

**VIỆN HÀN LÂM
KHOA HỌC XÃ HỘI VIỆT NAM
HỌC VIỆN KHOA HỌC XÃ HỘI**

ĐẶNG BÍCH THỦY

**THỰC HIỆN QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ EM
Ở VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH HỘI NHẬP KINH TẾ**

**Chuyên ngành: Xã hội học
Mã số: 62.31.03.01**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ XÃ HỘI HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

GS.TS. Nguyễn Hữu Minh

Hà Nội- 2017

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu nêu trong luận án là trung thực. Những kết luận khoa học của luận án chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

TÁC GIẢ LUẬN ÁN

Đặng Bích Thủy

MỤC LỤC

MỞ ĐẦU	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU	8
1.1 Công ước quốc tế về quyền trẻ em.....	8
1.2 Các quan điểm phổ biến trong nghiên cứu về quyền CSSK trẻ em.....	9
1.3 Tình hình thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trên thế giới	19
1.4 Tình hình thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam	21
1.5 Đánh giá tình hình nghiên cứu liên quan đến đề tài luận án	22
Tiểu kết chương 1.....	23
CHƯƠNG 2. CƠ SỞ LÝ LUẬN, THỰC TIỄN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	25
2.1. Một số khái niệm cơ bản	25
2.2 Quan điểm của Đảng và Nhà nước về thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em.....	32
2.3 Các tiếp cận nghiên cứu quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em.....	33
2.4 Các lý thuyết nghiên cứu vận dụng cho đề tài	35
2.5 Cơ sở thực tiễn nghiên cứu thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em	43
2.6 Khung phân tích	44
2.7 Phương pháp nghiên cứu.....	46
Tiểu kết chương 2.....	49
CHƯƠNG 3. BỐI CẢNH CHÍNH SÁCH TRONG QUÁ TRÌNH HỘI NHẬP KINH TẾ Ở VIỆT NAM VÀ MỘT SỐ KẾT QUẢ CHỦ YẾU VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ EM	51
3.1 Bối cảnh chính sách trong quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam và những chính sách vĩ mô tác động đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em.....	52
3.2 Một số kết quả chủ yếu về chăm sóc sức khỏe trẻ em	65
Tiểu kết chương 3.....	72

CHƯƠNG 4. NHÀ NƯỚC, GIA ĐÌNH, NHÀ TRƯỜNG VÀ CÁC TỔ CHỨC XÃ HỘI ĐỐI VỚI THỰC HIỆN QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ EM TRONG ĐIỀU KIỆN HỘI NHẬP KINH TẾ Ở VIỆT NAM.	74
4.1 Hệ thống thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam	74
4.2 Nhà nước đối với việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong điều kiện hội nhập kinh tế	77
4.3 Gia đình đối với thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em và những tác động từ hội nhập kinh tế.....	98
4.4 Nhà trường và các tổ chức xã hội đối với thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em.....	122
Tiểu kết chương 4.....	135
KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ.....	138
DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ XUẤT BẢN LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN.....	143
DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	144

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

QTE	Quyền trẻ em
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
KCB	Khám chữa bệnh
SKSS	Sức khỏe sinh sản
BHYT	Bảo hiểm y tế
BVTE	Bảo vệ trẻ em
DTTS	Dân tộc thiểu số
VTN	Vị thành niên
UNDP	Chương trình phát triển Liên hợp quốc
UNICEF	Quỹ nhi đồng Liên hợp quốc
TCTK	Tổng cục Thống kê
LĐ-TB-XH	Lao động- Thương Binh- Xã hội

MỤC LỤC SƠ ĐỒ, BẢNG, BIỂU

SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1 Tiếp cận dựa trên quyền con người trong phân tích quyền trẻ em	33
Sơ đồ 2.2 Khung phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em	45

BẢNG

Bảng 4.1 Những nội dung liên quan thực hiện quyền CSSK trong các Bộ luật về Trẻ em	80
Bảng 4.2 Các bộ Luật về sức khỏe và y tế liên quan đến quyền CSSK trẻ em	82

HỘP

Hộp 3.1 Ý kiến của cán bộ và người dân về sự thay đổi của hệ thống cung cấp dịch vụ y tế của Việt Nam	62
Hộp 3.2 Bất bình đẳng về mật độ cán bộ y tế	64
Hộp 4.1 Hạn chế về văn bản luật pháp, chính sách CSSK trẻ em	86
Hộp 4.2 Thủ tục phức tạp, phiền hà cản trở việc thụ hưởng chính sách của trẻ em	86
Hộp 4.3 Sự không ổn định của bộ máy BVCS trẻ em dẫn đến khó khăn trong thực hiện quyền CSSK trẻ em	88
Hộp 4.4 Khó khăn về kinh phí ảnh hưởng đến triển khai thực hiện quyền CSSK trẻ em	93
Hộp 4.5 Khó khăn về tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ chuyên trách về trẻ em	94
Hộp 4.6 Tuyên truyền nhận thức và kỹ năng cho các gia đình về thực hiện quyền CSSK trẻ em	95
Hộp 4.7 Hạn chế trong tuyên truyền luật pháp, chính sách thực hiện quyền CSSK trẻ em	96
Hộp 4.8 Nhận thức về quyền CSSK trẻ em của người dân	99
Hộp 4.9 Hạn chế về nhận thức đối với luật pháp, chính sách liên quan đến quyền CSSK trẻ em	100
Hộp 4.10 Các yếu tố về đặc điểm gia đình tác động đến nhận thức về quyền CSSK trẻ em	101
Hộp 4.11 Gia đình và KCB cho trẻ em	106
Hộp 4.12 Ý kiến của người dân về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em	110
Hộp 4.13 Khó khăn về kinh tế gây trở ngại đối với chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em	111

Hộp 4.14 Những thách thức về cơ sở vật chất đối với y tế học đường.....	116
Hộp 4.15 Khó khăn trong tuyên truyền về CSSK trẻ em cộng đồng.....	132
Hộp 4.16 Khó khăn trong công tác phối hợp thực hiện quyền CSSK trẻ em ở cộng đồng.....	133

BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1 Tình hình suy dinh dưỡng cả trẻ em dưới 5 tuổi qua các năm	66
--	----

MỞ ĐẦU

1. Tính cấp thiết của đề tài

Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em là nội dung quan trọng thuộc Công ước quốc tế quyền trẻ em được Đại hội đồng Liên hợp quốc chính thức thông qua ngày 20-11-1989. Thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe đối với trẻ em không chỉ nhằm mục đích để trẻ em có một cuộc sống khỏe mạnh mà còn là mục tiêu lâu dài cho sự phát triển bền vững của mọi quốc gia. Công ước quốc tế quyền trẻ em yêu cầu các quốc gia thành viên đảm bảo trẻ em được hưởng mức cao nhất có thể đạt được về sức khỏe, các phương tiện chữa bệnh, phải cố gắng đảm bảo để không có trẻ em nào bị tước đoạt quyền được hưởng những dịch vụ chăm sóc sức khỏe [83].

Việt Nam là nước đầu tiên ở Châu Á và nước thứ hai trên thế giới tham gia phê chuẩn Công ước quốc tế quyền trẻ em (tháng 2/1990). Các quyền trẻ em cơ bản trong Công ước được Việt Nam tôn trọng và luật hoá trên cơ sở phù hợp với Hiến Pháp và pháp luật Việt Nam. Bên cạnh việc hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật, Việt Nam đã tiến hành xây dựng hệ thống chính sách và chương trình, kế hoạch hành động vì trẻ em, và từng bước gắn các mục tiêu vì trẻ em vào chiến lược phát triển kinh tế- xã hội. Những văn bản luật pháp và chính sách này là cơ sở pháp lý và nền tảng quan trọng đối với thực hiện quyền trẻ em nói chung và quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em nói riêng ở Việt Nam, tuy nhiên, việc thực hiện quyền trẻ em còn gặp rất nhiều thách thức.

Kinh nghiệm rộng rãi của nhiều nước đã chỉ ra rằng, thực hiện quyền trẻ em bị ảnh hưởng từ nhiều khía cạnh bởi các chính sách mang tính vĩ mô, trẻ em có xu hướng chịu nhiều rủi ro nhất khi nền kinh tế trong nước mở cửa hội nhập với thị trường toàn cầu [100],[103],[108],[171]. Khi tham gia vào quá trình hội nhập kinh tế Việt Nam phải tuân thủ các nguyên tắc và thực hiện các quy định mang tính thể chế của nền kinh tế hội nhập, bao gồm sự xây dựng và điều chỉnh chính sách vĩ mô theo hướng thúc đẩy tự do hóa và thị trường hóa nền kinh tế. Sự điều chỉnh chính sách vĩ mô ở Việt Nam, bao gồm chính sách tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam ảnh hưởng như thế nào đến việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em? Nhà

nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội- những bên liên quan chính chịu trách nhiệm thực hiện quyền trẻ em, đã thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em như thế nào và có những hạn chế, khó khăn gì trong việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam? Liệu có những giải pháp gì để thực hiện tốt hơn quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam?

Đề tài luận án *Thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập kinh tế* được xây dựng nhằm góp phần trả lời và lý giải những vấn đề đặt ra ở trên, từ đó đưa ra những giải pháp nhằm thực hiện tốt hơn quyền trẻ em nói chung và quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em nói riêng ở Việt Nam.

2. Mục đích và nhiệm vụ nghiên cứu của luận án

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá thực trạng việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam, trên cơ sở đó đưa ra những khuyến nghị nhằm thực hiện tốt hơn quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam.

Nhiệm vụ nghiên cứu:

- Xây dựng cơ sở lý luận của đề tài luận án, bao gồm làm rõ các khái niệm chính liên quan đến đề tài: *trẻ em, quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em, hội nhập kinh tế* và các lý thuyết, cách tiếp cận có thể áp dụng cho việc tìm hiểu và đánh giá việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam.
- Tìm hiểu cơ sở thực tiễn của việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em và xác định những vấn đề cần tập trung phân tích.
- Xây dựng khung phân tích và sử dụng các dữ liệu, thông tin thu thập được để phân tích, đánh giá việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em và các yếu tố tác động trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam theo phạm vi nghiên cứu của luận án.
- Đề xuất các khuyến nghị nhằm thực hiện tốt hơn quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam.

3. Đối tượng, phạm vi, câu hỏi và giả thuyết nghiên cứu của luận án

3.1 Đối tượng nghiên cứu: Thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam trong bối cảnh Hội nhập kinh tế

3.2 Phạm vi nghiên cứu: Nghiên cứu này sử dụng số liệu thống kê ở cấp quốc gia, các công trình nghiên cứu đã công bố và các dữ liệu thứ cấp và sơ cấp từ hai nghiên cứu có liên quan đến chủ đề của luận án do Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới chủ trì và được tiến hành trong quá trình thực hiện luận án. Nghiên cứu tập trung phân tích ba lĩnh vực chủ yếu của quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em là (1) Khám chữa bệnh; (2) Phòng ngừa bệnh tật, suy dinh dưỡng, tử vong trẻ em; và (3) Chăm sóc sức khỏe người mẹ và thai nhi. Những vấn đề khác liên quan đến sức khỏe trẻ em như tai nạn thương tích trẻ em, vấn đề sức khỏe của trẻ em lao động sớm và lao động trong điều kiện độc hại, trẻ em khuyết tật, trẻ em bị xâm hại tình dục, trẻ em bị buôn bán... thuộc nội dung của nhóm quyền bảo vệ trẻ em và nhóm quyền phát triển của trẻ em, sẽ không thuộc phạm vi nghiên cứu của đề tài này. Việc phân tích trách nhiệm của các bên liên quan thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam trong các lĩnh vực trên được tập trung vào Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội ở cộng đồng.

Việc phân tích thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em được đặt trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam, do vậy, luận án sử dụng các số liệu trong vòng khoảng 15 năm trở lại đây, là khoảng thời gian Việt Nam tham gia hội nhập sâu và mạnh mẽ hơn vào nền kinh tế quốc tế. Tuy nhiên, để phục vụ cho việc so sánh các tác động về mặt thời gian, một vài số liệu thuộc thời điểm khi Việt Nam mới bắt đầu tham gia hội nhập kinh tế có thể được sử dụng ở một số nội dung thích hợp. Ngoài ra, quá trình hội nhập kinh tế của Việt Nam bao hàm trong nó rất nhiều sự biến đổi về kinh tế- xã hội, xuất phát từ sự điều chỉnh các chính sách kinh tế vĩ mô, tuy nhiên, trong khuôn khổ của nghiên cứu này, *việc xem xét các tác động của bối cảnh hội nhập kinh tế tới việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em được giới hạn ở việc tìm hiểu các tác động từ sự điều chỉnh chính sách tăng trưởng kinh tế, chính sách tài chính y tế và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe* (những chính sách này có mối liên quan nhiều tới chăm sóc sức khỏe trẻ em). Một số vấn đề xã hội nảy sinh từ hội nhập kinh tế như nghèo đói, bất bình đẳng xã hội, cha mẹ thiếu thời gian dành cho chăm sóc trẻ em do gánh nặng kiếm sống cũng sẽ được lồng ghép phân tích ở những phần nội dung phù hợp.

Câu hỏi nghiên cứu:

Luận án được thực hiện nhằm trả lời những câu hỏi cơ bản sau:

- Sự điều chỉnh chính sách tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam tác động như thế nào đến chăm sóc sức khỏe trẻ em?
- Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội- những bên liên quan chính chịu trách nhiệm thực hiện quyền trẻ em, đã thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em như thế nào trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam?

3.3 Giả thuyết nghiên cứu:

Luận án đưa ra các giả thuyết nghiên cứu sau:

- (1) Sự điều chỉnh chính sách về tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam đã làm tăng sự lựa chọn đối với chăm sóc sức khỏe cho trẻ em, nhưng đồng thời cũng làm gia tăng sự khác biệt giữa các nhóm xã hội trẻ em trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- (2) Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội ở cộng đồng đóng vai trò quan trọng và tích cực trong thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em, tuy nhiên, vẫn còn nhiều hạn chế và khó khăn trong việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam.

4. Phương pháp luận và phương pháp nghiên cứu của luận án

Phương pháp luận: Để tìm hiểu việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam, luận án xác định cần thiết phải tìm hiểu các quan điểm, lý thuyết, cách tiếp cận phù hợp để có thể phân tích, lý giải thực trạng việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em, với điểm mấu chốt là thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em mang những thuộc tính cơ bản của con người về sức khỏe, nhưng mối liên hệ giữa *quyền* và *trách nhiệm* lại mang tính đặc thù, khác biệt so với quyền con người của những người đã trưởng thành. Theo đó, trẻ em là chủ thể của quyền, nhưng việc thực hiện các quyền đến đâu lại phụ thuộc vào hoàn cảnh và ý chí của các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền.

Luận án này vận dụng lý thuyết về quyền con người, lý thuyết cấu trúc- chức năng, lý thuyết sinh thái học xã hội về sức khỏe, cách tiếp cận dựa trên cơ sở quyền con người về sức khỏe, và dựa trên những đặc trưng cơ bản của quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em để phân tích mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền (trẻ em) và các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền (Nhà nước, gia đình, nhà trường, các tổ chức xã hội). Luận án cũng vận dụng quan điểm của Đảng và Nhà nước Việt Nam về thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em làm cơ sở lý luận cho việc phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập kinh tế¹.

Phương pháp nghiên cứu: Luận án này sử dụng các phương pháp cụ thể sau:

a) Phương pháp tổng quan tài liệu có sẵn, bao gồm các công trình nghiên cứu trong nước và quốc tế, các văn bản luật pháp, chính sách, chương trình liên quan đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em của Việt Nam; Các văn bản chính sách liên quan đến sự chuyển đổi cơ cấu kinh tế trong quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam có những ảnh hưởng đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em.

b) Phân tích số liệu thứ cấp và sơ cấp các đề tài nghiên cứu có liên quan để tổng hợp và phân tích, lý giải các vấn đề mà mục tiêu, nhiệm vụ nghiên cứu đã đặt ra để tìm hiểu thực trạng thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam².

5. Đóng góp mới về mặt khoa học của luận án

Các nghiên cứu chuyên sâu về thực hiện quyền trẻ em nói chung và quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em nói riêng rất ít ỏi ở Việt Nam, và thường dựa trên tiếp cận phúc lợi xã hội do vậy, sự phân tích thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong các nghiên cứu hiện có mới chỉ chủ yếu nhấn mạnh đến *các kết quả về chăm sóc sức khỏe trẻ em*, mà chưa chỉ ra được một cách rõ ràng trách nhiệm và việc thực hiện trách nhiệm của bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền trẻ em. Trong khi đó, *luận án này vận dụng cách tiếp cận quyền để phân tích và làm rõ thực trạng thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em thông qua phân tích mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền là trẻ em và bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền là*

¹Nội dung này sẽ được trình bày cụ thể tại chương 2 về Cơ sở lý luận, thực tiễn và phương pháp nghiên cứu

²Phương pháp nghiên cứu của đề tài luận án sẽ được mô tả cụ thể hơn tại chương 2

nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội, với các tiêu chí cơ bản của quyền con người trong lĩnh vực sức khỏe và các nguyên tắc, quy định về quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong Công ước quốc tế về quyền trẻ em. Cách tiếp cận nghiên cứu này của luận án là điểm mới và đặc biệt so với các nghiên cứu hiện có về thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam.

6. Ý nghĩa lý luận và thực tiễn của luận án

Về mặt lý luận, luận án đã góp phần hoàn thiện lý luận về nghiên cứu thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em khi vận dụng lý thuyết về quyền con người, lý thuyết cấu trúc- chức năng, lý thuyết sinh thái học xã hội trong lĩnh vực sức khỏe và cách tiếp cận dựa trên cơ sở quyền đối với nhóm nhân khẩu xã hội đặc thù là trẻ em để phân tích mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền (trẻ em) và các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền trẻ em. Sự xem xét mối quan hệ này cũng được đặt trong bối cảnh Việt Nam đang có nhiều biến đổi về kinh tế- xã hội dưới tác động của quá trình hội nhập kinh tế, đặc biệt là sự điều chỉnh các chính sách kinh tế vĩ mô. Việc vận dụng các lý thuyết và cách tiếp cận nêu trên trong mối liên hệ với điều kiện kinh tế- xã hội của Việt Nam không chỉ cho phép tìm hiểu được bản chất của việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em (theo các thuộc tính và đặc trưng của quyền con người đối với trẻ em trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe), mà còn cho phép tìm hiểu và lý giải những tác động đa chiều đối với việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em từ bối cảnh kinh tế- xã hội tới các yếu tố liên quan đến các bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em.

Về mặt thực tiễn, luận án chỉ ra những hạn chế và những khó khăn trong quá trình thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em của các bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền trẻ em là Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội. Dựa trên những phát hiện này luận án cũng đã đưa ra những khuyến nghị cụ thể để việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam được hoàn thiện hơn. Những phát hiện và khuyến nghị của luận án là nguồn tham khảo cho các nhà hoạch định chính sách, các nhà nghiên cứu và những cơ quan, tổ chức có trách nhiệm trong thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe nói riêng và quyền trẻ em nói chung.

7. Kết cấu của luận án

Ngoài phần mở đầu, kết luận và khuyến nghị, luận án bao gồm 4 chương:

Chương 1. Tổng quan tình hình nghiên cứu

Chương 2. Cơ sở lý luận, thực tiễn và phương pháp nghiên cứu

Chương 3. Bối cảnh chính sách trong quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam và một số kết quả chủ yếu về chăm sóc sức khỏe trẻ em

Chương 4. Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội đối với thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong điều kiện hội nhập kinh tế ở Việt Nam

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU

Quyền chăm sóc sức khỏe (CSSK) trẻ em, cũng như các quyền trẻ em (QTE) nói chung được quy định tại Công ước quốc tế về QTE với những nguyên tắc và quy định thống nhất đòi hỏi các quốc gia thành viên phải nghiêm túc thực hiện. Tuy nhiên, việc thực hiện QTE phụ thuộc rất nhiều vào bối cảnh chính trị, kinh tế- xã hội, văn hóa và điều kiện cụ thể của từng quốc gia. Trong khi cộng đồng thế giới ủng hộ mạnh mẽ quan điểm phải nghiêm túc thực hiện các quyền của trẻ em, thì việc thực hiện QTE vẫn đang gặp nhiều thách thức ở hầu hết các quốc gia, bao gồm việc thực hiện quyền không đầy đủ, hoặc vi phạm QTE, trong đó có các quyền về CSSK trẻ em, mặc dù mức độ có thể khác nhau giữa các quốc gia và khu vực. Do vậy, các nghiên cứu về QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng thu hút được sự quan tâm của đông đảo các nhà nghiên cứu trên thế giới. Chương này sẽ bắt đầu từ việc giới thiệu tóm tắt nội dung Công ước quốc tế về QTE. Các phần tiếp theo của chương sẽ tổng quan những quan điểm phổ biến về QTE và quyền CSSK trẻ em, tình hình thực hiện quyền CSSK trẻ em.

1.1 Công ước quốc tế về quyền trẻ em

Trước khi có Công ước quốc tế về quyền trẻ em, đã có hai văn kiện quốc tế về QTE: Tuyên bố về quyền trẻ em, do Liên minh Cứu trợ Trẻ em Quốc tế đề xướng vào năm 1923, được Hội Quốc liên- Tổ chức tiền thân của Liên Hợp quốc (LHQ)- thông qua vào năm 1924, và Bản tuyên ngôn về quyền trẻ em năm 1959 với tinh thần “Nhân loại có nghĩa vụ phải dành cho trẻ em những gì tốt đẹp nhất”. Tuy nhiên, cả hai văn kiện này đều không có tính ràng buộc về mặt pháp lý đối với các quốc gia nên hiệu lực thực hiện các QTE được nêu trong những văn kiện này bị hạn chế. Việc thúc đẩy thực hiện QTE trên toàn thế giới đòi hỏi phải có một khuôn khổ và chuẩn mực được cộng đồng quốc tế nhất trí dưới hình thức một công ước quốc tế có hiệu lực pháp lý ràng buộc đối với các quốc gia thành viên. Công ước về QTE năm 1989 ra đời nhằm đáp ứng đòi hỏi này.

Việc soạn thảo Công ước về QTE được tiến hành trong 10 năm và được Đại Hội đồng Liên hợp quốc chính thức thông qua ngày 20-11-1989³ và mở cho các nước ký ngày 26-1-1990 nhân kỷ niệm lần thứ 30 thông qua Tuyên ngôn về quyền trẻ em (1959-1989) và lần thứ 10 kỷ niệm Năm Quốc tế thiếu nhi (1979-1989). Công ước có hiệu lực và được công nhận là **luật quốc tế** từ ngày 2-9-1990.

Công ước Quốc tế về QTE gồm 54 điều với 4 nguyên tắc cơ bản là nền tảng cho tất cả các hành động có liên quan đến trẻ em, gồm: Bình đẳng, không phân biệt đối xử (Điều 2); Vì quyền lợi tốt nhất của trẻ em (Điều 3); Thực hiện đầy đủ các quyền (Điều 4); Lắng nghe và tôn trọng ý kiến của trẻ em (Điều 12). Trong Công ước, tất cả các quyền đều quan trọng, đan quyện và bổ sung cho nhau và thường được phân làm bốn nhóm⁴ tương đương với bốn lĩnh vực của đời sống trẻ em như sau: (1) *Nhóm quyền sống còn*, bao gồm những quyền liên quan đến việc đảm bảo cho trẻ em không bị tước đoạt về tính mạng, và đảm bảo cho trẻ em được cung cấp dinh dưỡng và sự chăm sóc y tế ở mức độ cao nhất; (2) *Nhóm quyền phát triển*, bao gồm các quyền liên quan đến sự phát triển thể chất, trí tuệ, tình cảm, đạo đức và các năng lực xã hội; (3) *Nhóm quyền bảo vệ*, bao gồm các quyền được bảo vệ trẻ em khỏi các hình thức bóc lột, lạm dụng, sao nhãng, bỏ mặc, bị phân biệt đối xử, bị buôn bán; và (4) *Nhóm quyền tham gia*, bao gồm các quyền giúp trẻ em có thể biểu đạt những ý kiến, quan điểm cá nhân, được tiếp cận thông tin, được lắng nghe và được tôn trọng ý kiến. Các quyền về CSSK trẻ em thuộc nhóm quyền sống còn.

1.2. Các quan điểm phổ biến trong nghiên cứu về quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Mối quan tâm phổ biến của các nghiên cứu về thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng thường xoay quanh những vấn đề liên quan đến việc xác định tính đặc thù của QTE so với quyền của người lớn và những yếu tố tác động đến việc thực hiện quyền. Mấu chốt của vấn đề là, trẻ em là con người, và với tư cách là con người thì hiển nhiên trẻ em cũng mang những đặc điểm nhân phẩm nhất định của con người và được hưởng các quyền của con người. Tuy nhiên, quyền con

³Nghị quyết số 44/25 ngày 20-11-1989.

⁴Sự phân loại theo bốn nhóm quyền này chỉ là tương đối, bởi các quyền cụ thể của 4 nhóm quyền không tách biệt nhau hoàn toàn mà liên quan chặt chẽ với nhau. Ví dụ một số quyền thuộc nhóm quyền phát triển cũng liên quan đến nhóm quyền sống còn. Một số quyền thuộc nhóm quyền bảo vệ cũng liên quan đến nhóm quyền phát triển, nhóm quyền sống còn và nhóm quyền tham gia.

người dành cho trẻ em mang tính đặc thù, khác biệt so với quyền con người nói chung. Trẻ em không thể được đối xử theo nghĩa đơn giản chỉ với tư cách là con người, bởi trẻ em là nhóm nhân khẩu còn non nớt cả về thể chất và tinh thần, cuộc sống và sự phát triển của trẻ em chịu sự phụ thuộc vào trách nhiệm và hành động của người lớn. Tổng quan sẽ lần lượt đề cập tới những vấn đề liên quan đến thực hiện QTE và quyền CSSK trẻ em mà các nghiên cứu thường quan tâm thảo luận.

Đặc thù của quyền trẻ em so với quyền con người của người lớn

Tiêu biểu cho những tranh luận về tính đặc thù của QTE so với quyền của người đã trưởng thành là các công trình nghiên cứu và các bài viết mang tính học thuật của Feinberg (1980), Franklin (2001), Savitri (2003), và một số tác giả khác, như được tóm tắt dưới đây.

Feinberg [114] phân ra ba loại quyền: Loại thứ nhất bao gồm những quyền chỉ dành riêng cho người lớn (Adult Rights, gọi tắt là *A-Rights*), loại thứ hai là dành cho cả người lớn và trẻ em (Adult -Childrent Rights, gọi tắt là *A-C- Rights*), và loại thứ ba chỉ dành riêng cho trẻ em (Children Rights, gọi tắt là *C-Rights*). Feinberg cho rằng các quyền thuộc A- rights nhấn mạnh đến các quyền tự do (liberty rights), bao gồm các quyền tự do lựa chọn, ví dụ được lựa chọn bỏ phiếu cho ai, quyền được phát ngôn, quyền lựa chọn tham gia các tổ chức tôn giáo. Trong khi đó, A-C- Rights nhấn mạnh đến các quyền liên quan đến phúc lợi của cả người lớn và trẻ em, ví dụ quyền CSSK, quyền được bảo vệ về thân thể.

Về quyền dành riêng cho trẻ em, C-Rights, Feinberg nhấn mạnh đến hai nhóm quyền đảm bảo cho trẻ em có được một quá trình phát triển với những điều kiện mang tính đặc thù của trẻ em. *Nhóm thứ nhất* bao gồm những quyền được nhận những gì tốt đẹp nhất mà bản thân trẻ em không có khả năng tự đảm bảo cho mình, hoặc những điều mà trẻ em không thể tự làm được mà phải phụ thuộc vào người lớn. Những thứ tốt đẹp này có thể bao gồm thức ăn và nơi ở. *Nhóm thứ hai*, bao gồm những quyền được bảo vệ khỏi những điều mang tính có hại đối với trẻ em, xuất phát từ đặc tính là trẻ em thuộc nhóm nhân khẩu- xã hội dễ bị tổn thương nhất, đặc biệt là quyền được bảo vệ khỏi những điều có hại chỉ xảy đến với trẻ em. Những điều có hại này có thể bao gồm sự lạm dụng và thiếu quan tâm đến trẻ em

[114]. Quan điểm này của Feinberg cung cấp những cơ sở quan trọng để lý giải về sự phụ thuộc của trẻ em vào người lớn trong quá trình thụ hưởng các quyền về CSSK.

Savitri (2003) cũng có quan điểm giống với Feinberg về tính đặc thù của QTE khi cho rằng, mặc dù “quyền” có tính phổ biến, nghĩa là ai cũng có quyền được hưởng, nhưng trong trường hợp của trẻ em, việc thực hiện các quyền bị lệ thuộc bởi nhiều yếu tố hơn so với những người trưởng thành, xuất phát từ vị thế của trẻ em, đặc biệt là ở các nước đang phát triển, nơi mà quyền của trẻ em thường được xem xét cùng với quyền của phụ nữ, như một nhóm yếu thế hơn trong xã hội [65]

Tính đặc thù của QTE được Franklin (2001) xem xét trong mối liên hệ giữa quyền và trách nhiệm. Franklin cho rằng, quyền luôn đi liền với trách nhiệm hoặc nghĩa vụ, theo đó, một người được hưởng một quyền nhất định nào đó thì anh/chị ta cũng phải có những nghĩa vụ hoặc những trách nhiệm tương ứng với quyền đó. Tuy nhiên, theo Franklin, *đối với trẻ em, có rất nhiều quyền không nhất thiết phải đi liền với nghĩa vụ của các em*, bởi trẻ em là đối tượng non nớt, cần được bảo vệ và hưởng sự chăm sóc đặc biệt từ người lớn [115].

Về các quan điểm của các học giả trong nước về QTE, có thể nhận xét rằng, vì các nghiên cứu về QTE ở Việt Nam chỉ bắt đầu từ những năm 90, sau khi Việt Nam cam kết tham gia Công ước QTE, do vậy, chưa hình thành rõ nét một hệ thống các tranh luận gắn với các tên tuổi của những học giả đại diện cho các quan điểm. Tuy nhiên, vẫn có thể thấy một xu hướng khá rõ là các công trình nghiên cứu của Việt Nam về QTE thể hiện sự tán thành với các quan điểm chính thống của LHQ về QTE và *đánh giá cao ý nghĩa của việc thực hiện QTE*. Ví dụ như các nghiên cứu của Nguyễn Chí Dũng (2003), Ủy ban DSGĐTE và Viện Xã hội học (2005), Nguyễn Hữu Minh và Đặng Bích Thủy (2009) [Xem 20,32,87]. Những nghiên cứu này quan tâm đến ý nghĩa xã hội quan trọng của việc thực hiện QTE, và nhấn mạnh rằng, trẻ em là đối tượng non nớt về thể chất và tinh thần vì vậy cần được chăm sóc và bảo vệ đặc biệt. Đồng thời các nghiên cứu này cũng cho rằng Công ước về QTE là công cụ quan trọng để bảo vệ các quyền chính đáng của trẻ em.

Tác động của các yếu tố kinh tế và hội nhập kinh tế tới thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Tác động của các yếu tố kinh tế tới việc thực hiện quyền CSSK trẻ em thường được các nghiên cứu xem xét thông qua các vấn đề liên quan đến tăng trưởng kinh tế và khả năng đầu tư cho các vấn đề phúc lợi của trẻ em. Nghiên cứu của Devylder (2000) đã cung cấp luận chứng thuyết phục rằng, xét về mặt vĩ mô, có mối tương quan tích cực giữa tăng trưởng kinh tế và an sinh của trẻ em. Mọi chỉ số mà con người ý thức được về quyền “được tồn tại và phát triển” của trẻ em, đều cho thấy các nước có thu nhập theo đầu người cao hơn thì có xu hướng thu được những kết quả tốt hơn về nhóm quyền này so với những nước nghèo hơn [108].

Tuy nhiên, Devylder (2000) cũng lưu ý rằng chỉ tăng trưởng kinh tế thôi thì chưa đủ, tăng trưởng mới chỉ đáp ứng một số khía cạnh kinh tế đối với thực hiện QTE, và rằng, hình thái tăng trưởng cũng có tầm quan trọng như tỷ lệ tăng trưởng. Cụ thể, để mang lại lợi ích cho trẻ em thì tăng trưởng kinh tế phải mang lại lợi ích cho tất cả mọi người, tăng trưởng phải mang tính bền vững và công bằng. Devylder cũng lập luận rằng, các chính sách vĩ mô chung ảnh hưởng đến thực hiện QTE một cách gián tiếp, đặc biệt là các hình thái tăng trưởng và các chính sách liên quan đến quá trình toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế, và thường là thông qua những tác động đối với tình trạng kinh tế và xã hội của gia đình [108]. Quan điểm này của Devylder gợi ý cho việc phân tích những tác động tới việc thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam từ chính sách chuyển đổi cơ cấu kinh tế, chính sách tài chính y tế ra đời trong quá trình hội nhập kinh tế của Việt Nam.

Đồng với quan điểm của Devylder về tác động quan trọng của chính sách kinh tế vĩ mô tới việc thực hiện QTE, nghiên cứu của Chaujar (2004) lưu ý đến những ảnh hưởng từ sự thiếu quan tâm tới mối liên hệ giữa chính sách kinh tế vĩ mô và các vấn đề của trẻ em trong nền kinh tế hội nhập [103].

Xét về cơ hội mà hội nhập kinh tế mang đến cho trẻ em thì có một điều không thể phủ nhận là hội nhập kinh tế giúp tăng trưởng kinh tế nhanh hơn và là tác nhân mạnh mẽ đối với giảm nghèo đói và gia tăng phúc lợi xã hội cho trẻ em. Theo Devylder (2000), một số nước, nổi bật nhất là ở châu Á, đã tận dụng những vận hội do tham gia hội nhập kinh tế ngày càng tăng với thị trường đầy năng động trên thế giới, đà tăng trưởng kinh tế nhanh chóng của các nước tham gia hội nhập đã làm

thay đổi nền kinh tế của các nước trong một thời gian ngắn và hầu hết các chỉ số phát triển con người đã đạt được những tiến bộ rõ rệt. Các chỉ số xã hội như tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh, trình độ học vấn và tuổi thọ cho thấy một sự cải thiện thật sự to lớn [108]. Cùng với quan điểm này của Devylder, Vig (2004) đã chứng minh rằng tăng trưởng kinh tế tạo ra những cơ hội quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe và giảm tỷ lệ dân số bị SDD, mà chủ yếu là trẻ em, và giảm tỷ lệ nghèo đói [171].

Một số học giả khác như Vig (2004), Chaujar (2004), Bhutta (2002) và Hitchcock (2002) lại nhấn mạnh đến các tác động tiêu cực của quá trình hội nhập kinh tế tới việc thực hiện QTE, như nghèo đói, bất bình đẳng, thất nghiệp, cha mẹ thiếu thời gian chăm sóc con cái. [171],[103],[100],[124].

Tương tự, nghiên cứu của Chaujar (2004) đã khẳng định rằng, sự thương mại hóa trong lĩnh vực CSSK và việc cắt giảm đầu tư của nhà nước trong lĩnh vực này đã tạo nên sự khác biệt rất lớn đối với nhóm trẻ em ngoài lề về sự tiếp cận các cơ hội CSSK. Trẻ em thuộc các gia đình nghèo phải đối mặt với rất nhiều khó khăn trong quá trình hưởng các quyền về sức khỏe và phát triển [103].

Những vấn đề gay gắt đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em xuất phát từ *nghèo đói và bất bình đẳng xã hội* trong nền kinh tế hội nhập đã được chỉ ra trong các nghiên cứu của Vig (2004), Wagstaff (2000), Edward (2003), Hitchcock (2002) như là những vấn đề xã hội nảy sinh từ hội nhập kinh tế. Bất bình đẳng về thu nhập dẫn đến bất bình đẳng xã hội, nghèo đói là những vấn đề gay gắt đối với CSSK trẻ em. Nghèo đói, bất bình đẳng xã hội trong nền kinh tế hội nhập là nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng, các rủi ro về sức khỏe, HIV/AIDS đối với trẻ em nghèo, đặc biệt là các nước đang phát triển [171], [172], [112], [124].

Nghèo đói, bất bình đẳng xã hội tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em

Nghèo đói tồn tại dai dẳng là một trong trở ngại lớn nhất cho việc thực hiện QTE, bao gồm quyền CSSK trẻ em. Báo cáo về Tình trạng trẻ em thế giới năm 2006 cho biết, vào thời điểm xây dựng báo cáo, có 854 triệu người phải chịu đói triền miên, trong đó có 300 triệu trẻ em và các em này chịu cảnh SDD trầm trọng. Cứ 3,6 giây đồng hồ trôi đi trên thế giới lại có 1 người chết vì đói mà phần lớn là trẻ em dưới 5 tuổi [81]. Báo cáo tình hình trẻ em 2010 cung cấp thông tin rằng trên

toàn cầu, có 7,6 triệu trẻ em dưới 5 tuổi tử vong hàng năm. Nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi là viêm phổi, biến chứng vì đẻ non, tiêu chảy, ngạt thở khi sinh và sốt rét [84].

Bất bình đẳng xã hội và các tác động tới việc thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng cũng là một chủ đề thu hút sự quan tâm của các nhà nghiên cứu. Bất bình đẳng về kinh tế- xã hội thường được cho là có mối tương quan rất rõ nét đến tình trạng sức khỏe kém của trẻ em, và là một trong những thách thức to lớn nhất đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em [172]. Sự khác biệt về địa vị kinh tế- xã hội của gia đình dẫn đến các bất bình đẳng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em là chủ đề được nhiều nghiên cứu nhấn mạnh. Chen (2004), Currie & Stabile (2002), Wagstaff (2000) đã chỉ ra mối liên hệ rõ nét giữa thực hiện quyền CSSK trẻ em với điều kiện kinh tế- xã hội của gia đình [104],[107]. Một số nghiên cứu khác của Anderson & Armstead (1995); Adler và cộng sự (1994); Williams & Collins (2001) cho rằng tình trạng sức khỏe trẻ em phụ thuộc vào chất lượng của điều trị y tế và môi trường sống của các gia đình [Dẫn theo Chen, 104].

Vấn đề di cư của các gia đình trong nền kinh tế hội nhập cũng tác động đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em. Khi các nước mới thâm nhập vào thị trường thế giới, tốc độ công nghiệp hóa và đô thị hóa của các nước này tăng lên và kéo theo xu hướng di cư tìm kiếm việc làm. Người dân tận dụng cơ hội di cư ra khỏi các công việc ở nông thôn với thu nhập thấp và có nhiều rủi ro để đến với các công việc an toàn hơn và có tiền lương cao hơn tại các thị trấn và thành phố, điều này ảnh hưởng tới việc CSSK trẻ em [33]. Nghiên cứu của Graza (2010), Jones et al. (2013) cho thấy những bằng chứng của sự vi phạm quyền CSSK đối với những trẻ em ở lại (*left behind children*) khi cha, mẹ đi di cư lao động [117], [128]. Nghiên cứu của Bakker và cộng sự (2009) cũng nhấn mạnh đến các thách thức của vấn đề di cư lao động đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em [97].

Tác động của yếu tố văn hóa tới thực hiện quyền CSSK trẻ em

Tác động của văn hóa đến thực hiện QTE là một trong những chiều cạnh được các nhà nghiên cứu quan tâm. Văn hóa tác động tới việc thực hiện QTE theo những cách khác nhau đối với các QTE khác nhau. Ví dụ đối với quyền tham gia

của trẻ em, nghiên cứu của Lansdown (2005), đã nhấn mạnh đến quan niệm xem thấp hoặc không quan tâm đến suy nghĩ của trẻ em dẫn đến việc tước đi cơ hội tham gia của trẻ em đối với những vấn đề liên quan đến cuộc sống của trẻ em, trong đó có quyền CSSK trẻ vị thành niên [131]. Trong khi đó, nghiên cứu của Trịnh Hòa Bình (2005) miêu tả những giá trị Nho giáo và tính gia trưởng đã cản trở quyền tham gia của trẻ em ở Việt Nam [4]. Nghiên cứu của Đặng Bích Thủy (2012, 2013), Chao (2001), Dwairy (2007), Triandis (1995) đã chỉ ra rằng hành vi trừng phạt về thể chất và tinh thần ảnh hưởng đến sức khỏe trẻ em, biểu hiện của vi phạm QTE, có căn nguyên từ các yếu tố văn hóa [69],[70], [102], [110],[156].

Mối liên hệ giữa yếu tố văn hóa đến thực hiện quyền CSSK trẻ em được Armenakis và Kiefer (2007) phân tích qua phong tục lấy chồng sớm của trẻ em gái và những tác động tiêu cực đến sức khỏe của những người mẹ đang trong độ tuổi trẻ em [96]. Điều này cũng có những điểm tương đồng với một số khu vực nông thôn miền núi của Việt Nam. Ví dụ như nghiên cứu về chuẩn mực xã hội đối với trẻ em gái dân tộc HMông ở Hà Giang của Jones et al. (2012) [126]. Nghiên cứu của Đặng Bích Thủy (2015b) nhấn mạnh tảo hôn là vấn đề vi phạm quyền CSSK trẻ và đòi hỏi cần có những sự can thiệp từ hệ thống chính sách, luật pháp của Nhà nước đối với các tập tục văn hóa có hại đối với sức khỏe trẻ em nhằm đảm bảo thực thi quyền CSSK trẻ em [72].

Niềm tin và giá trị văn hóa đóng vai trò rất quan trọng đối với việc điều trị bệnh, như đã được chỉ ra trong các nghiên cứu của Vaughn, Jacquez và Baker (2009). Các tác giả này đã chứng minh trong nghiên cứu của họ rằng, những nhóm văn hóa khác nhau thường hình thành những quan niệm hay niềm tin về vấn đề sức khỏe và điều trị bệnh khác nhau. Những khác biệt có thể quan sát một cách dễ dàng khi nhìn vào việc sử dụng thuốc Tây y hay Đông y, hoặc các nghi lễ tâm linh trong điều trị bệnh [170]. Ở một góc nhìn khác, Kiligun (2013) cho rằng, trong những nền văn hóa, nơi mà chức năng của người phụ nữ gắn với các công việc tổ chức cuộc sống gia đình và chăm sóc con cái thì người mẹ có xu hướng quan tâm đến vấn đề nuôi dưỡng con, trong khi người cha có xu hướng quan tâm tới các vấn đề về phát triển cá tính của con [129].

Như vậy, có thể thấy rằng, văn hóa tác động đến quyền CSSK trẻ em trên những chiều cạnh khác nhau, bao gồm cả các phong tục tập quán liên quan đến sức khỏe sinh sản, quan niệm và cách điều trị bệnh, tục lấy chồng sớm, và nhận thức về quyền CSSK trẻ em cũng như vai trò khác biệt của người cha và người mẹ trong CSSK cho con cái.

Vai trò của các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em

Các điều khoản trong Công ước quốc tế về QTE cho thấy nhà nước là bên chịu trách nhiệm chính đối với thực hiện QTE, tiếp đến là gia đình và các bên liên quan khác như nhà trường và các tổ chức xã hội ở cộng đồng.

Vai trò của nhà nước

Công ước QTE đã có những điều khoản quy định mang tính pháp lý đối với các quốc gia thành viên về trách nhiệm thực hiện QTE. Trong các nghiên cứu về QTE, các học giả có xu hướng nhấn mạnh vào trách nhiệm quan trọng của nhà nước đối với việc xây dựng hệ thống pháp luật và chính sách để thực thi QTE. Trong một nghiên cứu cho Unicef về vai trò của nhà nước đối với thực hiện QTE, Guy (2012) đã đúc kết rằng, nhà nước đóng vai trò quan trọng trong việc thể chế hóa các quy định về QTE và xây dựng hệ thống chính sách và mạng lưới xã hội để thực hiện QTE [118]. Các nghiên cứu của Guy (2012), Chaujar (2004) và Devylder (2000) nhấn mạnh vai trò của nhà nước trong việc quan tâm tới ảnh hưởng của chính sách đối với thực hiện QTE, đặc biệt là tác động của chính sách kinh tế vĩ mô bởi mọi chính sách vĩ mô đều tác động đến việc thực hiện QTE, hoặc trực tiếp, hoặc gián tiếp [118],[103],[108],.

Nhà nước cũng có vai trò đưa ra các chính sách bảo vệ các QTE khỏi những tác động tiêu cực của nền kinh tế thị trường, đặc biệt là những vấn đề như nghèo đói, bất bình đẳng gia tăng trong nền kinh tế thị trường. Haq Mahbub ul (1997), khi bàn về vai trò can thiệp của chính phủ đến vấn đề quyền CSSK trẻ em trước những thách thức từ nền kinh tế thị trường đã đưa ra quan điểm mang tính triết học rằng, “[...] kinh tế thị trường không phải là sự lựa chọn của những người nghèo mà là sự lựa chọn của chính phủ. Thị trường có thể rất tàn bạo và phớt lờ các nhu cầu của người nghèo, nhưng các Chính phủ không được phép như vậy [121].

Nghiên cứu của Happer và Tincati (2010) và Woodhouse (1999) đề cập đến trách nhiệm của nhà nước trong *hỗ trợ* và *hướng dẫn* các gia đình và cộng đồng thực hiện quyền CSSK trẻ em [120],[176]. Trong công trình nghiên cứu về cơ chế quản lý nhà nước trong thực hiện QTE ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Chí Dũng (2003) nhấn mạnh “quản lý nhà nước trong việc thực hiện quyền trẻ em là hết sức cần thiết” [20, tr.10].

Như vậy, có thể thấy rằng, nhà nước có vai trò chính và quan trọng đối với thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng. Điều này không chỉ được xác định dựa trên các quy định về trách nhiệm của các quốc gia thành viên của Công ước, mà còn được đúc rút từ thực tiễn bảo vệ chăm sóc (BVCS) trẻ em trên thế giới.

Vai trò của gia đình

Gia đình là môi trường cơ bản cho sự phát triển toàn diện của trẻ em và là nơi thực hiện các quyền cơ bản của trẻ em, trong đó có các quyền về CSSK. Trong một nghiên cứu về QTE, Holmberg và Himes (2005) đã nhấn mạnh, QTE được thực thi và có ý nghĩa thiết thực nhất trong môi trường gia đình với trách nhiệm của cha mẹ [Dẫn theo 32]. Nhiều nghiên cứu nhấn mạnh đến vai trò của gia đình trong CSSK cho trẻ em ở giai đoạn ấu thơ như Sanders (2008), UN (2006), WHO (1995) [145],[157], [173], và đặc biệt là công trình nghiên cứu của Rosenthal, Hanlon và Hess (2008) đã nhấn mạnh đến tầm quan trọng của cha mẹ đối với CSSK cho trẻ em ở giai đoạn từ khi trẻ sinh ra đến 5 tuổi, bởi đây là giai đoạn đặc biệt quan trọng tới sức khỏe trong cuộc đời của con người, bao gồm cả sự phát triển thể chất và tinh thần, khả năng phát triển tư duy nhận thức, tình cảm và các kỹ năng xã hội [142]. Trong khi đó, nghiên cứu của Cobb (1996), Hair và Garrett (2002), Naidoo (2001), và Santrock (2001, 2006) lại nhấn mạnh đến vai trò của cha mẹ trong phòng ngừa các rủi ro bệnh tật đối với trẻ em vị thành niên [Xem 106, 119, 135, 145, 147]. Như vậy, việc nghiên cứu thực hiện quyền CSSK trẻ em cần gắn với các giai đoạn tuổi của trẻ em.

Một số nghiên cứu ở Việt Nam đã đề cập đến vai trò của gia đình đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em. Nghiên cứu của Ủy ban BVCSTE (2001) nhấn mạnh

đến vai trò của gia đình và sự phối hợp với cộng đồng trong thực hiện QTE [85]. Lê Ngọc Văn (2011) đề cập đến những thách thức của gia đình đối với chức năng chăm sóc trẻ em trong bối cảnh biến đổi gia đình [90]. Nghiên cứu của Ủy ban DSGĐTE và Viện Xã Hội học (2005) nêu lên những thách thức đối với thực hiện QTE từ nhận thức của cha mẹ về QTE [87]. Đặng Bích Thủy (2012) nhấn mạnh đến vai trò của cha mẹ đối với thực hiện quyền CSSK đối với nhóm trẻ em vị thành niên, trong các lĩnh vực SKSS, có thai ngoài ý muốn, và vấn đề sức khỏe tâm thần [70].

Vai trò của nhà trường

Nhà trường có vai trò quan trọng trong việc cung cấp kiến thức và kỹ năng về nhân quyền cho học sinh. Hay nói một cách khác, học sinh cần phải được trang bị kiến thức, kỹ năng, được thực hành, được tôn trọng và được bảo vệ từ góc độ đảm bảo nhân quyền. Do vậy, nhà trường có vai trò quan trọng không chỉ trong việc trang bị kiến thức, kỹ năng về QTE mà các QTE cần phải được tôn trọng và thực hiện trong môi trường học đường [95].

Những người giáo viên cần phải có được những kiến thức và nhận thức về QTE để đảm bảo rằng QTE được giảng dạy và được thực thi trong môi trường học đường. Mặc dù vậy, ngay cả ở những nước phát triển, đảm bảo được điều này cũng là một thách thức. Nghiên cứu của Jerome và cộng sự (2015) với mẫu là 26 nước về vấn đề này cho thấy, không có quốc gia nào trong mẫu nghiên cứu có thể khẳng định được rằng các giáo viên của hệ thống các trường học đều được đào tạo về QTE. Điều này cho thấy những thách thức đối với nhà trường trong phổ biến và thực thi QTE trong môi trường học đường [125].

Hợp tác với người dân và các tổ chức xã hội ở cộng đồng trong đảm bảo QTE được thực thi cũng là một hoạt động được đề cao đối với hệ thống nhà trường. Các nghiên cứu của Theis (2006) về QTE luôn nhấn mạnh đến sự quan trọng của việc hợp tác giữa nhà trường với gia đình, người dân và các tổ chức ở cộng đồng trong việc đảm bảo QTE được tôn trọng và thực thi [67]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam như nghiên cứu của Ủy ban DSGĐTE và Viện Xã hội học (2005) đề cập đến vai trò quan trọng của thầy cô giáo trong nhận thức về QTE và hệ thống luật pháp liên

quan đến QTE như một yếu tố cơ bản để QTE được thực thi trong nhà trường [87].

Vai trò của cộng đồng

Vai trò của cộng đồng đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng là một mảng chủ đề được quan tâm trong các công trình nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu đã đúc kết rằng, cùng với nhà nước, gia đình và nhà trường, cộng đồng mà chủ yếu là các tổ chức xã hội có vai trò rất quan trọng trong việc thực hiện QTE. Ví dụ như nghiên cứu của Perry và Freeman (2009); nghiên cứu của Minkler và Wallerstein (2008) về vai trò của cộng đồng trong đánh giá tình trạng sức khỏe của trẻ em [xem 140,134]; nghiên cứu của Theis (2006) về sự hợp tác giữa chính phủ, các tổ chức và cộng đồng trong thúc đẩy thực hiện các QTE [67]; vai trò của cộng đồng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em từ góc độ kinh tế học của Devylder (2000) [108].

Các tổ chức xã hội ở cộng đồng còn tham gia tích cực vào việc thực hiện QTE căn cứ vào chức năng và đặc điểm của các tổ chức xã hội hay các nhóm tự phát ở cộng đồng [108], [134]. Một số nghiên cứu nhấn mạnh đến vai trò của các Tổ chức phi chính phủ quốc tế trong việc khởi xướng và thực hiện các chương trình CSSK cho trẻ em dựa vào cộng đồng [140], Minkler và Wallerstein (2008) đã phân tích những đóng góp của các Tổ chức phi chính phủ, các nhân viên y tế, tổ chức xã hội dân sự và người dân trong việc phối hợp thực hiện các chương trình, dự án CSSK ban đầu cho trẻ em dựa vào cộng đồng góp phần vào thực hiện quyền CSSK trẻ em [134].

Như vậy, trong khi nhà nước có vai trò quan trọng và chính yếu đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, thì gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội ở cộng đồng cũng có vai trò quan trọng đặc thù đối thực hiện quyền CSSK trẻ em. Tuy nhiên, các bên liên quan này không thể thực hiện các trách nhiệm của mình một cách đơn lẻ trong thực hiện quyền CSSK trẻ em mà đòi hỏi phải có sự phối hợp với nhau.

1.3 Tình hình thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trên thế giới

Các nước khối EU được coi là những nước thuộc một khu vực mạnh mẽ về lập pháp và có vai trò khởi xướng cho việc thực hiện quyền con người và dân chủ

trên toàn cầu, và cũng là nơi tập trung nhiều nhất các nhà tài trợ và cơ quan tài trợ cho lĩnh vực phát triển và quyền con người, tuy nhiên, theo một số nghiên cứu (Hayes, 2012; Tearse, 2012) vấn đề QTE mới chỉ nâng lên thành tầm quan tâm chung của khu vực từ 10 năm trở lại đây [122], [155].

Một bước quan trọng trong lĩnh vực thực hiện QTE là Hiệp ước Lisbon được lãnh đạo các nước thành viên EU ký kết vào tháng 12 năm 2007 và chính thức có hiệu lực từ tháng 12 năm 2009. Đây là Hiệp ước đầu tiên có những điều khoản quy định việc tăng cường các chính sách hướng tới việc thực hiện QTE. Hiệp ước đã tạo ra những điều kiện để các QTE được thực thi. Hiện nay, QTE đã được đặt ở vị trí trung tâm trong các mục tiêu của EU. Theo đánh giá của Ủy ban Châu Âu, nội dung về QTE của Hiệp ước là một công cụ pháp lý rất quan trọng để đảm bảo thực hiện QTE của các nước thuộc EU [113].

Tuy nhiên, một số nghiên cứu ở khu vực EU đã chỉ ra rằng, kết quả việc thực hiện QTE phụ thuộc vào mối quan tâm của từng quốc gia riêng lẻ, và vẫn có xu hướng quan tâm tới các vấn đề của trẻ em theo tiếp cận phúc lợi, chứ không phải là tiếp cận quyền [122]. Theo Tearse (2012), các nước thuộc khối EU có nhiều thuận lợi để thực hiện QTE, tuy nhiên việc thực hiện QTE không đồng đều ở các quốc gia, một trong các nguyên nhân quan trọng của tình trạng này là do một số người có vai trò ra quyết định thiếu sự hiểu biết hoặc sự cam kết về trách nhiệm thực hiện QTE [155].

Các nghiên cứu cũng thường đề cập tới mối liên hệ giữa nghèo đói, bất bình đẳng đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em, như các nghiên cứu của Wagstaff (2000), Bhutta (2000), Chaujar (2004), và mối liên hệ giữa hội nhập kinh tế và các vấn đề bất bình đẳng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em như nghiên cứu của Vig (2004), Edward (2003), Devylder (2000), và mối liên hệ giữa phong tục tập quán lạc hậu của một số cộng đồng và việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của Armenakis và Kiefer (2007), Vaughn, Jacquez, và Baker (2009) như một số phần của tổng quan đã đề cập.

1.4 .Tình hình thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam

Bên cạnh các công trình nghiên cứu về QTE, các báo cáo định kỳ của Việt Nam về tình hình thực hiện QTE trình lên Ủy ban QTE em của LHQ, những ấn phẩm của các tổ chức quốc tế tại Việt Nam đã cung cấp những thông tin liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam. Các công trình nghiên cứu và hệ thống các báo cáo này có điểm mạnh là cung cấp khá nhiều số liệu về kết quả đạt được về sức khỏe của trẻ em, tuy nhiên, còn hiếm các phân tích về CSSK trẻ em dựa trên tiếp cận QTE.

Một số báo cáo và công trình nghiên cứu đã nhấn mạnh đến nỗ lực của Nhà nước Việt Nam trong việc luật hóa và thể chế hóa các điều khoản của Công ước QTE để QTE được thực hiện trong thực tiễn, ví dụ như Báo cáo Quốc gia lần thứ ba và bốn của Việt Nam về thực hiện Công ước QTE giai đoạn 2002- 2007 [45], Báo cáo Phân tích tình hình Trẻ em Việt Nam 2010 của Unicef Việt Nam [84], Báo cáo của Ủy ban DSGĐTE (2006) về đánh giá 5 năm thực hiện chương trình hành động quốc gia vì trẻ em giai đoạn 2001- 2010 [80], Báo cáo của Ủy ban về QTE của LHQ [89].

Những báo cáo trên đã cung cấp nhiều thông tin hệ thống chính sách, luật pháp liên quan đến thực hiện QTE, mặc dù vậy, những báo cáo này hầu như không có sự phân tích cụ thể trách nhiệm của nhà nước với vai trò là bên chịu trách nhiệm chính thực hiện quyền CSSK trẻ em. Tuy nhiên, Báo cáo phân tích tình hình Trẻ em Việt Nam 2010 đã cung cấp những bằng chứng rằng, các chương trình hành động quốc gia vì trẻ em đã tạo ra những điều kiện thuận lợi để thực hiện QTE ở Việt Nam [84].

