IOM International Organization for Migration
IOM Tổ chức Di cư Quốc tế

BỘ Y TẾ
MINISTRY OF HEALTH

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ NGƯỜI DI CƯ Ở VIỆT NAM - THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

KỶ YẾU HỘI THẢO

Hà Nội, 2013

Kỷ yếu Hội thảo Chăm sóc sức khỏe cho người Di cư ở Việt Nam - Thực trạng và Giải pháp được Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (HSPI) xây dựng dưới sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật của Tổ chức di cư Quốc tế (IOM) tại Việt Nam.

Nội dung và các quan điểm phản ánh trong báo cáo và các phụ lục là của các thành viên tham gia đóng góp cho hội thảo và không phản ánh quan điểm của IOM và HSPI. Việc thiết kế và trình bày các tài liệu trong báo cáo này không hàm ý thể hiện bất kì quan điểm nào từ IOM về tình trạng pháp lý của bất cứ quốc gia, vùng lãnh thổ, thành phố hay khu vực nào, hoặc của các cơ quan thẩm quyền, hoặc về đường biên hoặc ranh giới của quốc gia đó.

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ NGƯỜI DI CƯ Ở VIỆT NAM - THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

(KỶ YẾU HỘI THẢO)

MỤC LỤC

Trang

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU 05

Mục tiêu của Hội thảo 07

Phiên Thảo luận và trình bày buổi sáng 08

Bài 1: Nghị quyết Sức khỏe người di cư: Khuôn khổ thực thi 08

Bài 2: Di cư và Chính sách chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam 09

Bài 3: Nghị quyết sức khỏe người di cư: Một số ghi nhận tại Việt Nam 10

Bài 4: Bệnh Lao và nhóm di cư ở vùng Tây Thái Bình Dương 11

Phiên Thảo luận và trình bày buổi chiều 12

Bài 5: Quản lý và đáp ứng của địa phương đối với di cư trong nước và ngoài nước - Trường hợp điển hình ở TP Hồ Chí Minh 12

Bài 6: Nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS qua biên giới Việt - Lào 13

Bài 7: Thực trạng di cư trong nước và những vấn đề cần ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe 13

KẾT LUẬN HỘI THẢO 14

PHỤ LỤC 15

LỜI NÓI ĐẦU

Tình trạng di biến động dân cư đang có xu hướng gia tăng ngày càng nhanh và phức tạp trên phạm vi toàn thế giới. Hiện tượng này là kết quả của quá trình toàn cầu hoá với các phương tiện giao thông, truyền thông ngày càng thuận lợi, khoa học kỹ thuật ngày càng phát triển; sự phân hóa giàu nghèo ngày càng sâu sắc và phổ biến ở khắp mọi nơi cùng với sự bất ổn định về chính trị, môi trường sống bị ô nhiễm, dịch bệnh lan tràn, tình trạng bóc lột sức lao động, buôn bán người.

Trong khu vực Đông Nam Á (ASEAN), các nước tiếp nhận di cư lớn nhất là Brunei, Malaysia, Singapore và Thái Lan. Sự khác biệt lớn trong thu nhập giữa các nước dư thừa lao động và các nước có nhu cầu lớn về lao động là nguyên nhân dẫn tới việc di cư của 8,6 triệu người trong khu vực. Việt Nam cũng không nằm ngoài xu hướng đó và đã có tới 85.000 lao động đi di cư chỉ tính riêng trong năm 2010. Hiện tượng di cư và di biến động trong nước cũng đã diễn ra thường xuyên, nhất là tại các thành phố lớn và các khu công nghiệp. Đây là hệ quả tất yếu của quá trình đổi mới với nhiều biện pháp mang tính đột phá về cơ chế và thể chế nhằm kích hoạt tính năng động của nền kinh tế cũng như toàn bộ đời sống xã hội.

Di cư và di biến động đã góp phần quan trọng trong phát triển kinh tế của các địa phương, tăng cường sự giao thoa về văn hóa giữa các vùng, miền và thúc đẩy tính di động xã hội của mỗi cá nhân, mỗi gia đình cũng như toàn xã hội.

