫn hơn đối với nhà đầu tư: Việt Nam đứng thứ hạng thấp hơn so với hầu hết các nước trong khu vực Đông Nam Á xét về tính cạnh tranh quốc tế, chỉ trên Campuchia và Philippines nhưng lại dưới Indonesia, Thái Lan và Malaysia.²⁰ Điều này cũng ảnh hưởng tới mức sống của con người thông qua việc giảm sức mua của người tiêu dùng và làm tăng chi phí của các dịch vụ xã hội, bao gồm cả y tế và giáo dục. Ngoài ra cơ sở hạ tầng yếu kém, trong đó có tình trạng thiếu điện thường xuyên, kỹ năng và năng suất thấp, môi trường pháp lý không đủ minh bạch và ổn định cũng cản trở các nhà đầu tư cả trong và ngoài nước.²¹ Cơ sở hạ tầng yếu cũng làm xói mòn sự tăng trưởng của các doanh nghiệp trong nước trong đó có sự phát triển của khu vực doanh nghiệp siêu nhỏ, nhỏ và vừa.²² Triển vọng kinh tế vĩ mô hiện nay của Việt Nam cũng đặt ra những thách thức cụ thể trước xu hướng chuyển đổi kinh tế và xã hội đan xen mà đất nước đang trải qua. Những chuyển đổi này có thể phá hủy sự phát triển trong tương lai của đất nước và khả năng hiện thực hóa lên mức phát triển con người và các kết quả cao hơn cho tất cả mọi người Việt Nam.

DÂN SỐ KHỎE MẠNH VÀ CÓ HỌC THỨC LÀ CHÌA KHÓA ĐỂ TIẾP TỤC TĂNG TRƯỞNG KINH TẾ

Trong phần thảo luận về phát triển con người và các khía cạnh thu nhập và phi thu nhập, có một số vấn đề chính nổi lên từ những phân tích gần đây. Thứ nhất, hiện các nhà phân tích về nền kinh tế Việt Nam đang ngày càng có sự đồng thuận rằng mô hình tăng trưởng hiện nay đang làm cạn kiệt nhanh chóng tiềm năng và khó có thể tiếp tục đạt được tăng trưởng kinh tế cao trong dài hạn với môi trường kinh tế vĩ mô như hiện nay. Thực vậy, nhân tố có đóng góp lớn gây ra bất ổn kinh tế vĩ mô là do các nhà hoạch định chính sách khoảng cách thường có xu hướng ưu tiên cho đầu tư quy mô lớn, và thường kém hiệu quả làm động lực cho tăng trưởng kinh tế.²³ Gần đây, đã có dấu hiệu cho thấy chính phủ nhận thức được tầm quan trọng của việc tập trung vào chất lượng tăng trưởng và ổn định kinh tế trong dài hạn.²⁴ Thứ hai và quan trọng trong khuôn khổ chủ đề của báo cáo này, có sự đồng thuận rõ ràng trong các nhà hoạch định chính sách và giới phân tích rằng Việt Nam cần phải xây dựng lực lượng lao động có kỹ năng, công nghệ và tri thức cao để nâng cao năng suất. Việt Nam cũng cần chuyển dịch sang các ngành có kỹ năng cao hơn nhằm tránh cái gọi là “bẫy thu nhập trung bình” (Hộp 2.1).²⁵ Như trong Báo cáo về Khả năng cạnh tranh của Việt Nam năm 2010 nêu rõ:

...Việt Nam đang đối mặt với tình trạng thiếu nguồn nhân lực chất lượng cao, một cản trở chính để tăng năng suất. Nếu Việt Nam hài lòng với những thành tựu về các chỉ số năng lực con người cơ bản như hiện nay, Việt Nam sẽ khó có thể phát triển vượt ra khỏi mức hiện nay và tiến lên nấc thang cạnh tranh cao hơn trên thế giới.²⁶

Trước tính dễ bị tổn thương với các ảnh hưởng của các cú sốc tài chính toàn cầu và những yếu kém hiện nay của đầu tư nước ngoài ở Việt Nam cũng như nhu cầu bên ngoài thấp đối với các sản phẩm xuất khẩu của Việt Nam, nhu cầu và các thị trường trong nước đang nổi lên là nguồn động lực quan trọng của tăng trưởng kinh tế. Tuy nhiên tăng cầu trong nước không chỉ đòi hỏi phải có các sản phẩm hàng hóa và dịch vụ trong nước sản xuất ra có chất lượng tốt đáp ứng nhu cầu và mong muốn của người tiêu dùng và có thể cạnh tranh với sản phẩm tương tự từ nước ngoài. Nhu cầu nội địa tăng cũng đòi hỏi phải có lực lượng dân chúng giàu có, có tri thức và khỏe mạnh hơn.²⁷ Như vậy, cải thiện các kết quả về y tế và giáo dục (bao gồm cả các kết quả được đo lường trong chỉ số HDI) có vai trò quan trọng để tiếp tục tăng trưởng kinh tế và tạo điều kiện để Việt Nam có thể trở thành quốc gia có mức sống và thu nhập cao hơn.

HỘP 2.1: NƯỚC THU NHẬP TRUNG BÌNH, MỨC PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI TRUNG BÌNH VÀ “BÃY THU NHẬP TRUNG BÌNH”

Nước có thu nhập trung bình (MIC) theo phân loại của Ngân hàng thế giới dựa trên tổng thu nhập quốc dân bình quân đầu người (GNI) hàng năm: các nước trong nhóm thu nhập bình quân đầu người ở mức trung bình thấp như Việt Nam là nước có GNI bình quân đầu người từ 996-3.945 đô la Mỹ trong năm 2009.²⁸

Phát triển con người ở mức trung bình là phân loại được sử dụng trong Báo cáo HDR và là các nước rơi vào nhóm tứ phân vị thứ ba trong số các nước dựa trên các tiến bộ về ba khía cạnh chính là y tế (tuổi thọ); giáo dục (tỷ lệ biết chữ của người lớn và tỷ lệ nhập học chung); và mức sống (GDP bình quân đầu người theo sức mua tương đương PPP) đo lường bởi chỉ số HDI.²⁹

Là một chỉ số đa chiều, HDI cung cấp đánh giá đa dạng hơn về phát triển con người so với đánh giá chỉ đơn thuần dựa trên chỉ số GNI bình quân đầu người. Tuy nhiên hệ thống phân loại của Ngân hàng Thế giới được sử dụng để quyết định mức độ và các điều kiện để một quốc gia được nhận Hỗ trợ phát triển chính thức (ODA). Hiện nay Việt Nam đã trở thành nước MIC, nguồn vốn viện trợ trong tương lai sẽ giảm xuống với mức độ cam kết viện trợ thấp hơn cho Việt Nam.³⁰ Chuyển đổi sang vị thế của một nước MIC do đó có ngụ ý quan trọng đối với phát triển con người, ảnh hưởng tới hỗ trợ phát triển dành cho giáo dục, y tế và các sáng kiến an sinh xã hội.

Bẫy thu nhập trung bình đề cập đến kinh nghiệm của các nước đang phát triển đã đạt tới một mức thu nhập nhất định nhưng chưa thể đạt được mức độ phát triển cho phép các nước này có thể trở thành nước thu nhập cao. Các nước trong trường hợp này thường tận dụng thành công chi phí nhân công giá rẻ, sử dụng ít hơn đất đai và các nguồn lực tài chính để thu hút đầu tư. Điều này tạo điều kiện để các nước này chuyển từ sản xuất nông nghiệp với trình độ thấp sang sản xuất nông nghiệp với trình độ cao hơn và công nghiệp sử dụng kỹ thuật thấp, tăng thu nhập và tạo ra tăng trưởng kinh tế nhanh chóng. Nhưng khi thu

nhập tăng, giá lao động không còn rẻ nữa vì công nhân đòi hỏi và cần lương cao hơn, đất không được tận dụng đầy đủ và nguồn vốn không còn sẵn có và chi phí bắt đầu tăng lên, làm giảm tính cạnh tranh của các ngành công nghiệp có công nghệ thấp. Giải pháp để xử lý cái gọi là “bẫy” chính là nâng cấp chuỗi giá trị trong các ngành công nghệ cao và kỹ thuật cao và đồng thời cũng quan trọng là cải tiến và đầu tư vào nghiên cứu và phát triển. Đồng thời quan trọng là đảm bảo có sẵn lực lượng lao động trong nước có trình độ, kỹ năng cao, được đào tạo làm công việc chuyên môn cao để hỗ trợ cho sự thay đổi này. Đây là quá trình chuyển đổi khó khăn.³¹

Ví dụ, các nước MIC như Thái Lan, Philippines và Malaysia trong một thập kỷ qua đã và đang trải qua thời kỳ tăng trưởng chậm lại và thứ hạng cạnh tranh không được cải thiện. Trong khi cả ba nước này đều đã có sự phục hồi trong mức tăng trưởng GDP sau khi khủng hoảng kinh tế, song chỉ có Philippines có số lượng việc làm trong ngành công nghiệp phục hồi trở lại bằng mức trước khủng hoảng. Các nước này đều bết tắc khi ở nhóm nước MIC trong vài thập kỷ qua. Philippines và Malaysia có tỷ lệ đầu tư nằm trong nhóm thấp nhất trong các nước MIC trên toàn cầu, và quan trọng là, cả ba nước này đều gặp phải trở ngại là khả năng, chuyên môn và kỹ năng của các doanh nghiệp trong việc đổi mới và sản xuất ra các sản phẩm mới.³²

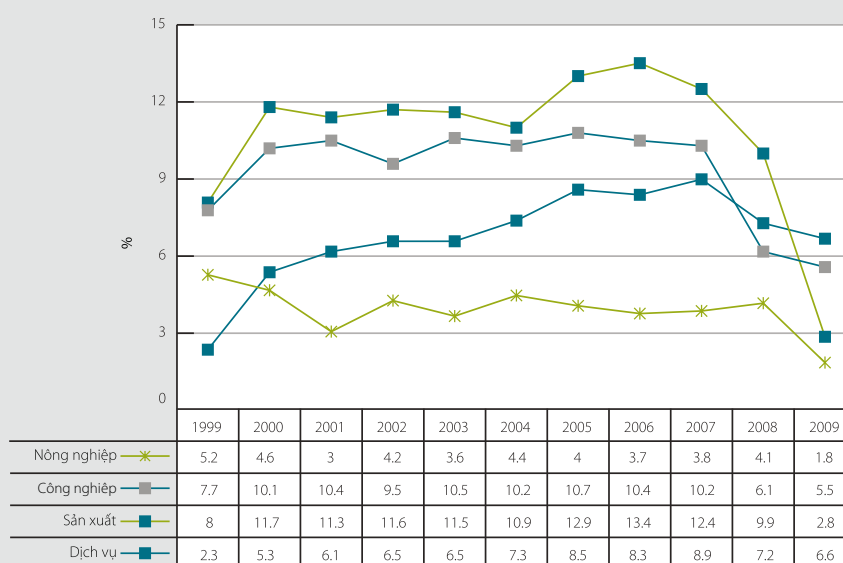
NHỮNG THAY ĐỔI VỀ CẤU TRÚC TRONG NỀN KINH TẾ VÀ THỊ TRƯỜNG LAO ĐỘNG

THỊ TRƯỜNG LAO ĐỘNG THAY ĐỔI

Kể từ khi đổi mới bắt đầu năm 1986, Việt Nam đã trải qua giai đoạn chuyển đổi từ nền kinh tế kế hoạch hóa sang nền kinh tế thị trường “có định hướng xã hội chủ nghĩa” và đã dần dần mở cửa thị trường cho đầu tư và thương mại quốc tế. Quá trình này đã được đẩy mạnh sau khi Việt Nam gia nhập Tổ chức thương mại thế giới (WTO) năm 2007. Những

thành công kinh tế của Việt Nam dựa trên năng suất nông nghiệp cao, tăng trưởng xuất khẩu đặc biệt là dầu mỏ và các ngành như giày da, may mặc và đầu tư trực tiếp nước ngoài (FDI). Qua thời gian, cơ cấu kinh tế đã thay đổi đáng kể, tỷ trọng đóng góp của ngành công nghiệp và xây dựng trong GDP tăng lên trong khi tỷ trọng nông nghiệp giảm xuống và ngành dịch vụ không thay đổi trong giai đoạn từ năm 2000 đến 2009.³³ Cả ba ngành này đều có tốc độ tăng trưởng ổn định từ năm 2000, mặc dù giảm sút vào năm 2008-2009 do tác động của khủng hoảng tài chính song sau đó đã phục hồi lại vào năm 2010, cho dù chưa đạt được mức trước khủng hoảng.³⁴ Ngành sản xuất bị ảnh hưởng nhiều nhất với tốc độ tăng trưởng giảm từ 12,4% năm 2007 xuống 2,8% năm 2009 (Hình 2.2).³⁵

Hình 2.2: Tăng trưởng GDP thực tế hàng năm với đóng góp của các thành phần kinh tế (năm gốc 1994)



Nguồn: Tài khoản quốc gia, TCKT, trích dẫn trong Bộ LĐTĐXH/ILO/EU 2011

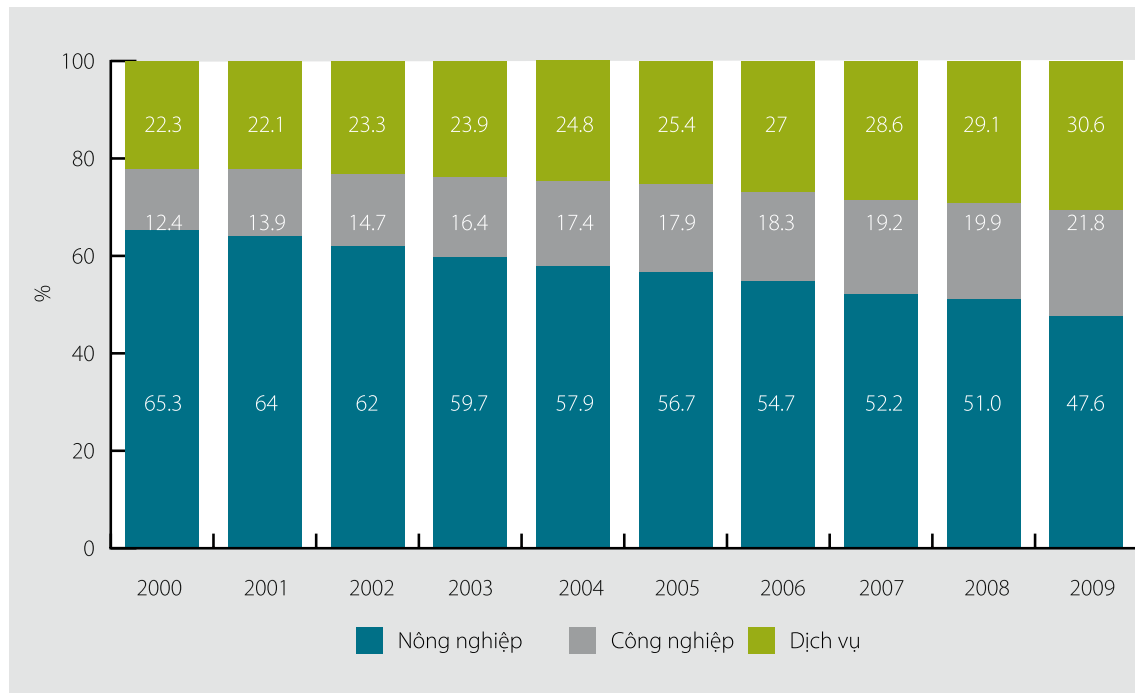
Mở cửa và tự do hóa nền kinh tế ở Việt Nam đã tạo sự bùng nổ các doanh nghiệp chủ yếu là doanh nghiệp nhỏ và hộ tự doanh: trong tổng số 355.000 doanh nghiệp tư nhân hiện đăng ký kinh doanh, 98,4% là doanh nghiệp vừa và nhỏ.³⁶ Nhờ môi trường kinh doanh đã được cải thiện, nhất là từ sau khi gia nhập WTO, Việt Nam vẫn được coi là điểm đến hấp dẫn đối với nhà đầu tư nước ngoài bất chấp những thách thức về kinh tế vĩ mô như thảo luận ở trên.

Kết quả là, khu vực FDI và khu vực tư nhân ngày càng có vai trò quan trọng trong nền kinh tế. Khu vực FDI và khu vực tư nhân đã tạo ra phần lớn việc làm mới, do tốc độ tạo việc làm ở các khu vực này nhanh hơn nhiều so với khu vực doanh nghiệp nhà nước (SOE).³⁷ Tỷ lệ việc làm tại các doanh nghiệp tư nhân tăng từ 29% năm 2000 lên 50% năm 2009, và từ 16 lên 33% trong khu vực FDI trong khi ở khu vực SOE giảm từ 55% xuống còn 15%.³⁸ Điều này có ngụ ý quan trọng đối với điều kiện làm việc và tính ổn định của người lao động cũng như chênh lệch về lương theo giới như chỉ ra ở Hộp 2.2. Có hai điểm chính minh họa cho thực tế này: thứ nhất, lưu ý rằng trong giai đoạn từ năm 2007 đến 2009 diễn ra suy thoái kinh tế, số lượng công nhân có hợp đồng chính thức và dài hạn giảm xuống trong khi số lượng người làm có thời hạn và dựa trên cam kết miệng tăng lên,

phản ánh sự gia tăng bất ổn về việc làm trong bối cảnh khủng hoảng.³⁹ Như ghi nhận trước đó, việc làm trong những khu vực như ngành sản xuất định hướng xuất khẩu bị ảnh hưởng nặng nhất. Thứ hai, phần lớn các hoạt động sản xuất công nghiệp ở Việt Nam đều liên quan tới các doanh nghiệp FDI, và những nguyên nhân chính của các cuộc đình công là do doanh nghiệp không thực hiện các quy định về lao động, lương thấp, làm thêm quá nhiều và điều kiện làm việc tồi tệ.⁴⁰

Ngoài việc thúc đẩy tăng trưởng kinh tế và tăng thu nhập, những thay đổi này đã mang lại tác động lớn lao tới thị trường lao động của Việt Nam và các cơ hội việc làm. Thị trường lao động Việt Nam đang ngày càng được công nghiệp hóa và đô thị hóa. Trong khi phần lớn lực lượng lao động vẫn tiếp tục làm việc ở khu vực nông nghiệp, tỷ lệ người làm trong khu vực công nghiệp và xây dựng đã gia tăng đáng kể. Vì vậy mà tỷ lệ lao động nông nghiệp đã giảm từ 65,3% năm 2000 xuống 47,6% năm 2009 trong khi tỷ lệ lao động trong ngành công nghiệp tăng từ 12,4% lên 21,8% trong thời gian này. Lao động ở khu vực dịch vụ tăng từ 22,3% năm 2000 lên 30,6% năm 2009 (Hình 2.3).⁴¹

Hình 2.3: Phân phối việc làm theo ngành 2000-2009 (%)



Nguồn: Bộ LĐTBXH, Điều tra lao động và việc làm (nhiều năm) trích dẫn trong báo cáo của Bộ LĐTBXH và ILO (2010); báo cáo của TCTK về lao động và việc làm năm 2010) Báo cáo về Điều tra lực lượng lao động Việt Nam 1/9/2009

Tăng trưởng việc làm khá ổn định với tốc độ tăng trung bình 2,6%/năm, tương đương với tốc độ tăng thu nhập bình quân đầu người.⁴² Ngay cả sau khủng hoảng kinh tế, Việt Nam vẫn tiếp tục có tỷ lệ tăng trưởng việc làm cao trên mức 2,2%/năm trong giai đoạn 2007- 2009. Đa số những việc làm mới này nằm trong khu vực công nghiệp và dịch vụ.⁴³ Trong thời gian từ năm 1997 – 2007, tỷ lệ việc làm ở khu vực thành thị đã tăng từ 20,9% lên 24,7% và tiếp tục tăng lên 27,8% vào năm 2009.⁴⁴

Người lao động phi chính thức thường thiếu cơ hội tiếp cận trợ cấp và cơ hội đào tạo, thường phải làm việc trong điều kiện khó khăn, không ổn định, với thu nhập thấp.

Mặc dù những thay đổi cơ cấu đang diễn ra trong nền kinh tế song tỷ lệ người làm việc trong khu vực được trả lương vẫn còn thấp và phần lớn lực lượng lao động Việt Nam tiếp tục tập trung ở khu vực nông nghiệp và phi chính thức. Theo Tổ chức lao động quốc tế (ILO), 65,1% lực lượng lao động Việt Nam tập trung ở khu vực không chính thức trong khi chỉ có 33,4% là người làm công ăn lương. Tuy nhiên, trong số này có tới 44,7% làm việc theo các thỏa thuận miệng hoặc không có hợp đồng.⁴⁵ Người lao động phi chính thức thường thiếu cơ hội tiếp cận trợ cấp và cơ hội đào tạo, thường phải làm việc trong điều kiện khó khăn, không ổn định, với thu nhập thấp hơn nhiều so với những người làm việc ở khu vực chính thức.⁴⁶

LỰC LƯỢNG LAO ĐỘNG CÓ KỸ NĂNG VÀ TIẾP CẬN CÔNG VIỆC BỀN VỮNG

Giáo dục là chìa khóa để đảm bảo có một lực lượng lao động có kỹ năng và năng suất cao đồng thời tiếp cận việc làm bền vững, tuy nhiên lực lượng lao động Việt Nam đa phần không có kỹ năng và trình độ học vấn thấp. Trong số những công nhân lao

động trong năm 2007, chỉ có 24% học hết trung học phổ thông và 35% có một hình thức đào tạo kỹ thuật hoặc bậc cao hơn: 29% đối với nữ và 40% đối với nam.⁴⁷ Mặc dù tỷ lệ thất nghiệp ở mức thấp khoảng 2,8%, song tỷ lệ này cao hơn nhiều ở nhóm tuổi từ 15-24: hơn nửa số người thất nghiệp trong năm 2009 là người trong độ tuổi 15-24 và số người thuộc độ tuổi 15-29 chiếm 65% tổng số người thất nghiệp.⁴⁸ Những người thất nghiệp thường không có bằng cấp gì, 70,5% không có bằng cấp trên mức tốt nghiệp trung học cơ sở, 67% là nam giới và 74% là nữ giới.⁴⁹

Hơn thế nữa, tỷ lệ thiếu việc làm, một chỉ số hữu ích hơn so với thất nghiệp để hiểu được những hạn chế của thị trường lao động ở các nước đang phát triển như Việt Nam, cũng khá cao, vào khoảng 5,4% năm 2009; 6,3% ở khu vực nông thôn và 3,2% ở khu vực thành thị,⁵⁰ gây ra những thách thức lớn vì nhiều công nhân chỉ làm những công việc mùa vụ và chân tay, do vậy không có đủ thu nhập để duy trì một mức sống bền vững.

Thực vậy, Việt Nam gặp phải nhiều thách thức lớn trong việc tạo ra đủ lượng việc làm bền vững đảm bảo để người lao động có thể tiếp cận với các dịch vụ bảo hộ lao động và các dịch vụ xã hội, và thách thức trong việc xây dựng một lực lượng lao động có kỹ năng cao và có trình độ để có thể hỗ trợ quá trình chuyển đổi sang nền kinh tế có kỹ năng và công nghệ cao.⁵¹ Tiếp tục phát triển con người đặc biệt trong lĩnh vực giáo dục và dạy nghề có vai trò quan trọng để tạo điều kiện cho người dân có thể chuyển khỏi những công việc dễ tổn thương và tìm được việc làm bền vững. Như Hộp 2.2 chỉ ra, điều này đặc biệt cần thiết đối với phụ nữ, những người chủ yếu làm trong lĩnh vực phi chính thức và thường không được hưởng lương.

HỘP 2.2: THỊ TRƯỜNG LAO ĐỘNG PHÂN TÁCH THEO GIỚI

Phần quan trọng trong thành công xuất khẩu của Việt Nam là nhờ hàng trăm nghìn phụ nữ trẻ làm việc trong khu vực giày dép và may mặc.⁵² Tuy nhiên, mặc dù có nhiều cơ hội mới mở ra cho phụ nữ khi nền kinh tế Việt Nam thay đổi, thị trường lao động vẫn còn có sự khác biệt theo giới. Nữ giới chủ yếu tập trung ở khu vực sản xuất, bán lẻ và thương mại, dịch vụ kinh doanh ăn ở và giáo dục; trong khi nam giới tập trung trong ngành xây dựng, giao thông và kho bãi và các tổ chức chính trị xã hội. Phân tách theo giới trên thị trường lao động là do bất bình đẳng về giới đồng thời làm tăng bất bình đẳng về giới trong xã hội và là một cản trở đối với sự phát triển con người của phụ nữ.

Về điều kiện làm việc, nam giới thường được hưởng điều kiện tốt hơn và khoảng cách dường như ngày càng tăng. Tỷ lệ nam giới có công việc được trả lương cao hơn nhiều: 38,9% so với 27,5% ở nữ giới; và việc làm được trả lương của nam giới cũng tăng cao hơn so với phụ nữ: 3,1% so với 2,5% trong giai đoạn 2007 - 2009. Phụ nữ tập trung ở những việc làm dễ bị tổn thương kể cả tự làm cho mình hoặc làm việc nhà không có thu nhập: 69,1% phụ nữ so với con số 54,4% nam giới. Tuy nhiên, tỷ lệ phụ nữ làm công việc gia đình không có thu nhập cao hơn nhiều: với 22,2% so với tỷ lệ của nam giới là 11,8%. Từ năm 2007 tới năm 2009, có một tỷ lệ lớn hơn ở nam giới chuyển sang những công việc được trả lương trong các ngành công nghiệp trong khi nhiều phụ nữ lại trở thành lao động trong hộ không có thu nhập trong lĩnh vực nông nghiệp và dịch vụ. Tỷ lệ phụ nữ làm việc nhà không có thu nhập đã tăng thêm 8,2% trong thời gian từ năm 2007 đến 2009, trong khi tỷ lệ nữ giới tự làm cho mình và có thu nhập giảm 11,2%. Điều này cho thấy phụ nữ có thể gặp nhiều bất lợi hơn khi xảy ra khủng hoảng kinh tế, phải ngừng kinh doanh buôn bán nhỏ và quay trở lại làm các công việc gia đình không mang lại thu nhập.

Số liệu từ Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) 2008 cho thấy ở phạm vi cả nước, chênh lệch tiền lương theo giới đang giảm dần song lại tăng lên đôi chút ở khu vực đô thị kể từ năm 2006. Trên toàn quốc, tiền lương của nữ giới bằng 90% của nam giới, trong đó 85% ở khu vực thành thị và 91% ở khu vực nông thôn, so với số liệu tương ứng ở thành thị là 87% và nông thôn là 88% trong năm 2006.⁵³ Trong khi chưa có dữ liệu đáng tin cậy về khu vực không chính thức, các nghiên cứu ước tính phụ nữ trong khu vực phi chính thức có thu nhập chỉ bằng 50% so với nam giới.⁵⁴

Ở một số lĩnh vực và nghề nghiệp cụ thể, phụ nữ có thể kiếm nhiều tiền hơn nam giới ví dụ như một số công việc trong chính quyền ở các khu vực nông thôn, hay các vị trí hành chính và quản lý hoặc kinh doanh thương mại ở nông thôn. Tuy nhiên, đáng chú ý là trong các doanh nghiệp FDI và đặc biệt trong ngành sản xuất nơi phụ nữ chiếm đa số thì tiền lương của họ chỉ bằng 2/3 so với nam giới.⁵⁵ Trên thực tế, chênh lệch tiền lương theo giới đã giúp Việt Nam có thể hỗ trợ đầu tư và thành công trong xuất khẩu vì, "đặc biệt ở khu vực thành thị, chủ lao động trong các ngành sản xuất đã tìm cách cắt giảm lương của phụ nữ nhiều hơn so với nam giới để duy trì khả năng cạnh tranh của mình trên thị trường thế giới".⁵⁶ Cách tiếp cận này không bền vững về lâu dài nếu Việt Nam muốn thành công trên con đường chuyển lên những ngành công nghệ cao và kỹ thuật cao hơn.

THỜI KỲ CHUYỂN ĐỔI VỀ NHÂN KHẨU

XU HƯỚNG NHÂN KHẨU SẼ ẢNH HƯỞNG TỚI TƯƠNG LAI CỦA VIỆT NAM

Song song với những thay đổi về cơ cấu đang xảy ra trong nền kinh tế Việt Nam, những thay đổi về nhân khẩu và dịch chuyển dân số đang gây áp lực lên thị trường lao động, đẩy nhanh quá trình di dân và đô thị hóa.

Những thay đổi về nhân khẩu và dịch chuyển dân số đang gây áp lực lên thị trường lao động, đẩy nhanh quá trình di dân và đô thị hóa.

Năm 2009, dân số của Việt Nam là hơn 85 triệu người, tăng khá khiêm tốn với tỷ lệ tăng trung bình mỗi năm khoảng 1,2% kể từ năm 1999. Tốc độ tăng dân số cao nhất là ở vùng Tây Nguyên (3,2%) và Đông Nam Bộ (2,3%), và thấp nhất là đồng bằng sông Hồng (0,9%) và đồng bằng sông Cửu Long (0,6%).⁵⁷ Tăng trưởng dân số thấp được lý giải một phần do tỷ lệ sinh giảm từ 2,33 trẻ em trên một phụ nữ năm 1999 xuống dưới mức thay thế là 2,03 trẻ em vào năm 2009. Có sự khác biệt rõ giữa các vùng và giữa khu vực nông thôn và thành thị.⁵⁸ Ít trẻ em được sinh ra cũng góp phần làm tỷ lệ người phụ thuộc thấp hơn: Tỷ lệ người phụ thuộc của Việt Nam giảm xuống còn 46,3% năm 2009 so với 63,6% năm 1999.

Lý do cơ bản của tỷ lệ sinh thấp hơn là ba xu hướng nhân khẩu quan trọng ảnh hưởng tới sự phát triển, thịnh vượng và khả năng nâng cao mức sống của Việt Nam trong tương lai. Thứ nhất, Việt Nam đang bước vào thời điểm gọi là giai đoạn dân số vàng. Do tỷ lệ sinh và tỷ lệ chết đều giảm đi nên nhóm dân cư đông nhất hiện trong độ tuổi 15-24.⁵⁹ Nhóm dân cư trong độ tuổi này chiếm 19% lực lượng lao động với hàng trăm nghìn thanh niên tham gia lực lượng lao động mỗi năm.⁶⁰ Do vậy, trong vòng 40 năm nữa từ năm 2010 đến 2049, cứ mỗi người dưới 15 tuổi hoặc trên 65 tuổi thì sẽ có ít nhất 2 người trong độ tuổi lao động từ 15-65. Đây là tiềm năng lớn cho Việt Nam song cũng có thể là mối đe dọa lớn tùy thuộc vào cách quản lý vấn đề này thế nào. Việt Nam sẽ cần xây dựng kỹ năng và khả năng cho lực lượng

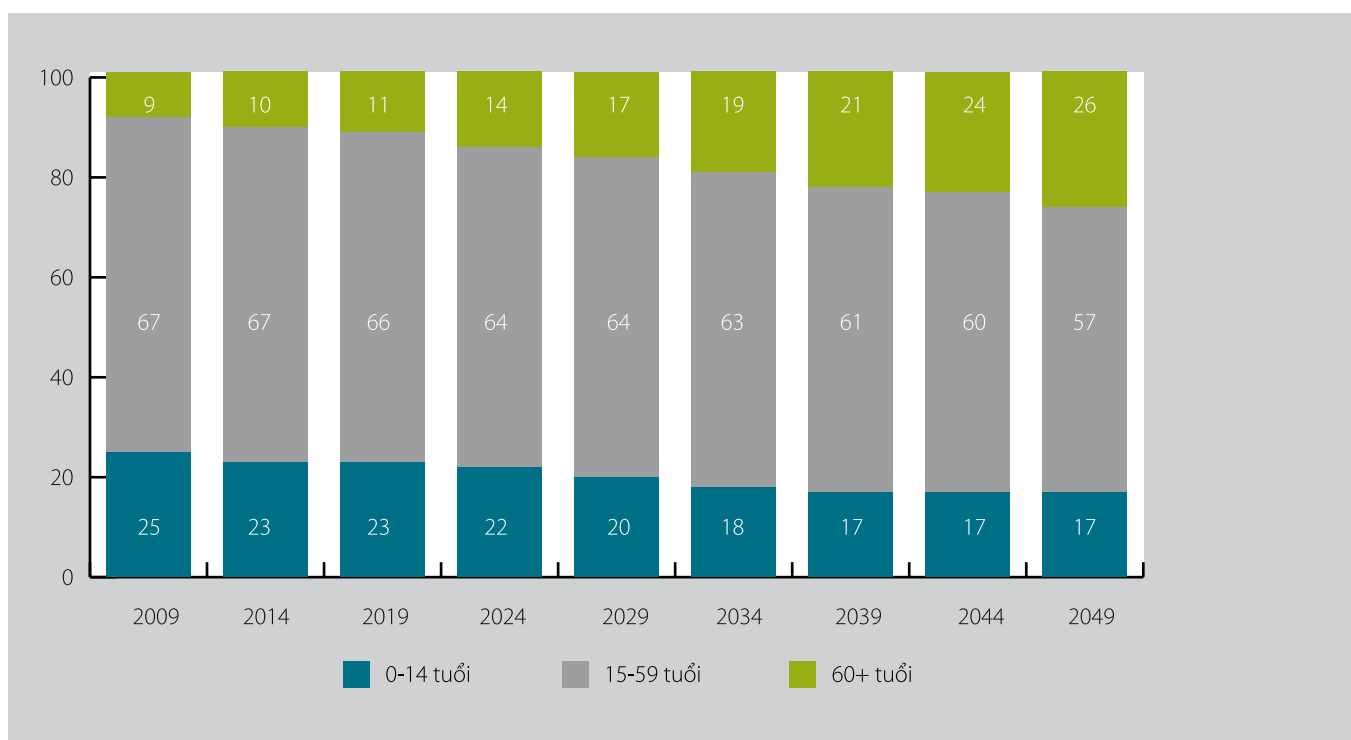
lao động trẻ này, tạo việc làm bền vững và đủ cho những người mới gia nhập thị trường lao động và đảm bảo họ có được lợi ích trong tương lai của đất nước bằng cách tạo cho họ các cơ hội để họ tham gia có ý nghĩa vào đời sống chính trị và xã hội.⁶¹

Nếu không thực hiện được các mục tiêu nói trên, không chỉ một thế hệ người Việt Nam đứng trước nguy cơ thất nghiệp và mất cơ hội mà có thể còn gây ra nhiều vấn đề xã hội khác. Mong muốn của thế hệ trẻ đang thay đổi rất nhanh chóng và ngày nay họ có những kỳ vọng về cuộc sống vật chất khá khác biệt so với thế hệ cha mẹ. Đã có những dấu hiệu về “khoảng cách thế hệ” xuất hiện ở Việt Nam giữa những người trẻ tuổi và thế hệ cha mẹ họ, trong đó giới trẻ không cùng chia sẻ những giá trị hay mong muốn giống như thế hệ những người già (xem Hộp 2.5). Thói quen chấp nhận rủi ro hiện đang gia tăng ở người trẻ tuổi với tỷ lệ sử dụng ma túy và rượu cao hơn, đặc biệt là ở nam giới trẻ tuổi, tỷ lệ nạo phá thai cao ở nhóm nữ giới trẻ chưa kết hôn và tỷ lệ lây nhiễm HIV ngày càng tăng trong những người trẻ tuổi.⁶² Tất cả những thay đổi này có ý nghĩa quan trọng đối với các dịch vụ xã hội đặc biệt là dịch vụ y tế, cũng như an sinh xã hội và dịch vụ phúc lợi xã hội để hỗ trợ tầng lớp người trẻ tuổi. Ví dụ, dịch vụ y tế hướng vào đối tượng người trẻ tuổi trong độ tuổi sinh đẻ cùng với các dịch vụ phúc lợi xã hội bao gồm sức khỏe tâm thần, các dịch vụ cai nghiện rượu và ma túy cần được tăng cường.⁶³ Trường học và các cơ sở đào tạo cần thay đổi hơn nữa để thích nghi với tình hình và nhu cầu đang thay đổi của thế hệ trẻ; ví dụ như thông qua việc xây dựng kỹ năng sống và đào tạo về sức khỏe sinh sản hiệu quả cho người trẻ tuổi.⁶⁴

DÂN SỐ GIÀ HÓA

Vào cuối vòng đời, dân số Việt Nam đang già hóa, và như thảo luận trong Hộp 2.3, dân số già hóa cần được chăm sóc y tế và bảo trợ xã hội. Đến năm 2049, dự báo sẽ có hơn 26% dân số Việt Nam trên 60 tuổi; tăng ba lần so với năm 2009 (Hình 2.4).⁶⁵ Tuổi thọ đang tiếp tục tăng và hiện nay ở mức trung bình là 70,2 tuổi đối với nam và 75,6 tuổi đối với nữ.⁶⁶ Do cấu trúc gia đình thay đổi và con người sống lâu hơn, Việt Nam sẽ có ngày càng nhiều người già sống một mình, và phần lớn trong đó là nữ giới.

Hình 2.4: Dự báo dân số theo độ tuổi ở Việt Nam 2009-2049 (%)



Nguồn: Giang Thanh Long trích theo UNFPA 2010

HỘP 2.3: DÂN SỐ GIÀ HÓA⁶⁷

Cũng trong thời kỳ dân số vàng, Việt Nam có thể sẽ thấy tình trạng dân số già hóa dần. Như hình 2.4 cho thấy số lượng người cao tuổi (những người trên 60 tuổi) sẽ tăng từ 9% năm 2009 lên 14% năm 2024 và 26% năm 2049. Chỉ số già hóa (số lượng người trên 60 tuổi trong 100 người dưới 15 tuổi) cũng sẽ tăng lên 100 từ năm 2035, và già hóa dân số ở Việt Nam sẽ diễn ra trong vòng 35 năm, với tốc độ nhanh hơn nhiều so với các nước như Pháp (115 năm) song chậm hơn Nhật Bản – nước có quá trình già hóa dân số chỉ trong 26 năm. Tỷ lệ người già trên 80 tuổi – những người cần được chăm sóc và hỗ trợ nhất cũng sẽ tăng nhanh hơn so với tỷ lệ tăng ở các nhóm dân số trẻ hơn. Việt Nam đang có nguy cơ “già hơn trước khi giàu hơn”, với mức thu nhập bình quân thấp hơn nhiều so với các nước khác hiện đang phải đối mặt với tình trạng già hóa dân số, ví dụ như Nhật Bản.

Ngoài ra, tốc độ già hóa và phân phối người già cũng khá khác nhau giữa các khu vực và các tỉnh vì hầu hết người già sống ở khu vực nông thôn và vùng sản xuất nông nghiệp. Nguyên nhân và các hình thức ốm đau của người già cũng đang thay đổi, từ các bệnh truyền nhiễm tới không truyền nhiễm, cùng với tỷ lệ các vấn đề bệnh tật có liên quan tới lối sống như trầm cảm và huyết áp cao ngày càng tăng.

Những thay đổi này có ngụ ý quan trọng đối với các dịch vụ y tế và bảo trợ xã hội. Ngày càng có nhiều người già sử dụng các dịch vụ ngoại trú đặc biệt là các dịch vụ y tế và liên quan tới bệnh viện; và họ đang dùng các dịch vụ ngoại trú nhiều hơn. Họ cũng chi trả nhiều hơn cho các dịch vụ này, với chi phí trung bình từ tiền túi trên một lần sử dụng dịch vụ ngoại trú đã tăng 17% từ 152.400 VND năm 2004 lên 178.400 VND năm 2008 (giá cố định năm 2004). Chi phí điều trị nội trú tăng đáng kể với tỷ lệ tăng 12% từ 1.433.300 VND năm 2004 lên

1.606.800 VND năm 2008 (giá cố định năm 2004). Đây có thể là lý do cho sự giảm sút nhẹ trong tỷ lệ người già sử dụng các dịch vụ y tế nội trú trong giai đoạn từ năm 2004 đến 2008 cũng như số lần sử dụng dịch vụ nội trú thấp hơn vào năm 2008.

Điều đáng lo là, trong bối cảnh chi tiêu cho y tế tăng cao, rất nhiều người già lại không có bảo hiểm y tế. Theo số liệu từ điều tra VHLSS 2008, khoảng 40% người già độ tuổi trên 60 không có bảo hiểm y tế trong năm 2008 mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể so với năm 2004 khi có tới 67% người già không có bảo hiểm y tế. Tỷ lệ người già có bảo hiểm y tế miễn phí cũng tăng từ 28,4% năm 2004 lên 37% năm 2008. Tỷ lệ người trên 80 tuổi có bảo hiểm y tế miễn phí cao hơn, cũng giống như những người thuộc diện nghèo, là người dân tộc thiểu số, là nữ giới, vì các nhóm này được hưởng bảo hiểm miễn phí hoặc được trợ cấp bảo hiểm một phần thông qua nhiều chương trình mục tiêu và chương trình bảo trợ xã hội khác nhau. Khoảng 22% người già có lương hưu và 18,5% được nhận một hình thức hỗ trợ chăm sóc người già nào đó.

Trước tình hình chi phí y tế tăng cao cộng thêm tình trạng già hóa dân số, rõ ràng là cần mở rộng lĩnh vực bảo trợ xã hội, đặc biệt là bảo hiểm y tế và quỹ lương hưu để chi trả cho tất cả người già. Quỹ lương hưu cho người già đã giúp ngăn chặn tỷ lệ nghèo đói tăng 50% trong nhóm dân số trên 60 tuổi. Một chương trình lương hưu xã hội theo đó cung cấp mức hỗ trợ bằng 60% mức chuẩn nghèo năm 2004 cho tất cả người cao tuổi ở khu vực nông thôn sẽ làm giảm 59,7% chỉ số khoảng cách nghèo đói ở người già và giảm 65,5% độ sâu nghèo đói. Một chương trình như vậy sẽ tiêu tốn khoảng 7.197,2 tỷ VND tương đương với 1% GDP của năm 2004 – và là một phần nhỏ trong tổng số 42% GDP hiện đang được đầu tư nhằm tạo tăng trưởng kinh tế.

GÁNH NẶNG VỀ BỆNH DỊCH ĐANG THAY ĐỔI

Những chuyển đổi về nhân khẩu và xã hội cũng góp thêm vào gánh nặng về bệnh dịch hiện đang thay đổi ở Việt Nam.⁶⁸ Gánh nặng về những bệnh dịch không truyền nhiễm liên quan tới lối sống đang ngày càng gia tăng. Lý do gây tử vong nhiều nhất ở cả nam giới và nữ giới là đột quỵ trong khi ung thư gan và tai nạn giao thông là nguyên nhân thứ hai và thứ ba gây tử vong ở nam giới, còn bệnh phổi và viêm phổi gây tắc nghẽn mãn tính là nguyên nhân thứ hai và thứ ba gây tử vong ở nữ giới. Đáng lưu ý là 6% số ca tử vong của nam giới là do tai nạn giao thông và 3% là do nhiễm HIV/AIDS. 2/3 số năm trong cuộc đời bị mất do các bệnh không truyền nhiễm. Bệnh tim, ung thư và những thương tích không cố ý cũng là nguyên nhân chính gây chết sớm ở cả nam và nữ. Các bệnh không truyền nhiễm cũng chiếm khoảng 3/4 số trường hợp tàn tật ở Việt Nam. Quan trọng hơn, lý do chính dẫn tới mất tuổi thọ do tàn tật ở nam giới là do các rối loạn do sử dụng rượu bia quá nhiều, tiếp theo là trầm cảm và tai nạn giao thông, trong khi lý do ở phụ nữ là trầm cảm, mất thị lực, viêm xương khớp và các rối loạn do lo lắng. Mặc dù các biện pháp để kiểm soát bệnh dịch lây nhiễm có vai trò quan trọng, cần có nhiều nỗ lực hơn trong việc ngăn ngừa các bệnh dịch không lây lan đang nổi lên.

MẤT CÂN BẰNG GIỚI TÍNH KHI SINH TẠI VIỆT NAM

Xu hướng nhân khẩu quan trọng thứ ba ảnh hưởng tới Việt Nam là tỷ lệ mất cân bằng giới tính khi sinh đang tăng cao. Tỷ lệ giới tính khi sinh của Việt Nam hiện nay là 110,5 trẻ em trai so với 100 trẻ em gái, tương đương với các nước như Ấn Độ mặc dù vẫn thấp hơn so với tỷ lệ của Trung Quốc là 120 trẻ em trai/100 trẻ em gái. Tuy nhiên Việt Nam đã đạt tỷ lệ này nhanh hơn bất kỳ nước nào khác trong khu vực vì năm 2003, tỷ lệ này chỉ là 107 trẻ em trai/100 trẻ em gái. Có ba yếu tố chính là: sử dụng rộng rãi công nghệ lựa chọn giới tính, chính sách mỗi gia đình chỉ có hai con (hiện đổi tên thành “mô hình gia đình nhỏ”) và phong tục truyền thống thích con trai hơn đã khiến các gia đình mong muốn có con trai và coi trọng con trai cao hơn con gái. Có sự khác biệt đáng kể trong tỷ lệ giới tính khi sinh giữa các tỉnh, vùng và các nhóm kinh tế xã hội khác nhau. Tỷ lệ giới tính khi sinh là 115,3 trẻ em trai/ 100 trẻ em gái ở vùng Đồng bằng sông Hồng so với 105,6 trẻ em trai/100 trẻ em gái (mức trung bình) ở vùng Tây Nguyên và dao động trong khoảng từ 100,5 – 130,7 trẻ em trai/ 100 trẻ em gái ở các tỉnh khác nhau.⁶⁹

Tỷ lệ chênh lệch giới tính khi sinh tăng cao xuất hiện ở các hộ gia đình giàu có hơn và là người Kinh nhiều hơn so với những gia đình nghèo và nhóm dân tộc

thiểu số.⁷⁰ Một lý do của sự khác nhau này liên quan tới chi phí để thực hiện lựa chọn giới tính thường phổ biến hơn ở khu vực thành thị và thường chỉ người giàu mới có khả năng chi trả. Ngoài ra, có nhiều động cơ thương mại dẫn tới việc các nhân viên y tế thực hiện siêu âm để biết giới tính thai nhi và tiến hành nạo hút thai, cho dù trái pháp luật cũng góp phần làm tăng tỷ lệ giới tính nam khi sinh. Tuy nhiên, định kiến cũng như việc lựa chọn giới tính cũng diễn ra nhiều hơn ở các hộ gia đình theo chế độ phụ hệ truyền thống và có con trai được coi là một biểu hiện của tình trạng “có vị thế” trong các gia đình khá giả. Các cặp vợ chồng chịu nhiều áp lực xã hội về việc phải có con trai và lựa chọn giới tính chắc chắn đã khiến tỷ lệ nạo phá thai rất cao ở Việt Nam so với các nước trong khu vực. Tỷ lệ giới tính khi sinh được dự báo sẽ tăng lên 115 nam/100 nữ vào năm 2025 nếu không có biện pháp can thiệp nào, và điều này sẽ dẫn đến tình trạng dư thừa khoảng 12% nam giới dưới 50 tuổi cho vào năm 2049 - và hàng triệu phụ nữ Việt Nam “bị biến mất”.⁷¹ Như Amartya Sen nhận định, “đây là vấn đề phân biệt giới tính công nghệ cao”.⁷² Bất bình đẳng ngay từ khi sinh” phản ánh và làm trầm trọng thêm bất bình đẳng về giới có nguồn gốc sâu xa và tình trạng phân biệt đối xử ở cấp hộ gia đình.

“Bất bình đẳng ngay từ khi sinh” phản ánh và làm trầm trọng thêm bất bình đẳng về giới có nguồn gốc sâu xa và tình trạng phân biệt đối xử ở cấp hộ gia đình.

Như các quốc gia có tỷ lệ chênh lệch giới tính khi sinh cao như Ấn Độ và Trung Quốc đã trải qua, tình trạng khan hiếm phụ nữ làm gia tăng áp lực đối với việc kết hôn sớm, và có thể dẫn tới tăng nhu cầu với hoạt động mại dâm cũng như gây căng thẳng hơn về tình trạng buôn bán phụ nữ và trẻ em gái.⁷³ Do bình đẳng giới và trao quyền cho nữ giới có mối quan hệ mật thiết với mức độ phát triển con người cao hơn nên những thay đổi nhanh chóng trong tỷ lệ giới tính khi sinh của Việt Nam là điều đáng quan ngại.

ĐÔ THỊ HÓA VÀ DI CƯ TRONG NƯỚC VỚI TỐC ĐỘ CAO

ĐÔ THỊ HÓA Ở VIỆT NAM ĐANG TĂNG CAO

Các cơ hội kinh tế và thị trường lao động thay đổi, cùng với những hạn chế được nói lỏng hơn đối với việc di chuyển dân số đã đóng góp vào tốc độ đô thị hóa cao và dòng người nhập cư trong và ngoài nước tăng, khi hàng triệu người Việt Nam phải di chuyển để tìm kiếm cơ hội tạo thu nhập. Trong 10 năm giữa hai kỳ Tổng điều tra dân số 1999 và 2009, dân số thành thị ở Việt Nam đã tăng 3,4%/năm trong khi dân số nông thôn chỉ tăng

0,4%/năm. Đến năm 2009, 29,6% dân số sống ở khu vực thành thị so với 23,7% năm 1999. Như vậy trong một thập kỷ dân số đã tăng 7,3 triệu người so với con số tăng 2,17 triệu người ở khu vực nông thôn trong cùng thời gian này.⁷⁴ Tuy nhiên những con số này có thể thấp hơn nhiều so với tốc độ tăng dân số thực tế của khu vực thành thị, do những người di cư tạm thời không được đưa vào, và nhiều vùng lân cận quanh khu vực ngoại thành của hai thành phố lớn nhất Việt Nam là thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội vẫn được tính là nông thôn mặc dù có diện mạo đô thị rõ ràng. Vì vậy ước tính có khoảng 33% cho tới 40% dân số Việt Nam hiện đang sống ở khu vực thành thị.⁷⁵ Các dự báo dân số cho thấy tốc độ tăng trưởng dân số ở khu vực thành thị sẽ đạt 2,91% mỗi năm trong giai đoạn 2015-2050; và chỉ tăng 0,13% mỗi năm ở khu vực nông thôn.⁷⁶ Như hình 2.5 cho thấy, dân số thành thị sẽ lớn hơn dân số nông thôn kể từ năm 2045.

NHỮNG ẢNH HƯỞNG TIÊU CỰC CỦA ĐÔ THỊ HÓA NHANH

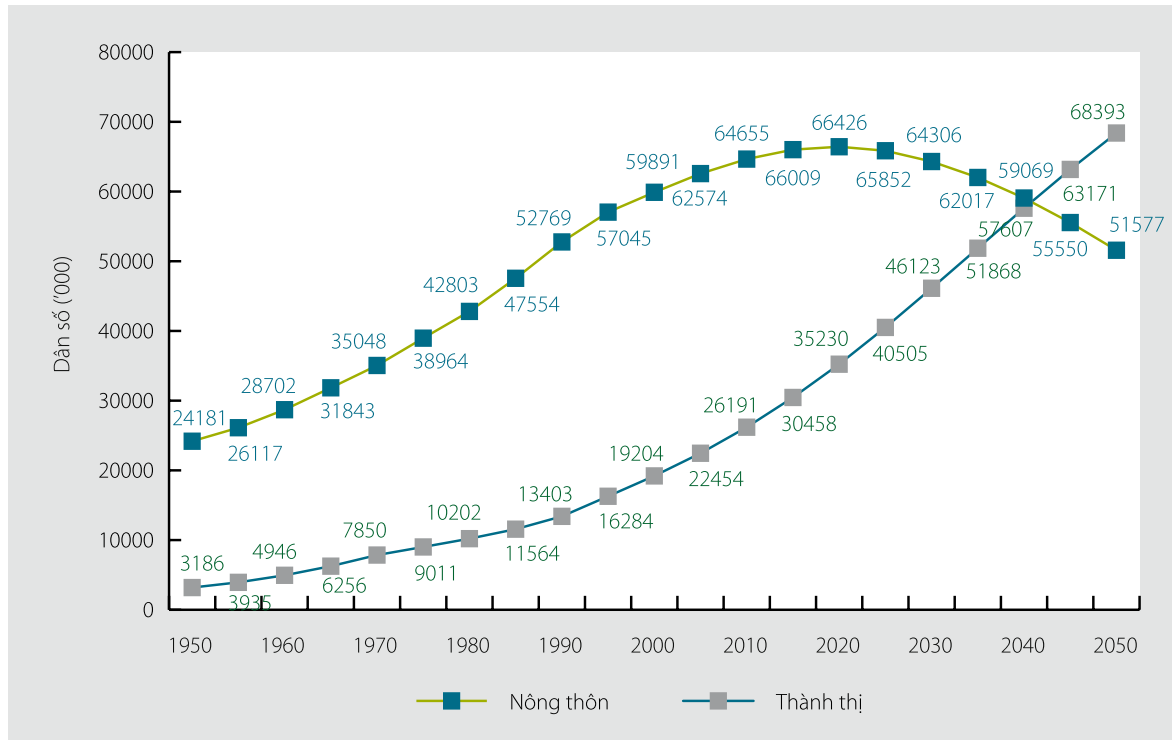
Đô thị hóa nhanh đặt ra những thách thức to lớn đối với Việt Nam. Việt Nam là một trong những nước có mật độ dân số cao nhất trong khu vực Đông Nam Á với 259 người/km², chỉ xếp sau Philippines và Singapore.⁷⁷ Không có gì ngạc nhiên là mật độ dân số ở hai thành phố chính là Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh ở mức cao nhất cả nước. Hai thành phố này đang ngày càng phải chứng kiến những triệu chứng của đô thị hóa nhanh và tình trạng tắc nghẽn, trong đó ùn tắc giao thông, ô nhiễm không khí và tiếng ồn đã ở mức rất khó chịu.⁷⁸ Chất lượng nước và không khí đã và đang suy giảm dần với mức nhiễm độc đã vượt mức có thể chấp nhận được ở cả hai thành phố.⁷⁹ Cơ sở hạ tầng cũng không phát triển kịp với tốc độ tăng dân số và đang cho thấy không đủ khả năng để đáp ứng với giao thông gia tăng. Ngập lụt trong mùa mưa là hiện tượng phổ biến ở các khu vực thành thị như Hà Nội do hệ thống thoát nước và xử lý nước mùa bão không được nâng cấp đủ. Quy hoạch đô thị và thực thi yếu kém dẫn tới tình trạng không thể kiểm soát ô nhiễm công nghiệp và xây dựng, việc phê duyệt quá nhiều tòa nhà văn phòng, bán lẻ và dân cư quy mô lớn đã tạo ra gánh nặng lớn cho cơ sở hạ tầng xung quanh. Ngoài ra, dịch vụ công thiếu như các cơ sở y tế và trường học không đủ để đáp ứng nhu cầu của dân số thành thị đang gia tăng nhanh chóng.⁸⁰

Giống như các thành phố lớn khác ở châu Á, một mối quan ngại từ khía cạnh an sinh và y tế công là sự phát triển của các khu nhà ổ chuột ở thành thị đã góp phần gây ô nhiễm nguồn nước và chất thải, và làm tăng nguy cơ lan truyền các bệnh truyền nhiễm. UN-Habitat ước tính rằng khoảng 40% số dân thành thị ở Việt Nam hiện đang sống trong các khu nhà ổ chuột.⁸¹

Tình trạng quá đông dân cư ở các khu đô thị cũng làm tăng giá bất động sản và tình trạng đầu cơ, và

hậu quả là người nghèo ngày càng khó có khả năng mua được nhà ở các thành phố.⁸²

Hình 2.5: Ước tính và dự báo dân số thành thị và nông thôn Việt Nam, 1950-2050



Nguồn: Van Arkadie và cộng sự, 2010) trích từ dữ liệu dân số của UNFPA.

NGƯỜI DI CƯ Ở VIỆT NAM

Di cư là yếu tố quan trọng nhất và duy nhất của tình trạng đô thị hóa nhanh ở Việt Nam

Di cư là yếu tố quan trọng nhất và duy nhất của tình trạng đô thị hóa nhanh ở Việt Nam, đóng góp 57% vào tăng trưởng dân số thành thị. Dữ liệu về di cư ở Việt Nam cần được xem xét thận trọng vì các điều tra quốc gia đều ước tính thấp tỷ lệ di cư: ví dụ, Tổng điều tra dân số có điều tra những người di cư vĩnh viễn nhưng lại không tính tới nhóm người di cư theo mùa vụ và tạm thời.⁸³ Theo Tổng điều tra dân số mới nhất, di cư trong nước đã tăng từ 4,5 triệu người năm 1999 lên 6,6 triệu người năm 2009. Cả di cư giữa thành thị và di cư từ nông thôn ra thành thị đều tăng gấp đôi trong thời gian từ 1999-2009: với 1.719.056 người di cư giữa thành thị năm 2009 so với con số 971.468 năm 1999; và 2.062.171 người di cư từ nông thôn ra thành thị năm 2009 so với 855.943 năm 1999.⁸⁴ Trong khi Tổng điều tra dân số không đưa ra quy mô di cư ra nước ngoài song ước tính có

khoảng 400.000 đến 500.000 người Việt Nam đang là lao động di cư tạm thời ra các nước trong khu vực và khu vực Trung Đông.⁸⁵

Dữ liệu của Tổng điều tra dân số cho thấy xu hướng nữ hóa trong di cư, với tỷ lệ nữ chiếm một nửa số dân di cư trong nước vào năm 2009, và tỷ lệ người di cư là nữ đang tăng dần trong hai thập kỷ qua kể từ cuộc Tổng điều tra năm 1989.⁸⁶ Hầu hết số người di cư từ nông thôn ra thành thị là người trẻ tuổi với độ tuổi trung bình là 25 tuổi, và 23 tuổi là tuổi trung bình của di cư từ nông thôn ra thành thị. Ước tính cho thấy sẽ có sự tăng lên trong tổng số người di cư và tỷ lệ người di cư trong nước đến năm 2019: đạt khoảng 10,4 triệu người, chiếm 12% tổng dân số Việt Nam.⁸⁷ Tỷ lệ người di cư từ nông thôn ra thành thị trong tổng dân số thành thị sẽ tăng từ 9% năm 2009 lên 11% năm 2019. Những người di cư trong Tổng điều tra năm 2009 có thể đã được đào tạo nhiều hơn những người không di cư, có mức sống cao hơn, có nhà cửa tốt hơn, và hầu hết đều học hết tiểu học. Đây là điểm trái ngược so với những nghiên cứu khác như Điều tra đói nghèo đô thị năm

2009 theo đó phát hiện sự khác nhau lớn về mức sống, điều kiện làm việc và thu nhập của những người lao động di cư trong mẫu nghiên cứu. Đặc biệt, điều tra này phát hiện ra rằng trong khi người di cư có mức thu nhập tương đương với người không di cư và khả năng nghèo vật chất của họ chỉ cao hơn người không di cư một chút song xét về nghèo đói phi tiền tệ, thì tỷ lệ nghèo của người di cư cao hơn nhiều, đặc biệt họ thiếu hòa nhập xã hội so với người bản xứ.⁸⁸

THÁCH THỨC ĐỐI VỚI NGƯỜI DI CƯ

Người di cư Việt Nam phải đối mặt với việc tiếp cận cơ hội thiếu công bằng để phát triển năng lực và cải thiện đời sống. Những người di cư tạm thời, theo mùa vụ và vẫn trở về quê sống (định kỳ) thường nghèo hơn và dễ bị tổn thương hơn so với những người di cư vĩnh viễn – nhóm đối tượng được đưa vào trong Tổng điều tra.⁸⁹ Những người di cư tạm thời và không đăng ký thường không được tiếp cận với các dịch vụ xã hội và bảo trợ xã hội. Họ cũng thường tập trung trong những ngành nghề dễ bị tổn thương với mức lương thấp và không được tiếp cận với bảo hộ lao động. Ngay cả với người di cư vĩnh viễn thì việc tiếp cận dịch vụ xã hội cũng có thể bị gián đoạn do phải di chuyển giữa các đơn vị hành chính khác nhau. Số liệu Tổng điều tra cho thấy di cư gây ảnh hưởng tới việc học hành của trẻ em: tỷ lệ không đi học của người di cư cao hơn so với người bản xứ, cả ở cấp tiểu học và trung học. Tỷ lệ không đi học cao nhất đối với những người di cư giữa các tỉnh: 9% đối với người trong độ tuổi 6-10 và 56% với người trong độ tuổi 11-18 không đi học so với tỷ lệ 3% người bản xứ không học tiểu học và 26% người bản xứ không học trung học.⁹⁰ Tỷ lệ không đi học của người di cư tạm thời, theo mùa vụ và vẫn trở về quê có thể còn cao hơn nhiều. Điều tra đối nghèo đô thị cho thấy người nhập cư thường ít có khả năng học các trường công lập hoặc được hưởng miễn giảm học phí so với người không nhập cư. Người nhập cư cũng thường ít có khả năng được chăm sóc y tế khi bị ốm hơn so với người bản xứ, chủ yếu do họ thiếu thời gian và tiền bạc.⁹¹

Kể từ giữa những năm 2000, những quy định mới nhằm cải thiện điều kiện sống cho những người di cư trong nước đã được đưa ra, đáng chú ý là Luật hộ khẩu năm 2007 đã giảm bớt những yêu cầu nếu người nhập cư tạm thời muốn nhập hộ khẩu thường trú.⁹² Đây là một thay đổi lớn lao trong hệ thống đăng ký hộ khẩu của Việt Nam vốn được xây dựng từ những năm 1950 để hạn chế sự di chuyển của người dân và đô thị hóa và hỗ trợ hoạt động phân phối lương thực trong thời kỳ kế hoạch hóa tập trung.⁹³ Tuy nhiên trên thực tế, nhiều người nhập cư vẫn

không được tiếp cận với các dịch vụ xã hội chính, đặc biệt là y tế và giáo dục. Rất nhiều người không thể tận dụng được môi trường pháp lý mới để chính thức hóa địa vị của mình để có thể tiếp cận với các dịch vụ này.⁹⁴ Điều này dẫn tới tình trạng mâu thuẫn là người nhập cư nội địa, những người đóng vai trò chính là xương sống đóng góp cho tăng trưởng kinh tế của Việt Nam và hỗ trợ cho khoảng 50% hộ gia đình Việt Nam thông qua tiền gửi về nước,⁹⁵ trên thực tế lại không được hưởng đầy đủ lợi ích của người công dân Việt Nam. Tình hình này ảnh hưởng tới hàng triệu nam giới, phụ nữ và trẻ em Việt Nam như thảo luận trong Hộp 4.4 ở Chương 4.

BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU VÀ THIÊN TAI

VIỆT NAM DỄ BỊ TỔN THƯƠNG TRƯỚC BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU VÀ THIÊN TAI

Một trong những thách thức chính đối với quá trình tăng trưởng và phát triển trong tương lai của Việt Nam trong những thập kỷ tới đây có khả năng là biến đổi khí hậu và thiên tai liên quan tới khí hậu. Việt Nam là một trong những nước dễ bị tổn thương nhất trước các tác động của biến đổi khí hậu trên toàn cầu, xếp thứ 6 trong số các nước trên thế giới về tỷ lệ người sống ở các vùng duyên hải thấp. Ủy ban liên chính phủ về biến đổi khí hậu (IPCC) đã xác định đồng bằng sông Cửu Long là một trong ba điểm nóng của toàn cầu xét theo số dân có khả năng bị mất chỗ ở khi mực nước biển tăng.⁹⁶ Hiện nay, Việt Nam xếp thứ 5 trên toàn cầu trong số các nước bị ảnh hưởng mạnh nhất bởi các cú sốc và thiên tai liên quan đến biến đổi khí hậu trong hai thập kỷ qua, và xếp thứ hai về mức độ ảnh hưởng kinh tế của các sự kiện này với giá trị ước tính 1.861.000 đô la Mỹ (PPP), tương đương với 1,31% GDP mỗi năm.⁹⁷

Việt Nam ngày càng gặp phải nhiều thảm họa và căng thẳng liên quan tới biến đổi khí hậu. Biến đổi khí hậu dẫn tới các thảm họa thiên tai và các cú sốc khắc nghiệt hơn đồng thời cũng làm tăng tỷ lệ những căng thẳng dần dần và tích tụ lên đời sống và sinh kế của con người. Hiện nay Việt Nam đã phải hứng chịu ngày càng nhiều thiên tai và cú sốc hơn hầu hết các nước khác được xếp hạng là có rủi ro cao do tác động của biến đổi khí hậu. Là một trong 10 nước bị ảnh hưởng nhiều nhất trong giai đoạn 1990 – 2009, trung bình mỗi năm Việt Nam phải gánh chịu khoảng 203 sự kiện thiên tai, chỉ ít hơn Philippines và Bangladesh. Riêng năm 2009, Việt Nam phải hứng chịu 113 thiên tai, làm chết 334 người và gây thiệt hại 1,15% GDP.⁹⁸

Tác động của biến đổi khí hậu và thiên tai không đồng đều giữa các khu vực ở Việt Nam. Không chỉ các rủi ro về thiên tai, bão lụt và hạn hán có sự khác nhau ở các địa phương khác nhau, mà thiên tai còn có khả năng ảnh hưởng nhiều hơn tới những hộ nông thôn, những gia đình nghèo hơn và phụ nữ - những người có xu hướng phụ thuộc vào các nguồn tự nhiên và các hoạt động chịu ảnh hưởng bởi khí hậu trong việc tạo thu nhập, và do đó những đối tượng này đặc biệt bị tổn thương trước những căng thẳng do biến đổi khí hậu.⁹⁹ Mưa bão chiếm 80% trong tổng số các thiên tai ảnh hưởng tới Việt Nam và miền Trung Việt Nam bị ảnh hưởng nhiều nhất, trong khi đồng bằng sông Cửu Long lại đặc biệt chịu tác động của tình trạng ngập nước từ sông, và các vùng phía Nam bao gồm cả vùng Tây Nguyên thường xuyên bị ảnh hưởng của hạn hán và những rủi ro có liên quan tới cháy rừng.¹⁰⁰

Biến đổi khí hậu đặt ra những thách thức cụ thể về lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ xã hội trong đó có y tế và giáo dục.

Thiên tai cũng ảnh hưởng tới các cộng đồng dân cư thành thị ví dụ như hạn hán năm 2010 ở khu vực Đông Nam Á đã ảnh hưởng tới nguồn cung của các nhà máy thủy điện dẫn tới tình trạng mất điện thường xuyên xảy ra ở các trung tâm lớn như thành phố Hồ Chí Minh và Hà Nội.¹⁰¹ Trong hơn hai thập kỷ qua, ước tính có 9.743.000 người chết, hơn 100.000 người bị thương và 8.243.226 triệu người đã bị ảnh hưởng bởi thiên tai. Biến đổi khí hậu đặt ra những thách thức cụ thể về lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ xã hội trong đó có y tế và giáo dục, điều này sẽ được thảo luận chi tiết hơn ở Hộp 2.4.

HỘP 2.4: CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI CÓ KHẢ NĂNG THÍCH ỨNG VỚI BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU¹⁰²

Xây dựng khả năng thích ứng với biến đổi khí hậu trong y tế và giáo dục đòi hỏi các dịch vụ này cần hiểu và ứng phó với các áp lực bổ sung do biến đổi khí hậu. Quan trọng nhất là các biện pháp “không hối tiếc” có lợi bất kể những sức ép do biến đổi khí hậu gây ra nặng hay nhẹ. Lập kế hoạch ứng phó với biến đổi khí hậu đồng nghĩa với việc các cơ sở y tế trong đó có các trạm y tế xã có thể tiếp cận được đối với người dân ngay cả khi có bão. Các cán bộ y tế cũng cần hiểu được tác động tiềm năng của những căng thẳng do biến đổi khí hậu gây ra với sức khỏe. Biến đổi khí hậu có tác động trực tiếp tới y tế và giáo dục, ví dụ như thiên tai có thể gây ra tử vong, thương vong và các bệnh dịch truyền nhiễm và làm gián đoạn việc đi học. Đồng thời biến đổi khí hậu cũng làm gia tăng nhu cầu về các dịch vụ y tế và đòi hỏi cần nhiều trang thiết bị hơn để đáp ứng nhu cầu tăng lên của bệnh nhân bị tổn thương.

Khả năng ứng phó trong bối cảnh của dịch vụ y tế và giáo dục đặc biệt liên quan tới tính liên tục của các dịch vụ này khi xảy ra thiên tai, mà không ảnh hưởng tới chất lượng dịch vụ. Cần có các biện pháp để bảo vệ nhân viên và tài sản chính như thiết bị, nhằm duy trì những chức năng cơ bản, giảm thiểu hoặc ngăn chặn tình trạng gián đoạn của dịch vụ và giúp hồi phục hiệu quả.

Trong giai đoạn từ năm 1990-2009, ước tính có 23.831 buồng bệnh ở các trạm xá và bệnh viện và khoảng 142.206 lớp học đã bị hư hỏng hoặc phá hủy do thiên tai. Để có thể lập kế hoạch hiệu quả và thích nghi với biến đổi khí hậu, các tổ chức cung cấp dịch vụ cần đảm bảo cơ sở hạ tầng được thích nghi với khí hậu, bao gồm cả các yếu tố kết cấu và phi kết cấu. Điều quan trọng là phải đảm bảo tính liên tục của dịch vụ, ví dụ như tiếp cận với các cơ sở y tế cho những người dễ bị tổn thương nhất ở vùng sâu vùng xa hoặc cho những người già yếu không có khả năng di chuyển. Tương tự, trẻ em nhỏ cần có các cơ sở y tế chăm sóc và giáo dục an toàn trong và sau lũ, và cần thu xếp các phương tiện vận chuyển đặc biệt để đưa họ tới các địa điểm này. Các dịch vụ di động như “thuyền y tế” sử dụng trong các trận lũ ở vùng đồng bằng sông Cửu Long có thể giúp đảm bảo tính liên tục của dịch vụ.

Không những cần chuẩn bị dịch vụ để sẵn sàng đối phó và thích nghi với biến đổi khí hậu và rủi ro do thiên tai, mà dịch vụ cũng là một phần của giải pháp. Ví dụ, sử dụng năng lượng mặt trời trong hoặc gần các trạm y tế địa phương có thể giảm thiểu tình trạng gián đoạn dịch vụ trong trường hợp cắt điện công cộng trong thời gian thiên tai. Năng lượng mặt trời cũng có thể là nguồn tạo thu nhập bằng cách bán lượng điện thừa cho hệ thống cung cấp điện của nhà nước. Tăng cường đổi mới và nghiên cứu công nghệ cao và đào tạo nghề cũng đóng vai trò trung tâm trong các nỗ lực thích nghi và nâng cao khả năng chống chịu của địa phương và trung ương. Đẩy mạnh đầu tư giáo dục khoa học và kỹ thuật có vai trò quan trọng trong việc ứng phó với biến đổi khí hậu và phát triển các cơ hội kinh tế xã hội từ các hành động có liên quan tới biến đổi khí hậu.

CÁC GIÁ TRỊ MỚI, CÁC THỂ CHẾ MỚI

KỶ VỌNG VỀ ĐỜI SỐNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG ĐANG THAY ĐỔI

Việt Nam đang trải qua những thay đổi về cấu trúc thị trường lao động và cơ cấu kinh tế; thay đổi về dân số và nhân khẩu; đô thị hóa và nhập cư; và những thách thức mới nổi từ biến đổi khí hậu. Những thách thức này đòi hỏi các cách thức phản ứng mới của các nhà hoạch định chính sách và ra quyết sách, đồng thời cũng đặt ra những thách thức cụ thể đối với hệ thống quản lý và các thể chế của Việt Nam. Vì nhiều thách thức liên quan tới những chuyển đổi ở Việt Nam có tính chất liên ngành nên đòi hỏi phải có sự phối hợp giải quyết từ nhiều cơ quan chính phủ liên quan. Đồng thời cũng

đòi hỏi tăng cường minh bạch, chịu trách nhiệm và đặc tính kỹ thuật tốt hơn của các thể chế ở Việt Nam.

Được củng cố từ những thay đổi này là những thay đổi trong thái độ và giá trị chuyển biến và phát sinh, khi kỳ vọng và mong muốn của con người, trong đó có cả mong muốn đối với chính phủ và các nhà lãnh đạo chính trị thay đổi trong tình hình kinh tế xã hội biến động. Người Việt Nam ngày càng nắm bắt được nhiều thông tin hơn: ngày càng nhiều người tiếp cận internet và phương tiện truyền thông. Khoảng 25% người dân sử dụng Internet,¹⁰³ và số lượng hộ gia đình có điện thoại cũng tăng gấp đôi trong thời gian từ 2006 – 2008 từ 33,5% lên 61,7%. 87% số hộ có một tivi – trong đó 84% hộ nông thôn và 94% hộ thành thị.¹⁰⁴ Những giá trị và thái độ thay đổi cũng có thể nhận thấy rõ ở tầng lớp thanh niên Việt Nam như Hộp 2.5 minh họa.

HỘP 2.5: NHỮNG GIÁ TRỊ VÀ KỶ VỌNG CỦA TẦNG LỚP THANH NIÊN ĐANG THAY ĐỔI

Kinh nghiệm sống và giá trị sống của tầng lớp thanh niên Việt Nam đang thay đổi nhanh chóng, mặc dù nhiều người trẻ tuổi vẫn tiếp tục theo đuổi các giá trị truyền thống. Có thể thấy những thay đổi to lớn trong thái độ và hành vi ở giới trẻ trong những khoảng thời gian khá ngắn theo Khảo sát đánh giá về thanh niên Việt Nam (SAVY II) tiến hành vào năm 2003 và 2008.¹⁰⁵ Tỷ lệ thanh niên Việt Nam sử dụng các phương tiện truyền thông khác nhau đã tăng lên rất nhanh: gần như toàn bộ thanh niên có xem ti vi; 77,8% nghe đài và 79,3% đọc báo, tăng so với các mức tương ứng 86,5%, 66,5% và 63% năm 2003. Khoảng 61% thanh niên sử dụng internet, cao hơn nhiều so với 17% trong lần khảo sát trước. Ngày càng nhiều thanh niên cho rằng quan hệ tình dục trước hôn nhân là điều có thể chấp nhận được, với 44% so với con số 36% trước đây. Tỷ lệ thanh niên uống rượu cũng tăng lên, với 60% đã từng uống rượu trong đó 80% ở nam và 36% ở nữ, so với 69% nam và 28% nữ trong lần khảo sát trước. Tỷ lệ hút thuốc lá đã giảm nhẹ, tuy nhiên vẫn còn 40% thanh niên hút thuốc lá.¹⁰⁶

Nhiều thanh niên trẻ trong khảo sát SAVY II cho biết phải chịu áp lực rất lớn, trong đó có việc không thể tìm được việc làm hoặc khi gặp khó khăn cả ở trường học lẫn ở nhà. Trong khi nhiều thanh niên bày tỏ mong muốn và kỳ vọng cao vào tương lai, một bộ phận lớn lại cho biết họ không tin có thể có nguồn thu nhập tốt để sống; và khoảng 59% cho biết là tìm việc rất khó. Đáng lo ngại hơn, cứ 5 người thì có 1 người trả lời cho biết giáo viên ở trường đã từng đe dọa hoặc trừng phạt học sinh và 35% cho biết không muốn đi học. Ngày càng nhiều thanh niên cảm thấy khó có thể thảo luận các vấn đề khó khăn với một thành viên trong gia đình, với 41% so với 32% trong lần điều tra trước. Có khoảng 40% người trả lời đã từng chứng kiến một hình thức xung đột nào đó trong gia đình. Ngày càng có nhiều người trẻ tuổi trải qua các vấn đề về sức khỏe tâm thần do các áp lực trên: một tỷ lệ lớn (khoảng 1/3) cho rằng “thỉnh thoảng cảm thấy họ không có ích chút nào”; và đa số (73%) cảm thấy buồn chán (tăng hơn gấp 2 so với lần khảo sát trước với tỷ lệ 33%), và 4% thừa nhận họ đã từng có ý nghĩ tự tử. Do đó cần có những dịch vụ và hình thức hỗ trợ xã hội mới bên ngoài gia đình để trợ giúp cho thế hệ trẻ này của Việt Nam.

KỶ VỌNG CỦA NGƯỜI DÂN NGÀY Càng NHIỀU VỀ VAI TRÒ CỦA CHÍNH PHỦ

Mong đợi của người dân đối với chính phủ và các dịch vụ xã hội cũng đang thay đổi khi Việt Nam phát triển. Người Việt Nam mong đợi chính phủ làm được nhiều hơn ngoài vai trò tạo ra tăng trưởng kinh tế. Phần khảo sát về quản lý nhà nước trong điều tra VHLSS năm 2008 cho thấy, mặc dù người dân thông báo đã có sự cải thiện trong việc cung cấp dịch vụ hành chính và xã hội, họ cũng bày tỏ sự không hài lòng ở các lĩnh vực cung cấp dịch vụ bao gồm chi phí tham nhũng, chất lượng dịch vụ và những khó khăn trong thủ tục hành chính.¹⁰⁷

*Mặc dù người dân thông báo đã có sự cải thiện trong việc cung cấp dịch vụ hành chính và xã hội, họ cũng bày tỏ sự không hài lòng ở các lĩnh vực cung cấp dịch vụ bao gồm chi phí tham nhũng, chất lượng dịch vụ và những khó khăn trong thủ tục hành chính.*¹⁰⁷

Như Acuna và cộng sự đã chỉ ra trong một nghiên cứu cho Báo cáo này:

Những công dân được nuôi dưỡng và giáo dục tốt hơn đòi hỏi chính phủ cung cấp các dịch vụ hành chính tốt hơn và hiệu quả hơn, ít quan liêu, tham nhũng, bao che, gia đình trị, lãng phí hoặc tham ô công quỹ. Họ đòi hỏi một hệ thống quản lý công có thể thúc đẩy sự phát triển, bình đẳng và cho phép người dân tham gia nhiều hơn vào các quá trình ra quyết định cũng như thực hiện và giám sát các chính sách công.¹⁰⁸

Về vấn đề này, có một số dấu hiệu thay đổi tích cực. Các phương tiện truyền thông và Quốc hội ngày càng đóng vai trò giám sát mạnh mẽ, và ngày càng thể hiện sẵn sàng khuyến khích và tham gia vào các cuộc tranh luận công khai có liên quan đến các quyết định chính sách quốc gia.¹⁰⁹ Quá trình ra quyết định của địa phương và sự tham gia của người dân trong cộng đồng đã được tăng cường. Sáng kiến “dân chủ cơ sở” được đưa ra vào cuối những năm 1990 đã được thiết kế với mục tiêu tăng cường sự tham gia của người dân, tăng cường tiếp cận thông tin và chống tham nhũng ở cấp địa phương, phù hợp với câu châm ngôn: “dân biết, dân bàn, dân làm, dân kiểm tra.”¹¹⁰ Phân cấp hành chính và tài chính bao gồm việc giao một tỷ lệ ngày càng tăng các loại thuế cho chính quyền địa phương, và giao quyền hạn chi tiêu trong một loạt các hoạt động cho các chính quyền địa phương. Trong đó bao gồm cả năng lực ưu tiên nguồn lực, phân bổ ngân sách và quyết

định các dự án đầu tư công nào.¹¹¹ Các tỉnh có tỷ lệ người nghèo cao nhận được mức hỗ trợ đầu người lớn hơn, do đó, việc phân cấp có tác dụng tái phân phối. Việc phân bổ quyền lực đã trao quyền lớn hơn cho các tỉnh để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của người dân và cũng khuyến khích cạnh tranh giữa các tỉnh, tạo điều kiện cho các tỉnh thực hiện tốt nhất có thể thu hút đầu tư và tăng mức sống của người dân.¹¹²

HIỆN ĐẠI HÓA CÁC THỂ CHẾ CỦA VIỆT NAM

Tuy nhiên, Việt Nam đang gặp phải những thách thức to lớn trong lĩnh vực lý nhà nước, như được nhìn nhận trong SEDS giai đoạn 2011-2020 theo đó xác định nhu cầu cần “cải thiện bộ máy nhà nước, tạo ra chuyển biến mạnh trong cải cách hành chính và tập trung xây dựng một hệ thống hành chính mạnh và trong sạch, đảm bảo quản lý hiệu quả, hiệu suất, thống nhất và ổn định.”¹¹³ Việt Nam vẫn chưa có một thể chế hiện đại và tinh vi cũng như một nền văn hóa chuyên nghiệp và dịch vụ công cần thiết để ứng phó với những thách thức phức tạp có liên quan tới quá trình chuyển đổi sang nước có thu nhập trung bình và mức phát triển con người trung bình. Tiếp tục cải cách hành chính công và hệ thống quản lý nhà nước ở địa phương để cung cấp các dịch vụ hành chính xã hội công có chất lượng cao hơn cho người dân Việt Nam là cần thiết để hỗ trợ cho quá trình chuyển đổi này. Quan trọng là việc thực hiện quá trình xây dựng chính sách và lập kế hoạch dựa trên thực chứng. Tăng cường sự tham gia của mọi người dân Việt Nam và tạo sân chơi thuận lợi để các tổ chức xã hội dân sự có thể tham gia nhiều hơn vào quá trình ra quyết sách cũng như trong việc cung cấp dịch vụ xã hội cũng có vai trò quan trọng để thúc đẩy những tiến bộ tiếp tục nhằm đạt được những mức phát triển con người cao hơn.¹¹⁴

Với chủ đề chính của báo cáo này về y tế và giáo dục, nỗ lực đồng bộ để giải quyết vấn đề tham nhũng vốn đã tràn lan ở Việt Nam và gây ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận dịch vụ cơ bản của người dân, có vai trò đặc biệt quan trọng và đã được chính phủ Việt Nam công nhận. SEDS nhấn mạnh sự cần thiết “tiến hành thường xuyên, triệt để và có hiệu quả cuộc chiến chống tham nhũng và lãng phí là một nhiệm vụ lâu dài, cấp bách và quan trọng.”¹¹⁵ Tham nhũng dường như đã trở thành căn bệnh ở địa phương trong cả dịch vụ y tế và giáo dục; được cả bên cung cấp dịch vụ và khách hàng coi là chuyện bình thường. Ví dụ một nghiên cứu năm 2009 của Trường Đại học Y Hà Nội cho thấy hơn 70% nhân viên y tế được phỏng vấn thừa nhận đã từng vi phạm đạo đức ngành y: đòi hỏi lộ tiền là lỗi phổ biến nhất.¹¹⁶ Tương tự, một cuộc khảo sát của Thanh tra chính phủ cho thấy 67% các

bậc cha mẹ cho thấy việc trả tiền để cho con mình đăng ký nhập học là chuyện chấp nhận được và bình thường.¹¹⁷ Tham nhũng không những ảnh hưởng tiêu cực nhất tới người nghèo và người dễ bị tổn thương mà còn có nguy cơ cản trở phát triển con người và tiến bộ kinh tế.

Trước những giá trị và kỳ vọng thay đổi của người dân đối với chính phủ và với việc cung cấp dịch vụ xã hội cùng với cải thiện quản trị nhà nước và sự tham gia của người dân trong quá trình lập kế hoạch, theo dõi và giám sát việc cung cấp dịch vụ xã hội và những cách chính để cải thiện các kết quả phát triển con người. Cải thiện quản lý nhà nước và nâng cao sự tham gia vào quá trình lập kế hoạch, giám sát và cung cấp dịch vụ xã hội là điều quan trọng. Định hướng lại các dịch vụ xã hội nhằm hướng tới khách hàng hơn, đảm bảo tính chịu trách nhiệm và tính minh bạch trong cách thức các dịch vụ này được chi trả và cung cấp, thúc đẩy sự tham gia của các bên phi nhà nước trong cung cấp dịch vụ, và đấu tranh chống lại những động cơ thúc đẩy tham nhũng và lợi dụng là những ưu tiên chính trong thời gian tới, như được đề cập trong Phần 2 của báo cáo này.

CON ĐƯỜNG ĐỂ TIẾP TỤC PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Hướng tới tương lai trong một thập kỷ tới khi Việt Nam tiếp tục thực hiện những chuyển đổi về kinh tế xã hội phức tạp như phân tích trong chương này, rõ ràng như đề xuất trong Chương 1, Việt Nam cần tập trung và cam kết để đảm bảo tăng trưởng kinh tế toàn diện và cân bằng hơn giữa các mục tiêu phát triển xã hội, con người, kinh tế và bền vững. Con đường đạt được tăng trưởng kinh tế và thịnh

vượng trước đây dường như nay đã bớt tính khả thi: nếu Việt Nam mong muốn tiếp tục đạt tốc độ tăng trưởng kinh tế cao, cần có sự chuyển đổi cơ bản sang các ngành công nghiệp có kỹ năng và công nghệ cao và cải tiến năng suất. Những áp lực có liên quan tới sự thay đổi nhân khẩu hơn bao giờ hết sẽ giúp Việt Nam tiếp tục tạo ra tăng trưởng và tạo việc làm mới cho hàng trăm nghìn thanh niên gia nhập thị trường lao động mỗi năm. Tính di động của dân số, đô thị hóa, thay đổi nhân khẩu và các cú sốc và áp lực do biến đổi khí hậu đang gây sức ép lên cơ sở hạ tầng và các dịch vụ hiện nay và tạo ra những yêu cầu mới đối với dịch vụ và hỗ trợ xã hội.

Cải thiện quản lý nhà nước đối với các dịch vụ xã hội là yêu cầu cơ bản của một xã hội hiện đại và phát triển về công nghệ mà Việt Nam đang hướng tới.

Đẩy nhanh cải cách quản lý nhà nước là cần thiết để đảm bảo Việt Nam có đủ khả năng và có những thể chế đủ mạnh và giỏi để đáp ứng với những thay đổi này cũng như những kỳ vọng và đòi hỏi đang thay đổi của người dân. Cải thiện quản lý nhà nước đối với các dịch vụ xã hội là yêu cầu cơ bản của một xã hội hiện đại và phát triển về công nghệ mà Việt Nam đang hướng tới.

Như phần hai của báo cáo này lập luận rằng đưa ra những lựa chọn chính sách cần thiết để đảm bảo tiếp cận toàn dân với các dịch vụ y tế và giáo dục có chất lượng và thực hiện hiệu quả trong thực tế có vai trò quan trọng nếu Việt Nam muốn giải quyết thành công các áp lực này và tiếp tục tiến tới mức phát triển con người cao hơn.

PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở VIỆT NAM – TÌNH HÌNH SƠ BỘ Ở CẤP TỈNH

PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI GIAI ĐOẠN 1998-2008: NHỮNG XU HƯỚNG CHÍNH

SỬ DỤNG BỘ CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

Chương 1 đã trình bày các xu hướng chung về phát triển con người, trong đó sử dụng chỉ số HDI và các chỉ số thành phần để phân tích những tiến bộ Việt Nam đã đạt được trong thời gian qua và so sánh sự thay đổi trong chỉ số HDI của Việt Nam với các nước khác trong khu vực. Chương này tập trung phân tích những thay đổi trong phát triển con người ở cấp địa phương trong giai đoạn từ năm 1999 đến 2008. Bộ chỉ số về phát triển con người, gồm HDI, GDI và HPI cùng với các chỉ số thành phần được sử dụng để phân tích những tiến bộ ở cấp quốc gia và cấp tỉnh. Các chỉ số này cũng phân tích mức độ đóng góp của chỉ số thu nhập và phi thu nhập vào phát triển con người. Lần đầu tiên tại Việt Nam, báo cáo giới thiệu Chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) được nội địa hóa và sử dụng bộ số liệu điều tra VHLSS 2008. Mặc dù các chỉ số nghèo đói đa chiều trước đây đã được xây dựng có liên quan đến nghèo trẻ em và nghèo thành thị, nhưng đây là lần đầu tiên chỉ số MPI được áp dụng ở cấp địa phương và cả nước. Chương này sẽ phân tích những tính có bước tiến lớn nhất, cũng như những tính tiến bộ chậm hơn. Đồng thời xem xét câu hỏi phải chăng sự chênh lệch giữa các tỉnh đang ngày càng tăng và nếu vậy thì đâu là những khía cạnh cụ thể trong các chỉ số về phát triển con người dẫn tới sự tăng lên này.

Ở cấp quốc gia, như đã thảo luận trong Chương 1, Việt Nam đã liên tục đạt được tiến bộ trên lĩnh vực phát triển con người. Chỉ số HDI tăng từ 0,651 năm 1999 lên 0,728 năm 2008, tương đương với tỷ lệ tăng 11,8%. Như phân tích trong chương 1, mức tăng lớn nhất là chỉ số thu nhập, tăng từ 0,430 năm 1999 lên 0,559 năm 2008, tương đương với tỷ lệ tăng 30%. Chỉ số tuổi thọ tăng 10%, trong khi chỉ số giáo dục chỉ tăng 3,4% trong giai đoạn 1999-2008. Hầu hết các tiến bộ này đạt được trong giai đoạn 1999-2004, thời điểm chỉ số HDI tăng 7,7%, chỉ số tuổi thọ tăng 8,5%, chỉ số giáo dục tăng 2,9% và chỉ số thu nhập tăng 15,3%. Trong giai đoạn 2004 đến 2008, chỉ số thu nhập tăng 12,6%, trong khi chỉ số tuổi thọ tăng 1,6% và chỉ số giáo dục chỉ tăng nhẹ. Như vậy, theo như phân tích trong Chương 1, thu nhập tăng nhanh hơn đã đóng góp quan trọng vào những tiến bộ về chỉ số HDI trong thập kỷ qua. Giai đoạn 2004 đến 2008 khi mức tăng trong các chỉ số phi thu nhập đã chậm lại.

Chỉ số GDI sử dụng các chỉ báo tương tự như HDI nhưng so sánh khoảng cách giữa nam và nữ để tạo nên chỉ số tổng thể. Chỉ số GDI đã tăng từ 0,650 năm 1999 lên 0,728 năm 2008, với tỷ lệ tăng 12%. Trong năm 2007, năm cuối cùng có thể so sánh với số liệu GDI toàn cầu, chỉ số GDI của Việt Nam là 0,723, cao hơn Nepal, Ấn Độ, Campuchia và Lào, nhưng thấp hơn Indonesia, Philippines, Trung Quốc và Thái Lan.¹ Chỉ số HPI – phản ánh mức độ nghiêm trọng của tình trạng thiếu thốn trên các phương diện phi thu nhập cũng cho thấy bước tiến bộ liên tục, giảm từ 21,13 năm 1999 xuống 10,93 năm 2008. Năm 2007, chỉ số HPI là 12,4 - một lần nữa đưa Việt Nam vượt qua Ấn Độ, Nepal, Campuchia và Lào, nhưng vẫn đứng sau Indonesia,

Philippines, Trung Quốc và Thái Lan.² Tiến bộ trong chỉ số HPI phần lớn nhờ vào sự cải thiện trong việc tiếp cận nước sạch và tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em giảm trong giai đoạn này.

Đây là lần đầu tiên báo cáo này giới thiệu chỉ số MPI ở cấp tỉnh của Việt Nam, sử dụng dữ liệu điều tra VHLSS năm 2008. Chỉ số MPI sử dụng 9 chỉ báo để đo lường thiếu thốn về y tế, giáo dục và mức sống. Chỉ số MPI gồm hai chỉ số phụ đo lường thiếu hụt: đó là tỷ lệ người là người nghèo đa chiều (chỉ số nghèo đói đếm đầu) và độ sâu nghèo đói (số lượng thiếu hụt trung bình của mỗi người nghèo đa chiều). Năm 2008, tỷ lệ người nghèo (dựa trên chi tiêu) là 14,5%; trong khi đó tỷ lệ nghèo phi tiền tệ là 23,3%, cho thấy tỷ lệ cao hơn của các hình thức thiếu hụt khác. Ngoài ra, độ sâu nghèo đói cao hơn nhiều vào khoảng 40,2%, phản ánh tình trạng thiếu hụt ở nhiều phương diện ở những người nghèo. Ngoài ra có tới 20,2% người dân đứng trước nguy cơ rơi vào nghèo đói đa chiều. Do một số chỉ báo sử dụng trong chỉ số MPI nội địa hóa dựa trên dữ liệu của VLHSS có sự khác biệt so với những chỉ báo dùng trong báo cáo HDR toàn cầu³ nên kết quả cũng khác nhau: trong báo cáo HDR toàn cầu 2010, tỷ lệ nghèo đói đa chiều đếm đầu của Việt Nam là 14,3% và độ sâu nghèo đói là 52,5%. Chỉ số MPI năm 2008 của Việt Nam là dữ liệu cơ sở cho các Báo cáo phát triển con người quốc gia (NHDRs) trong tương lai.

Bộ chỉ số phát triển con người được thừa nhận có những hạn chế nhất định. Ví dụ, chỉ số HDI sử dụng tỷ lệ nhập học chung và chỉ báo này được coi là ít tin cậy hơn khi đánh giá về tiến bộ trong giáo dục so với các chỉ báo khác như tỷ lệ nhập học đúng tuổi, tỷ lệ tốt nghiệp và số năm đi học trung bình. Tuy nhiên tỷ lệ nhập học chung từ lâu vẫn thường được sử dụng làm dữ liệu so sánh có thể sẵn có ở nhiều quốc gia. Tương tự, tuổi thọ được dùng là chỉ báo thay thế cho lĩnh vực y tế. Như đã đề cập trong Chương 1, bộ chỉ số phát triển con người gốc được sử dụng trong báo cáo này vì các chỉ số này cho phép so sánh với các nước trong khu vực và trên thế giới và cho phép đánh giá những tiến bộ qua thời gian ở cấp địa phương ở Việt Nam. Tuy nhiên

các kết quả phân tích tiến bộ trong phát triển con người xét về các chỉ số và các chỉ báo phụ sử dụng trong bộ chỉ số về phát triển con người cần được xem xét một cách thận trọng, vì có thể nó không thống nhất với tất cả các chỉ báo y tế và giáo dục chính khác.

KHOẢNG CÁCH VÀ BẤT BÌNH ĐẲNG THEO VÙNG

Như thảo luận trong Chương 2, những tiến bộ lớn của Việt Nam về chỉ số thu nhập phản ánh những thành tựu về tăng trưởng kinh tế và giảm nghèo trong thập kỷ qua. Cùng lúc đó, tiến bộ ở khía cạnh phi thu nhập lại khiêm tốn hơn và chủ yếu do tăng trưởng chậm hơn trong chỉ số giáo dục. Tuy nhiên, những tiến bộ chung đạt được trong chỉ số HDI ở cấp quốc gia dường như đã che dấu mức độ chênh lệch lớn ở cấp tỉnh. Cùng với tình trạng kinh tế và nguồn gốc dân tộc, sự khác biệt về địa lý và khu vực cũng là những yếu tố quan trọng nhất gây nên bất bình đẳng ở Việt Nam. Vị trí địa lý đóng vai trò quan trọng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ và cơ hội: ví dụ, nơi cư trú cho thấy có vai trò trong việc làm giảm hoặc tăng khả năng bỏ học ở trẻ em từ 11 đến 18 tuổi.⁴ Vị trí địa lý cũng có liên quan chặt chẽ với bất bình đẳng thu nhập, với những sự chênh lệch giữa các vùng và các tỉnh rất lớn và rõ rệt.

Ở Việt Nam, nghèo đói và thiếu thốn tập trung ở các vùng núi, vùng sâu vùng xa và khu vực nông thôn.

Ở Việt Nam, nghèo đói và thiếu thốn tập trung ở các vùng núi, vùng sâu vùng xa và khu vực nông thôn, đặc biệt là miền núi và trung du Bắc Bộ, duyên hải Bắc Trung Bộ và Tây Nguyên. Khu vực khá giả nhất tập trung ở đồng bằng sông Hồng, Đông Nam Bộ và ở mức độ thấp hơn là đồng bằng sông Cửu Long. Các yếu tố khu vực này thể hiện rất rõ trong phần phân tích về 4 chỉ số phát triển con người dưới đây. Trước khi chuyển sang phân tích các chỉ số này, Hộp 3.1 cung cấp thông tin tổng quan về các vùng ở Việt Nam.

HỘP 3.1: CÁC VÙNG CỦA VIỆT NAM – TÓM TẮT TÌNH HÌNH⁵

Đồng bằng sông Hồng có dân số 19,5 triệu người và là khu vực đông dân nhất của Việt Nam. Vùng này có tỷ lệ người biết chữ cao nhất và hoàn thành những bậc học cao lớn nhất trong cả nước. Vùng này đang trải qua quá trình đô thị hóa nhanh chóng, chủ yếu tập trung ở Hà Nội. Các cơ quan đầu não của chính phủ và hệ thống lập kế hoạch trung ương đặt ở đây, và các hệ thống giáo dục và y tế ở vùng này cũng có lịch sử lâu dài. Cơ sở hạ tầng xã hội phát triển tương đối tốt hơn; và Nhà nước vẫn chiếm ưu thế trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội. Tuy nhiên, tình hình hiện nay đang thay đổi, và tại Hà Nội, tỷ lệ học sinh phổ thông trung học học ở các trường ngoài nhà nước tăng lên (hơn 40% năm 2007⁶). Chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường đã làm thay đổi các chính sách giáo dục và y tế cũng như việc thực hiện các chính sách này.

Vùng duyên hải Bắc và Nam Trung Bộ có tổng dân số 18,8 triệu người. Trong đó vùng duyên hải Nam Trung Bộ giàu có hơn so với duyên hải Bắc Trung Bộ - một trong những vùng còn tương đối nghèo của Việt Nam. Sinh thái tự nhiên và lịch sử xã hội đã phần nào ảnh hưởng tới sự phát triển kinh tế và đời sống người dân của vùng này. Các khu dân cư tập trung dọc quốc lộ 1 (con đường cao tốc chính Bắc-Nam) tạo cho Nam Trung Bộ có đặc tính ven đô thị trong nhiều lĩnh vực. Các thành phố lớn, đặc biệt là Đà Nẵng, Nha Trang và Quy Nhơn đang đóng góp vào tăng trưởng kinh tế và sức sống của vùng nhờ vào những lợi thế tự nhiên về thu hút khách du lịch, mặc dù cũng có các vùng sâu vùng xa, nơi tăng trưởng kinh tế tương đối chậm. Cũng giống như các vùng khác ở miền Nam, vùng duyên hải Nam Trung Bộ ít chịu ảnh hưởng của cơ chế kế hoạch tập trung hơn so với duyên hải Bắc Trung Bộ và các vùng phía Bắc khác. Do đó, ở duyên hải Nam Trung Bộ, các yếu tố thị trường từ lâu đã có vai trò lớn hơn.

Đồng bằng sông Cửu Long có số dân khoảng 17,2 triệu người. Mặc dù vùng này chủ yếu là nông thôn, song đứng thứ ba cả nước về mức thu nhập bình quân đầu người, sau Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Hồng nơi tập trung các thành phố lớn của Việt Nam. Tuy thu nhập tương đối cao hơn, các chỉ số xã hội ở đồng bằng sông Cửu Long kém hơn. Tình trạng không có đất và tập trung đất đai mang tính lịch sử đã và đang trở nên phổ biến hơn ở vùng này. Các đặc điểm khí hậu và địa lý địa phương cho thấy những vấn đề khác biệt đặc biệt về giáo dục và y tế, như khó khăn trong do vị trí địa lý, giao thông và vấn đề vệ sinh.

Đông Nam Bộ là vùng đông dân tiếp theo ở Việt Nam, với 14 triệu người. Cùng với đồng bằng sông Hồng, vùng này có mức độ học vấn cao nhất, với hơn 27% người lớn hoàn thành trung học phổ thông. Vùng này có thành phố

Bản đồ 3.1: Các vùng của Việt Nam



Nguồn: UNHCR, trích từ <http://www.nationsonline.org>

Hồ Chí Minh năng động và là vùng giàu có nhất và phát triển nhanh nhất cả nước - cả về phương diện kinh tế và nhân khẩu học. Có thể thấy ở đây nhiều cơ quan Nhà nước và các thể chế thị trường cũng như các mối quan hệ mở rộng nhanh chóng của Việt Nam với các nền kinh tế khu vực và toàn cầu. Với mức độ giàu có tương đối cao, và tập trung của các trung tâm đô thị và gần các vùng nghèo hơn, Đông Nam Bộ là một điểm đến quan trọng của cả hai loại hình di cư nông thôn-đô thị và đô thị-đô thị. Đô thị hóa đang gia tăng nhanh chóng, song hỗ trợ về thể chế và cơ sở hạ tầng không đồng đều. Cũng như các vùng khác, Đông Nam Bộ phải đối mặt với những thách thức trong việc bảo đảm cung cấp các dịch vụ xã hội cho tất cả người dân.

Vùng miền núi và trung du Bắc Bộ có dân số 11 triệu người, sống ở hai tiểu vùng riêng biệt, đó là trung du ven biển Đông Bắc và miền núi Tây Bắc. Vùng này có tỷ lệ đói nghèo thu nhập cao nhất và tỷ lệ biết chữ thấp nhất trong cả nước, với tỷ lệ biết chữ dưới 60% tại một số tỉnh. Ở Tây Bắc, nhiều hộ gia đình vẫn tiếp tục sống dựa vào nông nghiệp tự cung tự cấp. Việc cung cấp các dịch vụ xã hội dựa trên các lực lượng thị trường không đáng kể và các dịch vụ của nhà nước không đủ đáp ứng nhu cầu địa phương. Sự đa dạng về dân tộc, xa xôi về địa lý và điều kiện kinh tế yếu kém gây ra những thách thức lớn khác biệt với những vùng khác của đất nước.

Tây Nguyên là vùng ít dân cư nhất của Việt Nam, với 5,1 triệu người. Nơi đây tập trung các nhóm cư dân bản địa nhiều hơn các vùng khác. Tỷ lệ sinh tương đối cao và do đó dân số nhìn chung trẻ hơn so với những nơi khác. Người di cư tới vùng này, bao gồm cả người Kinh và các nhóm dân tộc thiểu số, cũng xuất phát từ tình trạng tăng dân số. Vùng này đã và đang là một trong những vùng nghèo nhất trong cả nước: với gần 50% thu nhập hộ gia đình được chi tiêu cho lương thực. Trong khi mức sống được cải thiện đáng kể, phân phối thu nhập ngày càng không đồng đều, một phần do dòng người nhập cư tương đối giàu có gần đây. Các ngành kinh tế ở vùng này đã thay đổi do dòng người nhập cư lớn trong vài thập kỷ qua và gần đây là sự bùng nổ các hoạt động nông nghiệp phi truyền thống. Biến đổi xã hội cũng đang diễn ra do những thay đổi về kinh tế và việc xây dựng cơ sở hạ tầng mới. Căng thẳng xã hội rất rõ nét khi các nhóm dân tộc ít người từ nhiều vùng khác nhau sinh sống cạnh nhau, trong khi môi trường xã hội và kinh tế đang chuyển đổi xung quanh họ, làm thay đổi sinh kế và các hệ thống giá trị truyền thống của người dân.

PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở CÁC TỈNH

SO SÁNH CẤP TỈNH

Bản đồ 3.2: Chỉ số phát triển con người (HDI), 2008

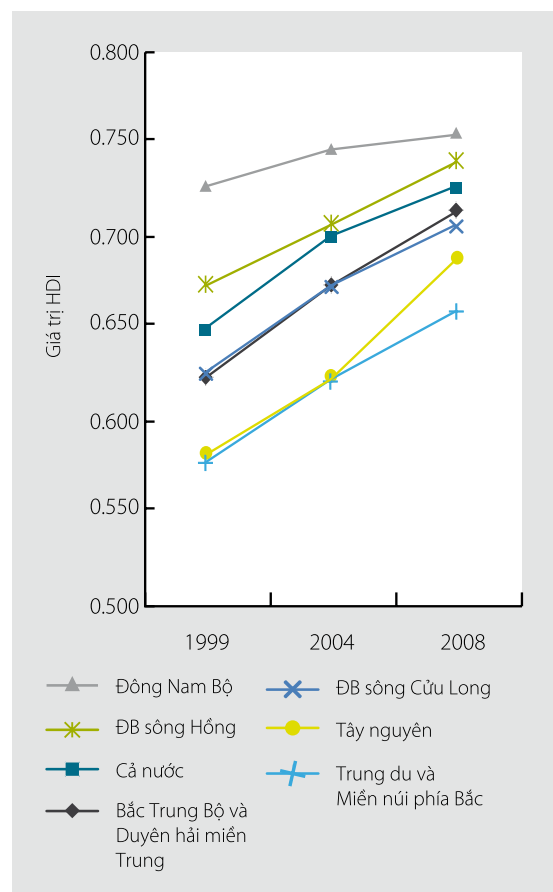


Nguồn: B. Surborg cho NHDR 2011

Chỉ số HDI có sự biến động lớn giữa các tỉnh của Việt Nam, cũng như sự thay đổi của chỉ số này theo thời gian. Hầu hết các tỉnh ở Việt Nam đã đạt tiến bộ về HDI từ năm 1999 đến năm 2008. Các tỉnh nghèo hơn có tiến bộ nhanh hơn, nhưng vẫn đứng ở mức

phát triển con người thấp hơn, trong khi hầu hết các tỉnh giàu có hơn tiếp tục tiến về phía trước. Trong cả hai năm 1999 và 2008, các tỉnh nghèo nhất là những tỉnh có giá trị HDI thấp nhất, bao gồm Hà Giang ở Đông Bắc và Lai Châu ở Tây Bắc. Các tỉnh có giá trị HDI cao nhất trong cả hai năm 1999 và 2008 là những tỉnh năng động nhất của Việt Nam, gồm Bà Rịa Vũng Tàu và TP Hồ Chí Minh ở Đông Nam Bộ, Hà Nội ở miền Bắc và Nẵng Đà ở Nam Trung Bộ (Bản đồ 3.2).

Hình 3.1: Giá trị HDI, Việt Nam và 6 vùng 1999-2008



Nguồn: VASS/TCTK; HDI 1999, 2004, 2008

Xem bảng số liệu trong Phụ lục.

So sánh chỉ số HDI của các tỉnh của Việt Nam với các nước trong năm 2009 (năm gần nhất có chỉ số HDI tương ứng để so sánh) cho thấy mức độ phát triển con người ở các tỉnh Lai Châu và Hà Giang tương đương với các nước như Papua New Guinea và Swaziland. Còn mức độ phát triển con người ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh có thể so sánh tương đương với Jordan, Belize và Trung Quốc. Mức độ phát triển con người ở các tỉnh Lai Châu và Hà Giang tương đương với các nước như Papua New

Guinea và Swaziland. Còn mức độ phát triển con người ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh có thể so sánh tương đương với Jordan, Belize và Trung Quốc.

Mức độ phát triển con người ở các tỉnh Lai Châu và Hà Giang tương đương với các nước như Papua New Guinea và Swaziland. Còn mức độ phát triển con người ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh có thể so sánh tương đương với Jordan, Belize và Trung Quốc.

Tương tự, các vùng năng động nhất có giá trị HDI cao nhất trong cả hai năm 1999 và 2008. Năm 2008, HDI dao động từ 0,756 ở Đông Nam Bộ đến 0,660 ở miền núi và trung du Bắc Bộ. Trong khi một số vùng, đặc biệt là Tây Nguyên và đồng bằng sông Cửu Long đã có cải thiện đáng kể về chỉ số HDI, thì vùng Đông Nam Bộ lại có tốc độ tăng chậm nhất mặc dù có xuất phát điểm ban đầu cao hơn nhiều. (Hình 3.1).

TĂNG TRƯỞNG TRONG CHỈ SỐ HDI Ở MỘT SỐ TỈNH NGHÈO NHẤT VÀ GIÀU NHẤT

Mặc dù vẫn còn khoảng cách lớn với các tỉnh giàu có, giá trị HDI của nhiều tỉnh nghèo nhất của Việt Nam đã tăng đáng kể trong giai đoạn từ năm 1999 đến năm 2008. Các tỉnh này gồm Gia Lai và Kon Tum ở Tây Nguyên, Sơn La ở Tây Bắc và Lào Cai, Hà Giang, Cao Bằng, Bắc Cạn ở Đông Bắc. Các tỉnh này nằm trong số những tỉnh nghèo nhất trong nước và thuộc 10 tỉnh có HDI ở cuối bảng xếp hạng trong cả hai năm 1999 và 2008. Mặc dù phát triển con người đã được cải thiện nhiều, nhưng các tỉnh này vẫn còn tụt hậu so với các vùng giàu có hơn ở Việt Nam và chưa thể thay đổi đáng kể vị trí xếp hạng trong thập kỷ qua. Một số tỉnh, như Bến Tre và Cần Thơ ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long đã tiến bộ đáng kể trong thứ bậc xếp hạng.

Bảng 3.1: Tăng trưởng chỉ số HDI nhanh nhất và chậm nhất, theo tỉnh, giai đoạn 1999-2008

	Tỉnh	Xếp hạng HDI 2008	Xếp hạng HDI 1999	Giá trị HDI 2008	Giá trị HDI 1999	Tốc độ thay đổi 1999-2008 (%)
Các tỉnh có HDI tăng nhanh hơn	Gia Lai (TN)	53	59	0,667	0,519	28,5%
	Lào Cai (ĐB)	57	57	0,644	0,527	22,3%
	Sơn La (TB)	59	58	0,641	0,527	21,7%
	Cao Bằng (ĐB)	55	55	0,658	0,541	21,7%
	Lạng Sơn (ĐB)	35	52	0,702	0,581	20,8%
	Kon Tum (TN)	58	56	0,641	0,535	19,8%
	Hà Giang (ĐB)	62	60	0,570	0,477	19,4%
	Bến Tre (ĐBSCL)	14	43	0,728	0,610	19,3%
	Đắk Lắk (TN)	41	49	0,694	0,583	19,1%
	Cần Thơ (ĐBSCL)	6	31	0,751	0,633	18,7%
Đông Tháp (ĐBSCL)	43	50	0,691	0,582	18,7%	
Các tỉnh có HDI tăng chậm hơn	Hung Yên (ĐBSH)	24	13	0,718	0,661	8,7%
	Bình Phước (ĐNB)	38	18	0,701	0,649	8,0%
	Tây Ninh (ĐNB)	21	10	0,721	0,672	7,4%
	Bà Rịa-Vũng Tàu (ĐNB)	1	2	0,805	0,759	6,0%
	Đông Nai (ĐNB)	9	7	0,744	0,702	6,0%
	Hải Phòng (ĐBSH)	8	6	0,744	0,703	5,8%
	Đà Nẵng (DHNTB)	4	4	0,761	0,724	5,1%
	TP Hồ Chí Minh (ĐNB)	2	3	0,773	0,755	2,4%
Bình Dương (ĐNB)	17	4	0,724	0,731	-0,9%	

Nguồn: HDI 1999, 2008

*Thu nhập từ dầu khí không được tính vào số liệu thu nhập của Bà Rịa-Vũng Tàu

ĐBSH = đồng bằng sông Hồng, TN = Tây Nguyên; ĐB = Đông Bắc, ĐNB = Đông Nam Bộ, DHNTB = duyên hải Nam Trung Bộ, DHBTB = duyên hải Bắc Trung Bộ, ĐBSCL = đồng bằng sông Cửu Long, TB = Tây Bắc.

Mặt khác, một số tỉnh giàu nhất với giá trị HDI cao nhất trong cả hai năm 1999 và 2008 đã có sự tăng trưởng chậm hơn về chỉ số HDI trong giai đoạn này. Các tỉnh này bao gồm TP Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, Hải Phòng và Bà Rịa Vũng Tàu, cũng là các tỉnh đứng đầu về chỉ số HDI trong cả hai năm 1999 và 2008. Những tỉnh này đã có mức phát triển con người cao trong năm 1999 và tiếp tục đạt được cải thiện khiêm tốn trong chỉ số HDI trong giai đoạn 1999-2008. Tỉnh Bình Dương là trường hợp ngoại lệ khi tụt hạng từ vị trí thứ 4 năm 1999 xuống thứ 17 năm 2008 trong bảng xếp hạng HDI. Một lý do cho sự tụt hạng này của Bình Dương là tỷ lệ nhập học chung đã giảm xuống, một phần do dòng người nhập cư lớn vào tỉnh. Theo số liệu của tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009, Bình Dương có tỷ lệ nhập cư cao nhất cả nước, cứ 3 người thì có một người nhập cư.⁷

Có hai xu hướng được quan tâm. Thứ nhất, mặc dù các tỉnh nghèo hơn đã có những cải thiện đáng kể

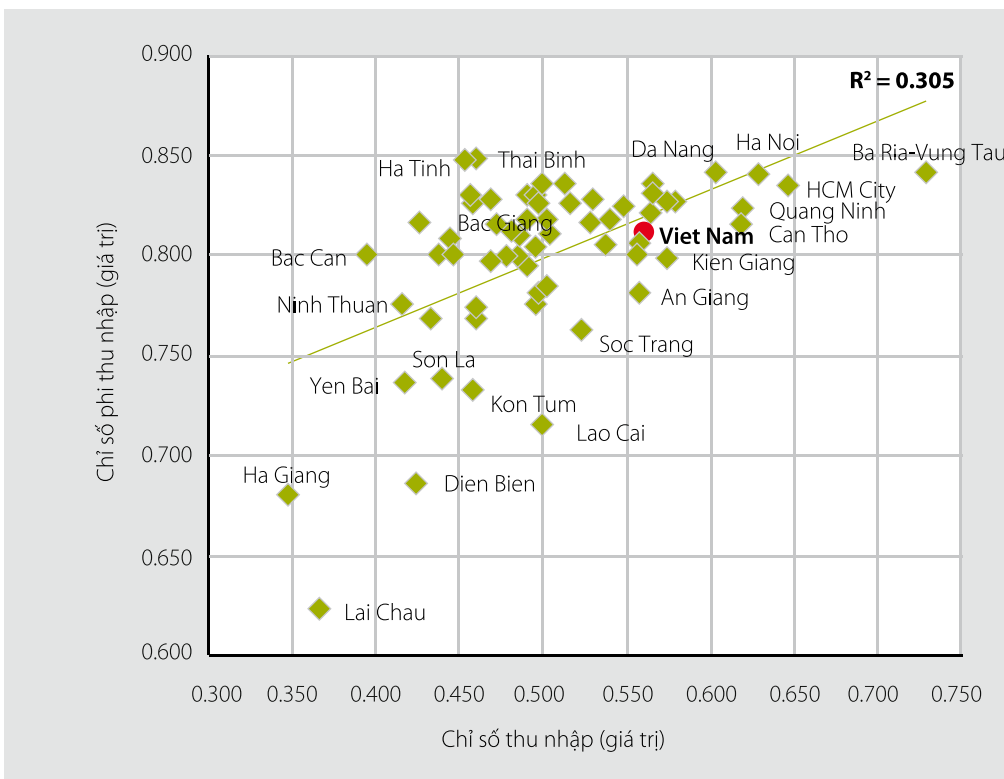
trong chỉ số HDI và thu hẹp dần khoảng cách với các tỉnh có thứ bậc trung bình - các tỉnh nghèo vẫn không thể thay đổi được thứ bậc trên bảng xếp hạng HDI, hay nói cách khác họ vẫn chưa thể đuổi kịp các tỉnh giàu. Trong khi đó, mặc dù tốc độ tăng của chỉ số HDI ở một số tỉnh giàu của Việt Nam đã chậm lại, song giữa các tỉnh giàu và nghèo hơn vẫn còn khoảng cách đáng kể.

Mặc dù tốc độ tăng của chỉ số HDI ở một số tỉnh giàu của Việt Nam đã chậm lại, song giữa các tỉnh giàu và nghèo hơn vẫn còn khoảng cách đáng kể.

Như phân tích dưới đây cho thấy, trong khi tất cả các tỉnh đều đạt được tăng trưởng kinh tế, thì những tiến bộ chậm hơn về các chỉ số tuổi thọ và giáo dục đang làm chậm lại tiến bộ chung về chỉ số HDI ở cả các tỉnh giàu và các tỉnh nghèo hơn.

PHÂN TÍCH Ở CẤP TỈNH SỬ DỤNG CÁC CHỈ SỐ THÀNH PHẦN CỦA HDI

Hình 3.2: Các chỉ số thu nhập và phi thu nhập của HDI, theo tỉnh của Việt Nam, 2008



Nguồn: tự tính toán, VASS/GSO, HDI 2008. Lưu ý: chỉ số tuổi thọ và thu nhập được tổng hợp thành một chỉ số phi thu nhập. $r=0,55265$. Xem www.hdr.org về các chỉ số tổng hợp sử dụng số liệu từ báo cáo HDR toàn cầu.

So sánh các khía cạnh thu nhập và phi thu nhập của chỉ số HDI cho thấy, cũng giống như các xu hướng nêu trong Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010, không phải lúc nào cũng có mối tương quan giữa tiến bộ trên các phương diện thu nhập và phi thu nhập của HDI ở các tỉnh của Việt Nam.

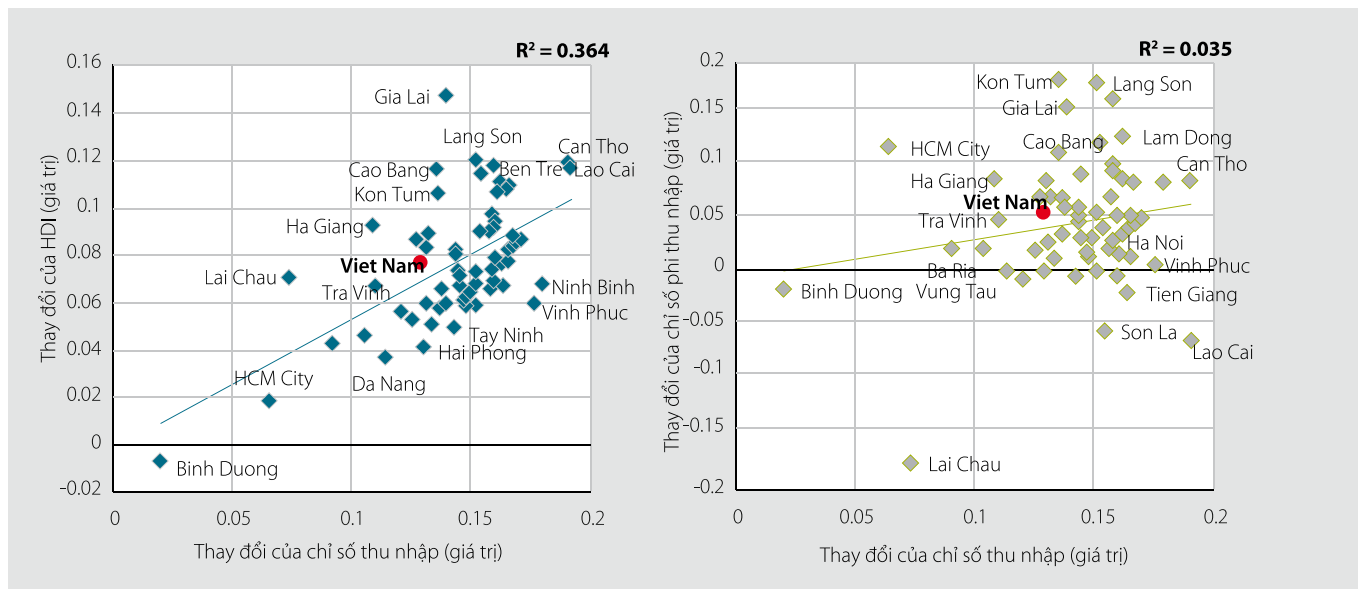
Không phải lúc nào cũng có mối tương quan giữa tiến bộ trên các phương diện thu nhập và phi thu nhập của HDI ở các tỉnh của Việt Nam.

Trong khi các tỉnh có tiến bộ lớn về chỉ số HDI chung là những tỉnh đạt được giá trị cao hơn về các chỉ số phi thu nhập (tuổi thọ và giáo dục) và chỉ số thu nhập, thì vẫn có sự khác biệt rất lớn giữa các tỉnh này. Một số tỉnh có mức thu nhập tương đối cao, nhưng các giá trị phi thu nhập lại ở dưới mức trung bình, trong đó có các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long như Sóc Trăng, An Giang. Các tỉnh khác có mức thu nhập trung bình thấp hơn, nhưng lại có mức độ phát triển con người về phương diện phi thu nhập cao hơn tương đối. Các tỉnh này bao gồm như Hà Tĩnh ở vùng duyên hải Bắc Trung Bộ và Thái Bình ở

đồng bằng sông Hồng. Hai tỉnh này có mức phát triển con người trên các phương diện phi thu nhập cao hơn so với Hà Nội, Đà Nẵng và TP Hồ Chí Minh.

Để hiểu được các nhân tố này, cần xem xét những thay đổi theo thời gian về các chỉ số thu nhập và phi thu nhập trong chỉ số HDI. Rõ ràng là, những tỉnh đạt tiến bộ chung lớn nhất về chỉ số HDI trong giai đoạn 1999-2008 (các tỉnh nghèo hơn được liệt kê trong bảng 3.1) là những tỉnh đạt được tiến bộ trên cả các phương diện thu nhập và phi thu nhập của HDI, mặc dù các tỉnh này thường có xuất phát điểm rất thấp. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp các tỉnh cải thiện được chỉ số thu nhập lại có sự cải thiện rất hạn chế về các chỉ số phi thu nhập trong chỉ số tổng hợp HDI, khiến tăng trưởng chung về HDI chậm lại. Hình 3.3 (CHECK HÌNH 3.3) minh họa điều này, và tương tự với phân tích trong Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010 (hình 1.1), cho thấy sự thay đổi tích cực trong giá trị của chỉ số thu nhập có tương quan với tiến bộ trong chỉ số HDI tổng thể, nhưng lại ít có liên hệ với tiến bộ trong các chỉ số phi thu nhập. Nói cách khác, tăng trưởng kinh tế đã thúc đẩy sự cải thiện chỉ số HDI ở cấp tỉnh, nhưng không phải lúc nào cũng tương quan với những tiến bộ về chỉ số tuổi thọ và giáo dục.

Hình 3.3: Thay đổi trong các chỉ số thu nhập và phi thu nhập của HDI theo các tỉnh, 1999-2008

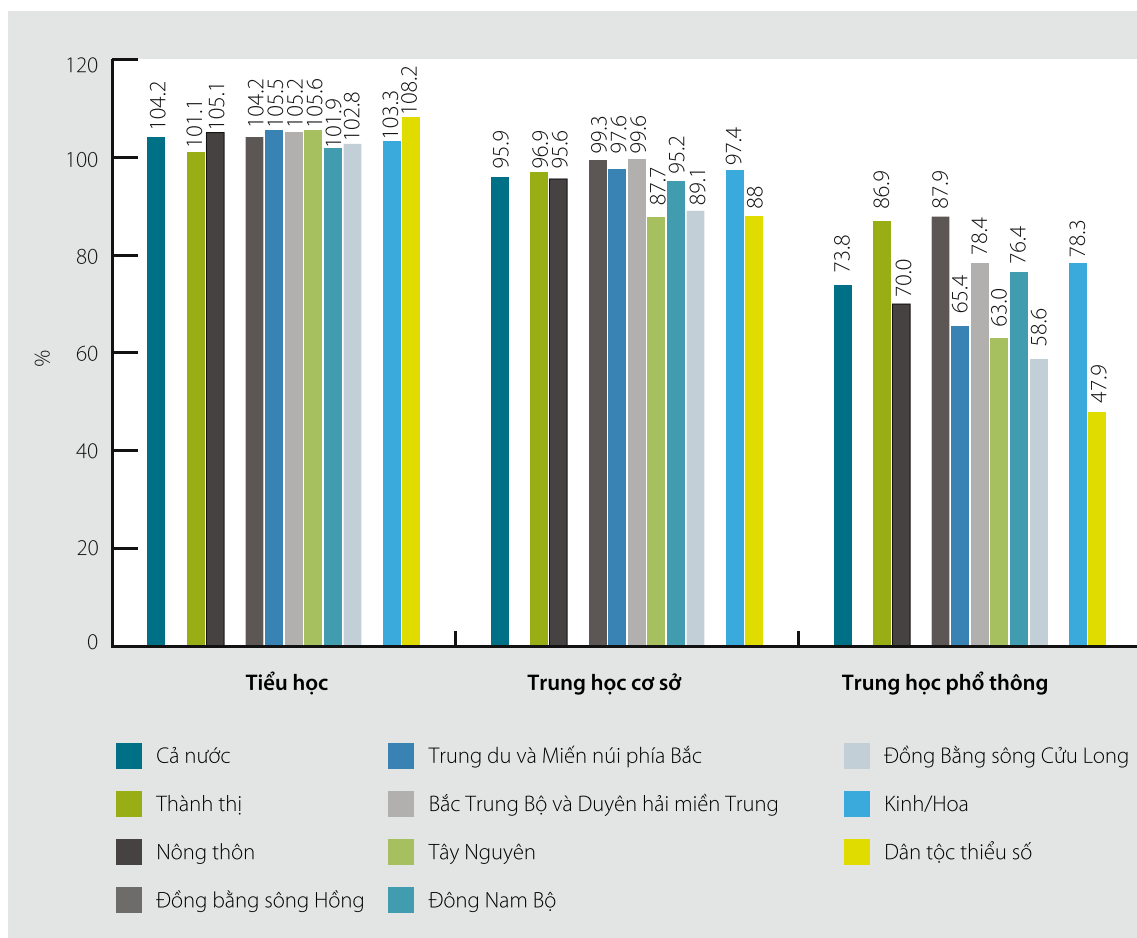


Nguồn: tự tính toán; VASS/GSO; HDI 2008, 1999. $r=0,60393$; $r=0,18795$

Thật vậy, một số tỉnh có tốc độ tăng trưởng thu nhập mạnh mẽ trong giai đoạn 1999-2008 trên thực tế lại có các chỉ số phi thu nhập giảm sút trong cùng kỳ; trong đó có Lào Cai, Sơn La và Tiền Giang. Đa phần các tỉnh có chỉ số thu nhập tăng trên 30% trong giai đoạn này, còn mức tăng về chỉ số tuổi thọ và giáo dục khiêm tốn hơn, và ở một vài tỉnh, chỉ số tuổi thọ và giáo dục đã giảm nhẹ. Một phần ba số tỉnh có tỷ lệ nhập học chung giảm: tuy nhiên đa phần những trường hợp này tỷ lệ biết chữ ở người

lớn tăng lên đã triệt tiêu ảnh hưởng do tỷ lệ nhập học giảm, dẫn đến chỉ số giáo dục chung tăng lên. Nói cách khác, nhiều tỉnh có cải thiện khiêm tốn về chỉ số HDI có mức tăng trưởng thu nhập bình quân đầu người GDP tính theo PPP tăng nhanh nhưng tỷ lệ nhập học chung giảm: như vậy nghĩa là tiến bộ ở mặt này che lấp những thụt lùi ở mặt khác. Khoảng một phần ba trong tổng số 63 tỉnh có xu hướng này trong cả hai năm 1999 và 2008.

Hình 3.4: Tỷ lệ nhập học chung theo dân tộc và vùng 2008



Nguồn: VHLSS 2008

Trong khi GDP bình quân đầu người của cả nước tăng 115,7% trong giai đoạn 1999-2008, tỷ lệ nhập học chung chỉ tăng 2,4%. Hầu hết những tiến bộ về chỉ số tuổi thọ và giáo dục đã diễn ra trong nửa đầu của thập kỷ từ năm 1999 đến 2004. Trong giai đoạn tiếp theo từ 2004-2008, tỷ lệ nhập học chung của cả nước chỉ tăng chưa đầy 1% trong khi GDP bình quân đầu người (theo PPP) tăng mạnh tới 45%. Như vậy, phù hợp với phân tích trong Chương 1, trong khi thu

nhập của Việt Nam đang tăng lên, thì các kết quả về phương diện giáo dục của chỉ số HDI đang chậm lại.

Một lý do giải thích cho xu hướng tỷ lệ nhập học chung tăng chậm lại là tình trạng thương mại hóa các dịch vụ giáo dục đang tăng lên và có một bộ phận dân số trước đây có thể tiếp cận dịch vụ giáo dục bao cấp bị gạt ra ngoài, như được thảo luận trong các chương sau. Tuy nhiên những xu hướng

này cần được lý giải một cách trọng vì những hạn chế khi sử dụng tỷ lệ nhập học chung làm chỉ số đo lường tiến bộ trong giáo dục.

Mặc dù GDP bình quân đầu người tính theo PPP tăng lên đáng kể ở hầu hết các tỉnh trong giai đoạn 1999-2008, nhưng vẫn còn khoảng cách rõ rệt về thu nhập giữa các tỉnh giàu nhất và nghèo nhất. TP Hồ Chí Minh có mức thu nhập GDP bình quân đầu người tính theo PPP là 4.834 đô la Mỹ trong năm 2008, gấp gần 6 lần so với tỉnh Hà Giang là tỉnh có GDP bình quân đầu người PPP chỉ đạt 801 đô la Mỹ. Tuy nhiên khoảng cách này đã giảm xuống từ mức 9,6 lần năm 1999, phản ánh tăng trưởng kinh tế mạnh ở Việt Nam.

Trong khi thu nhập của Việt Nam đang tăng lên, thì các kết quả về phương diện giáo dục của chỉ số HDI đang chậm lại.

Tương tự như vậy, trong giai đoạn 1999-2008, chênh lệch về tuổi thọ và tỷ lệ biết chữ giữa các tỉnh có tỷ lệ cao nhất và thấp nhất đã giảm nhẹ. Trong năm 2008, khoảng cách về tuổi thọ là 12% và tỷ lệ biết chữ là 36% giữa các tỉnh có tỷ lệ cao nhất và thấp nhất. Tuy nhiên, khoảng cách về tỷ lệ nhập học chung giữa các tỉnh có tỷ lệ cao nhất và thấp nhất đã tăng lên, từ 33% năm 1999 lên 40% năm 2008.

Nổi bật là một số tỉnh/thành giàu có của Việt Nam như TP Hồ Chí Minh và Hải Phòng (cả hai tỉnh này đều có tỷ lệ nhập cư thuần cao) có tỷ lệ nhập học chung thấp hơn mức trung bình toàn quốc trong năm 2008. Trong giai đoạn 1999-2008, tỷ lệ nhập học chung đã giảm ở Bình Dương (31%), Hải Phòng (13,4%), và Đà Nẵng (12%); tình trạng tương tự cũng diễn ra tại các tỉnh nghèo như Kon Tum và Hà Giang. Sự suy giảm này diễn ra chủ yếu trong giai đoạn 2004 - 2008 ở một số tỉnh giàu - khi tỷ lệ nhập học chung giảm 14% ở TPHCM, giảm 12% ở Hải Phòng, 12% ở Đà Nẵng và 3% ở Hà Nội. Kết quả này có sự khác biệt so với sự giảm sút nhẹ hoặc thậm chí cải thiện của tỷ lệ nhập học chung trong giai đoạn 1999 đến 2004. Có một số lý do giải thích cho xu hướng này: trước hết đây là những khu vực có dòng người nhập cư lớn và con cái của người nhập cư có nhiều khả năng không được đi học, như đã thảo luận trong Chương 2. Thứ hai, như phân tích trong các chương sau, chi phí giáo dục đã tăng lên đáng kể, đặc biệt ở các khu vực thành thị và điều này có thể hạn chế việc tiếp cận với giáo dục của con cái các gia đình di cư. Đáng ghi nhận là Tổng Điều tra dân số 2009 cho thấy tỷ lệ học sinh bỏ học cao trong dân số ở độ tuổi từ 5-18 ở một số tỉnh thành này. Ví dụ tỉnh Bình Dương có tỷ lệ bỏ học là 30,8% năm 2009.⁸

KHOẢNG CÁCH VỀ GIÁO DỤC TRONG CÁC NHÓM DÂN TỘC THIỂU SỐ VÀ GIỮA CÁC KHU VỰC

Vẫn tồn tại chênh lệch đáng kể về tỷ lệ nhập học chung giữa các dân tộc thiểu số và người Kinh, cũng như giữa các vùng và điều này có thể giải thích cho những tiến bộ chậm chạp về chỉ số giáo dục trên toàn quốc. Theo VHLSS năm 2008, các nhóm dân tộc thiểu số có tỷ lệ nhập học chung ở cấp trung học cơ sở là 88% so với 97,4% ở người Kinh, và 47,9% ở người dân tộc và 78,3 % ở người Kinh ở cấp trung học phổ thông. Khoảng cách tương tự như vậy cũng tồn tại giữa các tỉnh: như tỷ lệ nhập học trung học phổ thông ở vùng Đồng bằng Sông Cửu Long, Tây Nguyên, Trung du và miền núi Bắc Bộ là rất thấp (Hình 3.4). Như vậy một lý do giải thích cho những tiến bộ hạn chế về tỷ lệ nhập học chung có thể là một số nhóm dân cư đang bị tụt hậu, trong khi các nhóm giàu có hơn và người Kinh vẫn đang tiếp tục đạt được những thành tựu giáo dục cao hơn.

CÁC KẾT QUẢ HẠN CHẾ VỀ GIÁO DỤC ẢNH HƯỞNG TỚI TIẾN ĐỘ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở CẤP ĐỊA PHƯƠNG

Như phân tích trên cho thấy, tăng trưởng kinh tế thể hiện qua GDP bình quân đầu người tính theo PPP là yếu tố đóng góp chính cho tiến bộ về HDI ở cả mức quốc gia và cấp tỉnh. Tuy nhiên, thu nhập tăng không phải luôn luôn tương quan với tiến bộ trên các phương diện phi thu nhập của chỉ số HDI, và trong trường hợp của Việt Nam đã che đậy những tiến bộ hạn chế trong chỉ số giáo dục ở một số tỉnh. Những tiến bộ chậm về chỉ số giáo dục ở cấp địa phương do tỷ lệ nhập học chung chứng lại xảy ra ở cả các tỉnh giàu có và các tỉnh nghèo hơn.

Những tiến bộ chậm về chỉ số giáo dục ở cấp địa phương do tỷ lệ nhập học chung chậm lại xảy ra ở cả các tỉnh giàu có và các tỉnh nghèo hơn.

Điều này đang kìm hãm những tiến bộ về HDI của Việt Nam ở cấp tỉnh và quốc gia. Tỷ lệ nhập học chung đang chứng lại ở một số vùng, nhóm kinh tế xã hội và cộng đồng dân tộc thiểu số; và suy giảm ở một phần ba trong tổng số các tỉnh trong giai đoạn 2004-2008. Đáng chú ý là tình trạng này thể hiện rõ rệt ở một số vùng năng động của Việt Nam như đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ. Mặc dù một số tỉnh nghèo nhất của Việt Nam đã tiến bộ trên cả các phương diện thu nhập và phi thu nhập của HDI, một số tỉnh giàu có hơn tiến bộ chậm hơn

do kết quả giáo dục bị chậm lại hoặc suy giảm. Như Chương 1 đã nêu, vì giáo dục được xác định là lĩnh vực ưu tiên trong các mục tiêu phát triển của Việt

Nam trong giai đoạn 2011-2020, nên vấn đề này cần được quan tâm và cần phải là một ưu tiên đối với các nhà hoạch định chính sách.

BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI Ở CẤP ĐỊA PHƯƠNG

Bản đồ 3.3: Chỉ số phát triển giới (GDI) 2008



Nguồn: B. Surborg cho NHDR 2011

BẤT BÌNH ĐẲNG GIỚI VẪN TỒN TẠI TRONG HỘ GIA ĐÌNH VÀ TRÊN THỊ TRƯỜNG LAO ĐỘNG

Việt Nam được công nhận là nước thực hiện tốt về bình đẳng giới trong khu vực, tuy nhiên bất bình đẳng giới vẫn tồn tại, đặc biệt là trong hộ gia đình và trên thị trường lao động. Một số thành tựu của Việt Nam là tỷ lệ phụ nữ tham gia vào hoạt động kinh tế cao, có nhiều đại biểu trong quốc hội và bình đẳng giới cao trong giáo dục ở bậc tiểu học và trung học cơ sở. Tuy nhiên, vẫn tồn tại những bất bình đẳng đáng kể, trong đó mức độ tham gia của phụ nữ trong chính quyền địa phương còn thấp, chênh lệch tiền lương trong công việc chính thức và phi chính thức và phụ nữ tập trung nhiều trong các công việc dễ bị tổn thương và không chính thức.⁹

Việt Nam được công nhận là nước thực hiện tốt về bình đẳng giới trong khu vực, tuy nhiên bất bình đẳng giới vẫn tồn tại, đặc biệt là trong hộ gia đình và trên thị trường lao động.

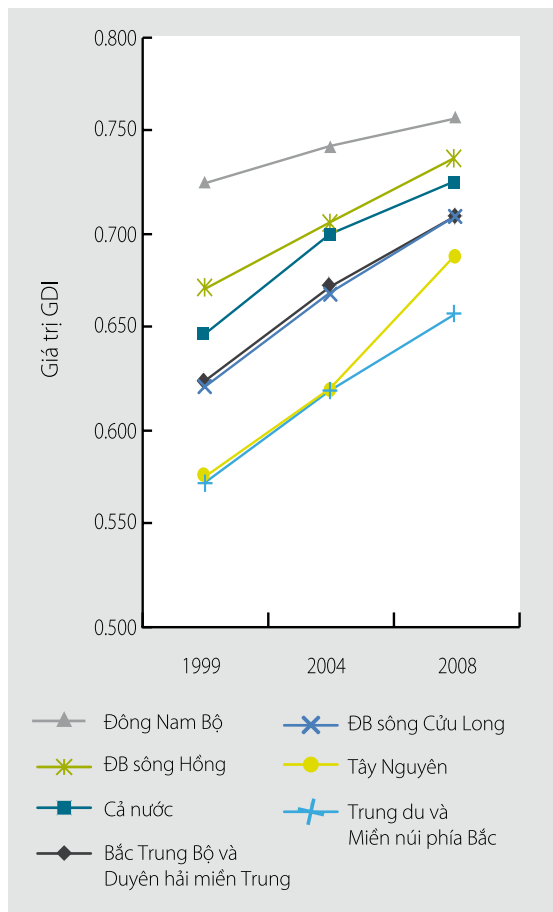
Những nghiên cứu gần đây cũng cho thấy bất bình đẳng giới trong gia đình vẫn tiếp tục tồn tại. Tính trên toàn quốc, 34% phụ nữ đã từng bị bạo hành về sức khỏe hoặc tình dục từ người chồng trong cuộc đời của họ, và con số này tăng lên đến 58% khi tính cả lạm dụng tình cảm. Hơn một nửa số phụ nữ này đã không tìm kiếm sự giúp đỡ nào.¹⁰ Như phân tích trong Chương 2, tỷ lệ giới tính khi sinh tăng lên ở một số tỉnh phản ánh sở thích có con trai đã tồn tại lâu nay. Bằng chứng cho thấy các gia đình đầu tư nhiều hơn cho việc chăm sóc sức khỏe của con trai so với con gái. Mặc dù khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi được miễn phí, một nghiên cứu năm 2008 của Bộ Y tế cho thấy có 39% bé gái so với 61% bé trai được điều trị tại 3 bệnh viện quốc gia.¹¹ Trong các hộ gia đình nghèo hơn, trẻ em gái có nhiều khả năng phải nghỉ học hơn khi gia đình gặp khó khăn. Điều này cũng thường xảy ra trong các cộng đồng dân tộc thiểu số.¹²

KHOẢNG CÁCH VỀ GIỚI GIỮA CÁC TỈNH VÀ CÁC KHU VỰC

Chỉ số phát triển giới (GDI) đo lường khoảng cách về giới trong phát triển con người, cho thấy sự khác biệt về giới trong bốn chỉ báo và ba chỉ số tạo nên HDI. Ở Việt Nam, tỷ lệ tuổi thọ cao ở phụ nữ, bình đẳng giới trong giáo dục, cùng với chênh lệch tiền lương đang dần được thu hẹp đã góp phần cải thiện chỉ số GDI ở cả cấp quốc gia và cấp tỉnh. Những cải thiện trong chỉ số GDI đã giúp làm giảm khoảng cách giới giữa các tỉnh và vùng ở Việt Nam.

Không chỉ chỉ số GDI tăng lên theo thời gian ở tất cả các tỉnh, khoảng cách giữa các tỉnh có giá trị GDI cao nhất và thấp nhất đã dần thu hẹp, từ 65% năm 1999 xuống 62% năm 2004 và 51% trong năm 2008. Khoảng cách về GDI giữa các vùng của Việt Nam cũng đã thu hẹp theo thời gian, với giá trị GDI cao nhất ở Đông Nam Bộ và đồng bằng sông Hồng. Hình 3.5 cho thấy xu hướng của chỉ số GDI ở cấp quốc gia và vùng. Chỉ số GDI đã tăng ở tất cả các vùng trong giai đoạn 1999 đến 2008, mặc dù tiến bộ ở vùng Đông Nam Bộ diễn ra chậm hơn so với các vùng khác trong giai đoạn từ năm 2004 đến 2008.

Hình 3.5: Thay đổi GDI, cả nước và 6 vùng, 1999-2008



Nguồn: VASS/GSO; GDI 1999, 2004, 2008
 Xem bảng số liệu trong Phụ lục

KHOẢNG CÁCH GIỚI TRONG THU NHẬP VÀ GIÁO DỤC

Trong năm 2008, các tỉnh đứng đầu về GDI cũng là những tỉnh đứng đầu về HDI, đó là những tỉnh giàu có và năng động nhất Việt Nam: Bà Rịa-Vũng Tàu, TP Hồ Chí Minh, Hà Nội và Đà Nẵng với chỉ số GDI cao nhất trong năm 2008. Các tỉnh xếp hạng dưới cùng là những tỉnh nghèo nhất, gồm Điện Biên và Lai Châu ở Tây Bắc và Hà Giang ở Đông Bắc. Bản đồ 3.3 cho thấy các giá trị GDI trong năm 2008.

Tuy nhiên, xét về tiến bộ tổng thể trong chỉ số GDI trong giai đoạn 1999-2008, mặc dù khoảng cách giới vẫn là kém nhất ở các tỉnh nghèo nhất, song các tỉnh này đã có sự cải thiện lớn hơn theo thời gian. Các tỉnh này bao gồm Gia Lai và Kon Tum ở Tây Nguyên, Sơn La và Lào Cai ở Tây Bắc, và Lạng Sơn và Cao Bằng ở Đông Bắc, đều nằm trong 10 tỉnh xếp hạng cuối cùng trong năm 1999 và năm 2008 (xem Bảng 3.2). Ngược lại, các tỉnh có tiến bộ chậm hơn về chỉ số GDI trong giai đoạn 1999-2008 là những tỉnh giàu có hơn như Bà Rịa-Vũng Tàu, TP Hồ Chí Minh, Bình Dương, Đà Nẵng và Hải Phòng – những nơi đã có giá trị GDI cao trong năm 1999.

Cũng như HDI, cải thiện về GDI chủ yếu do thay đổi trong thu nhập - cả do tăng thu nhập nói chung và mức độ bình đẳng giới lớn hơn trong phân phối các khoản thu nhập đó. Từ 1999-2008, chỉ số bình đẳng giới trong phân phối thu nhập đã tăng 31%, chỉ số bình đẳng trong tuổi thọ tăng 10% và chỉ số bình đẳng về giáo dục tăng 3%. Trong khi thu nhập tăng và khoảng cách giới về thu nhập thu hẹp đã đem lại những cải thiện về GDI, cũng cần xem xét khoảng cách giới trong các chỉ số khác nhau trong năm 2008 và mức độ khoảng cách này thu hẹp hay mở rộng theo thời gian.

Bảng 3.2: Tỷ lệ tăng GDI nhanh và chậm nhất, 1999-2008

	Tỉnh	Xếp hạng GDI 2008	Xếp hạng GDI 1999	Chỉ số GDI 2008	Chỉ số GDI 1999	Thay đổi 1999-2008 (%)
Các tỉnh có tỷ lệ tăng GDI nhanh nhất	Gia Lai (TN)	52	58	0,667	0,512	30,41%
	Lào Cai (ĐB)	57	57	0,643	0,520	23,59%
	Cao Bằng (ĐB)	55	54	0,658	0,536	22,69%
	Sơn La (TB)	59	56	0,637	0,521	22,28%
	Lạng Sơn (ĐB)	35	50	0,702	0,578	21,51%
	Hà Giang (ĐB)	62	59	0,566	0,467	21,25%
	Kon Tum (TN)	58	55	0,641	0,530	20,94%
	Đắc Lắc (TN)	40	51	0,694	0,578	20,13%
	Bến Tre (ĐBSCL)	14	41	0,728	0,609	19,55%
Các tỉnh có tốc độ tăng GDI thấp	Quảng Ngãi (DHNTB)	44	49	0,689	0,579	19,04%
	Hải Dương (ĐBSH)	15	11	0,723	0,663	9,06%
	Hưng Yên (ĐBSH)	25	12	0,718	0,661	8,69%
	Bình Phước (ĐNB)	37	18	0,702	0,648	8,33%
	Tây Ninh (ĐNB)	19	10	0,720	0,670	7,45%
	Đồng Nai (ĐNB)	8	6	0,744	0,701	6,11%
	Bà Rịa-Vũng Tàu (ĐNB)	1	1	0,803	0,759	5,82%
	Hải Phòng (ĐBSH)	9	5	0,744	0,703	5,76%
	Đà Nẵng (DHNTB)	4	4	0,760	0,721	5,46%
	TPHCM (ĐNB)	2	2	0,771	0,753	2,35%
Bình Dương (ĐNB)	17	3	0,723	0,729	-0,94%	

Nguồn: GDI 1999, 2008

ĐBSH = đồng bằng sông Hồng, TN = Tây Nguyên; ĐB = Đông Bắc, ĐNB = Đông Nam Bộ, DHNTB = duyên hải Nam Trung Bộ, DHBTB = duyên hải Bắc Trung Bộ, ĐBSCL = đồng bằng sông Cửu Long, TB = Tây Bắc.

Những tỉnh có khoảng cách giới trong giáo dục lớn nhất năm 2008 gồm vài tỉnh nghèo nhất cả nước như Lai Châu, Điện Biên và Sơn La ở Tây Bắc, Hà Giang, Lào Cai và Yên Bái ở Đông Bắc và Trà Vinh ở đồng bằng sông Cửu Long. Điều này là do khoảng cách giới trong tỷ lệ biết chữ lên đến 20-30% vẫn tồn tại ở một số tỉnh nghèo nhất Việt Nam. Ví dụ ở Lai Châu, tỷ lệ biết chữ ở phụ nữ là 48% so với 75,5% ở nam giới, ở Điện Biên là 60,5% so với 83,4% và ở Hà Giang là 62,7% so với 84,1%. Tương tự, tại một số tỉnh khoảng cách giới trong tỷ lệ nhập học chung lên tới 30%. Tại Điện Biên, tỷ lệ nhập học chung ở phụ nữ là 55,3% so với 78,5% ở nam giới, tại Sơn La là 55% ở phụ nữ so với 71,3% ở nam giới và tại Lai Châu là 51,4% so với 65,6%.

Mặt khác, các tỉnh có khoảng cách giới lớn nhất về chỉ số thu nhập nằm ở miền Nam, bao gồm Cà Mau,

Sóc Trăng, Bạc Liêu, Trà Vinh, An Giang, Kiên Giang và Tiền Giang ở vùng đồng bằng sông Cửu Long, cùng với Bình Dương, Bà Rịa-Vũng Tàu và TP Hồ Chí Minh ở Đông Nam Bộ. Ở một số tỉnh, GDP bình quân đầu người theo PPP của phụ nữ chỉ bằng 50% đến 60% GDP bình quân đầu người theo PPP của nam giới, trong đó có Cà Mau (51%), Sóc Trăng (58%), Bà Rịa-Vũng Tàu, Bạc Liêu, Trà Vinh (tất cả đều là 59%).

Một lần nữa, những xu hướng này đang chịu ảnh hưởng của sự khác biệt theo vùng cũng như sự khác biệt về thu nhập và dân tộc. Bảng 3.3 cho thấy những thành tựu khác nhau về tỷ lệ người lớn biết chữ, tỷ lệ nhập học chung và GDP bình quân đầu người giữa nam và nữ ở các vùng của Việt Nam trong năm 2008.

Bảng 3.3: Chỉ số GDI theo 6 vùng của Việt Nam, năm 2008

	Tuổi thọ trung bình (nam – số năm)	Tuổi thọ trung bình (nữ- số năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (nam - %)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (nữ - %)	Tỷ lệ nhập học chung của nam giới (%)	Tỷ lệ nhập học chung của nữ giới (%)	GDP bình quân đầu người của nam (PPP US\$)	GDP bình quân đầu người của nữ (PPP US\$)	Chỉ số GDI
Miền núi và Trung du Bắc Bộ	67,17	72,88	92,85	83,47	64,41	59,61	1349,1	1493,0	0,660
Đồng bằng sông Hồng	71,55	76,68	98,56	94,64	63,25	61,91	3265,4	2759,1	0,741
Duyên hải Bắc Trung Bộ	68,93	74,46	96,67	91,84	66,73	70,60	2040,6	1768,5	0,707
Tây Nguyên	67,54	73,25	92,74	87,06	66,23	69,08	1940,0	1766,4	0,689
Đông Nam Bộ	72,68	77,68	97,52	94,94	52,97	54,53	5064,7	3350,6	0,755
Đồng bằng Sông Cửu Long	70,87	76,13	94,22	89,34	55,76	57,04	3092,1	2004,1	0,712

Nguồn: GDI 2008

Ở cấp quốc gia, khoảng cách giới trong thu nhập bình quân đầu người đã thu hẹp từ mức 27% năm 1999 xuống 17% trong năm 2008, và khoảng cách về tỷ lệ nhập học chung giảm từ 7% và đến năm 2008 không còn khoảng cách giới. Khoảng cách giới trong tỷ lệ biết chữ của người lớn giảm nhẹ từ 7% xuống 5%. Khoảng cách về tuổi thọ đã tăng nhẹ; trong đó năm 1999 tuổi thọ của nữ cao hơn nam giới 3,5 năm và đến 2008 khoảng cách tăng lên trên 5 năm.

Tuy nhiên, trong khi ở phần lớn các tỉnh có khoảng cách giới trong giáo dục giảm dần và đã thành công về phương diện bình đẳng giới, thì tại một số tỉnh khoảng cách giới về tỷ lệ nhập học chung tăng lên trong giai đoạn 1999-2008. Các tỉnh này bao gồm Thái Nguyên và Quảng Ninh ở vùng Đông Bắc, Sơn La và Hòa Bình ở Tây Bắc, Khánh Hòa ở vùng duyên hải Nam Trung Bộ và Ninh Bình ở vùng đồng bằng sông Hồng. Đáng chú ý, Hà Nội, Nam Định, Ninh Bình và Thái Bình ở vùng đồng bằng sông Hồng, cùng với Ninh Thuận ở Đông Nam Bộ và Thái Nguyên ở vùng Đông Bắc có khoảng cách giới trong tỷ lệ nhập học chung tăng lên trong giai đoạn 2004 và 2008.

Ngoài ra, trong khi thu nhập tăng mạnh đã thúc đẩy cải thiện chỉ số GDI và khoảng cách giới về GDP bình quân đầu người đã được thu hẹp rõ rệt tại hầu hết các tỉnh từ năm 1999 đến 2008, nhiều tỉnh thuộc các vùng giàu nhất của Việt Nam trong giai đoạn này vẫn có khoảng cách giới tăng lên trong GDP bình quân đầu người theo PPP giữa nam và nữ. Các tỉnh

này bao gồm TP Hồ Chí Minh và Bà Rịa-Vũng Tàu ở vùng Đông Nam Bộ; An Giang, Bạc Liêu, Cần Thơ, Cà Mau, Kiên Giang, Sóc Trăng, Tiền Giang và Trà Vinh ở vùng đồng bằng sông Cửu Long; Hà Nội, Hải Phòng, Hà Nam và Nam Định ở đồng bằng sông Hồng và Lâm Đồng ở Tây Nguyên.

Bất bình đẳng giới trong thu nhập là đáng kể và rõ rệt ở một số tỉnh năng động nhất của Việt Nam, nơi thu nhập đang tăng lên nhanh chóng.

Như vậy, rõ ràng trong GDI có hai mô hình khác biệt về bất bình đẳng giới. Thứ nhất, vẫn tồn tại bất bình đẳng giới đáng kể trong giáo dục ở các tỉnh nghèo nhất Việt Nam. Thứ hai, Bất bình đẳng giới trong thu nhập là đáng kể và rõ rệt ở một số tỉnh năng động nhất của Việt Nam, nơi thu nhập đang tăng lên nhanh chóng. Bất bình đẳng giới trong thu nhập là đáng kể và rõ rệt ở một số tỉnh năng động nhất của Việt Nam, nơi thu nhập đang tăng lên nhanh chóng, đặc biệt ở Đông Nam Bộ và đồng bằng sông Cửu Long. Đồng thời, ở các tỉnh giàu có, bình đẳng giới trong giáo dục cao hơn rõ rệt, trong khi đó ở một số tỉnh nghèo hơn dường như có sự bình đẳng giới lớn

hơn về thu nhập (mức chung giảm) . Đan xen với những xu hướng này là sự giảm nhẹ về khoảng cách nam-nữ trong tỷ lệ nhập học chung ở một số tỉnh. Thực tế này phổ biến ở các tỉnh nghèo ở miền Bắc cũng như một số tỉnh giàu ở đồng bằng sông Hồng, và khoảng cách thu nhập tăng lên ở một số vùng năng động hơn của Việt Nam như Đồng bằng sông Cửu Long, đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ. Điều này cho thấy khoảng cách ngày càng lớn trong tiếp cận giáo dục ở một số tỉnh, trong đó, phụ nữ đang bị tụt hậu, và có thể cho thấy phụ nữ ở một số tỉnh được hưởng lợi một phần thấp hơn từ quá trình tăng trưởng kinh tế nhanh chóng của Việt Nam, như đã nêu trong Chương 2.

NGHÈO ĐỐI VÀ TÌNH TRẠNG THIẾU THỐN PHI TIỀN TỆ

SỬ DỤNG CÁC CHỈ SỐ NGHÈO ĐA CHIỀU ĐỂ ĐO LƯỜNG CÁC PHƯƠNG DIỆN THIẾU HỤT PHI TIỀN TỆ

Chỉ số chính thứ ba trong tổ hợp các chỉ số về phát triển con người là chỉ số nghèo đói con người (HPI). Chỉ số này đo lường mức độ thiếu thốn về mức sống trên các phương diện tuổi thọ, mù chữ ở người lớn, tiếp cận nước sạch và suy dinh dưỡng trẻ em. Do đó, HPI là chỉ số quan trọng bổ sung cho bảng xếp hạng nghèo đói dựa trên các thước đo về thu nhập và chi tiêu. Như đã đề cập ở phần trước, báo cáo này giới thiệu và thảo luận về chỉ số nghèo đói đa chiều (MPI) đo lường 9 dạng thiếu hụt khác nhau trong y tế, giáo dục và mức sống. Tuy nhiên trong khi chỉ số MPI chỉ mới được đưa vào tính toán sử dụng số liệu của năm 2008, thì chỉ số HPI được dùng để thảo luận những thay đổi về sự thiếu hụt phi tiền tệ trong giai đoạn 1999-2008.

Như đã nêu ở Chương 2, tỷ lệ người nghèo tính theo chi tiêu của Việt Nam năm 2008 là 14,5%. Chỉ số HPI của Việt Nam trong năm 2008 là 10,93%. Tuy nhiên tỷ lệ nghèo đói đa chiều trong chỉ số MPI (tỷ lệ người nghèo đa chiều trong tổng dân số) của Việt Nam cao hơn nhiều, ở mức 23,3%.

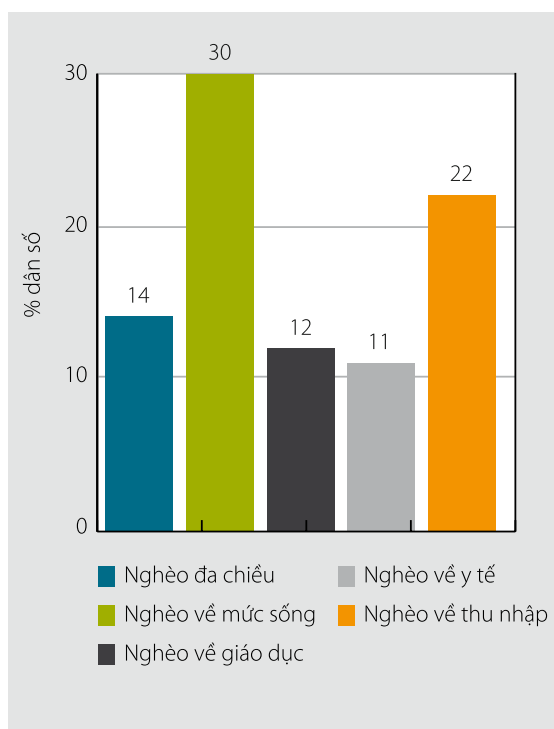
Bản đồ 3.4: Chỉ số nghèo đói về mặt con người (HPI) 2008



Nguồn: B. Surborg cho NHDR 2011

Điều này khá thống nhất với tỷ lệ đói nghèo trẻ em (CPR) do Bộ LĐTBXH và UNICEF xây dựng, trong đó sử dụng 10 chỉ số của đói nghèo và thiếu thốn. Việt Nam có tỷ lệ CPR cao với tỷ lệ nghèo đói tiền tệ là 20,7% và tỷ lệ nghèo đói đa chiều là 28,9% trong năm 2008.¹³

Hình 3.6: Chỉ số nghèo đa chiều (MPI) theo HDR toàn cầu năm 2010, Việt Nam 2010



Nguồn: HDR toàn cầu 2010

Tỷ lệ nghèo đói phi tiền tệ sử dụng chỉ số MPI cao hơn so với HPI có thể giải thích là do MPI sử dụng nhiều chỉ số phù hợp hơn đối với mức độ phát triển của Việt Nam; trong khi đó chỉ số HPI đo lường các nhu cầu và thiếu thốn cơ bản và là một chỉ số đặc biệt phù hợp cho các nước thu nhập thấp. Một định nghĩa rộng hơn về tình trạng thiếu thốn sẽ phù hợp với Việt Nam - một quốc gia thu nhập trung bình và vì vậy MPI đã được lựa chọn đưa vào Báo cáo Phát triển con người quốc gia năm 2011.

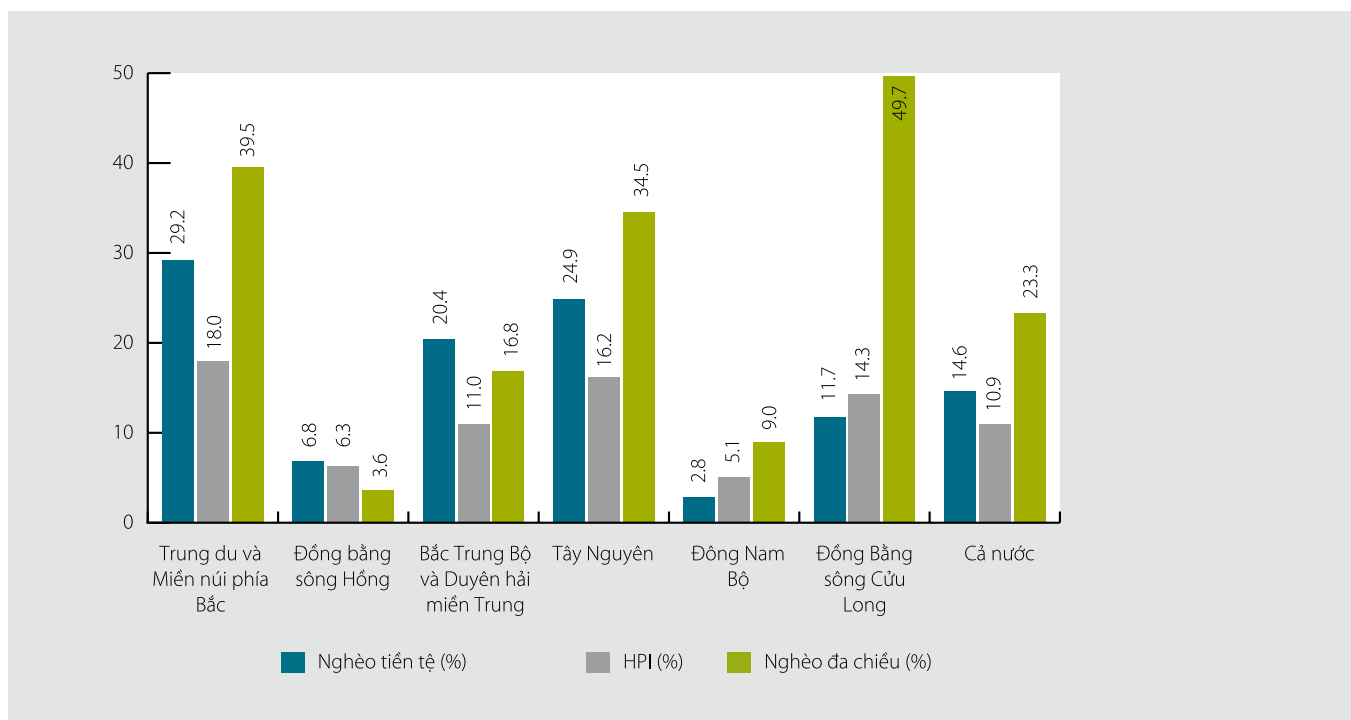
Đáng chú ý, độ sâu nghèo đói dựa trên số liệu MPI của Việt Nam ở mức cao là 40%. Điều này cho thấy trong khi tỷ lệ nghèo đa chiều tương đối thấp,

những người nghèo này phải gánh chịu rất nhiều những thiếu hụt khác nhau. Ngoài ra, tỷ lệ dân số có nguy cơ trở thành nghèo đa chiều lên tới 20% trong tổng dân số. Trong khi phần lớn các vùng có tỷ lệ nghèo dựa trên chi tiêu cao hơn so với chỉ số HPI, thì ở Đông Nam Bộ và đồng bằng sông Cửu Long, tình hình là ngược lại, với giá trị HPI tương ứng là 5,1% và 14,3%. Đây là một kết quả đáng chú ý trong bối cảnh mức độ năng động kinh tế đặc biệt của vùng Đông Nam Bộ, hỗ trợ cho phát hiện của báo cáo này, rằng tăng trưởng kinh tế và giảm nghèo không phải luôn luôn đi liền với những tiến bộ về mức sống và các kết quả phát triển con người phi thu nhập.

Tuy nhiên, tỷ lệ người nghèo đa chiều MPI (tỷ lệ đếm đầu) cao hơn so với tỷ lệ nghèo tiền tệ ở 4 trên 6 vùng của Việt Nam. Tỷ lệ nghèo đếm đầu MPI cao nhất ở vùng nghèo nhất cả nước, đó là miền núi và trung du phía Bắc với tỷ lệ đói nghèo phi tiền tệ là 40%. Tuy nhiên tỷ lệ nghèo đói đếm đầu của chỉ số MPI cũng đặc biệt cao tại Đồng bằng sông Cửu Long với gần 50% số dân trong tình trạng nghèo phi tiền tệ trong khi tỷ lệ nghèo tiền tệ chỉ là 11,7%, do tỷ lệ cao những người thiếu thốn về phương diện giáo dục và mức sống. Hình 3.7 cho thấy tỷ lệ HPI, MPI và tỷ lệ nghèo tiền tệ ở 6 vùng của Việt Nam.

Xét theo các nhóm kinh tế xã hội khác nhau, tỷ lệ nghèo đói đếm đầu MPI ở khu vực nông thôn cao hơn 5 lần ở khu vực thành thị với con số tương ứng là 29,9% và 5,9%, trong khi tỷ lệ nghèo đa chiều của nhóm dân tộc thiểu số là 61,9%, còn của nhóm dân tộc Kinh và Hoa là 17,4%. Theo ngũ phân vị thu nhập, 49% nhóm nghèo nhất là người nghèo đói đa chiều theo MPI, tuy nhiên rất đáng chú ý là 5,7% trong nhóm giàu nhất, 12,8% nhóm giàu thứ hai và 21,9% nhóm có mức thu nhập trung bình cũng rơi vào tình trạng nghèo đa chiều do họ gặp phải các hình thức thiếu thốn phi tiền tệ. Cũng giống như đói nghèo tiền tệ, tỷ lệ nghèo đói đa chiều ở nam giới và nữ giới cũng chênh lệch nhẹ với tỷ lệ 24,3% ở nữ và 22,3% ở nam.

Hình 3.7: HPI, MPI và tỷ lệ nghèo đói tiền tệ của 6 vùng ở Việt Nam 2008



Nguồn: VASS/GSO; HPI và MPI 2008; VHLSS 2008

NGHÈO ĐỐI PHI TIỀN TỆ Ở CÁC TỈNH NGHÈO HƠN CỦA VIỆT NAM

Tỷ lệ nghèo đói đếm đầu MPI ở các tỉnh nghèo nhất rất cao, trong đó Lai Châu 82,3%, Điện Biên 75% và Hà Giang 73%. Trên thực tế, tổng cộng 12 tỉnh có trên 50% dân số là người nghèo đa chiều dựa theo chỉ số MPI. Hầu hết các tỉnh có tỷ lệ nghèo phi tiền tệ tiền cao đều nằm trong số những tỉnh có tỷ lệ nghèo tiền tệ cao nhất. Lai Châu có tỷ lệ đối nghèo tiền tệ cao

nhất trên toàn quốc với 61.3%, Điện Biên đứng thứ hai với 49% và Hà Giang đứng thứ ba với 43%.¹⁴ Tuy nhiên, đáng chú ý là tỉnh Vĩnh Long có tỷ lệ đối nghèo tiền tệ chỉ là 10% thấp hơn nhiều so với 30,2% của HPI và 71,3% về MPI. Điều này chủ yếu do một lượng lớn dân số gặp phải những thiếu thốn về mức sống trong đó có thiếu tiếp cận nước sạch và vệ sinh. Bản đồ 3.4 cho thấy phân bố giá trị HPI trong năm 2008 theo tỉnh, và bảng số liệu kết quả về MPI được trình bày ở Bảng 3.4.

Bảng 3.4: Đói nghèo đa chiều ở các tỉnh của Việt Nam năm 2008

Xếp hạng	Tỉnh	Chỉ số MPI	Dân số đói nghèo đa chiều		Dân số có nguy cơ rơi vào đói nghèo đa chiều *	Đói nghèo tiền tệ
		H*A	Tỷ lệ nghèo đếm đầu (H) (%)	Độ sâu nghèo (A) (%)	(%)	Chuẩn nghèo quốc gia**
1	Hà Nội	0,0053	1,5	34,9	7,5	1,7
2	TP Hồ Chí Minh	0,0071	2,1	34,1	4,6	0,5
3	Hải Dương	0,0087	2,5	35,0	11,4	8,9
4	Bắc Ninh	0,0091	2,7	34,0	10,9	5,9
5	Hưng Yên	0,0100	2,8	35,0	11,2	7,1
6	Hải Phòng	0,0108	3,0	35,8	10,8	4,9
7	Đà Nẵng	0,0110	3,0	36,3	5,0	3,0
8	Thái Bình	0,0137	3,9	35,1	16,7	8,5
9	Bà Rịa – Vũng Tàu	0,0151	4,2	36,1	13,4	7,0
10	Nam Định	0,0185	5,0	36,7	16,7	7,7
11	Hà Nam	0,0197	5,5	36,1	22,6	8,4
12	Bình Dương	0,0211	5,9	35,8	17,4	0,5
13	Quảng Ninh	0,0299	6,8	43,9	10,3	7,2
14	Vĩnh Phúc	0,0244	7,0	34,8	28,7	11,3
15	Ninh Bình	0,0324	9,2	35,3	31,8	12,9
16	Bắc Giang	0,0392	10,5	37,4	22,4	17,5
17	Hà Tĩnh	0,0441	11,7	37,8	23,3	28,2
18	Nghệ An	0,0534	12,8	41,6	23,7	24,9
19	Phú Thọ	0,0549	14,8	37,1	24,2	17,4
20	Thanh Hóa	0,0570	15,0	38,0	23,5	26,3
21	Bình Định	0,0552	15,4	35,8	36,3	13,3
22	Quảng Bình	0,0599	16,1	37,2	26,6	23,6
23	Đồng Nai	0,0662	16,8	39,5	18,4	4,3
24	Khánh Hòa	0,0685	17,4	39,4	18,9	10,7
25	Lâm Đồng	0,0658	17,4	37,9	23,8	18,3
26	Phú Yên	0,0694	19,2	36,0	33,1	17,6
27	Thái Nguyên	0,0751	19,7	38,1	22,6	17,5
28	Bình Thuận	0,0784	20,2	38,8	21,1	9,3
29	Huế	0,0814	20,3	40,0	23,2	15,7
30	Quảng Trị	0,0783	20,4	38,5	30,6	27,6
31	Quảng Nam	0,0822	21,3	38,6	25,3	20,7
32	Bình Phước	0,0928	23,2	40,1	25,9	10,1
33	Quảng Ngãi	0,0881	23,4	37,6	27,2	21,7
34	Đắc Nông	0,1009	27,0	37,4	36,4	26,7
35	Hòa Bình	0,1160	31,2	37,2	36,0	32,3
36	Tây Ninh	0,1210	31,9	37,9	26,1	5,6
37	Ninh Thuận	0,1373	33,5	41,0	21,2	21,2
38	Long An	0,1309	35,0	37,4	31,5	7,6
39	Đắc Lắc	0,1341	36,0	37,3	28,7	24,6

		Chỉ số MPI	Dân số đối nghèo đa chiều		Dân số có nguy cơ rơi vào đối nghèo đa chiều *	Đối nghèo tiền tệ Chuẩn nghèo quốc gia**
			Tỷ lệ nghèo đếm đầu	Độ sâu nghèo		
40	Tiền Giang	0,1449	38,3	37,8	32,3	10,7
41	Cần Thơ	0,1676	39,3	42,6	19,5	6,9
42	Tuyên Quang	0,1577	41,2	38,2	29,0	23,3
43	An Giang	0,1899	45,0	42,2	23,1	8,5
44	Lạng Sơn	0,1716	45,0	38,1	34,1	21,2
45	Bắc Cạn	0,1817	45,2	40,2	28,4	39,9
46	Yên Bái	0,1997	45,4	44,0	22,4	24,6
47	Bạc Liêu	0,1773	46,1	38,4	24,2	12,4
48	Cà Mau	0,1806	46,2	39,1	26,2	13,7
49	Gia Lai	0,1916	46,3	41,4	24,9	29,1
50	Kiên Giang	0,1987	49,2	40,4	23,8	9,5
51	Kon Tum	0,2074	50,1	41,4	23,2	32,0
52	Bến Tre	0,2006	51,0	39,3	29,2	15,5
53	Trà Vinh	0,2143	55,0	38,9	25,6	20,7
54	Lào Cai	0,2591	57,0	45,4	19,4	37,7
55	Sóc Trăng	0,2363	57,7	41,0	21,0	19,2
56	Sơn La	0,2513	60,1	41,8	25,3	42,4
57	Hậu Giang	0,2379	60,6	39,3	26,9	13,8
58	Cao Bằng	0,2819	60,9	46,3	22,0	42,0
59	Đồng Tháp	0,2800	65,6	42,7	19,4	10,3
60	Vĩnh Long	0,2898	71,3	40,7	14,8	10,0
61	Hà Giang	0,3325	73,0	45,6	11,4	43,0
62	Điện Biên	0,3622	75,0	48,3	11,3	49,0
63	Lai Châu	0,4119	82,3	50,0	7,8	61,3
	Cả nước	0,0936	23,3	40,2	20,2	14,6

Nguồn: TCTK tính toán trên số liệu VHLSS 2008.

*Những người có nguy cơ rơi vào nghèo đối đa chiều: là người chịu bất kỳ 2 thiếu hụt nào trong số 9 chỉ số sử dụng **Chuẩn nghèo quốc gia năm 2008 là 290,000 VND /người/ tháng ở khu vực nông thôn và 370,000 VND /người/tháng ở khu vực thành thị.

Hầu hết các tỉnh ở đồng bằng sông Hồng có tỷ lệ nghèo đếm đầu rất thấp ở dưới mức 10%, nhưng với mức độ thâm hụt trung bình dao động từ 40-50%, cho thấy ở đây có độ sâu đối nghèo cao. 10%, với một chia sẻ tước trung bình từ 40 đến 45%, cho thấy cường độ đối nghèo cao. Ngược lại, hầu hết các tỉnh trong vùng miền núi và trung du phía Bắc có tỷ lệ nghèo đối đếm đầu cao với trên 30% và mức độ thiếu thốn đáng kể, từ 35 đến 50%. Lai Châu có tỷ lệ nghèo đối đếm đầu cao nhất là 82,3% cũng như độ sâu nghèo lớn nhất ở mức 50%. Các tỉnh ở vùng duyên hải Bắc và Nam Trung Bộ có tỷ lệ nghèo dao động từ 10-30% và độ sâu nghèo đối từ 35-40%. Có

sự chênh lệch đáng kể ở Tây Nguyên, trong đó một số tỉnh như Lâm Đồng có tỷ lệ nghèo đếm đầu MPI thấp hơn với tỷ lệ 17,4%, trong khi Đắk Lắk và Kon Tum có tỷ lệ tương đối cao với ở 36% và 50% tương ứng. Hầu hết các tỉnh trong vùng đồng bằng sông Cửu Long có tỷ lệ nghèo đếm đầu MPI rất cao từ 30% trở lên, và độ sâu nghèo đối cũng rất lớn từ 35 đến 45%. Ngay cả trong vùng Đông Nam Bộ, các tỉnh như Bình Phước và Tây Ninh cũng có tỷ lệ nghèo đối cao với 23% và 32% tương ứng. Vì vậy, chỉ số MPI đưa ra bức tranh phức tạp hơn về nghèo đối ở cấp tỉnh so với tỷ lệ nghèo tiền tệ đơn thuần.

CHỈ SỐ HPI VÀ CÁC TỈNH NGHÈO

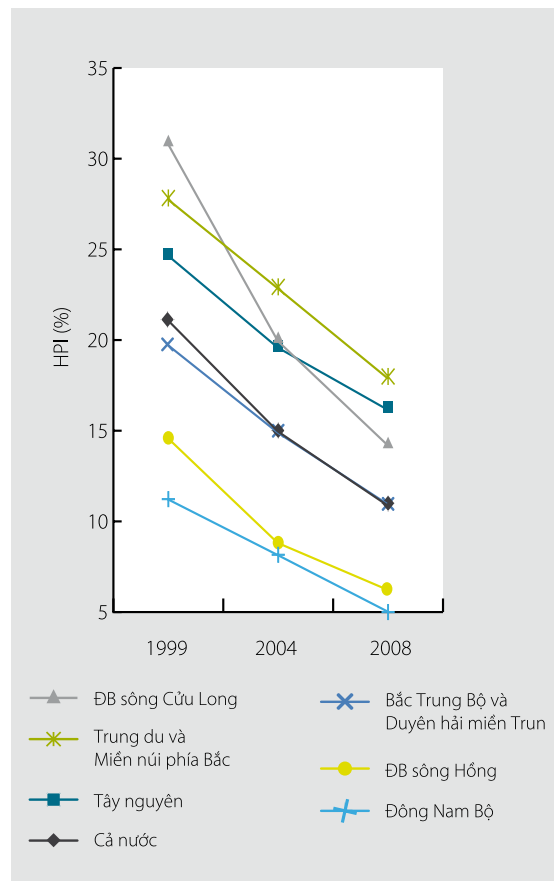
Năm 2008, chỉ số HPI có sự khác biệt đáng kể giữa các tỉnh, từ mức 2,84% tại TP Hồ Chí Minh đến mức 38,63% ở Lai Châu, giảm so với các mức tương ứng 7,37% và 47,63% trong năm 1999. So sánh cho thấy chênh lệch giữa các tỉnh có tình trạng thiếu thốn cao nhất và thấp nhất chỉ giảm nhẹ trong giai đoạn 1999 - 2008, vẫn còn khoảng cách dai dẳng trong mức sống giữa các tỉnh giàu nhất và nghèo nhất, với sự thay đổi tương đối hạn chế trong chỉ số HPI ở tỉnh nghèo nhất là Lai Châu trong giai đoạn từ 1999 đến 2008. Trong năm 2008, các tỉnh có tỷ lệ đói nghèo thấp nhất dựa trên chỉ số HPI là TP Hồ Chí Minh, Hà Nội, Hải Phòng và Đà Nẵng; và đây cũng là những tỉnh được xếp hạng trong 10 tỉnh đứng đầu về chỉ số HDI và GDI. Tương tự, Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Hải Phòng và Đà Nẵng đều có tỷ lệ nghèo đói đa chiều thấp, cũng như Hải Dương, Bắc Ninh và Hưng Yên.

Vẫn còn khoảng cách dai dẳng trong mức sống giữa các tỉnh giàu nhất và nghèo nhất.

Dựa trên chỉ số HPI, tất cả các vùng và các tỉnh đều có tỷ lệ đói nghèo giảm trong giai đoạn 1999-2008. Những vùng có tỷ lệ giảm nghèo nhanh nhất là đồng bằng sông Hồng, Đông Nam Bộ và đồng bằng sông Cửu Long. Đồng bằng sông Cửu Long có tỷ lệ giảm lớn nhất trong chỉ số HPI trong giai đoạn này (hình 3.8).

Những tỉnh đạt tiến bộ lớn nhất về tiến bộ lớn nhất về phương diện giảm nghèo là Hà Nội và Hải Phòng ở đồng bằng sông Hồng, Tiền Giang, Bến Tre, Long An, Cà Mau, Cần Thơ, Bạc Liêu ở đồng bằng sông Cửu Long, TP Hồ Chí Minh và Bà Rịa-Vũng Tàu ở Đông Nam Bộ. Những tỉnh có mức giảm lớn nhất về tỷ lệ % HPI là Bến Tre, Cần Thơ, Tiền Giang ở đồng bằng sông Cửu Long, và Sơn La ở Tây Bắc, các tỉnh này nằm trong số những tỉnh có tỷ lệ đói nghèo cao nhất trong năm 1999.

Hình 3.8: HPI, Việt Nam và 6 vùng, 1999-2008



Nguồn: VASS/GSO; HPI 1999, 2004, 2008

Xem bảng số liệu trong Phụ lục

Trong khi tất cả các tỉnh đã giảm được tỷ lệ đói nghèo trong giai đoạn 1999-2008, một số tỉnh giảm với tốc độ chậm hơn. Lai Châu ở Tây Bắc, Yên Bái và Hà Giang ở Đông Bắc, Kon Tum ở Tây Nguyên và Vĩnh Long ở đồng bằng sông Cửu Long, tất cả đều có tỷ lệ giảm nghèo chậm hơn trong giai đoạn 1999-2008. Những tỉnh có % HPI thực tế giảm ít bao gồm cả các tỉnh đã có tỷ lệ đói nghèo thấp vào năm 1999, như TP Hồ Chí Minh và Đà Nẵng, và một số tỉnh như Yên Bái ở Đông Bắc vốn có tỷ lệ đói nghèo cao trong năm 1999 và đạt tiến bộ ít trong thập kỷ này.

Như đã đề cập ở trên, khoảng cách giữa tỉnh nghèo nhất và giàu nhất (Lai Châu và TP Hồ Chí Minh) đã giảm nhẹ theo thời gian. Ở mức độ tổng thể, tỷ lệ người dân có khả năng không sống đến 40 tuổi giảm tương đối hạn chế; tương tự như sự giảm sút

trong tỷ lệ người lớn mù chữ. Đây là tiến bộ tốt, do tỷ lệ thiếu thốn ban đầu ở các khía cạnh này thấp vào năm 1999. Tỷ lệ không tiếp cận được với nước sạch và suy dinh dưỡng ở trẻ em đã giảm đáng kể, so với mức ban đầu cao vào năm 1999. Khoảng cách giữa các tỉnh nghèo nhất và các tỉnh có mức độ thiếu thốn thấp nhất ở một trong 4 khía cạnh của HPI cũng đã thu hẹp theo thời gian. Đây là những dấu hiệu đáng khích lệ.

Khoảng cách giữa các tỉnh nghèo nhất và các tỉnh có mức độ thiếu thốn thấp nhất ở một trong 4 khía cạnh của HPI cũng đã thu hẹp theo thời gian.

Khoảng cách giữa tỉnh có tỷ lệ người dân có khả năng không sống đến 40 tuổi thấp nhất (TP Hồ Chí Minh - 3,24%) và tỉnh có tỷ lệ cao nhất (16,12% - Lai Châu) đã giảm xuống dưới 13% hoặc cao hơn 5 lần so với tỉnh Lai Châu. Tuy nhiên, đối với ba chỉ số khác, khoảng cách vẫn còn rất lớn với mức độ thiếu thốn khác nhau rõ rệt giữa các tỉnh giàu nhất và nghèo nhất của Việt Nam. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em ở Đắc Nông là 30,5%, cao hơn 6,6 lần so với TP Hồ Chí Minh là 4,6%. Khoảng cách về tỷ lệ người lớn biết chữ là 14 lần với 38,4% ở Lai Châu so với 2,77% ở TP Hồ Chí Minh. Nổi bật nhất là 100% người dân ở Thái Bình được tiếp cận với nước sạch, trong khi có tới 68% người dân ở Lai Châu không được tiếp cận với nước sạch.

Bảng 3.5: Các tỉnh giảm HPI nhanh và chậm nhất, 1999-2008

	Tỉnh	Xếp hạng HPI năm 2008	Xếp hạng HPI năm 1999	Giá trị HPI năm 2008 (%)	Giá trị HPI năm 1999 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
Giảm nghèo nhanh hơn	Tiền Giang (ĐBSCL)	17	44	8,24	27,86	-70,41%
	Hà Nội (ĐBSH)	2	3	3,75	11,73	-68,01%
	Bến Tre (ĐBSCL)	41	55	12,70	39,54	-67,88%
	Long An (ĐBSCL)	15	33	7,67	22,19	-65,45%
	Cà Mau (ĐBSCL)	10	32	7,20	20,67	-65,18%
	Bạc Liêu (ĐBSCL)	12	30	7,25	20,40	-64,46%
	Cần Thơ (ĐBSCL)	43	50	12,89	34,70	-62,84%
	Hải Phòng (ĐBSH)	4	6	5,42	14,52	-62,65%
	TP HCM (ĐNB)	1	1	2,84	7,37	-61,42%
	Bà Rịa-Vũng Tàu (ĐNB)	5	5	5,64	14,47	-60,99%
Giảm nghèo chậm hơn	Cao Bằng (ĐB)	57	54	25,59	38,94	-34,29%
	Lào Cai (ĐB)	58	53	25,78	38,37	-32,81%
	Đồng Tháp (ĐBSCL)	59	58	27,83	41,28	-32,56%
	Tuyên Quang (ĐB)	48	39	16,20	23,86	-32,11%
	Thái Nguyên (ĐB)	31	12	10,60	15,52	-31,75%
	Hà Giang (ĐB)	60	59	29,26	41,78	-29,98%
	Vĩnh Long (ĐBSCL)	61	57	30,02	40,73	-26,31%
	Yên Bái (ĐB)	51	42	19,90	26,10	-23,75%
	Kon Tum (TN)	56	47	23,92	31,16	-23,23%
	Lai Châu (TB)	63	60	38,63	47,63	-18,88%

Nguồn: HPI 1999, 2008. ĐBSH = đồng bằng sông Hồng, TN = Tây Nguyên; ĐB = Đông Bắc, ĐNB = Đông Nam Bộ, ĐHTB = duyên hải Nam Trung Bộ, ĐHTB = duyên hải Bắc Trung Bộ, ĐBSCL = đồng bằng sông Cửu Long, TB = Tây Bắc.

TIẾN BỘ Ở CẤP TỈNH TRONG GIẢM THIỂU HỤT PHI TIẾN TỆ

Ở một số ít tỉnh, có sự tăng lên ở một số khía cạnh thiếu hụt phi tiến tệ trong chỉ số HPI từ năm 1999 đến năm 2008. Các tỉnh này bao gồm Kon Tum, Đắk Lắk và Thái Nguyên với tỷ lệ người dân không được tiếp cận với nước sạch tăng lên, và Sóc Trăng với tỷ lệ người lớn mù chữ tăng nhẹ. Mặt khác, ở một số tỉnh, tỷ lệ người dân không được tiếp cận với nước sạch đã giảm đáng kể và các tỉnh này gồm những tỉnh có tốc độ giảm nghèo phi tiến tệ nhanh, như Bến Tre và Tiền Giang. Tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em đã giảm ở tất cả các tỉnh trong giai đoạn này.

Ở một số tỉnh, tỷ lệ người dân không được tiếp cận với nước sạch đã giảm đáng kể

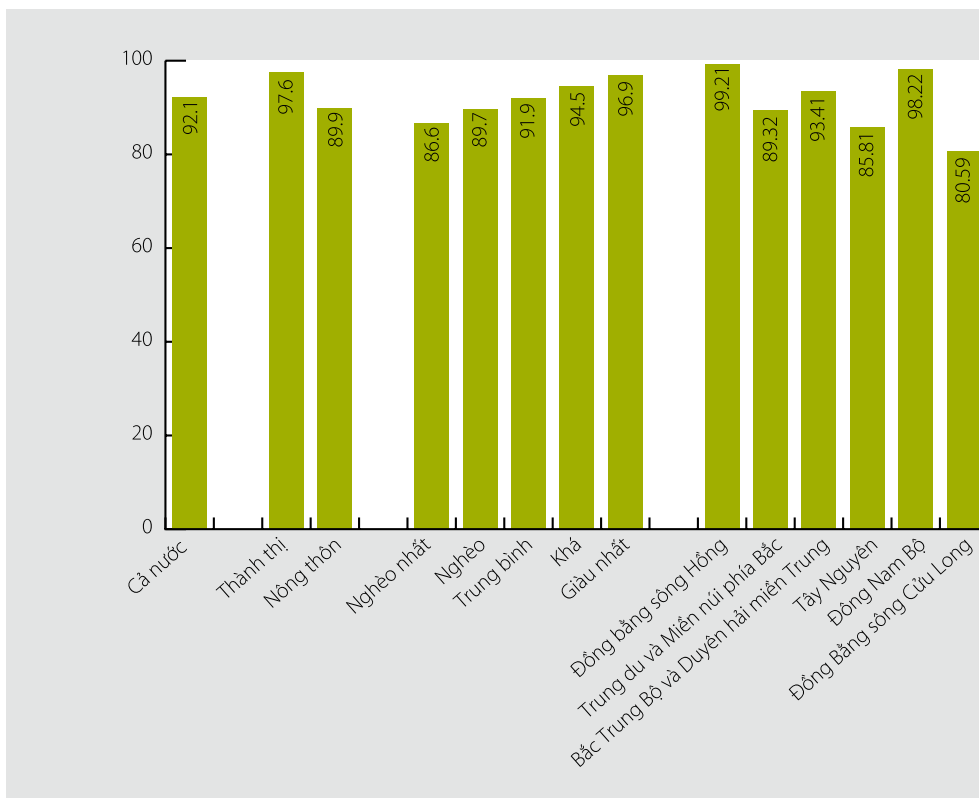
Trong giai đoạn nửa sau của thập kỷ, từ 2004-2008, trong khi tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em được cải thiện ở tất cả các tỉnh, tỷ lệ mù chữ ở người lớn tăng nhẹ từ 1-2% và một số tỉnh tỷ lệ người dân không được

tiếp cận với nước sạch tăng. Ví dụ, tỷ lệ người dân tiếp cận với nước sạch ở Đà Nẵng, Hà Nội, Gia Lai, Lai Châu, Phú Yên, Huế và Tuyên Quang đều giảm. Một lần nữa, điều này cho thấy bất bình đẳng trong y tế và giáo dục đang tăng lên ở một số tỉnh. Mặt khác, nhiều tỉnh đạt được tiến bộ đáng kể trong giai đoạn này. Sơn La, Cần Thơ, An Giang, Lai Châu, Điện Biên, Hậu Giang với các kết quả đáng kể trong giảm nghèo phi tiến tệ trong giai đoạn này, đáng chú ý nhất là nhờ tiếp cận nước sạch được cải thiện.¹⁵

Như đã đề cập ở phần trên, chênh lệch lớn nhất và dai dẳng nhất trong chỉ số HPI là việc tiếp cận nước sạch. Tiếp cận nước sạch là một vấn đề quan trọng do ô nhiễm nước là một nguyên nhân chính gây bệnh tật, tử vong và Việt Nam vẫn chưa đạt được mục tiêu MDG về nước sinh hoạt an toàn.¹⁶

Tiếp cận nước sạch là một vấn đề quan trọng do ô nhiễm nước là một nguyên nhân chính gây bệnh tật, tử vong và Việt Nam vẫn chưa đạt được mục tiêu MDG về nước sinh hoạt an toàn.¹⁶

Hình 3.9: Tiếp cận nước sạch theo nhóm thu nhập và theo vùng, 2008



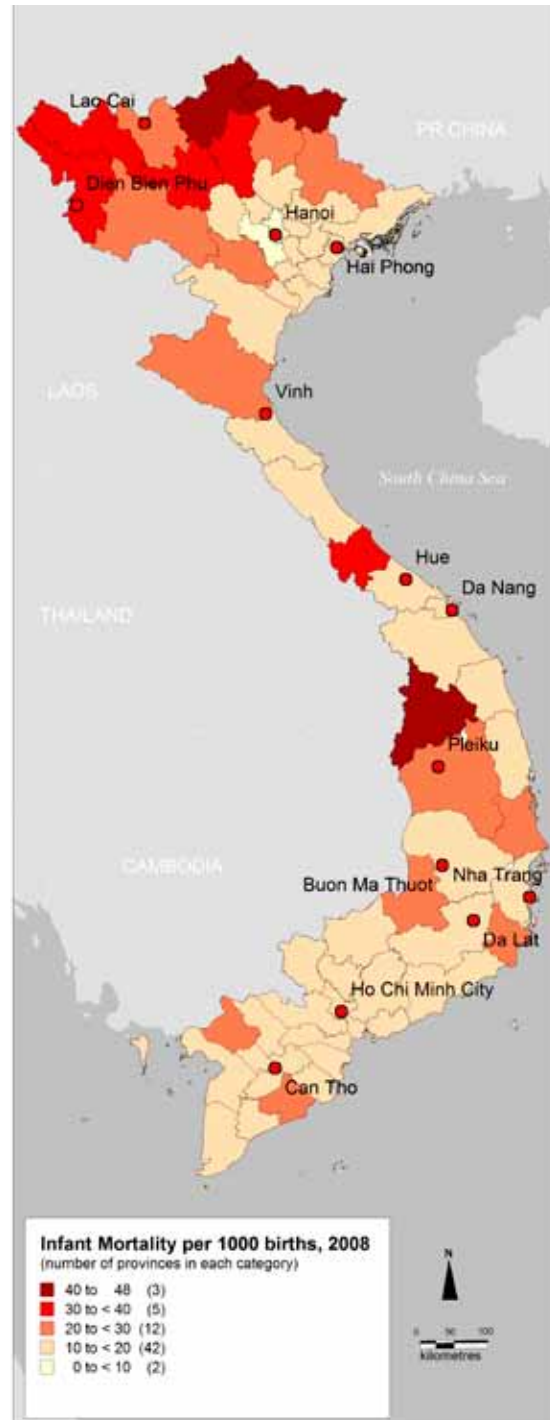
Nguồn: VHLSS 2008.

Dữ liệu VHLSS 2008 cho thấy vẫn có sự khác biệt đáng kể trong tiếp cận nước sạch giữa các nhóm kinh tế-xã hội. Năm 2008, 86,6% trong nhóm người nghèo nhất được tiếp cận với nước sạch so với 97% nhóm ngũ phân vị giàu nhất, và sự khác biệt trong phạm vi các vùng cũng rõ rệt. Gần 100% hộ gia đình ở Đồng bằng Sông Hồng được tiếp cận với nước uống sạch so với 80,6 % ở vùng đồng bằng sông Cửu Long (Hình 3.9). Tương tự, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em ở Tây Nguyên, Đông Bắc, Tây Bắc và duyên hải Bắc Trung Bộ vẫn còn cao hơn so với các vùng khác.¹⁷

Trong chỉ số MPI, thiếu thốn về mức sống cũng có ý nghĩa quan trọng đặc biệt là thiếu nước và vệ sinh. Thiếu nhà cố định, và thiếu thốn về tiếp cận giáo dục cũng là các yếu tố quan trọng. Hình 3.10 cho thấy đóng góp của 9 chỉ số thành phần vào chỉ số tổng hợp MPI: trong đó thiếu thốn nhà cố định, vệ sinh và tiếp cận nước sạch là những nhân tố quan trọng nhất.

Các chỉ số khác không được sử dụng trong HPI và MPI, chẳng hạn như tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh, cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các tỉnh, các vùng và các nhóm dân cư. Điểm nhất quán là, những tỉnh nghèo nhất là những tỉnh có giá trị HDI và GDI thấp nhất và HPI cao nhất, và tỷ lệ thiếu hụt phi tiền tệ cao hơn rất nhiều, bao gồm tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh và trẻ em, tỷ lệ suy dinh dưỡng chiều cao/tuổi và suy dinh dưỡng cân nặng/chiều cao và tỷ lệ tử vong ở mẹ. Ví dụ, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh là 48% ở Kon Tum, 40% ở Hà Giang và 33% ở Lai Châu trong năm 2008, cao hơn gấp 5-6 lần so với Hà Nội (7%) và gấp 2-3 lần mức trung bình của toàn quốc (15%) (Bản đồ 3.5).

Bản đồ 3.5: Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh của Việt Nam 2008



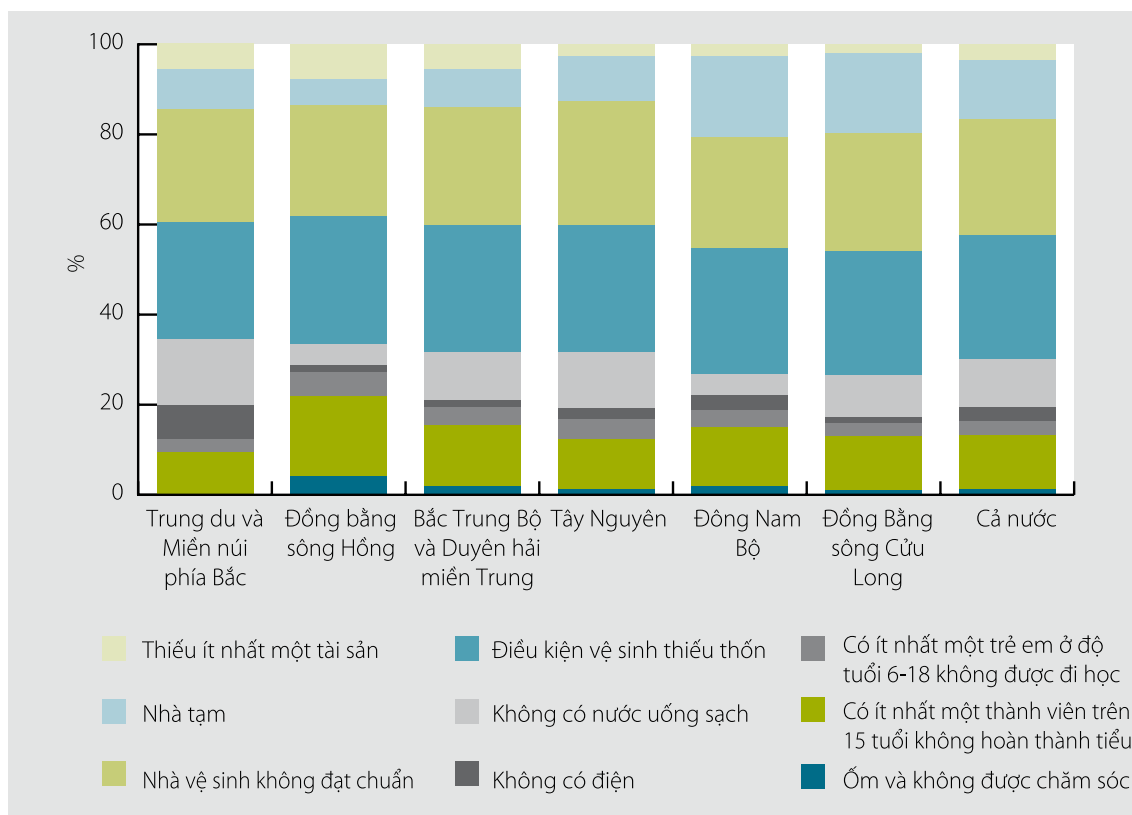
Nguồn: B. Surborg cho NHDR 2011

NGHÈO ĐÓI VÀ BẤT BÌNH ĐẲNG

NGHÈO TIỀN TỆ GIẢM, CHÊNH LỆCH THU NHẬP TĂNG

Như phân tích cho thấy, bất bình đẳng ở Việt Nam về các chỉ số về y tế, giáo dục và mức sống có liên quan chặt chẽ tới vị trí địa lý, và tình trạng kinh tế xã hội. Bất bình đẳng giới trong thị trường lao động và hộ gia đình vẫn kéo dài, mặc dù đã tiến bộ tiên tục trên một số phương diện, đặc biệt là tiếp cận giáo dục của phụ nữ và trẻ em gái.

Hình 3.10: Đóng góp của 9 chỉ số thành phần vào MPI ở Việt Nam và 6 vùng 2008



Nguồn: MPI 2008, based on VHLSS 2008, Xem bảng số liệu trong Phụ lục.

Như phân tích cho thấy, bất bình đẳng ở Việt Nam về các chỉ số về y tế, giáo dục và mức sống có liên quan chặt chẽ tới vị trí địa lý, và tình trạng kinh tế xã hội. Bất bình đẳng giới trong thị trường lao động và hộ gia đình vẫn kéo dài, mặc dù đã tiến bộ tiên tục trên một số phương diện, đặc biệt là tiếp cận giáo dục của phụ nữ và trẻ em gái.

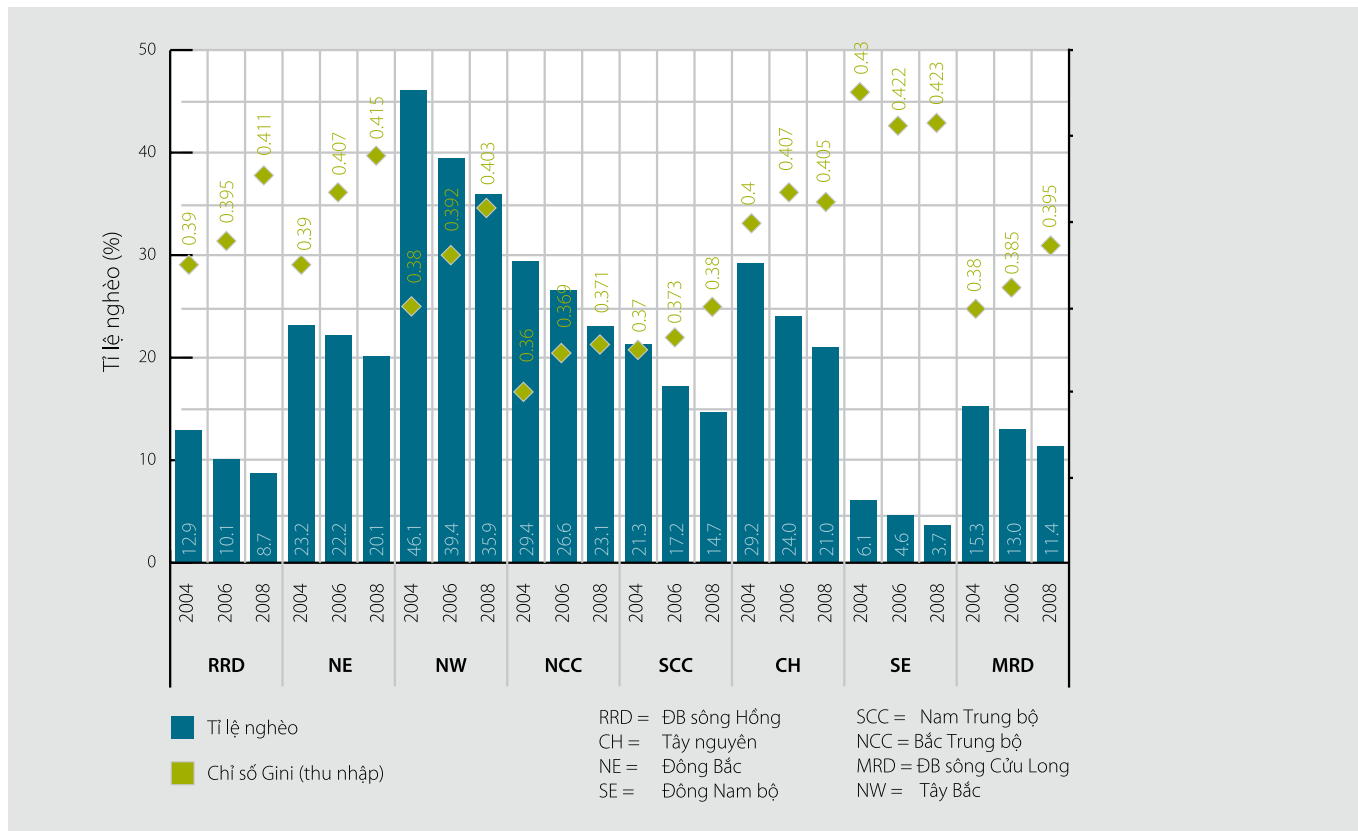
Như thảo luận trong Chương 2, Việt Nam đã có quá trình phát triển tương đối công bằng, thành công trong giảm nghèo tiền tệ và khá thành công trong việc kiểm chế bất bình đẳng kinh tế so với các nước khác trong khu vực. Tuy nhiên, có những dấu hiệu cho thấy tình hình này đang thay đổi. Ngoài các bằng chứng chưa chính thức, như các dấu hiệu chênh lệch giàu nghèo đang gia tăng và bùng nổ về tiêu dùng ở các thành phố lớn của Việt Nam, dữ liệu từ VHLSS cho thấy bất bình đẳng thu nhập đang tăng lên trên toàn quốc. Trong khi nghèo về thu nhập đã giảm, từ 18,1% năm 2004 xuống còn 15,5% năm 2006 và 13,4% năm 2008, bất bình đẳng về thu nhập lại tăng lên. Hệ số Gini cho thấy bất bình đẳng thu nhập đã tăng từ 0,420 năm 2004 lên 0,424 năm 2006, 0,434 năm 2008 và 0,433 năm 2010. Đây là mức tăng nhẹ song rất có thể các cuộc điều tra VHLSS đã

không bao phủ hết những người rất giàu và những người rất nghèo. Dữ liệu VHLSS cũng cho thấy thu nhập của nhóm giàu nhất so với của nhóm nghèo nhất tăng từ 8,1 lần năm 2002 lên 8,2 lần năm 2004 và lên 8,9 lần năm 2008 và 9,2 lần vào năm 2010. Theo cách đo lường này, Việt Nam có mức độ chênh lệch thu nhập thấp hơn Philippines và Singapore song cao hơn so với Indonesia, Malaysia và Thái Lan.

Tỷ lệ thu nhập của ngũ phân vị giàu nhất so với ngũ phân vị nghèo nhất cũng tăng lên ở tất cả các vùng trong giai đoạn 2002-2010.

Cũng có thể quan sát thấy xu hướng tương tự ở cấp độ vùng. Hình 3.11 cho thấy tỷ lệ đói nghèo và hệ số Gini của các vùng của Việt Nam trong giai đoạn 2004-2008. Trong khi tỷ lệ đói nghèo đã giảm ở tất cả các vùng trong giai đoạn này, bất bình đẳng về thu nhập đã tăng lên ở tất cả các vùng trừ Tây Nguyên và Đông Nam Bộ. Tỷ lệ thu nhập của ngũ phân vị giàu nhất so với ngũ phân vị nghèo nhất cũng tăng lên ở tất cả các vùng trong giai đoạn 2002-2010.

