

Tác động của hội nhập kinh tế tới thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe trẻ em ở Việt Nam

Đặng Bích Thủy

Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới

Tóm tắt: Việt Nam đang tham gia ngày càng sâu và rộng hơn vào nền kinh tế toàn cầu. Chính sách tập trung tăng trưởng kinh tế và tự do hóa thương mại trong thời kỳ hội nhập tạo ra những thuận lợi to lớn cho việc tăng cường các phúc lợi cho trẻ em, mở rộng nhiều cơ hội và sự lựa chọn cho các gia đình trong thực hiện quyền chăm sóc sức khỏe (CSSK) trẻ em. Tuy nhiên, những chính sách này không mang đến những cơ hội đồng đều cho mọi trẻ em. Trẻ em nghèo, trẻ em dân tộc thiểu số, trẻ em sống ở vùng sâu, vùng xa, nhóm trẻ em di cư lao động, hoặc trẻ em thuộc các gia đình có cha mẹ di cư chịu nhiều thiệt thòi trong tiếp cận các cơ hội CSSK và dịch vụ y tế có chất lượng. Tác giả cho rằng hiện nay, trước sức ép của mục tiêu tăng trưởng kinh tế trong bối cảnh khủng hoảng kinh tế toàn cầu, thực hiện quyền CSSK trẻ em trong thời gian tới ở Việt Nam sẽ phải đối mặt với nhiều thách thức hơn nữa, xuất phát từ khó khăn của chính phủ trong việc cân bằng giữa mục tiêu phát triển kinh tế và đầu tư cho lĩnh vực phúc lợi xã hội dành cho trẻ em.

Từ khóa: Hội nhập kinh tế; Trẻ em; Quyền trẻ em; Chăm sóc sức khỏe.

Mở đầu

Quá trình hội nhập kinh tế của Việt Nam có sự khởi đầu từ những năm cuối của thập niên 80 thế kỷ XX 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 đó, 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), Ô-xtrây-li-a 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- Chilê vào năm 2011⁽¹⁾. Cuối tháng 5/2015 vừa qua, sau hơn hai năm tích cực đàm phán, Việt Nam đã chính thức ký kết FTA với Liên minh Kinh tế Á-Âu.

Bài viết này đề cập đến những tác động của hội nhập kinh tế tới việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong mối liên kết với các chính sách kinh tế vĩ mô và những vấn đề xã hội nảy sinh từ quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam, bao gồm cả tác động tích cực và tác động tiêu cực.

Chính sách kinh tế vĩ mô và các tác động đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế

Khi tham gia vào quá trình hội nhập kinh tế, các quốc gia phải 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. 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 các nước tham gia hội nhập và dẫn đến những biến đổi sâu sắc lên cuộc sống của người dân, trong đó có trẻ em.

Devlyder (2000) đưa ra quan điểm được chấp nhận rộng rãi rằng những chính sách vĩ mô, đặc biệt là các chính sách liên quan đến các hình thái tăng trưởng kinh tế và các chính sách liên quan đến toàn cầu hóa và hội nhập, mặc dù không nhằm trực tiếp vào trẻ em nhưng thường ảnh hưởng đến trẻ em một cách gián tiếp, thông qua những tác động đối với tình trạng kinh tế và xã hội của gia đình.

Chính sách kinh tế vĩ mô liên quan đến hội nhập tác động đến việc thực hiện quyền trẻ em nói chung và quyền CSSK trẻ em nói riêng theo cả hai xu hướng tích cực và tiêu cực. Một điều không thể phủ nhận là các chiến lược tăng trưởng kinh tế trong quá trình hội nhập giúp nền kinh tế phát triển nhanh hơn và làm gia tăng các nguồn lực đầu tư cho trẻ em (Nguyễn Hữu Minh & Đặng Bích Thủy, 2009; Vic, 2004; Devylder, 2000). Trong công trình nghiên cứu về hội nhập kinh tế, Vic (2004) đã chứng minh rằng tăng trưởng kinh tế góp phần thực hiện tốt hơn quyền sống còn và phát triển của trẻ em, bởi tăng trưởng kinh tế tạo ra những cơ hội quan trọng trong việc nâng cao sức khỏe, giảm tỷ lệ dân số bị suy dinh dưỡng, mà chủ yếu là trẻ em, và giảm tỷ lệ nghèo đói.