Bên cạnh đó, trong quá trình di chuyển người di cư luôn phải đối mặt với các nguy cơ gây phơi nhiễm bệnh tật và các rào cản về kinh tế, văn hóa, xã hội trong thụ hưởng quyền được chăm sóc sức khỏe. Bởi vậy, từ năm 1990, Liên Hiệp Quốc đã ban hành Công ước Quốc tế về bảo vệ các quyền của người Di cư trong đó có quyền được chăm sóc sức khỏe. Đặc biệt vào năm 2008, tại phiên họp của Đại Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 61, các quốc gia thành viên đã thông qua bản Nghị quyết "Sức khỏe người di cư" và thực hiện những hành động tương ứng theo những khuyến nghị đã được đề cập trong nghị quyết.

Để khuyến khích các cơ quan ban ngành của Chính phủ và các bên liên quan trong các đối thoại giải quyết các vấn đề và quan tâm liên quan tới sức khỏe người di cư, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế đã phối hợp với Tổ chức Di cư quốc tế tổ chức Hội thảo về "Chăm sóc sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Thực trạng và giải pháp". Hội thảo được tổ chức trong ngày 24/5/2013 tại khách sạn Fortuna, Hà Nội với sự tham gia của hơn 80 đại biểu đến từ các Bộ, ngành như Ban Tuyên giáo Trung ương,Văn phòng Quốc hội, Văn phòng Chính phủ, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ Ngoại giao, Bộ Công An, các Vụ, Cục, Tổng cục, Văn phòng của Bộ Y tế và các tổ chức Quốc tế làm việc tại Việt Nam cùng một số địa phương (thành phố Hồ Chí Minh, Lào Cai, Lai Châu, Lạng Sơn, Bắc Ninh, v.v.)

Hội thảo đã được nghe 2 bài phát biểu khai mạc, chào mừng của Lãnh đạo Bộ Y tế và Trưởng phái đoàn của tổ chức Di cư quốc tế tại Việt Nam cùng 7 bài trình bày trong đó có 3 bài của các chuyên gia quốc tế

và 4 bài của các chuyên gia, nhà nghiên cứu cùng cán bộ quản lý tại địa phương nơi diễn ra hiện tượng di biến động dân cư sôi động trong nhiều thập kỷ qua ở nước ta.

Hội thảo đã đạt được sự đồng thuận cao với những nhận định về các khó khăn, bất cập trong thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở nước ta hiện nay và đề xuất một số nhóm giải pháp khắc phục trong thời gian tới.

Ban tổ chức xin được trân trọng giới thiệu toàn bộ nội dung của các báo cáo tham luận được trình bày tại Hội thảo trong cuốn kỷ yếu này nhằm chia sẻ thông tin và thu hút sự quan tâm của các nhà nghiên cứu, các nhà hoạch định và thực thi chính sách cùng các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức quốc tế đối với chủ đề chăm sóc sức khỏe người di cư tại Việt Nam.

Ông Florian G.Forster
Trưởng Phái đoàn
Tổ chức Di cư Quốc tế tại Việt Nam

Giáo sư Lê Quang Cường
Thứ trưởng Bộ Y tế
Viện trưởng CL&CSYT

MỤC TIÊU CỦA HỘI THẢO

Hội thảo được chia làm hai phiên họp chính. Phiên họp sáng tập trung vào tổng quan về tình hình sức khỏe người di cư tại Việt Nam và Nghị quyết Sức khỏe người Di cư của Hội đồng Y tế Thế giới (WHA) số 61. Các bài trình bày cung cấp những thông tin cơ bản để làm nền tảng cho việc thảo luận các vấn đề, thách thức và khoảng trống chính sách về sức khỏe, cũng như nhấn mạnh các điểm tương đồng của Nghị quyết Sức khỏe người Di cư trong bối cảnh của Việt Nam. Phiên họp buổi chiều tập trung vào các nghiên cứu liên quan tới vấn đề sức khỏe người di cư ở Việt Nam, cung cấp cho người tham gia các thông tin bối cảnh cụ thể, và cập nhật trong thời gian gần đây để sử dụng khi đưa ra những khuyến nghị cho các hành động trong tương lai nhằm tăng cường sức khỏe người di cư.