Hình 3.11: Nghèo đói và bất bình đẳng về thu nhập ở 8 vùng của Việt Nam, 2004-2008



Nguồn: VHLSS, 2004, 2006, 2008

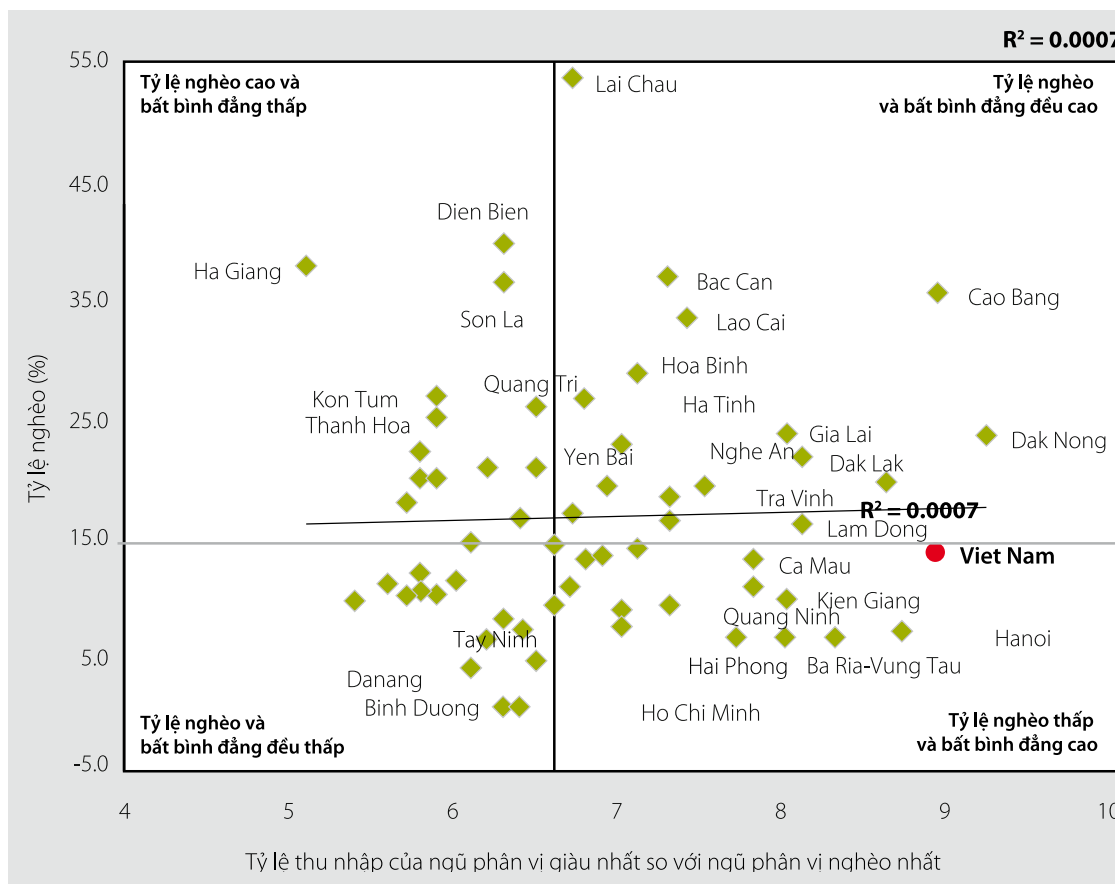
Đông Nam Bộ có tỷ lệ đói nghèo thấp nhất, nhưng cũng có hệ số Gini về bất bình đẳng thu nhập cao nhất. Rõ ràng có hai mô hình khác biệt là: tỷ lệ đói nghèo thấp hơn nhưng bất bình đẳng cao hơn ở đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ, và tỷ lệ đói nghèo cao hơn nhưng bất bình đẳng thấp hơn ở vùng duyên hải Bắc và Nam Trung bộ. Trường hợp ngoại lệ là Tây Nguyên, nơi cả bất bình đẳng về thu nhập và tỷ lệ đói nghèo đều tương đối cao. Đây có thể do sự tập trung đông các nhóm dân tộc thiểu số nghèo trong vùng này, cùng với một số lượng nhỏ người Kinh/Hoa có thể làm giàu thông qua khai thác tài nguyên thiên nhiên. Tuy nhiên, nhìn chung các xu hướng theo vùng cho thấy bất bình đẳng gia tăng là một đặc điểm của mô hình tăng trưởng của Việt Nam.

Các xu hướng theo vùng cho thấy bất bình đẳng gia tăng là một đặc điểm của mô hình tăng trưởng của Việt Nam.

TỶ LỆ NGHÈO VÀ BẤT BÌNH ĐẲNG VỀ THU NHẬP KHÔNG CÓ MỐI TƯƠNG QUAN RÕ RÀNG

Khi so sánh tỷ lệ đói nghèo với tỷ lệ bất bình đẳng về thu nhập, trong trường hợp này, tỷ lệ của nhóm có thu nhập cao nhất so với nhóm thu nhập thấp nhất cho thấy một mô hình hỗn hợp nhiều hơn. Trong năm 2008, một số tỉnh với tỷ lệ nghèo rất cao có mức độ bất bình đẳng về thu nhập tương đối thấp (Bản đồ 3.6). Các tỉnh này bao gồm Hà Giang, Lai Châu, Điện Biên và Sơn La. Các tỉnh khác như Lào Cai, Cao Bằng, Gia Lai, Đắk Nông và Đắk Lắk có cả tỷ lệ nghèo và tỷ lệ bất bình đẳng về thu nhập đều cao. Mặt khác, một số tỉnh như Kiên Giang, Bà Rịa-Vũng Tàu và Quảng Ninh có tỷ lệ nghèo đói thấp nhưng bất bình đẳng tương đối cao.

Hình 3.12: Nghèo đói và bất bình đẳng theo tỉnh ở Việt Nam, 2008



Những tỉnh như Đà Nẵng, Cần Thơ và TP Hồ Chí Minh thì tình hình lại khác. Hình 3.12 cho thấy sự phân bố của các tỉnh theo 4 mô hình: đói nghèo cao/bất bình đẳng cao, đói nghèo cao/bất bình đẳng thấp, đói nghèo thấp/bất bình đẳng thấp, và đói nghèo thấp/bất bình đẳng cao.

Như vậy, không có sự tương quan rõ ràng giữa tỷ lệ đói nghèo và bất bình đẳng về thu nhập ở cấp tỉnh, trái ngược với mối tương quan rõ ràng hơn ở cấp vùng. Tuy nhiên, mặc dù các mô hình bất bình đẳng về thu nhập cấp tỉnh khá biến thiên và bất bình đẳng thu nhập và nghèo đói không phải lúc nào cũng có mối tương quan rõ ràng, nhưng bất bình đẳng thu nhập đang tăng lên ở hầu hết các vùng của Việt Nam và hiện đang ở mức tương đối cao ở một số tỉnh, bao gồm cả các tỉnh rất nghèo và các tỉnh tương đối giàu có.

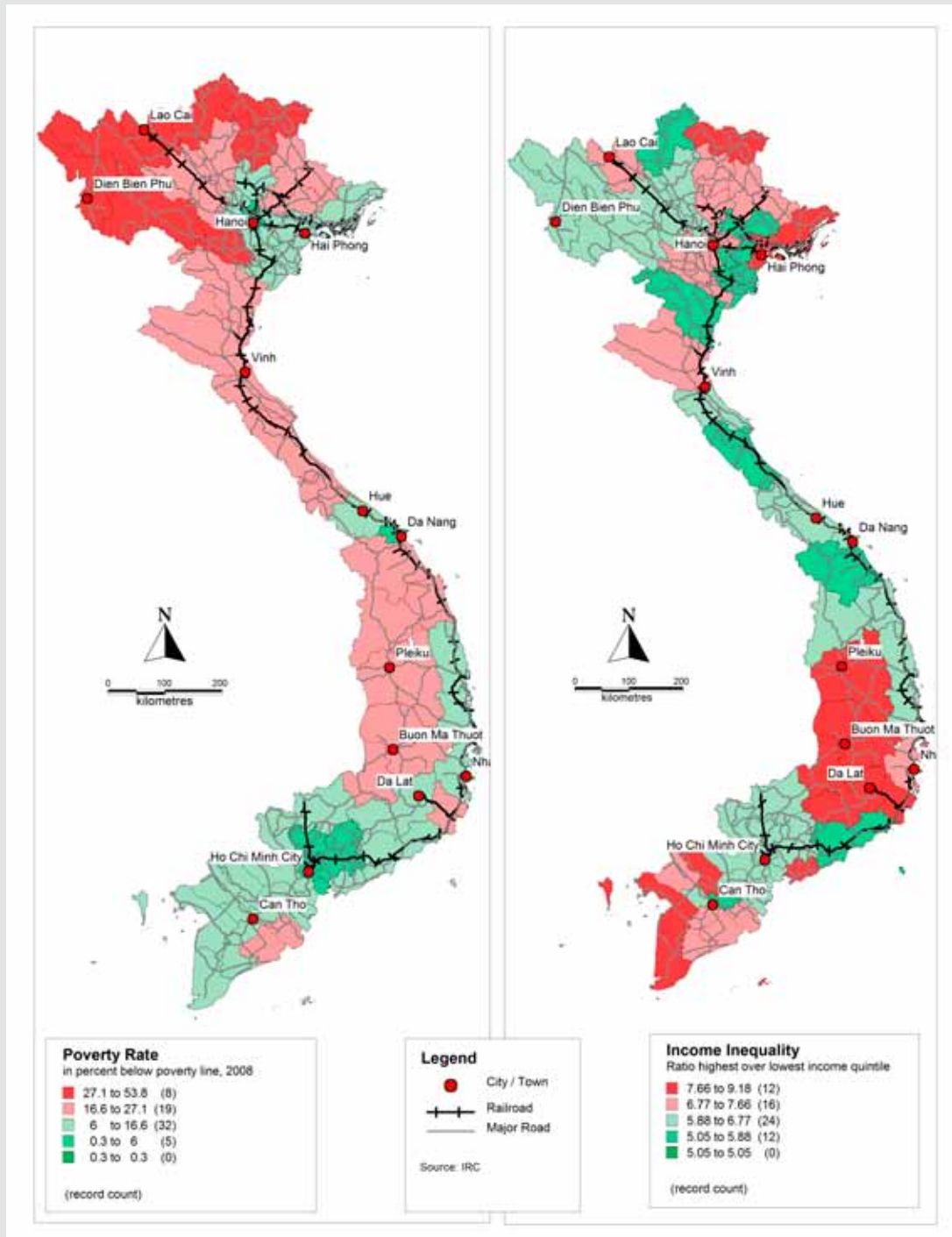
CHÈNH LỆCH TĂNG ĐE ĐỌA TIẾN BỘ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CỦA VIỆT NAM

Phân tích trong chương này cho thấy thu nhập tăng là yếu tố chính thúc đẩy những tiến bộ gần đây của Việt Nam về HDI và các chỉ số phát triển con người liên quan, trong khi đó các khía cạnh phi thu nhập trong HDI đã bị

thụt lùi phía sau. Kết hợp với phân tích ngắn gọn về bất bình đẳng và nghèo đói cho thấy thu nhập tăng không phải lúc nào cũng cải thiện kết quả phát triển con người hay nâng cao mức sống của mọi người dân Việt Nam. Những tiến bộ về các chỉ số y tế và giáo dục, đặc biệt là tỷ lệ nhập học chung và tiếp cận nước sạch và vệ sinh, đang bị tụt hậu và đang kìm hãm sự tiến bộ của Việt Nam trên con đường hướng tới mức phát triển con người cao hơn như đo lường bởi chỉ số HDI và các chỉ số phát triển con người khác. Ở Việt Nam, nghèo đói phi tiền tệ và thiếu thốn đặc biệt nghiêm trọng với các nhóm dễ bị tổn thương. Khoảng cách giới đang được thu hẹp trên một số phương diện, nhưng cũng đang tăng lên ở một số phương diện khác.

Chênh lệch và bất bình đẳng gia tăng là một nguy cơ đối với tiến trình phát triển con người của Việt Nam. Chi phí của các dịch vụ y tế và giáo dục đang tiếp tục gia tăng ở Việt Nam như các chương sau phân tích. Khi của cải được phân phối kém công bằng, thì sức mua của nhiều người dân thường Việt Nam để tiếp cận các dịch vụ xã hội thiết yếu trở nên ít bình đẳng hơn. Do đó, khoảng cách chênh lệch trong các chỉ số phát triển con người có thể sẽ tiếp tục mở rộng trong tương lai.

Bản đồ 3.6: Nghèo đói và bất bình đẳng ở các tỉnh của Việt Nam 2008



Nguồn: B. Surborg cho NHDR 2011

PHẦN HAI



TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ VÀ GIÁO DỤC

CHÊNH LỆCH VỀ Y TẾ VÀ GIÁO DỤC VẪN CÒN DAI DẮNG

CHÊNH LỆCH VỀ KẾT QUẢ Y TẾ, GIÁO DỤC VÀ TIẾP CẬN DỊCH VỤ

Chênh lệch về các kết quả y tế và giáo dục có liên quan trực tiếp tới các mức tiếp cận rất khác nhau với dịch vụ y tế và giáo dục giữa các tỉnh, vùng, dân tộc và nhóm kinh tế xã hội. Chương này thảo luận về tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục và mối quan hệ giữa các xu hướng sử dụng với những khác biệt về kết quả y tế, giáo dục. Tiếp cận dịch vụ y tế chủ yếu được phản ánh qua dữ liệu về tình hình sử dụng các dịch vụ y tế và số lượng bệnh nhân. Còn tỷ lệ nhập học chung và tỷ lệ nhập học đúng tuổi cung cấp thông tin về tiếp cận dịch vụ giáo dục ở các cấp khác nhau. Như thảo luận trong Chương 5, chính phủ có nhiều chương trình nhằm tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục cho các nhóm thiệt thòi và dễ bị tổn thương. Những biện pháp này bao gồm bảo hiểm y tế (thẻ bảo hiểm), miễn phí khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi và miễn học phí cũng như các chi phí khác cho trẻ em. Những trợ cấp này đã góp phần làm tăng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục, nhưng các mức độ tiếp cận dịch vụ giáo dục và y tế khác nhau vẫn tiếp tục tồn tại ở Việt Nam.

Các mức độ tiếp cận dịch vụ giáo dục và y tế khác nhau vẫn tiếp tục tồn tại ở Việt Nam.

Điều này đặt ra câu hỏi về tính hiệu quả và mức độ bao phủ của các chương trình này, như sẽ thảo luận trong Chương 5.

TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI NGHÈO VÀ NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ

Sử dụng dịch vụ y tế có liên quan chặt chẽ với thành phần dân tộc, vị trí địa lý và địa vị kinh tế xã hội. Theo dữ liệu về sử dụng dịch vụ y tế từ Điều tra Mức sống hộ gia đình (VHLSS) năm 2008, 51,6% số người được hỏi đã từng bị ốm. 10% cần nằm điều trị, cần người chăm sóc và nghỉ làm trung bình 4,5 ngày (đối với những người cần nghỉ làm). 34% người dân có tiếp cận các dịch vụ y tế, trong đó 30% sử dụng các dịch vụ y tế ngoại trú và một tỷ lệ tương đối nhỏ hơn (6,6%) sử dụng các dịch vụ nội trú giá cao. Một tín hiệu tích cực là trong giai đoạn 2002-2008, tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế đã tăng lên đáng kể. Năm 2002, chỉ 19% người dân Việt Nam tiếp cận các dịch vụ y tế, 5,7% sử dụng các dịch vụ nội trú và 14% sử dụng dịch vụ ngoại trú. Đáng chú ý là việc sử dụng dịch vụ đã tăng ở tất cả các nhóm thu nhập và cả ở nông thôn lẫn thành thị. Tương tự, tần suất sử dụng các dịch vụ ngoại trú cũng đã tăng trong giai đoạn 2004-2008, trong khi tần suất sử dụng dịch vụ nội trú có giảm nhẹ. Việc sử dụng dịch vụ y tế chủ yếu là dưới hình thức tới khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế của nhà nước; dịch vụ y tế do tư nhân cung cấp chỉ chiếm 38% đối với dịch vụ ngoại trú và 2% với dịch vụ nội trú.

Những con số này là rất đáng khích lệ, cho thấy ngày càng nhiều người sử dụng dịch vụ y tế; tuy nhiên vẫn còn có những mức độ khác biệt nhất định. Rõ ràng việc sử dụng dịch vụ y tế liên quan trực tiếp tới vòng đời của con người – những người trên 60 tuổi là những người sử dụng cả dịch vụ ngoại trú và nội

trú nhiều nhất trong năm 2008; và so với nam giới, tỷ lệ phụ nữ sử dụng cả hai dịch vụ cao hơn do nhu cầu sinh nở và chăm sóc sức khỏe sinh sản của họ.¹

Ngoài ra, còn có sự khác biệt đáng kể giữa các vùng, dân tộc và các nhóm kinh tế xã hội. Trong khi sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị là rất nhỏ, sự khác biệt giữa các vùng lại rất lớn, với mức độ sử dụng dịch vụ y tế cao nhất ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long và thấp nhất ở vùng Tây Bắc. Người dân vùng Tây Bắc có tỷ lệ sử dụng dịch vụ ngoại trú thấp nhất nhưng lại có tỷ lệ sử dụng dịch vụ nội trú cao nhất; trong khi người dân Đông Nam Bộ ít sử dụng dịch vụ nội trú hơn nhưng lại sử dụng dịch vụ ngoại trú nhiều hơn. Đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên cũng tương tự như vậy. Dịch vụ y tế sẵn có và dễ tiếp cận hơn ở khu vực thành thị; ở miền Nam hơn là vùng Tây Bắc. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng dịch vụ ngoại trú thấp cũng phản ánh một xu hướng của người nghèo và ở vùng sâu vùng xa là họ thường trì hoãn việc chữa trị cho tới khi vấn đề sức khỏe trở nên thật sự trầm trọng – đó là cách họ tối thiểu hóa chi phí chăm sóc y tế trong ngắn hạn.²

Năm 2008, các nhóm dân tộc thiểu số ít sử dụng các dịch vụ ngoại trú hơn so với người Kinh/Hoa nhưng lại sử dụng dịch vụ nội trú nhiều hơn, ngược lại với tình hình năm 2004. Điều tra cơ sở của Chương trình 153 giai đoạn 2 cho thấy người dân tộc thiểu số thường tránh sử dụng các dịch vụ y tế, trì hoãn việc chữa trị cho tới khi điều kiện sức khỏe trở nên tồi tệ và thường sử dụng các biện pháp chữa trị truyền thống và tự chữa bệnh hơn so với người Kinh/Hoa.³ Xét theo nhóm thu nhập, người nghèo ít sử dụng các dịch vụ y tế (cả nội và ngoại trú) hơn. Điều thú vị là tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người Kinh/Hoa và của nhóm ngũ phân vị giàu nhất dường như đã giảm nhẹ trong giai đoạn 2004 - 2008.⁴

Một số nhóm sử dụng các dịch vụ ngoại trú thường xuyên hơn, bao gồm người trên 60 tuổi, phụ nữ,

người Kinh/Hoa, người không nghèo và người ở thành thị. Tần suất sử dụng dịch vụ ngoại trú cũng khác nhau đáng kể giữa các vùng: tần suất cao hơn ở vùng Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long; thấp hơn ở vùng Tây Bắc, Bắc Trung Bộ và Đông Bắc. Mặt khác số lượng bệnh nhân nội trú giảm nhẹ đối với đa số các nhóm, đặc biệt với nhóm trên 60 tuổi, song lại tăng nhẹ với nhóm dưới 15 tuổi, nhóm nghèo và nhóm dân ở Đông Nam Bộ.

Tỷ lệ tiếp cận dịch vụ y tế của người có bảo hiểm y tế là cao hơn (bất kể là bảo hiểm bắt buộc hay tự nguyện).

Không ngạc nhiên là những người trên 60 tuổi có số ngày ốm nhiều hơn (12,76 ngày không làm việc và 8,82 ngày phải nằm giường trong năm 2008); phụ nữ cũng tương tự như vậy do yêu cầu về sức khỏe sinh sản. Người Kinh/Hoa và người không nghèo cũng có số ngày nghỉ ốm không làm việc và nằm giường cao hơn.⁵ Điều này có thể do người nghèo và người dân tộc thiểu số với mức thu nhập thấp khó có thể nghỉ một ngày mà không làm việc.

Điều đáng chú ý là, trong số những người ốm trong năm vừa qua, 61% nam và 65% nữ có đi khám, giảm đi so với con số của VHLSS năm 2006 (77% nam giới và 78% nữ giới khi ốm có đi khám).⁶ Không có gì ngạc nhiên khi bảo hiểm y tế là lý do khiến người dân quyết định sử dụng dịch vụ y tế hay không. Tỷ lệ tiếp cận dịch vụ y tế của người có bảo hiểm y tế là cao hơn (bất kể là bảo hiểm bắt buộc hay tự nguyện).

Do tỷ lệ người có bảo hiểm y tế đang tăng dần như thảo luận trong Chương 5 nên đây là một trong những lý do giải thích tỷ lệ người sử dụng dịch vụ y tế tăng lên. Tuy nhiên, bảo hiểm y tế không lý giải cho việc tỷ lệ người sử dụng dịch vụ y tế khi ốm thấp hơn nhiều trong năm 2008 so với năm 2006.

Bảng 4.1: Tỷ lệ dân số sử dụng dịch vụ y tế giai đoạn 2004-2008 (%)

		Dịch vụ ngoại trú		Dịch vụ nội trú	
		2004	2008	2004	2008
	Cả nước	31,1	31,76	6,88	6,61
Tuổi	Dưới 15	29,49	33,09	4,17	5,02
	16-60	28,49	27,87	6,65	5,95
	Trên 60	53,61	54,65	16,11	14,7
Giới tính	Nam	27,42	28,36	6,24	5,97
	Nữ	34,71	35,02	7,49	7,23
Dân tộc	Kinh và Hoa	32,04	32,68	6,88	6,54
	Dân tộc thiểu số	24,65	25,76	6,82	7,13
Nhóm thu nhập	Không nghèo	32,39	32,5	7,1	6,72
	Nghèo	25,78	27,38	5,93	5,98
Nông thôn – Thành thị	Thành thị	34,58	31,83	6,76	5,97
	Nông thôn	29,9	31,73	6,92	6,86
Vùng	Đồng bằng sông Hồng	29,2	27,27	7,03	6,52
	Tây Bắc	21,28	24,77	6,82	7,73
	Đông Bắc	23,57	21,87	6,98	8,42
	Bắc Trung Bộ	21,36	24,63	8,07	6,94
	Nam Trung Bộ	32,11	31,49	7,79	7,93
	Tây Nguyên	36,85	35,65	7,14	6,47
	Đông Nam Bộ	37,52	33,13	5,89	5,27
	Đồng bằng sông Cửu Long	38,69	44,31	6,29	6,2

Nguồn: VHLSS 2004 và 2008, trích trong Nguyễn Việt Cường 2010

Tiếp cận y tế dự phòng

Một hạn chế chính về dữ liệu trình bày ở trên là số liệu về sử dụng dịch vụ y tế không phân tách được tiếp cận y tế dự phòng - thăm khám để phòng bệnh, một vấn đề có tác động trực tiếp tới các kết quả y tế. Những ví dụ chính về tiếp cận y tế dự phòng là tiêm vắc-xin cho trẻ em, khám sức khỏe tiền sinh sản và sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại trong kế hoạch hóa gia đình.

Phân tích giới trong điều tra VHLSS 2008 cho thấy phụ nữ thường sử dụng các biện pháp phòng bệnh hơn bao gồm tiêm vắc-xin: 27% nữ giới tiêm vắc-xin so với 20% nam giới, do phụ nữ có sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiền sinh sản và các dịch vụ y tế khác liên quan tới sức khỏe sinh sản. Tuy nhiên, cả nam và nữ ở thành thị đều sử dụng các dịch vụ

phòng bệnh nhiều hơn so với ở nông thôn.⁷ Số liệu từ Điều tra Đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (MICS) 2006 cho thấy sự khác nhau về tỷ lệ trẻ em trong độ tuổi từ 2-4 không được tiêm phòng các bệnh của trẻ nhỏ. Năm 2006 tỷ lệ toàn quốc là 31%, ở khu vực đô thị là 20% và nông thôn là 35%, dao động từ 17% ở vùng Đồng bằng sông Hồng tới 59% ở vùng Tây Bắc và 53% ở vùng Đông Bắc. 25% trẻ em người Kinh và Hoa không được tiêm chủng đầy đủ, trong khi con số này ở trẻ em dân tộc thiểu số là 58,5%.⁸ Mặc dù 86,4% phụ nữ trên toàn quốc được kiểm tra sức khỏe tiền sinh sản song tỷ lệ này lại dao động từ 68% ở Tây Bắc tới 98,5% ở Đồng bằng sông Hồng.⁹ Năm 2008, 69% phụ nữ có gia đình trong độ tuổi 15-49 có sử dụng biện pháp tránh thai, dao động từ 72,5% ở Bắc Trung Bộ và Nam Trung Bộ xuống 59,4% ở Tây Nguyên.¹⁰

Một nghiên cứu của UNICEF về bình đẳng trong y tế đã xác định các xu hướng sau trong tiếp cận dịch vụ y tế. Người nghèo và phụ nữ ở khu vực nông thôn ngày càng sử dụng nhiều biện pháp tránh thai hiện đại, nhưng bất bình đẳng về thu nhập vẫn tiếp tục ảnh hưởng tới việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc tiền sinh sản. Đồng thời, thu nhập, dân tộc và tiếp cận dịch vụ y tế vẫn là các yếu tố quyết định việc trẻ có được tiêm phòng hay không.¹¹ Sự khác biệt trong tiếp cận dịch vụ y tế cũng bị ảnh hưởng bởi chi phí dịch vụ gia tăng (cả về con số tuyệt đối và về tỷ lệ trong tổng chi tiêu của hộ gia đình) và bởi sự sẵn có của bảo hiểm y tế, vì bảo hiểm y tế giúp tăng sử dụng dịch vụ y tế và giảm chi tiêu từ tiền túi như thảo luận trong Chương 5.

CÁC KHÁC BIỆT VỀ KẾT QUẢ Y TẾ

CẢI THIỆN TÌNH HÌNH SỨC KHỎE KHÔNG ĐỒNG ĐỀU VÀ CÁC VẤN ĐỀ MỚI VỀ SỨC KHỎE

Cùng với tiếp cận y tế tăng lên như phân tích từ dữ liệu VHLSS, Việt Nam đã tương đối thành công trong việc thu hẹp những khoảng cách lớn về y tế. Ví dụ, tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm từ 58 trên 1.000 năm 1999 xuống 24,4 trên 1.000 năm 2009; trong khi tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh giảm từ 44,4 trên 1.000 năm 1999 xuống 16 trên 1.000 năm 2009. Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ giảm từ 233 trên 100.000 năm 1990

xuống 69 năm 2009. Đa số trẻ em đều được tiêm chủng (82%); 94,8% ca sinh có nhân viên y tế hỗ trợ. 83% dân số nông thôn được tiếp cận với nước uống sạch trong năm 2010 so với 30% năm 2000.¹²

Chênh lệch dai dẳng về các kết quả y tế và những vấn đề sức khỏe mới nổi đòi hỏi phải có những cải thiện trong dịch vụ y tế.

Tuy nhiên, như Chương 3 phân tích, chênh lệch lớn vẫn còn tồn tại. Trong khi tỷ lệ trẻ em còi xương trên toàn quốc là 31,9%, tỷ lệ trẻ em còi xương và suy dinh dưỡng ở khu vực nông thôn và vùng sâu xa miền núi cao gấp 2-3 lần so với khu vực đồng bằng và thành thị. Các tỉnh như Kon Tum, Hà Giang và Lai Châu có tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh cao gấp 2-3 lần tỷ lệ trên toàn quốc. Chênh lệch về tỷ lệ tử vong ở trẻ em đã tăng lên giữa ngũ phân vị giàu nhất và nghèo nhất – khoảng cách là 33 trên 1.000 năm 1993 lên 39 trên 1.000 năm 2006. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Đồng bằng sông Cửu Long là 16,7% và Tây Nguyên là 28,5%.¹³ Chỉ có 79,9% phụ nữ ở Tây Bắc khi sinh có nhân viên y tế hỗ trợ trong khi ở Đồng bằng sông Hồng và Đồng bằng sông Cửu Long, con số này là 100%. Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ tại các khu vực nông thôn cao gấp hai lần khu vực đô thị.¹⁴ Tỷ lệ người nhiễm HIV cao nhất ở bộ phận dân số dưới 40 tuổi và nam giới, trong khi một số tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn mức trung bình đối với các nhóm nguy cơ cao (Hộp 4.1).¹⁵

HỘP 4.1: CHÊNH LỆCH VỀ TỶ LỆ NHIỄM HIV

Tỷ lệ nhiễm HIV cũng rất khác nhau giữa các tỉnh. Năm 2008, khoảng 20 tỉnh có trên 200 ca nhiễm trên 100.000 dân, tập trung ở miền Bắc và thành phố Hồ Chí Minh và Vũng Tàu ở miền Nam. Tỷ lệ nhiễm cao nhất ở các tỉnh mới có dịch và hơn 600 ca nhiễm trên 100.000 dân ở Điện Biên và Sơn La thuộc vùng Tây Bắc và Quảng Ninh thuộc Đông Bắc. Tuy nhiên, số lượng lớn người nhiễm HIV chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn, đặc biệt là thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội và Hải Phòng.¹⁶

Theo dự đoán của Bộ Y tế, số lượng người có HIV sẽ tăng từ 220.000 năm 2007 lên 280.000 năm 2012. Đồng thời, tỷ lệ nhiễm mới đã giảm từ 67 trường hợp trên 100.000 dân năm 2000 xuống 39 trên 100.000 dân năm 2007, làm giảm tỷ lệ nhiễm ở một số tỉnh như thành phố Hồ Chí Minh và An Giang. Trong khi nam giới tiếp tục chiếm đa số trong bộ phận người có HIV, tỷ lệ phụ nữ có thai sống chung với HIV sẽ tăng lên 4.800 vào năm 2012. Đồng thời tỷ lệ sống chung với HIV của nam so với nữ dự tính sẽ giảm từ 3,0 lần năm 2007 xuống 2,6 lần năm 2012 do nhiều phụ nữ bị nhiễm từ bạn tình của mình hơn. Số lượng trẻ em có HIV dự tính tăng từ 3.750 năm 2007 lên 5.100 năm 2012.¹⁷ Bệnh dịch này dự tính sẽ tăng cao trong nhóm đối tượng sử dụng ma túy (IDUs) ở vùng Tây Bắc, gái mại dâm ở Tây Bắc và Đồng bằng sông Hồng và khách hàng sử dụng gái mại dâm ở Tây Bắc và Cần Thơ.¹⁸

Với mức độ đô thị hóa ngày càng tăng và cơ cấu dân số thay đổi, những bệnh tật liên quan tới lối sống đang nổi lên với tỷ lệ các bệnh không lây nhiễm đang gia tăng, gây ảnh hưởng khác nhau tới các nhóm dân cư. Theo Báo cáo Y tế chung năm 2009, các bệnh về máu và tim mạch, ung thư và sức khỏe tâm thần chiếm 34% số bệnh xảy ra với nam giới và 43% với nữ giới.¹⁹ Tỷ lệ tai nạn giao thông, sử dụng rượu, thuốc lá và chất có cồn và ma túy bất hợp pháp cũng tăng cao, đặc biệt ở nam giới.²⁰

Chênh lệch dai dẳng về các kết quả y tế và những vấn đề sức khỏe mới nổi đòi hỏi phải có những cải thiện trong dịch vụ y tế. Không những cần tăng sự sẵn có của các dịch vụ y tế mà còn cần tăng cường chất lượng, quy định và giám sát hiệu quả. Sự tham gia của người sử dụng vào thiết kế và cung cấp các dịch vụ cũng cần thiết, như thảo luận trong các chương tiếp theo. Chi phí cho dịch vụ y tế đối với hộ gia đình cũng là một vấn đề chính như phân tích trong Chương 5.

HỘP 4.2: NGƯỜI KHUYẾT TẬT GẶP KHÓ KHĂN TRONG TIẾP CẬN DỊCH VỤ CƠ BẢN

Người khuyết tật ở Việt Nam đặc biệt chịu thiệt thòi về tiếp cận y tế và giáo dục. Một nghiên cứu năm 2006 về người khuyết tật ở ba tỉnh²¹ cho thấy cứ ba người khuyết tật thì có một người chưa từng đi học ở Thái Bình và Quảng Nam Đà Nẵng, và cứ hai người khuyết tật thì có một người không đi học ở Đồng Nai. Phụ nữ khuyết tật thường ít đi học hơn so với nam giới. Khoảng 70-80% người trả lời thuộc độ tuổi 6-30 đã từng gặp khó khăn khi đi học, đặc biệt là trong tiếp thu bài, giao tiếp với giáo viên và các học sinh khác, đi lại và tham gia các hoạt động ở trường học. Bị trêu chọc và không được các bạn cùng lớp đón nhận cũng là một vấn đề. Một tỷ lệ lớn những người được phỏng vấn không đi học vì những trở ngại này. Tỷ lệ học sinh khuyết tật bỏ học đặc biệt cao: ở Thái Bình là 60%, Quảng Nam/Đà Nẵng 46% và Đồng Nai 54%. Phần lớn học sinh bỏ học ở cấp tiểu học và trung học cơ sở. Khuyết tật là nguyên nhân chính chứ không phải kinh tế hay các lý do khác và những khó khăn được nêu ra như trên. Đáng lo ngại hơn là có khoảng 25-30% số người được hỏi không làm gì trước những khó khăn mà họ gặp phải – hay nói cách khác, họ từ bỏ con đường học hành của mình. Một số khác cố gắng chống chọi với hoàn cảnh của mình bằng cách đề nghị người khác tư vấn và giúp đỡ, hoặc dùng các dụng cụ hỗ trợ để có thể đi lại, học tập và cố gắng thích nghi. Họ cho biết hỗ trợ cần thiết nhất là cải tiến phương pháp và kỹ năng dạy học, hỗ trợ đi lại và miễn giảm học phí. Cải thiện cơ sở hạ tầng, chấm dứt kỳ thị và phân biệt đối xử cũng được coi là có vai trò quan trọng.

Người khuyết tật cần được chăm sóc y tế nhiều hơn người bình thường, nhưng không phải lúc nào họ cũng được chăm sóc đầy đủ. Khoảng 70-80% số người được hỏi đã từng bị ốm và có tìm kiếm dịch vụ y tế; một số người (đặc biệt ở Thái Bình) được thăm khám tại nhà, song vẫn có một tỷ lệ lớn tự chăm sóc và điều trị. Khoảng một nửa số người được hỏi cho biết họ gặp khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế. Khó khăn chính là do chi phí điều trị. Tuy nhiên, thiếu phương tiện đi lại thích hợp, khoảng cách địa lý xa, cơ chế quan liêu, thiếu các dịch vụ phù hợp và phân biệt đối xử cũng được cho là các lý do chính. Trong khi một bộ phận nhỏ không tìm kiếm sự giúp đỡ nữa thì phần lớn vẫn đề nghị người khác giúp đỡ hoặc tự điều trị ở nhà. Hỗ trợ cần thiết nhất để người khuyết tật giải quyết những khó khăn mà họ gặp phải là miễn giảm phí, có chính sách và chương trình cụ thể đáp ứng nhu cầu của người khuyết tật, cơ sở hạ tầng thân thiện với người sử dụng, và giảm bớt quan liêu. Một tỷ lệ lớn người được phỏng vấn không có bảo hiểm y tế, dao động từ 28% ở Quảng Nam-Đà Nẵng đến 60% ở Đồng Nai, nên chi phí y tế cao đã cản trở mong muốn được chữa trị của họ.

Việt Nam đã ký Công ước Liên hợp quốc năm 2008 về quyền của người khuyết tật và năm 2010 đã ban hành một luật mới về người khuyết tật trong đó ghi rõ về sự tham gia bình đẳng của người khuyết tật trong xã hội kể cả về tiếp cận y tế và giáo dục. Tuy nhiên, người khuyết tật vẫn đang phải gắng gỏi mình đối phó và thích nghi với những dịch vụ y tế và giáo dục sẵn có, chứ người cung cấp dịch vụ chưa cảm thấy sức ép phải đảm bảo rằng dịch vụ của họ là dễ dàng tiếp cận đối với người khuyết tật và họ phải cung cấp hỗ trợ phù hợp để đảm bảo cơ hội tiếp cận bình đẳng cho mọi người dân.

TIẾP CẬN DỊCH VỤ GIÁO DỤC

BẤT BÌNH ĐẲNG TRONG TIẾP CẬN GIÁO DỤC

Tỷ lệ nhập học chung²² ở cấp tiểu học đã giảm từ 105% năm 2006 xuống 104,2% năm 2008. Giảm nhẹ về tỷ lệ nhập học chung ở cấp tiểu học là một tín hiệu tích cực vì nó cho thấy tỷ lệ học sinh đi học tiểu

học đúng tuổi tăng lên. Tuy nhiên tỷ lệ nhập học chung ở cấp tiểu học vẫn rất cao ở vùng Tây Bắc và ở các dân tộc thiểu số như Thái, Khơ me, H'mông và Dao, có nghĩa là nhiều trẻ em ở vùng này không đi học đúng tuổi.²³ Tỷ lệ nhập học chung năm 2008 là 96% ở cấp trung học cơ sở và 73,8% ở cấp trung học phổ thông. Trong một nghiên cứu cho Báo cáo này, Vũ Hoàng Linh ước tính tỷ lệ nhập học chung ở bậc đại học và cao đẳng đã tăng gần gấp đôi, từ 18,3% lên 30,2%, trong giai đoạn 2004-2008.²⁴

Bảng 4.2: Tỷ lệ nhập học chung giai đoạn 2006-2008 (%)

	Tiểu học		Trung học cơ sở		Trung học phổ thông	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Cả nước	105,0	104,2	92,5	95,9	69,9	73,8
Nông thôn	101,2	101,1	91,8	95,9	65,1	70,0
Thành thị	106,0	105,1	94,8	96,9	87,1	86,9
Kinh/Hoa	103,4	103,3	97,6	97,4	77,2	78,3
Dân tộc thiểu số	112,3	108,2	88,4	88	53,9	47,9

Nguồn: VHLSS 2006, 2008; Vũ Hoàng Linh 2010

Tổng điều tra dân số 2009 cũng cho thấy Việt Nam đã gần hoàn thành phổ cập tiểu học, với tỷ lệ nhập học đúng tuổi trên toàn quốc là 95,5%; 82,6% ở cấp

trung học cơ sở và 56,7% trung học phổ thông. Khoảng 16,3% dân số học đại học.

Bảng 4.3: Tỷ lệ nhập học đúng tuổi, 2009 (%)

	Tiểu học	Trung học cơ sở	Trung học phổ thông	Cao đẳng	Đại học
Cả nước	95,5	82,6	56,7	6,7	9,6
Thành thị	97,2	88,8	68,4	12,9	23,3
Nông thôn	94,9	80,6	52,8	3,7	3,0
Nghèo nhất	88,9	59,0	23,2	0,3	0,3
Nghèo	95,3	78,7	44,2	1,8	1,0
Trung bình	97,0	86,7	56,1	7,8	5,5
Khá	97,5	89,6	64,6	8,6	10,6
Giàu nhất	98,3	94,9	82,3	11,6	26,3

Nguồn: Tổng điều tra dân số và nhà ở 2009, trích dẫn trong TCTK 2011a

Tỷ lệ trẻ học mẫu giáo và nhà trẻ vẫn tương đối thấp so với các cấp khác, với tỷ lệ 23% số trẻ 3 tuổi, 37% số trẻ 4 tuổi và 40% số trẻ 5 tuổi đi học mẫu giáo và nhà trẻ trong năm 2008.²⁵

Mặc dù đã đạt được những kết quả tích cực, chênh lệch dai dẳng vẫn tiếp tục tồn tại ở mọi cấp học, giữa

các nhóm kinh tế-xã hội khác nhau. Ví dụ trong năm 2006, khi ước tính khoảng 57% trẻ em có đi học nhà trẻ và mẫu giáo ở Việt Nam – một hình thức đào tạo đặc biệt quan trọng đối với sự phát triển của trẻ, thì tỷ lệ này ở trẻ em người Kinh và Hoa là 61%, còn ở trẻ em dân tộc thiểu số là 40%; ở trẻ em thành thị là 75%, còn trẻ em nông thôn là 51%. So sánh giữa các

vùng của Việt Nam: tỷ lệ này là 40% ở Đồng bằng sông Cửu Long và 80% ở Đồng bằng sông Hồng.²⁶ Chênh lệch tương tự cũng xảy ra ở cấp tiểu học – cấp học được trợ cấp nhiều nhất ở Việt Nam. Tỷ lệ nhập học đúng tuổi ở cấp này là 88,9% đối với ngũ phân vị nghèo nhất, 98,3% đối với ngũ phân vị giàu nhất; 97% với nhóm người Kinh/Hoa, 72,6% với người H'mông; và dao động từ 92% với vùng Trung du và Miền núi phía Bắc tới 98% với vùng Đồng bằng sông Hồng.²⁷

Khoảng cách tiếp tục mở rộng ở các cấp học cao hơn: ở cấp trung học cơ sở, tỷ lệ nhập học đúng tuổi là 59% ở ngũ phân vị nghèo nhất và 95% ở ngũ phân vị giàu nhất. Ở cấp trung học phổ thông, tỷ lệ chênh lệch là 59,1% (ngũ phân vị nghèo nhất là 23,2% và ngũ phân vị giàu nhất là 82,3%). Xét theo dân tộc, tỷ lệ nhập học đúng tuổi ở cấp trung học cơ sở là 86,7% với người Kinh, 34,1% với người H'mông và 46,3% với người Khơ me. Ở cấp trung học phổ thông, tỷ lệ này là 6,6% với người H'mông,

15,4% với người Khơ me, trong khi ở người Kinh và Hoa là 61,8%. So sánh giữa các vùng, Đồng bằng sông Cửu Long có tỷ lệ nhập học đúng tuổi là 71,5% ở cấp trung học cơ sở, trong khi tỷ lệ này ở Đồng bằng sông Hồng là 93,9%. Đối với cấp trung học phổ thông, chênh lệch là 34,4% giữa Đồng bằng sông Hồng (74,9%) và Đồng bằng sông Cửu Long (40,4%).

Ở cấp đại học và cao đẳng, giáo dục tiếp tục dành cho những người khá giả hơn. Năm 2009, tỷ lệ nhập học đúng tuổi ở cấp này chỉ là 0,6% ở ngũ phân vị nghèo nhất so với 37,9% ở ngũ phân vị giàu nhất; dưới 1% đối với người H'mông và 2% với người Khơ Me, so với 18,8% của người Kinh/Hoa; 5,7% ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc so với 27,1% ở vùng Đồng bằng sông Hồng. Mức chênh lệch này là rất quan trọng do mối quan hệ chặt chẽ giữa giáo dục bậc cao với các kỹ năng cần thiết và cơ hội việc làm cũng như thu nhập.

HỘP 4.3: CHÊNH LỆCH DAI DẰNG TRONG CÁC CỘNG ĐỒNG DÂN TỘC THIỂU SỐ²⁸

Các hộ gia đình có xu hướng coi trọng và ưu tiên đầu tư giáo dục cho con trai hơn con gái.

Các nhóm dân tộc thiểu số tiếp tục đối mặt với các rào cản lớn trong tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục. Điều tra cơ bản của Chương trình 135-II năm 2007 cho thấy tình hình chung của những khó khăn này và tác động của chúng đối với sức khỏe và giáo

dục. Các xã thuộc Chương trình 135-II là những xã nghèo nhất Việt Nam: tỷ lệ đói nghèo là 26% trong các hộ gia đình người Kinh và Hoa so với 51% trong các nhóm dân tộc thiểu số và 54% đối với những người không nói tiếng Việt. Bất bình đẳng thu nhập cao và rõ rệt với hệ số Gini là 0,53; con số này là 0,43 đối với dân tộc thiểu số và 0,59 đối với dân tộc Kinh và Hoa.

Hầu như tất cả các xã (97,7%) có trạm y tế xã, 78,2% xã có trường tiểu học, 66,9% có trường trung học cơ sở; tuy nhiên chỉ có 2,3% có trường trung học phổ thông. Khoảng 53% hộ gia đình tiếp cận với nước sạch, và 13% có nhà vệ sinh hợp vệ sinh.

Kết quả là, tỷ lệ nhập học đúng tuổi là 77,46% đối với các trường tiểu học, 56,1% đối với các trường trung học cơ sở và 33,27% đối với trung học phổ thông. Tỷ lệ nhập học của các dân tộc thiểu số ở các xã nghèo được khảo sát thấp hơn đáng kể so với mức trung bình toàn quốc.²⁹ Ngoài ra, tỷ lệ nhập học là rất thấp trong một số nhóm, đặc biệt là những người có khả năng nói tiếng Việt hạn chế, cũng như các dân tộc H'Mông, Bana, H're và Khơ Me.³⁰

Trẻ em dân tộc thiểu số có tỷ lệ bỏ học cao hơn đáng kể, với hầu hết các trường hợp bỏ học xảy ra trong quá trình chuyển tiếp từ tiểu học lên trung học cơ sở và từ trung học cơ sở lên trung học phổ thông.³¹ Điều này đặc biệt đúng đối với trẻ em gái người dân tộc thiểu số do phải đối mặt với hàng

loạt rào cản về giới trong tiếp cận giáo dục. Các hộ gia đình có xu hướng coi trọng và ưu tiên đầu tư giáo dục cho con trai hơn con gái. Các nguyên nhân khiến tỷ lệ bỏ học của trẻ em gái dân tộc thiểu số cao bao gồm các rào cản kinh tế, sự cần thiết phải có trẻ em gái giúp đỡ việc nhà hoặc lao động, nhận thức của trẻ em gái và cha mẹ cho rằng giáo dục không có mấy giá trị, chất lượng giảng dạy và học tập kém tại các trường học, thiếu cơ sở hạ tầng phù hợp (chẳng hạn ký túc xá và nhà vệ sinh riêng cho nam và nữ).³² Trong khi dữ liệu VHLSS 2008 cho thấy ở các nhóm dân tộc thiểu số, trẻ em gái đang bắt kịp trẻ em trai và bình đẳng giới được cải thiện ở bậc tiểu học và trung học cơ sở, thì chênh lệch giới lại xuất hiện trở lại ở các bậc học cao hơn trong một số nhóm dân tộc thiểu số. Chỉ 29% trẻ em gái dân tộc miền núi phía Bắc trong độ tuổi 15-17 được đi học so với 53% trẻ em trai. Đối với người Khơ Me/Chăm, tỷ lệ này là 22% trẻ em gái so với 30% trẻ em trai trong nhóm tuổi này được đến trường.³³

Theo điều tra Chương trình 135-II, lý do chính khiến trẻ em không đi học là do quá tuổi (38%), trong khi 17% đang đi làm. Những trở ngại lớn nhất trong tiếp cận giáo dục tiểu học là không đủ cơ sở vật chất và trang thiết bị, ngân sách trường học hạn chế và điều kiện sống thiếu thốn của giáo viên, dẫn đến khó thu hút cán bộ có trình độ. Hầu hết học sinh được miễn học phí và các khoản đóng góp – 91% học sinh trường tiểu học, 81% học sinh trung học cơ sở và 69% học sinh trung học phổ thông – một tỷ lệ cao hơn nhiều so với mức trung bình trong VHLSS 2006.³⁴ Điều này giải thích tại sao một số học sinh đã có thể theo học các trường trung học phổ thông mà không có một trường học nào trong khu vực của họ. Tuy nhiên, các can thiệp để giải quyết vấn đề chất lượng giáo dục còn hạn chế. Ngoài ra, nhiều hộ gia đình cho biết vẫn còn gặp khó khăn về chi phí – 32,7% nói rằng họ thiếu tiền để nộp học phí – tỷ lệ này ở các hộ dân tộc thiểu số là 37%.

Các trung tâm y tế ở các xã nghèo thường chỉ được trang bị cơ sở vật chất và các loại thuốc thiết yếu nhất, với điều kiện thấp hơn nhiều so với mức trung bình.³⁵ Đa số những người bị bệnh hay bị thương đến khám tại cơ sở y tế ở thôn/bản hoặc xã nơi họ đang sống phải vượt qua khoảng cách trung bình 3,87 km. Có 17% các trường hợp được điều trị tại bệnh viện có trang thiết bị tốt hơn – với khoảng cách đi lại trung bình là 39 km hoặc 3 tiếng đồng hồ bằng phương tiện công cộng, do khoảng cách trung bình tới bệnh viện huyện là 27 km và tới bệnh viện tỉnh là 91 km. Khoảng 30% không sử dụng bất kỳ dịch vụ y tế có sẵn nào, mà chỉ dựa vào các phương pháp khác như tự điều trị, đến các cơ sở y tế tư nhân hoặc phương pháp truyền thống. Tuy nhiên, điều tra của Chương trình 135-II cho biết rất ít người trong các nhóm dân tộc thiểu số tiếp cận dịch vụ y tế: chỉ có 53% sử dụng dịch vụ y tế công và 47% tránh bất kỳ điều trị nào từ các dịch vụ này. Khoảng 84% số người được khảo sát đã có bảo hiểm y tế – 90% đối với người dân tộc thiểu số. Mặc dù độ bao phủ của bảo hiểm y tế cao, 48% hộ gia đình trong các xã 135 cho biết họ không có đủ thuốc – tỷ lệ này là 52,7% đối với các hộ dân tộc thiểu số. Nhóm này có tỷ lệ có bảo hiểm y tế khá cao, nhưng mức độ sử dụng dịch vụ y tế còn thấp; điều này cho thấy có thể các rào cản đối với tiếp cận dịch vụ y tế là rất lớn và các nhà hoạch định chính sách cần lưu ý điều này.

Đối tượng tham gia điều tra ban đầu của Chương trình 135-II cũng được hỏi về nhận thức đối với mức sống hiện nay của họ. 51% hộ gia đình dân tộc thiểu số tự đánh giá mình là nghèo, trong khi con số này là ít hơn (28%) ở nhóm hộ gia đình dân tộc Kinh/Hoa. 53% số người được hỏi không hài lòng với mức sống hiện nay, trong khi một phần ba cho rằng điều kiện sống hiện nay của họ “bình thường”. Không có gì là ngạc nhiên khi với mức sống thấp hơn đáng kể, 56,6% hộ gia đình dân tộc thiểu số không hài lòng với mức sống của họ, trong khi tỷ lệ này là 46% ở hộ gia đình dân tộc Kinh/Hoa.

CHÊNH LỆCH TRONG KẾT QUẢ GIÁO DỤC

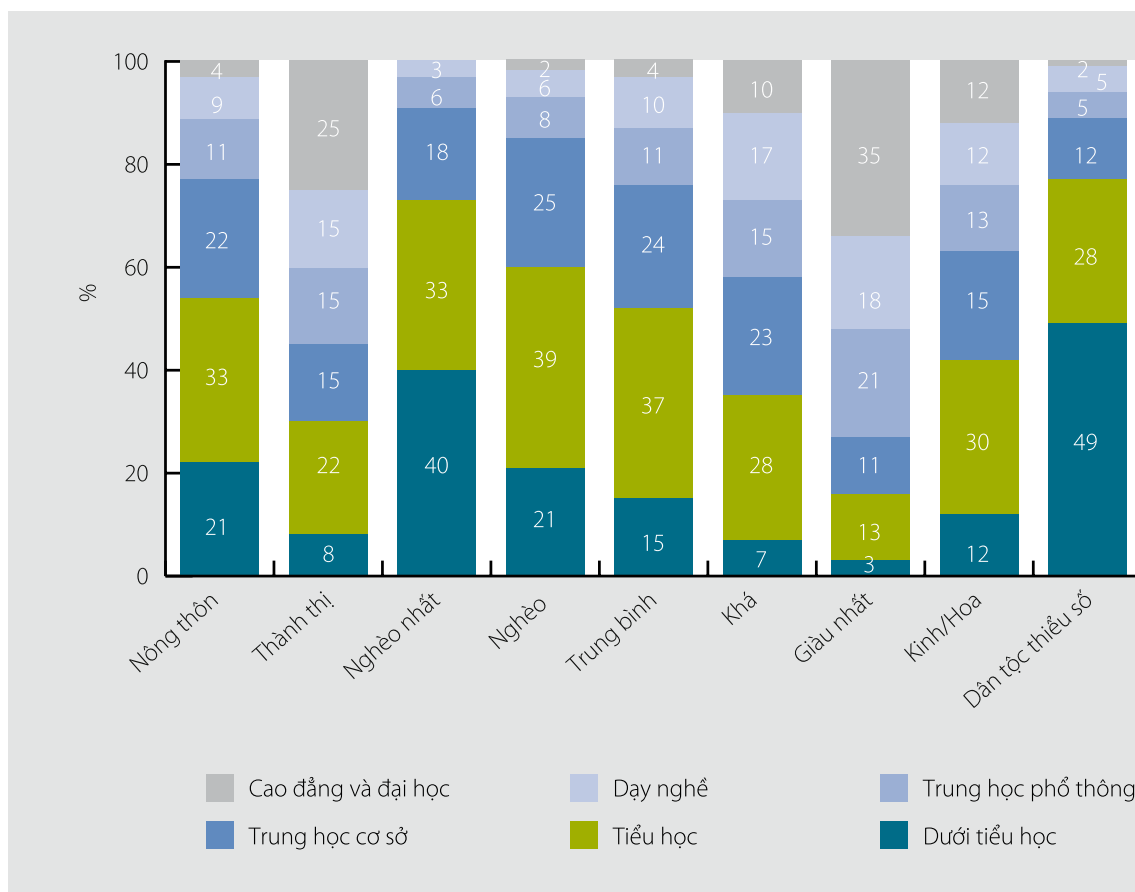
TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN VÀ TỶ LỆ BIẾT CHỮ TRONG NHÓM NGƯỜI NGHÈO VÀ DÂN TỘC THIỂU SỐ

Tỷ lệ người lớn biết chữ trên toàn quốc là 93,1%, và tỷ lệ người biết chữ trong độ tuổi 10-40 ở nam và nữ là như nhau, 96%.³⁶ Theo VHLSS 2008, mặc dù 21% người Việt Nam chưa bao giờ đi học hoặc chưa bao giờ có bằng cấp cơ bản nhất, nhưng có 23% đã hoàn thành giáo dục tiểu học và 42% hoàn thành

một lớp nào đó của giáo dục trung học. Ngày càng có nhiều người Việt Nam có trình độ giáo dục cao hơn: 14% có trình độ kỹ thuật hoặc cao đẳng, đại học trong năm 2008.³⁷

Tỷ lệ biết chữ ở ngũ phân vị giàu nhất là 98%, còn ở ngũ phân vị nghèo nhất là 84,7%. 80,2% phụ nữ và 89,8% nam giới ở ngũ phân vị nghèo nhất biết chữ, so với 96,9% phụ nữ và 99,2% nam giới trong ngũ phân vị giàu nhất. Về học vấn, có sự khác biệt đáng kể giữa các vùng và nhóm dân cư. 36,7% ngũ phân vị nghèo nhất có trình độ giáo dục dưới tiểu học, trong khi 35,4% người dân sống ở đồng bằng sông Cửu Long có trình độ thấp hơn tiểu học, so với 10,3% ở đồng bằng sông Hồng năm 2008.³⁸

Hình 4.1: Trình độ học vấn, 25-34 tuổi, 2008



Nguồn: Vũ Hoàng Linh 2010

Trong khi trình độ học vấn của những thế hệ trẻ là cao hơn, thì ngay cả trong nhóm 25-34 tuổi cũng có sự khác biệt đáng kể (Hình 4.1). 40% ngũ phân vị nghèo nhất không hoàn thành giáo dục tiểu học, trong khi 53% ngũ phân vị giàu nhất có trình độ cao đẳng, đại học hoặc kỹ thuật. Tương tự như vậy, 49% người dân tộc thiểu số không hoàn thành bậc

tiểu học, trong khi 24% người Kinh/Hoa có bằng kỹ thuật hoặc cao đẳng, đại học. Sự phân hóa cũng rõ rệt giữa các vùng: độ tuổi 25-34 ở đồng bằng sông Hồng có trình độ học vấn cao nhất, trong khi độ tuổi này ở Tây Nguyên và đồng bằng sông Cửu Long có trình độ học vấn thấp nhất.³⁹

TỶ LỆ BỎ HỌC VÀ TỶ LỆ TỐT NGHIỆP THEO VÙNG

Tỷ lệ bỏ học và tỷ lệ tốt nghiệp cho phép đánh giá chính xác hơn về kết quả giáo dục so với tỷ lệ nhập học, và các tỷ lệ này dường như cũng khẳng định là có sự khác biệt đáng kể trong kết quả giáo dục giữa các nhóm dân khác nhau và giữa các vùng ở Việt Nam. Tỷ lệ hoàn thành tiểu học rất khác nhau theo vùng, từ 80,3% tại Tây Bắc đến 93,9% tại Đông Nam Bộ trong năm học 2008-2009.⁴⁰ Tỷ lệ tốt nghiệp trung học phổ thông cho thấy sự khác biệt tương tự, với 91,9% tốt nghiệp trung học phổ thông ở đồng bằng sông Hồng, so với 75,1% ở đồng bằng sông Cửu Long.⁴¹ Tương tự, phân tích dữ liệu Tổng điều tra dân số năm 2009 cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ học sinh bỏ học giữa các vùng: đồng bằng sông Hồng có tỷ lệ bỏ học giảm nhiều nhất trong nhóm 5-18 tuổi trong giai đoạn 1989-2009, và có tỷ lệ bỏ học thấp nhất trong năm 2009. Tuy nhiên, các vùng phía Nam có tỷ lệ bỏ học giảm chậm hơn và lại có tỷ lệ bỏ học cao hơn trong năm 2009, đặc biệt là ở Đông Nam Bộ và đồng bằng sông Cửu Long. Tỷ lệ tốt nghiệp trung học và sau trung học cao hơn nhiều ở đồng bằng sông Hồng, và thấp hơn đáng kể ở đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên. Trong khi tỷ lệ bỏ học giảm từ 17,1% năm 1999 xuống 15,5% năm 2009, ở khu vực thành thị tỉ lệ bỏ học là 11,3% và khu vực nông thôn là 16,9% năm 2009, so với con số tương ứng là 13,3% và 18% năm 1999⁴². Ở khu vực nông thôn, tỷ lệ này nằm trong khoảng 10% với nữ và 11,1% với nam ở vùng đồng bằng Sông Hồng, và 22% với nữ và 24,3% với nam ở đồng bằng sông Cửu Long; trong khi ở đô thị, tỷ lệ này dao động từ 5,5% với nam và 5,6% với nữ ở đồng bằng sông Hồng tới 17,6% với nam và 16,4% với nữ ở đồng bằng sông Cửu Long.⁴³

KHOẢNG CÁCH GIỚI TRONG GIÁO DỤC

Cân bằng giới thể hiện rõ rệt trong giáo dục tiểu học năm 2008; và tỷ lệ nhập học đúng tuổi của nữ cao hơn một chút ở tất cả các bậc học khác - gồm cả giáo dục đại học. Năm 2008, 22,4% nữ đang học cao đẳng, đại học, so với 19,8% nam.⁴⁴ Đây là một tiến bộ tích cực. Tuy nhiên, phân bố theo lĩnh vực học cho thấy sự khác biệt theo giới đáng kể, theo đó cũng có quan hệ chặt chẽ với sự khác biệt về giới trên thị trường lao động xét theo nghề nghiệp và ngành. Nam giới có xu hướng chuyên về kỹ thuật, sản xuất và xây dựng, trong khi phụ nữ lại chuyên về khoa học xã hội, giáo dục, khoa học nhân văn và nghệ thuật.⁴⁵

Trong khi khoảng cách giới ở các vùng và các nhóm dân tộc thiểu số nói chung đã giảm theo hướng có

lợi cho trẻ em gái và phụ nữ, thì tình hình lại khác ở vùng Tây Bắc, với 53% trẻ em gái tuổi từ 15-17 nhập học so với 68% trẻ em trai. Trong các nhóm dân tộc thiểu số, chỉ có người Khơ Me/Chăm và nhóm dân tộc miền núi phía Bắc có tỷ lệ nhập học của trẻ em gái thấp hơn trong năm 2008.⁴⁶ Ngoài ra, mặc dù khoảng cách giới trong giáo dục đã giảm dần, khoảng cách về tỷ lệ người lớn biết chữ vẫn còn tồn tại ở nhóm phụ nữ lớn tuổi, nhóm dân tộc thiểu số cũng như ở ngũ phân vị nghèo nhất. Về học vấn, phụ nữ ở độ tuổi 25-34 có tỷ lệ học tiểu học hoặc dưới tiểu học cao hơn một chút so với nam giới (50% nữ so với 43% nam). Tỷ lệ nam và nữ có trình độ đại học là như nhau, cùng ở mức 10,3%, nhưng tỷ lệ nam giới có trình độ chuyên môn kỹ thuật hoặc giáo dục trung học là cao hơn phụ nữ, với 13% so với 8% (kỹ thuật) và 33% so với 30% (trung học cơ sở hoặc trung học phổ thông).

ĐIỀU KIỆN KINH TẾ VÀ DÂN TỘC TRONG TIẾP CẬN GIÁO DỤC

Phân tích hồi quy của Vũ Hoàng Linh cho Báo cáo Phát triển Con người của Việt Nam năm 2011 giải thích một số yếu tố dẫn tới sự khác biệt về kết quả nhập học năm 2008 ở cấp sau tiểu học.⁴⁷ Theo phân tích này, Trình độ học vấn của cha mẹ có tác động đáng kể đến việc nhập học

Trình độ học vấn của cha mẹ có tác động đáng kể đến việc nhập học.

với trình độ học vấn của bố có vai trò quan trọng ở cấp trung học cơ sở, và trình độ học vấn của cả hai bố mẹ có liên quan đến giáo dục trung học phổ thông và cao đẳng, đại học. Quy mô hộ gia đình cũng có liên quan: các hộ gia đình nhỏ hơn (những hộ có ít người phụ thuộc hơn) có nhiều khả năng cho con cái đi học, do họ có nhiều nguồn lực cho giáo dục hơn. Không ngạc nhiên khi chỉ tiêu bình quân đầu người có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ nhập học ở tất cả các cấp, và có tác động quan trọng hơn ở các bậc học cao hơn. Cuối cùng, dân tộc là một yếu tố quan trọng ở các bậc học cao hơn, đặc biệt là ở trung học phổ thông và cao đẳng, đại học, một phần do những khó khăn khi phải cạnh tranh trong các kỳ thi tuyển sinh vì chất lượng giảng dạy kém ở các bậc học thấp hơn và vì rào cản ngôn ngữ, như thảo luận trong Chương 5.⁴⁸

Như phân tích cho thấy, chênh lệch trong tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục có liên quan chặt chẽ với các kết quả y tế và giáo dục, bao gồm cả các chỉ số chính trong HDI và toàn bộ các chỉ số phát triển con người. Những chênh lệch này kéo dài dai dẳng và phổ biến giữa các tỉnh và vùng, giữa các dân tộc thiểu số và đa số (Kinh/Hoa), và giữa các nhóm thu nhập. Sự chênh lệch này còn xuất hiện trên khía cạnh giới,

đặc biệt là trong giáo dục, mặc dù khoảng cách giới đã được thu hẹp ở cấp tiểu học và trung học cơ sở. Bất công bằng trong tiếp cận y tế và giáo dục góp phần củng cố và duy trì sự bất bình đẳng hiện nay giữa các nhóm dân tộc, các nhóm kinh tế-xã hội và các khu vực địa lý.

Bất công bằng trong tiếp cận y tế và giáo dục góp phần củng cố và duy trì sự bất bình đẳng hiện nay giữa các nhóm dân tộc, các nhóm kinh tế-xã hội và các khu vực địa lý.

Theo thời gian, những thiếu thốn trong phát triển con người trở nên cố thủ và khó thay đổi hơn: đây là một kinh nghiệm của Việt Nam trong xoá đói giảm nghèo ở các cộng đồng dân tộc thiểu số và vùng sâu vùng xa. Thiếu tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản khiến không có đường thoát khỏi đói nghèo và khó khăn, để hướng tới mức độ cao về các cơ hội lựa chọn, năng lực và phát triển con người. Do đó, quan trọng hơn hết là Việt Nam phải giải quyết các rào cản chính về tính sẵn có của các dịch vụ, chi phí tăng, chất lượng kém và khả năng đáp ứng của các dịch vụ xã hội, như Chương 5 phân tích.

HỘP 4.4 CHÈNH LỆCH VỀ TIẾP CẬN Y TẾ, GIÁO DỤC TRONG NHÓM DI CƯ

Đối với người di cư từ nông thôn ra thành thị, tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục phụ thuộc nhiều vào hệ thống đăng ký hộ khẩu, trong đó có bốn loại đăng ký. Đó là những cư dân chính gốc tại địa bàn sinh sống (KT1), người đăng ký trong cùng một tỉnh, nhưng hiện đang sống ở một huyện/quận khác (KT2), người đăng ký tại một tỉnh, nhưng được phép cư trú lâu dài tại một tỉnh khác (KT3); người lao động theo mùa và sinh viên sống tạm thời ở một tỉnh khác với tỉnh đăng ký hộ khẩu (KT4). Người di cư không đăng ký là những người vẫn còn tên trong hộ khẩu gia đình ở các xã, phường gốc nhưng trên thực tế lại sống tạm thời hoặc lâu dài tại một huyện hoặc tỉnh khác mà chưa đăng ký. Khi người di cư mất hồ sơ đăng ký ban đầu, họ sẽ rất khó có thể đăng ký ở một nơi khác: trên thực tế, họ không có giấy tờ.⁴⁹

Nhiều người lao động di cư nghèo sống trong điều kiện nhà ở tồi tàn và các khu định cư thu nhập thấp, phải đối mặt với rào cản đáng kể trong tiếp cận và bảo đảm và quyền sử dụng đất, sở hữu nhà ở, cũng như các dịch vụ điện, nước và vệ sinh.

Con em của cư dân KT1 và KT2 được ưu tiên học tại các trường tốt của nhà nước, còn con em của người di cư KT3 và KT4 chỉ có thể học ở những trường còn lại. Những người di cư và những người không đăng ký hộ khẩu có hai lựa chọn: hoặc xin vào các trường bán công hoặc tư thục với học phí cao hơn, hoặc trả thêm tiền để con của họ được nhận vào các trường công. Tương tự như vậy, người di cư không có hộ khẩu tại nơi ở mới và những người KT3 và KT4 thường không đủ điều kiện

để được hưởng các dịch vụ xã hội trong các chương trình xoá đói giảm nghèo quốc gia, bao gồm cả các khoản vay lãi suất thấp, khám chữa bệnh miễn phí và miễn học phí. Nhiều người lao động di cư nghèo sống trong điều kiện nhà ở tồi tàn và các khu định cư thu nhập thấp, phải đối mặt với rào cản đáng kể trong tiếp cận và bảo đảm và quyền sử dụng đất, sở hữu nhà ở, cũng như các dịch vụ điện, nước và vệ sinh.

Người di cư làm việc trong các khu công nghiệp và khu chế xuất - chiếm 70% lực lượng lao động tại các khu vực này, thường không đăng ký hộ khẩu và thay đổi việc làm thường xuyên - những khó khăn chính của họ không trực tiếp liên quan đến hộ khẩu. Thay vào đó, mức lương thấp, nhà ở tồi tàn và chi phí sống cao tác động trực tiếp khả năng chăm sóc sức khỏe và phúc lợi của họ. Thường thì các công nhân đồng ý với chủ lao động không trích nộp bảo hiểm xã hội từ tiền lương của họ, họ chi tiêu rất ít cho ăn uống và chăm sóc sức khỏe; phải trả chi phí cho nhà ở và điện cao hơn mức trung bình. Họ thường dễ bị tổn thương do thu nhập không ổn định, làm việc trong điều kiện không an toàn và điều kiện sống thiếu thốn.

Lao động không chính thức ở đô thị làm việc trong các lĩnh vực như xây dựng hiếm khi đăng ký và hay di chuyển. Phần lớn họ không thể đáp ứng các tiêu chuẩn để nhập hộ khẩu nên con cái đi học gặp khó khăn. Một đại diện của Ủy ban Nhân dân TP HCM nói: “Nếu không có giấy khai sinh, các em không đủ điều kiện được khám chữa bệnh miễn phí (cho trẻ em dưới 6 tuổi) hoặc đăng ký tiểu học. Các trường tư với tiêu chuẩn chất lượng thấp hơn có thể chấp nhận những trẻ em không có giấy khai sinh song với mức học phí cao hơn. Những trẻ em này là công dân Việt Nam nhưng không được đối xử như công dân của Việt Nam. Số trẻ em này chiếm khoảng 5-10% trẻ em di cư ở thành phố này.”

Thông thường những người di cư tới đô thị hoặc sẽ phải trả lệ phí cao để con cái đi học tại các trường tư thục hoặc cố gắng sử dụng các mối quan hệ xã hội và trả thêm chi phí để xin học tại trường công lập. Nhiều người di cư để con cái của họ ở lại quê với gia đình hoặc hàng xóm và chuyển tiền kiếm được về để hỗ trợ học hành và chăm sóc cho con cái. Cách thức này gây căng thẳng lớn về tình cảm giữa người di cư và con cái họ. Một phụ nữ bán rong 34 tuổi ở TP Hồ Chí Minh nói: “Tôi gửi về một khoản tiền về để cha mẹ tôi trang trải học phí và chi phí sinh hoạt của con tôi, và một khoản để hỗ trợ cha mẹ tôi chăm sóc con tôi. Đôi khi tôi cảm thấy thương con vì nó phải xa mẹ, nhưng nếu tôi không làm việc ở đây tôi sẽ không có tiền cho nó. Chúng tôi sẽ không có đủ tiền ăn, chứ chưa nói gì đến ăn ngon với thịt, sữa,…”

Những người di cư có việc làm, quan hệ và điều kiện sống tốt có thể được hưởng lợi từ vị thế KT3 để trở thành cư dân thường trú, những người di cư này khá giả hơn và có thể trả thêm chi phí để tiếp cận các dịch vụ xã hội. Tuy nhiên, ngay cả những cư dân thường trú cũng không sử dụng thẻ khám chữa bệnh để tiếp cận dịch vụ y tế. Theo một đại diện Ban Tuyên giáo trung ương: “Người dân, bất kể tình trạng di cư, ít khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cho việc khám chữa bệnh, do chất lượng dịch vụ dành cho người sử dụng bảo hiểm y tế rất kém. Tại các bệnh viện trung tâm thành phố, trên 50% số bệnh nhân đến từ các tỉnh và đa số sử dụng kênh y tế ngoài bảo hiểm để có chất lượng điều trị tốt hơn.”

Người di cư thường phải chi trả cho các dịch vụ y tế nhiều hơn đáng kể, do họ không có bảo hiểm y tế hoặc để tránh chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế.

Người di cư ở các khu vực đô thị thường có sức khỏe kém hơn và tình trạng sức khỏe của họ xấu đi nhanh hơn những cư dân thường trú. Các vấn đề về sức khỏe đặt một gánh nặng lớn lên người di cư, đặc biệt là những người làm việc trong khu vực không chính thức với tiền công thấp. Nhiều người tránh sử dụng các dịch vụ y tế do chi phí cao. Một nữ công nhân nói trong một cuộc thảo luận nhóm ở TP Hồ Chí Minh: “Đi viện rất tốn kém. Chúng tôi chỉ đến bệnh viện nếu chúng tôi cảm thấy bệnh nặng hoặc lo lắng. Đối với các bệnh thông thường chúng tôi chỉ mua thuốc tại các hiệu thuốc. Những người bán thuốc cũng có thể cho chúng tôi lời khuyên nên sử dụng thuốc nào.”

Người di cư thường phải chi trả cho các dịch vụ y tế nhiều hơn đáng kể, do họ không có bảo hiểm y tế hoặc để tránh chậm trễ trong tiếp cận dịch vụ y tế. Những người KT4 hoặc những người không đăng ký hộ khẩu thường không có thẻ bảo hiểm y tế cho con cái và không nhận được các thông tin hoặc chương trình uống vitamin hoặc tiêm vắc xin. Thái độ của các nhân viên y tế đối với những người sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cũng là một lý do khiến người dân sử dụng dịch vụ ngoài bảo hiểm. Nhóm thảo luận có cả nam và nữ công nhân ở TP Hồ Chí Minh cho biết: “Nếu sử dụng dịch vụ bảo hiểm của bệnh viện, chúng tôi không chỉ phải đợi lâu mà thái độ của nhân viên bệnh viện cũng không tốt. Họ có xu hướng lừa chúng tôi đi, bắt chúng tôi chờ đợi và đôi khi họ không lịch sự lắm. Nếu chúng tôi sử dụng dịch vụ cơ bản, không qua bảo hiểm hoặc đến các phòng khám tư nhân thì hoàn toàn khác. Nếu sử dụng thẻ bảo hiểm y tế, chúng tôi chỉ có thể nhận được dịch vụ kém hoặc được cấp các loại thuốc rẻ tiền.”

CHÍNH SÁCH VÀ CUNG CẤP TÀI CHÍNH CHO DỊCH VỤ XÃ HỘI

CÁC KHUÔN KHỔ CHÍNH SÁCH

CAM KẾT CHÍNH SÁCH VỀ TIẾP CẬN TOÀN DÂN

Như Chương 4 cho thấy, vẫn tồn tại chênh lệch đáng kể trong tiếp cận y tế và giáo dục, đặc biệt ở giáo dục bậc cao. Chương này phân tích các yếu tố chính góp phần tạo nên các chênh lệch này, bao gồm cả khuôn khổ và định hướng chính sách, tài chính cho y tế và giáo dục, cung cấp và chất lượng dịch vụ xã hội cơ bản tại Việt Nam. Chương này lập luận rằng mặc dù mục tiêu nêu trong các chính sách của Việt Nam là tạo khả năng tiếp cận phổ cập với các dịch vụ xã hội cho tất cả người dân Việt Nam, tình hình cung cấp dịch vụ xã hội ở Việt Nam hiện nay dường như đang gây bất bình đẳng kéo dài và gia tăng. Đây là một thách thức đối với khát vọng phát triển con người lên mức cao hơn của Việt Nam.

Ở cấp độ chính sách, Việt Nam cam kết đảm bảo tiếp cận phổ cập dịch vụ xã hội, đặc biệt là giáo dục và y tế.

Ở cấp độ chính sách, Việt Nam cam kết đảm bảo tiếp cận phổ cập dịch vụ xã hội, đặc biệt là giáo dục và y tế, nhằm đạt được mức độ phát triển con người cao hơn và đạt được các mục tiêu phát triển của Việt Nam. Cam kết chính sách mạnh mẽ của Việt Nam về tiếp cận phổ cập thể hiện rõ trong nhiều văn bản và khuôn khổ chính sách xã hội quan trọng. Ví dụ theo Nghị định 26/2005/NĐ-PC và Luật Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe và giáo dục trẻ em năm 2005, chăm sóc sức khỏe được xem là một quyền cơ bản và trẻ em dưới 6 tuổi được hưởng các dịch vụ y tế miễn phí. Luật Bảo hiểm y tế được thông qua năm 2009 nhằm đảm bảo tiếp cận phổ cập dịch vụ y tế bằng cách mở rộng bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2014.

Chương trình Mục tiêu quốc gia về giáo dục cam kết Việt Nam đạt phổ cập giáo dục cơ bản, bao gồm giáo dục mầm non, tiểu học, trung học cơ sở và giáo dục không chính quy.

Tuy nhiên, trong khi chính sách của Việt Nam tiếp tục cam kết tiếp cận toàn dân đối với các dịch vụ giáo dục và y tế, trên thực tế chính phủ đã dựa vào hỗ trợ chọn lọc để đảm bảo những người dễ bị tổn thương và thiệt thòi nhất có thể tiếp cận các dịch vụ cơ bản, bao gồm cả thông qua các chương trình giảm nghèo lớn. Các chương trình này bao gồm Chương trình Mục tiêu quốc gia về xóa đói giảm nghèo và Chương trình Phát triển kinh tế xã hội ở các xã đặc biệt khó khăn tại các vùng đồng bào dân tộc và miền núi (Chương trình 135-I và 135-II). Ngoài ra, một đặc điểm chính trong cách tiếp cận chính sách của Việt Nam về cung cấp dịch vụ xã hội là chính sách xã hội hóa, nhằm đảm bảo tính bền vững của nguồn tài chính và việc cung cấp các dịch vụ xã hội. Can thiệp chính sách chủ yếu thứ ba là phân cấp việc quản lý dịch vụ xã hội cho các tổ chức cung cấp dịch vụ. Như Chương này cho thấy, trên thực tế, mỗi phương pháp tiếp cận đều tạo ra những thách thức trong việc bảo đảm tiếp cận phổ cập với dịch vụ xã hội có chất lượng cho tất cả người dân Việt Nam.

PHỔ CẬP HAY HỖ TRỢ CHỌN LỌC

Kể từ khi *đổi mới*, mặc dù có cam kết chính trị và chính sách về tiếp cận phổ cập, chính phủ đã ngày càng chuyển trách nhiệm cung cấp dịch vụ và tài chính cho y tế và giáo dục từ nhà nước và khu vực công sang cho khu vực tư nhân và hộ gia đình. Trên thực tế, điều này thể hiện sự thay đổi từ phổ cập sang việc cung cấp các mạng lưới an sinh trong đó chính phủ chủ yếu hỗ trợ những người thiếu thốn nhất, đồng thời việc cung cấp dịch vụ dựa vào thị trường và chi trả của hộ gia đình đóng một vai trò lớn hơn.¹

Trên lý thuyết, không có vấn đề gì khi kết hợp các nguyên tắc phổ cập với hỗ trợ chọn lọc bằng cách bảo đảm mọi công dân được tiếp cận với mức “sàn” của dịch vụ y tế và giáo dục, đồng thời hướng tới các nhóm cụ thể để giải quyết tình trạng khó khăn, bất bình đẳng và bảo đảm họ có thể tiếp cận các dịch vụ trên thực tế. Hỗ trợ chọn lọc cũng giúp tối đa hóa lợi nhuận trên vốn đầu tư, ví dụ như đảm bảo phòng ngừa và can thiệp sớm cho các nhóm dân cụ thể. Hầu hết các quốc gia đều đề cao việc kết hợp các chính sách xã hội theo nhóm đối tượng với phổ cập², và “các tài liệu chính sách xã hội không kết luận chắc chắn về câu hỏi liệu phổ cập hay hỗ trợ chọn lọc là lựa chọn hiệu quả hơn”³

Tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội cũng là một nguyên tắc chính về quyền con người và là điều kiện tiên quyết để thúc đẩy phát triển con người một cách công bằng.

Dù hiệu quả hay không thì tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội cũng là một nguyên tắc chính về quyền con người và là điều kiện tiên quyết để thúc đẩy phát triển con người một cách công bằng. Tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội cũng là một nguyên tắc chính về quyền con người và là điều kiện tiên quyết để thúc đẩy phát triển con người một cách công bằng.

Đồng thời, trong bất kỳ hệ thống y tế và giáo dục nào cũng cần các hỗ trợ theo đối tượng mục tiêu như dạy trẻ em dân tộc thiểu số bằng tiếng mẹ đẻ, đào tạo nữ hộ sinh đến từ các cộng đồng dân tộc thiểu số, vùng sâu vùng xa, tiêm chủng cho trẻ nhỏ, đảm bảo phụ nữ mang thai có thể tiếp cận chăm sóc thai nghén tại cộng đồng nơi họ sinh sống.

Vấn đề là hệ thống y tế và giáo dục hiện nay của Việt Nam chưa cung cấp được một mức “sàn” dịch vụ giáo dục và y tế cơ bản cho mọi người dân và kèm theo hỗ trợ chọn lọc cho các đối tượng mục tiêu. Trên thực tế, việc tiếp cận các dịch vụ ngày càng phụ thuộc vào phí thu từ người sử dụng, tạo ra một gánh nặng lớn cho những người có hoàn cảnh khó khăn hoặc có thu nhập thấp, khiến họ không thể tiếp cận dịch vụ tại địa phương.⁴ Trong khi trợ cấp được dành cho những người cần hỗ trợ nhất thông qua một loạt các chương trình của chính phủ, vẫn còn những chướng ngại và khoảng trống về đối tượng bao phủ. Ngoài ra, việc xác định đối tượng mục tiêu hiện nay, ví dụ thông qua các chương trình xoá đói giảm nghèo đang góp phần tạo nên một hệ thống dịch vụ hai cấp. Kết quả là mức độ dịch vụ giáo dục và chăm sóc sức khỏe dành cho người có khả năng trả phí khác hẳn so với dịch vụ dành cho người nghèo và người có hoàn cảnh khó khăn thông qua các khoản trợ cấp

và miễn phí. Vì vậy, để đảm bảo tiếp cận công bằng các dịch vụ xã hội, Việt Nam cần tránh các chương trình nhằm vào các đối tượng mục tiêu, mà nên hướng tới một hệ thống an sinh xã hội phổ cập. Hệ thống này có thể hỗ trợ người dân trong nhiều hoàn cảnh khác nhau, giúp giảm nhẹ các cú sốc về kinh tế, môi trường và sức khỏe, cũng như hỗ trợ và bảo vệ các nhóm dễ bị tổn thương và thiệt thòi nhất.⁵ Để làm như vậy, Việt Nam có thể học hỏi từ các nước khác trong khu vực có mức an sinh xã hội cao hơn và đã tiến tới phổ cập, như Nhật Bản, Đài Loan, Hàn Quốc và Thái Lan. Các quốc gia này cũng có mức độ phát triển con người cao hơn như đo lường bằng HDI và các chỉ số phát triển con người khác.⁶

HỆ THỐNG PHÚC LỢI VÀ TRỢ CẤP PHỨC TẠP

Các khuôn khổ chính sách của Việt Nam thể hiện cam kết mạnh mẽ của quốc gia về tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội. Tuy nhiên vẫn còn khoảng cách lớn giữa chính sách và thực hiện. Hệ thống phúc lợi hiện có trong các chương trình an sinh xã hội và giảm nghèo của Việt Nam (bao gồm cả các chương trình trợ cấp cho tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục) rất phức tạp, chồng chéo, và không phải lúc nào cũng hiệu quả trong việc tiếp cận những người cần nhất. Ví dụ, một đánh giá năm 2009 của Ủy ban các vấn đề xã hội của quốc hội về các chương trình giảm nghèo của Việt Nam đã phát hiện 75 can thiệp chính trên một loạt các lĩnh vực khác nhau. Đánh giá này cũng đã phát hiện 14 dự án và tiểu hợp phần hỗ trợ tiếp cận giáo dục mà phần lớn nằm ngoài giáo dục phổ thông và Chương trình quốc gia về phổ cập giáo dục. Ngoài ra còn có 7 chương trình hỗ trợ tiếp cận đào tạo nghề. 5 can thiệp có liên quan đến sức khỏe, chưa kể các can thiệp nhằm cải thiện tiếp cận nước sạch và vệ sinh. Hầu hết các can thiệp nhằm đảm bảo khả năng tiếp cận cho các nhóm dân nghèo và dân tộc thiểu số, cũng như phát triển cơ sở hạ tầng trong các lĩnh vực y tế và giáo dục.⁷

Ở một mức độ nhất định, Luật Bảo hiểm y tế đã hợp lý hóa và đơn giản hóa các khoản trợ cấp để hỗ trợ tiếp cận chăm sóc sức khỏe, song các vấn đề về chất lượng và khả năng chi trả vẫn tồn tại. Tăng tiếp cận bảo hiểm y tế đã giúp kiểm chế bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ mà nếu không có luật này thì tình hình có thể trầm trọng hơn. Diện bao phủ bảo hiểm y tế ngày càng tăng, nhờ đó, vào năm 2010 ước tính 61% dân số đã được bảo hiểm y tế.⁸ Tuy nhiên, Việt Nam vẫn không thể đạt được bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2014 (xem Hộp 5.4). Do mức phúc lợi thấp của các chương trình giảm nghèo, ngay cả bảo hiểm y tế phổ cập cũng không đủ để đảm bảo tiếp cận toàn dân đối

với các dịch vụ y tế. Các khoản trợ cấp thông qua các chương trình khác nhau để hỗ trợ tiếp cận giáo dục, đặc biệt là ở cấp tiểu học và trung học cơ sở, dường như không đủ để bù đắp chi phí tăng cao của trường học và các rào cản khác. Như thảo

luận trong Chương 4, đã có những dấu hiệu của sự chênh lệch lớn giữa các nhóm kinh tế-xã hội và các vùng về tỷ lệ nhập học và tỷ lệ hoàn thành bậc học, một phần do chi phí tăng cao đối với các hộ gia đình, ngay cả cho giáo dục cơ bản.

Bảng 5.1: Các chính sách quốc gia chính có điều khoản tác động đến tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục

Chính sách/ can thiệp	Khuôn khổ chính sách hoặc pháp lý	Nhóm đối tượng mục tiêu ⁹
Khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi	Nghị định số 36/2005/NĐ-CP, Luật Bảo trợ, chăm sóc và giáo dục trẻ em; Luật Bảo hiểm y tế	Tất cả trẻ em dưới 6 tuổi được hưởng dịch vụ y tế miễn phí tại các cơ sở công cộng. Nay có trong Bảo hiểm y tế xã hội.
Bảo hiểm y tế	Khám chữa bệnh cho người nghèo (Quyết định 39/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002); Luật Bảo hiểm y tế 2008	<ol style="list-style-type: none"> Những người làm việc trong các doanh nghiệp chính thức và khu vực nhà nước được hưởng chế độ bảo hiểm y tế bắt buộc như một phần của bảo hiểm xã hội bắt buộc. Các nhóm dân cư cụ thể được hưởng bảo hiểm y tế miễn phí hoặc trợ giá. Các nhóm này gồm trẻ em dưới 6 tuổi (xem ở trên), người nghèo, người về hưu, cựu chiến binh... Chính sách bảo hiểm y tế xã hội mới theo Luật Bảo hiểm y tế đã bao gồm nội dung khám chữa bệnh cho người nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi. Bảo hiểm y tế tự nguyện bao gồm những người không đủ điều kiện theo mục 1 và 2, gồm sinh viên, nông dân, người lao động không chính thức,... Diện bao phủ vẫn còn hạn chế. Phí tham gia bảo hiểm cho những người không phải sinh viên là 4,5-6% lương tối thiểu. Có các chế độ ưu đãi tài chính cho những người cận nghèo tham gia bảo hiểm. Trợ cấp một phần (50%) dành cho các hộ cận nghèo.
Bảo hiểm xã hội bắt buộc	Luật Bảo hiểm xã hội 2006	Bảo hiểm xã hội bắt buộc gồm các phúc lợi về lương hưu cũng như bảo hiểm y tế bắt buộc (xem ở trên), trợ cấp thai sản, bảo hiểm tai nạn nghề nghiệp và khuyết tật. Công nhân có hợp đồng chính thức được bảo hiểm, bao gồm cả công chức, viên chức của Chính phủ, người lao động có hợp đồng lao động trên 3 tháng, sĩ quan quân đội và cảnh sát, cán bộ, nhân viên trong các cơ quan của đảng.
Chương trình mục tiêu quốc gia về Xóa đói giảm nghèo (CTMTQG-XĐGN)	Quyết định 20/2007/QĐ-TTg ngày 05/02/2007	Chuẩn nghèo của Bộ LĐTBXH được sử dụng để xác định các đối tượng hưởng lợi. Theo Chương trình Mục tiêu quốc gia, các hộ gia đình thuộc nhóm mục tiêu được hỗ trợ dạy nghề, y tế và giáo dục. Hỗ trợ của chương trình cũng bao gồm thẻ khám chữa bệnh, hỗ trợ về tiền mặt hoặc miễn học phí, các khoản cho học sinh/sinh viên vay, học bổng và phát triển cơ sở hạ tầng (trường học, bệnh viện và cơ sở y tế).
Chương trình kinh tế-xã hội cho các xã đặc biệt khó khăn ở miền núi và vùng đồng bào dân tộc thiểu số (Chương trình 135 II)	Quyết định số 07/2006/QĐ-TTg ngày 10/1/2006	Các xã được chọn trên cơ sở địa bàn, dân tộc, tỷ lệ đói nghèo, v.v. Phát triển cơ sở hạ tầng (trường học và cơ sở y tế); dạy nghề.
Chương trình Giảm nghèo nhanh và bền vững cho 62 huyện nghèo nhất (Chương trình 62 huyện)	Nghị quyết 30a	Hỗ trợ trực tiếp cho giáo dục, hỗ trợ tiền mặt và miễn học phí, đào tạo nghề cho người nghèo, phát triển cơ sở hạ tầng (trường học, bệnh viện và cơ sở y tế).
Chương trình khác	Thông tư 109/2009/TTLT-BTC-BGDĐT ngày 29/5/2009; (Thông tư số 43/2007/TTLT-BTC-BGDĐT ngày 2/5/2007	Hỗ trợ học sinh của các trường dân tộc nội trú. Học bổng và trợ giúp xã hội cho học sinh/sinh viên dân tộc thiểu số.

Nguồn: Đào Thị Hoàng Mai 2010, Jones và Nguyễn Ngọc Anh 2010, Ủy ban Các vấn đề xã hội của Quốc hội 2009

BẢO TRỢ XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

Việt Nam đầu tư cho bảo trợ xã hội ít hơn các nước khác trong khu vực, nhưng lại có số người được bảo trợ xã hội trên mức trung bình. Mặc dù Việt Nam đầu tư khoảng 4,1% GDP cho an sinh xã hội, nhiều hơn so với Indonesia, Philippines và Malaysia, nhưng vẫn thấp hơn mức trung bình của khu vực châu Á là 4,8%, và thấp hơn các nước như Trung Quốc 4,6%, Hàn Quốc 7,5% và Nhật Bản 16%.¹⁰ Ước tính 71% người nghèo Việt Nam nhận được ít nhất một hình thức an sinh xã hội, cao hơn khá nhiều so với mức trung bình 56% của châu Á.¹¹ Các chương trình giảm nghèo tương đối thành công trong việc tiếp cận đối tượng mục tiêu, với 84% hộ nghèo được miễn phí y tế và 51% được miễn phí giáo dục trong năm 2008.¹² Tuy nhiên, cách xác định đối tượng mục tiêu của các chương trình này vẫn còn có vấn đề.

Ước tính 71% người nghèo Việt Nam nhận được ít nhất một hình thức an sinh xã hội, cao hơn khá nhiều so với mức trung bình 56% của châu Á.

Các chương trình giảm nghèo sử dụng chuẩn nghèo tiền tệ để xác định điều kiện hưởng lợi; trong giai đoạn 2006-2010 chuẩn nghèo của chính phủ chỉ là 200.000 đồng/tháng đối với khu vực nông thôn và 260.000 đồng/tháng đối với khu vực đô thị. Nhiều người Việt Nam sống gần hoặc ngay trên chuẩn nghèo dễ bị tái nghèo do hậu quả của những cú sốc như bệnh tật, kinh tế suy thoái, tàn tật hoặc thiên tai, nhưng không được hỗ trợ.¹³ Như đã nêu trong Chương 2, chuẩn nghèo chính thức của Việt Nam thấp hơn nhiều so với hầu hết các nước khác trong khu vực, ngoại trừ Trung Quốc. Việt Nam gần đây đã đưa ra một chuẩn nghèo mới trong đó bao gồm cả ngưỡng cho người nghèo và người cận nghèo để phù hợp với chi phí sinh hoạt gia tăng và tăng diện

bao phủ.¹⁴ Tuy nhiên, những nhóm nhất định, chẳng hạn như người di cư không có hộ khẩu, vẫn nằm ngoài diện được chính phủ trợ giúp. Ngoài ra, các công cụ đo lường đói nghèo đa chiều là tương đối mới và chưa được chấp nhận như một cách hiệu quả hơn để xác định hỗ trợ cho người nghèo và người thiệt thòi. Các chỉ số này bao gồm Chỉ số nghèo đói đa chiều mới được đưa ra trong Báo cáo Phát triển Con người toàn cầu năm 2010, Tỷ lệ nghèo trẻ em và Chỉ số nghèo đói con người như đã thảo luận trong Chương 3.

CHÍNH SÁCH XÃ HỘI HÓA

Trước đổi mới, Nhà nước chịu trách nhiệm cấp vốn và cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục. Tuy nhiên, sau khủng hoảng tài chính của Việt Nam vào cuối những năm 1980 do quá trình chuyển đổi từ kế hoạch hóa tập trung sang định hướng thị trường, Nhà nước đã không đủ khả năng tài trợ và cung cấp dịch vụ cho tất cả người dân Việt Nam. Cần có một giải pháp cho vấn đề này. "Chính sách xã hội hóa" (Hộp 5.1) thể hiện nỗ lực của Việt Nam trong việc tìm kiếm giải pháp đó. Tất cả mọi thành phần trong xã hội đều đóng góp và cung cấp các dịch vụ xã hội. Tuy nhiên, trong thực tế, xã hội hóa ở Việt Nam có nghĩa là sự tham gia nhiều hơn của khu vực tư nhân trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội, của các hộ gia đình trong chi trả cho y tế và giáo dục, cũng như là sự thương mại hóa các dịch vụ y tế và giáo dục công.

Xã hội hóa ở Việt Nam có nghĩa là sự tham gia nhiều hơn của khu vực tư nhân trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội, của các hộ gia đình trong chi trả cho y tế và giáo dục, cũng như là sự thương mại hóa các dịch vụ y tế và giáo dục công.

HỘP 5.1: CHÍNH SÁCH “XÃ HỘI HÓA”¹⁵

Trước đổi mới vào năm 1989, mọi công dân được hưởng các dịch vụ y tế và giáo dục miễn phí. Các hệ thống y tế và giáo dục quốc gia đều là dịch vụ công,¹⁶ được cấp kinh phí thông qua ngân sách trung ương và cung cấp bởi các đơn vị địa phương, gồm cả doanh nghiệp nhà nước, đơn vị hành chính, hợp tác xã nông nghiệp. Mặc dù khả năng tiếp cận và chất lượng dịch vụ bị hạn chế do thiếu kinh phí, Việt Nam đã đạt được mức độ tiếp cận đầy ấn tượng và các kết quả y tế, giáo dục cao hơn so với các nước khác có mức thu nhập tương đương. Các cơ chế này vẫn có hiệu lực cho đến cuối những năm 1980, khi những điều kiện thiếu thốn chung về kinh tế lại tiếp tục bị ảnh hưởng bởi của cuộc khủng hoảng tài chính năm 1989. Cuộc khủng hoảng làm suy yếu các chức năng của nhà nước bao gồm cả cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục, đẩy nhanh cải cách thị trường và báo trước sự chuyển đổi từ độc quyền cung cấp và thanh toán công sang các cơ chế đa dạng hơn về thể chế và tài chính.

Đối mặt với cuộc khủng hoảng tài chính, nhà nước Việt Nam thiếu các nguồn lực tài chính để duy trì hệ thống giáo dục và y tế dựa hoàn toàn vào ngân sách công. Do đó, các chính sách xã hội của Việt Nam đã trải qua một cuộc tái cơ cấu mang tính quyết định. Quá trình này được hỗ trợ bằng việc áp dụng chính sách “xã hội hóa”. Vào đầu năm 1989, các nhà lãnh đạo tìm kiếm một phương cách để mở rộng thanh toán ngoài nhà nước cho các dịch vụ thiết yếu và bắt đầu vận động cho chương trình nghị sự chính sách được gọi là “xã hội hóa”. Ban đầu, “xã hội hóa” được dự tính như một chiến lược để huy động xã hội, kêu gọi tất cả các lĩnh vực xã hội đóng góp vào giáo dục, y tế. Chính sách này để ra trách nhiệm của các chủ thể trong xã hội: người dân, các tổ chức đoàn thể, khu vực tư nhân cùng tham gia; nhà nước đóng vai trò hoạch định chính sách, điều phối nguồn lực và đảm bảo thi hành nhằm đảm bảo chất lượng, hiệu quả và công bằng.¹⁷ Theo một quan chức y tế lâu năm và là một trong những kiến trúc sư của chính sách xã hội hóa:

“Khái niệm xã hội hóa phải được hiểu như một sự hợp tác hiệu quả và có kế hoạch của tất cả các lực lượng xã hội theo một hướng và một chiến lược quốc gia nhằm giải quyết một vấn đề xã hội... Đối với mỗi cộng đồng, gia đình, công dân, xã hội hóa được hiểu là một quá trình hưởng ứng và tham gia phong trào vận động của các nhà lãnh đạo, sau đó trở thành một quá trình hoạt động tích cực và có ý thức vì lợi ích cải thiện chất lượng cuộc sống của riêng mình... Xã hội hoá được hiểu như một “giải pháp xã hội” có tính liên ngành cao với sự tham gia của nhiều lực lượng xã hội.”¹⁸

Khi ngân sách nhà nước không còn khả năng duy trì hệ thống y tế và giáo dục, “phí dịch vụ” đã được đưa ra vào đầu năm 1989 đối với dịch vụ y tế và giáo dục công. Ban đầu các biện pháp này được đưa ra như một cơ chế hoàn chi phí dưới cái tên thu phí “một phần”. Dần dần, tầm quan trọng của phí dịch vụ đã tăng lên rõ rệt.

Tinh thần của chính sách xã hội hóa là nhằm huy động sự tham gia của các chủ thể khác nhau trong việc giải quyết các vấn đề xã hội. Như đã nêu tại Đại hội Đảng lần thứ 8: “Vấn đề chính sách xã hội đều phải được giải quyết với tinh thần huy động xã hội. Nhà nước giữ vai trò chủ đạo và đồng thời khuyến khích người dân, doanh nghiệp, tổ chức xã hội, cá nhân, tổ chức nước ngoài cùng làm việc để giải quyết các vấn đề xã hội.”¹⁹ Tuy nhiên trên thực tế, chính sách “xã hội hoá” đã không thu hút được sự tham gia của các chủ thể khác nhau trong xã hội, bao gồm cả hộ gia đình, trong việc thiết kế, cung cấp và chi trả cho các dịch vụ y tế và giáo dục. Thay vào đó, chính sách này đã khiến cơ quan nhà nước có trách nhiệm tạo thêm doanh thu, tăng sự tham gia của khu vực tư nhân trong cung cấp dịch vụ trên cơ sở vì lợi nhuận và buộc các hộ gia đình phải chịu trách nhiệm chi trả cho các dịch vụ này. Do đó, hiểu biết về “xã hội hóa” ở Việt Nam hoàn toàn khác với ý nghĩa quốc tế của nó: nhà nước áp dụng trách nhiệm thể chế trong việc cung cấp và chi trả cho các dịch vụ.²⁰

Tác động của chính sách “xã hội hóa” đã trở nên sâu sắc. Các phương thức cung cấp dịch vụ đã được đa dạng hóa, với sự tham gia lớn hơn của khu vực tư nhân hoặc “ngoài nhà nước”. Mặc dù vậy, khu vực công vẫn chiếm ưu thế trong y tế, giáo dục và việc cung cấp các dịch vụ xã hội ngoài nhà nước, phi lợi nhuận nhìn chung chưa phát triển.²¹ Nhưng cho tới giờ, tác động lớn nhất của xã hội hóa là đối với việc tạo kinh phí cho các dịch vụ, bao gồm cả thương mại hóa ngày càng tăng và mở rộng các khoản chi trả chính thức

và không chính thức.²² Các khoản chi trả không chính thức bao gồm thông lệ “tặng quà” hay “phong bì” cho nhân viên y tế và giáo viên và thể chế hóa các lớp học thêm trong hệ thống giáo dục. Những thông lệ do các nhà cung cấp dịch vụ tạo ra để ứng phó với mức tiền lương và chi tiêu công thấp trong y tế và giáo dục vốn đã tồn tại từ những năm 1990 và 2000 và được kéo dài cho đến ngày nay. Ngoài ra, cơ chế cấp kinh phí cho các dịch vụ y tế, chủ yếu là từ phí dịch vụ, đã tạo điều kiện để các đơn vị cung cấp dịch vụ nhà nước và tư nhân tạo thêm nhu cầu cho các dịch vụ và sản phẩm không cần thiết, ví dụ kê thêm thuốc.

Do chính sách “xã hội hóa” đã chuyển trách nhiệm chi trả các dịch vụ xã hội sang cho hộ gia đình và do chi phí của hộ gia đình về y tế và giáo dục đã tăng, chính phủ cần có các chính sách để giảm bớt tác động của các chi phí này đối với người nghèo và dễ bị tổn thương.²³ Về mặt này, có một mối liên hệ trực tiếp giữa thương mại hóa các dịch vụ y tế, giáo dục và việc xác định đối tượng mục tiêu: do tư nhân hóa và thương mại hóa nên cần xác định đối tượng mục tiêu để cung cấp một “mạng lưới an sinh” cho những người không có khả năng chi trả.²⁴ Tuy nhiên, xác định đối tượng mục tiêu không phải lúc nào cũng có thể đảm bảo khả năng tiếp cận hiệu quả: diện bao phủ không đủ và kê hở là những vấn đề thường gặp trong các can thiệp cho đối tượng mục tiêu.²⁵ Ở Việt Nam, việc sử dụng chuẩn nghèo tương đối thấp để xác định tiêu chí hưởng lợi là một ví dụ quan trọng: nhiều người ở Việt Nam sống gần chuẩn nghèo nhưng không được tiếp cận các chương trình và trợ cấp.²⁶

Rõ ràng là có những căng thẳng và khoảng cách ngày càng lớn giữa các cam kết chính trị và chính sách về tiếp cận phổ cập y tế, giáo dục với thực tế cung cấp và chi trả các dịch vụ này ở Việt Nam. Hầu hết các nước có chế độ hỗn hợp về chi trả và cung cấp các dịch vụ xã hội: vấn đề là phân bổ chi phí như thế nào và tác động đối với các mục tiêu rộng lớn hơn về phát triển con người và công bằng. Đây là những vấn đề chính sách quan trọng đối với Việt Nam. Có lẽ giờ là lúc cần xem xét lại tinh thần và mục đích của chính sách xã hội hóa, cụ thể là để thúc đẩy sự tham gia hiệu quả của tất cả các khu vực của xã hội trong việc thiết kế, cung cấp và chi trả cho y tế và giáo dục.

XÃ HỘI HÓA VÀ THƯƠNG MẠI HÓA CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI

Trong thực tế ở Việt Nam, không chỉ thị trường hoá và tư nhân hóa các dịch vụ y tế và giáo dục ngày càng tăng, mà thương mại hóa cũng tăng lên nhanh chóng.

Bản thân việc mở cửa ngành giáo dục và y tế để các lực lượng thị trường tham gia không phải là

một điều xấu. Cạnh tranh có thể cải thiện cả về chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ, cho phép các cơ sở tư nhân cung cấp dịch vụ hấp dẫn và sinh lợi hơn. Trong khi đó, Nhà nước tập trung điều tiết, giám sát, chi trả cho các dịch vụ ít lợi nhuận hơn nhưng rất thiết yếu, cho các nhóm dễ bị tổn thương và bảo đảm công bằng xã hội. Tuy nhiên, trong thực tế ở Việt Nam, không chỉ thị trường hoá và tư nhân hóa các dịch vụ y tế và giáo dục ngày càng tăng, mà thương mại hóa cũng tăng lên nhanh chóng và phần nhiều không được kiểm soát, dù là ở khu vực nhà nước hay tư nhân.