Nghiên cứu của Devylder (2000) về kinh tế vĩ mô và quyền trẻ em cũng đã đưa ra các bằng chứng rằng 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. 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. Ở những nước này, thế hệ trẻ là những người được hưởng lợi nhiều nhất. Một số 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 so với vài thập kỷ trước đây và có mọi lý do để tin tưởng rằng tình hình sẽ còn cải thiện nhiều hơn nữa trong tương lai nhờ sự tăng trưởng kinh tế nhanh chóng.

Việt Nam cũng có những nét tương tự. Chiến lược tăng trưởng kinh tế của Việt Nam trong giai đoạn hội nhập đã tạo nền tảng cơ bản giúp giảm nghèo đói và cải thiện mức sống của người dân. Trước giai đoạn 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 tăng 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% (VASS & UNDP, 2010), giai đoạn 2011 – 2013 giảm còn trung bình là 5,52% (TCTK, 2011, 2012, 2013). Việt Nam đã chuyển vị trí từ nhóm các nước nghèo nhất sang nhóm các nước có mức thu nhập trung bình thấp. 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 (TCTK, 2008: 618; VASS & UNDP, 2010).

Theo số liệu thống kê gần đây nhất, tỷ lệ nghèo đói 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% (Bộ LĐ-TB & XH, 2014). 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 (Nhóm các nhà tài trợ, 2007). Mức sống nâng cao của gia đình làm tăng cơ hội đầu tư cho sức khỏe trẻ em, giảm nguy cơ bị thiếu dinh dưỡng và góp phần cải thiện các kết quả liên quan đến thực hiện quyền CSSK (Đặng Bích Thủy, 2010).

Hội nhập kinh tế đem đến những nguồn lực tài chính quan trọng để thực hiện quyền CSSK trẻ em. Cùng với việc tăng ngân sách nhà nước 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, chăm sóc sức khỏe và các dịch vụ xã hội khác (UNICEF, 2010). Có thể nói, tăng chi ngân sách và chi từ các nguồn vốn ODA trong giai đoạn hội nhập kinh tế là những nguồn đầu tư quan trọng có ảnh hưởng trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, bao gồm các chương trình khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em nghèo, chương tiêm chủng mở rộng, và các chương trình liên quan đến CSSK cho trẻ em thuộc các nhóm đặc biệt khó khăn.

Các nghiên cứu liên quan đến tình hình phát triển trẻ em ở Việt Nam những năm gần đây cũng đã chỉ ra rằng tăng trưởng kinh tế 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 ở Việt Nam những năm qua. Ví dụ như những tiến bộ về 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 gian (TCTK & UNICEF, 2012; UNICEF, 2010).

Chính sách xã hội hóa y tế và các chính sách liên quan đến cải cách hệ thống y tế trong điều kiện phát triển kinh tế thị trường đã mở ra nhiều cơ hội và sự lựa chọn cho các gia đình trong việc tiếp cận các dịch vụ CSSK cho trẻ em. Với chủ trương xã hội hóa y tế, hệ thống y tế tư nhân được quan tâm phát triển, góp phần vào việc CSSK cho trẻ em nói chung và hỗ trợ các gia đình thực hiện quyền CSSK trẻ em nói riêng. Theo Tổng cục Thống kê (2010), 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.

Tuy nhiên, sự điều chỉnh các chính sách vĩ mô trong quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam cũng đem đến những thách thức không nhỏ cho việc thực hiện quyền CSSK cho trẻ em. 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 việc khám và điều trị bệnh 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 việc hưởng các quyền sống còn và được đảm bảo CSSK khi bị ốm đau, cho dù Việt Nam cũng có những chính sách hỗ trợ người nghèo (Đặng Bích Thủy, 2010; Ari và cộng sự, 2008). Năm 2012, chi từ tiền túi hộ gia đình chiếm khoảng 92,7% chi tư cho y tế⁽²⁾ và trên 50% tổng chi của toàn xã hội cho y tế (Bộ Y tế và nhóm đối tác y tế, 2013).

