

# Tách biệt xã hội và bất bình đẳng giới ở Tây Nguyên

Đặng Nguyên Anh

Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam

**Tóm tắt:** Sử dụng số liệu của Đề tài cấp Nhà nước thuộc Chương trình Khoa học và Công nghệ phục vụ phát triển kinh tế - xã hội vùng Tây Nguyên (Chương trình Tây Nguyên 3), bài viết xem xét thực trạng tiếp cận nguồn lực và chăm sóc sức khỏe của phụ nữ dân tộc thiểu số, nhằm nhận diện rõ hơn về chiều cạnh giới của sự tách biệt xã hội. Kết quả nghiên cứu cho thấy người dân tộc thiểu số nói chung và phụ nữ dân tộc nói riêng ở các tỉnh Tây Nguyên còn có nhiều thiệt thòi và gặp trở ngại lớn trong tiếp cận nguồn lực và chăm sóc sức khỏe. Sự tương tác của hai chiều cạnh giới và dân tộc không chỉ phản ánh sự tách biệt xã hội của phụ nữ Tây Nguyên mà đồng thời còn là thách thức đang gia tăng ở khu vực này, vì vậy từ góc độ chính sách, cần có nghiên cứu và đề xuất can thiệp nhằm bảo đảm bình đẳng về cơ hội và khả năng tiếp cận các dịch vụ cơ bản giữa các nhóm dân cư ở Tây Nguyên.

**Từ khóa:** Nghiên cứu Giới; Chăm sóc sức khỏe; Tách biệt xã hội; Dân tộc thiểu số; Bất bình đẳng giới.

## 1. Dẫn nhập

Tách biệt xã hội (social exclusion) là một khái niệm được sử dụng ở nhiều quốc gia và các tổ chức quốc tế nhằm xem xét sự phân biệt xã hội tồn tại trên nhiều lĩnh vực kinh tế, chính trị, xã hội, văn hóa. Sự tách biệt

này diễn ra ở các cấp độ khác nhau (cá nhân, hộ gia đình, nhóm xã hội, cộng đồng và thậm chí ở cấp quốc gia và toàn cầu). Tách biệt xã hội có nguyên nhân từ bất bình đẳng trong tiếp cận nguồn lực, dịch vụ xã hội, và quyền tham gia vào các quyết định quan trọng của các thành viên trong xã hội (Davies, 2005; Bhalla và Luo, 2013).

Tách biệt xã hội hàm ý một cá nhân hay nhóm xã hội do những đặc điểm nào đó mà gặp khó khăn, bị loại trừ trong việc tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản như việc làm, học hành, khám chữa bệnh, nhà ở, thông tin, chính sách. Tách biệt xã hội và bất bình đẳng xã hội có quan hệ tỷ lệ thuận. Bất bình đẳng xã hội càng cao thì tách biệt xã hội càng lớn, hậu quả càng nghiêm trọng (Munck, 2005). Tại nhiều quốc gia trên thế giới, tách biệt xã hội đã và đang trở nên gay gắt dưới tác động của quá trình toàn cầu hóa, phân biệt chủng tộc, chủ nghĩa dân túy, biệt lập, nội chiến, đói nghèo, mâu thuẫn sắc tộc và chiếm đoạt tài nguyên đang gia tăng nhanh hiện nay.

Do khó tiếp cận được nguồn lực và dịch vụ, nhiều cá nhân và nhóm xã hội bị loại trừ ra khỏi dòng chảy chung, thậm chí bị khước từ quyền tham gia trong đời sống thường nhật. Đây là nguyên nhân tiềm ẩn dẫn đến xung đột, bạo lực, và ngăn cản sự đồng thuận và hòa nhập xã hội. Loại hình phổ biến (nhưng cũng khó nhận thấy nhất) liên quan đến tách biệt xã hội là phân biệt giới. Con người bị tách biệt không chỉ là do đói nghèo, thu nhập thấp, thất nghiệp, mà còn do các định kiến giới và bất bình đẳng dựa trên cơ sở giới. Bất bình đẳng giới là một trong những nguyên nhân của tách biệt xã hội, và ngược lại tách biệt xã hội làm trầm trọng thêm mức độ bất bình đẳng giới. Đây là vấn đề được phân tích, xem xét trong bài viết này.