Ủy ban về QTE của LHQ đánh giá cao những tiến bộ của Việt Nam về giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh, trẻ dưới 5 tuổi và bà mẹ mang thai. Tuy nhiên, Ủy ban cũng quan ngại về tỷ lệ tử vong trẻ em cao trong nhóm DTTS là do thiếu dịch vụ và cơ sở y tế có chất lượng, và tỷ lệ SDD thể thấp còi đối với trẻ em dưới 5 tuổi ở trẻ em ở vùng nông thôn miền núi cũng ở mức cao hơn nhiều so với các vùng khác. Tỷ lệ tiêm phòng của trẻ em cũng có sự khác biệt giữa các vùng miền và dân tộc [89].

Một số nghiên cứu, như nghiên cứu về Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam do Viện NC Gia đình và Giới chủ trì; Nghiên cứu Thực trạng quản lý dịch vụ CSSK bà mẹ tại Việt Nam của Trường ĐH Y tế công cộng (2012)... mặc dù không dựa trên tiếp cận QTE nhưng cũng có những bình luận về sự bất cập giữa chính sách và việc thực hiện chính sách liên quan đến CSSK trẻ em [32], [80]. Nghiên cứu về cơ chế quản lý nhà nước trong việc thực hiện các quyền của trẻ em Việt Nam của Học viện CTQG HCM (2003) đã chỉ ra rằng, hệ thống luật pháp của Việt Nam chưa hoàn chỉnh, thiếu đồng bộ và cơ chế quản lý nhà nước về QTE vẫn còn nhiều trở ngại, bất cập [20].

1.5 Đánh giá tình hình nghiên cứu liên quan đến đề tài luận án

Thực hiện quyền CSSK trẻ em là vấn đề thu hút được sự quan tâm của rất nhiều nhà nghiên cứu. Có thể tóm tắt một số điểm cơ bản mà đề tài có thể kế thừa, tiếp tục phát triển và những điểm còn bỏ ngỏ hoặc chưa đề cập đến nhiều như sau:

Những điểm đề tài có thể học hỏi và kế thừa

- Hệ thống các quan điểm của các học giả về tính đặc thù của QTE so với quyền người lớn, cũng như bản chất của việc thực hiện QTE là phụ thuộc vào trách nhiệm và hành động của người lớn, nói một cách rộng ra là phụ thuộc vào mối quan tâm và hành động của chính phủ, của gia đình, của nhà trường và hệ thống các tổ chức xã hội ở cộng đồng, đã gợi ý cho đề tài luận án những điểm quan trọng đối với việc phân tích việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong thực tiễn.

- Những phân tích về tác động của hội nhập kinh tế đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em mà các nghiên cứu đề cập, đặc biệt là các tác động của các chính sách kinh tế vĩ mô, đã cung cấp những cơ sở lý luận cho việc phân tích những tác động và những nguyên nhân mang tính cấu trúc tới thực hiện quyền CSSK trẻ em những năm qua, khi Việt Nam tham gia hội nhập với nền kinh tế quốc tế.

- Những công trình nghiên cứu mà tác giả đề tài luận án đã tiếp cận được trong quá trình thực hiện tổng quan này cũng cho phép tác giả những cơ sở để khái quát tình hình thực hiện quyền CSSK trẻ em ở một số khu vực trên thế giới để có thể so sánh, đối chiếu với thực tiễn thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam.

Một số điểm đề tài quan tâm nhưng chưa được làm rõ trong các nghiên cứu

- Mặc dù các quan điểm về quyền CSSK trẻ em và các yếu tố tác động mà các công trình nghiên cứu đã đề cập là khá rõ ràng, nhưng hệ thống khái niệm về quyền CSSK trẻ em chưa thật sự được giải thích thấu đáo trong các công trình nghiên cứu.
- Những cơ sở nghiên cứu lý luận và thực tiễn thực hiện quyền CSSK trẻ em của các công trình nghiên cứu nước ngoài là rất phong phú, tuy nhiên, các nghiên cứu về thực hiện quyền CSSK trẻ em của Việt Nam còn khá khiêm tốn và chủ yếu dựa trên tiếp cận nhu cầu và tiếp cận phúc lợi đối với trẻ em.
- Cho đến nay, ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu chuyên sâu về tác động của hội nhập kinh tế tới việc thực hiện QTE, trong khi thực tiễn cho thấy, quá trình hội nhập kinh tế đem đến nhiều biến đổi sâu sắc đến cuộc sống của trẻ em.

Kế thừa những kết quả nghiên cứu như đã trình bày ở trên, cũng như dựa trên sự đánh giá về hạn chế của các nghiên cứu về thực hiện quyền CSSK trẻ em, tác giả đề tài luận án rút ra một số nội dung mà đề tài cần lưu ý trong quá trình thực hiện nghiên cứu đề tài luận án như sau:

- Cần tập trung tìm hiểu và phân tích tác động của hệ thống chính sách và luật pháp của Việt Nam đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em kể từ khi Việt Nam tham gia phê chuẩn Công ước QTE và chỉ ra những điểm mạnh của hệ thống luật pháp, chính sách của Việt Nam và những khoảng trống và những bất cập trong thực tiễn thực hiện.
- Cần tìm hiểu những yếu tố tác động đến thực hiện quyền CSSK trong bối cảnh xã hội của Việt Nam, đặc biệt là các chính sách vĩ mô ra đời trong quá trình hội nhập kinh tế và các vấn đề xã hội nảy sinh tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em
- Chỉ ra vai trò, trách nhiệm của các bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm Nhà nước, Gia đình, Nhà trường và các Tổ chức xã hội. Ngoài ra, cần phân tích sự phối hợp giữa các bên liên quan này trong quá trình thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh xã hội Việt Nam.

Tiểu kết chương 1

Tổng quan tài liệu về tình hình nghiên cứu liên quan đến đề tài luận án cho thấy, thực hiện quyền CSSK trẻ em là vấn đề thu hút sự quan tâm của rất nhiều nhà nghiên cứu. Các công trình nghiên cứu, đặc biệt là các công trình nghiên cứu nước

ngoài, đã cung cấp những cơ sở lý luận quan trọng cho việc phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em của đề tài luận án. Điểm nổi bật và mang tính nền tảng là tính đặc thù của QTE so với quyền con người nói chung. Quyền luôn đi liền với trách nhiệm và nghĩa vụ, nhưng đối với quyền trẻ em thì hầu hết các quyền mà các em được hưởng thì trách nhiệm và nghĩa vụ lại thuộc về người lớn- những bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền, mà vai trò quan trọng và chính yếu nhất là nhà nước, tiếp đến là gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội. Đây cũng chính là cơ sở quan trọng cho việc xây dựng khung phân tích đánh giá việc thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Các công trình nghiên cứu cũng cung cấp một cách nhìn đa chiều về mối liên hệ giữa các yếu tố kinh tế- xã hội và văn hóa tới việc hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm các tác động trong bối cảnh hội nhập kinh tế. Trong quá trình hội nhập kinh tế, các nước tham gia hội nhập phải tiến hành các chính sách cải cách về kinh tế theo hướng tự do hóa thương mại và thúc đẩy tăng trưởng kinh tế, điều này tác động mạnh mẽ tới thực hiện quyền CSSK trẻ em. Trẻ em thuộc gia đình nghèo chịu nhiều rủi ro về sức khỏe và ở vào vị trí thiệt thòi trong thụ hưởng các quyền về CSSK trước tác động của các chính sách kinh tế vĩ mô.

Nhiều tác động tới thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng có nguyên do từ các vấn đề xã hội nảy sinh trong nền kinh tế hội nhập, như nghèo đói, bất bình đẳng xã hội, cha mẹ thiếu thời gian dành cho chăm sóc trẻ em do gánh nặng kiếm sống ... là những vấn đề mà các nghiên cứu thường đề cập. Đây là những cơ sở quan trọng giúp cho việc xây dựng khung phân tích của đề tài luận án bao quát được các yếu tố tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam những năm qua.

CHƯƠNG 2

CƠ SỞ LÝ LUẬN, THỰC TIỄN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phần nội dung về cơ sở lý luận của đề tài được bắt đầu từ việc trình bày các khái niệm cơ bản “Trẻ em”, “Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em” và “Hội nhập kinh tế”, tiếp đến là quan điểm của Đảng và Nhà nước Việt Nam về thực hiện quyền CSSK trẻ em làm cơ sở lý luận chính trị cho việc phân tích thực hiện quyền, và các tiếp cận nghiên cứu, các lý thuyết vận dụng cho đề tài. Cơ sở thực tiễn của nghiên cứu được trình bày tại chương này được đúc kết từ những thách thức của việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam. Phương pháp nghiên cứu và khung phân tích của đề tài cũng được trình bày tại chương 2 tại các tiểu mục phù hợp.

2.1 Một số khái niệm cơ bản

Để phân tích việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, luận án làm rõ một số khái niệm công cụ cơ bản: *Trẻ em*, *quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em*, và *hội nhập kinh tế*.

2.1.1 Khái niệm “trẻ em”

Khái niệm ***trẻ em*** được xác định dựa trên các đặc điểm về độ tuổi, đặc trưng sinh học và đặc trưng tâm lý xã hội (socio- psychology) lứa tuổi.

Về độ tuổi, có những chênh lệch về độ tuổi quy định đối với trẻ em, tùy thuộc vào quan điểm và góc nhìn của các nhà nghiên cứu cũng như quy định chung của Quốc tế hoặc quy định của từng quốc gia. Các tổ chức của Liên hợp quốc (LHQ) như Quỹ Dân số (UNFPA), Tổ chức Lao động Quốc Tế (ILO), Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hóa (UNESCO) xác định trẻ em là người dưới 15 tuổi. Công ước Quốc tế về Quyền Trẻ em xác định trẻ em là người dưới 18 tuổi.

Luật Bảo vệ, Chăm sóc và Giáo dục Trẻ em Việt Nam 1991, và sửa đổi 2004 quy định, *trẻ em là công dân Việt Nam dưới 16 tuổi*. Gần đây nhất, Luật Trẻ em được Quốc hội Việt Nam ban hành vào ngày 5/4/2016 cũng quy định *trẻ em là người dưới 16 tuổi*. Cũng có một điều đáng quan tâm là, ở Việt Nam, đôi khi thuật ngữ trẻ em còn được dùng tương đương với thuật ngữ “người chưa thành niên” hoặc “vị thành niên” để chỉ những người dưới 18 tuổi. Ví dụ, “người lao động chưa thành niên”, để chỉ người lao động dưới 18 tuổi; hay “phạm tội của người chưa

thành niên”, hoặc “phạm tội tuổi vị thành niên” để chỉ những công dân phạm tội khi chưa đủ 18 tuổi. Sự không nhất quán trong sử dụng thuật ngữ gây nên một số quy định chồng chéo hoặc khó áp dụng đối với một số chính sách liên quan đến liên quan đến phúc lợi và an sinh của trẻ em. Ví dụ, Bộ luật Lao động (1994) quy định người lao động chưa thành niên là người lao động dưới 18 tuổi (Điều 119), Bộ Luật lao động gần đây nhất (2012) cũng quy định người lao động chưa thành niên là người lao động dưới 18 tuổi (Điều 161). Trong khi đó, những quy định về bảo vệ trẻ em, ví dụ chế độ chính sách liên quan đến ngăn ngừa lao động nặng nhọc, độc hại đối với trẻ em lại quy định đối tượng áp dụng là người dưới 16 tuổi (theo Luật Trẻ em). Bộ Luật Hình sự 2015, tại Chương XII quy định khung hình phạt các quy định về miễn trách nhiệm hình sự đối với người dưới 18 tuổi phạm tội (thể hiện sự khác biệt về khung hình phạt đối với những người từ 18 tuổi trở lên). Tương tự, Bộ Luật Dân sự 1995 (Điều 20), và Bộ Luật Dân sự 2015 (Điều 21) đều quy định người chưa thành niên là người dưới 18 tuổi.

Để làm rõ khái niệm trẻ em, bên cạnh việc xác định độ tuổi, các nhà xã hội học, tâm lý học còn đưa thêm các đặc điểm tâm sinh lý, nhân khẩu xã hội đặc thù, khác biệt so với người đã trưởng thành để nhấn mạnh các đặc trưng của “trẻ em”, ví dụ như tính non nớt, ngây thơ, dễ bị tổn thương, bị phụ thuộc vào người lớn để xác định khái niệm trẻ em. (Feinberg, 1980) nhấn mạnh rằng trẻ em thuộc nhóm nhân khẩu đặc thù và dễ bị tổn thương nhất [114]). Trong khi đó, Franklin (2001), đưa ra quan điểm rằng, trẻ em là đối tượng non nớt, cần được bảo vệ và hưởng sự chăm sóc đặc biệt từ người lớn [115]). Grant (1994) nhấn mạnh đến các đặc trưng quan trọng trong quá trình phát triển vòng đời vào giai đoạn tuổi thơ, và đã lưu ý rằng, trẻ em là giai đoạn diễn ra sự hình thành và phát triển trí não, cơ thể, các giá trị và tính cách [116].

Trong khuôn khổ phạm vi nghiên cứu của đề tài luận án, căn cứ theo Luật Trẻ em hiện hành của Việt Nam, luận án này xác định *trẻ em là người dưới 16 tuổi*. Mặc dù việc xác định độ tuổi như vậy là có sự chênh lệch so với quy định chung của Công ước về quyền trẻ em, nhưng sự chênh lệch này được Công ước chấp thuận. Điều 1 của Công ước ghi rõ: “Trong phạm vi Công ước này, trẻ em có nghĩa

là mọi người dưới 18 tuổi, trừ trường hợp luật pháp áp dụng với trẻ em đó quy định tuổi thành niên sớm hơn” [26, tr.2]. Tuy nhiên, luận án cũng sẽ quan tâm đến các chiều cạnh sinh học và tâm lý- xã hội của khái niệm trẻ em, như đã đề cập ở trên, trong quá trình phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam.

2.1.2 Khái niệm “ Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ”

“Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em” là khái niệm phức hợp, gắn với khái niệm “quyền con người” về sức khỏe và “quyền trẻ em”.

“Quyền con người” là một phạm trù đa diện, do đó có nhiều định nghĩa khác nhau. Mỗi định nghĩa tiếp cận từ một góc độ nhất định, chỉ ra những thuộc tính nhất định, nhưng không có định nghĩa nào bao hàm được tất cả các thuộc tính của quyền con người [21]. Tuy nhiên, định nghĩa và sự chỉ dẫn liên quan đến cách hiểu về quyền con người được công bố trong các tài liệu chính thức của LHQ là những định nghĩa được trích dẫn phổ biến nhất trong các nghiên cứu về quyền con người. Theo tài liệu của Văn phòng Cao ủy LHQ về quyền con người (OHCHR), “quyền con người” (human rights) được hiểu là những nhu cầu, lợi ích tự nhiên, vốn có và khách quan của con người, được bảo đảm pháp lý toàn cầu, có tác dụng bảo vệ các cá nhân và các nhóm chống lại những hành động hoặc sự bỏ mặc (omissions) mà làm tổn hại đến nhân phẩm, những sự được phép (entitlements) và tự do cơ bản của con người [138]. Tài liệu hướng dẫn về tiếp cận quyền con người của UNDP (2009) nhấn mạnh đến mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền và chủ thể chịu trách nhiệm thực hiện quyền [161].

Trong cuốn Từ điển Bách khoa về Khoa học xã hội định nghĩa về quyền con người được nêu như sau: Quyền con người là quyền mà tất cả mọi người sinh ra với tư cách là con người đều được hưởng. Những quyền này không bị phụ thuộc bởi sự ban ơn và cho phép của nhà nước, và không thể bị tước đoạt bởi nhà nước. Trong khi các điều luật của các quốc gia có thể có những quy định khác nhau, phụ thuộc vào hệ thống luật pháp của nước đó, nhưng những quyền con người là những quy định thống nhất trong luật pháp quốc tế. Tất cả các quốc gia đều phải có nghĩa vụ đảm bảo rằng các bộ luật thuộc hệ thống luật pháp đều phải tôn trọng và bảo vệ quyền con người của các chủ thể mang quyền [130, tr. 385].

Ở Việt Nam, những định nghĩa về quyền con người do một số cơ quan nghiên cứu và chuyên gia đưa ra. Những định nghĩa này cũng không hoàn toàn giống nhau nhưng xét chung, các định nghĩa về quyền con người thường được hiểu là những nhu cầu, lợi ích tự nhiên, vốn có của con người được ghi trang nhận và bảo vệ trong pháp luật quốc gia và các thỏa thuận pháp lý quốc tế [21].

Thuật ngữ “*quyền trẻ em*” đã chính thức được đề cập trong Tuyên bố về quyền trẻ em năm 1924, và từ đó trở đi “quyền trẻ em” trở thành một khái niệm được thừa nhận trong hệ thống luật pháp Quốc tế. Tuy nhiên, trong Bản tuyên bố này cũng như Bản tuyên ngôn về Quyền trẻ em năm 1959 và Công ước QTE 1989 đều không có định nghĩa quyền trẻ em là gì, mà thay vào đó là các điều khoản quy định nội dung của các quyền cụ thể của trẻ em. Điều 2 nêu: “ Các quốc gia thành viên phải tôn trọng và đảm bảo những quyền được nêu ra trong Công ước này đối với mỗi trẻ em thuộc quyền tài phán của họ mà không có bất cứ sự phân biệt đối xử nào” [29, tr.2].

Tài liệu hướng dẫn về các thuật ngữ cơ bản liên quan đến QTE của Unicef, đã cung cấp một định nghĩa khái quát về quyền trẻ em như sau: Quyền trẻ em là một khuôn khổ các thỏa thuận mang tính quốc tế và những tiêu chuẩn tối thiểu cần thiết cho hạnh phúc của trẻ em mà mọi trẻ em đều được hưởng [163].

Như vậy, có thể hiểu rằng, “quyền trẻ em” chính là quyền con người dành cho nhóm đối tượng là trẻ em, nhưng so với các văn kiện quốc tế về quyền con người, thì quyền trẻ em đã *được cụ thể hóa và điều chỉnh một số quy định cho phù hợp với nhu cầu và đặc điểm của trẻ em*- những người dưới 18 tuổi theo quy định của Công ước Quốc tế về quyền trẻ em.

“Quyền Chăm sóc sức khỏe trẻ em”

Như đã đề cập, trong Công ước về QTE, không có định nghĩa cụ thể về “quyền trẻ em”, tương tự, đối với các quyền CSSK trẻ em cũng vậy. Tuy nhiên, có thể hiểu về quyền CSSK trẻ em *dựa trên định nghĩa quyền con người về sức khỏe, và các quyền về CSSK được quy định trong Công ước về QTE.*

Tài liệu soạn thảo chung số 31 của Cao ủy Liên hợp quốc về nhân quyền và Tổ chức Y tế thế giới (2008) cung cấp những chỉ dẫn quan trọng cho cách hiểu về

quyền con người về sức khỏe. Quyền con người về sức khỏe có nội hàm rộng, bao gồm quyền có được sự chăm sóc y tế kịp thời và phù hợp, và có được các yếu tố quyết định cho sức khỏe [162]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, thuật ngữ “*Chăm sóc sức khỏe*” (Health care) được hiểu là việc *duy trì, cải thiện và phục hồi sức khỏe thông qua việc điều trị y tế và phòng ngừa bệnh tật, được thực hiện bởi các dịch vụ y tế và ngoài y tế* [174].

Quyền CSSK trẻ em được quy định khá rõ tại Công ước QTE. Khoản 1, Điều 24 của Công ước nêu rõ: *Các quốc gia thành viên công nhận quyền của trẻ em được hưởng mức cao nhất có thể đạt được về sức khỏe, các phương tiện chữa bệnh và các phục hồi sức khỏe. Các quốc gia thành viên phải cố gắng đảm bảo rằng không có trẻ em nào bị tước đoạt quyền được hưởng những dịch vụ chăm sóc sức khỏe như vậy. Khoản 2 đề cập cụ thể hơn rằng, các quốc gia thành viên phải thực hiện những biện pháp thích hợp để: giảm tỷ lệ tử vong trẻ em và trẻ sơ sinh, và chú trọng đến công tác CSSK ban đầu, bao gồm các vấn đề liên quan đến dinh dưỡng, nuôi con bằng sữa mẹ, phòng ngừa bệnh tật, tử vong ở trẻ em, đảm bảo chăm sóc sức khỏe thích hợp cho người mẹ trước và sau khi sinh đẻ* [29, tr.10].

Về văn bản luật pháp của Việt Nam, Luật BVCSGD trẻ em sửa đổi năm 1991, 2004 chưa có quy định cụ thể về quyền CSSK trẻ em, nhưng Luật Trẻ em sửa đổi và ban hành năm 2016 lần đầu tiên đã có quy định cụ thể nội dung quyền CSSK. Điều 14 của bộ Luật này quy định: “Trẻ em có quyền được chăm sóc tốt nhất về sức khỏe, được ưu tiên tiếp cận, sử dụng dịch vụ phòng bệnh và khám bệnh, chữa bệnh” [62, tr. 6].

Dựa trên các nguồn tài liệu và sự chỉ dẫn mang tính phổ biến trên toàn cầu của Cao ủy LHQ về nhân quyền, Tổ chức Y tế thế giới, những quy định của Công ước về quyền CSSK trẻ em, dựa trên văn bản luật pháp hiện hành của Việt Nam, và dựa trên phạm vi nghiên cứu của đề tài luận án, đề tài này xác định *Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em bao gồm các quyền về khám chữa bệnh (điều trị y tế), phòng ngừa bệnh tật, tử vong và nâng cao sức khỏe cho trẻ em*. Những quyền CSSK này có thể chia thành 3 lĩnh vực cơ bản liên quan đến sự sống còn và sức khỏe của trẻ em: (1) **Khám chữa bệnh**; (2) **Phòng ngừa bệnh tật, suy dinh dưỡng, tử vong trẻ em**; và

(3) **CSSK người mẹ và thai nhi.** Như đã đề cập, *trẻ em được xác định là người dưới 16 tuổi.*

Một số vấn đề liên quan đến sức khỏe trẻ em cũng được quy định tại các nhóm quyền khác của Công ước. Ví dụ, các quyền liên quan đến phòng tránh tai nạn thương tích cho trẻ em, bảo vệ trẻ em khỏi mọi hình thức bạo lực tinh thần và thể chất, xâm hại tình dục, buôn bán trẻ em, bóc lột lao động ảnh hưởng đến sức khỏe trẻ em, hoặc CSSK trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, bao gồm trẻ em bị tàn tật v.v.. *là những lĩnh vực thuộc nhóm quyền bảo vệ trẻ em và nhóm quyền phát triển của trẻ em, sẽ không thuộc phạm vi nghiên cứu và phân tích của đề tài luận án.*

2.1.3 Khái niệm “Hội nhập kinh tế”

Mục tiêu của đề tài là nhằm tìm hiểu việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam, do vậy, việc làm rõ khái niệm “hội nhập kinh tế” là nhiệm vụ quan trọng giúp đề tài có thể phân tích được những tác động của hội nhập kinh tế của Việt Nam tới thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Thuật ngữ “hội nhập kinh tế” được sử dụng khá phổ biến ở Việt Nam, tuy nhiên, thuật ngữ này đôi khi bị đánh đồng với “hội nhập quốc tế”, trong khi đó **“hội nhập kinh tế” chỉ là một trong các lĩnh vực của Hội nhập quốc tế**, bên cạnh các lĩnh vực khác như hội nhập chính trị (quá trình các nước tham gia vào các cơ chế quyền lực tập thể), hội nhập an ninh- quốc phòng (nhằm duy trì hòa bình và an ninh), hội nhập về văn hóa- xã hội (mở cửa, trao đổi và hợp tác về văn hóa- xã hội) v.v..

Khái niệm “hội nhập kinh tế” đôi khi cũng được dùng để thay thế, hoặc sử dụng như một từ đồng nghĩa của “toàn cầu hóa”. Trong khi đó, bản thân khái niệm “toàn cầu hóa” được hiểu theo nhiều cách khác nhau, thậm chí là trái ngược nhau, và được nhìn nhận trên nhiều cấp độ khác nhau [17],[24],[52]. Trên thực tế thì cũng **không thể đánh đồng hội nhập kinh tế với toàn cầu hóa** vì hai khái niệm này không đồng nhất với nhau, mặc dù hội nhập và toàn cầu hóa có mối liên hệ mật thiết và có nhiều đặc điểm giống nhau. Theo Lê Ngọc Hiền (2001), hội nhập là hành động chủ quan còn toàn cầu hóa là hiện tượng khách quan. Hội nhập là kết quả của một hoạt động chính trị có chủ đích rõ ràng của nước này hay nước khác nhằm hình

thành một tập hợp khu vực để thúc đẩy sản xuất, mở rộng thị trường cho sản phẩm và dịch vụ của nước mình [23].

Balassa (1961) cho rằng, không có một khái niệm thật sự rõ ràng về “hội nhập kinh tế” (Economic Integration), thậm chí có những tác giả đồng nhất hội nhập kinh tế với “hợp tác quốc tế” (international cooperation), hoặc đồng nhất sự hợp tác kinh tế giữa một số quốc gia là hội nhập kinh tế quốc tế, trong khi đó, hội nhập kinh tế đòi hỏi phải có những tính chất rất rõ ràng trong nội hàm của khái niệm này. Balassa đề xuất định nghĩa ***hội nhập kinh tế là việc gắn kết mang tính thể chế giữa các nền kinh tế lại với nhau***. Nói rõ hơn, hội nhập kinh tế là quá trình chủ động thực hiện đồng thời hai việc, thứ nhất, gắn nền kinh tế và thị trường từng nước với thị trường khu vực và thế giới *thông qua các nỗ lực thực hiện mở cửa và thúc đẩy tự do hóa nền kinh tế quốc dân*, và thứ hai là gia nhập và góp phần xây dựng các *thể chế kinh tế* khu vực và toàn cầu [98, tr.174-175].

Như vậy, có thể xác định “hội nhập kinh tế” không chỉ là quá trình tham gia vào các tổ chức kinh tế quốc tế, mà bao gồm cả việc các nước cùng nhau tìm kiếm một số điều kiện nào đó mà họ có thể thống nhất với nhau, và xây dựng những thể chế kinh tế (ví dụ các quy định về hàng rào thuế quan, thúc đẩy tự do hóa thương mại) mà các nước tham gia hội nhập cần phải tuân thủ nhằm khai thác các khả năng lẫn nhau phục vụ cho nhu cầu phát triển kinh tế của nước mình.

Khi tham gia vào quá trình hội nhập kinh tế, Việt Nam phải tuân thủ các nguyên tắc và thực hiện các quy định mang tính thể chế của nền kinh tế thị trường và thúc đẩy tự do hóa nền kinh tế cho dù ở bất cứ cấp độ và hình thức nào, bao gồm việc xây dựng và điều chỉnh các chính sách vĩ mô. Dựa trên nội dung cơ bản của khái niệm của hội nhập kinh tế (như đã trình bày) và dựa trên mục tiêu, phạm vi nghiên cứu của đề tài, luận án này xác định khi nghiên cứu thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam, sẽ cần phải xem xét tác động của các chính sách vĩ mô ra đời để ***đáp ứng thể chế của nền kinh tế hội nhập*** lên việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm các chính sách có liên quan rõ nét nhất tới thực hiện quyền CSSK trẻ em là chính sách ưu tiên tăng trưởng kinh tế, chính sách tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK theo xu hướng thị trường hóa và

thương mại hóa, thông qua các bên liên quan thực hiện quyền là Nhà nước, Gia đình, Nhà trường và các tổ chức xã hội.

2.2 Quan điểm của Đảng và Nhà nước về thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Đảng và Nhà nước Việt Nam ngay từ những ngày đầu xây dựng chính quyền mới đã nhận thức sâu sắc về vai trò của công tác BVCSGD trẻ em vì mục tiêu phát triển xã hội, do đó, Đảng và Nhà nước luôn đặt công tác này như một trong những nhiệm vụ ưu tiên hàng đầu trong đường lối, chính sách, pháp luật và trong các chiến lược phát triển của đất nước. Đảng và Nhà nước cũng nêu rõ quan điểm lịch sử cụ thể khi thực hiện QTE, gắn việc thực hiện QTE với điều kiện kinh tế- xã hội chung của đất nước cũng như đặc điểm văn hóa, dân tộc, đồng thời nhấn mạnh sự phối hợp giữa Nhà nước, gia đình và xã hội trong thực hiện QTE [32].

Quan điểm của Đảng về thực hiện quyền CSSK trẻ em được thể hiện ở các Chủ trương, đường lối nhất quán về CSSK trẻ em, thông qua các Chỉ thị nêu rõ sự lãnh đạo của Đảng, sự phối hợp giữa Nhà nước, gia đình, nhà trường và cộng đồng trong thực hiện công tác CSSK trẻ em. Sau khi Việt Nam tham gia phê chuẩn Công ước Quốc tế QTE, Ban bí thư TW Đảng đã ban hành Chỉ thị 38-CT/TW ngày 30/5/1994 về tăng cường công tác BVCS&GDTE, trong đó đề ra các nhiệm vụ về tuyên truyền, phổ biến rộng rãi về Công ước Quốc tế QTE và thực hiện QTE [3]. Tiếp đó, ngày 28/6/2000, Bộ Chính trị ban hành Chỉ thị 55-CT/TW Về tăng cường sự lãnh đạo của các cấp ủy đảng ở cơ sở đối với công tác BVCSGDTE, trong đó đưa ra một số mục tiêu quan trọng như: giảm tỷ lệ trẻ em SDD; chăm lo phát triển toàn diện cho trẻ em về sức khỏe [5].

Ngày 5/11/2012, Bộ Chính trị ban hành Chỉ thị số 20-CT/TW Về việc tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác BVCSGDTE trong tình hình mới. Chỉ thị nêu rõ CSTE là trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền, đoàn thể, gia đình, nhà trường và toàn xã hội. Nhằm khắc phục những bất bình đẳng trong công tác CSTE, Chỉ thị 20 nêu rõ cần rà soát, sửa đổi, bổ sung và hoàn thiện hệ thống luật pháp, chính sách về BVCSGDTE theo hướng mở rộng an sinh xã hội, phúc lợi xã hội cho trẻ em, đặc biệt là trẻ em nghèo, vùng sâu vùng xa, vùng DTTS [6].

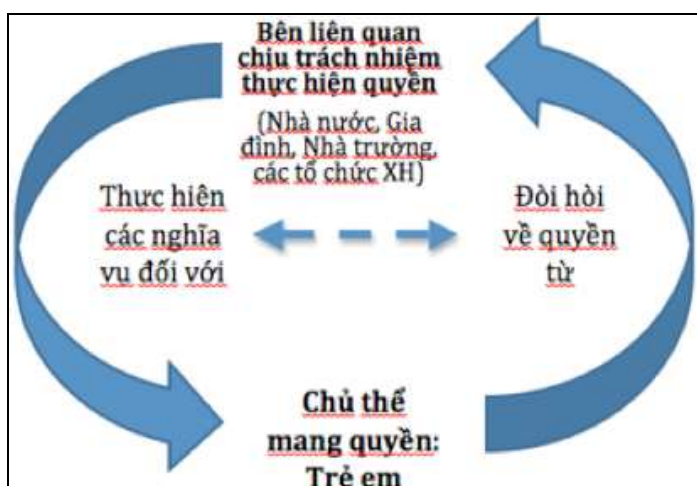
Quan điểm nhất quán của Đảng và Nhà nước là cơ sở lý luận chính trị cho việc phân tích những vấn đề thực tiễn đặt ra về quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam.

2.3 Các tiếp cận nghiên cứu quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Có hai cách tiếp cận có thể vận dụng cho nghiên cứu về thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm: (1) Tiếp cận dựa trên cơ sở quyền (Human Rights- based Approach); và (2) Tiếp cận quyền con người về vấn đề sức khỏe.

2.3.1 Tiếp cận dựa trên cơ sở quyền con người

Tiếp cận dựa trên cơ sở quyền con người tập trung vào việc phân tích trách nhiệm của bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền và năng lực, sự tham gia của chủ thể mang quyền, bao gồm việc phân tích các nguyên nhân dẫn đến sự thiếu hụt năng lực của mỗi bên, trên cơ sở đó tác động để những người có trách nhiệm và có quyền ra quyết định thay đổi chính sách, luật pháp, các chương trình và điều chỉnh ngân sách, đồng thời, cũng tăng cường nâng cao nhận thức và năng lực cho người dân để họ có thể đòi hỏi quyền của mình [161]. Vận dụng tiếp cận dựa trên cơ sở quyền và đối chiếu với các quy định trong Công ước QTE, có thể xác định rằng, trẻ em là “chủ thể mang quyền” và vì vậy, *trẻ em có quyền đòi hỏi người lớn thực hiện các trách nhiệm đối với thực hiện QTE*. Có thể mô tả mối liên hệ giữa bên chịu trách nhiệm hiện quyền CSSK trẻ em và chủ thể mang quyền (trẻ em) như sơ đồ 2.1 sau đây.



Sơ đồ 2.1: Tiếp cận dựa trên quyền con người trong phân tích quyền trẻ em

(Sơ đồ được xây dựng và điều chỉnh từ nguồn tài liệu “Toolkit: A Human Rights-based Approach”. UNDP. 2009 [161], và “A Handbook for International Save the Children Alliance Members. Save the Children Sweden. 2008 [150a]).

Như vậy, tiếp cận dựa trên quyền con người giúp cho việc phân tích, đánh giá việc thực hiện quyền CSSK trẻ em dựa trên mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền là trẻ em và các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền là Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội, và tìm hiểu các vấn đề đang tồn tại trong thực hiện quyền CSSK trẻ em có nguyên nhân từ đâu, trách nhiệm thuộc về ai, tại sao quyền CSSK trẻ em lại không được thực hiện đầy đủ.

2.3.2 Tiếp cận dựa trên quyền con người về sức khỏe

Tiếp cận dựa trên quyền con người về sức khỏe về thực chất có thể hiểu là một phương pháp xem xét mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền và bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền trong lĩnh vực sức khỏe, với những nguyên tắc cơ bản của quyền con người đã được cụ thể hóa đối với lĩnh vực sức khỏe. Theo WHO (2010) tiếp cận quyền đối với sức khỏe là một phương pháp để xem xét mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền và bên chịu trách nhiệm quyền trong việc đảm bảo các quyền con người về sức khỏe, bao gồm cả việc được chăm sóc về y tế và có được các yếu tố quyết định cho sức khỏe [175].

Cách tiếp cận quyền con người về sức khỏe được dẫn dắt bởi các tiêu chí: (1) *Tôn trọng quyền về sức khỏe*: Đảm bảo không có nhóm đối tượng nào bị từ chối hoặc hạn chế tiếp cận chăm sóc y tế bình đẳng; (2) *Bảo vệ quyền về sức khỏe*: Đảm bảo không có bên thứ ba nào xâm phạm việc thụ hưởng quyền; (3) *Thực hiện quyền về sức khỏe*: Có hành động tích cực để thực hiện quyền về sức khỏe [175].

Tổ chức Y tế thế giới (WHO, 2010) cũng đã nhấn mạnh rằng, tiếp cận quyền con người trong lĩnh vực sức khỏe đặt ra các yêu cầu *xem xét mức độ đạt được của bốn tiêu chí cơ bản của quyền con người về sức khỏe* đối với hệ thống CSSK bao gồm: (1) *Sự sẵn có (Availability)*: Có các cơ sở y tế và y tế công cộng hoạt động tốt, hàng hóa và dịch vụ, các chương trình y tế phải sẵn có với số lượng đủ đáp ứng; (2) *Tiếp cận được (Accessibility)*: Mọi người đều có thể tiếp cận được các cơ sở, hàng hóa và dịch vụ y tế, bao gồm, tiếp cận được về mặt địa lý, tiếp cận được về mặt kinh tế, và tiếp cận được về mặt thông tin; (3) *Chấp nhận được (Acceptability)*: Tất cả các cơ sở, hàng hóa và dịch vụ y tế phải tôn trọng y đức, phù hợp về văn hóa và đáp

ứng các yêu cầu về giới và vòng đời; và (4) *Chất lượng (Quality)*: Các cơ sở, hàng hóa và dịch vụ y tế phải phù hợp về khoa học, y học và có chất lượng tốt [175].

Như vậy có thể thấy rằng, khi vận dụng tiếp cận quyền con người về sức khỏe trong nghiên cứu thực hiện quyền CSSK trẻ em sẽ cần phân tích mối liên hệ giữa chủ thể mang quyền (trẻ em) và các bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền (Nhà nước, gia đình, nhà trường, các tổ chức xã hội) trong việc thực hiện các nghĩa vụ và trách nhiệm tương ứng với vai trò của những bên liên quan này, trên cơ sở *tôn trọng, bảo vệ, thực hiện* quyền đối với mọi trẻ em. Ngoài ra, *hệ thống dịch vụ CSSK đối với trẻ em cũng cần đạt được các tiêu chí cơ bản về sự sẵn có, tiếp cận được, chấp nhận được và chất lượng*. Các bên liên quan thực hiện quyền CSSK trẻ em có những trách nhiệm khác nhau phụ thuộc vào chức năng liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em.

2.4 Các lý thuyết nghiên cứu vận dụng cho đề tài

Trong khuôn khổ mục tiêu, nội dung và phạm vi nghiên cứu của đề tài, luận án này vận dụng lý thuyết về quyền con người, lý thuyết cấu trúc- chức năng, và lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe để tìm hiểu và phân tích việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam.

2.4.1 Lý thuyết về quyền con người

Có hai trường phái lý thuyết cơ bản thể hiện những quan điểm trái ngược nhau về quyền con người. Học thuyết về quyền tự nhiên (natural rights), tiêu biểu là Thomas Hobbes (1588–1679), John Locke (1632-1704) và Thomas Paine (1731–1809), cho rằng, quyền con người là những gì bẩm sinh, mà mọi cá nhân sinh ra đều được hưởng, do đó các quyền con người không phụ thuộc vào phong tục, tập quán, truyền thống văn hóa hay ý chí của bất cứ cá nhân, giai cấp, tầng lớp, tổ chức, cộng đồng hay nhà nước nào. Vì vậy, không một bên liên quan nào, có thể ban phát hay tước bỏ các quyền con người bẩm sinh, vốn có của các cá nhân. Trong khi đó, học thuyết về các quyền pháp lý (legal rights) mà đại diện là Edmund Burke (1729-1797) và Jeremy Bentham (1748-1832), cho rằng, các quyền con người do các nhà nước xác định và pháp điển hóa thành các quy phạm pháp luật hoặc xuất phát từ truyền thống văn hóa [21].

Nguyễn Đăng Dung và cộng sự (2009) cho rằng, việc phân định tính chất đúng, sai, hợp lý và không hợp lý của hai học thuyết kể trên là không đơn giản do chúng liên quan đến một phạm vi rộng lớn các vấn đề triết học, chính trị, xã hội, đạo đức, pháp lý... Quan điểm cực đoan phủ nhận hoàn toàn bất cứ học thuyết nào trong hai học thuyết kể trên đều không phù hợp, bởi lẽ về hình thức, hầu hết các văn kiện pháp luật của các quốc gia đều thể hiện các quyền con người là các quyền pháp lý, thì trong Tuyên ngôn toàn thế giới về quyền con người năm 1948 và một số văn kiện pháp luật ở một số quốc gia, quyền con người được khẳng định một cách rõ ràng là các quyền tự nhiên, vốn có và không thể tước bỏ được của mọi cá nhân [21].

Trong bài viết về Những nhân tố của học thuyết về quyền con người (*Elements of a Theory of Human Rights*) Sen (2004) nhấn mạnh đến tính phổ biến của quyền con người. Sen cho rằng, con người cho dù ở bất cứ nơi đâu trên thế giới, với bất kỳ màu da và quốc tịch nào, thuộc bất cứ hệ thống luật pháp nào cũng đều có những quyền con người cơ bản. Việc thực hiện quyền con người có thể vượt qua ngoài khuôn khổ luật pháp của một quốc gia, và lý thuyết về quyền con người không chỉ giới hạn trong một mô hình luật pháp [153].

Tuy nhiên, quyền con người vừa mang tính phổ quát vừa mang tính đặc thù [74]. Đặc tính này của quyền con người lưu ý cho việc phân tích thực hiện QTE một mặt cần phải tính đến tính phổ quát của quyền, nhưng mặt khác, mức độ thụ hưởng quyền cũng cần được đặt trong bối cảnh chính trị, kinh tế- xã hội và văn hóa của mỗi quốc gia và đặc thù của bên mang quyền là trẻ em, cũng như các nhóm trẻ em đặc thù như trẻ em nghèo, trẻ em thuộc nhóm dân tộc ít người.

Ngoài ra, một trong những nền tảng mang tính phương pháp luận trong nghiên cứu quyền con người, bao gồm QTE, sự phân tích và đánh giá việc thực hiện quyền cũng cần được gắn với các thuộc tính cơ bản của quyền. Những thuộc tính này đã được Cao ủy LHQ về nhân quyền [137] nêu rõ như sau:

(1) *Tính phổ biến (universal)*: Tất cả mọi người đều được sinh ra với những quyền con người, do vậy, tất cả mọi người đều được hưởng các quyền con người mà không có sự phân biệt đối xử nào; (2) *Tính không thể tước bỏ (inalienable)*: Tất cả mọi người đều được sinh ra với những quyền con người mà bản thân họ không thể

tự nguyện từ bỏ và cũng không ai có thể lấy đi được. Các quyền con người không thể bị tước đoạt hay hạn chế một cách tùy tiện bởi bất cứ bên liên quan nào; (3) *Tính không thể phân chia (indivisible)*: các quyền con người đều có tầm quan trọng như nhau. Tuy nhiên, tính chất không thể phân chia không hàm ý rằng mọi quyền con người đều cần phải được chú ý quan tâm với mức độ giống hệt nhau trong mọi hoàn cảnh. Trong từng bối cảnh cụ thể, có thể ưu tiên thực hiện một số quyền nhất định đối với một số nhóm nhất định nào đó; (4) *Tính liên hệ và phụ thuộc lẫn nhau (interrelated, interdependent)*: Việc thực thi một quyền cụ thể thường phụ thuộc vào việc công nhận và thực thi các quyền khác. Tiên bộ trong việc bảo đảm một quyền sẽ trực tiếp hoặc gián tiếp tác động tích cực đến việc bảo đảm các quyền khác.

Như vậy, vận dụng lý thuyết về quyền con người, luận án có thể tìm hiểu việc thực hiện quyền CSSK trẻ em gắn với các đặc trưng và thuộc tính cơ bản của quyền con người, với bản chất cốt lõi rằng, QTE mang những giá trị mang tính phổ quát của quyền con người, nhưng cũng chứa đựng những giá trị đặc thù riêng, bởi sự non nớt, sự phụ thuộc vào các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện QTE. Đồng thời, lý thuyết quyền con người cũng gợi ý sự cần thiết phải quan tâm xem xét thực hiện quyền CSSK trẻ em đối với nhóm trẻ em dễ bị tổn thương (trẻ em thuộc các gia đình nghèo, trẻ em DTTS) trong quá trình phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam.

2.4.2 *Thuyết cấu trúc- chức năng*

Thuyết cấu trúc- chức năng, hay còn được gọi là thuyết chức năng- cấu trúc [27], hoặc thuyết cơ cấu- chức năng [18]⁵. Thuyết cấu trúc-chức năng là một dạng xuất hiện tương đối chậm của thuyết chức năng trong xã hội học [22, Tr.51]. Lý thuyết này gắn với tên tuổi của nhiều tác giả như Auguste Comte, Herbert Spencer, Emile Durkheim, Vilfredo Pareto, Talcott Parsons, Robert Merton, Peter Blau, Radcliffe- Brown... [Xem 27; 22].

Có thể coi Comte là người khởi xướng ra ý tưởng của thuyết cấu trúc- chức năng và Spenser đã phát triển nó. Comte là người đầu tiên đề ra hướng nghiên cứu

⁵ Luận án này dùng tên gọi là lý thuyết cấu trúc- chức năng

tĩnh học xã hội để tìm hiểu các quy luật duy trì sự ổn định, trật tự của cấu trúc xã hội [18; 22]. Theo Vũ Hào Quang (2017), Comte coi xã hội như một cơ thể thống nhất bởi các bộ phận, mỗi bộ phận có chức năng riêng đảm bảo sự tồn tại, phát triển của mình và có liên quan tới các bộ phận khác trong cơ thể xã hội. Với quan niệm về chức năng của cơ thể xã hội, Comte đề cao tính thống nhất chức năng để duy trì một trật tự xã hội [53, Tr.141].

Ứng dụng quan điểm của Comte, Spenser cho rằng có thể vận dụng các nguyên lý và khái niệm của sinh vật học về cơ cấu và chức năng để giải thích các hiện tượng của cơ thể xã hội. Tuy nhiên, Spenser cho rằng xã hội không phải đơn thuần như cơ thể sinh học, mà xã hội như là một siêu sinh thể [Xem Lê ngọc Hùng, 2002], hay xã hội là hệ thống siêu sinh học, nghĩa là nó có sự tổ chức của các cơ thể sống, xã hội là một sự tổ chức của một trật tự xã hội [Xem Vũ Hào Quang]. Spenser chỉ ra rằng, sự biến đổi chức năng của các bộ phận kéo theo sự biến đổi cấu trúc của cả chính thể xã hội [27, Tr. 196-197].

Durkheim đã có những đóng góp quan trọng cho sự phát triển của thuyết cấu trúc- chức năng. Durkheim cho rằng để tồn tại như một tổng thể xã hội phải được tổ chức theo cách nào đó. Muốn tồn tại, các quan hệ xã hội phải tôn trọng và duy trì trong một trật tự thứ bậc có mối liên hệ phụ thuộc lẫn nhau [53, Tr.143]. Durkheim cũng đưa ra quy tắc rằng, một sự kiện xã hội có thể thay đổi hay hoàn toàn hay mất chức năng của nó, và đưa ra mối quan hệ giữa phân tích chức năng và nhân quả. Theo ông, để có thể giải thích đầy đủ về một sự kiện cần phải phân tích cả hai, là phân tích chức năng và phân tích nhân quả, nhưng ưu tiên phân tích nhân quả [22, Tr. 59].

Parsons cũng là người đóng góp lớn cho sự phát triển của lý thuyết cấu trúc- chức năng. Parsons coi chức năng là nhu cầu, là những yêu cầu, những đòi hỏi của hệ thống đối với từng bộ phận cấu thành của nó. Parsons sử dụng khái niệm cấu trúc và khái niệm hệ thống gần như tương đương nhau, với nghĩa là hệ thống có cấu trúc và cả hai đều có chung thành phần nhất định. Khái niệm hệ thống nhấn mạnh một tập hợp các yếu tố được sắp xếp theo một trật tự nhất định, nghĩa là được định hình vừa độc lập, vừa liên tục, trao đổi qua lại với môi trường xung quanh [Xem 27].

Sự phát triển của lý thuyết cấu trúc- chức năng còn có sự đóng góp của nhiều nhà khoa học khác nữa, như Vilfredo, với sự nhấn mạnh vai trò của trạng thái cân bằng động trong sự biến đổi cấu trúc xã hội. Radcliffe- Brown chủ trương nghiên cứu chức năng của các thiết chế trong hệ thống xã hội. Robert Merton chỉ ra những phản chức năng hay là phi chức năng của các thiết chế xã hội [Xem 27]. Theo Vũ Hào Quang (2017), khi quan sát các sự kiện xã hội, các nhà nghiên cứu thấy trong mỗi cấu trúc, một bộ phận của xã hội đều tiềm tàng một khả năng rối loạn chức năng. Để hệ thống tồn tại một cách bình thường phải có sự cân bằng tương đối về mặt chức năng [53, Tr. 162]. Merton đã phát triển khái niệm “cân bằng chức năng mạng lưới”, theo đó, một chức năng không phải cân bằng với một chức năng bên cạnh mà nó phải cân bằng với mọi chức năng. Việc cân bằng chức năng mạng lưới là bản chất của xã hội [53, Tr.162].

Có thể nói, sự phát triển của thuyết cấu trúc- chức năng là kết quả của những đóng góp lý luận xã hội của nhiều tác giả khác nhau, nhưng thống nhất ở chỗ cho rằng, để giải thích sự tồn tại và vận hành của xã hội cần phân tích cấu trúc- chức năng của nó, tức là chỉ ra các thành phần cấu thành (cấu trúc) và các cơ chế hoạt động (chức năng) của chúng. Các luận điểm gốc của thuyết cấu trúc- chức năng đều nhấn mạnh đến tính cân bằng, ổn định và khả năng thích nghi của cấu trúc [27].

Luận án này có thể vận dụng lý thuyết cấu trúc- chức năng để xem xét sự vận hành của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam có chơn chu/ bình thường hay không. Hay nói một cách khác là xem xét các bộ phận cấu thành/cấu trúc của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội đã làm gì và làm như thế nào (theo chức năng của mình) trong quá trình thực hiện quyền CSSK trẻ em? Những bên liên quan này có hoạt động nhịp nhàng với nhau để đảm bảo sự cân bằng chung của cả hệ thống không? Ví dụ, Quốc hội có làm tốt chức năng xây dựng và ban hành các văn bản luật pháp để thể chế hóa các quy định của Công ước QTE không? Bộ y tế và Bộ giáo dục có thực hiện các chức năng liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em được quy định bởi Chính phủ không? Gia đình có thực hiện các chức năng, trách nhiệm liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em không? Nhà trường có thực hiện y tế học đường không? Các tổ chức xã hội tham gia như thế nào vào việc thực hiện

quyền CSSK trẻ em, v.v.. Nếu các bộ phận cấu thành hệ thống thực hiện QTE này hoạt động không chơn chu, không nhịp nhàng thì vấn đề nằm ở khâu nào trong hệ thống này? Đó là vấn đề các cơ quan thuộc Nhà nước chưa hoàn thiện trong xây dựng luật pháp, chính sách thực hiện quyền, hay nằm ở vấn đề thực hiện luật pháp chính sách trong thực tiễn, hay do vấn đề nhận thức, và các vấn đề liên quan đến nguồn lực để thực hiện.

Tuy nhiên, khi vận dụng lý thuyết cấu trúc- chức năng để xem xét việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế cũng có những hạn chế. Lý thuyết cấu trúc- chức năng nhấn mạnh đến tính cân bằng, ổn định và khả năng thích nghi của cấu trúc mà xem nhẹ sự biến đổi. Trong khi đó, đối với luận án này, việc phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em được đặt trong trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam với nhiều sự biến đổi về chính sách, thể chế kinh tế, hệ thống tài chính y tế, các dịch vụ y tế cung ứng CSSK, và nhiều vấn đề xã hội nảy sinh từ nền kinh tế hội nhập tác động lên việc thực hiện quyền của các bên liên quan. Do vậy, mặc dù lý thuyết cấu trúc- chức năng giúp xem xét những vấn đề cơ bản về sự vận hành mang tính cấu trúc của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em, nhưng chưa giúp xem xét các chiều cạnh khác liên quan đến những sự biến đổi của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em trước các tác động của hội nhập kinh tế.

Để bổ sung cho sự hạn chế khi vận dụng lý thuyết cấu trúc- chức năng, luận án này còn áp dụng lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe, như được trình bày tiếp theo đây, về cơ sở lý luận của lý thuyết và lý do mà luận án áp dụng.

2.4.3 Lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe

Lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe còn được gọi là *mô hình sinh thái xã hội về sức khỏe* [132],[144]. Theo lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe, sức khỏe của con người chịu ảnh hưởng bởi môi trường mang tính cấu trúc, ví dụ môi trường thuộc khu vực sống, môi trường học tập, làm việc, giải trí, tôn giáo, thể chế, chính sách. Trong những môi trường này, các vai trò xã hội, các hành vi cá nhân, các điều kiện về mặt thể chế, tổ chức tạo nên những ảnh hưởng đối với tình trạng sức khỏe của các cá nhân và tập thể, bao gồm cả sự khỏe mạnh và bệnh tật. Các yếu tố đầu ra của sức khỏe chịu ảnh hưởng của sự tương tác giữa cá nhân với các nhân tố thuộc môi trường xã hội và môi trường vật lý xung quanh [132], [141].

Có nhiều phiên bản của mô hình sinh thái xã hội về sức khỏe, trong số đó, tiêu biểu và được áp dụng phổ biến là mô hình sinh thái xã hội của Urie Bronfenbrenner và còn được biết đến với cái tên Lý thuyết hệ thống sinh thái của Bronfenbrenner (Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory) [Xem 132, 141, 169]. Lý thuyết hệ thống sinh thái xã hội về sức khỏe của Bronfenbrenner phân loại hệ thống ảnh hưởng của môi trường xung quanh tới các hành vi sức khỏe của cá nhân thành 5 cấp độ : (1) Hệ thống vi mô (Microsystem); (2) Hệ thống trung mô (Mesosystem); (3) Hệ thống ngoại vi (Exosystem); (4) Hệ thống vĩ mô (Macrosystem); và (5) Hệ thống niên đại/thời gian (Chronosystem) [101].

Dựa trên các cấp độ ảnh hưởng của môi trường xã hội và môi trường vật lý tới sức khỏe từ lý thuyết sinh thái xã hội của Bronfenbrenner, một số học giả đã phát triển và đúc kết những lưu ý về các cấp độ ảnh hưởng tới sức khỏe và CSSK trẻ em như sau [Xem 132, 141, 144].

- Hệ thống vi mô là hệ thống gần nhất và cá nhân/trẻ em có mối tương tác trực tiếp nhất. Ở cấp độ vi mô, đứa trẻ tương tác với các thành viên trong gia đình, giáo viên, các y tá/bác sỹ các cơ sở cung cấp dịch vụ CSSK v.v..
- Hệ thống trung mô nhấn mạnh đến sự tương tác lẫn nhau giữa những nhân tố thuộc hệ thống vi mô mà trẻ em chịu ảnh hưởng (giữa gia đình với các cơ sở giữ trẻ, trường học, bệnh viện, các tổ chức xã hội, các nhóm cộng đồng...)
- Hệ thống ngoại vi bao gồm những nhân tố mang tính bối cảnh nằm ngoài sự kiểm soát của cá nhân đứa trẻ và gia đình. Bao gồm mạng lưới xã hội, hệ thống CSSK, thể chế, chính sách, chuẩn mực xã hội...
- Hệ thống vĩ mô nhấn mạnh đến các ảnh hưởng của nền văn hóa, niềm tin, khuôn mẫu hành vi và các yếu tố liên quan đến các nguồn lực con người và tài chính, các ưu tiên về chính trị, bình đẳng dân tộc.
- Hệ thống niên đại (hệ thống chu trình thời gian) được hiểu là chu trình phát triển của cuộc đời của cá nhân, bao gồm các đặc trưng tâm sinh lý xã hội gắn với giai đoạn phát triển của trẻ em.

Vận dụng lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe có thể giúp tìm hiểu và lý giải bản chất của các mối liên hệ giữa *các nhân tố và các tác động đến CSSK trẻ em gắn với các đặc trưng về sự lệ thuộc của trẻ em*. Theo Ruderman (2013), Raigruber (2013), Earls & Carlson (2001), McLeroy et al. (1988) lý thuyết sinh thái xã hội về

sức khỏe cung cấp một mô hình phân tích đa chiều, giúp xem xét cả *hệ thống các tác động đến sức khỏe và chăm sóc sức khỏe trẻ em*, đặc biệt là các nhân tố như gia đình, trường học, bệnh viện, thể chế chính sách [111],[132], [141],[144].

McLeroy và các cộng sự (2008), đã nhóm các nhân tố cơ bản ảnh hưởng đến sức khỏe và CSSK trẻ em ở các cấp độ từ vi mô đến vĩ mô theo các cấp độ như sau: (1) Cá nhân (individual/intrapersonal): tuổi, giới tính, dân tộc...; (2) Cấp độ liên cá nhân (interpersonal): mối quan hệ của trẻ em với các thành viên gia đình, bạn đồng trang lứa, hàng xóm, mạng lưới xã hội; (3) Cấp độ thể chế (organizational/institutional): trường học, hệ thống dịch vụ, các nguyên tắc, sự phân biệt, hệ thống chuyển tiếp (trong lĩnh vực điều trị y tế), (4) Cấp cộng đồng (community): dịch vụ CSSK và khả năng tiếp cận, mạng lưới xã hội, chuẩn mực xã hội, dịch vụ xã hội; (5) Cấp độ chính sách (policy): Chính sách, luật pháp, ngân sách, các nguồn lực, các ưu tiên về chính trị, chuẩn mực văn hóa, bình đẳng giới, dân tộc...[132].