HỘP 5.2: THỊ TRƯỜNG HÓA, TƯ NHÂN HÓA VÀ THƯƠNG MẠI HÓA CUNG CẤP DỊCH VỤ XÃ HỘI

Thị trường hóa các dịch vụ xã hội là việc mở rộng cung cấp dịch vụ xã hội ra toàn thị trường, qua đó cải thiện cạnh tranh và, ít nhất là về mặt lý thuyết, cung cấp nhiều sự lựa chọn hơn cho người tiêu dùng. Tư nhân hóa nói đến việc cung cấp dịch vụ xã hội của các doanh nghiệp do tư nhân sở hữu và quản lý, ngoài các dịch vụ do các khu vực nhà nước và phi lợi nhuận ngoài nhà nước cung cấp. Còn thương mại hoá là việc cung cấp các dịch vụ xã hội trên cơ sở phí dịch vụ, trong đó đơn vị cung cấp dịch vụ thu phí trực tiếp từ người tiêu dùng. Ở Việt Nam, các dịch vụ y tế, giáo dục công và tư đều thu phí từ người sử dụng và đều hoạt động trên cơ sở thương mại.

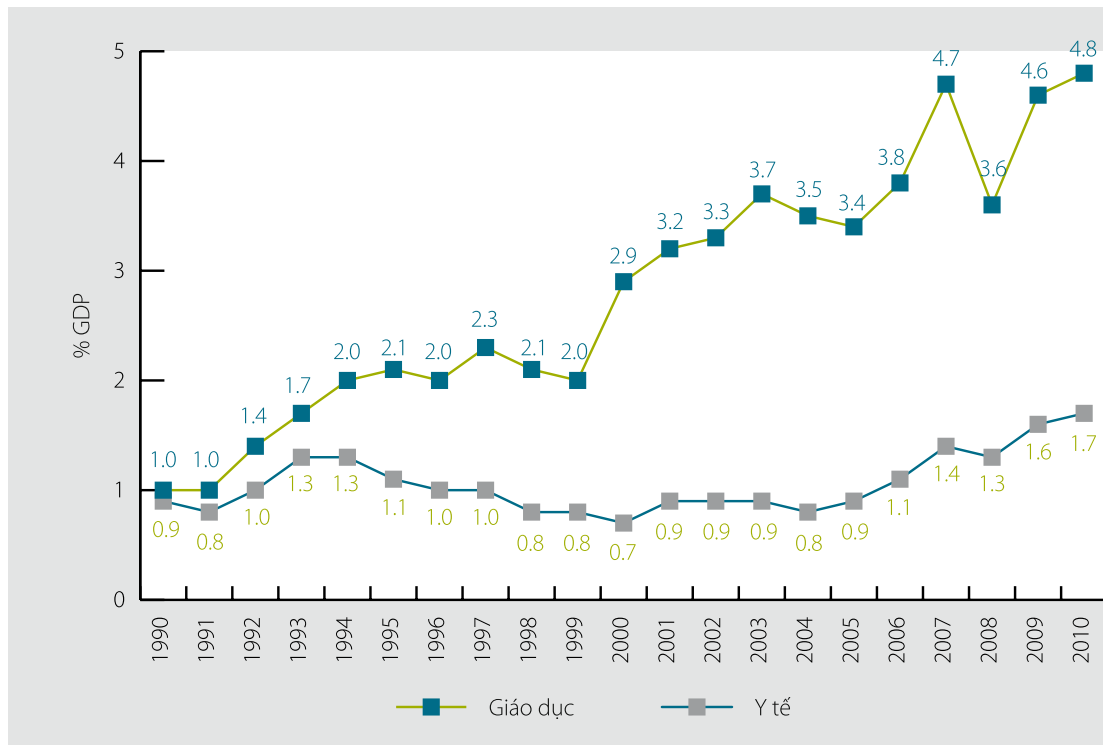
Thương mại hóa đã thể hiện một số tác động tiêu cực. Thứ nhất, thương mại hóa đã đẩy chi phí y tế và giáo dục vượt quá mức mà người nghèo và người bị thiệt thòi có thể chi trả. Thứ hai, trong rất nhiều trường hợp, thương mại hóa đã làm giảm chất lượng và tính sẵn có của các dịch vụ này vì bên cung chỉ cung cấp các dịch vụ sinh lời cho những người có khả năng chi trả. Thứ ba, nó tạo ra những động lực theo hướng tiêu cực làm suy đồi đạo đức và tư cách nghề nghiệp của bên cung cấp dịch vụ như thảo luận trong Hộp 5.1. Nhà nước đã tập trung cung cấp một mạng lưới an sinh cho những nhóm nghèo và thiệt thòi nhất thông qua các chương trình giảm nghèo mục tiêu và an sinh xã hội. Những chương trình này được đánh giá là phức tạp, chông chéo, khó tiếp cận và hỗ trợ những người đang cần nhất. Kết quả là quá trình phát triển con người theo hướng công bằng và toàn diện mà các nhà lãnh đạo Việt Nam khao khát và toàn thể người dân mong đợi đang bị đe dọa.

CUNG CẤP TÀI CHÍNH CHO Y TẾ VÀ GIÁO DỤC

TỔNG CHI TIÊU CHO Y TẾ VÀ GIÁO DỤC ĐANG TĂNG LÊN

Tổng chi tiêu cho y tế và giáo dục (từ tất cả các nguồn, bao gồm nhà nước và hộ gia đình) đã tăng lên một cách đều đặn và không hề có dấu hiệu chậm lại. Như đề cập trong chương 1, Việt Nam có tỷ trọng chi tiêu công cho y tế và giáo dục so với GDP ở mức tương đối cao so với các quốc gia khác trong khu vực. Tuy nhiên, nguồn chi từ khu vực tư nhân vẫn đóng vai trò lớn nhất trong tổng chi cho y tế và giáo dục, với các khoản chi từ tiền túi của người dân chiếm phần chính của nguồn chi tiêu này. Cả chi tiêu công và tư đang tiếp tục tăng về giá trị thực tế, nhưng chi công cho giáo dục đang dẫn vượt xa chi công cho y tế. Hình 5.1 cho thấy tỷ trọng chi tiêu công cho y tế và giáo dục trong GDP trong hai thập kỷ qua.

Hình 5.1: Tỷ trọng chi tiêu công thường xuyên cho y tế và giáo dục trong GDP, 1990-2010



Nguồn: Bộ Tài chính, trích dẫn trong London (2010b)

Chi phí y tế và giáo dục cao mà người sử dụng phải trực tiếp chi trả có xu hướng làm sâu sắc thêm những bất công hiện có trong tiếp cận các dịch vụ xã hội.

Người dân Việt Nam đang phải trả tiền túi cho y tế và giáo dục ở mức cao nhất so với các nước khác trong khu vực. Các khoản đóng góp từ hộ gia đình không chỉ chiếm phần lớn nhất trong nguồn chi cho y tế và giáo dục mà còn chiếm tỷ trọng lớn trong chi tiêu hộ gia đình. Theo thời gian, nguồn chi tư nhân đã tăng tốc nhanh hơn so với chi tiêu công trong hai lĩnh vực này mặc dù đã tăng có vẻ ổn định như trình bày sau đây. Chi tiêu hộ gia đình khác biệt đáng kể giữa các vùng và các nhóm kinh tế-xã hội, qua đó phản ánh khác biệt trong thu nhập hiện tại. Chi phí y tế và giáo dục cao mà người sử dụng phải trực tiếp chi trả có xu hướng làm sâu sắc thêm những bất công hiện có trong tiếp cận các dịch vụ xã hội, do đó làm trầm trọng thêm bất bình đẳng về các thành quả y tế và giáo dục.²⁷

PHÂN QUYỀN DẪN ĐẾN MỨC CHI TIÊU KHÁC NHAU GIỮA CÁC TỈNH

Một đặc điểm quan trọng trong hệ thống tài chính của Việt Nam là ngày càng được phân cấp và phân quyền cho địa phương. Theo đó, thẩm quyền chi tiêu ngày càng được phân quyền, với đa số các khoản chi cho y tế và giáo dục đang được thực hiện tại các cấp quản lý địa phương như bàn luận sau đây.²⁸ Điều này có thể hỗ trợ chuyển các nguồn lực tới nơi cần nhất song việc các địa phương sử dụng nguồn lực này như thế nào vẫn còn hết sức khác nhau, do đó gây khó khăn cho trung ương trong việc đảm bảo các nguồn lực cùng được sử dụng hiệu quả. Khác biệt trong chi tiêu công cho y tế và giáo dục tại cấp tỉnh đang là một trong nhiều yếu tố góp phần gây chênh lệch về thành quả phát triển con người được bàn luận trong Chương 3 và Chương 4 của báo cáo này.

CUNG CẤP TÀI CHÍNH CHO Y TẾ

CHI TIÊU CHO Y TẾ

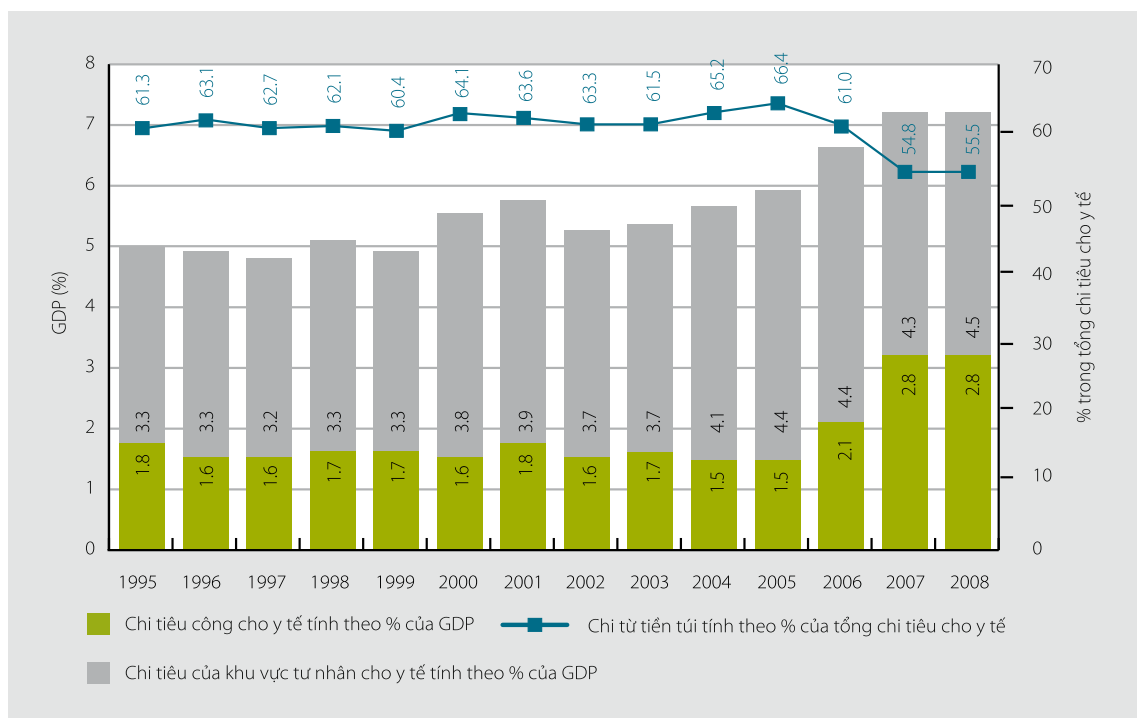
Theo số liệu của WHO về Tài khoản y tế quốc gia, năm 2008 Việt Nam đã chi 7,3% GDP hay 77 đô la Mỹ/người (theo sức mua tương đương) cho y tế. Trong đó chi từ ngân sách nhà nước chiếm 38,5% và từ khu vực tư nhân chiếm 61,5%, mà một phần lớn là chi từ tiền túi của người dân.²⁹ Chi từ tiền túi chiếm 90% nguồn chi tư nhân hay 56% tổng chi tiêu cho y tế.³¹ Chi từ tiền túi của người dân đã đạt tới đỉnh, ở mức 66-67% tổng chi tiêu y tế trong năm 2005, nhưng sau đó đã giảm xuống, phần lớn do chính phủ tăng chi tiêu cho y tế và mở rộng bảo hiểm y tế (Hình 5.2). Hỗ trợ bên ngoài chỉ chiếm dưới 2% tổng chi y tế và khoảng 10% chi ngân sách nhà nước.³¹ Trong khi tỷ trọng chi tiêu y tế trong GDP của Việt Nam vượt xa nhiều nước khác trong khu vực thì tỷ lệ đóng góp từ ngân sách nhà nước của các nước này vẫn cao hơn, như mô tả trong Bảng 5.2. Tỷ trọng chi tiêu công trong tổng chi tiêu y tế ở Việt Nam thấp hơn so với hầu hết các nước trong khu vực, ngoại trừ Phillippines. Chỉ có Indonesia và Philippines có chi tiêu y tế tính theo đầu người thấp hơn Việt Nam. Nói một cách tóm tắt, Việt Nam có chi tiêu công cho y tế thấp hơn các nước khác, và hầu hết chi tiêu là từ các nguồn tư nhân.

Tỷ trọng chi tiêu công trong tổng chi tiêu y tế ở Việt Nam thấp hơn so với hầu hết các nước trong khu vực.

CHI TIÊU CÔNG CHO Y TẾ ĐANG TĂNG LÊN

Nguồn chi từ chính phủ nhìn chung thấp hơn so với các nước khác trong khu vực, song đã tăng một cách đều đặn từ 4,8% lên 10,2% tổng ngân sách quốc gia trong giai đoạn 2002-2008.³² Năm 2008, ngân sách cho y tế đã đạt mức 43.048 tỷ đồng, tăng từ 5.098 tỷ đồng trong năm 2000, với tốc độ tăng cao hơn nhiều tỷ lệ lạm phát.³³ Chính phủ đã cam kết tăng ngân sách hàng năm cho y tế nhanh hơn tốc độ tăng ngân sách nhà nước nói chung.³⁴ Nghị quyết 18 đã thể hiện cam kết của Chính phủ nhằm “tăng chi ngân sách hàng năm cho y tế, đảm bảo tốc độ tăng chi tiêu cho y tế cao hơn so với tăng chi tiêu từ ngân sách nhà nước nói chung và dành ít nhất 30% ngân sách y tế quốc gia cho y tế dự phòng”.³⁵

Hình 5.2: Chi tiêu cho y tế tại Việt Nam, 1995-2008



Nguồn: WHO Tài khoản y tế quốc gia, truy cập tại <http://www.who.int/nha/en/>

Bảng 5.2: Tổng chi tiêu y tế và chi tiêu công cho y tế của một số nước châu Á, 2008

Quốc gia	Tỷ lệ% của tổng chi tiêu cho y tế trong GDP	Tỷ lệ% của chi tiêu công cho y tế trong tổng chi tiêu cho y tế	USD /đầu người PPP(\$)
Indonesia	2,0	55,3	45
Thái lan	4,0	75,1	242
Philippines	3,8	32,9	44
Trung Quốc	4,3	46,7	121
Malaysia	4,3	44,1	279
Hàn Quốc	6,6	54,9	999
Việt Nam	7,3	38,5	77

Nguồn: London 2010b, có cập nhật số liệu từ Tài khoản y tế quốc gia của WHO 2008

Chi tiêu công cho y tế bao gồm phân bổ nguồn lực tới các cấp dịch vụ y tế và phân bổ thông qua bảo hiểm y tế.³⁶ Chi phí đầu tư cùng với một phần chi phí thường xuyên, đặc biệt là lương, do ngân sách trung ương chi trả. Chi tiêu thường xuyên chiếm khoảng 93% ngân sách nhà nước, trong khi chi cho đầu tư chiếm 6-7%.³⁷ Mặc dù chi tiêu quốc gia cho y tế tăng, phần lớn ngân sách nhà nước cho y tế vẫn để đảm bảo duy trì dịch vụ và trợ cấp cho bên cung cấp dịch vụ, còn chi tiêu cho bảo hiểm y tế gồm cả trợ cấp cho người nghèo và người thiệt thòi thì ít hơn

hiều.³⁸ Tuy nhiên, tỷ trọng của bảo hiểm y tế trong chi tiêu công cho y tế đã liên tục tăng, từ 7,9% năm 2005 lên 17,6% năm 2008, phản ánh độ bao phủ của bảo hiểm tăng lên trong các nhóm này.³⁹ Những khó khăn trong việc tăng độ bao phủ của bảo hiểm y tế liên quan đến ý thức tự nguyện tham gia được trình bày trong Hộp 5.4.

Mặc dù tăng liên tục, nhưng chi tiêu quốc gia lại thể hiện sự kém hiệu quả hoặc không gắn kết với các ưu tiên của chính phủ về nâng cao các thành quả y

tế. Ví dụ, Báo cáo chung y tế thường niên năm 2008 về tài chính y tế cho thấy chi tiêu công không phù hợp với các ưu tiên của chính phủ về chăm sóc dự phòng, chăm sóc ở cấp địa phương và hỗ trợ cho các vùng khó khăn.

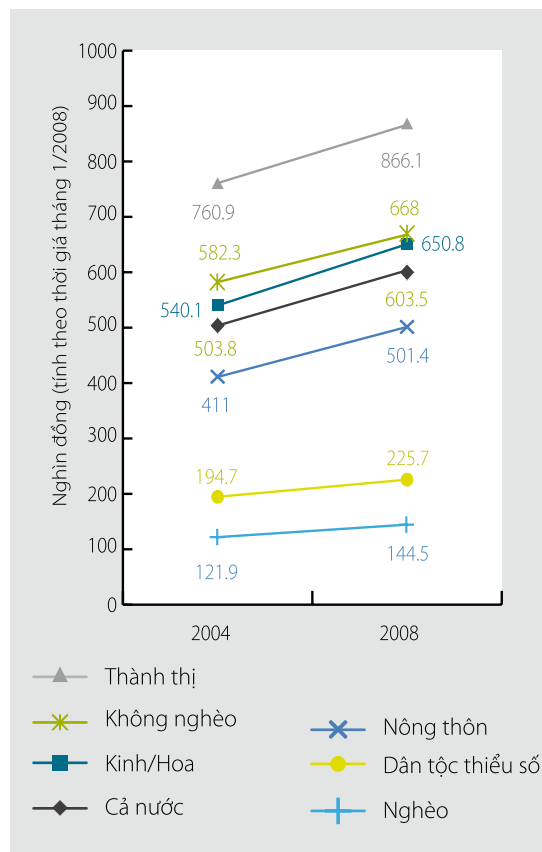
Chi tiêu công không phù hợp với các ưu tiên của chính phủ về chăm sóc dự phòng, chăm sóc ở cấp địa phương và hỗ trợ cho các vùng khó khăn.

Nguyên nhân là do kinh phí cho phát triển đang được tập trung vào cấp quốc gia và cấp tỉnh, và phần lớn chi tiêu đang dành cho khám chữa bệnh hơn là y tế dự phòng.⁴⁰ Chi tiêu cho chăm sóc dự phòng đã biến động theo thời gian và đạt mức khoảng 28% trong năm 2007 trên toàn quốc, ít hơn so với mục tiêu 30% trong Nghị quyết 18.⁴¹

CHI TIÊU CÔNG CHO Y TẾ Ở CẤP TỈNH

Ngân sách chi cho y tế tại các địa phương chiếm tỷ lệ cao hơn, ước đạt khoảng 63,2% trong năm 2005. Các mô hình chi tiêu ở cấp tỉnh rõ ràng hơn so với cấp trung ương - ví dụ, chính quyền tỉnh chi ít cho y tế dự phòng và dành phần lớn nguồn lực cho khám chữa bệnh. Chi tiêu cấp tỉnh cho y tế chỉ dao động từ 5,5%-8% tổng chi chung, một số địa phương thậm chí gần như còn không dành một khoản ngân sách nào cho hoạt động y tế dự phòng.⁴² Chi tiêu thấp ở các cấp huyện và xã, cấp chịu trách nhiệm quản lý các trạm y tế xã, dẫn đến cơ sở hạ tầng chất lượng thấp, các vấn đề về thu hút và giữ nhân viên và ngân sách thấp cho chi thường xuyên. Tất cả những điều này khiến chất lượng dịch vụ nhìn chung là thấp.⁴³ Chi tiêu công cho các dịch vụ y tế cụ thể cũng thay đổi đáng kể theo từng khu vực và địa phương. Ví dụ, như trong phân tích chi tiêu của UNICEF về dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em: chi tiêu bình quân đầu người trên địa bàn tỉnh Ninh Thuận cao gấp đôi so với tại An Giang.⁴⁴

Hình 5.3: Chi từ tiền túi theo đầu người cho chăm sóc sức khỏe (2004-2008)



Nguồn: VHLSS 2004 và 2008, trích từ Nguyễn Việt Cường 2010

CHI TIÊU TỪ TIỀN TÚI LÀ GÁNH NẶNG ĐỐI VỚI HỘ GIA ĐÌNH

Hiện nay ở Việt Nam, chi tiêu từ hộ gia đình đang chiếm khoảng 60% tổng chi tiêu y tế, trong đó 56% là từ tiền túi. Tỷ lệ này được coi là rất cao đối với các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tỷ lệ này cũng cao hơn nhiều so với mức tối đa là 30% vốn được coi là lý tưởng để đạt được mục tiêu phổ cập y tế. Nếu vượt quá mức này, nghĩa là khi phải chi 40% tổng chi tiêu hộ gia đình cho y tế, thì các gia đình sẽ thường xuyên phải đối mặt với các chi phí y tế quá khả năng chi trả. Mức chi từ tiền túi cho y tế ở khu vực châu Á-Thái Bình Dương chiếm hơn 60% tổng chi tiêu y tế và tỷ lệ bản cùng hóa do chi phí y tế tại Trung Quốc và Việt Nam là một trong những tỷ lệ cao nhất thế giới.⁴⁵

Chi phí y tế đối với hộ gia đình Việt Nam đang gia tăng. Chi từ tiền túi bình quân đầu người đã tăng 20%, từ 503.800 đồng năm 2004 lên 603.500 đồng năm 2008 (theo thời giá tháng 1/2008), chiếm khoảng 7% chi tiêu cho sinh hoạt của hộ gia đình trong năm 2008. Các hộ gia đình người Kinh/Hoa, những người khá giả, người dân thành thị và vùng Đông Nam bộ chi cho y tế nhiều nhất, trong khi trong các hộ nghèo và dân tộc thiểu số chi ít nhất (Hình 5.3). Mặc dù chi tiêu y tế - một phần của chi tiêu sinh hoạt - đã ở mức tương đối ổn định trong giai đoạn 2004- 2008, nhưng xét về giá trị, tất cả các nhóm kinh tế xã hội và người dân các vùng vẫn đang chi nhiều hơn so với trước đây. Người dân tộc thiểu số và người nghèo chi cho y tế ít nhất, tương ứng ở mức 4,7% và 5,6% chi tiêu hộ gia đình. Trong khi những người ở khu vực thành thị chi cho y tế gấp 1,7 lần những người ở khu vực nông thôn thì nhóm

những hộ giàu nhất và người Kinh/Hoa chi gấp 3 lần so với người nghèo và người dân tộc thiểu số.⁴⁶

Tỷ lệ bản cùng hóa do chi phí y tế tại Trung Quốc và Việt Nam là một trong những tỷ lệ cao nhất thế giới.

Chi từ tiền túi cho dịch vụ y tế mỗi lần thăm khám đã tăng 20%, từ 189.100 đồng năm 2004 lên 227.000 đồng năm 2008 đối với các dịch vụ ngoại trú, và 16% từ 1.909.000 đồng năm 2004 lên 2.218.000 đồng năm 2008 đối với các dịch vụ nội trú (theo thời giá tháng 1 năm 2008). Chi tiêu cho các dịch vụ ngoại trú cũng tăng với tất cả các nhóm dân cư và các vùng, ngoại trừ vùng Bắc Trung Bộ và Đông Bắc. Chi tiêu cho dịch vụ khám chữa bệnh nội trú cũng tăng đối với tất cả các nhóm dân cư và các vùng giai đoạn 2004-2008, trừ bằng sông Cửu Long và miền Nam Trung Bộ⁴⁷. Chi từ tiền túi cũng khác biệt đáng kể giữa các nhóm dân cư khác nhau theo vùng và điều kiện kinh tế xã hội.

Bảng 5.3: Tỷ lệ % chi tiêu y tế trong chi tiêu bình quân đầu người 2004-2008 (%)

		Bệnh nhân ngoại trú		Bệnh nhân nội trú	
		2004	2008	2004	2008
	Cả nước	2.9	3	29.6	28.9
Tuổi	Dưới 15	1.8	1.6	19.5	17.2
	16-60	3.2	3.2	30.2	30.2
	Trên 60	3.2	3.6	31	32
Giới	Nam	3	3.1	33.2	32.3
	Nữ	2.8	2.8	26.6	26.1
Dân tộc	Kinh và Hoa	2.9	2.9	30.1	29.3
	Dân tộc thiểu số	3	3	21.6	26.1
Nhóm thu nhập	Không nghèo	2.8	2.9	29.6	28.9
	Nghèo	3.7	3.5	19.2	21.1
Thành thị-nông thôn	Thành thị	2.3	2.5	24.9	24.3
	Nông thôn	3.4	3.2	33.4	32.6
Vùng	Đồng bằng sông Hồng	3.2	3.2	28.7	28.3
	Đông Bắc Bộ	3.9	3.2	23.9	26.5
	Tây Bắc bộ	4.1	3.8	31.9	23.3
	Duyên hải Bắc Trung bộ	5.6	4.2	28.9	38.5
	Duyên hải Nam Trung bộ	3.2	3.2	27.7	21.9
	Tây Nguyên	3.3	3.3	27.3	34.7
	Đông Nam Bộ	2.1	2.9	30.8	32.1
	Đồng bằng sông Cửu Long	2.1	2.1	37.3	28.8

Nguồn: VHLSS 2004 và 2008, trích từ Nguyễn Việt Cường 2010

Những người trên 60 tuổi, người trong độ tuổi 16-60, người không thuộc diện nghèo, người Kinh/Hoa và nam giới thường có mức chi từ tiền túi nhiều hơn so với các nhóm kinh tế xã hội khác. Mức chi thấp nhất thuộc về nhóm người nghèo, người dân tộc thiểu số và trẻ em dưới 15 tuổi. Theo khu vực, người dân thành thị và cư dân miền Đông Nam Bộ đã chi nhiều nhất. Người dân vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Đông Nam Bộ đã chi cho các dịch vụ ngoại trú ở mức thấp nhất, trong khi người dân đồng bằng sông Cửu Long và Đông Bắc chi cho các dịch vụ nội trú ở mức thấp nhất. Một lý do khác giải thích mức chi thấp hơn của đối tượng người nghèo, trẻ nhỏ và người dân tộc thiểu số là mức độ bao phủ ngày càng cao của bảo hiểm y tế như bàn luận dưới đây. Chi phí từ tiền túi thấp hơn cũng có thể do mức độ sử dụng dịch vụ ít hơn và do đó chi phí tài chính giảm đi. Mức chi tiêu của phụ nữ thấp hơn so với nam giới là điều khá bất ngờ vì họ sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú nhiều hơn nam giới, nhưng mức độ bao phủ của bảo hiểm y tế trong nhóm này thấp hơn.⁴⁸

Trong khi mức chi tiêu cho y tế tăng trong giai đoạn 2004-2008, tỷ lệ chi từ tiền túi cho mỗi lần thăm khám tính theo đầu người trong thời kỳ này vẫn duy trì khá ổn định ở mức trên dưới 3% đối với chăm sóc ngoại trú và 29% cho chăm sóc nội trú (Bảng 5.3). Chi bình quân đầu người cho một lần khám ngoại trú của người già, nam giới, người dân tộc thiểu số, người nghèo và người dân nông thôn nhiều hơn so với trung bình, tương tự đối với người dân Bắc Trung Bộ và Đông Bắc. Mặt khác, người trong độ tuổi từ 16-60, nam giới, người Kinh/Hoa, người không thuộc diện nghèo và người dân vùng Bắc Trung Bộ và Tây Nguyên chi tiêu bình quân đầu người cho một lần khám nội trú cũng nhiều hơn so với mức trung bình. Quả thực, chi phí cho mỗi lần điều trị nội trú chiếm tới 29% đã thể hiện tỷ trọng đáng kể của chi tiêu y tế trong chi tiêu bình quân đầu người, kể cả các nhóm thu nhập thấp, đã và đang phản ánh gánh nặng về chi phí y tế đối với các hộ nghèo trong xã hội.⁴⁹

CHI TIÊU Y TẾ VƯỢT KHẢ NĂNG CHI TRẢ

Chi từ tiền túi vẫn tiếp tục là một gánh nặng đáng kể đối với hộ gia đình, thậm chí còn có thể vượt khả năng chi trả.⁵⁰ Điều tra mức sống hộ gia đình năm 2008 cho thấy 8,1% hộ gia đình đã tiêu tốn hơn 20% tổng chi tiêu hộ gia đình bình quân đầu người cho y tế. Tỷ lệ hộ không thuộc diện nghèo và hộ người Kinh/Hoa chi tiêu trên 20% tổng chi toàn hộ vào chăm sóc sức khỏe là 8.6%, lớn hơn so với tỷ lệ

tương ứng của các hộ dân tộc thiểu số và hộ người nghèo (4%). Tuy nhiên, nếu coi chi tiêu cho y tế là một phần của chi tiêu phi lương thực thì tỷ lệ hộ phải đối diện với các khoản chi vượt khả năng chi trả có thể sẽ cao hơn đáng kể. Ước tính năm 2008 có khoảng 12% số hộ chi tới trên 25% tổng chi tiêu phi lương thực vào chăm sóc sức khỏe, con số này đối với các hộ chi trên 40% là khoảng 5%.⁵¹ Một nghiên cứu của WHO và Đại học Y Hà Nội về gánh nặng tài chính của các khoản chi cho y tế cho biết 5,7% số hộ gia đình dành hơn 40% thu nhập của họ cho y tế và 3,7% đã bị bần cùng hóa vì khoản chi này.⁵²

Chi từ tiền túi vẫn tiếp tục là một gánh nặng đáng kể đối với hộ gia đình, thậm chí còn có thể vượt khả năng chi trả.

CÁC KHOẢN CHI KHÔNG CHÍNH THỨC LÀM TĂNG CHI PHÍ Y TẾ

Các khoản chi không chính thức đang đóng một vai trò quan trọng đẩy chi phí y tế lên cao. Tình trạng đưa "phong bì" cho nhân viên y tế đã trở nên quá đỗi quen thuộc. Nhân viên cũng có động lực để tìm kiếm những khoản thu như vậy, vì một số cơ sở y tế như các bệnh viện đô thị có thể tăng lương cho nhân viên để hạn chế tình trạng này, nhưng các bệnh viện tuyến dưới lại không đủ khả năng, dẫn tới việc nhân viên y tế tìm kiếm cơ hội để có thêm thu nhập.⁵³ Trong Khảo sát Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công (PAPI) năm 2010, 28% số người trả lời thừa nhận đã từng đưa hối lộ khi tới các cơ sở y tế. Phần lớn các hộ gia đình đều để cập tới nạn tham nhũng trong ngành y tế; cứ 4 người được hỏi thì có 1 người cho rằng tham nhũng là một vấn đề trầm trọng ngay tại các cơ sở y tế trung ương, và 22% cho rằng tham nhũng ngày càng hoành hành tại những cơ sở này giai đoạn 2006-2008.⁵⁴ Các chi phí không chính thức này là phần không dự báo được trong chi phí cho y tế do các chi phí này không phải lúc nào cũng biết trước được. Đây cũng là gánh nặng bất công cho những người ít có khả năng chi trả nhất, làm giảm lòng tin và sự tôn trọng của người dân đối với các cơ sở y tế công và nhân viên y tế.

Đã có nhiều trường hợp được đưa lên báo chí, theo đó từng nhân viên của bệnh viện được bệnh viện giao chỉ tiêu cần nhận bao nhiêu bệnh nhân, kê bao nhiêu thuốc và bắt bệnh nhân phải nằm viện bao nhiêu ngày bất kể nhu cầu cần chữa trị thế nào.⁵⁵ Hệ thống thu phí cho

dịch vụ y tế đã tạo động lực cho nhà cung cấp dịch vụ đưa ra các dịch vụ bổ sung nhiều hơn mức cần thiết, ví dụ kéo dài số ngày nằm viện hay kê thêm những thuốc không cần thiết. Không có cơ chế chịu trách nhiệm rõ ràng như thủ tục khiếu kiện tố cáo, bệnh nhân không có cách nào để giải quyết hay đề nghị điều tra.

Tác động của chính sách xã hội hóa và giao trách nhiệm quản lý hành chính cho bên cung cấp dịch vụ, như thảo luận dưới đây, đã cho phép nhân viên các bệnh viện công có thể góp vốn để mua các thiết bị công nghệ y tế, nhất là các công cụ chẩn đoán. Những nhân viên này sau đó có động cơ để yêu cầu

người bệnh sử dụng các dịch vụ của họ, bất kể có cần thiết hay không, vì họ có thể kiếm lời từ việc sử dụng các công nghệ họ đã góp tiền mua. Thực tế này ở các nước khác là điều không được phép. Ngoài ra, các công ty tư nhân cũng thường cung cấp các công nghệ và thỏa thuận để được cùng với bệnh viện chia sẻ và hưởng một phần lợi nhuận làm ra. Theo cơ chế tự chủ tài chính, bệnh viện được khuyến khích tạo càng nhiều thu nhập càng tốt, nên bệnh viện tận dụng các cơ hội để tiếp cận với công nghệ và theo đó nhân viên được giao chỉ tiêu để tạo thu nhập.

HỘP 5.3: CÁC CƠ CHẾ THANH TOÁN CHO DỊCH VỤ Y TẾ

Hai cơ chế thanh toán cho y tế đang được Việt Nam thảo luận là: thanh toán theo định suất (tức là thanh toán theo định mức chi phí khám chữa bệnh nhân với số lượng dịch vụ) và thanh toán theo nhóm các bệnh liên quan (DRG) (nghĩa là thanh toán theo chi phí khám chữa bệnh được xác định trước cho từng nhóm bệnh). Ở Việt Nam, một nghị định của chính phủ ban hành năm 2009 đã nêu rõ là phương pháp thanh toán theo định suất cần phải được đưa vào các cơ sở y tế chính. Phương pháp này đã được thử nghiệm từ năm 2001, và cho đến nay được áp dụng ở 43 cơ sở y tế, hầu hết là ở tuyến huyện. Tuy nhiên, các quỹ thanh toán theo định suất đã bị tiêu quá ở hầu hết các bệnh viện, vì chi phí khám chữa bệnh đã tăng lên trong thực tế.⁵⁶ Các nước láng giềng như Trung Quốc và Thái Lan cũng đã thử nghiệm cơ chế thanh toán theo nhóm các bệnh liên quan, trước hết là tập trung vào nhóm các bệnh thường gặp. Cơ chế này đã cho thấy có thể giảm thời gian nằm viện trung bình và có thể ngăn ngừa tình trạng kê đơn thuốc và điều trị quá mức cần thiết.⁵⁷

Một nghiên cứu gần đây về các cơ chế thanh toán cho y tế ở Việt Nam cho rằng cơ chế thanh toán theo nhóm các bệnh liên quan đã được triển khai ở các nước láng giềng có thể áp dụng được ở Việt Nam. Nghiên cứu khuyến nghị là Việt Nam có thể áp dụng một hình thức hỗn hợp bao gồm cả thanh toán theo định suất cho các điều trị chính và thanh toán theo nhóm các bệnh liên quan cho các chăm sóc bệnh viện, trước mắt là tập trung vào các dịch vụ y tế ưu tiên và dự phòng.⁵⁸

ĐỘ BAO PHỦ CỦA BẢO HIỂM Y TẾ

Bảo hiểm y tế đang đóng một vai trò ngày càng quan trọng trong việc hỗ trợ chi trả chi phí y tế. Số liệu VHLSS cho thấy độ bao phủ của bảo hiểm đã tăng lên nhanh chóng, từ 39% tổng dân số trên 5 tuổi năm 2004 lên 53% năm 2008 (trẻ em dưới 6 tuổi được chăm sóc y tế miễn phí). Trong tổng dân số có bảo hiểm, 21% có bảo hiểm y tế miễn phí, 10% có

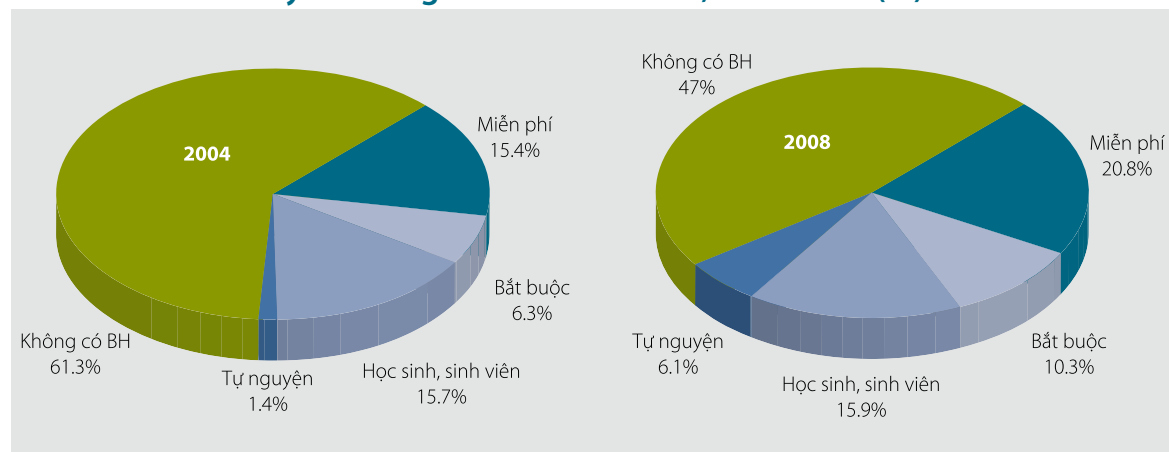
bảo hiểm bắt buộc, 16% có bảo hiểm học sinh, sinh viên và 6% có bảo hiểm tự nguyện. Trong năm 2008 có 69% người nghèo, 76,2% dân tộc thiểu số và 59% người 60 tuổi trở lên có bảo hiểm y tế. Độ bao phủ của bảo hiểm y tế đối với nữ thường ít hơn so với nam.⁵⁹ Trong năm 2009, ước tính bảo hiểm y tế đã bao phủ khoảng 58,4% dân số, trong khi số còn lại là 35,7 triệu dân vẫn chưa có bảo hiểm.⁶⁰

Trong một nghiên cứu phục vụ cho Báo cáo này, Nguyễn Việt Cường đã nhận định bảo hiểm y tế đang đóng một vai trò tích cực giúp tăng khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế và giảm chi từ tiền túi của người dân. Sự tham gia của người dân vào tất cả các loại bảo hiểm y tế có mối tương quan với số lần thăm khám, kể cả nội và ngoại trú. Bảo hiểm y tế cũng góp phần làm giảm chi phí cho các dịch vụ y tế, đặc biệt là bảo hiểm y tế miễn phí, bảo hiểm bắt buộc và bảo hiểm cho học sinh, sinh viên.⁶¹ Việc tăng chi tiêu công cho bảo hiểm y tế cho người nghèo và người thiệt thòi, mở rộng độ bao phủ của bảo hiểm với các nhóm dân cư khác nhau giúp tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế và giảm chi phí cho cả chăm sóc nội và ngoại trú.

Chính phủ cam kết sẽ phổ cập bảo hiểm y tế vào năm 2014, tuy nhiên hệ thống bảo hiểm y tế phải đối mặt với những thách thức đáng kể. Từ góc độ người sử dụng, chất lượng của các dịch vụ, sự chậm trễ trong

điều trị và thái độ của nhân viên cung cấp dịch vụ bất kể là dịch vụ miễn phí hoặc thanh toán qua bảo hiểm đang là rào cản đối với việc mua và sử dụng bảo hiểm y tế.⁶² Những người có khả năng chi trả thường sẽ chọn các dịch vụ không nằm trong danh mục bảo hiểm để tránh phác đồ điều trị "hạng hai". Những người không có khả năng chi trả thì thường trì hoãn việc thăm khám cho đến khi vấn đề sức khỏe trở nên trầm trọng. Mức phúc lợi từ bảo hiểm thường là thấp, đặc biệt là với bảo hiểm thuộc diện giảm nghèo và an sinh xã hội. Kết quả là khoảng 30% số người có bảo hiểm y tế cho người nghèo vẫn phải đối mặt với các khoản chi lớn cho chăm sóc sức khỏe.⁶³ Độ bao phủ của bảo hiểm y tế Việt Nam vẫn duy trì ở mức cứ 5 người thì 2 người vẫn chưa có bảo hiểm, trong đó có rất nhiều người và hộ gia đình thuộc diện nghèo và cận nghèo. Do đó, việc mở rộng diện bao phủ của bảo hiểm y tế, tạo ra doanh thu đủ để tăng các phúc lợi của bảo hiểm và đảm bảo tính khả thi của cơ chế bảo hiểm phải được nhìn nhận như các ưu tiên chính sách quan trọng (Hộp 5.4).

Hình 5.4: Bảo hiểm y tế của người dân trên 5 tuổi, 2004-2008 (%)



Nguồn: VHLSS 2004 và 2008, trích từ Nguyễn Việt Cường 2010

HỘP 5.4: HƯỚNG TỚI BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

Hiện tại Việt Nam đang lưu hành 3 loại bảo hiểm y tế cho người dân (xem Bảng 5.1): bảo hiểm y tế bắt buộc dành cho người lao động/công chức, bảo hiểm miễn phí hoàn toàn hoặc trợ cấp một phần cho người nghèo và các nhóm thiệt thòi, bảo hiểm y tế tự nguyện đối với học sinh, sinh viên và đối tượng lao động khác. Tính đến 2008, 53% người dân Việt Nam đã có bảo hiểm y tế và ước tính đã tăng lên 58,4% trong năm 2009.⁶⁴ Mặc dù bảo hiểm y tế đã được chú trọng hơn đối với nhóm người thiệt thòi trong xã hội, song vẫn còn một tỷ lệ lớn trong các nhóm này vẫn chưa có bảo hiểm. Trong năm 2008, 41% số người trên 60 tuổi, 24% người dân tộc thiểu số và 31% ngũ phân vị nghèo nhất vẫn chưa có bảo hiểm y tế. Tỷ lệ có bảo hiểm tại một số vùng nghèo của Việt Nam cũng ở mức thấp: 34% người dân tại vùng Đông Bắc Bộ, 39% tại duyên hải Bắc Trung bộ và 38,5% tại Tây Nguyên chưa có bảo hiểm y tế. Mặt khác, cũng trong 2008, bảo hiểm y tế lại bao phủ tới 50% ngũ phân vị

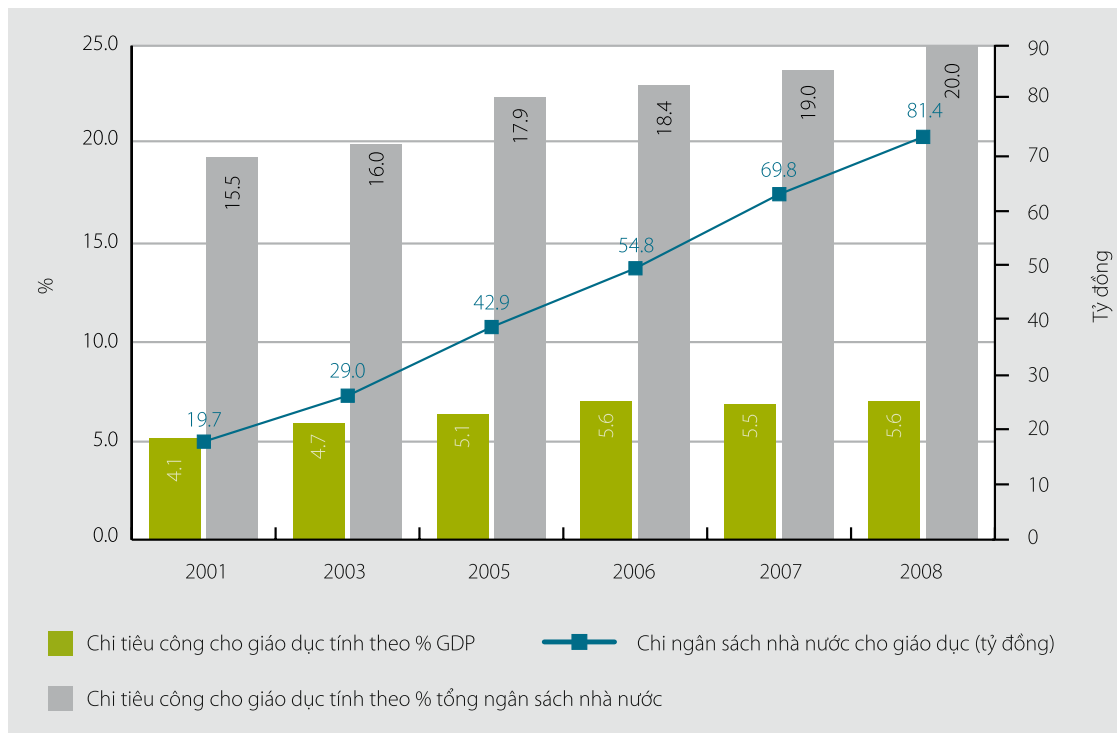
giàu nhất.⁶⁵ Trong khi các đối tượng như trẻ em dưới 6 tuổi, người trên 60 tuổi, người nghèo, người dân tộc thiểu số và người dân nông thôn thường được hỗ trợ bảo hiểm y tế miễn phí thì tỷ lệ người Kinh/Hoa và người không thuộc diện nghèo có bảo hiểm y tế tự nguyện, bắt buộc và bảo hiểm cho học sinh, sinh viên đều cao hơn. Tuy nhiên, có tới 14,6% người không thuộc diện nghèo lại có bảo hiểm y tế miễn phí trong năm 2008.

Một tỷ lệ cao trong một số nhóm dân cư không có bảo hiểm y tế, đặc biệt là những người lao động không đủ điều kiện được trợ cấp và không được hưởng chương trình bảo hiểm y tế bắt buộc. Ước tính khoảng 23 triệu người lâm vào hoàn cảnh này và chỉ có 11% trong số họ có bảo hiểm y tế trong năm 2008.⁶⁶ Họ đủ điều kiện tham gia bảo hiểm tự nguyện, nhưng họ không tham gia; phần lớn số người có bảo hiểm y tế tự nguyện là sinh viên, do đối tượng này dễ dàng được thu nạp thông qua các trường học. Trong khi đó đối tượng không phải sinh viên vẫn gặp những cản trở đáng kể trong tiếp cận bảo hiểm tự nguyện như giá bảo hiểm cao (chiếm 4,5-6% lương tối thiểu), chất lượng dịch vụ thấp; mức thu nhập thấp; và thiếu một chiến lược tiếp thị tập trung và hiệu quả.⁶⁷ Phần lớn người tham gia bảo hiểm cùng chi trả với cơ quan bảo hiểm ở mức 20% đối với các dịch vụ y tế thông thường và 50-80% đối với các dịch vụ có chi phí cao và xét nghiệm. Những trường hợp ngoại lệ là người nghèo, hưu trí, người đang hưởng trợ cấp xã hội chỉ phải trả 5%, còn các đối tượng quân nhân, trẻ em dưới 6 tuổi được bảo hiểm chi trả hoàn toàn.⁶⁸ Do có mức trần về tổng số tiền tối đa được chi trả từ bảo hiểm y tế nên bảo hiểm y tế cũng không cung cấp mức hỗ trợ hoàn toàn đầy đủ cho các hộ gia đình.

Thâm hụt ngân sách của quỹ Bảo hiểm xã hội ước tính lên tới 1.400 tỷ đồng trong năm 2008. Các khoản thâm hụt lớn liên quan đến chăm sóc sức khỏe miễn phí cho trẻ em dưới sáu tuổi và quỹ khám chữa bệnh tự nguyện.⁶⁹ Một phần của vấn đề là “lựa chọn ngược” theo đó người cần chăm sóc y tế nhất mới mua bảo hiểm y tế và thực trạng này đã làm tăng chi phí mà bảo hiểm phải chi trả. Điều này đặc biệt đúng đối với bảo hiểm y tế tự nguyện ở Việt Nam: hầu hết các đối tượng lao động không chính thức đều không muốn tham gia loại bảo hiểm này, vì vậy chỉ những người mắc bệnh hoặc dự kiến sẽ phải chi nhiều cho chăm sóc sức khỏe mới mua bảo hiểm y tế.⁷⁰ Nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân và tạo doanh thu cho quỹ Bảo hiểm xã hội thì phải huy động được nguồn vốn từ những người đang trong độ tuổi lao động và phải thu hút được hàng triệu người lao động không chính thức, nhóm khó thu hút nhất. Những người có thu nhập thấp đang phải gồng lên để chi trả, trong khi những người thu nhập cao hơn lại không nhìn thấy lợi ích của việc tham gia bảo hiểm y tế.⁷¹ Quỹ Bảo hiểm xã hội cũng cần trở thành một bên mua chủ động các dịch vụ để đảm bảo các dịch vụ mà quỹ chi trả thực sự là cần thiết và không lãng phí (trong đó có đơn thuốc) và cần chủ động giám sát, phân tích hoạt động của các bên cung cấp dịch vụ y tế và cung cấp thông tin cho người dân.

Ước tính dựa trên VHLSS 2006 cho thấy để đạt được phổ cập bảo hiểm y tế, chính phủ cần tăng đáng kể chi tiêu y tế lên khoảng từ 0,7% đến 1,6% GDP. Tăng doanh thu từ bảo hiểm y tế bắt buộc của người lao động trong khu vực chính thức và tăng trợ cấp cho người sử dụng có thể giúp cắt giảm chi tiêu từ tiền túi của người dân đến 30% và đem lại đủ doanh thu cho quỹ Bảo hiểm y tế xã hội, giúp quỹ này có thể tạo ảnh hưởng với các cơ sở y tế, ví dụ để nâng cao chất lượng dịch vụ cho người được bảo hiểm.⁷² Điều này sẽ đòi hỏi chính phủ phải xem xét lại ưu tiên cho phát triển con người thông qua các ưu tiên khác trong đầu tư công.

Hình 5.5: Chi tiêu công cho giáo dục, 2001-2008



Nguồn: Bộ Giáo dục và Đào tạo, trích từ Vũ Hoàng Linh 2010

CUNG CẤP TÀI CHÍNH CHO GIÁO DỤC

CHI TIÊU CHO GIÁO DỤC

Việt Nam chi tiêu cho giáo dục nhiều hơn cho y tế, với tỷ lệ chi tiêu công trong ngân sách nhà nước đã tăng từ 15,5% năm 2001 lên 20% năm 2008. Chi tiêu công cho giáo dục chiếm 5,6% GDP năm 2008, gấp đôi chi tiêu công cho y tế. Hình 5.5 cho thấy sự thay đổi trong chi tiêu giáo dục: trong khi tỷ trọng chi tiêu công trong ngân sách nhà nước tăng lên gấp bốn lần từ năm 2001-2008, tỷ trọng trong GDP vẫn giữ khá ổn định. So với các nước khác trong khu vực, Việt Nam chi tiêu cho giáo dục cao hơn đáng kể.

So với các nước khác trong khu vực, Việt Nam chi tiêu cho giáo dục cao hơn đáng kể.

Theo số liệu của UNESCO,⁷³ Việt Nam đã dành một tỷ lệ ngân sách cho giáo dục cao hơn so với phần lớn các nước trong khu vực, trừ Thái Lan. Tuy nhiên, hiệu quả giáo dục của Việt Nam kém hơn so với tất cả các

nước này, với số năm đi học trung bình và số năm đi học kỳ vọng thấp hơn, cho thấy Việt Nam đầu tư kém hiệu quả hơn (Bảng 5.4).

CHI TIÊU CÔNG CHO GIÁO DỤC Ở CẤP TỈNH

Năm 2008, phần lớn chi tiêu công trong giáo dục dành cho bậc tiểu học và trung học, mặc dù chi tiêu cho giáo dục mầm non, dạy nghề và đại học đã tăng từ năm 2001. Chi tiêu cho giáo dục cơ bản (tiểu học và trung học cơ sở) chiếm 52%, giáo dục mầm non 7,5%, phổ thông trung học 11%, đào tạo đại học và dạy nghề 24,4% trong ngân sách giáo dục năm 2008.⁷⁴ Cũng giống như chi tiêu y tế, có sự khác biệt đáng kể giữa các vùng và các tỉnh, với chênh lệch chi tiêu giữa các tỉnh giàu hơn và nghèo hơn là bốn lần.⁷⁵ Chi tiêu giáo dục chủ yếu được phân cho địa phương, với 89% tổng số chi tiêu giáo dục là ở cấp tỉnh. Chỉ có giáo dục đại học là có chi tiêu đáng kể từ cấp quốc gia.⁷⁶ Hỗ trợ bên ngoài đối với ngành giáo dục Việt Nam chủ yếu là cho giáo dục cơ bản. Tuy nhiên điều này có thể thay đổi, khi Việt Nam hiện nay đã là nước thu nhập trung bình thấp và có thể dẫn đến suy giảm viện trợ cho giáo dục.⁷⁷

CHI TIÊU CHO GIÁO DỤC CỦA HỘ GIA ĐÌNH

Chi tiêu từ hộ gia đình đã tăng mạnh đối với tất cả các vùng, các nhóm kinh tế-xã hội và ước tính chiếm tới 50% chi tiêu chung cho giáo dục ở Việt Nam, tùy vào cấp học.⁷⁸ Chi tiêu công chiếm phần lớn chi tiêu trong giáo dục tiểu học và trung học cơ sở, trong khi chi từ khu vực tư nhân chiếm hơn một nửa chi tiêu cho cấp đại học (Hình 5.6). Tuy nhiên, tỷ lệ chi tiêu từ

khu vực tư nhân đã giảm ở tất cả các bậc học. Lý do là mặc dù chi tiêu từ hộ gia đình tăng, nhưng chi tiêu công cũng tăng ở tất cả các bậc học.⁷⁹

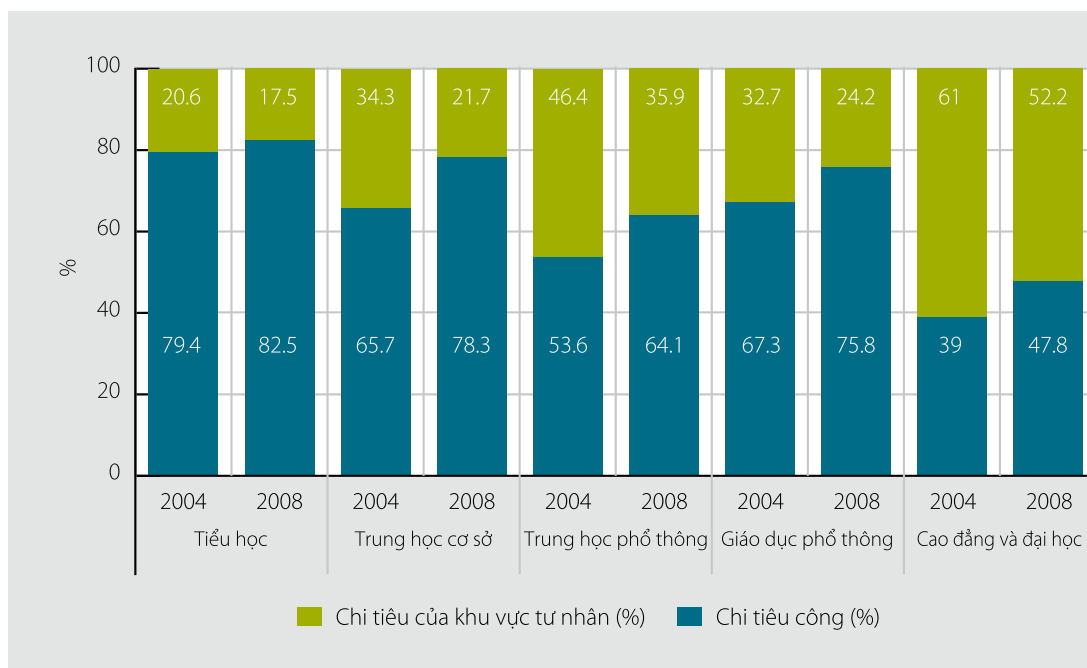
Chi tiêu công chiếm phần lớn chi tiêu trong giáo dục tiểu học và trung học cơ sở, trong khi chi từ khu vực tư nhân chiếm hơn một nửa chi tiêu cho cấp đại học.

Bảng 5.4: Chi tiêu công cho giáo dục và số năm đi học ở một số nước châu Á, 2007-2008

Nước	Chi tiêu công cho giáo dục trong tổng GDP (%)	Chi tiêu công cho giáo dục trong tổng chi tiêu chính phủ (%)	Số năm đi học trung bình	Số năm đi học kỳ vọng
Indonesia (2007)	3.5	18.7	5.7	12.7
Thái Lan (2008)	4.7	25.7	6.6	13.5
Philippines (2007)	2.7	15.9	8.7	11.5
Malaysia (2007)	4.5	18.2	9.5	12.5
Hàn Quốc(2007)	4.2	14.8	11.6	16.8
Việt Nam (2008)	5.3	19.8	5.5	10,4
Trung Quốc (2007)	3.4	18.2	7.5	11.4

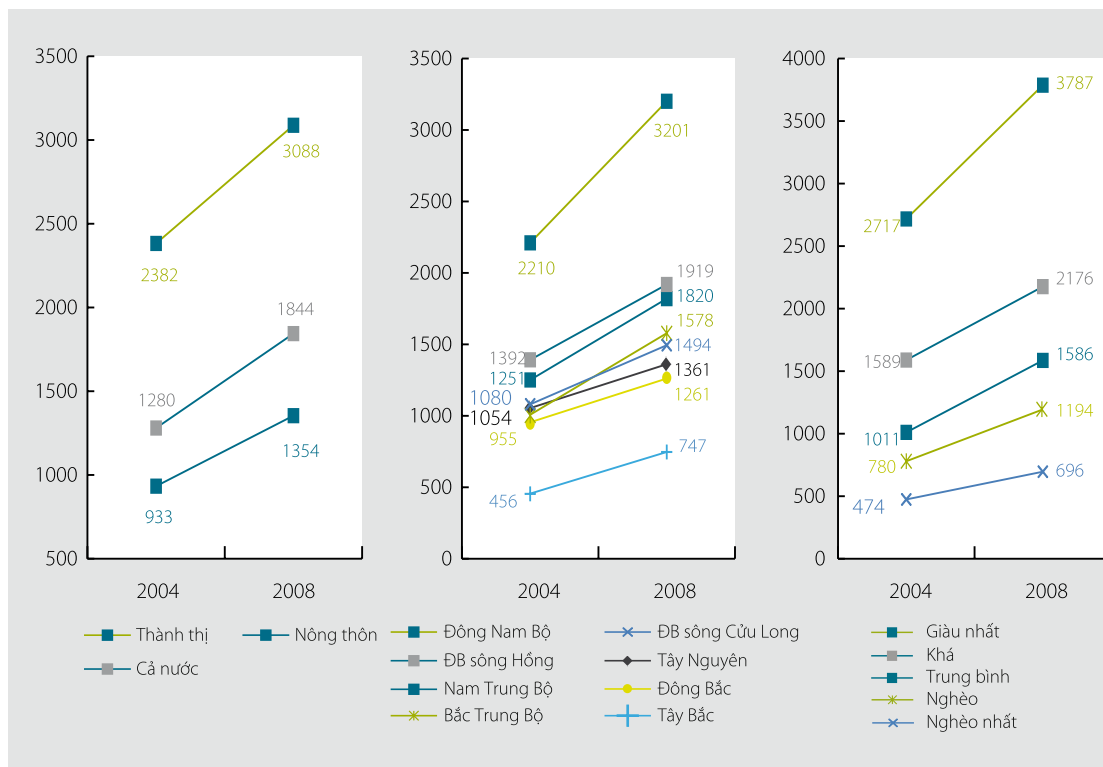
Nguồn: Viện Thống kê UNESCO, <http://stats.uis.unesco.org>; ADB 2010; Báo cáo HDR toàn cầu

Hình 5.6: Chi tiêu công và tư cho giáo dục 2004-2008



Nguồn: VHLSS 2004 và 2008, Bộ Giáo dục và Đào tạo, trích dẫn trong Vũ Hoàng Linh 2010

Hình 5.7: Chi tiêu bình quân đầu người cho giáo dục ('000 VND, mức giá năm 2008), 2004-2008



Nguồn: VHLSS 2004, 2008

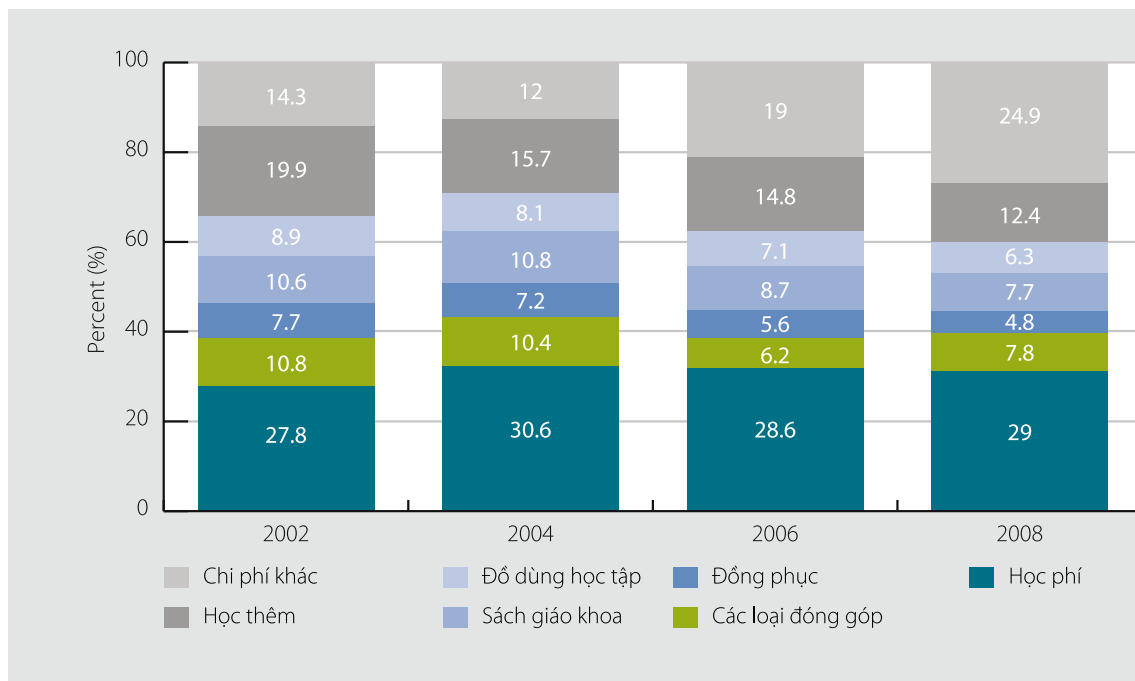
Tuy nhiên, chi tiêu thực tế của hộ gia đình cho giáo dục đã tăng 44%, từ 1.280.300 đồng năm 2004 lên 1.844.000 đồng năm 2008 (tính theo mức giá năm 2008). Trong khi chi phí tăng lên ở tất cả các vùng và các nhóm kinh tế-xã hội, như Hình 5.7 cho thấy, mức tăng mạnh nhất là ở khu vực thành thị, ngũ phân vị giàu nhất và vùng Đông Nam Bộ. Đồng thời, khoảng cách giữa thành thị và nông thôn, giữa nhóm giàu nhất và nghèo nhất, giữa Đông Nam Bộ và Tây Bắc cũng tăng lên đáng kể. Năm 2008, người dân khu vực thành thị chi tiêu cao hơn người dân khu vực nông thôn 2,3 lần; người dân Đông Nam Bộ chi tiêu cao hơn 4,3 lần so với người dân vùng Tây Bắc; ngũ phân vị giàu nhất chi tiêu cao hơn 5,4 lần so với ngũ phân vị nghèo nhất.

Đáng chú ý là phần lớn chi tiêu trong giáo dục không phải cho học phí, mà cho các chi phí liên quan. Năm

2008, học phí chiếm 29% chi phí giáo dục, trong khi học thêm chiếm 12% và các chi phí khác chiếm 25% bao gồm đi lại, ăn uống, quà tặng và các khoản chi cho giáo viên. Hình 5.8 cho thấy tỷ lệ của các chi phí này trong giai đoạn 2002-2008.

Năm 2008 cũng có những khác biệt đáng kể trong chi tiêu ở các bậc học, giữa các nhóm kinh tế-xã hội và các khu vực. Học phí chiếm tỷ lệ ngày càng tăng trong tổng chi phí ở các bậc học cao hơn, còn học thêm trở nên đặc biệt quan trọng ở bậc trung học phổ thông. Các gia đình ở đô thị chi tiêu nhiều hơn cho học thêm, trong khi các gia đình ở nông thôn chi tiêu nhiều hơn cho sách giáo khoa và đồ dùng học tập.⁸⁰ Các chi phí này là gánh nặng lớn cho các gia đình nghèo nhất, những gia đình chi nhiều hơn vào các khoản đóng góp cho trường và đồng phục, trong khi các gia đình khá giả hơn lại chi tiêu nhiều hơn cho học thêm và các chi phí khác.

Hình 5.8: Ước tính phân chi tiêu của hộ gia đình, theo khoản chi, 2002-2008



Nguồn: VHLSS 2008, trích dẫn trong London 2010b

CHI TIÊU CHO HỌC THÊM LÀ YẾU TỐ QUAN TRỌNG ĐỐI VỚI KẾT QUẢ HỌC TẬP

Ở Việt Nam hiện nay, kết quả học tập đang ngày càng phụ thuộc vào khả năng theo học các lớp học thêm. Ở cấp tiểu học, cấp học được coi là miễn phí, khoảng 50% hộ gia đình chi trả cho các lớp học thêm trước khi con em họ vào lớp một và tăng tới 70% từ lớp năm khi các em chuẩn bị vào trường trung học.⁸¹ Ở cấp trung học, các khóa học thêm được coi là thiết yếu đối với những học sinh muốn tiếp tục học sau trung học. Các hộ gia đình khá giả nhất dành hơn một phần ba chi tiêu giáo dục của họ cho học thêm ở cấp trung học, trong khi các hộ gia đình nghèo nhất chỉ có 12%. Điều này cho thấy có sự khác biệt trong tiếp cận giáo dục chất lượng cao, và dĩ nhiên ảnh hưởng đến tiếp cận giáo dục đại học (được dựa trên kết quả thi tuyển sinh).⁸² Như vậy, điều kiện kinh tế gia đình giúp lý giải mức độ chênh lệch 26% trong giáo dục đại học giữa ngũ phân vị giàu nhất và nghèo nhất như nêu trong Chương 4. Những gia đình giàu có hơn chi tiêu nhiều hơn cho học phí, đặc biệt là ở cấp tiểu học, nghĩa là con em họ đang theo học các trường tốt hơn và đắt hơn trong khi học sinh nghèo đang học ở các trường công miễn phí. Chi phí học cao hơn do các khoản chi phí không chính thức cho các lớp học thêm gây ra.⁸³ Mặt khác, các gia đình nghèo, dân tộc thiểu số và gia

đình nông thôn có xu hướng chi tiêu cho học phí ít hơn, đặc biệt là ở bậc tiểu học và trung học cơ sở, do được miễn phí.

CÁC CHI PHÍ KHÔNG CHÍNH THỨC TRONG GIÁO DỤC

Cũng như trong y tế, các khoản chi không chính thức trong giáo dục rất phổ biến và thường xuyên, bao gồm tham nhũng trong tuyển sinh đầu vào, học phí, lệ phí và học thêm. Một nghiên cứu năm 2010 của Thanh tra Chính phủ cho thấy các bậc cha mẹ được khảo sát tại Hà Nội, TP Hồ Chí Minh và Đà Nẵng coi hối lộ là việc bình thường trong quá trình tiếp cận dịch vụ giáo dục, kể cả ở cấp tiểu học. Trong khi chỉ 10% cha mẹ thừa nhận đã trả tiền để con em họ được đến trường, 67% nói rằng hành vi này là chấp nhận được.⁸⁴ Tương tự, trong cuộc điều tra PAPI năm 2010, 47% số người được hỏi đồng ý rằng giáo viên thiên vị học sinh có cha mẹ hối lộ, 61% nói rằng các khoản chi không chính thức trong giáo dục tiểu học là phổ biến và 43% nói rằng hối lộ cho giáo viên là phổ biến.⁸⁵

Ở bậc đại học, tham nhũng được thừa nhận là phổ biến trong một số chương trình đào tạo, khi trong một số trường hợp có thể mua bằng sau đại học và

bằng đào tạo tại chức, từ xa và liên thông.⁸⁶ Trong VHLSS năm 2008, 15-16% số người trả lời cho rằng trong giai đoạn 2006-2008 nạn tham nhũng đã trở

nên tồi tệ hơn trong đào tạo nghề và giáo dục đại học; con số này là 11% trong giáo dục trung học và 9% trong giáo dục tiểu học.⁸⁷

Bảng 5.5: Tỷ lệ phần trăm chi tiêu cho giáo dục tính trên đầu học sinh trong tổng chi tiêu bình quân đầu người của các hộ gia đình, 2008 (%)

		Tiểu học	Trung học cơ sở	Trung học phổ thông	Đại học & cao đẳng
	Việt Nam	9,8	13,2	22,2	51,4
Thành thị-nông thôn	Thành thị	14,1	16,7	24,4	43,1
	Nông thôn	8,5	12,0	21,4	57,7
Vùng	Đồng bằng sông Hồng	12,2	16,4	24,0	44,8
	Đông Bắc	8,0	11,1	18,7	51,3
	Tây Bắc	2,8	0,8	12,7	33,0
	Duyên hải Bắc Trung Bộ	12,0	14,1	24,0	59,9
	Duyên hải Nam Trung Bộ	8,0	12,2	23,4	51,6
	Tây Nguyên	7,5	11,0	17,2	49,7
	Đông Nam Bộ	14,3	16,1	26,0	50,8
	Đồng bằng sông Cửu Long	6,5	10,7	19,3	61,8
Dân tộc	Dân tộc Kinh và Hoa	11,0	14,4	23,4	51,5
	Các dân tộc thiểu số	4,2	5,7	11,3	49,9
Nhóm ngũ phân vị	Nghèo nhất	9,0	12,6	24,4	41,4
	Nghèo	9,1	13,1	23,9	78,5
	Trung bình	10,5	12,7	22,4	63,5
	Khá	9,4	13,2	21,7	57,0
	Giàu nhất	12,4	14,5	19,7	40,0

Nguồn: VHLSS 2008, trích dẫn trong Vũ Hoàng Linh 2010

CHI TIÊU BÌNH QUÂN ĐẦU NGƯỜI CỦA HỘ GIA ĐÌNH CHO GIÁO DỤC ĐÃ TĂNG LÊN

Cuối cùng và quan trọng là, chi tiêu bình quân đầu người của hộ gia đình dành cho giáo dục đã tăng trong giai đoạn 2004-2008 ở tất cả các bậc học, trừ trung học cơ sở. Trên toàn quốc, chi tiêu cho giáo dục chiếm tỷ trọng 6,4% trong chi tiêu bình quân đầu người của hộ gia đình. Tuy nhiên, năm 2008, trong chi tiêu bình quân đầu người của hộ gia đình, tỷ lệ chi cho giáo dục (trừ tất cả các khoản phúc lợi giáo dục như trợ cấp và học bổng) ở bậc tiểu học là 9,8%, bậc trung học cơ sở là 13,2%, bậc trung học phổ thông là 22,2% và đáng kinh ngạc là 51,4%

cho giáo dục đại học và cao đẳng (Bảng 5.5). Các hộ gia đình ở thành thị, nhóm dân tộc chiếm đa số Kinh/Hoa, nhóm giàu nhất, đồng bằng sông Hồng, Đông Nam Bộ và duyên hải Bắc Trung Bộ đã dành tỷ trọng cao nhất trong chi tiêu của họ cho giáo dục tiểu học và trung học cơ sở.

Ở cấp trung học phổ thông, các hộ gia đình ở thành thị, Đông Nam Bộ, Đồng bằng sông Hồng và Bắc Trung Bộ cũng như người Kinh/Hoa dành tỷ trọng cao hơn trong chi tiêu hộ gia đình cho giáo dục, nhưng những hộ gia đình trong hai nhóm ngũ phân vị thấp nhất lại dành tỷ trọng cao hơn trong chi tiêu của họ cho giáo dục so với các hộ

khá giả hơn. Tuy nhiên, ở bậc đại học, các hộ gia đình ở nông thôn, Bắc Trung Bộ, đồng bằng sông Cửu Long và nhóm dưới trung bình chi tiêu nhiều nhất, một phần do chi phí đi lại và các chi phí khác liên quan đến giáo dục đại học. Rõ ràng là, chi tiêu giáo dục là một gánh nặng lớn đối với các hộ nghèo và khó khăn, đặc biệt là ở các bậc học cao hơn, điều này thể hiện ở tỷ lệ bỏ học cao hơn ở bậc trung học phổ thông. Vũ Hoàng Linh ước tính một gia đình với hai con học đại học sẽ phải dành tới 25,7% tổng chi tiêu hộ gia đình cho giáo dục của con em mình.⁸⁸

Chi tiêu giáo dục là một gánh nặng lớn đối với các hộ nghèo và khó khăn, đặc biệt là ở các bậc học cao hơn.

CHI PHÍ GIÁO DỤC VÀ MIỄN GIẢM HỌC PHÍ

Miễn học phí và các chi phí khác góp phần hạn chế chi phí giáo dục mà hộ gia đình phải trực tiếp chi trả, đáng kể nhất là ở bậc tiểu học. Dữ liệu VHLSS 2008 cho thấy một tỷ lệ đáng kể học sinh được miễn học phí và các khoản thanh toán: 35,5% học sinh tiểu học được miễn trong năm 2008. Trong số này, 50% được miễn do là học sinh tiểu học, 17% thuộc các hộ nghèo, 13% thuộc các dân tộc thiểu số, 12% sống ở vùng sâu vùng xa, miền núi, 4,5% có cha mẹ là liệt sĩ hoặc cựu chiến binh, và phần còn lại hoặc có hoàn cảnh khó khăn hoặc được miễn phí vì các lý do khác.⁸⁹ Có thể thấy các vùng nông thôn, Tây Bắc, Tây Nguyên và nhóm ngũ phân vị nghèo nhất có tỷ lệ miễn phí cao hơn. 61,1% học sinh ở ngũ phân vị nghèo nhất được miễn phí, chủ yếu là gia đình nghèo, dân tộc thiểu số hoặc sống ở vùng sâu, vùng xa, miền núi. Tuy nhiên, 17% học sinh trong ngũ phân vị giàu nhất cũng được miễn phí, chủ yếu là do học tiểu học, nhưng có một tỷ lệ nhỏ đang được hưởng các chương trình mục tiêu của chính phủ, cho thấy có sự rò rỉ trong các chương trình này.⁹⁰

Tại Việt Nam, miễn học phí được áp dụng chủ yếu ở bậc tiểu học: 14% các cháu nhà trẻ/mẫu giáo, 80% học sinh tiểu học, 26% học sinh trung học cơ sở, 17,5% học sinh phổ thông trung học và 12,5% sinh viên các trường trung học chuyên nghiệp và dạy nghề được miễn học phí trong năm 2008. Học sinh tiểu học chủ yếu được miễn học phí do bậc tiểu học là miễn phí, tuy nhiên trong giáo dục mầm non, phần lớn trẻ em được miễn giảm học phí là do dân tộc hoặc địa bàn cư trú. Trong khi đó, ở các bậc học cao hơn, học sinh, sinh viên được miễn học phí do nghèo hoặc địa bàn cư trú. Nói cách

khác, miễn giảm học phí được thực hiện thông qua các chương trình giảm nghèo chính bao gồm cả Chương trình 135-II, Chương trình 61 huyện nghèo nhất và Chương trình mục tiêu quốc gia về giảm nghèo. Quan trọng là, 35,7% học sinh có đăng ký hộ khẩu ở tất cả các bậc giáo dục có thể được miễn hoặc giảm phí so với 14% học sinh không có đăng ký hộ khẩu (di cư), điều này cho thấy những khó khăn của con em người di cư trong tiếp cận giáo dục. Hệ thống miễn học phí, theo cách nào đó, lý giải cho sự khác biệt trong các khoản chi phí giáo dục được phân tích trên đây, trong đó tỷ trọng chi cho giáo dục trong chi tiêu bình quân đầu người của ngũ phân vị nghèo nhất và các nhóm dân tộc thiểu số thấp hơn các nhóm khác.

CÁC LOẠI PHÍ TĂNG CAO ĐÃ LÀM TĂNG CHI PHÍ GIÁO DỤC

Miễn học phí và giảm lệ phí phản ánh cam kết của Chính phủ Việt Nam trong việc đảm bảo tiếp cận giáo dục cho mọi công dân nhằm thúc đẩy phát triển con người và tiến tới một xã hội công bằng hơn. Tuy nhiên có khoảng cách đáng kể và ngày càng tăng giữa chính sách và thực tế thực hiện. Ví dụ, theo luật các trường tiểu học không được phép thu học phí, mà cần phải rất công bằng, cho phép trẻ em nghèo và có hoàn cảnh khó khăn học xong ít nhất là bậc giáo dục cơ bản. Tuy nhiên trên thực tế, ngoài học phí, nhiều trường tiểu học còn thu lệ phí, và quan trọng là trong nhiều trường hợp các khoản lệ phí cao hơn hẳn mức quy định. Mặc dù đã có cam kết chính trị về giáo dục tiểu học miễn phí, chi tiêu hộ gia đình vẫn chiếm 17,5% tổng chi tiêu ở bậc tiểu học.⁹¹

Chi phí vẫn là một rào cản lớn đối với tiếp cận giáo dục của các hộ gia đình khó khăn và có thu nhập thấp, đặc biệt là ở các cấp sau tiểu học.

Miễn học phí được thực hiện một cách tùy tiện, và các hộ gia đình ngày càng phải chi trả nhiều cho học thêm, đặc biệt là ở các khu vực đô thị. Điều này giải thích tại sao chi phí thực tế bình quân đầu người cho giáo dục tiểu học ở khu vực thành thị, đồng bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ lại cao hơn. Đa số các trường hợp miễn giảm là cho toàn bộ học phí - 28,7% trong năm 2008, nhưng trên thực tế một tỷ lệ nhỏ các trường hợp miễn giảm là miễn một phần học phí và các chi phí khác; điều này có nghĩa là các hộ gia đình phải nộp khoản chênh lệch.⁹² Như đã phân tích trên đây, ở các bậc học cao hơn, chi phí leo thang và bao gồm không

chỉ học phí và các lệ phí khác, đồng thời chi tiêu của hộ gia đình cho các khóa học thêm cũng tăng lên. Tỷ lệ tham gia của khu vực tư nhân cũng tăng lên ở các bậc học cao hơn, đặc biệt là từ cấp trung học phổ thông, làm tăng các lệ phí cần thiết để

theo học.⁹³ Do đó, chi phí vẫn là một rào cản lớn đối với tiếp cận giáo dục của các hộ gia đình khó khăn và có thu nhập thấp, đặc biệt là ở các cấp sau tiểu học.

HỘP 5.5: HỖ TRỢ TIỀN MẶT CÓ ĐIỀU KIỆN TRONG Y TẾ VÀ GIÁO DỤC

Hỗ trợ tiền mặt có điều kiện là một ví dụ về chiến lược thúc đẩy nhu cầu thành công trong việc tăng cường tiếp cận các dịch vụ y tế và giáo dục, thường là hướng tới phụ nữ. Hiện nay, nhiều quốc gia có các chương trình hỗ trợ tiền mặt có điều kiện. Ở một số nước, bao gồm cả các quốc gia có trình độ phát triển con người cao và mức thu nhập trên trung bình như Brazil và Mexico, các chương trình này tiếp cận hàng triệu hộ gia đình, cung cấp các khoản tiền có giá trị lên tới 20% chi tiêu hộ gia đình trung bình và có giá trị khoảng 0,5% GDP. Mặc dù có một số khác biệt, nhưng các chương trình đều hỗ trợ tiền mặt trực tiếp cho hộ gia đình, yêu cầu tuân thủ các điều kiện như nhập học, tham gia chăm sóc y tế dự phòng cho trẻ nhỏ, và hướng vào người nghèo. Các chương trình này nhằm giảm nghèo tiêu dùng, đồng thời thúc đẩy cải thiện kết quả phát triển con người. Nhiều chương trình dành cho phụ nữ nhằm nâng cao vai trò và vị trí của họ trong gia đình.⁹⁴ Các khoản hỗ trợ tiền mặt có điều kiện đã làm tăng đáng kể việc sử dụng dịch vụ, mặc dù tác động của chúng đối với các kết quả lâu dài về y tế và giáo dục thì phức tạp hơn.

Chương trình Bolsa Familia Brazil bao phủ tới 12 triệu gia đình. Mỗi gia đình nhận được một khoản tiền nhỏ, khoảng 12 đô la/tháng, với điều kiện là con cái của họ phải theo học đến năm 17 tuổi, tham dự ít nhất 85% các lớp học cho đến khi 14 tuổi và khoảng 75% trong giai đoạn 14-17 tuổi. Các bà mẹ được yêu cầu phải đi khám trước và sau sinh, trẻ em dưới 5 tuổi phải được tiêm phòng tất cả các loại vắc-xin theo khuyến cáo. Để tránh sự rò rỉ công quỹ cho những người không đủ điều kiện hưởng lợi, các thành viên của chương trình này được niêm yết công khai trên một trang web. Đánh giá độc lập cho thấy 80% các quỹ đến được với đối tượng mục tiêu. Kể từ khi chương trình được xây dựng vào năm 2003, tỷ lệ đói nghèo đã giảm từ 42,7% xuống còn 28,8% và bất bình đẳng đã giảm đi 17%.⁹⁵

Tương tự, tại Mexico, PROGRESA (nay là Oportunidades) là một chương trình hỗ trợ tiền mặt có điều kiện, tập trung vào y tế, giáo dục và dinh dưỡng, ước tính tiếp cận được khoảng 5 triệu hộ gia đình. Lợi ích của chương trình bao gồm hỗ trợ tiền mặt trực tiếp cho các bà mẹ để cải thiện dinh dưỡng, bổ sung dinh dưỡng, trợ cấp giáo dục cho trẻ em, ưu đãi cho học sinh để hoàn thành trung học, hỗ trợ tiền mặt cho chi phí học hành, các dịch vụ y tế và nâng cao sức khỏe cho thanh thiếu niên, hỗ trợ tiền mặt cho những người trên 70 tuổi trong gia đình người hưởng lợi, và hỗ trợ tiền mặt để bù đắp cho chi phí năng lượng và thực phẩm. Chương trình này đưa ra các ưu đãi cụ thể để ngăn chặn tỷ lệ bỏ học cao ở trẻ em gái trong giáo dục trung học cơ sở và trung học phổ thông.

Chương trình đã thành công trong việc giảm 19% khoảng cách đói nghèo và giảm 9% tỷ lệ bỏ học ở các trường tiểu học và trung học. Số năm đi học cũng đã tăng trong các đối tượng hưởng lợi; việc sử dụng các dịch vụ y tế công ở khu vực nông thôn tăng 35%. Chương trình cũng đã cải thiện sức khỏe của các đối tượng hưởng lợi, ví dụ thông qua giảm tỷ lệ thấp còi, góp phần giảm tỷ lệ thấp còi chung trong toàn quốc ở nhóm 20% nghèo nhất. Nhìn chung, một số kết quả chưa được như mong đợi, ví dụ kết quả giáo dục thể hiện ở mức tiến công và kết quả thi. Các sáng kiến tạo cầu sẽ là chưa đủ nếu chất lượng dịch vụ cho người nghèo vẫn còn thấp.⁹⁶

CHI TIÊU CỦA HỘ GIA ĐÌNH VÀ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

CHI PHÍ Y TẾ VÀ GIÁO DỤC TĂNG LÀM CHẬM TIẾN TRÌNH PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI CỦA VIỆT NAM

Chi tiêu từ khu vực tư nhân vẫn tiếp tục chiếm tỷ lệ rất cao trong chi tiêu cho cả y tế và giáo dục. Trong y tế, các hộ gia đình trực tiếp đóng góp hơn 60% tổng chi tiêu y tế, còn trong giáo dục họ đóng góp 17,5% trong giáo dục tiểu học và tăng lên hơn 50% trong giáo dục đại học.⁹⁷ Mức đóng góp cao của hộ gia đình làm suy giảm cam kết của chính phủ về việc đảm bảo tiếp cận phổ cập với các dịch vụ, gây ra chi phí lớn cho các hộ gia đình, đặc biệt là các hộ nghèo và có thu nhập thấp; làm tăng tính dễ bị tổn thương của các cá nhân và gia đình nghèo, có hoàn cảnh khó khăn. Chi tiêu tiền túi cho y tế và giáo dục cao mâu thuẫn với cách tiếp cận phát triển con người với mục tiêu tăng khả năng và lựa chọn của cá nhân.

Chi tiêu tiền túi cho y tế và giáo dục cao mâu thuẫn với cách tiếp cận phát triển con người với mục tiêu tăng khả năng và lựa chọn của cá nhân.

Các khoản thanh toán không chính thức trong y tế và giáo dục đang làm tăng chi phí của hộ gia đình và cũng ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ, khi những người có khả năng chi trả nhận được dịch vụ tốt hơn những người không thể chi trả. Điều quan trọng là, những người có khả năng chi trả không có động cơ để sử dụng ảnh hưởng chính trị và xã hội của mình nhằm cải thiện chất lượng dịch vụ cho người nghèo và người có hoàn cảnh khó khăn, vì họ ngày càng có xu hướng không sử dụng các dịch vụ này. Thật vậy, những người Việt Nam giàu có nhất đang ngày càng có xu hướng cho con em họ đi học và chữa trị bệnh ở nước ngoài, trong khi người nghèo không có lựa chọn nào khác ngoài chấp nhận chất lượng của dịch vụ sẵn có cho họ.⁹⁸

Như vậy, chi phí y tế và giáo dục tăng có tác động trực tiếp đến phát triển con người. Chi phí y tế không chỉ là gánh nặng đối với các hộ nghèo mà còn có thể đẩy các hộ gia đình rơi sâu hơn vào đói nghèo,

ví dụ như những cú sốc về bệnh tật đẩy gia đình vào nợ nần, sử dụng hết các khoản tiết kiệm hoặc bán tài sản như đất đai. Trì hoãn điều trị bệnh cũng góp phần làm tăng chi phí y tế (trong trường hợp bệnh trở nặng phải nằm viện) và cũng có khả năng làm trầm trọng thêm vấn đề sức khỏe của người dân. Nhiều người ở Việt Nam thường trì hoãn điều trị và tự điều trị hoặc đến các phòng khám tư nhân, điều này giúp giải thích tỷ lệ chi tiêu tương đối cao cho các loại thuốc. Chi tiêu cho y tế vượt quá khả năng chi trả là một nguồn gây bất ổn kinh tế cho nhiều hộ gia đình Việt Nam.⁹⁹ Tương tự như vậy, chi phí cho trẻ em đi học gây ra gánh nặng đáng kể cho các hộ gia đình nghèo, đặc biệt là ở các bậc học cao hơn. Không được đi học có thể không tạo ra chi phí kinh tế trực tiếp, nhưng nó dẫn đến các chi phí cơ hội đáng kể về mất thu nhập và cơ hội trong tương lai và cũng có thể góp phần kéo dài chu kỳ đói nghèo giữa các thế hệ.

Trợ cấp và phúc lợi cho người nghèo và người thiệt thòi thực sự góp phần bảo đảm tiếp cận y tế, giáo dục, và chính vì vậy đã được Chính phủ Việt Nam ưu tiên. Trong y tế, đó là khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi và cung cấp thẻ bảo hiểm y tế; trong giáo dục, bậc tiểu học miễn phí và các chế độ miễn giảm học phí đã được thiết kế để đảm bảo các hộ nghèo và khó khăn có thể tiếp cận giáo dục cơ bản. Chính phủ đã cam kết rõ ràng về việc giảm chi tiêu tiền túi cho y tế thông qua kết hợp tăng chi tiêu ngân sách cho y tế với phổ cập bảo hiểm y tế, mặc dù đây vẫn còn là một thách thức lớn (xem Hộp 5.4). Tuy nhiên, trong giáo dục, học phí có xu hướng tăng lên ở các bậc sau tiểu học, dựa trên số liệu ước tính về chi tiêu hộ gia đình (mà chi tiêu này chưa bao gồm nhiều khoản liên quan đến giáo dục bao gồm cả đóng góp tự nguyện).¹⁰⁰ So với y tế, hệ thống trợ cấp giáo dục tỏ ra ít hiệu quả hơn và vẫn còn nhiều người có đủ điều kiện hưởng hỗ trợ chưa được tiếp cận. Mặc dù có mức chi tiêu giáo dục khá cao và đang bắt kịp với các nước láng giềng về chi tiêu y tế, Việt Nam vẫn cần các nguồn lực bổ sung, ví dụ để mở rộng diện bao phủ bảo hiểm y tế cho mọi người dân. Các vấn đề quan trọng khác là hiệu quả phân bổ và sử dụng nguồn lực, cách thức tạo ra và sử dụng các khoản thu trong cả khu vực công và tư nhân, vai trò của chính phủ trong việc điều tiết khu vực tư nhân và cung cấp dựa trên phí dịch vụ. Những vấn đề này sẽ được thảo luận trong Chương 6.

MỨC ĐỘ SẴN CÓ, CHẤT LƯỢNG VÀ QUẢN LÝ CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI

MỨC ĐỘ SẴN CÓ CỦA CÁC DỊCH VỤ Y TẾ VÀ GIÁO DỤC

DỊCH VỤ CÔNG VÀ TƯ

Các nhân tố cung và cầu đều đang tác động đến tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục tại Việt Nam. Các nhân tố về phía cung bao gồm sự sẵn có và dễ dàng tiếp cận các dịch vụ, chất lượng dịch vụ và thái độ của nhân viên. Về phía cầu, khả năng tiếp cận trợ cấp và lợi ích, cùng với nhận thức và mức độ hài lòng là các nhân tố chính. Như đã đề cập trong Chương 5, ở Việt Nam, chi phí cho y tế và giáo dục là nhân tố chính gây nên chênh lệch ngày càng tăng trong tiếp cận dịch vụ và trong các kết quả y tế và giáo dục, tạo ra những hậu quả đáng kể đối với nhiều hộ gia đình.

Các dịch vụ y tế và giáo dục ngày càng sẵn có ở Việt Nam. Các dịch vụ này đa phần vẫn do khu vực nhà nước cung cấp, mặc dù sự tham gia của khối tư nhân đã tăng lên đáng kể trong thập kỷ qua, cả về y tế và giáo dục. Điều này đặc biệt đúng đối với các dịch vụ điều trị ngoại trú và dược phẩm, giáo dục mầm non, trung học phổ thông, đại học, cao đẳng và dạy nghề. Một số dịch vụ như trạm y tế xã

và bệnh viện hầu hết vẫn là của nhà nước, mặc dù gần đây chính sách tự chủ tài chính đã khiến đầu tư tư nhân vào bệnh viện công tăng lên. Các đơn vị cung cấp dịch vụ phi nhà nước, phi lợi nhuận vẫn còn rất non trẻ ở Việt Nam. Đây là một vấn đề chính sách quan trọng được thảo luận trong chương này. Tuy nhiên, việc phân chia rạch ròi giữa công và tư lại trở nên phức tạp do tình trạng thương mại hóa các dịch vụ công trong cả lĩnh vực y tế và giáo dục.¹ Việc cung cấp dịch vụ công đang ngày càng bị thương mại hóa thông qua việc thu phí dịch vụ ở cả lĩnh vực y tế và giáo dục.

Việc cung cấp dịch vụ công đang ngày càng bị thương mại hóa thông qua việc thu phí dịch vụ ở cả lĩnh vực y tế và giáo dục.

Việc phân quyền đã mang lại cho ngành y tế và giáo dục sự tự chủ cao hơn trong việc tạo ngân sách và sử dụng ngân sách (Hộp 6.1). Vì vậy, cả nguồn ngân sách do nhà nước rót xuống cùng việc thu phí cho các dịch vụ y tế và giáo dục đã tạo nên những động lực tiêu cực trong cả ngành y tế và giáo dục, làm tổn hại đến những cam kết chính sách của chính phủ và thành quả phát triển con người.

HỘP 6.1: PHÂN QUYỀN

Cải cách hành chính ở Việt Nam đã nhanh chóng phân quyền về cung cấp và thu phí các dịch vụ y tế và giáo dục, trao quyền tự chủ tài chính chưa từng có cho các đơn vị cung cấp dịch vụ công. Mục tiêu là nhằm khuyến khích các ngành huy động mọi nguồn lực kinh tế, mở rộng phạm vi và nâng cao chất

Phân quyền đã đa dạng hóa mạnh mẽ cách thức cung cấp và quản lý dịch vụ công trên các vùng miền.

lượng dịch vụ cũng như tăng khả năng đáp ứng các nhu cầu của công chúng. Phân quyền đã đa dạng hóa mạnh mẽ cách thức cung cấp và quản lý dịch vụ công trên các vùng miền. Các ngành được khuyến khích thương mại hóa để giảm sức ép lên ngân sách trung ương.²

Nghị định số 10 (2004) và Nghị định thay thế số 43 (2006) trao quyền tự chủ về quản lý và tài chính, cho phép các ngành được chủ động hơn trong cách tổ chức công việc, quản lý nhân viên, huy động và phân bổ các nguồn tài chính. Các nhà cung cấp dịch vụ được khuyến khích đầu tư vào cải tiến, chi trả lương cho nhân viên và mở rộng các loại hình dịch vụ bằng các nguồn thu ngoài ngân sách nhà nước.³ Mặc dù ai cũng mong muốn các trường học có thể nâng cấp trang thiết bị, các bệnh viện có khả năng trả lương thưởng tốt hơn cho nhân viên, nhưng việc phân quyền lại tạo các động lực tiêu cực cho nhân viên, thúc đẩy nhà cung cấp tạo thêm nhu cầu không cần thiết, và làm tăng chi phí y tế, giáo dục mà người tiêu dùng phải trả.⁴ Điều quan trọng là quá trình dịch chuyển sang các dịch vụ công tự chủ đã không diễn ra song song với việc hình thành các cơ chế thực hiện hiệu quả nhằm đảm bảo sự giám sát và trách nhiệm giải trình, và tạo điều kiện để người sử dụng dịch vụ có thể góp ý và tác động tới cách thức cung cấp dịch vụ.

DỊCH VỤ Y TẾ

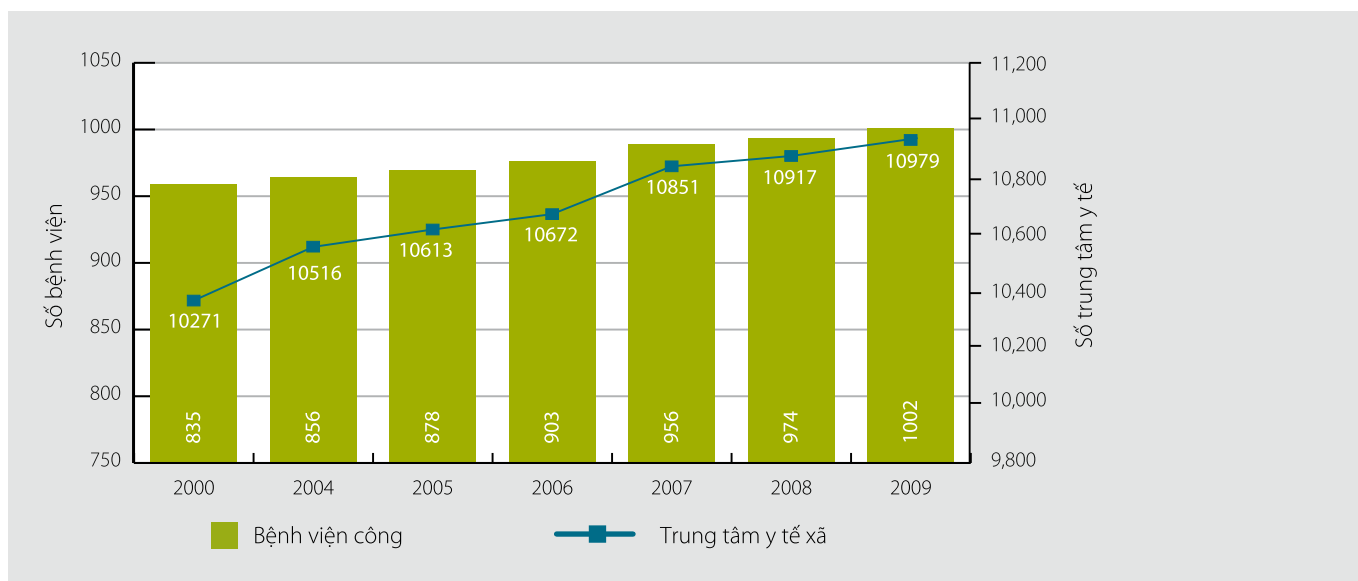
DỊCH VỤ Y TẾ NGÀY Càng PHÁT TRIỂN

Dịch vụ y tế chủ yếu do nhà nước cung cấp, nhưng khu vực tư nhân cũng đang nhanh chóng tham gia cung cấp dịch vụ này, đặc biệt là điều trị ngoại trú. Tuy nhiên trên thực tế, ranh giới giữa khu vực công và tư cũng không rõ ràng, vì bệnh nhân phải trả tiền cho hầu hết các dịch vụ mà họ nhận được, bất kể dịch vụ đó do cơ sở công hay tư cung cấp. Năm 2008, 100% phường xã có cán bộ y tế, trong đó 65% các xã có bác sĩ, 93,3% số xã có bà đỡ hoặc hộ lý sản/nhi và 87% các thôn bản có cán bộ y tế.⁵ Các phòng khám công bao gồm hơn 12.000 trung tâm y tế xã (hoặc trạm y tế xã) hiện diện ở mọi xã hoặc khu dân cư. Những cơ sở này giữ vai trò xương sống của hệ thống y tế dự phòng Việt Nam vì chăm sóc y tế dự phòng chủ yếu do các cơ sở y tế nhà nước cung cấp.⁶ Tuy nhiên, số lượng các phòng khám và bệnh viện phi nhà nước (tư nhân) cũng đang tăng nhanh, cùng với các loại hình dịch vụ y tế đa dạng được cung cấp trên cơ sở thương mại (do người bệnh trực tiếp trả tiền) ở các phòng khám và bệnh viện

công.⁷ Các nhà thuốc nhỏ của tư nhân cũng phát triển bùng nổ.

Hình 6.1 cho thấy số lượng các phòng khám và bệnh viện công tăng lên trong giai đoạn 2000-2009. Số lượng giường bệnh trong các bệnh viện công năm 2009 là 163.900. Tương tự, số lượng bác sĩ và y tá ở các bệnh viện, trung tâm y tế công đã tăng thêm tương ứng là 46% và 41% từ năm 2000 đến 2008.⁸ Tuy nhiên y tá vẫn thiếu trầm trọng, đặc biệt là y tá có trình độ cao.⁹ Trong các cơ sở y tế, có 13.500 cơ sở y tế công và 35.000 cơ sở tư nhân, chủ yếu là các phòng khám tư. Năm 2008, ngoài 974 bệnh viện công với 151.800 giường bệnh, Việt Nam còn có thêm 85 bệnh viện tư với 5.800 giường bệnh. Như vậy, trung bình Việt Nam có khoảng 18 giường bệnh trên 10.000 dân.¹⁰ Con số này thấp hơn đáng kể so với 140 giường bệnh trên 10.000 dân ở Nhật Bản, 86 ở Hàn Quốc và 22 ở Thái Lan.¹¹ Thêm vào đó, số lượng các cơ sở và cán bộ y tế công ở các vùng miền khác nhau cũng khác nhau rất nhiều. Những vùng đông dân cư như Đồng bằng sông Hồng và Đồng bằng sông Cửu Long có nhiều cơ sở và cán bộ y tế hơn (Bảng 6.1). Tuy nhiên, do các vùng này có số lượng dân cư đông nên tỷ lệ cơ sở y tế và cán bộ y tế trên 100.000 dân vẫn thấp.

Hình 6.1: Số lượng cơ sở y tế công 2000 và 2004-2009



Nguồn: Nguyễn Việt Cường 2010; Niên giám thống kê Việt Nam 2009

Bảng 6.1: Số lượng cơ sở và cán bộ y tế công theo 8 vùng, 2008

Vùng	Số lượng cơ sở và cán bộ y tế công				Tỷ lệ cơ sở và cán bộ y tế công trên 100.000 dân			
	Trạm y tế xã	Bệnh viện	Bác sĩ	Y tá	Trạm y tế xã	Bệnh viện	Bác sĩ	Y tá
Đồng bằng sông Hồng	2,546	170	9,764	23,621	13,7	0,92	52,6	127,4
Đông Bắc	2,434	155	6,160	17,495	25,2	1,61	63,8	181,3
Tây Bắc	736	46	1,329	6,263	27,6	1,73	49,9	235,0
Duyên hải Bắc trung bộ	2,043	108	4,912	15,871	18,9	1,00	45,5	147,0
Duyên hải Nam trung bộ	1,023	88	3,930	10,741	14,1	1,21	54,2	148,1
Tây Nguyên	823	67	2,402	7,330	16,4	1,34	48,0	146,5
Đông Nam Bộ	1,259	127	8,288	20,349	8,6	0,87	56,8	139,4
Đồng bằng sông Cửu Long	1,806	154	7,886	23,241	10,2	0,87	44,6	131,3
Cả nước	12,670	915	44,671	124,911	14,7	1,06	51,8	144,9

Nguồn: Niên giám thống kê của TCTK, trích từ Nguyễn Việt Cường 2010

THƯƠNG MẠI HÓA DỊCH VỤ Y TẾ

Nhiều bệnh viện công ở Việt Nam cung cấp dịch vụ thương mại hóa, như các “dịch vụ theo yêu cầu” hay các dịch vụ bổ sung như phòng riêng, điều hòa, và trong một số trường hợp là các trang thiết bị hiện đại hơn với mức giá cao hơn. Kết quả là chất lượng dịch vụ ở cùng một bệnh viện và ở các bệnh viện khác nhau cùng khám chữa một loại bệnh lại có

nhiều khác biệt.¹² Nhu cầu về các dịch vụ này ngày càng tăng vì ngày càng có nhiều người có khả năng chi trả cho các dịch vụ đắt tiền hơn.