Trong 30 năm Đổi mới, xã hội Việt Nam đã trải qua quá trình chuyển đổi sâu sắc từ một nền kinh tế tập trung bao cấp sang một nền kinh tế vận hành theo cơ chế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Mặc dù Chính phủ đã dành các ưu tiên nguồn lực và hỗ trợ chính sách cho đồng bào dân tộc nói chung và phụ nữ người dân tộc nói riêng, song bên cạnh những thành tựu đạt được, hiệu quả còn hạn chế do tồn tại những nhân tố tách biệt xã hội và những rào cản hiện nay liên quan đến bất bình đẳng giới.

Theo số liệu từ cuộc Điều tra Dân số giữa kỳ 1/4/2014, dân số khu vực Tây Nguyên là 5.179.460 người, với sự có mặt của đầy đủ 54 dân tộc Việt Nam (TCTK & UNFPA, 2014). Trong đó, dân tộc Kinh chiếm 64,7% tổng số dân Tây Nguyên, các dân tộc khác chiếm 35,3%. Trong số này có nhiều dân tộc là người tại chỗ, bao gồm đồng bào Ê-đê: 6,0%, Gia rai: 8,0%, Ba na: 4,0%, Cơ ho: 2,9%, Xơ Đăng: 2,21%, Mơ nông: 1,76%... Một bộ phận đáng kể đồng bào dân tộc từ các tỉnh khu vực miền núi phía Bắc đã di

## **52 Nghiên cứu Gia đình và Giới. Quyển 27, số 3, tr. 50-59**

chuyển vào Tây Nguyên sinh sống và định cư như dân tộc Tày (chiếm 2,06% dân số Tây Nguyên), Nùng (2,65%) và các dân tộc khác như Mường, Dao... (chiếm tỷ lệ không quá 1,5%). Với diện tích đất đai rộng lớn (5.467 ha), mật độ dân số Tây Nguyên khá thấp (năm 2014 là 101 người/km<sup>2</sup> so với 273 người/km<sup>2</sup> của toàn quốc). Mật độ dân số thấp đã tạo nên sức hút dân cư từ các tỉnh khác đến Tây Nguyên nhằm tìm kiếm đất canh tác, sản xuất và thu hái các nông phẩm có thể mạnh của vùng đất này như cà phê, cao su, hạt điều, hồ tiêu...

Bài viết sử dụng số liệu khảo sát xã hội học trong khuôn khổ Đề tài cấp Nhà nước thuộc Chương trình Khoa học và Công nghệ phục vụ phát triển kinh tế - xã hội vùng Tây Nguyên (Chương trình Tây Nguyên 3). Nội dung phân tích tập trung xem xét thực trạng tiếp cận nguồn lực và chăm sóc sức khỏe của đồng bào dân tộc, nhằm nhận diện rõ hơn về chiều cạnh giới của sự tách biệt xã hội. Cuộc khảo sát này được thực hiện tại 5 tỉnh Tây Nguyên<sup>(1)</sup> gồm: Thành phố Buôn Mê Thuột (tỉnh Đăk Lăk); Huyện Đăk Mil (tỉnh Đăk Nông); Huyện Đăk Đoa (tỉnh Gia Lai); Huyện Đăk Glei (tỉnh Kon Tum); Huyện Đăm Rông (tỉnh Lâm Đồng). Người dân tại các địa bàn trên chủ yếu là đồng bào dân tộc sống xen ghép. Qua các thời kỳ khác nhau, sự có mặt của người di cư, bao gồm dân tộc Kinh và các dân tộc ít người đến từ các tỉnh phía Bắc, đã làm thay đổi cơ cấu dân số, đặc trưng kinh tế - xã hội, môi trường, đời sống văn hóa và diện mạo cảnh quan của khu vực Tây Nguyên (Đặng Nguyên Anh, 2015).

