

## CÔNG BẰNG TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE - HƯỚNG TỚI MỤC TIÊU CẢI THIỆN SỨC KHỎE TRẺ EM VÀO NĂM 2030

Đinh Thị Phương Hòa

### TÓM TẮT

Sức khỏe trẻ em (SKTE) đã có nhiều cải thiện trong vài thập kỷ qua. Các chỉ số về SKTE nước ta được đánh giá là tương đương với các nước có thu nhập cao hơn nhiều. Tuy nhiên, để hướng tới Mục tiêu cải thiện SKTE vào năm 2030, “Không có trẻ sơ sinh và dưới 5 tuổi chết do các bệnh có thể phòng tránh được nhằm giảm tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh và dưới 5 tuổi”, nước ta còn phải đối diện với một số thách thức trong đó lớn nhất là sự khác biệt về sức khỏe trẻ em ở một số vùng, miền. Đó là vấn đề cốt lõi cần giải quyết để bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em. Sự khác biệt rõ nhất là về TVTE dưới 5 tuổi.

Số liệu năm 2019 cho thấy tỷ suất TVTE ở nông thôn là 25,1‰, cao gấp 2 lần so với thành thị (12,3‰); Ở các tỉnh miền núi phía Bắc (31,5‰) và Tây Nguyên (35,5‰) cao gấp gần 3 lần so với vùng Đông Nam Bộ (12,7‰) và gấp đôi so với vùng Đồng bằng sông Hồng (16,5‰). Tương tự, tình trạng dinh dưỡng và tiêm chủng với tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ em DTTS là 32%, cao gần gấp 2 lần so với nhóm trẻ em người Kinh (17,1%); Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ bao phủ hầu hết cho trẻ em người Kinh (95,2%) nhưng ở trẻ em DTTS chỉ đạt 87,8%.

Có 2 nhóm nguyên nhân chính của sự khác biệt, cản trở việc không bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em là về điều kiện kinh tế, xã hội và hoạt động của hệ thống chăm sóc Y tế. Điều kiện kinh tế, xã hội bao gồm sự chênh lệch mức sống giữa vùng thành thị và nông thôn; dân tộc Kinh và DTTS. Hệ thống y tế có nhiều bất cập với trong CSSKTE ở 3 tiêu chí: thiếu nguồn lực (số lượng và chất lượng); Mất cân đối trong cung cấp dịch vụ CSSKTE giữa tuyến trên và tuyến dưới; Và hoạt mạng lưới CSSKBĐ thiếu đồng bộ và ngừng trệ ở nhiều địa bàn.

Hướng tới công bằng trong CSSKTE, cần có những can thiệp phù hợp và hiệu quả. Cần có một khảo sát toàn diện đánh giá về tổ chức mạng lưới dịch vụ và mô hình bệnh tật, tử vong trẻ em trên toàn quốc để cung cấp số liệu làm cơ sở cho can thiệp. củng cố mạng lưới CSSKBĐ và Y tế cơ sở theo tiếp cận Y học gia đình. Tăng cường sự kết nối giữa điều trị với dự phòng, giữa tuyến cơ sở với tuyến trên. Khuyến khích sự tham gia của các ban, ngành, cộng đồng và gia đình trong CSSKTE. Cần thúc đẩy để án giảm quá tải bệnh viện; Mở rộng mô hình bệnh viện vệ tinh có chăm sóc sức khỏe trẻ em theo vùng, miền và tăng cường hỗ trợ tuyến dưới cải thiện chất lượng CSSKTE. Bảo đảm công bằng trong CSSKTE là can thiệp then chốt nhất để đạt mục tiêu “không để trẻ em nào bị bỏ lại phía sau” và cho tương lai của một quốc gia khỏe mạnh, thịnh vượng

**Từ khóa:** Sức khỏe trẻ em; Sự khác biệt; Công bằng; Công bằng trong sức khỏe.

## ABSTRACT

### EQUITY IN HEALTH CARE - TOWARDS THE GOAL OF IMPROVING CHILD HEALTH BY 2030

Child health in Viet Nam has improved remarkably over the past few decades. The child health indicators are now considered to be similar to those of much higher income countries. However, to reach the aim to improve child health by 2030 to “end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age”, we still must face some challenges of which the biggest is the difference in children’s health in some regions. That is the core issue that needs to be solved to ensure equity in child health care.

The most obvious difference is seen in the under 5 mortality rate (U5MR). The 2019 data showed that U5MR in rural areas was 25.1‰ - twice as high as in urban areas (12.3‰). In the northern mountainous provinces (31.5‰) and the Central Highlands (35.5‰), the level was nearly 3 times higher than in the Southeast (12.7‰) and twice as high as in the Red River Delta region (16.5‰). Similarly, child’s nutritional status and immunization coverage showed the stunting rate among ethnic minority children was 32%, nearly 2 times higher than that of Kinh children (17.1%). The rate of full vaccination covered most of Kinh children (95.2%) but 87.8% among ethnic minority children.

There are two main barriers to ensure equity in child health care: socio-economic conditions and the operation of the health care system. Socio-economic conditions include the difference in living standards between urban and rural areas: Kinh and ethnic minorities. The health system for child health care has problems in 3 areas: lack of resources (quantity and quality), imbalance in the provision of child health care services between upper and lower levels, and the lack of synchronization in the primary health care network which is not functioning in many areas.

To achieve equity in child health care, appropriate and effective interventions are needed. A baseline survey on the service network including child mortality and morbidity patterns needs to be carried out to provide an evidence base for interventions. Likewise, strengthening the primary and grassroots health care networks by applying the family medicine approach is required, as well as improving the connection between the treatment and prevention system, and between primary health care and upper-hospital levels. In addition, encouraging the participation of related sectors, communities and families in the child health care system is needed. It is necessary to promote a project to reduce hospital overload; Expanding satellite hospitals including child health care by region. More support is also needed at lower levels to improve the quality of childcare.

Ensuring equity in childcare is the most critical intervention for the goal of “leaving no child behind” and for the future of a healthy, prosperous nation.

**Key words:** Child health; Inequity, Equity; Health Equity.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Công bằng trong chăm sóc sức khỏe (CSSK) là bảo đảm mọi công dân được tiếp cận các dịch vụ CSSK kể cả phân bố dịch vụ và đáp ứng nhu cầu của họ. Công bằng còn liên quan đến nguyên tắc đạo đức với mục tiêu thực hiện sức khỏe tối ưu cho tất cả mọi người, đặc biệt là những đối tượng

yếu thế, thiệt thòi [1].