Ở các cơ sở y tế công, thương mại hóa có xu hướng khuyến khích lạm dụng thuốc và kê đơn những dịch vụ y tế không cần thiết. Ngân sách nhà nước được phân bổ theo số giường bệnh, và đối với y tế dự phòng là theo số dân. Điều này khuyến khích các

bệnh viện lạm dụng điều trị nội trú cho những bệnh nhân vốn chỉ cần điều trị ngoại trú, làm trầm trọng hơn tình hình quá tải, mà không quan tâm đến chất lượng dịch vụ hay hiệu quả điều trị.¹³ Các cơ sở y tế có thu nhập từ ba nguồn: ngân sách nhà nước, tiền túi của người bệnh, và quỹ bảo hiểm y tế.¹⁴ Ngân sách nhà nước chiếm khoảng 29% tổng nguồn thu, còn nguồn thu chính là từ tiền túi bệnh nhân, chiếm 59,4%.¹⁵ Các bệnh viện tỉnh và trung ương đang quá tải, do đó có thể thu phí dịch vụ cao hơn các bệnh viện huyện. Điều này cho phép họ có đủ thu nhập để cung cấp các dịch vụ hàng đầu và thu hút đội ngũ nhân viên giỏi. Các bệnh viện có quyền tự chủ rất cao trong các quyết định điều trị, áp đặt giá thuốc và có thể hưởng lợi về tài chính nhiều hơn khi nguồn thu từ viện phí tăng lên. Quyền này lại càng được tăng cường theo Quyết định 10 và 43 (xem Hộp 6.1). Rủi ro ở đây là một cuộc chạy đua về kỹ thuật trong y tế và mức độ sử dụng các dịch vụ không cần thiết tăng cao.¹⁶ Thực vậy, năm 2008, ước tính có khoảng 180 triệu lượt khám bệnh, 205 triệu lượt xét nghiệm và trên 10,6 triệu lượt siêu âm đã được thực hiện.¹⁷

Trong khi đó, các bệnh viện huyện lại không sử dụng hết công suất, ít được đầu tư hơn và nhân viên có năng lực và bằng cấp thấp hơn vì không thu hút được cán bộ.¹⁸ Việc điều trị, thuốc thang, trang thiết bị ở các trạm y tế xã khác nhau đáng kể, tùy theo vị trí địa lý, như đã đề cập ở Chương 4. Các trạm y tế xã có thể đóng vai trò quan trọng hơn trong y tế dự phòng, nhưng họ thường thiếu nhân viên, nguồn

lực và trang thiết bị để thực hiện nhiệm vụ này. Việc sử dụng các dịch vụ tư nhân đã lấy mất nguồn thu của hệ thống y tế công, đặc biệt ở cấp cơ sở. Hành vi của người bệnh cũng đóng góp một phần, khi người nghèo thường tự mua thuốc uống hay đến khám ở các phòng khám tư khi bệnh không trầm trọng, và chỉ sử dụng các dịch vụ điều trị công, đặc biệt là ở bệnh viện, khi bệnh nặng.¹⁹ Tựu chung lại, cơ chế cung cấp tài chính trong hệ thống y tế Việt Nam không hỗ trợ việc cung cấp dịch vụ dựa trên nhu cầu y tế.

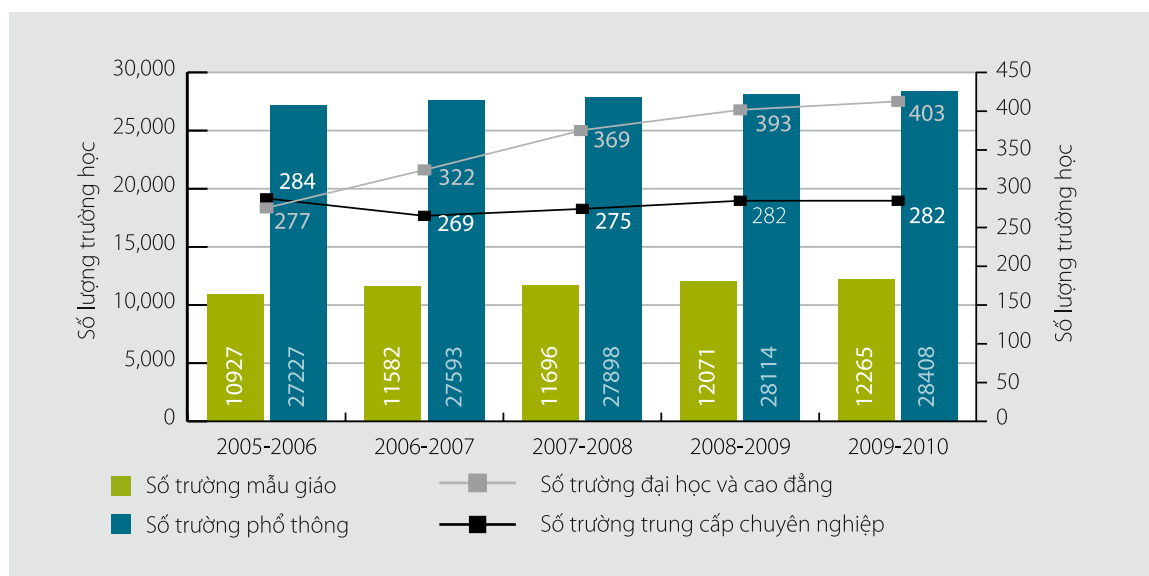
Cơ chế cung cấp tài chính trong hệ thống y tế Việt Nam không hỗ trợ việc cung cấp dịch vụ dựa trên nhu cầu y tế.

DỊCH VỤ GIÁO DỤC

CÁC CƠ SỞ GIÁO DỤC CÔNG VÀ TƯ

Dịch vụ giáo dục đang được cả cơ sở công lập và tư nhân cung cấp. Số lượng cơ sở giáo dục công và tư đã tăng đều theo thời gian, như thể hiện trong Hình 6.2, trừ các trường trung học chuyên nghiệp. Các trường cao đẳng và đại học tăng lên đặc biệt nhanh chóng, từ 277 năm học 2005-2006 lên 403 năm học 2009-2010. Số lượng giáo viên cũng tăng tương tự theo thời gian ở tất cả các cấp giáo dục.²⁰

Hình 6.2: Số lượng các trường học 2005-2010



Nguồn: Niên giám Thống kê Việt Nam 2009

Cũng giống như ngành y tế, ngành giáo dục cũng do khu vực nhà nước chiếm vai trò chủ đạo. Tuy nhiên, số lượng các trường tư đã tăng đều. Số học sinh đăng ký vào các trường tư tăng từ 2,6 triệu năm 2000 lên 3,4 triệu năm 2008, tương đương với 12% đến 15% tổng số học sinh đăng ký học trong giai đoạn này.²¹

Các trường công chiếm đa số ở cấp tiểu học và trung học, còn các trường tư tập trung nhiều hơn

vào cấp mầm non, cao đẳng, đại học, và dạy nghề. Theo số liệu của Bộ Giáo dục và Đào tạo, khoảng 43% các trường mẫu giáo/nhà trẻ, 19% các trường trung học phổ thông, 20% các trường đại học, cao đẳng và 34% các trường trung cấp chuyên nghiệp và dạy nghề là trường tư.²² Đến năm 2008, 49% học sinh mầm non, 21% học sinh trung học phổ thông, 37% học viên học nghề, 18% học sinh trường trung cấp chuyên nghiệp và gần 12% sinh viên đại học/cao đẳng đang theo học tại các trường tư (Bảng 6.2).

Bảng 6.2: Tỷ lệ học sinh đăng ký tại các trường công và tư theo cấp học, 2000 và 2005-2008

	2000	2005	2006	2007	2008
Tất cả các cấp					
Trường công	88,16	85,12	84,34	84,6	84,94
Trường tư	11,84	14,88	15,66	15,4	15,06
Mầm non					
Trường công	52,78	58,31	57,27	56,37	51,14
Trường tư	47,22	41,69	42,73	43,63	48,86
Tiểu học					
Trường công	99,72	99,55	99,46	99,42	99,4
Trường tư	0,28	0,45	0,54	0,58	0,6
Trung học cơ sở					
Trường công	96,82	98,2	98,59	98,83	98,91
Trường tư	3,18	1,8	1,41	1,17	1,09
Trung học phổ thông					
Trường công	65,21	69,54	69,4	72,9	79,03
Trường tư	34,79	30,46	30,6	27,1	20,97
Dạy nghề					
Trường công	70,70	73,80	71,17	70,71	63,35
Trường tư	29,30	26,20	28,83	29,29	36,65
Trung cấp chuyên nghiệp					
Trường công	97,1	84,49	81,78	81,57	81,33
Trường tư	2,9	15,51	18,22	18,43	18,67
Cao đẳng, đại học					
Trường công	88,64	88,43	87,13	88,22	88,4
Trường tư	11,36	11,57	12,87	11,78	11,6

Nguồn: Bộ GD&ĐT 2009a, trích dẫn trong Vũ Hoàng Linh 2010

Ranh giới giữa công và tư trong giáo dục đang ngày càng trở nên mờ nhạt vì hầu hết các trường công đều dựa vào các nguồn thu ngoài ngân sách nhà nước. Hiện nay, các trường được hưởng ngân sách nhà nước bao gồm trường công, bán công và các trường độc lập về tài chính. Các trường bán công vốn do nhà nước cấp ngân sách và quản lý (cho đến gần đây bị coi là không hợp pháp) thu phí cao hơn đáng kể so với trường công và thường nhắm tới các học sinh có thành tích học tập kém. Cùng lúc đó,

một vài trường công lập lại có các lớp bán công, trong đó, học sinh phải trả phí cao hơn – và đôi khi, ngay cả học sinh bán công vẫn theo học các lớp công lập. Các trường tư còn bao gồm các trường “dân lập” – độc lập nhưng nhận hỗ trợ dưới hình thức cơ sở hạ tầng hay trợ cấp, và các trường tư hoạt động vì lợi nhuận – hoàn toàn không nhận hỗ trợ vật chất nào của nhà nước.²³ Trong một chừng mực nào đó, trường công cung cấp dịch vụ giáo dục mà không thu thêm nhiều phụ phí là một biện pháp

để chống thương mại hóa giáo dục, ví dụ như bằng cách miễn phí giáo dục tiểu học cho các hộ gia đình có thu nhập thấp. Tuy nhiên, sự phát triển của các lớp học thêm để đảm bảo kết quả học tập đã phủ nhận phần lớn tác dụng bảo vệ này.²⁴

Ranh giới giữa công và tư trong giáo dục đang ngày càng trở nên mờ nhạt vì hầu hết các trường công đều dựa vào các nguồn thu ngoài ngân sách nhà nước.

THƯƠNG MẠI HÓA LÀM TĂNG CHI PHÍ

Ngoài giáo dục bậc tiểu học và trung học cơ sở, học phí là nguồn thu chủ yếu của các trường công. Với giáo dục mầm non, tiền tài trợ chiếm 50% tổng kinh phí hoạt động của các trường bán công và dân lập. Năm 2008, ước tính các trường này đã huy động được khoảng 600 tỉ đồng để xây dựng cơ sở vật chất, bảo dưỡng và mua sắm trang thiết bị.²⁵ Giáo dục mầm non ngày càng mang tính chất hàng hóa và phụ thuộc vào đóng góp của các hộ gia đình vì

ngân sách nhà nước hạn hẹp và cơ sở vật chất ở địa phương đôi khi không đủ khả năng đáp ứng nhu cầu tại địa phương. Vì giáo dục mầm non trên thực tế có vai trò như hình thức trông trẻ cho cha mẹ đi làm nên các gia đình vẫn phải cố gắng trả học phí cho trẻ đi học, dù học phí khá cao. Về giáo dục tiểu học, dù đã có lệnh cấm thu học phí, rất nhiều trường tiểu học công lập vẫn thu phí, lên tới 80.000 đồng ở một số thành phố, và nhiều trường còn thu các khoản phụ phí.²⁶ Các trường tiểu học giải thích lý do phải thu phụ phí là chi phí hoạt động dạy và học quá cao. Các trường điểm phổ thông cơ sở công lập thu tới 3 triệu đồng một tháng tiền học phí, tiền đóng góp và học thêm, vượt xa mức mà hầu hết các gia đình Việt Nam có khả năng chi trả. Các học sinh có học lực kém hơn bị buộc phải học ở các trường tư hoặc trường bán công, mà những trường này lại thu phí cao hơn các trường công lập tương đương. Các trường đại học và dạy nghề cũng đang ngày càng trở nên phụ thuộc vào học phí. Điều này đã ảnh hưởng tới loại hình đào tạo mà các trường cung cấp, thiên về các ngành đang là mốt hoặc sinh lợi nhiều, hơn là những ngành mà xã hội cần (Hộp 6.2).

HỘP 6.2: CẢI CÁCH GIÁO DỤC ĐẠI HỌC

Trong thập kỷ tới, hệ thống giáo dục đại học của Việt Nam sẽ đứng trước một bước chuyển mạnh mẽ vì nếu không có nguồn nhân lực có tay nghề và óc sáng tạo cao, Việt Nam sẽ không thể chuyển sang một nền kinh tế có kỹ năng và công nghệ cao như mong ước. Tuy nhiên, nền giáo dục đại học tại Việt Nam đang phải đối mặt với những thách thức to lớn. Trong khi chi phí cho giáo dục của Việt Nam đang chiếm một tỉ lệ trong GDP cao hơn so với nhiều nước trong khu vực, chỉ một phần tương đối nhỏ được dành cho giáo dục đại học và cao đẳng, khoảng 10% trong tổng chi tiêu cho giáo dục, và khoảng 18% nếu tính gộp tất cả các loại hình dạy nghề. Giáo dục đại học đã phát triển hết sức nhanh chóng. Lượng sinh viên tăng từ 918.228 năm 2000 lên 1.719.499 năm 2008, và số lượng các trường tăng từ 178 lên 369. Các trường tư cũng xuất hiện nhiều hơn, với khoảng 218.189 sinh viên theo học tại 64 trường đại học và cao đẳng tư nhân vào năm 2008.²⁷ Nhưng các tiêu chuẩn về chất lượng và trách nhiệm giải trình chưa theo kịp với sự thay đổi này.

Các thách thức đang đặt ra bao gồm: khó khăn trong việc đạt được các chỉ tiêu giáo dục trong các lĩnh vực mà chính phủ xác định là ưu tiên như công nghệ thông tin và kỹ thuật; thiếu các tiêu chuẩn tối thiểu về học thuật và tổ chức cũng như biện pháp đảm bảo thực hiện; việc lập kế hoạch chủ yếu là tự phát dẫn đến tình trạng xuất hiện rất nhiều trường đại học ở cấp tỉnh; tập trung quá nhiều vào nhu cầu hiện tại hơn là tương lai khi sinh viên ít lựa chọn những ngành như kỹ thuật, công nghệ thông tin và khoa học tự nhiên, những ngành có vai trò hết sức quan trọng cho sự phát triển kinh tế của Việt Nam trong tương lai; sự phụ thuộc ngày càng cao vào vào học phí và các nguồn tài chính tư nhân và việc thương mại hóa giáo dục đại học; việc quản lý quá tỉ mỉ hơn là giám sát một cách hiệu quả các tiêu chuẩn chất lượng và người học.²⁸

Thương mại hóa giáo dục đại học đã diễn ra hết sức nhanh chóng tại Việt Nam mà không có khung pháp lý bảo vệ người tiêu dùng, trong trường hợp này là các sinh viên và gia đình. Việc xuất hiện ồ ạt các chương trình đại học mở, tại chức, học từ xa và các chương trình liên kết, trong đó các trường có thể thu phí cao hơn, chỉ là một ví dụ. Các chương trình này thường có các tiêu chuẩn giáo dục thấp hơn, hoạt động không có giám sát và rất nhiều trường hợp mua bằng đã được ghi nhận.²⁹ Như nhận định của báo

cáo năm 2010 của chuyên gia từ Đại học New School ở New York và Đại học Harvard về cải cách giáo dục đại học: “Có thể phân biệt rõ sự khác nhau giữa việc có một thị trường giáo dục và việc thương mại hóa giáo dục, tức là tư nhân hóa một cách tự phát, không theo một tiêu chuẩn chung cho toàn ngành.”³⁰

Chi tiêu ngoài ngân sách nhà nước chiếm khoảng 37% tổng chi cho giáo dục, không bao gồm 1 tỷ đô la Mỹ mà các gia đình bỏ ra cho con em đi du học năm 2007. Tuy nhiên, ở giáo dục đại học, mức chi tiêu tư nhân còn cao hơn đáng kể. Thực vậy, học phí đang tăng lên đều đặn; chỉ riêng từ năm 2008 đến 2009 đã tăng 42% và dự đoán sẽ tăng trong khoảng từ 17% đến 27% hàng năm trong giai đoạn 2009-2014. Học phí trung bình của một sinh viên là 383.000 đồng một tháng năm 2008 và 414.000 đồng một tháng năm 2009 (theo thời giá năm 2008). Tuy nhiên, một số trường đại học tư thu phí từ 7 đến 20 triệu đồng một năm, tức là 700.000 đến 2 triệu đồng một tháng.³¹ Mặc dù các gia đình trung lưu Việt Nam đều sẵn sàng đầu tư nhiều cho giáo dục của con cái, khoảng cách về khả năng tiếp cận giáo dục đại học giữa người giàu và người nghèo sẽ tăng lên khi học phí tiếp tục tăng. Như đã đề cập ở Chương 4, năm 2009, chỉ dưới 1% dân thuộc ngũ phân vị nghèo nhất theo học đại học, so với 38% ở ngũ phân vị giàu nhất. Thất bại trong việc đảm bảo công bằng sẽ có khả năng tác động tới nhận thức của người dân về việc liệu chính phủ có thể đạt được tăng trưởng công bằng hay không.³²

CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ XÃ HỘI

CÁC THÁCH THỨC TRONG Y TẾ CÔNG

Những thách thức lớn vẫn đang tồn tại trong việc cung cấp dịch vụ y tế cơ sở cho tất cả các cộng đồng dân cư, đặc biệt những cộng đồng dân tộc thiểu số và ở những vùng sâu vùng xa, vì nhiều gia đình sống cách trạm y tế xã tới 5-10km và chỉ đi bộ mới có thể đến được. Khoảng cách và thời gian là những nguyên nhân chính dẫn đến việc tiếp cận dịch vụ y tế ở các vùng sâu vùng xa hết sức khó khăn. Tuy nhiên, cũng như ở thành thị, chất lượng cơ sở hạ tầng cùng với năng lực và thái độ nhiệt tình của các nhân viên y tế cũng đóng vai trò quan trọng. Nhiều trạm y tế xã thiếu những điều kiện vật chất tối thiểu như điện hay nước sạch, đặc biệt ở vùng núi và những vùng đi lại khó khăn. Tình trạng thiếu cán bộ y tế; điều kiện làm việc khắc nghiệt; thiếu cơ hội đào tạo và giám sát yếu kém cũng ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng dịch vụ.³³ Cán bộ y tế thiếu nghiêm trọng ở lĩnh vực y tế dự phòng, ở các trung tâm y tế và phòng khám cấp cơ sở và ở vùng sâu vùng xa, một phần do những vị trí này không đủ hấp dẫn với bác sĩ, y tá về cơ hội thu nhập. Hơn một nửa các y tá, bác sĩ và 82% dược sĩ có bằng cấp làm việc ở thành thị.³⁴ Ngoài ra, rất ít cán bộ y tế có bằng cao học — chỉ 2,1% có bằng sau đại học — và hầu hết cán bộ quản lý và hành chính đều được đào tạo về ngành y chứ không có kinh nghiệm và kỹ năng phù hợp về quản lý.³⁵

Các trung tâm y tế quận huyện chưa được sử dụng hết công suất trong khi các bệnh viện cấp tỉnh và

trung ương lại bị quá tải nghiêm trọng. Một phần nguyên nhân là do quan niệm rằng bệnh viện tuyến dưới thì chất lượng cũng thấp hơn. Một phần khác là trên thực tế, các bệnh viện cấp tỉnh và trung ương có đội ngũ nhân viên và các trang thiết bị đắt tiền hơn. Các bệnh viện cấp huyện và thậm chí cấp tỉnh không thể xử lý các ca bệnh nặng, vì vậy, người bệnh phải tìm đến các bệnh viện trung ương, đồng nghĩa với việc chi phí đi lại, ăn ở cũng bị đội lên. Nhu cầu về các dịch vụ phức tạp hơn ở Việt Nam đang tăng lên, một phần là do việc thương mại hóa dịch vụ y tế công dẫn đến xu hướng kê đơn quá mức và tiến hành những thủ tục y tế không cần thiết. Đương nhiên, tình trạng này đã góp phần làm tăng chi tiêu cho y tế. Thêm vào đó, rất nhiều loại bệnh lẽ ra chỉ cần điều trị ngoại trú với chi phí thấp hơn rất nhiều lại được chỉ định điều trị nội trú.³⁶ Điều này cũng tác động lớn tới công bằng xã hội vì thương mại hóa các dịch vụ y tế sẽ khiến cho các dịch vụ chất lượng cao chỉ dành cho người có tiền. Thực vậy, những người đi khám chữa bệnh miễn phí theo chế độ bảo hiểm thường nói rằng các nhân viên y tế không đối xử với họ tận tình và tôn trọng như khi họ trả tiền.

Những người đi khám chữa bệnh miễn phí theo chế độ bảo hiểm thường nói rằng các nhân viên y tế không đối xử với họ tận tình và tôn trọng như khi họ trả tiền.

Mặc dù Luật khám chữa bệnh có quy định về cơ chế về trách nhiệm giải trình với bệnh nhân, trong đó bao gồm cơ chế khiếu nại, song việc thực hiện lại chưa hiệu quả, như thảo luận dưới đây.

CÁC THÁCH THỨC TRONG GIÁO DỤC CÔNG CẤP CƠ SỞ TƯ NHÂN

Tình trạng tương tự cũng diễn ra trong lĩnh vực giáo dục. Người dân vùng sâu vùng xa và đồng bào dân tộc thiểu số thường gặp khó khăn khi tiếp cận giáo dục, và chất lượng giáo dục dành cho họ cũng thấp hơn so với người dân thành thị. Chỉ tiêu công cho giáo dục mầm non thay đổi nhiều tùy theo tỉnh, khiến cho chất lượng và mức độ sẵn có của giáo dục mầm non cũng khác biệt. Rào cản về khoảng cách địa lý và ngôn ngữ cũng là vấn đề lớn đối với người dân vùng sâu vùng xa và đồng bào dân tộc thiểu số. Ở cấp mẫu giáo, bố mẹ phải gửi con dưới 5 tuổi tới lớp học cách nhà 30 phút đi bộ đường gập ghềnh, nơi trẻ phải học bằng một ngôn ngữ khác. Cho nên cũng dễ hiểu vì sao nhiều bố mẹ người dân tộc thiểu số không muốn gửi con đi mẫu giáo. Các lớp mẫu giáo cũng thiếu những điều kiện vật chất phù hợp như vệ sinh, chương trình giảng dạy, dụng cụ học tập và đồ chơi cho trẻ. Ngay cả chất lượng dạy học cũng có sự khác biệt đáng kể: thường là các giáo viên trẻ có bằng cấp thấp và được trả lương ít – chủ yếu là nữ – và trong một số trường hợp, thậm chí còn là những tình nguyện viên hoàn toàn không có bằng cấp làm việc tại các trường mẫu giáo vốn thiếu giáo viên.

Các rào cản về vật chất và những hạn chế về cơ sở hạ tầng cũng phổ biến ở cấp tiểu học, đặc biệt ở vùng sâu vùng xa, vùng nông thôn, nơi giao thông đi lại còn nhiều khó khăn. Khác biệt về chất lượng trường sở và giảng dạy, thời gian trên lớp, và các rào cản cụ thể xuất phát từ ngôn ngữ và định kiến xã hội cũng ảnh hưởng đến số lượng trẻ đến trường. Ở các cấp học cao hơn, thiếu trường lớp ở các vùng nghèo, vùng sâu vùng xa kết hợp với sự khác biệt trong chất lượng của cơ sở hạ tầng giáo dục và chất lượng giảng dạy đã tạo ra một hệ thống hai cấp.³⁸ Các rào cản này càng cao hơn đối với trẻ em dân tộc thiểu số nghèo, nhất là trẻ em gái. Nguyên nhân không chỉ do rào cản về chi phí như đã bàn ở trên mà còn do nhu cầu phải làm việc kiếm tiền, nhận thức không đầy đủ về giá trị của giáo dục nhất là cho con gái, chất lượng dạy và học thấp, và cơ sở hạ tầng trường học thiếu thốn. Sự khác biệt ngôn ngữ và việc sử dụng song ngữ hạn chế là vấn đề lớn ở tất cả các cấp học.³⁹ Chất lượng của các trường đại học và dạy nghề đã được thừa nhận là một vấn đề lớn và một trở ngại cho tương lai phát triển của Việt Nam. Trình độ giáo viên thấp, kiến thức về môn học nghèo nàn và kỹ năng sư phạm hạn chế, cùng với tình trạng thiếu giáo viên giàu kinh nghiệm và có trình độ ở cả nông thôn và thành thị là những thách thức dai dẳng. Đặc biệt ở nông thôn, trường học thường thiếu giáo viên và các giáo viên thường có kỹ năng sư phạm thấp hơn chuẩn quốc gia.⁴⁰

Các cơ sở y tế và giáo dục tư nhân đang phát triển mạnh mẽ ở Việt Nam. Nhưng tình trạng hiện tại cũng đặt ra nhiều vấn đề đáng lưu ý. Thứ nhất, các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân không được quản lý chặt chẽ, và hầu như không có cơ quan nào giám sát các dịch vụ họ cung cấp hay chất lượng dịch vụ.

Các nhà cung cấp dịch vụ tư nhân không được quản lý chặt chẽ, và hầu như không có cơ quan nào giám sát các dịch vụ họ cung cấp hay chất lượng dịch vụ.

Về y tế, hậu quả nhẹ nhất là việc điều trị không cần thiết, và tệ hại nhất là việc điều trị bất hợp pháp, thậm chí nguy hại. Ví dụ, việc sử dụng các loại thuốc không an toàn và bất hợp lý đã được thừa nhận là một vấn đề ở Việt Nam, như được nêu trong vài Báo cáo chung thường niên về y tế.⁴¹ Dược phẩm ở Việt Nam nhìn chung là đắt, chiếm một phần đáng kể trong chi tiêu cho y tế và đẩy chi phí y tế lên cao. Các bác sĩ có động cơ kinh tế quan trọng để kê các loại thuốc đắt tiền hơn.⁴² Nhiều phòng khám, bệnh viện tư nhân ở Việt Nam cũng đồng thời là nơi bán thuốc.⁴³ Họ đưa ra mức giá nào, kê đơn có hợp lý hay không, họ có bán thuốc giả hoặc các loại thuốc quá thời hạn sử dụng hay không đều không bị kiểm soát. Tỷ lệ người dân tự mua thuốc uống còn cao, các nhà thuốc thường bán thuốc mà không có đơn của bác sĩ, và các hướng dẫn điều trị chuẩn vẫn chưa có sẵn trong cả bệnh viện công lẫn bệnh viện tư.⁴⁴ Các dịch vụ như siêu âm và phá thai nhằm chọn lọc giới tính, dù bất hợp pháp ở Việt Nam, vẫn rất phổ biến tại các phòng khám tư với chi phí rất thấp, đặc biệt tại các khu vực đô thị. Như Báo cáo chung thường niên về y tế năm 2010 đánh giá: “Việc theo dõi và giám sát các cơ sở tư nhân cung cấp các dịch vụ về dân số, kế hoạch hóa gia đình và sinh sản vẫn còn yếu, đặc biệt là việc phá thai tại các phòng khám tư.”⁴⁵

Không ngạc nhiên khi các cơ sở y tế và giáo dục tư nhân lại tập trung ở các vùng miền và các dịch vụ tạo lợi nhuận cao cho họ, thay vì cung cấp các dịch vụ cho những người bị thiệt thòi hoặc những dịch vụ rất cần thiết nhưng không sinh lợi. Vì vậy, trong khi y tế tư nhân đang trên đà phát triển thì nó có xu hướng tập trung ở các khu vực kinh tế giàu có hơn và ở vùng đô thị, do đó đảm bảo cho những người khá giả sống ở các khu vực này có thêm nhiều sự lựa chọn. Nhưng điều này lại buộc những người nghèo có hoàn cảnh khó khăn và người dân vùng sâu vùng xa phải phụ thuộc hoàn toàn vào hệ thống y tế công.⁴⁶ Tương tự, các nhà cung cấp dịch vụ giáo dục tư nhân có xu hướng tập trung vào giáo dục bậc cao, nhất là

dạy nghề và đại học, và vào các ngành mang lại nhiều lợi nhuận như công nghệ thông tin và ngoại ngữ. Mặc dù các trường tư có thể dạy các ngành khác nhưng "... các trường tư không thể thực thi hai nhiệm vụ cơ bản. Trước tiên, các trường tư hoạt động vì lợi nhuận sẽ không đầu tư vào các ngành không sinh lợi như khoa học xã hội, khoa học tự nhiên, kỹ thuật và nhân văn. Thứ hai các trường tư sẽ nhận học sinh dựa trên khả năng chi trả học phí chứ không dựa trên năng lực của học sinh."⁴⁷ Điều này không vì lợi ích của xã hội và cũng không phục vụ mục tiêu phát triển con người rộng lớn hơn. Báo cáo này cho rằng chính phủ phải đóng vai trò điều tiết và giám sát mạnh mẽ hơn, và cung cấp các dịch vụ mà khu vực tư nhân sẽ không cung cấp vì lợi nhuận quá thấp, kể cả dịch vụ cho những người dân có hoàn cảnh khó khăn và dễ bị tổn thương nhất. Việc mở cửa cho các nhà cung cấp dịch vụ phi lợi nhuận phi nhà nước sẽ là chìa khóa để chia sẻ gánh nặng và cho phép nhà nước tập trung vào vai trò hoạch định chính sách, giám sát và điều tiết của mình.

KHU VỰC PHI LỢI NHUẬN

Trong khi chính sách xã hội hóa kêu gọi tất cả các thành phần trong xã hội góp phần vào thiết kế và cung cấp các dịch vụ xã hội, đến nay tại Việt Nam, khu vực phi nhà nước, phi lợi nhuận vẫn còn vắng bóng trong cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục. Việc Chính phủ tỏ ra thận trọng về các động cơ và xu hướng chính trị của các tổ chức phi chính phủ, tổ chức từ thiện và tổ chức tôn giáo đã hạn chế phạm vi tham gia của họ. Một môi trường thuận lợi cho phép các đoàn thể phi lợi nhuận hoạt động vẫn chưa được hình thành đầy đủ: môi trường pháp lý và hành chính còn gây nhiều trở ngại, và những nỗ lực để thành lập các cơ sở phi lợi nhuận, ví dụ trong lĩnh vực giáo dục đại học, đã bị ngăn cản.⁴⁸ Kết quả là:

Việt Nam chưa có truyền thống để các tổ chức phi nhà nước, phi lợi nhuận cung cấp các dịch vụ xã hội ... Do thiếu mô hình khả thi về các tổ chức bán công và xã hội dân sự, hệ thống các dịch vụ xã hội bị đẩy về hai cực – một là nhà nước cung cấp dịch vụ trực tiếp và hai là thương mại hóa các dịch vụ xã hội ở cả các cơ sở công và tư.⁴⁹

Tuy nhiên, các tổ chức phi nhà nước, phi lợi nhuận có thể giữ vai trò quan trọng trong cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục bằng cách mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ đến với các nhóm dân cư dễ bị tổn thương và có hoàn cảnh khó khăn. Các tổ chức phi lợi nhuận cũng có thể phát triển và thí điểm các hệ thống quản lý và hành chính minh bạch và có trách nhiệm giải trình cao hơn. Khu vực phi lợi nhuận này có thể hình

thành các hiệp hội và các tiêu chuẩn nghề nghiệp, nhờ đó hỗ trợ chính phủ trong việc giám sát và theo dõi hoạt động của các cơ sở cung cấp dịch vụ.

HỆ THỐNG Y TẾ VÀ GIÁO DỤC HAI CẤP

Như đã thảo luận, các dịch vụ y tế và giáo dục ở Việt Nam đang ngày càng bị tư nhân hóa (do các tổ chức phi nhà nước và hoạt động vì lợi nhuận cung cấp) và thương mại hóa (do các cơ sở tư nhân, công lập hoặc cơ sở được nhà nước trợ cấp cung cấp trên cơ sở thu phí). Mặc dù các tổ chức tư nhân rõ ràng là có vai trò nhất định trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội, nhưng trên thực tế việc thị trường hóa dịch vụ y tế và giáo dục ở Việt Nam đã làm suy yếu cam kết của chính phủ về tiếp cận công bằng các dịch vụ xã hội, đồng thời góp phần đáng kể trong việc tạo ra sự khác biệt về tiếp cận và kết quả dịch vụ. Điều này đã làm tăng chi phí dịch vụ cho các gia đình Việt Nam, những người đóng góp phần lớn cho ngân sách y tế và giáo dục.

Kết quả là một hệ thống y tế và giáo dục "hai cấp" đang hình thành ở Việt Nam, trong đó những người có tiền có thể được hưởng các dịch vụ tốt hơn hẳn, còn những người không có tiền, bao gồm những người phải phụ thuộc vào trợ cấp và dịch vụ sẵn có tại địa phương, phải chấp nhận những gì họ có. Các vấn đề về chất lượng dịch vụ y tế và giáo dục đang thể hiện rõ ở việc ngày càng có nhiều gia đình Việt Nam muốn sử dụng dịch vụ giáo dục đại học và chăm sóc sức khỏe ở nước ngoài. Trên thực tế, họ đã rời bỏ các dịch vụ trong nước, mang theo ví tiền của họ. Các gia đình có thu nhập thấp không có sự lựa chọn xa xỉ này. Sự khác biệt lớn hơn nữa trong thành tích giáo dục và y tế trong tương lai là hệ quả tất yếu của xu hướng này.

HỒI SINH CHÍNH SÁCH XÃ HỘI HÓA

Chính sách xã hội hóa thể hiện chiến lược của Việt Nam nhằm quản lý một sự thay đổi không thể tránh khỏi – đó là nhà nước không còn độc quyền cung cấp và tài trợ cho các dịch vụ xã hội, vì nhà nước không còn đủ khả năng để chi trả cho 100% cho các dịch vụ công. Từ phần phân tích nguồn tài chính và cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục hiện nay, ta có thể thấy rõ rằng mục đích của chính sách xã hội hóa (đó là sự tham gia đồng đẳng hơn của mọi thành phần xã hội trong việc thiết kế, cung cấp và giám sát các dịch vụ xã hội) đã không đạt được trên thực tế. Có một loạt các "điểm quyết định" về chính sách còn đang ở phía trước - đặc biệt là sự cần thiết phải thực hiện tốt các chính sách và quy định hiện hành để kiểm soát những tác động tiêu cực của thương mại hóa dịch vụ y tế và giáo dục, vai trò của nhà nước trong điều tiết thị trường, làm thế nào để thực hiện các cam

kết phổ cập toàn dân. Một điểm quyết định nữa là xác định đối tượng mục tiêu như thế nào để hỗ trợ những người bị tụt hậu thay vì tạo ra một hệ thống dịch vụ “hai cấp”, trong đó khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân (và thậm chí cả tình trạng sức khỏe và giáo dục) phụ thuộc vào khả năng chi trả của họ.

Điều không may là hệ thống dịch vụ hai cấp đã thực sự tồn tại ở Việt Nam, và y tế và giáo dục trong thực tế không còn là một quyền phổ quát, mà đã trở thành hàng hóa. Trong bối cảnh là các chính sách của chính phủ và nhận thức của công chúng đều xác nhận mạnh mẽ quyền của mọi công dân được tiếp cận y tế và giáo dục thì thực tế này không dễ chịu chút nào. Nhưng một cuộc tranh luận chính sách cởi mở và có cơ sở thực tế về những gì đang xảy ra là rất quan trọng, vì chính phủ sẽ phải đối mặt với những thách thức lớn lao và sẽ cần được hỗ trợ đáng kể, bao gồm từ các đối tác phát triển, nếu Việt Nam muốn thành công trong việc điều chỉnh các lực lượng thị trường cho phù hợp với nhu cầu và lợi ích công cộng.

Chính phủ sẽ phải đối mặt với những thách thức lớn lao và sẽ cần được hỗ trợ đáng kể, bao gồm từ các đối tác phát triển, nếu Việt Nam muốn thành công trong việc điều chỉnh các lực lượng thị trường cho phù hợp với nhu cầu và lợi ích công cộng.

Các thể chế và năng lực quản lý sẽ cần được xây dựng và củng cố, các hiệp hội nghề nghiệp và cách làm mới cần được phát triển, và các thành phần mới bao gồm các tổ chức phi nhà nước, phi lợi nhuận và người sử dụng dịch vụ sẽ cần được tham gia.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI DÂN ĐỐI VỚI CÁC DỊCH VỤ

MỨC ĐỘ HÀI LÒNG VỚI CÁC DỊCH VỤ Y TẾ VÀ GIÁO DỤC CÒN THẤP

Như đã nhận xét trong Chương 2, các mong đợi và nguyện vọng của người dân Việt Nam đang thay đổi. Kết quả là mức độ hài lòng của họ với các dịch vụ y tế và giáo dục cũng có khả năng sẽ thay đổi, tác động đến việc chấp nhận và sử dụng các dịch vụ của họ. Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam năm 2008 đặt các câu hỏi về việc người dân có hài lòng với dịch vụ y tế và giáo dục hay không, họ nghĩ rằng các dịch vụ đã được cải thiện đến mức độ nào và trong khoảng thời gian từ năm 2006 đến 2008 tham những trở nên tồi tệ hơn hay đã đỡ hơn. Nhìn chung, người trả lời hài lòng nhất với giáo dục tiểu học công, và ít hài lòng nhất với dịch vụ y tế tại địa

phương và các trường dạy nghề công lập. Một phần lớn cũng cho rằng các dịch vụ đã được cải thiện, nhất là giáo dục tiểu học và trung học, mặc dù người trả lời cũng có cái nhìn ít tích cực hơn về các trường đại học, dạy nghề và dịch vụ y tế địa phương. Nói chung, nam giới có vẻ hài lòng hơn nữ giới, và những người trả lời thuộc thành phần khá giả và ở thành thị có nhận xét nghiêm khắc hơn, cho thấy việc có nhiều sự lựa chọn và năng lực cao hơn cũng ảnh hưởng đến mức độ hài lòng.⁵¹

Khi được hỏi về chất lượng của các bệnh viện công ở cấp huyện/xã, bệnh nhân luôn dự kiến sẽ phải nằm chung giường.

Ở cấp vùng, các xu hướng cũng tương tự như vậy. Trong giáo dục, mức độ hài lòng cao nhất với giáo dục tiểu học, trung học và dạy nghề được thể hiện rõ ở đồng bằng sông Cửu Long và Đông Nam Bộ. Đối với giáo dục đại học, mức độ hài lòng cao nhất là ở đồng bằng sông Cửu Long và vùng Duyên hải miền Bắc và Nam Trung Bộ.

Mức độ hài lòng là thấp nhất ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc đối với giáo dục tiểu học, ở đồng bằng sông Hồng đối với giáo dục trung học, và ở Tây Nguyên đối với đào tạo nghề và giáo dục đại học. Những người được hỏi ở đồng bằng sông Cửu Long cũng hài lòng nhất với các dịch vụ y tế ở cấp địa phương và trung ương. Tuy nhiên, những người được hỏi ở Tây Nguyên, duyên hải Bắc và Nam Trung Bộ và đồng bằng sông Hồng lại ít hài lòng hơn với các dịch vụ y tế địa phương, trong khi những người được hỏi ở Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Hồng lại ít hài lòng với dịch vụ y tế trung ương.

Cuộc điều tra Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh (PAPI) của Việt Nam năm 2010 tiến hành tại 30 tỉnh cũng yêu cầu người được hỏi nói về trải nghiệm của họ đối với dịch vụ y tế và giáo dục.⁵² Khoảng 53% người được hỏi cho biết họ có bảo hiểm y tế, và 52% đã có liên hệ trực tiếp với một bệnh viện công trong năm qua. 74% nói rằng các hộ nghèo nhận được trợ cấp bảo hiểm y tế, trong khi 87,4% cho biết trẻ em dưới 6 tuổi được khám bệnh miễn phí phù hợp với chính sách của chính phủ. Khi được hỏi về chất lượng của các bệnh viện công ở cấp huyện/xã, một điều rõ ràng là bệnh nhân luôn dự kiến sẽ phải nằm chung giường, và chi phí y tế cũng như thời gian chờ đợi không được coi là hợp lý.

Chất lượng của phòng bệnh cũng còn thấp. Liên quan đến chất lượng giáo dục tiểu học công, cơ sở hạ tầng của các trường, cùng chất lượng giảng dạy nói chung được đánh giá là tốt. Tuy nhiên giáo viên vẫn bị nhận xét là thiên vị các em có đi học thêm, và các lớp học vẫn quá đông học sinh. Những người được hỏi

ở tất cả các tỉnh điều tra cũng nêu lên vấn đề về các khoản chi không chính thức và hối lộ.⁵³

QUẢN TRỊ VÀ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

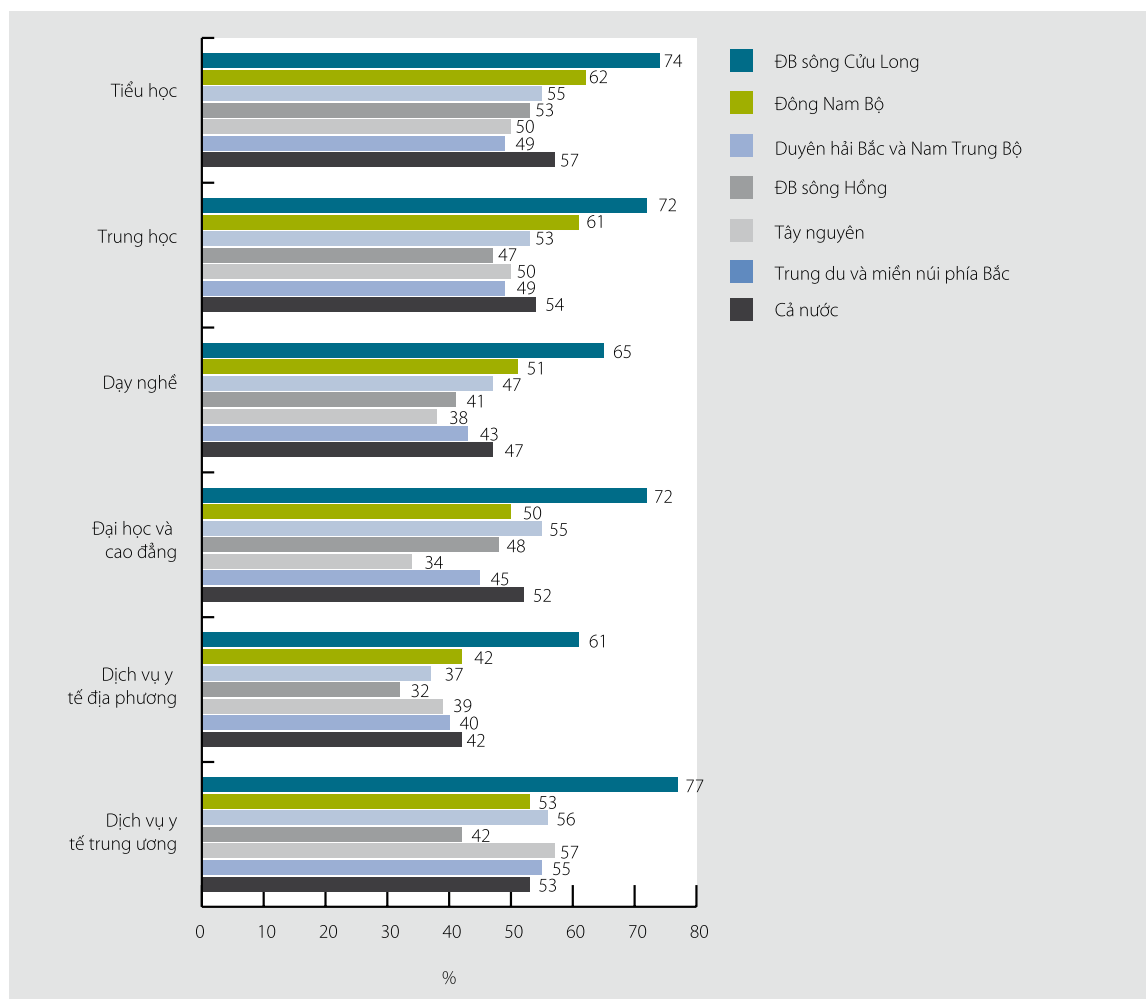
QUẢN TRỊ VÀ HÀNH CHÍNH CÔNG

Mục tiêu cuối cùng của cải cách và hiện đại hoá của các cơ quan công quyền là nhằm cung cấp các dịch vụ công có chất lượng tốt hơn cho người dân. Về vấn đề này, việc chuyển đổi sang các mức phát triển cao hơn của hệ thống quản trị và hành chính công của một quốc gia đã tạo cơ hội cho công dân phát huy hiệu quả các tiềm năng và khả năng của mình. Điều này có nghĩa rằng phát triển kinh tế còn có những vai trò khác ngoài hỗ trợ giảm nghèo, đó là phát huy tiềm năng của người dân để họ đóng một vai trò ngày càng năng động mà chỉ mình sự tăng trưởng kinh tế sẽ không thể thực hiện được.

Quản trị và hành chính công là động lực để tăng cường phát triển con người. Quản trị là quá trình mà các cơ quan thực thi quyền lực và củng cố khuôn khổ để các cá nhân phát triển tiềm năng, còn hành chính công là phương tiện để nhà nước và công dân tương tác. Nhà nước không chỉ cung cấp các dịch vụ công mà còn tạo nên khuôn khổ cho việc tăng cường các khả năng của cá nhân và tập thể. Công dân không chỉ là người hưởng lợi từ các dịch vụ công, mà còn là người khuyến khích và thúc đẩy các thay đổi trong xã hội.

Các thể chế quản trị vững mạnh và hành chính công hiệu quả là những yếu tố quan trọng đem lại thành công không chỉ về tăng trưởng kinh tế, mà còn về phát triển con người. Ngày càng người ta càng nhận ra rằng quản trị có ảnh hưởng đến phát triển: các thể chế, quy tắc và quy trình chính trị đóng một vai trò quan trọng trong tăng trưởng kinh tế và cải thiện phát triển con người.⁵⁴

Hình 6.3: Tỷ lệ những người được hỏi hài lòng hoặc rất hài lòng với các dịch vụ y tế và giáo dục ở sáu vùng, 2008



Nguồn: VHLSS 2008

Ngày nay, chúng ta ngày càng nhận ra rằng quản trị và hành chính công đóng vai trò lớn trong việc tăng cường các cơ hội phát triển. Cải cách hành chính công có mục tiêu hỗ trợ và vận hành như xương sống để đảm bảo rằng trẻ em được đi học, tuổi thọ được nâng lên, cá nhân được tiếp cận đầy đủ cơ sở hạ tầng cơ bản, an ninh của công dân được đảm bảo và các mục đích khác nữa. Thúc đẩy phát triển con người không chỉ là một thách thức về xã hội, kinh tế và công nghệ, mà còn là thách thức về quản trị và hành chính công.⁵⁵ Quản trị tốt và hành chính công hiệu quả đi đôi với phát triển con người và với mục tiêu cung cấp dịch vụ công.

Thúc đẩy phát triển con người không chỉ là một thách thức về xã hội, kinh tế và công nghệ, mà còn là thách thức về quản trị và hành chính công.

Cung cấp dịch vụ công không chỉ là nhiệm vụ của hệ thống hành chính công. Nhưng hệ thống này có nhiệm vụ cung cấp khuôn khổ cho việc phát huy khả năng của cá nhân và tập thể. Trong khi quản trị có thể được hiểu là quá trình các cơ quan công quyền thực thi quyền lực và tăng cường khuôn khổ cho các cá nhân phát huy tiềm năng, hành chính công phải được xem như là phương tiện cung cấp các cơ hội này một cách công bằng, bình đẳng và nhất quán.

Như đã nêu trong Chương 1, các khuôn khổ và cam kết chính sách của Việt Nam đặt con người vào vị trí trung tâm của chính sách xã hội quốc gia với mục tiêu đem lại hạnh phúc cho nhân dân, và chính sách xã hội đúng đắn sẽ là một động lực để phát huy hết tiềm năng sáng tạo của con người.⁵⁶ Đó là lý do chính tại sao phát triển con người luôn chú trọng đầu tư vào giáo dục và y tế, và thúc đẩy tăng trưởng kinh tế công bằng. Tuy nhiên, một trụ cột thứ ba của phát triển con người gần đây đã được nhấn mạnh, đó là thúc đẩy sự tham gia của người dân thông qua các hệ thống quản trị và hành chính công. Về vấn đề này, được hưởng các cơ hội tham gia, có kiến thức và có sức khỏe tốt, và được hưởng một mức sống đầy đủ là ba điều kiện tăng cường lẫn nhau.

Là một nhà nước theo định hướng xã hội chủ nghĩa, Việt Nam đã cam kết cung cấp các dịch vụ cơ bản cho công dân. Y tế, giáo dục, cơ sở hạ tầng cơ bản và an ninh công cộng là những ưu tiên của nhà nước, vì đó là những lĩnh vực có sự tương tác thường xuyên và trực tiếp giữa nhà nước và công dân. Kể từ cải cách kinh tế đầu những năm 1990, các nhà cung cấp dịch vụ công đã được gia tăng quyền tự chủ trong lĩnh vực tài chính và quản lý thông qua quá trình phân cấp, phân quyền các nhiệm vụ quản lý ngày càng cao như đã nêu trong Hộp 6.1.⁵⁷ Mặc dù nhiều tiến bộ đã được ghi nhận nhờ mở rộng quyền tự chủ trong cung cấp dịch vụ,⁵⁸ nhưng những tiến bộ này diễn ra không đều giữa các tỉnh, các đơn vị hành chính và các nhóm kinh tế xã hội khác nhau.⁵⁹

HỘP 6.3: PAPI – ĐỂ NGƯỜI DÂN THAM GIA CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI VÀ HÀNH CHÍNH⁶⁰

Chính sách xã hội hóa kêu gọi người dân tham gia các dịch vụ xã hội - và không chỉ với tư cách là người sử dụng trả tiền cho các dịch vụ mà họ sử dụng. Việc người dân tham gia rộng rãi hơn và đóng góp nhiều hơn cho cách thức thiết kế và cung cấp các dịch vụ là hết sức quan trọng để nâng cao chất lượng tổng thể và sự phù hợp của các dịch vụ y tế và giáo dục ở tất cả các cấp. Phiếu điều tra ý kiến người dân vẫn là một khái niệm tương đối mới ở Việt Nam, nhưng các cuộc điều tra ý kiến người dân có thể cung cấp thông tin phản hồi quan trọng cho các lãnh đạo và các nhà quản trị ở cấp địa phương, nâng cao trách nhiệm giải trình, tính minh bạch, và cung cấp cơ sở để yêu cầu những cải tiến thực sự.⁶¹

Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) đo lường các trải nghiệm thực tế trực tiếp của công dân khi tiếp xúc với chính quyền địa phương về các vấn đề khác nhau. PAPI được phát triển trong bối cảnh nhu cầu để công dân tham gia giám sát và đánh giá thực hiện chính sách ngày càng tăng, nhằm cung cấp bằng chứng cho công tác hoạch định chính sách sau đó. PAPI cung cấp các phương pháp đo lường dựa trên thực chứng và khách quan các tiêu chuẩn về quản trị cấp tỉnh, hành chính công và hiệu quả của dịch vụ công. PAPI cung cấp thông tin khách quan giúp các nhà hoạch định chính sách cấp tỉnh và quốc gia hiểu được tác động của các quyết định của mình và rút ra những bài học cụ thể nhằm nâng cao hiệu quả của quản trị cũng như sự hài lòng của người dân đối với hành chính công và cung ứng dịch vụ công.

Dựa trên kinh nghiệm quốc tế và những xem xét cụ thể về bối cảnh quốc gia, PAPI đánh giá các mức độ hiệu quả trên sáu nội dung: (i) Sự tham gia của người dân ở cấp cơ sở, (ii) công khai, minh bạch, (iii) trách nhiệm giải trình với người dân, (iv) kiểm soát tham nhũng, (v) thủ tục hành chính công, và (vi) cung ứng dịch vụ công. Mỗi nội dung bao gồm một vài nội dung nhỏ phản ánh một số lĩnh vực hành chính công và cung ứng dịch vụ được quan tâm nhất tại Việt Nam hiện nay.

Những sáng kiến như PAPI cần được phát huy và bổ sung cho những nỗ lực khác nhằm đánh giá trải nghiệm, nhận thức và sự hài lòng của người sử dụng đối với các dịch vụ xã hội. Các ví dụ khác bao gồm Chỉ số năng lực cạnh tranh cấp tỉnh (PCI) điều tra cảm nhận của các doanh nghiệp về việc liệu một môi trường thuận lợi cho việc kinh doanh ở các tỉnh của Việt Nam đã hình thành hay chưa, và các cuộc điều tra cấp tỉnh như: Khảo sát chỉ số hài lòng của người dân về dịch vụ công năm 2008 ở Thành phố Hồ Chí Minh, hay phiếu khảo sát ý kiến công dân ở cấp tỉnh. PAPI đã được thực hiện ở 30 tỉnh trên toàn quốc, lần đầu tiên vào năm 2010 sau một nghiên cứu thí điểm trước đó năm 2009 và sẽ được mở rộng đến tất cả 63 tỉnh thành từ năm 2011 trở đi.

Ngoài tăng cường khả năng và các lựa chọn của người dân, khái niệm phát triển con người cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của sự tham gia, bao gồm tham gia vào các quy trình quản trị và hệ thống hành chính. PAPI sử dụng Pháp lệnh về dân chủ ở cơ sở như là khuôn khổ để đánh giá mức độ tham gia của công dân trong hành chính công, cùng với mức độ hài lòng với dịch vụ công như y tế, giáo dục, như đã thảo luận trong Chương 4. Điều quan trọng là PAPI kiểm tra mức độ người dân nhận thức được các lợi ích có sẵn dành cho họ cũng như liệu họ có thực sự có tiếng nói trong những quyết định có ảnh hưởng đến cuộc sống của họ.⁶² Không có gì đáng ngạc nhiên khi thông tin về lợi ích và quyền lợi được phổ biến rộng rãi ở các khu vực đô thị đặc biệt là thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng và Huế, trong khi người dân ở khu vực biên giới và các tỉnh miền núi như Đắk Lắk, Quảng Trị, Lai Châu, Kon Tum có mức độ nhận thức thấp hơn nhiều. Tương tự như vậy, chất lượng cung cấp dịch vụ công nói chung được đánh giá là tốt hơn nhiều tại các thành phố như Hải Phòng, Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh. Nhưng Hà Nội bị bỏ xa ở phía sau. Các tỉnh nghèo và các tỉnh ở xa các trung tâm đô thị lớn xếp hạng khá thấp, chủ yếu là do cơ sở hạ tầng yếu kém.⁶³ Những sáng kiến như PAPI có một vai trò quan trọng trong phát triển con người, cả bằng cách trực tiếp khuyến khích người dân tham gia theo dõi và góp ý cho hành chính và dịch vụ công, cũng như bằng cách cải thiện cung cấp dịch vụ công dựa trên quan điểm của người sử dụng dịch vụ.

QUẢN TRỊ VÀ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI Ở CẤP TỈNH

Khi đề cập đến PAPI, chúng ta cũng nên xem xét mối quan hệ giữa PAPI và các nội dung của chỉ số này với mức độ phát triển con người ở cấp tỉnh

nhằm hiểu rõ hơn mối quan hệ giữa phát triển con người nói chung và các yếu tố khác nhau của quản trị. Bảng 6.3 và Hình 6.4 sẽ cho thấy điều này thông qua đánh giá mối tương quan giữa các nội dung của PAPI với HDI ở cấp tỉnh.

Bảng 6.3: Mối tương quan giữa các nội dung của chỉ số PAPI với chỉ số HDI ở cấp tỉnh, 2010

	Sự tham gia	Công khai, minh bạch	Trách nhiệm giải trình	Kiểm soát tham nhũng	Thủ tục hành chính	Dịch vụ công	Chỉ số PAPI tổng hợp (chưa có trọng số)
Chỉ số Phát triển Con người	0.4763***	0.5402***	0.4660***	0.3588**	0.1805	0.6262***	0.6799***
Chỉ số PAPI tổng hợp (chưa có trọng số)	0.7507***	0.7149***	0.7513***	0.6614***	0.4099**	0.5047***	
Dịch vụ công	0.4007**	0.5327***	0.2323	-0.0900	0.2643		
Thủ tục hành chính công	0.3284*	0.1701	0.2106	0.0541			
Kiểm soát tham nhũng	0.2708	0.3045	0.4619**				
Trách nhiệm giải trình	0.5055***	0.3480*					
Tính minh bạch	0.4908***						

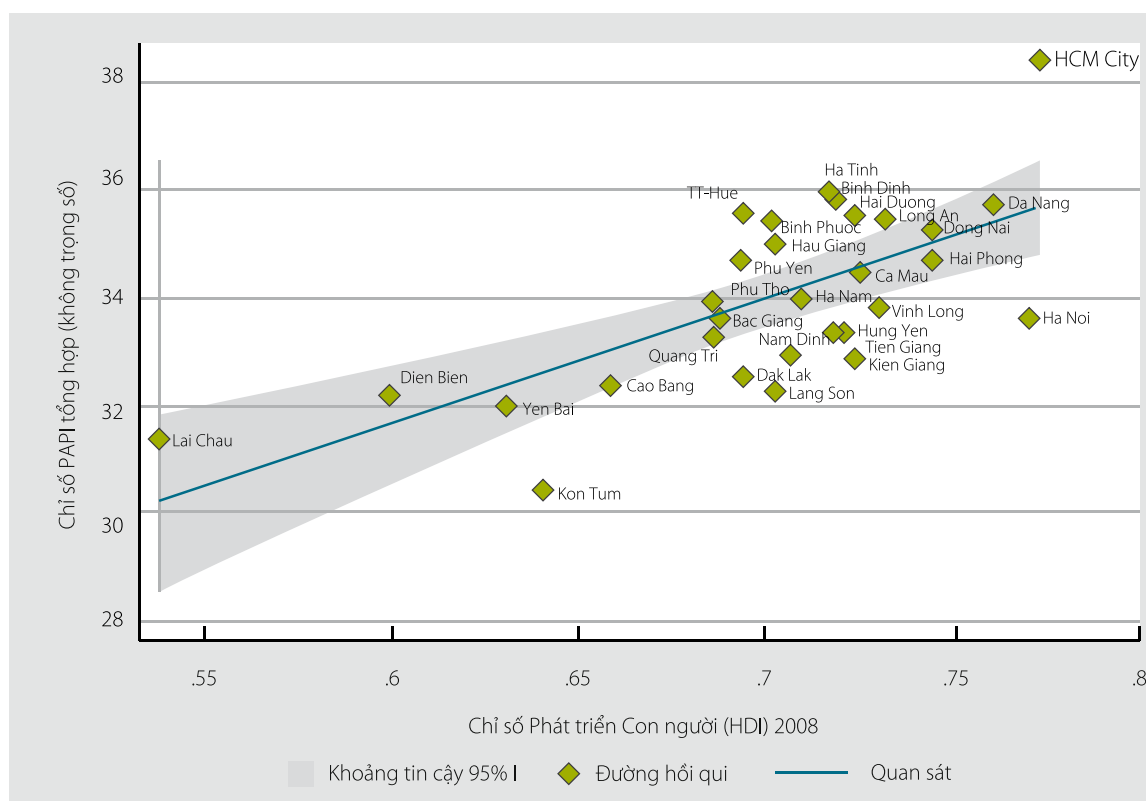
Giải thích: Mối tương quan theo cặp, *có ý nghĩa về mặt thống kê ở mức 0,1, ** có ý nghĩa về mặt thống kê ở mức 0,05, *** có ý nghĩa về mặt thống kê ở mức 0,01.
 Nguồn: PAPI 2010, www.papi.vn; HDI 2008.

Bảng 6.3 cho thấy cung ứng dịch vụ công là nội dung có mức tương quan cao nhất với HDI (0,6262), tiếp theo là tính minh bạch (0,5402), sự tham gia ở cấp địa phương (0,4763) và trách nhiệm giải trình với người dân (0,4660) đều có ý nghĩa về mặt thống kê ở mức 0,01. Các nội dung liên quan đến kiểm soát tham nhũng cũng có sự tương quan chặt chẽ (0,3588) ở mức ý nghĩa 0,05. Ngoài ra, khác với tất cả năm nội dung khác của PAPI, cần lưu ý rằng không có sự liên quan về mặt thống kê giữa các khía cạnh

của thủ tục hành chính công với mức độ phát triển con người tổng thể ở cấp tỉnh. Điều này cho thấy có sự tương quan mạnh mẽ giữa các yếu tố của quản trị tốt và mức độ phát triển con người cao hơn.

Có sự tương quan mạnh mẽ giữa các yếu tố của quản trị tốt và mức độ phát triển con người cao hơn.

Hình 6.4: Mối liên quan giữa chỉ số PAPI tổng hợp và chỉ số HDI ở cấp tỉnh



Nguồn: PAPI 2010; HDI 2008.

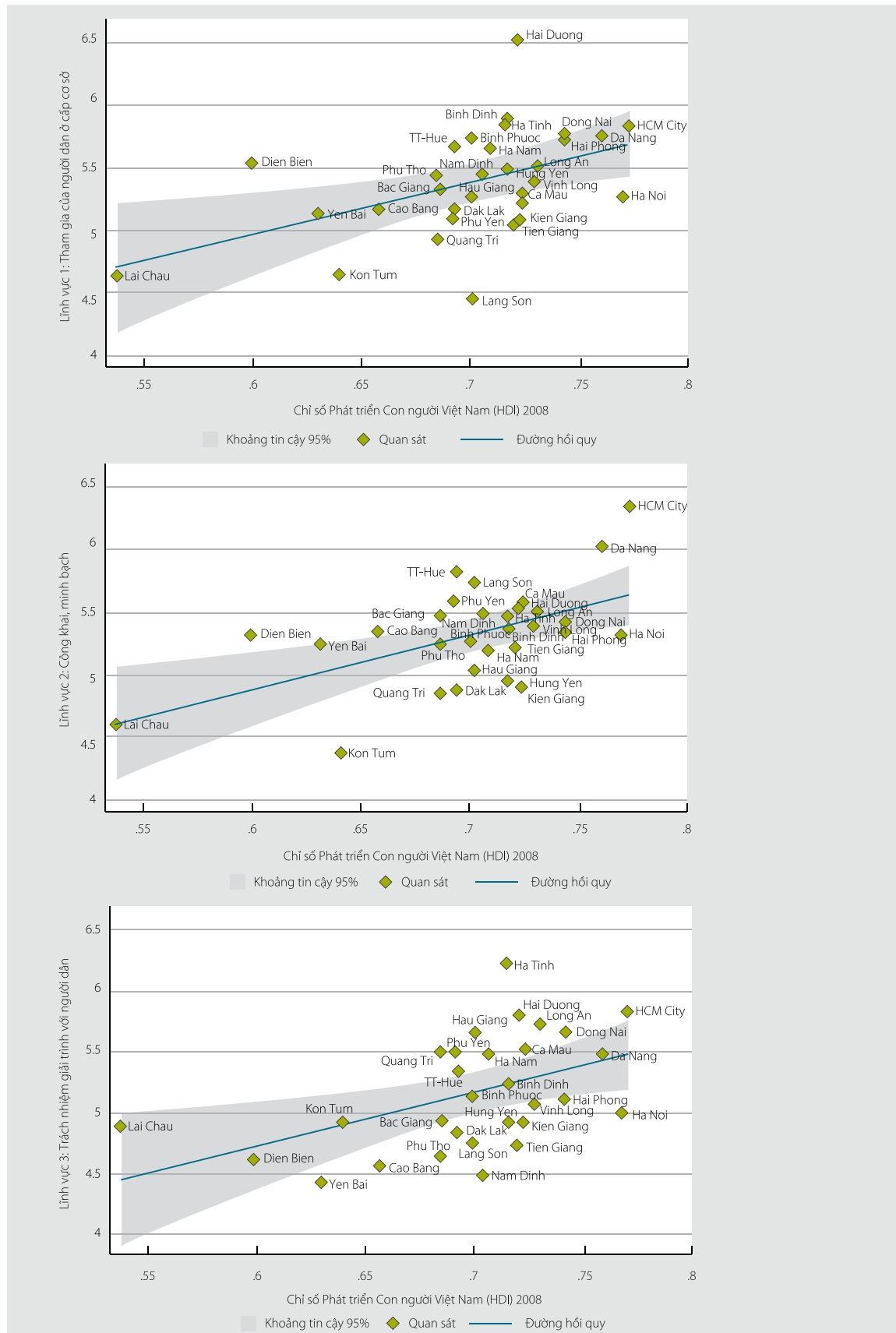
Một cách khác để đánh giá sự tương quan giữa chỉ số PAPI tổng hợp và các nội dung của nó với HDI ở cấp tỉnh được thể hiện trong các hình dưới đây. Hình 6.4 cho thấy chỉ số PAPI tổng hợp có mối tương quan chặt chẽ với HDI ($r = 0,6799$). Nói cách khác, nhìn một cách tổng thể, các địa phương với các chỉ số PAPI cao hơn cũng có xu hướng đạt mức độ phát triển con người cao hơn. Tuy nhiên, điểm quan trọng cần nhấn mạnh ở đây là mặc dù sự tương quan giữa hai chỉ số là đồng biến và mạnh mẽ, nhưng không có nghĩa là chỉ số này là nguyên nhân hay kết quả của chỉ số kia. Sự tác động lẫn nhau diễn ra theo hai chiều. Tuy nhiên điều này cung cấp bằng chứng đáng kể giúp khẳng định rằng

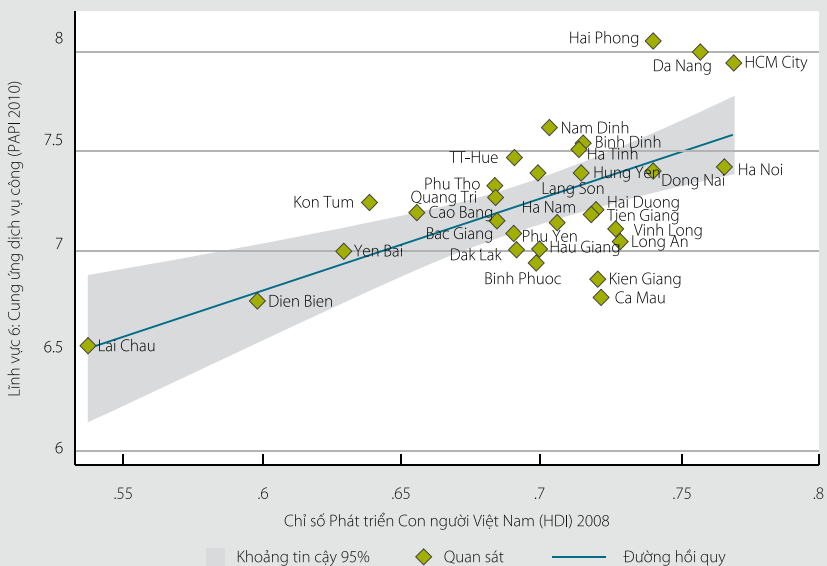
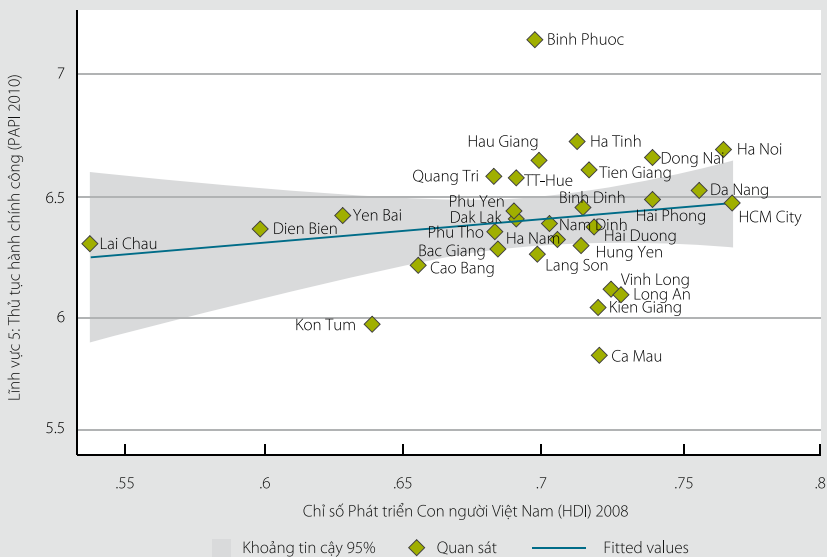
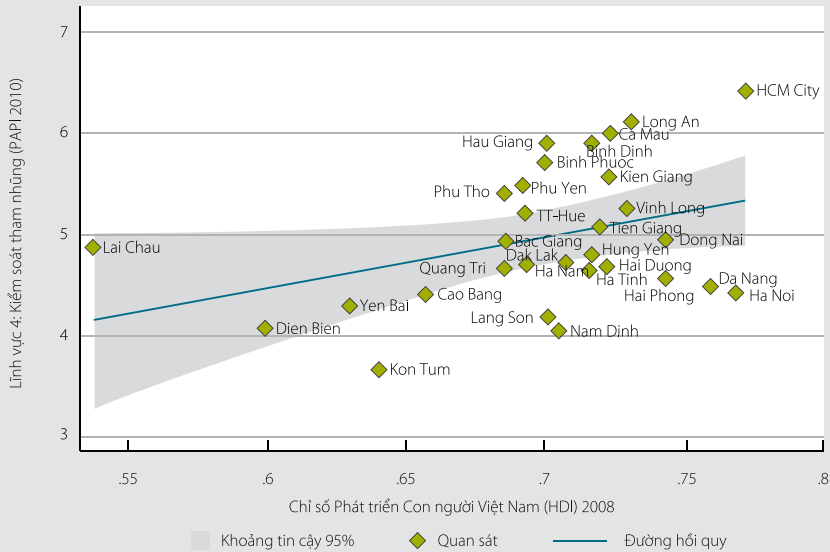
ở Việt Nam, quản trị tốt về mặt hành chính công và cung ứng dịch vụ dường như luôn song hành với mức độ phát triển con người cao hơn ở cấp tỉnh.

Ở Việt Nam, quản trị tốt về mặt hành chính công và cung ứng dịch vụ dường như luôn song hành với mức độ phát triển con người cao hơn ở cấp tỉnh.

Hình 6.5 cho thấy tương quan giữa các nội dung khác nhau của PAPI và HDI ở cấp tỉnh; và như đã nói ở trên, mối liên hệ giữa cung ứng dịch vụ và HDI là đặc biệt rõ ràng.

Hình 6.5 Mối tương quan giữa các nội dung của chỉ số PAPI với chỉ số HDI ở cấp tỉnh





Nguồn: PAPI 2010; HDI 2008

QUẢN LÝ CÁC TỔ CHỨC CUNG CẤP DỊCH VỤ

CÁC THÁCH THỨC ĐỐI VỚI CÁC TỔ CHỨC CUNG CẤP DỊCH VỤ

Thay đổi cách thức cung cấp dịch vụ xã hội ở Việt Nam không chỉ là điều chỉnh các định hướng chính sách như đã thảo luận trong Chương 5, mà còn là thay đổi các quy chuẩn và thực tiễn làm việc của các tổ chức cung cấp dịch vụ xã hội và của nhân viên các tổ chức đó. Cần cải cách văn hóa tổ chức và “luật chơi”, các tiêu chuẩn, hành vi nghề nghiệp, cách quản lý và cơ cấu hành chính của hệ thống y tế và giáo dục Việt Nam nếu Việt Nam muốn đạt mức độ phát triển con người cao hơn cho mọi công dân. Những cải cách này cũng quan trọng và khó khăn như những điều chỉnh về chính sách. Thật vậy, kinh nghiệm của Việt Nam đã cho thấy trong khi các chính sách và khuôn khổ pháp lý có thể thay đổi được, dù không phải lúc nào cũng dễ dàng, thay đổi cách thức thực hiện chính sách và các thông lệ trong thực tiễn thường khó khăn hơn rất nhiều.

Về tổ chức, có ba hình thức tổ chức cung cấp dịch vụ công, trong đó các tổ chức cung cấp dịch vụ được hiểu là những tổ chức bị ràng buộc bởi các một loạt những quy tắc và thông lệ phức tạp, chính thức và không chính thức vốn tạo nên văn hóa và hành vi của tổ chức đó, và các đơn vị cung cấp dịch vụ là các bộ phận trực thuộc của các tổ chức cung cấp dịch vụ lớn hơn.⁶⁴

- Các tổ chức cung cấp dịch vụ công hoặc nhà nước thường được hiểu là các tổ chức do nhà nước sở hữu và quản lý theo những cấp bậc kiểm soát và quy định của nhà nước. Các tổ chức này được thành lập để cung cấp một loại dịch vụ công và nhiệm vụ của họ do nhà nước quy định. Thông thường họ được quản lý theo phương thức từ trên xuống theo ngành dọc và về nguyên tắc họ phải chịu trách nhiệm trước các cơ quan nhà nước, chính phủ, và công dân.
- Các tổ chức cung cấp dịch vụ tư nhân do tư nhân sở hữu và quản lý và do đó hoạt động tự chủ, hoặc tương đối tự chủ, không phụ thuộc vào nhà nước. Có hai loại tổ chức: tổ chức cung cấp dịch vụ mang tính chất thương mại được thành lập và hoạt động nhằm mục tiêu lợi nhuận. Còn các tổ chức cung cấp dịch vụ phi lợi nhuận hoạt động nhằm phục vụ người dân thay vì tạo ra lợi nhuận trực tiếp. Nhiều tổ chức cung cấp dịch vụ

tư nhân (hoặc phi nhà nước) phi lợi nhuận được nhà nước trợ cấp toàn phần hoặc một phần lớn và hỗ trợ bằng nhiều hình thức khác (như miễn thuế). Các tổ chức thương mại tư nhân phải chịu trách nhiệm trước chủ sở hữu và/hoặc cổ đông, trong khi các tổ chức phi lợi nhuận cũng phải chịu trách nhiệm trước “chủ sở hữu” hay “cổ đông” nhưng những người chủ hay cổ đông này có thể bao gồm các cơ quan nhà nước, hoặc thậm chí là các cộng đồng dân cư.

- Các tổ chức cung cấp dịch vụ bán công bán tư kết hợp một số khía cạnh của quyền sở hữu và việc cung cấp dịch vụ công cộng và tư nhân, ví dụ như hình thức công-tư hợp doanh và “doanh nghiệp xã hội”. Các tổ chức này có những hình thức sở hữu và kiểm soát hỗn hợp. Mục tiêu và hoạt động của họ thường được nhiều tổ chức cùng nhau quản lý, với quyền sở hữu vừa của nhà nước, vừa của tư nhân, từ đó dẫn đến những trách nhiệm báo cáo và giải trình hết sức phức tạp mang tính đặc trưng của loại hình tổ chức này.

CƠ CHẾ QUẢN LÝ VÀ TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH ĐỐI VỚI DỊCH VỤ CÔNG VÀ TƯ

Ở Việt Nam sự lẫn lộn trong cung cấp dịch vụ công và tư như thảo luận ở trên, trong đó cả y tế và giáo dục nhà nước và tư nhân cùng hoạt động trên cơ sở thương mại đã làm lu mờ ranh giới giữa các loại hình dịch vụ cũng như việc tổ chức quản lý và quy định trách nhiệm giải trình. Trong thực tế, rất nhiều cái gọi là tổ chức cung cấp dịch vụ công, nhưng xét về cách thức hoạt động lại là những tổ chức bán công, và trách nhiệm giải trình thường không rõ ràng và phức tạp. Một ví dụ là trường “bán công” và “dân lập” được nhận trợ cấp và hỗ trợ từ nhà nước. Đồng thời, phân quyền cũng đã thay đổi việc quản lý cung cấp dịch vụ công, với sự gia tăng quyền tự chủ và độc lập rõ ràng trong hoạt động của các tổ chức cung cấp dịch vụ công như bệnh viện. Các nhân tố thị trường cũng tác động mạnh mẽ tới cách thức hoạt động của các tổ chức cung cấp dịch vụ công, và các loại hình khuyến khích khen thưởng dành cho nhân viên của họ.

Sự xuất hiện các hình thức cung cấp dịch vụ hỗn hợp công tư tại Việt Nam diễn ra tương đối tự phát và không đi kèm với việc xây dựng các cơ chế vững mạnh nhằm đảm bảo tính minh bạch và trách nhiệm giải trình. Trong thực tế, các cơ chế đảm bảo tính minh bạch và trách nhiệm giải trình trong khu vực nhà nước còn yếu và chưa hoàn thiện, trong khi các cơ chế đảm bảo trách nhiệm thường thấy ở các tổ

chức thương mại lớn, chẳng hạn như hội đồng quản trị, không phải lúc nào cũng tồn tại trong bối cảnh Việt Nam. Khi không có các cơ chế này, các tổ chức cung cấp dịch vụ công phải đối mặt với nhiều thách thức trong việc thích nghi với những thay đổi kinh tế xã hội nhanh chóng đang diễn ra xung quanh họ, cũng như trong chính tổ chức của họ.⁶⁵

CẢI CÁCH HÀNH CHÍNH CÔNG VÀ DỊCH VỤ XÃ HỘI

Tăng cường thể chế cho các tổ chức cung cấp dịch vụ nhà nước và tư nhân trong lĩnh vực y tế và giáo dục rõ ràng là cần thiết. Phần này sẽ đi qua những mô hình khác nhau để quản trị cung cấp dịch vụ một cách hiệu quả, dựa trên các thảo luận về cải cách hành chính công, lý thuyết mới về quản lý công, và quản trị các tổ chức phi lợi nhuận. Không có gì ngạc nhiên khi có rất nhiều điểm chung giữa các phương pháp tiếp cận này.

Mục đích của cải cách hành chính công là cung cấp dịch vụ công với chất lượng cao hơn cho người dân, đặc biệt là người nghèo. Mặc dù không có một hình mẫu thể chế hoàn hảo duy nhất nào, nhưng một hệ thống hành chính công hiện đại, hiệu quả và coi trọng nhân tài với một đội ngũ nhân viên có tay nghề, năng động và có năng lực là hết sức cần thiết nếu Việt Nam muốn giải quyết những thách thức phức tạp đặt ra cho một quốc gia có mức thu nhập trung bình thấp và mức phát triển con người trung bình như đã được thảo luận trong Chương 2.⁶⁶ Trong một bài viết về cải cách hành chính công và nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ tại Việt Nam, Koh và các cộng sự nêu lên ba nguyên tắc chính về cải cách hành chính công trong cung cấp dịch vụ. Một là, lấy khách hàng làm trọng tâm, lấy sự hài lòng của công chúng là thước đo cuối cùng về hiệu quả của hành chính công và cung cấp dịch vụ công. Hai là, đảm bảo thích ứng với bối cảnh địa phương vì không có một mô hình cung cấp dịch vụ công nào là tốt nhất. Ba là, cơ cấu tổ chức chính phủ cần được cải cách để đảm bảo chuyên môn hóa việc sắp xếp và phân công công việc, và đảm bảo rằng các cơ quan trong toàn chính phủ có thể cùng góp phần nâng cao phúc lợi công, hơn là trực tiếp tham gia cung cấp dịch vụ. Ngoài ra, các tác giả kiến nghị thành lập các cơ quan quản lý độc lập trong các ngành và lĩnh vực cụ thể nhằm đại diện và thực thi chức năng giám sát của chính phủ, đồng thời xây dựng và áp dụng các tiêu chuẩn độc lập để có thể đảm bảo cung ứng dịch vụ công tốt nhất.⁶⁷

CÁC NGUYÊN TẮC CỦA KINH TẾ TƯ NHÂN VÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CỦA CHÍNH PHỦ

Các mô hình quản trị công ty cũng đem lại những bài học về nâng cao hiệu quả cung cấp dịch vụ công của chính phủ, vì các cơ quan nhà nước thường cứng nhắc, ít quan tâm tới chi phí, cũng như nhu cầu và lợi ích của khách hàng. Một giải pháp là áp dụng những hình thức khuyến khích giống như trong thị trường để cải thiện dịch vụ công, dựa trên giả định rằng các tổ chức tư nhân vốn hiệu quả hơn vì họ buộc phải hiệu quả để tồn tại. Để đảm bảo tính minh bạch và trách nhiệm giải trình, sự tham gia của người dân và của các cơ quan, tổ chức hỗ trợ thích hợp là điều kiện tiên quyết - công dân phải chủ động tham gia quản lý các tổ chức cung cấp dịch vụ, chứ không phải chỉ là người nhận dịch vụ một cách thụ động.

Công dân phải chủ động tham gia quản lý các tổ chức cung cấp dịch vụ, chứ không phải chỉ là người nhận dịch vụ một cách thụ động.

Như London đã đề cập trong nghiên cứu phục vụ cho Báo cáo này, có năm nguyên tắc đi kèm với cách tiếp cận này: thứ nhất, chính phủ chịu trách nhiệm chỉ đạo việc cung cấp dịch vụ công, mặc dù không nhất thiết phải trực tiếp tham gia cung cấp dịch vụ; thứ hai, chính phủ và các ban ngành tại địa phương nên do công dân làm chủ, và người dân được trao quyền tự quản lý cộng đồng của mình; thứ ba, cạnh tranh giữa các tổ chức cung cấp dịch vụ là chìa khóa để giảm chi phí, đảm bảo cung cấp dịch vụ đáp ứng đúng nhu cầu của khách hàng hơn; thứ tư, hiệu quả hoạt động của các cơ quan nên được đánh giá dựa trên các nhiệm vụ họ được giao - các mục đích và mục tiêu họ phải chịu trách nhiệm thực hiện; và thứ năm, như đã nói ở trên, công dân không phải là khách hàng thụ động, mà là những người tích cực tham gia thực hiện quyền được lựa chọn giữa các dịch vụ khác nhau và đóng góp ý kiến về cách thức cung cấp và đánh giá dịch vụ.⁶⁸

Phương pháp này có những điểm yếu khá rõ - đó là tác giả đã không tính đến điều kiện và bối cảnh địa phương của công tác cung ứng dịch vụ, và không thừa nhận những điểm yếu cố hữu của thị trường hoặc những khó khăn phát sinh khi thị trường không hoạt động tốt. Cách tiếp cận này cũng không tính đến bối cảnh chính trị trong đó việc cung cấp dịch vụ diễn ra, bao gồm cả tương quan quyền lực giữa các nhóm khác nhau. Tuy nhiên cách tiếp cận này đã nêu bật được một số vấn đề thực tiễn của việc quản trị các tổ chức cung cấp dịch vụ công.⁶⁹

HỌC HỎI TỪ KHU VỰC PHI LỢI NHUẬN

Mặc dù ở Việt Nam, các tổ chức phi nhà nước và phi lợi nhuận chưa phát triển mạnh, kinh nghiệm quản trị trong cung cấp dịch vụ phi lợi nhuận ở các nước khác có thể cung cấp các bài học hữu ích cho các tổ chức cung cấp dịch vụ tại Việt Nam. Ví dụ, một đánh giá mới đây của Ủy ban năng suất Úc về đóng góp của các tổ chức phi lợi nhuận tại Úc, bao gồm cả lĩnh vực y tế và giáo dục, đã xác định rõ vai trò cụ thể của các tổ chức này và giá trị gia tăng họ mang lại. Các tổ chức phi lợi nhuận thường được xây dựng nhằm phục vụ cộng đồng và việc các thành viên tham gia đánh giá xem tổ chức mình đã đạt được mục tiêu đề ra hay chưa là một đặc điểm nổi bật trong cách thức hoạt động của tổ chức. Nhiều tổ chức phi lợi nhuận tạo nên giá trị gia tăng thông qua phương thức hoạt động, bao gồm cả cách họ được tổ chức như thế nào, thu hút mọi người tham gia ra sao, đưa ra quyết định và cung cấp dịch vụ thế nào. Rất nhiều tổ chức phi lợi nhuận đảm trách các hoạt động mà các cơ quan nhà nước hay các tổ chức tư nhân không làm vì nhiều nguyên nhân, trong đó bao gồm lợi ích kinh tế thấp, rủi ro cao (bao gồm cả rủi ro chính trị), nguy cơ các hoạt động có thể không hiệu quả, hoặc bởi vì chính phủ và doanh nghiệp thiếu lòng tin hay thiếu các mối quan hệ với khách hàng cần thiết để cung cấp dịch vụ có hiệu quả. Các hoạt động của các tổ chức phi lợi nhuận thường tạo ra nhiều lợi ích hơn những gì mà người hưởng lợi trực tiếp có thể cảm nhận được, ví dụ như hình thành vốn xã hội và hòa nhập xã hội bằng cách khuyến khích sự tham gia của các gia đình và các thành viên cộng đồng trong cung cấp dịch vụ cho những người dễ bị tổn thương.⁷⁰

Cải thiện công tác đánh giá, giám sát và cơ sở dữ liệu cho quá trình lập kế hoạch và ra quyết định.

Về vấn đề cải tiến cách làm việc của các tổ chức phi lợi nhuận, Ủy ban xác định năm yếu tố chính: xây dựng hệ thống tri thức nhằm nâng cao hiểu biết về cách thức hoạt động của các tổ chức này cũng như thiết lập và xây dựng một cơ sở bằng chứng về các điều kiện thành công; đảm bảo cơ chế quản trị và trách nhiệm giải trình rõ ràng thông qua một khuôn khổ pháp lý duy nhất và thống nhất cho tất cả các tổ chức phi lợi nhuận; bảo đảm phát triển các tổ chức phi lợi nhuận một cách hiệu quả hơn nữa, bao gồm kỹ năng quản trị, lập kế hoạch và đánh giá hoạt động; phát huy các sáng kiến xã hội để tìm ra những cách làm mới và tốt hơn nhằm giải quyết các vấn đề xã hội mà lợi ích chính là phục vụ cộng đồng chứ không phải là thu nhập; và xây dựng quan hệ hợp tác và đối tác giữa các tổ chức phi

lợi nhuận và chính phủ, đặc biệt là khi các tổ chức phi lợi nhuận cung cấp các dịch vụ do nhà nước trả tiền.⁷¹

Mỗi phương pháp tiếp cận lại cung cấp một cách nghĩ về cách thức phát triển các tổ chức cung cấp dịch vụ xã hội tại Việt Nam trong tương lai. Khi các tổ chức cung cấp dịch vụ tại Việt Nam đang ngày càng trở nên công tư không rõ ràng, một giải pháp bán công bán tư nhằm cải thiện hoạt động và hiệu quả của các tổ chức này có thể là thích hợp nhất. Vấn đề mấu chốt là phải có các cơ chế giám sát và đảm bảo trách nhiệm giải trình rõ ràng. Lấy khách hàng làm trung tâm, đáp ứng đúng nhu cầu và lợi ích của người sử dụng và cộng đồng, khuyến khích người dân tham gia vào lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ cũng không kém phần quan trọng. Nâng cao ý thức trách nhiệm, tăng cường văn hóa và đạo đức nghề nghiệp, đồng thời đưa ra những hình thức khuyến khích khen thưởng phù hợp để ghi nhận những áp lực mà các tổ chức cung cấp dịch vụ và nhân viên của họ đang phải đối mặt cũng hết sức cần thiết. Cuối cùng, cải thiện công tác đánh giá, giám sát và cơ sở dữ liệu cho quá trình lập kế hoạch và ra quyết định, bao gồm cả sử dụng công nghệ mới, là tối quan trọng để giúp các tổ chức cung cấp dịch vụ và các nhà hoạch định chính sách biết được hoạt động nào là hiệu quả, cũng như lên kế hoạch đáp ứng những nhu cầu của một xã hội và cộng đồng dân cư đang đổi thay nhanh chóng. Mỗi nội dung trên sẽ lần lượt được thảo luận tóm tắt trong các phần dưới đây.

GIÁM SÁT VÀ TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH

NHỮNG THÁCH THỨC TRONG VIỆC CẢI TIẾN CÔNG TÁC QUẢN TRỊ

Cải tiến công tác quản trị là chìa khóa để đảm bảo trách nhiệm giải trình và hiệu quả cũng như để điều chỉnh hoạt động của các tổ chức cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục. Xây dựng các cơ chế quản trị để đảm bảo trách nhiệm giải trình của các tổ chức cung cấp dịch vụ công trước các cấp chính quyền và trước nhân dân là một trong những thách thức chính hiện nay đối với hệ thống y tế và giáo dục Việt Nam. Một thách thức khác là đảm bảo quản lý và giám sát hiệu quả các tổ chức cung cấp dịch vụ tư nhân. Trong bối cảnh phân cấp phân quyền hiện tại, các cơ quan cấp cao hơn gặp rất nhiều khó khăn để đảm bảo trách nhiệm giải trình của các tổ chức cung cấp dịch vụ vì họ được trao quyền tự chủ rất cao trong việc tạo thu nhập và sử dụng các nguồn lực tài chính cùng các khía cạnh khác của quản lý. Tình hình tại các bệnh viện của Việt Nam là một ví dụ điển hình. Một thực tế hiển nhiên là các bệnh viện có quyền

tự chủ rất cao, đặc biệt là các bệnh viện trung ương lớn có khả năng tạo ra thu nhập đáng kể nhờ thu phí khám chữa bệnh và do đó họ có quyền quyết định hơn đối với việc chi tiêu các khoản tiền kiếm được.⁷² Mặc dù nhiều bệnh viện đã khá thành công trong việc sử dụng nguồn tiền thu được để thu hút các cán bộ có trình độ cao và cung cấp các dịch vụ hàng đầu nhưng trách nhiệm giải trình sẽ khó được đảm bảo, ví dụ như các cơ quan cấp trung ương khó có thể giám sát và hạn chế việc cung cấp các dịch vụ “tư nhân” trong bệnh viện.⁷³

TĂNG CƯỜNG TRÁCH NHIỆM GIẢI TRÌNH TRONG Y TẾ VÀ GIÁO DỤC

Tuy nhiên, đã có nhiều nỗ lực nhằm tăng cường các cơ chế đảm bảo trách nhiệm giải trình, ít nhất về nguyên tắc, trong cả ngành y tế và giáo dục. Ví dụ, Luật mới về khám chữa bệnh được thông qua năm 2009 quy định rõ Việt Nam sẽ cấp giấy phép cho các cơ sở y tế và chúng chỉ hành nghề cho các y bác sĩ của cả nhà nước và tư nhân. Theo các thông lệ tốt nhất, một hệ thống cấp phép ở cấp quốc gia sẽ có hiệu quả hơn, vì sẽ đảm bảo là những người đã bị cấm hành nghề ở một tỉnh không thể hành nghề ở các vùng miền khác của đất nước. Tuy nhiên Việt Nam lại đang áp dụng hệ thống cấp phép kép, trong đó các y bác sĩ nước ngoài và những người làm việc ở các cơ sở khám chữa bệnh của trung ương sẽ được Bộ Y tế cấp chứng chỉ hành nghề, còn chứng chỉ của các y bác sĩ cấp địa phương sẽ được cấp tại địa phương. Điều này gây khó khăn cho chính phủ trong việc theo dõi những người hành nghề y một cách hiệu quả. Việt Nam cũng chưa có một cơ chế cấp quốc gia để giải quyết khiếu nại và áp dụng các biện pháp kỷ luật đối với y bác sĩ vi phạm pháp luật. Ngoài ra, trong khi pháp luật quy định tất cả các cơ sở khám chữa bệnh nhà nước cũng như tư nhân phải có giấy phép hoạt động thì cho đến nay một số lượng lớn các cơ sở tư nhân vẫn không có giấy phép và do đó không thể quản lý được.⁷⁴

Một ví dụ khác là sự phát triển và áp dụng hệ thống kiểm định chất lượng trong lĩnh vực giáo dục. Các tiêu chuẩn chất lượng tối thiểu dành cho các trường tiểu học đã được thông qua vào năm 2004, và bao gồm rất nhiều khía cạnh, kể cả chất lượng và kết quả mong đợi. Các tiêu chuẩn dành cho hiệu trưởng cũng đã được áp dụng. Tuy nhiên, việc kiểm soát các dịch vụ giáo dục tư nhân vẫn còn yếu: việc giám sát thực tế xem các trường có tuân thủ các quy định của nhà nước hay không còn rất ít, mặc dù trong thực tế vấn đề không phải là tuân thủ quy định, mà là vấn đề học phí quá cao.⁷⁵ Việc giám sát hệ thống giáo dục đại học của Bộ Giáo dục Đào tạo còn hạn chế. Do đó giáo dục đại học ở Việt Nam rất ít bị giám sát và năng lực để đảm bảo áp dụng các tiêu chuẩn cũng không cao. Ví dụ chỉ có 50% các trường đại học và cao đẳng tuân thủ các yêu cầu về báo cáo trong

năm học 2008-2009. Quá trình tự kiểm định đã được hình thành tại các trường đại học và một hội đồng quốc gia về kiểm định chất lượng giáo dục đã được thành lập như một cơ chế kiểm định chất lượng giáo dục độc lập. Khoảng 100 trường đại học đã thiết lập các trung tâm kiểm định chất lượng nội bộ, và khoảng một nửa đã tiến hành tự đánh giá, song đến nay chỉ có 20 trường đại học đã được đánh giá độc lập. Nhiều ý kiến thống nhất rằng cần có một cơ quan kiểm định chất lượng độc lập và vững mạnh để đảm bảo quá trình kiểm định thực sự có ý nghĩa và hiệu quả. Ngoài ra, tự nguyện áp dụng hệ thống kiểm định chất lượng quốc tế sẽ không chỉ giúp các trường được “đóng dấu” chứng nhận độc lập về chất lượng mà còn giúp nâng cao tiêu chuẩn các trường trên toàn quốc.⁷⁶

Tựu chung, các ví dụ này nhấn mạnh Việt Nam cần xem xét thành lập một cơ quan độc lập ở cấp ngành – một cơ quan không trực thuộc bộ chủ quản – có chức năng kiểm định và giám sát chất lượng. Một cơ quan kiểm định y tế độc lập ở cấp quốc gia rõ ràng có hiệu quả hơn là trao quyền cấp phép hoạt động và chứng chỉ hành nghề y cho các cơ quan y tế cấp tỉnh bởi điều này rất dễ mở đường cho trục lợi và tham nhũng. Đây là điều không ai mong muốn bởi chính bệnh nhân sẽ là người gánh chịu hậu quả nếu như các y bác sĩ bị cấm hành nghề hoặc không đủ năng lực lại có thể trả tiền hối lộ để được hành nghề. Cần xây dựng một cơ chế khiếu nại độc lập gắn liền với hệ thống cấp chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động, và được quản lý ở cấp quốc gia bởi một tổ chức độc lập có nhiều thành phần tham dự, bao gồm xã hội dân sự và đại diện các bệnh nhân.⁷⁷ Tương tự như vậy trong giáo dục, các sáng kiến của các trường và Bộ Giáo dục và Đào tạo nhằm đảm bảo kiểm định chất lượng có thể được bổ sung bằng cách thiết lập một cơ quan độc lập như Ủy ban các trường học để cung cấp một đánh giá độc lập về chất lượng dạy và học, theo dõi và công khai thông tin về chất lượng các trường. Các hiệp hội nghề nghiệp độc lập cũng có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc đảm bảo chất lượng của đội ngũ cán bộ chuyên môn như được thảo luận dưới đây.

SỰ THAM GIA VÀ NHẬN THỨC CỦA NGƯỜI DÂN

Như đã nói ở trên, công dân tham gia vào lập kế hoạch và cung cấp các dịch vụ y tế và giáo dục là một trong những nguyên tắc của chính sách xã hội hóa. Để nâng cao trách nhiệm giải trình đối với người sử dụng dịch vụ, các tổ chức cung cấp dịch vụ cần phải có những quy trình thu hút sự tham gia của khách hàng và phải tìm kiếm thông tin phản hồi của họ cũng như đảm bảo khách hàng có những thông tin cần thiết để đưa ra những lựa chọn có cơ sở về sử dụng dịch vụ.

Các tổ chức cung cấp dịch vụ cần phải có những quy trình thu hút sự tham gia của khách hàng và phải tìm kiếm thông tin phản hồi của họ.

Đây là một vấn đề rất quan trọng trong lĩnh vực y tế, nơi “thông tin không được chia sẻ đầy đủ”, vì người sử dụng dịch vụ thường không được thông báo đầy đủ về phương pháp điều trị bệnh, các lựa chọn về cách điều trị, hoặc thuốc men và các ảnh hưởng của chúng. Luật khám chữa bệnh quy định rõ ràng về quyền của bệnh nhân, bao gồm quyền được thông tin về tình trạng sức khỏe của họ, các lựa chọn về cách điều trị và chi phí điều trị. Luật này cũng dành cho bệnh nhân quyền được tôn

trọng, được đảm bảo bí mật, không bị phân biệt đối xử và được từ chối điều trị.⁷⁸ Tuy nhiên trong thực tế, mức độ nhận thức về các quyền lợi về y tế còn rất thấp, ví dụ như người dân không được biết nhiều về chương trình bảo hiểm y tế tự nguyện. Và việc sử dụng thuốc bất hợp lý một phần được thúc đẩy bởi sự thiếu hiểu biết về các tác dụng phụ của thuốc và niềm tin rằng thuốc ngoại tốt hơn thuốc nội.⁷⁹ Chính phủ Việt Nam đã đầu tư đáng kể vào các chiến dịch truyền thông và nâng cao nhận thức về các điều kiện sức khỏe cụ thể và các biện pháp y tế dự phòng như đội mũ bảo hiểm, phòng chống HIV và các loại bệnh tương tự. Nhà nước cần đầu tư ở mức tương tự cho việc nâng cao nhận thức về quyền và lợi ích của bệnh nhân theo luật mới..

HỘP 6.4. LUẬT KHÁM CHỮA BỆNH⁸⁰

Luật Khám chữa bệnh năm 2009 cung cấp cơ chế cho bệnh nhân phản hồi và khiếu kiện. Luật quy định bệnh nhân có quyền chọn giải pháp khám chữa bệnh, được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án, chi phí khám chữa bệnh và từ chối hoặc chấm dứt chữa trị. Chương 7 quy định cơ chế khiếu nại bao gồm cả lập hội đồng chuyên môn để lắng nghe khiếu nại và xem xét nguyên nhân, và cho phép bệnh nhân và người đại diện góp ý trực tiếp về khám chữa bệnh và điều trị. Theo Luật, cơ chế phản hồi của bệnh nhân sẽ được thực hiện, thông qua đó bệnh nhân có thể góp ý về dịch vụ, giúp cung cấp thông tin một cách hệ thống về chất lượng dịch vụ. Tuy nhiên cơ chế này lại chưa được thực hiện, và hiện nay các cơ sở vẫn chỉ tự đánh giá mình và như vậy là không khách quan.

Tương tự như vậy, trong giáo dục, phụ huynh và học sinh cần được biết thông tin về chất lượng của trường, cách tổ chức quản lý và tình hình tài chính. Ở một mức độ nhất định, đây chính là trường hợp của giáo dục đại học, vì các trường đại học được yêu cầu phải công bố thông tin về sinh viên, giảng viên, các nguồn lực và tài chính. Một số trường đại học còn công bố các ý kiến phản hồi về giảng viên, điều này đã giúp sinh viên và gia đình có thể lựa chọn trường một cách có cơ sở hơn.⁸¹

THU THẬP VÀ GIẢI ĐÁP PHẢN HỒI TỪ KHÁCH HÀNG

Một trách nhiệm quan trọng thứ hai của các nhà cung cấp dịch vụ là tìm kiếm thông tin phản hồi ở cấp độ của tổ chức, đơn vị cung cấp dịch vụ về nhu cầu và kỳ vọng của khách hàng, cũng như về sự hài lòng của khách hàng đối với dịch vụ được cung cấp. Thông tin này sẽ giúp các nhà cung cấp

điều chỉnh các dịch vụ của mình để thích ứng với nhu cầu cụ thể của cộng đồng mà họ phục vụ. Đây là một khái niệm tương đối mới ở Việt Nam vì trong lịch sử Việt Nam đã từng áp dụng mô hình kế hoạch tập trung để xác định nhu cầu đối với các dịch vụ y tế và giáo dục ở cấp địa phương. Mặc dù việc phân cấp phân quyền đã cho phép các bệnh viện linh hoạt hơn trong việc xác định các dịch vụ để cung cấp, họ vẫn còn nhận kinh phí dựa trên số giường bệnh và số lượng bệnh nhân, và vẫn có động lực ưu tiên cung cấp các dịch vụ sinh lời hơn là những dịch vụ mà cá nhân hoặc cộng đồng cần nhất.⁸²

Mặt khác, trong giáo dục, các chương trình giảng dạy được xây dựng cho toàn quốc. Để đảm bảo chương trình học phù hợp và dễ tiếp cận đối với học sinh, các trường cần đa dạng hóa và linh hoạt hơn trong việc lựa chọn cách thức giảng dạy. Điều này cũng đòi hỏi giảng viên phải có kỹ năng sư phạm cao hơn. Các trường dạy nghề và đại học

thường không đáp ứng được các xu hướng và yêu cầu của thị trường lao động, vì thiếu thông tin về thị trường cũng như yêu cầu của người sử dụng lao động. Một thực tế được công nhận trên toàn ngành giáo dục là cần có các phương pháp giảng dạy linh hoạt hơn, có sự tham gia của người học và cập nhật hơn để khuyến khích thái độ học tập tích cực và tăng cường phát triển kỹ năng sống cũng như đạt được kết quả học tập cao.⁸³

Một số tổ chức cung cấp dịch vụ tại Việt Nam đang bắt đầu thử nghiệm hỏi ý kiến người sử dụng dịch vụ. Ví dụ, các trường đại học đang thu thập thông tin về sự hài lòng của sinh viên với chất lượng giảng dạy, và một số bệnh viện cũng tiến hành khảo sát sự hài lòng của khách hàng. Bệnh viện Nhi Trung ương đang thu thập dữ liệu cơ bản về sự hài lòng của cha mẹ với việc chăm sóc mà con cái họ nhận được nhằm cải thiện việc trao đổi thông tin giữa nhân viên bệnh viện và phụ huynh.⁸⁴ Theo Báo cáo chung thường niên về y tế năm 2010, người sử dụng dịch vụ được mời đóng góp ý kiến thông qua đường dây nóng được thiết lập tại các bệnh viện, các cuộc họp hàng tuần của ủy ban bệnh nhân, và hòm thư góp ý được đặt tại các bệnh viện.⁸⁵ Một trong những ví dụ được đề cập trong một nghiên cứu năm 2009 về hệ thống y tế ở hai tỉnh: bệnh viện cấp tỉnh và cấp huyện ở Cần Thơ và Ninh Bình đã tổ chức các cuộc họp thường xuyên với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân để hỏi ý kiến, ủy ban bệnh nhân thì họp mỗi tháng một lần. Tuy nhiên, người dân và các tổ chức xã hội dân sự không đóng bất kỳ vai trò chính thức nào trong việc giám sát xem liệu các tổ chức cung cấp dịch vụ có tuân thủ các tiêu chuẩn và thực hiện các quy định và các bộ quy tắc ứng xử hay không.⁸⁶ Như vậy, mặc dù đã có những dấu hiệu đáng khích lệ nhưng việc hỏi ý kiến người sử dụng dịch vụ - và quan trọng hơn là làm theo những ý kiến đóng góp đó - vẫn chưa hoàn toàn được thể chế hoá trong rất nhiều các tổ chức cung cấp dịch vụ.