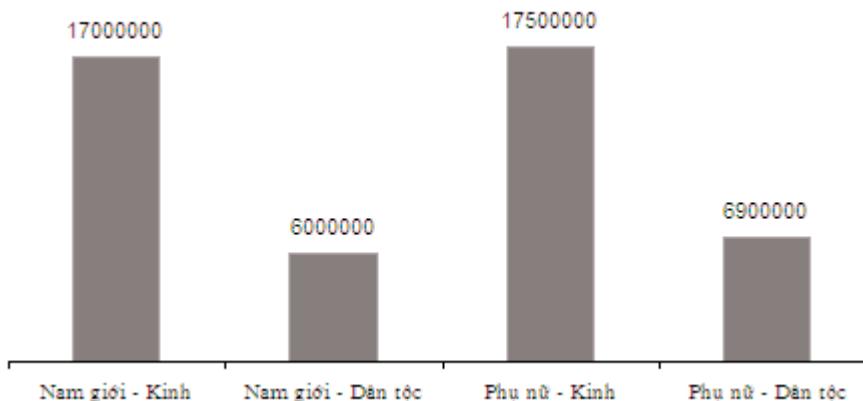
Trong phân tích này, phụ nữ dân tộc ít người bao gồm nhóm phụ nữ dân tộc tại chỗ và nhóm phụ nữ dân tộc ít người từ nơi khác đến Tây Nguyên. Đây là các đối tượng chịu nhiều thiệt thòi và dễ tổn thương do tiếp cận hạn chế đến các nguồn lực và dịch vụ xã hội (Đặng Nguyên Anh, 2015). Ở một chừng mực nhất định, mạng lưới xã hội và các mối quan hệ mới được hình thành trong quá trình di cư, góp phần tăng cường cơ hội tiếp xúc và hạn chế sự tách biệt xã hội giữa các cộng đồng dân cư và nhóm dân tộc ở Tây Nguyên. Đồng thời, phân tích so sánh thực trạng tiếp cận nguồn lực kinh tế - xã hội và chăm sóc sức khỏe của nhóm phụ nữ dân tộc trong mối tương quan với nhóm phụ nữ Kinh và với nhóm nam giới sinh sống trên cùng một địa bàn khảo sát cho phép làm rõ hơn mức độ tách biệt xã hội và bất bình đẳng giới.

### **2. Kết quả nghiên cứu**

#### **2.1 Tách biệt xã hội về nguồn lực**

Tiếp cận nguồn lực có vai trò quan trọng, đồng thời là nhân tố góp phần

**Biểu đồ 1. Thu nhập tiền mặt trong năm tính bình quân  
theo các nhóm dân cư, Tây Nguyên (2012)**



tạo nên sự đồng thuận, thúc đẩy hòa nhập xã hội. Cuộc khảo sát đã thu thập những thông tin phù hợp liên quan đến việc tiếp cận các nguồn lực cơ bản như điều kiện nhà ở, thu nhập và tiền tiết kiệm, và quan hệ với cộng đồng. Kết quả thu được cho thấy sự tách biệt xã hội khá rõ nét hiện nay giữa các nhóm dân cư ở Tây Nguyên.

Số liệu trong Biểu đồ 1 mô tả mức thu nhập tiền mặt (trung vị) theo đâu người sau khi trừ chi phí sản xuất của hộ gia đình trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát. So sánh các nhóm dân cư cho thấy mức thu nhập bình quân đầu người của hộ dân tộc thấp hơn đáng kể và chỉ xấp xỉ bằng 1/3 thu nhập của hộ người Kinh. Tuy nhiên, sự khác biệt giới về thu nhập là không lớn, thậm chí thu nhập trung vị của phụ nữ dân tộc còn cao hơn thu nhập của nam giới người dân tộc. Kết quả cho thấy cần chú ý đến yếu tố dân tộc khi xem xét sự khác biệt thu nhập ở khu vực Tây Nguyên.

Bên cạnh thu nhập, các nguồn lực tiếp tục được xem xét bao gồm nhà ở và điều kiện sinh hoạt của người dân (Bảng 1). Phụ nữ dân tộc hiện sống trong các nhà tạm, nhà bán kiên cố chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể so với phụ nữ Kinh (58,1% so với 44,5%). Đáng lưu ý là sự khác biệt rõ rệt theo 2 nhóm Kinh và các nhóm dân tộc còn lại. Tương tự, kết quả thu được đối với tiếp cận nguồn nước cho thấy 26% nam giới và xấp xỉ 14% phụ nữ dân tộc trong mẫu thiểu nước ăn hàng ngày. Trong khi đó, tỷ lệ này thấp hơn đối với người Kinh trên cùng một địa bàn. Kết quả phản ánh những bất lợi trong điều kiện sống của đồng bào dân tộc nói chung, nhất là đối với phụ nữ người dân tộc hiện nay.