Các mục tiêu cụ thể của hội thảo:

1. Thu hút sự chú ý và thảo luận về các khoảng trống liên quan tới vấn đề sức khỏe, nhu cầu chăm sóc sức khỏe và các khuôn khổ luật pháp và chính sách về người di cư trong nước và quốc tế tại Việt Nam.

2. Chia sẻ những kinh nghiệm thực tiễn giữa các nhà hoạch định chính sách và các bên liên quan trong việc sử dụng các chính sách và sáng kiến hiện hành thành công để việc giải quyết các vấn đề sức khỏe của người di cư.

3. Nhấn mạnh tầm quan trọng của Nghị quyết Sức khỏe người Di cư của WHA

4. Dự thảo các ưu tiên hành động trong tương lai cho Chính phủ và các bên liên quan giải quyết các vấn đề sức khỏe người di cư để đáp ứng với Nghị quyết Sức khỏe người Di cư.

PHIÊN THẢO LUẬN VÀ TRÌNH BÀY BUỔI SÁNG

Sau tuyên bố lý do và giới thiệu đại biểu, hội thảo được mở đầu bằng lời phát biểu khai mạc của PGS.TS Nguyễn Việt Tiến, Thứ trưởng Bộ Y tế với việc đánh giá cao ý nghĩa, tầm quan trọng của Hội thảo và cam kết, khẳng định quyết tâm của Bộ Y tế trong triển khai thực hiện Nghị quyết Sức khỏe người di cư theo tinh thần của phiên họp Đại Hội đồng Y tế Thế giới 2008.

Tiếp theo đó là bài phát biểu chào mừng của Ông Florian Forster, Trưởng phái đoàn Tổ chức Di cư Quốc tế tại Việt Nam. Trong bài phát biểu của mình, Ông Trưởng phái đoàn một lần nữa đã nhấn mạnh tầm quan trọng của hội thảo và đánh giá cao sự phối hợp có hiệu quả giữa Bộ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế với Tổ chức Di cư quốc tế trong triển khai thực hiện Sáng kiến chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam.

Trong buổi sáng, Hội thảo đã được nghe 3 báo cáo của chuyên gia quốc tế và 1 chuyên gia trong nước trình bày tổng quan về một số nội dung, cụ thể như sau:

- Nghị quyết Sức khỏe người Di cư: Khuôn khổ thực thi.
- Di cư và Chính sách chăm sóc sức khỏe người Di cư ở Việt Nam.
- Nghị quyết Sức khỏe người Di cư: Một số ghi nhận tại Việt Nam.
- Bệnh Lao và nhóm Di cư ở vùng Tây Thái Bình Dương.

BÀI 1: NGHỊ QUYẾT SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ: KHUÔN KHỔ THỰC THI

Bác sĩ Jaime Calderon - Cố vấn vùng về Sức khỏe người Di cư của IOM

Bài trình bày mở đầu đã đề cập đến hai vấn đề chính, đó là: Bối cảnh di cư trên toàn cầu và Nghị quyết Hội đồng Y tế Thế giới (WHA) số 61.17 về Sức khỏe người di cư.