Vận dụng lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe cho phép phân tích và lý giải sự phụ thuộc của trẻ em trong thụ hưởng quyền CSSK vào các nhân tố ở từng cấp độ và giữa các cấp độ với nhau. Đặc biệt, lý thuyết này giúp xem xét những ảnh hưởng ở cấp ngoại vi và cấp vĩ mô, như thể chế chính sách, nguồn lực con người và tài chính, chuẩn mực xã hội, niềm tin văn hóa v.v.. tới các hành vi CSSK trẻ em, bao gồm những ảnh hưởng từ sự thay đổi về thể chế, chính sách.

Những cơ sở lý luận về hệ thống niên đại của lý thuyết này cũng giúp cho việc phân tích việc thực hiện quyền CSSK trẻ em gắn với các giai đoạn phát triển của trẻ em. Việc thực hiện quyền CSSK đối với trẻ em ở giai đoạn nhũ nhi sẽ có những đặc điểm khác so với trẻ em ở giai đoạn vị thành niên- giai đoạn có nhiều thay đổi về tâm sinh lý và có nhiều nguy cơ rủi ro về sức khỏe sinh sản và sức khỏe tâm thần.

Như vậy, lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe giúp luận án phân tích và lý giải về các yếu tố tác động đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của các bên liên quan và mối liên hệ, phụ thuộc lẫn nhau giữa các yếu tố, đặc biệt là các tác động của những vấn đề nảy sinh từ quá trình hội nhập kinh tế của Việt Nam. Đồng thời, lý thuyết này cũng gợi ý cho sự cần thiết phải quan tâm phân tích mối quan hệ giữa các nhân tố ảnh hưởng đến CSSK trẻ em theo các giai đoạn lứa tuổi của trẻ em.

2.5 Cơ sở thực tiễn nghiên cứu thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Việt Nam đã và đang tham gia ngày càng sâu và rộng hơn vào quá trình hội nhập kinh tế ở các cấp độ. Khi tham gia vào quá trình hội nhập Việt Nam phải tuân thủ các nguyên tắc và thực hiện các quy định mang tính thể chế của nền kinh tế hội nhập, bao gồm việc xây dựng và điều chỉnh chính sách kinh tế vĩ mô liên quan đến tự do hóa thương mại và thúc đẩy kinh tế thị trường. Điều này tác động sâu sắc đến thực hiện các quyền cơ bản của trẻ em. Trong khi tăng trưởng kinh tế của quá trình hội nhập ở Việt Nam tạo ra những cơ hội to lớn về phúc lợi xã hội cho trẻ em, góp phần thực hiện tốt hơn QTE, bao gồm quyền CSSK trẻ em, thì quá trình này cũng tạo ra những thách thức trong đảm bảo thực hiện quyền đối với mọi trẻ em.

Các nghiên cứu về trẻ em ở Việt Nam đã cung cấp những bằng chứng cho thấy, tăng trưởng kinh tế trong quá trình hội nhập cùng với việc tăng chi ngân sách cho lĩnh vực y tế đã góp phần cải thiện tình hình sức khỏe của trẻ em và tạo nên những tiến bộ về thực hiện quyền CSSK trẻ em những năm qua. Ví dụ như những tiến bộ về giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, sự cải thiện về tình hình dinh dưỡng của trẻ em, tỷ lệ trẻ em được tiêm các loại vắc-xin phòng bệnh cũng tăng theo thời gian [77], [84]. Tuy nhiên, ngay cả với cùng một chính sách thì cơ hội không đến đồng đều đối với mọi trẻ em. Với chính sách thương mại hóa lĩnh vực y tế, gánh nặng tài chính cho KCB đã chuyển từ nhà nước sang cho người sử dụng, với sự trợ cấp hạn chế của nhà nước. Điều này dẫn đến tình trạng chi tiêu y tế vượt quá khả năng chi phí của nhiều hộ gia đình. Đặc biệt, sự xóa bỏ bao cấp trong điều trị y tế đã đặt nhóm trẻ em nghèo vào vị trí rất bất lợi trong thụ hưởng các quyền sống còn và được CSSK khi bị ốm đau, cho dù Việt Nam cũng có những chính sách hỗ trợ người nghèo [Dẫn theo 68].

Bất bình đẳng gia tăng trong quá trình hội nhập kinh tế cũng tác động tiêu cực đến thực hiện quyền CSSK trẻ em. Trong khi nghèo về thu nhập đã giảm ở Việt Nam thì bất bình đẳng về thu nhập lại tăng lên. Số liệu thống kê cho thấy, thu nhập của nhóm giàu nhất so với nhóm nghèo nhất tăng từ 8,1 lần năm 2002 lên 8,2 lần năm 2004 và 8,9 lần năm 2008, và 9,2 lần vào năm 2010 [82]. Với những thay đổi về chính sách y tế cùng với sự gia tăng khoảng cách giàu nghèo trong xã hội, các vấn đề bất bình đẳng trong tiếp cận các cơ hội được CSSK của trẻ em Việt Nam đã xuất hiện và càng ngày càng trở nên gay gắt hơn, thể hiện ở khoảng cách chênh lệch

khá lớn về tình trạng tử vong trẻ em, SDD trẻ em và cơ hội tiếp cận KCB ở các cơ sở y tế có chất lượng giữa các nhóm mức sống, khu vực và thành phần dân tộc [71]. Những dịch vụ y tế có chất lượng chỉ chủ yếu tập trung ở đô thị với mức chi phí thường rất cao so với mức thu nhập chung của người dân [82]. Điều này dẫn đến tình trạng trẻ em nghèo, trẻ em vùng sâu vùng xa, trẻ em DTTS bị gạt ra ngoài những cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng này.

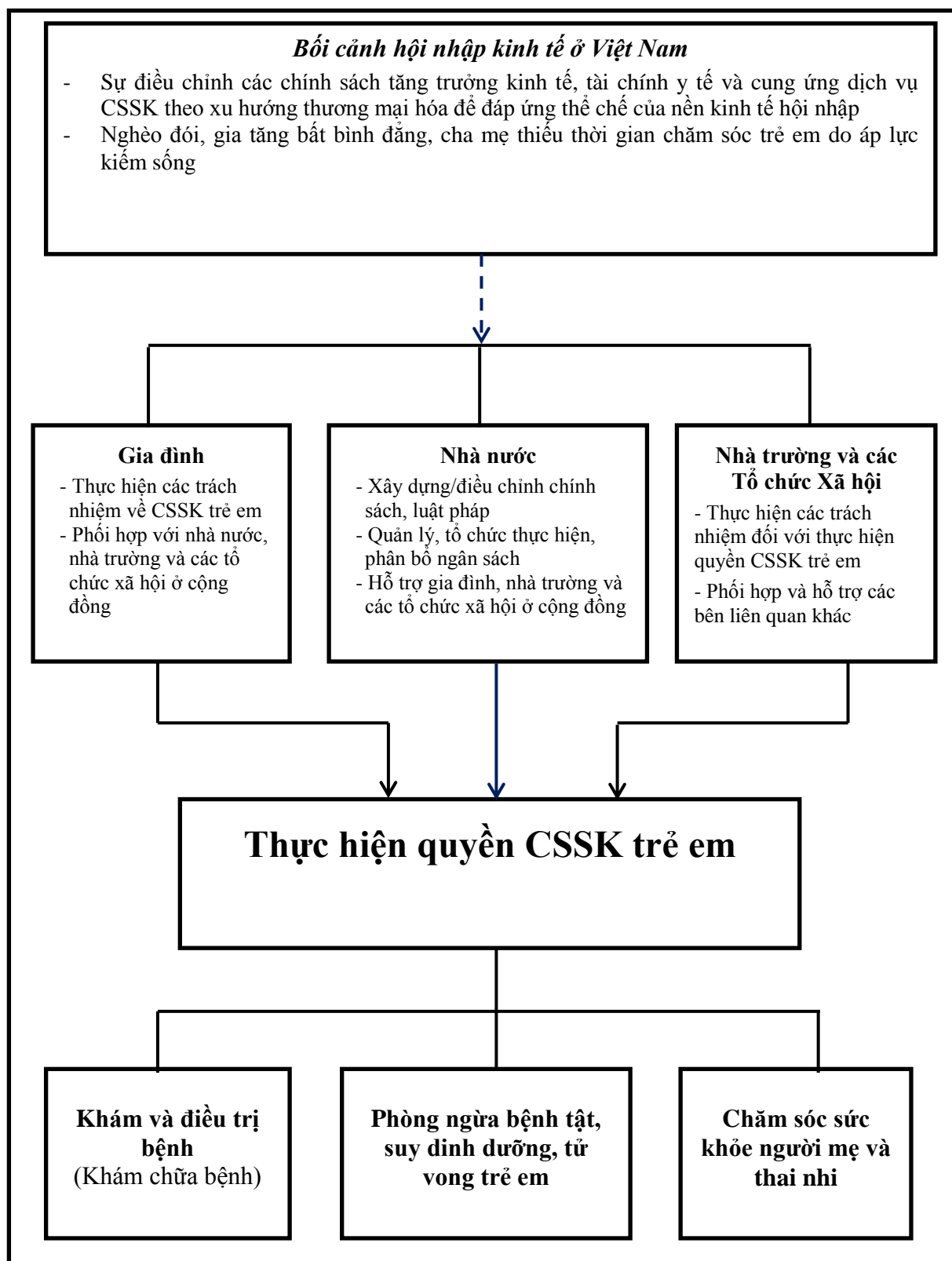
Một số vấn đề xã hội khác nảy sinh trong bối cảnh hội nhập kinh tế cũng đặt ra các thách thức đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em. Gánh nặng kiếm sống trong nền kinh tế thị trường đã tạo nên những khó khăn về thời gian CSSK cho trẻ em. Điều tra gia đình Việt Nam 2006 cho thấy, đối với nhóm trẻ dưới 15 tuổi, có 21,5% người cha và 6,8% người mẹ không có thời gian chăm sóc con cái. Thông tin định tính của cuộc điều tra cho thấy, nguyên nhân thiếu thời gian chăm sóc con chủ yếu do gánh nặng kiếm sống [10, tr.104-105]. Thiếu thời gian chăm sóc trẻ em của gia đình ảnh hưởng trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, bởi việc thực hiện quyền CSSK trẻ em phần lớn diễn ra trong môi trường gia đình.

Những vấn đề trên hỏi cần phải được nghiên cứu, lý giải để từ đó có thể đưa ra những khuyến nghị nhằm thực hiện đầy đủ hơn quyền CSSK cho mọi trẻ em Việt Nam. Đây cũng chính là cơ sở thực tiễn của đề tài nghiên cứu này.

2.6 Khung phân tích

Dựa trên cơ sở lý luận và thực tiễn về việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, vận dụng lý thuyết về quyền con người, lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe, các cách tiếp cận quyền, cũng như quan điểm lý luận chính trị của Đảng và Nhà nước Việt Nam, đề tài xây dựng khung phân tích (như miêu tả tại sơ đồ 2.2) với sự *tập trung vào vai trò của bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em là nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội* trên các lĩnh vực **Khám chữa bệnh** (điều trị y tế), và chăm sóc sức khỏe ban đầu, bao gồm **phòng ngừa bệnh tật, suy dinh dưỡng, tử vong trẻ em, và CSSK bà mẹ và thai nhi**. Sự phân tích này được đặt trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam, bao gồm sự điều chỉnh các chính sách tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và dịch vụ CSSK theo hướng thương mại hóa, thông qua các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền là Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội.

Sơ đồ 2.2 Khung phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em



2.7 Phương pháp nghiên cứu

Đề tài này sử dụng phương pháp tổng quan tài liệu có sẵn và phân tích số liệu thứ cấp và sơ cấp để tổng hợp và phân tích các vấn đề theo mục tiêu và phạm vi nghiên cứu của đề tài luận án. Cụ thể:

- Đề tài sử dụng phương pháp tổng quan tài liệu có sẵn trong nước và quốc tế để tìm hiểu những vấn đề lý luận và thực tiễn về quyền CSSK trẻ em, bao gồm sách chuyên khảo, bài tạp chí, báo cáo của các công trình nghiên cứu có chủ đề liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em nói riêng và QTE nói chung; các văn bản quy phạm luật, các chính sách, chương trình, và các văn bản của Đảng và Chính phủ liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em. Việc phân tích tổng quan tài liệu có sẵn cung cấp cho luận án cơ sở lý luận và thực tiễn quan trọng để xây dựng khung phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em và xác định được những vấn đề cần đi sâu tìm hiểu đối với thực tiễn thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam. Để có thể tìm hiểu bức tranh chung về các lĩnh vực CSSK trẻ em ở Việt Nam đề tài sử dụng các nguồn tài liệu có sẵn của các cuộc điều tra quốc gia như Điều tra quốc gia về Gia đình Việt Nam 2006, Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ (qua các năm), Điều tra dinh dưỡng quốc gia, hệ thống báo cáo của ngành y tế về sức khỏe bà mẹ và trẻ em, về y tế trường học v.v..

- Luận án cũng phân tích dữ liệu thứ cấp và sơ cấp của hai đề tài có chủ đề liên quan đến luận án do Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới chủ trì⁶ và tác giả luận án trực tiếp tham gia thực hiện nghiên cứu, bao gồm, đề tài nghiên cứu cấp bộ về “Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn phát triển 2007- 2020”⁷, và đề tài cấp cơ sở về “Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em: những vấn đề đặt ra ở Việt Nam hiện nay” (nghiên cứu trường hợp ở xã Hạ Bằng, Hà Nội)⁸. Đề tài “Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn phát triển 2007- 2020”

⁶ Dữ liệu trích dẫn từ hai đề tài để phân tích trong luận án được ghi nguồn: Dữ liệu của Viện NCGĐ& Giới
⁷Xin xem phụ lục 1 về các thông tin tóm tắt về đề tài “Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn phát triển 2007- 2020”

⁸Xin xem phụ lục 2 về các thông tin tóm tắt về đề tài “Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em: những vấn đề đặt ra ở Việt Nam hiện nay” (nghiên cứu trường hợp ở xã Hạ Bằng, Hà Nội)

được tiến hành theo phương pháp định tính với các đối tượng là các nhà nghiên cứu, các nhà quản lý và hoạch định chính sách, cán bộ chuyên trách về trẻ em, cán bộ chính quyền, đoàn thể, trẻ em và cha mẹ của các em. Nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội, Hà Nam, Đắc Lắc và TP Hồ Chí Minh. Đề tài cấp cơ sở “Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em: những vấn đề đặt ra ở Việt Nam hiện nay” thực hiện theo phương pháp nghiên cứu định lượng (205 người mẹ), và phương pháp định tính (12 PVS người mẹ, và 11 PVS cán bộ cơ sở).

Kỹ thuật phân tích văn bản, tài liệu:

- Tổng quan tài liệu được thực hiện thông qua việc lựa chọn, hệ thống hóa các tài liệu theo các lĩnh vực: (1) Cơ sở lý luận và phương pháp nghiên cứu thực hiện quyền CSSK trẻ em; (2) Cơ sở thực tiễn thực hiện quyền; (3) Trách nhiệm thực hiện quyền của các bên liên quan; (4) Các yếu tố tác động đến thực hiện quyền. Hệ thống tài liệu cũng được phân tích theo các hình thức văn bản như: sách, bài tạp chí, báo cáo kết quả nghiên cứu, tài liệu chuyên khảo, và được phân loại theo ngôn ngữ là tiếng Việt và tiếng Anh. Trên cơ sở nghiên cứu, phân tích những tài liệu thu thập được, luận án đúc rút những điểm có thể học hỏi và kế thừa, đặc biệt là những cơ sở lý luận có thể vận dụng để xây dựng hệ thống khái niệm, các lý thuyết và khung phân tích của đề tài luận án, cũng như xác định những điểm cần quan tâm tìm hiểu, nghiên cứu trong khuôn khổ phạm vi nội dung của luận án.

- Phân tích hệ thống văn bản, luật pháp, chính sách liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em: Luận án thu thập và phân tích các văn bản quan trọng và gắn nhiều đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm Công ước quốc tế về Quyền trẻ em, Hiến pháp của Việt Nam qua các năm (để tìm hiểu các chế định pháp lý liên quan đến thực hiện QTE), các bộ Luật về CSBV trẻ em, các bộ Luật liên quan đến CSSK, các chương trình mục tiêu quốc gia về Trẻ em, v.v.. Việc phân tích văn bản luật pháp, chính sách được hệ thống, sắp xếp theo thể loại văn bản, theo trình tự thời gian (để so sánh sự thay đổi/điều chỉnh về mặt thời gian), lượng hóa các nội dung mà các văn bản luật pháp, chính sách đề cập theo các lĩnh vực CSSK trẻ em, các tiêu chí của hệ thống dịch vụ CSSK trẻ em, các

nguyên tắc thực hiện quyền CSSK, và sự quy định các trách nhiệm đối với các bên liên quan thực hiện quyền CSSK trẻ em.

- Phân tích dữ liệu thứ cấp và sơ cấp: Sử dụng các số liệu điều tra quốc gia liên quan đến CSSK trẻ em để mô tả bức tranh chung về tình hình thực hiện quyền CSSK trẻ em trên các lĩnh vực. Trong khi đó, các dữ liệu thứ cấp và sơ cấp thuộc hai đề tài liên quan đến chủ đề của luận án do Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới chủ trì (chủ yếu là dữ liệu định tính), được sử dụng để tìm hiểu sâu và lý giải những nguyên nhân và các yếu tố tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế. Phân tích dữ liệu định tính được thực hiện thông qua các thao tác xây dựng các bộ mã (coding), mã hóa dữ liệu, tìm ra các mối liên hệ giữa các mã (ví dụ, khu vực miền núi có thể liên quan đến các khó khăn trong tiếp cận dịch vụ CSSK) và thực hiện việc phân tích nội dung văn bản kết nối với những vấn đề và chiều cạnh mà luận án cần tập trung làm rõ. Cụ thể, việc xây dựng bộ mã được thực hiện dưới dạng mã ở dạng cây (tree), với các mã lớn và các mã nhỏ hơn (là phân tử của các mã lớn). Bộ mã bao quát các hoạt động/ hành vi được tiến hành bởi các cơ quan Nhà nước, gia đình, nhà trường, các tổ chức xã hội đối với các trách nhiệm tương đương trong việc thực hiện quyền, các yếu tố tác động trên các lĩnh vực khác nhau, bao gồm, các yếu tố liên quan đến chính sách, nhận thức, các nguồn lực thực hiện quyền, đặc điểm gia đình (khu vực sống, mức sống, nhận thức, học vấn, nghề nghiệp của cha mẹ) v.v..

Tác giả luận án cũng muốn nhấn mạnh rằng, *luận án chỉ sử dụng dữ liệu điều tra thứ cấp và sơ cấp của hai đề tài do Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới chủ trì cho việc phân tích các nội dung mà luận án quan tâm theo mục tiêu riêng của luận án, để từ đó đưa ra những kết luận mang tính độc lập của đề tài luận án.* Ngoài ra, cách tiếp cận nghiên cứu của luận án này có điểm mới và khác biệt so với hai đề tài trên: cả hai đề tài ở trên mới chỉ nhấn mạnh đến kết quả đầu ra của thực hiện QTE mà chưa chỉ ra được một cách rõ ràng trách nhiệm của các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện QTE. *Trong khi đó, luận án này vận dụng cách tiếp cận quyền để phân tích và làm rõ thực trạng thực hiện quyền CSSK trẻ em thông qua phân tích vai trò và trách nhiệm của các bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền là nhà nước,*

gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội. Cách tiếp cận nghiên cứu này của luận án vừa là điểm mới vừa mang tính độc lập về kết quả phân tích so với hai đề tài nghiên cứu đã kể trên.

Tiểu kết chương 2

Quan điểm nhất quán về quan tâm thực hiện QTE của Đảng và Nhà nước là *cơ sở lý luận chính trị* cho việc phân tích những vấn đề thực tiễn đặt ra về quyền CSSK trẻ em về vai trò, trách nhiệm của Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em gắn với điều kiện về kinh tế- xã hội trong quá trình phát triển của đất nước. Trong khi đó, tiếp cận dựa trên quyền con người và quyền con người về sức khỏe đã chỉ dẫn cho việc xây dựng một khung phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em cần xem xét mối quan hệ giữa chủ thể mang quyền là trẻ em và các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền bao gồm *được chăm sóc về y tế và có được các yếu tố quyết định cho sức khỏe*.

Lý thuyết về quyền con người là cơ sở lý thuyết quan trọng để vận dụng trong nghiên cứu về thực hiện quyền CSSK trẻ em. QTE mang những giá trị phổ quát của quyền con người, nhưng cũng chứa đựng những giá trị đặc thù riêng, năng lực thực hiện quyền của trẻ em khác so với người lớn bởi sự non nớt, sự phụ thuộc vào các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện QTE. Đồng thời, lý thuyết quyền con người cũng gợi ý sự cần thiết phải quan tâm xem xét thực hiện quyền CSSK trẻ em đối với nhóm trẻ em dễ bị tổn thương trong quá trình phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Vận dụng lý thuyết cấu trúc- chức năng giúp luận án phân tích vấn đề cơ bản về sự vận hành mang tính cấu trúc của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam, bao gồm Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội. Áp dụng những luận điểm chính của lý thuyết cấu trúc- chức năng cho phép luận án xem xét sự vận hành của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em như thế nào, các bên liên quan đã làm gì theo các chức năng đặc thù của mình, và phối hợp với nhau ra sao, có những hạn chế gì và đâu là các nguyên nhân dẫn đến những hạn chế này của hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam.

Vận dụng lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe giúp luận án phân tích và lý giải về các yếu tố tác động đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của các bên liên quan và mối liên hệ, phụ thuộc lẫn nhau giữa các yếu tố, ở cùng cấp độ và giữa các cấp độ với nhau, đặc biệt là các tác động của những vấn đề nảy sinh từ sự thay đổi và điều chỉnh chính sách vĩ mô liên quan đến y tế trong quá trình hội nhập kinh tế của Việt Nam. Đồng thời, lý thuyết này cũng gợi ý cho sự cần thiết phải quan tâm phân tích mối quan hệ giữa các nhân tố ảnh hưởng đến CSSK trẻ em theo các giai đoạn lứa tuổi của trẻ em.

Vận dụng quan điểm của Đảng và Nhà nước về thực hiện QTE, lý thuyết về quyền con người, lý thuyết cấu trúc- chức năng, lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe, cách tiếp cận nghiên cứu dựa trên cơ sở quyền con người về sức khỏe, cũng như các quy định của Công ước quốc tế đối với quyền CSSK trẻ em, đề tài xây dựng khung phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam với sự tập trung làm rõ *vai trò, trách nhiệm của bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội* trên các lĩnh vực cơ bản: (1) *Khám chữa bệnh*; (2) *Phòng ngừa bệnh tật, suy dinh dưỡng, tử vong trẻ em*; và (3) *CSSK bà mẹ và thai nhi*. Việc phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em trong những lĩnh vực này cũng được đặt trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam với những điều chỉnh về các chính sách liên quan đến tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK, cũng như một số vấn đề xã hội nảy sinh trong quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam như nghèo đói, gia tăng bất bình đẳng, cha mẹ thiếu thời gian dành cho chăm sóc trẻ em do gánh nặng kiếm sống.

CHƯƠNG 3

BỐI CẢNH CHÍNH SÁCH TRONG QUÁ TRÌNH HỘI NHẬP KINH TẾ Ở VIỆT NAM VÀ MỘT SỐ KẾT QUẢ CHỦ YẾU VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ EM

Hội nhập kinh tế đã dẫn đến sự thay đổi lớn lao về môi trường chính sách của Việt Nam với sự chuyển đổi cơ cấu phát triển kinh tế để phù hợp với các nguyên tắc mang tính thể chế của nền kinh tế hội nhập. Chương 3 khái quát những thay đổi về chính sách vĩ mô liên quan tới thực hiện quyền CSSK trẻ em để làm nền tảng cho sự phân tích các tác động từ sự điều chỉnh chính sách đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam. Như đã đề cập tại phần phạm vi nghiên cứu, đề tài luận án sẽ chỉ tập trung phân tích những chính sách *có mối liên quan nhiều đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm chính sách tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK theo hướng thương mại hóa*. Nhiều chính sách vĩ mô khác cũng tác động gián tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, thông qua gia đình và các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền (ví dụ chính sách tiền tệ, môi trường đầu tư, chính sách lao động và việc làm...) sẽ không được phân tích tại chương này. Những chính sách mang tính “bệ đỡ” của Nhà nước để bảo vệ trẻ em khỏi các tác động tiêu cực của nền kinh tế hội nhập sẽ được phân tích cùng với vai trò của Nhà nước trong thực hiện quyền CSSK trẻ em. Chương 3 này cũng trình bày một số đặc điểm nhân khẩu- xã hội của trẻ em Việt Nam và các kết quả chủ yếu về tình hình CSSK trẻ em ở Việt Nam- như là *những thông tin nền giúp cho sự hình dung một số những nét chính liên quan đến dân số trẻ em và các kết quả CSSK trẻ em ở Việt Nam*, với các lĩnh vực gắn nhiều đến phạm vi nghiên cứu của luận án, chứ không nhất thiết phản ánh tình hình sức khỏe của trẻ em và thực trạng thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam, bởi việc phân tích đánh giá thực hiện quyền CSSK trẻ em được đề cập ở chương tiếp theo.

3.1 Bối cảnh chính sách trong quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam và những chính sách vĩ mô tác động đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

3.1.1 Bối cảnh chính sách khi Việt Nam tham gia hội nhập kinh tế

Quá trình hội nhập kinh tế của Việt Nam có sự khởi đầu từ những năm cuối của thập niên 80, khi Việt Nam tiến hành công cuộc Đổi mới. Tuy nhiên, đến năm 1995 Việt Nam mới chính thức hội nhập với nền kinh tế quốc tế khi tham gia vào khu vực mậu dịch tự do ASEAN (AFTA). Kể từ năm 1995, Việt Nam đã tham gia vào các cấp độ của hội nhập kinh tế, bao gồm cả song phương, đa phương, khu vực và toàn cầu, với những mốc quan trọng sau: ký kết Hiệp định thương mại song phương Việt Nam- Hoa Kỳ (BTA) vào năm 2000, gia nhập WTO vào năm 2007 và tham gia 8 hiệp định thương mại tự do (FTA) khu vực và song phương. Cụ thể, Việt Nam đã cùng với các nước ASEAN ký các hiệp định thương mại tự do giữa khối ASEAN với các đối tác như Trung Quốc (năm 2004), Hàn Quốc (năm 2006), Nhật Bản (2008), Ôt- xtrây- lia và Niu Di-lân (2009), và Ấn Độ (2009). Ngoài ra, Việt Nam đã ký 2 FTA song phương là FTA Việt Nam- Nhật Bản vào năm 2008, và FTA Việt Nam- Chi Lê vào năm 2011. Cuối tháng 5/2015, sau hơn hai năm tích cực đàm phán, Việt Nam đã chính thức ký kết FTA với Liên minh Kinh tế Á-Âu⁹. Gần đây nhất, vào ngày 4/2/2016 Việt Nam đã chính thức ký kết Hiệp định đối tác xuyên Thái Bình Dương (TPP) bao gồm 12 nước thành viên là Hoa Kỳ, Canada, Mexico, Peru, Chile, New Zealand, Australia, Nhật Bản, Singapore, Brunei, Malaysia và Việt Nam¹⁰.

Như vậy, Việt Nam đã tham gia ngày càng sâu và rộng hơn vào các cấp độ của hội nhập kinh tế quốc tế, bao gồm cả song phương, đa phương, khu vực và toàn cầu. Điều này cũng đồng nghĩa với việc Việt Nam phải tuân thủ các nguyên tắc và thực hiện các quy định chung mang tính thể chế của nền kinh tế thị trường và thúc

⁹Tổng hợp từ cổng thông tin của Chính Phủ CHXHCNVN (<http://www.chinhphu.vn/prtal/page/chinhphu>, Truy cập ngày 24/10/2015)

¹⁰Tổng hợp thông tin từ cổng thông tin điện tử của Văn phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam (VCCI) vào ngày 10/5/2016 (<http://www.trungtamwto.vn/chuyen-de/tpp>)

đẩy tự do hóa nền kinh tế, cho dù ở bất cứ cấp độ và hình thức nào, bao gồm việc xây dựng và điều chỉnh các chính sách trong quá trình hội nhập kinh tế.

Hội nhập kinh tế đã dẫn đến sự thay đổi lớn lao về kinh tế- xã hội của Việt Nam, mà điểm mấu chốt là Việt Nam đã *chuyển từ nền kinh tế tập trung bao cấp sang nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa*, với sự điều chỉnh cơ cấu chính sách, đặc biệt là các chính sách kinh tế vĩ mô theo xu hướng mở cửa và *thúc đẩy tự do hóa nền kinh tế* để thích ứng với nền kinh tế quốc tế, cũng như nghĩa vụ phải góp phần xây dựng và thực hiện các nguyên tắc, thể chế kinh tế khu vực và toàn cầu. Theo đó, những chính sách liên quan đến lĩnh vực y tế cũng có sự điều chỉnh cho phù hợp với cơ cấu của nền kinh tế thị trường. Việc điều chỉnh cơ cấu chính sách trong quá trình hội nhập kinh tế tác động rất lớn đến các vấn đề kinh tế- xã hội của đất nước, trong đó có những vấn đề liên quan đến CSSK trẻ em, cả trong lĩnh vực khám chữa bệnh (KCB) và y tế dự phòng.

3.1.2 Một số chính sách vĩ mô ra đời trong quá trình hội nhập kinh tế tác động đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Chính sách tăng trưởng kinh tế

Ngay từ những năm đầu của quá trình hội nhập kinh tế và những năm tiếp sau đó khi Việt Nam tham gia ngày càng sâu và rộng hơn vào hội nhập kinh tế, những nỗ lực chính sách vĩ mô của Việt Nam chủ yếu nhằm thúc đẩy tăng trưởng kinh tế. Để thực hiện chiến lược tăng trưởng kinh tế Việt Nam đã điều chỉnh các chính sách kinh tế vĩ mô theo hướng tự do hóa nền kinh tế. Việt Nam đã thực hiện các chính sách thị trường hóa và thương mại hóa trên cả lĩnh vực kinh doanh, sản xuất và dịch vụ để thúc đẩy sự phát triển kinh tế của đất nước. Sự điều chỉnh chính sách kinh tế vĩ mô này đã giúp nền kinh tế Việt Nam đạt được mức tăng trưởng khá nhanh và tạo nền tảng cơ bản giúp giảm nghèo đói và tăng cường mức sống của người dân và tạo ra các cơ hội phúc lợi cho trẻ em. Báo cáo Phát triển Việt Nam 2006 đã khẳng định rằng, chủ trương đổi mới và hội nhập đã mang lại một thời kỳ thay đổi ngoạn mục về mặt xã hội, đồng thời nâng cao mức sống và giảm tỷ lệ nghèo [34].

Trong giai đoạn trước khi có khủng hoảng kinh tế thế giới (năm 2008) nền kinh tế Việt Nam tăng trưởng khá nhanh và tương đối ổn định. GDP bình quân hàng năm trong thời kỳ 1996 - 2006 đạt trên 7%. Mức tăng GDP năm 2007 là 8,5%. Năm 2008, chịu ảnh hưởng của khủng hoảng tài chính thế giới, tốc độ tăng GDP của Việt Nam giảm đi, tuy vậy vẫn còn ở mức 6,2% [93].

Song song với phát triển kinh tế, Việt Nam quan tâm và ưu tiên nguồn lực cho giảm nghèo và phát triển xã hội. Tỷ lệ hộ nghèo đã giảm mạnh từ 58% vào năm 1993, 37,4% năm 1998, 16% năm 2006 xuống còn 12,3% vào năm 2009 [86]. Theo số liệu thống kê gần đây nhất, tỷ lệ nghèo đối với giai đoạn 2010- 2013 (áp dụng chuẩn nghèo mới) đã giảm từ 14,2% (năm 2010) xuống còn 11,76% (năm 2011) và 9,6% (năm 2012), năm 2013 còn khoảng 7,6%-7,8% [8]. Những thành tích về tăng trưởng kinh tế và giảm nghèo của Việt Nam trong giai đoạn hội nhập đã được cộng đồng quốc tế đánh giá cao. Tăng trưởng kinh tế ở Việt Nam được coi là có lợi cho người nghèo vì tăng trưởng kinh tế cao đã mang lại những cải thiện đáng kể về phúc lợi cho người dân [84].

Tăng trưởng kinh tế của Việt Nam những năm qua đã góp phần tăng cường nguồn lực đầu tư cho trẻ em. Vốn đầu tư cho các lĩnh vực xã hội ngày càng tăng, trong đó tập trung nhiều cho xóa đói giảm nghèo, phổ cập giáo dục, phát triển y tế, tăng cường sức khỏe bà mẹ trẻ em, phòng chống HIV/AIDS. Đây chính là những nguồn đầu tư *có ảnh hưởng tích cực đến trẻ em và tạo nhiều điều kiện thuận lợi cho thực hiện quyền CSSK*. Trong giai đoạn 2001-2005, tỷ lệ phần trăm đầu tư cho lĩnh vực xã hội trên tổng số vốn đầu tư phát triển toàn xã hội là 26,4% năm 2001, 26,6% năm 2002, 26,9% năm 2003, 27,1% năm 2004 và 27,4% năm 2005. Tỷ lệ % vốn đầu tư cho y tế qua các năm là 2,1% năm 2001, 2,2% năm 2002, 2,3% năm 2003, 2,4% năm 2004 và 2,5% năm 2005. Tính chung, trong tổng chi từ nguồn ngân sách nhà nước (NSNN), thì chi cho các lĩnh vực giáo dục- đào tạo, y tế, dân số-kế hoạch hóa gia đình chiếm khoảng 14-16% tổng chi NSNN [45].

Cùng với việc tăng NSNN chi cho các lĩnh vực xã hội có liên quan chặt chẽ tới việc thực hiện các quyền của trẻ em, nguồn vốn ODA đầu tư cho lĩnh vực phúc lợi xã hội cũng gia tăng nhờ quá trình mở cửa và hội nhập. Trong giai đoạn 1993-

2007, 18% trong tổng số 18,3 tỷ USD đã được giải ngân từ nguồn vốn ODA được sử dụng trong lĩnh vực xã hội như giáo dục, CSSK và các dịch vụ xã hội khác [84].

Tăng trưởng kinh tế cùng với những sự tăng chi NSNN và chi từ các nguồn vốn ODA trong giai đoạn hội nhập kinh tế cho lĩnh vực y tế nói chung và CSSK trẻ em đã tạo nên những tiến bộ về các kết quả thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam những năm qua. Những tiến bộ có thể nhìn rõ nhất ở việc giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, tình hình dinh dưỡng của trẻ em được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ trẻ em được tiêm các loại vắc-xin phòng bệnh cũng tăng theo thời gian¹¹.

Cùng với mức sống được cải thiện nhờ tăng trưởng kinh tế trong quá trình hội nhập, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) của trẻ em Việt nam đã giảm đi rõ rệt. Báo cáo Phát triển Việt Nam 2006 đã ghi nhận rằng, nhờ các chính sách phát triển kinh tế trong quá trình mở cửa và hội nhập, các gia đình đã trở nên năng động hơn và mức sống của đại bộ phận gia đình được tăng lên, nhờ đó, chi phí cho ăn uống, nâng cao sức khỏe cho các thành viên gia đình cũng tăng [34]. Đây là điều kiện quan trọng để cải thiện các kết quả liên quan đến việc thực hiện quyền CSSK về vấn đề dinh dưỡng.

Tuy nhiên, với tốc độ tăng trưởng kinh tế đã bị chậm lại do chịu những tác động của khủng hoảng kinh tế toàn cầu, Việt Nam đang đứng trước những thách thức về cân bằng tăng trưởng kinh tế với đầu tư cho phát triển xã hội. Theo đánh giá của UNDP, khung chính sách của Việt Nam vẫn có xu hướng ưu tiên tăng trưởng kinh tế nhanh hơn là cải thiện phát triển con người và xã hội. Ví dụ như đầu tư công nhằm tạo ra tăng trưởng kinh tế ước tính chiếm 24,7% trong tổng số chi tiêu ngân sách, tương đương với 7,9% GDP năm 2008. Trong khi đó, chi tiêu công cho giáo dục ước tính chỉ có 5,3% và y tế là 2,8%. Tỷ lệ chi tiêu công cho y tế và giáo dục từ cả nguồn công và tư nhân thấp hơn so với các nước khác trong khu vực, ví dụ so với Thái Lan và Hàn Quốc [82].

Theo Báo cáo của Ủy ban Kinh tế của Quốc hội (2014), nền kinh tế Việt Nam vẫn chưa thoát khỏi vùng trũng suy giảm kéo dài từ năm 2010, thất nghiệp và tỷ lệ thiếu việc làm ngày càng gia tăng, tiền lương thực tế của người lao động trên

¹¹Các số liệu cụ thể sẽ được nêu rõ ở phần nội dung về các kết quả chủ yếu về CSSK trẻ em

đà giảm sút. Tổng vốn đầu tư phát triển toàn xã hội năm 2013 chỉ chiếm 30,4% GDP, mức thấp nhất kể từ năm 2000. Điều này dự báo Việt Nam vẫn tiếp tục phải đối mặt với những thách thức trong việc cân bằng giữa tăng trưởng kinh tế và đầu tư cho phát triển xã hội, trong đó có vấn đề CSSK trẻ em [88].

Chính sách tài chính y tế

Ngay từ những năm đầu của quá trình Đổi mới và hội nhập kinh tế, Việt Nam đã có sự thay đổi cơ bản về chính sách tài chính y tế, theo đó, thay vì nhà nước bao cấp toàn phần cho hệ thống y tế như trước đây thì nguồn tài chính cho lĩnh vực CSSK của người dân được thực hiện bởi 3 nguồn chính: *chi từ ngân sách nhà nước*, *chi phí từ túi người dân* (chi phí khám và điều trị bệnh/thuốc), và *cơ chế chi trả trước* (các hình thức bảo hiểm y tế). Ngoài ra, một phần chi bổ sung là từ các nguồn vốn viện trợ và chi từ các tổ chức xã hội. Sự điều chỉnh chính sách tài chính như vậy là cần thiết và phù hợp với sự chuyển đổi kinh tế của Việt Nam theo cơ chế thị trường trong bối cảnh các chính sách vĩ mô phải phù hợp với tiêu chí phát triển tự do hóa thương mại của nền kinh tế hội nhập.

Trong khi tăng trưởng kinh tế của Việt Nam đã tạo nên những nguồn tài chính quan trọng để chi cho các dịch vụ xã hội, thì việc phân bổ ngân sách chi y tế gặp nhiều khó khăn vì nguồn thu cho chi NSNN cho lĩnh vực y tế phụ thuộc vào các nguồn thu thuế của chính phủ. Trong khi đó, khả năng thu thuế của nhà nước còn hạn chế và có rất nhiều nhu cầu chi khác nhau. NSNN hay nguồn vốn viện trợ phát triển chính thức tập trung chủ yếu vào các chi phí đầu tư thay vì các chi phí thường xuyên. Bệnh nhân phải chi trả phần lớn các chi phí thường xuyên, kể cả công cho nhân viên y tế [82]. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008 về Tài chính Y tế ở Việt Nam phản ánh rằng tài chính y tế ở Việt Nam phụ thuộc khá nhiều vào các khoản chi trả trực tiếp từ người dân [12]. Năm 2012, chi từ tiền túi hộ gia đình chiếm khoảng 92,7% chi tư cho y tế¹² và trên 50% tổng chi của toàn xã hội cho y tế [14].

¹²Chi tư cho y tế bao gồm chi từ tiền túi hộ gia đình, các khoản tài trợ của các tổ chức xã hội, và các khoản chi trực tiếp của chủ sử dụng lao động cho các dịch vụ y tế

Cơ chế chi trả trước dưới hình thức thẻ BHYT là một sự điều chỉnh chính sách tài chính y tế lớn của Việt Nam và phù hợp với sự phát triển của xã hội và hướng đến tính công bằng trong CSSK đảm bảo tính công bằng và bảo vệ người dân khỏi các rủi ro về tài chính khi bị ốm đau. BHYT được Việt Nam áp dụng từ năm 1992, tuy nhiên, mức độ bao phủ BHYT của Việt Nam rõ rệt hơn kể từ năm 2009, sau khi Việt Nam ban hành Luật Bảo hiểm Y tế vào năm 2008 (Luật số 25/2008/QH12) và chính phủ mở rộng trợ cấp từ NSNN mua BHYT cho 11 trong tổng số 24 nhóm đối tượng tham gia BHYT. Nếu như năm 2005, tỷ lệ bao phủ BHYT chỉ là 28% thì tới năm 2009 là 55% [13]. Năm 2014, Việt Nam đã ban hành Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi (Số 01/BHN-VPQH) với sự điều chỉnh căn bản là BHYT là hình thức bảo hiểm bắt buộc. Tuy nhiên, Nhà nước vẫn tiếp tục chi NSNN để mua thẻ BHYT cho các đối tượng chính sách, bao gồm người có công với cách mạng, người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và một số nhóm đối tượng trợ cấp khác. Theo báo cáo Tổng quan ngành y tế 2015, tỷ lệ dân số có BHYT tăng bình quân 4,3%/năm trong giai đoạn 2010- 2014, đạt 71% năm 2014 và 75,3% vào năm 2015. Tuy nhiên, cơ cấu các đối tượng tham gia BHYT cho thấy thành phần tham gia chủ yếu vẫn là nhóm được NSNN hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần, chiếm tới 70% tổng số người có BHYT [15]. Như vậy, có thể hình dung các nỗ lực của chính phủ trong việc bao phủ BHYT toàn dân vẫn còn thách thức. Một bộ phận khá lớn người dân vẫn chưa sẵn sàng chi tiền túi cho mua BHYT.

Một số cải cách liên quan đến chính sách tài chính đối với cơ sở y tế công một mặt tạo thêm cơ hội cho người sử dụng dịch vụ KCB theo yêu cầu ở các cơ sở y tế công lập, nhưng cũng tạo ra những tác động tiêu cực làm nặng thêm sức ép chi tiền túi của người dân và tạo ra sự bất bình đẳng đối với nhóm người bệnh khám theo thẻ BHYT, đặc biệt là nhóm người nghèo/trẻ em nghèo, nhóm được hỗ trợ theo chính sách. Theo Bộ y tế và Nhóm đối tác y tế (2013) phương thức thanh toán theo dịch vụ, cùng với việc thực hiện một số quy định về khung giá một số dịch vụ KCB và cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính của các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ KCB ở các cơ sở y tế công lập cũng có thể là điều kiện để các cơ sở y tế mở thêm các dịch vụ theo yêu cầu và tăng thu phí dịch vụ trực tiếp từ bệnh nhân [14].

Một số nghiên cứu khác cũng phản ánh rằng, phần lớn người dân phải chi trả cho dịch vụ y tế, một cách chính thức hay không chính thức. Do hệ thống miễn giảm phí dịch vụ cho người nghèo không hiệu quả và hệ thống bảo hiểm y tế chỉ bao phủ một phần dân số, mà phần lớn trong số họ là những người có thu nhập cao hơn, những người nghèo không sử dụng một cách thường xuyên mà tự chữa bệnh khi ốm đau [159], [82].

Ngoài ra, sự bất bình đẳng về phân bổ và đầu tư các dịch vụ y tế giữa các khu vực đô thị và nông thôn cũng là một rào cản đối với nguyên tắc bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam. Nguồn NSNN phân bổ cho hệ thống y tế công lập của Việt Nam dựa trên cơ sở số giường bệnh cho hoạt động KCB và trên cơ sở số dân của tỉnh cho hoạt động phòng bệnh, điều này mang lại lợi ích nhiều hơn cho các bệnh viện ở thành thị, các khu vực giàu hơn và đông dân hơn [160]. Các kết quả nghiên cứu khác cũng cung cấp những phản ánh tương tự về sự bất bình đẳng trong việc phân bổ các trang thiết bị y tế chẩn đoán và điều trị y tế giữa khu vực thành thị và nông thôn, giữa cấp tỉnh và huyện, đặc biệt là nếu so sánh với cấp xã thì sẽ có sự chênh lệch lớn [11], [14]. Điều này tất yếu sẽ dẫn đến những bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ KCB có chất lượng giữa trẻ em thuộc các khu vực khác nhau của Việt Nam. Đồng thời, đây cũng là yếu tố gây bất lợi cho việc đảm bảo thực hiện quyền CSSK trong KCB cho trẻ em một cách bình đẳng, theo nguyên tắc của Công ước quốc tế về Quyền trẻ em.

Chính sách cung ứng dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe

Song song với việc điều chỉnh chính sách tài chính y tế để phù hợp với cơ chế kinh tế thị trường trong điều kiện hội nhập kinh tế, Việt Nam đã điều chỉnh chính sách cung ứng dịch vụ y tế và CSSK, một mặt để đáp ứng cơ chế thị trường hóa hệ thống dịch vụ y tế, mặt khác cũng phục vụ mục tiêu phát triển, nâng cấp hệ thống cung ứng dịch vụ y tế cả về chất lượng và mức độ bao phủ. Hệ thống cung ứng dịch vụ y tế của Việt Nam được tổ chức theo tuyến từ Trung ương, tỉnh/thành phố, tới tuyến cơ sở, bao gồm cấp huyện, xã và thôn bản, với các lĩnh vực khám chữa bệnh, CSSK ban đầu, y tế dự phòng và kế hoạch hóa gia đình. Trước đây, toàn bộ hệ thống này do Nhà nước quản lý và bao cấp toàn bộ. Kể từ khi Việt Nam thực

hiện chuyển đổi cơ cấu kinh tế thì hệ thống cung ứng này cũng được điều chỉnh cùng với các chính sách vĩ mô. Thay vì một hệ thống do duy nhất Nhà nước cung ứng dịch vụ và bao cấp thì hệ thống này đã được chuyển sang hệ thống với 4 mô hình cung ứng dịch vụ là: các cơ sở y tế công lập, cơ sở y tế tư nhân, kết hợp công lập và tư nhân, và hình thức thứ tư là mô hình thuê khoán tư nhân làm dịch vụ.

Chủ trương xã hội hóa lĩnh vực y tế đánh dấu một sự chuyển đổi căn bản đối với hệ thống cung ứng dịch vụ y tế của Việt Nam trong bối cảnh chuyển đổi cơ cấu kinh tế, làm sự gia tăng về mức độ bao phủ và khả năng cung ứng các dịch vụ y tế và CSSK cho người dân, trong đó có trẻ em. Chủ trương xã hội hóa lĩnh vực y tế nhằm huy động các nguồn lực xã hội để ứng phó với khó khăn từ nguồn chi ngân sách cho CSSK của người dân và cải thiện mức độ bao phủ cũng như chất lượng của các dịch vụ y tế khi mà đầu tư công cho hệ thống y tế không đáp ứng đủ nhu cầu CSSK của người dân và sự phát triển của xã hội. Chủ trương xã hội hóa các lĩnh vực hoạt động xã hội đã được thể hiện tại Nghị quyết số 90/CP ngày 21/8/1997 theo tinh thần của Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ VIII. Nghị định 73/1999/NĐ-CP ngày 19/8/1999 đưa ra những nội dung cụ thể hơn về Chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hóa, thể thao. Đây là những cơ sở pháp lý quan trọng cho việc triển khai chính sách xã hội hóa về y tế. Theo nghị định 73/1999/NĐ-CP, *các cơ sở y tế ngoài công lập được khuyến khích phát triển*. Nhà nước cũng khuyến khích các tổ chức và cá nhân huy động các nguồn lực trong nhân dân và trong các tổ chức thuộc mọi thành phần kinh tế để phát huy các hoạt động trong lĩnh vực y tế.

Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP ngày 18/4/2005 của Chính phủ có những chủ trương cụ thể hơn về xã hội hóa trong lĩnh vực y tế. Một số nội dung của chủ trương này đã tạo nên những thay đổi lớn lao về huy động các nguồn lực tài chính cho y tế, sự gia tăng về mức độ bao phủ và khả năng cung ứng các dịch vụ y tế và CSSK nhân dân, đặc biệt là những trẻ em nghèo, trẻ em dân tộc thiểu số và trẻ em ở vùng sâu, vùng xa. Cụ thể, Nghị quyết đã đưa ra chủ trương *tiếp tục tăng đầu tư cho y tế*, trong đó bảo đảm ngân sách cho y tế công cộng, CSSK cơ bản cho các đối tượng chính sách, người nghèo và *trẻ em dưới 6 tuổi*. Ưu tiên đầu tư cho hệ thống y tế dự

phòng, y tế cơ sở, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn, các bệnh viện nhi, khoa nhi, các chuyên khoa ít có khả năng thu hút đầu tư. Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP cũng đưa ra các chính sách ưu đãi về thuế, về cơ sở vật chất, giao đất sử dụng lâu dài cho các cơ sở y tế ngoài công lập để xây dựng bệnh viện, cơ sở y tế nhằm phát triển hệ thống cung cấp dịch vụ y tế và CSSK.

Chủ trương xã hội hóa y tế với những định hướng chính sách cụ thể như đã đề cập ở trên, kết hợp với tăng chi ngân sách của nhà nước cho lĩnh vực y, bao gồm cả vấn đề đào tạo đội ngũ cán bộ y tế đã tạo nên sự thay đổi to lớn trong lĩnh vực y tế và tác động nhiều đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, trên tất cả các lĩnh vực KCB và y tế dự phòng, về cả mức độ bao phủ của các dịch vụ cũng như năng lực cung cấp dịch vụ của hệ thống cung cấp dịch vụ y tế.

Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế 2008 đã đánh giá rằng, vào giai đoạn cuối những năm 80s mạng lưới y tế xã, phường ở nhiều nơi gần như bị tan rã; nhiều bệnh viện, nhất là ở tuyến huyện, xuống cấp nghiêm trọng [12]. Tuy nhiên, hệ thống cung cấp dịch vụ y tế của Việt Nam bắt đầu có nhiều sự khởi sắc và biến đổi mạnh mẽ vào những năm 90s dưới tác động của những chính sách thị trường hóa, thương mại hóa và xã hội hóa y tế trong điều kiện mở cửa và hội nhập với nền kinh tế quốc tế. Các cơ sở dịch vụ y tế được nâng cấp và được phát triển về số lượng và chất lượng. Sự phát triển và đa dạng hóa các loại hình dịch vụ y tế đã đem đến nhiều sự lựa chọn hơn cho các gia đình trong việc khám và điều trị bệnh cho trẻ em trong điều kiện và khả năng của gia đình [71]. Đây là những yếu tố thúc đẩy việc cải thiện thực hiện quyền CSSK trẻ em trong lĩnh vực KCB.

Hệ thống CSSK trẻ em ngày càng được mở rộng cả về KCB lẫn y tế dự phòng, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở và ở nông thôn được khôi phục, củng cố và phát triển. Việt Nam đã xóa được xã trắng về y tế. Tính đến năm 2006, mạng lưới y tế cơ sở đã được củng cố và nâng cấp. Các cơ sở cung ứng thuốc thiết yếu đã có mặt tại các xã, phường, tại các bản vùng sâu, vùng xa [45]. Chính mức độ bao phủ rộng khắp của y tế cơ sở đã góp phần tạo nên kết quả rất ấn tượng về CSSK ban đầu của người dân trong những năm qua. Một số chỉ tiêu y tế đặt ra trong các MDG đã được Việt Nam hoàn thành, thậm chí vượt qua ở cấp quốc gia, trong đó nổi bật nhất

là ngay từ năm 2007, tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ được cán bộ y tế chăm sóc đạt 97% (như đã dẫn tại chương 3). Hiện nay tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ được cán bộ y tế chăm sóc là. Số liệu điều tra MICS 2014 cho thấy gần 94% phụ nữ Việt Nam sinh con với sự hỗ trợ của nhân viên y tế được đào tạo và có kỹ năng [78].

Y tế cơ sở gồm y tế tuyến huyện, tuyến xã và thôn bản được xác định là ưu tiên vì tuyến này gần dân, dễ tiếp cận về tài chính và địa lý [13]. Số bệnh viện huyện được đầu tư nâng cấp giai đoạn 2005–2008 là 250, trong giai đoạn 2008–2010 là 591. Hầu hết các huyện đều có bệnh viện đa khoa huyện và một số nơi có phòng khám đa khoa khu vực hoặc nhà hộ sinh khu vực. Số bệnh viện đa khoa huyện sau 10 năm (2002–2012) đã tăng 17%, số giường bệnh tại tuyến huyện tăng 64%. Trạm y tế xã/phường đã bao phủ 98,6% tổng số xã/phường toàn quốc (tổng số có 10 866 trạm y tế xã [13],[14]. Những số liệu này gợi nên những hình dung về sự gia tăng các cơ hội được tiếp cận các dịch vụ y tế của trẻ em ở Việt Nam, xét cả về mức độ sẵn có và sự tiện lợi hơn về khoảng cách, mặc dù các tiêu chí liên quan đến chất lượng của dịch vụ có thể còn nhiều thách thức.

Mức độ sẵn có và chất lượng của dịch vụ CSSK trẻ em cũng được cải thiện nhờ sự phát triển của đội ngũ nhân viên y tế trên toàn quốc. Năm 2001, số lượng nhân viên y tế trên 10 000 dân là 29,2. Đến năm 2008 con số này đã tăng lên 34,7. Số lượng [13]. Từ năm 2010- 2011 số lượng nhân viên y tế tuyến xã tăng thêm 3549 cán bộ, trong đó có 346 bác sỹ, tuyến huyện tăng thêm 878 cán bộ, trong đó có 585 bác sỹ [14].Việc cải thiện số lượng và chất lượng cán bộ y tế tuyến cơ sở là yếu tố quan trọng đối với KCB cho trẻ em, bởi đa số trẻ em sống ở nông thôn và tuyến y tế cơ sở vẫn là sự lựa chọn phổ biến nhất trong tiếp cận dịch vụ KCB (cả về khoảng cách và khả năng chi trả). Theo số liệu thống kê gần đây nhất, vào năm 2012, tỷ lệ trạm y tế xã có bác sỹ đạt 76,0%, tăng lên 6 điểm phần trăm so với năm 2010 [14].

Các số liệu thống kê cấp quốc gia cũng đã ghi nhận rằng y tế tư nhân có sự bùng nổ trong những năm qua và đóng vai trò quan trọng trong cung cấp dịch vụ ngoại trú, chiếm tới 60% số lượt khám và điều trị bệnh [12]. Theo số liệu thống kê của WHO năm 2012, số giường bệnh/10 000 dân của Việt Nam thuộc mức cao nhất trong khu vực Đông Nam Á [Dẫn theo 14].

Có thể nói, sự cải thiện về mức độ bao phủ các cơ sở y tế trong hệ thống cung ứng dịch vụ KCB, đặc biệt là sự khôi phục, củng cố và phát triển mạng lưới y tế cơ sở ở nông thôn là yếu tố thuận lợi quan trọng cho việc mở rộng cơ hội tiếp cận các dịch vụ CSSK cho trẻ em. Các gia đình có nhiều sự lựa chọn trong tiếp cận các dịch vụ y tế khi trẻ em cần được chăm sóc y tế, đặc biệt là KCB. Ghi nhận từ điều tra định tính cũng cho thấy những thông tin phù hợp về sự đa dạng của các loại hình dịch vụ y tế của Việt Nam- yếu tố quan trọng của sự mở rộng các cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế đối với các gia đình trong thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Hộp 3.1 Ý kiến của người dân và cán bộ về sự thay đổi của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe

“...nếu các cháu ốm là nhẹ thì ra trạm y tế. Cảm cúm thì ra nhà thuốc tây mua viên cảm cúm, rồi hay là đi bệnh viện huyện chi đó... Rồi cũng có bác sỹ người ta mở phòng mạch tại nhà nè... Có cả khám tư rồi của ông nhà nước. Cái khó là điều kiện kinh tế chứ cứ có tiền thì chị vô đâu cũng sẵn sàng hết à...”. (PVS người cha, 35 tuổi, giáo viên, Củ Chi, TPHCM).

“Trước đây ốm đau thì ra trạm rồi tự chữa, cái lá cái lẻo gì đấy, học dân gian chữa thế nào thì chữa cho con mình thế ấy. Ốm lắm thì ra bệnh viện huyện. Bây giờ thì dịch vụ phát triển, gia đình nào có điều kiện thì cho con khám theo yêu cầu, rồi khám dịch vụ nhiều”. (PVS cán bộ dân số, xã Hạ Bằng, Hà Nội).

“ Đảng và nhà nước cũng đầu tư cho đồng bào thiểu số, vùng sâu vùng xa cũng có nhiều khởi sắc nên các cháu ốm đau là cũng được quan tâm...So với thành phố thì không so được, vì điều kiện cơ sở vật chất ở đây có nhiều khó khăn, nhưng cái phát triển, cái thay đổi là em thấy rõ, nhất là vấn đề tiêm phòng rất được quan tâm. Vận động các gia đình đi đủ lắm”. (PVS cán bộ cơ sở xã Bông Krang, Huyện Lắc, Đắk Lắk).