Khả năng tiết kiệm, tích lũy tiền mặt là những chỉ báo đo lường tiềm lực kinh tế trong dân cư. Kết quả cho thấy đại đa số người dân ở Tây

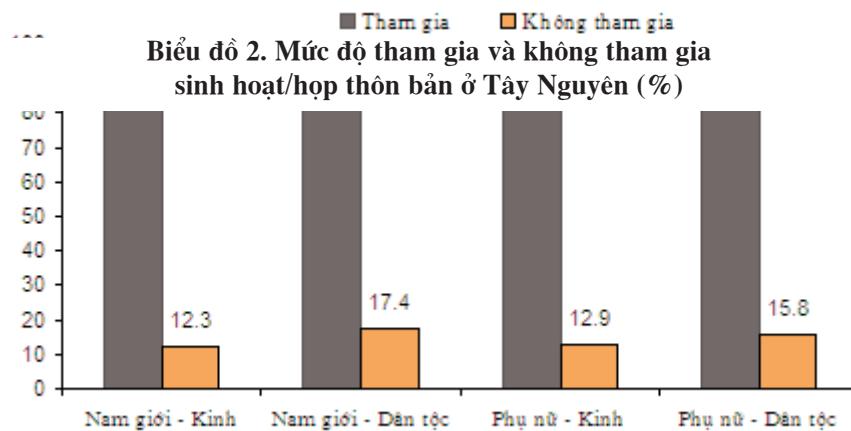
**Bảng 1. Tiếp cận nguồn lực của các nhóm dân cư Tây Nguyên**

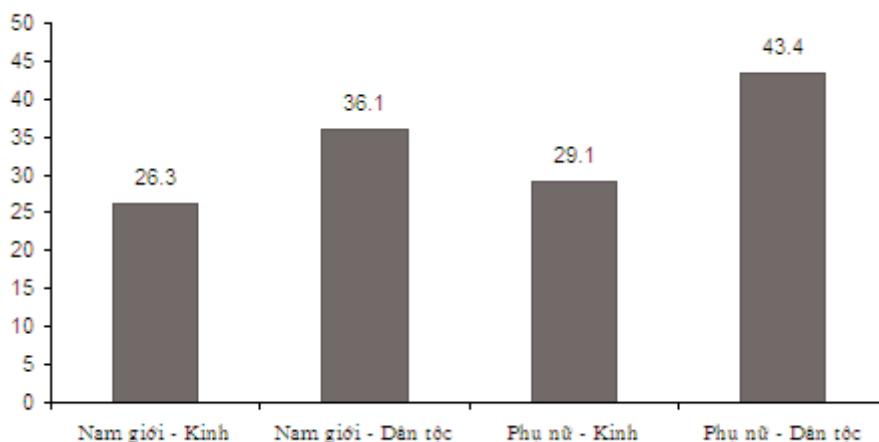
Nhóm dân cư	Tỷ lệ ở nhà tạm hoặc nhà bán kiên cố	Tỷ lệ thiếu nước ăn hàng ngày	Tỷ lệ không tiết kiệm được tiền mặt	N
Nam giới - Kinh	45,1	13,2	78,0	506
Nam giới - Dân tộc	84,7	25,7	85,2	370
Phụ nữ - Kinh	44,5	7,7	77,8	493
Phụ nữ - Dân tộc	58,1	13,8	82,9	146

Nguồn: Số liệu khảo sát đề tài X14/TN3.

Nguyên không tiết kiệm được nhiều tiền mặt, nhưng so với người Kinh thì đồng bào dân tộc chiếm tỷ lệ cao hơn (85% đối với nam giới người dân tộc và 83% đối với phụ nữ dân tộc).