Ở nước ta, trẻ em là đối tượng luôn được đặt ở vị trí ưu tiên hàng đầu trong các chiến lược và chính sách về CSSK nhân dân. Hệ thống y tế toàn diện, bao phủ rộng trên toàn quốc từ trung ương đến địa phương đều tuân thủ chính sách miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi trong tất cả các

dịch vụ CSSK [2]. Nước ta cũng là quốc gia đầu tiên ở châu Á và thứ hai trên thế giới phê chuẩn Công ước của Liên hợp quốc về quyền trẻ em, trong đó có quyền được CSSK [3]. Các chỉ số về sức khỏe trẻ em nước ta được đánh giá là tốt hơn so với các nước cùng thu nhập. Tổng kết về quá trình thực hiện Mục tiêu Thiên niên kỷ (MDGs) giai đoạn 1990 - 2015, nước ta được cộng đồng quốc tế đánh giá là điểm sáng trong nhóm các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (TVTE < 5 tuổi) giảm từ 58‰ (1990) xuống 22,1‰ (2015), rất gần với chỉ tiêu đề ra là 19,3‰. Sau năm 2015, tiếp tục hưởng ứng Mục tiêu Phát triển bền vững (SDGs) vào năm 2030 của Hội đồng Liên hiệp quốc, Việt Nam cũng đã phát triển của SDGs của Việt Nam (VSDG) trong đó, các hoạt động vì trẻ em có liên quan trực tiếp và gián tiếp ở 12/17 mục tiêu lớn và 40/115 mục tiêu cụ thể [4].

Mặc dù sức khỏe trẻ em ở nước ta đã được cải thiện rõ rệt nhưng để tiếp tục hành trình thực hiện SDGs với tiêu chí “Không có trẻ sơ sinh và dưới 5 tuổi chết do các bệnh có thể phòng tránh được nhằm giảm tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh và dưới 5 tuổi”, hoạt động CSSK trẻ em vẫn còn phải đối diện với nhiều khó khăn, thách thức. Đó là các vấn đề về nhân lực, tài chính, chất lượng dịch vụ.v.v trong đó quan trọng nhất là giảm được sự khác biệt về tình trạng sức khỏe trẻ giữa các vùng, miền cũng như về điều kiện kinh tế, xã hội.

Một lợi thế của nước ta là bắt đầu thực hiện các SDGs với tỷ suất TVTE < 5 tuổi ở mức 22,1‰, thấp hơn mục tiêu chung của toàn cầu cho năm 2030 (25‰). Chính vì thế, Nghị quyết số 20 của Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương lần thứ sáu, khóa XII đã xác định mục tiêu giảm TVTE đến năm 2030 cao hơn mục tiêu chung của toàn cầu, cụ thể là giảm tỷ suất TVTE < 5 tuổi xuống dưới 15‰. Như vậy, chúng ta sẽ phải nỗ lực hơn nữa cả về đầu tư nguồn lực cũng như các can thiệp chuyên môn phù hợp [4].

Nội dung chính của bài viết này tập trung về vấn đề bảo đảm công bằng trong CSSK, giảm

TVTE do các bệnh có thể phòng tránh được với những can thiệp chính là giảm sự khác biệt giữa các vùng miền, tiếp cận đến được đối tượng dễ bị tổn thương nhất.

## 1. HIỆN TRẠNG VỀ SỰ KHÁC BIỆT VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE TRẺ EM GIỮA CÁC VÙNG MIỀN, DÂN TỘC VÀ ĐIỀU KIỆN KINH TẾ - XÃ HỘI

Các can thiệp hướng đến mục tiêu “không có trẻ sơ sinh và dưới 5 tuổi chết do các bệnh có thể phòng tránh được” là một chiến lược chăm sóc toàn diện, liên tục từ khi bà mẹ mang thai, sinh đẻ cho đến khi trẻ 5 tuổi cho tất cả trẻ em, trong đó 2 lĩnh vực cốt lõi nhất là dinh dưỡng và tiêm chủng. Nhận biết nhóm trẻ thiệt thòi, dễ bị tổn thương và phân tích về khác biệt là cơ sở cho các giải pháp nhằm giảm mất công bằng trong CSSK trẻ em. Dưới đây là các số liệu phản ánh hiện trạng của khác biệt trong sức khỏe và tử vong trẻ em ở nước ta.

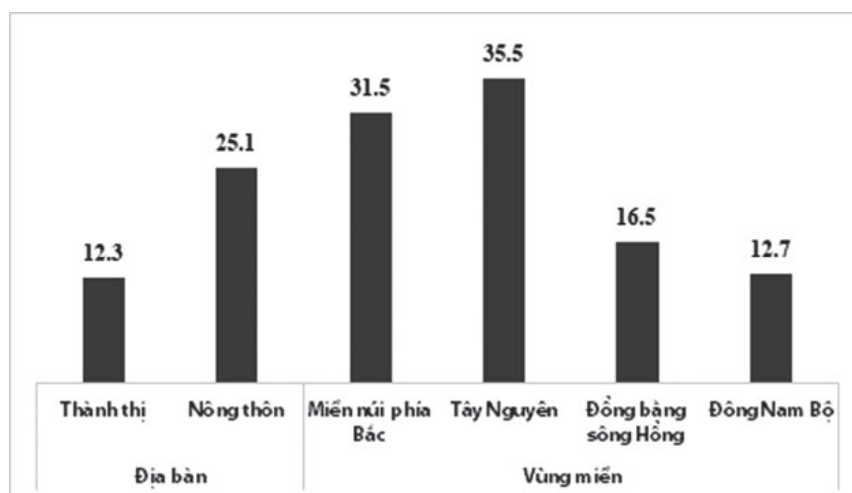
### 1.1. Khác biệt về tử vong trẻ em

Như đã đề cập ở trên, chỉ tiêu giảm tỷ suất TVTE <5 tuổi ở nước ta đến năm 2030 thấp hơn mức trung bình của các nước trên thế giới trong lộ trình hướng tới SDGs. Tuy nhiên để đạt được mục tiêu đó là cả quá trình vượt qua một số thách thức như sự khác biệt về tình trạng sức khỏe và TVTE giữa các vùng miền/dân tộc; Tử vong trẻ sơ sinh giảm chậm; Nguy cơ của một số bệnh mới nổi cũng như tình trạng dịch bệnh bùng phát lại; Sự gia tăng tử vong do tai nạn, thương tích và tác động của thiên tai, thảm họa. Trong nội dung này, chúng tôi chỉ trình bày thách thức về sự khác biệt về TVTE giữa các vùng miền, dân tộc vì đó là thách thức lớn nhất và sự khác biệt đó chưa có xu hướng thu hẹp, thậm chí còn tăng lên ở một số khu vực và tỉnh, thành. Đó cũng là vấn đề chính cần giải quyết nhằm mục tiêu bảo đảm công bằng trong CSSK đã được đề cập đến nhiều nhất trong các chiến lược, chính sách của nhà nước.

Sự khác biệt rõ nhất về TVTE dưới 5 tuổi là giữa các vùng núi, vùng sâu, vùng đồng bào dân tộc thiểu số so với các vùng thành thị và đồng bằng.