“Cán bộ của trạm [y tế] được tăng cường thêm rồi cũng có nhiều nguồn để học hỏi tập huấn về chuyên môn. ... Bây giờ phát triển, người ta đến bác sỹ tư hoặc đưa con đến bệnh viện. Ngay cả hiệu thuốc cũng vậy, chị cũng thấy là bây giờ ngay cả nông thôn thì hiệu bán thuốc cũng mọc lên ở khắp nơi”. (PVS, cán bộ y tế, xã Hạ Bằng, Hà Nội).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC Gia đình và Giới

Tuy nhiên, chính sách xã hội hóa y tế, một mặt tạo ra những thuận lợi to lớn cho việc phát triển hệ thống dịch vụ KCB cho người dân, trong đó có trẻ em, thì bản thân chính sách này cũng không mang đến các cơ hội đồng đều cho mọi trẻ em, bởi trên thực tế, xã hội hóa ở Việt Nam có nghĩa là sự tham gia nhiều hơn của khu vực tư nhân trong cung cấp các dịch vụ xã hội, của các hộ gia đình trong chi trả cho dịch vụ, và sự thương mại hóa các dịch vụ [82]. Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2013 đã đánh giá rằng, hầu hết các bệnh viện đa khoa tư nhân không phải là bệnh viện đa khoa hoàn chỉnh. Dịch vụ được cung ứng thường là những chuyên khoa dễ triển khai, dễ thu hút người bệnh. Giá dịch vụ thường cao hơn khối công lập nên ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận của người dân [14]. Bên cạnh đó, ở Việt Nam vẫn còn có sự khác biệt lớn về khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế của người dân nói chung và trẻ em nói riêng trên tất cả các tiêu chí về quyền CSSK: khả năng tiếp cận (tiếp cận được về mặt kinh tế và địa lý/khoảng cách), chất lượng, chấp nhận được. Dịch vụ y tế sẵn có và dễ tiếp cận hơn ở vùng đô thị [82]. Nhóm dân cư sống ở nông thôn miền núi, hải đảo là các nhóm khó tiếp cận với dịch vụ KCB hơn nhóm khác [14].

Trong khi mức độ bao phủ của các cơ sở dịch vụ y tế có sự phát triển mạnh mẽ về số lượng, thì một trong những thách thức của những năm gần đây đối với hệ thống KCB là sự quá tải ở các bệnh viện tuyến cuối, trong đó có chuyên khoa nhi. Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 1 và 2, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương quá tải ở mức cao với công suất sử dụng giường bệnh trên 120% [14]. Điều này có thể cho phép hình dung rằng các dịch vụ KCB ở tuyến cơ sở chưa đáp ứng được nhu cầu và sự tin tưởng của người dân về chất lượng (cả về trang thiết bị và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế), và trẻ em ở khu vực nông thôn ở vào vị trí thiệt thòi trong KCB so với trẻ em ở khu vực đô thị, đặc biệt là các thành phố lớn.

Xét về số lượng thì số lượng bác sỹ đã có sự gia tăng trong những năm qua, nhưng có sự bất bình đẳng rất rõ về phân bố bác sỹ và cán bộ y tế giữa khu vực đô thị và nông thôn, đồng bằng và miền núi (Xem Hộp 3.2). Sự phân bố không đồng đều về số lượng các nhân viên y tế có trình độ chuyên môn cao giữa các vùng miền

ở Việt Nam cũng sẽ kéo theo sự bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ y tế có chất lượng, nơi được các bác sĩ có chuyên môn chẩn đoán và điều trị bệnh.

Số liệu các điều tra của Việt Nam cũng cho thấy sự thiếu hụt và bất bình đẳng đối với tiêu chí *tính sẵn có* của thuốc thiết yếu tại các cơ sở y tế, trong khi theo tiêu chí của quyền con người và QTE về CSSK thì các cơ sở y tế KCB phải phải đảm bảo có đủ thuốc cung ứng. Theo kết quả khảo sát năm 2010 tỷ lệ sẵn có của thuốc thiết yếu tại cơ sở y tế công lập là 55,9%; nhà thuốc bệnh viện là 56,4% và nhà thuốc tư là 55,3%. Tỷ lệ thuốc thiết yếu sẵn có giảm dần từ bệnh viện tuyến trung ương (71,7%); bệnh viện tỉnh, thành phố (68,1%) đến bệnh viện huyện (58,8%) và thấp nhất ở TYT xã (28,3%) [14]. Những số liệu này cho thấy, sự chênh lệch về mức độ sẵn có của thuốc thiết yếu giữa tuyến dịch vụ y tế trung ương và địa phương, khu vực đô thị và nông thôn, đặc biệt là mức độ rất thấp về tính sẵn có về thuốc thiết yếu tại hệ thống dịch vụ y tế tuyến xã- nơi tiếp cận dịch vụ KCB chủ yếu của trẻ em nông thôn và trẻ em thuộc nhóm mức sống thấp.

Hộp 3.2 Bất bình đẳng về mật độ cán bộ y tế

Mật độ cán bộ y tế (số cán bộ y tế trên 1 km² diện tích lãnh thổ) có sự khác biệt rõ rệt giữa các vùng miền: Mật độ cán bộ y tế ở Đồng bằng sông Hồng (17,1 người/km²) là cao nhất, gấp 8,6 lần so với ở Tây Bắc và Tây Nguyên (2,0 người/km²). Vùng Đông Nam bộ đứng thứ hai (10,7 người) cũng gấp 5,4 lần so với hai vùng núi nêu trên. Mặt khác, các cán bộ y tế chuyên môn cao thường tập trung ở các bệnh viện lớn, các thành phố lớn, các khu vực kinh tế phát triển. Tại các phòng khám đa khoa khu vực và các trạm y tế xã, phường việc thiếu cán bộ chuyên môn là khá trầm trọng. Ở Hà Nội, mỗi huyện nông thôn trung bình có 31 bác sĩ, ở thành phố Hồ Chí Minh 40,4 bác sĩ, trong khi ở Lai Châu chỉ có 5,3 bác sĩ, Kon Tum 6,4 bác sĩ [11].

Số liệu thống kê gần đây của Bộ Y tế (2013) phản ánh tình trạng bất bình đẳng trong phân bổ nhân viên y tế, đặc biệt là nhân viên có trình độ chuyên môn cao, vẫn tiếp tục là vấn đề đáng lo ngại, mà trầm trọng nhất là sự thiếu nhân viên y tế có trình độ bác sĩ ở tuyến y tế cơ sở. Cụ thể, dân số thành thị chỉ chiếm 27,4% dân số cả nước, nhưng chiếm 82% dược sĩ đại học, 59% bác sĩ và 55% điều dưỡng [14]

Hiện cũng tồn tại một nghịch lý là, trong khi mạng lưới cung ứng thuốc của Việt Nam bao phủ hầu hết các địa bàn, vươn rộng tới tận tuyến xã với tủ thuốc của TYT xã, và các điểm bán lẻ thuốc, đặc biệt là sự phát triển mạnh mẽ của hệ thống

các cửa hàng thuốc tư nhân đã giúp cho người dân có thể tiếp cận được thuốc một cách dễ dàng [14], thì *mức độ sẵn có về thuốc thiết yếu cho trẻ em tại hệ thống KCB lại rất thấp*. Theo một điều tra chọn mẫu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Cục Quản lý dược (2011) tại Hà Nội, Lào Cai, Gia Lai, Bình Định cho thấy tỷ lệ sẵn có của thuốc dành cho trẻ em còn thấp: 43% bệnh viện tỉnh và 50% TYT được khảo sát *không có bất kỳ loại thuốc dành cho trẻ em nào trong số 3 loại thuốc thiết yếu được khảo sát*. Hầu như không có bệnh viện nào, cả tuyến trung ương và tỉnh, có đủ cả 3 loại thuốc [Đẫn theo 14]). Điều này phần nào cho thấy *mức độ sẵn có của thuốc chưa đủ đáp ứng nhu cầu CSSK của trẻ em*, và ít nhiều có thể hình dung về các rủi ro liên quan đến tình trạng không được điều trị bệnh kịp thời của một bộ phận trẻ em, đặc biệt là trẻ em nghèo, khi việc KCB hoàn toàn phụ thuộc vào hệ thống CSSK miễn phí của nhà nước.

Tương tự, việc tiếp cận thuốc trong điều trị bệnh tại các vùng sâu vùng xa, khu vực biên đảo còn gặp nhiều khó khăn do có ít quầy thuốc, không đủ thuốc, thuốc không bảo đảm chất lượng hoặc giá thuốc đắt. Các điểm bán thuốc tập trung nhiều ở các vùng đô thị, thành phố lớn. Báo cáo tổng quan ngành y tế cũng nêu rằng mạng lưới phân phối thuốc ở các vùng khó khăn, khu vực miền núi, hải đảo còn hạn chế [14].

Có thể nhận xét rằng, trong khi những thay đổi của chính sách cung ứng dịch vụ CSSK mà điểm nhấn là chính sách xã hội hóa y tế mở ra nhiều cơ hội và sự lựa chọn cho các gia đình trong tiếp cận các dịch vụ CSSK trẻ em, góp phần thúc đẩy thực hiện quyền CSSK trẻ em, thì nhiều vấn đề mang tính thách thức vẫn luôn song hành với quá trình thực hiện chính sách này, biểu hiện rõ nhất là sự bất bình đẳng đối với sự tiếp cận các dịch vụ CSSK giữa các nhóm trẻ em.

3.2 Một số kết quả chủ yếu về chăm sóc sức khỏe trẻ em

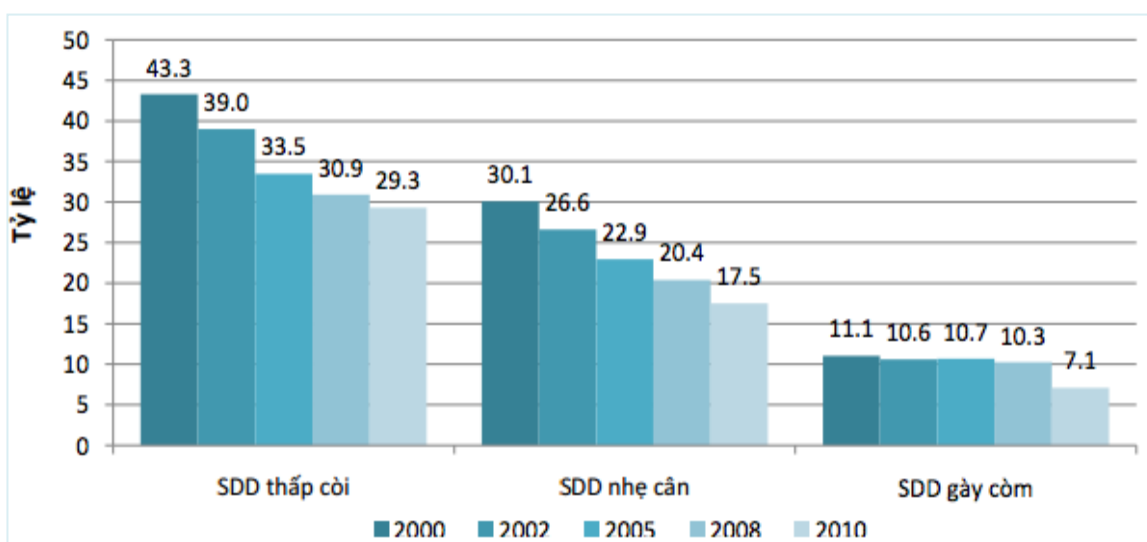
Theo Tổng Điều tra Dân số Việt Nam 2009, trẻ em dưới 16 tuổi chiếm 27,5% dân số cả nước vào năm 2009. Mức sinh của dân số Việt Nam giảm liên tục và giảm nhanh trong suốt 15 qua, nhưng với dân số đông, mỗi năm Việt Nam vẫn có thêm 1,6 triệu trẻ ra đời. Đông con vẫn là một nguyên nhân của đói nghèo ở các

vùng có điều kiện phát triển kinh tế khó khăn và đó cũng là một nguyên nhân của tình trạng nghèo ở trẻ em nghiêm trọng ở những vùng này [79].

Với đặc điểm là nhóm nhân khẩu xã hội đặc thù, bị phụ thuộc nhiều vào gia đình và xã hội, dân số trẻ em có quan hệ mật thiết đối với sự phát triển kinh tế- xã hội của đất nước. Những năm qua, các quyết sách và chiến lược phát triển của Việt Nam đã tạo nên những biến đổi xã hội mạnh mẽ và tác động đến to lớn cuộc sống của mọi nhóm xã hội trong đó có trẻ em, bao gồm cả cơ hội và thách thức, trong đó có các vấn đề liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em

Trong những năm qua, tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em Việt Nam đã được cải thiện đáng kể. Tổng Điều tra quốc gia về tình hình dinh dưỡng của Việt Nam 2009-2010 cho thấy Việt nam đã đạt được mục tiêu thiên niên kỷ về giảm tỷ lệ SDD thể nhẹ cân: Tỷ lệ SDD nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi là 17,5%; SDD thể thấp còi là 29,3; và SDD gầy còm là 7,5 %; thừa cân và béo phì là 5,6% [85]. Thống kê của Viện dinh dưỡng qua các năm thấy, vấn đề SDD của trẻ em dưới 5 tuổi đã được cải thiện rõ rệt qua các năm (xem Biểu đồ 3.1). Sự cải thiện về tỷ lệ SDD diễn ra ở cả ba thể: SDD thấp còi, SDD nhẹ cân, và SDD gầy còm.



Biểu đồ 3.1 Tình hình suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi qua các năm

(Nguồn: Viện Dinh dưỡng quốc gia và Unicef [85, tr.:3])¹³

¹³Biểu đồ đã được điều chỉnh format so với bản gốc.

Mặc dù tỷ lệ SDD đã được cải thiện đáng kể, nhưng các số liệu của Việt Nam cũng cho thấy vẫn tồn tại sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ SDD ở trẻ em giữa các vùng miền và nhóm mức sống. Sự khác biệt này thể hiện đồng nhất ở các cuộc Điều tra khác nhau và vào các thời điểm khác nhau. Điều này cho thấy sự tình trạng phổ biến về sự bất bình đẳng về kết quả đạt được đối với phòng chống SDD cho các nhóm trẻ em. Cụ thể, theo kết quả điều tra Y tế quốc gia năm 2002, trẻ từ 0-3 tuổi trong nhóm nghèo bị SDD là 25,6% trong khi tỷ lệ này ở nhóm không nghèo chỉ là 11,8%; Tính theo khu vực, tỷ trọng trẻ SDD thể nhẹ cân và thấp còi của trẻ em nông thôn cao gấp 1,8-2,1 lần trẻ em thành thị. Tỷ lệ trẻ em SDD thể thấp còi mức độ vừa ở đô thị là 24,3%, trong khi đó ở nông thôn là 38,5%; SDD mức độ nặng ở đô thị 7,8% còn ở nông thôn là 16,6%. Trong khi đó, khu vực đô thị xuất hiện một cực khác của tình trạng thừa cân, béo phì. Tính chung cả nước, có 4,6% trẻ em dưới 60 tháng tuổi bị béo phì, chủ yếu tập trung ở khu vực đô thị [68]. Điều này biểu hiện sự bất bình đẳng giữa các nhóm trẻ em ở đô thị và ở nông thôn, trẻ em thuộc các hộ giàu và thuộc các hộ nghèo.

Theo số liệu Điều tra MICS 3 vào năm 2006, khoảng cách chênh lệch về tỷ lệ SDD ở các vùng miền tương đối lớn. Bốn vùng nghèo nhất là Tây Bắc, Đông Bắc, Tây Nguyên và Bắc Trung bộ có tỷ lệ trẻ em SDD thể thấp còi cao tới 40-54%, gấp trên dưới hai lần so với vùng Đông Nam bộ, là vùng có trình độ phát triển kinh tế cao nhất, cũng đồng thời có tỉ lệ SDD thấp nhất. Sắp xếp các vùng theo tỷ lệ SDD từ thấp đến cao là: vùng Đông Nam bộ (24,2%), sau đó là vùng đồng bằng sông Hồng (29,5%), Nam Trung bộ (32,3%), đồng bằng sông Cửu Long (34,4%), Bắc Trung bộ (40,4%), Tây Nguyên (41,0%), Đông Bắc (45,9%), và Tây Bắc (54,5%) [68]. Tổng điều tra dinh dưỡng quốc gia 2009- 2010 phản ánh tỷ lệ SDD thể thấp còi không đồng đều theo vùng sinh thái: Tỷ lệ SDD thể thấp còi ở Tây Nguyên, Vùng núi và cao nguyên phía Bắc và Vùng bắc miền Trung và ven biển miền Trung vẫn ở cấp độ cao (>30%) [86].

Điều tra MICS 4 (2011) cũng cho thấy, số trẻ em SDD cân nặng trong các hộ gia đình có chủ hộ không phải là người Kinh/ Hoa cao gấp đôi so với những hộ gia đình có chủ hộ là người Kinh/Hoa. Số trẻ em bị còi cung cao gấp đôi trong các hộ

gia đình có chủ hộ không phải là người Kinh/Hoa. Trẻ em ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên có nguy cơ bị suy dinh dưỡng cân nặng và thấp còi cao hơn so với trẻ em ở các vùng khác [75].

Những số liệu trên cho thấy, tình hình SDD đối với trẻ em Việt Nam đã có những cải thiện đáng kể, tuy nhiên, vẫn còn tồn tại sự khác biệt và bất bình đẳng về kết quả đạt được giữa các nhóm trẻ em thuộc các vùng miền, dân tộc và các nhóm mức sống khác nhau. Đây cũng là thách thức đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong lĩnh vực phòng chống SDD ở trẻ em.

Tiêm chủng phòng chống bệnh tật ở trẻ em

Chương trình tiêm chủng mở rộng (TCMR) được bắt đầu thực hiện ở Việt Nam từ năm 1981 và từ năm 1985 được triển khai trên phạm vi toàn quốc, và từ năm 1995 đã thực hiện tại 100% xã trên cả nước. Sau hơn 20 năm hình thành và phát triển, Chương trình TCMR đã đem lại những thành tựu quan trọng trong CSSK trẻ em. Nhờ Chương trình TCMR mà rất nhiều bệnh dịch nguy hiểm, thường gặp ở trẻ em trong những năm trước đây như lao, ho gà, bạch hầu, uốn ván được đẩy lùi. Việt Nam đã thanh toán bệnh bại liệt vào năm 2000 và loại trừ uốn ván sơ sinh vào năm 2004. So với năm 1985, khi bắt đầu triển khai TCMR, năm 2005 tỷ lệ mắc ho gà giảm 94 lần, bạch hầu giảm 31,5 lần, sởi giảm 47 lần và uốn ván sơ sinh giảm 26,1 lần [Dẫn theo 68].

Số liệu Điều tra MICS 3 (2006) cho thấy 66% tổng số trẻ em 12-23 tháng tuổi đã được tiêm chủng đầy đủ phòng tránh 6 bệnh lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt và bệnh sởi. Trong vòng vài năm trở lại đây, tỷ lệ tiêm chủng cho trẻ em có chiều hướng gia tăng [76]. Điều tra MICS 4 (2011) cho thấy có khoảng 95% trẻ em 12-23 tháng tuổi đã được tiêm chủng đầy đủ phòng tránh 6 bệnh lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt và bệnh sởi [75]. Số liệu gần đây nhất của Điều tra MICS 5 vào năm 2014 cho thấy tỷ lệ trẻ em từ 12-23 tháng tuổi được tiêm chủng phòng tránh 6 bệnh lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt và bệnh sởi là 96,2%. Tỷ lệ trẻ em từ 12-23 tháng tuổi được tiêm chủng đầy đủ các loại vac-xin là 82,4% [78].

Tiêm chủng phòng ngừa bệnh tật và tử vong ở trẻ em mặc dù đã đạt được những thành tựu đáng kể, tuy nhiên, cũng giống như vấn đề SDD, hiện nay ở Việt

nam cũng vẫn đang tồn tại những bất bình đẳng giữa các vùng miền, thành phần dân tộc và các nhóm mức sống về tiêm chủng của trẻ em. Mặc dù khoảng cách chênh lệch có thu hẹp theo thời gian, tuy nhiên, tình hình vẫn chưa được cải thiện nhiều ở một vài chỉ số.

Điều tra MICS 2006 cho thấy giữa thành thị và nông thôn có sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ tiêm chủng. Tỷ trọng tiêm chủng đầy đủ ở nông thôn chỉ bằng 3/4 so với thành thị (61,0% so với 82,0%). Trong số 8 vùng lớn của cả nước, vùng Tây Bắc có tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ thấp nhất (37,7%), chỉ bằng một nửa so với các vùng khác. Ở vùng này, tỉ lệ trẻ em hoàn toàn không được tiêm chủng lên tới 23%. Tỷ lệ trẻ em các DTTS được tiêm chủng đầy đủ 6 loại vắc xin thấp (35,7%), chỉ bằng một nửa so với dân tộc Kinh (72,2%) [76].

Nếu so sánh với số liệu MICS 2014, thì sự bất bình đẳng trong tiếp cận tiêm chủng của trẻ em đã phần nào thu hẹp về khoảng cách, đặc biệt là sự khác biệt giữa đô thị và nông thôn chỉ còn vào khoảng 2 điểm phần trăm, tuy nhiên, sự chênh lệch giữa các nhóm dân tộc đa số và thiểu số thì vẫn còn khá cao. Điều tra MICS 2014 cho thấy, tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng đầy đủ ở khu vực nông thôn là 83,%, ở đô thị là 81,1 %, nhưng tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ ở trẻ em dân tộc Kinh/Hoa là 84,6%, cao hơn hẳn nhóm trẻ em DTTS (69,4%). Xét theo nhóm mức sống thì nhóm trẻ em thuộc nhóm 20 phần trăm hộ nghèo nhất có tỷ lệ tiêm chủng thấp nhất (72,2 %), trong khi các nhóm mức sống khác dao động từ 82,5 % đến 87,7 % [78].

Tử vong ở trẻ em

Việt Nam đã đạt được thành tựu ấn tượng trong việc giảm tỷ lệ tử vong trẻ em. Cụ thể, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi đã giảm từ 58‰ năm 1990 xuống còn 24‰ vào năm 2009. Như vậy, tính đến năm 2009, tỷ suất này đã giảm hơn một nửa. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi đã giảm từ 44,4‰ năm 1990 xuống 16‰ năm 2009. Điều tra MICS 2014 công bố số liệu là: Tỷ suất tử vong của trẻ em dưới 1 tuổi là 16‰ và tỷ suất tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi là 20‰ [78].

Tuy nhiên, cũng có điểm đáng lưu ý là tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi luôn luôn có sự khác biệt về vùng miền, dân tộc và nhóm mức sống. Kết quả điều tra Mics 2006 cho thấy: Trẻ em dân tộc ít người đối mặt với nguy cơ chết

cao hơn nhiều so với trẻ em thuộc các hộ dân tộc Kinh: 27 ‰ so với 20‰ đối với chết dưới 1 tuổi và 35‰ so với 25‰ phần nghìn đối với chết dưới 5 tuổi. Tương tự, vùng nông thôn có tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi và 5 tuổi cao hơn nhiều so với thành thị: 24‰ so với 14‰ đối với tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và 30‰ so với 16‰ đối với tử vong trẻ em dưới 5 tuổi [76]. Cho tới thời gian gần đây, sự chênh lệch không được cải thiện nhiều. Theo số liệu của MICS 2014, tỷ suất tử vong của trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi của nhóm 40 phần trăm hộ nghèo nhất cao hơn gần 3 lần so với các tỷ suất tử vong này của trẻ em thuộc nhóm 60 phần trăm hộ giàu nhất. Tỷ suất tử vong của trẻ em dưới 5 tuổi ở khu vực nông thôn là 22 phần nghìn, gấp 1,38 lần ở khu vực thành thị, và tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi ở DTTS là 43 ‰, trong khi đó ở trẻ em người Kinh/Hoa là 10‰ (cao hơn 4 lần), và tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi cũng có sự chênh lệch tương tự: DTTS: 53‰, dân tộc Kinh/Hoa 12‰ [78].

Như vậy, cũng giống như các kết quả về phòng chống bệnh tật và SDD ở trẻ em, vấn đề tử vong của trẻ em Việt Nam mặc dù đã được cải thiện khá ấn tượng, tuy nhiên, vẫn còn có sự chênh lệch về kết quả giữa các nhóm trẻ em thuộc các vùng miền, dân tộc và các nhóm mức sống khác nhau. Trẻ em DTTS, trẻ em ở khu vực nông thôn miền núi, trẻ em thuộc các gia đình nghèo luôn có xu hướng phải đối mặt với nhiều rủi ro liên quan đến sự sống còn.

Chăm sóc sức khỏe người mẹ và thai nhi

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khuyến nghị các bà mẹ đang mang thai cần tối thiểu 4 lần khám thai trong thai kỳ, và mỗi lần khám thai cũng cần được đo huyết áp, xét nghiệm nước tiểu (xem có vi khuẩn và protein không), xét nghiệm máu (để phát hiện bệnh giang mai và thiếu máu nặng). Theo điều tra MICS 2011, ở Việt Nam tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc trước khi sinh (bởi bác sỹ, y tá và hộ sinh) là khá cao với 93% phụ nữ được chăm sóc ít nhất 1 lần trước khi sinh. Có hơn 9 trong số 10 bà mẹ mang thai (91,2%) được chăm sóc nhiều hơn một lần trước khi sinh và hơn một nửa các bà mẹ mang thai đã được khám thai ít nhất 4 lần (59,6%) [77].

Sự cải thiện chế độ dinh dưỡng, đảm bảo được khám thai theo định kỳ đã góp phần cải thiện tình trạng tử vong mẹ khi sinh. Bộ Kế hoạch và đầu tư (2010) đã dựa trên nguồn

số liệu của các cuộc điều tra để thống kê tử vong mẹ trong những năm qua và cho thấy những bước tiến đáng kể của Việt Nam trong việc giảm tỷ lệ tử vong mẹ qua các năm như sau: Tỷ số tử vong mẹ giảm từ 233/100.000 ca đẻ sống vào năm 1990 xuống 80/100.000 ca đẻ sống vào năm 2005 và xuống 69/100.000 ca đẻ sống vào năm 2009 [7].

Mặc dù sự cải thiện về CSSK người mẹ và thai nhi đạt được những kết quả khá ấn tượng, tuy nhiên, các kết quả này có sự chênh lệch đáng kể giữa các vùng miền, mức sống, dân tộc và học vấn của người mẹ. Theo Điều tra MICS 2011, tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc trước khi sinh cao nhất ở vùng Đồng bằng sông Hồng và Đông Nam bộ (99%) và thấp nhất ở vùng Trung du và miền núi phía Bắc (82,8%). Những bà mẹ không có bằng cấp, những người thuộc nhóm nghèo nhất và những người thuộc hộ gia đình có chủ hộ là DTTS ít có khả năng được khám thai từ 4 lần trở lên. Ví dụ, 27,2% số phụ nữ trong hộ gia đình thuộc nhóm nghèo nhất đã được chăm sóc trước khi sinh từ 4 lần trở lên trong khi 88,7% phụ nữ trong các hộ gia đình thuộc nhóm giàu nhất được hưởng dịch vụ này. Khoảng 24,9% người mẹ DTTS không được chăm sóc trước khi sinh trong khi con số này ở phụ nữ dân tộc Kinh/Hoa chỉ là 1,6% [77].

Trình độ học vấn là nhân tố tác động mạnh nhất đến việc CSSK trước khi sinh: 87,3% phụ nữ có trình độ học vấn trung học chuyên nghiệp, trung cấp nghề hoặc cao đẳng trở lên đã được khám thai 4 hoặc nhiều hơn 4 lần trong khi chỉ có 5,6% số phụ nữ không có bằng cấp được hưởng dịch vụ y tế này. Khoảng 57,4% phụ nữ không có bằng cấp không được khám thai lần nào trong lần mang thai gần nhất [77]. Tuy nhiên, có một điểm đáng lưu ý là tỷ lệ các người mẹ mang thai tiêm phòng uốn ván chưa cao. Theo số liệu Điều tra MICS 2011, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi từ 15-49 có con sinh ra sống trong vòng hai năm qua được tiêm phòng bảo vệ chống uốn ván là 77.5% (nhận được ít nhất 2 mũi tiêm phòng chống uốn ván) [77].

Những số liệu trên cho thấy, Việt Nam đã đạt được những kết quả rất ấn tượng trong việc cải thiện tình hình CSSK người mẹ và thai nhi, tuy nhiên, một bộ phận đáng kể người mẹ mang thai vẫn chưa đạt được các chuẩn về số lần khám thai và tiêm phòng uốn ván khi mang thai. Ngoài ra, có sự khác biệt đáng kể về khám thai/chăm sóc y tế trước sinh giữa những người mẹ mang thai thuộc các vùng miền, dân tộc và các nhóm mức sống và học vấn.

Tiểu kết chương 3

Khi tham gia hội nhập kinh tế Việt Nam phải tuân thủ các nguyên tắc và thực hiện các quy định mang tính thể chế của nền kinh tế hội nhập. Theo đó, Việt Nam phải xây dựng và điều chỉnh các chính sách vĩ mô theo hướng thúc đẩy tự do hóa và thị trường hóa nền kinh tế. Sự điều chỉnh chính sách tài chính như vậy là cần thiết và phù hợp với thể chế của nền kinh tế hội nhập. Trong bối cảnh chuyển đổi cơ cấu, chính sách của nền kinh tế như vậy, các chính sách liên quan đến ưu tiên tăng trưởng kinh tế, sự điều chỉnh chính sách tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK là điều tất yếu và phù hợp với bối cảnh hội nhập và phát triển của đất nước.

Tăng trưởng kinh tế, sự thay đổi về chính sách tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK đã đem đến nhiều cơ hội và sự lựa chọn phong phú cho các gia đình trong CSSK trẻ em, đáp ứng ngày càng đầy đủ hơn các tiêu chí của dịch vụ CSSK về mức độ sẵn có, tiếp cận được, chấp nhận được và chất lượng. Những thay đổi này góp phần thúc đẩy việc thực hiện quyền CSSK trẻ em. Tuy nhiên, trẻ em nghèo, trẻ em DTTS, trẻ em ở khu vực nông thôn miền núi ở vào vị trí bất lợi trong việc thụ hưởng những sự thay đổi chính sách này. Các dịch vụ y tế sẵn có và dễ tiếp cận hơn ở đô thị, dịch vụ y tế có chất lượng thường đi kèm với chi phí cao, sự bất hợp lý về phân bổ đội ngũ nhân viên y tế có chuyên môn giữa đô thị và nông thôn, thiếu hụt thuốc cung ứng ở những vùng sâu vùng xa... là những thách thức dẫn đến sự bất bình đẳng trong thụ hưởng quyền CSSK giữa các nhóm trẻ em ở Việt Nam. Những số liệu về kết quả CSSK trẻ em những năm qua đã phần nào thể hiện sự bất bình đẳng này.

Số liệu về các kết quả CSSK trẻ em như đã trình bày tại chương 3 này một mặt phản ánh những tiến bộ đáng kể liên quan đến cải thiện tình trạng SDD, tỷ lệ tử vong trẻ em và tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng phòng ngừa bệnh tật, cũng như tỷ lệ thai phụ được chăm sóc y tế và tiêm phòng trước khi sinh ở Việt Nam, mặt khác cũng phản ánh sự khác biệt khá rõ về tình trạng SDD, tử vong ở trẻ em và tỷ lệ trẻ em được tiêm phòng, tỷ lệ người mẹ được CSSK trong thai kỳ giữa các vùng miền, nhóm mức sống và dân tộc.

Nguyên nhân của những khác biệt về kết quả đầu ra của CSSK trẻ em có thể xuất phát từ sự thay đổi, điều chỉnh các chính sách vĩ mô trong quá trình hội nhập kinh tế, nhưng cũng có thể xuất phát từ việc thực hiện các trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em của các bên liên quan. Chương tiếp theo của luận án sẽ tiếp tục phân tích, làm rõ các tác động của sự điều chỉnh chính sách tới việc thực hiện quyền CSSK trẻ em thông qua Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội, cũng như lý giải nguyên nhân của sự khác biệt trong thực hiện quyền CSSK đối với các nhóm trẻ em.

CHƯƠNG 4

NHÀ NƯỚC, GIA ĐÌNH, NHÀ TRƯỜNG VÀ CÁC TỔ CHỨC XÃ HỘI ĐỐI VỚI THỰC HIỆN QUYỀN CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ EM TRONG ĐIỀU KIỆN HỘI NHẬP KINH TẾ Ở VIỆT NAM

Như đã đề cập ở phần cơ sở lý luận, phân tích thực hiện quyền CSSK trẻ em trong thực tiễn chính là phân tích vai trò, trách nhiệm và việc thực hiện trách nhiệm của các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện QTE, bao gồm Nhà nước, Gia đình, Nhà trường và các Tổ chức xã hội. Việc phân tích trách nhiệm của những bên liên quan được dựa trên cách tiếp cận quyền, và sự vận dụng những luận điểm chính của các lý thuyết về quyền con người, lý thuyết cấu trúc- chức năng và lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe. Quan điểm của Đảng và Nhà nước về thực hiện QTE được vận dụng ở những phần nội dung phân tích phù hợp. Vì có sự khác biệt về chức năng và trách nhiệm của các bên liên quan trong thực hiện quyền CSSK trẻ em nên mức độ và nội dung phân tích không hoàn toàn trùng lặp và tương đương nhau giữa các phần phân tích. Có những tiêu chí thực hiện quyền CSSK trẻ em phụ thuộc chủ yếu vào hành động của Nhà nước, nhưng cũng có những tiêu chí lại phụ thuộc chủ yếu vào gia đình, hoặc nhà trường. Việc phân tích cũng có sự cân nhắc về vấn đề cần nhấn mạnh dựa trên thực tiễn xã hội Việt Nam, và được đặt trong mối liên hệ với các kết quả đã đạt được về CSSK trẻ em và bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam.

4.1 Hệ thống thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam

Hệ thống thực hiện QTE bao gồm các cơ quan nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội ở cộng đồng. Trong hệ thống các cơ quan của Nhà nước liên quan đến thực hiện QTE thì vai trò đầu tiên phải kể đến là vai trò của Quốc hội trong lĩnh vực lập pháp (ban hành các văn bản luật pháp để thể chế hóa việc thực hiện các QTE), và giám sát việc thực hiện QTE. Trong đó, Ủy ban Văn hóa, Giáo dục, Thanh niên, Thiếu niên và Nhi đồng của Quốc hội có trách nhiệm thẩm tra các bộ luật liên quan đến trẻ em và chịu trách nhiệm giám sát việc thi hành những bộ luật này, cũng như giám sát các hoạt động của các cơ quan quản lý nhà nước (các cơ quan thuộc bộ máy chính phủ) trong việc tổ chức thực hiện luật pháp

và chính sách liên quan đến trẻ em nói chung và QTE nói riêng. Ngoài ra, các ủy ban như Ủy ban Pháp luật, Ủy ban các vấn đề Xã hội, Ủy ban Kinh tế, Ủy ban Tài chính và Ngân sách của Quốc hội cũng có trách nhiệm xem xét và giám sát những lĩnh vực khác nhau của việc thực hiện luật pháp và chính sách liên quan đến trẻ em.

Chính phủ là cơ quan hành pháp của Quốc hội. Đối với việc thực hiện QTE, Chính phủ chịu trách nhiệm trước Quốc hội và Chủ tịch Nước trong việc thực thi hiến pháp, pháp luật và các chính sách liên quan đến thực hiện QTE. Do vậy, công tác quản lý và tổ chức thực hiện QTE nằm trong hệ thống các cơ quan chuyên trách thực hiện chức năng quản lý nhà nước về trẻ em và các dịch vụ công thuộc lĩnh vực trẻ em, hay còn gọi là công tác bảo vệ, chăm sóc trẻ em (BVCSTE). Công tác tổ chức BVCSTE đã thay đổi nhiều lần. Tính trong khoảng thời gian Việt Nam tham gia Công ước QTE, có một số mốc thay đổi sau: Năm 1991 công tác CSBVTE thuộc trách nhiệm chính của Ủy ban BVCSTE Việt Nam (cùng với sự thành lập Ủy ban), nhưng sang giai đoạn 2003- 2006, Ủy ban BVCSTE nhập về Ủy ban Dân số-Gia đình và Trẻ em (UBDSGDTE), và UBDSGDTE là cơ quan chuyên trách quản lý nhà nước về thực hiện QTE. Năm 2007, Ủy ban DSGĐTE giải thể, công tác tổ chức và quản lý thực hiện QTE được chuyển sang Vụ BVCSTE (nay là Cục BVCSTE) trực thuộc Bộ LĐ-TB-XH¹⁴. Tuy nhiên, hệ thống quản lý nhà nước về thực hiện QTE là một hệ thống liên ngành, do vậy, ngoài Cục BVCSTE là cơ quan chuyên trách về công tác trẻ em thì công tác BVCSTE và thực hiện QTE còn là trách nhiệm chung của tất cả các cơ quan nhà nước, trong đó có Bộ Y tế, Bộ GD-ĐT, Bộ VH-TT-DL, Bộ Công an, Tòa án nhân dân, Viện Kiểm sát nhân dân.

Để giúp các Bộ trưởng thực hiện chức năng quản lý nhà nước về BVCSGD trẻ em, ngoài các bộ phận chuyên môn có nhiệm vụ quản lý chung trong lĩnh vực đó, trong cơ cấu tổ chức của các Bộ như Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Y tế, Bộ GD-ĐT đều có bộ phận phụ trách về công tác quản lý nhà nước về trẻ em. Chẳng hạn, trong Bộ Y tế

¹⁴Nghị định số 186/2007/NĐ-CP ngày 25/12/2007 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội và Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.

có Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em¹⁵, trong Bộ LĐ-TB-XH có Cục BVCS Trẻ em và Quỹ Bảo trợ trẻ em Việt Nam¹⁶, trong Bộ GD-ĐT có Vụ công tác học sinh- sinh viên, Cục Cơ sở vật chất và thiết bị trường học, đồ chơi trẻ em¹⁷. Ngoài ra, các Bộ như Bộ Tư pháp, Bộ kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính ... cũng có những vai trò và trách nhiệm liên quan bên cạnh những bộ chịu trách nhiệm chính trong việc thực hiện QTE. Tất cả các bộ đều có sở, ngành tương ứng ở các địa phương và tùy thuộc vào chức năng và quyền hạn sẽ chịu trách nhiệm thực hiện những chính sách liên quan đến QTE theo lĩnh vực chuyên môn của ngành.

Hệ thống Ủy ban Nhân dân (UBND) cấp tỉnh/thành phố, huyện và xã được phân công chịu trách nhiệm thực hiện QTE theo chức năng và quyền hạn được chính phủ giao phó trong lĩnh vực thực hiện QTE. UBND ở các cấp cũng phối kết hợp với Hội đồng nhân dân các cấp trong việc xây dựng và thực hiện các kế hoạch hoạt động và phân bổ ngân sách hàng năm liên quan đến thực hiện các chính sách về CSBVTE nói chung và thực hiện QTE nói riêng.

Ngoài hệ thống quản lý của các cơ quan quyền lực của nhà nước, công tác tổ chức, quản lý việc thực hiện QTE còn chịu sự chỉ đạo, lãnh đạo của các tổ chức Đảng (cấp trên và cùng cấp). Các tổ chức Đảng ở các cấp sẽ đưa ra đường lối, chủ trương, định hướng về công tác chăm sóc và bảo vệ trẻ em cũng như các vấn đề liên quan đến thực hiện QTE cho việc quản lý nhà nước theo hệ thống ở từng cấp. Hội đồng nhân dân các cấp cũng tham gia giám sát việc thực hiện QTE ở địa phương [20], [32].

Hệ thống các trường học ở cộng đồng cũng tham gia vào các hoạt động liên quan đến thực hiện QTE tại các trường học. Trường học vừa là nơi thực thi các QTE nhưng đồng thời cũng là một kênh quan trọng để phổ biến nhận thức kiến thức về QTE cho trẻ em. Nội dung và thời lượng các kiến thức về QTE được quy định bởi Bộ GD-ĐT. Việc thực thi các quyền liên quan đến CSSK trẻ em trong môi

¹⁵ Điều 3 Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế.

¹⁶ Điều 3 Nghị định số 186/2007/NĐ-CP ngày 25/12/2007 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội.

¹⁷ Điều 3 Nghị định số 32/2008/NĐ-CP ngày 19/3/2008 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Bộ Giáo dục và Đào tạo.

trường học đường, đặc biệt là y tế học đường được thực hiện theo các quy định, thông tư liên tịch của Bộ GD-ĐT và Bộ Y tế. Nhà trường cũng có trách nhiệm phối kết hợp với các tổ chức chính trị- xã hội và các gia đình trong thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Việc thực hiện QTE còn có sự tham gia của các tổ chức chính trị- xã hội như Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Hội Liên hiệp Phụ nữ (LHPN), Đoàn Thanh niên. Ngoài ra, việc thực hiện QTE ở cộng đồng còn có sự tham gia của các tổ chức NGOs và các tổ chức xã hội dân sự khác.

Như vậy, hệ thống thực hiện QTE ở Việt Nam có rất nhiều cơ quan, ban ngành, các tổ chức chính trị xã hội và các tổ chức xã hội dân sự cùng tham gia với các gia đình.

4.2 Nhà nước đối với việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong điều kiện hội nhập kinh tế

Dựa trên các quy định về vai trò của nhà nước trong thực hiện Công ước Quốc tế về QTE, vận dụng lý thuyết quyền con người, lý thuyết cấu trúc- chức năng, lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe, các tiếp cận quyền con người và QTE về sức khỏe, dựa trên chức năng quản lý của nhà nước của Việt Nam trong hệ thống thực hiện QTE, có thể phân tích vai trò và trách nhiệm của nhà nước đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam trên một số khía cạnh sau: (1) Vai trò và trách nhiệm của Nhà nước trong việc xây dựng và điều chỉnh các văn bản luật pháp, chính sách, chương trình mục tiêu liên quan đến quyền CSSK trẻ em; và (2) quản lý, tổ chức và giám sát thực hiện quyền, bao gồm cả việc phân bổ kinh phí, phối hợp với các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em.

4.2.1 Vai trò của nhà nước trong xây dựng và ban hành luật pháp, chính sách về quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Nhà nước là bên liên quan chính chịu trách nhiệm thực hiện QTE. Nhà nước có chức năng thực thi quyền hành pháp thông qua việc xây dựng và ban hành các văn bản luật pháp, chính sách nhằm thể chế hóa các điều khoản trong Công ước về QTE, và các chính sách thúc đẩy hoặc hỗ trợ việc thực hiện quyền, bao gồm quyền CSSK trẻ em.

Thể chế hóa các quy định của Công ước về CSSK trong hệ thống văn bản pháp lý

Những chế định pháp lý quan trọng về QTE được thể hiện trong Hiến pháp. Hiến pháp năm 1992, với sự xác định và thừa nhận quyền con người (Điều 50) và trở thành một chế định pháp lý về vấn đề QTE trong mối quan hệ trực tiếp với chế định quyền công dân. Hiến pháp 1992 quy định rằng: “Nhà nước, xã hội, gia đình và công dân vừa có trách nhiệm bảo vệ, chăm sóc bà mẹ và trẻ em” (Điều 63) [39]. Hiến pháp sửa đổi năm 2013 tái khẳng định trách nhiệm của Nhà nước, gia đình và xã hội đối với BVCSGD trẻ em: “Trẻ em được Nhà nước, gia đình và xã hội bảo vệ, chăm sóc và giáo dục; Nghiêm cấm xâm hại, hành hạ, ngược đãi, bỏ mặc, lạm dụng, bóc lột sức lao động và những hành vi khác vi phạm quyền trẻ em”(Điều 37) [50]. Những quy định này có ý nghĩa quan trọng đối với việc hình thành hệ thống luật pháp, chính sách thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Kể từ khi tham gia phê chuẩn Công ước, Việt Nam đã ban hành rất nhiều văn bản luật và dưới luật nhằm thể chế hóa các quy định về QTE. Trong lĩnh vực CSSK, ngoài những bộ luật chuyên biệt về BVCS trẻ em còn có nhiều bộ luật liên quan như Luật bảo vệ Chăm sóc Sức khỏe Nhân dân, Luật khám chữa bệnh, Luật Bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó, nhiều bộ luật khác như Luật Hôn nhân và Gia đình, Luật Phòng chống bạo lực gia đình, Luật Dân sự, Luật Lao động, Luật hình sự v.v.. đều có những quy định liên quan đến bảo vệ trẻ em và nghiêm cấm các hành vi xâm hại trẻ em. Điều này thể hiện trách nhiệm của nhà nước đối với những cam kết đảm bảo QTE được thực thi trong thực tiễn.

Nhà nước Việt Nam đã từng bước điều chỉnh và hoàn thiện hệ thống luật pháp liên quan đến thực hiện QTE. Từ khi tham gia Công ước đến nay, Việt Nam đã ban hành 3 Bộ luật về BVCS trẻ em¹⁸, vào các năm 1991 (Luật BVCSGDTE), năm 2004 (Luật BVCSGDTE sửa đổi) và năm 2016 (Luật Trẻ em).

Nội dung của 3 Bộ luật này thể hiện khá rõ sự điều chỉnh về mặt pháp lý liên quan đến thực hiện QTE, trong đó có các quyền về CSSK, *theo xu hướng tăng các Điều, Khoản và tăng dần tính cụ thể của các Điều, Khoản và nội dung ngày càng*

¹⁸ Nhà nước Việt Nam còn ban hành các Bộ luật liên quan đến thực hiện QTE ở lĩnh vực giáo dục như Luật Phổ cập giáo dục Tiểu học 1991, Luật Giáo dục 1998 (liên quan đến nhóm quyền phát triển của trẻ em).

sát với các quy định của Công ước QTE. Nếu như Luật BVCSGD trẻ em 1991 chỉ có 26 Điều, thì Luật BVCSGD sửa đổi năm 2004 tăng thêm 34 Điều thành 60 Điều, Luật Trẻ em 2016 tăng thêm 46 Điều, thành 106 Điều. Các quy định về quyền CSSK cũng tăng về số lượng Điều, Khoản và tăng dần tính cụ thể trong các Điều, Khoản liên quan đến các lĩnh vực CSSK trẻ em, các tiêu chí dịch vụ CSSK trẻ em và các nguyên tắc thực hiện quyền CSSK. Điều quan trọng là, hệ thống luật pháp này đã có sự điều chỉnh các quy định pháp luật để thực hiện các tiêu chí cơ bản của dịch vụ CSSK, theo hướng sẵn có, tiếp cận được, chấp nhận được và chất lượng. Bên cạnh đó là sự bổ sung các cơ sở pháp lý để xây dựng các chính sách giảm thiểu bất bình đẳng trong tiếp cận quyền CSSK đối với trẻ em (như mô tả tại **Bảng 4.1**). Các quy định về trách nhiệm của các bên liên quan thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng tăng về số lượng các Điều, Khoản, và tính cụ thể (như mô tả tại **Bảng 4.1**). Đặc biệt, Luật trẻ em 2016 đã bổ sung 25 Điều quy định về các quyền cụ thể của trẻ em. Quyền CSSK trẻ em được quy định tại Điều 14, với nội dung sát với Công ước QTE. Đây cũng là Luật về trẻ em đầu tiên bao quát được cả 4 tiêu chí dịch vụ CSSK, và có nhiều Điều, Khoản cụ thể về trách nhiệm của các bên liên quan trong thực hiện quyền CSSK trẻ em (Xem **Bảng 4.1**).

Bảng 4.1: Những nội dung liên quan thực hiện quyền CSSK trong các Bộ luật về Trẻ em

Các bộ luật về Trẻ em	Các lĩnh vực CSSK trẻ em QTE	Nguyên tắc thực hiện quyền CSSK	Các tiêu chí dịch vụ CSSK (Sẵn có, tiếp cận được, chấp nhận được, chất lượng)	Trách nhiệm của các bên liên quan thực hiện quyền CSSK trẻ em
<p>Luật BVCSGD Trẻ em 1991</p> <p>Bộ Luật có 26 Điều</p>	<p>Trẻ em được chăm sóc, bảo vệ sức khỏe (Điều 6), được phòng và KCB định kỳ (Điều 9)</p> <p>2 Điều (3 Khoản)</p>	<p>Mọi trẻ em đều được chăm sóc, nuôi dưỡng (Điều 2)</p> <p>1 Điều (1 Khoản)</p>	<p>Điểm nhấn: Trẻ em dưới 6 tuổi được CSSK ban đầu, KCB miễn phí (Điều 9); Trẻ em DTTS, vùng xa xôi, hoàn cảnh khó khăn được NN hỗ trợ (Điều 6)</p> <p>2 Điều (2 Khoản)</p>	<p>Có 8 Điều về các quy định chung về trách nhiệm của Nhà nước, Gia đình và XH bao quát CSBVTE (Điều 3, và các Điều 16-22); Có 1 Khoản quy định cụ thể về CSSK: Cơ quan y tế có trách nhiệm theo dõi, hướng dẫn, tổ chức thực hiện phòng và KCB định kỳ cho trẻ em (Điều 9)</p> <p>8 Điều (1 Khoản riêng về CSSK)</p>
<p>Luật BVCSGD trẻ em sửa đổi 2004</p> <p>Lần đầu tiên dùng từ quyền CSSK</p> <p>Bộ Luật có 60 Điều (Tăng 34 Điều)</p>	<p>Nhiều Điều, Khoản và cụ thể hơn: Quyền được CS và nuôi dưỡng (Điều 12); Quyền được CSSK (Điều 15); Được kiểm tra SK, tiêm chủng, KCB, CSSK ban đầu, y tế học đường (Điều 27)</p> <p>3 Điều (4 Khoản)</p>	<p>Có nhiều Điều Khoản hơn: Không phân biệt đối xử với trẻ em (Điều 4); Tôn trọng quyền, nghiêm cấm xâm phạm (Điều 6);</p> <p>2 Điều (2 Khoản)</p>	<p>Trẻ em dưới 6 tuổi được KCB miễn phí và CSSK ban đầu, (Điều 15); NN hỗ trợ Trẻ em có hoàn cảnh khó khăn (Điều 27)</p> <p>Bổ sung quy định liên quan đến nhiều tiêu chí hơn: Nhà nước phát triển sự nghiệp y tế; đa dạng hóa các loại hình dịch vụ KCB, chính sách miễn giảm phí KCB cho trẻ em (Điều 27)</p> <p>2 Điều (3 Khoản)</p>	<p>Có 15 Điều chung/liên quan quy định trách nhiệm của Nhà nước, Gia đình, XH và sự phối hợp trong CSBVTE (Điều 5, 8, 23, 25, 26, 28-38);</p> <p>Đã có 2 Điều riêng (Điều 24, 27) với 9 Khoản về trách nhiệm CSSK trẻ em trên các lĩnh vực dinh dưỡng, KCB, tiêm chủng cho TE, y tế học đường</p> <p>17 Điều (2 Điều riêng cho CSSK với 9 Khoản cụ thể)</p>
<p>Luật trẻ em 2016</p> <p>Bổ sung nhiều điều khoản gắn với các QTE (25 Điều quy định nội dung các quyền).</p> <p>Bộ Luật có 106 Điều (Tăng 46 Điều)</p>	<p>Bổ sung quy định về quyền CSSK TE sát với Công ước: Quy định về quyền CSSK trẻ em (Điều 14); Cụ thể hóa các lĩnh vực: Theo dõi SK định kỳ cho trẻ em, PN mang thai, CS dinh dưỡng, CSSK ban đầu, tiêm chủng, CSSK sinh sản, SK tình dục phù hợp với độ tuổi; CSSK trước sinh và sơ sinh; giảm tỷ lệ tử vong trẻ em (Điều 43).</p> <p>2 Điều (5 Khoản)</p>	<p>Nêu cụ thể nguyên tắc thực hiện QTE sát với Công ước (Điều 5); Bảo đảm trẻ em được tiếp cận các dịch vụ CSSK một cách công bằng tại các cơ sở KCB (Điều 84), Giảm thiểu bất bình đẳng trong tiếp cận quyền CSSK (Điều 43).</p> <p>3 Điều (4 Khoản cụ thể)</p>	<p>Bao quát cả 4 tiêu chí: Trẻ em được ưu tiên tiếp cận, sử dụng dịch vụ phòng bệnh và KCB (Điều 14); Hỗ trợ, đảm bảo mọi TE đều được tiếp cận quyền CSSK; Giảm thiểu BBĐ; Ưu tiên trẻ em nghèo, DTTS, Vùng xa xôi; NN khuyến khích các nguồn lực đầu tư; (Điều 43); Nhà nước hỗ trợ đóng BHYT cho trẻ em (Điều 43); Chất lượng: Đảm bảo trẻ em được tiếp cận các dịch vụ CSSK có chất lượng (Điều 84)</p> <p>3 Điều (4 khoản)</p>	<p>Có các điều khoản quy định chức năng, nhiệm vụ của các cơ quan, tổ chức, nhà trường, gia đình đối với thực hiện QTE (thay cho cụm từ CSBVTE): 25 Điều: Điều 8, 9, 79- 102); Trong đó có Nhiều Điều, Khoản riêng và cụ thể về thực hiện quyền CSSK: Bộ Y tế (Điều 84); Nhà trường (Điều 85); Gia đình Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức (17 điều: Từ Điều 79 tới Điều 95) (Đặc biệt có các quy định về Y tế học đường); Trách nhiệm Gia đình (Điều 98).</p> <p>25 Điều (3 Điều riêng cho lĩnh vực thực hiện quyền CSSK, với 15 Khoản cụ thể)</p>

Những quy định của luật pháp về chính sách KCB và CSSK ban đầu miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, và các chính sách hỗ trợ của Nhà nước đối với trẻ em nghèo, trẻ em DTTS, trẻ em vùng khó khăn, cũng như các quy định về chính sách phát triển sự nghiệp y tế, ưu tiên trẻ em tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSK và đảm bảo trẻ em được tiếp cận các dịch vụ CSSK có chất lượng (như đã mô tả tại **Bảng 4.1**) thể hiện trách nhiệm và nỗ lực to lớn của Nhà nước Việt Nam trong điều chỉnh luật pháp và chính sách nhằm đảm bảo quyền CSSK trẻ em. Những quy định của Luật pháp đối với các nguyên tắc bình đẳng, không phân biệt đối xử trong thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng thể hiện sự tôn trọng của Nhà nước đối với các nguyên tắc thực hiện QTE.

Những bộ luật liên quan trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, như Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989, Luật Khám chữa bệnh 2009, Luật bảo hiểm y tế 2008 và Luật bảo hiểm y tế sửa đổi năm 2014, đều có những quy định liên quan tới các lĩnh vực CSSK trẻ em, các tiêu chí dịch vụ CSSK và các nguyên tắc bình đẳng, không phân biệt đối xử, vì quyền lợi tốt nhất của trẻ em (như miêu tả tại **Bảng 4.2**). Điều này cho thấy sự thống nhất về quan điểm chỉ đạo của Đảng và chủ trương của Nhà nước về thể chế hóa các quy định của Công ước và tạo hành lang pháp lý để thực hiện quyền CSSK trẻ em trong thực tiễn.

Trong số những bộ luật trên, đáng lưu ý là bộ Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi 2014. Bộ luật này còn có một điểm mới là quy định BHYT bắt buộc đối với nhiều nhóm đối tượng trong đó có học sinh, trẻ em nghèo, cận nghèo (Nhà nước vẫn tiếp tục cấp thẻ BHYT miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, trẻ em nghèo, DTTS, trẻ em vùng khó khăn). Việc quy định BHYT bắt buộc là để bảo vệ trẻ em khỏi các rủi ro về tài chính khi bị ốm đau, ngay cả khi gia đình không có điều kiện tài chính. Ngoài ra, bộ luật này cũng bãi bỏ quy định quỹ BHYT không thanh toán cho phí điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt đối với trẻ em dưới 6 tuổi. Điều này thể hiện nỗ lực của Nhà nước Việt Nam trong điều chỉnh luật pháp, chính sách hướng tới thực hiện đầy đủ hơn quyền CSSK trẻ em.