Với phần *Bối cảnh di cư trên toàn cầu*, bác sĩ Jaime Calderon đã chia sẻ việc di cư gia tăng nhanh chóng ở quy mô toàn cầu với số lượng lớn người di cư di chuyển theo các hình thức phức tạp. Khu vực Châu Á Thái Bình Dương cũng không nằm ngoài hiện tượng này và vì thế các chính phủ cần có trách nhiệm đối với vấn đề sức khỏe và quyền con người của các nhóm di biến động tại nước họ. Các yếu tố rủi ro đối với sức khỏe người di cư bao gồm sự nghèo đói, kỳ thị, phân biệt đối xử, loại trừ xã hội, khác biệt về ngôn ngữ và văn hóa, sự tách biệt với gia đình và các chuẩn mực văn hóa xã hội cũng như các rào cản trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và xã hội. Những đối tượng di cư bất hợp pháp đặc biệt nhạy cảm đối với tình trạng sức khỏe kém vì đa số họ không tự

nguyện tiếp cận với việc chăm sóc sức khỏe do bị lề hóa ra khỏi các dịch vụ này. Né tránh chăm sóc sức khỏe có thể trái với các nguyên tắc về y tế công cộng và đẩy mạnh việc phân biệt đối xử đối với người di cư. Chính phủ cần phải phá vỡ chu trình này bằng việc thay đổi từ phương pháp truyền thống loại trừ chăm sóc sức khỏe sang phương pháp tiếp cận hiện đại đa chiều có bao gồm và hướng tới sức khỏe người di cư. Bác sĩ Calderon cũng đã truyền tải đến với mọi người lời kêu gọi của Tổ chức Y tế Thế giới đối với các quốc gia thành viên: "…Thúc đẩy sự tiếp cận công bằng với chăm sóc sức khỏe cho người di cư" và "Thúc đẩy hợp tác song phương và đa phương về sức khỏe người di cư giữa các nước tham gia vào toàn bộ quá trình di cư". Các mục tiêu cần đạt được đối với chăm sóc sức khỏe người di cư, bao gồm việc đảm bảo quyền chăm sóc sức khỏe của người di cư, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong, khắc phục tình trạng chênh lệch trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tình trạng sức khỏe, giảm thiểu tác động tiêu cực của quá trình di cư.

Cuối cùng, ông đã chỉ ra bốn giải pháp ưu tiên trong khuôn khổ thực thi Nghị quyết về Sức khỏe người di cư, cụ thể là:

- Thiết lập cơ chế theo dõi sức khỏe người di cư;
- Hoàn thiện hành lang pháp lý, phát triển hệ thống y tế linh hoạt;
- Nhạy bén trong đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người di cư;
- Thiết lập mạng lưới đối tác liên ngành và liên quốc gia.

Những vấn đề sức khỏe quan trọng cần được quan tâm đáp ứng cho người di cư đã được WHA khuyến cáo gồm có HIV và di biến động, Sốt rét và di biến động, Lao và di biến động. Ngoài ra, ông Cố vấn vùng về Sức khỏe người di cư của Tổ chức Di cư Quốc tế còn giới thiệu về tổng quan của khung chính sách trên thế giới và của một số nước trong khu vực về những vấn đề có liên quan trong khuôn khổ Nghị quyết Sức khỏe người di cư.

BÀI 2: DI CƯ VÀ CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DI CƯ Ở VIỆT NAM.

Bà Vũ Thị Minh Hạnh - Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

Bài trình bày của bà Vũ Thị Minh Hạnh đã chia sẻ thông tin với 3 nội dung là: Thực trạng di cư ở Việt Nam; Nguy cơ dễ tổn thương và tình trạng sức khỏe của người di cư; Chính sách chăm sóc sức khỏe cho người di cư.

Theo bà Hạnh hiện chưa có số liệu chính xác về di cư và số lượng người di cư, việc cập nhật dữ liệu còn thiếu thường xuyên, hiện chỉ có số liệu của Tổng điều tra Dân số theo định kỳ 10 năm 1 lần và định nghĩa về người di cư còn chưa đầy đủ dẫn đến tình trạng nhiều người di cư bị bỏ sót không được thống kê. Vì vậy số liệu thống kê về dòng di cư trong nước trong những năm gần đây chỉ đề cập được khoảng 1/3 số lượng người di chuyển trong thực tế. Mặc dù vậy số lượng người di cư cũng đã chiếm khoảng gần 9% dân số trong vòng 5 năm (2004 - 2009).