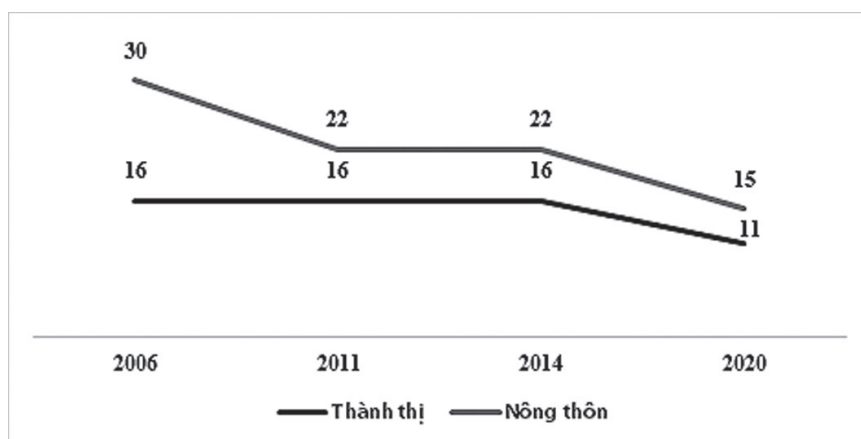
Theo số liệu của Tổng điều tra dân số năm 2019 [5] cho thấy tỷ suất TVTE ở nông thôn là 25,1‰, cao gấp 2 lần so với thành thị (12,3‰). Phân tích theo vùng miền cho thấy TVTE ở các tỉnh miền

núi phía Bắc (31,5‰) và Tây Nguyên (35,5‰) cao gấp gần 3 lần so với vùng Đông Nam Bộ (12,7‰) và gấp đôi so với vùng Đồng bằng sông Hồng (16,5‰). (Hình 1)



Hình 1. Khác biệt tử vong trẻ dưới 5 tuổi (%) theo địa bàn và vùng miền

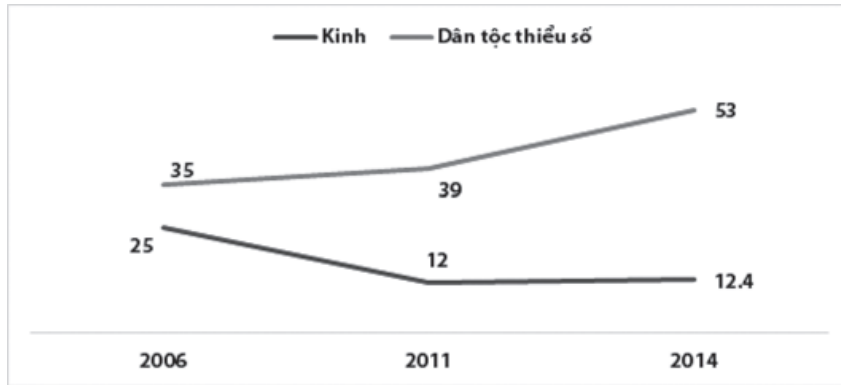
Phân tích xu hướng thu hẹp sự khác biệt theo thời gian cho thấy đã có sự cải thiện đối với yếu tố nông thôn và thành thị. Số liệu điều tra MICS ở 4 giai đoạn trong thời gian 2006 - 2020 cho thấy đã giảm sự chênh lệch từ 1,9 lần (30 so với 16‰) năm 2006 xuống 1,4 lần (15 so với 11‰) năm 2020 [6]. (Hình 2)



Hình 2. Khác biệt tử vong trẻ dưới 5 tuổi (%) theo địa bàn

Tuy nhiên, sự khác biệt giữa tỷ suất TVTE người DTTS và trẻ em Kinh không những không thu hẹp mà còn tăng lên rõ rệt. Sự khác biệt ở năm 2014 là 4,3 (53 so với 12,4‰) tăng gấp hơn 3 lần so với năm 2006 1,4 (35 so với 25‰)[7](Hình 3).

Chính vì vậy, các can thiệp ưu tiên cần tập trung cho các vùng khó khăn, núi cao và vùng có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống mới có thể giảm được tỷ lệ tử vong trẻ em trên phạm vi toàn quốc[8].



Hình 3. Khác biệt tử vong trẻ dưới 5 tuổi (‰) theo nhóm dân tộc

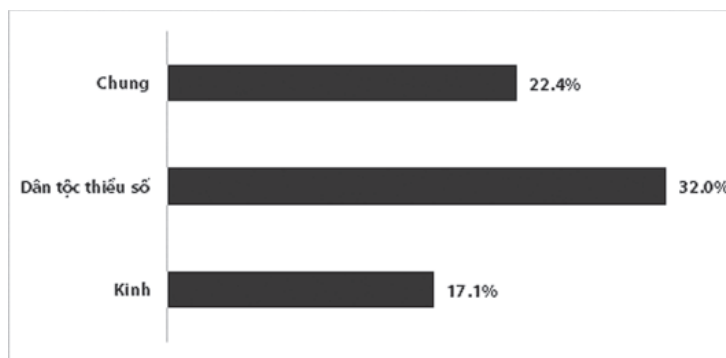
### 1.2. Khác biệt về tình trạng dinh dưỡng

Dinh dưỡng là nền tảng, là tiền đề cho sự sống còn và phát triển của trẻ. Thiếu dinh dưỡng là nguyên nhân của hơn 3 triệu trẻ em tử vong mỗi năm trên thế giới [9]. Suy dinh dưỡng (SDD) có ảnh hưởng trực tiếp đến tỷ lệ TVTE vì trẻ SDD thường bị giảm chức năng miễn dịch, dễ mắc bệnh và khi bị bệnh thì tiến triển nặng nhanh, tăng nguy cơ tử vong ở trẻ. Vì thế, để bảo đảm cho mọi trẻ được sinh ra và lớn lên khỏe mạnh, nuôi dưỡng trẻ hợp lý là một cấu phần quan trọng trong bảo đảm công bằng trong CSSK trẻ em.

Theo các số liệu báo cáo về thực hiện Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 - 2020, Việt Nam đã đạt được mục tiêu đề ra là giảm tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi xuống

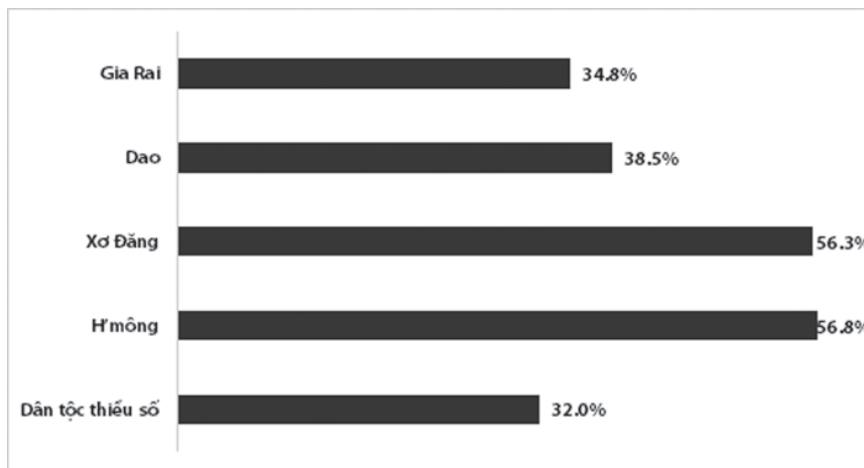
còn 26% vào năm 2015 và 23,0% vào năm 2020 [10]. Tuy nhiên, theo Báo cáo mới đây của UNICEF, Việt Nam hiện vẫn là một trong 34 quốc gia trên toàn cầu đang phải đối mặt với gánh nặng SDD trẻ em [11].