HỌC HỎI TỪ CÁC TỔ CHỨC PHI LỢI NHUẬN

Đây là một lĩnh vực mà các tổ chức cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục của Việt Nam có thể học hỏi kinh nghiệm của các tổ chức phi lợi nhuận. Bên cạnh những cuộc khảo sát về mức độ hài lòng trên quy mô lớn như PAPI nhằm thăm dò ý kiến ở cấp tỉnh, các cuộc điều tra và các cơ chế tham vấn khác của từng cơ sở, các tổ chức cung cấp dịch vụ có thể xem xét áp dụng các phương pháp khuyến khích sự tham gia của người dân giống như những phương pháp đã được các tổ chức phi lợi nhuận sử dụng để khách hàng và cộng đồng tham gia vào hoạt động của họ.

Các tổ chức cung cấp dịch vụ có thể xem xét áp dụng các phương pháp khuyến khích sự tham gia của người dân giống như những phương pháp đã được các tổ chức phi lợi nhuận sử dụng để khách hàng và cộng đồng tham gia vào hoạt động của họ.

Các chiến lược mà các tổ chức cung cấp dịch vụ có thể sử dụng để tăng cường sự tham gia của khách hàng bao gồm: sử dụng khách hàng và các thành viên của cộng đồng như tình nguyện viên, mời tham gia hội đồng quản trị và các ủy ban tư vấn người sử dụng dịch vụ, tham vấn rộng rãi với các bên liên quan để thu thập thông tin đầu vào cho lập kế hoạch và ra quyết định, công khai các dữ liệu về hiệu quả dịch vụ, bao gồm kết quả điều tra mức độ hài lòng của khách hàng. Ví dụ, ở bang Andhra Pradesh, ủy ban các bà mẹ giám sát các dịch vụ y tế và giáo dục dành cho trẻ em. Ủy ban này đã được thành lập nhằm nâng cao ý thức trách nhiệm, tăng mức sử dụng dịch vụ và khuyến khích việc cung cấp dịch vụ theo nhu cầu.⁸⁷ Các ủy ban người sử dụng dịch vụ và các cơ chế tham gia khác có thể đóng vai trò như một chiến lược cụ thể để tạo điều kiện cho những người vốn thấp cổ bé họng được nói lên ý kiến của mình về chất lượng dịch vụ, và cho họ cơ hội đóng góp ý kiến trực tiếp với các nhà cung cấp dịch vụ.

Người dân có quyền được thông tin về các dịch vụ mà họ nhận được, về chất lượng dịch vụ, và các lựa chọn có sẵn khi họ quyết định sử dụng một dịch vụ nào đó.

Nghị định về dân chủ ở cơ sở của Việt Nam đã tạo khuôn khổ cho sự tham gia của công dân trong các quyết định có ảnh hưởng đến cuộc sống của họ. Được thiết kế để tăng cường sự tham gia của người dân vào quá trình ra quyết định ở cấp thôn xã, khuôn khổ này nên được mở rộng để thúc đẩy sự tham gia và trao đổi thông tin nhiều hơn giữa công dân với các tổ chức cung cấp dịch vụ. Quyền được thông tin, quyền được tư vấn, quyền được quyết định và quyền kiểm tra (giám sát) đều có thể được áp dụng cho các tổ chức cung cấp dịch vụ. Như vậy, Người dân có quyền được thông tin về các dịch vụ mà họ nhận được, về chất lượng dịch vụ, và các lựa chọn có sẵn khi họ quyết định sử dụng một dịch vụ nào đó; quyền được tư vấn khi các kế hoạch đang được chuẩn bị để thay đổi các dịch vụ này và cách cung cấp dịch vụ; quyền được tham gia vào việc ra quyết định, ví dụ với tư cách thành viên của hội

đồng nhà trường và bệnh viện. Họ cũng có quyền được nêu lên ý kiến về chất lượng dịch vụ và cách cung cấp dịch vụ, và các ý kiến đó cần được xem xét và thực thi một cách nghiêm túc. Những quyền này chắc chắn sẽ áp dụng được đối với những dịch vụ y tế và giáo dục do chính phủ tài trợ hoặc hỗ trợ, nhưng các tổ chức cung cấp dịch vụ tư nhân cũng cần tương tác với khách hàng và thu thập thông tin phản hồi của họ.

ĐẠO ĐỨC VÀ VĂN HÓA NGHỀ NGHIỆP

CÁC ĐỘNG LỰC THỊ TRƯỜNG ĐANG ĐE ĐỌA ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP

Các cách tiếp cận về quản trị các tổ chức cung cấp dịch vụ thảo luận ở trên đều nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cần có một sứ mệnh của từng tổ chức và sứ mệnh này là cơ sở để đánh giá hiệu quả hoạt động của tổ chức và nhân viên. Trong các tổ chức cung cấp dịch vụ (bao gồm cả những tổ chức được nhận trợ cấp của chính phủ), sứ mệnh nên là lợi ích công hoặc tập thể được đo bằng “mức độ hài lòng của người sử dụng các dịch vụ công ... dựa trên một tập hợp các tiêu chí như chất lượng dịch vụ, giá dịch vụ, và khả năng quan tâm đến các nhóm dân cư khác nhau với các nhu cầu khác nhau”.⁸⁸ Tuy nhiên, ở các tổ chức y tế và giáo dục của Việt Nam, việc các hình thức sở hữu và hoạt động trở nên hỗn hợp, bán công bán tư, đã khiến các tổ chức cung cấp dịch vụ đi chệch khỏi sứ mệnh này và chú trọng vào lợi nhuận hơn là các nhu cầu phát triển con người.⁸⁹

Những động lực thị trường mạnh mẽ tác động đáng kể lên nhân viên của các tổ chức cung cấp dịch vụ, ảnh hưởng xấu đến hành vi nghề nghiệp và không có lợi cho phát triển con người. Các nhân viên phải chịu áp lực đáng kể về ưu tiên điều trị hoặc giảng dạy cho những người có thể trả phí, và cung cấp dịch vụ loại hai cho những người không thể chi trả, điều này phá hủy nguyên tắc không phân biệt đối xử trên cơ sở thu nhập và tình trạng kinh tế xã hội. Như đã nói ở trên, các loại phụ phí được chấp nhận rộng rãi cả trong y tế và giáo dục. Đây là hệ quả trực tiếp do lương của nhân viên y tế và giáo viên quá thấp. Thu phụ phí là một hành vi đã được bình thường hóa cao độ và khó có khả năng thay đổi. Điều này có tác động trực tiếp đến tiếp cận dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng.

Tuy nhiên, đã có nhiều nỗ lực đáng kể trong lĩnh vực y tế và giáo dục để nâng cao kỹ năng, trình độ và tính chuyên nghiệp của nhân viên. Trong giáo dục, các tiêu chuẩn về hiệu quả giảng dạy dành cho giáo viên

đã được hình thành trên toàn quốc từ năm 2007. Bộ Giáo dục và Đào tạo cũng đã giới thiệu các tiêu chuẩn dành cho hiệu trưởng các trường trung học. Các yêu cầu về đạo đức nghề nghiệp cũng được tính đến, ví dụ như trong các tiêu chuẩn dành cho hiệu trưởng.

Luật khám chữa bệnh đã quy định việc cấp chứng chỉ hành nghề cho các nhân viên y tế. Theo đó, các cán bộ y tế cần đáp ứng các tiêu chuẩn về lý thuyết và thực hành. Tuy nhiên, đến nay các tiêu chuẩn quốc gia về năng lực chuyên môn của các cán bộ y tế vẫn chưa được xây dựng. Luật cũng yêu cầu các nhân viên y tế phải thường xuyên học tập để nâng cao nghiệp vụ y tế. Mặc dù hiện chưa có các tiêu chuẩn quốc gia về năng lực chuyên môn cho ngành y (và một cơ quan cấp trung ương để giám sát các tiêu chuẩn này), nhưng một số chỉ thị và quy định hiện hành cho nhân viên y tế cũng đã đưa ra một vài hướng dẫn. Tuy nhiên, những hướng dẫn này có xu hướng mang tính kỹ thuật (nghĩa là có liên quan đến việc điều trị một số bệnh cụ thể, quản lý sử dụng thuốc và phác đồ điều trị, v.v.) và không được toàn diện, ví dụ như chưa có các tiêu chuẩn y tế và hướng dẫn điều trị cho mọi trường hợp.⁹⁰ Các nhân viên y tế có bộ quy tắc ứng xử, bao gồm cả việc điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các quy tắc này không được giám sát hoặc đảm bảo thì hành một cách hiệu quả. Các cơ chế giám sát điều trị, đánh giá hiệu quả khám chữa bệnh, hoặc khuyến khích nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động cũng vậy.

Chính phủ Việt Nam đã xác định nâng cao kỹ năng, năng lực và trình độ chuyên môn của cán bộ trong cả hai lĩnh vực y tế và giáo dục là vấn đề quan trọng.

Chính phủ Việt Nam đã xác định nâng cao kỹ năng, năng lực và trình độ chuyên môn của cán bộ trong cả hai lĩnh vực y tế và giáo dục là vấn đề quan trọng, và cần ưu tiên trong chiến lược phát triển của hai ngành này. Phân công công tác cho các nhân viên có trình độ cũng là một vấn đề quan trọng, vì các cán bộ y tế và giáo viên thường không muốn làm việc ở vùng sâu vùng xa và nông thôn mà những nơi này lại rất cần đến chuyên môn của họ. Tác động của việc phân cấp phân quyền và phí dịch vụ trong các bệnh viện đã được thảo luận ở trên: một trong những tác động chính là các y bác sĩ có trình độ cao tập trung trong các bệnh viện trung ương và cấp tỉnh, nơi có nguồn thu dồi dào hơn và có thể trả lương cao hơn. Các bác sĩ thường không muốn làm việc ở nông thôn vì các ưu đãi tài chính không đủ để họ có mức thu nhập tương đương với các đồng nghiệp công tác tại thành thị.⁹¹ Vấn

để tương tự cũng diễn ra trong lĩnh vực giáo dục, ngành này cũng gặp rất nhiều khó khăn trong việc tuyển dụng các giáo viên sẵn sàng làm việc tại các trường ở nông thôn và vùng sâu vùng xa.

ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP VÀ CÁC BIỆN PHÁP KHUYẾN KHÍCH

Hình thành văn hóa đạo đức trong các tổ chức cung cấp dịch vụ không phải là một nhiệm vụ dễ dàng. Điều này bao gồm các cơ chế rõ ràng nhằm quản lý hiệu quả công tác của nhân viên, chính sách sa thải những nhân viên không tôn trọng các tiêu chuẩn đạo đức và nghề nghiệp, đào tạo về các tiêu chuẩn được mong đợi và phải làm gì khi các tiêu chuẩn này bị vi phạm, và tạo môi trường thuận lợi bên trong tổ chức cũng như trong cộng đồng nhằm nâng cao trách nhiệm cá nhân, trách nhiệm giải trình và hành vi đạo đức. Điểm mấu chốt là những hành vi vi phạm phải bị xử phạt và các biện pháp xử phạt cần được thực hiện và công khai. Các hình thức xử phạt có thể lên tới mức sa thải, thu hồi chứng chỉ hành nghề. Việc cấp chứng chỉ hành nghề duy nhất và trọn đời cho các nhân viên và chuyên gia y tế theo như Luật mới về khám chữa bệnh cần được xem xét lại, vì theo kinh nghiệm quốc tế, chứng chỉ hành nghề trọn đời không có tác dụng khuyến khích các nhân viên y tế nỗ lực học tập thường xuyên, khiến họ không tương tác nhiều với các đồng nghiệp và không có cơ hội tiếp thu những ý tưởng và phương pháp làm việc mới, bao gồm cả những hành vi về đạo đức và thực tiễn điều trị bệnh. Ở Trung Quốc chẳng hạn, việc cấp giấy phép trọn đời đã được thay thế bằng một quy định xét lại giấy phép ba năm một lần, trong đó các chuyên gia y tế hoặc phải tham dự một kỳ thi hoặc phải tham gia một chương trình đào tạo thường xuyên nhằm duy trì trình độ nghề nghiệp của họ.

Các cơ chế khiếu nại độc lập, đặc biệt trong lĩnh vực y tế, cũng là một yêu cầu rõ ràng để duy trì các tiêu chuẩn nghề nghiệp và bảo vệ bệnh nhân khỏi bị lợi dụng, lạm dụng và sơ suất trong điều trị. Các hiệp hội nghề nghiệp cũng có vai trò quan trọng trong việc xây dựng và duy trì các tiêu chuẩn và giáo dục các thành viên của họ về những hành vi thích hợp, cũng như khen thưởng và chia sẻ các thông lệ tốt. Các hiệp hội này cũng có thể giữ vai trò cấp giấy phép và chứng chỉ hành nghề cho các thành viên.

Ngoài ra, để đạo đức nghề nghiệp và văn hóa phục vụ nhân dân có thể thấm nhuần trong ngành y tế và giáo dục, cần thừa nhận rằng đạo đức và văn hóa nghề nghiệp cần đi đôi với các biện pháp khen thưởng thiết thực và tích cực. Cả hai biện pháp tiền tệ và phi tiền tệ đều cần thiết. Có nhiều biện pháp khuyến khích, khen thưởng như tăng lương trực tiếp, cơ hội học thêm và phát triển kỹ năng, thăng chức trước thời hạn, và phần thưởng, bằng khen về chất lượng công việc. Vấn đề là lựa chọn những biện pháp phù hợp với văn hóa và quan niệm của các cán bộ y tế và giáo dục ở Việt Nam. Cũng cần hiểu biết sâu sắc hơn về thái độ và động cơ làm việc để có thể xây dựng được các chiến lược hiệu quả. Ví dụ, một nghiên cứu gần đây về khuyến khích các bác sĩ và sinh viên y khoa làm việc ở nông thôn cho thấy chỉ ưu đãi về tiền lương là không đủ để thu hút các bác sĩ vì họ có thể kiếm được nhiều hơn đáng kể khi làm việc ở đô thị, và các bác sĩ trẻ thường tránh hai năm bắt buộc phục vụ ở nông thôn bằng cách chuyển sang làm việc cho các bệnh viện tư hoặc trở lại các khu vực đô thị. Các sinh viên y khoa thường quan tâm nhiều hơn đến các ưu đãi phi tiền tệ như triển vọng nghề nghiệp lâu dài, còn các bác sĩ đã nhiều năm công tác lại chủ yếu quan tâm tới thu nhập.⁹²

HỘP 6.5: HƯỚNG DẪN CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI VỀ LƯU GIỮ Y BÁC SĨ TẠI NÔNG THÔN⁹³

Năm 2010, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã ban hành hướng dẫn lưu giữ nhân viên y tế tại các vùng sâu vùng xa và nông thôn. Trong khi thừa nhận rằng ưu đãi phải phù hợp với nhu cầu địa phương và hoàn cảnh, hướng dẫn của WHO đề xuất kết hợp các ưu đãi về giáo dục, quản lý và tài chính cùng với hỗ trợ nghề nghiệp và cá nhân.

Hướng dẫn này đề xuất nhắm vào các sinh viên nông thôn để đào tạo ngành y; đặt các trường y ở ngoài các thành phố lớn, tạo điều kiện cho sinh viên tiếp xúc với các vùng nông thôn thông qua kinh nghiệm làm việc tại cộng đồng và luân chuyển công tác, đưa các chủ đề về y tế nông thôn vào chương trình giảng dạy, và giúp các y bác sĩ tại nông thôn có điều kiện tiếp tục học lên cao. Ngoài ra, các yêu cầu bắt buộc về phục vụ tại nông thôn và vùng sâu vùng xa cần được đi kèm với các ưu

đãi và hỗ trợ; các loại học bổng và trợ cấp giáo dục khác phải bao gồm các thỏa thuận ràng buộc là người đi học sẽ phải trở về làm việc ở nông thôn và các vùng sâu vùng xa.

Ưu đãi về tài chính bao gồm trợ cấp khó khăn, trợ cấp nhà ở, đi lại miễn phí, các kỳ nghỉ được trả tiền, đủ để bù đắp các chi phí cơ hội khi làm việc ở nông thôn. Vì điều kiện sống là một rào cản lớn đối với cán bộ y tế ở các nước như Việt Nam, cải thiện điều kiện sống, cơ sở hạ tầng và dịch vụ rất quan trọng để thu hút và giữ chân các nhân viên y tế ở nông thôn. Môi trường làm việc tốt và an toàn cũng có tác dụng tương tự. Mạng lưới nghề nghiệp, cơ hội tiếp xúc, tạo ra những vị trí cán bộ y tế cao cấp ở nông thôn, và một hệ thống khen thưởng và ghi nhận thành tích cũng có vai trò quan trọng.

CÁC HỆ THỐNG HIỆN ĐẠI

CÁC HỆ THỐNG QUẢN LÝ HOẠT ĐỘNG HIỆN ĐẠI

Để nâng cao khả năng của các tổ chức cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục trong việc đáp ứng những nhu cầu và mong đợi không ngừng thay đổi của khách hàng, đồng thời để nâng cao trách nhiệm giải trình và tính minh bạch, cần áp dụng một hệ thống hiện đại để theo dõi, báo cáo và đánh giá hiệu quả công việc và mở rộng quy mô. Hai phương pháp chính được thảo luận ngắn gọn ở đây: cấp kinh phí dựa trên hiệu quả công việc và áp dụng công nghệ thông tin.

Ngành y tế đã công nhận sự cần thiết phải chuyển sang phân bổ ngân sách dựa trên hiệu quả hoạt động, và một nghị định đã được dự thảo để hỗ trợ phân bổ ngân sách dựa trên hiệu quả hoạt động.⁹⁴ Đây là một bước tiến quan trọng theo hướng đánh giá và phân bổ kinh phí cho các tổ chức cung cấp dịch vụ y tế trên cơ sở họ có hoàn thành nhiệm vụ hay không, hơn là dựa trên số lượng bệnh nhân hoặc số giường bệnh. Báo cáo y tế toàn cầu 2010 của WHO về tài chính y tế cho rằng việc cấp ngân sách dựa trên hiệu quả có thể là một chiến lược tốt để “khen thưởng việc cung cấp các dịch vụ cụ thể nhằm khuyến khích sử dụng dịch vụ, nâng cao chất lượng hoặc cải thiện kết quả điều trị”.⁹⁵ Để thành công, cần nghiêm túc xác minh kết quả nhằm đảm bảo các mục tiêu đặt ra đã đạt được: điểm mấu chốt là cân đối các chỉ số định lượng với các biện pháp đánh giá chất lượng. Việc thu hút khách hàng và các tổ chức xã hội dân sự tham gia giám sát, phản hồi về chất lượng dịch vụ và xây dựng các quy chuẩn về dịch vụ như mức thu lệ phí cũng giúp đảm bảo sự tham gia và tiếng nói của khách hàng được lắng nghe. Ở các quốc gia như Rwanda, phân bổ ngân sách dựa trên hiệu quả hoạt động đã được chứng minh là tăng mức sử dụng các dịch vụ y tế, tăng thu

nhập và động lực làm việc cho nhân viên y tế, và giúp các tổ chức cung cấp dịch vụ tư nhân tham gia vào thị trường.⁹⁶

Tương tự như vậy, trong giáo dục, ngân sách nhà nước có thể được sử dụng để khuyến khích các tổ chức hoàn thành nhiệm vụ của mình và áp dụng các thông lệ tốt. Trong giáo dục đại học, việc cấp ngân sách dựa trên hiệu quả hoạt động đã được phổ biến rộng rãi để tạo ra sự cạnh tranh giữa các trường và nâng cao chất lượng tổng thể cũng như hiệu quả hoạt động của toàn ngành. Chính phủ với tư cách nhà tài trợ và các trường đại học hoặc cao đẳng với tư cách nhà cung cấp dịch vụ sẽ thỏa thuận với nhau về các mục tiêu hay nhiệm vụ của các trường, sau đó, ngân sách sẽ được cấp dựa trên mức độ các trường đạt được mục tiêu của mình. Ví dụ ở Hồng Kông, Ủy ban ngân sách các trường đại học đã làm việc với lãnh đạo của 8 trường đại học của Hồng Kông để xây dựng các mục tiêu, nhiệm vụ cụ thể cho từng trường sao cho phù hợp với mục tiêu rộng hơn của toàn hệ thống giáo dục đại học. Mức ngân sách các trường nhận được sẽ tương ứng với kết quả đánh giá thường kỳ về mức độ các trường đạt được mục tiêu đã thỏa thuận.⁹⁷

Trong bối cảnh Việt Nam, việc cấp ngân sách có thể gắn liền với cải thiện hiệu quả hoạt động và phát triển thông qua “cấp kinh phí cho các trường có kế hoạch chiến lược để cải thiện thành tích học tập, tăng mức độ phù hợp của các chương trình giảng dạy với cộng đồng hoặc cải thiện cơ cấu quản lý”.⁹⁸ Kinh phí cũng có thể được sử dụng như động cơ để nâng cao chất lượng và khả năng đáp ứng đúng nhu cầu khách hàng của các trường đại học tư, bằng cách cho phép họ cạnh tranh để xin tài trợ của nhà nước. Bằng cách thay đổi các ưu đãi để chú trọng vào kết quả hoạt động (sự hài lòng của người sử dụng dịch vụ, mức sử dụng dịch vụ tăng lên, tỷ lệ bệnh tật thấp hơn), thay vì các chỉ số đầu vào (như số giường bệnh), việc cấp ngân sách dựa trên hiệu quả hoạt động sẽ gắn kết vai trò của các tổ chức

cung cấp dịch vụ với các mục tiêu phát triển con người. Đó có thể là một biện pháp quan trọng để khắc phục tình trạng thương mại hóa các dịch vụ y tế và giáo dục tại Việt Nam.

HỆ THỐNG THÔNG TIN TỐT LÀ TỐI QUAN TRỌNG

Đánh giá và báo cáo kết quả hoạt động đòi hỏi phải có những hệ thống thông tin tốt, bao gồm cả sử dụng công nghệ thông tin, để thu thập và chia sẻ dữ liệu và thông tin. Đánh giá chung thường niên về y tế năm 2010 đã xác định các hệ thống thông tin y tế là một trong sáu nhân tố cơ bản của hệ thống y tế. Các hệ thống thông tin tốt rất quan trọng không chỉ đối với việc lập kế hoạch và ra quyết định hiệu quả cho toàn ngành, mà còn để quản lý và giám sát hiệu quả các tổ chức cung cấp dịch vụ. Ví dụ, việc các bệnh án được tập trung ở cấp trung ương là một biện pháp quan trọng để theo dõi các xu thế bệnh lý và cách điều trị trên toàn quốc. Điều này cũng đồng thời giúp các bệnh viện trung ương và địa phương lập kế hoạch làm việc cho phù hợp với nhu cầu ở địa phương. Tuy nhiên hiện nay, việc lưu trữ và quản lý dữ liệu y tế ở Việt Nam được thực hiện ở tất cả các cấp của hệ thống y tế, từ cấp xã phường đến cấp trung ương. Nhưng ở cấp xã phường việc lưu trữ hồ sơ chủ yếu là lưu trữ giấy tờ.⁹⁹ Vì vậy, các hệ thống quản lý dữ liệu và thông tin ở các cơ sở khám chữa bệnh vẫn chưa được hoàn thiện. Những hệ thống thông tin tốt có tiềm năng to lớn, không chỉ để theo dõi các xu thế bệnh lý và cách điều trị mà còn giúp đánh giá hiệu quả hoạt động của các bệnh viện và các phòng khám rồi sau đó cung cấp thông tin này ngược trở lại cho người bệnh.

Bộ Giáo dục và Đào tạo đã cam kết sử dụng công nghệ thông tin trong các trường học và đã thiết lập quan hệ đối tác với Viettel để cung cấp dịch vụ internet miễn phí tới 39.000 trường học trong toàn quốc. Mục tiêu của Việt Nam không chỉ là tăng cường dạy các kỹ năng công nghệ thông tin mà còn đảm bảo để các trường được kết nối internet và được trang bị máy tính; không chỉ là hỗ trợ phát triển các kỹ năng công nghệ thông tin mà còn áp dụng các cách tiếp cận mới vào dạy và học.¹⁰⁰ Chỉ thị 55 (năm 2008) đã đưa việc sử dụng công nghệ thông tin trong dạy và học thành một ưu tiên. Các sở giáo dục tỉnh có trách nhiệm làm việc với Viettel

để đưa việc kết nối giáo dục thành hiện thực. Cũng như trong y tế, công nghệ thông tin có vai trò quan trọng trong việc giúp các trường cải thiện và hiện đại hóa việc quản lý, đánh giá và báo cáo về công tác dạy học, ví dụ thông qua lưu trữ các thông tin về hồ sơ đăng ký học và kết quả học tập của học sinh.¹⁰¹ Nguy cơ ở đây là các trường và học sinh khá giả sẽ được tiếp cận với công nghệ mới nhanh hơn, làm gia tăng hơn nữa khoảng cách giữa người có tiền và không có tiền. Tuy nhiên, công nghệ thông tin có vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả hoạt động và khả năng đáp ứng nhu cầu khách hàng của các tổ chức cung cấp dịch vụ. Trong khi nhiều người dân Việt Nam chưa được tiếp cận với công nghệ mới, việc sử dụng internet ngày càng trở nên phổ biến, đặc biệt ở giới trẻ, và điện thoại di động đã tăng theo cấp số nhân ở mọi lứa tuổi. Những công nghệ đó không chỉ được sử dụng để chia sẻ thông tin về dịch vụ và chất lượng dịch vụ mà còn thu thập thông tin về mong đợi và ý thích của khách hàng theo một cách bảo mật.

Điều quan trọng là sử dụng các hệ thống hiện đại trong lập kế hoạch, báo cáo và giám sát còn giúp các tổ chức cung cấp dịch vụ trở nên nhanh nhạy hơn trước những nhu cầu và mong đợi của khách hàng và cộng đồng, cũng như chuẩn bị tốt hơn cho những nhu cầu trong tương lai và rất nhiều thách thức mà Việt Nam đối mặt trong một môi trường đang thay đổi nhanh chóng. Tuy nhiên, xây dựng các tổ chức cung cấp dịch vụ hiện đại với đội ngũ nhân viên có chuyên môn, tiêu chuẩn cao, một cơ chế đảm bảo trách nhiệm giải trình hiệu quả, và hướng tới khách hàng không phải là nhiệm vụ dễ dàng. Việt Nam sẽ cần sự hỗ trợ thường xuyên của các đối tác phát triển, cùng các thể chế và cơ chế đảm bảo trách nhiệm giải trình vững mạnh ở cả cấp quốc gia và địa phương, và một môi trường hoạt động thuận lợi hơn, trong đó các loại hình tổ chức như tổ chức phi nhà nước phi lợi nhuận có thể tham gia cung cấp dịch vụ, và người dân bình thường cũng có thể góp ý cho việc lập kế hoạch và cung cấp dịch vụ. Nếu Việt Nam muốn đạt được các mục tiêu phát triển của mình, và đảm bảo một tương lai lành mạnh và thịnh vượng cho mọi người dân, Việt Nam sẽ không thể né tránh nhiệm vụ này. Trên thực tế, tiến bộ của Việt Nam và thành quả phát triển con người đều phụ thuộc vào nhiệm vụ này.

CÁC ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH SÁCH

COI TRỌNG CON NGƯỜI HƠN MỤC TIÊU PHÁT TRIỂN KINH TẾ

Con người là tài sản thực sự của quốc gia. Nhà nước cần ưu tiên và đầu tư xây dựng năng lực, khả năng và sự lựa chọn của người dân, cũng như cải thiện các kết quả phát triển con người ngang mức với ưu tiên nâng cao GDP trên đầu người hàng năm.

Nhà nước cần ưu tiên và đầu tư xây dựng năng lực, khả năng và sự lựa chọn của người dân, cũng như cải thiện các kết quả phát triển con người ngang mức với ưu tiên nâng cao GDP trên đầu người hàng năm.

Giáo dục và y tế là những nền tảng chính của phát triển con người. Đảm bảo cơ hội tiếp cận bình đẳng với dịch vụ y tế và giáo dục có chất lượng cho mọi người dân có ý nghĩa quan trọng trong quá trình tiến lên mức phát triển con người cao hơn. Ở Việt Nam, mức đầu tư công cho giáo dục có thể so sánh với hầu hết các quốc gia khác trong khu vực, và đầu tư công cho y tế cũng đang tăng lên. Các chính sách và cam kết chính trị ủng hộ tiếp cận phổ cập các dịch vụ xã hội và an sinh xã hội cũng đã hình thành. Tuy nhiên, trong thập kỷ qua, những tiến bộ về các chỉ số giáo dục và y tế bao gồm HDI và các chỉ số phát triển con người khác vẫn đi sau phát triển kinh tế. Các dịch vụ y tế và giáo dục trở nên ngày càng đắt đỏ và kéo theo đó là bất bình đẳng gia tăng. Hậu quả là tiến trình đi lên mức phát triển con người cao hơn của Việt Nam (được đo lường bởi HDI) đã bị đình trệ, ở cả cấp quốc gia và địa phương. Năm bắt xu hướng này không dễ dàng chút nào, đòi hỏi sự chú ý và nỗ lực đồng bộ của các nhà hoạch định chính sách cũng như hỗ trợ của cộng đồng phát triển.

Những tác động và định hướng chính sách chung sau đây được nhấn mạnh trong báo cáo này.

CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI CÓ VAI TRÒ QUAN TRỌNG TRONG KÌM CHẾ BẤT BÌNH ĐẲNG ĐANG NGÀY CÀNG GIA TĂNG

Như Báo cáo này đã chỉ ra, khác biệt trong tiếp cận dịch vụ y tế và giáo dục và bất bình đẳng trong kết quả giáo dục và y tế vẫn tồn tại dai dẳng, và trong một số trường hợp ngày càng mở rộng giữa các vùng miền khác nhau, giữa các dân tộc thiểu số và dân tộc Kinh/Hoa đa số, và ở một vài tỉnh là giữa phụ nữ và nam giới. Nếu không được giải quyết, tình trạng bất bình đẳng và khác biệt có thể ảnh hưởng tiêu cực đến tiến trình đi lên mức phát triển con người cao hơn của Việt Nam, và về lâu dài còn có thể gây bất ổn xã hội và phá hoại khối đoàn kết dân tộc. Các dịch vụ xã hội như y tế và giáo dục có thể đóng vai trò quan trọng trong giảm thiểu sự cách biệt bằng cách tạo ra cơ hội cho người dân phát huy năng lực và nâng cao đời sống, và bằng cách đảm bảo phát triển cân bằng hơn cho các nhóm kinh tế xã hội. Tuy nhiên, mặc dù Việt Nam đã đạt được những tiến bộ đáng kể về y tế, giáo dục và nâng cao mức sống, tiềm năng này vẫn chưa được khai thác. Ngược lại, các cơ chế tài chính và cung cấp dịch vụ y tế và giáo dục hiện nay dường như lại đang củng cố, thậm chí trong một số trường hợp là tăng cường tình trạng bất bình đẳng và khác biệt sẵn có. Giải quyết vấn đề này là một yêu cầu chính sách cấp bách nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu phát triển và mức phát triển con người cao hơn. Các chính sách hiện tại cũng ủng hộ tiếp cận phổ cập và công bằng các dịch vụ xã hội. Các ví dụ bao gồm: Luật bảo hiểm y tế năm 2009, dự thảo Chiến lược an sinh xã hội và Nghị quyết 80 về giảm nghèo bền vững. Tuy nhiên, đảm bảo sự thống nhất và thực hiện hiệu quả các chính sách vẫn là một thách thức lớn.

CÁCH TIẾP CẬN MỚI VỀ AN SINH XÃ HỘI

Như những công cụ chính sách chính này đã thừa nhận, mục tiêu chủ yếu của đầu tư vào các dịch vụ

xã hội và an sinh xã hội không phải là tạo nên những mạng lưới bảo vệ dành cho những nhóm dân cư dễ bị tổn thương và thiệt thòi nhất. Các dịch vụ xã hội có chất lượng với giá cả phải chăng và một hệ thống an sinh xã hội toàn diện là cơ sở cho một xã hội ổn định và thịnh vượng, và là điều kiện tiên quyết để cải thiện phát triển con người và chất lượng cuộc sống. Tiếp cận dịch vụ xã hội và an sinh xã hội là thiết yếu để bảo vệ xã hội và người dân khỏi các cú sốc, ví dụ về môi trường, xã hội, kinh tế hay sức khỏe, cũng như nâng cao khả năng phục hồi. Trên thế giới, ngày càng nhiều người thừa nhận rằng việc nhìn nhận an sinh xã hội và tiếp cận dịch vụ xã hội là quyền phổ quát của mọi công dân thay vì là “những mạng lưới bảo vệ” dành cho những người dễ bị tổn thương và thiệt thòi nhất là dấu hiệu nhận biết của các xã hội và nền kinh tế thành công. Ở Việt Nam đã có những dấu hiệu cho thấy có sự thay đổi trong cách nghĩ này, nhưng cũng còn lâu mới đạt được sự thay đổi hoàn toàn. Các cam kết phổ cập an sinh xã hội nhằm hỗ trợ một xã hội lành mạnh và vững chắc cần được củng cố, và các biện pháp đảm bảo thực hiện hiệu quả các cam kết này cần được tăng cường.

MỘT HỆ THỐNG LỢI ÍCH NHẤT QUÁN HƠN NHẪM HỖ TRỢ TIẾP CẬN TOÀN DÂN

Hệ thống các chương trình và sáng kiến hiện nay nhằm hỗ trợ tiếp cận toàn dân đối với dịch vụ xã hội rất phức tạp, chồng chéo và chưa đến được với những người thực sự cần hỗ trợ: người di cư trong nước là một ví dụ. Luật bảo hiểm y tế quy định những nguyên tắc áp dụng cách tiếp cận thống nhất và toàn diện hơn đối với việc cung cấp dịch vụ y tế - tuy nhiên thực thi vẫn là một thử thách, bởi rất nhiều người dân vẫn chưa có thẻ bảo hiểm y tế hoặc không sử dụng thẻ vì góic lợi ích khá hạn chế và những người sử dụng thẻ bảo hiểm thường được nhận những dịch vụ có chất lượng thấp hơn. Phương thức cấp kinh phí trong ngành y tế cũng cần được xem xét lại nhằm giảm thiểu các động cơ chỉ định điều trị hoặc kê đơn quá mức cần thiết. Cần tăng cường nghiên cứu những cơ chế cấp kinh phí thay thế cho phí sử dụng dịch vụ, ví dụ như cơ chế thanh toán theo định suất và thanh toán theo nhóm các loại bệnh liên quan (DRG). Ở ngành giáo dục hiện nay, chi phí đang tăng nhanh, đặc biệt ở giáo dục cấp cao, mức trợ cấp của nhà nước không thể bắt kịp với mức tăng chi phí. Cần có cách làm mới nhằm đảm bảo tiếp cận dịch vụ, như hệ thống phiếu trả tiền, hỗ trợ tiền mặt có điều kiện để đi học và kết hợp tốt hơn các hệ thống phúc lợi khác nhau.

ĐÁNH GIÁ LẠI CHÍNH SÁCH XÃ HỘI HÓA

Cùng với cam kết mới về phổ cập dịch vụ xã hội và an sinh xã hội có chất lượng, đã đến lúc Việt Nam cần xem xét, đánh giá lại chính sách xã hội hóa. Mục tiêu ban đầu của chính sách xã hội hóa là tạo điều kiện để tất cả các bên tham gia vào quá trình lập kế

hoạch, cung cấp và giám sát các dịch vụ xã hội. Vấn đề này đã trở nên cấp thiết. Một môi trường hoạt động thuận lợi hơn cho các tổ chức cung cấp dịch vụ phi nhà nước, phi lợi nhuận cần được ưu tiên củng cố. Các đối tác phát triển có nhiều lợi thế để hỗ trợ chính phủ Việt Nam trong lĩnh vực này, cũng như để hợp tác chặt chẽ với các tổ chức phi nhà nước, phi lợi nhuận nhằm xây dựng năng lực cho họ trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội ở Việt Nam. Sự tham gia rộng rãi hơn của người dân vào lập kế hoạch và giám sát các dịch vụ xã hội – chứ không chỉ là người trả tiền cho các dịch vụ đó – cũng đóng vai trò quan trọng. Người dân tham gia vào quá trình lập kế hoạch và quản lý dịch vụ thông qua tương tác với chính quyền địa phương và thông qua quá trình thu thập ý kiến người dân; cũng như tương tác trực tiếp với các tổ chức cung cấp dịch vụ thông qua các ủy ban người sử dụng dịch vụ là rất cần thiết. Các cơ chế khác nhằm đóng góp ý kiến cho lãnh đạo và nhân viên các tổ chức cung cấp dịch vụ cũng quan trọng.

GÁNH NẶNG TÀI CHÍNH ĐƯỢC CHIA SẺ CÔNG BẰNG HƠN

Một trong những đặc điểm nguy hiểm nhất của hệ thống cấp kinh phí hiện tại cho ngành y tế và giáo dục Việt Nam là sự phụ thuộc nặng nề vào phần đóng góp của các hộ gia đình, trong bối cảnh giá cả leo thang. Cần chia sẻ gánh nặng chi phí công bằng hơn giữa Nhà nước và người dân, giữa người giàu và người nghèo.

Cần chia sẻ gánh nặng chi phí công bằng hơn giữa Nhà nước và người dân, giữa người giàu và người nghèo.

Hiện tại, các hộ gia đình đang trả khoảng 60% chi phí y tế và khoảng 37% chi phí giáo dục – riêng giáo dục đại học lên tới hơn 50% - cao hơn rất nhiều so với mức tối ưu để thúc đẩy công bằng và tăng cường phát triển con người. Thậm chí ngay cả khi giáo dục tiểu học lẽ ra được miễn phí, thì các hộ gia đình vẫn phải trả các khoản phụ phí lên tới 17%. Gánh nặng của các khoản phụ phí chỉ rơi vào các hộ gia đình. Cần đặt mục tiêu cân bằng giữa phát triển kinh tế và phát triển con người, và ưu tiên đầu tư vào các dịch vụ xã hội và an sinh xã hội; tuy nhiên, chủ trương chỉ tăng ngân sách không phải là giải pháp tốt, mà cần đầu tư hiệu quả, chú trọng chất lượng và quản lý tốt hơn việc cung cấp các dịch vụ xã hội.

GIẢI QUYẾT TÌNH TRẠNG HAI CẤP TRONG CUNG CẤP DỊCH VỤ

Hiện tại ở Việt Nam, những người khá giả hơn trả nhiều tiền hơn cho các dịch vụ xã hội và do đó nhận được các dịch vụ có chất lượng cao hơn. Vì vậy, họ không quan tâm hay đầu tư vào chất lượng các dịch vụ dành

cho người nghèo. Trong khi đó, những người nghèo có hoàn cảnh khó khăn có rất ít lựa chọn và phải chấp nhận những dịch vụ có sẵn, thậm chí ngay cả khi những dịch vụ này chỉ đạt chất lượng dưới mức tiêu chuẩn. Điều này đã khiến các dịch vụ sẵn có, ví dụ như ở các bệnh viện huyện và các trạm y tế xã, bị xuống cấp. Đương nhiên ở bất kỳ quốc gia nào, sự khác biệt nhất định trong chất lượng các dịch vụ xã hội là không thể tránh khỏi do khả năng chi trả của các cá nhân và hộ gia đình là khác nhau. Tuy nhiên, cần phải xem xét xem mức khác biệt như thế nào là chấp nhận được trong bối cảnh mục tiêu công bằng xã hội của Việt Nam. Cũng cần có những cuộc thảo luận chính sách sôi nổi hơn về các tiêu chuẩn dịch vụ tối thiểu dành cho toàn dân nên như thế nào và bao gồm những gì.

TĂNG CƯỜNG QUẢN TRỊ VÀ NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ

Báo cáo này đề cao tầm quan trọng của việc tăng cường quản trị, giám sát và quản lý các dịch vụ xã hội bởi các cơ quan chủ quản cũng như trong nội bộ mỗi tổ chức cung cấp dịch vụ. Cần có cơ chế quản trị vững mạnh trong bối cảnh phân cấp ngân sách và quản lý các dịch vụ xã hội xuống các tổ chức cung cấp dịch vụ.

Cần có cơ chế quản trị vững mạnh trong bối cảnh phân cấp ngân sách và quản lý các dịch vụ xã hội xuống các tổ chức cung cấp dịch vụ.

Các đối tác phát triển rất sẵn sàng hỗ trợ chính phủ Việt Nam tăng cường giám sát và nâng cao trách nhiệm giải trình của các tổ chức cung cấp dịch vụ, tăng cường khả năng quản lý, văn hóa công sở và các tiêu chuẩn nghề nghiệp của các tổ chức này. Tuy nhiên, cần thừa nhận rằng tạo động lực để các tổ chức cung cấp dịch vụ hoạt động vì lợi ích cao nhất của khách hàng không phải là điều đơn giản, và các biện pháp khuyến khích về tài chính cần đi song song với các ưu đãi về nghề nghiệp và giáo dục. Những lợi ích thiết thân phức tạp và cố hữu cần được ghi nhận, chất vấn và giải quyết.

Sự tham gia và ý kiến đóng góp của người sử dụng dịch vụ là nhân tố chính cho nỗ lực này. Các chỉ số ở cấp tỉnh như chỉ số PAPI là những công cụ quý giá để các chính quyền tỉnh cải thiện công tác lập kế hoạch và cung cấp các dịch vụ xã hội, cũng như khuyến khích sự tham gia sâu rộng hơn của các bên liên quan và các cộng đồng vào quá trình ra quyết định. Chỉ số HDI và các chỉ số phát triển con người khác trình bày trong báo cáo này đã cho thấy những tỉnh nào đã có thể cải thiện các chỉ số về y tế và xã hội cho dù mức tăng trưởng kinh tế của họ không cao lắm, và những tỉnh nào phải chứng kiến

sự chênh lệch gia tăng dù họ đã trở nên thịnh vượng hơn. HDI và các chỉ số phát triển con người khác cũng chỉ rõ những tỉnh nào đang hoạt động kém hơn và tỉnh nào đang thành công trong nâng cao mức sống, chất lượng cuộc sống cho người dân, và cải thiện các kết quả phát triển con người. Với ý nghĩa đó, chúng là một công cụ và nguồn thông tin quý báu cho các nhà hoạch định chính sách.

QUẢN LÝ KHU VỰC CÔNG VÀ KHỐI TƯ NHÂN HIỆU QUẢ HƠN

Chính phủ cần phải điều tiết mâu thuẫn giữa các động cơ thị trường với các mục tiêu và quy chuẩn về công bằng. Việc quản lý khối tư nhân và khu vực công hiệu quả hơn có vai trò quyết định. Khu vực công ngày càng cung cấp dịch vụ theo cách thu phí và trong trường hợp y tế, có những dịch vụ được cung cấp song không cần thiết và trong trường hợp tệ nhất lại gây tác hại. Hiện tại, sự tham gia của khối tư nhân vào lĩnh vực y tế và giáo dục đang nở rộ bao gồm cả nhà thuốc và phòng khám tư nhân, giáo dục mầm non, dạy nghề và giáo dục đại học. Thông thường, các tổ chức cung cấp dịch vụ cả tư nhân và nhà nước ít bị giám sát và ít phải chịu trách nhiệm trước những hậu quả của việc cung cấp dịch vụ kém chất lượng, thậm chí cả những sai lầm của họ – mặc dù những hậu quả này có thể là rất nghiêm trọng đối với các cá nhân và hộ gia đình. Nếu Việt Nam muốn đạt được mục tiêu xây dựng hệ thống trường đại học đạt chuẩn thế giới, đảm bảo trẻ em có bước khởi đầu tốt đẹp và ngăn chặn hiệu quả tình trạng điều trị và kê thuốc quá mức cần thiết ở các phòng khám, bệnh viện tư — và trong trường hợp xấu nhất là những hành vi phi đạo đức — Việt Nam cần hành động ngay để có chế tài cho những hành vi không phù hợp hoặc dịch vụ kém chất lượng.

KẾ HOẠCH CHO TƯƠNG LAI

Cuối cùng, Việt Nam cần tích cực hướng về phía trước và chuẩn bị cho tương lai, cho những loại hình dịch vụ và hệ thống an sinh xã hội mà một đất nước và hoàn cảnh đang thay đổi nhanh chóng sẽ cần đến, cho những vấn đề và thách thức mới nổi như già hóa dân số, biến đổi khí hậu, và cho những nguyện vọng và mong đợi không ngừng thay đổi của người dân Việt Nam. Áp dụng các hệ thống và các cách tiếp cận hiện đại hơn, như sử dụng công nghệ thông tin và truyền thông, cấp kinh phí dựa trên kết quả, cùng với sử dụng tốt hơn các bằng chứng cho công tác lập kế hoạch là những vấn đề mấu chốt để Việt Nam có thể đáp ứng những nhu cầu đang nổi lên và ứng phó với những thay đổi nhanh chóng về kinh tế xã hội, tiếp bước trên con đường phát triển con người ở mức độ cao hơn.

CHÚ THÍCH VÀ TÀI LIỆU THAM KHẢO

CHÚ THÍCH

- 1 Người Kinh hay người Việt là nhóm dân lớn nhất ở Việt Nam và chiếm phần đông dân số, 76 %. Nhóm người Hoa hay Trung Quốc chiếm 1%, tuy nhiên nhóm này thường không được coi là dân tộc thiểu số ở Việt Nam vì sự đồng hóa cao của họ với người Kinh và vì họ tương đối giàu. Báo cáo này định nghĩa dân tộc bao gồm cả người Kinh, người Hoa và người dân tộc thiểu số - nhóm cuối này chiếm 13% tổng dân số.

CHƯƠNG 1

- 1 UNDP 1990: 9.
- 2 Alkire 2010.
- 3 Alkire 2010.
- 4 UNDP 2010
- 5 Stiglitz, Sen, và Fitoussi 2009: 4.
- 6 Stiglitz, Sen, và Fitoussi 2009: 63.
- 7 Bloom và Canning 2008.
- 8 UNDP Trung tâm Khu vực Châu Á Thái Bình Dương ở Colombo 2008.
- 9 Trung tâm khoa học xã hội và nhân văn quốc gia 2001.
- 10 UNDP 2010.
- 11 Stiglitz, Sen, và Fitoussi 2009.
- 12 Chính phủ Việt Nam 2001.
- 13 GoV 2010b: 15.
- 14 GoV 2010d: 4.
- 15 GoV 2010d: 5.
- 16 GoV 2010c: 4.
- 17 GoV 2010c: 4-5.
- 18 Bộ LĐTBXH và UNICEF 2008.

- 19 UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh 2010.
- 20 Trung tâm khoa học xã hội và nhân văn quốc gia 2001: 19.
- 21 London 2010a: 39.
- 22 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010.
- 23 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 8.
- 24 Sen 2011.
- 25 Ví dụ Diễn đàn Quốc tế Việt Nam-Châu Phi lần hai diễn ra tại Hà Nội vào tháng 8 năm 2010 được tổ chức chủ yếu nhằm mục tiêu chia sẻ các bài học kinh nghiệm về thực hiện các Mục tiêu MDG và phát triển bền vững.
- 26 Nguồn dữ liệu trước 1999 lấy từ Báo cáo phát triển con người quốc gia 2001.
- 27 Xem Phụ lục để biết chi tiết thay đổi trong các chỉ số theo thời gian.
- 28 Viện cải cách và phát triển Trung Quốc 2008: 13.
- 29 Chính phủ Việt Nam 2010b.
- 30 UNDP 2010: 50, 51.
- 31 Tài khoản y tế quốc gia của WHO 2008.
- 32 UNDP 2010: 30.
- 33 Chương trình Harvard Việt Nam 2008: 22.
- 34 Chương trình Harvard Việt Nam 2008: 22; Van Arkardie và cộng sự 2010; Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010.
- 35 London 2010a; Van Arkardie và cộng sự 2010.
- 36 LHQ tại Việt Nam 2011: 3, 4.
- 37 Van Arkardie và cộng sự 2010: 19; London 2010a.

- 38 Chính phủ Việt Nam 2010a: 32.
- 39 UB các vấn đề xã hội của Quốc hội và UNDP 2009.
- 40 Chính phủ Việt Nam 2010b.
- 41 Trung tâm khoa học xã hội và nhân văn quốc gia 2001: 28.
- 42 Trung tâm khoa học xã hội và nhân văn quốc gia 2001: 9.
- 43 UNDP 2009.
- 44 UNDP 2010: 28.
- 45 UNDP 2010: 90.
- 46 UNDP 2010: 95.
- 47 Xem thêm thông tin về các chỉ số mới này tại www.hdr.undp.org.
- 48 UNDP 2010: 26.
- 49 Chỉ số GII mới đã là một chủ đề gây tranh cãi trên thế giới. Xem Permanyer (không ngày tháng).
- 50 Pincus và Sender 2007: 108-150.

CHƯƠNG 2

- 1 Tiêu chí chính của Ngân hàng Thế giới (WB) để phân loại các nền kinh tế là GNI trên đầu người. Các nền kinh tế được chia thành các nhóm theo GNI đầu người năm 2010 tính bằng Phương pháp Atlas của WB. Các nhóm này bao gồm: thu nhập thấp, dưới 1.005 đô la Mỹ; thu nhập trung bình thấp, từ 1.006 đến 3.975 đô la Mỹ; thu nhập trung bình cao, từ 3.976 đến 12.275 đô la Mỹ; và thu nhập cao, 12.276 đô la Mỹ trở lên. Xem <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> và <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD> last accessed September 2011
- 2 Số liệu của TCTK, tại www.gso.gov.vn.
- 3 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010.
- 4 Tổng cục thống kê 2010d Những tỷ lệ nghèo này được dựa trên mức chi tiêu, sử dụng chuẩn nghèo của Ngân hàng Thế giới và TCTK. Tỷ lệ hộ nghèo sẽ thấp hơn đôi chút nếu được tính dựa trên thu nhập bình quân đầu người một tháng, sử dụng số liệu điều tra mức sống hộ gia đình và chuẩn nghèo mới của Chính phủ cho giai đoạn 2006-2010.

- 5 Chuẩn nghèo của Việt Nam thấp hơn chuẩn nghèo quốc tế: năm 2008, chuẩn nghèo chính thức là PPP (ngang giá sức mua) \$1,09 đô la một ngày, thấp hơn tất cả các nước khác trong khu vực trừ Trung Quốc và thấp hơn đáng kể so với những nước như Thái Lan là 2,49 đô la PPP một ngày (Đói nghèo ở Đông Á và Thái Bình Dương: chúng ta có đang đo lường những gì cần thiết? Ngân hàng Thế giới 2010a).
- 6 Vì thế, theo Báo cáo về các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ năm 2010 trình lên hội nghị, Việt Nam đứng thứ 6 toàn thế giới cả về những tiến bộ tuyệt đối và tương đối trong thực hiện các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ. Overseas Development Institute (ODI) 2010: 9.
- 7 Tổng cục Thống kê 2010d.
- 8 Tổng cục Thống kê 2010d.
- 9 Lưu ý rằng những con số này dựa trên mức chi tiêu và tương đối thấp hơn chuẩn nghèo ở Việt Nam như đã ghi chú ở trên.
- 10 Chính phủ Việt Nam 2010b: 43.
- 11 Chính phủ Việt Nam 2010b: 43.
- 12 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 69.
- 13 Xem Ngân hàng Thế giới 2011.
- 14 Ngân hàng thế giới 2010c: 5, 13.
- 15 Ngân hàng thế giới 2010c: 8.
- 16 Vì vậy, hệ số hiệu quả sử dụng vốn ICOR đang ở mức gần 7, tức là Việt Nam phải đầu tư 7 đơn vị để tạo ra 1 đơn vị GDP. Hệ số của Việt Nam cao hơn rất nhiều so với Trung Quốc và Ấn Độ. Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 40.
- 17 Pincus 2010.
- 18 UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh 2010: 106.
- 19 UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh 2010: 106; Trung tâm Phân tích và Dự báo, VASS, 2009.
- 20 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 61.
- 21 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 61; Pincus 2010.

- 22 Để biết thêm về các thảo luận chi tiết về xu thế kinh tế hiện tại, xin mời tìm đọc những tài liệu của Ngân hàng thế giới, LHQ và các tài liệu nghiên cứu độc lập để cập trong chương này.
- 23 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 97; LHQ ở Việt Nam 2009.
- 24 Ví dụ, Nghị quyết 11/NQ-CP thể hiện một bước ngoặt trong đường lối chính sách, vì nghị quyết này ưu tiên “chất lượng” tăng trưởng và phát triển hoãn là chỉ tăng trưởng trong ngắn hạn.
- 25 Chương trình Harvard Việt Nam 2010; Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010.
- 26 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 63.
- 27 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 90.
- 28 <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>.
- 29 UNDP 2010: 139.
- 30 LHQ tại Việt Nam 2010a: 15.
- 31 Để biết thêm về bẫy thu nhập trung bình, xem Van Arkadie và cộng sự 2010; Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010.
- 32 Ngân hàng thế giới 2010a.
- 33 Công nghiệp và xây dựng chiếm 42% GDP năm 2009, so với 36% năm 2000 và 25% năm 1990. Trong khi đó, giá trị của nông nghiệp trong GDP giảm xuống 17% so với 31% năm 1990. Dịch vụ vẫn giữ nguyên tỷ trọng, khoảng 40-43% trong giai đoạn 1990-2009. Con số tính theo thời giá năm 1994, TCTK, nguồn: www.gso.gov.vn, lấy vào tháng 9/2011.
- 34 Tốc độ tăng trưởng trong công nghiệp và xây dựng đã giảm từ 10,2% năm 2007 xuống 5,5% năm 2009, trong dịch vụ từ 8,9% xuống 6,6% và trong nông nghiệp từ 3,8% xuống 1,8% trong cùng kỳ. Ngân hàng thế giới 2010c: 7
- 35 Bộ LĐTBXH, ILO và EU 2011: 5.
- 36 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 55.
- 37 Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á 2010: 93.
- 38 TCTK 2010a.
- 39 Bộ LĐTBXH, ILO và EU 2011.
- 40 Cần cải thiện điều kiện lao động để làm giảm những tranh chấp trong lao động; Meissner, và Hồ Sỹ Hùng 2008
- 41 Bộ LĐTBXH và ILO 2010; TCTK 2010d.
- 42 Nguyễn Ngọc Thắng 2010.
- 43 Bộ LĐTBXH, ILO và EU 2011: 21.
- 44 Bộ LĐTBXH và ILO 2010: 15; TCTK 2010d.
- 45 MOLISA và ILO 2010: 14.
- 46 Cling và cộng sự 2010.
- 47 Bộ LĐTBXH, ILO và EU 2010. Lưu ý rằng những dữ liệu về giáo dục cho toàn lực lượng lao động không có trong Báo cáo điều tra lao động và việc làm năm 2009.
- 48 TCTK 2010d: 43.
- 49 TCTK 2010d: 38.
- 50 Mức độ thiếu việc làm được tính bằng số giờ làm công việc chính và sự sẵn sàng làm thêm giờ của người lao động. Bộ LĐTBXH, ILO và EU 2011: 19.
- 51 Nguyễn Ngọc Anh và Nguyễn Đức Nhật 2010.
- 52 Pincus 2010.
- 53 Rodgers và Menon 2010; Lee 2008
- 54 Cling và cộng sự 2010.
- 55 Rodgers và Menon: 2010.
- 56 Rodgers và Menon: 39.
- 57 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 34.
- 58 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 53.
- 59 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 41.
- 60 Bộ LĐTBXH, ILO và EU 2011: 47.
- 61 Van Arkadie và cộng sự 2010.
- 62 TCTK 2010b.
- 63 Van Arkadie và cộng sự 2010.
- 64 UNFPA 2011.
- 65 Giang Thanh Long 2010: 4
- 66 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 70.
- 67 Dựa trên Giang Thanh Long 2010.
- 68 Phần này dựa trên Trường Y tế Công cộng Hà Nội và Đại học Queensland 2008
- 69 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 62-63.

- 70 Guilmoto 2010.
- 71 Guilmoto 2010.
- 72 Sen 2001
- 73 Guilmoto 2010
- 74 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 38
- 75 Van Arkardie và cộng sự 2010: 218
- 76 Van Arkardie và cộng sự 2010: 218
- 77 Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010:36
- 78 Dapice, Gomez-Ibanez, và Nguyễn Xuân Thành 2010.
- 79 Van Arkardie và cộng sự 2010: 222, 223
- 80 Van Arkardie và cộng sự 2010: 226
- 81 UN-Habitat 2008: 178.
- 82 Dapice, Gomez-Ibanez và Nguyễn Xuân Thành: 15.
- 83 Cuộc điều tra không tính đến bất kỳ người di cư tạm thời, theo mùa vụ và đi vòng nào, nhưng con số những người di cư này được ước tính là khá lớn ở Việt Nam. TCTK 2011b.
- 84 TCTK 2011b.
- 85 UNIAP 2008
- 86 TCTK 2011b: 9
- 87 TCTK 2011b: 9
- 88 UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh 2010.
- 89 TCTK 2011b; UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh 2010
- 90 TCTK 2011b.
- 91 UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh 2010: 23-24.
- 92 IOM 2010.
- 93 Pincus và Sender 2009: 116
- 94 IOM 2010.
- 95 Khoảng 89% hộ gia đình Việt Nam nhận được tiền của người nhà chuyển về theo một hình thức nào đó từ nước ngoài hoặc trong nước. Tổng giá trị của các khoản tiền chuyển về này lên tới khoảng 5,5 tỷ đôla Mỹ năm 2007. Tổng giá trị của các khoản tiền chuyển về nhà từ các địa phương khác trong nước tăng lên theo thời gian. LHQ tại Việt Nam 2010b: 41
- 96 Tạ Thị Thanh Hương và Neefjes 2010.
- 97 Harmeling 2010.
- 98 Harmeling 2010: 7.
- 99 Tạ Thị Thanh Hương và Neefjes 2010: 4
- 100 Tạ Thị Thanh Hương và Neefjes 2010: 9
- 101 Tạ Thị Thanh Hương và Neefjes 2010: 10
- 102 Tạ Thị Thanh Hương và Neefjes 2010
- 103 Chính phủ Việt Nam 2010b: 97.
- 104 TCTK2010d.
- 105 Mọi số liệu trích từ TCTK 2010b.
- 106 Chưa đến 1% phụ nữ trẻ Việt Nam hút thuốc.
- 107 Ngân hàng thế giới 2009.
- 108 Acuña-Alfaro, Giang Đặng và Đỗ Thanh Huyền 2010: 1.
- 109 LHQ tại Việt Nam 2010a.
- 110 Ngân hàng thế giới 2009: 30.
- 111 Ngân hàng thế giới 2009: 27.
- 112 Ngân hàng thế giới 2009: 133.
- 113 Chính phủ Việt Nam 2010d: 21.
- 114 LHQ tại Việt Nam 2010a.
- 115 Chính phủ Việt Nam 2010d: 22
- 116 Trích từ Vian, Salomon, và Nguyễn Thị Kiều Viễn 2010:7
- 117 Thanh tra chính phủ 2010.

CHƯƠNG 3

- 1 UNDP 2009.
- 2 UNDP 2009.
- 3 Xem Phụ lục 3 về cách xây dựng chỉ số MPI của Việt Nam.
- 4 Surborg 2010.
- 5 London 2010b. Số liệu dân số trích từ Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010.
- 6 London 2011: 1-56.
- 7 TCTK 2010; Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương 2010: 85
- 8 TCTK 2011b.
- 9 Rodgers và Menon 2010; xem thêm Chính phủ Việt Nam 2010a.
- 10 TCTK và WHO 2010.
- 11 Bộ Y tế, Bệnh viện nhi trung ương và UNICEF 2008.
- 12 UNICEF, Bộ giáo dục đào tạo, và UNESCO.

- 13 TCTK 2010d: Bảng 9.5.
- 14 TCTK 2010d: Bảng 9.4.
- 15 Xem bảng số liệu trong Phụ lục 4 về những thay đổi trong các chỉ số phụ của HPI theo thời gian.
- 16 Chính phủ Việt Nam 2010b.
Chính phủ Việt Nam 2010b:57.

CHƯƠNG 4

- 1 Rodgers và Menon 2010.
- 2 Ủy ban dân tộc và UNDP 2008.
- 3 Ủy ban dân tộc và UNDP 2008.
- 4 Nguyễn Việt Cường 2010: 23.
- 5 Sách đã dẫn: 19.
- 6 Rodgers và Menon 2010, p. 46.
- 7 Sách đã dẫn: 48.
- 8 Trích trong Bộ LĐT BXH và UNICEF 2010: 44.
- 9 Chính phủ Việt Nam 2010a: 60.
- 10 TCTK 2009a: 112.
- 11 Knowles và cộng sự 2010.
- 12 Chính phủ Việt Nam 2010b.
- 13 Chính phủ Việt Nam 2010b: 55-57.
- 14 Chính phủ Việt Nam 2010b: 60-63.
- 15 Tỷ lệ mắc HIV cao hơn đối với người tiêm chích ma túy ở các tỉnh Quảng Ninh, TP Hồ Chí Minh và Cần Thơ, đối với gái mại dâm ở Hải Phòng TP Hồ Chí Minh và Cần Thơ, đối với khách mua dâm ở Tây Bắc Bộ và Cần Thơ, và đối với nam giới quan hệ tình dục đồng tính ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh. Xem Bộ Y tế – Cục phòng chống HIV/AIDS 2009.
- 16 Surborg 2010.
- 17 Bộ Y tế – Cục phòng chống HIV/AIDS 2009.
- 18 Bộ Y tế – Cục phòng chống HIV/AIDS 2009.
- 19 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2009: 12.
- 20 LHQ tại Việt Nam 2010a; Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010.
- 21 Lê Bạch Dương và cộng sự 2008.
- 22 Tỷ lệ nhập học chung là tỷ lệ giữa số học sinh nhập học ở một cấp học (bất kể độ tuổi), chia cho tổng dân số ở độ tuổi của cấp học đó. Tỷ lệ nhập học đúng tuổi là tỷ lệ giữa số học sinh thuộc độ tuổi của một cấp học nhập học ở cấp học đó chia cho tổng dân số ở độ tuổi đó. Vũ Hoàng Linh 2010.

- 23 Vũ Hoàng Linh 2010; TCTK 2010d: Bảng 2.3.
- 24 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 25 London 2010a: 41.
- 26 TCTK và UNICEF (2007): 209.
- 27 TCTK 2011a: 36; xem thêm Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở 2010: 91, Bảng 7.4.
- 28 Phạm Thái Hưng 2010.
- 29 Phạm Thái Hưng 2010.
- 30 Phạm Thái Hưng 2010.
- 31 Phạm Thái Hưng 2010.
- 32 Xem UNICEF, Bộ GD&ĐT, và UNESCO 2008.
- 33 Rodgers và Menon 2010: 81.
- 34 Phạm Thái Hưng 2010.
- 35 Phạm Thái Hưng 2010.
- 36 Phạm Thái Hưng 2010.
- 37 TCTK 2010d, Bảng 2.2
- 38 TCTK 2010d, Bảng 2.1
- 39 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 40 Chính phủ Việt Nam 2010b: 40
- 41 TCTK 2009b.
- 42 TCTK 2011a: 38, 39.
- 43 TCTK 2011a: 38, 39.
- 44 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 45 Vũ Hoàng Linh 2010: 14
- 46 Rodgers và Menon 2010: 16-17
- 47 Vì giáo dục tiểu học là bắt buộc, vấn đề này không được xem xét ở cấp học này.
- 48 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 49 IOM 2010.

CHƯƠNG 5

- 1 London 2010a: 21.
- 2 Van Arkadie và cộng sự 2010: 85.
- 3 Pincus 2010: 27.
- 4 London 2010: 27.
- 5 LHQ tại Việt Nam 2010a: 50.
- 6 Cook 2009; Baluch và cộng sự 2008.
- 7 Ủy Ban các vấn đề xã hội của Quốc hội và UNDP 2009.
- 8 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 149

- 9 Lưu ý rằng để có thể được hưởng bất kỳ chế độ nào kể ra dưới đây, người dân cần đăng ký hộ khẩu. Do vậy, những người nhập cư tạm thời và không có hộ khẩu không được tiếp cận các lợi ích này. Ủy Ban các vấn đề xã hội của Quốc hội và UNDP 2009.
- 10 Baluch và cộng sự 2008: 53
- 11 Baluch và cộng sự 2008: 66
- 12 TCTK 2010d.
- 13 LHQ tại Việt Nam 2010a: 49
- 14 Chuẩn nghèo mới cho giai đoạn 2011-2015 là 500.000 đồng/tháng cho khu vực thành thị và 400.000 đồng/tháng cho khu vực nông thôn, và mức cận nghèo là 501.000 đến 650.000 đồng/tháng ở khu vực thành thị và 401.000-520.000 đồng/tháng ở khu vực nông thôn. Tuy nhiên, rất nhiều khu vực đô thị và vùng miền trù phú hơn đã tự đặt mức chuẩn nghèo cao hơn.
- 15 Dựa trên London 2010a; Pincus 2010; và Van Arkadie và cộng sự 2010
- 16 Nguyễn Khánh Phương 2009: 126
- 17 Van Arkadie và cộng sự 2010: 135
- 18 Trích từ London 2010: 23
- 19 Trích từ Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 142
- 20 Trích từ Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 142
- 21 Pincus 2010: 26
- 22 London 2010a: 24
- 23 London 2010a: 25
- 24 Pincus 2010a: 27
- 25 Fischer 2010.
- 26 Chính vì lý do này mà các sáng kiến như Luật Bảo hiểm Y tế mới cũng trợ cấp cho người cận nghèo.
- 27 London 2010b: 33.
- 28 London 2010b: 34.
- 29 Lưu ý rằng các số liệu quốc tế có thể khác biệt một chút so với số liệu của quốc gia. Theo Tài khoản Y tế Quốc gia, chi tiêu cho y tế chiếm 6,4% GDP năm 2008. Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 144.
- 30 WHO Tài khoản Y tế Quốc gia tại <http://www.who.int/nha/en/>
- 31 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 150
- 32 LHQ tại Việt Nam 2010a: 53
- 33 London 2010b: 38
- 34 London 2010b: 38
- 35 Trích từ Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2008: 15
- 36 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2008: 36; Giang Thanh Long 2010: 11
- 37 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 152
- 38 Giang Thanh Long 2010: 11.
- 39 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 150.
- 40 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2008: 40.
- 41 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 148.
- 42 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 150
- 43 London 2010b: 34.
- 44 Trích từ London 2010b: 38.
- 45 WHO 2009: 5, 18
- 46 TCTK 2010d: Table 4.13
- 47 Cũng nên lưu ý rằng khu vực duyên hải Nam Trung Bộ dường như áp dụng cách tiếp cận chú trọng tới khách hàng nhằm khuyến khích người dân mua bảo hiểm y tế hơn những khu vực khác. Khu vực này đạt mức đăng ký thẻ bảo hiểm y tế cao nhất (15,8%) so với mức trung bình của quốc gia (11,1%). Những người được bảo hiểm ở khu vực này thường đăng ký ở bệnh viện (ít người đăng ký ở cấp xã hơn – 18% so với mức trung bình của quốc gia là 32%) và ít trả phí thêm hơn (9% so với 12% toàn quốc). Castel và Oanh 2010.
- 48 Rodgers và Menon 2010.
- 49 Nguyễn Việt Cường 2010: 22.
- 50 Một khi hộ gia đình chi vào y tế hơn 40% tổng chi tiêu của họ, hay 25% chi tiêu ngoài thức ăn, họ sẽ không thể trả nổi những chi phí sinh hoạt cần thiết khác, đặc biệt là ở những gia đình có thu nhập thấp.
- 51 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 62.
- 52 Hoàng Văn Minh và Phương Nguyễn 2011.
- 53 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 65.
- 54 Ngân hàng thế giới 2010: 77.
- 55 Xem một ví dụ tại “Goal: Maximising profits from patients’ illness” 2011.
- 56 Thompson, Wittner, và Nguyễn Thị Thúy Nga 2011: 26.
- 57 Thompson, Wittner, và Nguyễn Thị Thúy Nga 2011: 27
- 58 Thompson, Wittner, và Nguyễn Thị Thúy Nga 2011: 42.

- 59 Nguyễn Việt Cường 2010: 17
- 60 Castel và Oanh 2010.
- 61 Nguyễn Việt Cường 2010:32.
- 62 Castel và Oanh 2010.
- 63 Castel và Oanh 2010: 154
- 64 Castel và Oanh 2010; Nguyễn Việt Cường 2010.
- 65 Nguyễn Việt Cường 2010: 17, 18.
- 66 Castel và Oanh 2010.
- 67 Castel và Oanh 2010; Giang Thanh Long 2010: 11.
- 68 Castel và Oanh 2010.
- 69 Giang Thanh Long 2010: 10.
- 70 Giang Thanh Long 2010: 10.
- 71 Giang Thanh Long 2010: 10.
- 72 Lieberman và Wagstaff 2009.
- 73 Lưu ý rằng số liệu toàn cầu có thể khác biệt một chút so với các con số thống kê hiện có của quốc gia.
- 74 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 75 UNICEF 2010.
- 76 UNICEF 2010.
- 77 London 2010b: 36.
- 78 London 2010b:34.
- 79 London 2010b: 34.
- 80 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 81 London 2010b: 45.
- 82 London 2010b: 25.
- 83 London 2010b: 25.
- 84 Thanh tra chính phủ 2010.
- 85 CECODES, Mặt trận Tổ quốc và UNDP 2011.
- 86 New School và Harvard University 2010: 40.
- 87 Ngân hàng thế giới 2009: 79.
- 88 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 89 TCTK 2010d, Bảng 2.6.
- 90 TCTK 2010d, Bảng 2.6.
- 91 London 2010b: 44.
- 92 TCTK 2010d: Bảng 2.7.
- 93 London 2010b: 47.
- 94 Fizbein và Schady 2009.
- 95 Bunting 2011.
- 96 Bunting 2011.
- 97 Bộ GD&ĐT dự tính rằng các hộ gia đình đóng góp khoảng 25% tổng chi tiêu cho giáo dục. Bộ GD&ĐT 2009.
- 98 London 2010b: 64. Một bài báo gần đây đã khẳng định xu hướng này. “Theo số liệu mới đây của Bộ Y tế, mấy năm gần đây, mỗi năm có khoảng 40.000 người dân Việt Nam ra nước ngoài chữa bệnh, tiêu tốn hơn 1 tỷ USD. Đây mới chỉ là thống kê trên sổ sách, thực tế con số này có thể lớn hơn nhiều lần.” <http://vnexpress.net/gl/suc-khoe/2011/10/che-hang-noi-dan-do-ra-nuoc-ngoai-chua-benh/>
- 99 London 2010a: 54.
- 100 Vũ Hoàng Linh 2010.

CHƯƠNG 6

- 1 London 2010b: 33.
- 2 London 2010b: 28.
- 3 London 2010b: 28.
- 4 London 2010b: 28.
- 5 Nguyễn Việt Cường 2010: 10.
- 6 Nguyễn Việt Cường 2010: 10.
- 7 London 2010b: 32.
- 8 Nguyễn Việt Cường 2010: 11.
- 9 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2009.
- 10 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2009: 14.
- 11 Economist Intelligence Unit 2011.
- 12 London 2010b: 33.
- 13 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 151.
- 14 Lieberman và Wagstaff 2009: 121.
- 15 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 64.
- 16 Lieberman và Wagstaff 2009: 125.
- 17 London 2010a: 28.
- 18 London 2010a: 28.
- 19 London 2010a: 54.
- 20 TCTK 2009.
- 21 Vũ Hoàng Linh 2010.
- 22 Bộ GD&ĐT, trích trong London 2010b: 30.

- 23 London 2010b: 31-32.
- 24 London 2010b: 31-32.
- 25 London 2010b: 42.
- 26 London 2010b: 44.
- 27 New School và Harvard University 2010: 33.
- 28 New School và Harvard University 2010: 18, 19.
- 29 New School và Harvard University 2010: 40.
- 30 New School và Harvard University 2010: 27.
- 31 New School và Harvard University 2010: 61.
- 32 New School và Harvard University 2010: 16.
- 33 New School và Harvard University 2010: 52.
- 34 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế: 19.
- 35 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế: 20.
- 36 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế: 53-54.
- 37 Castels và Oanh 2010.
- 38 London 2010b: 48.
- 39 London 2010b: 48.
- 40 London 20110: 32.
- 41 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010, 2009.
- 42 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 126.
- 43 Lieberman và Wagstaff 2009: 112.
- 44 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 119.
- 45 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 76.
- 46 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 67.
- 47 New School và Harvard University 2010: 17.
- 48 London 2010b: 61.
- 49 Pincus 2010: 26.
- 50 London 2010b; Pincus 2009.
- 51 Ngân hàng thế giới 2010: 76, 77.
- 52 CECODES, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và UNDP 2011.
- 53 CECODES, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và UNDP 2011: 80-82.
- 54 Acuna và cộng sự 2010.
- 55 UNDP 2002 và Acuña-Alfaro và những người khác 2010.
- 56 Tạp chí Đảng Cộng sản Việt Nam (24/04/2006). Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VII của Đảng: Thông qua "Chương trình xây dựng đất nước trong thời kỳ quá độ lên chủ nghĩa xã hội", ngày 27-6-1991, URL: http://123.30.49.74:8080/tiengviet/tulieuvankien/vankiendang/details.asp?topic=191&subtopic=8&leader_topic=224&id=BT2440654662
- 57 Xem Nghị quyết của chính phủ số 08/2004/NQ-CP về tiếp tục đẩy mạnh phân cấp quản lý nhà nước giữa chính phủ và chính quyền tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.
- 58 Đánh giá phân cấp quản lý của UBND Hà Nội cho thấy một bức tranh hỗn hợp về những gì đã và chưa đạt được (Xem Hà Nội Mới Online (17/11/2010), Phân cấp quản lý: khắc phục bất cập, tăng đồng bộ, hiệu quả URL: <http://www.hanoimoi.com.vn/newsdetail/Kinh-te/399693/phan-cap-quan-ly-khac-phuc-bat-cap-tang-dong-bo-hieu-qua.htm>)
- 59 Xem Ngân hàng Thế giới 2009: 64,65.
- 60 Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) 2010: Đo lường từ kinh nghiệm thực tiễn của người dân. Xem trang web www.papi.vn
- 61 Acuña-Alfaro, Giang Đặng và Đỗ Thanh Huyền 2010.
- 62 Acuña-Alfaro, Giang Đặng và Đỗ Thanh Huyền 2010.
- 63 CECODES, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và UNDP 2011.
- 64 London 2010a.
- 65 London 2010a: 23.
- 66 Acuña-Alfaro 2009: 21-40.
- 67 Koh, David, Đặng Đức Đạm và Nguyễn Thị Kim Chung 2009: 252-319.
- 68 London 2010a: 10.
- 69 London 2010a: 12.
- 70 Australian Government Productivity Commission 2010: xxix.

- 71 Australian Government Productivity Commission 2010: xxix.
- 72 Ngân hàng Thế giới 2009: 64.
- 73 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 64.
- 74 Lieberman và Wagstaff 2009: 112.
- 75 Ngân hàng Thế giới 2009: 65.
- 76 New School và Harvard University 2010: 49.
- 77 Dự thảo Luật khám chữa bệnh có bao gồm một điều khoản về việc thành lập Hội đồng Y tế Quốc gia độc lập nhưng trong văn bản luật được thông qua thì lại không có điều khoản này.
- 78 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 55.
- 79 Lieberman và Wagstaff 2009.
- 80 Luật khám chữa bệnh số: 2009/QH12.
- 81 Harvard University 2010: 47.
- 82 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010.
- 83 LHQ tại Việt Nam 2010a: 57.
- 84 Ngân hàng thế giới 2009: 79.
- 85 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 56.
- 86 USAID 2009.
- 87 Jones và cộng sự 2007.
- 88 Koh và cộng sự 2009: 260.
- 89 London 2010a: 17.
- 90 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010.
- 91 Vujicic và cộng sự 2010.
- 92 Vujicic và cộng sự 2010.
- 93 WHO 2010a.
- 94 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 208.
- 95 WHO 2010b.
- 96 Soeters và cộng sự 2006: 884-889.
- 97 New School và Harvard University 2010: 81.
- 98 New School và Harvard University 2010: 81.
- 99 Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế 2010: 96.
- 100 Bộ GD&ĐT 2009; Bộ GD&ĐT 2000.
- 101 Peeraer và Trần 2010.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Acuña-Alfaro, Giang Đặng và Đỗ Thanh Huyền (2010). *Đo lường Quản trị và hành chính công vì phát triển con người: Cách tiếp cận từ quan điểm cầu*, Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về Phát triển con người. Hà Nội: UNDP

Acuña-Alfaro, J. (2009). Giới thiệu chung: nâng cao hiệu quả quản trị quốc gia và đẩy mạnh cải cách hành chính ở Việt Nam” trang 21-40 trong Acuña-Alfaro. Trong *Cải cách hành chính ở Việt Nam: Hiện trạng và Khuyến nghị*. Hà Nội: UNDP

Alkire, S. (2010). *Tài liệu nghiên cứu phát triển con người 2010/01: Phát triển con người và những khái niệm liên quan*, New York: UNDP

Australian Government Productivity Commission (Ủy ban Năng suất Chính phủ Úc) (2010). *Đóng góp của các tổ chức phi lợi nhuận: Báo cáo nghiên cứu của Ủy ban Năng suất*. Melbourne: Commonwealth of Australia.

Baluch, B., và cộng sự (2008). *Chỉ số an sinh xã hội nhằm thực hiện cam kết giảm nghèo. Tập 2: Asia*. Manila: ADB

Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương (2010). *Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*. Hà Nội: TCTK. Có trên trang web www.gso.gov.vn

Bloom, D.E. và Canning D. (2008). *Sức khỏe người dân và phát triển kinh tế*, Tài liệu số 24 của Ủy ban về tăng trưởng và phát triển, Washington: Ngân hàng Thế giới. Có trên <http://www.growthcommission.org>

Bộ GD&ĐT (2009). *Kế hoạch chiến lược phát triển giáo dục Việt Nam 2009-2020*. Dự thảo 15b ngày 20 tháng 4, Hà Nội.

Bộ GD&ĐT (2009); Bộ GD&ĐT (2000) *Quy hoạch tổng thể việc áp dụng công nghệ thông tin trong giáo dục giai đoạn 2000-2005*. Hà Nội.

Bộ LĐTBXH và ILO (2010). *Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2009/10*. Hà Nội: ILO.

Bộ LĐTBXH và UNICEF (2008). *Trẻ em nghèo Việt Nam sống ở đâu? Xây dựng và áp dụng cách tiếp cận đa chiều về nghèo trẻ em*. Hà Nội: Bộ LĐTBXH và UNICEF.

Bộ LĐTBXH, ILO và EU (2011). *Xu hướng việc làm tại Việt Nam 2010*. Hà Nội: ILO

Bộ Y tế – Cục phòng chống HIV/AIDS (2009) *Ước tính và dự báo nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2007 – 2012*. Hà Nội: Bộ Y tế

Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2008). *Đánh giá chung thường niên về y tế: Đầu tư cho Y tế ở Việt Nam*. Hà Nội: Bộ Y tế.

Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2009). *Đánh giá chung thường niên về y tế: Nguồn nhân lực cho ngành y tế*. Hà Nội: Bộ Y tế

Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2010) *Đánh giá chung thường niên về y tế: Hệ thống y tế Việt Nam trước ngưỡng cửa Kế hoạch năm năm 2011-2015*. Hà Nội: Bộ Y tế

Bộ Y tế, Bệnh viện nhi trung ương và UNICEF (2008). *Sự khác biệt về giới trong sử dụng dịch vụ y tế cho trẻ em ở bệnh viện*. Hà Nội: Bộ Y tế.

Bunting, M. (2010). Chương trình hỗ trợ bằng tiền mặt của Brazil giúp cải thiện cuộc sống của những người nghèo nhất. Có trên <http://www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2010/nov/19/brazil-cash-transfer-scheme>.

Cần cải thiện điều kiện lao động để làm giảm những tranh chấp trong lao động (2011). *Việt Nam Net News*, 31 tháng 3. Có trên trang web vietnamnews.vnagency.com.vn.

Castel P, Trần Thị Mai Oanh, Trần Ngô Thị Minh Tâm (2010). *Bảo hiểm y tế ở Việt Nam: tiến tới phổ cập: Trường hợp của công nhân trong khu vực không chính thức*. Hà Nội: UNDP.

CECODES, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và UNDP (2011). *Chỉ số hiệu quả quản trị và hành chính công cấp tỉnh ở Việt Nam (PAPI) 2010: Đo lường từ kinh nghiệm thực tiễn của người dân*. Hà Nội.

Chính phủ Việt Nam (2001) *Hiến pháp năm 1992 của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (Sửa đổi theo Nghị quyết 51-2001-QH10 của Quốc hội khóa 10 tại kỳ họp thứ 10 ngày 25 tháng 12 năm 2001)*. Hà Nội.

Chính phủ Việt Nam (2010a) *Đánh giá 15 năm thực hiện Tuyên bố và cương lĩnh hành động Bắc Kinh*. Hà Nội: NCFW (Ủy ban vì sự tiến bộ của phụ nữ).

Chính phủ Việt Nam (2010b) *Báo cáo quốc gia về các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ 2010: Việt Nam 2/3 chặng đường thực hiện các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ, hướng tới năm 2015*. Bộ Kế hoạch và Đầu tư. Hà Nội

Chính phủ Việt Nam (2010c) bản thảo Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 2011-2015. *Trích lược SEDP 2011-2015: Phần II (Trang 27-91)* bản thảo tháng 11 năm 2011, bản dịch tiếng Anh.

Chính phủ Việt Nam (2010d) Chiến lược phát triển kinh tế xã hội 2011-2020, bản thảo không để ngày, bản dịch tiếng Anh.

Chương trình Harvard Việt Nam (2008) *Lựa chọn thành công: Các bài học của Đông Á và Đông Nam Á và tương lai của Việt Nam*. Cambridge: Harvard University.

Cling và cộng sự (2010). *Nền kinh tế không chính thức ở Việt Nam: Nghiên cứu phục vụ dự án về thị trường lao động*. EU/ Bộ LĐTBXH/ILO. Hà Nội.

Cook, S. (2009). *An sinh xã hội ở Đông và Đông Nam Á: Đánh giá toàn khu vực*, Tài liệu số 02, An sinh xã hội ở Châu Á. Có trên trang web <http://www.socialprotectionasia.org/>.

Dapice, D, Gomez-Ibanez, J. và Nguyễn Xuân Thành (2010). *Thành phố Hồ Chí Minh: những thách thức của tăng trưởng*, Harvard Kennedy School và UNDP. Hà Nội.

Economist Intelligence Unit (2011). Bộ Y tế đang đẩy mạnh nỗ lực giải quyết tình trạng bất bình đẳng trong dịch vụ y tế trên toàn quốc, 28 tháng 3. Có trên trang web: www.eiu.com

Fischer A. M. (2010). Hướng tới phổ cập thực sự trong chính sách phát triển đương đại. Tài liệu nghiên cứu cho: *Diễn đàn chính sách cấp cao – Sau 2015: Tăng cường chính sách giảm nghèo sau MDGs*. Brussels, tháng 6.

Fizbein A. và Schady N. (2009). *Trợ cấp tiền mặt có điều kiện : Giảm nghèo hiện tại và tương lai*. Washington D.C.: Ngân hàng Thế giới.

Giang Thanh Long (2010) *Trước một dân số già đi: tổng hợp những cải cách trong các dịch vụ bảo trợ xã hội ở Việt Nam*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người.

'Goal: Maximising profits from patients' illness'. (2011). *Báo Tuổi trẻ*. 24 tháng 3. Có trên trang web <http://www.tuoitrenews.vn/cmlink/tuoitrenews/fun/goal-maximizing-profits-from-patients-illness-1.25578>.

Guilmoto, C. (2010). *Mất cân bằng giới tính khi sinh tại Việt Nam: Bằng chứng từ cuộc điều tra dân số 2009*. Hà Nội: UNFPA.

Harmeling, S. (2010) *Chỉ số rủi ro khí hậu toàn cầu 2011: Ai phải chịu hậu quả nhiều nhất trước sự thay đổi thời tiết khắc nghiệt? Những mất mát liên quan tới khí hậu năm 2009 và 1990-2009*. Germanwatch: Bonn.

Hoàng Văn Minh và Phương Nguyễn (2011). *Chi tiêu từ tiền túi của hộ gia đình ở Việt Nam – một gánh nặng tài chính: Kết quả phân tích dữ liệu Điều tra mức sống hộ gia đình*. Tài liệu trình bày tại Hội thảo Toàn cầu về Kinh tế Y tế, Toronto, tháng 7.

IOM (2010) *Những điều kiện pháp lý liên quan tới người di cư ra thành thị ở Việt Nam và những hệ quả xã hội – tiếp cận các dịch vụ công cơ bản*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người. Hà Nội: IOM.

Jones, N. và cộng sự (2007). *Các tổ chức địa phương và chính sách xã hội về trẻ em: cơ hội và hạn chế cho việc cung cấp dịch vụ có sự tham gia của người dân*. UNICEF, Young Lives, Knowledge Community on Children ở Ấn Độ.

Knowles, J và cộng sự (2010). *Cân bằng về sức khỏe ở Việt Nam: phân tích tình hình tập trung vào tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh*. Hà Nội: UNICEF

Koh, David, Đặng Đức Đạm và Nguyễn Thị Kim Chung (2009). Cơ cấu tổ chức chính phủ để cung ứng dịch vụ công tốt nhất: trường hợp Việt Nam và một số kiến nghị đổi mới, trang 252-319. Trong Acuña-Alfaro [biên tập] *Cải cách hành chính ở Việt Nam: Hiện trạng và Khuyến nghị*. Hà Nội: UNDP

Lê Bạch Dương và cộng sự (2008). Người tàn tật ở Việt Nam: kết quả của một điều tra xã hội học ở Thái Bình, Quang Nam, Đà Nẵng và Đồng Nai. Hà Nội: ISDS.

Lee, S. (2008). *Phụ nữ có vị trí như thế nào trong giáo dục, lao động và sức khỏe? Phân tích về giới từ Điều tra mức sống hộ gia đình 2006*. Hà Nội: Ngân hàng Thế giới.

LHQ ở Việt Nam (2009). *Cân bằng giữa phát triển con người, kinh tế và phát triển bền vững: Phân tích tổng hợp tình hình phát triển của Việt Nam và những thách thức về trung hạn nhằm chuẩn bị cho Kế hoạch một LHQ giai đoạn 2012-2016*. Hà Nội.

LHQ ở Việt Nam (2010b). *Di cư trong nước: Cơ hội và Thách thức cho phát triển kinh tế xã hội ở Việt Nam*. Hà Nội.

LHQ ở Việt Nam (2011). *Báo cáo hàng năm 2010*

Lieberman, S. và A. Wagstaff (2009) *Vấn đề tài chính và cung cấp dịch vụ y tế ở Việt Nam: Hướng về phía trước*. Washington D.C., Ngân hàng Thế giới.

London, J. (2010a) *Dung hòa các lợi ích của tổ chức và nhu cầu của công chúng: các thách thức về cung cấp dịch vụ trong lĩnh vực y tế và giáo dục Việt Nam*. Tài liệu phục vụ cho Báo cáo quốc gia về phát triển con người.

London, J. (2010b) *Cân bằng giữa mục tiêu và phương tiện: trách nhiệm của các tổ chức trong việc cung cấp và chi trả cho các dịch vụ giáo dục và y tế*. Tài liệu phục vụ cho Báo cáo quốc gia về phát triển con người.

London, J. *Giáo dục ở Việt Nam: Những nguyên nhân lịch sử, những xu thế hiện tại*. Trang 1-56 trong *Giáo dục ở Việt Nam*, J. London [biên tập]. Singapore: ISEAS.

Meissner, R. và Hồ Sỹ Hùng (2008). *Phát triển kinh tế tư nhân, Mâu thuẫn về lao động và Quản trị doanh nghiệp ở Việt Nam – Tìm kiếm những mô hình mới*. Trang 267-286. Trong *Nền kinh tế thị trường xã hội và sinh thái – một mô hình phát triển Châu Á*. Kusel, C. và cộng sự. [biên tập]. GTZ, Eschborn.

New School và Harvard University (2010). *Nhìn xa hơn các trường đại học đỉnh cao: Hướng tới một cách tiếp cận hệ thống đối với cải cách giáo dục đại học tại Việt Nam*. Hà Nội: UNDP

Ngân hàng Thế giới (2009). *Báo cáo phát triển Việt Nam 2010: Những thể chế hiện đại*. Hà Nội.

Ngân hàng Thế giới (2010a). *Cập nhật tình hình kinh tế khu vực Đông Á và Thái Bình Dương năm 2010 tập 2: Hồi phục mạnh mẽ, rủi ro cao*. Washington D.C.

Ngân hàng Thế giới (2010b). *Đói nghèo ở Đông Á và Thái Bình Dương: chúng ta có đang đo lường những gì cần thiết?* Bài trình bày tại Hội thảo về đánh giá

và xử lý đói nghèo ở Đông Á và Thái Bình Dương. Jakarta, tháng 12.

Ngân hàng Thế giới (2010c). *Đánh giá: Cập nhật tình hình phát triển kinh tế gần đây của Việt Nam*. Hà Nội

Ngân hàng Thế giới (2011). *Đánh giá: Cập nhật tình hình phát triển kinh tế gần đây của Việt Nam*. Hà Nội

Nguyễn Ngọc Anh và Nguyễn Đức Nhật (2010). *Xu thế lao động việc làm tại Việt Nam trong bối cảnh chuyển dịch sang nền kinh tế có giá trị cao hơn*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người.

Nguyễn Ngọc Thắng (2010). *Đánh giá xu thế việc làm tại Việt Nam trong bối cảnh chuyển dịch sang nền kinh tế có giá trị cao hơn*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người.

Nguyễn Việt Cường (2010). *Cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế công ở Việt Nam*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người

ODI (Overseas Development Institute) (2010). *Báo cáo về các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ: Đánh giá tiến bộ ở các nước*. London, ODI.

Peeraer và Trần (2010) *Lồng ghép công nghệ thông tin vào giáo dục ở Việt Nam: từ chính sách đến thực tiễn*. Việt Nam: Giáo dục vì phát triển.

Permanyer, I. (không ghi ngày) *Đánh giá Chỉ số Bất bình đẳng giới của UNDP*. Có trên trang web: <http://www.ced.uab.es/articles/GII.pdf>

Phạm Thái Hưng (2010) *Đánh giá khả năng tiếp cận các dịch vụ giáo dục và y tế ở các dân tộc thiểu số Việt Nam*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người;

Pincus (2010) *LHQ và Nhóm các Nhà tài trợ đồng quan điểm – Báo cáo phân tích chung về Việt Nam: Đánh giá về kinh tế và phát triển con người*, Tài liệu phục vụ Báo cáo phân tích chung về Việt Nam, không xuất bản.

Pincus và Sender, J. (2007). *Lượng hóa đói nghèo ở Việt Nam: những ai là quan trọng*. *Tạp chí nghiên cứu Việt Nam, Tập 3, Số 1*, University of California Press, trang 108-150.

Quốc hội. *Luật khám chữa bệnh số 2009/QH12*.

Rodgers, Y. và Menon, N. (2010). *Sự khác biệt về giới trong vị thế kinh tế xã hội và sức khỏe: Bằng chứng*

- từ *Cuộc điều tra mức sống hộ gia đình năm 2008* Hà Nội: Ngân hàng Thế giới.
- Sen, A. (2001). Những khía cạnh khác nhau của bất bình đẳng giới. *The New Republic*, ngày 17 tháng 9, trang 35-40.
- Sen, A. (2011). Chất lượng cuộc sống: so sánh Ấn Độ và Trung Quốc. *The New York Review of Books*, ngày 12 tháng 5.
- Soeters và cộng sự (2006). Cấp ngân sách dựa trên kết quả công việc và thay đổi hệ thống y tế cấp huyện: Kinh nghiệm của Rwanda. *Bản tin của Tổ chức y tế thế giới 2006*, Số 84: 884-889.
- Stiglitz, J., A. Sen, và J.P. Fitoussi (2009). *Xem xét lại cách đánh giá phát triển kinh tế và tiến bộ xã hội: Một vài suy nghĩ và tổng quan*. Tài liệu của Travail de l'OFCE, Observatoire Francais des Conjonctures Economiques (OFCE).
- Surborg, B. (2010). *Rà soát quá trình cải cách trong cung cấp dịch vụ y tế tại Việt Nam: mô phỏng theo khu vực địa lý*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người
- Tạ Thị Thanh Hương và Koos Neefjes (2010). *Biến đổi khí hậu và các dịch vụ xã hội*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người. Hà Nội: UNDP
- Thanh tra chính phủ (2010) *Đánh giá các hành vi tham nhũng trong lĩnh vực giáo dục ở Việt Nam*. Hà Nội: Thanh tra chính phủ và UNDP.
- Thompson, R., S. Wittner, và Nguyễn Thị Thúy Nga (2011). *Các chiến lược tài chính cho hiện đại hóa và phát triển hệ thống y tế: Việt Nam có thể học gì từ kinh nghiệm quốc tế?* Oxford Policy Management, bản thảo ngày 14 tháng 3.
- Tổng cục thống kê (2009a) *Kết quả điều tra biến động dân số, việc làm và kế hoạch hóa gia đình năm 2008*. Hà Nội: trang 112.
- Tổng cục thống kê (2009b). *Niên giám Thống kê Việt Nam 2009*. Hà Nội
- Tổng cục thống kê (2010a). *Doanh nghiệp Việt Nam 9 năm đầu thế kỷ 21*. Hà Nội.
- Tổng cục thống kê (2010b). *Báo cáo điều tra quốc gia về thanh niên, vị thành niên (SAVY) II*. Hà Nội.
- Tổng cục thống kê (2010c). *Báo cáo điều tra lao động và việc làm Việt Nam ngày 1 tháng 9 năm 2009*. Hà Nội.
- Tổng cục thống kê (2010d). *Kết quả Điều tra Mức sống hộ gia đình 2008*. Hà Nội
- Tổng cục thống kê (2011a) *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*. Giáo dục ở Việt Nam: Phân tích các chỉ số chính. Hà Nội.
- Tổng cục thống kê (2011b). *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009. Tình trạng di cư và đô thị hóa tại Việt Nam: mô hình, xu thế và các điểm khác biệt*. Hà Nội.
- Tổng cục Thống kê và UNICEF (2007) *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2006 – MICS 3, Hà Nội*.
- Tổng cục thống kê và WHO (2010) *"Yên lặng là chết": Nghiên cứu quốc gia về bạo lực gia đình đối với phụ nữ Việt Nam*. Hà Nội: TCTK.
- Trung tâm khoa học xã hội và nhân văn quốc gia (2001). *Báo cáo quốc gia về phát triển con người: đổi mới và phát triển con người ở Việt Nam*. Hà Nội: NXB Chính trị Quốc gia
- Trường Y tế công cộng Hà Nội và Đại học Queensland (2008). *Nghiên cứu về Gánh nặng bệnh tật và thương tật tại Việt Nam*. Hà Nội: Đại học Y tế công cộng
- UBND Hà Nội và UBND TP Hồ Chí Minh (2010). *Điều tra về nghèo thành thị ở Hà Nội và TP Hồ Chí Minh*. Hà Nội: UNDP.
- UNDP (Chương trình Phát triển Liên hợp quốc) (1990). *Báo cáo Phát triển Con người năm 1990: Khái niệm và đo lường mức độ phát triển con người*. New York và Oxford: Chương trình Phát triển Liên hợp quốc và Oxford University Press.
- UNDP (2009). *Báo cáo Phát triển Con người năm 2009, Vượt qua các rào cản: sự chuyển dịch và phát triển của con người*. New York.
- UNDP (2010). *Báo cáo Phát triển Con người năm 2010, Tài sản đích thực của quốc gia: Con đường đi tới phát triển con người*. New York.
- UNDP Việt Nam (2010). *Giải thích các chỉ số tổng hợp trong Báo cáo Phát triển Con người năm 2010: Việt Nam. Giải thích giá trị Chỉ số phát triển con người và*

sự thay đổi về thứ hạng trong Báo cáo Phát triển Con người năm 2010.

UNDP, Trung tâm nghiên cứu khu vực Châu Á Thái Bình Dương ở Colombo (2008). *Đầu tư vào bình đẳng giới: những bằng chứng trên toàn cầu và bối cảnh khu vực Châu Á Thái Bình Dương (Investing in Gender Equality: Global Evidence and the Asia-Pacific Setting)*. Colombo.

UNFPA (Quỹ Dân số Liên hợp quốc) (2011). *Thanh niên Việt Nam: tổng hợp dựa trên tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009*. Hà Nội.

UN-Habitat (2008). *Tình hình những thành phố thế giới 2010/2011: thu hẹp khoảng cách thành thị*. London: Earthscan.

UNIAP (Chương trình Phòng chống buôn người Liên hợp quốc) (2008). *Số liệu về tình trạng buôn người của Mạng lưới thông tin chiến lược (SIREN). Có tại trang web* http://www.no-trafficking.org/reports_docs/vietnam/vietnam_datasheet_eng.pdf

UNICEF (Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc) (2010b). *Phân bổ ngân sách cho Lĩnh vực Giáo dục ở Việt Nam*. Hà Nội.

UNICEF, Bộ giáo dục đào tạo, và UNESCO (UNICEF và cộng sự). (2008). *Sự chuyển đổi của trẻ em gái dân tộc thiểu số từ tiểu học lên trung học*. Hà Nội: UNICEF và Bộ GD&ĐT.

USAID (2009). *Đánh giá hệ thống y tế cấp tỉnh ở Việt Nam: Những bài học từ hai tỉnh*. Bethesda.

Ủy Ban các vấn đề xã hội của Quốc hội và UNDP (2009) *Tổng hợp các chính sách và chương trình giảm nghèo tại Việt Nam*. Hà Nội.

Ủy ban dân tộc và UNDP (2008). *Báo cáo cuối cùng: Phân tích nghiên cứu cơ sở cho Chương trình 135 giai đoạn 2*. Hà Nội.

Van Arkardie và cộng sự (2010). *Báo cáo phân tích chung về Việt Nam 2010*. Báo cáo độc lập thực hiện cho LHQ và Nhóm các Nhà tài trợ đồng quan điểm.

Vian, T., Salomon, M, và Nguyễn Thị Kiều Viên (2010). *Tham nhũng trong y tế ở Việt Nam: Kết quả tọa đàm của các nhà tài trợ*. Hà Nội: Transparency International.

Viện cải cách và phát triển Trung Quốc (2008). *Báo cáo phát triển con người Trung Quốc 2007/2008 Tiếp cận dành cho mọi người: Dịch vụ cơ bản cho 1.3 tỷ người dân*. Bắc Kinh: UNDP.

Viện Nghiên cứu Xã hội Việt Nam (VISS), Trung tâm phân tích và dự báo (2009). *Theo dõi nhanh tác động của khủng hoảng kinh tế toàn cầu đối với Việt Nam: Báo cáo tổng hợp*, vòng tháng 8–tháng 9 năm 2009. Hà Nội.

Viện quản lý kinh tế trung ương (CIEM) và Viện cạnh tranh Châu Á (2010). *Báo cáo về cạnh tranh của Việt Nam*. Hà Nội.

Vũ Hoàng Linh (2010). *Các Vấn đề Giáo dục ở Việt Nam trong Thiên niên kỷ mới: Tiếp cận, Chênh lệch và Đầu tư*. Tài liệu phục vụ Báo cáo quốc gia về phát triển con người

Vujicic và cộng sự (2010). *Thu hút bác sĩ và sinh viên y khoa về nông thôn Việt Nam (Attracting Doctors and Medical Students to Rural Vietnam: Insights from a Discrete Choice Experiment)*, Bài viết về Dân số, sức khỏe và dinh dưỡng. Washington D.C.: World Bank.

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới) (2009), *Chiến lược đầu tư y tế cho khu vực Châu Á-Thái Bình Dương 2010-2015*

WHO (2010a). *Tăng cường khả năng tiếp cận nhân viên y tế tại nông thôn và các vùng sâu vùng xa thông qua chính sách lưu giữ hiệu quả hơn: Những kiến nghị chính sách toàn cầu*. Geneva: WHO.

WHO (2010b). *Báo cáo y tế thế giới. Vấn đề tài chính của các hệ thống y tế: Con đường đến với phổ cập dịch vụ y tế*. Geneva: WHO.