Bảng 4.2 Các bộ Luật về sức khỏe và y tế liên quan đến quyền CSSK trẻ em

Luật liên quan CSSK trẻ em	Các lĩnh vực CSSK trẻ em	Các tiêu chí dịch vụ CSSK (sẵn có, tiếp cận được, chấp nhận được, chất lượng)	Nguyên tắc thực hiện quyền (Bình đẳng, không phân biệt đối xử, vì quyền lợi tốt nhất của trẻ em)
<p>Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân 1989</p> <p>(3 Điều liên quan trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em)</p>	<p>Trẻ em được y tế cơ sở quản lý sức khỏe, được tiêm chủng phòng bệnh, phòng dịch, được KCB; Gia đình có trách nhiệm thực hiện quy định về kiểm tra sức khỏe và tiêm chủng, chăm lo trẻ em khi đau ốm, thực hiện các quyết định của thầy thuốc trong KCB đối với trẻ em (Điều 46)</p>	<p>Nhà nước dành ngân sách thích đáng để củng cố mở rộng mạng lưới y tế KCB cho đồng bào DTTS, đặc biệt là y tế cơ sở ở vùng cao, vùng xã xôi hẻo lánh (Điều 42); Ngành y tế có trách nhiệm phát triển, củng cố mạng lưới chăm sóc bảo vệ sức khỏe trẻ em (Điều 46)</p>	<p>Công dân có quyền được bảo vệ sức khỏe (Điều 1)</p>
<p>Luật khám chữa bệnh 2009</p> <p>(2 Điều liên quan trực tiếp thực hiện quyền CSSK trẻ em)</p>	<p>Ưu tiên trẻ em dưới 6 tuổi, phụ nữ có thai (Điều 3); Quan tâm dành ngân sách CSSK cho trẻ em (Điều 4)</p>	<p>Đẩy mạnh xã hội hóa các hoạt động KCB; Tăng cường phát triển nguồn nhân lực y tế, đặc biệt là ở vùng khó khăn; Ưu tiên ngân sách cho các đối tượng nghèo, DTTS, vùng khó khăn (Điều 4).</p>	<p>Bình đẳng, không phân biệt, không kỳ thị người bệnh; Tôn trọng quyền của người bệnh (Điều 3)</p>
<p>Luật Bảo hiểm y tế 2008</p> <p>(4 Điều liên quan trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em)</p>	<p>Người tham gia BHYT được quỹ BHYT chi trả chi phí KCB, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con theo chế độ hưởng BHYT (Điều 21)</p>	<p>Nhà nước đóng hoặc hỗ trợ BHYT cho một số nhóm đối tượng chính sách xã hội (Điều 4); Quy định tham gia BHYT đối với Trẻ em dưới 6 tuổi, học sinh, sinh viên, người nghèo, DTTS, người sống ở vùng khó khăn (Điều 12). Trẻ em dưới 6 tuổi được hưởng 100% chi phí KCB, TE nghèo, DTTS, vùng khó khăn hưởng 95% chi phí KCB, tự đóng góp 5% (Điều 12).</p>	<p>Những người tham gia BHYT có quyền được khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ BHYT (Điều 36)</p>
<p>Luật Bảo hiểm y tế (sửa đổi) 2014</p> <p>(6 Điều liên quan trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em)</p>	<p>Giữ nguyên Điều 21 (Về chi trả chi phí KCB, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con theo chế độ hưởng BHYT; Bãi bỏ quy định quỹ BHYT không thanh toán chi phí điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt đối với trẻ em dưới 6 tuổi (Điều 23)</p>	<p>Nhà nước chi trả toàn phần hoặc hỗ trợ chi BHYT đối với các nhóm đối tượng bắt buộc tham gia BHYT (TE dưới 6 tuổi, học sinh, sinh viên, người nghèo, DTTS, vùng khó khăn (Điều 12); Trẻ em dưới 6 tuổi, TE nghèo, DTTS, được hưởng 100% các chi phí KCB (Điều 22)</p>	<p>Giữ nguyên Điều 36: Quyền được khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ BHYT; Quy định bắt buộc tham gia BHYT đối với 1 số nhóm đối tượng, trong đó có học sinh, người nghèo, cận nghèo, DTTS (Điều 1, 12)</p>

Cùng với việc bổ sung, sửa đổi luật pháp, Chính phủ Việt Nam đã ban hành và chỉ đạo thực hiện nhiều chính sách, chiến lược, chương trình liên quan tới thực hiện các quyền về CSSK trẻ em, hoặc trực tiếp, hoặc gián tiếp, ví dụ như các Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em; Chương trình tiêm chủng mở rộng; Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng; Chiến lược chăm sóc, bảo vệ sức khỏe nhân dân; Kế hoạch hành động quốc gia về làm mẹ an toàn... (Xem Phụ lục 3. Tóm tắt nội dung các chương trình, chiến lược quốc gia liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em).

Chính phủ Việt Nam cũng quan tâm tới việc *lồng ghép các mục tiêu vì trẻ em vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội* cấp quốc gia và cấp địa phương. Năm 2006, hai chỉ tiêu "Tăng tỷ lệ xã, phường phù hợp với trẻ em" và "Tăng tỷ lệ trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt được bảo vệ, chăm sóc" đã được đưa vào danh mục những chỉ tiêu phát triển kinh tế - xã hội của quốc gia trong thời kỳ 5 năm 2006 - 2010. Việt Nam cũng đã nỗ lực thực hiện các *Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ* thông qua việc xây dựng và triển khai 12 mục tiêu phát triển và 32 chỉ tiêu cụ thể, trong đó có những mục tiêu vì trẻ em. Đây là những cơ sở quan trọng tạo góp phần thúc đẩy các kết quả thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam.

Ngoài ra, chính phủ Việt Nam cũng đã đưa ra các chiến lược và giải pháp nhằm đổi mới chính sách tài chính y tế, bao gồm: tăng nhanh tỷ trọng các nguồn tài chính công, giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh, nâng cấp các cơ sở y tế, trong đó ưu tiên củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, y tế dự phòng, các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tuyến huyện, các trung tâm y tế khu vực. Một số chính sách quan trọng về y tế của Việt Nam những năm qua cũng tạo nên những yếu tố thuận lợi góp phần cho việc thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam được đảm bảo hơn (như đã phân tích ở chương 3).

Hệ thống luật pháp và chính sách, chương trình như đã đề cập ở trên đã thể hiện những nỗ lực của Nhà nước trong đảm bảo thực hiện quyền CSSK trẻ em, thông qua việc luật hóa, thể chế hóa các quy định về quyền CSSK trẻ em, xây dựng các chính sách, chương trình mục tiêu về trẻ em ở trên cả 3 lĩnh vực: KCB, phòng ngừa bệnh tật, SDD, tử vong trẻ em, CSSK bà mẹ và thai nhi. Nhà nước cũng quan

tâm đến việc xây dựng các chính sách bệ đỡ để bảo vệ trẻ em khỏi các rủi ro trước sự điều chỉnh chính sách y tế theo hướng thương mại hóa, đặc biệt là chính sách về *khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, trợ cấp thẻ BHYT cho trẻ em nghèo, phòng chống SDD cho trẻ em nghèo, chương trình tiêm chủng mở rộng được bao cấp bởi nhà nước.*

Tuy nhiên, nếu nhìn vào các số liệu liên quan đến kết quả CSSK trẻ em (như đã đề cập ở chương 3) một bộ phận đáng kể trẻ em vẫn bị SDD, một bộ phận trẻ em khác vẫn phải đối mặt với nguy cơ tử vong, nhiều bà mẹ vẫn không đạt được các chuẩn về số lần khám thai và tiêm phòng khi mang thai v.v.. và còn tồn tại những sự chênh lệch, khác biệt về các cơ hội tiếp cận các dịch vụ CSSK của trẻ em thuộc các nhóm thu nhập, khu vực và dân tộc khác nhau, cho thấy một sự hình dung rằng một bộ phận trẻ em đã không được tiếp cận hoặc tiếp cận không đầy đủ đối với quyền CSSK trẻ em. Vận dụng lý thuyết cấu trúc- chức năng để xem xét vấn đề này, thì một điều đặt ra ở đây là tại sao nhìn tổng thể thì hệ thống luật pháp, chính sách liên quan đến thực hiện quyền CSSK đã được Nhà nước quan tâm xây dựng và đưa vào áp dụng trong thực tiễn, với rất nhiều yếu tố thúc đẩy thực hiện quyền CSSK trẻ em, thì trên thực tế một bộ phận trẻ em vẫn không được thụ hưởng quyền CSSK? Phải chăng có vấn đề liên quan đến trách nhiệm của các cơ quan có chức năng xây dựng luật pháp, chính sách hay do nội dung của văn bản luật pháp, chính sách chưa phù hợp, hay vấn đề nằm ở việc thực thi luật pháp, chính sách trong thực tiễn (của các bên liên quan), hay do vấn đề nhận thức, và các vấn đề liên quan đến nguồn lực để thực hiện? Dựa trên phân tích những dữ liệu liên quan có thể xác định một số hạn chế, bất cập của hệ thống luật pháp, chính sách, như sự đề cập tiếp theo đây.

Một số hạn chế, bất cập của luật pháp, chính sách về thực hiện quyền CSSK trẻ em

Những hạn chế và bất cập chủ yếu trong hệ thống luật pháp, chính sách liên quan đến QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng là thiếu tính đồng bộ, nhất quán trong toàn bộ hệ thống luật pháp, chính sách. Ví dụ như, quy định của pháp luật hoặc văn bản dưới luật không phù hợp với văn bản luật. Nhiều văn bản luật chỉ dừng lại ở tính nguyên tắc, chưa cụ thể nên khó áp dụng trong thực tiễn. Nhiều quyền trẻ em quy định trong luật chưa phù hợp với điều kiện hiện tại của

Việt Nam nên không thực hiện được một cách triệt để [20], [32]. Ngoài ra, còn có những khoảng trống trong các quy định về các lĩnh vực CSSK trẻ em, ví dụ như lĩnh vực CSSK tâm thần cho trẻ em hầu như không được quan tâm. Có thể đây là nguyên nhân lý giải cho những hạn chế của công tác phòng tránh bệnh tật không lây nhiễm cho trẻ em (như đã đề cập ở chương 3). Chương trình y tế học đường mới chủ yếu quan tâm đến sức khỏe thể chất của học sinh và tập trung vào vấn đề dinh dưỡng, bệnh liên quan đến mắt, cong vẹo cột sống và một số bệnh lây nhiễm khác.

Ngay cả đối với các chương trình về y tế học đường, ví dụ như Chương trình phòng, chống bệnh, tật trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân năm 2009 (Quyết định 401/QĐ-TTg ngày 27/3/2009) cũng không đưa ra các nội dung cụ thể về CSSK tâm thần cho học sinh. Thông tư liên tịch quan trọng của Bộ Y tế và Bộ GD-ĐT về việc thực hiện “Chương trình phối hợp giữa Bộ Y tế và Bộ GD&ĐT về bảo vệ, giáo dục và chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân, giai đoạn 2012-2020” (số 997/KH-BYT-BGDĐT ngày 19/11/2012) cũng chỉ nhấn mạnh đến chăm sóc mắt học đường; CSSK răng miệng; phòng, chống tật cong vẹo cột sống; bảo đảm an toàn thực phẩm; cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em v.v.. mà không có các mục tiêu phòng, chống các triệu chứng về sức khỏe tâm thần của học sinh.

Các văn bản luật pháp, chính sách, các thông tư hướng dẫn thực hiện luật pháp, chính sách cũng chưa có sự phân định một cách rạch ròi về chức năng, thẩm quyền của các cơ quan nhà nước và sự phối kết hợp nên dễ dẫn đến sự chồng chéo, đùn đẩy trách nhiệm và làm giảm hiệu quả trong việc thực hiện các quyền của trẻ em [20]. Nghiên cứu về thực hiện QTE do Viện NC Gia đình và Giới chủ trì cũng đã đưa ra những bằng chứng cho thấy những hạn chế, bất cập trong hệ thống chính sách, luật pháp của Việt Nam và việc thực hiện trong thực tiễn [xem 32]. Ngoài ra, việc có quá nhiều thông tư, văn bản liên quan đến thực hiện các vấn đề liên quan đến QTE nhưng không có sự hệ thống đã tạo nên sự khó khăn cho các cán bộ chuyên trách hoặc có trách nhiệm liên quan đến trẻ em.

Hộp 4.1 Hạn chế về văn bản luật pháp, chính sách CSSK trẻ em

“...thì văn bản nhiều khi nhà nước mình cũng chưa đồng nhất, có thể khi thực hiện văn bản đưa ra chưa thực hiện được. Hoặc nó [văn bản] đưa ra mà nhiều khi có một vấn đề gì đấy khó để người dân thấy khả thi thì nhà nước mình xem lại văn bản đấy, lại đưa văn bản khác, chưa thực hiện được văn bản này thì đã thực hiện văn bản kia mình ở địa phương cứ phải chạy theo. Mình muốn nói là sự đồng nhất trong văn bản là chưa thống nhất. Nhiều khi cũng chưa có tính khả thi. Mình làm việc ở địa phương có rất nhiều vấn đề mà trong văn bản là không có... đấy là cái khó trong công tác trẻ em ở địa phương” (PVS, Cán bộ tư pháp, Hà Nam).

“...Chẳng hạn luật lại kèm theo một số những điều hướng dẫn nó rất khó. Nghị định thông tư, quyết định đều có hướng dẫn. Chẳng hạn anh cho một quyết định này là tôi chỉ thực hiện quyết định này thôi nhưng lại phải thêm một tờ trình kèm theo hướng dẫn quyết định này để thực hiện. Nó rất khó nên nhiều khi làm mà đi tìm tài liệu để dựa vào tài liệu nó rất khó. Mình thì không học về luật nhưng có sự vụ trẻ em thì cũng rức đầu lắm...” (PVS, Cán bộ dân số, Hà Nam).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Ngoài ra còn có sự bất cập và khoảng trống giữa chính sách và việc thực hiện chính sách liên quan đến quyền CSSK trẻ em. Các vấn đề thường được đề cập là thủ tục rườm rà, phức tạp, và sự thực hiện không đúng theo tinh thần của chính sách (thể hiện ở một bộ phận những người có nhiệm vụ thực thi chính sách chưa thực hiện tốt). Chẳng hạn, vấn đề KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi. Không chỉ là về thái độ phục vụ chưa tốt của cán bộ y tế mà khó khăn và bất cập cả về thủ tục, các khâu đăng ký KCB dẫn đến thực tế là một số trẻ em không được hưởng lợi từ chính sách. Ngoài ra, chính sách cấp thẻ BHYT miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi mặc dù đã triển khai trong nhiều năm nhưng việc tiếp cận thẻ BHYT của nhóm trẻ em dưới 6 tuổi vẫn chưa đạt mục tiêu tối đa. Số liệu thống kê gần đây nhất cho thấy tỷ lệ cấp thẻ BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi tính đến 31/12/2014 là 9,4 triệu thẻ, mới chỉ đạt 85,6% [9].

Hộp 4.2 Thủ tục phức tạp, phiền hà cản trở việc thụ hưởng chính sách của trẻ em

“...Đảng và Nhà nước có chính sách làm thẻ khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em nhưng khi vào bệnh viện khám bệnh vẫn yêu cầu là gia đình phải có giấy giới thiệu ở ngoài trạm y tế. Nhiều khi vào ngày nghỉ lại gây thêm khó khăn cho những trẻ em khám bệnh. Nhất là những bệnh cấp. Đấy cũng là một cái khó” (PVS, Cán bộ Tư pháp, Hà Nam).

“Trên thông tin đại chúng tuyên truyền rất nhiều về thẻ bảo hiểm cho các cháu, nhưng ngay

như con em vào viện thì rất mệt mỏi. Phải trình thẻ, xong giấy khai sinh. Mà cũng không được chế độ ưu tiên lắm...Như ở dưới này nằm viện cũng chẳng thấy đâu mà nguyên việc trẻ con đi lại nhiều quá. Quá nhiều thủ tục...” (PVS Cán bộ Dân số, Hà Nam).

“Tôi đưa cháu đi khám ở bệnh viện tỉnh, khoa nhi yêu cầu giấy giới thiệu của trạm y tế xã. Phải có giấy giới thiệu thì mới được khám, chứ không được chữa, điều trị. Thủ tục này cũng hơi vòng vèo, phức tạp. Các cháu có thể cũng không được giải quyết ngay ở bệnh viện. Trong khi đó phổ cập toàn quốc với trẻ dưới 6 tuổi, thì trẻ có quyền ở mọi nơi, mọi chỗ công lập.”(TLN cha mẹ viên chức, tp Ban Mê Thuật, Đắk Lắk).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Như vậy, khi vận dụng lý thuyết cấu trúc- chức năng xét để xem xét trách nhiệm của Nhà nước trong xây dựng luật pháp, chính sách thực hiện quyền CSSK trẻ em cho thấy, Nhà nước Việt Nam đã thực hiện trách nhiệm quan trọng là luật hóa, thể chế hóa các quy định về quyền CSSK trẻ em để quyền CSSK trẻ em được thực thi, bên cạnh đó, Nhà nước cũng xây dựng và ban hành rất nhiều chính sách, chương trình tạo thuận lợi cho việc thực hiện đầy đủ quyền CSSK trẻ em, một số chính sách đã thể hiện rõ các tiêu chí và nguyên tắc thực hiện quyền theo quy định của Công ước, đặc biệt là sự quan tâm của chính sách đến nhóm đối tượng trẻ em dễ bị tổn thương như nhóm trẻ em dưới 6 tuổi, nhóm trẻ em nghèo, DTTS. Xét về mặt hình thức thì Nhà nước, mà đại diện là các cơ quan có chức năng xây dựng và ban hành luật pháp, chính sách đã chứng tỏ sự nghiêm túc đối với trách nhiệm của mình, tuy nhiên, ở đây xuất hiện các vấn đề nằm ở sự chưa hoàn thiện của nội dung văn bản luật pháp, chính sách, như sự thiếu tính đồng bộ, không nhất quán, chồng chéo về nội dung, nội dung phức tạp, không cụ thể, hoặc không bao quát hết các vấn đề xảy ra trong thực tiễn v.v.. tạo nên các khoảng trống hoặc bất cập giữa chính sách và việc thực hiện chính sách. Đồng thời đây cũng là những nguyên nhân của sự hạn chế trong đảm bảo tính chấp nhận được của các dịch vụ CSSK trẻ em xét từ cách tiếp cận quyền và lý thuyết về quyền con người. Những bất cập giữa chính sách và cơ chế thực hiện trong như đề cập ở trên có thể giải thích cho những hạn chế của sự tiếp cận dịch vụ KCB, cũng như CSSK ban đầu của trẻ em.

4.2.2 Quản lý, tổ chức và giám sát thực hiện quyền CSSK trẻ em

Công tác quản lý và tổ chức thực hiện QTE nằm trong hệ thống các cơ quan chuyên trách thực hiện chức năng quản lý nhà nước về trẻ em và các dịch vụ công thuộc lĩnh vực trẻ em, hay còn gọi là công tác BVCSTE. Từ năm 2007, công tác này được chuyển về Cục BCCSTE thuộc Bộ LĐTBXH (như đã đề cập). Sự chấm dứt hoạt động của Ủy ban DSGĐ&TE và sự thay đổi tổ chức bộ máy BVCSGDTE đã gây ra một số khó khăn trong thời gian đầu đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Hộp 4.3 Sự không ổn định của bộ máy BVCS trẻ em dẫn đến khó khăn trong thực hiện quyền CSSK trẻ em

“...nó cũng khó khăn lắm, khó khăn vì thực hiện Nghị quyết 13-14 của Chính phủ về sáp nhập các Bộ, ngành... nên bây giờ nó cũng khó khăn ghê lắm. Tiễn khai từ đầu năm đến nay là các chương trình về trẻ em là bị gián đoạn hết... Mấy năm trước khi chưa có Nghị quyết này của Chính phủ thì làm rất là tốt, thứ nhất là trên tỉnh cũng có rồi, huyện cũng có người làm, xã cũng có người làm rồi về thôn buôn cũng có người làm... bây giờ là chân rết mất hết, tới huyện thôi, về xã, về thôn buôn là không còn nữa...”(PVS, Cán bộ LD-TB-XH Đắc Lắc).

“Sau khi thực hiện nghị định 14 thì hiện nay công tác quản lý, thực hiện quyền trẻ em cũng có khó khăn rất lớn, đó là công tác tổ chức... bây giờ ở dưới cơ sở rất khó, mọi hoạt động chúng tôi chỉ đạo xuống cơ sở là cũng chỉ đạo thông qua UBND cấp xã, người ta lại chỉ đạo đến các ngành đoàn thể chứ chưa có một cán bộ chuyên trách cho công tác bảo vệ chăm sóc trẻ em”(PVS, Cán bộ Sở LD-TB-XH, Phú Lý, Hà Nam)

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD& Giới

Sự bất cập trong cơ chế tổ chức thực hiện QTE thường được đội ngũ cán bộ phụ trách các vấn đề trẻ em đề cập là *sự thiếu nhất quán và thay đổi thường xuyên của hệ thống tổ chức BVCSTE* cũng như đội ngũ cán bộ chuyên trách các vấn đề về trẻ em. Sự thay đổi cán bộ thường xuyên do thay đổi cơ cấu tổ chức BVCSTE dẫn đến việc không hình thành được đội ngũ chuyên gia quản lý về công tác trẻ em, từ đó hạn chế việc tham mưu cũng như đề xuất những giải pháp chính sách phù hợp để đảm bảo thực hiện QTE.

Giai đoạn trước đây, mỗi xã, phường, thị trấn bố trí 01 cán bộ làm công tác Dân số, Gia đình và Trẻ em và có từ 12 đến 15 cộng tác viên được hưởng thù lao để làm công tác dân số, gia đình và trẻ em ở thôn, bản; Sau khi chuyển nhiệm vụ quản lý nhà nước về BVCSTE sang Bộ LĐTBXH thì đội ngũ cộng tác viên trên chuyển

hết sang làm nhiệm vụ dân số. Tính đến 31/12/2014, tại cấp xã, cấp trực tiếp thực thi QTE, có 11.708 cán bộ làm công tác BVCSTE, trong đó kiêm nhiệm là 10.598 cán bộ, chuyên trách là 1.110 cán bộ. Như vậy, chỉ có chưa đến 10% xã có cán bộ chuyên trách về BVCSTE. Đáng lưu tâm là cán bộ chuyên trách về BVCSTE chủ yếu chỉ có ở các xã triển khai dự án, mô hình thí điểm của Trung ương và các tổ chức quốc tế [9].

Tình trạng thiếu cán bộ chuyên trách về công tác trẻ em cũng là rào cản trong việc đảm bảo thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng. Việc cán bộ phải kiêm nhiệm nhiều chức năng trong khi chế độ phụ cấp ít ỏi dẫn đến những hạn chế trong việc thực hiện QTE : *“Nhà nước mình cũng muốn tạo ra ở địa phương có đầy đủ cơ sở vật chất, con người để hoạt động bộ máy hành chính ở địa phương nhưng phụ cấp nó ít ỏi, công việc nó phải chệnh mảng, các ban ngành phải kiêm nhiệm [công tác trẻ em] thì kiêm nhiệm không có kết quả mấy”* (PVS, Cán bộ Tư pháp, Hà Nam).

Bên cạnh đó, đội ngũ cán bộ làm công tác liên quan đến thực hiện QTE ở cấp cơ sở cũng gặp rất nhiều khó khăn trong việc đảm bảo thực hiện tốt các trách nhiệm được phân công, đặc biệt là tại những địa phương nghèo, vùng sâu vùng xa, nơi nhận thức của bà con còn hạn chế, và việc tuyên truyền, hỗ trợ bà con thực hiện quyền cũng gặp nhiều trở ngại do điều kiện địa lý bất lợi. Sự chia sẻ dưới đây của một cán bộ phụ trách công tác trẻ em là một ví dụ minh họa cho điều này.

“Hầu hết người dân là có ít kiến thức lắm, nhận thức người ta không có, kiến thức chăm sóc trẻ em là không có. Bây giờ để cho người dân hiểu được thì đặc thù của Tây Nguyên khác với đồng bằng, ở đây nó rải rác mà công tác truyền thông như thế nó khó khăn lắm, cho nên để người dân hiểu được vấn đề này thì nói chung mình phải làm rất nhiều việc... ví dụ từ huyện xuống xã đã xa rồi mà từ xã xuống thôn buôn cũng mấy chục cây số, còn ví dụ như xã cao nhất tới huyện là 60-70 cây (PVS, cán bộ Sở LĐ, Đắc Lắc) (Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD& Giới).

Như vậy, tình trạng thiếu những quy định rõ ràng, cụ thể về chức năng, quyền hạn và trách nhiệm cho từng cơ quan, tổ chức ở từng cấp và sự phân công trách nhiệm đối với các cán bộ chuyên trách và bán chuyên trách, cũng như sự thiếu

cán bộ phụ trách công tác trẻ em, và những khó khăn về điều kiện của địa phương là những thách thức trong khâu quản lý và tổ chức thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Sự phối hợp giữa các cơ quan, ban ngành

Sự phối hợp giữa các cơ quan quản lý nhà nước liên quan đến CSBVTE được quy định tại các văn bản pháp lý hoặc các Chương trình, Chiến lược quốc gia về trẻ em. Đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em thì ngoài cơ quan chịu trách nhiệm chính trong việc quản lý và tổ chức thực hiện QTE là Cục BVCSTE của Bộ LĐTBXH, thì Bộ Y tế có vai trò rất quan trọng. Bộ Y tế có trách nhiệm trong việc cải thiện chất lượng của hệ thống dịch vụ y tế CSSK cho trẻ em, cả lĩnh vực điều trị và y tế dự phòng, để đảm bảo trẻ em được hưởng các quyền cơ bản về CSSK. Bộ GD-ĐT cũng thực hiện các trách nhiệm liên quan đến phổ biến về QTE, thực hiện các chương trình y tế học đường. Ngoài ra còn có sự tham gia của nhiều bộ, ngành khác.

Thực tế cho thấy việc có nhiều cơ quan, ban ngành (các cấp) cùng tham gia vào công tác quản lý thực hiện QTE vừa là thế mạnh, nếu xét từ khía cạnh huy động được nhiều thiết chế cùng thực hiện các vai trò và trách nhiệm thực hiện QTE, nhưng đồng thời cũng bộc lộ nhiều hạn chế trong việc đảm bảo thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng một cách hiệu quả, bởi sự phức tạp, chồng chéo chức năng, nhiệm vụ của các cơ quan, đặc biệt là cơ chế phối hợp thiếu những quy định cụ thể.

Bộ GD-ĐT có trách nhiệm tổ chức y tế học đường, nhưng Bộ Y tế có trách nhiệm phối hợp với Bộ GD-ĐT trong việc hướng dẫn thực hiện các biện pháp phòng tránh bệnh học đường và các bệnh khác cho trẻ em. Ngoài sự phối hợp giữa các cơ quan quản lý nhà nước còn có sự phối hợp giữa những cơ quan này và các tổ chức chính trị xã hội (khối đoàn thể) và các tổ chức xã hội khác. Các cơ quan quản lý nhà nước về thực hiện QTE ở các cấp phối hợp với các tổ chức đoàn thể và tổ chức xã hội ở cộng đồng tổ chức các chiến dịch truyền thông nâng cao nhận thức về luật pháp liên quan đến CSSK trẻ em như chế độ KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, trách nhiệm của gia đình trong việc cho trẻ em đi tiêm phòng đầy đủ, các kiến

thức về CSSK ban đầu cho trẻ em như các biện pháp phòng bệnh cho trẻ em, nuôi con bằng sữa mẹ, dinh dưỡng cho trẻ, CSSK bà mẹ và thai nhi¹⁹ v.v..

Tuy nhiên, trong quá trình triển khai thực hiện xuất hiện khá nhiều khó khăn liên quan đến cơ chế phối hợp và việc phân định các chức năng và trách nhiệm. Những khó khăn này được một chuyên gia nghiên cứu về trẻ em nhận xét như sau: *“Đảng và Nhà nước ta đều nói nhất quán trong các văn bản là bảo vệ chăm sóc trẻ em. Nhưng thực ra đó là nhất quán trên giấy tờ, văn bản thôi còn nhất quán trong tổ chức hoạt động thì chưa phải. Điển hình là việc thay đổi rất nhiều lần tổ chức bảo vệ chăm sóc trẻ em. Mỗi lần thay đổi ảnh hưởng rất nhiều đến hệ thống chung...”* (PVS, Chuyên gia nghiên cứu về trẻ em, Ủy ban DSGD).

Các nghiên cứu liên quan đến thực hiện QTE những năm gần đây đã chỉ ra những hạn chế trong khâu tổ chức thực hiện QTE, bao gồm thiếu những quy định rõ ràng, cụ thể về chức năng, quyền hạn và trách nhiệm cho từng cơ quan, từng tổ chức ở từng cấp và sự phân công trách nhiệm đối với các cán bộ chuyên trách và bán chuyên trách trong việc thực hiện QTE, và thiếu những quy định cụ thể về sự phối kết hợp giữa các ban, ngành, đoàn thể. Những hạn chế này dẫn đến sự đùn đẩy trách nhiệm và làm giảm hiệu quả trong việc thực hiện các quyền của trẻ em [Xem 32].

Có thể nhận xét rằng, mặc dù Nhà nước Việt Nam đã nỗ lực trong việc xây dựng một hệ thống quản lý và tổ chức thực hiện QTE với sự tham gia của nhiều cơ quan, ban ngành, tổ chức nhưng vẫn còn tồn tại khá nhiều bất cập. Dựa trên những luận điểm của lý thuyết cấu trúc- chức năng cho thấy, có những biểu hiện của sự rối loạn chức năng hoặc sự không thực hiện đầy đủ các chức năng của các cơ quan chịu trách nhiệm thực hiện QTE, xuất phát từ sự thiếu những quy định rõ ràng, cụ thể về chức năng, quyền hạn và trách nhiệm cho từng cơ quan, từng tổ chức ở từng cấp và sự phân công trách nhiệm đối với các cán bộ chuyên trách của những cơ quan này, cũng như và thiếu những quy định cụ thể về sự phối kết hợp giữa các ban, ngành, đoàn thể.

¹⁹Nội dung này sẽ được phân tích rõ hơn ở các phần tiếp theo của chương này.

Phân bổ ngân sách

Công ước về QTE quy định các quốc gia phải có trách nhiệm phân bổ ngân sách thực hiện QTE. Ở Việt Nam, ngân sách là nguồn quan trọng nhất để thực hiện QTE, đặc biệt là trong việc triển khai các chính sách, chương trình CSSK miễn phí cho trẻ em, như chi ngân sách để thực hiện chính sách khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi, thẻ BHYT cho trẻ em nghèo, chương trình tiêm chủng mở rộng.

Mặc dù ngân sách dành cho chi phúc lợi cho trẻ em tăng lên (như đã đề cập ở chương 3), nhưng hiện không có một khoản chi ngân sách riêng cho thực hiện QTE. Ngân sách chi cho các hoạt động liên quan đến thực hiện QTE được phân bổ lồng ghép vào ngân sách theo ngành của các Bộ có chức năng quản lý nhà nước về công tác BVCSTE, hoặc liên quan đến công tác BVCSTE. Cụ thể, ngân sách dành cho thực hiện QTE được rót về Bộ LĐ-TB-XH, Bộ Y tế, Bộ GD-ĐT... sau đó các Bộ sẽ cân đối ngân sách cho các vụ, cơ quan, bộ phận có chức năng liên quan. Ngân sách để thực hiện các chương trình, mục tiêu về BVCSTE cũng được phân về các bộ, ngành. Ở cấp địa phương, ngoài nguồn ngân sách được rót xuống từ các bộ, ngành, các hoạt động liên quan đến trẻ em cũng có thể được rót kinh phí từ khoản phân bổ ngân sách địa phương. Như vậy, việc phân bổ ngân sách cho các hoạt động liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em phụ thuộc rất nhiều vào cam kết của lãnh đạo các bộ, ngành, chính quyền địa phương đối với việc thực hiện QTE và có thể dẫn tới sự rời rạc và thiếu sự nhất quán giữa các bộ, ngành và địa phương.

Ngoài việc phân bổ ngân sách của trung ương, nhà nước cũng huy động sự hỗ trợ kinh phí từ các nguồn lực khác của địa phương, của các tổ chức xã hội, các doanh nghiệp và cộng đồng. Tuy nhiên, so với nhu cầu thực tiễn thì mức đầu tư kinh phí của nhà nước và sự huy động kinh phí từ các nguồn khác dành cho việc thực hiện QTE vẫn còn rất hạn chế và thiếu tập trung. Theo Nguyễn Hữu Minh và Đặng Bích Thủy (2009), ngân sách đầu tư của Nhà nước dành cho công tác BVCSGD trẻ em còn thấp, các chương trình dự án chồng chéo, phân tán và thiếu sự phối hợp, lồng ghép cả ở Trung ương và địa phương [32].

Một nghiên cứu của UBCSGDTE và Ngân hàng Phát triển Châu Á chủ trì về chính sách về dinh dưỡng cho trẻ em đã nhấn mạnh rằng, Việt Nam vẫn thiếu

những điều kiện cần thiết để thực hiện một cách đầy đủ các chính sách đã được thông qua, đặc biệt là việc thiếu hụt ngân sách trợ cấp dinh dưỡng và CSSK trẻ em [25]. Nghiên cứu chọn mẫu của Lê Khanh (2000) cũng chỉ ra rằng, những khó khăn trong công tác BVCSTE được cán bộ chuyên trách và cán bộ đoàn thể ở xã/phường đề cập nhiều trước hết là thiếu kinh phí (75,5% số cán bộ ý kiến), tiếp đó mới là thiếu kinh nghiệm công tác (44,6%), thiếu cán bộ (37,5%) [28]. Khảo sát thực tế cho thấy, bên cạnh những khó khăn đối với kinh phí để thực hiện các chương trình can thiệp trực tiếp về vật chất như chương trình dinh dưỡng cho trẻ em, hay việc xây dựng cơ sở hạ tầng như trạm y tế chuẩn, thì khó khăn về kinh phí cũng là trở ngại đáng kể cho hoạt động tuyên truyền nâng cao nhận thức và kiến thức về những vấn đề liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em ở cộng đồng.

Hộp 4.4 Khó khăn về kinh phí ảnh hưởng đến triển khai thực hiện quyền CSSK trẻ em

“Xây dựng trường chuẩn này, trạm [y tế] chuẩn, điểm vui chơi chuẩn là rất khó... cứ hoãn đi hoãn lại. Trạm y tế chuẩn rất khó khăn...” (PVS, Cán bộ Sở LĐ-TB-XH Đắc Lắc).

“Nói thì bảo là liên quan đến vấn đề kinh phí nhưng đúng thực tế là tất cả đều liên quan đến kinh phí... Hoặc muốn làm tăng thời lượng tuyên truyền, cán bộ tuyên truyền có trình độ cũng phải có kinh phí để trả cho họ. Nó khó cho địa phương như thế” (PVS, Cán bộ Tư pháp, Hà Nam).

“... nguồn kinh phí để bảo đảm thì vấn đề đó mình khó khăn. Vấn đề kinh phí để chăm lo cho vấn đề này thì nói chung nó còn hạn chế đối với trẻ em, đề án bên quỹ bảo trợ trẻ em của tỉnh đến nay giải quyết cỡ 4 tỷ mấy nhưng mà thực ra không làm nổi... ví dụ một ca tim [phẫu thuật] thì trong mức cho chi thì 40-50% thôi, 60% thôi, còn lại mình [phải] đi vận động dân đóng góp... (PVS, Cán bộ Sở LĐ-TB-XH Đắc Lắc).

Nguồn: Tư liệu của Viện GD&Giới

Bất cập giữa phân bổ ngân sách và mục tiêu của chính sách về thực hiện quyền CSSK cũng là một thách thức trong điều kiện kinh tế còn hạn hẹp của Việt Nam, đặc biệt là những năm gần đây khi sự tăng trưởng kinh tế của Việt Nam đang có xu hướng chậm lại do ảnh hưởng của khủng hoảng kinh tế toàn cầu.

Nâng cao năng lực, nhận thức về QTE cho đội ngũ cán bộ

Nâng cao năng lực và tăng cường nhận thức về QTE cho đội ngũ cán bộ chuyên trách hoặc liên quan đến trẻ em, các cán bộ đoàn thể, cộng tác viên là một

trong các trách nhiệm quan trọng của nhà nước trong việc thực hiện QTE. Chính sự hiểu biết, năng lực, trình độ và kỹ năng công tác của họ sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới kết quả triển khai các văn bản, chỉ thị, hướng dẫn của Đảng và Chính phủ về thực hiện quyền CSSK trẻ em. Mặc dù Nhà nước cũng đã có nhiều nỗ lực trong công tác này nhưng thực tế cho thấy nhận thức cho cả cán bộ về QTE còn nhiều hạn chế.

Ở nhiều địa phương và cả ở các bộ ngành TW, có tình trạng nhận thức không đồng đều về thực hiện QTE. Kết quả một cuộc khảo sát đánh giá 10 năm thực hiện công tác BVCSGD trẻ em cung cấp những số liệu rằng, khoảng 1/4 số cán bộ chưa biết về Công ước về QTE và những văn bản luật liên quan đến QTE như Luật phổ cập giáo dục tiểu học [28]. Tương tự, nghiên cứu do Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh chủ trì cho thấy, trong hệ thống quản lý nhà nước về thực hiện QTE, tại nhiều địa phương có tình trạng vừa thừa vừa thiếu cán bộ, thừa cán bộ yếu, thiếu cán bộ giỏi. Một trong những nguyên nhân của tình trạng này xuất phát từ những hạn chế trong đào tạo nâng cao năng lực và bất cập trong phân bổ cán bộ [20]. Đội ngũ cán bộ làm công tác chuyên trách về trẻ em ở các cấp còn thiếu về số lượng, yếu về chất lượng và hoạt động của họ chưa thực sự mang tính chuyên nghiệp. Một trong các nguyên nhân là sự thiếu hụt của công tác đào tạo, tập huấn cho đội ngũ này [32].

Những ý kiến thu nhận được từ các cán bộ chuyên trách hoặc kiêm nhiệm về công tác BVCSTE ở địa phương qua khảo sát cho thấy tình trạng chung ở các địa phương là đội ngũ cán bộ này thiếu những cơ hội được tập huấn nâng cao năng lực, thiếu tài liệu tập huấn, thiếu tài liệu phục vụ việc triển khai ở địa phương.

Hộp 4.5 Khó khăn về tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ chuyên trách về trẻ em

“ Tài liệu không có... chỉ nghe trên báo chí, tivi và đi tập huấn cái đó... Cũng nghe nói quyền trẻ em như thế như thế, chỉ biết là mông 1-6 là xã phối hợp với mặt trận đoàn thể quyền góp gì đó, đại khái như vậy thôi chứ không được sâu rộng... cần cấp trên quan tâm đến lớp tập huấn về bà mẹ trẻ em về cách giáo dục, chăm sóc con cái và thứ hai là những tài liệu đã cấp cho rồi mà bị mất là phải in lại tài liệu đó để cho chúng tôi cấp phát lại cho chị em” (TLN cán bộ huyện Lăk, Đắc Lắc).

“ Nói gì thì nói chứ muốn đảm bảo thực hiện tốt quyền trẻ em ở cơ sở thì cái anh chuyên trách về trẻ em là phải được đào tạo sâu. Ngay cả đối với cán bộ khác ở ủy ban muốn phối hợp thì

cũng phải được hướng dẫn chứ, vì ai cũng có trách nhiệm chuyên môn của mình rồi, nếu muốn phối hợp tốt thì phải được tập huấn...” (PVS cán bộ cơ sở, Hạ Bằng, Hà Nội).

“Cái mong muốn là được phát tài liệu tập huấn, khi làm hoặc giả sử cần tham mưu thì giờ ra xem, nhiều khi có tài liệu cũng phải nghiên cứu mới biết chính sách cho các cháu như thế nào. Cán bộ cần được đi tập huấn nhiều hơn, nhiều nội dung chính sách này kia về trẻ em không nắm bắt hết được” (PVS cán bộ cơ sở, Xã Bông Krang, Đắc- Lắc).

Nguồn: Tư liệu của Viện GD&Giới

Những thách thức trong công tác nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ làm công tác liên quan đến thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK nói riêng là rất cần được quan tâm khắc phục, bởi bởi năng lực của cán bộ chuyên trách thực hiện QTE sẽ tác động rất nhiều đến các kết quả thực hiện quyền.

Nâng cao nhận thức cho gia đình và cộng đồng trong việc thực hiện QTE

Nâng cao nhận thức và kỹ năng cho các gia đình và cộng đồng đối với thực hiện các quyền CSSK trẻ em là một trong những trách nhiệm của Nhà nước. Việc tuyên truyền để các gia đình và cộng đồng hiểu về luật pháp và chính sách liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em và các kiến thức CSSK trẻ em sẽ làm gia tăng các trách nhiệm và kỹ năng của gia đình và cộng đồng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Những điểm tích cực về công tác nâng cao nhận thức và kỹ năng cho gia đình và cộng đồng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em là công tác tuyên truyền về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em, về lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ, CSSK bà mẹ và thai nhi, phòng chống bệnh dịch, tiêm phòng cho trẻ em v.v.. những chiến dịch truyền thông về những lĩnh vực này thường được phối hợp thực hiện giữa các cơ quan quản lý nhà nước về lĩnh vực trẻ em (từ cấp Trung ương tới cơ sở) và các tổ chức đoàn thể, các tổ chức xã hội khác ở cộng đồng.

Hộp 4.6 Tuyên truyền nhận thức và kỹ năng cho các gia đình về thực hiện quyền CSSK trẻ em

“Tuyên truyền phổ biến pháp luật là đi xuống tận cơ sở, vào các buôn ấp để vận động bà con thực hiện nghiêm túc các luật liên quan đến trẻ em” (PVS CB Sở LĐTBXH Đắc- Lắc).

“... Có một cái bên Ban Bảo vệ Chăm sóc Trẻ em thì cũng có hàng tháng mời họp, rồi lồng ghép nhiều chẳng hạn như để tuyên truyền về bệnh sốt xuất huyết nè, tuyên truyền cái luật chăm sóc và bảo vệ trẻ em luôn... (PVS, người cha, 35 tuổi, giáo viên, Củ Chi, TPHCM).

“Hội phụ nữ tổ chức tập huấn về dinh dưỡng cho trẻ em và các kiến thức về sức khỏe bà mẹ và thai nhi, kế hoạch hóa gia đình. Nói chung là hội tuyên truyền nhiều nội dung liên quan đến chăm sóc con cái” (PVS, Cán bộ Hội PN, xã Hạ Bằng, HN).

“ Em có đi tập huấn về dinh dưỡng cho trẻ em ở trạm y tế, rồi phòng bệnh cho các cháu” (PVS người mẹ, 29 tuổi, nông dân, xã Hạ Bằng, HN).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Hiện nay chưa có những đánh giá mang tính quy mô lớn về mức độ hiệu quả của những chiến dịch tuyên truyền liên quan đến quyền CSSK trẻ em. Tuy nhiên, một số ý kiến ghi nhận từ cả cán bộ và người dân qua nghiên cứu định tính cho thấy hiệu quả của tuyên truyền có những khác biệt về các lĩnh vực CSSK, các kiến thức liên quan đến luật pháp và chính sách thực hiện QTE còn rất hạn chế, QTE và Luật trẻ em còn chưa được quan tâm tuyên truyền bằng một số luật khác, còn ít các tập huấn theo chuyên đề CSSK trẻ em cho người dân ở cộng đồng, phương pháp tuyên truyền cũng chưa thực sự phù hợp với người dân, do đó hiệu quả tuyên truyền chưa cao.

Hộp 4.7 Hạn chế trong tuyên truyền luật pháp, chính sách thực hiện quyền CSSK trẻ em

“Nhưng nội dung [tuyên truyền] chủ yếu ở xã là luật dân sự, luật đất đai, trọng tâm là luật đất đai. Thế còn lại vấn đề luật về trẻ em, thực chất ra mà nói thì chúng tôi chưa tổ chức nhưng thông qua hội phụ nữ và mở các lớp về sức khỏe sinh sản chẳng hạn... Chưa tổ chức riêng 1 buổi nào, Luật trẻ em hay Quyền công ước quốc tế về quyền trẻ em thì chỉ có kết hợp, lồng ghép thôi” (PVS, Cán bộ tư pháp, Hà Nam).

“Thì về pháp luật chúng tôi cũng tổ chức tuyên truyền, tham gia thi rất nhiều lần, ví dụ như là thi về luật dân sự... Thế nhưng mà để thi về quyền trẻ em hay luật trẻ em hiện nay chưa có tổ chức, nhưng mà với luật khác đều tổ chức cả rồi. (TLN cán bộ, phường Minh Khai, Hà Nam).

“ ... chủ yếu là [thông tin] tới cái phần khám chữa bệnh miễn phí à. Ví dụ mình không biết thì đến dịch vụ tư nhân thì khám thì khám phải mất tiền, còn đến bệnh viện công thì có miễn phí... có cái kiến thức chăm sóc trẻ em là ít được nghe.” (PVS người cha, 32 tuổi, công nhân, Cù Chi, TPHCM).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Công tác giám sát thực hiện quyền trẻ em

Ở Việt Nam, việc giám sát, kiểm tra việc thực hiện các hoạt động liên quan đến trẻ em được tổ chức theo hệ thống ngành dọc các cơ quan, ban, ngành phụ trách hoặc liên quan đến công tác BVCSTE, với những biểu mẫu báo cáo, thống kê cùng những quy định giao ban, báo cáo hàng tháng, hàng quý, hàng năm hoặc theo định

kỳ tùy theo yêu cầu của việc đánh giá, tổng kết thực hiện chính sách hoặc chương trình [20], [32]. Tuy nhiên, xuất phát từ nhiều nguyên nhân, bao gồm sự phân công trách nhiệm của các cơ quan, ban, ngành thiếu nhất quán và không cụ thể, cơ chế làm việc không rõ ràng, chồng chéo, lực lượng cán bộ mỏng, thiếu chuyên nghiệp (như đã đề cập ở các phần nội dung trên), nên việc giám sát và đánh giá việc thực hiện QTE, bao gồm các quyền về CSSK trẻ em còn nhiều hạn chế.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, cơ chế giám sát thực hiện QTE ở Việt Nam chưa chặt chẽ, chưa bảo đảm đủ điều kiện để Nhà nước, xã hội và gia đình thực hiện trách nhiệm của mình trong việc đảm bảo thực hiện QTE [20], [32]. Hiện nay ở Việt Nam rất thiếu một hệ thống dữ liệu có thể hỗ trợ cho việc đánh giá một cách toàn diện về thực hiện quyền CSSK trẻ em. Hiện cũng chưa có các nguồn số liệu quy mô quốc gia để tìm hiểu về sự bất bình đẳng giữa trẻ em trai và trẻ em gái trong thụ hưởng quyền CSSK. Điều này gây nhiều khó khăn cho các nhà hoạch định chính sách trong quá trình xây dựng, điều chỉnh chính sách thúc đẩy việc thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam.

Những phân tích trên về vai trò và trách nhiệm của Nhà nước đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em cho thấy, kể từ khi tham gia phê chuẩn Công ước về QTE, nhà nước Việt Nam đã có nhiều nỗ lực trong việc thực hiện các trách nhiệm đã cam kết thông qua việc luật hóa QTE, xây dựng và phân bổ ngân sách, tổ chức, quản lý và thực hiện các chính sách, chương trình liên quan đến thực hiện QTE, từng bước điều chỉnh hệ thống các cơ quan, ban, ngành chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em. Nhà nước cũng đã có những cơ chế phối hợp với hệ thống các tổ chức chính trị xã hội từ cấp trung ương tới địa phương để tuyên truyền nâng cao nhận thức và trách nhiệm của các gia đình và cộng đồng đối với thực thi quyền CSSK trẻ em. Tuy nhiên, thực tiễn thực hiện còn nhiều thách thức do điều kiện kinh tế- xã hội cũng như do các bất cập, hạn chế trong hệ thống tổ chức thực hiện QTE.

4.3 Gia đình đối với thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em và những tác động từ hội nhập kinh tế

Gia đình là một trong những bên liên quan chính chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em. Điều 18 của Công ước QTE đã nêu rõ rằng cha mẹ, hoặc/và người nuôi dưỡng phải là người có trách nhiệm hàng đầu trong việc nuôi dưỡng và phát triển trẻ em. Điều 27, khoản 2, tái đề cập: Cha mẹ, hoặc cha hay mẹ và những người khác chịu trách nhiệm về trẻ em *có trách nhiệm hàng đầu* trong việc đảm bảo các điều kiện sống cần thiết cho sự phát triển của trẻ em theo năng lực và khả năng tài chính của mình [29]. Luật pháp Việt Nam cũng quy định những trách nhiệm và nghĩa vụ của cha mẹ/người nuôi dưỡng đối với việc chăm sóc và bảo vệ con cái (như đã đề cập ở các phần nội dung trước của luận án).

Những luận điểm chính của lý thuyết cấu trúc- chức năng được vận dụng để tìm hiểu việc thực hiện các trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em theo chức năng của gia đình trong hệ thống thực hiện QTE. Bên cạnh đó, lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe cũng được vận dụng để tìm hiểu các yếu tố tác động đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình, bao gồm những yếu tố về đặc điểm gia đình như khu vực sống, mức sống, thành phần dân tộc và học vấn của cha mẹ và những yếu tố xã hội rộng lớn hơn nảy sinh trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam.

4.3.1 Nhận thức của gia đình về quyền CSSK trẻ em

Việc thực hiện quyền CSSK trẻ em tại cấp độ gia đình phụ thuộc rất nhiều vào nhận thức của gia đình về quyền CSSK, bao gồm cả những kiến thức về luật pháp, chính sách của nhà nước liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em. Nghiên cứu của UBDSGD&TE và Viện Xã hội học (2005) cho thấy tỷ lệ ông bà, cha mẹ biết đến 4 nhóm quyền khá cao, trong đó, nhóm quyền được bảo vệ có tỉ lệ cao nhất là 83,9%; tiếp đó đến nhóm quyền được phát triển 77,8% thứ ba là nhóm quyền được sống còn với tỷ lệ 75,9%, tỷ lệ lựa chọn thấp nhất là nhóm quyền được tham gia với tỷ lệ là 61,4%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu định tính của đề tài lại cho thấy nhận thức về QTE của nhóm ông bà/cha mẹ còn chung chung, chưa sâu sắc, họ chỉ nắm được những thông tin mang tính bề nổi, có nghe, nói và biết đến một số quyền cơ bản quen thuộc, hiển hiện trong cuộc sống, nhưng cụ thể như thế nào thì không nắm rõ [87].

Khảo sát thực tế cho thấy những thông tin phù hợp với nghiên cứu đã dẫn ở trên. Nhìn chung nhận thức về QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng của người dân rất hạn chế. Hiện tượng khá phổ biến là người dân hoặc không biết về QTE, hoặc chỉ hiểu chung chung hoặc khá mơ hồ về QTE. Họ ít nhận thức được QTE là mang tính pháp lý mà coi việc chăm sóc con cái, bao gồm CSSK cho trẻ em là những nghĩa vụ mang tính đạo lý mà cha mẹ cần phải thực hiện đối với trẻ em.

Những vấn đề như đảm bảo cho con được khám chữa bệnh kịp thời, được tiêm phòng đầy đủ, được đảm bảo dinh dưỡng v.v.. được cha mẹ nhìn nhận như là những điều đương nhiên mà cha mẹ nào cũng cần làm chứ không liên quan gì đến trách nhiệm về mặt pháp lý. Một số cha mẹ cũng chia sẻ quan điểm là liên quan đến pháp lý thì chỉ là những vấn đề như đánh đập hoặc lạm dụng con cái. Việc cha mẹ không nhận thức được tính pháp lý về trách nhiệm của cha mẹ đối với CSSK cho con có thể dẫn đến nguy cơ một bộ phận trẻ em sẽ không được hưởng quyền của mình khi cha mẹ không đủ điều kiện hoặc không có ý thức thực hiện, hoặc cha mẹ vi phạm quyền mà không nhận thức được là mình đã vi phạm quyền.

Hộp 4.8 Nhận thức về quyền CSSK trẻ em của người dân

“ Về quyền trẻ em là khi mình đã có vợ chồng thành lập gia đình là mình phải nuôi con cái tốt... Lớn lên nó phải là đi học. Còn là vấn đề dạy này kia là từ lớp 1 đến lớp 5 là nhà trường, từ lớp 6 đến lớp 9 là tự bố mẹ lo cho con cái” (PVS, người mẹ, 47 tuổi, nông dân, xã BôngKrang, Đắc Lắc).

“ Thì đã sinh ra con là cha mẹ phải nuôi dưỡng, chăm sóc các cháu, dành những gì tốt đẹp nhất cho các cháu, đấy là cái đạo lý làm cha làm mẹ. Ông bà cha mẹ mình cũng vậy, đấy là cái đương nhiên rồi chứ không cần đến pháp luật” (PVS, người mẹ, 28 tuổi, nhân viên văn phòng, xã Hạ Bằng, HN).

“...không phải người ta sợ pháp luật không mà bây giờ thường thường người ta thương con, không phải là pháp luật, đó là một lẽ... mình sinh con ra mình phải thương con mình, phải hết lòng với con mình chứ không phải cái pháp luật nó ra mà người ta sợ... ờ hồi xưa nghèo bây giờ kinh tế nó đỡ hơn mỗi người dân ai cũng cung con, ai cũng muốn dành, thí dụ như có tiền có khả năng mua sữa tốt sữa này nọ cho con mình uống, cái đó thì pháp luật đâu có bắt buộc nhưng mà tự người ta ý thức, người ta cung con” (PVS người mẹ, 55 tuổi, nội trợ, Củ Chi, TPHCM).

“ Chăm lo cho con là tình mẫu tử, ví như em cho con ăn uống đầy đủ dinh dưỡng, dành những gì tốt nhất cho con là do tình mẫu tử. Em cũng không biết luật pháp có quy định không, nhưng đây là xuất phát từ tình mẫu tử...” (PVS, người mẹ, 31 tuổi, công nhân, xã Hạ Bằng, Hà Nội).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Nhận thức của các gia đình về các chính sách, chương trình của Nhà nước liên quan đến quyền CSSK trẻ em nhìn chung còn nhiều hạn chế. Theo ý kiến của các cán bộ và người dân đã chia sẻ trong các cuộc phỏng vấn thì quyền đi học của trẻ em được người dân biết đến nhiều nhất, trong khi các quyền liên quan đến CSSK trẻ em thì ít người biết, ngoài các chính sách về KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, chính sách hỗ trợ cho trẻ em nghèo. Tuy nhiên, nhưng những chính sách về hỗ trợ BHYT một phần cho học sinh, hay những quy định về trách nhiệm của gia đình đối với thực hiện QTE trong lĩnh vực sức khỏe thì lại rất hạn chế.

Hộp 4.9 Hạn chế về nhận thức đối với luật pháp, chính sách liên quan đến quyền CSSK trẻ em

“... trẻ em sanh ra đến 6 tuổi thì được cái thẻ bảo hiểm mà phụ nữ cho là khi bệnh mà khám chữa bệnh là không phải tốn tiền” (PVS người mẹ, 44 tuổi, Củ Chi, TPHCM).

“Có, như cái gì mà... có bảo vệ đấy nhưng về chính sách thì mình không nắm được. Xem thời sự thì chúng em là nhà nông nên cũng không thể nắm rõ được, gọi là cũng có về trẻ em gì đấy”. (PVS, người mẹ, 35 tuổi, xã Thanh Nghị, Hà Nam)

“ Nếu nói văn bản luật pháp thì tôi chưa cầm bao giờ, nghe luật này luật kia thì đúng là nếu như mình tham gia công tác xã hội như ban chấp hành phụ nữ, công tác đoàn hoặc bất kể đoàn thể gì thì lúc đấy mình mới ngồi trao đổi về xã hội, về văn hóa được. Còn chúng tôi nông dân sáng đi cuốc, chiều về làm sao mà cố gắng nhanh chóng thổi nấu cho con cái nó ăn nó còn học bài ” (PVS, người mẹ, 41 tuổi, xã Thanh Nghị, Hà Nam).

“ Chính sách về thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi là hầu như bà con nắm được hết. Đối với các cháu học sinh lớn hơn thì nhà nước cũng có chính sách hỗ trợ một phần kinh phí mua thẻ bảo hiểm y tế, nhưng nói thật là nhiều bà con cũng không nắm được cái này, vẫn phàn nàn về việc mua bảo hiểm y tế cho các cháu” (PVS cán bộ y tế, xã Hạ Bằng, HN)

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Tuy nhiên, có một thực tế tích cực đáng ghi nhận từ khảo sát định tính rằng, mặc dù nhận thức của các gia đình về QTE còn nhiều hạn chế, nhưng nhìn chung các gia đình khá quan tâm đến các kiến thức CSSK cho trẻ em, ví dụ như vấn đề tiêm phòng bệnh và chế độ dinh dưỡng cho trẻ em, chăm sóc thai nhi. Một số cán bộ đã chia sẻ: “*Báo cáo các anh, các chị là theo như nhận thức của tôi về cái nhận thức của cha mẹ và mẹ các cháu về quyền của các cháu dưới 16 tuổi, tôi thấy mấy năm nay là đi lên rõ rệt... các đợt tiêm phòng là các gia đình rất quan tâm*”. (TLN cán bộ xã Thanh Nghị, Hà Nam); “*Chẳng hạn như tôi làm công tác dân số, qua*

những buổi tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tuyên truyền về chăm sóc cho các cháu mới sinh ra đến 6 tháng về dinh dưỡng, tuyên truyền về dinh dưỡng đủ chất để các cháu thông minh hoặc là các cháu khỏe mạnh thì thấy là các bà mẹ quan tâm” (TLN cán bộ xã Thanh Nghị, Hà Nam); “Trạm [y tế] tổ chức phổ biến kiến thức về dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh, rồi về tiêm phòng cho các cháu là bà con rất quan tâm tham dự” (PVS cán bộ y tế, xã Hạ Bằng, HN).