Bên cạnh đó, ngay cả chính sách xã hội hóa y tế mặc dù đã tạo ra những thuận lợi to lớn cho việc phát triển hệ thống dịch vụ khám chữa bệnh cho người dân, trong đó có trẻ em, thì bản thân chính sách này cũng không mang đến các cơ hội khám chữa bệnh một cách bình đẳng cho mọi trẻ em, bởi trong thực tế, xã hội hóa ở Việt Nam có nghĩa là sự tham gia nhiều hơn của khu vực tư nhân trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội, của các hộ gia đình trong chi trả cho y tế và giáo dục, cũng như sự thương mại hóa các dịch vụ y tế và giáo dục công cộng (UNDP, 2012).

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 đảm bảo tăng trưởng kinh tế nhanh hơn là cải thiện phát triển con người và xã hội. 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 như như Thái Lan và Hàn Quốc (UNDP, 2012). Như vậy, việc thực hiện quyền CSSK trẻ em cũng sẽ phải đối mặt với nhiều thách thức hơn, khi Chính phủ gặp khó khăn trong cân đối tài chính để đầu tư cho các chương trình về CSSK miễn phí cho trẻ em, trong khi nguồn lực dành cho phát triển xã hội

bị hạn chế.

Tác động của những vấn đề xã hội nảy sinh từ quá trình hội nhập tới việc thực hiện quyền CSSK trẻ em

Bên cạnh những tác động từ việc điều chỉnh cơ cấu chính sách kinh tế vĩ mô, thực hiện quyền CSSK trẻ em còn chịu nhiều tác động từ các vấn đề xã hội nảy sinh trong bối cảnh hội nhập kinh tế. Sự gia tăng bất bình đẳng xã hội, vấn đề nghèo đói, cha mẹ thiếu thời gian dành cho con cái, sức ép của tìm kiếm việc làm trong thị trường lao động mang tính cạnh tranh cao, bao gồm vấn đề di cư là những yếu tố tác động rõ nét tới việc thực hiện quyền CSSK trẻ em.

Bất bình đẳng

Bất bình đẳng gia tăng là vấn đề xã hội tất yếu của nền kinh tế hội nhập. 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 việc thực hiện quyền CSSK trẻ em (Wagstaff, 2000).

Trong khi nghèo về thu nhập đã giảm ở Việt Nam thì bất bình đẳng về thu nhập lại tăng lên. Dữ liệu từ các cuộc Điều tra mức sống hộ gia đình Việt Nam 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. Tỷ lệ thu nhập của ngũ phân vị giàu nhất so với ngũ phân vị nghèo nhất cũng tăng lên ở tất cả các vùng trong giai đoạn 2002-2010 (UNDP, 2012).

Cùng với sự gia tăng khoảng cách giàu nghèo trong xã hội, các vấn đề bất bình đẳng trong CSSK của trẻ em Việt Nam đã xuất hiện và ngày càng trở nên gay gắt hơn, thể hiện ở khoảng cách chênh lệch khá lớn về tình trạng tử vong trẻ em, suy dinh dưỡng, tiếp cận các cơ hội và chất lượng khám chữa bệnh giữa các nhóm mức sống, khu vực và thành phần dân tộc.

Vào giữa những năm 1990, tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh ở nhóm 1/5 dân số nghèo nhất cao gấp đôi tỷ lệ này ở nhóm dân số giàu nhất (Bộ Y tế, 2006). Cho đến thời gian gần đây, tình trạng khác biệt này vẫn chưa được cải thiện. Kết quả điều tra MICS năm 2011 cho thấy tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi của 20% số hộ nghèo nhất là 28 phần nghìn, cao gấp 2 lần nhóm 80% khá giả hơn (TCTK và UNICEF, 2012). Tỷ suất tử vong trẻ em cũng có sự chênh lệch khá lớn giữa khu vực và dân tộc. Kết quả điều tra MICS 2006 cho thấy trẻ em dân tộc ít người đối mặt với nguy cơ tử vong

cao hơn nhiều so với trẻ em thuộc các hộ dân tộc Kinh: 27 phần nghìn so với 20 phần nghìn đối với tử vong dưới 1 tuổi và 35 phần nghìn so với 25 phần nghìn đối với tử vong dưới 5 tuổi. Vùng nông thôn có tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và 5 tuổi cao hơn nhiều so với thành thị: 24 phần nghìn so với 14 phần nghìn đối với tử vong dưới 1 tuổi và 30 phần nghìn so với 16 phần nghìn đối với tử vong dưới 5 tuổi (TCTK và UNICEF, 2006). Điều tra MICS 2011 cho thấy tỷ suất tử vong trẻ em thuộc gia đình có chủ hộ không phải là người Kinh/Hoa vẫn khá cao: tỷ suất tử vong trẻ dưới 5 tuổi là 39 phần nghìn, và dưới 1 tuổi là 30 phần nghìn, trong khi tỷ lệ này ở hộ gia đình người Kinh/Hoa lần lượt là 12 và 10 phần nghìn (TCTK và UNICEF, 2012).

Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) trẻ em giữa nhóm giàu và nhóm nghèo cũng có sự khác biệt rõ nét. Kết quả điều tra MICS 2006 chỉ ra rằng 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 (TCTK và UNICEF, 2006). Điều tra MICS 2011 cho thấy mặc dù tình hình SDD của trẻ em đã được cải thiện nhưng tình trạng bất bình đẳng về SDD vẫn tương tự như điều tra MICS 2006. Theo kết quả điều tra MICS 2011, có sự chênh lệch lớn về tình trạng SDD giữa trẻ em dân tộc Kinh/Hoa và dân tộc thiểu số: trẻ em SDD ở gia đình chủ hộ không phải là người Kinh/Hoa cao gấp đôi trẻ em thuộc hộ gia đình chủ hộ là người Kinh/Hoa (SDD cân nặng theo tuổi: 22% so với 10%; SDD chiều cao theo tuổi: 41% so với 20%). Tỷ lệ SDD ở nhóm nghèo nhất cao gấp xấp xỉ 7 lần so với nhóm giàu nhất (SDD cân nặng: 21% so với 3%; SDD chiều cao: 41% so với 6%) (TCTK và UNICEF, 2012).

Bất bình đẳng trong thu nhập dẫn đến những bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ y tế giữa trẻ em thuộc các nhóm mức sống khác nhau khi Việt Nam áp dụng các chính sách thương mại hóa trong lĩnh vực y tế. Nghiên cứu của Bộ y tế đã đánh giá rằng chính sách thu một phần viện phí đã hạn chế sự tiếp cận của trẻ em nghèo tới các dịch vụ y tế do không có tiền để trang trải các khoản chi phí khám chữa bệnh tại bệnh viện (Bộ Y tế, 2006). Bên cạnh đó, những dịch vụ y tế có chất lượng ở Việt Nam thường chỉ tập trung ở đô thị, mức phí cho dịch vụ chẩn đoán và điều trị bằng công nghệ y học hiện đại thường rất cao so với mức thu nhập chung của người dân (UNDP, 2012). Điều này dẫn đến việc trẻ em nghèo, trẻ em vùng sâu vùng xa, trẻ em dân tộc thiểu số bị gạt ra ngoài những cơ hội được tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng này.

Như vậy, mặc dù chính sách thương mại hóa trong lĩnh vực y tế phù hợp với việc thúc đẩy nền kinh tế thị trường nhưng cũng đem đến một số tác động tiêu cực tới quyền được tiếp cận với dịch vụ khám và điều trị bệnh có chất lượng và không bị phân biệt đối xử đối với nhóm trẻ em nghèo và trẻ em vùng sâu, vùng xa.

Vấn đề di cư

Trong bối cảnh hội nhập, 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 (UNDP, 2012). Những nghiên cứu gần đây ở Việt Nam cho thấy có mối liên hệ giữa di cư và các vấn đề về thực hiện quyền CSSK sức khỏe trẻ em, ví dụ như những ảnh hưởng từ việc thiếu vắng sự chăm sóc của cha mẹ đối với những trẻ em có cha mẹ đi làm ăn xa, và các nguy cơ bệnh tật khi phải sống xa gia đình trong quá trình di cư lao động tới các khu đô thị và công nghiệp.