Nguồn lực xã hội còn được thể hiện bằng mức độ tham gia và gắn kết với cộng đồng của người dân tại nơi cư trú. Tây Nguyên là địa bàn có cơ sở hạ tầng còn yếu kém, khiến tách biệt xã hội gia tăng (Biểu đồ 2). Kết quả khảo sát cho thấy mặc dù đa số người dân tham gia các cuộc họp hay sinh hoạt ở thôn bản song 15,8% phụ nữ dân tộc và 17,4% nam giới dân tộc trong mẫu khảo sát đã không tham gia vào các hoạt động xã hội nơi cư trú. Nếu so với người Kinh, thì tỷ lệ không tham gia các hoạt động hội họp, sinh hoạt cộng đồng của đồng bào dân tộc cao hơn nhiều. Kết quả



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ đau ốm trong 12 tháng qua theo giới tính và dân tộc (%)**

phản ánh những hạn chế nhất định trong quan hệ xã hội của các dân tộc ở Tây Nguyên, và cho thấy tách biệt xã hội là vấn đề cần được lưu ý xem xét tại khu vực này.

## 2.2 Tách biệt xã hội trong chăm sóc sức khỏe

### 2.2.1 Tình hình sức khỏe, đau ốm

Bệnh tật, đau ốm luôn là một gánh nặng trong xã hội Việt Nam. Mặc dù các bệnh lây nhiễm về cơ bản đã được kiểm soát nhưng sự bùng phát dịch bệnh và các bệnh mới luôn là mối lo rình rập đối với người dân. Các bệnh không lây truyền đang có những diễn biến phức tạp và xu hướng gia tăng, trở thành gánh nặng bệnh tật đe dọa sức khỏe của người dân, không phân biệt nơi cư trú, giới tính, tuổi tác (Bộ Y tế, 2013).

Số liệu trên Biểu đồ 3 phản ánh tình hình đau ốm trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát theo bốn nhóm dân cư ở Tây Nguyên. Sự khác biệt giới là khá rõ rệt, theo đó phụ nữ nói chung có tỷ lệ đau ốm cao hơn đáng kể so với nam giới. Đáng lưu ý là phụ nữ dân tộc là nhóm gặp bất lợi nhất trong vấn đề bảo vệ và chăm sóc sức khỏe bản thân, với tỷ lệ hơn 43% phụ nữ dân tộc trong mẫu bị đau ốm trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát. Kết quả cho thấy đây là nhóm yếu thế đang trải qua gánh nặng bệnh tật lớn nhất trong dân số Tây Nguyên. Những chương trình chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh ở cơ sở деревng như chưa thường xuyên đến được các nhóm phụ nữ dân tộc thiểu số, chưa góp phần hạn chế nguy cơ và gánh nặng bệnh tật của nhóm dân cư này.

**Bảng 2. Tiếp cận các dịch vụ y tế cơ sở của các nhóm dân cư Tây Nguyên**

Nhóm dân cư	Tỷ lệ không đến trạm y-tế xã	Tỷ lệ không được cán bộ y-tế đến nhà thăm khám	Tỷ lệ không đi tư vấn sức khỏe bản thân	N
Nam giới - Kinh	61,1	4,1	26,8	507
Nam giới - Dân tộc	74,5	6,7	23,6	369
Phụ nữ - Kinh	57,3	2,6	22,4	495
Phụ nữ - Dân tộc	78,9	5,3	32,0	147

Nguồn: Số liệu khảo sát đề tài X14/TN3.

### 2.2.2 Tiếp cận dịch vụ y tế cơ sở

Có thể coi khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh ở cơ sở là một trong những chỉ tiêu quan trọng đánh giá mức độ tách biệt xã hội. Tiếp cận dịch vụ y tế ở cơ sở của người dân trước hết được thể hiện bằng việc họ có đến trạm y tế xã khi đau ốm hay không? Họ có được các cán bộ, nhân viên của trạm đến nhà thăm khám khi đau ốm không? Họ có chủ động đi tư vấn những vấn đề sức khỏe của bản thân hay không? Đây cũng là những chỉ báo được thu thập, tìm hiểu qua cuộc khảo sát.