Nhận thức về quyền CSSK trẻ em của gia đình không chỉ chịu tác động bởi những yếu tố khách quan như hình thức và nội dung tuyên truyền ở cộng đồng (như đã đề cập), mà còn chịu tác động bởi các yếu tố như khu vực sống, nghề nghiệp, học vấn và điều kiện của gia đình. Dữ liệu định tính tại các địa bàn khảo sát cho thấy nhóm gia đình có điều kiện kinh tế, cha mẹ trí thức, là nhân viên văn phòng, cán bộ viên chức có nhận thức cao hơn về QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng so với nhóm gia đình có điều kiện khó khăn về kinh tế, học vấn hạn chế, làm nghề tự do, nông dân.

Hộp 4.10 Các yếu tố về đặc điểm gia đình tác động đến nhận thức về quyền CSSK trẻ em

“ [Học vấn] tác động nhiều vì học vấn của người ta mà cao thì người ta sẽ hiểu biết rộng hơn, người ta được tiếp xúc nhiều hơn, những người học vấn thấp cơ hội tiếp xúc của người ta sẽ ít đi thì hiểu biết sẽ hạn chế đi”(PVS Cán bộ Dân số, Phủ Lý, HN).

“Nói chung là trong cái nhóm có trình độ chút thì tôi thấy họ có trình độ nhận thức tốt hơn, đa số những người buôn bán làm ăn thì họ có cái nếp cũ như vậy nên cũng khó” (TLN cán bộ phường Thăng Lợi, TP Buôn Mê Thuột, Đắk Lắk).

“ Thông tin trên internet thì nhiều, nhưng nếu như ở nông thôn thì chắc chắn là cũng ít người tiếp cận được. Nông dân thì báo chí rồi internet là hầu như không thể tiếp cận được” (PVS người mẹ, 28 tuổi, nhân viên văn phòng, xã Hạ Bằng, HN).

“Với chúng tôi ở địa bàn nông thôn đây, cũng là trong một tỉnh thôi, nhưng ngay trên thành phố thì cái mức sống và điều kiện, cái mức độ quan tâm ở đây khác trên thành phố nhiều” (PVS, cán bộ Tư pháp, xã Thanh Nghị, Hà Nam)

“...nhiều thông tin nhưng mà đối với vùng sâu vùng xa thì còn hạn hẹp, nói chung là có phát triển nhưng mà còn thiếu, đối với tỉnh Tây Nguyên như thế này thì còn nhiều khó khăn mà còn nhiều chênh lệch giữa vùng thành thị nông thôn, ngay như vùng thị trấn thị tứ với vùng sâu vùng xa chênh lệch rất nhiều”. (PVS cán bộ Sở LĐ-TB-XH, Đắk Lắk).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

4.3.2 Gia đình và việc thực hiện quyền CSSK trẻ em

Việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của gia đình được phân tích dựa trên hành vi liên quan đến lĩnh vực KCB cho trẻ em (cách xử trí khi con bị ốm), phòng chống bệnh tật, suy dinh dưỡng, tử vong ở trẻ em và CSSK bà mẹ và thai nhi.

4.3.2.1 Gia đình và việc thực hiện quyền CSSK trong lĩnh vực khám chữa bệnh

Mặc dù không có số liệu thống kê quốc gia về tỷ lệ trẻ em được tiếp cận các dịch vụ KCB khi bị ốm đau, nhưng nếu nhìn vào số liệu thống kê chung thì tỷ lệ người dân sử dụng các dịch vụ y tế đã tăng qua các năm ở cả khu vực đô thị và nông thôn, các nhóm mức sống. Dựa trên số liệu các cuộc Điều tra mức sống hộ gia đình các năm 2002, 2004, 2006 và 2008, UNDP (2012) đã cung cấp thông tin rằng trong giai đoạn 2002- 2008 tỷ lệ sử dụng các dịch vụ y tế của người dân Việt Nam đã tăng lên đáng kể. Nếu như năm 2002 chỉ có 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, thì năm 2008, trong tổng số 51,6% số người được hỏi đã từng bị ốm thì có 34% có tiếp cận các dịch vụ y tế, trong đó 30% sử dụng các dịch vụ y tế ngoại trú và 6,6% sử dụng các dịch vụ nội trú giá cao. Đối với trẻ em dưới 15 tuổi, so sánh kết quả Điều tra mức sống dân cư 2004 và 2008 thì tỷ lệ trẻ em bị ốm tiếp cận dịch vụ y tế ngoại trú và nội trú đều không có sự thay đổi đáng kể: 31,1% trẻ em sử dụng dịch vụ ngoại trú vào năm 2004, trong khi con số này ở năm 2008 là 31,76%. Tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi sử dụng dịch vụ nội trú vào năm 2004 là 6,88%, và năm 2008 là 6,61% [82].

Mặc dù không có số liệu về việc KCB nói chung của trẻ em trên toàn quốc, nhưng Điều tra MICS đã cung cấp những số liệu về việc tình hình KCB đối với một số triệu chứng của nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (ARI), và tiêu chảy của trẻ em- là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em dưới 5 tuổi. Theo Điều tra MICS 2014, tính chung cả nước (dựa trên mẫu điều tra), có 81,1% trẻ em từ 0-59 tháng tuổi có triệu chứng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính đã được đưa đến các cơ sở y tế và tỷ lệ trẻ này cao hơn một chút đối với các cơ sở y tế tư nhân. Tuy nhiên, cứ mười trẻ em thì có một trẻ em (10%) có dấu hiệu nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính nhưng không được

điều trị hoặc tìm lời khuyên. Trẻ em được điều trị ở các cơ sở y tế tư nhân cao hơn (56,4%) so với cơ sở y tế nhà nước (42,6%) [78].

Đối với triệu chứng tiêu chảy, số liệu Điều tra MICS cho thấy, tính chung cả nước, có 55,1% trẻ em bị tiêu chảy có đi tìm lời khuyên hoặc phương pháp điều trị từ cơ sở y tế hay người cung cấp dịch vụ y tế, trong đó chủ yếu là từ khu vực tư nhân (43,8%) và khu vực y tế nhà nước (35,5%). Tỷ lệ này trong nhóm trẻ em dân tộc Kinh/Hoa (57,7 %) cao hơn so với trẻ em DTTS (50,7 %). Sở thích của mẹ hoặc người chăm sóc chính là người Kinh/ Hoa chọn khu vực y tế tư nhân khi con bị tiêu chảy cao gấp đôi so với khu vực nhà nước (53,9% so với 31,2%), còn đối với trẻ em DTTS số thì ngược lại, tỷ lệ này chỉ gần bằng một nửa (26,6% so với 42,8%). Tỷ lệ không tìm lời khuyên hoặc phương pháp chữa trị khi trẻ bị tiêu chảy là 15,4% và tỷ lệ này cao hơn trong nhóm trẻ em nông thôn (16,9%), trẻ em vùng Trung du và miền núi phía Bắc (26,2%) và trẻ em DTTS (23,2 %) [78].

Như vậy, nếu nhìn vào hai loại triệu chứng bệnh nói trên thì có thể nhận xét rằng, ngay cả đối với những triệu chứng bệnh cấp tính, gây nguy hiểm đến tính mạng trẻ em, thì vẫn còn một tỷ lệ khá cao trẻ em chưa được các gia đình đưa đi KCB. Điều này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân, bao gồm ý thức của cha mẹ, hoàn cảnh gia đình, mức độ sẵn có và tiện lợi của dịch vụ y tế. Rất tiếc, ở Việt Nam chưa có những điều tra có thể cung cấp những số liệu ở cấp quốc gia hỗ trợ cho việc phân tích về mối liên hệ này. Tuy nhiên, điều tra MICS cũng có những số liệu về sự hiểu biết của người mẹ hoặc người chăm sóc chính về các dấu hiệu nguy hiểm là nhân tố quyết định đối với hành vi chăm sóc và điều trị.

Theo số liệu MICS Việt Nam 2014, tính chung cả nước, có khoảng 28,4% phụ nữ 15-49 tuổi là mẹ hoặc người chăm sóc chính của trẻ biết được ít nhất một trong hai dấu hiệu nguy hiểm của bệnh viêm phổi (trẻ thở nhanh hơn và/hoặc khó thở). Dấu hiệu phổ biến nhất để đưa trẻ tới cơ sở y tế là “khi trẻ bị sốt cao hơn” (90,8%). Chỉ có 4,8% cho rằng khi trẻ thở nhanh hơn và 25,5% cho rằng khi trẻ khó thở là cần đưa ngay tới cơ sở y tế. Tỷ lệ mẹ nhận biết ít nhất một trong hai dấu hiệu nguy hiểm của viêm phổi cao nhất ở Đồng bằng sông Hồng (38,8%) và thấp nhất ở Đồng bằng sông Cửu Long (22,2%). Khả năng nhận biết này tăng theo trình độ

học vấn của người mẹ, 18,4% ở nhóm bà mẹ không có bằng cấp so với 32,5% ở nhóm THCS, cao đẳng, đại học trở lên. Nhận thức về các dấu hiệu nguy hiểm của bệnh viêm phổi có xu hướng tăng lên theo nhóm mức sống, của các bà mẹ Kinh/Hoa (29,3%) cao hơn các bà mẹ nhóm DTTS (23,7%) [78].

Hiện không có số liệu cấp quốc gia về tỷ lệ trẻ em nhóm 10- 17 tuổi được điều trị y tế khi bị ốm đau²⁰. Tuy nhiên, Điều tra SAVY 2 cung cấp những thông tin về tỷ lệ vị thành niên và thanh niên (14- 24 tuổi) tới những nơi khám chữa bệnh bao gồm: các cơ sở y tế tư nhân (50,7%), tự mua thuốc uống (44,4%), đến bệnh viện huyện (32,7%), thầy lang (28,4%), bệnh viện tỉnh/thành phố (23,2%). Như vậy, có tới gần 1 nửa vị thành niên và thanh niên không đến các cơ sở y tế mà thay vào đó là tự mua thuốc uống. Đây là điểm rất đáng lo ngại. Điều tra SAVY 2 cũng cung cấp thông tin rằng, khi bị đau ốm trong tháng trước thời điểm khảo sát, nữ giới có tỷ lệ tự mua thuốc điều trị cao hơn nam giới, 46,5% so với 41%. Tự mua thuốc điều trị có tỷ lệ thấp nhất ở nhóm 14-17 tuổi (37,1%), trong khi tỷ lệ này ở hai nhóm tuổi cao hơn là 52,3% và 51,4%. Không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn trong hành vi tự mua thuốc chữa bệnh của thanh thiếu niên [Dẫn theo 73].

Số liệu trên phần nào đó thể hiện những bằng chứng ở quy mô quốc gia rằng, một bộ phận trẻ em có nguy cơ không được điều trị bệnh kịp thời xuất phát từ nhận thức hạn chế của gia đình, và đây cũng là những rào cản đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em. Mặt khác bên cạnh những hạn chế về sự hiểu biết của gia đình đối với các dấu hiệu cần phải đưa trẻ tới các cơ sở y tế để điều trị, thì cũng còn tồn tại những khác biệt về nhận thức của gia đình giữa các khu vực, nhóm mức sống, dân tộc và trình độ học vấn của người người mẹ hoặc người chăm sóc chính.

Một nghiên cứu mẫu gần đây của Viện NC Gia đình và Giới cũng cho thấy những hạn chế tương tự liên quan đến quyền được KCB khi ốm đau của nhóm trẻ vị thành niên 10- 17 tuổi. Trong 340 trẻ em được phỏng vấn, có 45,9% trẻ em cho biết không đi khám/gia đình tự điều trị trong lần ốm gần đây nhất của trẻ. Thông tin từ cha mẹ gần như là tương tự với thông tin do trẻ em cung cấp: 45,7% cha mẹ trả lời

²⁰Các điều tra MICS cung cấp các số liệu về tỷ lệ trẻ em dưới 6 tuổi được điều trị đối với các bệnh liên quan đến hô hấp và tiêu hóa.

không đưa con đi khám chữa bệnh/gia đình tự điều trị cho con trong lần ốm gần đây nhất (mức chênh lệch chỉ là 0,2%). Tỷ lệ cao các cha mẹ và trẻ em cho biết trẻ em không đi khám/gia đình tự điều trị khi các em bị ốm là rất đáng quan tâm và là một chỉ báo phản ánh rằng quyền được điều trị y tế kịp thời của trẻ em có nguy cơ không được thực hiện tốt ở một bộ phận gia đình. Nghiên cứu cũng cho thấy các yếu tố như khu vực sống, điều kiện sống, nghề nghiệp và học vấn của cha mẹ có tác động đến hành vi KCB cho trẻ em. Gia đình sống ở đô thị, có mức sống khá giả, học vấn cao thường cho con đi khám ở các cơ sở y tế tư nhân, trong khi gia đình sống ở nông thôn, có mức sống thấp hơn, học vấn cha mẹ thấp hơn có xu hướng cho con đi khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế công [73].

Theo số liệu khảo sát ở xã Hạ Bằng, trong số những người chọn biện pháp đưa con đi khám ở các cơ sở dịch vụ y tế theo điều kiện và hoàn cảnh của mình, cũng như tình trạng ốm của con thì có tới xấp xỉ 50% trường hợp lựa chọn cho con khám và điều trị tại Trạm y tế xã, tỷ lệ phần trăm còn lại chia cho các loại hình theo thứ tự lần lượt là 26,2% lựa chọn phòng khám tư nhân ở địa bàn sinh sống, xấp xỉ 17% lựa chọn bệnh viện nhà nước (tuyến tỉnh và bệnh viện huyện), tỷ lệ phần trăm còn lại là cho con đi khám ở các cơ sở y tế khác như đông y, hoặc đưa con ra hiệu thuốc để nhờ sự tư vấn của người bán thuốc.

Lý do lựa chọn các loại hình dịch vụ y tế có thể được hiểu dựa vào sự chia sẻ quan điểm của các bà mẹ khi nói về mức độ cần thiết phải đưa con đi khám bệnh, về điều kiện kinh tế, về sự tin tưởng ở đội ngũ y bác sỹ (Xem Bảng 4.1, Phụ lục 4). Trong mẫu khảo sát của đề tài, một tỷ lệ lớn (hơn 71%) những người trả lời đồng ý với nhận định cho rằng khi trẻ bị ốm nhưng không nặng, gia đình thường đến dịch vụ y tế tư nhân để khám và điều trị bệnh, điều này có thể hàm ý rằng, sự lựa chọn cơ sở dịch vụ y tế tư nhân của các gia đình thường xảy ra trong trường hợp họ cho rằng con của họ không bị ốm nặng, tương tự, có trên 50% các bà mẹ đồng ý với nhận định cho rằng, chỉ khi gia đình có con bị ốm nặng thì mới đưa con đến khám ở bệnh viện nhà nước, và 9% đồng ý một phần với nhận định này. Mặt khác, cũng có tới trên 40% ý kiến đồng ý với nhận định cho rằng người nghèo thường mua thuốc tự điều trị cho con khi con bị ốm. Mặc dù đây chỉ là nhận định chủ quan của người

trả lời, tuy nhiên, điều này cũng phản ánh phần nào đó sự thiệt thòi của nhóm trẻ em thuộc các gia đình nghèo (ít nhất là trong cách nhìn của cộng đồng) trong tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng khi bị ốm.

Dữ liệu nghiên cứu định tính ở các địa phương khác nhau cũng cho những kết quả phù hợp với kết quả phân tích số liệu khảo sát định lượng ở xã Hạ Bằng. Dữ liệu định tính phản ánh rằng, nếu trẻ em có những biểu hiện ốm nhưng chưa nặng thì nhiều gia đình có xu hướng chỉ ra hiệu thuốc kể về các triệu chứng bệnh của trẻ em và mua thuốc điều trị theo sự tư vấn của người bán thuốc. Hoặc, một bộ phận gia đình nếu thấy con sốt thì chỉ mua thuốc hạ sốt hoặc tự điều trị theo cách dân gian, ví dụ như uống các loại lá để hạ sốt. Một bộ phận khác thì không làm gì, để trẻ em tự khỏi. Điều này tiềm ẩn những nguy cơ trẻ em không được KCB kịp thời. Ngoài ra, ở vùng nông thôn miền núi vẫn có các gia đình dùng các biện pháp làm lễ cúng để con khỏi bệnh, hoặc kết hợp giữa cúng và đi trạm xá.

Hộp 4.11 Gia đình và KCB cho trẻ em

“ Con sốt thì cho xuống trạm y tế thôi, lấy thuốc về uống. Thì có khi mình làm con gà cúng rồi cũng cho xuống trạm xin thuốc uống kết hợp” (PVS người mẹ, 41 tuổi, nông dân, xã Bông Krang, Đắc Lắc).

“ Con sốt thì gia đình tui ra hiệu thuốc làm vài viên cảm cúm qua quýt chi đó. Có khi mãi mãi thì tui nhỏ cũng tự khỏi à. Đâu có điều kiện chi đâu. Tui coi ở địa phương đây á, ốm lắm thì mới đi bệnh viện, ai cũng vậy thôi à”. (PVS, người cha, 32 tuổi, công nhân, Củ chi, TPHCM).

“Thì cách chăm sóc bé là nếu nó đau ốm là đưa đi trạm xá, nếu nó, như là như thằng cu ở nhà hôm qua nó khóc quá nhiều là phong tục tập quán là bố mẹ phải hiến con gà nhỏ nhỏ cúng. Nếu là nặng bên trạm người ta cho mình đi huyện, khi nào khoẻ trên huyện là mình về thì bắt đầu mới cúng” (PVS người mẹ, 47 tuổi, nông dân, xã Bông Krang, Đắc Lắc).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Quan sát sự tiếp cận các dịch vụ y tế KCB cho trẻ em của các gia đình Việt Nam cho thấy, có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hành vi và sự lựa chọn của các gia đình trong tiếp cận các dịch vụ KCB. Tác động của yếu tố địa lý và mật độ bao phủ của các dịch vụ y tế là những yếu tố dễ quan sát nhất, tiếp đến là việc không thuận lợi trong sử dụng thẻ BHYT trong KCB đối với trẻ em và những yếu tố liên quan đến đặc điểm gia đình như mức sống, nghề nghiệp và học vấn của cha mẹ.

Trong bối cảnh các bệnh viện lớn, bệnh viện chuyên khoa và mạng lưới dịch vụ KCB tư nhân là thường đặt ở khu đô thị thì trẻ em thuộc các gia đình sống ở nông thôn Việt Nam, đặc biệt là vùng sâu vùng xa ở vào vị trí bất lợi trong tiếp cận hệ thống các dịch vụ KCB, đây cũng là biểu hiện của sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ KCB một cách kịp thời và có chất lượng đối với nhóm trẻ em ở vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa, cũng như tiêu chí về tiếp cận được về mặt khoảng cách địa lý. Điều này cũng là thách thức không dễ giải quyết ở Việt Nam trong việc đảm bảo thực hiện quyền CSSK trẻ em theo nguyên tắc bình đẳng và vì quyền lợi tốt nhất của trẻ em thuộc các gia đình.

Cụ thể, đặc điểm của khu vực miền núi Việt Nam là địa hình hiểm trở, cơ sở hạ tầng giao thông nghèo nàn, do vậy, ngay cả việc tiếp cận với trạm y tế xã cũng gặp rất nhiều khó khăn, chứ chưa nói đến việc tiếp cận các bệnh viện tuyến huyện và tỉnh, bởi để tiếp cận được các cơ sở y tế tuyến trên, còn phải kèm theo là các khoản chi phí cho việc đi lại, ăn uống mà người dân nông thôn miền núi, chủ yếu là đồng bào DTTS nghèo, khó có thể trang trải nổi. Hiển nhiên, điều này sẽ dẫn đến các rủi ro về sức khỏe của một bộ phận trẻ em miền núi khi không được tiếp cận với cơ sở y tế để khám và điều trị bệnh kịp thời. Hay nói một cách khác là, việc thực hiện quyền CSSK trong lĩnh vực KCB của những trẻ em này có nguy cơ không được thực hiện đầy đủ. Một cán bộ cơ sở ở một xã nông thôn miền núi đã chia sẻ: *“Bây giờ thì nói chung bà con trong buôn cũng cho con đi khám để còn lấy thuốc ở trạm y tế. Tất nhiên là nặng thì cũng phải đưa đi bệnh viện, nhưng cũng khó khăn lắm, đường xá đi lại khó khăn nên nhiều khi các cháu cũng thiệt thòi, có khi không được điều trị tốt đâu. Không có điều kiện đưa các cháu đi bệnh viện thì các gia đình chỉ cho các cháu điều trị ở trạm y tế thôi. Khó khăn thiệt thòi cho các cháu lắm.”* (PVS, Cán bộ cơ sở, xã Bông Krang, Đắc Lắc).

Bên cạnh đó, chất lượng dịch vụ y tế ở tuyến cơ sở, cũng như những hạn chế về thái độ của cán bộ y tế cũng tạo ra những tâm lý không thoải mái đối với các gia đình trong tiếp cận các dịch vụ KCB cho trẻ em: *“Xa nhưng mà ra Bình Dương cũng khoảng 10 cây, còn xuống trạm y tế nhiều khi là không đủ cơ sở vật chất để đáp ứng. Tui thì thường thường đi một là Bình Dương, hai là xuống bệnh viện Nhi*

Đông” (PVS người cha, 32 tuổi, công nhân, Củ Chi); *“Nhiều khi con mình rất là đau, lên [bệnh viện]nhưng nhiều khi nó cứ ngồi thôi. Tôi nghĩ thế. Con tôi mới bị bông, đợi 1 tiếng cũng chẳng thấy bác sĩ ra. Đợi mãi mới ra. Bệnh viện tỉnh đây”* (PVS người cha, 43 tuổi, nông dân, Hà Nam).

Nhà nước đã tạo ra những điều kiện thuận lợi cho các gia đình trong việc đảm bảo trẻ em được KCB kịp thời và giảm thiểu các nguy cơ rủi ro về tài chính trong KCB cho trẻ em thông qua hệ thống thẻ BHYT. Đối với một bộ phận gia đình thì thẻ BHYT cho trẻ em như một biện pháp “cứu cánh” khi con bị ốm đau (đặc biệt là đối với người nghèo, như đã đề cập ở các phần nội dung trước của luận án), tuy nhiên, một bộ phận cha mẹ cung cấp thông tin về sự bất cập trong KCB bằng thẻ BHYT là rào cản đối với các gia đình trong việc KCB cho trẻ em bằng thẻ BHYT, bao gồm sự phiền hà về thủ tục, chất lượng của dịch vụ và thái độ của nhân viên y tế đối với bệnh nhân là trẻ em sử dụng thẻ BHYT.

Kết quả khảo sát ở xã Hạ Bằng cho thấy, 47,3% người trả lời đồng ý với nhận định cho rằng trẻ em dưới 6 tuổi đi khám chữa bệnh miễn phí theo chế độ không được các nhân viên y tế đối xử tận tình và tôn trọng như khi họ khám tự nguyện/tự trả tiền, 10,9% người trả lời đồng ý một phần với nhận định này (Xem bảng 4.1, phụ lục 4). Trong khi đó, PVS và TLN cha mẹ ở các địa phương khác cũng ghi nhận những thái độ không hài lòng của một bộ phận gia đình khi sử dụng thẻ BHYT để KCB cho trẻ em. Điều này cũng thể hiện *tiêu chí tiếp cận được và tiêu chí chấp nhận được* trong sử dụng các dịch vụ KCB cho trẻ em vẫn là điểm hạn chế trong hệ thống thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam. Như một số chia sẻ sau:

“Theo như tui nghĩ cái quyền khó thực hiện được thì là cái quyền khám chữa bệnh miễn phí đó... Mình muốn vô cái khâu miễn phí thì quá đông, mình vô mình chờ đi cả ngày chưa xong việc cho nên đi bên dịch vụ thì nó tốn tiền có điều nó nhanh hơn, nó khó khăn chỗ đó đó” (PVS người cha, 32 tuổi, Củ Chi, TPHCM); *“Khi đau ốm thì ừ ra bệnh viện, thường bây giờ người ta hay mua bảo hiểm... mua bảo hiểm mà đi bệnh viện á thì nghe nói nó lâu lắm, nó không có được bằng như là mình đi mình phải chịu tiền... Mua cái bảo hiểm thì nó cũng chậm chạp hơn, nó không có bằng, nó phức tạp lắm”* (PVS nữ, người mẹ, 44 tuổi, Củ Chi, TPHCM).

Như vậy, có thể nhận xét rằng, sự phát triển của hệ thống dịch vụ KCB phát triển mạnh mẽ trong quá trình hội nhập kinh tế đã mở rộng các cơ hội tiếp cận với các dịch vụ KCB cho trẻ em, giúp các gia đình có nhiều cơ hội thể lựa chọn những cơ sở KCB phù hợp với điều kiện về khoảng cách và các điều kiện khác của gia đình, tạo ra những tác động tích cực đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em, tuy nhiên, vẫn còn một bộ phận gia đình không cho con tới các cơ sở y tế để KCB, mà thay vào đó là mua thuốc theo sự tư vấn của người bán thuốc, tự điều trị theo kinh nghiệm của gia đình, không điều trị gì hoặc cúng lễ để con khỏi bệnh. Các yếu tố như mức độ sẵn có của dịch vụ y tế, khoảng cách, thái độ của nhân viên y tế, tình trạng bệnh của trẻ em là những yếu tố tác động đan xen đến sự lựa chọn của gia đình về hình thức và địa điểm KCB cho trẻ em. Xu hướng chung là trẻ em nông thôn, đặc biệt là nông thôn miền núi chịu nhiều thiệt thòi trong tiếp cận các dịch vụ KCB, cả về khoảng cách và chất lượng dịch vụ. Điều này có thể dẫn đến nguy cơ một bộ phận trẻ em không được tiếp cận các dịch vụ KCB kịp thời và hiệu quả, hay nói một cách khác là việc tiếp cận quyền được KCB của trẻ em mang tính bất bình đẳng giữa các nhóm trẻ em. Những phân tích dựa trên bằng chứng ở trên cũng cho thấy, các tiêu chí về thực hiện quyền CSSK trẻ em trong tiếp cận KCB bao gồm, tính sẵn có của dịch vụ, tiếp cận được, chấp nhận được và chất lượng đều thể hiện những hạn chế trong hệ thống cung cấp dịch vụ KCB cho trẻ em ở Việt Nam.

4.3.2.2 Phòng chống suy dinh dưỡng, bệnh tật và tử vong ở trẻ em

Phòng chống bệnh tật, SDD, tử vong ở trẻ em là lĩnh vực quan trọng trong thực hiện quyền CSSK trẻ em. Trong khi Nhà nước đã xây dựng và triển khai thực hiện khá nhiều chương trình liên quan đến lĩnh vực này, thì gia đình có trách nhiệm thực hiện các hành vi để thực hiện quyền CSSK trẻ em trong lĩnh vực này.

Gia đình và việc phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em

Thực hiện quyền CSSK trẻ em trong phòng chống SDD được đánh giá dựa trên một số nội dung cơ bản được quy định tại Công ước QTE, bao gồm sự ưu tiên *nuôi con bằng sữa mẹ* và *cung cấp thức ăn đủ dinh dưỡng cho trẻ em*. Việt Nam là một nước có tỷ lệ trẻ em được bú sữa mẹ rất cao, luôn ở mức trên 90%, và số liệu gần đây nhất là 96,6% trẻ em được bú sữa mẹ (như đã dẫn ở chương 3). Trong khi

trẻ em được bú sữa mẹ không phải là vấn đề đối với một khía cạnh thực hiện quyền CSSK trẻ em thì việc cung cấp thức ăn đủ dinh dưỡng cho trẻ em có sự khác biệt giữa các gia đình. Điều này cũng lý giải cho sự khác biệt về tỷ lệ SDD trẻ em giữa các vùng miền, nhóm mức sống, thành phần dân tộc (như đã dẫn ở chương 3).

Những điểm tích cực trong đảm bảo dinh dưỡng cho trẻ em trong các gia đình là sự quan tâm rất lớn của các gia đình về vấn đề dinh dưỡng cho trẻ. Dữ liệu nghiên cứu ở các địa phương cho thấy các gia đình đều cố gắng ở mức tối đa có thể để trẻ em được chăm sóc tốt về mặt dinh dưỡng. Những yếu tố tác động tích cực dễ quan sát nhất là sự phong phú của thị trường thực phẩm, cuộc sống kinh tế khá lên của gia đình và vấn đề truyền thông rộng rãi về kiến thức dinh dưỡng cho trẻ em.

Hộp 4.12 Ý kiến của người dân về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em

“Trước đây làm gì có điều kiện như bây giờ. Trẻ em bây giờ sinh ra thì có các loại sữa các lứa tuổi. Trẻ em bây giờ được ưu tiên chăm lo sức khỏe ăn uống. Thị trường bây giờ thì đủ cả...” (TLN cha mẹ, Tp Ban Mê Thuột, Đắk Lắk).

“Ngày trước cháu lớn là em cũng không tham khảo được chế độ dinh dưỡng của các cháu đâu, chỉ theo các cụ, các cụ dạy bảo mình như thế nào mình lại truyền lại cho con thế thôi” (PVS, người mẹ, 37 tuổi, bác vác, phường Minh Khai, Hà Nam).

“Mình có điều kiện học hành thì hiểu biết bát bọt bát cháo của con là phải đủ thành phần dinh dưỡng...” (PVS, người mẹ, 31 tuổi, Hạ Bằng, Hà Nội).

“Tivi truyền hình nói nhiều về dinh dưỡng cho trẻ em, ăn gì thì các cháu đủ chất và phát triển về chiều cao cân nặng, ăn gì thì tốt cho sức khỏe, loa của phường cũng tuyên truyền về chế độ dinh dưỡng cho trẻ, ăn như thế nào và vấn đề ăn chín uống sôi cho trẻ em nữa. Tuyên truyền nhiều đấy. Những kiến thức này bây giờ là phổ biến chứ không lạc hậu như trước đây”. (PVS người mẹ, 41 tuổi, viên chức, tp Ban Mê Thuột, Đắk Lắk).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Sự nghèo khó và hạn chế về kiến thức về dinh dưỡng cho trẻ em là rào cản quan trọng đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em trong phòng chống SDD. Một số chia sẻ từ các cuộc phỏng vấn sâu đã khẳng định rằng, điều kiện kinh tế không có thì cha mẹ không thể đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng tốt cho trẻ em được, ngay cả khi cha mẹ có kiến thức về dinh dưỡng cho trẻ em. Chế độ dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh cũng không đảm bảo do điều kiện kinh tế khó khăn, nhất là các gia đình nghèo ở

nông thôn miền núi. Chế độ ăn uống nghèo dinh dưỡng của người mẹ trong thời gian cho con bú tiềm ẩn những nguy cơ SDD của trẻ sơ sinh.

Hộp 4.13 Khó khăn về kinh tế gây trở ngại đối với chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em

“Cơm và muối thôi. Không có gì hết. Lâu lâu mua cá, thịt, khoảng 1 tuần 1 lần. Rau thì rau bí, cải. Đông con nên vất vả, thiếu thốn từ nhà ở tới cơm nước cho con cái” (PVS người cha, 57 tuổi, nông dân, xã BôngKrang, Đắc Lắc).

“Như được biết qua đài báo cho các cháu ăn đủ chất để các cháu thông minh, nhưng mình cũng kinh tế không được như người ta nên mình cũng không được đầy đủ như thế. Biết nhưng mà cũng không làm gì được” (PVS người cha, 42 tuổi, nông dân, P.Minh Khai, Hà Nam).

“Thứ nhất là điều kiện kinh tế khó khăn của bà con trong buôn nên vấn đề dinh dưỡng cho trẻ em là không đảm bảo, cái ăn cái học đều khó, ăn không đủ, mặc không đủ, rồi điều kiện ăn ở cũng không được vệ sinh. Còn tuyên truyền thì chúng em tuyên truyền nhiều, phát tờ rơi cho bà con về tháp dinh dưỡng, rồi vệ sinh môi trường rồi đấy chứ. Cái khó nhất vẫn là do kinh tế, do cái nghèo”. (PVS cán bộ Hội PN, huyện Lắc, Đắc Lắc).

“... Em sinh con xong ăn cơm với tiêu, bột ngọt thôi, ăn đến 3 tháng xong sau đó em mới ăn rau bí... chỉ có thỉnh thoảng 1 tuần có tiền em mua trứng 1 đến 2 quả về em luộc ăn, còn em ăn bình thường hàng ngày là như thế...” (PVS, người mẹ nuôi con sơ sinh, 30 tuổi, nông dân, xã BôngKrang, Đắc Lắc)

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD&Giới

Bên cạnh những khó khăn về kinh tế, những hạn chế về kiến thức của cha mẹ về dinh dưỡng và phòng chống SDD cho trẻ em cũng là những yếu tố có thể dẫn đến những nguy cơ SDD của trẻ em. Một bộ phận gia đình cung cấp chế độ dinh dưỡng cho con chủ yếu dựa trên kinh nghiệm của cá nhân và những người xung quanh, như sự chia sẻ của một số người mẹ như sau: “[...] cũng cứ theo các bác các anh chị dạy bảo như thế nào, mình nắm bắt được đến đâu thì mình chăm lo sức khỏe cho con đến đấy thôi. Chứ không đi sâu vào vấn đề xã hội, khoa học người ta dạy bảo”(PVS người mẹ, 37 tuổi, bác vác, Hà Nam); “Nhiều gia đình cho trẻ em ăn uống theo kinh nghiệm thôi, rồi cứ nghe ai nói cái này bỏ cái kia bỏ thì cho các cháu ăn. Kinh nghiệm dân gian ấy” (PVS, người mẹ, 28 tuổi, nhân viên văn phòng, Hạ Bằng, HN).

Như vậy, trong việc phòng chống SDD cho trẻ em của các gia đình có điểm tích cực nổi bật là tỷ lệ trẻ em được bú sữa mẹ cao. Ngoài ra, do mức sống của đại

bộ phận các gia đình tăng lên trong giai đoạn hội nhập kinh tế và sự phong phú của các sản phẩm dinh dưỡng cho trẻ em kết hợp với yếu tố nhận thức và kiến thức của các gia đình về chế độ ăn uống đủ dinh dưỡng cho trẻ em đã được cải thiện so với trước đây, nên nhìn chung vấn đề chăm sóc dinh dưỡng và đề phòng tránh SDD cho trẻ em đã đạt được các kết quả ấn tượng, thể hiện ở tỷ lệ trẻ em bị SDD đã cải thiện rõ rệt qua các năm (như số liệu đã đề cập ở chương 3), và sự chia sẻ ý kiến của các gia đình về các hành vi chăm lo dinh dưỡng cho trẻ em. Tuy nhiên, bên cạnh những điểm tích cực này thì vấn đề nghèo đói, không quan tâm tới vấn đề dinh dưỡng cho trẻ em một cách khoa học vẫn là trở ngại đối với việc đảm bảo thực hiện quyền được chăm sóc dinh dưỡng và phòng tránh SDD của trẻ em ở một bộ phận gia đình, đặc biệt là ở khu vực nông thôn miền núi và trong các gia đình người DTTS. Điều này cũng lý giải cho tỷ lệ khác biệt về SDD trẻ em giữa các khu vực, nhóm mức sống, và dân tộc theo như số liệu cấp quốc gia đã thể hiện về SDD ở trẻ em.

Gia đình và việc phòng chống bệnh tật, tử vong ở trẻ em

Nếu như hệ thống chính sách và các chương trình về phòng chống bệnh tật CSSK của Việt Nam chủ yếu tập trung đến công tác phòng chống các bệnh lây nhiễm, đặc biệt là các bệnh như lao, ho gà, bạch hầu, uốn ván, bại liệt, sởi và các bệnh liên quan đến nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu chảy cấp tính cho trẻ em dưới 6 tuổi thì các hành vi quan sát được rõ nhất đối với thực hiện QTE liên quan đến lĩnh vực phòng bệnh cho trẻ em ở các gia đình cũng là về những bệnh này, trong khi những bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là các bệnh liên quan đến sức khỏe tâm thần của trẻ em và các bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản của nhóm trẻ em lứa tuổi vị thành niên chưa được các gia đình quan tâm nhiều. Điều này cũng phù hợp với thực trạng nhận thức và mối quan tâm có phần nổi trội hơn của gia đình về vấn đề liên quan đến tiêm phòng cho trẻ em.

Nếu như kết quả ở quy mô quốc gia thể hiện rằng Việt Nam đã đạt được những thành tích ấn tượng về tiêm chủng cho trẻ em, thì kết quả khảo sát ở các địa bàn nghiên cứu cũng cung cấp những dữ liệu cho thấy ý thức của các gia đình trong việc cho trẻ em đi tiêm phòng đầy đủ các mũi vacxin và uống vitamin A là rất cao. Như một số chia sẻ ấn tượng sau: “*Đảng, Nhà nước cũng quan tâm tuyên truyền về quyền lợi của trẻ em, nhưng cũng có một số ở trên buôn, trên làng do khó khăn kinh*

tế, ốm đau, có con cái không được cho đi học hành, nhưng vận động về tiêm phòng là các gia đình cũng có ý thức cho con đi tiêm” (PVS, cán bộ cơ sở Xã Bông Krang, Huyện Lắc, Đắc Lắc); “Trước đây, chúng tôi làm là đi đến tận nhà gọi ngày mai tiêm phòng là khó khăn. Nhưng bây giờ không phải gọi nữa. Cứ 25 hàng tháng là các bà mẹ đến cho các cháu đi tiêm phòng”(TLN CB xã Thanh Nghị, Hà Nam).

Những tiến bộ đạt được về tiêm chủng cho trẻ em ở Việt Nam những năm qua cũng đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em. Dữ liệu khảo sát định tính đã cung cấp thông tin rằng, một trong những nguyên nhân làm giảm tử vong trẻ em ở các địa phương là do trẻ em đã được tiêm phòng đầy đủ hơn, bên cạnh các nguyên nhân như hệ thống dịch vụ y tế tốt hơn. Một cán bộ làm công tác y tế ở cơ sở đã chia sẻ: *“Nếu như nói về tử vong trẻ em thì bây giờ kiểm soát tốt hơn trước đây rất nhiều, lý do chủ yếu là bây giờ các loại vắc-xin tiêm phòng phong phú, rồi các gia đình rất có ý thức cho các cháu tiêm phòng đầy đủ...cũng phải kể đến là dịch vụ y tế bây giờ rất tốt, phương tiện cấp cứu cũng hầu hết là đảm bảo. Bây giờ các gia đình có cái thuận lợi là như vậy”(PVS cán bộ y tế, xã Hạ Bằng, Hà Nội).*

Tuy nhiên, ghi nhận từ nghiên cứu ở Hạ Bằng cho thấy thời gian gần đây việc tiêm chủng có những hạn chế nhất định liên quan đến chất lượng vắc-xin và sự trực tiếp về kỹ thuật, điều này đã gây tâm lý lo sợ cho một số gia đình trong quyết định tiêm phòng cho trẻ. Một người mẹ tâm sự: *“Đợt vừa rồi vừa cho con đi tiêm phòng em vừa thấy lo. Đấy, tivi đưa tin về mấy cháu bị tử vong do tiêm phòng, nên vừa cho con đi vừa lo lắng, thấp thỏm lo lắng 1 tuần đấy. Cả nhà lo vì không biết vắc-xin thế nào” (PVS người mẹ, 29 tuổi, nông dân, xã Hạ Bằng, Hà Nội).*

Nếu như việc tiêm phòng và uống Vitamin A cho trẻ nhỏ được xã hội và gia đình quan tâm, thì có những bằng chứng cho thấy lĩnh vực phòng tránh các bệnh liên quan đến sức khỏe sinh sản cho nhóm trẻ em VTN chưa được các gia đình quan tâm nhiều mặc dù nhóm tuổi này có nhu cầu rất cao về việc được trang bị các kiến thức và kỹ năng về sức khỏe tuổi dậy thì và các kỹ năng phòng tránh những rủi ro liên quan đến quan hệ tình dục sớm và không an toàn.

Một xu hướng khá phổ biến trong các gia đình Việt Nam hiện nay là cha mẹ còn ít hoặc ngại trao đổi với con cái VTN về chủ đề dậy thì, giới tính và các vấn đề

liên quan đến sức khỏe sinh sản xuất phát từ các lý do cho rằng những chủ đề này “nhạy cảm”, “khó nói”. Sự hạn chế của cha mẹ trong việc trao đổi với con cái trong độ tuổi VTN về chủ đề giới tính, tình dục làm tăng các nguy cơ trẻ em VTN không được bảo vệ sức khỏe sinh sản, hoặc phải đối mặt với các rủi ro về sức khỏe liên quan đến có thai ngoài ý muốn, nạo phá thai không an toàn và mắc các bệnh lây lan qua đường tình dục [69].

Cuộc khảo sát sức khỏe thanh thiếu niên Hà Nội năm 2006 do Viện gia đình và giới thực hiện, phỏng vấn 6363 người có độ tuổi từ 15 đến 24, trong đó VTN 15-17 tuổi là 1678 người, chiếm 26,4%, cung cấp những số liệu cho thấy cha mẹ vẫn *chưa phải là chỗ dựa và đối tượng chính* để con tìm hiểu và thu nhận kiến thức và kỹ năng liên quan đến tình dục: chỉ có 19,3% trong số 1667 trẻ em vị thành niên 15-17 tuổi đã từng hỏi mẹ về những vấn đề liên quan đến tình dục, và chỉ có 5,6% đã từng hỏi bố [Dẫn theo 69].

Các yếu tố liên quan đến văn hóa và nhận thức hạn chế của cha mẹ về chủ đề giới tính, tình dục là những yếu tố làm hạn chế sự giao tiếp và cung cấp kiến thức về SKSS đối với trẻ em VTN. Điều tra định tính ở Bắc Ninh của Viện Gia đình và Giới về Môi quan hệ cha mẹ- con cái vị thành niên (2012) cung cấp những thông tin lý giải về các nguyên nhân và các yếu tố tác động đến sự hạn chế của cha mẹ trong cung cấp các kiến thức, kỹ năng về SKSS cho con cái VTN là do cha mẹ thấy “*bối rối*” hoặc là “*xấu hổ*” khi con cái hỏi về những nội dung liên quan đến SKSS, tuổi dậy thì. Phản ứng của cha mẹ khi con cái vị thành niên hỏi về chủ đề này là mắng con, hoặc lảng tránh trả lời. Các cha mẹ cũng cho biết họ không đủ kiến thức và còn ỷ vào nhà trường và các phương tiện thông tin đại chúng [69]. Đây là yếu tố cần lưu tâm đối với bảo vệ trẻ em VTN khỏi các rủi ro về SKSS và nguy cơ mắc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, bao gồm cả HIV/AIDS.

Cũng liên quan đến SKSS của trẻ em, vấn đề tảo hôn đang là vấn đề đáng quan tâm, bởi tảo hôn được xem là vi phạm QTE và gây ra nhiều rủi ro về sức khỏe đối với trẻ em tảo hôn và con cái của các em. Tảo hôn gây ra nhiều hậu quả nặng nề đối với cả trẻ em trai và trẻ em gái, nhưng trẻ em gái có xu hướng chịu hậu quả

nặng nề hơn cả về mặt sức khỏe, cơ hội học tập, và gánh nặng công việc gia đình, chăm sóc con và nhiều các bất bình đẳng giới khác [72].

Số liệu của cuộc Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009 cho thấy tình trạng tảo hôn ở Việt Nam vẫn khá phổ biến: Tổng cộng có 9 tỉnh có trên 5% dân số nam 15-19 tuổi và 14 tỉnh có trên 5% dân số nữ 15-17 tuổi đã từng kết hôn. Tình trạng kết hôn sớm của nữ cũng vậy: hơn 1/3 số tỉnh và thành phố (23/63) có trên 10% dân số nữ 15-19 tuổi đang hoặc đã từng có chồng. Mọi số tỉnh có tỷ lệ tảo hôn rất cao. Ví dụ Lai Châu có tới 18,7% số nam giới 15-19 tuổi, 33,8% số nữ 15-19 tuổi và, 21,2% số nữ 15-17 tuổi đang hoặc đã từng có vợ/chồng. Tảo hôn chủ yếu xảy ra đối với nhóm dân tộc thiểu số [79]. Điều tra MICS 5 cho thấy trong số phụ nữ tuổi 15-49 có 0,9% kết hôn trước 15 tuổi và khoảng 1/10 phụ nữ 20-49 tuổi đã từng kết hôn trước lần sinh nhật thứ 18. Tỷ lệ tảo hôn ở vùng nông thôn miền núi cao hơn hẳn so với vùng đồng bằng [78].

Nguyên nhân thúc đẩy tảo hôn không chỉ mang tính văn hóa, ví dụ như phong tục tập quán của một số DTTS, mà còn xuất phát từ nhu cầu cần người làm nương và làm việc nhà của gia đình, như trong nghiên cứu của Jones et al (2015). Nghiên cứu cho thấy, mặc dù nhiều trẻ em trai Hmong cũng kết hôn khi còn là trẻ em, nhưng có những bằng chứng cho thấy tảo hôn do trẻ em trai thúc đẩy và được khuyến khích bởi cha mẹ của các em, và nhu cầu cần người lao động trong gia đình [127]. Có thể nói, đây là biểu hiện của vi phạm QTE được bảo vệ sức khỏe khỏi các tập tục có hại và các quyền phát triển của trẻ em.

Bên cạnh những hạn chế của gia đình trong việc phòng ngừa rủi ro liên quan đến SKSS đối với nhóm trẻ em VTN và các rủi ro về sức khỏe của tảo hôn, thì việc phòng ngừa các rủi ro về sức khỏe tâm thần (SKTT) cho trẻ em cũng chưa được các gia đình quan tâm. Một số nghiên cứu đã cung cấp những tỷ lệ đáng quan ngại về SKTT của trẻ em, đặc biệt là trẻ em VTN, lứa tuổi diễn ra nhiều sự xáo trộn về tâm sinh lý, tình cảm, nhiều mối lo lắng và các căng thẳng trong các mối quan hệ với cha mẹ, với thầy cô giáo và bạn bè đồng trang lứa.

Khảo sát của Viện Sức khỏe tâm thần ban ngày Mai Hương về SKTT học sinh theo thang đo SDQ²¹ ở thành phố Hà Nội với mẫu 1.202 học sinh ở độ tuổi 10-16 tuổi cho thấy tỷ lệ học sinh có vấn đề về SKTT chung là 19,46% [Ngô Thanh Hội và cộng sự, 2005. Dẫn theo 31]. Nghiên cứu của Đặng Hoàng Minh và Hoàng Cẩm Tú vào năm 2009 sử dụng công cụ YSR²² thực hiện khảo sát đối với 1.727 học sinh lứa tuổi 11- 15 cũng ở Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc các vấn đề về SKTT ở trẻ em trong mẫu khảo sát là 10,94% [31]. Nghiên cứu của Amstadter (2009), đối với 1.368 gia đình ở hai tỉnh Đà Nẵng và Khánh Hòa (theo bảng hỏi SDQ) cho thấy, có 9,1% thanh thiếu niên được cho là có mắc phải các vấn đề về SKTT [Dẫn theo 31].

Một nghiên cứu mẫu gần đây trên 10 tỉnh, thành phố của Việt Nam với mẫu 1320 cha mẹ của trẻ từ 6-16 tuổi và 591 trẻ em từ 12-16 tuổi, cho kết quả rằng, theo cha mẹ báo cáo, tỷ lệ trẻ em từ 6-16 tuổi có vấn đề chung về SKTT theo thang đo SDQ là 13,2%. Tính toán theo thang đo SDQ do trẻ em báo cáo thì tỷ lệ trẻ em có vấn đề chung về SKTT là 10,7%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, yếu tố bảo vệ trẻ em khỏi các vấn đề về SKTT được xác định là thời gian cha mẹ dành riêng cho trẻ em. Thời gian cha mẹ dành cho con cái nhiều sẽ làm giảm các vấn đề hành vi như tăng động, hành vi hung hăng, phá vỡ các quy tắc và một số vấn đề hướng nội như thu mình/trầm cảm, phàn nàn cơ thể [31]. Những số liệu này cho thấy, một tỷ lệ không nhỏ trẻ em bị mắc các triệu chứng về SKTT. Tuy nhiên, một số nghiên cứu mẫu đã cung cấp những bằng chứng cho thấy, gia đình chưa phải là chỗ dựa cho trẻ em khi các em cần chia sẻ và vượt qua các lo lắng và khó khăn trong cuộc sống- một hình thức quan trọng để giải tỏa sự lo lắng và tìm kiếm các nguồn hỗ trợ để có thể phòng ngừa các nguy cơ rối loạn cảm xúc và các triệu chứng tiêu cực của SKTT.

Điều tra Gia đình Việt Nam 2006 cung cấp thông tin rằng, đối tượng trẻ em VTN tâm sự nhiều nhất là bạn bè (47,3%) ở tất cả mọi vấn đề, tiếp đó mẹ (26,9%), anh chị em/người thân trong gia đình (12,4%), và cuối cùng là người cha (2,6%) [10]. Nghiên cứu mẫu đối với trẻ em thuộc cấp học THPT, tác giả Lê Thị Ngọc

²¹Thang đo SDQ là một công cụ phổ biến trong các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần để đánh giá sàng lọc cho những dạng tâm bệnh phổ biến.

²² YSR viết tắt của từ tiếng Anh là Youth Self Report, cũng là một công cụ được sử dụng rộng rãi để đánh giá các vấn đề về hành vi và cảm xúc trong nghiên cứu sức khỏe tâm thần của trẻ em và những người trẻ tuổi.

Dung (2009) cũng chỉ ra rằng, chỉ có 22.61% trẻ VTN đề cao quan hệ gia đình khi các em có khó khăn về tâm lý tình cảm, 47.2% tìm sự trợ giúp của bạn bè khi gặp khó khăn [19].

Như vậy, trong khi một tỷ lệ không nhỏ trẻ em mắc các triệu chứng hoặc gặp khó khăn liên quan đến SKTT thì gia đình chưa thật sự là yếu tố bảo vệ trẻ em. Đây cũng là hạn chế về trách nhiệm của một bộ phận gia đình đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em trong phòng chống các bệnh không lây nhiễm cho trẻ em.

4.3.2.3 Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và thai nhi

CSSK bà mẹ và thai nhi là một trong những nội dung quan trọng của Quyền CSSK trẻ em, nhằm đảm bảo cho trẻ em sinh ra được khỏe mạnh. Tỷ lệ chết trẻ sơ sinh có liên quan đến nhiều yếu tố, trong đó có vấn đề CSSK của thai phụ, bao gồm cả việc đi khám thai và chế độ dinh dưỡng khi mang thai.

Số liệu quốc gia đã cho thấy tỷ lệ thai phụ ở Việt Nam được chăm sóc trước khi sinh bởi bác sỹ và y tá là khá cao (như số liệu đã dẫn ở chương 3) mặc dù còn có sự khác biệt giữa các vùng miền, nhóm mức sống và đặc điểm học vấn của thai phụ. Sự gia tăng về độ bao phủ của hệ thống dịch vụ y tế, đặc biệt là ở cấp cơ sở, và sự phát triển đa dạng về loại hình dịch vụ, cũng như sự áp dụng rộng rãi các kỹ thuật y học hiện đại trong khám và chẩn đoán tình trạng thai nhi (như đã đề cập ở phần nội dung trước của luận án) là những yếu tố thuận lợi đối với CSSK bà mẹ và thai nhi, cả về tiêu chí sự sẵn có của dịch vụ, chất lượng và tính chấp nhận được.

Kết quả nghiên cứu mẫu ở Hạ Bằng cho thấy, 100% các thai phụ đều đi khám thai ít nhất 1 lần trước sinh. Các thai phụ đã lựa chọn việc khám thai định kỳ bởi những cán bộ y tế chuyên môn tại trạm y tế xã với tỷ lệ khá cao: 46,8% số bà mẹ trong mẫu điều tra. Tiếp đến là cơ sở y tế tư nhân, với tỷ xấp xỉ 30% (Xem Biểu đồ 4.1, phụ lục 4). Dữ liệu định tính ở Hạ Bằng cho thấy chia sẻ rằng họ rất tin tưởng khi đi khám thai định kỳ tại trạm y tế xã, và nhiều ý kiến cũng đã bày tỏ sự hài lòng về các trang thiết bị y tế giúp cho việc theo dõi sức khỏe thai nhi được tốt hơn, đặc biệt là việc khám sàng lọc trước sinh: *“Em rất tin tưởng nên chỉ ra trạm y tế khám thai thôi”* (PVS người mẹ, 29 tuổi, nông dân, xã Hạ Bằng, Hà Nội); *“... về sự tiện lợi thì em thấy bây giờ là tiện lợi nhiều so với thời của cha mẹ mình, siêu âm 3 chiều 4 chiều cho thai nhi là đủ cả*

thành thử phát hiện dị tật thai nhi là phát hiện được” (PVS người mẹ, 27 tuổi, nông dân, Hạ Bằng, Hà Nội).

Bên cạnh việc khám thai trong chu kỳ thai sản, việc bổ sung dinh dưỡng và các chất bổ của các thai phụ là rất quan trọng, giúp tăng cường sức khỏe của thai nhi, phòng tránh việc đẻ thiếu cân và tử vong trẻ sơ sinh. Kết quả khảo sát tại xã Hạ Bằng chỉ thấy một tỷ lệ khá cao (78,6%) trong mẫu điều tra cho biết là có tăng khẩu phần thức ăn giàu đạm cho lần mang thai gần đây nhất, cũng có tới 78.6% cho biết họ có uống bổ sung viên sắt và can xi, tiếp đến là tỷ lệ các bà mẹ uống sữa dành cho bà bầu (72,1%); tăng khẩu phần các thức ăn giàu vitamin và khoáng chất: 70,1% (Xem Bảng 4.2, Phụ lục 4).

Tiêm phòng uốn ván khi mang thai là biện pháp quan trọng để loại trừ uốn ván sơ sinh và giảm nguy cơ tử vong của người mẹ. Chiến lược phòng chống uốn ván bà mẹ và uốn ván sơ sinh nhằm đảm bảo tất cả các phụ nữ mang thai đều được tiêm ít nhất 2 mũi vắc xin phòng uốn ván. Theo kết quả điều tra MICS 2011, tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi từ 15-49 có con sinh ra sống trong vòng hai năm qua được tiêm phòng bảo vệ chống uốn ván là 77,5% (nhận được ít nhất 2 mũi tiêm phòng chống uốn ván) [77]. Điều tra MICS 2014 cho thấy tỷ lệ này đã được cải thiện: có 82,2% phụ nữ được bảo vệ khỏi uốn ván, với 59,6% được tiêm ít nhất 2 mũi phòng uốn ván trong lần mang thai gần đây nhất và 22,4% được tiêm 2 mũi trong vòng 3 năm qua. Tỷ lệ phụ nữ được bảo vệ khỏi bệnh uốn ván khu vực thành thị (86,2%) cao hơn khu vực nông thôn (80,5%), nhóm phụ nữ Kinh/Hoa (86,0%) cao hơn nhóm phụ nữ DTTS (63,4%). Trong số 6 vùng, phụ nữ ở vùng Tây Nguyên có tỷ lệ phụ nữ được bảo vệ khỏi bệnh uốn ván thấp nhất (63,7%). Xét theo 5 nhóm mức sống, tỷ lệ phụ nữ được bảo vệ khỏi bệnh uốn ván của nhóm hộ nghèo nhất là 65,4% so với 90,5% ở nhóm giàu nhất [78].

Như vậy, nhóm người mẹ DTTS có tỷ lệ tiêm phòng uốn ván thấp hơn đáng kể so với người mẹ dân tộc Kinh/Hoa, và nhóm nghèo nhất có tỷ lệ tiêm phòng uốn ván thấp hơn đáng kể so với nhóm giàu nhất. Số liệu này cũng một lần nữa thể hiện sự bất bình đẳng về thực hiện quyền CSSK trẻ em đối với vấn đề CSSK thai nhi. Ngoài ra, tính chung cả nước có xấp xỉ 20% người mẹ không tiêm phòng uốn ván. Theo bình luận của Tổng cục Thống kê và UNICEF (2012) thì lý do các bà mẹ

không tiêm phòng uốn ván có thể là do nhận thức chưa cao về sự cần thiết của việc tiêm phòng uốn ván [77]. Khảo sát ở Hạ Bằng cung cấp những bằng chứng hỗ trợ cho việc giải thích tại sao các bà mẹ không tiêm phòng đầy đủ các mũi tiêm phòng uốn ván: Có tới 38.3 % các bà mẹ trong mẫu khảo sát đồng ý với nhận định cho rằng “không cần tiêm phòng uốn ván nếu tình trạng của thai phụ/sản phụ có tình trạng sức khỏe tốt”, tỷ lệ đồng ý một phần là 7,5%, không đồng ý là 54,2%.