Nghiên cứu về trẻ em di cư theo cha mẹ và trẻ em di cư một mình ở Việt Nam của Jone, Marshall & Đặng Bích Thủy (2014) cho thấy, trong khi di cư lao động là một phương kế giúp các gia đình di cư cải thiện thu nhập, thì một vấn đề liên quan đến vi phạm quyền trẻ em 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 các em gặp nhiều thách thức vì hầu hết các gia đình này không có thể bảo hiểm y tế và không được hưởng bất cứ quyền lợi gì về an sinh xã hội tại nơi ở mới. Trong khi đó, đối với nhóm trẻ em ở lại quê, nhiều em phải đối mặt với các vấn đề về sức khỏe tâm thần, bị những người thân đang sống cùng đối xử không tốt. Nghiên cứu cũng đã ghi nhận những bằng chứng về điều kiện CSSK sinh sản kém ở những trẻ em này, đặc biệt là vấn đề vệ sinh kinh nguyệt đối với trẻ em gái. Đối với nhóm trẻ em lao động di cư một mình (không đi cùng cha mẹ), 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 những người quen biết mua thuốc mà không có sự thăm khám và kê đơn của nhân viên y tế. Một số nghiên cứu khác (Nguyễn Hữu Minh và Đặng Bích Thủy, 2009; Dương Kim Hồng và Kenichi, 2007) cũng đã chỉ ra rằng 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.

Cha mẹ thiếu thời gian dành cho việc chăm sóc sức khỏe cho con cái

Gánh nặng kiếm sống trong nền kinh tế thị trường đã tạo nên những khó khăn về thời gian chăm sóc con cái đối với các bậc cha mẹ, điều này

cũng có những ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện quyền CSSK trẻ em trong các gia đình Việt Nam. 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 cũng ghi nhận rằng, nguyên nhân thiếu thời gian chăm sóc con chủ yếu do gánh nặng kiếm sống (Bộ VH-TT & DL và các tổ chức khác, 2008: 104-105).

Một nghiên cứu chọn mẫu về những khó khăn trong chăm sóc và giáo dục trẻ em ở gia đình thành phố hiện nay cũng cung cấp những thông tin khá phù hợp với Điều tra Gia đình Việt Nam 2006: có tới 40,8% các phụ huynh gặp phải khó khăn về vấn đề thời gian dành cho con. 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 công nhân 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. Mặc dù 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. Xét về học vấn của cha mẹ thì 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 cái⁽³⁾ (Xem Nguyễn Thị Quyên, 2009).

Sự thiếu thời gian dành cho con cái của các gia đình ảnh hưởng trực tiếp đến thực hiện quyền CSSK trẻ em, bởi việc thực hiện quyền trẻ em có đặc thù là phần lớn diễn ra trong môi trường gia đình. Nhà nước đưa ra những quy định để bảo đảm quyền trẻ em được thực hiện, nhưng gia đình lại là nơi trực tiếp thực hiện các quyền đó.

Lời kết

Quá trình hội nhập kinh tế ở Việt Nam đã mang đến cả những cơ hội và thách thức cho việc thực hiện quyền CSSK trẻ em. Nhiều yếu tố tác động đến thực hiện quyền CSSK trẻ em có nguyên nhân gốc rễ từ sự điều chỉnh chính sách kinh tế vĩ mô và các vấn đề xã hội nảy sinh từ quá trình hội nhập kinh tế. Chính sách tập trung tăng trưởng kinh tế và tự do hóa thương mại trong thời kỳ hội nhập tạo ra những thuận lợi to lớn cho việc tăng cường các phúc lợi cho trẻ em, mở rộng nhiều cơ hội và sự lựa chọn cho các gia đình trong thực hiện quyền CSSK trẻ em, tuy nhiên, những chính sách này không mang đến những cơ hội đồng đều cho mọi trẻ em. Trẻ em nghèo, trẻ em dân tộc thiểu số, trẻ em sống ở vùng sâu, vùng xa chịu nhiều thiệt thòi trong tiếp cận các cơ hội CSSK và dịch vụ y tế có chất lượng.

Vấn đề liên quan đến CSSK của nhóm trẻ em di cư lao động, hoặc trẻ em thuộc các gia đình có cha mẹ di cư, và trẻ em bị xao nhãng trong CSSK vì cha mẹ thiếu thời gian dành cho việc chăm sóc con cái cũng là những vấn đề đáng quan tâm trong đảm bảo thực hiện quyền CSSK trẻ em trong bối cảnh hội nhập kinh tế hiện nay, khi các gia đình phải tập trung vào việc mưu sinh trong thị trường lao động mang tính cạnh tranh cao.