WHO, Dữ liệu về y tế quốc gia năm 2008. Có tại trang web <http://apps.who.int/ghodata/>

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: DANH SÁCH CÁC TÁC GIẢ VÀ NHỮNG NGƯỜI ĐÓNG GÓP CHO CÁC NGHIÊN CỨU NỀN CỦA BÁO CÁO QUỐC GIA VỀ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI

TÁC GIẢ VÀ CÁC NGHIÊN CỨU NỀN:

Đề tài số	Tác giả	Đề tài nghiên cứu
1	Giang Thanh Long	Hướng tới mức phát triển con người cao hơn: những thách thức đối với dịch vụ y tế, cung cấp tài chính cho dịch vụ y tế và vai trò của chính phủ
2	Jonathan London	Cân bằng giữa mục tiêu và phương tiện: trách nhiệm của các tổ chức trong việc cung cấp và chi trả cho các dịch vụ giáo dục và y tế
3	Jonathan London	Dung hòa các lợi ích của tổ chức và nhu cầu của công chúng: các thách thức về cung cấp dịch vụ trong lĩnh vực y tế và giáo dục Việt Nam
4a	Nguyễn Việt Cường	Cung cấp và sử dụng dịch vụ y tế công ở Việt Nam
4b	Björn Surborg	Rà soát quá trình cải cách trong cung cấp dịch vụ y tế tại Việt Nam: mô phỏng theo khu vực địa lý
5	Vũ Hoàng Linh	Các vấn đề giáo dục ở Việt Nam trong thiên niên kỷ mới: Tiếp cận, chênh lệch và đầu tư
6a	Đào Hoàng Mai	Rà soát những cải cách trong cung cấp dịch vụ xã hội công ở Việt Nam: Giảm nghèo và bất bình đẳng
6b	Nicola Jones và Nguyễn Ngọc Anh cùng Elizabeth Presler-Marshall	Rà soát những cải cách trong cung cấp dịch vụ xã hội công ở Việt Nam
6c	Giang Thanh Long	Trước một dân số già đi: tổng hợp những cải cách trong các dịch vụ bảo trợ xã hội ở Việt Nam
7	Lê Thúc Dục	Can thiệp sớm: cách đầu tư hiệu quả nhất trong phát triển vốn con người ở Việt Nam
8	Jairo Acuña-Alfaro, Giang Đặng và Đỗ Thanh Huyền	Đo lường Quản trị và hành chính công vì phát triển con người: Cách tiếp cận từ quan điểm cầu
9	Phạm Thái Hưng	Đánh giá khả năng tiếp cận các dịch vụ giáo dục và y tế ở các dân tộc thiểu số Việt Nam
10	Trần Thị Vân Anh & Soma Chakrabarti	Đánh giá vấn đề trao quyền cho phụ nữ trong khu vực nhà nước
11	Koos Neefjes & Tạ Thị Thanh Hương	Biến đổi khí hậu và dịch vụ xã hội
12	Nguyễn Ngọc Thắng	Đánh giá xu thế việc làm tại Việt Nam trong bối cảnh chuyển dịch sang nền kinh tế có giá trị cao hơn
13a	Nguyễn Đức Nhật và Nguyễn Ngọc Anh	Xu thế lao động việc làm tại Việt Nam trong bối cảnh chuyển dịch sang nền kinh tế có giá trị cao hơn.
13b	Saskia Blume, Đặng Nguyên Anh, Trần Nguyệt Minh Thu và Đào Thế Sơn	Cơ sở pháp lý liên quan đến người di cư ở Việt Nam và ý nghĩa xã hội - tiếp cận dịch vụ công cơ bản

XỬ LÝ SỐ LIỆU THỐNG KÊ:

Nguyễn Văn Tiến, Trung tâm Phân tích và Dự báo (VASS), Hà Nội.

Nguyễn Mạnh Thế, Trường đại học kinh tế, Hà Nội.

Vũ Bích Ngọc, Trường đại học kinh tế, Hà Nội.

HƯỚNG DẪN VÀ HỖ TRỢ CHO CÁC NGHIÊN CỨU NỀN:

Jim Benson, Modus Cooperandi/Full Circle Associates in Washington, USA.

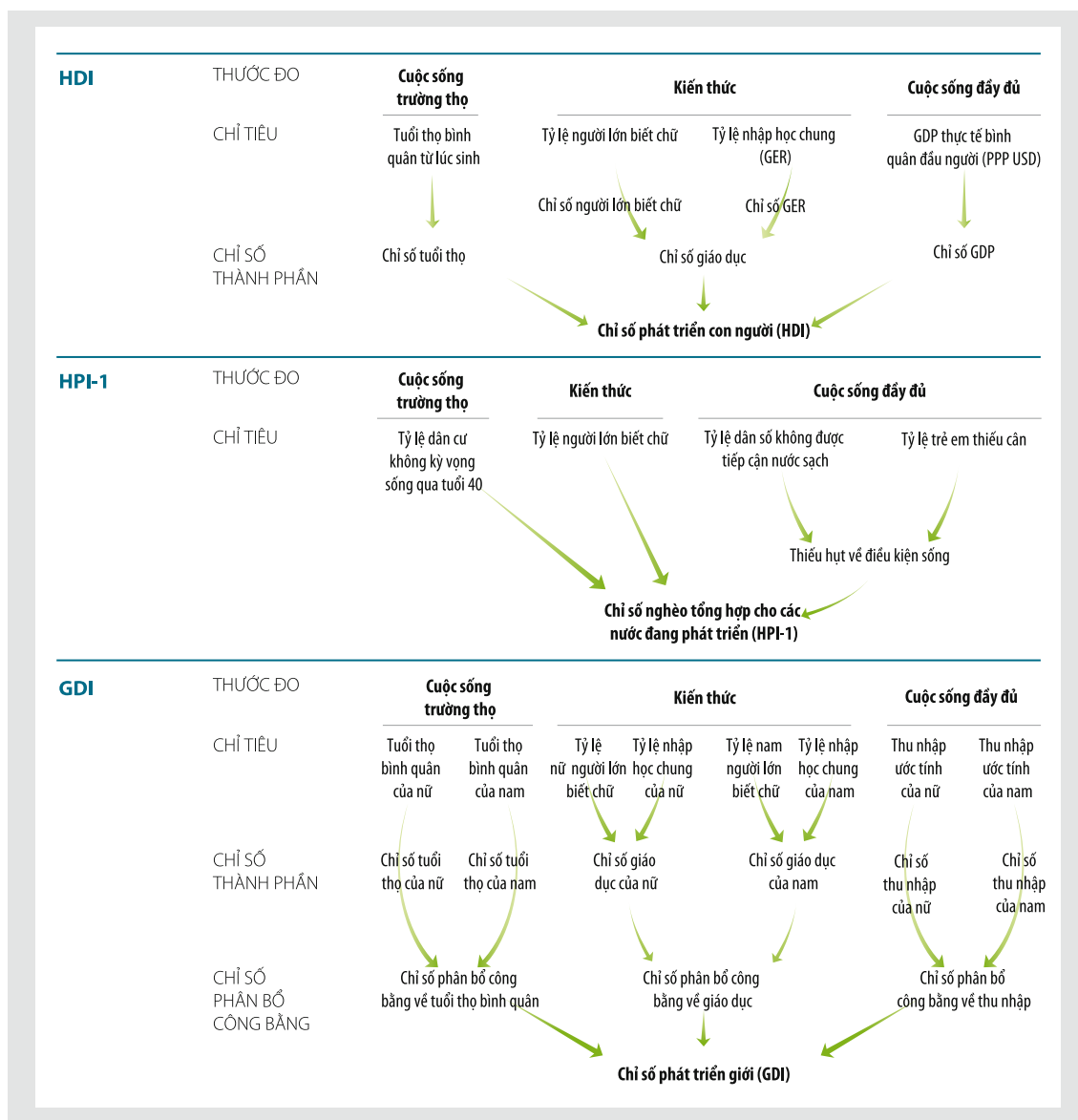
Nancy White, Modus Cooperandi/Full Circle Associates in Washington, USA.

Jim Chalmers, UNDP.

Trần Mỹ Hạnh, UNDP.

PHỤ LỤC 2: CHÚ THÍCH KỸ THUẬT VỀ CÁCH TÍNH CÁC CHỈ SỐ

CÁCH TÍNH CÁC CHỈ SỐ PHÁT TRIỂN CON NGƯỜI



1. CÁCH TÍNH CHỈ SỐ HDI

Quy tắc chung để tính các chỉ số thành phần này là sử dụng các giá trị tối thiểu và tối đa cho từng chỉ số và áp dụng công thức sau:

$$\text{Chỉ số thành phần} = \frac{\text{Giá trị thực tế} - \text{Giá trị tối thiểu}}{\text{Giá trị tối đa} - \text{Giá trị tối thiểu}}$$

HDI là giá trị trung bình chung của 3 chỉ số thành phần về sức khoẻ, tri thức và thu nhập. Hộp dưới mô tả cách tính HDI.

CÁC GIÁ TRỊ BIÊN ĐỂ TÍNH HDI

Chỉ tiêu	Giá trị tối đa	Giá trị tối thiểu
Tuổi thọ (năm)	85	25
Tỷ lệ người lớn biết chữ (%)	100	0
Tỷ lệ nhập học chung (%)	100	0
GDP bình quân đầu người (USD PPP)	40,000	100

Trước khi chỉ số HDI được tính toán, cần tạo ra một chỉ số cho từng khía cạnh/thành phần. Để tạo ra các chỉ số thành phần này, bao gồm chỉ số tuổi thọ, chỉ số giáo dục và chỉ số GDP, các giá trị biên (giá trị tối thiểu và tối đa) được lựa chọn cho từng chỉ tiêu tương ứng.

2. CÁCH TÍNH CHỈ SỐ HPI-1

Công thức tính chỉ số HPI-1 như sau :

$$HPI - 1 = [1/3(P_1^a + P_2^a + P_3^a)]^{1/a}$$

Trong đó:

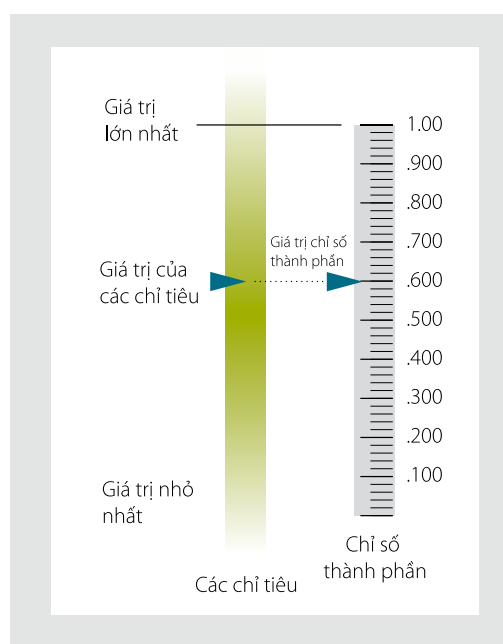
P1 = Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến tuổi 40 (nhân với 100)

P2 = Tỷ lệ mù chữ của người lớn (%)

P3 = Trung bình đơn giản của tỷ lệ % dân số không tiếp cận được nước

sạch và tỷ lệ % trẻ em suy dinh dưỡng cân nặng theo độ tuổi

$\mu = 3$



3. CÁCH TÍNH CHỈ SỐ GDI

Việc tính toán chỉ số GDI được thực hiện với 3 bước:

Bước 1: Tính riêng các chỉ số thành phần cho nữ và nam theo công thức chung, như ở phần tính HDI.

$$\text{Chỉ số thành phần} = \frac{\text{Giá trị thực tế} - \text{Giá trị tối thiểu}}{\text{Giá trị tối đa} - \text{Giá trị tối thiểu}}$$

Bước 2: Xác định các chỉ số phân bổ công bằng thành phần trên cơ sở các chỉ số thành phần tính riêng cho nam và nữ ở Bước 1 để phản ánh sự chênh lệch giữa nam và nữ. Các chỉ số phân bổ công bằng được tính theo công thức chung sau đây:

$$\text{Chỉ số phân bổ công bằng} = \frac{\{[\text{tỷ lệ dân số nữ (chỉ số nữ}^{1-\epsilon})] + [\text{tỷ lệ dân số nam (chỉ số nam}^{1-\epsilon})]\}^{1/\epsilon}}$$

Trong đó, ϵ là hệ số phản ánh mức độ thiệt hại (về phương diện phát triển con người) mà xã hội phải gánh chịu do sự bất bình đẳng.

Đối với việc xác định GDI, giả định tham số $\epsilon = 2$. Do đó, phương trình chung biến đổi thành:

$$\text{Chỉ số phân bổ công bằng} = \frac{\{[\text{tỷ lệ dân số nữ (chỉ số nữ}^{-1})] + [\text{tỷ lệ dân số nam (chỉ số nam}^{-1})]\}^{-1}}$$

which gives the harmonic mean of the female and male indices.

Bước 3: Tính GDI bằng cách tổng hợp 3 chỉ số phân bổ công bằng thành một giá trị bình quân phi gia quyền.

CÁC GIỚI HẠN BIÊN ĐỂ TÍNH GDI

Chỉ tiêu	Giá trị tối đa	Giá trị tối thiểu
Tuổi thọ trung bình của nữ (năm)	87,5	27,5
Tuổi thọ trung bình của nam (năm)	82,5	22,5
Tỷ lệ người lớn biết chữ (%)	100	0
Tỷ lệ đi học các cấp giáo dục (%)	100	0
Thu nhập kỳ vọng ước tính (USD PPP)	40.000	100

Ghi chú: Các giá trị tối đa và tối thiểu về tuổi thọ của nữ cao hơn nam 5 năm. Để bảo đảm mối quan hệ giữa các giá trị của nữ và nam cho từng chỉ tiêu, các giá trị tỷ lệ được tính toán và sử dụng ở những số nơi mà giá trị của nữ hoặc nam vượt quá mức ngưỡng (trong trường hợp của tỷ lệ biết chữ ở người lớn thì giá trị ngưỡng thực tế là 99% được sử dụng). Giá trị tỷ lệ có được bằng cách nhân giá trị của nam và nữ với giá trị ngưỡng thực tế chia cho giá trị tối đa được thông báo của nam hoặc nữ.

PHỤ LỤC 3: CHÚ THÍCH KỸ THUẬT VỀ CÁCH TÍNH CHỈ SỐ NGHÈO ĐỐI ĐA CHIỀU (MPI) CHO VIỆT NAM

CHÚ THÍCH KỸ THUẬT: TÍNH TOÁN CHỈ SỐ NGHÈO ĐỐI ĐA CHIỀU (MPI)

Dựa trên cách tính toán trong báo cáo phát triển con người toàn cầu sử dụng phương pháp của Alkire và Foster

Chỉ số MPI giới thiệu trong Báo cáo phát triển con người toàn cầu (HDR) năm 2010 là sản phẩm kết hợp của tỷ lệ nghèo đói đếm đầu đa chiều (là tỷ lệ người là người nghèo đa chiều) và độ sâu nghèo đói của họ (tức là số lượng thiếu hụt trung bình của mỗi người nghèo đa chiều). Không giống như chỉ số nghèo đói con người (HPI) vốn chỉ phản ánh thiếu hụt tổng thể trong y tế, giáo dục và mức sống mà không xác định từng cá nhân, hộ hay nhóm dân số cụ thể, chỉ số MPI đo lường tỷ lệ người chịu các thiếu hụt chéo và từng người trong đó gặp phải trung bình bao nhiêu thiếu hụt. Về khía cạnh này, phương pháp MPI đòi hỏi tất cả số liệu cần phải xuất phát từ một cuộc điều tra, và do đó việc lựa chọn các chiều và chỉ tiêu cho tính toán chỉ số này là khá hạn chế ở Việt Nam.

Chỉ số MPI được coi là phù hợp nhất đối với các nước kém phát triển hơn, vì chỉ số này có thể đo lường được sự thiếu hụt phổ biến ở các nước này. Tuy nhiên, đây cũng là chỉ số hiệu quả để đo lường sự thiếu hụt và mức độ nghèo đói phi tiền tệ ở các nước thu nhập trung bình như Việt Nam.

Nhiều quốc gia, đặc biệt là ở châu Phi - nơi có tỷ lệ nghèo đói đếm đầu đa chiều cao, cũng có xu hướng có số lượng thiếu thốn cao. Một số nước như Bangladesh, Campuchia và Cộng hòa dân chủ nhân dân Congo, thường có tỷ lệ nghèo đói đếm đầu cao nhưng mức độ nghèo đói thấp. Ngược lại, như đề cập trong báo cáo phát triển con người toàn cầu 2010, Việt Nam, cùng với Myanmar và Philippin, có tỷ lệ nghèo đói đếm đầu thấp (14.3%), nhưng độ sâu nghèo lại cao (52,5%), và Việt Nam được xác định là một trong những nước trong nhóm phát triển con người ở mức trung bình, có tình trạng nghiêm trọng nhất xét về phương diện mức độ thiếu thốn. Điều này ngụ ý rằng mục tiêu của các chính sách xã hội của Việt Nam hướng tới các nhóm dễ bị tổn thương cần phải tập trung hơn và sẽ tổn kém hơn so với thời điểm trước đây.

Báo cáo phát triển con người quốc gia 2011 sử dụng chỉ số MPI, nhưng nội địa hóa cho bối cảnh của Việt Nam, sử dụng bộ số liệu Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS) năm 2008 – số liệu này trước đây cũng đã được sử dụng để tính toán tỷ lệ nghèo trẻ em, ngoài ra chỉ số MPI cũng đã được tính toán từ số liệu Điều tra nghèo đói đô thị (UPS) năm 2009. Chỉ số MPI trong báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2010 được tính toán từ Điều tra Y tế nhân khẩu năm 2002. Cuộc điều tra này không được tổ chức cập nhật thời gian gần đây; và do đó không phải là nguồn dữ liệu tốt nhất để tính toán chỉ số MPI ở Việt Nam. Để đảm bảo rằng chỉ số MPI có thể được tính toán và so sánh theo thời gian, các chỉ tiêu của chỉ số MPI đã được điều chỉnh, qua đó có thể sử dụng để tính toán chỉ số MPI từ bộ số liệu điều tra VHLSS thực hiện hai năm một lần. Hai chỉ tiêu về y tế trong chỉ số MPI toàn cầu được thay thế bằng một chỉ tiêu y tế. Các chỉ tiêu giáo dục cũng đã được điều chỉnh đôi chút, tương tự như các chỉ tiêu về tài sản.

Phương pháp tính toán: Phương pháp sử dụng để tính toán chỉ số MPI gồm các bước sau đây dựa trên phương pháp của Alkire và Foster trong báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2010:

Bước 1: Lựa chọn đơn vị phân tích.

Bước 2: Chọn chiều phân tích. Lựa chọn 3 chiều tương tự như cách tiếp cận toàn cầu, bao gồm: y tế, giáo dục và mức sống.

Bước 3: Chọn chỉ tiêu phân tích: tốt nhất nên lựa chọn các chỉ tiêu không có mối tương quan cao với nhau. Chỉ số MPI cho Việt Nam gồm 9 chỉ tiêu: trong đó 1 chỉ tiêu cho chiều y tế, 2 chỉ tiêu cho chiều giáo dục và 6 chỉ tiêu để đo lường chiều mức sống. Để đơn giản, 9 chỉ tiêu này sẽ được áp dụng trọng số như nhau.

Bước 4: Đặt đường nghèo đói. Mỗi chỉ tiêu được xác định một đường nghèo (xem chi tiết trong bảng ở dưới). Mỗi người được xác định là thiếu hụt hay không thiếu hụt đối với từng chỉ tiêu xem xét.

Bước 5: Áp dụng đường nghèo đói đa diện. Trong phân tích, ngưỡng nghèo để được xác định người nghèo là 3 ($k=3$), tức là có ít nhất bất kỳ 3 chỉ tiêu nào bị thiếu hụt, hoặc ngưỡng nghèo là 2 khi có chỉ tiêu y tế và ít nhất một chỉ tiêu giáo dục không được đảm bảo.

Như vậy, nếu điểm của thành viên hộ từ 3 trở lên đối với bất kỳ chỉ tiêu nào, hoặc bằng 2 trở lên đối với chỉ tiêu y tế và 1 trong 2 chỉ tiêu giáo dục, thì người đó được coi là người nghèo đa diện.

Nếu điểm của thành viên hộ từ 2 trở lên và dưới 3, trừ trường hợp $k=2$ khi kết hợp chỉ tiêu y tế và giáo dục, người đó được coi là dễ tổn thương hay có nguy cơ trở thành người nghèo đa diện.

Bước 6: Tính toán tỷ lệ nghèo đếm đầu (H). Bằng cách chia số người nghèo đa diện cho tổng số người.

Bước 7: Tính toán độ sâu nghèo đói (A). A là số lượng thiếu hụt trung bình mà một người nghèo đa diện đang chịu. A được tính toán bằng tổng tỷ lệ của các thiếu hụt mà mỗi người đang chịu, chia cho tổng số người nghèo đa diện.

Bước 8: Tính toán chỉ số nghèo đa diện MPI (hay $M0$) = $H \cdot A$. Tóm lại, $M0$ là tỷ lệ dân số nghèo đa diện (H), có điều chỉnh theo độ sâu của nghèo đói.

Bộ số liệu: Như đề cập trong báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2010, thông thường số liệu về y tế là tương đối hạn chế, đặc biệt đối với số liệu về dinh dưỡng và điều này đúng trong trường hợp của Việt Nam. Do thiếu các chỉ số tương tự về y tế như trong báo cáo toàn cầu, cũng như thông tin giới hạn từ bộ số liệu VHLSS 2008, chúng tôi chỉ sử dụng một chỉ tiêu y tế, và ở một chừng mực nhất định, chỉ tiêu y tế này có sự khác biệt với chỉ tiêu y tế sử dụng trong điều tra UPS. Hai chỉ số giáo dục sử dụng đã được thích nghi cho phù hợp với điều tra UPS. Sáu chỉ tiêu còn lại về cơ bản giống như các mục tiêu có liên quan trong khuôn khổ của Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs) và/hoặc các chỉ tiêu sử dụng trong báo cáo phát triển con người toàn cầu năm 2010, có thêm một số thay đổi để phản ánh nguồn số liệu trong nước sử dụng.

CHÚ THÍCH VỀ CÁC VÙNG CỦA VIỆT NAM

- Đối với mục tiêu phân tích thống kê, Việt Nam có thể được phân chia thành 6 vùng hoặc 8 vùng.

DANH SÁCH 6 VÙNG NHƯ SAU:

- Đồng bằng sông Hồng
- Miền núi và trung du Bắc bộ (còn gọi là vùng miền núi phía Bắc)
- Miền Trung và duyên hải Trung bộ
- Tây Nguyên
- Đông Nam Bộ
- Đồng bằng sông Cửu Long

DANH SÁCH 8 VÙNG NHƯ SAU:

- Đồng bằng sông Hồng
- Đông Bắc
- Tây Bắc
- Duyên hải Bắc bộ
- Duyên hải Nam Bộ
- Tây Nguyên
- Đông Nam Bộ
- Đồng bằng sông Cửu Long

Hộp 3.1 mô tả 6 vùng nói trên. Thông thường, các cuộc điều tra trước đây phân tách cho 8 vùng trong khi các cuộc điều tra mới gồm VHLSS 2008 và 2010 thường chia tách phân tích cho 6 vùng. Vì vậy, cho các mục đích của báo cáo này, trong khi một số phân tích chia tách theo 6 vùng, thì ở một số trường hợp còn lại để so sánh dữ liệu theo thời gian, phân tách theo 8 vùng sẽ được sử dụng.

Bảng 1: Thước đo, chỉ tiêu và đường nghèo của chỉ số MPI

Thước đo	Chỉ tiêu	Đường nghèo	Liên hệ	Chú thích
Y tế	1. Thành viên hộ đã bán sản phẩm/tài sản, vay nợ để thanh toán các dịch vụ chăm sóc y tế hoặc phải ngừng chữa trị do không có đủ tiền thanh toán chi phí y tế.	Thành viên hộ có nguy cơ hoặc gặp tổn thương do hạn chế tiếp cận với các dịch vụ y tế	Là chỉ tiêu mới sử dụng cho chỉ số MPI quốc gia của Việt Nam.	Không có số liệu sẵn có để áp dụng chỉ tiêu tương tự trong MDG 1 hoặc 4; tuy nhiên, chỉ tiêu này được đo lường cho tất cả các thành viên hộ.
Giáo dục	2. Thành viên hộ chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	Thành viên hộ từ 15 tuổi trở lên chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	MDG2	
	3. Trẻ em trong độ tuổi đi học hiện không nhập học	Trẻ em trong độ tuổi đi học từ 6 đến 18 tuổi hiện không nhập học	Chỉ tiêu này tương tự với chỉ tiêu sử dụng trong điều tra UPS	Ngưỡng nghèo cho chỉ tiêu này cao hơn so với chỉ tiêu trong MDG 2 (xét tới những người trong độ tuổi đi học hiện không nhập học từ lớp 1 đến lớp 8.)
Mức sống	4. Sử dụng điện làm nguồn thấp sáng chính	Không có điện để sử dụng làm nguồn thấp sáng chính	Báo cáo HDR toàn cầu 2010	
	5. Tiếp cận nước uống sạch	Tiếp cận nguồn nước không an toàn hoặc bị ô nhiễm	MDG7	
	6. Tiếp cận vệ sinh	Rác thải không được thu dọn, hay bị ô nhiễm nghiêm trọng do rác không được thu dọn	UPS	
	7. Tiếp cận nhà vệ sinh tiêu chuẩn	Nhà vệ sinh đổ nước trực tiếp/ không có nhà vệ sinh	MDG7	
	8. Sống ở nhà cố định	Sống ở nhà tạm	MDG7	
	9. Sở hữu tài sản lâu bền	Không có ít nhất một trong 3 loại tài sản sau đây: 1. Phương tiện đi lại: (Xe đạp và/hoặc xe máy/thuyền sử dụng động cơ/thuyền tự lái, phà) 2. Phương tiện liên lạc (Điện thoại cố định và/hoặc điện thoại di động) 3. Thông tin (Tivi màu và/hoặc tivi đen trắng và/hoặc đài/bảng catset).	MDG7	Ngưỡng đặt ra cao hơn so với mức trong báo cáo HDR toàn cầu 2010 vốn sử dụng số liệu năm 2002 không còn phù hợp với Việt Nam. Số liệu VHLSS 2008 cho thấy không ai gặp thiếu thốn khi chỉ xét tới một tài sản sở hữu. Nói cách khác không có hộ nào chỉ có một trong 3 loại tài sản liệt kê ở đây. Ba loại tài sản này đại diện cho tiếp cận đi lại, liên lạc và thông tin được sử dụng để xây dựng chỉ tiêu về tài sản. Các hộ có ít nhất một tài sản ở từng nhóm tài sản không bị coi là thiếu hụt về tài sản.

CÁC BẢNG SỐ LIỆU

Chỉ số phát triển con người (HDI) 2008

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI	Chênh lệch giữa xếp hạng GDP và HDI
	Cả nước	72.66	93.6	61.78	2840.4	0.794	0.83	0.559	0.728	
1	Bà Rịa-Vũng Tàu	75.19	95.34	63.95	7911	0.836	0.849	0.73	0.805	0
2	TP Hồ Chí Minh	75.7	97.23	53.1	4834.1	0.845	0.825	0.647	0.773	0
3	Hà Nội	74.78	97.13	60.96	4342.5	0.83	0.851	0.629	0.770	0
4	Đà Nẵng	74.66	97	62.08	3710	0.828	0.854	0.603	0.761	2
5	Quảng Ninh	72.64	95.83	63.74	4114.1	0.794	0.851	0.62	0.755	-1
6	Cần Thơ	75.38	94.59	48.96	4087.4	0.84	0.794	0.619	0.751	-1
7	Bắc Ninh	73.73	96.14	65.05	2964.6	0.812	0.858	0.566	0.745	4
8	Hải Phòng	74.32	96.66	56.35	3194.9	0.822	0.832	0.578	0.744	-1
9	Đồng Nai	75.27	96.05	55.84	2996.2	0.838	0.826	0.567	0.744	1
10	Vĩnh Phúc	73.87	96.4	58.84	3091.2	0.815	0.839	0.573	0.742	-1
11	Khánh Hòa	72.46	95.53	64.26	2942.3	0.791	0.851	0.564	0.735	1
12	Long An	74.66	94.08	57.85	2677.8	0.828	0.82	0.549	0.732	4
13	Vĩnh Long	74.24	95.04	61.38	2402.7	0.821	0.838	0.531	0.730	6
14	Bến Tre	73.82	94.23	69.36	2133.2	0.814	0.859	0.511	0.728	9
15	Cà Mau	73.05	96.63	56.61	2553.2	0.801	0.833	0.541	0.725	2
16	Kiên Giang	73.05	90.09	58.94	3139.6	0.801	0.797	0.575	0.724	-8
17	Bình Dương	75.27	96.46	39.66	2830.4	0.838	0.775	0.558	0.724	-4
18	Lâm Đồng	73.2	92.91	69.11	2208.8	0.803	0.85	0.517	0.723	4
19	Hải Dương	73.87	96.39	63.62	1992	0.815	0.855	0.499	0.723	9
20	Tiền Giang	74.24	92.78	58.46	2393.6	0.821	0.813	0.53	0.721	0
21	Tây Ninh	73.42	92.43	54.48	2810.3	0.807	0.798	0.557	0.721	-6
22	Thái Bình	74.32	96.48	69.7	1575.8	0.822	0.876	0.46	0.719	24
23	Bình Định	71.74	95.36	73.57	1940.6	0.779	0.881	0.495	0.718	10
24	Hưng Yên	73.73	95.84	60.8	1985.6	0.812	0.842	0.499	0.718	5
25	Ninh Bình	72.71	96.6	66.23	1913.6	0.795	0.865	0.493	0.717	9

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI	Chênh lệch giữa xếp hạng GDP và HDI
26	Bạc Liêu	73.42	94.96	51.75	2506.3	0.807	0.806	0.538	0.717	-8
27	Hà Tĩnh	71.83	97.43	79.65	1524.8	0.78	0.915	0.455	0.717	24
28	Bình Thuận	73.05	92.87	65.21	2021.8	0.801	0.836	0.502	0.713	-2
29	Quảng Nam	70.89	95.6	66.17	2061.6	0.765	0.858	0.505	0.709	-5
30	Thái Nguyên	73.14	96.34	57.15	1896.2	0.802	0.833	0.491	0.709	6
31	Hà Nam	72.73	95.47	67.23	1665.9	0.795	0.861	0.469	0.709	12
32	An Giang	72.28	90.61	51.69	2814.7	0.788	0.776	0.557	0.707	-18
33	Nam Định	73.61	95.75	63.81	1545.1	0.81	0.851	0.457	0.706	17
34	Thanh Hóa	72.28	94.78	69.5	1559.5	0.788	0.864	0.458	0.703	15
35	Lạng Sơn	71.3	93	68.41	1845.5	0.772	0.848	0.487	0.702	2
36	Hậu Giang	74.24	91.78	57.28	1795.6	0.821	0.803	0.482	0.702	3
37	Quảng Bình	70.91	96.11	67.57	1703.9	0.765	0.866	0.473	0.701	4
38	Bình Phước	71.56	93.24	63.15	1955.4	0.776	0.832	0.496	0.701	-6
39	Nghệ An	71.74	94.26	66.5	1692.2	0.779	0.85	0.472	0.700	3
40	Thừa Thiên-Huế	70.2	91.12	68.76	1899.3	0.753	0.837	0.491	0.694	-5
41	Đắk Lắk	70.54	90.78	69.01	1842.8	0.759	0.835	0.486	0.694	-3
42	Phú Yên	70.89	94.13	62.34	1751.3	0.765	0.835	0.478	0.693	-2
43	Đồng Tháp	72.68	89.42	53.67	2028.3	0.795	0.775	0.502	0.691	-18
44	Quảng Ngãi	71.21	89.53	69.11	1663.9	0.77	0.827	0.469	0.689	0
45	Bắc Giang	72.18	96.24	61.95	1295.9	0.786	0.848	0.428	0.687	12
46	Phú Thọ	71.63	95.6	59.73	1440.2	0.777	0.836	0.445	0.686	7
47	Quảng Trị	65.88	92.19	79.23	1975	0.681	0.879	0.498	0.686	-17
48	Sóc Trăng	72.28	83.63	54.34	2313.5	0.788	0.739	0.524	0.684	-27
49	Tuyên Quang	71.25	94.45	60.71	1461.3	0.771	0.832	0.448	0.684	3
50	Đắk Nông	68.98	89.33	66.9	1968	0.733	0.819	0.497	0.683	-19
51	Hòa Bình	71.25	93.67	62.34	1384.1	0.771	0.832	0.439	0.681	4
52	Trà Vinh	72.28	86.42	53.85	1571.1	0.788	0.756	0.46	0.668	-5
53	Gia Lai	69.28	88	64.43	1586.7	0.738	0.801	0.461	0.667	-8
54	Bắc Cạn	71.25	91.32	66.56	1074.6	0.771	0.831	0.396	0.666	7
55	Cao Bằng	68.44	83.81	77.11	1340.7	0.724	0.816	0.433	0.658	1

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI	Chênh lệch giữa xếp hạng GDP và HDI
56	Ninh Thuận	70.37	85.68	66.29	1.221.4	0.756	0.792	0.418	0.655	4
57	Lào Cai	66.47	80.6	60.46	2.006.9	0.691	0.739	0.501	0.644	-30
58	Kon Tum	65.84	83.38	68.14	1.562.9	0.681	0.783	0.459	0.641	-10
59	Sơn La	68.8	81.19	63.24	1.393	0.73	0.752	0.44	0.641	-5
60	Yên Bái	68.44	83.44	58.07	1.221.7	0.724	0.75	0.418	0.631	-1
61	Điện Biên	65.44	71.55	66.9	1.278.9	0.674	0.7	0.425	0.600	-3
62	Hà Giang	65.99	73.1	57.86	801	0.683	0.68	0.347	0.570	1
63	Lai Châu	63.38	61.59	58.65	901.7	0.64	0.606	0.367	0.538	-1

Vùng	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
Trung du và miền núi phía Bắc	69.94	88.03	62.02	1.421.6	0.749	0.794	0.439	0.660
Đồng bằng sông Hồng	74.04	96.5	62.58	3.008.4	0.817	0.852	0.554	0.741
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	71.61	94.14	68.58	1.903.0	0.777	0.856	0.487	0.707
Tây nguyên	70.31	89.83	67.62	1.853.0	0.755	0.824	0.486	0.688
Đông Nam Bộ	75.11	96.18	53.73	4.185.8	0.835	0.82	0.613	0.756
Đồng bằng sông Cửu Long	73.42	91.67	56.37	2.541.8	0.807	0.799	0.536	0.714

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Chỉ số phát triển con người (HDI) 2004

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
	Cả nước	71.90	93.30	61.18	1,954.0	0.782	0.826	0.496	0.701
1	Bà Rịa-Vũng Tàu	75.04	95.29	60.70	7,134.5	0.834	0.838	0.712	0.795
2	TP Hồ Chí Minh	76.20	96.84	61.77	4,581.1	0.853	0.852	0.638	0.781
3	Đà Nẵng	76.10	96.80	70.39	2,628.1	0.852	0.880	0.546	0.759
4	Hải Phòng	74.20	96.74	64.04	2,151.9	0.820	0.858	0.512	0.730
5	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	73.79	97.00	63.06	2,886.4	0.813	0.857	0.519	0.730
6	Đồng Nai	72.48	95.83	59.87	2,508.0	0.791	0.838	0.538	0.723
7	Quảng Ninh	72.08	95.92	62.61	2,435.3	0.785	0.848	0.533	0.722
8	Bình Dương	72.76	96.38	47.48	2,729.6	0.796	0.801	0.552	0.716
9	Khánh Hòa	73.16	94.21	62.91	1,964.4	0.803	0.838	0.497	0.712
10	Hải Dương	74.50	96.69	58.60	1,481.1	0.825	0.840	0.450	0.705
11	Cần Thơ	72.36	93.82	49.04	2,246.2	0.789	0.789	0.519	0.699
12	Bắc Ninh	72.38	96.18	64.83	1,444.5	0.790	0.857	0.446	0.698
13	Vĩnh Phúc	73.08	96.72	57.94	1,399.0	0.801	0.838	0.440	0.693
14	Cà Mau	72.10	95.95	50.76	1,775.3	0.785	0.809	0.480	0.691
15	Vĩnh Long	74.10	95.28	54.26	1,372.3	0.818	0.816	0.437	0.691
16	Hưng Yên	72.90	95.58	61.10	1,330.9	0.798	0.841	0.432	0.690
17	Kiên Giang	72.98	89.28	56.77	1,775.2	0.800	0.784	0.480	0.688
18	Long An	73.06	94.55	53.93	1,463.2	0.801	0.810	0.448	0.686
19	Quảng Nam	72.00	93.45	71.38	1,187.9	0.783	0.861	0.413	0.686
20	Hà Nam	74.77	95.77	60.99	993.8	0.830	0.842	0.383	0.685
21	Nam Định	72.66	96.44	67.89	1,014.6	0.794	0.869	0.387	0.683
22	Tiền Giang	73.32	93.42	53.94	1,396.3	0.805	0.803	0.440	0.683
23	Thái Bình	72.90	96.72	64.35	1,028.5	0.798	0.859	0.389	0.682
24	Bạc Liêu	70.82	93.87	52.11	1,785.5	0.764	0.799	0.481	0.681
25	Bến Tre	71.10	94.73	57.44	1,448.7	0.768	0.823	0.446	0.679

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
26	Bình Định	71.10	94.77	67.36	1,163.4	0.768	0.856	0.410	0.678
27	Hà Tĩnh	71.10	96.66	73.92	934.9	0.768	0.891	0.373	0.677
28	Tây Ninh	71.30	91.78	52.81	1,646.7	0.772	0.788	0.468	0.676
29	Nghệ An	71.15	94.31	68.02	1,101.2	0.769	0.855	0.400	0.675
30	Bình Thuận	71.70	93.51	62.36	1,193.9	0.778	0.831	0.414	0.675
31	Ninh Bình	72.38	96.87	63.19	903.6	0.790	0.856	0.367	0.671
32	Thừa Thiên-Huế	71.25	90.89	68.36	1,154.2	0.771	0.834	0.408	0.671
33	Lâm Đồng	71.80	92.11	65.96	1,076.4	0.780	0.834	0.397	0.670
34	Phú Thọ	71.98	96.04	61.65	983.5	0.783	0.846	0.382	0.670
35	Thái Nguyên	70.81	96.07	58.78	1,128.7	0.763	0.836	0.405	0.668
36	Thanh Hóa	70.63	95.20	66.92	976.7	0.760	0.858	0.380	0.666
37	Quảng Bình	69.31	95.06	71.91	994.9	0.738	0.873	0.383	0.665
38	Đông Tháp	72.62	90.57	54.64	1,098.8	0.794	0.786	0.400	0.660
39	An Giang	70.90	88.35	48.48	1,592.4	0.765	0.751	0.462	0.659
40	Hậu Giang	71.02	90.35	49.85	1,293.8	0.767	0.768	0.427	0.654
41	Trà Vinh	71.05	84.77	53.40	1,467.5	0.768	0.743	0.448	0.653
42	Bình Phước	70.80	93.83	57.33	960.3	0.763	0.817	0.378	0.653
43	Tuyên Quang	68.36	94.74	69.25	902.9	0.723	0.862	0.367	0.651
44	Lạng Sơn	66.96	93.08	65.42	1,171.4	0.699	0.839	0.411	0.650
45	Phú Yên	67.83	94.82	58.98	1,120.3	0.714	0.829	0.403	0.649
46	Quảng Ngãi	70.95	89.51	62.98	902.5	0.766	0.807	0.367	0.647
47	Sóc Trăng	70.72	86.02	51.91	1,321.5	0.762	0.747	0.431	0.646
48	Bắc Giang	68.86	96.37	62.06	825.9	0.731	0.849	0.352	0.644
49	Quảng Trị	66.01	90.64	71.14	995.7	0.683	0.841	0.384	0.636
50	Ninh Thuận	70.40	85.68	60.02	866.4	0.757	0.771	0.360	0.629
51	Hòa Bình	68.76	93.85	56.83	783.3	0.729	0.815	0.344	0.629
52	Đặc Nông	67.02	90.70	62.87	926.5	0.700	0.814	0.372	0.629
53	Đặc Lạc	67.52	88.37	68.29	857.4	0.709	0.817	0.359	0.628

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
54	Bắc Cạn	68.35	90.40	66.26	694.2	0.723	0.824	0.323	0.623
55	Yên Bái	68.71	84.94	63.64	831.5	0.728	0.778	0.354	0.620
56	Lào Cai	67.85	80.09	61.61	926.3	0.714	0.739	0.372	0.608
57	Cao Bằng	64.71	80.53	65.52	921.7	0.662	0.755	0.371	0.596
58	Sơn La	67.95	78.65	57.66	729.1	0.716	0.717	0.332	0.588
59	Gia Lai	64.16	82.67	57.56	843.1	0.653	0.743	0.356	0.584
60	Điện Biên	66.56	71.72	62.34	877.0	0.693	0.686	0.362	0.580
61	Kon Tum	59.70	81.71	71.56	890.8	0.578	0.783	0.365	0.576
62	Hà Giang	61.30	69.67	59.63	609.3	0.605	0.663	0.302	0.523
63	Lai Châu	64.86	59.18	45.93	511.3	0.664	0.548	0.272	0.495

Vùng	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
Trung du và miền núi phía Bắc	68.21	87.71	61.25	876.8	0.720	0.789	0.359	0.623
Đồng bằng sông Hồng	73.40	96.60	62.91	1,873.2	0.807	0.854	0.461	0.707
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	71.05	93.83	67.19	1,176.0	0.767	0.850	0.405	0.674
Tây nguyên	67.04	87.52	64.89	914.4	0.701	0.800	0.369	0.623
Đông Nam Bộ	74.35	95.87	59.04	3,746.1	0.823	0.836	0.586	0.748
Đồng bằng sông Cửu Long	72.07	91.44	52.87	1,533.2	0.785	0.786	0.453	0.674

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Chỉ số phát triển con người (HDI) 1999

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
	Cả nước	68.26	90.3	60.34	1,316.9	0.721	0.803	0.430	0.651
1	Bà Rịa-Vũng Tàu	74.46	92.7	62.82	4,246.7	0.82	0.83	0.63	0.759
2	TP Hồ Chí Minh	78.07	94.4	50.71	3,271.2	0.88	0.80	0.58	0.755
3	Bình Dương	75.72	92.8	57.20	2,515.1	0.85	0.81	0.54	0.731
4	Đà Nẵng	74.36	94.0	70.66	1,867.7	0.82	0.86	0.49	0.724
5	Hải Phòng	73.69	95.1	65.05	1,464.8	0.81	0.85	0.45	0.703
6	Đồng Nai	73.56	92.7	60.80	1,732.9	0.81	0.82	0.48	0.702
7	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	72.60	95.3	60.80	2,188.3	0.79	0.84	0.47	0.700
8	Quảng Ninh	70.00	92.4	63.04	1,724.9	0.75	0.83	0.48	0.684
9	Vĩnh Phúc	73.23	93.9	66.06	1,076.1	0.80	0.85	0.40	0.682
10	Tây Ninh	74.81	88.9	53.16	1,198.8	0.83	0.77	0.41	0.672
11	Hải Dương	71.74	94.3	64.32	905.6	0.78	0.84	0.37	0.663
12	Bắc Ninh	70.03	93.9	63.58	1,101.7	0.75	0.84	0.40	0.663
13	Hưng Yên	71.82	93.8	64.33	875.6	0.78	0.84	0.36	0.661
14	Lâm Đồng	72.59	89.8	66.06	835.5	0.79	0.82	0.35	0.656
15	Long An	72.30	91.4	51.89	1,025.6	0.79	0.78	0.39	0.653
16	Khánh Hòa	67.78	91.5	59.87	1,340.2	0.71	0.81	0.43	0.652
17	Ninh Bình	71.66	94.1	68.62	653.5	0.78	0.86	0.31	0.649
18	Bình Phước	72.63	87.1	60.42	919.6	0.79	0.78	0.37	0.649
19	Bình Thuận	72.52	88.5	58.15	888.1	0.79	0.78	0.36	0.647
20	Thái Bình	72.00	94.8	61.35	662.6	0.78	0.84	0.32	0.645
21	Vĩnh Long	71.70	90.5	56.72	881.3	0.78	0.79	0.36	0.645
22	Tiền Giang	72.19	90.7	52.05	892.0	0.79	0.78	0.37	0.643
23	Hà Nam	71.78	94.0	63.52	644.6	0.78	0.84	0.31	0.643
24	Nghệ An	70.14	92.9	69.72	682.7	0.75	0.85	0.32	0.642
25	Nam Định	71.74	94.7	61.80	631.6	0.78	0.84	0.31	0.641
26	Thái Nguyên	70.06	94.7	60.18	761.1	0.75	0.83	0.34	0.640
27	Hà Tĩnh	70.17	94.5	73.70	575.9	0.75	0.88	0.29	0.640

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
28	Cà Mau	66.96	92.5	54.94	1,158.1	0.70	0.80	0.41	0.636
29	Quảng Nam	69.05	90.4	66.31	797.1	0.73	0.82	0.35	0.635
30	Kiên Giang	68.04	87.7	53.97	1,214.0	0.72	0.76	0.42	0.633
31	Cần Thơ	67.51	89.2	49.84	1,300.5	0.71	0.76	0.43	0.633
32	Thừa Thiên-Huế	70.26	85.8	67.17	780.4	0.75	0.80	0.34	0.631
33	Bạc Liêu	67.71	88.7	53.40	1,167.7	0.71	0.77	0.41	0.630
34	Phú Thọ	69.10	94.6	61.44	626.4	0.74	0.84	0.31	0.626
35	Tuyên Quang	69.86	88.8	69.71	605.2	0.75	0.82	0.30	0.624
36	Bình Định	67.36	92.3	61.62	753.5	0.71	0.82	0.34	0.621
37	Bắc Giang	70.34	93.3	59.55	545.0	0.76	0.82	0.28	0.620
38	An Giang	69.66	84.7	46.76	1,039.6	0.74	0.72	0.39	0.618
39	Sóc Trăng	67.92	85.3	53.74	924.5	0.72	0.75	0.37	0.611
40	Quảng Bình	65.63	91.9	67.23	676.2	0.68	0.84	0.32	0.611
41	Phú Yên	66.35	90.0	62.75	739.8	0.69	0.81	0.33	0.611
42	Bến Tre	67.02	90.3	52.85	826.4	0.70	0.78	0.35	0.610
43	Thanh Hóa	66.74	91.8	66.86	597.5	0.70	0.83	0.30	0.610
44	Trà Vinh	68.15	82.6	54.39	813.5	0.72	0.73	0.35	0.600
45	Quảng Trị	64.16	87.0	71.31	712.7	0.65	0.82	0.33	0.599
46	Ninh Thuận	70.11	81.6	60.88	593.2	0.75	0.75	0.30	0.599
47	Bắc Cạn	67.22	85.0	69.76	453.7	0.70	0.80	0.25	0.585
48	Đắk Lắk	62.31	87.1	66.77	695.2	0.62	0.80	0.32	0.583
49	Đồng Tháp	65.56	85.7	49.26	746.9	0.68	0.74	0.34	0.582
50	Quảng Ngãi	63.43	87.4	65.09	617.6	0.64	0.80	0.30	0.581
51	Lạng Sơn	60.22	89.4	67.52	746.5	0.59	0.82	0.34	0.581
52	Yên Bái	66.74	83.2	61.30	549.9	0.70	0.76	0.28	0.580
53	Hòa Bình	62.23	91.9	63.54	529.7	0.62	0.82	0.28	0.574
54	Cao Bằng	60.99	75.0	67.57	594.3	0.60	0.73	0.30	0.541
55	Kon Tum	55.80	75.6	79.42	694.2	0.51	0.77	0.32	0.535
56	Lào Cai	63.33	65.0	59.50	638.0	0.64	0.63	0.31	0.527
57	Sơn La	63.40	69.1	57.90	554.5	0.64	0.65	0.29	0.527

Xếp hạng HDI	Tỉnh	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
58	Gia Lai	58.06	72.6	60.10	686.9	0.55	0.68	0.32	0.519
59	Hà Giang	60.02	61.0	61.01	417.2	0.58	0.61	0.24	0.477
60	Lai Châu	60.38	53.4	49.16	581.2	0.59	0.52	0.29	0.468
61	Điện Biên								
62	Đắc Nông								
63	Hậu Giang								

Vùng	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ nhập học chung	GDP bình quân đầu người (PPP US\$)	Chỉ số tuổi thọ	Chỉ số giáo dục	Chỉ số thu nhập	HDI
Trung du và miền núi phía Bắc	65.79	83.05	61.52	595.8	0.68	0.76	0.30	0.578
Đồng bằng sông Hồng	72.10	94.53	63.00	1309.6	0.78	0.84	0.40	0.674
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	68.36	90.83	66.28	769.5	0.72	0.83	0.33	0.627
Tây nguyên	63.31	83.39	65.98	727.6	0.64	0.78	0.33	0.582
Đông Nam Bộ	76.08	92.83	54.95	2645.5	0.85	0.80	0.53	0.728
Đồng bằng sông Cửu Long	68.76	88.17	51.91	1005.9	0.73	0.76	0.38	0.624

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Thay đổi HDI 1999-2008

Xếp hạng HDI 2008	Tỉnh	HDI 2008	HDI 2004	HDI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
	Cả nước	0.728	0.701	0.651	7.66%	3.82%	11.77%
1	Bà Rịa-Vũng Tàu	0.805	0.795	0.759	4.68%	1.30%	6.04%
2	TP Hồ Chí Minh	0.773	0.781	0.755	3.45%	-1.03%	2.38%
3	Hà Nội	0.770	0.730	0.700	4.18%	5.53%	9.94%
4	Đà Nẵng	0.761	0.759	0.724	4.79%	0.25%	5.06%
5	Quảng Ninh	0.755	0.722	0.684	5.58%	4.58%	10.42%
6	Cần Thơ	0.751	0.699	0.633	10.54%	7.40%	18.72%
7	Bắc Ninh	0.745	0.698	0.663	5.23%	6.80%	12.39%
8	Hải Phòng	0.744	0.730	0.703	3.82%	1.89%	5.78%
9	Đồng Nai	0.744	0.723	0.702	2.93%	2.97%	5.99%
10	Vĩnh Phúc	0.742	0.693	0.682	1.61%	7.04%	8.77%
11	Khánh Hòa	0.735	0.712	0.652	9.27%	3.16%	12.73%
12	Long An	0.732	0.686	0.653	5.09%	6.66%	12.08%
13	Vĩnh Long	0.730	0.691	0.645	7.12%	5.72%	13.24%
14	Bến Tre	0.728	0.679	0.610	11.29%	7.19%	19.29%
15	Cà Mau	0.725	0.691	0.636	8.70%	4.87%	13.99%
16	Kiên Giang	0.724	0.688	0.633	8.74%	5.22%	14.42%
17	Bình Dương	0.724	0.716	0.731	-2.01%	1.08%	-0.95%
18	Lâm Đồng	0.723	0.670	0.656	2.24%	7.88%	10.29%
19	Hải Dương	0.723	0.705	0.663	6.26%	2.56%	8.99%
20	Tiền Giang	0.721	0.683	0.643	6.12%	5.62%	12.08%
21	Tây Ninh	0.721	0.676	0.672	0.61%	6.70%	7.36%
22	Thái Bình	0.719	0.682	0.645	5.73%	5.39%	11.43%
23	Bình Định	0.718	0.678	0.621	9.15%	5.89%	15.58%
24	Hưng Yên	0.718	0.690	0.661	4.48%	3.99%	8.66%
25	Ninh Bình	0.717	0.671	0.649	3.43%	6.83%	10.49%
26	Bạc Liêu	0.717	0.681	0.630	8.08%	5.22%	13.72%
27	Hà Tĩnh	0.717	0.677	0.640	5.82%	5.84%	12.00%

Xếp hạng HDI 2008	Tỉnh	HDI 2008	HDI 2004	HDI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
28	Bình Thuận	0.713	0.675	0.647	4.30%	5.71%	10.25%
29	Quảng Nam	0.709	0.686	0.635	8.02%	3.39%	11.69%
30	Thái Nguyên	0.709	0.668	0.640	4.31%	6.12%	10.70%
31	Hà Nam	0.709	0.685	0.643	6.50%	3.53%	10.26%
32	An Giang	0.707	0.659	0.618	6.59%	7.25%	14.32%
33	Nam Định	0.706	0.683	0.641	6.58%	3.30%	10.10%
34	Thanh Hóa	0.703	0.666	0.610	9.28%	5.53%	15.32%
35	Lạng Sơn	0.702	0.650	0.581	11.75%	8.08%	20.78%
36	Hậu Giang	0.702	0.654			7.30%	
37	Quảng Bình	0.701	0.665	0.611	8.86%	5.40%	14.73%
38	Bình Phước	0.701	0.653	0.649	0.57%	7.43%	8.04%
39	Nghệ An	0.700	0.675	0.642	5.21%	3.70%	9.11%
40	Thừa Thiên-Huế	0.694	0.671	0.631	6.32%	3.43%	9.96%
41	Đắk Lắk	0.694	0.628	0.583	7.74%	10.51%	19.06%
42	Phú Yên	0.693	0.649	0.611	6.19%	6.84%	13.45%
43	Đồng Tháp	0.691	0.660	0.582	13.31%	4.72%	18.66%
44	Quảng Ngãi	0.689	0.647	0.581	11.22%	6.56%	18.52%
45	Bắc Giang	0.687	0.644	0.620	3.96%	6.64%	10.86%
46	Phú Thọ	0.686	0.670	0.626	7.11%	2.37%	9.65%
47	Quảng Trị	0.686	0.636	0.599	6.15%	7.84%	14.47%
48	Sóc Trăng	0.684	0.646	0.611	5.74%	5.81%	11.87%
49	Tuyên Quang	0.684	0.651	0.624	4.27%	5.10%	9.59%
50	Đắk Nông	0.683	0.629			8.64%	
51	Hòa Bình	0.681	0.629	0.574	9.55%	8.21%	18.55%
52	Trà Vinh	0.668	0.653	0.600	8.76%	2.30%	11.26%
53	Gia Lai	0.667	0.584	0.519	12.52%	14.24%	28.55%
54	Bắc Cạn	0.666	0.623	0.585	6.50%	6.87%	13.82%
55	Cao Bằng	0.658	0.596	0.541	10.20%	10.41%	21.67%
56	Ninh Thuận	0.655	0.629	0.599	5.12%	4.07%	9.40%
57	Lào Cai	0.644	0.608	0.527	15.52%	5.86%	22.29%
58	Kon Tum	0.641	0.576	0.535	7.56%	11.37%	19.80%
59	Sơn La	0.641	0.588	0.527	11.66%	9.01%	21.72%

Xếp hạng HDI 2008	Tỉnh	HDI 2008	HDI 2004	HDI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
60	Yên Bái	0.631	0.620	0.580	6.96%	1.75%	8.84%
61	Điện Biên	0.600	0.580			3.39%	
62	Hà Giang	0.570	0.523	0.477	9.61%	8.93%	19.40%
63	Lai Châu	0.538	0.495	0.468	5.80%	8.74%	15.04%

Vùng	HDI 2008	HDI 2004	HDI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
Trung du và miền núi phía Bắc	0.660	0.623	0.578	7.72%	5.97%	14.15%
Đồng bằng sông Hồng	0.741	0.707	0.674	4.92%	4.79%	9.95%
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	0.707	0.674	0.627	7.43%	4.88%	12.68%
Tây nguyên	0.688	0.623	0.582	7.10%	10.44%	18.28%
Đông Nam Bộ	0.756	0.748	0.728	2.72%	1.03%	3.78%
Đồng bằng sông Cửu Long	0.714	0.674	0.624	8.04%	5.86%	14.37%

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Thay đổi HDI và đóng góp của từng chỉ tiêu vào HDI 1999-2008

	2008	2004	1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 1999-2004	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 2004-2008	Đóng góp thay đổi (điểm %) 1999-2008	Đóng góp (%) 1999-2004	Đóng góp (%) 2004-2008	Đóng góp (%) 1999-2008
Cả nước												
Chỉ số tuổi thọ	0.794	0.782	0.721	8.4%	1.6%	10.2%	3.1%	0.6%	3.8%	40.7%	15.2%	31.9%
Chỉ số giáo dục	0.830	0.826	0.803	2.9%	0.5%	3.4%	1.2%	0.2%	1.4%	15.3%	5.1%	11.8%
Chỉ số thu nhập	0.559	0.496	0.430	15.3%	12.6%	29.8%	3.4%	3.0%	6.6%	44.0%	79.7%	56.3%
HDI	0.728	0.701	0.651	7.7%	3.8%	11.7%	7.7%	3.8%	11.7%	100.0%	100.0%	100.0%
Trung du và miền núi phía Bắc												
Chỉ số tuổi thọ	0.749	0.720	0.680	5.9%	4.0%	10.2%	2.3%	1.5%	4.0%	29.9%	25.2%	27.8%
Chỉ số giáo dục	0.794	0.789	0.759	4.0%	0.6%	4.6%	1.7%	0.3%	2.0%	22.3%	4.1%	14.0%
Chỉ số thu nhập	0.443	0.362	0.298	21.7%	22.3%	48.7%	3.7%	4.3%	8.4%	47.8%	70.6%	58.3%
HDI	0.662	0.624	0.579	7.8%	6.1%	14.3%	7.8%	6.1%	14.3%	100.0%	100.0%	100.0%
Đồng bằng sông Hồng												
Chỉ số tuổi thọ	0.817	0.807	0.785	2.8%	1.3%	4.1%	1.1%	0.5%	1.6%	22.9%	12.1%	17.7%
Chỉ số giáo dục	0.852	0.854	0.840	1.6%	-0.2%	1.4%	0.7%	-0.1%	0.6%	14.2%	-2.0%	6.4%
Chỉ số thu nhập	0.568	0.489	0.429	13.9%	16.2%	32.3%	2.9%	3.7%	6.8%	62.9%	90.0%	75.9%
HDI	0.746	0.717	0.685	4.6%	4.1%	8.9%	4.6%	4.1%	8.9%	100.0%	100.0%	100.0%
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung												
Chỉ số tuổi thọ	0.777	0.767	0.723	6.2%	1.2%	7.5%	2.4%	0.5%	2.9%	32.3%	9.7%	23.1%
Chỉ số giáo dục	0.856	0.850	0.826	2.8%	0.8%	3.6%	1.2%	0.3%	1.6%	16.6%	6.9%	12.7%
Chỉ số thu nhập	0.492	0.411	0.341	20.8%	19.5%	44.4%	3.7%	4.0%	8.0%	51.0%	83.4%	64.3%
HDI	0.708	0.676	0.630	7.3%	4.7%	12.4%	7.3%	4.7%	12.4%	100.0%	100.0%	100.0%
Tây nguyên												
Chỉ số tuổi thọ	0.755	0.701	0.639	9.7%	7.8%	18.3%	3.6%	2.9%	6.7%	50.0%	27.7%	36.3%
Chỉ số giáo dục	0.824	0.800	0.776	3.1%	3.1%	6.2%	1.4%	1.3%	2.8%	19.3%	12.4%	15.1%
Chỉ số thu nhập	0.487	0.369	0.331	11.5%	31.9%	47.1%	2.2%	6.3%	8.9%	30.7%	59.9%	48.6%
HDI	0.689	0.623	0.582	7.1%	10.5%	18.4%	7.1%	10.5%	18.4%	100.0%	100.0%	100.0%

	2008	2004	1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 1999-2004	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 2004-2008	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 1999-2008	Đóng góp (%) 1999-2004	Đóng góp (%) 2004-2008	Đóng góp (%) 1999-2008
Đông Nam Bộ												
Chỉ số tuổi thọ	0.835	0.823	0.851	-3.4%	1.5%	-1.9%	-1.3%	0.6%	-0.7%	-45.4%	81.3%	-20.5%
Chỉ số giáo dục	0.820	0.836	0.802	4.2%	-1.9%	2.3%	1.5%	-0.7%	0.8%	53.6%	-100.9%	23.2%
Chỉ số thu nhập	0.623	0.605	0.547	10.6%	3.1%	14.0%	2.6%	0.8%	3.5%	91.8%	119.6%	97.3%
HDI	0.760	0.754	0.733	2.9%	0.7%	3.6%	2.9%	0.7%	3.6%	100.0%	100.0%	100.0%
Đông bằng sông Cửu Long												
Chỉ số tuổi thọ	0.807	0.785	0.729	7.6%	2.9%	10.7%	2.9%	1.1%	4.1%	36.7%	18.7%	28.7%
Chỉ số giáo dục	0.799	0.786	0.761	3.3%	1.7%	5.0%	1.3%	0.7%	2.0%	16.6%	11.0%	14.1%
Chỉ số thu nhập	0.540	0.456	0.385	18.3%	18.5%	40.2%	3.8%	4.2%	8.2%	46.7%	70.3%	57.2%
HDI	0.715	0.675	0.625	8.0%	5.9%	14.4%	8.0%	5.9%	14.4%	100.0%	100.0%	100.0%

Nguồn: Dựa trên tính toán của VASS và GSO cho NHDR 2011

Chỉ số phát triển giới (GDI) 2008

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ)	GDP trên đầu người(nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người(nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nam)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ (nam)	Chỉ số tuổi thọ (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục (nam)	Chỉ số giáo dục (nữ)	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập (nam)	Chỉ số thu nhập (nữ)	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
		Cả nước	70.04	75.44	96.09	91.28	61.73	61.83	3,111.0	2,577.4	49.3	50.71	0.79	0.80	0.80	0.85	0.81	0.83	0.57	0.54	0.56	0.728
1	1	Bà Rịa-Vũng Tàu	72.79	77.73	97.19	93.60	60.82	67.30	9,961.1	5,853.4	50.1	49.9	0.84	0.84	0.84	0.85	0.85	0.85	0.77	0.68	0.72	0.803
2	2	TP Hồ Chí Minh	73.31	78.24	98.23	96.28	52.32	53.92	6,003.4	3,742.0	48.3	51.7	0.85	0.85	0.85	0.83	0.82	0.83	0.68	0.60	0.64	0.771
3	3	Hà Nội	72.38	77.32	98.77	95.62	61.52	60.35	4,700.4	3,999.1	49.0	51.0	0.83	0.83	0.83	0.86	0.84	0.85	0.64	0.62	0.63	0.770
4	4	Đà Nẵng	72.25	77.23	98.75	95.38	61.16	63.04	4,488.0	2,957.7	49.2	50.8	0.83	0.83	0.83	0.86	0.85	0.85	0.63	0.57	0.60	0.760
5	5	Quảng Ninh	70.03	75.40	98.06	93.65	63.41	64.09	4,644.1	3,564.4	50.9	49.1	0.79	0.80	0.80	0.87	0.84	0.85	0.64	0.60	0.62	0.755
6	6	Cần Thơ	72.99	77.92	96.14	93.12	48.18	49.79	4,846.7	3,345.5	49.4	50.6	0.84	0.84	0.84	0.80	0.79	0.79	0.65	0.59	0.61	0.750
7	7	Bắc Ninh	71.18	76.44	98.63	93.95	66.30	63.84	3,310.1	2,633.8	48.9	51.1	0.81	0.82	0.81	0.88	0.84	0.86	0.58	0.55	0.56	0.745
8	9	Hải Phòng	71.86	76.94	98.68	94.80	56.79	55.90	3,643.5	2,755.0	49.5	50.5	0.82	0.82	0.82	0.85	0.82	0.83	0.60	0.55	0.58	0.744
9	8	Đồng Nai	72.88	77.81	97.74	94.50	55.27	56.42	3,274.0	2,721.9	49.7	50.3	0.84	0.84	0.84	0.84	0.82	0.83	0.58	0.55	0.57	0.744
10	10	Vĩnh Phúc	71.34	76.56	98.73	94.30	59.97	57.67	3,284.6	2,901.5	49.5	50.5	0.81	0.82	0.82	0.86	0.82	0.84	0.58	0.56	0.57	0.742
11	11	Khánh Hòa	69.82	75.25	97.15	94.05	60.92	67.87	3,470.2	2,422.2	49.6	50.4	0.79	0.80	0.79	0.85	0.85	0.85	0.59	0.53	0.56	0.735
12	12	Long An	72.25	77.23	96.55	91.88	55.14	60.67	2,963.8	2,395.5	49.7	50.3	0.83	0.83	0.83	0.83	0.81	0.82	0.57	0.53	0.55	0.732
13	13	Vĩnh Long	71.76	76.87	96.71	93.49	59.61	63.30	2,813.1	2,009.2	48.9	51.1	0.82	0.82	0.82	0.84	0.83	0.84	0.56	0.50	0.53	0.729
14	14	Bến Tre	71.28	76.51	96.90	91.89	65.63	73.43	2,497.2	1,785.3	48.9	51.1	0.81	0.82	0.81	0.86	0.86	0.86	0.54	0.48	0.51	0.728
15	20	Cà Mau	70.46	75.80	97.92	95.39	58.49	54.58	3,390.8	1,717.2	50.0	50.0	0.80	0.80	0.80	0.85	0.82	0.83	0.59	0.47	0.53	0.720
16	18	Kiên Giang	70.46	75.80	93.07	87.34	58.46	59.46	3,876.7	2,406.1	49.9	50.1	0.80	0.80	0.80	0.82	0.78	0.80	0.61	0.53	0.57	0.722
17	17	Bình Dương	72.88	77.81	97.66	95.39	40.01	39.32	3,364.6	2,335.2	48.1	51.9	0.84	0.84	0.84	0.78	0.77	0.78	0.59	0.53	0.55	0.723
18	16	Lâm Đồng	70.61	75.94	95.60	90.37	68.00	70.27	2,495.0	1,921.2	50.1	49.9	0.80	0.81	0.80	0.86	0.84	0.85	0.54	0.49	0.51	0.723
19	15	Hải Dương	71.34	76.56	98.64	94.39	64.51	62.67	2,064.0	1,923.1	48.9	51.1	0.81	0.82	0.82	0.87	0.84	0.85	0.51	0.49	0.50	0.723
20	22	Tiền Giang	71.76	76.87	95.48	90.39	56.26	60.83	2,977.9	1,835.8	48.8	51.2	0.82	0.82	0.82	0.82	0.81	0.81	0.57	0.49	0.52	0.719
21	19	Tây Ninh	70.84	76.16	94.34	90.70	53.31	55.70	3,195.4	2,432.8	49.5	50.5	0.81	0.81	0.81	0.81	0.79	0.80	0.58	0.53	0.55	0.720
22	21	Thái Bình	71.86	76.94	98.40	94.84	71.60	67.69	1,646.2	1,510.3	48.2	51.8	0.82	0.82	0.82	0.89	0.86	0.88	0.47	0.45	0.46	0.719
23	23	Bình Định	69.08	74.56	98.01	93.02	72.32	74.91	2,178.0	1,714.1	48.8	51.2	0.78	0.78	0.78	0.89	0.87	0.88	0.51	0.47	0.49	0.718

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDP	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn		Tỷ lệ nhập học chung		GDP trên đầu người(nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người(nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nam)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ (nam)	Chỉ số tuổi thọ (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới (nam)	Chỉ số giáo dục cân bằng giới (nữ)	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập (nam)	Chỉ số thu nhập (nữ)	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
					(nam)	(nữ)	(nam)	(nữ)														
24	25	Hung Yên	71.18	76.44	98.54	93.45	60.43	61.17	2,061.4	1,914.7	48.3	51.7	0.81	0.82	0.81	0.86	0.83	0.84	0.51	0.49	0.50	0.718
25	24	Ninh Bình	70.10	75.47	98.57	94.88	71.19	61.67	1,890.8	1,936.0	49.5	50.5	0.79	0.80	0.80	0.89	0.84	0.87	0.49	0.49	0.49	0.718
26	27	Bạc Liêu	70.84	76.16	96.32	93.71	52.30	51.18	3,174.7	1,871.0	48.7	51.3	0.81	0.81	0.81	0.82	0.80	0.81	0.58	0.49	0.53	0.714
27	26	Hà Tĩnh	69.18	74.64	98.89	96.15	78.33	81.09	1,429.4	1,612.9	48.0	52.0	0.78	0.79	0.78	0.92	0.91	0.92	0.44	0.46	0.45	0.717
28	28	Bình Thuận	70.46	75.80	94.50	91.35	65.57	64.85	2,357.0	1,683.8	50.2	49.8	0.80	0.80	0.80	0.85	0.83	0.84	0.53	0.47	0.50	0.712
29	29	Quảng Nam	68.13	73.81	98.24	93.20	63.52	69.14	2,196.1	1,934.4	48.6	51.4	0.76	0.77	0.77	0.87	0.85	0.86	0.52	0.49	0.50	0.710
30	30	Thái Nguyên	70.55	75.88	98.09	94.72	58.92	55.34	1,844.4	1,947.7	49.8	50.2	0.80	0.81	0.80	0.85	0.82	0.83	0.49	0.50	0.49	0.709
31	31	Hà Nam	70.12	75.49	98.51	92.83	64.13	70.57	1,857.4	1,484.8	48.6	51.4	0.79	0.80	0.80	0.87	0.85	0.86	0.49	0.45	0.47	0.709
32	33	An Giang	69.64	75.08	92.88	88.49	51.19	52.23	3,503.9	2,140.3	49.5	50.5	0.79	0.79	0.79	0.79	0.76	0.78	0.59	0.51	0.55	0.705
33	32	Nam Định	71.04	76.33	97.96	93.72	63.91	63.70	1,705.1	1,394.0	48.6	51.4	0.81	0.81	0.81	0.87	0.84	0.85	0.47	0.44	0.46	0.706
34	34	Thanh Hóa	69.64	75.08	97.34	92.47	66.90	72.34	1,511.4	1,606.7	49.5	50.5	0.79	0.79	0.79	0.87	0.86	0.86	0.45	0.46	0.46	0.704
35	35	Lạng Sơn	68.58	74.18	96.03	90.17	68.31	68.52	1,680.3	2,009.3	49.8	50.2	0.77	0.78	0.77	0.87	0.83	0.85	0.47	0.50	0.49	0.702
36	39	Hậu Giang	71.76	76.87	94.49	89.23	57.30	57.27	2,201.7	1,390.9	49.9	50.1	0.82	0.82	0.82	0.82	0.79	0.80	0.52	0.44	0.47	0.700
37	36	Quảng Bình	68.16	73.83	97.64	94.71	67.40	67.76	1,696.7	1,711.1	50.0	50.0	0.76	0.77	0.77	0.88	0.86	0.87	0.47	0.47	0.47	0.702
38	37	Bình Phước	68.87	74.40	95.21	91.36	63.42	62.87	2,018.5	1,890.2	50.8	49.2	0.77	0.78	0.78	0.85	0.82	0.83	0.50	0.49	0.50	0.702
39	38	Nghệ An	69.08	74.56	96.34	92.41	64.13	69.18	1,655.9	1,727.7	49.4	50.6	0.78	0.78	0.78	0.86	0.85	0.85	0.47	0.48	0.47	0.701
40	41	Thừa Thiên-Huế	67.37	73.21	95.12	87.39	65.66	72.07	2,176.7	1,630.6	49.2	50.8	0.75	0.76	0.75	0.85	0.82	0.84	0.51	0.47	0.49	0.694
41	40	Đặc Lắc	67.77	73.48	93.10	88.54	67.87	70.18	1,750.2	1,937.2	50.5	49.5	0.75	0.77	0.76	0.85	0.82	0.84	0.48	0.49	0.49	0.694
42	42	Phú Yên	68.13	73.81	96.53	91.91	60.46	64.35	1,923.6	1,580.0	49.9	50.1	0.76	0.77	0.77	0.85	0.83	0.84	0.49	0.46	0.48	0.693
43	43	Đồng Tháp	70.07	75.44	92.19	86.83	53.93	53.41	2,304.4	1,753.4	49.9	50.1	0.79	0.80	0.80	0.79	0.76	0.78	0.52	0.48	0.50	0.690
44	44	Quảng Ngãi	68.48	74.10	93.99	85.45	67.35	71.02	1,885.1	1,449.8	49.2	50.8	0.77	0.78	0.77	0.85	0.81	0.83	0.49	0.45	0.47	0.689
45	45	Bắc Giang	69.55	74.96	98.36	94.32	64.52	59.36	1,284.5	1,307.1	49.7	50.3	0.78	0.79	0.79	0.87	0.83	0.85	0.43	0.43	0.43	0.688
46	46	Phú Thọ	68.96	74.47	97.79	93.66	62.48	56.95	1,430.2	1,449.9	49.3	50.7	0.77	0.78	0.78	0.86	0.81	0.84	0.44	0.45	0.45	0.687
47	47	Quảng Trị	62.93	69.00	96.35	88.44	78.66	79.83	1,851.2	2,096.8	49.6	50.4	0.67	0.69	0.68	0.90	0.86	0.88	0.49	0.51	0.50	0.686

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ)	GDP trên đầu người(nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người(nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nam)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ (nam)	Chỉ số tuổi thọ (nữ)	Chỉ số tuổi thọ căn bản (nam)	Chỉ số tuổi thọ căn bản (nữ)	Chỉ số giáo dục căn bản (nam)	Chỉ số giáo dục căn bản (nữ)	Chỉ số thu nhập (nam)	Chỉ số thu nhập (nữ)	Chỉ số thu nhập căn bản (nam)	Chỉ số thu nhập căn bản (nữ)	GDI
48	51	Sóc Trăng	69.64	75.08	87.22	80.31	55.85	52.71	2,946.1	1,702.6	49.1	50.9	0.79	0.79	0.79	0.71	0.77	0.77	0.56	0.47	0.74	0.51	0.680
49	48	Tuyên Quang	68.53	74.14	96.66	92.35	56.64	65.19	1,306.9	1,612.1	49.4	50.6	0.77	0.78	0.77	0.83	0.83	0.83	0.43	0.46	0.83	0.45	0.684
50	49	Đặc Nông	66.10	72.04	91.45	87.26	65.97	67.84	2,141.0	1,795.0	50.0	50.0	0.73	0.74	0.73	0.81	0.83	0.82	0.51	0.48	0.82	0.50	0.683
51	50	Hòa Bình	68.53	74.14	96.21	91.35	60.85	63.89	1,313.8	1,451.1	48.8	51.2	0.77	0.78	0.77	0.84	0.82	0.83	0.43	0.45	0.83	0.44	0.681
52	54	Trà Vinh	69.64	75.08	91.39	82.08	55.04	52.63	1,977.3	1,173.6	49.5	50.5	0.79	0.79	0.79	0.72	0.76	0.76	0.50	0.41	0.76	0.45	0.665
53	52	Già Lai	66.43	72.31	91.24	84.93	62.04	67.00	1,741.6	1,432.2	49.9	50.1	0.73	0.75	0.74	0.82	0.79	0.80	0.48	0.44	0.80	0.46	0.667
54	53	Bắc Cạn	68.53	74.14	94.31	88.45	64.85	68.41	965.5	1,185.0	50.3	49.7	0.77	0.78	0.77	0.84	0.82	0.83	0.38	0.41	0.83	0.39	0.666
55	55	Cao Bằng	65.53	71.53	88.44	79.55	77.96	76.23	1,284.7	1,394.7	49.1	50.9	0.72	0.73	0.73	0.78	0.82	0.82	0.43	0.44	0.82	0.43	0.658
56	56	Ninh Thuận	67.59	73.32	89.97	81.73	66.58	66.00	1,437.1	1,008.7	49.7	50.3	0.75	0.76	0.76	0.76	0.82	0.79	0.44	0.39	0.79	0.41	0.654
57	57	Lào Cai	63.55	69.56	86.73	74.58	61.47	59.35	2,020.0	1,993.7	50.2	49.8	0.68	0.70	0.69	0.78	0.70	0.74	0.50	0.50	0.74	0.50	0.643
58	58	Kon Tum	62.89	68.96	89.17	77.90	67.40	68.90	1,525.9	1,599.7	49.8	50.2	0.67	0.69	0.68	0.82	0.75	0.78	0.45	0.46	0.78	0.46	0.641
59	59	Sơn La	65.90	71.87	90.45	72.33	71.27	55.01	1,243.2	1,540.7	49.6	50.4	0.72	0.74	0.73	0.84	0.67	0.74	0.42	0.46	0.74	0.44	0.637
60	60	Yên Bái	65.53	71.53	88.40	78.74	59.74	56.31	1,158.1	1,285.0	49.9	50.1	0.72	0.73	0.73	0.79	0.71	0.75	0.41	0.43	0.75	0.42	0.630
61	61	Điện Biên	62.48	68.58	83.41	60.47	78.48	55.33	1,071.3	1,488.0	50.2	49.8	0.67	0.68	0.68	0.82	0.59	0.68	0.40	0.45	0.68	0.42	0.594
62	62	Hà Giang	63.06	69.11	84.05	62.71	61.23	54.39	681.2	918.4	49.5	50.5	0.68	0.69	0.68	0.76	0.60	0.67	0.32	0.37	0.67	0.34	0.566
63	63	Lai Châu	60.38	66.57	75.50	48.05	65.59	51.42	965.4	836.2	50.7	49.3	0.63	0.65	0.64	0.72	0.49	0.59	0.38	0.35	0.59	0.37	0.531

Vùng	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ) (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	GDI
Trung du và miền núi phía Bắc	67.17	72.88	92.85	83.47	64.41	59.61	1,349.10	1,493.00	0.660
Đồng bằng sông Hồng	71.55	76.68	98.56	94.64	63.25	61.91	3,265.40	2,759.10	0.741
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	68.93	74.46	96.67	91.84	66.73	70.60	2,040.60	1,768.50	0.707
Tây nguyên	67.54	73.25	92.74	87.06	66.23	69.08	1,940.00	1,766.40	0.689
Đông Nam Bộ	72.68	77.68	97.52	94.94	52.97	54.53	5,064.70	3,350.60	0.755
Đồng bằng sông Cửu Long	70.87	76.13	94.22	89.34	55.76	57.04	3,092.10	2,004.10	0.712

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Chỉ số phát triển giới (GDI) 2004

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ) (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cận bằng giới	Chỉ số giáo dục cận bằng giới	Chỉ số thu nhập cận bằng giới	GDI
		Cả nước	69.10	74.90	94.84	91.81	62.12	60.20	2,171.1	1,744.0	50.83	0.78	0.83	0.49	0.701
1	1	Bà Rịa-Vũng Tàu	72.48	77.76	95.46	95.13	60.35	61.07	9,587.8	4,668.9	49.87	0.84	0.84	0.70	0.790
2	2	TP Hồ Chí Minh	73.58	78.98	96.30	97.35	64.14	59.40	5,785.4	3,461.7	51.83	0.85	0.85	0.63	0.779
3	3	Đà Nẵng	73.52	78.84	99.75	94.04	71.71	69.05	3,133.2	2,154.9	51.63	0.85	0.88	0.54	0.758
4	5	Hải Phòng	71.61	76.95	97.39	96.11	64.80	63.23	2,458.3	1,852.5	50.57	0.82	0.86	0.51	0.730
5	4	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	71.08	76.67	98.69	95.41	61.01	65.66	3,145.7	2,629.6	50.77	0.81	0.86	0.52	0.730
6	6	Đồng Nai	69.91	75.21	96.97	94.71	60.42	59.31	2,896.6	2,125.5	50.40	0.79	0.84	0.53	0.722
7	7	Quảng Ninh	69.07	75.27	99.35	92.41	62.10	63.16	2,779.9	2,081.6	49.35	0.79	0.85	0.53	0.721
8	8	Bình Dương	70.34	75.32	96.63	96.15	48.77	46.18	3,128.3	2,363.3	52.12	0.80	0.80	0.55	0.716
9	9	Khánh Hòa	70.45	76.04	95.36	93.07	64.02	61.77	2,416.7	1,518.4	50.35	0.80	0.84	0.49	0.710
10	10	Hải Dương	71.74	77.42	97.52	95.91	59.12	58.04	1,564.7	1,402.7	51.62	0.83	0.84	0.45	0.705
11	12	Cần Thơ	69.40	75.50	94.79	92.89	47.98	50.20	2,952.7	1,562.6	50.82	0.79	0.79	0.51	0.695
12	11	Bắc Ninh	69.63	75.30	96.79	95.60	66.43	63.19	1,639.2	1,259.7	51.31	0.79	0.86	0.44	0.697
13	13	Vinh Phúc	70.28	76.06	96.29	97.13	61.08	54.97	1,454.0	1,345.1	50.48	0.80	0.84	0.44	0.694
14	22	Cà Mau	69.70	74.64	95.87	96.04	52.84	48.63	2,560.0	1,011.7	50.68	0.79	0.81	0.45	0.682
15	15	Vinh Long	71.49	76.86	96.27	94.35	55.54	52.95	1,651.0	1,108.6	51.39	0.82	0.82	0.43	0.689
16	14	Hưng Yên	70.14	75.84	96.42	94.80	60.86	61.36	1,276.7	1,381.6	51.65	0.80	0.84	0.43	0.691
17	20	Kiên Giang	70.41	75.70	89.97	88.61	59.90	53.52	2,332.5	1,233.1	50.69	0.80	0.78	0.47	0.684
18	17	Long An	70.49	75.79	96.13	93.02	54.76	53.08	1,657.4	1,275.3	50.83	0.80	0.81	0.45	0.686
19	16	Quảng Nam	69.38	74.78	96.11	90.95	69.63	73.25	1,235.1	1,143.6	51.58	0.78	0.86	0.41	0.686
20	18	Hà Nam	72.04	77.66	97.69	93.96	61.29	60.67	1,113.6	881.2	51.56	0.83	0.84	0.38	0.685
21	19	Nam Định	70.02	75.47	96.44	96.45	63.93	72.07	1,026.8	1,003.0	51.21	0.80	0.87	0.39	0.684

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
22	23	Tiền Giang	70.72	76.08	94.80	92.12	54.61	53.25	53.25	1,700.7	1,109.1	51.45	0.81	0.80	0.43	0.681
23	21	Thái Bình	70.31	75.64	96.18	97.23	61.08	67.79	67.79	1,096.3	965.8	51.95	0.80	0.86	0.39	0.683
24	27	Bạc Liêu	68.36	73.43	94.81	92.98	60.21	43.82	43.82	2,382.3	1,220.7	51.38	0.76	0.80	0.47	0.676
25	26	Bến Tre	68.32	74.06	96.20	93.33	56.86	58.07	58.07	1,775.1	1,140.4	51.42	0.77	0.82	0.44	0.677
26	25	Bình Định	68.39	73.98	95.53	94.04	69.61	65.03	65.03	1,322.9	1,011.9	51.29	0.77	0.86	0.41	0.677
27	24	Hà Tĩnh	68.62	73.73	96.07	97.25	72.00	76.07	76.07	946.4	923.5	50.34	0.77	0.89	0.37	0.678
28	29	Tây Ninh	68.88	73.86	92.10	91.47	54.03	51.52	51.52	1,932.5	1,369.8	50.79	0.77	0.79	0.46	0.675
29	28	Nghệ An	68.40	74.07	95.21	93.44	71.99	63.85	63.85	1,068.9	1,132.4	50.85	0.77	0.85	0.40	0.675
30	30	Bình Thuận	68.93	74.64	95.10	91.93	61.61	63.15	63.15	1,475.5	913.7	50.12	0.78	0.83	0.41	0.672
31	31	Ninh Bình	69.63	75.30	98.74	95.09	64.60	61.77	61.77	895.7	911.2	51.13	0.79	0.86	0.37	0.672
32	33	Thừa Thiên-Huế	68.50	74.17	95.66	86.29	71.14	65.56	65.56	1,274.6	1,037.9	50.88	0.77	0.83	0.41	0.670
33	34	Lâm Đồng	68.79	75.00	95.39	88.83	67.62	64.29	64.29	1,240.1	912.6	49.98	0.78	0.83	0.39	0.669
34	32	Phủ Thọ	68.88	75.26	96.61	95.48	63.78	59.43	59.43	990.4	976.8	50.84	0.78	0.85	0.38	0.670
35	35	Thái Nguyên	67.93	73.86	97.22	94.93	57.68	59.95	59.95	1,118.6	1,138.8	50.02	0.76	0.84	0.40	0.669
36	36	Thanh Hóa	67.92	73.49	96.11	94.33	64.47	69.54	69.54	920.1	1,031.1	51.01	0.76	0.86	0.38	0.667
37	37	Quảng Bình	66.57	72.21	96.60	93.56	73.63	70.09	70.09	1,033.1	957.6	50.55	0.74	0.87	0.38	0.665
38	39	Đồng Tháp	69.77	75.65	92.56	88.66	55.89	53.35	53.35	1,474.9	740.3	51.20	0.80	0.79	0.38	0.654
39	38	An Giang	68.21	73.75	89.05	87.66	49.17	47.75	47.75	2,089.6	1,111.8	50.84	0.77	0.75	0.45	0.655
40	42	Hậu Giang	68.20	74.00	91.23	89.49	53.58	45.99	45.99	1,662.1	937.1	50.80	0.77	0.77	0.42	0.650
41	41	Trà Vinh	68.37	73.90	86.36	83.20	55.11	51.57	51.57	1,780.7	1,157.0	50.22	0.77	0.74	0.44	0.651
42	40	Bình Phước	68.22	73.55	98.87	88.61	57.51	57.14	57.14	1,039.0	878.8	49.11	0.76	0.82	0.38	0.652
43	43	Tuyên Quang	65.63	71.26	98.56	91.00	71.27	67.10	67.10	809.5	994.4	50.49	0.72	0.86	0.37	0.650
44	44	Lạng Sơn	63.91	70.19	95.21	90.98	65.79	65.04	65.04	1,104.8	1,237.3	50.28	0.70	0.84	0.41	0.650
45	45	Phú Yên	65.29	70.52	96.89	92.79	60.56	57.31	57.31	1,250.7	991.8	50.37	0.72	0.83	0.40	0.648
46	46	Quảng Ngãi	68.17	73.91	91.07	88.01	64.14	61.75	61.75	966.9	840.9	51.12	0.77	0.81	0.37	0.647
47	48	Sóc Trăng	68.12	73.49	87.27	84.85	54.03	49.68	49.68	1,732.4	930.9	51.26	0.76	0.75	0.42	0.642
48	47	Bắc Giang	66.10	71.77	97.86	94.91	67.11	56.77	56.77	723.6	926.0	50.56	0.73	0.85	0.35	0.643
49	49	Quảng Trị	63.11	69.07	94.22	87.14	72.63	69.55	69.55	1,041.0	951.4	50.56	0.68	0.84	0.38	0.636

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ) (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
50	53	Ninh Thuận	67.72	73.23	88.35	83.07	54.36	65.99	1,053.4	683.4	50.54	0.76	0.77	0.35	0.628
51	50	Hòa Bình	65.96	71.73	95.25	92.47	57.26	56.37	773.2	793.2	50.30	0.73	0.81	0.34	0.630
52	51	Đắk Nông	64.20	70.00	95.29	86.18	66.66	59.08	972.6	881.2	50.40	0.70	0.81	0.37	0.628
53	52	Đắk Lắk	64.70	70.50	91.28	85.42	68.42	68.15	888.8	825.4	49.56	0.71	0.82	0.36	0.628
54	54	Bắc Cạn	65.37	71.52	94.31	86.48	66.09	66.45	579.7	809.1	49.91	0.72	0.82	0.32	0.622
55	55	Yên Bái	65.96	71.63	88.70	81.21	65.25	61.93	795.6	867.2	50.18	0.73	0.78	0.35	0.620
56	56	Lào Cai	64.72	71.17	87.17	73.07	65.95	57.17	889.1	963.2	50.22	0.72	0.73	0.37	0.607
57	57	Cao Bằng	61.47	68.14	84.77	76.45	66.98	64.00	801.1	1,038.0	50.91	0.66	0.75	0.37	0.595
58	58	Sơn La	64.97	71.12	90.87	66.28	64.19	50.76	703.0	755.5	49.72	0.72	0.70	0.33	0.583
59	59	Gia Lai	61.00	67.52	90.23	74.83	57.55	57.58	943.0	739.6	49.11	0.65	0.74	0.35	0.582
60	61	Điện Biên	63.40	69.90	86.89	56.41	73.05	51.08	689.6	1,066.0	49.80	0.69	0.66	0.35	0.569
61	60	Kon Tum	56.39	63.20	89.67	73.68	71.35	71.77	991.8	788.8	49.77	0.58	0.78	0.36	0.574
62	62	Hà Giang	57.99	64.80	78.98	60.55	64.67	54.47	584.8	633.3	50.49	0.61	0.65	0.30	0.520
63	63	Lai Châu	61.90	68.00	71.64	46.59	51.07	40.16	522.6	499.9	49.76	0.67	0.53	0.27	0.489

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Vùng	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ) (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
Trung du và miền núi phía Bắc	65.25	71.35	92.28	83.15	64.23	58.12	826.3	926.6	50.31	0.72	0.78	0.36	0.621
Đồng bằng sông Hồng	70.68	76.29	97.62	95.62	62.01	64.02	2030.7	1718.3	51.01	0.81	0.85	0.46	0.707
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	68.35	73.91	95.38	92.34	67.61	66.78	1268.5	1086.4	50.86	0.77	0.85	0.40	0.674
Tây nguyên	64.05	70.20	92.21	82.75	65.64	64.14	1000.8	826.9	49.64	0.70	0.80	0.37	0.622
Đông Nam Bộ	71.78	77.08	96.19	95.52	60.53	57.54	4673.6	2864.8	51.17	0.82	0.84	0.58	0.746
Đồng bằng sông Cửu Long	69.41	74.90	92.56	90.37	54.43	51.26	1970.3	1112.7	51.01	0.79	0.79	0.44	0.671

Chỉ số phát triển giới (GDI) 1999

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
		Cả nước	66.50	70.12	93.89	86.89	62.55	58.06	58.06	1,527.5	1,113.1	50.83	0.72	0.80	0.43	0.650
1	1	Bà Rịa-Vũng Tàu	72.89	76.13	94.97	90.52	59.70	66.01	66.01	4,858.7	3,633.9	49.97	0.82	0.83	0.62	0.759
2	2	TP Hồ Chí Minh	76.77	79.44	96.38	92.66	53.78	47.66	47.66	3,934.6	2,654.9	51.84	0.88	0.80	0.58	0.753
3	3	Bình Dương	74.22	77.31	95.31	90.52	59.62	54.83	54.83	2,945.2	2,112.0	51.62	0.85	0.81	0.53	0.729
4	4	Đà Nẵng	72.77	76.05	97.25	90.90	74.72	66.37	66.37	2,355.2	1,397.1	50.88	0.82	0.86	0.48	0.721
5	5	Hải Phòng	72.07	75.41	98.09	92.20	65.13	64.97	64.97	1,557.2	1,374.8	50.66	0.81	0.85	0.45	0.703
6	6	Đồng Nai	71.93	75.29	94.98	90.43	61.98	59.59	59.59	1,965.8	1,500.5	50.06	0.81	0.82	0.47	0.701
7	7	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	71.07	74.23	98.24	92.51	62.92	58.61	58.61	2,304.4	2,072.8	50.71	0.79	0.84	0.47	0.700
8	8	Quảng Ninh	68.25	71.68	95.53	89.11	61.03	65.19	65.19	2,117.6	1,315.6	48.97	0.75	0.83	0.47	0.681
9	9	Vĩnh Phúc	71.57	74.99	97.39	90.76	69.23	62.83	62.83	1,281.6	880.7	51.26	0.80	0.85	0.39	0.680
10	10	Tây Ninh	73.27	76.46	91.54	86.53	54.91	51.33	51.33	1,387.0	1,017.0	50.87	0.83	0.77	0.41	0.670
11	11	Hải Dương	70.01	73.57	98.09	91.03	67.42	61.17	61.17	925.6	886.7	51.42	0.78	0.84	0.37	0.663
12	13	Bắc Ninh	68.28	71.89	97.73	90.39	66.89	60.23	60.23	1,332.6	885.1	51.60	0.75	0.84	0.39	0.660
13	12	Hưng Yên	70.08	73.65	97.83	90.31	66.76	61.89	61.89	898.0	854.6	51.69	0.78	0.84	0.36	0.661
14	14	Lâm Đồng	70.90	74.38	93.56	86.12	65.90	66.24	66.24	911.7	757.9	49.53	0.79	0.82	0.35	0.655
15	15	Long An	70.58	74.11	94.79	88.32	51.99	51.80	51.80	1,174.5	882.4	50.97	0.79	0.78	0.39	0.652
16	17	Khánh Hòa	66.01	69.66	94.71	88.57	54.89	65.10	65.10	1,728.2	960.1	50.52	0.71	0.81	0.42	0.648
17	16	Ninh Bình	69.94	73.50	97.49	90.91	69.93	67.25	67.25	681.0	627.6	51.49	0.78	0.86	0.31	0.649
18	18	Bình Phước	70.94	74.42	91.01	83.13	62.43	58.25	58.25	1,035.8	795.7	48.40	0.79	0.78	0.37	0.648
19	20	Bình Thuận	70.83	74.30	91.34	85.72	59.78	56.43	56.43	1,053.3	723.5	50.08	0.79	0.78	0.36	0.645
20	19	Thái Bình	70.30	73.81	98.17	91.98	63.13	59.55	59.55	696.6	631.5	52.20	0.78	0.84	0.32	0.645
21	22	Vĩnh Long	69.97	73.53	93.47	87.81	60.81	52.52	52.52	1,037.2	734.3	51.46	0.78	0.79	0.36	0.643
22	23	Tiền Giang	70.48	74.00	94.13	87.63	54.42	49.64	49.64	1,001.1	789.5	51.56	0.79	0.78	0.36	0.642

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
23	21	Hà Nam	70.05	73.61	97.70	90.73	63.05	64.00	64.00	671.6	619.1	51.38	0.78	0.84	0.31	0.643
24	25	Nghệ An	68.39	71.99	96.05	90.03	72.79	66.58	66.58	753.6	613.8	50.74	0.75	0.85	0.32	0.641
25	24	Nam Định	70.01	73.57	98.20	91.50	61.89	61.71	61.71	663.7	601.2	51.32	0.78	0.84	0.31	0.641
26	27	Thái Nguyên	68.31	71.92	97.20	92.21	60.80	59.52	59.52	939.5	583.8	50.16	0.75	0.83	0.33	0.637
27	26	Hà Tĩnh	68.42	72.02	97.36	91.85	73.06	74.35	74.35	638.0	516.0	50.92	0.75	0.88	0.29	0.640
28	28	Cà Mau	65.18	68.85	94.18	90.96	60.61	49.35	49.35	1,413.7	909.0	50.65	0.70	0.80	0.40	0.633
29	29	Quảng Nam	67.30	70.92	95.07	86.34	69.75	62.65	62.65	979.4	626.2	51.61	0.73	0.82	0.34	0.632
30	31	Kiên Giang	66.27	69.92	90.80	84.74	57.89	50.02	50.02	1,397.1	1,036.6	50.78	0.72	0.76	0.41	0.631
31	30	Cần Thơ	65.72	69.40	92.00	86.70	52.84	46.82	46.82	1,481.6	1,125.7	50.89	0.71	0.76	0.43	0.632
32	32	Thừa Thiên-Huế	68.51	72.12	92.44	79.74	69.02	65.21	65.21	894.6	669.2	50.66	0.75	0.79	0.34	0.629
33	33	Bạc Liêu	65.93	69.60	91.02	86.63	57.64	49.17	49.17	1,359.5	983.5	51.02	0.71	0.77	0.41	0.629
34	34	Phú Thọ	67.35	70.95	97.48	92.00	64.13	58.68	58.68	744.0	512.8	50.88	0.74	0.83	0.30	0.624
35	35	Tuyên Quang	68.11	71.72	93.01	84.73	72.66	66.65	66.65	744.6	468.7	50.54	0.75	0.82	0.29	0.621
36	36	Bình Định	65.58	69.24	96.26	88.78	62.26	60.95	60.95	916.6	599.5	51.44	0.71	0.82	0.33	0.619
37	37	Bắc Giang	68.60	72.19	96.73	90.03	64.41	54.50	54.50	658.1	434.4	50.56	0.76	0.82	0.28	0.617
38	38	An Giang	67.90	71.52	88.12	81.47	50.51	42.92	42.92	1,260.4	825.6	50.79	0.74	0.72	0.38	0.616
39	40	Sóc Trăng	66.16	69.79	89.03	81.91	58.78	48.66	48.66	1,094.8	762.6	51.26	0.72	0.75	0.37	0.609
40	39	Quảng Bình	63.85	67.52	95.57	88.48	70.43	63.94	63.94	766.5	587.9	50.54	0.68	0.84	0.32	0.610
41	43	Phú Yên	64.57	68.24	93.77	86.52	64.22	61.20	61.20	922.2	560.8	50.46	0.69	0.81	0.32	0.607
42	41	Bến Tre	65.24	68.91	93.57	87.33	54.00	51.66	51.66	972.2	689.7	51.60	0.70	0.78	0.35	0.609
43	42	Thanh Hóa	64.96	68.63	95.47	88.48	67.67	66.03	66.03	679.1	519.4	51.11	0.70	0.83	0.30	0.609
44	44	Trà Vinh	66.39	70.02	87.93	77.94	60.83	47.79	47.79	878.7	748.6	50.13	0.72	0.73	0.35	0.599
45	45	Quảng Trị	62.36	66.07	93.27	81.20	47.53	47.53	47.53	808.8	619.5	50.77	0.65	0.82	0.32	0.599
46	46	Ninh Thuận	68.36	71.96	86.49	77.12	62.07	59.65	59.65	681.2	507.5	50.67	0.75	0.75	0.29	0.597
47	47	Bắc Cạn	65.44	69.11	89.39	80.72	71.85	67.59	67.59	555.2	352.3	50.04	0.70	0.80	0.24	0.582
48	51	Đắk Lắk	60.48	64.24	91.14	82.98	68.77	64.70	64.70	893.9	489.8	49.16	0.62	0.80	0.31	0.578
49	48	Đồng Tháp	63.76	67.46	89.15	82.51	51.73	46.76	46.76	871.1	627.3	50.93	0.68	0.73	0.33	0.581
50	49	Quảng Ngãi	61.62	65.34	92.49	82.89	68.98	61.07	61.07	740.8	500.4	51.24	0.64	0.80	0.30	0.579
51	50	Lạng Sơn	58.41	62.14	93.74	85.26	69.39	65.62	65.62	921.2	574.4	50.38	0.59	0.82	0.33	0.578

Xếp hạng HDI	Xếp hạng GDI	Tỉnh	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
52	53	Yên Bái	64,96	68,63	88,86	77,77	65,32	57,08	669,5	430,7	50,10	0,70	0,76	0,28	0,576
53	52	Hòa Bình	60,41	64,16	95,34	88,68	61,37	68,80	577,1	482,9	50,35	0,62	0,83	0,28	0,576
54	54	Cao Bằng	59,17	62,91	81,16	69,23	71,10	64,05	740,1	457,1	51,51	0,60	0,72	0,29	0,536
55	55	Kon Tum	54,01	57,70	83,73	67,53	82,97	75,71	863,1	522,9	49,65	0,51	0,76	0,31	0,530
56	57	Lào Cai	61,52	65,25	73,89	56,31	66,02	52,82	782,6	493,9	50,08	0,64	0,62	0,30	0,520
57	56	Sơn La	61,59	65,31	81,71	56,73	64,28	51,35	603,4	504,9	49,64	0,64	0,64	0,28	0,521
58	58	Gia Lai	56,25	59,98	80,78	64,34	70,33	49,34	855,0	515,3	49,49	0,55	0,67	0,31	0,512
59	59	Hà Giang	58,21	61,94	72,35	50,03	70,70	51,10	519,2	317,2	50,49	0,58	0,59	0,23	0,467
60	60	Lai Châu	58,55	62,31	66,13	40,65	58,81	39,09	629,9	531,4	49,44	0,59	0,49	0,29	0,459
61	61	Điện Biên													
62	62	Đắc Nông													
63	63	Hậu Giang													

Vùng	Tuổi thọ (nam)	Tuổi thọ (nữ)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nam)	Tỷ lệ biết chữ của người lớn (nữ)	Tỷ lệ nhập học chung (nam) (%)	Tỷ lệ nhập học chung (nữ) (%)	GDP trên đầu người (nam) (PPP US\$)	GDP trên đầu người (nữ) (PPP US\$)	Tỷ lệ dân số (nữ)	Chỉ số tuổi thọ cân bằng giới	Chỉ số giáo dục cân bằng giới	Chỉ số thu nhập cân bằng giới	GDI
Trung du và miền núi phía Bắc	64.01	67.68	88.89	77.41	65.40	57.74	710.9	482.5	50.35	0.68	0.75	0.29	0.574
Đồng bằng sông Hồng	70.44	73.85	97.88	91.48	64.53	61.44	1,410.6	1,210.2	51.09	0.79	0.84	0.40	0.673
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	66.60	70.22	94.75	87.25	67.00	65.54	910.0	633.9	50.91	0.72	0.83	0.33	0.626
Tây nguyên	61.52	65.20	88.68	78.09	69.54	62.25	886.6	564.2	49.37	0.64	0.77	0.32	0.577
Đông Nam Bộ	74.63	77.61	95.11	90.71	56.93	52.98	3,123.8	2,192.6	51.01	0.85	0.80	0.53	0.727
Đồng bằng sông Cửu Long	67.00	70.62	91.42	85.21	55.25	48.52	1,170.48	847.77	51.01	0.73	0.76	0.38	0.623

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Thay đổi GDI 1999-2008

Xếp hạng GDI 2008	Tỉnh	GDI 2008	GDI 2004	GDI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
	Cả nước	0.728	0.701	0.650	7.87%	3.78%	11.95%
1	Bà Rịa-Vũng Tàu	0.803	0.790	0.759	4.12%	1.63%	5.82%
2	TP Hồ Chí Minh	0.771	0.779	0.753	3.42%	-1.04%	2.35%
3	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	0.770	0.730	0.700	4.26%	5.49%	9.98%
4	Đà Nẵng	0.760	0.758	0.721	5.12%	0.32%	5.46%
5	Quảng Ninh	0.755	0.721	0.681	5.93%	4.68%	10.88%
6	Cần Thơ	0.750	0.695	0.632	10.08%	7.87%	18.74%
7	Bắc Ninh	0.745	0.697	0.660	5.56%	6.89%	12.83%
8	Đồng Nai	0.744	0.722	0.701	2.94%	3.08%	6.11%
9	Hải Phòng	0.744	0.730	0.703	3.76%	1.93%	5.76%
10	Vinh Phúc	0.742	0.694	0.680	1.99%	7.01%	9.14%
11	Khánh Hòa	0.735	0.710	0.648	9.57%	3.44%	13.34%
12	Long An	0.732	0.686	0.652	5.17%	6.79%	12.31%
13	Vĩnh Long	0.729	0.689	0.643	7.20%	5.84%	13.46%
14	Bến Tre	0.728	0.677	0.609	11.28%	7.42%	19.55%
15	Hải Dương	0.723	0.705	0.663	6.35%	2.55%	9.06%
16	Lâm Đồng	0.723	0.669	0.655	2.13%	8.05%	10.35%
17	Bình Dương	0.723	0.716	0.729	-1.89%	0.97%	-0.94%
18	Kiên Giang	0.722	0.684	0.631	8.25%	5.70%	14.42%
19	Tây Ninh	0.720	0.675	0.670	0.64%	6.78%	7.45%
20	Cà Mau	0.720	0.682	0.633	7.60%	5.64%	13.66%
21	Thái Bình	0.719	0.683	0.645	5.84%	5.40%	11.55%
22	Tiền Giang	0.719	0.681	0.642	5.99%	5.68%	12.01%
23	Bình Định	0.718	0.677	0.619	9.49%	6.03%	16.09%
24	Ninh Bình	0.718	0.672	0.649	3.51%	6.93%	10.68%
25	Hưng Yên	0.718	0.691	0.661	4.59%	3.92%	8.69%
26	Hà Tĩnh	0.717	0.678	0.640	5.97%	5.80%	12.11%
27	Bạc Liêu	0.714	0.676	0.629	7.43%	5.66%	13.51%