Có thể nhận xét rằng, sự phát triển kinh tế- xã hội, sự gia tăng mức độ bao phủ dịch vụ y tế và sự cải thiện về chất lượng của hệ thống CSSK có nhiều yếu tố thuận lợi hỗ trợ các gia đình trong CSSK bà mẹ và thai nhi. Mặc dù vậy, vẫn có những thách thức đối với lĩnh vực này, biểu hiện rõ nhất là sự bất bình đẳng giữa các nhóm gia đình thuộc các khu vực, vùng miền, dân tộc và nhóm mức sống khác nhau, cũng như trình độ học vấn của người mẹ. Điều này lại một lần nữa cho thấy có nhiều vấn đề ở cấp độ gia đình cần phải quan tâm đối với việc đảm bảo thực hiện quyền CSSK trẻ em, đặc biệt là đối với các gia đình nghèo, gia đình nông thôn miền núi.

4.3.3 Một số vấn đề xã hội nảy sinh trong bối cảnh hội nhập kinh tế tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình

Bên cạnh những yếu tố tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em từ hệ thống dịch vụ CSSK, đặc điểm gia đình, thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình còn chịu các tác động từ một số vấn đề xã hội nảy sinh từ nền kinh tế hội nhập.

Bất bình đẳng

Trong quá trình hội nhập kinh tế, với những thay đổi về chính sách y tế cùng với sự gia tăng khoảng cách giàu nghèo trong xã hội, các vấn đề bất bình đẳng trong tiếp cận các cơ hội được CSSK của trẻ em Việt Nam đã xuất hiện và càng ngày càng trở nên gay gắt hơn. Tăng trưởng kinh tế cùng các chính sách đổi mới về tài chính y tế và xã hội hóa trong lĩnh vực y tế đem đến sự cải thiện rõ rệt về tình trạng sức khỏe chung của người dân, nhưng cơ hội có được sự CSSK chất lượng không đến một cách đồng đều đối với các nhóm trẻ em. Trẻ em nghèo, trẻ em sống ở vùng nông thôn miền núi có nguy cơ bị gạt ra ngoài những cơ hội được đảm bảo CSSK trong điều kiện thuận lợi và có chất lượng [68].

Sự gia tăng bất bình đẳng trong nền kinh tế mở cửa và hội nhập đã tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình ở tất cả các lĩnh vực, mặc dù Nhà nước đã có những chính sách mang tính bệ đỡ nhằm giảm thiểu tối đa các bất bình đẳng xã hội trong CSSK trẻ em (như đã đề cập ở chương 3 và phần nội dung về vai trò của Nhà nước tại chương 4). Những bất bình đẳng xã hội này lý giải cho khoảng cách chênh lệch khá lớn về tỷ lệ SDD, tử vong trẻ em, tiêm chủng, tiếp cận KCB ở các cơ sở y tế có chất lượng, CSSK thai nhi (như đã phân tích ở phần nội dung trên) giữa các nhóm mức sống, khu vực, vùng miền và thành phần dân tộc.

Vấn đề di cư

Một trong những ảnh hưởng tiêu cực tới thực hiện quyền CSSK của một bộ phận gia đình cũng có thể được nhìn nhận trong mối liên hệ đối với vấn đề di cư lao động. Trong bối cảnh hội nhập kinh tế, các cơ hội kinh tế và thị trường lao động có sự thay đổi mạnh mẽ. Dòng người di cư từ các vùng nông thôn ra khu vực đô thị để tìm kiếm việc làm ngày một tăng cao. Cụ thể, trong 10 năm giữa 2 kỳ Tổng điều tra dân số 1999 và 2009, dân số thành thị ở Việt Nam tăng 3,4%/năm, trong khi dân số ở khu vực nông thôn chỉ tăng 0,4%. Di cư là yếu tố quan trọng nhất của tình trạng đô thị hóa nhanh ở Việt Nam, đóng góp 57% vào tăng trưởng dân số thành thị [Dẫn theo 82]. Những nghiên cứu gần đây ở Việt Nam cho thấy mối liên hệ về các nguy cơ về sức khỏe trẻ em và sự đi làm ăn xa của cha mẹ [128]. Những trẻ em trai và trẻ em gái di cư lao động phải sống trong sự sợ hãi, thiếu ăn, thiếu tình thương, bị bệnh tật, không được người thân chăm sóc, tinh thần bất ổn [32], [26].

Nghiên cứu của Jones và cộng sự (2013) cho thấy, trong khi lao động di cư là một phương kế giúp các gia đình cải thiện thu nhập, thì một vấn đề liên quan đến vi phạm QTE về CSSK trong những gia đình này lại xuất hiện. Đối với nhóm trẻ em di cư theo cha mẹ, vấn đề CSSK khi bị ốm đau của trẻ em gặp nhiều thách thức vì hầu hết các gia đình này không có thẻ BHYT và không được hưởng bất cứ quyền lợi gì về an sinh xã hội tại nơi di cư lao động. Đối với nhóm trẻ em lao động di cư một mình, tình hình còn tồi tệ hơn khi các em bị ốm đau. Hầu hết các em phải tự xoay xở như tự đi mua thuốc điều trị hoặc nhờ người quen biết ở khu ở trọ mua thuốc mà không có sự thăm khám và kê đơn của nhân viên y tế. Trong khi đó, đối

với nhóm trẻ em ở lại quê, nhiều em phải đối mặt với các vấn đề về SKTT. Nghiên cứu cũng ghi nhận được những bằng chứng về CSSK sinh sản kém ở những trẻ em gái, đặc biệt là vấn đề vệ sinh kinh nguyệt [128].

Cha mẹ thiếu thời gian dành cho việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ em

Gánh nặng kiếm sống trong nền kinh tế thị trường đã tạo nên những khó khăn về thời gian chăm sóc con của cha mẹ, điều này cũng có những ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em. Điều tra gia đình Việt Nam 2006 cho thấy, có 21,5% người cha và 6,8% người mẹ (có con dưới 15 tuổi), không có thời gian chăm sóc con cái. Thông tin định tính của điều tra cho thấy nguyên nhân thiếu thời gian chăm sóc con chủ yếu do gánh nặng kiếm sống [10, tr. 104-105].

Nghiên cứu về những khó khăn trong chăm sóc trẻ em ở gia đình thành phố hiện nay, tác giả Nguyễn Thị Quyên (2009) cũng cung cấp những thông tin khá phù hợp với Điều tra Gia đình Việt Nam 2006 về thực tế cha mẹ thiếu thời gian dành cho trẻ em: Trong mẫu điều tra có tới 40,8% các phụ huynh gặp phải khó khăn về vấn đề thời gian. Trong tất cả các ngành nghề của cha mẹ, số thời gian trong ngày mà phụ huynh dành cho con dưới 1 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất, đặc biệt, nhóm cán bộ viên chức nhà nước gặp khó khăn nhất về vấn đề thời gian dành cho con cái, tiếp đó là nhóm làm nghề buôn bán dịch vụ. Nhóm cha mẹ nông dân cũng gặp khó khăn về thời gian nhưng mức độ khó khăn có giảm so với các nhóm nghề nghiệp khác. Nhóm cha mẹ có trình độ đại học và sau đại học có khó khăn hơn cả: có tới 56,9% ý kiến của nhóm học vấn này cho rằng họ thiếu thời gian dành cho con cái²³ [64].

Như vậy, bên cạnh những yếu tố liên quan đến đặc điểm gia đình như khu vực sống, mức sống, thành phần dân tộc, học vấn của gia đình thì một số vấn đề nảy sinh trong bối cảnh hội nhập kinh tế của Việt Nam như sự gia tăng bất bình đẳng xã hội, cha mẹ thiếu thời gian dành cho con, vấn đề di cư lao động là những vấn đề đáng quan tâm.

²³Mẫu khảo sát bao gồm 400 phiếu định lượng (đại diện cha mẹ/hộ gia đình) và 20 phỏng vấn sâu.

4.4 Nhà trường và các tổ chức xã hội đối với thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

4.4.1 Nhà trường đối với thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em

Nhà trường có vai trò và trách nhiệm trong thực hiện quyền CSSK trẻ em. Vận dụng lý thuyết sinh thái xã hội về sức khỏe, kết hợp với tiếp cận dựa trên cơ sở quyền, có thể xem xét vai trò và trách nhiệm của nhà trường trên một số chiều cạnh như (1) phổ biến, giáo dục kiến thức về quyền CSSK trẻ em (2) thực thi quyền CSSK trẻ em; và (3) sự phối hợp của nhà trường với các bên liên quan khác.

Nhà trường và việc phổ biến, giáo dục kiến thức về quyền CSSK trẻ em

Nhà trường là một kênh thông tin quan trọng nhất đối với trẻ em trong việc tiếp nhận các kiến thức, kỹ năng về QTE, trong đó có các quyền về CSSK trẻ em. Trong hệ thống trường học ở Việt Nam, học sinh được tiếp thu các kiến thức về quyền con người nói chung và QTE nói riêng thông qua bộ môn giáo dục công dân. Học sinh bắt đầu làm quen với các kiến thức về quyền từ các lớp ở cấp Tiểu học (bắt đầu từ lớp 3) cho tới các lớp thuộc cấp THPT, theo mức độ tăng dần lượng thông tin và mức độ cụ thể về các quyền để phù hợp với sự tiếp thu của trẻ em ở các lứa tuổi khác nhau. Các quyền về CSSK trẻ em được dạy chủ yếu ở chương trình lớp 6 và lớp 7. Nhà trường cũng phổ biến, giáo dục các kiến thức luật pháp liên quan đến QTE như Luật giáo dục, Luật BVCSGDTE, Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân, Luật Hôn nhân và gia đình. Việc phổ biến, giáo dục các kiến thức về QTE và các Bộ luật liên quan giúp học sinh nhận biết được nội dung về QTE, biết được bản phận của trẻ em trong việc tôn trọng quyền của người khác, và giúp các em nhận thức được trách nhiệm của cha mẹ, thầy cô giáo và những người xung quanh đối với thực hiện QTE và nhận biết được các hành vi vi phạm QTE.

Hiện nay chưa có các nghiên cứu quy mô quốc gia để đánh giá hiệu quả việc phổ biến, giáo dục kiến thức về QTE tại các trường học ở Việt Nam. Tuy nhiên, một số cuộc điều tra mẫu đã cung cấp những thông tin cho thấy tỷ lệ trẻ em biết về QTE khá cao. Nghiên cứu của Ủy ban DSGĐTE và Viện Xã hội học cho thấy có 4 nội dung về QTE mà trẻ em có tỷ lệ nhận thức cao là: “Là những gì trẻ em cần có để được sống và lớn lên một cách lành mạnh, an toàn: (80.8%), tiếp đó là “Là

những điều ghi trong Công ước Quốc tế hoặc các Luật của Việt Nam nhằm chăm sóc, bảo vệ trẻ em”(74.2%), “Là những gì trẻ em được hưởng từ gia đình, nhà trường, xã hội” (72.7%) và “Là sự đảm bảo được bảo vệ, chăm sóc và tự chủ tham gia vào phát triển” (69.7%). Mặc dù vậy, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nhìn chung trẻ em nhận thức về QTE chưa sâu, chưa đồng đều về nội dung của các QTE [87].

Dữ liệu nghiên cứu của Viện NC Gia đình và Giới (2016) cho biết, số lượng trung bình nội dung quyền mà trẻ em biết hoặc nghe nói đến là khoảng 4,3 quyền trong tổng số 11 quyền cơ bản được khảo sát. Số trẻ biết tất cả 11 quyền là rất thấp (2,1%) và có khoảng 2,9% trẻ không biết đến bất cứ một quyền nào, 3,5% biết đến 1 quyền; nhìn chung tỷ lệ trẻ em có biết 2 đến 5 quyền là phổ biến (70%); 23,5% số trẻ biết đến 6-11 quyền. Tỷ lệ trẻ em biết về quyền CSSK trẻ em là khá cao: 86,8%. Nghiên cứu này đã cung cấp thông tin cho thấy *nhà trường đóng vai trò chủ chốt trong việc phổ biến kiến thức về QTE cho trẻ em*. Đa số trẻ em biết các thông tin về QTE từ trường học và có gần một nửa số trẻ biết về QTE qua Báo/Tạp chí/ Sách tham khảo/ Internet (47,9%) và 43,5% ở TV/đài, 20,9% biết và trên dưới 1/5 số trẻ biết từ người thân bạn bè (20,9% và 17,1% từ loa phát thanh phường/ xã). Trong nhà trường hiện nay cũng có nhiều hoạt động truyền thông về QTE như tổ chức cuộc thi, diễn đàn về QTE [72].

Ghi nhận những ý kiến từ người dân, bao gồm cả trẻ em và giáo viên cho thấy vai trò quan trọng của nhà trường đối với việc phổ biến, giáo dục kiến thức về QTE cho trẻ em, nhưng cũng cho thấy sự khác biệt giữa trẻ em đô thị và trẻ em nông thôn trong tiếp cận các kiến thức về QTE từ nhà trường, theo xu hướng trẻ em ở đô thị biết đến QTE nhiều hơn trẻ em nông thôn.

Một số dữ liệu định tính cho thấy, việc dạy về QTE trong môi trường học đường là quan trọng: “*Nhà trường nên dạy cho chúng em về quyền trẻ em*”; “*trẻ em cần phải biết mình có quyền gì để khi bố mẹ vi phạm quyền thì mình biết mà giải thích với bố mẹ*”; “*thầy cô dạy về quyền trẻ em thì em thấy cũng phù hợp*” (TLN HS nam, THCS, tp Ban Mê Thuột, Đắk Lắk); “*Giáo dục cho các em về quyền và bổn phận là cần thiết để các em phát triển toàn diện*” (PVS, đại diện BGH, Trường THCS, tp Ban Mê Thuột, Đắk Lắk).

Tuy nhiên, có những bằng chứng từ nghiên cứu định tính cho thấy, việc phổ biến, giáo dục cho học sinh có thể chưa phù hợp về mặt phương pháp và nội dung. Qua trao đổi với học sinh, các em tỏ ra rất lúng túng khi nói về QTE mà các em đã được học, đặc biệt là các em học sinh ở khu vực nông thôn, và khu vực miền núi. Những chia sẻ của các em trong các thảo luận nhóm thường là “*có học nhưng mà quên*”, “*được học rồi nhưng không nhớ*”, “*hình như chưa được học*”... (Trích từ TLN HS nữ THCS và TLV HS nam THCS, xã Bông K' Rang, Đắc Lắc).

Tính hiệu quả của việc phổ biến, giáo dục kiến thức về QTE cho học sinh bị hạn chế là do cách dạy chưa hấp dẫn học sinh, chưa có biện pháp để các em có thể thấm thấu kiến thức một cách hiệu quả. Chia sẻ từ thảo luận với học sinh cho thấy, cách phổ biến về QTE trong nhà trường nghèo nàn về nội dung, các thầy cô nói và học sinh ghi chép, học sinh không có điều kiện để thảo luận, các ví dụ xa với thực tế: “*Tụi con thấy học môn này không hấp dẫn, kiến thức khô khan*”, “*thầy cô đọc và tụi con chép thôi, tụi con có thảo luận gì đâu*”, “*các ví dụ trong sách giáo khoa cứ xa vời thế nào í, con không nhớ rõ*” (Tóm lược từ TLN nữ học sinh, THCS, tp Ban Mê Thuột, Đắc Lắc). Ngoài ra các em cũng cho rằng việc dạy về QTE đôi khi không thuyết phục học sinh vì thầy cô vi phạm QTE, gây tâm trạng bức xúc và không tin tưởng ở việc thực hiện QTE ở trường học, như chia sẻ từ TLN HS nữ: “*Thầy cô dạy về quyền trẻ em nhưng một số thầy cô vi phạm quyền trẻ em. Đến tuổi bọn con mà vẫn bị nằm lên bàn đánh, mỗi đứa 3, 4, 5 cây gì đó*”, “*Em thấy đến tuổi của bọn em mà bạn nữ phải nằm lên bàn thì nó bị xúc phạm*”, “*Đánh là vi phạm quyền trẻ em mà sách giáo khoa nói là không được đánh đập trẻ em. Nhiều khi thấy bức xúc. Con không phục*”, “*...thầy đánh luôn, thầy có một cây gỗ to như thế này, đứa nào hư thầy đem vọt luôn*”, “*Nếu là thầy cô thì em thấy là nên làm gương vì tụi em cũng được cô giáo chủ nhiệm dạy là phải tôn trọng người khác, đây chính là quyền trẻ em*” (Trích từ TLN HS nữ THCS, tp. Ban Mê Thuột, Đắc Lắc).

Nhà trường và việc thực thi quyền CSSK trẻ em

Như đã đề cập (tại mục 4.2), nhằm thực thi quyền CSSK trẻ em trong môi trường học đường, Nhà nước Việt Nam đã ban hành nhiều văn bản về chương trình y tế trường học, đây là những cơ sở pháp lý để thực thi quyền CSSK trẻ em trong

trường học, đồng thời cũng cho thấy trách nhiệm quan trọng của nhà trường trong lĩnh vực này. Những quy định về phòng y tế trường học, tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho học sinh, thực hiện các quy định về điều kiện vệ sinh trường học, truyền thông nâng cao sức khỏe phòng chống bệnh tật học đường là những nội dung quan trọng mà các trường có trách nhiệm thực hiện.

Đánh giá của ngành giáo dục về kết quả thực hiện y tế trường học năm 2015 đã cung cấp số liệu cho thấy hệ thống phòng y tế trong các trường học đã dần dần được kiện toàn và thành lập mới, tỷ lệ có trường có phòng y tế năm 2006 là 47,49% đã tăng lên thành 49,3% vào năm 2015. Hệ thống các trường học và cơ sở giáo dục đã tổ chức tốt các hoạt động khám sức khỏe định kỳ và phân loại sức khỏe cho học sinh ít nhất mỗi năm hai lần đối với mầm non và một lần đối với học sinh phổ thông. Thực hiện kịp thời công tác BHYT cho học sinh, công tác vệ sinh môi trường học đường, phòng chống các dịch bệnh học đường, đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm, phòng chống suy dinh dưỡng cho học sinh [1]. Năm 2015, có 70% số trường học từ cấp mầm non đến phổ thông đã tổ chức khám sức khỏe định kỳ (tăng 33,3% so với năm 2010). Tổng hợp số liệu từ 57 tỉnh/thành cho thấy năm 2014, có gần 80% tổng số học sinh trên toàn quốc đã được tuyên truyền về các biện pháp phòng bệnh (tăng 67% so với năm 2010), tỷ lệ trường có đủ nước sinh hoạt đạt 77,6%, 82,8 % số trường có nước uống cho học sinh, 81,9% trường có nhà tiêu hợp vệ sinh [2].

Tuy nhiên, cũng theo các số liệu từ ngành y tế và ngành giáo dục cho thấy, công tác y tế trường học còn gặp nhiều khó khăn và là những thách thức đối với thực hiện quyền CSSK trong môi trường học đường. Cho đến nay vẫn có trên 50% trường học chưa có phòng y tế. Tại các trường có bếp ăn và căng tin, qua kết quả kiểm tra tại 55 tỉnh/thành (do TTYTDP cấp tỉnh, huyện hoặc trạm y tế xã thực hiện) chỉ có trên 50% các trường đạt các tiêu chí về vệ sinh an toàn thực phẩm, tỷ lệ trường có nguồn thực phẩm rõ ràng chỉ đạt 47.6% [16].

Đánh giá của Cục YTDP về y tế trường học cho thấy, nhiều tỉnh, thành phố chưa quan tâm đúng mức đến công tác CSSK cho học sinh tại trường học; Điều kiện CSSK cho học sinh tại các trường còn hạn chế, thiếu cán bộ đủ năng lực, thiếu

trang thiết bị chuyên môn cần thiết; Điều kiện vệ sinh trường học nhiều nơi, nhất là ở khu vực nông thôn, vùng núi, vùng sâu, xa chưa đáp ứng yêu cầu, nguy cơ dịch bệnh còn cao; Truyền thông giáo dục sức khỏe, dinh dưỡng, rèn luyện thể lực chưa được quan tâm đúng mức; Kinh phí đảm bảo cho CSSK học sinh còn hạn chế [16].

Những thông tin định tính thu được từ các địa bàn khảo sát cho thấy những thách thức và khoảng cách giữa chính sách và việc thực hiện trong thực tế đối với y tế trường học. Tình trạng phòng học không đủ ánh sáng, cơ sở vật chất nghèo nàn, thiếu trang thiết bị, thiếu sân chơi, nhà vệ sinh không đủ tiêu chuẩn vệ sinh, v.v.. là những hiện tượng phổ biến, và là nguy cơ ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe của học sinh, đặc biệt là khu vực nông thôn miền núi. Một trong những lý do của tình trạng này được giáo viên chia sẻ là *“do thiếu kinh phí, chủ trương thì tốt nhưng cần phải có thời gian... rất nhiều trường có khó khăn về kinh phí. Điều kiện nó chỉ có đến thế. Các trường vùng sâu vùng xa là khó khăn nhất”* (PVS giáo viên, THCS, tp Ban Mê Thuột, Đắk Lắk).

Hộp 4.14 Những thách thức về cơ sở vật chất đối với y tế học đường

“ Cơ sở vật chất của trường thiếu thốn, thiếu chỗ chơi cho các cháu” (PVS, giáo viên, THCS, Củ Chi, tp HCM)

“ Trời cứ mưa dầm dề này nó [nhà vệ sinh] bốc lên tới tận lớp. Lớp cháu là gần phòng vệ sinh luôn, trời oi còn bị đập phá bể kính nữa, phòng vệ sinh mùi khiếp, trưa nắng nó bốc vô phòng nặng luôn. Bốc mà không thể học được luôn. Cô giáo cũng phải đi ra ngoài hóng gió cho đỡ ấy, còn bọn cháu thì ngồi trong lớp vừa phải ngửi cái mùi đó và vừa phải làm bài” (TLN học sinh nữ, 11-15 tuổi, P. Thắng Lợi, Buôn Mê Thuột, Đắk Lắk).

“ Nhà vệ sinh dơ quá, sợ không dám đi, ảnh hưởng đến sức khỏe học sinh. Ảnh hưởng nhất là nhà vệ sinh” (TLN nữ học sinh, 11-15t, Củ Chi, tp HCM)

“Thiết bị học tập không đủ, không có phòng thí nghiệm”; “[nhà vệ sinh] dơ quá không ai đi. Có một số bạn gần nhà chạy về nhà, không thì nhịn (TLN, HS nữ, THCS, xã Bông K' Rang, Đắk Lắk)

Nguồn: Dữ liệu của Viện NC GD& Giới

Sự phối hợp của nhà trường với gia đình, chính quyền và các tổ chức đoàn thể trong thực hiện quyền CSSK trẻ em

Về trách nhiệm phối hợp với gia đình, những kênh liên hệ giữa nhà trường với các gia đình bao gồm họp phụ huynh, trao đổi qua sổ liên lạc, qua điện thoại, gặp gỡ trực tiếp giữa nhà trường/giáo viên với phụ huynh học sinh. Kết quả nghiên

cứu thực địa cho thấy, hình thức chủ yếu mà nhà trường phối hợp với gia đình là trao đổi thông qua họp phụ huynh (cả ở khu vực đô thị và nông thôn). Hình thức trao đổi qua điện thoại chủ yếu là ở khu vực đô thị. Việc gặp gỡ trực tiếp giữa nhà trường/giáo viên với gia đình là hình thức ít phổ biến nhất. Tuy nhiên, hầu hết sự giao tiếp giữa nhà trường với gia đình là về tình hình/kết quả học tập, sự tu dưỡng, rèn luyện đạo đức của học sinh, các vấn đề liên quan đến thực hiện quyền CSSK hầu như không có, ngoại trừ đối với nhóm trẻ em đang học mẫu giáo. Theo kết quả nghiên cứu mẫu của Sở VHTTDL và Viện NC Gia đình và Giới (2013), trong sự phối hợp giữa nhà trường và gia đình, thì hoạt động phổ biến nhất là được giáo viên “thông báo, trao đổi với gia đình về kết quả học tập của học sinh” thông qua họp phụ huynh và điện thoại/số liên lạc (89,7%), tiếp đến là việc phối hợp quản lý thời gian của học sinh (32,2%); phối hợp uốn nắn các hành vi sai phạm (20,9%) hoặc tổ chức dã ngoại, tham quan (15,9%) [66]. Nghiên cứu gần đây của Viện NC Gia đình và Giới cũng cung cấp các thông tin cho thấy, việc phối hợp giữa nhà trường và gia đình chủ yếu là để phối hợp trong giáo dục con cái, nội dung ưu tiên nhất là vấn đề học tập của con, tiếp đến là phòng ngừa các con em sa vào tệ nạn xã hội, bỏ học đi chơi game [73]. Như vậy, trong sự phối hợp của nhà trường với gia đình, mối quan tâm tới thực hiện quyền CSSK trẻ em không được đề cao so với các vấn đề khác liên quan tới quyền về học tập, quyền được phát triển của trẻ em.

Tương tự như trong phối hợp với gia đình, *công tác phối hợp của nhà trường với chính quyền và đoàn thể ở cộng đồng* trong thực hiện quyền CSSK trẻ em chưa được rõ nét. Ghi nhận từ khảo sát thực tế cho thấy, lãnh đạo các trường học tại địa bàn nghiên cứu có tham dự các cuộc họp giao ban với chính quyền tại cấp cơ sở nhưng chủ yếu là tham gia các ý kiến về công tác sinh hoạt hè cho học sinh, vận động trẻ em đến trường đầy đủ vào các dịp đầu năm học, vận động gia đình có trẻ em bỏ học và có nguy cơ bỏ học. Liên quan đến thực hiện quyền CSSK, quan sát được rõ nhất là sự phối hợp giữa khối trường mầm non/mẫu giáo với các chính quyền và đoàn thể ở cấp cơ sở, cụ thể là với UBND xã, Trạm y tế xã và Hội PN trong phổ biến kiến thức về chế độ dinh dưỡng cho trẻ nhỏ, như chia sẻ sau của một đại diện trường Mầm non: “*Ban giám hiệu có sự phối hợp thường xuyên với các*

anh bên ủy ban nhân dân, bên trạm [y tế], đặc biệt là các chị bên Hội phụ nữ để phổ biến, tập huấn cho các mẹ về chế độ dinh dưỡng cho trẻ nhỏ” (PVS, đại diện Ban giám hiệu, Trường Mầm non Hạ Bằng, HN).

Nghiên cứu gần đây của Viện Gia đình và Giới đã nhận định rằng, sự phối hợp của nhà trường với chính quyền và đoàn thể địa phương trong thực hiện QTE chủ yếu nhấn mạnh đến quyền học tập, quyền bảo vệ trẻ em khỏi các hành vi nguy cơ như xâm hại tình dục trẻ em, nghiện game trực tuyến, lạm dụng ma túy, mà còn ít quan tâm đến các quyền vui chơi giải trí và CSSK [66].

Phối hợp của nhà trường đối với các tổ chức, công ty và doanh nghiệp

Những năm gần đây, hệ thống các trường học ở Việt Nam đã phối hợp với nhiều cơ quan, tổ chức để thực hiện những chương trình CSSK học đường, bao gồm công tác phòng chống bệnh tật học đường và cải thiện dinh dưỡng cho trẻ em. Hệ thống các trường học đã thực hiện nhiều dự án, chương trình do các Tổ chức quốc tế tài trợ. Ví dụ, dự án mô hình chăm sóc mắt toàn diện cho học sinh và phát kính cận thị cho trẻ em nghèo (từ năm 2010, cho các trường học ở 21 tỉnh/thành thuộc dự án) do The Fred Hollows (FHF) tài trợ, hay như hệ thống dự án phát triển dinh dưỡng học đường cho trẻ em mầm non, tiểu học, THCS tại một số tỉnh của dự án Save the Children. Ngoài ra, các trường học cũng phối hợp với các công ty/doanh nghiệp thực hiện các mô hình/chương trình nha khoa học đường. Ví dụ, dự án chăm sóc nha khoa học đường do Công ty Colgate Việt Nam hỗ trợ khám và chữa răng cho học sinh, phát kem đánh răng cho 2 triệu học sinh lớp 1 trên toàn quốc [2].

Các trường học cũng đã triển khai *Chương trình Sửa học đường từ năm 2011*, sau khi Chính phủ ban hành Quyết định 641/QĐ-TTg, ngày 28/4/2011 Về việc phê duyệt Đề án tổng thể phát triển thể lực, tầm vóc người Việt Nam giai đoạn 2011 – 2030. Chương trình Sửa học đường là một trong các giải pháp của đề án nhằm tăng cường dinh dưỡng, cải thiện thể lực của trẻ em lứa tuổi mẫu giáo và tiểu học. Chương trình này đặc biệt quan tâm đến trẻ em ở các địa phương nghèo, trẻ em thuộc các hộ gia đình nghèo, cận nghèo. Từ tháng 7/2016, Chương trình Sửa học đường chính thức trở thành Chương trình có quy mô trên toàn quốc gia theo quyết định số 1340/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ (ngày 8/7/2016), mục tiêu là cải

thiện dinh dưỡng, nâng cao tầm vóc, thể lực của trẻ em mẫu giáo và tiểu học thông qua hoạt động uống sữa hàng ngày. Trong thời gian tới, hệ thống các trường học của Việt nam sẽ đảm nhận thêm các trách nhiệm liên quan đến thực hiện Chương trình Sữa học đường bên cạnh các Chương trình y tế trường học.

Như vậy, nhà trường có vai trò quan trọng trong phổ biến nhận thức, kiến thức và thực thi quyền CSSK trẻ em. Mặc dù có những khoảng trống giữa quy định về mặt luật pháp và chính sách với việc thực hiện các trách nhiệm của nhà trường đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em, song nhà trường vẫn là nhân tố tích cực trong đảm bảo thực hiện quyền CSSK trẻ em trong môi trường học đường, cũng như trong các hoạt động phối hợp với gia đình, chính quyền và các TCXH, các doanh nghiệp trong thực hiện quyền CSSK trẻ em.

4.4.2 Các tổ chức xã hội đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em

Bên cạnh hệ thống quản lý nhà nước về thực hiện QTE bao gồm các bộ, ban, ngành và nhà trường như đã đề cập ở, công tác thực hiện QTE ở Việt Nam còn có sự tham gia phối kết hợp của các tổ chức xã hội (TCXH)²⁴. Các TCXH có vai trò rõ và tích cực nhất trong công tác truyền thông nâng cao nhận thức và vận động cộng đồng thực hiện luật pháp, chính sách và các hoạt động đảm bảo thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm vấn đề liên quan đến tiêm phòng cho trẻ em, CSSK thai sản, chế độ dinh dưỡng phù hợp cho trẻ em, nuôi con bằng sữa mẹ, kiến thức phòng bệnh cho trẻ em v.v.. cũng như công tác phối hợp với các ban, ngành chuyên trách về trẻ em hoặc liên quan đến công tác CSSK trẻ em ở cộng đồng.

Hệ thống TCXH ở Việt Nam bao gồm các tổ chức chính trị- xã hội mang tính chính thống của Nhà nước, nằm dưới sự lãnh đạo của Đảng và Nhà nước (Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Hội Liên hiệp phụ nữ (LHPN) Việt Nam, Đoàn thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh (Đoàn TN), Hội Cựu chiến binh...), các NGOs, các nhóm xã hội (Câu lạc bộ, tổ/nhóm sinh hoạt ở khu dân cư), các tổ chức tôn giáo, và các tổ

²⁴ “Tổ chức xã hội” là một khái niệm phức tạp, có những cách hiểu khác nhau về khái niệm này, phụ thuộc vào quan điểm của nhà nghiên cứu. Luận án này sử dụng thuật ngữ “tổ chức xã hội” để chỉ các tổ chức chính trị- xã hội (hay đoàn thể) của Việt Nam, các tổ chức NGOs, các tổ chức tôn giáo, nhóm cộng đồng... đang hoạt động ở Việt Nam. Những tổ chức này có thể phân loại theo các cách phân loại khác, và khi đó sẽ không ở trong cùng một nhóm nữa. Ví dụ, các tổ chức chính trị-xã hội, các tổ chức xã hội-nghề nghiệp, các tổ chức tự nguyện của công dân, các tổ chức xã hội dân sự, các tổ chức phi chính phủ, các nhóm/ hội nghề nghiệp, nhóm/hội cùng sở thích...

chức quốc tế. Những TCXH này đóng vai trò ngày càng đa dạng và góp phần thúc đẩy thực hiện các QTE trong đó có các quyền về CSSK trẻ em ở Việt Nam.

4.4.2.1 Vai trò của tổ chức chính trị- xã hội trong thực hiện quyền CSSK trẻ em

Các tổ chức chính trị- xã hội ở Việt Nam, còn được gọi là các tổ chức quần chúng, hay tổ chức đoàn thể. Những tổ chức này có tính chất khác với hệ thống các TCXH dân sự hay các tổ chức phi chính phủ (NGOs) theo cách hiểu thông thường của quốc tế, bởi chủ trương, đường lối hoạt động của các tổ chức này nằm dưới sự lãnh đạo của Đảng và Nhà nước, và là thành viên của Mặt trận Tổ quốc Việt Nam. Kinh phí hoạt động chủ yếu dựa vào nguồn NSNN. Các tổ chức này gắn kết chặt chẽ với nhau và có mạng lưới rộng khắp toàn quốc và được tổ chức theo thứ tự cấp bậc, từ Trung ương, tới Tỉnh/thành phố, quận/huyện, và phường/xã.

Đối với các tổ chức chính trị- xã hội (sau đây sẽ gọi là tổ chức đoàn thể theo cách gọi phổ biến nhất) thì vai trò chỉ đạo của nhà nước là rất quan trọng, vì chính nhà nước thiết lập khuôn khổ chính thức cho các tổ chức đoàn thể này. Các chính sách của Nhà nước về quyền CSSK trẻ em khi triển khai thực hiện ở địa phương thì đều có sự tham gia phối kết hợp của hệ thống các tổ chức đoàn thể, do vậy, các tổ chức này có vai trò quan trọng trong việc phối hợp với các ban, ngành thuộc hệ thống dọc về quản lý nhà nước về thực hiện QTE.

Cụ thể, trên cơ sở các văn bản, chủ trương, hướng dẫn của cấp trên, các cán bộ chuyên trách về công tác BVCSTE thuộc ngành dọc cấp xã/phường có nhiệm vụ xây dựng Chương trình hành động vì trẻ em của xã/phường, vạch kế hoạch cụ thể hàng năm về công tác BVCSTE trình UBND xã/phường và cơ quan quản lý theo ngành dọc cấp quận/huyện phê duyệt, đồng thời tổ chức phối hợp liên ngành (ví dụ ngành y tế, ngành giáo dục) và các tổ chức đoàn thể để thực hiện kế hoạch cũng như tổ chức triển khai, kiểm tra, giám sát việc thực hiện luật pháp, chính sách bảo vệ, chăm sóc, giáo dục trẻ em; tổ chức xây dựng mạng lưới thu thập thông tin và báo cáo thường xuyên với cấp trên theo ngành dọc về công tác BVCSTE về tình hình thực hiện các chủ trương, chính sách của Đảng và nhà nước đối với trẻ em tại cộng đồng. Qua cơ chế hoạt động như vậy, chúng ta có thể hình dung vai trò quan trọng

của các tổ chức đoàn thể ở cộng đồng trong việc phối hợp với các ban, ngành ở địa phương để thực hiện các hoạt động liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Hệ thống tổ chức đoàn thể triển khai các chiến dịch và phong trào do Đảng và Nhà nước khởi xướng nhưng cũng thực hiện rất nhiều các dự án phát triển, trong đó có các dự án liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em. Trong hệ thống các tổ chức đoàn thể thì Hội LHPN và Đoàn TN có vai trò chủ chốt trong việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, bởi chức năng và nhiệm vụ của những tổ chức này có nhiều hoạt động liên quan đến công tác BVCSTE.

Hội Liên hiệp Phụ nữ là một lực lượng chủ chốt trong việc tuyên truyền và hỗ trợ ngành y tế trong công tác CSSK trẻ em. Ở cấp Trung ương, Hội LHPN là một trong số thành viên của Ủy ban điều hành quốc gia về các chương trình dinh dưỡng và sức khỏe cho trẻ em và bà mẹ. Tại cấp cơ sở, Hội PN luôn là lực lượng nòng cốt và tích cực trong việc thúc đẩy thực hiện quyền CSSK trẻ em thông qua việc vận động các gia đình cho trẻ em tiêm chủng đầy đủ, phổ biến các kiến thức về SKSS, CSSK bà mẹ và thai nhi, phổ biến các kiến thức về chế độ chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em, tuyên truyền nuôi con bằng sữa mẹ và triển khai các hoạt động thuộc các chương trình quốc gia như chương trình phòng chống thiếu Vitamin A, Chương trình phòng chống thiếu máu dinh dưỡng, Chương trình phòng chống thiếu hụt Iốt, Chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính cho trẻ em v.v.. Hội PN cũng phối hợp với ngành tư pháp phổ biến, tuyên truyền pháp luật, chính sách về thực hiện quyền CSSK trẻ em, ví dụ như các chính sách khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em và trách nhiệm của cha mẹ trong CSSK trẻ em.

Đoàn Thanh niên tham gia thực hiện quyền CSSK trẻ em thông qua các hoạt động, phong trào Đoàn và phong trào thanh thiếu nhi được triển khai rộng khắp trên toàn quốc. Đặc biệt, Đoàn Thanh niên tham gia tích cực vào các hoạt động chăm sóc trẻ em nghèo, trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, tổ chức các hoạt động văn hóa, văn nghệ, vui chơi, giải trí, thể dục thể thao, sinh hoạt hè,... cho trẻ em tại địa phương. Trong lĩnh vực thực hiện quyền CSSK trẻ em, Đoàn Thanh niên thường phối hợp với Hội Phụ nữ trong các hoạt động tuyên truyền về QTE, các hoạt động CSSK và dinh dưỡng trẻ em, CSSK sinh sản, phòng tránh tảo hôn.

Trong thực tiễn hoạt động các tổ chức đoàn thể này cũng còn gặp nhiều khó khăn, hạn chế liên quan đến kinh phí, cơ chế phối hợp giữa các ban ngành đoàn thể, mức độ quan tâm của người dân, chế độ đãi ngộ cho người tập huấn, khó khăn trong việc đi lại, đặc biệt là khu vực nông thôn miền núi. Trong các thảo luận với nhóm cán bộ đoàn thể ở các địa phương, những khó khăn liên quan đến kinh phí để tổ chức các chiến dịch truyền thông về dinh dưỡng và CSSK cho trẻ em thường được đề cập nhiều nhất. Hoạt động truyền truyền về quyền CSSK trẻ em thường phải tổ chức lồng ghép với các chương trình khác, nhiều khi phải kết hợp với các cuộc họp thôn/xóm do chính quyền tổ chức, hoặc các cuộc họp của do đoàn thể tổ chức nhưng lại không có chủ đề và đối tượng đến tham dự, do vậy người tham dự không quan tâm đến nội dung về CSSK trẻ em Ngoài ra, nhận thức của người dân về sự cần thiết phải tham gia các cuộc họp phổ biến, tuyên truyền về CSSK cho trẻ em ở cộng đồng vẫn còn hạn chế.

Hộp 4.15 Khó khăn trong tuyên truyền về CSSK trẻ em cộng đồng

“... bây giờ á khó khăn thiếu kinh phí là quan trọng nhất vì có kinh phí mình mới đẩy mạnh công tác truyền thông ở cơ sở...” (PVS cán bộ cơ sở xã Bông K Rang, Đắc- Lắc).

“ Thường thì hội lồng ghép tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em vào các chương trình khác của hội. Thì đương nhiên là phải lồng ghép tuyên truyền rồi, phải lồng ghép vào các nội dung khác, vì mình không có điều kiện làm riêng, rồi chị em đến thì cũng mong muốn có những lợi ích sát sườn với họ, mình thông báo là họp về dinh dưỡng cho trẻ em thì cũng chỉ một số chị em có con nhỏ thì quan tâm thôi, có những chị em có con nhỏ cũng không tham gia đâu, cái này là tùy thuộc vào ý thức của chị em hội viên, nên là nhiều khi phải lồng ghép” (TLN cán bộ Hội PN, Đắc- Lắc).

Nguồn: Tư liệu của Viện NC GD& Giới

Ghi nhận từ nghiên cứu định tính ở các địa phương cũng cho thấy khó khăn, hạn chế trong công tác tuyên truyền về quyền CSSK trẻ em ở cộng đồng xuất phát từ sự quá tải công việc của cán bộ đoàn thể. Đoàn thể nào cũng có những nhiệm vụ gắn với chức năng riêng và chỉ sự chỉ đạo về các hoạt động của ngành dọc của mình. Điều này dẫn đến thực trạng ở một số nơi, hoạt động tuyên truyền chỉ mang tính hình thức, hoặc nếu có phối hợp được thì cũng đòi hỏi đội ngũ cán bộ cơ sở phải rất nhiệt tình, hy sinh nhiều thời gian cá nhân. Ngoài ra, hiệu quả của công tác

tuyên truyền về quyền CSSK trẻ em cũng bị ảnh hưởng bởi những hạn chế liên quan nhận thức và kỹ năng của đội ngũ cán bộ đoàn thể.

Hộp 4.16 Khó khăn trong công tác phối hợp thực hiện quyền CSSK trẻ em ở cộng đồng

“... Cái phối hợp là nhiều khó khăn. Ban ngành nào cũng có chức năng, nhiệm vụ của ngành dọc mình rồi, bên hội làm rất nhiều hoạt động về bà mẹ và trẻ em. Cán bộ cũng nhiệt tình nhưng nhiều khi khó khăn lắm, ở dưới cơ sở rất khó khăn... rồi trách nhiệm phối hợp nói vậy chứ cũng còn nhiều điểm không cụ thể, công tác triển khai nhiều khi cũng mắc lắm” (TLN cán bộ Hội Phụ nữ, Đắc- Lắc).
“Em thấy cũng khó khăn về tuyên truyền các nội dung về quyền trẻ em, vì bên em không được tập huấn về kiến thức này. Quyền trẻ em thì tụi em cũng chỉ biết chung chung về quyền học tập, quyền được vui chơi giải trí” (PVS cán bộ Đoàn Thanh niên, Xã Bông Krang, Đắc- Lắc).
“ Về chăm sóc sức khỏe trẻ em thì bên Đoàn em tham gia cũng chừng mực thôi. Bên trạm y tế và các cô bên Hội phụ nữ là chủ yếu. Khi nào các cô cần hỗ trợ thì chúng em cũng tham gia nhiệt tình” (PVS cán bộ Đoàn TN, xã Hạ Bằng, HN).

Nguồn: tư liệu của Viện NC GD& Giới

Có thể nói, các tổ chức đoàn thể ở cấp cơ sở có vai trò quan trọng và tích cực trong việc thúc đẩy thực hiện quyền CSSK trẻ em, mặc dù trong thực tiễn thực hiện còn gặp nhiều khó khăn.

4.4.2.2 Vai trò của các tổ chức NGOs và các tổ chức xã hội khác

Bên cạnh hệ thống các tổ chức thuộc hệ thống chính trị- xã hội của Nhà nước, các tổ chức phi chính phủ (NGOs) quốc tế và trong nước, các tổ chức xã hội dân sự khác cũng góp phần quan trọng vào việc thúc đẩy thực hiện QTE, trong đó có quyền CSSK trẻ em. Tùy theo phạm vi chức năng, mỗi TCXH có những hoạt động mang màu sắc riêng trong công tác chăm sóc, bảo vệ trẻ em, nhưng tất cả đều hướng tới một mục đích chung là làm thế nào để thực hiện tốt và đầy đủ các quyền của trẻ em.

Các Tổ chức quốc tế đang làm việc ở Việt nam có những đóng góp quan trọng cho các kết quả thực hiện QTE ở Việt Nam trong suốt những năm qua, kể từ khi Việt Nam tham gia phê chuẩn Công ước về QTE, trong đó các Tổ chức thuộc hệ thống cơ quan LHQ có vai trò quan trọng hàng đầu thông qua các hoạt động xây dựng năng lực, hỗ trợ kỹ thuật, chia sẻ kinh nghiệm quốc tế trong việc thực hiện QTE, cũng như hỗ trợ tài chính để thực hiện các chương trình, mô hình dự án can thiệp thực hiện QTE ở Việt Nam.

Bên cạnh hệ thống cơ quan của Liên hợp quốc, mà tiêu biểu là UNICEF, có nhiều tổ chức NGOs quốc tế đang hoạt động trên lĩnh vực về trẻ em. Theo UNICEF (2010), có nhiều tổ chức hoạt động tích cực trong việc thúc đẩy quyền trẻ em ở Việt Nam như Tổ chức Cứu trợ Trẻ em (Save the Children), Tầm nhìn Thế giới (World Vision), Quỹ Trẻ em (Child Fund), OXFAM, Plan International v.v.. [84]. Các tổ chức này hỗ trợ việc thực hiện QTE ở Việt Nam thông qua nhiều hoạt động như đẩy mạnh sự tiếp cận các dịch vụ một cách bình đẳng, tiến hành các hoạt động tuyên truyền ủng hộ QTE.

Một số tổ chức quốc tế đã hỗ trợ Việt Nam thực hiện nhiều chương trình cải thiện dinh dưỡng và nâng cao sức khỏe cho trẻ em Việt Nam. Ví dụ như, các dự án Các tổ chức UNICEF, WHO, Save Children Alliance (của Hoa Kỳ, Anh, Nhật Bản, Australia, Thụy Điển) và Chương trình Trẻ em và Phát triển (E&D) với những hoạt động tập trung vào việc giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, giảm tỷ lệ SDD trẻ em thông qua nhiều mô hình khác nhau [25]. Các tổ chức quốc tế cũng ưu tiên thực hiện các dự án nhằm cải thiện tình hình sức khỏe của trẻ em các vùng còn nhiều khó khăn của Việt Nam, đặc biệt là các vùng miền núi, vùng sâu, vùng xa [167]²⁵.

Các tổ chức NGOs trong nước và các tổ chức, nhóm xã hội khác

Các tổ chức NGOs trong nước ngày càng tham gia tích cực vào các hoạt động liên quan đến thực hiện QTE, đặc biệt là thông qua việc tìm kiếm các nguồn hỗ trợ tài chính và kỹ thuật để thực hiện các hoạt động nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc, bảo vệ trẻ em cho chính trẻ em và người dân cộng đồng, qua đó góp phần vào việc thực hiện các quyền CSSK trẻ em. Tuy nhiên, do hạn chế về nguồn lực, cả vật chất và con người, nên mức độ tác động đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em chưa nhiều, chủ yếu mới chỉ tập trung ở các dự án và hoạt động quy mô nhỏ, tập trung nhiều vào các hoạt động mang tính từ thiện đối với các nhóm trẻ em có hoàn cảnh khó khăn như trẻ mồ côi, không nơi nương tựa, trẻ em lang thang, trẻ bị nhiễm HIV... hoặc là đối tác tham gia thực hiện các dự án về QTE do các tổ chức quốc tế tài trợ. Hầu hết các tổ chức NGOs của Việt Nam cũng chưa đảm nhận được vai trò

²⁵ Có thể xem trên trang web: www.unicef.org.

vận động chính sách, tư vấn giám sát và phản biện đối với các chủ trương chính sách của Nhà nước về QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng.

Gần đây, một số tổ chức NGOs có tôn chỉ tập trung vào việc bảo vệ QTE ở Việt Nam đã được thành lập, mà tiêu biểu là Hội bảo vệ Quyền Trẻ em Việt Nam, với những thành viên nòng cốt là những người đã hoặc đang đảm nhiệm những vị trí quan trọng trong hệ thống chính trị- xã hội liên quan đến lĩnh vực BVCSTE, những người có tiếng nói trong việc thúc đẩy thực hiện QTE ở Việt Nam. Một số tổ chức như tổ chức tôn giáo (nhà thờ, nhà chùa), mái ấm tình thương, cũng góp phần vào việc thúc đẩy thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt nam, mặc dù các hoạt động không nhằm trực tiếp vào mục đích thực hiện QTE, mà chủ yếu hướng vào các mục đích thiện nguyện. Các tổ chức này chủ yếu là nhận nuôi dưỡng và chăm sóc những trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn (trẻ em lang thang, cơ nhỡ, trẻ em mồ côi không nơi nương tựa...), dạy nghề cho trẻ em, ủng hộ tiền gây quỹ theo sự phát động quyên góp của chính quyền, các hội, đoàn thể địa phương.

Tiểu kết chương 4

Kể từ khi tham gia phê chuẩn Công ước quốc tế về QTE, nhà nước Việt Nam đã có nhiều nỗ lực trong việc thực hiện các trách nhiệm đã cam kết thông qua việc luật hóa QTE, trong đó có quyền CSSK trẻ em, xây dựng và phân bổ ngân sách, giám sát thực hiện các chính sách, chương trình liên quan đến thực hiện quyền CSSK, từng bước điều chỉnh hệ thống các cơ quan, ban, ngành chịu trách nhiệm thực hiện quyền. Nhà nước cũng đã hỗ trợ các gia đình, nhà trường và phối hợp với hệ thống các tổ chức chính trị xã hội từ cấp trung ương tới địa phương trong thực hiện các quyền CSSK của trẻ em. Trong bối cảnh thực hiện quyền CSSK trẻ em chịu nhiều tác động từ các chính sách vĩ mô khi Việt Nam tham gia hội nhập kinh tế, Nhà nước Việt Nam đã đưa ra nhiều chính sách mang tính “bê đỡ” nhằm đảm bảo để các quyền CSSK trẻ em được thực hiện hiện đối với mọi trẻ em, mà điển hình nhất là chính sách khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, cấp thẻ BHYT cho trẻ em nghèo, duy trì bao cấp trong tiêm phòng những bệnh lây nhiễm phổ biến đối với trẻ em, xây dựng các chương trình hành động quốc gia về BVCSTE với các mục tiêu ưu tiên trẻ em nghèo, trẻ em thuộc nhóm dễ bị tổn

thương nhằm hạn chế các bất bình đẳng trong tiếp cận KCB, cải thiện dinh dưỡng, phòng bệnh cho trẻ em v.v.. Tuy nhiên, thực tiễn thực hiện còn nhiều thách thức do điều kiện kinh tế- xã hội cũng như do các bất cập, hạn chế trong hệ thống tổ chức thực hiện QTE thuộc hệ thống nhà nước cả về cơ chế, chính sách cũng như đội ngũ nhân lực trong hệ thống này.

Đối với gia đình, mặc dù có sự hạn chế trong nhận thức về tính pháp lý về trách nhiệm của gia đình đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em, nhưng các gia đình đã có nhiều hành vi tích cực trong CSSK cho trẻ em mặc dù vẫn còn nhiều hạn chế và có những trách nhiệm chưa được thực hiện đầy đủ xét từ tiếp cận QTE. Số liệu thống kê và các dữ liệu khảo sát thực địa đã cung cấp nhiều bằng chứng về những hành vi tích cực và cha mẹ đã thực hiện trong quá trình thực hiện các chức năng của gia đình cũng như các trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em, ở tất cả các lĩnh vực điều trị khi con bị ốm đau, phòng chống bệnh tật và SDD, tử vong ở trẻ em, và CSSK bà mẹ và thai nhi. Tuy nhiên, việc thực hiện quyền CSSK trẻ em đối với những lĩnh vực này vẫn còn nhiều hạn chế, một bộ phận gia đình vẫn chưa thực hiện đầy đủ các trách nhiệm đối với các quyền. Đặc biệt, việc cung cấp các kiến thức, kỹ năng về SKSS cho trẻ em VTN, và vấn đề CSSK tinh thần cho trẻ em chưa được các gia đình quan tâm nhiều.

Phân tích số liệu thống kê và các dữ liệu khảo sát thực địa cho thấy việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình có mối liên hệ rõ nét với các đặc điểm cá nhân của cha mẹ, hoàn cảnh gia đình, mức sống, thành phần dân tộc, khu vực sống và những vấn đề xã hội nảy sinh từ nền kinh tế hội nhập, như bất bình đẳng về thu nhập dẫn đến bất bình đẳng trong thụ hưởng quyền CSSK của trẻ em, theo xu hướng trẻ em thuộc các gia đình có mức sống thấp, vùng nông thôn miền núi, trẻ em DTTS ở vào vị trí thiệt thòi trong tiếp cận quyền CSSK trên tất cả các lĩnh vực.

Nhà trường là một trong các bên chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em. Thực tế cho thấy, nhà trường đã có vai trò quan trọng trong việc phổ biến, giáo dục các kiến thức về QTE, trong đó có nội dung về quyền CSSK trẻ em và các bộ luật liên quan đến CSSK trẻ em. Tuy nhiên, có những bằng chứng cho thấy, việc phổ biến, giáo dục về QTE cho học sinh chưa phù hợp về mặt phương pháp và nội

dung. Việc thực thi quyền CSSK trẻ em trong môi trường học đường cũng nhiều hạn chế, có những khoảng trống giữa quy định về mặt luật pháp và chính sách với việc thực hiện các trách nhiệm của nhà trường, nguyên nhân chủ yếu là do những khó khăn về kinh phí, đặc biệt là việc thực hiện các quy định về y tế trường học.

Các tổ chức chức xã hội, bao gồm các tổ chức chính trị- xã hội (tổ chức đoàn thể), các tổ chức NGOs trong nước và quốc tế, và các tổ chức xã hội dân sự khác cũng thực hiện các trách nhiệm đối với quyền CSSK tùy theo phạm vi chức năng và mối quan tâm của tổ chức. Mỗi TCXH có những hoạt động mang màu sắc riêng trong công tác BVCSGD nhưng tất cả đều hướng tới một mục đích chung là làm thế nào để đảm bảo một cách tốt nhất cuộc sống vật chất cũng như tinh thần của trẻ em, đảm bảo thực hiện tốt và đầy đủ các quyền của trẻ em, trong đó có các quyền CSSK trẻ em. Những tổ chức này cũng có sự phối hợp với nhau và với các gia đình để thúc đẩy việc thực hiện quyền CSSK cho mọi trẻ em ở cộng đồng.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Từ kết quả phân tích các tài liệu, dữ liệu thứ cấp và sơ cấp của một số cuộc điều tra, khảo sát liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, chúng tôi đưa ra một số kết luận và khuyến nghị như dưới đây.

A. Kết luận

Những phát hiện chung về các kết quả thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam trong bối cảnh hội nhập kinh tế

(1) Việt Nam đang tham gia ngày càng sâu và rộng hơn vào quá trình hội nhập kinh tế toàn cầu. Khi tham gia hội nhập kinh tế Việt Nam đã điều chỉnh các chính sách vĩ mô theo xu hướng mở cửa và *thúc đẩy tự do hóa nền kinh tế* để thích ứng với nền kinh tế quốc tế, bao gồm chính sách ưu tiên tăng trưởng kinh tế, sự điều chỉnh chính sách tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK. Sự điều chỉnh các chính sách tác động rõ nét tới thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm cả những tác động tích cực và tiêu cực.

(2) Sự điều chỉnh chính sách tăng trưởng kinh tế đã giúp nền kinh tế Việt Nam đạt được mức tăng trưởng khá nhanh và tạo nhiều điều kiện thuận lợi giúp các gia đình đầu tư được nhiều hơn cho vấn đề cải thiện dinh dưỡng và chi phí y tế cho trẻ em. Tăng trưởng kinh tế cũng làm tăng các nguồn lực đầu tư của Nhà nước cho lĩnh vực thực hiện quyền CSSK cho trẻ em.

(3) Sự thay đổi về chính sách tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK đã góp phần thúc đẩy việc thực hiện quyền CSSK trẻ em, đáp ứng ngày càng đầy đủ hơn các tiêu chí thực hiện quyền CSSK trẻ em

(4) Tuy nhiên, sự thay đổi các chính sách vĩ mô trên không đem đến các cơ hội đồng đều cho mọi trẻ em. Trẻ em nghèo, trẻ em DTTS, trẻ em ở khu vực nông thôn miền núi ở vào vị trí thiệt thòi trong việc thụ hưởng những sự thay đổi chính sách này. Dịch vụ y tế sẵn có và dễ tiếp cận hơn ở đô thị, dịch vụ y tế có chất lượng cao thường đi kèm với phí dịch vụ cao, sự bất hợp lý về phân bổ đội ngũ nhân viên y tế có chuyên môn giữa đô thị và nông thôn, dịch vụ y tế kém chất lượng... là những thách thức dẫn đến sự bất bình đẳng trong thụ hưởng quyền CSSK giữa các nhóm trẻ em ở Việt Nam.