Trước sức ép của mục tiêu tăng trưởng kinh tế trong giai đoạn hội nhập sâu và rộng hơn vào nền kinh tế toàn cầu, thực hiện quyền CSSK trẻ em ở Việt Nam có nguy cơ phải đối mặt với nhiều thách thức hơn nữa, đặc biệt là các thách thức xuất phát từ khó khăn của chính phủ trong việc cân đối đầu tư cho phát triển kinh tế và chi ngân sách cho lĩnh vực phát triển xã hội trong bối cảnh khủng hoảng kinh tế toàn cầu như hiện nay. ■

Chú thích

⁽¹⁾ Tổng hợp từ cổng thông tin của Chính Phủ CHXHCNVN (<http://www.chinhphu.vn/prtal/page/chinhphu>. Truy cập ngày 24/10/2014)

⁽²⁾ Chi 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

⁽³⁾ Mẫu khảo sát bao gồm 400 phiếu định lượng (đại diện cha mẹ/hộ gia đình) và 20 phỏng vấn sâu.

Tài liệu trích dẫn

Ari Kokko và cộng sự. 2008. Nhà nước và phúc lợi. Trong cuốn *Việt Nam 20 năm đổi mới*. Viện KHXH Việt Nam. Nxb. Thế giới. Hà Nội.

Bộ Lao động, Thương binh & Xã hội. Số liệu về giảm nghèo của Việt Nam. Truy cập trên trang thông tin về Giảm nghèo bền vững. <http://giamngheo.molisa.gov.vn>. Truy cập ngày 20/10/2014.

Bộ Văn hóa- Thể thao & Du lịch (VH-TT & DL), Tổng cục Thống kê, Viện Gia đình và Giới, UNICEF. 2008. *Kết quả Điều tra Gia đình Việt Nam 2006*. Hà Nội.

Bộ Y tế Việt Nam và Nhóm đối tác. 2013. Báo cáo tổng quan ngành Y tế hàng năm (JAHR). Hà Nội.

Bộ Y tế. 2006. *Báo cáo Y tế Việt Nam 2006: Công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới*. Hà nội.

Đặng Bích Thủy. 2010. Một số vấn đề cơ bản về trẻ em ở Việt Nam. *Báo cáo tổng hợp đề tài cấp bộ*. Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới.

Devyllder S. 2000. *Chính sách kinh tế vĩ mô và quyền trẻ em*. Save the Children Sweden. Hà Nội.

- Dương Kim Hồng và Kenichi. 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 chủ biên. Hà Nội.
- Jone N, Marshall P and Dang Bich Thuy 2014. *Falling Between the Cracks: how poverty and migration are resulting in inadequate care for children living in Viet Nam's Mekong Delta*. ODI. London (Có thể truy cập trên trang web: www.odi.org.uk).
- 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 cấp bộ*. Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới.
- 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).
- Nhóm các nhà tài trợ. 2007. *Báo cáo Phát triển Việt Nam 2006*. Hướng đến tầm cao mới. Ngân hàng Thế giới. Hà Nội.
- 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.
- Tổng cục Thống kê (TCTK) và UNICEF. 2012. *Điều tra đánh giá mục tiêu Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam năm 2011 (MICS4)*. Nxb. Thống kê. Hà Nội.
- Tổng cục Thống kê (TCTK). 2008. Niên giám thống kê 2007.
- Tổng cục Thống kê (TCTK). 2010. *Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009. Những kết quả chủ yếu*. Nxb. Thống kê. Hà Nội.
- Tổng cục Thống kê (TCTK). 2011. Niên giám thống kê 2010.
- Tổng cục Thống kê (TCTK). 2012. Niên giám thống kê 2011.
- Tổng cục Thống kê (TCTK). 2013. Niên giám thống kê 2012.
- UNDP. 2012. Dịch vụ xã hội phục vụ phát triển con người. *Báo cáo Quốc gia về Phát triển con người 2011*. Hà Nội.
- UNICEF. 2010. Báo cáo phân tích tình hình Trẻ em Việt Nam 2010. Hà Nội.
- Viện Hàn lâm KHXH Việt Nam (VASS) và Chương trình Phát triển LHQ (UNDP). Tài liệu Hội thảo cấp cao về Chính sách: Việt Nam hướng tới thập niên mới và giai đoạn xa hơn. Hà Nội, 8/2010.
- Vig G. 2004. Globalization, Risk and Social Problems. Page 9-28, in *Global Problems*. Edited by Vig G and Page R. Policy Press Ltd. UK.
- Wagstaff A. 2000. Socioeconomic Inequalities in Child Mortality: Comparisons across Nine Developing Countries. *Bulletin of the World health organization*, 2000, 78 (1): 19-29.