Số lượng người di cư ra nước ngoài ít hơn, chỉ bằng khoảng 1/10 so với người di cư trong nước và cũng mới chỉ thống kê được với các trường hợp người ra nước ngoài theo hợp đồng lao động, một số người đi du lịch, kết hôn ở nước ngoài hoặc đi học tập. Hiện tại, vẫn còn nhiều trường hợp bị bỏ sót do chưa thiết lập được cơ chế giám sát và cập nhật.

Các đặc điểm của những dòng di cư ở Việt Nam cũng đã được chia sẻ gồm có: Di cư cá nhân tự do ngày càng phổ biến, di cư theo mùa vụ ngày càng tăng, di cư từ nông thôn ra thành thị và các khu công nghiệp nhiều hơn hẳn so với di cư nông thôn - nông thôn và thành thị - nông thôn, phụ nữ di cư ngày càng nhiều, độ tuổi của người di cư ngày càng trẻ.

Bà Hạnh đã trình bày *về Những nguy cơ dễ tổn thương đối với sức khỏe* mà người di cư phải đối mặt. Người di cư thường khó tiếp cận với thẻ bảo

hiểm y tế do những quy định về hộ khẩu, hộ tịch; thiếu điều kiện để cập nhật với những thông tin về mạng lưới các cơ sở chăm sóc sức khỏe tại địa bàn nơi chuyển đến. Việc thiếu hiểu biết về mô hình bệnh tật và các vấn đề khác về sức khỏe tại nơi chuyển đến cũng là những yếu tố ảnh hưởng tới tính dễ bị tổn thương của người di cư. Bà Hạnh cũng nhấn mạnh thêm một nguyên nhân nữa khiến người di cư khó có thể tiếp cận với các chương trình chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng vì các chương trình này vốn được thiết kế chỉ đủ để phục vụ cho người dân bản xứ. Ngoài ra, cũng có thể thấy xu hướng về điều kiện sống không đảm bảo vệ sinh, thói quen thực hành các hành vi có hại cho sức khỏe (hút thuốc lá và uống nhiều rượu bia), trình độ dân trí thấp, lương thấp và các rào cản về văn hóa, ngôn ngữ, giao tiếp của những người di cư.

Về Chính sách chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam, trong bài trình bày của mình, bà Hạnh đã rà soát lại hệ thống các văn bản pháp luật có liên quan từ việc Chính phủ Việt Nam đã phê chuẩn một số công ước quốc tế có liên quan đến những quy định trong Hiến pháp và các Bộ luật cùng một số thông tư liên Bộ. Đặc biệt tại cuối phần trình bày này, tác giả cũng đã chỉ ra bất cập nổi bật của khung chính sách về chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam, đó là sự thiếu linh hoạt về chính sách nhằm đảm bảo quyền và lợi ích hợp pháp về chăm sóc sức khỏe của công dân Việt Nam trong suốt quá trình di cư và việc tuân thủ thực hiện những quy định của pháp luật trong thực tế còn thiếu nghiêm minh.

BÀI 3: NGHỊ QUYẾT SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ: MỘT SỐ GHI NHẬN VỀ VIỆT NAM

Bác sĩ Nelyn Chavez - Bác sĩ trưởng IOM Việt Nam

Trong bài trình bày, bà Chavez Nelyn đã đề cập đến các nội dung: Bối cảnh về vấn đề sức khỏe người di cư, Nghị quyết về "Sức khỏe người di cư" và các lĩnh vực cần quan tâm trong chăm sóc sức khỏe của người di cư, tình hình và xu hướng di cư ở Việt Nam, các yếu tố xã hội và các vấn đề ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam.

Mở đầu bài trình bày là phân tích những vấn đề sức khỏe mà người di cư có thể sẽ gặp phải tại các thời điểm (trước khi di chuyển, trong quá trình di chuyển và trung chuyển, hòa nhập ở nơi chuyển đến). Bác sĩ Chavez cũng đề cập tới các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của họ như là bối cảnh chung về kinh tế, xã hội và môi trường; điều kiện sống, làm việc và mối liên kết với cộng đồng tại nơi chuyển đến và các yếu tố liên quan đến cá nhân.