Nhà nước và việc thực hiện quyền CSSK trẻ em

(5) Nhà nước có vai trò chính yếu trong thực hiện quyền CSSK trẻ em. Kể từ khi tham gia phê chuẩn Công ước QTE, Nhà nước đã có nhiều nỗ lực trong việc thể chế hóa QTE, trong đó có quyền CSSK trẻ em, xây dựng và phân bổ ngân sách, giám sát thực hiện các chính sách, chương trình liên quan đến thực hiện quyền CSSK.

(6) Trong bối cảnh thực hiện quyền CSSK trẻ em chịu nhiều tác động từ các chính sách vĩ mô khi Việt Nam tham gia hội nhập kinh tế, Nhà nước Việt Nam đã đưa ra nhiều chính sách mang tính “bệ đỡ” nhằm đảm bảo để các quyền CSSK trẻ em được thực hiện hiện đối với mọi trẻ em, mà điển hình nhất là chính sách khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, cấp thẻ BHYT cho trẻ em nghèo, duy trì bao cấp trong tiêm phòng những bệnh lây nhiễm phổ biến đối với trẻ em. Tuy nhiên, thực tiễn thực hiện quyền CSSK trẻ em còn nhiều thách thức do chi ngân sách hạn chế, do sự chưa hoàn thiện trong xây dựng hệ thống luật pháp, chính sách, do các bất cập trong khâu tổ chức, giám sát thực hiện quyền, cũng như sự phối hợp với các bên liên quan khác chưa được nhịp nhàng và hiệu quả.

(7) Cơ chế phân bổ ngân sách thực hiện quyền CSSK trẻ em còn bất cập, phụ thuộc vào cam kết của các bộ, ngành, lãnh đạo chính quyền địa phương tạo ra sự rời rạc, thiếu nhất quán giữa các địa phương và có thể ảnh hưởng đến tiêu chí bình đẳng trong thực hiện quyền CSSK đối với mọi trẻ em.

Gia đình với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em

(8) Gia đình đóng vai trò quan trọng trong việc thực hiện quyền CSSK trẻ em. Mặc dù có sự hạn chế trong nhận thức về tính pháp lý về trách nhiệm của gia đình đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em, nhưng với chức năng cơ bản của gia đình là chăm sóc, nuôi dưỡng con cái thì các bậc cha mẹ đã có nhiều hành vi tích cực trong CSSK ở tất cả các lĩnh vực điều trị khi con bị ốm đau, phòng chống bệnh tật và SDD, tử vong ở trẻ em, cũng như vấn đề CSSK bà mẹ và thai nhi cũng được các gia đình quan tâm hơn.

(9) Một bộ phận gia đình vẫn chưa thực hiện đầy đủ các trách nhiệm đối với các quyền CSSK trẻ em, bao gồm một tỷ lệ lớn các gia đình có hành vi tự điều trị khi con bị ốm đau; việc cung cấp các kiến thức kỹ năng về sức khỏe sinh sản cho trẻ em

nhóm tuổi vị thành niên, và vấn đề chăm sóc sức khỏe tinh thần cho trẻ em chưa được các gia đình quan tâm nhiều.

(10) Việc thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình có mối liên hệ rõ nét với các đặc điểm cá nhân của cha mẹ, hoàn cảnh gia đình, mức sống, thành phần dân tộc, khu vực sống. Những hạn chế đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em của các gia đình không chỉ xuất phát từ các đặc điểm cá nhân của cha mẹ, hoàn cảnh gia đình, thành phần dân tộc, mà còn bao gồm những vấn đề xã hội nảy sinh từ nền kinh tế hội nhập.

Nhà trường với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em

(11) Nhà trường đã có vai trò quan trọng trong việc phổ biến, giáo dục các kiến thức về QTE, trong đó có nội dung về quyền CSSK trẻ em và các bộ luật liên quan đến CSSK trẻ em. Tuy nhiên, có những bằng chứng cho thấy, việc phổ biến, giáo dục về QTE cho học sinh chưa phù hợp về mặt phương pháp và nội dung.

(12) Việc thực thi quyền CSSK trẻ em trong trường học còn nhiều hạn chế, có những khoảng trống giữa quy định về mặt luật pháp và chính sách với việc thực hiện các chức năng và nhiệm vụ của nhà trường đối với việc thực hiện quyền CSSK trẻ em.

(13) Sự phối hợp của nhà trường với gia đình để thực hiện quyền CSSK trẻ em còn mờ nhạt. Nhà trường cũng có sự phối hợp với chính quyền và các tổ chức đoàn thể ở cộng đồng trong vấn đề thực hiện QTE nhưng chủ yếu là quyền học tập, quyền phát triển.

Các tổ chức xã hội ở cộng đồng và thực hiện quyền CSSK trẻ em

(14) Các tổ chức xã hội ở cộng đồng, bao gồm các tổ chức chính trị- xã hội, và các tổ chức NGOs và các tổ chức xã hội dân sự khác cũng thực hiện các vai trò và trách nhiệm đối với quyền CSSK trẻ em.

(15) Những tổ chức này cũng có sự phối hợp tích cực với nhau và hỗ trợ các cơ quan, ban ngành của nhà nước, phối hợp với nhà trường và các gia đình trong việc thúc đẩy thực hiện quyền CSSK cho mọi trẻ em ở cộng đồng.

Cuối cùng, với những kết luận được đúc rút từ các kết quả nghiên cứu của đề tài như trên cũng cho phép chúng tôi kết luận rằng, các giả thuyết nghiên cứu của

luận án đã được kiểm chứng, và những phát hiện của nghiên cứu đã cung cấp những cơ sở để có thể bước đầu khẳng định rằng (1) Sự điều chỉnh chính sách về tăng trưởng kinh tế, tài chính y tế và cung ứng dịch vụ CSSK trong bối cảnh hội nhập kinh tế ở Việt Nam đã làm tăng sự lựa chọn đối với CSSK cho trẻ em, nhưng đồng thời sự điều chỉnh những chính sách này cũng làm gia tăng sự khác biệt giữa các nhóm xã hội trẻ em trong tiếp cận dịch vụ CSSK; (2) Thực trạng thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng thể hiện rằng, các bên liên quan chịu trách nhiệm thực hiện QTE là Nhà nước, gia đình, nhà trường và các tổ chức xã hội đóng vai trò quan trọng và tích cực trong thực hiện các trách nhiệm đối với thực thi quyền CSSK trẻ em, tuy nhiên, vẫn còn nhiều hạn chế và thách thức trong quá trình thực hiện các trách nhiệm tương ứng đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em.

B. Khuyến nghị

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi xin đề xuất một số khuyến nghị để thúc đẩy việc thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam được đầy đủ và hiệu quả hơn.

(1) Bổ sung, hoàn thiện hệ thống luật pháp, chính sách để thực hiện quyền CSSK trẻ em đạt hiệu quả hơn: Các quy định về chức năng, trách nhiệm của các cơ quan, ban ngành chịu trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em cần phải nhất quán, đồng bộ, tránh bị chồng chéo và cần có những điều khoản quy định rõ ràng về cơ chế phối hợp giữa các bên liên quan.

(2) Cần nghiên cứu để thay đổi cơ chế phân bổ ngân sách cho việc thực hiện quyền CSSK trẻ em như hiện nay, để tránh sự rời rạc, thiếu nhất quán và bất bình đẳng về cơ hội tiếp cận thực hiện quyền CSSK của trẻ em giữa các địa phương. Có thể giao cho một đầu mối là cơ quan chuyên trách về trẻ em tham mưu cho việc phân bổ ngân sách thực hiện quyền trẻ em nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng, theo xu hướng có sự cân nhắc về tính cấp thiết của các lĩnh vực CSSK trẻ em và khó khăn đặc thù của địa phương, cũng như sự ưu tiên phân bổ ngân sách cho những vùng khó khăn.

(3) Tăng cường kiểm tra, giám sát thực hiện quyền CSSK trẻ em để bảo đảm luật pháp và chính sách của Nhà nước có hiệu lực và kịp thời điều chỉnh các chương

trình, kế hoạch, mục tiêu liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em. Cần có bộ chỉ số giám sát thực hiện quyền CSSK trẻ em.

(4) *Nâng cao nhận thức cho cán bộ và người dân về thực hiện QTE nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng*, bởi một trong các rào cản đối với thực hiện quyền CSSK trẻ em là do hạn chế về nhận thức của cả cán bộ và người dân về quyền CSSK trẻ em. Đặc biệt, các gia đình cũng cần được nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của giáo dục kiến thức và kỹ năng về SKSS cho trẻ em VTN, và các nguy cơ về sức khỏe tâm thần của trẻ em.

(5) *Đội ngũ cán bộ làm công tác chuyên trách về trẻ em* và liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng cần phải được đào tạo/tập huấn về các kỹ năng để thực hiện các trách nhiệm liên quan đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, đặc biệt là các kỹ năng liên quan đến giám sát việc thực hiện quyền CSSK trẻ em.

(6) *Đội ngũ cán bộ đoàn thể ở cộng đồng* cũng cần được Nhà nước quan tâm tập huấn nâng cao năng lực trong việc phổ biến, tuyên truyền cho các gia đình về trách nhiệm thực hiện quyền CSSK trẻ em. Nhà nước cũng cần hỗ trợ các tổ chức này xây dựng các mô hình “Câu lạc bộ làm cha mẹ”, để các gia đình thực hiện tốt hơn quyền CSSK trẻ em, đặc biệt là các vấn đề mà các gia đình chưa quan tâm như lĩnh vực SKSS chi trẻ em vị thành niên và sức khỏe tâm thần của trẻ em./.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

(Liên quan đến đề tài luận án)

1. **Đặng Bích Thủy** (2015), Vai trò của Nhà nước trong thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, Quyển 25, Số 3/ 2015, tr. 52-64.
2. **Đặng Bích Thủy** (2015), Tác động của hội nhập kinh tế đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, Quyển 25, Số 4/ 2015, tr. 50-60.
3. **Đặng Bích Thủy** (2012), Child Care in Vietnam, *Family and Gender Studies*, June 2012. Vol.7, Page 33-54 (English version).
4. **Đặng Bích Thủy** (2010), Hội nhập kinh tế và những tác động tới thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam, *Tạp chí Xã hội học*, Số 1 (109), 2010, tr. 57-63.
5. **Đặng Bích Thủy** (2008), Adolescent Health and its Determinants in the Context of Innovation in Vietnam, *Family and Gender Studies*, June 2008, Vol.3, Page 31-46 (English version).
6. Nguyễn Hữu Minh và **Đặng Bích Thủy** (2007), Nghiên cứu việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam- Một số vấn đề lý luận và thực tiễn, *Tạp chí Xã Hội học*, Số 4 (100)- 2007, tr. 27-36.
7. **Đặng Bích Thủy** (2007), Các yếu tố tác động đến sức khỏe vị thành niên, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, Số 6/2007, Quyển 17, tr. 65-78.
8. **Đặng Bích Thủy** (2006), Quyền trẻ em trong nghiên cứu và thực tiễn, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, Số 2/2006, Quyển 16, tr. 50-58.

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO TIẾNG VIỆT

1. Ngũ Duy Anh (2015), *Báo cáo thực trạng hệ thống y tế trường học và đề xuất giải pháp*, Vụ công tác học sinh, sinh viên, Bộ Giáo dục và Đào tạo.
2. Trương Đình Bắc (2015), *Báo cáo kết quả thực hiện công tác y tế ngành y tế giai đoạn 2010- 2015- Đề Xuất mô hình triển khai công tác y tế trường học*, Cục Y tế dự phòng.
3. Ban bí thư Đảng CSVN (1994), *Chỉ thị 38-CT/TW Về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em*, Ban hành ngày 30/5/1994.
4. Trịnh Hòa Bình (2005), Sự hiểu biết giữa gia đình và trẻ em về vấn đề quyền trẻ em hiện nay, *Tạp chí Xã hội học*, Số 4 (92), 2005, Tr. 37-45.
5. Bộ Chính trị Đảng CSVN (2000), *Chỉ thị 55-CT/TW Về tăng cường sự lãnh đạo của các cấp ủy Đảng ở cơ sở đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em*, Ban hành ngày 28/6/2000.
6. Bộ Chính trị Đảng CSVN (2012), *Chỉ thị số 20-CT/TW Về việc tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác chăm sóc, giáo dục và bảo vệ trẻ em trong tình hình mới*, Ban hành ngày 5/11/2012.
7. Bộ Kế hoạch và đầu tư (2010), *Tình hình thực hiện chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001- 2010*, Hà Nội.
8. Bộ Lao động Thương Binh & Xã hội (2014), *Số liệu về giảm nghèo của Việt Nam*. <http://giamngheo.molisa.gov.vn>, Truy cập ngày 20/10/2014.
9. Bộ Lao động Thương Binh & Xã hội (LĐTBXH) (2015), *Báo cáo Tổng kết đánh giá 10 năm thi hành Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em*, BC số 59/BC-BLĐTBXH ngày 15/6/2015.
10. Bộ Văn hóa, Thể thao và Du lịch, Tổng cục thống kê, Viện Gia đình và Giới, UNICEF (2008), *Kết quả điều tra gia đình Việt Nam 2006*. Hà Nội.
11. Bộ Y tế Việt Nam (2006), *Báo cáo Y tế Việt Nam 2006: Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới*, Hà nội.
12. Bộ Y tế Việt Nam và nhóm đối tác y tế (2008), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008- Tài chính y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.

13. Bộ Y tế Việt Nam và nhóm đối tác y tế (2010), *Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2010- Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011-2015*.
14. Bộ Y tế Việt Nam và nhóm đối tác y tế (2013), *Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2013- Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, Hà Nội.
15. Bộ Y tế Việt Nam và nhóm đối tác y tế (2016), *Báo cáo tổng quan ngành Y tế năm 2015- Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân*, NXB Y học, Hà Nội.
16. Cục Y tế dự phòng (2015), *Báo cáo kết quả hoạt động y tế trường học năm 2014, kế hoạch năm 2015, và định hướng giai đoạn 2011-2015*.
17. Nguyễn Văn Dân (2001), Toàn cầu hóa từ quan niệm đến đối sách. Trong *Những vấn đề của toàn cầu hóa kinh tế*. Tr.13-75, Chủ biên Nguyễn Văn Dân, Nxb Khoa học Xã hội, Hà Nội.
18. Phạm Tất Dong, Lê Ngọc Hùng (đồng cb), Phạm Văn Quyết, Nguyễn Quý Thanh, Hoàng Bá Thịnh (2006), Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
19. Lê Thị Ngọc Dung (2009), Thực trạng sức khỏe tinh thần trẻ em thành phố Hồ Chí Minh- Nghiên cứu trường hợp trẻ vị thành niên ở một số trường phổ thông trung học. *Báo cáo tổng hợp đề tài “Thực trạng sức khỏe tinh thần trẻ em thành phố Hồ Chí Minh- Nghiên cứu trường hợp trẻ vị thành niên ở một số trường phổ thông trung học”*.
20. Nguyễn Chí Dũng (2003), Cơ chế quản lý nhà nước trong việc thực hiện các quyền của trẻ em Việt Nam hiện nay, *Báo cáo tổng hợp đề tài cấp bộ*, Học viện CTQG HCM, Hà Nội.
21. Nguyễn Đăng Dung, Vũ Công Giao và Lã Khánh Tùng (2009) (đồng chủ biên), *Giáo trình lý luận và pháp luật về quyền con người*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
22. Endruwait G. (Cb) (1999), Các lý thuyết xã hội học hiện đại. Nxb Thế giới. Hà Nội (Bản dịch tiếng Việt từ nguyên bản tiếng Đức).
23. Lê Ngọc Hiền (2001), Những vấn đề về toàn cầu hóa và hội nhập kinh tế quốc tế được đặt ra ở Việt Nam, Trong *Những vấn đề của toàn cầu hóa kinh tế*. Tr. 558- 590, Chủ biên Nguyễn Văn Dân, Nxb Khoa học Xã hội, Hà Nội.

24. Dương Phú Hiệp & Vũ Văn Hà (2001), *Toàn cầu hóa kinh tế*. Nxb Khoa học Xã hội, Hà Nội.
25. Lê Văn Hợi (2005), Nghiên cứu dinh dưỡng và sức khỏe trẻ thơ Việt Nam, *Báo cáo chuyên đề phục vụ Dự án Phát triển trẻ thơ trong các gia đình nghèo ở Việt nam*, UBDSGDTE và Ngân hàng Phát triển Châu Á, Hà Nội
26. Dương Kim Hồng và Kenichi (2007), Trẻ đường phố Việt Nam. Trong cuốn: *Các vấn đề xã hội trong quá trình chuyển đổi và hội nhập kinh tế ở Việt Nam*. Tập 1. Diễn đàn Phát triển Việt Nam (VDF). Giang Thanh Long, Dương Kim Hồng đồng cb. Hà Nội.
27. Lê Ngọc Hùng (2002), Lịch sử và lý thuyết xã hội học, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội.
28. Lê Khanh (2000), Thực trạng công tác Chăm sóc, Bảo vệ và Giáo dục trẻ em, trong gia đình và cộng đồng sau 10 năm Đổi mới, *Báo cáo chuyên đề phục vụ đề tài khoa học cấp Bộ “Vị trí, vai trò của gia đình và cộng đồng trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em”*, Hà Nội.
29. Liên hợp quốc (LHQ) (1989), *Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em* (Bản tiếng Việt), Truy cập ngày 20/11/2013, từ www.unicef.org.
30. Nguyễn Đức Mạnh (2006), Báo cáo Khảo sát thực trạng và nhận thức của trẻ em và cộng đồng về các hình thức xâm hại trẻ em tại một số địa phương ở Việt Nam, Viện KHDSGD & Trẻ em.
31. Đặng Hoàng Minh (cb) và Bahr Weiss, Nguyễn Cao Minh (2013), *Sức khỏe tâm thần của trẻ em Việt Nam: Thực trạng và các yếu tố nguy cơ*, ĐH Quốc gia Hà Nội.
32. Nguyễn Hữu Minh và Đặng Bích Thủy (2009), Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn phát triển 2007- 2020, *Báo cáo tổng hợp đề tài khoa học cấp Bộ*, Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới, Hà Nội.
33. Ngân hàng thế giới (WB) (2012), *Đánh giá nghèo Việt Nam 2012*, Hà Nội.
34. Nhóm các nhà tài trợ (2007), *Báo cáo Phát triển Việt Nam 2006- Hướng đến tầm cao mới*, Ngân hàng Thế giới, Hà Nội.

35. Nước CHXHCN Việt Nam (2001), *Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010*, Quyết định số 35/2001/QĐ-TTg ngày 19/3/2001.
36. Nước CHXHCN Việt Nam (1980), *Hiến pháp Nước CHXHCN Việt Nam 1980*. Quốc hội Nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 18/12/1980.
37. Nước CHXHCN Việt Nam (1986), *Luật Hôn nhân và Gia đình 1986*. Quốc hội Nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 29/12/1986.
38. Nước CHXHCN Việt Nam (1989), *Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân 1989*, Quốc hội thông qua ngày 30/6/1989.
39. Nước CHXHCN Việt Nam (1992), *Hiến pháp Nước CHXHCN Việt Nam 1992*. Quốc hội Nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 15/4/1992.
40. Nước CHXHCN Việt Nam (1997), *Báo cáo hai năm thực hiện Công ước Quốc tế về quyền trẻ em*, Hà Nội.
41. Nước CHXHCN Việt Nam (2001), *Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010*, Quyết định số 21/2001/QĐ-TTg ngày 22/2/2001.
42. Nước CHXHCN Việt Nam (2001), *Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em Việt Nam giai đoạn 2001- 2010*, Quyết định số 23/2001/QĐ-TTg ngày 26/02/2001.
43. Nước CHXHCN Việt Nam (2001), *Hiến pháp Nước CHXHCN Việt Nam 1992 (Sửa đổi, bổ sung năm 2001)*, Quốc hội Nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 25/12/2001.
44. Nước CHXHCN Việt Nam (2005), *Nghị định 36/2005/NĐ-CP CP qui định chi tiết việc thi hành một số điều của Luật BVCSGD trẻ em (17/3/2005)*.
45. Nước CHXHCN Việt Nam (2007), *Báo cáo lần thứ 3 và 4- Việt Nam thực hiện CPR giai đoạn 2002- 2007*.
46. Nước CHXHCN Việt Nam (2012), *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020*. Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25/5/2012.
47. Nước CHXHCN Việt Nam (2012), *Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2011- 2020 và tầm nhìn đến năm 2030*. Quyết định 226/QT-TTg, ngày 22/2/2012.

48. Nước CHXHCN Việt Nam (2012), *Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em giai đoạn 2012 - 2020*. Theo Quyết định số 1555/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, ngày 17/10/2012.
49. Nước CHXHCN Việt Nam (2013), *Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011- 2020, tầm nhìn đến 2030*. Quyết định số 122/QĐ-TTg, ngày 10/01/2013.
50. Nước CHXHCN Việt Nam (2013), *Hiến pháp Nước CHXHCN Việt Nam 2013*. Quốc hội Nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 28/11/2013
51. Nước CHXHCN Việt Nam (2014), <http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu>. Cập nhật ngày 19/10/2014.
52. Trần Thanh Phương (2001), Một số nét về sự phát triển của quá trình toàn cầu hóa trong thế kỷ XX. Trong *Những vấn đề của toàn cầu hóa kinh tế*, Tr. 76-123, Chủ biên Nguyễn Văn Dân, NXB Khoa học Xã hội, Hà Nội.
53. Vũ Hào Quang (2017), *Các lý thuyết xã hội học*, Nxb Đại học Quốc gia Hà Nội
54. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (1991), *Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em*, Quốc hội thông qua ngày 12-8-1991, Luật số 57-LCT/HĐNN8.
55. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2004), *Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em sửa đổi năm 2004*, Quốc hội thông qua ngày 15/6/2004, Luật số 25/2004/QH11.
56. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2008), *Luật Bảo hiểm y tế 2008*, Quốc hội thông qua ngày 14/11/2008, Luật số 25/2008/QH12.
57. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2009), *Luật khám chữa bệnh 2009*, Quốc hội thông qua ngày 23/11/2009, Luật số 40/2009/QH12.
58. Quốc hội Nước CHXHCN Việt Nam (2012), *Bộ luật Lao động*. Luật số 10/2012/QH13.
59. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2014), *Luật Bảo hiểm y tế 2008 sửa đổi năm 2014*, Quốc hội thông qua ngày 13/6/2014, Luật số 46/2014/QH13.

60. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2014), Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, Quốc hội thông qua ngày 13/6/2014, Luật số 46/2014/QH13.
61. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2014), *Luật Hôn nhân và Gia đình sửa đổi năm 2014*. Ban hành ngày 19/6/2014. Luật số 55/2014/QH13.
62. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2016), *Luật trẻ em*, Quốc hội thông qua ngày 5/4/2016, Luật số 102/2016/QH13.
63. Quốc hội nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa (1946), *Hiến pháp Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa 1946*, Quốc hội thông qua ngày 9/11/1946.
64. Nguyễn Thị Quyên (2009), Những khó khăn trong giáo dục đạo đức cho trẻ em ở gia đình thành phố hiện nay, *Tạp chí Xã hội học*, Số 3(107), Viện Xã hội học.
65. Savitri G. (2003), *Những quyền của phụ nữ và trẻ em trong cách tiếp cận phát triển dựa trên cơ sở quyền*.
66. Sở Văn hóa- Thể thao- Du lịch (VH-TT-DL) Hà Nội và Viện NC Gia đình và Giới (2012), *Báo cáo tổng hợp đề tài nghiên cứu Thực trạng mối liên hệ giữa gia đình và nhà trường trong việc giáo dục đạo đức, lối sống cho học sinh trên địa bàn thành phố Hà Nội*.
67. Theis J. (2006), *Thúc đẩy các phương pháp tiếp cận dựa trên quyền trẻ em*, Nxb Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
68. Đặng Bích Thủy (2010), Một số vấn đề cơ bản về trẻ em Việt Nam, báo cáo tổng hợp đề tài cấp Bộ về Một số vấn đề cơ bản về trẻ em Việt Nam, Hà Nội.
69. Đặng Bích Thủy (2012), Mối quan hệ giữa cha mẹ- con cái vị thành niên ở Việt Nam: thực trạng và vấn đề cần quan tâm. *Báo cáo tổng hợp đề tài cấp Bộ*, Viện NC Gia đình và Giới. Hà Nội.
70. Đặng Bích Thủy (2013), Mô hình ứng xử của cha mẹ đối với con cái vị thành niên, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, Quyển số 23, Số 6, năm 2013, Tr. 51-63.
71. Đặng Bích Thủy (2015a), Tác động của hội nhập kinh tế đến thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam, *Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới*, Quyển 25, Số 4/ 2015, tr. 50-60.

72. Đặng Bích Thủy (2015b), Tảo hôn ở Việt Nam: Những cơ sở thực tiễn thúc đẩy mối quan tâm của luật pháp và chính sách. *Bản tin Đại biểu dân cử với Trẻ em- Diễn đàn của Đạo biểu quốc hội và Hội đồng nhân dân với trẻ em*, Số 16/2015, Tr. 22-23.
73. Đặng Bích Thủy (2016), Quyền trẻ em trong gia đình ở Việt Nam: Nghiên cứu trường hợp từ 10- 17 tuổi. *Báo cáo tổng hợp đề tài khoa học cấp Bộ*. Viện NC Gia đình và Giới, Hà Nội.
74. Phạm Thị Tính (2009), Chính sách và hệ thống pháp luật bảo vệ quyền con người, quyền công dân ở Việt Nam trong quá trình toàn cầu hóa. Tr. 333-353, trong cuốn: *Con người, văn hóa quyền và phát triển*, Mai Quỳnh Nam chủ biên. Nxb Từ điển Bách khoa, Hà Nội.
75. Tổng cục Thống kê (TCTK) (2011), Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở 2009, *Chuyên khảo: Cấu trúc tuổi- giới tính và tình trạng hôn nhân của dân số Việt Nam*, Hà Nội.
76. Tổng cục Thống kê (TCTK) và UNICEF (2006), *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2006 (MICS3)*, Nxb Thống kê, Hà Nội.
77. Tổng cục Thống kê (TCTK) và UNICEF (2012), *Điều tra đánh giá mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam 2011 (MICS4)*, Nxb Thống kê, Hà Nội.
78. Tổng cục Thống kê (TCTK) và UNICEF (2015), *Điều tra Đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014*, Hà Nội.
79. Tổng cục Thống kê. 2010. *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009. Những kết quả chủ yếu*. NXB Thống kê. Hà Nội.
80. Trường đại học Y tế công cộng (2012), *Báo cáo nghiên cứu thực trạng quản lý dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại Việt Nam*, Nxb Lao động, Hà Nội.
81. UNICEF (2006), *Tình trạng trẻ em thế giới năm 2006*. New York.
82. UNDP (2012), Dịch vụ xã hội phục vụ phát triển con người, *Báo cáo Quốc gia về Phát triển con người 2011*, Hà Nội.
83. UNICEF (2009), *Nâng cao phúc lợi và bình đẳng cho trẻ em Việt Nam*, Hà Nội.
84. UNICEF (2010), *Báo cáo phân tích tình hình Trẻ em Việt Nam 2010*, Hà Nội.

85. Ủy ban Bảo vệ và Chăm sóc trẻ em (UBBVCSTE) Việt Nam (2001), Vị trí, vai trò của gia đình và cộng đồng trong sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em, *Báo cáo nghiên cứu tổng hợp*, Hà Nội.
86. Ủy ban Dân số- Gia đình và Trẻ em (UBDSGDTE) Việt Nam (2006), *Báo cáo đánh giá 5 năm (2001-2005) thực hiện chương trình hành động quốc gia vì trẻ em giai đoạn 2001- 2010*, Hà Nội.
87. Ủy ban Dân số- Gia đình và Trẻ em (UBDSGDTE) Việt Nam và Viện Xã hội học (2005), Điều tra kiến thức, thái độ và hành vi phục vụ xây dựng chiến lược truyền thông vận động về quyền trẻ em giai đoạn 2006-2010, *Báo cáo tổng hợp*, Hà Nội.
88. Ủy ban Kinh tế của Quốc hội (2014), Bản tin kinh tế vĩ mô Quý 1/2014.
89. Ủy ban về quyền trẻ em của Liên hợp quốc (2012), *Kết luận và khuyến nghị về báo cáo lần thứ ba và lần thứ tư của Việt Nam (CRC/C/VNM/3/4)*, thông qua tại Hội nghị lần thứ 1705, ngày 15/6/2012.
90. Lê Ngọc Văn (2011), *Gia đình và biến đổi gia đình ở Việt Nam*, Nxb Khoa học Xã hội, Hà Nội.
91. Viện Dinh dưỡng quốc gia (2008), *Khảo sát độ bao phủ Vitamin A*, Hà Nội.
92. Viện Dinh dưỡng quốc gia và UNICEF (2012), Báo cáo tóm tắt Tổng điều tra dinh dưỡng 2009- 2010. Hà Nội.
93. Viện Hàn lâm KHXH Việt Nam (2010), Báo cáo đề dẫn, Tài liệu Hội thảo cấp cao về Chính sách: Việt Nam hướng tới thập niên mới và giai đoạn xa hơn, Tháng 8/2010, Hà nội.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

94. Alvy K. (1987), *Black Parenting: Strategies for Training*, NY: Irvington Publisher, Inc.
95. Amnesty international (2012), *Becoming a human rights friendly School- A guide for schools around the world*.
96. Armenakis A & Kiefer C. (2007), *Social & Cultural Factors Related to Health*, Global Health Education Consortium.

97. Bakker C., Elings-Pels M. & Reis M. (2009), *The Impact of Migration on Children in the Caribbean*, Paper No 4 for Unicef, August 2009.
98. Balassa B. (1961), *The Theory of Economic Integration*, Greenwood Press, Greenwood Publishing Group. Johns Hopkins University.
99. Belli P., Bustreo F. & Preker A. (2005), Investing in Children's Health: What are the economic Benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, October 2005, 83 (10), pp.777-785.
100. Bhutta Z. (2002), *Why has so little changed in maternal and child health in South Asia*. Truy cập từ www.pubmedcentral.nih.com, ngày 24/6/2006.
101. Bronfenbrenner U. (1986), Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Development Psychology*. Vol.22, No 6, pp. 723-743, American Psychological Association Inc.
102. Chao, R. K. (2001), Extending Research on the Consequences of Parenting Style for Chines American and European, *Child Developmet Journal*, No 72, pp. 1832- 1843.
103. Chaujar P. (2004), *Globalization. Will our Children Pay the Prices?* A paper presented World Social Forum, January 18th, Mumbai, India.
104. Chen E. (2004), *Why Socioeconomic Status Affets the Heath of Children*. A Psychosocial Perspective, University of British Columbia, Vancouver, Canada, Volume 13. No 3, pp. 112- 115.
105. Cigden K. (1998), The value of children: a key to gender issues. *International Child Health*, Chapter IX.
106. Cobb D. (1996), *Adolescent health promotion and diseases: handbook of health risk behaviour*. Nevoi York: Plenum Press.
107. Currie J. & Stabile M. (2002), Socioeconomic Status and Health: why is the Relationship stronger for older Children? *Working paper 9098*, *National Bureau of Economic Research*, Cambridge.
108. Devylder S. (2000), *Chính sách kinh tế vĩ mô và quyền trẻ em*, Save the Children Sweden, Hà Nội.

109. Dixon R. & Nussbaum M.C. (2012), Children Rights and Capability Approach: The Question of Priority. *Cornell Law Review*. Volum 97, pp. 549-591.
110. Dwairy, M. (2007). Developing Intelligence and Personality and Enhancing Children's Achievement: A Guide to Parents and Exercises to Children, NY USA.
111. Earls F. and Carlson M. (2001), The Social Ecology of Child Health and Well-Being, *Annual Reviews Public Health 2001*, No.22, pp. 143-166.
112. Edward N. (2003), *Children in Turmoil: a modern predicament?* Paper presented at the World-link Fifth Regional Youth Town Meeting on Global Affairs Conference, University of San Diego.
113. EU (2010), Charter of Fundamental Rights of the European Union. *European Union's Official Journal*, No 2010/3, 83/02.
114. Feinberg J. (1980), A Child's Right to an Open Future. In *Whose Child? Parental Rights. Parental Authority and State Power*, Amsterdam.
115. Franklin, B (ed). (2001), *The New Handbook of Children's Rights: Comparative Policy and Practice*, Routledge, London.
116. Grant J P. (1994), Child health and human rights. *A Paper to the Committee on Health and Human Rights Lecture Program*, National Academy Press. Washington D.C.
117. Graza de la R. (2010), Migration, Development and Left Behind, a Multidimensional Perspective. *A Social and Economic Policy Working Paper*, Unicef.
118. Guy B. P. (2012), Governance and the Rights of Children: Policy, Implementation and Monitoring, *Working Paper 2012-11*, UNICEF Office of Research, Florence.
119. Hair, E. J. & Garret, S. (2002), Background for Community Level Work on Social Competency in Adolescents: A review of Antecedents and Investments Strategies, Report prepared for Jonh S. and James L. Knights Foundation, Washington, DC.

120. Happer C. N. and Tincati C. (2010), Opportunities and Challenges in Promoting Policy- and Practice-relevant Knowledge on Child Rights, *Working paper 318, Overseas development Institute*, London.
121. Haq M. ul. (1997), *Towards a more compassionate society*, State of the World Forum: 8 November 1997, Human Development Center.
122. Hayes N. (2012), Children's Rights- Whose Rights? A Review of Child Policy Development in Ireland, The University of Dublin.
123. HCHR (High Commissioner for Human rights) (2000), *A Manual on Human Rights Training Methodology*, UN, New York and Geneva.
124. Hitchcock R. (2002), *The Challenge of Change: Globalization, Child Labor, and Children's rights*, American Association for the Advancement of Science, New York.
125. Jerome L., Emerson L, Lundy L. and Orr K. (2015), Teaching and learning about child rights: A study of implementation in 26 countries, Geneva.
126. Jones N., Presler- Marshall E. and Tran T.V.A. (2012), Gender Justice: listening to the aspirations and priorities of Hmong Girls in Viet Nam. ODI. London
127. Jones N., Presler- Marshall E. and Tran T.V.A. (2015), *The Challenges of Tackling the Gender Norms that Limit Vietnam's Hmong Girls*. Finding paper of a three-years programme of work on adolescent girls. ODI & IFGS.
128. Jones N., Presler- Marshall E., and Dang B.T. (2013), Falling Between the Cracks: how poverty and migration are resulting in inadequate care for children living in Viet Nam's Mekong Delta, *A Research Paper for ODI*, London.
129. Kiligun M. (2013), Effect os Socio- economic Situation on Attitudes of parents for Children's Right. *Middle Eastern & African Journal of Education Research, Issue No4, pp. 20-30*.
130. Kuper A. & Kuper J. (ed) (2003), *The Social Sciences Encyclopedia*, 2nd edition, Routledge Publishing House, Taylor & Francis Group, London and New York.

131. Lansdown G. (1995), *Taking Part: Children's participation in Decision Making*, Institute for Public Policy Research, London.
132. McLeroy K., Bibeau D., Steckler A., Glanz K. (1988), An Ecological perspective on Health Promotion Program, *Health Education Quarterly*, Vol. 15(4), pp. 351-337 (Winter 1988), Published by John Wiley & Son, Ins.
133. Meschke L. (2000), Adolescent Sexuality and Parent-Adolescent Processes: Promoting Healthy Teen Choice, *Journal of Family Relations*, Vol.49, pp.143-154.
134. Minkler M. & Wallerstein N. (2008), *Community-based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*, San Francisco, Jossey-Bass.
135. Naidoo, P. (2001), Risk Taking Behavior and Health Promotion amongst Youth in respect of Reproductive Health, *Journal of Psychology*, Vol. 17, No.1, pp. 1-11.
136. OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights) and WHO (2008), *The Rights to Health*, Fact Sheet No.31, Geneva.
137. OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights) (2000), *The Role of good governance in the promotion of human rights*.
138. OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights) (2006), *Human Rights*, UN Fact Sheet, New York.
139. OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1999. *Child Rights*. UN Fact Sheet. New York.
140. Perry H. & Freeman P. (2009), *How Effective Is Community-Based Primary Health Care in Improving the Health of Children?* American Public Health Association.
141. Raigruber B. (2013), *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice*, Jones & Bartlett Learning. LCC.
142. Rosenthal J., Hanlon C., Hess C. (2008), *The Role of State Health Policy in Multi-Sector System and Service Linkages for Young Children*, *Working Paper for national Academy for State Health Policy*, Washington, D.C.
143. Routledge (2002), *The New Handbook of Children's Rights: Comparative Policy and Practice*. London.

144. Ruderman M. (2013), *An introduction to The Ecological Model in Public Health*, Presentation at Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. USA.
145. Sanders R. M. (2008), Triple P – Positive Parenting Program as a public health approach to Strengthening Parenting, *Journal of Family Planning*, Vol. 22, No.3, pp. 506-517.
146. Santrock W. (2001), *Adolescence*, Eighth Edition, University of Texas at Dallas, McGraw-Hill Education.
147. Santrock W. (2006), *Child Development*, Tenth Edition, University of Texas at Dallas, McGraw-Hill Education, New York.
148. Save the Children International (2005), Child Rights Programming. How to Apply Rights- Based Approach to Programming, *A Handbook for International Save the Children Alliance Members*, Second Edition.
149. Save the Children Sweden (2007), *The Role of States Parties in Supporting Parents as a Resource for Children*, Resource for the Child- Responsibility of States.
150. Save the Children Sweden (2008a), *A Handbook for International Save the Children Alliance Members*, Sweden.
151. Save the Children Sweden (2008b), *Child rights Situation Analysis*. Regional Office for Southeast Asia and Pacific.
152. Save the Children UK (2008), *The role of community-based child protection groups in protecting children from sexual abuse and exploitation*, London, UK.
153. Sen A. (2004), Elements of a Theory of Human Rights. *Philosophy & Public Affairs*, Fall 2004, 32, No 4., pp. 315- 356, Research Library Core, Blackwell Publishing, Inc.
154. *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2002), Definition of Children'n Rights, Edited in November.
155. Tearse M. (2012), *Progress Towards Children's Rights in the European Union. A study on the Impact of International Children's Rights Monitoring on European Member States and EU Institutions*, Save the Children.

156. Triandis, H.C. (1995), *Individualism and Collectivism*, Westview Press.
157. UN (2006), Committee on the Rights of the Child, *General Comment No. 7, Implementing child rights in early childhood* (Fortieth session, 2005), U.N. Doc. CRC/C/GC/7/Rev.1.
158. UN (United Nation) (1990), United Nations Treaty Collection, Treaty Reference Guide, Clarendon Press, Oxford.
159. UN (United Nation) (2006), General Comment No. 7, Implementing Child Rights in Early Childhood, Committee on the Right of the Child.
160. UNDP (2003), Health Care Financing for Vietnam, *Discussion Paper No.2.*, Hanoi.
161. UNDP (2009), Toolkit: A Human Rights- Based Approach, New York.
162. UNHCHR & WHO (2008), The Rights to Health, Fact Sheet No.31, Geneva.
163. UNICEF (1990), United Nations Treaty Collection, Treaty Reference Guide, Clarendon Press, Oxford.
164. UNICEF (2002), World Report on Violence and Health 2002.
165. UNICEF (2004), State of the World's Children 2005- Childhood Under Threat.
166. UNICEF (2011), Child Rights and Governance Roundtable- Report and Conclusion, London.
167. UNICEF (2014) Child Rights Education Toolkit: Rooting Child Rights in Early Childhood Education, Primary and Secondary Schools, Private Fundraising and Partnerships Division (PFP), Geneva.
168. UNICEF New York (2014), State of the World's Children: Every Child Counts. Revealing disparities, advancing children's rights, New York.
169. Van Gool F.W.R., Theunissen N.C.M., Bierbooms J.J.P.A. & Bongers I.M.B. (2016), Literature study from a social ecological perspective on how to create flexibility in healthcare organisations, *International Journal of Healthcare Management*, DOI:10.1080/20479700.2016.1230581.

170. Vaughn L., Jacquez F., and Baker R. (2009), Cultural Health Attributions, Beliefs, and Practices: Effects on Healthcare and Medical Education. *The Open Medical Education Journal*, 2009, 2, pp. 64-74.
171. Vig G. (2004), Globalization, Risk and Social Problems, pp. 9-28, in *Global Problems*. Edited by Vig G. and Page R. , Policy Press ltd, UK.
172. Wagstaff A. (2000), Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons across Nine Developing Countries. *Bulletin of the World health organization*, 2000, 78 (1), pp. 19-29.
173. WHO (1995), *World Health Report 1995*, Bridging the Gaps.
174. WHO (2002), Questions and Answers on Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series, Issue No1. , July 2002.
175. WHO (2010), A guide on Human Rights- Based Approach to health.
176. Woodhouse B. B, (1999), A Delicate Balance: The Role of Government in Protecting Children's Rights within the Family, *A Keynote Address for an International Conference on Children's Rights*, Tokyo, Japan, November 1999.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1. Thông tin tóm tắt đề tài “Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn phát triển 2007- 2020”

Đề tài “Những vấn đề lý luận và thực tiễn cơ bản về việc thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn phát triển 2007- 2020” là đề tài khảo học cấp Bộ do Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới chủ trì, được thực trong hai năm 2008-2009 do TS. Nguyễn Hữu Minh và Ths. Đặng Bích Thủy làm đồng chủ nhiệm đề tài.

Mục tiêu của đề tài nhằm làm rõ cơ sở lý luận và thực tiễn thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam, trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp thực hiện quyền trẻ em ở Việt Nam trong giai đoạn đến năm 2020.

Phương pháp nghiên cứu của đề tài là tổng quan tài liệu, phân tích số liệu thứ cấp một số cuộc điều tra về Gia đình và vị thành niên và Thanh niên ở Việt Nam. Thực hiện nghiên cứu định tính theo phương pháp phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đối với các chuyên gia nghiên cứu, cán bộ giảng dạy, các nhà quản lý và hoạch định chính sách thuộc các cơ quan, ban ngành, cán bộ chuyên trách về trẻ em, cán bộ chính quyền, đoàn thể, cán bộ giáo dục và giáo viên ở địa phương, phỏng vấn cha mẹ và trẻ em.

Mẫu và địa bàn nghiên cứu: Khảo sát được tiến hành tại 4 tỉnh, tại mỗi tỉnh khảo sát tại 1 địa bàn đô thị và 1 địa bàn nông thôn. Cụ thể là các tỉnh Hà Nam (P, Minh Khai, Phủ Lý và xã Thanh Nghị, huyện Thanh Liêm); Đắc Lắc (Phường Thắng Lợi, tp Ban Mê Thuột, và xã Bông K’Rang, Huyện Lắc); tp Hồ Chí Minh (quận 10, Gò Vấp, và xã Bình Mỹ, huyện Củ Chi); riêng Hà Nội chỉ phỏng vấn tại khu vực đô thị đối với các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý, các chuyên gia và cán bộ giảng dạy về các vấn đề liên quan đến quyền trẻ em, và phỏng vấn một số tổ chức NGOs quốc tế và địa phương đóng trên địa bàn Hà Nội.

Đề tài đã thực hiện 9 phỏng vấn sâu và 1 thảo luận nhóm ở Hà Nội, 18 phỏng vấn sâu và 12 thảo luận nhóm đối với cán bộ ở địa phương ở 3 tỉnh Hà Nam, Đắc Lắc và tp Hồ Chí Minh. 36 phỏng vấn sâu và 12 thảo luận nhóm đã được tiến hành với các cha mẹ. 24 thảo luận nhóm và 6 PVS đã được tiến hành với đối tượng là trẻ em. Tổng số có 319 cán bộ, người dân, bao gồm cả trẻ em đã tham gia trả lời phỏng vấn.

Phụ lục 2. Thông tin tóm tắt về đề tài “Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em: những vấn đề đặt ra ở Việt Nam hiện nay” (nghiên cứu trường hợp ở xã Hạ Bằng, Hà Nội)

Đề tài “Quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em: những vấn đề đặt ra ở Việt Nam hiện nay” (nghiên cứu trường hợp ở xã Hạ Bằng, Hà Nội) là đề tài cấp cơ sở được thực hiện vào năm 2013, thuộc hệ đề tài cấp cơ sở của Viện Nghiên cứu gia đình và giới, do Ths. Đặng Bích Thủy làm chủ nhiệm đề tài.

Mục tiêu của đề tài nhằm tìm hiểu những vấn đề mang tính thách thức trong việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam, tập trung vào thực hiện quyền CSSK trẻ em đối nhóm tuổi từ 0-6 tuổi.

Phương pháp nghiên cứu của đề tài là tổng quan tài liệu và phân tích số liệu thứ cấp để tổng hợp các nghiên cứu đã có. Nghiên cứu cũng thực hiện phương pháp nghiên cứu định lượng và định tính. Cụ thể: Đề tài thực hiện phỏng vấn theo bảng hỏi và phỏng vấn sâu các bà mẹ và phỏng vấn sâu các cán bộ chính quyền và đoàn thể ở địa bàn nghiên cứu về các vấn đề liên quan đến việc thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong thực tiễn và các yếu tố tác động.

Mẫu và địa bàn nghiên cứu: Cuộc khảo sát được thực hiện ở xã Hạ Bằng, huyện Thạch Thất, Hà Nội vào tháng 9 năm 2013. Khảo sát được tiến hành với 205 phiếu hỏi bà mẹ có con 0-6 tuổi; phỏng vấn sâu 12 bà mẹ và 11 cán bộ chính quyền và đoàn thể, bao gồm: đại diện lãnh đạo UBND, cán bộ chuyên trách về trẻ em, cán bộ tư pháp, cán bộ dân số, cán bộ trạm y tế, giáo viên trường mầm non, đại diện Hội phụ nữ, đại diện đoàn thanh niên, đại diện một số chi hội phụ nữ và cộng tác viên dân số cấp thôn.

Phụ lục 3. Tóm tắt nội dung các chương trình, chiến lược quốc gia liên quan đến lĩnh vực thực hiện quyền CSSK trẻ em

- 1. Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em Việt Nam giai đoạn 2001- 2010* được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định số 23/2001/QĐ-TTg ngày 26/02/2001. Mục tiêu tổng quát của Chương trình nhằm tạo mọi điều kiện tốt nhất đáp ứng đầy đủ các nhu cầu và các quyền cơ bản của trẻ em, ngăn chặn và đẩy lùi các nguy cơ xâm hại trẻ em; xây dựng môi trường an toàn và lành mạnh để trẻ em Việt Nam có cơ hội được bảo vệ, chăm sóc, giáo dục và phát triển toàn diện về mọi mặt, có cuộc sống ngày càng tốt đẹp hơn. Chương trình này gồm có 15 nhóm mục tiêu và 8 hệ thống giải pháp.
- 2. Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em giai đoạn 2012 - 2020* (Quyết định số 1555/QĐ-TTg ngày 17/10/2013 của Thủ tướng Chính phủ). Chương trình này có mục tiêu tổng thể là: Xây dựng môi trường sống an toàn, thân thiện và lành mạnh để thực hiện ngày càng tốt hơn các quyền của trẻ em. Từng bước giảm khoảng cách chênh lệch về điều kiện sống giữa các nhóm trẻ em và trẻ em giữa các vùng, miền. Nâng cao chất lượng cuộc sống và tạo cơ hội phát triển bình đẳng cho mọi trẻ em.
- 3. Chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001-2010* (Quyết định số 35/2001/QĐ-Ttg ngày 19/3/2001). Chiến lược này đã đưa ra những quan điểm và mục tiêu cơ bản cho việc phát triển y tế và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và trẻ em. Chiến lược nhấn mạnh nhiều đến đối tượng trẻ em. Trong số 21 chỉ tiêu mục tiêu ngành y tế đến 2010 có 7 chỉ tiêu liên quan trực tiếp đến trẻ em. Quyết định số 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013 về “Phê duyệt chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011- 2020, tầm nhìn đến 2030” cũng nêu rõ quan điểm đảm bảo trẻ em dưới 6 tuổi được tiếp cận dịch vụ CSSK cơ bản có chất lượng.
- 4. Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010* đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt ngày 22/02/2001, tại Quyết định số 21/2001/QĐ-TTg, là Chiến lược mang tính toàn diện, đảm bảo cho mọi gia đình, mọi người, trong đó trẻ em là đối tượng được quan tâm hàng đầu có được một chế độ ăn uống hợp lý, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao chất lượng giống nòi; tạo ra nguồn nhân lực đáp ứng nhu cầu trong thời kỳ đẩy mạnh công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước.

5. *Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2011- 2020 và tầm nhìn đến năm 2030* (Quyết định số 226/QT-TTg, ngày 22/02/2012) cũng đã đặt ra các mục tiêu quan trọng liên quan đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong lĩnh vực chăm sóc dinh dưỡng.
6. *Kế hoạch hành động quốc gia về làm mẹ an toàn giai đoạn 2003 - 2010*: tập trung giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh, đảm bảo mỗi trẻ em có cuộc sống khoẻ mạnh ngay từ khi ra đời.
7. *Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020* (Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25/5/2012) đưa ra mục tiêu 100% các bà mẹ mang thai nhiễm HIV/AIDS và 100% trẻ em bị nhiễm hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS được quản lý, điều trị, chăm sóc và tư vấn thích hợp;
8. Các chương trình quốc gia về bảo vệ- chăm sóc- giáo dục trẻ em giai đoạn 2010-2020; Chiến lược dinh dưỡng quốc gia 2010- 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 v.v.. cũng đã đặt ra các mục tiêu quan trọng và là cơ sở cho việc tăng cường quan tâm thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em trong giai đoạn tới.
9. *Chương trình tiêm chủng mở rộng* bắt đầu được thực hiện từ năm 1981 và từ năm 1985 được triển khai trên phạm vi toàn quốc, từ năm 1995 đã được thực hiện tại 100% các xã trên cả nước.
10. *Kế hoạch hành động quốc gia về phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con giai đoạn 2006 - 2010* tập trung khống chế tỷ lệ trẻ em bị nhiễm HIV do mẹ truyền sang con; *Kế hoạch quốc gia về giáo dục sức khỏe sinh sản và phòng, chống HIV/AIDS* tập trung giải quyết vấn đề HIV/AIDS trong trường học.

Các chính sách về y tế học đường:

11. Năm 2009 Thủ tướng Chính phủ ban hành quyết định số 401/QĐ-TTg ngày 27/3/2009 về Phê duyệt chương trình phòng, chống bệnh, tật trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân. Mục tiêu bao trùm của chương trình là giảm tỷ lệ mắc các bệnh, tật trong cơ sở giáo dục, và bảo đảm cho học sinh, sinh viên được phát triển toàn diện về thể chất tinh thần và trí tuệ. Chương trình đưa ra các mục tiêu liên quan đến việc củng cố, kiện toàn tổ chức, cán bộ làm công tác y tế trường học trong các cơ sở giáo dục tại tất cả các tuyến, với chỉ tiêu đạt được cho đến năm 2015 là: 100% các Sở, Phòng

Giáo dục và đào tạo, dạy nghề có cán bộ chuyên trách về công tác y tế trường học; 85% các trường đại học, cao đẳng, trung cấp chuyên nghiệp, trường dạy nghề có trạm y tế.

12. Bộ Y tế và Bộ GD-ĐT đã ra thông tư liên tịch số 997/KH-BYT-BGDĐT ngày 19/11/2012 về việc thực hiện “Chương trình phối hợp giữa Bộ Y tế và Bộ GD&ĐT về bảo vệ, giáo dục và chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh, sinh viên trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân, giai đoạn 2012-2020” Thông tư này nhằm xây dựng kế hoạch thực hiện các mục tiêu về y tế học đường cho giai đoạn 2012- 2015. Mục tiêu chung là tăng cường bảo vệ, giáo dục và chăm sóc sức khỏe trẻ em, học sinh sinh viên; đảm bảo cho học sinh, sinh viên được phát triển toàn diện về thể chất, tinh thần và trí tuệ; giảm tỷ lệ bệnh, tật và nâng cao sức khỏe của học sinh, sinh viên. Văn bản này đề cập đến các mục tiêu ưu tiên công tác phòng, chống dịch bệnh; chăm sóc mắt học đường; chăm sóc sức khỏe răng miệng; phòng, chống tật cong vẹo cột sống; phòng, chống giun sán; chăm sóc sức khỏe sinh sản; phòng chống HIV/AIDS; thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc với học sinh, sinh viên theo quy định.

Phụ lục 4. Bảng, biểu số liệu
Bảng 4.1: Nhận định về các dịch vụ y tế và thói quen của người dân trong vấn đề khám chữa bệnh cho trẻ em

Nhận định	Đồng ý	Đồng ý một phần	Không đồng ý	Không ý kiến/K hó TL
1. Ít người cho con đến trạm y tế xã/phường để khám và điều trị khi con bị ốm vì không tin tưởng về trình độ của cán bộ y tại các cơ sở này	87,6	2,5	8,5	1,5
2. Khi trẻ em bị ốm nhưng không nặng, gia đình thường đến dịch vụ y tế tư nhân để khám và điều trị bệnh	71,6	6,5	21,9	-
3. Việc khám chữa bệnh của trẻ em thuộc các gia đình nghèo/có hoàn cảnh khó khăn phải phụ thuộc hoàn toàn vào hệ thống y tế nhà nước	64,2	13,9	15,9	6,0
4. Chỉ khi con bị ốm nặng gia đình mới đưa con đến khám ở các bệnh viện nhà nước	54,2	9,0	34,8	2,0
5. Thủ tục khám chữa bệnh miễn phí cho TE dưới 6 tuổi phiền hà là nguyên nhân các gia đình ngại đưa con đến khám và điều trị ở khu vực y tế nhà nước	51,2	13,4	31,8	3,5
6. Trẻ em dưới 6 tuổi đi khám chữa bệnh miễn phí theo chế độ không được các nhân viên y tế đối xử tận tình và tôn trọng như khi họ khám tự nguyện/tự trả tiền	47,3	10,9	33,3	8,5
7. Người nghèo thường mua thuốc tự điều trị cho con khi con bị ốm	43,8	11,9	42,3	2,0
8. Chỉ khi con bị ốm nặng gia đình mới đưa con đến khám ở các bệnh viện nhà nước	40,8	17,4	39,8	2,0
9. Phong tục, tập quán của địa phương/gia đình ảnh hưởng đến CSSK TE	34,8	9,0	53,2	3,0
10. Khi con bị ốm có thể điều trị bằng cách mời thầy cúng đến làm lễ để con khỏi bệnh	1,0	4,5	94,5	-

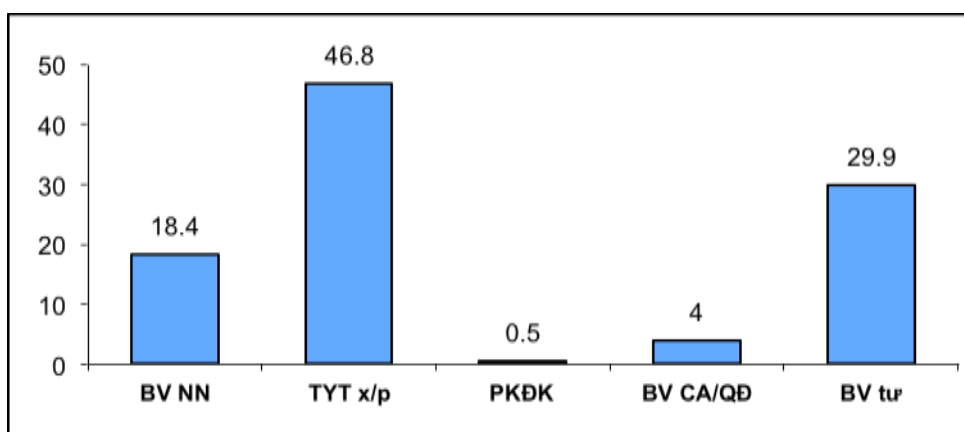
Nguồn: Số liệu điều tra tại Hạ Bằng, 2013

Bảng 4.2 Áp dụng chế độ ăn uống đặc biệt giúp thai nhi phát triển tốt trong lần mang thai gần đây nhất

	N	%
1. Tăng khẩu phần thức ăn giàu đạm (thịt, cá, trứng...)	158	78.6
2. Bổ sung sắt và can xi	158	78.6
3. Uống sữa dành cho bà bầu	145	72.1
4. Tăng khẩu phần các thức ăn giàu vitamin và khoáng chất	141	70.1
5. Uống thuốc bổ thai (vitamin, thuốc bắc...)	59	29.4

Nguồn: Số liệu điều tra tại Hạ Bằng, 2013

Biểu đồ 4.1 : Nơi thường khám lần mang thai gần đây nhất



Nguồn: Số liệu điều tra tại Hạ Bằng, 2013