Không mấy ngạc nhiên khi kết quả cho thấy tỷ lệ người dân tộc không đến trạm y tế xã cao hơn so với tỷ lệ này ở người Kinh. Đáng chú ý là phụ nữ dân tộc có tỷ lệ không đến trạm y tế xã cao nhất trong bốn nhóm dân cư. Tỷ lệ người dân tộc khi đau ốm không được cán bộ y tế đến thăm khám vẫn cao hơn so với tỷ lệ này ở người Kinh. Tỷ lệ phụ nữ dân tộc không chủ động đi tư vấn sức khỏe là cao nhất (32%) trong các nhóm dân cư. Như vậy, không chỉ chịu gánh nặng bệnh tật mà phụ nữ dân tộc còn tiếp cận ít nhất đến các dịch vụ khám chữa bệnh ở cơ sở. Phải chăng đây là hậu quả của tách biệt xã hội, và là sự thiệt thòi “kép” trong chăm sóc sức khỏe ở Tây Nguyên, vừa do bất bình đẳng giới, vừa do bất bình đẳng đối với phụ nữ dân tộc hiện nay?

### 2.2.3 Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế

Việt Nam đã thực hiện và đạt được những thành tựu ấn tượng về xóa đói, giảm nghèo trong 30 năm qua. Các chính sách giảm nghèo, hỗ trợ đồng bào dân tộc và đối tượng chính sách đã phát huy tác dụng. Ngoài việc cấp thẻ bảo hiểm y tế cho các hộ nghèo và cận nghèo thì theo quy định các hộ đồng bào dân tộc cũng được Nhà nước cấp thẻ bảo hiểm y tế

**Bảng 3. Tình hình bảo hiểm y tế của các nhóm dân cư ở Tây Nguyên**

Nhóm dân cư	Tỷ lệ có thẻ bảo hiểm y-tế	Tỷ lệ sử dụng thẻ BHYT khám chữa bệnh	Lý do không sử dụng thẻ BHYT
Nam giới - Kinh	62,0	65,4	A, C
Nam giới - Dân tộc	88,8	88,4	B
Phụ nữ - Kinh	59,4	72,4	C
Phụ nữ - Dân tộc	88,0	86,8	B, D

Nguồn: Số liệu khảo sát đề tài X14/TN3.

*Ghi chú: A = dịch vụ không đảm bảo; B = không có tiền chữa bệnh;  
C = thủ tục không thuận tiện; D = cơ sở y tế tuyến trên quá xa.*

miễn phí. Đây là điều kiện để người dân được chăm sóc sức khỏe tốt hơn, giảm bớt gánh nặng tài chính khi đau ốm.

Có thể nói chủ trương, chính sách hỗ trợ của Nhà nước thông qua việc cấp thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho đồng bào dân tộc là rất tiến bộ, thể hiện bản chất ưu việt của chế độ xã hội chủ nghĩa. Kết quả khảo sát phản ánh thành tựu nói trên với tỷ lệ người dân tộc ở Tây Nguyên có bảo hiểm y tế khá cao (xấp xỉ 88%), ở mức cao hơn so với tỷ lệ có bảo hiểm y tế của người Kinh trên cùng địa bàn cư trú. Tuy nhiên, việc sử dụng thẻ bảo hiểm để khám chữa bệnh còn nhiều bất cập, hạn chế. Kết quả khảo sát cho thấy lý do chủ yếu khiến người dân không muốn khám chữa bệnh bằng bảo hiểm là do chất lượng yếu kém của bảo hiểm y tế hiện nay. Đối với người Kinh thì lý do chính là thủ tục không thuận tiện hoặc thuốc kém chất lượng. Trong khi đó, đối với đồng bào dân tộc thì điều kiện kinh tế và khả năng tiếp cận được các cơ sở y tế tuyến trên (cấp huyện, tỉnh) vẫn là một trở ngại lớn. Mỗi khi đau ốm, phụ nữ dân tộc là nhóm khó tiếp cận nhất đến các dịch vụ này do hạn chế về điều kiện kinh tế, khoảng cách xa xôi và không có phương tiện di lại. Rõ ràng là cần có những hỗ trợ kịp thời và thuận tiện hơn trong dịch vụ khám chữa bệnh bằng bảo hiểm cho đồng bào dân tộc để tránh nguy cơ phân hóa xã hội và làm trầm trọng thêm mức độ tách biệt xã hội hiện nay.