Trong phần giới thiệu *Nghị quyết về Sức khỏe người di cư,* tác giả đã nêu ra chín nguyên tắc được đề cập trong Nghị quyết, bao gồm: Chính sách y tế nhạy cảm với người di cư; Công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế; Hệ thống thông tin y tế có tính đến người di cư, tăng cường sức khỏe cho tất cả các nhóm dân cư; Tập hợp được các bài học kinh nghiệm thành công trong thực tiễn; Chú trọng tới sự nhạy cảm giới và văn hóa; Đào tạo các chuyên gia về di biến động; Thúc đẩy hợp tác song phương và đa phương; và Khắc phục tình trạng thiếu hụt nhân lực y tế trên toàn cầu.

Các lĩnh vực cần quan tâm trong chăm sóc sức khỏe người di cư dựa trên bốn chương trình của Khuôn khổ Hoạt động Toàn cầu:

- Theo dõi sức khỏe người di cư: Thiếu hụt các thông tin liên quan tới việc thu thập dữ liệu về sức khỏe của cả di cư trong nước và quốc tế;
- Khung luật pháp và chính sách: Cần nhấn mạnh các luật và chính sách của Việt Nam có tính đến người di cư;
- Hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư: Cả người di cư trong nước và quốc tế thường xuyên khó có thể tiếp cận việc chăm sóc sức khỏe tại nơi chuyển đến;
- Các mạng lưới, hợp tác và các khung đa quốc gia về sức khỏe người di cư: Chính phủ Việt Nam tham gia vào mạng lưới hợp tác với nhiều tổ chức, mạng lưới và các tiến trình tư vấn giải quyết vấn đề di cư và sức khỏe.

Về *Di cư trong nước ở Việt Nam và các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe người di chuyển*, tác giả cũng đã chia sẻ về các động cơ thúc đẩy việc di cư chủ yếu là vì kinh tế và việc di cư tự phát ngày càng tăng. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe người di cư ở Việt Nam, theo tác giả, bao gồm điều kiện việc làm không đảm bảo, khó khăn trong tiếp cận bảo hiểm y tế và dịch vụ chăm sóc sức khỏe, điều kiện sống không đảm bảo, liên kết cộng đồng hạn chế, chịu áp lực lớn từ động cơ kiếm tiền để mưu sinh.

Cuối cùng, về *Các vấn đề ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe người di cư ở Việt Nam* tác giả cho rằng đối với di cư trong nước cần thiết lập cơ chế cập nhật dữ liệu sao cho kịp thời và chính xác hơn; đối với di cư quốc tế cần lưu giữ trong hồ sơ kết quả kiểm tra sức khỏe trước khi di chuyển và tiến hành tái kiểm tra sức khỏe tự nguyện sau khi trở về. Đồng thời tác giả cũng đã đề xuất một số nội dung liên quan đến hoàn thiện khung pháp lý, đổi mới hệ thống y tế để đáp ứng linh hoạt nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam và xây dựng mối hợp tác liên ngành, liên quốc gia để thích ứng với vấn đề này.

BÀI 4: BỆNH LAO VÀ NHÓM DI CƯ Ở VÙNG TÂY THÁI BÌNH DƯƠNG.

Bác sĩ Cornelia M. Hennig - Cán bộ chương trình của Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam.

Trong bài trình bày, bác sĩ Cornelia M. Hennig, đã nhấn mạnh các nội dung quan trọng, đó là lý do kiểm soát bệnh Lao trong quần thể dân di cư và các nguyên tắc thực hiện.