Xếp hạng GDI 2008	Tỉnh	GDI 2008	GDI 2004	GDI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
28	Bình Thuận	0.712	0.672	0.645	4.22%	5.98%	10.46%
29	Quảng Nam	0.710	0.686	0.632	8.64%	3.45%	12.39%
30	Thái Nguyên	0.709	0.669	0.637	4.88%	6.06%	11.23%
31	Hà Nam	0.709	0.685	0.643	6.44%	3.55%	10.22%
32	Nam Định	0.706	0.684	0.641	6.68%	3.20%	10.10%
33	An Giang	0.705	0.655	0.616	6.34%	7.66%	14.48%
34	Thanh Hóa	0.704	0.667	0.609	9.53%	5.62%	15.68%
35	Lạng Sơn	0.702	0.650	0.578	12.42%	8.08%	21.51%
36	Quảng Bình	0.702	0.665	0.610	9.10%	5.52%	15.12%
37	Bình Phước	0.702	0.652	0.648	0.64%	7.64%	8.33%
38	Nghệ An	0.701	0.675	0.641	5.34%	3.87%	9.42%
39	Hậu Giang	0.700	0.650			7.60%	
40	Đắk Lắk	0.694	0.628	0.578	8.76%	10.46%	20.13%
41	Thừa Thiên-Huế	0.694	0.670	0.629	6.47%	3.49%	10.18%
42	Phú Yên	0.693	0.648	0.607	6.71%	6.90%	14.08%
43	Đồng Tháp	0.690	0.654	0.581	12.65%	5.52%	18.87%
44	Quảng Ngãi	0.689	0.647	0.579	11.77%	6.50%	19.04%
45	Bắc Giang	0.688	0.643	0.617	4.34%	6.89%	11.53%
46	Phú Thọ	0.687	0.670	0.624	7.53%	2.42%	10.13%
47	Quảng Trị	0.686	0.636	0.599	6.14%	7.91%	14.54%
48	Tuyên Quang	0.684	0.650	0.621	4.77%	5.17%	10.18%
49	Đắk Nông	0.683	0.628			8.73%	
50	Hòa Bình	0.681	0.630	0.576	9.32%	8.16%	18.24%
51	Sóc Trăng	0.680	0.642	0.609	5.39%	5.99%	11.70%
52	Gia Lai	0.667	0.582	0.512	13.81%	14.59%	30.41%
53	Bắc Cạn	0.666	0.622	0.582	6.93%	7.11%	14.54%
54	Trà Vinh	0.665	0.651	0.599	8.60%	2.15%	10.93%
55	Cao Bằng	0.658	0.595	0.536	10.97%	10.56%	22.69%
56	Ninh Thuận	0.654	0.628	0.597	5.08%	4.24%	9.54%
57	Lào Cai	0.643	0.607	0.520	16.62%	5.98%	23.59%

Xếp hạng GDI 2008	Tỉnh	GDI 2008	GDI 2004	GDI 1999	Thay đổi (%)		
					1999-2004	2004-2008	1999-2008
58	Kon Tum	0.641	0.574	0.530	8.30%	11.67%	20.94%
59	Sơn La	0.637	0.583	0.521	11.90%	9.27%	22.28%
60	Yên Bái	0.630	0.620	0.576	7.64%	1.68%	9.45%
61	Điện Biên	0.594	0.569			4.40%	
62	Hà Giang	0.566	0.520	0.467	11.40%	8.84%	21.25%
63	Lai Châu	0.531	0.489	0.459	6.47%	8.74%	15.78%

Vùng	GDI 2008	GDI 2004	GDI 1999	Thay đổi (%)		
				1999-2004	2004-2008	1999-2008
Trung du và miền núi phía Bắc	0.66	0.621	0.574	8.20%	6.23%	14.93%
Đồng bằng sông Hồng	0.74	0.707	0.673	5.03%	4.77%	10.04%
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	0.71	0.674	0.626	7.68%	4.93%	12.99%
Tây nguyên	0.69	0.622	0.577	7.81%	10.73%	19.38%
Đông Nam Bộ	0.76	0.746	0.727	2.67%	1.15%	3.85%
Đồng bằng sông Cửu Long	0.71	0.671	0.623	7.70%	6.17%	14.35%

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Thay đổi GDI và đóng góp của từng chỉ tiêu vào GDI 1999-2008

	2008	2004	1999	Thay đổi		Thay đổi 1999-2008 (%)	Đóng góp vào		Đóng góp thay đổi (điểm %)	Đóng góp (%)		Đóng góp (%) 1999-2008
				1999-2004 (%)	2004-2008 (%)		1999-2004	2004-2008		1999-2004	2004-2008	
Cả nước												
Chỉ số tuổi thọ	0.796	0.784	72.2%	8.6%	1.5%	10.2%	3.2%	0.6%	3.8%	40.8%	14.7%	31.9%
Chỉ số giáo dục	0.830	0.826	80.3%	2.8%	0.5%	3.4%	1.2%	0.2%	1.4%	15.0%	5.7%	11.8%
Chỉ số thu nhập	0.558	0.495	42.8%	15.6%	12.7%	30.3%	3.4%	3.0%	6.6%	44.2%	79.6%	56.3%
GDI	0.728	0.702	65.1%	7.8%	3.7%	11.8%	7.8%	3.7%	11.8%	100.0%	100.0%	100.0%
Trung du và miền núi phía Bắc												
Chỉ số tuổi thọ	0.750	0.722	68.1%	6.0%	3.9%	10.2%	2.4%	1.5%	4.0%	29.8%	24.7%	27.5%
Chỉ số giáo dục	0.794	0.788	75.9%	3.9%	0.8%	4.6%	1.7%	0.3%	2.0%	21.3%	5.2%	13.9%
Chỉ số thu nhập	0.443	0.362	29.5%	22.8%	22.3%	50.2%	3.9%	4.3%	8.5%	48.9%	70.1%	58.6%
GDI	0.663	0.624	57.8%	7.9%	6.1%	14.6%	7.9%	6.1%	14.6%	100.0%	100.0%	100.0%
Đồng bằng sông Hồng												
Chỉ số tuổi thọ	0.819	0.809	78.6%	2.9%	1.2%	4.1%	1.1%	0.4%	1.6%	23.6%	11.0%	17.6%
Chỉ số giáo dục	0.852	0.854	84.1%	1.6%	-0.2%	1.4%	0.7%	-0.1%	0.6%	14.1%	-2.0%	6.4%
Chỉ số thu nhập	0.568	0.488	42.9%	13.9%	16.2%	32.4%	2.9%	3.7%	6.8%	62.2%	91.0%	75.9%
GDI	0.746	0.717	68.5%	4.7%	4.0%	8.9%	4.7%	4.0%	8.9%	100.0%	100.0%	100.0%
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung												
Chỉ số tuổi thọ	0.778	0.770	72.4%	6.3%	1.1%	7.5%	2.4%	0.4%	2.9%	32.3%	8.9%	22.8%
Chỉ số giáo dục	0.857	0.850	82.7%	2.7%	0.9%	3.6%	1.2%	0.4%	1.6%	15.9%	7.9%	12.6%
Chỉ số thu nhập	0.491	0.411	33.8%	21.6%	19.6%	45.4%	3.9%	4.0%	8.1%	51.8%	83.2%	64.5%
GDI	0.709	0.677	63.0%	7.5%	4.8%	12.6%	7.5%	4.8%	12.6%	100.0%	100.0%	100.0%
Tây nguyên												
Chỉ số tuổi thọ	0.757	0.702	63.9%	9.8%	7.8%	18.4%	3.6%	2.9%	6.7%	49.0%	27.6%	36.0%
Chỉ số giáo dục	0.825	0.800	77.6%	3.0%	3.2%	6.3%	1.4%	1.4%	2.8%	18.4%	12.7%	15.0%
Chỉ số thu nhập	0.487	0.369	32.7%	12.7%	32.2%	49.0%	2.4%	6.3%	9.2%	32.5%	59.7%	49.1%
GDI	0.690	0.623	58.1%	7.3%	10.6%	18.7%	7.3%	10.6%	18.7%	100.0%	100.0%	100.0%

	2008	2004	1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 1999-2004	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 2004-2008	Đóng góp vào thay đổi (điểm %) 1999-2008	Đóng góp (%) 1999-2004	Đóng góp (%) 2004-2008	Đóng góp (%) 1999-2008
Đông Nam Bộ												
Chỉ số tuổi thọ	0.836	0.825	85.3%	-3.2%	1.4%	-1.9%	-1.3%	0.5%	-0.7%	-44.9%	70.4%	-20.8%
Chỉ số giáo dục	0.821	0.836	80.2%	4.2%	-1.8%	2.3%	1.5%	-0.7%	0.8%	54.5%	-93.0%	23.7%
Chỉ số thu nhập	0.620	0.600	54.4%	10.2%	3.3%	13.9%	2.5%	0.9%	3.4%	90.4%	122.6%	97.1%
GDI	0.759	0.753	73.3%	2.8%	0.7%	3.5%	2.8%	0.7%	3.5%	100.0%	100.0%	100.0%
Đông bằng sông Cửu Long												
Chỉ số tuổi thọ	0.808	0.787	73.1%	7.7%	2.7%	10.6%	3.0%	1.1%	4.1%	38.3%	17.5%	28.8%
Chỉ số giáo dục	0.800	0.786	76.1%	3.2%	1.8%	5.1%	1.3%	0.7%	2.1%	16.8%	11.5%	14.4%
Chỉ số thu nhập	0.536	0.449	38.3%	17.2%	19.5%	40.0%	3.5%	4.3%	8.2%	44.9%	71.0%	56.9%
GDI	0.715	0.674	62.5%	7.8%	6.1%	14.4%	7.8%	6.1%	14.4%	100.0%	100.0%	100.0%

Nguồn: Dựa trên tính toán của VASS và GSO cho NHDR 2011

Chỉ số nghèo đói con người (HPI) 2008

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
		Cả nước	5,66	6,40	10,38	19,90	10,93
1	5	Bà Rịa-Vũng Tàu	3,59	4,66	0,53	14,10	5,64
2	1	TP Hồ Chí Minh	3,24	2,77	0,18	4,60	2,84
3	2	Hà Nội	3,89	2,87	0,27	8,20	3,75
4	3	Đà Nẵng	3,98	3,00	2,62	11,20	5,19
5	25	Quảng Ninh	5,68	4,17	7,64	20,00	9,88
6	43	Cần Thơ	3,46	5,41	19,10	17,70	12,89
7	8	Bắc Ninh	4,73	3,86	0,46	18,90	7,09
8	4	Hải Phòng	4,25	3,34	0,18	14,10	5,42
9	7	Đồng Nai	3,54	3,95	3,97	14,90	6,81
10	18	Vĩnh Phúc	4,61	3,60	1,46	21,80	8,30
11	21	Khánh Hòa	5,84	4,47	7,12	17,50	8,95
12	15	Long An	3,98	5,92	3,63	16,90	7,67
13	61	Vĩnh Long	4,32	4,96	64,91	21,60	30,02
14	41	Bến Tre	4,65	5,77	17,25	18,80	12,70
15	10	Cà Mau	5,32	3,37	0,12	19,40	7,20
16	27	Kiên Giang	5,32	9,91	5,87	19,60	10,21
17	6	Bình Dương	3,54	3,54	0,64	15,40	5,86
18	23	Lâm Đồng	5,19	7,09	6,44	18,90	9,45
19	16	Hải Dương	4,61	3,61	2,95	19,70	8,11
20	17	Tiền Giang	4,32	7,22	3,19	18,20	8,24
21	20	Tây Ninh	5,00	7,57	1,68	19,90	8,46
22	9	Thái Bình	4,25	3,52	0,00	19,80	7,14
23	24	Bình Định	6,50	4,64	4,06	22,40	9,64
24	13	Hưng Yên	4,73	4,16	0,19	19,70	7,29
25	19	Ninh Bình	5,62	3,40	1,00	22,30	8,43
26	12	Bạc Liêu	5,00	5,04	0,04	19,20	7,25
27	32	Hà Tĩnh	6,41	2,57	5,88	23,90	10,61
28	28	Bình Thuận	5,32	7,13	6,15	21,70	10,23
29	30	Quảng Nam	7,34	4,40	8,53	20,40	10,53

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
30	31	Thái Nguyên	5.24	3.66	9.40	20.60	10.60
31	14	Hà Nam	5.60	4.53	0.37	19.00	7.32
32	52	An Giang	5.99	9.39	38.90	18.20	20.09
33	11	Nam Định	4.83	4.25	0.16	19.40	7.21
34	38	Thanh Hóa	5.99	5.22	8.22	26.00	12.14
35	49	Lạng Sơn	6.92	7.00	24.58	23.10	16.80
36	34	Hậu Giang	4.32	8.22	11.77	18.30	11.04
37	44	Quảng Bình	7.31	3.89	11.52	28.30	14.06
38	36	Bình Phước	6.67	6.76	10.32	22.30	11.81
39	33	Nghệ An	6.50	5.74	6.28	23.50	10.79
40	35	Thừa Thiên-Huế	8.03	8.88	9.74	18.60	11.06
41	46	Đặc Lắc	7.69	9.22	11.35	29.10	14.69
42	29	Phú Yên	7.34	5.87	6.39	21.30	10.27
43	59	Đồng Tháp	5.64	10.58	59.42	20.30	27.83
44	40	Quảng Ngãi	7.01	10.47	10.11	22.60	12.51
45	26	Bắc Giang	6.08	3.76	5.56	22.50	10.04
46	22	Phú Thọ	6.60	4.40	3.73	21.60	9.29
47	39	Quảng Trị	12.97	7.81	7.26	21.40	12.31
48	42	Sóc Trăng	5.99	16.37	3.03	20.60	12.77
49	48	Tuyên Quang	6.96	5.55	22.10	24.00	16.20
50	47	Đặc Nông	9.30	10.67	13.13	30.50	16.05
51	45	Hòa Bình	6.96	6.33	16.00	25.00	14.53
52	37	Trà Vinh	5.99	13.58	4.43	21.90	11.86
53	54	Gia Lai	8.97	12.00	33.96	28.40	22.19
54	55	Bắc Cạn	6.96	8.68	38.07	28.30	23.22
55	57	Cao Bằng	9.92	16.19	47.27	23.90	25.59
56	50	Ninh Thuận	7.86	14.32	20.13	25.50	17.21
57	58	Lào Cai	12.23	19.40	41.28	28.40	25.78
58	56	Kon Tum	13.02	16.62	34.75	30.20	23.92
59	53	Sơn La	9.51	18.81	27.14	25.60	20.50

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
60	51	Yên Bái	9,92	16,56	27,85	24,70	19,90
61	62	Điện Biên	13,51	28,45	60,58	24,40	32,42
62	60	Hà Giang	12,82	26,90	47,89	27,50	29,26
63	63	Lai Châu	16,12	38,41	67,95	28,50	38,63

Vùng	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
Trung du và miền núi phía Bắc	8,46	11,97	24,43	24,12	17,98
Đồng bằng sông Hồng	4,49	3,5	0,99	15,56	6,25
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	6,68	5,86	7,61	22,38	11,00
Tây nguyên	8,02	10,17	17,94	26,77	16,23
Đông Nam Bộ	3,7	3,82	1,68	10,52	5,05
Đồng bằng sông Cửu Long	5,02	8,33	19,31	19,18	14,28

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Chỉ số nghèo đói con người (HPI) 2004

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
		Cả nước	6.30	6.70	15.90	26.6	15.01
1	31	Bà Rịa-Vũng Tàu	3.70	4.71	21.00	21.2	14.71
2	1	TP Hồ Chí Minh	2.90	3.16	2.30	10.9	4.86
3	4	Đà Nẵng	3.00	3.20	0.70	21.4	7.77
4	3	Hải Phòng	4.40	3.26	0.50	19.7	7.26
5	2	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	4.89	3.00	0.66	18.3	6.96
6	5	Đồng Nai	5.80	4.17	5.50	19.3	8.98
7	19	Quảng Ninh	6.20	4.08	8.00	25.0	11.69
8	17	Bình Dương	5.60	3.62	9.40	22.2	11.16
9	23	Khánh Hòa	5.30	5.79	10.70	23.8	12.22
10	9	Hải Dương	4.20	3.31	0.70	26.2	9.46
11	51	Cần Thơ	6.00	6.18	45.10	24.1	24.08
12	11	Bắc Ninh	5.90	3.82	0.30	27.0	9.78
13	18	Vĩnh Phúc	5.30	3.28	3.30	29.0	11.36
14	6	Cà Mau	6.20	4.05	0.80	24.0	9.03
15	57	Vĩnh Long	4.40	4.72	65.60	27.4	32.26
16	12	Hưng Yên	5.50	4.42	0.80	26.9	9.90
17	34	Kiên Giang	5.40	10.72	16.70	24.7	15.07
18	16	Long An	5.30	5.45	8.90	22.0	11.01
19	38	Quảng Nam	6.20	6.55	17.40	27.9	15.94
20	8	Hà Nam	3.90	4.23	1.80	25.0	9.46
21	7	Nam Định	5.70	3.56	0.30	25.9	9.38
22	28	Trần Giang	5.10	6.58	15.40	23.4	13.70
23	10	Thái Bình	5.50	3.28	0.60	26.2	9.54
24	13	Bạc Liêu	7.40	6.13	2.80	24.3	10.14
25	47	Bến Tre	7.10	5.27	33.10	25.1	20.31
26	36	Bình Định	7.10	5.23	14.90	29.0	15.46
27	32	Hà Tĩnh	7.10	3.34	10.20	32.6	15.03

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
28	20	Tây Ninh	6.90	8.22	7.30	25.2	11.99
29	42	Nghệ An	7.10	5.69	19.40	30.3	17.43
30	21	Bình Thuận	6.60	6.49	5.90	28.0	12.19
31	14	Ninh Bình	5.90	3.13	1.20	28.1	10.41
32	22	Thừa Thiên-Huế	7.00	9.11	4.80	27.9	12.22
33	25	Lâm Đồng	6.40	7.89	9.00	25.3	12.46
34	15	Phú Thọ	6.30	3.96	3.10	27.7	10.97
35	26	Thái Nguyên	7.40	3.93	8.50	28.3	13.07
36	37	Thanh Hóa	7.60	4.80	10.60	33.8	15.65
37	40	Quảng Bình	8.90	4.94	11.80	35.7	16.80
38	61	Đồng Tháp	5.70	9.43	76.00	25.6	35.31
39	54	An Giang	7.30	11.65	58.90	26.7	29.92
40	46	Hậu Giang	7.20	9.65	32.30	25.0	20.22
41	35	Trà Vinh	7.10	15.23	10.80	27.0	15.25
42	30	Bình Phước	7.40	6.17	12.60	28.5	14.59
43	39	Tuyên Quang	10.00	5.26	14.80	31.3	16.47
44	52	Lạng Sơn	11.60	6.92	39.00	29.8	24.22
45	24	Phú Yên	10.60	5.18	3.50	29.2	12.39
46	33	Quảng Ngãi	7.30	10.49	10.10	31.0	15.05
47	29	Sóc Trăng	7.50	13.98	9.00	26.7	14.34
48	27	Bắc Giang	9.40	3.63	6.90	29.8	13.30
49	41	Quảng Trị	12.80	9.36	18.60	27.7	17.22
50	43	Ninh Thuận	7.80	14.32	18.90	30.8	18.42
51	48	Hòa Bình	9.50	6.15	28.10	32.2	21.18
52	44	Đắk Nông	11.50	9.30	16.90	36.6	19.27
53	45	Đắk Lắk	11.00	11.63	19.50	36.4	20.20
54	55	Bắc Cạn	10.00	9.60	52.70	35.6	30.83
55	49	Yên Bái	9.60	15.06	27.00	31.9	21.51
56	56	Lào Cai	10.60	19.91	54.00	34.6	31.75
57	59	Cao Bằng	14.40	19.47	61.60	30.2	32.92

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
58	58	Sơn La	10.50	21.35	58.90	31.6	32.56
59	50	Gia Lai	15.10	17.33	28.30	35.0	23.78
60	62	Điện Biên	12.10	28.28	86.40	29.1	41.67
61	53	Kon Tum	20.90	18.29	32.30	35.3	26.18
62	60	Hà Giang	18.80	30.33	58.50	33.4	35.26
63	63	Lai Châu	14.20	40.82	92.60	36.2	48.30
Vùng			Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
		Trung du và miền núi phía Bắc	10.30	12.29	32.65	30.83	22.93
		Đồng bằng sông Hồng	5.12	3.40	1.25	23.38	8.83
		Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	7.26	6.17	11.97	29.95	14.94
		Tây nguyên	11.76	12.48	19.98	33.36	19.65
		Đông Nam Bộ	4.37	4.13	6.04	16.59	8.16
		Đồng bằng sông Cửu Long	6.23	8.56	31.15	25.07	20.02

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Chỉ số nghèo đói con người (HPI) 1999

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
		Cả nước	9,70	9,75	22,90	36,70	21,13
1	5	Bà Rịa-Vũng Tàu	8,60	7,30	6,09	34,00	14,47
2	1	TP Hồ Chí Minh	5,00	5,59	1,22	18,10	7,37
3	7	Bình Dương	6,29	7,22	6,81	34,50	14,65
4	2	Đà Nẵng	5,49	6,05	4,81	27,60	11,57
5	6	Hải Phòng	6,54	4,95	7,35	33,90	14,52
6	4	Đồng Nai	7,24	7,34	6,04	32,20	13,73
7	3	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	5,97	4,73	5,66	27,42	11,73
8	16	Quảng Ninh	10,00	7,62	12,97	33,30	16,64
9	8	Vĩnh Phúc	7,57	6,10	3,62	37,70	14,67
10	13	Tây Ninh	5,69	11,07	8,50	34,90	15,77
11	11	Hải Dương	7,38	5,66	8,66	35,10	15,45
12	10	Bắc Ninh	6,25	6,15	7,18	36,70	15,44
13	14	Hung Yên	6,75	6,18	6,43	39,80	16,26
14	20	Lâm Đồng	8,80	10,17	12,85	34,40	17,07
15	33	Long An	7,85	8,58	33,38	29,90	22,19
16	21	Khánh Hòa	10,48	8,46	11,10	36,40	17,16
17	23	Ninh Bình	10,71	5,95	11,84	36,50	17,31
18	28	Bình Phước	9,47	12,87	10,26	41,50	18,92
19	26	Bình Thuận	7,74	11,53	13,47	39,10	18,87
20	9	Thái Bình	6,35	5,16	9,97	32,20	14,82
21	57	Vĩnh Long	8,05	9,51	83,52	33,70	40,73
22	44	Tiền Giang	9,30	9,31	48,18	31,50	27,86
23	19	Hà Nam	6,45	5,99	13,61	34,90	17,01
24	31	Nghệ An	11,65	7,09	12,71	45,10	20,56
25	15	Nam Định	5,00	5,34	8,36	39,30	16,64
26	12	Thái Nguyên	9,00	5,33	5,78	37,80	15,52
27	27	Hà Tĩnh	8,65	5,53	9,49	44,20	18,87

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
28	32	Cà Mau	13.50	7.49	23.87	33.50	20.67
29	25	Quảng Nam	8.98	9.58	10.83	39.00	17.85
30	40	Kiên Giang	10.21	12.35	37.91	30.60	24.32
31	50	Cần Thơ	11.01	10.76	66.89	32.50	34.70
32	18	Thừa Thiên-Huế	9.05	14.17	9.61	34.70	16.89
33	30	Bạc Liêu	13.03	11.29	23.98	31.90	20.40
34	17	Phú Thọ	10.78	5.37	7.03	39.80	16.81
35	39	Tuyên Quang	8.55	11.22	26.77	40.90	23.86
36	22	Bình Định	9.66	7.72	8.14	39.90	17.18
37	24	Bắc Giang	11.80	6.72	6.04	42.30	17.49
38	52	An Giang	8.42	15.35	73.00	32.80	37.02
39	36	Sóc Trăng	7.62	14.72	30.29	33.90	23.04
40	43	Quảng Bình	13.07	8.09	27.00	51.50	27.62
41	37	Phú Yên	26.45	9.98	12.09	41.30	23.42
42	55	Bến Tre	10.22	9.72	79.95	33.70	39.54
43	29	Thanh Hóa	9.71	8.20	12.03	41.30	18.95
44	45	Trà Vinh	10.82	17.36	47.00	31.80	28.25
45	34	Quảng Trị	12.20	13.04	22.75	39.20	22.41
46	46	Ninh Thuận	11.18	18.36	41.99	39.80	29.37
47	51	Bắc Cạn	10.57	14.99	59.39	43.20	35.96
48	35	Đắk Lắk	19.19	12.90	8.23	51.10	22.75
49	58	Đồng Tháp	8.87	14.31	86.57	31.80	41.28
50	38	Quảng Ngãi	15.69	12.60	19.84	45.10	23.73
51	48	Lạng Sơn	14.53	10.58	50.58	42.50	32.72
52	42	Yên Bái	12.95	16.78	31.30	40.60	26.10
53	41	Hòa Bình	9.28	8.08	28.33	43.30	25.07
54	54	Cao Bằng	18.46	25.02	65.99	41.50	38.94
55	47	Kon Tum	28.60	24.44	30.80	44.20	31.16
56	53	Lào Cai	13.89	34.99	54.23	45.50	38.37
57	56	Sơn La	16.94	30.86	68.66	39.40	40.00

Xếp hạng HDI	Xếp hạng HPI	Tỉnh	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
58	49	Gia Lai	22.77	27.45	41.73	46.70	34.10
59	59	Hà Giang	20.59	38.99	63.46	43.00	41.78
60	60	Lai Châu	19.01	46.65	76.75	43.20	47.63
61	61	Điện Biên					
62	62	Đắc Nông					
63	63	Hậu Giang					

Vùng	Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng (%)	HPI
Trung du và miền núi phía Bắc	13.06	16.95	34.36	41.41	27.83
Đồng bằng sông Hồng	6.73	5.47	7.89	33.45	14.60
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	11.00	9.17	13.52	41.10	19.76
Tây nguyên	18.22	16.61	19.13	45.41	24.72
Đông Nam Bộ	6.16	7.17	4.22	26.37	11.23
Đồng bằng sông Cửu Long	9.73	11.83	55.61	32.26	30.88

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Thay đổi HPI 1999-2008

Xếp hạng HPI 2008	Tỉnh	HPI 2008	HPI 2004	HPI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
	Cả nước	10.93	15.01	21.13	-28.96%	-27.21%	-48.29%
1	TP Hồ Chí Minh	2.84	4.86	7.37	-34.12%	-41.45%	-61.42%
2	Hà Nội (bao gồm cả Hà Tây)	3.75	6.96	11.73	-40.70%	-46.06%	-68.01%
3	Đà Nẵng	5.19	7.77	11.57	-32.80%	-33.20%	-55.11%
4	Hải Phòng	5.42	7.26	14.52	-49.96%	-25.35%	-62.65%
5	Bà Rịa-Vũng Tàu	5.64	14.71	14.47	1.69%	-61.64%	-60.99%
6	Bình Dương	5.86	11.16	14.65	-23.86%	-47.46%	-59.99%
7	Đồng Nai	6.81	8.98	13.73	-34.58%	-24.23%	-50.43%
8	Bắc Ninh	7.09	9.78	15.44	-36.66%	-27.47%	-54.06%
9	Thái Bình	7.14	9.54	14.82	-35.61%	-25.21%	-51.84%
10	Cà Mau	7.20	9.03	20.67	-56.29%	-20.33%	-65.18%
11	Nam Định	7.21	9.38	16.64	-43.60%	-23.14%	-56.65%
12	Bạc Liêu	7.25	10.14	20.40	-50.31%	-28.48%	-64.46%
13	Hưng Yên	7.29	9.90	16.26	-39.12%	-26.37%	-55.18%
14	Hà Nam	7.32	9.46	17.01	-44.36%	-22.63%	-56.95%
15	Long An	7.67	11.01	22.19	-50.41%	-30.33%	-65.45%
16	Hải Dương	8.11	9.46	15.45	-38.73%	-14.36%	-47.53%
17	Tiền Giang	8.24	13.70	27.86	-50.81%	-39.84%	-70.41%
18	Vĩnh Phúc	8.30	11.36	14.67	-22.59%	-26.89%	-43.41%
19	Ninh Bình	8.43	10.41	17.31	-39.89%	-18.98%	-51.29%
20	Tây Ninh	8.46	11.99	15.77	-23.94%	-29.50%	-46.37%
21	Khánh Hòa	8.95	12.22	17.16	-28.76%	-26.74%	-47.81%
22	Phú Thọ	9.29	10.97	16.81	-34.71%	-15.36%	-44.74%
23	Lâm Đồng	9.45	12.46	17.07	-27.02%	-24.14%	-44.64%
24	Bình Định	9.64	15.46	17.18	-10.05%	-37.61%	-43.88%
25	Quảng Ninh	9.88	11.69	16.64	-29.72%	-15.50%	-40.61%
26	Bắc Giang	10.04	13.30	17.49	-23.98%	-24.48%	-42.59%
27	Kiên Giang	10.21	15.07	24.32	-38.04%	-32.25%	-58.02%
28	Bình Thuận	10.23	12.19	18.87	-35.42%	-16.05%	-45.78%
29	Phụ Yên	10.27	12.39	23.42	-47.11%	-17.07%	-56.14%

Xếp hạng HPI 2008	Tỉnh	HPI 2008	HPI 2004	HPI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
30	Quảng Nam	10.53	15.94	17.85	-10.75%	-33.90%	-41.00%
31	Thái Nguyên	10.60	13.07	15.52	-15.82%	-18.92%	-31.75%
32	Hà Tĩnh	10.61	15.03	18.87	-20.33%	-29.44%	-43.78%
33	Nghệ An	10.79	17.43	20.56	-15.24%	-38.12%	-47.55%
34	Hậu Giang	11.04	20.22		-45.41%		
35	Thừa Thiên-Huế	11.06	12.22	16.89	-27.68%	-9.42%	-34.50%
36	Bình Phước	11.81	14.59	18.92	-22.87%	-19.04%	-37.56%
37	Trà Vinh	11.86	15.25	28.25	-46.03%	-22.25%	-58.04%
38	Thanh Hóa	12.14	15.65	18.95	-17.45%	-22.42%	-35.96%
39	Quảng Trị	12.31	17.22	22.41	-23.14%	-28.51%	-45.05%
40	Quảng Ngãi	12.51	15.05	23.73	-36.59%	-16.90%	-47.31%
41	Bến Tre	12.70	20.31	39.54	-48.63%	-37.47%	-67.88%
42	Sóc Trăng	12.77	14.34	23.04	-37.78%	-10.90%	-44.56%
43	Cần Thơ	12.89	24.08	34.70	-30.60%	-46.45%	-62.84%
44	Quảng Bình	14.06	16.80	27.62	-39.18%	-16.29%	-49.09%
45	Hòa Bình	14.53	21.18	25.07	-15.53%	-31.38%	-42.04%
46	Đắk Lắk	14.69	20.20	22.75	-11.19%	-27.29%	-35.42%
47	Đắk Nông	16.05	19.27		-16.71%		
48	Tuyên Quang	16.20	16.47	23.86	-31.00%	-1.61%	-32.11%
49	Lạng Sơn	16.80	24.22	32.72	-25.99%	-30.63%	-48.65%
50	Ninh Thuận	17.21	18.42	29.37	-37.27%	-6.57%	-41.39%
51	Yên Bái	19.90	21.51	26.10	-17.61%	-7.46%	-23.75%
52	An Giang	20.09	29.92	37.02	-19.18%	-32.87%	-45.75%
53	Sơn La	20.50	32.56	40.00	-18.60%	-37.03%	-48.74%
54	Gia Lai	22.19	23.78	34.10	-30.25%	-6.71%	-34.93%
55	Bắc Cạn	23.22	30.83	35.96	-14.26%	-24.71%	-35.44%
56	Kon Tum	23.92	26.18	31.16	-15.95%	-8.66%	-23.23%
57	Cao Bằng	25.59	32.92	38.94	-15.46%	-22.27%	-34.29%
58	Lào Cai	25.78	31.75	38.37	-17.26%	-18.80%	-32.81%
59	Đồng Tháp	27.83	35.31	41.28	-14.44%	-21.18%	-32.56%
60	Hà Giang	29.26	35.26	41.78	-15.60%	-17.04%	-29.98%
61	Vĩnh Long	30.02	32.26	40.73	-20.80%	-6.96%	-26.31%

Xếp hạng HPI 2008	Tỉnh	HPI 2008	HPI 2004	HPI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
62	Điện Biên	32.42	41.67	47.63	1.41%	-22.19%	-18.88%
63	Lai Châu	38.63	48.30	47.63	1.41%	-20.01%	-18.88%
Vùng		HPI 2008	HPI 2004	HPI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)
	Trung du và miền núi phía Bắc	17.98	22.93	27.83	-17.62%	-21.58%	-35.40%
	Đồng bằng sông Hồng	6.25	8.83	14.60	-39.55%	-29.19%	-57.19%
	Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	11	14.94	19.76	-24.38%	-26.39%	-44.33%
	Tây nguyên	16.23	19.65	24.72	-20.53%	-17.39%	-34.35%
	Đông Nam Bộ	5.05	8.16	11.23	-27.29%	-38.14%	-55.02%
	Đồng bằng sông Cửu Long	14.28	20.02	30.88	-35.18%	-28.67%	-53.76%

Nguồn: tính toán của VASS và TCTK cho NHDR 2011

Thay đổi HPI và đóng góp của từng chỉ tiêu vào HPI 1999-2008

	HPI 2008	HPI 2004	HPI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)	Đóng góp vào thay đổi 1999-2004 (điểm %)	Đóng góp vào thay đổi 2004-2008 (điểm %)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %)	Đóng góp (%) 1999-2004	Đóng góp (%) 2004-2008	Đóng góp (%) 1999-2008
Cả nước												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	5.66	6.30	9.70	-35.1%	-10.2%	-41.7%	-6.4%	-2.6%	-8.8%	22.1%	9.6%	18.3%
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	6.40	6.30	9.75	-35.4%	1.5%	-34.4%	-6.5%	0.4%	-7.3%	22.4%	-1.5%	15.2%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	15.14	21.25	29.80	-28.7%	-28.8%	-49.2%	-16.1%	-25.0%	-32.1%	55.5%	91.8%	66.5%
HPI	10.93	15.01	21.13	-29.0%	-27.2%	-48.3%	-29.0%	-27.2%	-48.3%	100.0%	100.0%	100.0%
Trung du và miền núi phía Bắc												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	8.46	10.30	13.06	-21.1%	-17.9%	-35.2%	-3.5%	-4.2%	-7.0%	20.3%	19.1%	19.8%
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	11.97	12.29	16.95	-27.5%	-2.6%	-29.4%	-5.9%	-0.7%	-7.6%	34.3%	3.3%	21.5%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	24.28	31.74	37.88	-16.2%	-23.5%	-35.9%	-7.8%	-17.0%	-20.7%	45.3%	77.5%	58.7%
HPI	17.70	22.66	27.36	-17.2%	-21.9%	-35.3%	-17.2%	-21.9%	-35.3%	100.0%	100.0%	100.0%
Đồng bằng sông Hồng												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	4.49	5.12	6.73	-24.0%	-12.2%	-33.3%	-5.3%	-4.1%	-7.8%	13.4%	13.7%	13.5%
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	3.50	3.40	5.47	-37.9%	3.1%	-36.0%	-6.8%	0.7%	-6.9%	17.2%	-2.3%	11.9%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	8.28	12.32	20.67	-40.4%	-32.8%	-60.0%	-27.5%	-26.6%	-43.1%	69.4%	88.5%	74.6%
HPI	6.16	8.79	14.58	-39.7%	-30.0%	-57.8%	-39.7%	-30.0%	-57.8%	100.0%	100.0%	100.0%
Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	6.68	7.26	11.00	-34.0%	-8.0%	-39.3%	-6.9%	-2.3%	-9.6%	28.6%	8.5%	21.7%

	HPI 2008	HPI 2004	HPI 1999	Thay đổi 1999-2004 (%)	Thay đổi 2004-2008 (%)	Thay đổi 1999-2008 (%)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %)	Đóng góp vào thay đổi (điểm %)	Đóng góp (%) 1999-2004	Đóng góp (%) 2004-2008	Đóng góp (%) 1999-2008
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	5.86	6.17	9.17	-32.8%	-5.0%	-36.1%	-5.5%	-1.2%	-7.4%	23.0%	4.5%	16.6%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	15.00	20.96	27.31	-23.3%	-28.5%	-45.1%	-11.7%	-23.2%	-27.4%	48.5%	87.1%	61.7%
HPI	10.89	14.85	19.57	-24.1%	-26.7%	-44.4%	-24.1%	-26.7%	-44.4%	100.0%	100.0%	100.0%
Tây nguyên												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	8.02	11.76	18.22	-35.5%	-31.8%	-56.0%	-8.0%	-6.2%	-13.0%	39.9%	36.1%	38.4%
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	10.17	12.48	16.61	-24.9%	-18.5%	-38.8%	-5.1%	-3.9%	-8.2%	25.5%	22.3%	24.2%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	22.36	26.67	32.27	-17.4%	-16.2%	-30.7%	-7.0%	-7.2%	-12.7%	34.6%	41.6%	37.3%
HPI	16.19	19.58	24.52	-20.1%	-17.3%	-34.0%	-20.1%	-17.3%	-34.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Đông Nam Bộ												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	3.70	4.37	6.16	-29.2%	-15.3%	-40.0%	-5.6%	-4.4%	-9.4%	20.4%	10.8%	16.4%
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	3.82	4.13	7.17	-42.4%	-7.6%	-46.7%	-9.4%	-2.1%	-12.7%	34.5%	5.1%	22.3%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	6.10	11.31	15.29	-26.0%	-46.1%	-60.1%	-12.4%	-34.3%	-34.9%	45.1%	84.2%	61.3%
HPI	4.81	8.11	11.17	-27.4%	-40.7%	-57.0%	-27.4%	-40.7%	-57.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Đồng bằng sông Cửu Long												
Tỷ lệ người không kỳ vọng sống đến 40 tuổi (%)	5.02	6.23	9.73	-36.0%	-19.4%	-48.4%	-5.6%	-3.6%	-7.9%	15.5%	11.7%	14.3%
Tỷ lệ người lớn biết chữ (% số người từ 15 tuổi trở lên)	8.33	8.56	11.83	-27.7%	-2.6%	-29.6%	-5.2%	-0.7%	-5.9%	14.5%	2.2%	10.6%
Tỷ lệ người không được tiếp cận nước sạch (%)	19.25	28.11	43.93	-36.0%	-31.5%	-56.2%	-25.1%	-26.0%	-41.5%	70.0%	86.1%	75.0%
HPI	13.77	19.74	30.77	-35.8%	-30.2%	-55.2%	-35.8%	-30.2%	-55.2%	100.0%	100.0%	100.0%

Nguồn: Dựa trên tính toán của VASS và GSO cho NHDR 2011

Chỉ số nghèo đói đa chiều và Nghèo đói tiền tệ 2008

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	MPI		Tỷ lệ nghèo đa chiều		Tỷ lệ người ở sát mức nghèo đa chiều*			Tỷ lệ người bị thiếu hụt ở**		Tỷ lệ nghèo theo chuẩn nghèo quốc gia***		
			H*A	H* (H) (%)	(A) (%)	Tỷ lệ	Mức độ thiếu hụt	Tỷ lệ người ở sát mức nghèo đa chiều*	Giáo dục	Y tế	Mức sống	2 \$/ngày (PPP)	1.25\$/ngày (PPP)	Nghèo tiền tệ*
3	1	Cả nước	0.0936	23.3	40.2	20.2	1.6	20.0	17.5	32.9	13.2	14.6		
2	2	Hà Nội	0.0053	1.5	34.9	7.5	0.4	8.7	0.6	4.9	0.8	1.7		
19	3	TP Hồ Chí Minh	0.0071	2.1	34.1	4.6	1.0	13.4	1.0	0.8	0.3	0.5		
7	4	Hải Dương	0.0087	2.5	35.0	11.4	1.6	10.7	0.9	25.4	8.0	8.9		
24	5	Bắc Ninh	0.0091	2.7	34.0	10.9	1.7	14.1	0.4	24.8	4.7	5.9		
8	6	Hưng Yên	0.0100	2.8	35.0	11.2	1.1	12.7	0.4	31.0	7.2	7.1		
4	7	Hải Phòng	0.0108	3.0	35.8	10.8	1.7	10.2	0.8	19.9	4.1	4.9		
22	8	Đà Nẵng	0.0110	3.0	36.3	5.0	0.9	12.2	1.9	11.0	2.0	3.0		
1	9	Thái Bình	0.0137	3.9	35.1	16.7	1.1	11.0	1.3	36.3	8.6	8.5		
33	10	Bà Rịa-Vũng Tàu	0.0151	4.2	36.1	13.4	0.8	15.7	2.0	19.1	5.3	7.0		
31	11	Nam Định	0.0185	5.0	36.7	16.7	2.1	12.2	1.8	30.6	7.0	7.7		
17	12	Hà Nam	0.0197	5.5	36.1	22.6	1.2	12.9	1.5	41.5	8.2	8.4		
10	13	Bình Dương	0.0211	5.9	35.8	17.4	1.4	20.1	2.1	2.2	0.1	0.5		
5	14	Vĩnh Phúc	0.0244	7.0	34.8	28.7	2.0	13.9	2.0	31.3	10.1	11.3		
25	15	Quảng Ninh	0.0299	6.8	43.9	10.3	0.5	11.1	4.9	16.8	6.6	7.2		
45	16	Ninh Bình	0.0324	9.2	35.3	31.8	4.0	13.9	1.8	42.5	11.7	12.9		
27	17	Bắc Giang	0.0392	10.5	37.4	22.4	1.0	15.3	7.4	45.7	16.6	17.5		
39	18	Hà Tĩnh	0.0441	11.7	37.8	23.3	4.6	12.8	6.9	57.4	28.0	28.2		
46	19	Nghệ An	0.0534	12.8	41.6	23.7	2.2	13.8	8.6	53.2	25.0	24.9		
23	20	Phú Thọ	0.0549	14.8	37.1	24.2	2.1	11.2	11.3	43.4	16.3	17.4		
34	21	Bình Định	0.0552	15.4	35.8	36.3	1.0	20.6	4.3	34.1	13.3	13.3		
37	22	Thanh Hóa	0.0570	15.0	38.0	23.5	2.1	14.0	9.5	57.4	26.0	26.3		
18	23	Quảng Bình	0.0599	16.1	37.2	26.6	1.4	12.3	12.9	51.8	22.8	23.6		
		Lâm Đồng	0.0658	17.4	37.9	23.8	1.8	19.3	9.3	30.6	14.4	18.3		

	MPI	Tỷ lệ nghèo đa chiều		Tỷ lệ người ở sát mức nghèo đa chiều*	Tỷ lệ người bị thiếu hụt ở**			Tỷ lệ nghèo theo chuẩn nghèo quốc gia***			
		Tỷ lệ	Mức độ thiếu hụt		Giáo dục	Y tế	Mức sống	2\$/ngày (PPP)	1.25\$/ngày (PPP)	Nghèo tiền tệ*	
9	Đông Nai	0.0662	16.8	39.5	18.4	1.5	17.3	13.8	11.2	2.3	4.3
11	Khánh Hòa	0.0685	17.4	39.4	18.9	2.1	19.8	11.7	29.8	10.3	10.7
42	Phú Yên	0.0694	19.2	36.0	33.1	1.2	24.1	7.4	39.1	16.7	17.6
30	Thái Nguyên	0.0751	19.7	38.1	22.6	2.2	14.3	14.4	45.1	16.5	17.5
47	Quảng Trị	0.0783	20.4	38.5	30.6	2.2	17.9	13.8	47.8	26.9	27.6
28	Bình Thuận	0.0784	20.2	38.8	21.1	0.7	31.0	11.1	31.6	4.9	9.3
40	Thừa Thiên-Huế	0.0814	20.3	40.0	23.2	1.6	26.0	14.4	37.5	13.7	15.7
29	Quảng Nam	0.0822	21.3	38.6	25.3	2.0	18.7	14.3	43.8	20.3	20.7
44	Quảng Ngãi	0.0881	23.4	37.6	27.2	1.2	22.1	14.9	44.9	21.7	21.7
38	Bình Phước	0.0928	23.2	40.1	25.9	1.5	21.2	15.7	19.2	7.3	10.1
50	Đặc Nông	0.1009	27.0	37.4	36.4	2.2	14.8	19.1	49.5	25.8	26.7
51	Hòa Bình	0.1160	31.2	37.2	36.0	2.4	16.0	22.2	60.1	31.2	32.3
21	Tây Ninh	0.1210	31.9	37.9	26.1	1.4	27.9	22.1	18.8	3.8	5.6
12	Long An	0.1309	35.0	37.4	31.5	1.5	27.2	24.6	28.1	7.2	7.6
41	Đặc Lắc	0.1341	36.0	37.3	28.7	2.5	20.4	27.0	44.3	19.9	24.6
56	Ninh Thuận	0.1373	33.5	41.0	21.2	3.1	37.5	23.6	52.4	14.5	21.2
20	Tiền Giang	0.1449	38.3	37.8	32.3	1.7	31.5	25.6	30.9	9.7	10.7
49	Tuyên Quang	0.1577	41.2	38.2	29.0	2.6	18.9	33.7	53.9	23.1	23.3
6	Cần Thơ	0.1676	39.3	42.6	19.5	1.0	31.2	31.8	20.7	5.7	6.9
35	Lạng Sơn	0.1716	45.0	38.1	34.1	0.8	19.7	36.0	49.8	20.5	21.2
26	Bạc Liêu	0.1773	46.1	38.4	24.2	0.9	28.7	38.4	33.5	11.9	12.4
15	Cà Mau	0.1806	46.2	39.1	26.2	2.0	30.0	35.6	27.0	13.3	13.7
54	Bắc Cạn	0.1817	45.2	40.2	28.4	0.7	18.0	40.1	64.2	38.9	39.9
32	An Giang	0.1899	45.0	42.2	23.1	1.8	36.5	34.4	19.1	8.3	8.5
53	Gia Lai	0.1916	46.3	41.4	24.9	1.5	32.6	34.8	48.9	26.6	29.1
16	Kiên Giang	0.1987	49.2	40.4	23.8	2.1	32.6	38.4	33.5	8.7	9.5
60	Yên Bái	0.1997	45.4	44.0	22.4	2.2	21.4	40.6	53.0	24.6	24.6
14	Bến Tre	0.2006	51.0	39.3	29.2	1.4	29.4	39.4	31.6	14.9	15.5

	MPI	Tỷ lệ nghèo đa chiều		Tỷ lệ người ở sát mức nghèo đa chiều*		Tỷ lệ người bị thiếu hụt ở**			Tỷ lệ nghèo theo chuẩn nghèo quốc gia***		
		Tỷ lệ	Mức độ thiếu hụt	Giáo dục	Y tế	Mức sống	2 \$/ngày (PPP)	1.25\$/ngày (PPP)	Ngheo tiền tệ*		
58	Kon Tum	0.2074	50.1	41.4	23.2	2.1	26.9	42.1	51.6	25.1	32.0
52	Trà Vinh	0.2143	55.0	38.9	25.6	2.5	34.4	43.7	49.1	19.6	20.7
48	Sóc Trăng	0.2363	57.7	41.0	21.0	2.9	38.9	46.7	52.1	18.0	19.2
36	Hậu Giang	0.2379	60.6	39.3	26.9	2.7	34.1	48.6	37.5	13.1	13.8
59	Sơn La	0.2513	60.1	41.8	25.3	1.2	35.0	46.0	66.9	41.8	42.4
57	Lào Cai	0.2591	57.0	45.4	19.4	0.7	32.6	50.0	64.6	37.1	37.7
43	Đồng Tháp	0.2800	65.6	42.7	19.4	1.5	35.3	58.8	38.7	11.1	10.3
55	Cao Bằng	0.2819	60.9	46.3	22.0	1.4	27.0	57.2	62.4	41.9	42.0
13	Vĩnh Long	0.2898	71.3	40.7	14.8	1.4	25.5	67.2	28.2	9.4	10.0
62	Hà Giang	0.3325	73.0	45.6	11.4	0.6	35.7	68.6	74.4	41.4	43.0
61	Điện Biên	0.3622	75.0	48.3	11.3	1.5	37.5	71.0	73.6	48.5	49.0
63	Lai Châu	0.4119	82.3	50.0	7.8	1.9	43.0	77.7	80.8	60.1	61.3

	MPI	Tỷ lệ nghèo đa chiều		Tỷ lệ người ở sát mức nghèo đa chiều*		Tỷ lệ người bị thiếu hụt ở**			Tỷ lệ nghèo theo chuẩn nghèo quốc gia***		
		Tỷ lệ	Mức độ thiếu hụt	Giáo dục	Y tế	Mức sống	2 \$/ngày (PPP)	1.25\$/ngày (PPP)	Ngheo tiền tệ*		
Vùng	H*A	(H) (%)	(A) (%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
Trung du và miền núi phía Bắc	0.1684	39.5	42.6	23.5	1.6	22.2	33.4	56.1	28.4	29.2	
Đồng bằng sông Hồng	0.0132	3.6	36.3	13.6	1.3	11.0	1.2	21.9	5.4	6.8	
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	0.0647	16.8	38.6	24.5	1.9	18.5	10.3	45.3	19.5	20.4	
Tây nguyên	0.1350	34.5	39.2	26.8	2.0	23.2	25.3	43.1	21.1	24.9	
Đông Nam Bộ	0.0346	9.0	38.2	12.0	1.2	16.5	6.2	6.9	1.8	2.8	
Đồng bằng sông Cửu Long	0.2004	49.7	40.3	24.7	1.8	32.3	39.8	32.0	11.1	11.7	
Nông thôn/Thành thị											
Thành thị	0.0232	5.9	39.1	7.3	1.1	12.6	4.0	11.3	3.8	6.7	

	MPI	Tỷ lệ nghèo đa chiều		Tỷ lệ người ở sát mức nghèo đa chiều*	Tỷ lệ người bị thiếu hụt ở**			Tỷ lệ nghèo theo chuẩn nghèo quốc gia***		
		Tỷ lệ	Mức độ thiếu hụt		Giáo dục	Y tế	Mức sống	2\$/ngày (PPP)	1.25\$/ngày (PPP)	Nghèo tiền tệ*
Nông thôn	0.1205	29.9	40.3	25.1	1.8	22.9	22.6	41.1	16.9	17.7
Điện										
Dân tộc thiểu số	0.2638	61.9	42.6	25.2	1.8	33.9	51.4	71.8	41.0	42.6
Dân tộc Kinh và Hoa	0.0676	17.4	38.8	19.5	1.6	17.9	12.3	26.9	9.0	10.2
Ngũ phần vị thu nhập										
Nghèo nhất	0.2069	48.8	42.4	24.9	3.1	31.3	39.1	100.0	68.0	70.8
Nghèo	0.1224	30.9	39.6	25.8	2.1	24.3	23.0	70.6	0.0	1.8
Trung bình	0.0846	21.9	38.6	24.6	1.4	20.6	15.5	0.0	0.0	0.0
Khá	0.0479	12.8	37.6	17.3	1.1	15.6	8.8	0.0	0.0	0.0
Giàu nhất	0.0206	5.7	36.5	10.1	0.4	9.7	3.7	0.0	0.0	0.0
Giới										
Nam	0.0891	22.3	40.0	20.3	1.6	16.1	17.5	32.1	12.7	14.0
Nữ	0.0978	24.3	40.3	20.2	1.7	23.8	17.5	33.6	13.8	15.2

Nguồn: Tính toán của TCTK cho NHDR 2011

* Người ở sát mức nghèo đa chiều: là những người thiếu hụt ở 2 trong số 9 chỉ tiêu sử dụng trong tính toán (trừ chỉ tiêu giáo dục và y tế tổng hợp)

** Tỷ lệ người bị thiếu hụt ở

1. một hoặc hai chỉ tiêu giáo dục

2. chỉ tiêu y tế

3. ba trong số 6 chỉ tiêu mức sống trở lên

***Chỉ tiêu nghèo tiền tệ được dựa trên các đường nghèo sau:

1. 2 USD/ngày (PPP), tương đương với 15.722.5 VND/người/tháng năm 2008.

2. 1,25 USD/ngày (PPP), tương đương với 322.312.8 VND/người/tháng năm 2008.

3. Chuẩn nghèo quốc gia năm 2008 là 290.000 VND/người/tháng ở vùng nông thôn.

Nghèo đói đa chiều trong nhóm người nghèo và đóng góp của các khía cạnh thiếu hụt (%) 2008

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*					Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)												
			Giáo dục		Mức sống			Không được tiếp cận y tế			Giáo dục				Mức sống					
			Không được tiếp cận	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Tài sản	Không được tiếp cận y tế	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Tài sản		
3	1	Hà Nội	4.5	54.8	43.9	11.3	38.5	98.9	93.7	47.4	12.8	1.24	11.82	3.25	3.13	10.66	27.35	25.91	13.10	3.54
2	2	TP Hồ Chí Minh	6.6	64.7	80.3	2.7	7.0	87.2	80.0	30.7	22.1	2.10	18.76	5.98	0.86	2.22	27.78	25.47	9.79	7.03
19	3	Hải Dương	16.5	65.7	59.0	1.9	5.5	70.2	68.1	71.3	6.9	5.39	18.96	2.69	0.63	1.80	22.86	22.19	23.23	2.25
7	4	Bắc Ninh	24.9	59.1	73.3	0.0	44.5	71.7	54.7	27.8	23.6	7.89	16.40	5.15	0.00	14.12	22.76	17.35	8.84	7.49
24	5	Hung Yên	20.0	76.2	78.8	2.4	2.4	85.7	79.8	12.0	20.1	6.55	23.06	4.28	0.79	0.79	27.99	26.07	3.92	6.56
8	6	Hải Phòng	13.3	75.4	91.9	2.9	0.0	91.0	53.8	8.8	56.3	4.21	23.26	5.04	0.91	0.00	28.87	17.06	2.79	17.86
4	7	Đà Nẵng	14.9	68.6	95.7	0.0	7.7	91.3	66.6	24.7	32.2	4.62	20.24	6.05	0.00	2.39	28.34	20.68	7.68	9.99
22	8	Thái Bình	5.0	58.6	39.0	0.0	41.1	95.0	75.8	31.2	22.3	1.53	14.67	2.48	0.00	12.59	29.12	23.22	9.55	6.84
1	9	Bà Rịa-Vũng Tàu	7.3	65.6	79.8	3.6	0.0	95.8	84.3	24.4	26.5	2.32	18.89	4.44	1.15	0.00	30.35	26.73	7.73	8.39
33	10	Nam Định	7.5	64.7	58.7	5.4	4.0	96.7	79.2	55.1	10.9	2.31	14.95	5.45	1.66	1.23	29.75	24.35	16.93	3.36
31	11	Hà Nam	15.5	69.0	78.4	0.5	0.0	92.9	78.1	24.0	40.7	4.70	19.46	4.40	0.15	0.00	28.09	23.61	7.27	12.31
17	12	Bình Dương	10.3	72.3	94.1	0.0	5.8	97.7	78.5	8.5	34.4	3.16	21.10	6.55	0.00	1.77	30.06	24.15	2.62	10.58
10	13	Vĩnh Phúc	10.5	69.6	85.4	4.1	6.1	93.7	79.3	31.8	6.9	3.25	20.18	7.75	1.27	1.89	29.07	24.59	9.87	2.14
5	14	Quảng Ninh	14.3	60.3	71.8	0.0	13.4	97.5	91.6	12.2	11.3	4.55	17.03	6.30	0.00	4.28	31.12	29.21	3.89	3.62
25	15	Ninh Bình	1.4	51.8	40.2	38.2	74.0	99.1	87.3	9.9	30.4	0.36	9.95	3.88	9.66	18.74	25.10	22.11	2.50	7.69
45	16	Bắc Giang	27.5	58.7	83.2	2.1	8.1	97.1	92.2	12.9	5.8	8.65	16.64	5.98	0.65	2.54	30.61	29.04	4.06	1.82
27	17	Hà Tĩnh	4.3	51.8	44.2	2.2	35.8	98.8	88.8	46.0	7.5	1.28	12.57	3.34	0.67	10.63	29.31	26.34	13.64	2.22
39	18	Nghệ An	20.3	49.7	49.7	1.6	28.0	98.9	79.3	32.6	25.5	5.95	12.51	3.39	0.48	8.24	29.05	23.30	9.59	7.48
46	19	Phú Thọ	8.1	50.5	49.9	22.1	36.0	97.3	91.9	33.2	32.6	2.16	10.47	3.83	5.90	9.59	25.96	24.52	8.86	8.71
23	20	Bình Định	8.7	30.4	44.5	1.8	20.1	98.4	87.3	72.5	9.9	2.60	7.37	3.17	0.54	6.02	29.46	26.15	21.72	2.95
34	21	Thanh Hóa	4.6	77.4	79.0	2.5	13.9	99.6	91.6	9.4	13.9	1.44	22.07	4.73	0.77	4.32	30.96	28.47	2.92	4.31
37	22	Quảng Bình	7.7	41.9	56.3	6.8	46.7	99.8	93.3	20.3	17.3	2.26	10.28	4.36	1.98	13.66	29.19	27.28	5.94	5.05
18	23	Lâm Đồng	5.7	31.9	39.1	0.2	53.9	98.4	94.7	21.8	23.3	1.71	7.00	4.00	0.07	16.09	29.38	28.28	6.52	6.94
9	24	Đồng Nai	6.0	59.8	61.3	9.9	21.7	99.2	94.1	34.9	7.1	1.75	14.06	5.85	2.92	6.37	29.11	27.60	10.25	2.09
11	25	Khánh Hòa	5.6	42.2	29.8	24.9	21.9	99.4	80.9	66.0	14.2	1.58	9.40	2.65	6.99	6.15	27.95	22.74	18.55	3.98
			7.7	61.3	45.5	1.7	34.5	96.4	91.4	42.9	19.2	2.17	13.47	3.78	0.47	9.73	27.15	25.73	12.10	5.40

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*						Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)											
			Giáo dục			Mức sống			Giáo dục			Mức sống								
			Y tế	Không được tiếp cận	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	Không được tiếp cận y tế	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	
42	26	Phú Yên	4.4	65.2	75.5	2.9	22.6	99.8	94.6	11.4	10.4	1.37	17.59	6.58	0.89	6.96	30.75	29.15	3.51	3.20
30	27	Thái Nguyên	7.2	38.2	49.0	6.7	30.0	100.0	92.0	52.6	9.6	2.11	9.01	4.13	1.95	8.74	29.14	26.79	15.33	2.81
47	28	Quảng Trị	7.5	57.3	32.7	1.2	25.4	100.0	97.3	53.2	10.9	2.16	12.01	2.67	0.35	7.34	28.87	28.08	15.37	3.16
28	29	Bình Thuận	3.1	68.8	71.3	3.9	22.3	96.6	78.0	41.9	25.5	0.90	16.11	6.10	1.12	6.38	27.70	22.37	12.02	7.32
40	30	Thừa Thiên-Huế	5.1	61.7	40.2	3.4	45.0	98.4	92.4	37.2	18.3	1.41	13.70	3.08	0.95	12.50	27.32	25.66	10.32	5.07
29	31	Quảng Nam	6.9	53.4	36.0	3.9	35.6	98.8	94.2	39.2	16.8	1.99	11.90	3.00	1.12	10.27	28.45	27.14	11.28	4.84
44	32	Quảng Ngãi	3.4	66.2	40.7	4.9	33.4	99.9	90.6	23.7	19.7	1.01	15.69	2.94	1.45	9.85	29.50	26.77	6.99	5.81
38	33	Bình Phước	4.6	58.4	56.4	6.5	34.9	99.8	92.6	49.2	10.9	1.29	12.59	4.69	1.80	9.66	27.67	25.66	13.63	3.01
50	34	Đặc Nóng	5.6	42.9	35.5	11.9	37.8	99.9	91.8	40.9	5.8	1.65	9.33	3.37	3.54	11.25	29.70	27.28	12.17	1.72
51	35	Hòa Bình	6.2	36.2	46.4	3.6	44.3	99.7	97.2	31.2	10.5	1.87	8.39	4.19	1.08	13.24	29.77	29.04	9.31	3.12
21	36	Tây Ninh	4.2	59.3	54.1	4.6	4.7	99.9	94.4	69.0	1.6	1.23	14.20	4.21	1.34	1.38	29.28	27.68	20.23	0.46
12	37	Long An	3.5	53.6	37.7	2.7	9.8	99.5	96.1	67.0	4.1	1.03	13.08	2.89	0.79	2.92	29.59	28.57	19.91	1.22
41	38	Đặc Lắc	5.5	44.5	38.1	13.9	30.7	99.9	97.9	40.6	2.6	1.63	9.08	4.15	4.16	9.15	29.78	29.19	12.10	0.76
56	39	Ninh Thuận	7.8	74.7	48.4	4.6	62.8	93.9	86.1	35.0	7.2	2.10	15.15	4.20	1.26	17.03	25.47	23.36	9.48	1.95
20	40	Triển Giang	4.0	62.6	45.3	0.6	8.1	98.7	96.4	67.9	3.2	1.17	15.14	2.93	0.19	2.38	28.98	28.31	19.94	0.95
49	41	Tuyên Quang	4.9	33.7	39.7	1.1	49.2	99.8	93.0	52.9	5.2	1.43	7.30	3.74	0.32	14.30	28.98	27.03	15.38	1.52
6	42	Cần Thơ	2.1	62.5	50.7	4.5	41.1	99.2	97.1	68.1	9.1	0.55	13.42	2.84	1.18	10.72	25.85	25.31	17.76	2.37
35	43	Lạng Sơn	1.9	37.1	36.3	21.3	49.4	99.6	97.8	21.7	12.3	0.55	8.52	2.89	6.22	14.40	29.03	28.51	6.31	3.58
26	44	Bạc Liêu	1.9	48.4	44.9	2.2	0.1	99.8	94.9	83.0	16.7	0.55	10.88	2.86	0.63	0.03	28.84	27.43	23.98	4.81
15	45	Cà Mau	3.8	52.1	59.3	14.3	0.3	100.0	98.5	72.6	7.2	1.08	11.69	4.13	4.05	0.07	28.39	27.95	20.60	2.04
54	46	Bắc Cạn	1.2	35.1	28.2	15.8	70.0	100.0	96.2	34.6	9.7	0.35	7.27	2.18	4.37	19.35	27.65	26.61	9.56	2.67
32	47	An Giang	3.8	64.0	43.6	10.5	65.9	98.1	85.3	46.1	8.3	1.01	13.50	2.82	2.76	17.35	25.82	22.45	12.12	2.18
53	48	Gia Lai	2.3	73.8	52.5	4.1	58.6	100.0	96.2	30.6	14.9	0.63	12.65	5.03	1.10	15.74	26.83	25.81	8.22	4.00
16	49	Kiên Giang	4.1	56.9	45.7	9.1	11.4	99.0	96.5	74.0	13.5	1.14	12.04	3.31	2.50	3.13	27.25	26.55	20.37	3.70
60	50	Yên Bái	3.7	42.9	34.1	46.4	60.3	100.0	93.3	41.1	10.3	0.94	7.71	2.57	11.72	15.24	25.27	23.57	10.39	2.60
14	51	Bến Tre	2.8	53.3	33.6	3.9	33.2	100.0	97.9	60.4	5.2	0.79	12.51	1.80	1.11	9.37	28.24	27.63	17.06	1.48
58	52	Kon Tum	3.5	60.5	31.9	1.4	68.0	100.0	99.3	29.2	20.3	0.95	10.58	3.04	0.36	18.26	26.85	26.66	7.84	5.45
52	53	Trà Vinh	4.4	58.0	41.7	3.1	8.1	100.0	97.2	76.5	5.0	1.27	13.28	2.72	0.88	2.30	28.54	27.75	21.83	1.43

Xếp hạng MPI		Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*										Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)									
		Giáo dục					Mức sống					Giáo dục					Mức sống				
		Không được tiếp cận	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	Không được tiếp cận y tế	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở	Tài sản				
48	54	Sóc Trăng	4.8	61.3	46.5	7.1	5.2	99.2	96.5	78.5	18.6	1.30	13.13	2.84	1.93	1.41	26.89	26.17	21.28	5.05	
36	55	Hậu Giang	4.2	52.5	40.2	2.1	19.2	1000	99.1	71.9	5.8	1.17	11.56	2.94	0.59	5.44	28.29	28.02	20.35	1.64	
59	56	Sơn La	1.8	60.8	46.8	39.7	45.0	1000	99.0	19.8	12.7	0.48	11.67	3.89	10.54	11.95	26.54	26.30	5.26	3.38	
57	57	Lào Cai	1.1	61.0	33.6	42.2	68.6	99.8	93.2	14.4	36.3	0.28	10.45	2.53	10.33	16.78	24.42	22.81	3.52	8.89	
43	58	Đồng Tháp	2.3	48.7	39.8	2.6	79.1	99.7	93.9	53.4	4.3	0.60	10.26	2.48	0.67	20.60	25.94	24.44	13.89	1.12	
55	59	Cao Bằng	2.2	48.0	28.4	47.6	74.6	99.8	99.6	15.6	33.7	0.54	8.48	1.89	11.44	17.92	23.96	23.93	3.75	8.09	
13	60	Vĩnh Long	1.6	36.6	18.2	2.0	85.3	99.5	97.6	44.2	2.6	0.44	8.03	1.05	0.55	23.31	27.18	26.66	12.06	0.71	
62	61	Hà Giang	0.7	58.0	30.6	21.2	64.2	1000	98.5	49.1	27.4	0.18	9.85	2.10	5.18	15.66	24.38	24.02	11.97	6.67	
61	62	Điện Biên	2.0	63.7	32.1	49.3	78.1	99.6	99.7	35.3	18.9	0.45	9.41	2.55	11.34	17.96	22.90	22.92	8.12	4.35	
63	63	Lai Châu	2.3	69.5	31.3	57.0	80.0	99.0	97.2	24.5	35.5	0.50	9.88	2.30	12.66	17.76	21.99	21.59	5.43	7.89	

Vùng		Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*										Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)									
		Giáo dục					Mức sống					Giáo dục					Mức sống				
		Không được tiếp cận	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	Không được tiếp cận y tế	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở	Tài sản				
Trung du và miền núi phía Bắc	3.0	49.5	37.4	29.0	56.5	99.7	96.1	34.2	18.2	0.78	9.39	2.91	7.55	14.71	25.97	25.03	8.90	4.75			
Đồng bằng sông Hồng	13.6	64.4	73.9	5.4	15.2	92.8	80.1	18.8	25.7	4.16	17.72	5.26	1.67	4.66	28.41	24.53	5.74	7.86			
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	6.9	57.5	51.0	5.9	36.3	98.4	90.6	29.6	19.2	1.97	13.38	4.02	1.70	10.46	28.32	26.08	8.53	5.54			
Tây nguyên	4.3	57.3	44.5	8.6	43.6	99.8	96.7	35.3	9.4	1.21	11.09	4.47	2.45	12.36	28.31	27.41	10.02	2.67			
Đông Nam Bộ	6.7	55.0	47.0	11.6	15.9	95.8	85.0	62.5	8.7	1.94	13.01	3.79	3.38	4.61	27.85	24.71	18.17	2.54			
Đồng bằng sông Cửu Long	3.4	54.8	41.8	5.3	34.0	99.3	95.3	64.0	7.7	0.92	12.12	2.69	1.45	9.37	27.40	26.28	17.64	2.12			
Nông thôn/Thành thị																					
Thành thị	7.6	59.3	53.9	2.9	28.4	93.4	88.3	58.3	11.5	2.17	13.71	3.73	0.82	8.06	26.54	25.10	16.58	3.28			

Vùng	Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*										Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)							
	Y tế					Giáo dục					Không được tiếp cận y tế			Giáo dục				
	Không được tiếp cận	Hoàn thành tiêu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	Không được tiếp cận y tế	Hoàn thành tiêu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Nhà ở	Tài sản
Nông thôn	4.3	54.4	43.2	12.0	39.3	99.3	94.1	46.5	12.9	1.18	11.68	3.22	3.30	10.85	27.40	25.97	12.85	3.56
Điện																		
Dân tộc thiểu số	2.8	56.4	40.0	23.3	52.6	99.9	97.5	35.5	19.1	0.72	10.56	3.20	6.08	13.71	26.05	25.43	9.26	4.99
Dân tộc Kinh và Hòa	5.4	54.0	46.6	4.8	30.9	98.3	91.6	53.8	9.4	1.56	12.57	3.29	1.37	8.84	28.12	26.20	15.39	2.68
Ngũ phần vị thu nhập																		
Nghèo nhất	4.8	59.5	40.0	17.5	43.2	99.3	95.1	45.3	21.8	1.26	11.19	3.13	4.58	11.32	26.01	24.93	11.87	5.71
Nghèo	4.8	54.5	43.8	7.6	37.2	98.9	94.3	49.7	8.9	1.34	12.05	3.28	2.13	10.45	27.79	26.49	13.95	2.51
Trung bình	4.1	52.0	48.4	7.4	33.9	98.8	93.1	49.6	5.3	1.19	12.45	3.46	2.13	9.75	28.43	26.80	14.27	1.52
Khá	3.9	47.9	52.2	6.4	35.3	98.1	90.6	47.1	4.1	1.15	12.24	3.35	1.88	10.44	29.03	26.79	13.93	1.21
Giàu nhất	2.7	47.4	51.2	4.9	33.2	97.8	88.3	45.9	3.8	0.81	12.85	3.03	1.50	10.10	29.75	26.85	13.96	1.15
Giới																		
Nam	4.3	46.2	44.7	11.8	40.1	99.0	94.9	49.7	11.9	1.19	9.75	3.69	3.28	11.12	27.49	26.37	13.79	3.31
Nữ	4.7	62.0	43.0	10.9	37.2	98.8	92.6	45.3	13.6	1.29	13.62	2.87	3.00	10.25	27.22	25.51	12.50	3.74

Nguồn: Tính toán của TCTK cho NHDR 2011

* Tỷ lệ này bao gồm số người nghèo đa chiều và bị thiếu hụt ở mỗi chỉ tiêu trong số 9 chỉ tiêu. Những người bị thiếu hụt ở ít hơn 3 chỉ tiêu không được tính trong tỷ lệ này.

MPI đối với những người bị thiếu hụt từ hai khía cạnh trở lên 2008

* Tỷ lệ này thể hiện tính dễ bị tổn thương về nghèo đa chiều (không bao gồm những người bị thiếu hụt ở cả hai chỉ tiêu y tế và giáo dục)

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	MPI	Tỷ lệ người nghèo đa chiều (H) (%)	Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*							Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)														
					Y tế			Giáo dục				Mức sống				Y tế			Giáo dục				Mức sống			
					Không được tiếp cận	Hoàn thành tiêu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	Không được tiếp cận	Hoàn thành tiêu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Nhà ở	Tài sản				
3	1	Hà Nội	0.0167	7.5	0.9	37.4	39.4	0.0	0.0	3.6	87.3	56.1	7.2	4.2	0.46	15.19	5.12	0.00	1.81	43.65	28.05	3.61	2.10			
2	2	TP Hồ Chí Minh	0.0103	4.6	6.2	62.8	45.4	0.0	0.0	3.2	76.1	22.4	28.5	2.0	3.10	26.71	4.13	0.00	1.58	38.05	11.19	14.24	1.00			
19	3	Hải Dương	0.0253	11.4	6.4	42.5	61.6	0.3	12.3	93.9	17.7	7.2	7.2	3.18	19.08	8.50	0.13	6.14	46.95	8.85	3.58	3.58	3.58			
7	4	Bắc Ninh	0.0241	10.9	5.8	36.1	41.8	0.6	3.5	84.4	59.0	1.6	2.8	2.88	14.58	6.57	0.30	1.77	42.21	29.52	0.78	1.41	1.41			
24	5	Hung Yên	0.0249	11.2	4.2	32.9	50.9	0.0	0.3	86.5	51.7	4.7	9.1	2.10	14.16	7.56	0.00	0.17	43.26	25.86	2.34	4.55	4.55			
8	6	Hải Phòng	0.0239	10.8	7.0	30.4	47.0	0.0	1.7	95.9	52.9	1.7	3.5	3.49	12.79	5.84	0.00	0.85	47.95	26.47	0.87	1.75	1.75			
4	7	Đà Nẵng	0.0112	5.0	1.6	39.2	30.7	0.0	16.5	92.9	33.3	10.5	4.7	0.82	16.07	4.24	0.00	8.25	46.44	16.63	5.23	2.34	2.34			
22	8	Thái Bình	0.0371	16.7	3.7	30.6	39.9	0.0	0.0	91.8	65.6	1.8	1.9	1.84	12.64	4.97	0.00	0.00	45.89	32.81	0.91	0.94	0.94			
1	9	Bà Rịa-Vũng Tàu	0.0298	13.4	2.5	50.7	39.7	0.0	1.5	95.1	31.7	15.6	2.1	1.26	19.95	5.83	0.00	0.77	47.55	15.84	7.78	1.03	1.03			
33	10	Nam Định	0.0371	16.7	4.7	29.3	38.6	0.5	0.8	91.8	62.1	1.5	4.4	2.35	12.22	4.83	0.25	0.38	45.91	31.07	0.77	2.21	2.21			
31	11	Hà Nam	0.0502	22.6	1.5	23.4	31.5	0.0	0.2	96.6	68.2	2.9	3.9	0.77	9.39	3.96	0.00	0.09	48.31	34.08	1.46	1.94	1.94			
17	12	Bình Dương	0.0386	17.4	2.4	54.4	49.6	0.0	1.7	95.5	36.4	3.1	3.9	1.19	23.62	4.92	0.00	0.83	47.73	18.20	1.57	1.95	1.95			
10	13	Vĩnh Phúc	0.0638	28.7	2.3	19.5	21.8	0.0	1.8	96.2	77.5	0.8	0.5	1.16	7.39	2.99	0.00	0.91	48.12	38.76	0.42	0.25	0.25			
5	14	Quảng Ninh	0.0228	10.3	2.4	32.9	40.2	1.1	24.0	95.5	24.3	5.1	10.0	1.22	13.37	5.44	0.53	12.00	47.76	12.13	2.55	5.01	5.01			
25	15	Ninh Bình	0.0707	31.8	3.7	14.1	23.3	0.9	0.8	94.7	78.4	2.9	0.7	1.84	5.45	3.44	0.46	0.40	47.37	39.22	1.46	0.36	0.36			
45	16	Bắc Giang	0.0498	22.4	2.4	32.2	45.9	1.2	8.1	97.3	42.7	7.9	1.5	1.19	12.92	6.51	0.60	4.04	48.67	21.35	3.97	0.75	0.75			
27	17	Hà Tĩnh	0.0517	23.3	9.5	18.8	31.0	0.4	11.0	97.9	44.4	12.0	1.1	4.73	7.29	4.56	0.20	5.52	48.95	22.19	6.02	0.54	0.54			
39	18	Nghệ An	0.0526	23.7	3.8	20.9	28.0	0.1	6.2	95.5	64.7	2.0	2.7	1.92	7.88	4.60	0.04	3.10	47.76	32.34	1.00	1.36	1.36			
46	19	Phú Thọ	0.0537	24.2	2.4	18.1	33.5	0.0	3.1	97.5	59.9	11.6	2.3	1.21	7.26	4.35	0.00	1.56	48.73	29.94	5.79	1.15	1.15			
23	20	Bình Định	0.0806	36.3	0.7	18.3	8.6	0.0	4.4	99.2	77.9	1.6	0.7	0.37	6.38	1.27	0.00	2.20	49.62	38.96	0.82	0.37	0.37			
34	21	Thanh Hóa	0.0522	23.5	2.9	18.0	28.0	0.0	4.9	98.3	68.8	1.8	1.0	1.44	7.08	4.12	0.00	2.43	49.14	34.39	0.88	0.52	0.52			

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	MPI	Tỷ lệ người nghèo đa chiều	Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*										Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)									
					Giáo dục					Mức sống					Y tế		Giáo dục				Mức sống			
					Không được tiếp cận	Hoàn thành tiêu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Nhà ở	Tài sản	Không được tiếp cận	Hoàn thành tiêu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà vệ sinh	Nhà ở	Tài sản		
37	22	Quảng Bình	0.0592	26.6	1.6	14.5	18.8	0.5	8.9	96.5	69.7	2.1	3.3	0.81	5.27	3.39	0.27	4.44	48.24	34.87	1.05	1.67		
18	23	Lâm Đồng	0.0528	23.8	2.5	25.2	21.7	0.4	5.9	98.9	63.3	2.4	0.9	1.27	8.90	3.85	0.22	2.97	49.46	31.66	1.21	0.46		
9	24	Đồng Nai	0.0409	18.4	2.1	32.9	42.5	5.1	8.6	97.6	18.4	21.1	8.4	1.03	13.21	6.17	2.55	4.30	48.82	9.21	10.54	4.18		
11	25	Khánh Hòa	0.0421	18.9	3.4	38.3	28.6	0.0	8.7	95.6	49.3	5.1	0.4	1.70	14.83	3.96	0.00	4.34	47.78	24.65	2.53	0.21		
42	26	Phú Yên	0.0736	33.1	1.0	22.1	15.6	0.0	6.2	98.2	69.8	1.9	1.8	0.51	8.21	2.40	0.00	3.08	49.08	34.91	0.93	0.88		
30	27	Thái Nguyên	0.0501	22.6	2.8	18.0	29.5	0.8	15.0	99.8	54.6	5.5	0.4	1.39	7.26	3.26	0.41	7.51	49.91	27.28	2.77	0.22		
47	28	Quảng Trị	0.0679	30.6	1.7	23.1	14.4	0.1	4.0	97.6	70.6	5.0	0.5	0.83	7.95	2.29	0.07	2.00	48.80	35.30	2.52	0.24		
28	29	Bình Thuận	0.0468	21.1	0.3	47.1	35.1	0.0	7.8	88.1	48.3	5.5	4.4	0.13	17.27	5.52	0.00	3.92	44.05	24.15	2.76	2.20		
40	30	Thừa Thiên-Huế	0.0514	23.2	2.2	50.7	27.9	0.1	2.3	95.0	48.5	2.6	2.6	1.12	19.40	3.99	0.07	1.13	47.49	24.23	1.29	1.28		
29	31	Quảng Nam	0.0561	25.3	2.2	27.0	18.9	0.0	7.6	98.3	61.0	4.5	1.0	1.10	10.10	2.64	0.00	3.81	49.13	30.48	2.26	0.49		
44	32	Quảng Ngãi	0.0605	27.2	1.3	27.0	15.1	6.3	6.6	99.5	55.3	5.0	1.1	0.66	10.24	2.19	3.17	3.31	49.77	27.65	2.49	0.53		
38	33	Bình Phước	0.0574	25.9	1.4	21.9	28.9	0.3	6.1	99.3	58.0	8.5	0.2	0.69	7.99	5.05	0.16	3.07	49.66	29.01	4.27	0.09		
50	34	Đắk Nông	0.0809	36.4	1.6	9.1	8.2	0.3	8.0	99.1	71.6	10.5	0.4	0.79	2.83	1.46	0.13	4.00	49.55	35.81	5.23	0.20		
51	35	Hòa Bình	0.0800	36.0	0.9	6.7	10.2	0.0	5.1	99.5	85.1	1.9	0.0	0.45	2.57	1.20	0.00	2.53	49.74	42.57	0.93	0.00		
21	36	Tây Ninh	0.0581	26.1	0.2	31.2	21.0	0.7	0.7	98.9	53.8	16.5	0.0	0.09	12.22	2.40	0.34	0.35	49.44	26.90	8.26	0.00		
12	37	Long An	0.0701	31.5	0.9	26.8	18.5	0.0	1.0	98.5	68.0	7.5	0.0	0.44	10.23	1.85	0.00	0.49	49.26	34.01	3.73	0.00		
41	38	Đắk Lắk	0.0638	28.7	1.3	12.2	11.5	1.7	0.5	99.1	81.2	4.2	0.0	0.67	3.93	2.10	0.85	0.24	49.54	40.59	2.09	0.00		
56	39	Ninh Thuận	0.0472	21.2	1.2	53.7	26.9	0.0	27.9	85.3	28.7	8.0	2.2	0.60	19.43	3.94	0.00	13.93	42.67	14.35	3.98	1.10		

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	MPI	Tỷ lệ người nghèo đa chiều		Tỷ lệ người vừa nghèo vừa thiếu hụt ở*										Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)						
				H*A	H (%)	Y tế		Giáo dục		Mức sống		Y tế		Giáo dục		Mức sống						
						Không được tiếp cận	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở sinh	Tài sản	Không được tiếp cận	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở sinh	Tài sản	
20	40	Tiền Giang	0.0717	32.3	0.3	22.8	14.0	0.0	0.3	97.2	68.3	13.4	0.2	0.17	8.72	1.40	0.00	0.13	48.61	34.15	6.72	0.11
49	41	Tuyên Quang	0.0644	29.0	1.3	8.6	13.8	0.0	6.2	99.4	68.1	14.7	0.0	0.65	3.42	1.73	0.00	3.10	49.70	34.03	7.36	0.00
6	42	Cần Thơ	0.0434	19.5	0.8	22.8	18.2	0.0	12.3	94.7	67.2	3.5	0.3	0.40	8.60	2.03	0.00	6.13	47.37	33.59	1.74	0.13
35	43	Lạng Sơn	0.0758	34.1	0.0	5.1	6.0	0.7	6.9	100.0	86.5	0.7	0.0	0.00	1.85	0.78	0.34	3.43	50.00	43.24	0.37	0.00
26	44	Bạc Liêu	0.0538	24.2	0.0	24.5	22.5	0.6	0.0	98.5	59.5	16.0	1.1	0.00	9.43	2.74	0.29	0.00	49.25	29.74	8.01	0.54
15	45	Cà Mau	0.0582	26.2	0.8	15.9	14.3	1.0	0.0	99.3	74.6	9.2	0.0	0.41	5.95	1.58	0.52	0.00	49.65	37.30	4.59	0.00
54	46	Bắc Cạn	0.0632	28.4	0.3	8.9	10.9	0.0	21.7	99.6	61.8	5.6	1.1	0.17	3.61	1.33	0.00	10.85	49.78	30.92	2.78	0.55
32	47	An Giang	0.0513	23.1	0.2	32.2	18.0	0.0	39.1	91.8	31.4	7.9	1.1	0.11	12.39	1.84	0.00	19.55	45.92	15.69	3.94	0.56
53	48	Gia Lai	0.0554	24.9	1.3	15.7	11.9	0.5	15.2	97.3	70.4	2.0	0.0	0.65	4.39	2.29	0.26	7.60	48.65	35.19	0.99	0.00
16	49	Kiên Giang	0.0529	23.8	0.4	17.7	10.5	3.5	1.8	94.8	67.6	15.5	0.7	0.18	6.41	1.42	1.75	0.89	47.42	33.79	7.77	0.36
60	50	Yên Bái	0.0498	22.4	1.6	10.7	13.5	1.5	2.1	98.3	66.6	17.8	0.0	0.81	3.96	2.04	0.77	1.05	49.16	33.28	8.92	0.00
14	51	Bến Tre	0.0650	29.2	0.0	14.0	6.3	0.5	2.9	99.0	81.1	4.3	0.1	0.00	5.30	0.74	0.23	1.46	49.52	40.56	2.13	0.06
58	52	Kon Tum	0.0515	23.2	0.4	6.2	3.7	0.0	0.8	98.3	92.8	2.7	0.0	0.22	1.72	0.78	0.00	0.40	49.16	46.38	1.33	0.00
52	53	Trà Vinh	0.0570	25.6	0.3	14.5	5.6	0.4	0.0	99.4	79.1	8.5	0.0	0.15	5.38	0.79	0.19	0.00	49.68	39.56	4.26	0.00
48	54	Sóc Trăng	0.0468	21.0	0.5	25.3	10.3	0.8	0.2	95.5	65.7	16.3	0.0	0.25	9.37	1.20	0.38	0.08	47.74	32.83	8.15	0.00
36	55	Hậu Giang	0.0599	26.9	0.6	15.0	6.5	0.0	0.5	99.0	81.3	5.8	0.0	0.28	5.69	0.74	0.00	0.23	49.50	40.66	2.90	0.00
59	56	Sơn La	0.0562	25.3	0.3	8.9	1.1	0.4	5.6	98.1	87.5	2.1	0.0	0.15	2.83	0.18	0.20	2.78	49.07	43.73	1.07	0.00
57	57	Lào Cai	0.0432	19.4	0.0	13.2	14.8	4.7	11.1	98.1	68.4	2.0	1.8	0.00	4.65	2.25	2.37	5.56	49.07	34.18	1.02	0.90
43	58	Đồng Tháp	0.0432	19.4	0.0	13.9	13.0	0.0	38.2	94.6	45.1	7.1	1.3	0.00	5.23	1.63	0.00	19.08	47.32	22.53	3.56	0.65
55	59	Cao Bằng	0.0490	22.0	0.0	3.3	3.5	0.0	3.2	97.5	94.0	1.1	0.9	0.00	1.25	0.46	0.00	1.58	48.74	46.98	0.56	0.43
13	60	Vĩnh Long	0.0330	14.8	0.7	9.5	11.2	0.0	27.7	97.4	60.3	4.0	0.2	0.36	3.62	1.19	0.00	13.83	48.71	30.17	2.00	0.10
62	61	Hà Giang	0.0253	11.4	0.0	7.0	7.5	0.0	9.0	100.0	81.3	1.4	1.1	0.00	2.36	1.24	0.00	4.50	50.00	40.63	0.70	0.57
61	62	Điện Biên	0.0251	11.3	0.5	6.1	4.0	0.0	11.0	91.7	85.0	5.9	0.0	0.26	2.23	0.63	0.00	5.52	45.87	42.52	2.96	0.00
63	63	Lai Châu	0.0172	7.8	0.3	7.3	4.3	24.9	17.0	85.3	62.9	3.8	0.0	0.16	2.13	0.72	12.43	8.50	42.67	31.47	1.91	0.00

Vùng	MPI	Tỷ lệ người nghèo đa chiều		Tỷ lệ người vựa nghèo vựa thiếu hụt ở*										Đóng góp của thiếu hụt ở từng chỉ tiêu vào MPI (%)						
		H (H) (%)	H (H) (%)	Y tế	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở sinh	Tài sản	Không được tiếp cận	Y tế	Hoàn thành tiểu học	Con cái được đi học	Điện	Nước sinh hoạt	Tiếp cận vệ sinh	Nhà ở sinh	Tài sản
Trung du và miền núi phía Bắc	0.0523	23.5	1.3	13.8	18.3	0.9	7.5	98.4	69.5	6.4	0.7	0.78	9.39	2.91	7.55	14.71	25.97	25.03	8.90	4.75
Đồng bằng sông Hồng	0.0303	13.6	3.5	29.3	37.4	0.3	3.3	92.3	59.7	3.4	3.6	4.16	17.72	5.26	1.67	4.66	28.41	24.53	5.74	7.86
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	0.0544	24.5	2.6	25.5	22.9	0.6	6.9	96.7	61.9	3.7	1.7	1.97	13.38	4.02	1.70	10.46	28.32	26.08	8.53	5.54
Tây nguyên	0.0595	26.8	1.5	15.3	12.7	0.9	5.8	98.6	74.7	3.9	0.2	1.21	11.09	4.47	2.45	12.36	28.31	27.41	10.02	2.67
Đông Nam Bộ	0.0266	12.0	2.5	41.6	37.3	1.6	4.4	93.4	34.1	17.4	3.4	1.94	13.01	3.79	3.38	4.61	27.85	24.71	18.17	2.54
Đồng bằng sông Cửu Long	0.0549	24.7	0.4	20.8	13.0	0.5	9.9	96.7	64.0	9.4	0.4	0.92	12.12	2.69	1.45	9.37	27.40	26.28	17.64	2.12
Nông thôn/Thành thị																				
Thành thị	0.0163	7.3	2.7	35.2	29.7	0.7	8.4	84.8	50.0	15.2	2.9	2.17	13.71	3.73	0.82	8.06	26.54	25.10	16.58	3.28
Nông thôn	0.0558	25.1	1.8	22.7	21.7	0.7	6.7	97.4	63.2	5.7	1.4	1.18	11.68	3.22	3.30	10.85	27.40	25.97	12.85	3.56
Điện																				
Dân tộc thiểu số	0.0559	25.2	0.5	10.6	7.6	0.5	4.9	99.5	81.7	3.2	0.3	0.72	10.56	3.20	6.08	13.71	26.05	25.43	9.26	4.99
Dân tộc Kinh và Hòa	0.0432	19.5	2.2	26.3	25.9	0.7	7.2	95.5	57.9	7.4	1.8	1.56	12.57	3.29	1.37	8.84	28.12	26.20	15.59	2.68
Ngũ phân vị thu nhập																				
Nghèo nhất	0.0552	24.9	2.7	20.9	12.8	0.4	4.1	96.7	71.0	5.5	1.7	1.26	11.19	3.13	4.58	11.32	26.01	24.93	11.87	5.71
Nghèo	0.0573	25.8	1.9	22.2	20.9	0.6	5.6	96.1	65.6	6.0	1.7	1.34	12.05	3.28	2.13	10.45	27.79	26.49	13.95	2.51
Trung bình	0.0547	24.6	1.5	24.1	24.6	0.5	7.2	95.8	61.3	6.9	1.6	1.19	12.45	3.46	2.13	9.75	28.43	26.80	14.27	1.52
Khá	0.0385	17.3	1.9	26.1	32.9	0.9	8.5	96.0	54.1	8.2	1.2	1.15	12.24	3.35	1.88	10.44	29.03	26.79	13.93	1.21
Giàu nhất	0.0223	10.1	1.1	26.6	31.1	1.8	14.0	97.2	48.0	7.5	1.3	0.81	12.85	3.03	1.50	10.10	29.75	26.85	13.96	1.15
Giới																				
Nam	0.0450	20.3	2.1	15.7	23.6	0.8	7.2	96.6	66.4	6.9	1.4	1.19	9.75	3.69	3.28	11.12	27.49	26.37	13.79	3.31
Nữ	0.0448	20.2	1.7	31.7	21.1	0.6	6.5	95.7	57.5	6.4	1.7	1.29	13.62	2.87	3.00	10.25	27.22	25.51	12.50	3.74
Cả nước	0.0449	20.2	1.9	24.0	22.4	0.7	6.8	96.1	61.9	6.7	1.6	1.24	11.82	3.25	3.13	10.66	27.35	25.91	13.10	3.54

S Nguồn: Tính toán của TCTK cho NHDR 2011

* Tỷ lệ này bao gồm số người nghèo đa chiều và bị thiếu hụt ở mỗi chỉ tiêu trong số 9 chỉ tiêu. Những người bị thiếu hụt ở ít hơn 3 chỉ tiêu không được tính trong tỷ lệ này.

Tỷ lệ phần trăm dân số bị thiếu hụt ở từng khía cạnh (y tế, giáo dục và mức sống) 2008

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	Y tế		Giáo dục			Mức sống			
			Thành viên hộ có nguy cơ bị tổn thương do tiếp cận hạn chế dịch vụ y tế	Thành viên hộ từ 15 tuổi trở lên chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	Trẻ em từ 6 đến 18 tuổi hiện không đi học	Không có điện dùng làm nguồn thấp sáng chính	Nguồn nước không an toàn hoặc bị ô nhiễm	Điều kiện vệ sinh không đảm bảo	Nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn	Nhà tạm	Thiếu tài sản
3	1	Hà Nội	0,44	8,46	10,62	0,12	0,57	24,14	6,87	1,33	0,98
2	2	TP Hồ Chí Minh	1,03	14,64	11,16	0,04	0,48	15,50	2,68	3,78	0,29
19	3	Hải Dương	1,62	9,17	14,41	0,18	3,38	63,84	4,39	1,69	1,55
7	4	Bắc Ninh	1,67	13,51	15,24	0,13	0,45	30,03	16,07	0,65	0,88
24	5	Hung Yên	1,06	11,00	17,50	0,08	0,19	44,67	11,86	1,41	2,97
8	6	Hải Phòng	1,73	8,72	16,00	0,00	0,42	40,85	8,97	1,03	1,54
4	7	Đà Nẵng	0,86	12,34	11,33	0,00	2,62	17,28	4,14	2,12	1,15
22	8	Thái Bình	1,09	10,28	12,42	0,14	0,00	59,81	23,91	1,53	1,35
1	9	Bà Rịa-Vũng Tàu	0,77	16,00	14,33	0,22	0,53	45,94	8,29	4,57	0,73
33	10	Nam Định	2,13	11,48	13,21	0,33	0,20	61,35	19,68	1,47	2,83
31	11	Hà Nam	1,23	11,79	15,06	0,16	0,36	70,06	22,49	1,23	3,17
17	12	Bình Dương	1,36	20,52	20,58	0,24	0,65	56,85	11,58	2,49	1,72
10	13	Vĩnh Phúc	1,98	13,26	14,53	0,00	1,46	73,54	32,67	1,09	1,02
5	14	Quảng Ninh	0,51	10,19	14,03	2,85	7,64	47,40	9,45	1,55	3,70
25	15	Ninh Bình	4,05	11,77	17,22	0,49	1,00	69,20	39,78	2,11	0,79
45	16	Bắc Giang	1,04	14,12	17,91	0,51	5,56	86,48	19,90	6,63	1,20
27	17	Hà Tĩnh	4,62	11,83	13,21	0,28	5,87	84,95	21,03	6,81	3,22
39	18	Nghệ An	2,19	12,53	16,30	2,85	6,28	78,07	29,43	4,80	4,89
46	19	Phú Thọ	2,15	9,44	16,25	0,27	3,73	84,57	30,00	13,66	2,09
23	20	Bình Định	1,01	22,53	13,81	0,38	4,23	77,60	42,92	2,09	2,41
34	21	Thanh Hóa	2,10	12,23	17,21	1,02	8,48	80,01	31,30	3,56	3,00
37	22	Quảng Bình	1,39	10,58	15,31	0,18	11,52	75,26	35,68	4,37	5,18
18	23	Lâm Đồng	1,80	19,22	18,54	1,83	6,44	69,54	31,73	7,08	1,49
9	24	Đồng Nai	1,46	16,53	17,77	5,10	5,53	66,51	17,27	15,06	3,91
11	25	Khánh Hòa	2,15	20,50	17,00	0,29	7,87	59,51	26,44	8,91	3,53

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	Y tế	Giáo dục		Mức sống					
				Thành viên hộ có nguy cơ bị tụt thương do tiếp cận hạn chế dịch vụ y tế	Thành viên hộ từ 15 tuổi trở lên chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	Trẻ em từ 6 đến 18 tuổi hiện không đi học	Không có điện dùng làm nguồn thắp sáng chính	Nguồn nước không an toàn hoặc bị ô nhiễm	Điều kiện vệ sinh không đảm bảo	Nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn	Nhà tạm
42	26	Phú Yên	1.19	23.17	22.12	0.55	6.39	81.22	42.31	2.81	2.58
30	27	Thái Nguyên	2.21	12.28	21.48	1.51	9.42	79.27	30.82	11.80	2.00
47	28	Quảng Trị	2.23	19.46	13.60	0.29	7.26	80.73	42.32	12.37	2.46
28	29	Bình Thuận	0.74	31.32	27.66	0.79	6.16	64.04	27.98	10.41	6.29
40	30	Thừa Thiên-Huế	1.64	29.06	16.22	0.72	9.89	70.12	30.90	8.27	5.00
29	31	Quảng Nam	2.03	19.84	14.54	0.83	9.65	84.64	35.90	9.49	3.83
44	32	Quảng Ngãi	1.16	24.12	13.65	2.87	10.11	88.22	36.69	7.01	4.90
38	33	Bình Phước	1.52	20.42	23.05	1.59	10.32	89.80	36.64	14.06	2.57
50	34	Đắk Nông	2.23	15.98	13.30	3.31	13.13	92.46	52.12	14.86	1.70
51	35	Hòa Bình	2.36	14.04	21.62	1.13	16.27	88.18	61.24	10.39	3.46
21	36	Tây Ninh	1.38	28.80	25.29	1.63	1.68	89.31	44.37	27.11	0.50
12	37	Long An	1.52	28.83	22.08	0.93	3.75	90.78	55.45	26.24	1.43
41	38	Đắk Lắk	2.50	20.83	19.85	5.51	11.35	83.21	59.14	15.92	0.94
56	39	Ninh Thuận	3.14	42.82	26.70	1.55	28.93	66.27	36.04	13.54	2.87
20	40	Tiền Giang	1.67	33.75	24.79	0.25	3.19	86.85	59.29	31.86	1.35
49	41	Tuyên Quang	2.58	16.08	24.65	0.45	22.09	88.56	58.41	26.53	2.16
6	42	Cần Thơ	1.04	32.00	30.22	1.78	19.11	70.94	51.42	27.64	3.63
35	43	Lạng Sơn	0.84	18.95	19.86	9.83	24.58	90.02	73.92	10.01	5.52
26	44	Bạc Liêu	0.87	29.94	28.23	1.14	0.05	88.11	58.55	42.84	7.94
15	45	Cà Mau	2.00	29.49	35.06	6.85	0.12	88.63	65.17	36.26	3.34
54	46	Bắc Cạn	0.66	17.97	18.78	7.14	38.06	94.17	61.27	17.66	4.68
32	47	An Giang	1.84	40.20	27.79	4.71	38.90	80.57	46.78	22.66	4.01
53	48	Gia Lai	1.54	37.43	30.69	2.03	34.05	83.20	62.74	14.89	6.89
16	49	Kiên Giang	2.15	34.55	28.02	5.42	6.03	85.12	63.70	40.52	6.87
60	50	Yên Bái	2.18	21.59	21.30	21.41	27.85	87.05	57.86	23.44	4.67
14	51	Bến Tre	1.44	32.55	18.53	2.13	17.78	94.21	73.83	32.42	2.70

Xếp hạng HDI	Xếp hạng MPI	Tỉnh	Y tế		Giáo dục			Mức sống				
			Thành viên hộ có nguy cơ bị tổn thương do tiếp cận hạn chế dịch vụ y tế	Thành viên hộ từ 15 tuổi trở lên chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	Thành viên hộ từ 6 đến 18 tuổi hiện không đi học	Không có điện dụng làm nguồn thấp sáng chính	Nguồn nước không an toàn hoặc bị ô nhiễm	Điều kiện vệ sinh không đảm bảo	Nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn	Nhà tạm	Thiếu tài sản	
58	52	Kon Tum	2.05	32.39	18.39	0.68	34.75	80.91	74.62	15.60	10.17	
52	53	Trà Vinh	2.52	37.20	24.48	1.89	4.44	91.18	74.00	44.56	2.75	
48	54	Sóc Trăng	2.92	42.77	31.13	4.27	3.03	88.60	69.49	49.40	10.74	
36	55	Hậu Giang	2.66	36.13	27.40	1.26	11.76	98.85	81.89	45.12	3.52	
59	56	Sơn La	1.22	39.72	29.95	23.93	28.44	91.56	81.96	12.43	7.64	
57	57	Lào Cai	0.74	36.99	23.87	25.00	41.29	87.19	66.55	8.69	21.38	
43	58	Đông Tháp	1.51	36.19	30.87	1.70	59.43	91.53	70.37	37.13	3.08	
55	59	Cao Bằng	1.37	29.83	19.88	29.02	47.26	87.96	82.12	10.04	20.71	
13	60	Vĩnh Long	1.41	28.27	15.99	1.44	64.91	90.49	78.61	32.23	1.89	
62	61	Hà Giang	0.56	42.70	24.65	15.49	47.90	88.86	81.12	36.37	20.09	
61	62	Điện Biên	1.54	46.79	26.77	36.97	60.57	90.00	84.48	27.50	14.17	
63	63	Lai Châu	1.89	57.60	27.07	49.98	67.95	92.12	85.10	20.76	29.23	

Vùng	Y tế		Giáo dục			Mức sống				
	Thành viên hộ có nguy cơ bị tổn thương do tiếp cận hạn chế dịch vụ y tế	Thành viên hộ từ 15 tuổi trở lên chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	Thành viên hộ từ 6 đến 18 tuổi hiện không đi học	Không có điện dụng làm nguồn thấp sáng chính	Nguồn nước không an toàn hoặc bị ô nhiễm	Điều kiện vệ sinh không đảm bảo	Nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn	Nhà tạm	Thiếu tài sản	
Trung du và miền núi phía Bắc	1.58	22.61	22.15	11.70	24.23	87.31	54.99	15.20	7.42	
Đồng bằng sông Hồng	1.30	10.11	13.57	0.31	1.16	46.22	14.56	1.37	1.65	
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	1.94	18.57	16.83	1.13	8.11	74.97	31.55	6.05	3.77	

Vùng	Y tế	Giáo dục			Mức sống					
		Thành viên hộ có nguy cơ bị tổn thương do tiếp cận hạn chế dịch vụ y tế	Thành viên hộ từ 15 tuổi trở lên chưa hoàn thành giáo dục tiểu học	Trẻ em từ 6 đến 18 tuổi hiện không đi học	Không có điện dụng làm nguồn thấp sáng chính	Nguồn nước không an toàn hoặc bị ô nhiễm	Điều kiện vệ sinh không đảm bảo	Nhà vệ sinh không đạt tiêu chuẩn	Nhà tạm	Thiếu tài sản
Tây nguyên	2.04	24.76	21.55	3.22	17.72	80.47	54.16	13.45	3.33	
Đông Nam Bộ	1.17	17.06	15.94	1.25	2.18	41.41	12.09	8.38	1.28	
Đông bằng sông Cửu Long	1.80	34.40	26.72	2.77	19.42	87.49	63.50	34.63	3.94	
Nông thôn/Thành thị										
Thành thị	1.06	12.61	13.66	0.30	2.78	22.80	9.88	5.35	1.18	
Nông thôn	1.82	23.54	20.50	3.75	13.60	85.12	45.52	15.52	4.25	
Điện										
Dân tộc thiểu số	1.85	38.09	27.65	14.56	33.87	96.46	81.12	22.91	11.91	
Dân tộc Kinh và Hoa	1.58	17.97	17.28	1.00	7.06	63.53	28.72	11.15	2.10	
Ngũ phân vị thu nhập										
Nghèo nhất	3.14	36.41	22.62	8.64	22.20	91.36	65.54	23.68	11.11	
Nghèo	2.13	25.60	20.34	2.53	13.21	81.77	47.75	17.18	3.30	
Trung bình	1.42	20.54	19.68	1.74	9.44	76.51	37.23	12.79	1.68	
Khá	1.12	14.89	17.80	0.98	6.34	57.56	22.08	8.02	0.79	
Giàu nhất	0.44	9.15	11.89	0.54	3.60	36.23	10.36	3.65	0.50	
Giới										
Nam	1.55	15.07	19.82	2.81	10.66	68.26	35.98	12.81	3.04	
Nữ	1.67	25.42	18.04	2.78	10.57	67.54	35.37	12.61	3.75	

Nguồn: Tính toán của TCTK cho NHDR 2011



*Empowered lives.
Resilient nations.*

Copyright © November 2011
Chương trình Phát triển Liên hợp quốc

25-29 Phan Bội Châu
Hà Nội, Việt Nam