Cũng tương tự như hiện trạng về tử vong, tình trạng SDD trẻ em có sự khác biệt lớn giữa các tỉnh và giữa các vùng dân tộc thiểu số (DTTS). Kết quả của Tổng Điều tra dinh dưỡng 2010 - 2020 [12] cho thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ em chung cho toàn quốc là 22,4%, trong đó tỷ lệ ở trẻ em DTTS là 32%, cao gần gấp 2 lần so với trẻ em người Kinh (17,1%) (Hình 4). Ước tính trong số 199.535 trẻ em bị SDD thể thấp còi ở 10 tỉnh thành có tỷ lệ thể thấp còi cao nhất cả nước thì có đến 60% là trẻ em DTTS.



Hình 4. Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ < 5 tuổi (%) theo nhóm dân tộc

Sự khác biệt càng rõ hơn giữa các trẻ thuộc các dân tộc khác nhau với tỷ lệ cao nhất là dân tộc H'mông (56,8%), Xơ Đăng (56,3%) và thấp hơn ở Dao (38,5%), Gia Rai (34,8%), người Tày (30,4%). (Hình 5).



Hình 5. Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ < 5 tuổi ở một số nhóm dân tộc thiểu số

Một trong những lý do chính gây SDD ở trẻ DTTS cao là các trẻ này đã chịu thiệt thòi ngay trong thời kỳ bào thai. Tỷ lệ trẻ em dân tộc thiểu số ra đời nhẹ cân cao gấp 2 lần so với trẻ em là người Kinh (18,2% so với 9,0%).

Tỷ lệ SDD cao ở trẻ em DTTS cũng phản ánh sự mất công bằng trong CSSK cho trẻ em. Tăng cường tiếp cận đến nhóm trẻ em chịu thiệt thòi này nhằm cải thiện tình trạng SDD thấp còi cần được ưu tiên trong chính sách quốc gia để bảo đảm tất cả các trẻ em đều có cơ hội được lớn lên và phát triển một cách tối ưu nhất.

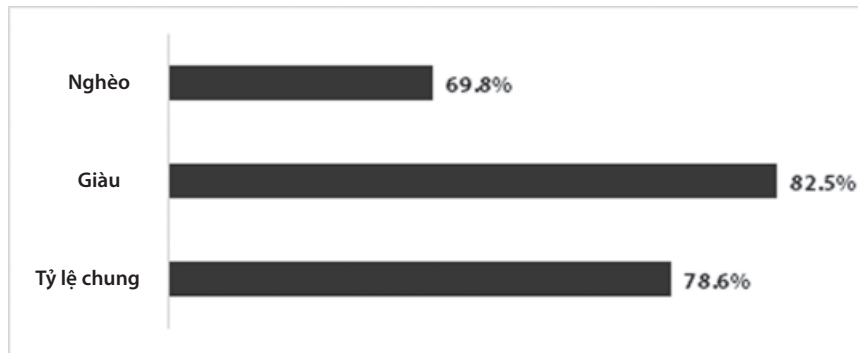
### 1.3. Khác biệt về sử dụng dịch vụ y tế dự phòng

Dịch vụ y tế dự phòng có vị trí rất quan trọng đối với trẻ em là phòng các bệnh thường gặp ở trẻ em nhờ chương trình tiêm chủng mở rộng (EPI). Đây là can thiệp được đánh giá có chi phí hiệu quả nhất không chỉ cứu sống và phòng bệnh tật cho trẻ mà còn về phương diện kinh tế. Một nghiên cứu ở 94 nước của Đại học Johns Hopkins Bloomberg (13) cho thấy với 1 đô la Mỹ (USD) đầu tư cho tiêm chủng sẽ tiết kiệm được 44 USD cho chi phí chăm

sóc y tế và các tổn thất về kinh tế khác.

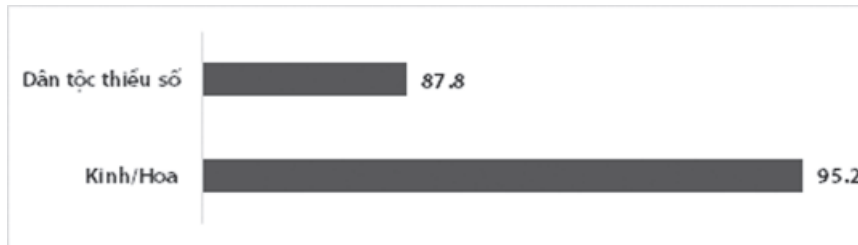
Ở nước ta, EPI bắt đầu từ những năm 1981 và bao phủ tất cả các tỉnh trong toàn quốc từ năm 1985 với nhiều thành tựu hết sức ấn tượng. Theo số liệu của UNICEF [14] trong hơn 25 năm qua, vắc xin đã bảo vệ được 6,7 triệu trẻ em Việt Nam và ngăn chặn 42.000 trẻ tử vong do các bệnh nguy hiểm như bệnh bạch hầu, ho gà, bại liệt và uốn ván.

Tuy nhiên EPI không phải không có những khó khăn trong quá trình triển khai mở rộng. Để bảo đảm công bằng cho tất cả mọi trẻ em đều được bảo vệ nhờ tiêm chủng, dịch vụ dự phòng này cũng đã và đang phải đối mặt với nhiều thách thức. Theo điều tra MICS 2021 cho thấy mặc dù tỷ lệ tiêm chủng từng loại vắc xin cho trẻ phần lớn đạt > 90% nhưng tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ chỉ đạt 78,6% trong toàn quốc. Sự khác biệt giữa các vùng không lớn lắm: cao nhất là vùng Đồng bằng sông Hồng (88,5%) và thấp nhất là Bắc Trung bộ, Duyên Hải miền Trung (70,1%) nhưng rõ hơn vẫn là giữa các hộ gia đình có kinh tế nghèo (69,8%) và giàu (82,5%). (Hình 6)



Hình 6. Tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ < 5 tuổi theo nhóm kinh tế hộ gia đình

Cũng giống như hiện trạng về TVTE và tình trạng dinh dưỡng, độ bao phủ vắc xin thấp ở trẻ em dân tộc thiểu số trong các khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa là sự khác biệt rõ nhất. Theo số liệu của điều tra MICS 2014 cho thấy tại thời điểm này tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ đạt mức rất cao và bao phủ hầu hết cho trẻ em người Kinh (95,2%) nhưng ở trẻ em DTTS chỉ đạt 87,8%. (Hình 7)



Hình 7. Tỷ lệ tiêm chủng ở trẻ < 5 tuổi (%) theo nhóm dân tộc

## 2. CÔNG BẰNG VÀ MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY MẤT CÔNG BẰNG TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ EM

### 2.1. Khái niệm về công bằng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em

Theo WHO, “Công bằng về sức khỏe là tình trạng không còn sự khác biệt về sức khỏe và các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe giữa các nhóm người bất kể là các nhóm đó có khác nhau về kinh tế, xã hội, giới tính, dân tộc, các đặc điểm về nhân khẩu học hoặc nơi sinh sống”[15].