### 3. Kết luận

Khởi đầu từ khái niệm tách biệt xã hội và đặt ra những vấn đề cần nghiên cứu, bài viết này sử dụng số liệu khảo sát xã hội học được thu thập tại 5 tỉnh Tây Nguyên năm 2014 trong khuôn khổ Chương trình Tây

## **58 Nghiên cứu Gia đình và Giới. Quyển 27, số 3, tr. 50-59**

Nguyễn 3 để minh chứng bước đầu thực trạng tách biệt xã hội trong tiếp cận nguồn lực và chăm sóc sức khỏe của phụ nữ dân tộc thiểu số, nhằm nhận diện rõ hơn về chiều cạnh giới của sự tách biệt xã hội. Kết quả cho thấy những thiệt thòi và trở ngại lớn hiện nay đối với người dân tộc nói chung và phụ nữ dân tộc nói riêng ở các tỉnh Tây Nguyên. Sự tương tác của 2 chiều cạnh giới và dân tộc phản ánh sự tách biệt xã hội, đồng thời là một thách thức gia tăng trong quá trình phát triển ở khu vực này.

Kết quả phân tích chỉ ra một thực tế là ngay cả khi các chính sách bình đẳng giới và đầu tư phát triển cho đồng bào dân tộc được quan tâm và chú trọng, nguy cơ tách biệt và loại trừ xã hội vẫn khá lớn. Từ góc độ chính sách, cần nghiên cứu và đề xuất các can thiệp nhằm tác động vào những nhân tố dẫn đến sự tách biệt nói trên. Trước hết, cần tăng cường khả năng tiếp cận nguồn lực và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe của đồng bào dân tộc ở cơ sở, và nhất là phụ nữ người dân tộc nhằm thu hẹp khoảng cách phát triển và bất bình đẳng giới. Chú trọng thực hiện mục tiêu bình đẳng giới song song với bảo đảm bình đẳng về cơ hội và khả năng tiếp cận các dịch vụ cơ bản giữa các nhóm dân cư ở Tây Nguyên là giải pháp quan trọng đối với tách biệt xã hội hiện nay.

Mặc dù tách biệt xã hội luôn tồn tại khách quan song cần có biện pháp nhằm thu hẹp hoặc ít nhất là không để sự tách biệt đó gia tăng, dẫn đến phân hóa, loại trừ và những xung đột xã hội khó kiểm soát. Quản lý phát triển xã hội đòi hỏi phải ứng phó và giải quyết kịp thời mâu thuẫn phát sinh do những nguyên nhân khác nhau, trong đó có vấn đề tách biệt xã hội được đề cập trong bài viết này. Đây là chủ đề cần được tiếp tục đi sâu nghiên cứu ở Việt Nam nhằm cung cấp các luận chứng khách quan và khoa học để giảm thiểu nguy cơ loại trừ xã hội, góp phần thực hiện mục tiêu phát triển bền vững.■

### **Chú thích**

<sup>(1)</sup> Kỹ thuật chọn mẫu hai bước theo phương pháp chọn mẫu phân tầng với tổng số mẫu khảo sát là 1519 hộ gia đình, tương ứng với quy mô xấp xỉ 300 hộ/huyện và 150 hộ/xã. Trong khâu xử lý phân tích số liệu, mẫu được gia quyền để phản ánh đúng cơ cấu dân số theo xác suất lựa chọn trong mẫu khảo sát.

### **Tài liệu trích dẫn**

Bhalla, A.S and Dan Luo. 2013. *Poverty and Exclusion of Minorities in China and India*. Palgrave and Mcmillan, UK.

Bộ Y tế. 2013. *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013: Hướng tới bao*

- phú chăm sóc sức khỏe toàn dân.* Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, Hà Nội.
- Davies, Jonathan, S. 2005. “The Social Exclusion Debate: Strategies, controversies and dilemmas”. *Policy Studies* No.1, Vol. 26.
- Đặng Nguyên Anh. 2015. *Dân số và di dân trong phát triển bền vững Tây Nguyên.* Báo cáo Tổng hợp đề tài cấp Nhà nước thuộc Chương trình Tây Nguyên 3, Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam. Hà Nội.
- Munck, Ronaldo. 2005. *Globalization and Social Exclusion: A Transformationalist Perspective.* Kumarian Press, Bloomfield.
- Tổng cục Thống kê và Quỹ Dân số Liên Hợp quốc (TCTK & UNFPA). 2014. *Điều tra Dân số và Nhà ở giữa kỳ thời điểm 1/4/2014: Một số chỉ tiêu chủ yếu.* Nxb Thống kê. Hà Nội.