Công bằng trong CSSK nói chung và trẻ em nói riêng là bảo đảm mọi công dân tiếp cận được chăm sóc với các dịch vụ chăm sóc có chất lượng như nhau. Tuy nhiên, cần phân biệt rõ là công bằng (equity) khác với ngang bằng/đồng đều (equality), tức là ai cũng được nhận được các dịch vụ như nhau. Công bằng trong hệ thống y tế không hoàn toàn có nghĩa là đồng đều mà là “mọi người đều được chăm sóc như nhau nhưng

ai có nhu cầu nhiều hơn thì được chăm sóc nhiều hơn”[16]. Thực hiện được nguyên tắc đó sẽ giảm được khoảng cách giữa người giàu và người nghèo, giữa những người thực sự cần chăm sóc và những người đòi hỏi được chăm sóc do họ có điều kiện về kinh tế hơn là nhu cầu về sức khỏe.

Nhu cầu được công bằng trong CSSK ở trẻ em có ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với từng trẻ, từng gia đình cũng như toàn xã hội. Bảo đảm mọi trẻ sinh ra có cơ hội như nhau được sinh ra, lớn lên khỏe mạnh cả về thể chất, tinh thần và tình cảm là nền tảng cơ bản của xã hội, là sự phồn vinh cho đất nước. Vì vậy, đầu tư và thực hiện công bằng trong CSSK trẻ em là nhiệm vụ hàng đầu của một quốc gia đặt nền móng cho một tương lai tốt đẹp.

### 2.2. Chính sách hỗ trợ bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em

Ở nước ta, kể từ ngày đất nước có tự do, độc lập, trẻ em là đối tượng luôn được ưu tiên chăm sóc. Bảo đảm công bằng trong CSSK trẻ em là

nguyên tắc cơ bản trong các chính sách về CSSK tại Việt Nam. Ký cam kết sớm Công ước về quyền trẻ em vào năm 1990, ủng hộ quan điểm “Trẻ em có quyền được chăm sóc đầy đủ và toàn diện ngay từ khi còn nằm trong bụng mẹ cho đến khi trưởng thành...” ngành Y tế đã triển khai nhiều hoạt động CSSK theo tiếp cận liên tục từ khi mang thai, sinh đẻ và sau đẻ. Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em có hiệu lực từ ngày 01/01/2005 với quy định “Trẻ em có quyền được chăm sóc, bảo vệ sức khỏe. Trẻ em dưới 6 tuổi được chăm sóc sức khỏe ban đầu, được khám bệnh, chữa bệnh không phải trả tiền ở các cơ sở y tế công lập”. Để hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ, tuân thủ khuyến nghị của WHO về thời gian bú mẹ hoàn toàn, Bộ Luật Lao động (2012) quy định lao động nữ được nghỉ thai sản 6 tháng, tạo điều kiện cho trẻ nhỏ được bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.

Đến năm 2013, quyền trẻ em được chính thức đưa vào Hiến pháp với quy định “Trẻ em có quyền được Nhà nước, gia đình và xã hội bảo vệ, chăm sóc và giáo dục; được tham gia vào các vấn đề về trẻ em. 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”. Tiếp theo đó, Luật Trẻ em năm 2016 quy định trách nhiệm của gia đình đối với sự phát triển của trẻ em với một số nhiệm vụ cụ thể như: đăng ký khai sinh, chăm sóc, nuôi dưỡng, dành điều kiện tốt nhất cho trẻ em.v.v.

Các hoạt động của ngành Y tế cũng dành sự ưu tiên trước nhất cho SKTE trong tất cả các giai đoạn xây dựng chiến lược. Gần đây nhất là Kế hoạch hành động quốc gia về CSSK sinh sản giai đoạn 2021 - 2025 với mục tiêu chính “tập trung vào cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, ưu tiên các vùng khó khăn nhằm giảm sự khác biệt về các chỉ tiêu sức khỏe, dinh dưỡng, tử vong mẹ, tử vong trẻ em giữa các vùng miền hướng tới thực hiện các Mục tiêu Phát triển bền vững vào năm 2030”. Và để có thể thực hiện chiến lược, các kế hoạch cụ thể được đề xuất cho mỗi tiêu chí trong chiến lược. Đối với trẻ em, đề

án can thiệp giảm TVTE dưới 5 tuổi đến năm 2030 đã được phê duyệt với mục tiêu “Cải thiện CSSK, thu hẹp khoảng cách giữa các vùng miền về tiếp cận, sử dụng dịch vụ chăm sóc CSSK có chất lượng và giảm tử vong trẻ sơ sinh, trẻ em dưới 1 tuổi và trẻ em dưới 5 tuổi”.

Một số tài liệu pháp quy giới thiệu trên đây cho thấy chính sách của Nhà nước cũng như Bộ Y tế đã hướng tới giải quyết vấn đề tồn tại là chưa bảo đảm công bằng trong CSSK trẻ em. Tuy nhiên, như đã giới thiệu ở phần phân tích hiện trạng, tình trạng mất công bằng vẫn tồn tại và là thách thức lớn nhất ở nước ta hiện nay. Phân tích nguyên nhân chính của sự không công bằng này với mục đích cung cấp các cơ sở khoa học để có bằng chứng xây dựng can thiệp phù hợp và hiệu quả nhằm thu hẹp những sự khác biệt trong sức khỏe và CSSK trẻ em.

### **2.3. Một số nguyên nhân chính cản trở việc không bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em**

Công bằng trong CSSK trẻ em cũng giống như những khái niệm khác về công bằng trong CSSK nói chung không thể đo, đếm một cách trực tiếp được. Tuy nhiên thông qua việc phân tích các yếu tố liên quan đến sự khác biệt về chăm sóc trẻ em, có thể xác định được nguyên nhân mất công bằng. Hai yếu tố chính mà chúng tôi muốn đề cập đến là điều kiện kinh tế, xã hội và hệ thống chăm sóc y tế.

#### **2.3.1. Điều kiện kinh tế, xã hội**

Như đã phân tích ở trên, từ nhiều năm nay nước ta đã thực hiện một số chế độ chính sách, chương trình quốc gia nhằm hỗ trợ người nghèo, những đối tượng thiệt thòi trong xã hội, vì thế điều kiện kinh tế xã hội không phải là nguồn gốc chính của sự mất công bằng trong chăm sóc sức khỏe ở Việt Nam [17]. Tuy nhiên, từ năm 1986 với cuộc cách mạng “Đổi mới” kinh tế ở nước ta phát triển một cách nhanh chóng đã tác động mạnh mẽ lên toàn xã hội nói chung và ngành Y tế nói riêng ở cả 2 khía cạnh: thành công và cản trở [18]. Vai trò tích cực của kinh tế phát triển đã góp phần



quan trọng trong cải thiện SKTE nhưng đồng thời, sự bất bình đẳng cũng đã tăng lên đáng kể và thiệt thòi luôn là các trẻ thuộc nhóm điều kiện kinh tế không thuận lợi.

Vấn đề cốt lõi ở nước ta là có sự phân hóa rõ rệt giữa vùng thành thị và nông thôn; giữa nhóm dân tộc Kinh và các nhóm DTTS sống ở những vùng núi khó khăn. Trẻ em DTTS ít được hưởng các phúc lợi xã hội và chăm sóc y tế hơn do kinh tế nghèo, khó khăn trong tiếp cận chăm sóc sức khỏe có chất lượng, một số phong tục tập quán lạc hậu.v.v. Rào cản về khoảng cách, chi phí, ngôn ngữ, tín ngưỡng và thiếu kiến thức là lý do chính dẫn đến việc các bà mẹ ít sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho trẻ [19]. Yếu tố dân tộc còn được coi là quan trọng nhất, có mối liên quan độc lập đến SKTE qua phân tích đa biến về xu hướng TVTE và sơ sinh [20; 21].

### 2.3.2. Hệ thống chăm sóc y tế

Mạng lưới chăm sóc sức khỏe của ngành Y tế Việt Nam là một hệ thống toàn diện bao phủ toàn quốc với hơn 10.000 trạm y tế xã, hơn 600 bệnh viện huyện của 63 tỉnh/thành phố. Bộ Y tế chịu trách nhiệm xây dựng các chính sách y tế, các hướng dẫn kỹ thuật và giám sát việc thực hiện. Tại tuyến tỉnh, chính quyền địa phương chịu trách nhiệm quản lý các hoạt động liên quan đến y tế của huyện và xã. Số lượng nhân viên y tế cho 1000 dân theo chỉ tiêu của BHYT đến năm 2000 cơ bản đã đáp ứng được. Trang, thiết bị, thuốc thiết yếu đã được cung cấp cho phần lớn các cơ sở để thực hiện được các dịch vụ y tế theo quy định của Bộ Y tế về phân tuyến kỹ thuật.

Tuy nhiên, để đảm bảo công bằng trong hệ thống y tế, vẫn còn rất nhiều bất cập. Riêng đối với hệ thống chăm sóc SKTE, còn tồn tại 3 vấn đề chính sau:

#### 2.3.2.1. Thiếu nhân lực chăm sóc trẻ em ở tất cả các tuyến

Mạng lưới cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em còn hạn chế cả về nguồn lực và năng lực. Theo đánh giá của Viện Chiến lược và chính sách năm

2015 cho thấy số bác sĩ trung bình cho 10.000 dân trong cả nước đạt mức khoảng 8 bác sĩ thì số bác sĩ chuyên khoa Nhi chỉ ở mức 0,25 bác sĩ [22].

Tại bệnh viện đa khoa tuyến huyện, chỉ có 42,9% bệnh viện có bác sĩ chuyên khoa Nhi. Chính sách ưu tiên cho miền núi cũng rất hạn chế nguồn lực cho chuyên khoa Nhi. Khảo sát tại 20 bệnh viện tuyến huyện ở 4 tỉnh miền núi phía Bắc cho thấy chỉ có 55% số bệnh viện có bác sĩ chuyên khoa Nhi và 60% số bệnh viện có bác sĩ được đào tạo định hướng chuyên khoa Nhi [23].

Trong bối cảnh chung hiện nay tại tuyến y tế cơ sở, số nhân viên y tế có xu hướng chuyển lên tuyến trên, bệnh viện tư hoặc nghỉ việc. Mặc dù hàng năm đều có chính sách xét tuyển nhân viên mới nhưng số nhân viên tuyển thêm ở tuyến huyện chỉ bằng 50% và ở tuyến xã thì cũng chỉ đáp ứng được 70% số nghỉ việc, chuyển đi nơi khác. Nhân lực về Nhi cũng ở trong tình trạng đó, thậm chí còn ít hơn nhiều.

Tại tuyến xã/phường, chăm sóc SKTE chủ yếu là do nhân viên y tế tuyến xã, y tế thôn bản (YTTB) và cô đỡ thôn bản (CĐTB). Cho đến nay chưa có một đánh giá toàn diện về vai trò của nhân viên trạm y tế trong chăm sóc SKTE, tuy nhiên, theo một số khảo sát về chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung cho thấy vai trò chăm sóc SKTE tại trạm y tế chủ yếu là thực hiện được một số nhiệm vụ của y tế dự phòng (dinh dưỡng, tiêm chủng..) chưa thực hiện đầy đủ chức năng của tuyến cơ sở về chăm sóc SKTE.

Tại các thôn, bản hoạt động của nhân viên YTTB và CĐTB cũng bị hạn chế nhiều do thiếu cả số lượng và chất lượng. Nhiều năm trước đây, nguồn lực này đã là cánh tay nối dài của mạng lưới y tế cơ sở, hỗ trợ CSSK bà mẹ, trẻ em, bảo đảm các cuộc đẻ an toàn tại các vùng dân tộc, miền núi, vùng sâu, vùng xa, nơi người dân khó tiếp cận với hệ thống y tế các tuyến. Đối với trẻ em, CĐTB có vai trò quan trọng trong chăm sóc và cứu sống được nhiều trẻ sơ sinh khi hỗ trợ các cuộc đẻ tại nhà. Tuy nhiên, những năm gần đây nguồn lực YTTB và CĐTB bị hạn chế nhiều.

Gần 2500 thôn bản ở vùng đặc biệt khó khăn chưa có CĐTĐ hoạt động. Đặc biệt từ năm 2019, CĐTĐ không được hưởng phụ cấp hàng tháng [24] vì thế đã có nhiều Cô đỡ bỏ việc, hoạt động của cả mạng lưới CĐTĐ hầu như đình trệ ở một số thôn, xã.

Sự thiếu hụt bác sĩ Nhi khoa cũng như nhân lực y tế chăm sóc SKTE là một chỉ số phản ánh sự bất bình đẳng trong phân cung cấp dịch vụ y tế. Những nơi có ít bác sĩ Nhi có thể làm trầm trọng thêm các vấn đề về SKTE. Vì vậy, bảo đảm đủ số lượng cũng như cải thiện chất lượng bác sĩ Nhi khoa là một giải pháp tích cực để giảm bất bình đẳng về chăm sóc SKTE [25].

### 2.3.2.2. Thiếu cân đối trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trẻ em giữa các tuyến

Mất cân đối giữa tuyến trên và tuyến dưới biểu hiện rõ nhất là trong cung cấp, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh. Các bệnh viện tuyến trên luôn bị quá tải trong khi bệnh viện tuyến dưới không sử dụng hết công suất. Đánh giá của Viện Chiến lược về tình trạng quá tải tại bệnh viện ở các tuyến cho thấy trong số bệnh nhân đến khám, chữa bệnh tại tuyến tỉnh, tuyến trung ương thì có đến 54-65% có thể điều trị ở tuyến y tế cơ sở, đặc biệt đối với trẻ em, tỷ lệ này còn cao hơn 80%. Hậu quả của hiện trạng này là ở tuyến trên, bệnh nhân không có giường nằm còn ở một số bệnh viện huyện công suất sử dụng giường chỉ đạt <60% [26]. Tình trạng này rất khó giải quyết được trong nhiều năm tới do chất lượng dịch vụ tuyến dưới chưa bảo đảm, người bệnh thiếu tin tưởng và thói quen thích sử dụng các dịch vụ có kỹ thuật cao ở tuyến trên.

Cơ chế bệnh viện thực hiện tự chủ và xã hội hóa chưa được kiểm soát tốt cũng là một cản trở lớn làm giảm cung cấp dịch vụ tại tuyến dưới. Tại tuyến huyện, khó có thể triển khai các dịch vụ theo yêu cầu khi khả năng chi trả của người dân còn rất hạn chế. Đối với trẻ em, chính sách khám, chữa bệnh miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi hầu như không đưa lại nguồn thu cho bệnh viện, vì thế cải thiện cung cấp dịch vụ cho trẻ em chưa phải là

động lực để bệnh viện tuyển dưới ưu tiên. Hơn thế nữa, một số dịch vụ và thuốc cho trẻ không đúng trong danh mục bảo hiểm không thể thanh toán được, vì thế nếu phải trả tiền các dịch vụ, người nhà chắc chắn sẽ chọn tuyến trên để chăm sóc sức khỏe cho con của họ.

Tại các TYT, năng lực cung ứng dịch vụ càng hạn chế, chất lượng dịch vụ chưa được kiểm soát. Trạm Y tế xã chỉ thực hiện được 52,2% các dịch vụ theo phân tuyến kỹ thuật. Về lĩnh vực dự phòng, quản lý sức khỏe, hoạt động của TYT xã thấp, công tác hướng dẫn, theo dõi, kiểm tra còn hạn chế [27].

Mất cân đối trong cung cấp dịch vụ còn thể hiện ở việc đầu tư chưa phù hợp cho duy trì các dịch vụ cơ bản, xử trí các vấn đề sức khỏe thường gặp ở trẻ em. Nhiều cơ sở y tế chỉ quan tâm phát triển các dịch vụ kỹ thuật cao, trong khi đó một số can thiệp đơn giản, ít tốn kém, có hiệu quả cao như nuôi con bằng sữa mẹ, chăm sóc sơ sinh nhẹ cân, non tháng bằng phương pháp Kangaroo (KGM), thực hiện quy trình chăm sóc sơ sinh sớm thiết yếu (EENC), xử trí các bệnh thường gặp ở trẻ em (IMCI) chưa được quan tâm đúng mức. Ngoài ra chưa có kết nối hiệu quả với hệ thống dự phòng và các ban ngành khác để có những can thiệp một số vấn đề về tai nạn, thương tích, ngộ độc đang có xu hướng gia tăng ở trẻ em.

Thiếu chặt chẽ trong các chính sách khám, chữa bệnh nói chung cũng như cho trẻ em cũng là một cản trở không nhỏ cho việc lựa chọn dịch vụ ở tuyến y tế cơ sở. Quyền tự do lựa chọn nơi khám bệnh không kèm theo quy định về chức năng nhiệm vụ theo tuyến cũng như theo mức nặng nhẹ của bệnh sẽ không thể bắt buộc trẻ em với các bệnh thông thường phải được chăm sóc tại tuyến cơ sở mặc dù tuyến này có thể đảm trách được các dịch vụ này.

### 2.3.2.3. Hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu thiếu đồng bộ và nguồn lực

Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) được coi là nguyên tắc phát triển của hệ thống y tế và là điều kiện cốt lõi để tiếp cận phổ cập chăm sóc y

tế cho toàn dân vì mục tiêu cuối cùng là bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe [28]. Đối với trẻ em, CSSKBD đã được đặc biệt nhấn mạnh trong Tuyên ngôn Alma Ata năm 1978 với các chủ đề chăm sóc thiết yếu, có cơ sở khoa học, được xã hội chấp nhận và phổ cập đến mọi trẻ em và gia đình trong mọi cộng đồng kể cả những nơi khó khăn nhất. Đó là các chăm sóc toàn diện, liên tục từ khi mang thai đến giai đoạn trưởng thành bao gồm chăm sóc bà mẹ trong thời gian mang thai, sự lớn lên và phát triển của trẻ, xử trí bệnh tiêu chảy và tiêm chủng dự phòng các bệnh lây nguy hiểm cho trẻ (GOBI-FFF) [29].

Hơn 40 năm trôi qua, cộng đồng quốc tế vẫn tiếp tục khẳng định Tuyên ngôn lịch sử Alma-Ata năm 1978 là nền tảng cốt lõi để hướng đến mục tiêu bao phủ và công bằng trong CSSK toàn dân và hoàn thành SDGs vào năm 2030. Chỉ tiêu giảm tử vong sơ sinh và trẻ em là một trong 9 mục tiêu chung trong chiến lược tăng cường CSSKBD của SDGs vào năm 2030.

Tuy nhiên, trong những năm gần đây do thay đổi về một số chính sách tài chính và ngân sách nhà nước chỉ cho y tế có xu hướng bị cắt giảm, đặc biệt đối với mạng lưới y tế cơ sở. Hơn 10 năm gần đây hầu như không có sự đầu tư nào cho TYT xã, ngân sách cho CSSKBD bao gồm cả chăm sóc SKTE thường xuyên thiếu hụt và đứt đoạn. Không được đầu tư đủ dẫn đến tình trạng thiếu đồng bộ cả nhân lực, trang thiết bị, thuốc nên không bảo đảm nhu cầu CSSK.

Đối với chăm sóc SKTE ở ở vùng núi khó khăn, sự thiếu hụt càng trở nên trầm trọng khi hoạt động của mạng lưới CSSKBD hầu như ngừng trệ. Mặc dù đã có một số chính sách ưu tiên về điều kiện tuyển dụng, mức lương, phụ cấp cho cán bộ làm việc ở các khu vực khó khăn cũng như chính sách đặc thù trong tuyển dụng, đào tạo, bồi dưỡng và tạo nguồn cán bộ, công chức người dân tộc thiểu số [30] nhưng so với sự phát triển chung của toàn quốc, một số chính sách ưu tiên vẫn còn bất cập và chưa thu hút được nhân lực làm việc. Bên cạnh đó, sự khác biệt về ngôn ngữ, phong tục tập quán có

liên quan đến chăm sóc SKTE là những cản trở lớn đối với khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân ở các vùng núi khó khăn.

#### 2.4. Một số khuyến nghị hướng tới công bằng trong chăm sóc sức khỏe trẻ em

- Cần có một khảo sát toàn diện về mô hình bệnh tật, TVTE cũng như tổ chức mạng lưới cung ứng dịch vụ cho trẻ em nhằm cung cấp các bằng chứng khoa học về hiện trạng và nhu cầu chăm sóc trẻ em để có can thiệp cải thiện SKTE phù hợp.

- củng cố mạng lưới CSSKBD và YTCS nhằm thu hẹp chênh lệch trong cung cấp dịch vụ chuyên môn, kỹ thuật ở các vùng, miền có kinh tế, xã hội khác nhau.

- Đổi mới mô hình tổ chức và cung ứng dịch vụ CSSKBD theo tiếp cận Y học gia đình nhằm cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ em liên tục, toàn diện ngay từ khi bà mẹ mang thai. Tăng cường sự tiếp kết nối giữa điều trị với dự phòng, giữa tuyến cơ sở với tuyến trên.

- Khuyến khích sự tham gia của các ban, ngành, cộng đồng cùng hành động vì sức khỏe trẻ em. Bảo đảm trẻ em ở mọi nơi đều được chăm sóc, bảo vệ phòng tránh tai nạn, thương tích hoặc bị tác động của thiên tai, thảm họa.

- Nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi của người dân, thúc đẩy thực hành đúng về các can thiệp chăm sóc, bảo vệ sức khỏe trẻ em của gia đình và cộng đồng.

- Trong kế hoạch của những năm tới, cần ưu tiên các can thiệp chăm sóc SKTE dân tộc thiểu số, các vùng có điều kiện kinh tế khó khăn, khó tiếp cận và các vùng có tỷ lệ bệnh tật, tử vong cao nhằm thu hẹp khoảng cách giữa các vùng, miền.

- Đối với các bệnh viện tuyến trên cần thực hiện nghiêm túc đề án giảm quá tải bệnh viện, mở rộng để án bệnh viện vệ tinh có chăm sóc sức khỏe trẻ em theo vùng, miền một cách hợp lý. Tăng cường công tác chỉ đạo tuyến nhằm hỗ trợ tuyến dưới cải thiện chất lượng cung cấp dịch vụ cho trẻ em.

## KẾT LUẬN

Công bằng trong CSSK nói chung và SKTE nói riêng là một vấn đề thuộc phạm trù đạo đức, là quy tắc cơ bản bảo đảm quyền con người. Đối với trẻ em, hơn tất cả các nhóm tuổi khác, được bảo đảm công bằng trong CSSK là sự đầu tư hiệu quả nhất cho tương lai một quốc gia phồn vinh với những công dân khỏe mạnh cả về thể chất và tinh thần.

Mất công bằng trong chăm sóc SKTE vẫn đang là vấn đề nhức nhối ở nhiều nước trên thế giới. Thu hẹp khoảng cách giữa các quốc gia, vùng, miền, lãnh thổ là nhiệm vụ trước hết và trên hết của tất cả các nước trên thế giới. Việt Nam đã cam kết với cộng đồng quốc tế đang nỗ lực thực hiện các mục tiêu SDGs vì “sức khỏe cho mọi người” mà trẻ em là đối tượng ưu tiên hàng đầu. Các nỗ lực “không để trẻ em nào bị bỏ lại phía sau” là tiêu chí cho mọi kế hoạch hành động chăm sóc SKTE, hướng tới mục tiêu công bằng cho sức khỏe của mọi trẻ em trên mọi vùng, miền trong cả nước.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WC Chang. The meaning and goals of equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2002;56: 488-491.
2. Bộ Y tế. Quyết định của Chính phủ số 36/2005/ND-CP. Hà Nội, 2005.
3. The United Nations: Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1989.
4. Thủ tướng Chính phủ. Quyết định về việc ban hành lộ trình thực hiện SDGs Việt Nam đến năm 2030. Số 681/QĐ-TTg, 2019.
5. Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019. Nhà xuất bản Thống kê tháng 12/2019.
6. TCTK- UNICEF Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ - Multiple Indicator Cluster

Survey (MICS2006, 2011, 2014, 2020).

7. TCTK- UNICEF Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ - Multiple Indicator Cluster Survey (MICS2006, 2011, 2014).

8. TCTK- UNICEF- UNFPA. Báo cáo kết quả điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2020-2021. Tháng 12 năm 2021.

9. Bhutta et al. (2013). Evidence - based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? The Lancet Nutrition Interventions Review Group, and the Maternal and Child Nutrition Study Group.

10. Viện Dinh dưỡng. Chiến lược Quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 - 2020.

11. UNICEF Việt Nam - Chương trình Dinh dưỡng.

12. Tổng Điều tra dinh dưỡng giai đoạn 2010 - 2020.

13. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vaccinations: Across 94 countries, benefits far exceed the costs.

14. UNICEF Việt Nam - Chương trình Tiêm chủng.

15. WHO - Health Equity.

16. Culyer. AJ. Equity - some theory and its policy implications. *J Med Ethics* 2001, 27(4): 275-283.

17. Van de Walle D, Gunewardena D. Sources of ethnic inequality in Viet Nam. *Journal of Development Economics* 2001; 65: 177-207.

18. Baulch B, et al. Ethnic minority development in Vietnam. *Journal of Development Studies* 2007; 43 (7): 1151-76.

19. Le Anh Tuan et al. Ethnic Variations in Healthcare Service Utilization and Access in Vietnamese Mountainous Setting. *Scientific World Journal*; Article ID 6650303. <https://doi.org/10.1155/2021/6650303>.

20. Hoa DP, et al. Persistent neonatal mortality despite improved under - five survival: a retrospective cohort study in northern Vietnam. *Acta Paediatrica* 2008; 97(2): 166-70.41.

21. Malqvist M, et al. Ethnic inequity in neonatal survival: a case-referent study in northern Vietnam. *Acta Paediatrica* 2011; 100(3): 340-46.

22. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2015. Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân.

23. Bộ Y tế 2019. Hỗ trợ cải thiện dịch vụ CSSK bà mẹ và trẻ sơ sinh ở những huyện có tử vong bà mẹ/tử vong sơ sinh cao ở Việt Nam.

24. Nghị định 34/2019/NĐ-CP ngày 24/04/2019 của Chính phủ.

25. Harper BD, et al. Where are the paediatricians? An international survey to understand the global paediatric workforce. *BMJ Paediatrics Open* 2019; 3:e000397. doi: 10.1136/bmjpo - 2018-000397.

26. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Báo cáo đánh giá tình trạng quá tải bệnh viện ở các tuyến. Hà Nội, Việt Nam: HSPI, 2009.

27. Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế. Báo cáo kết quả công tác khám, chữa bệnh năm 2011 và những giải pháp nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh năm 2012. Hà Nội, Việt Nam: 2012.

28. WHO - UNICEF (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

29. WHO-UNICEF. Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

30. Chính phủ. Dự thảo Nghị định về chính sách đặc thù trong tuyển dụng, đào tạo, bồi dưỡng và tạo nguồn cán bộ, công chức người dân tộc thiểu số - đang chờ phê duyệt.