Bà Henning đã trình bày tổng quan về bệnh lao, Lao là bệnh do vi khuẩn truyền nhiễm gây ảnh hưởng phổ biến nhất là đến phổi, 1/3 dân số thế giới bị nhiễm Lao nhưng chỉ có 5% các căn bệnh nhiễm trùng phát triển thành bệnh có thể lây truyền cho người khác. Nhóm di cư và di cư biến động là quần thể dân số dễ bị tổn thương, hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế, tình trạng tự điều trị không đầy đủ trong khu vực y tế tư nhân, Đặc biệt, bệnh Lao đa kháng thuốc là một vấn đề do con người tạo ra. Bệnh Lao là một thách thức lớn đối với ngành y tế Việt Nam.

Về các nguyên tắc trong thực hiện kiểm soát bệnh Lao đối với quần thể dân di cư, tác giả đã đề cập cụ thể như:

- Hệ thống giám sát Lao phải bao phủ tới các nhóm dân di cư.
- Khảo sát tỷ lệ mắc Lao cần được thiết kế sao cho giảm thiểu những sai lệch khi đánh giá thấp về bệnh Lao trong quần thể dân di cư.
- Dữ liệu dịch tễ về bệnh Lao cần được phân tích để xác định gánh nặng đối với người di cư và đề xuất phương thức tiếp cận chăm sóc thích hợp.
- Các chính sách kiểm soát Lao quốc gia cần thúc đẩy sự tiếp cận phổ cập và công bằng để các dịch vụ chuẩn đoán và điều trị lao dành cho tất cả các bệnh nhân Lao.
- Các chính sách về kiểm soát Lao nên xem xét các nhu cầu cụ thể của các nhóm dân di cư.
- Việc điều trị bệnh Lao không nên bị ảnh hưởng bởi tư cách pháp lý hoặc hợp đồng lao động hay thuê nhà, thuê sử dụng dịch vụ của bệnh nhân.

PHIÊN THẢO LUẬN VÀ TRÌNH BÀY BUỔI CHIỀU

CÓ 3 BÁO CÁO THAM LUẬN GỒM:

- Quản lý và Đáp ứng của địa phương đối với di cư trong nước - Trường hợp điển hình của thành phố Hồ Chí Minh.
- Nguy cơ lây nhiễm HIV qua biên giới Việt - Lào.
- Một số vấn đề về Sức khỏe người Di cư từ các nghiên cứu hiện có của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội.

BÀI 5: QUẢN LÝ VÀ ĐÁP ỨNG CỦA ĐỊA PHƯƠNG ĐỐI VỚI DI CƯ TRONG NƯỚC - TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH.

Ông Vũ Đình Sơn, Trưởng phòng Y tế, Sở Lao động Thương binh Xã hội, thành phố Hồ Chí Minh.

Trong bài tham luận của mình, ông Sơn đã đề cập đến các nội dung chính bao gồm thực trạng di cư của thành phố qua các năm; Các vấn đề về chăm sóc sức khỏe cho người di cư; Thực thi pháp luật về chăm sóc sức khỏe cho người di cư cũng như những khó khăn bất cập và khuyến nghị về các giải pháp khắc phục.

Về *thực trạng di cư của thành phố Hồ Chí Minh*, ông Sơn đã cung cấp những số liệu phản ánh mức độ gia tăng không ngừng trong thời gian qua (từ khoảng 1,1 triệu người vào năm 1996 đã tăng lên hơn 7,8 triệu người vào cuối năm 2012). Hơn 85% di cư vào các quận nội thành, trong đó gần 90% ở độ tuổi lao động với khoảng 52% là nữ. Thêm vào đó, đa số là lao động không qua trường lớp và 30% làm nghề tự do, không ổn định.

Theo ông Sơn các yếu tố ảnh tới sức khỏe người di cư của thành phố là do họ không có việc làm và chỗ ở ổn định, thu nhập thấp, điều kiện vệ sinh không đảm bảo, liên kết xã hội thiếu chặt chẽ. Gần một nửa (41,5%) tổng số người di cư không có thẻ bảo hiểm y tế, đa số tự mua thuốc về điều trị.

Về việc *Thực thi các quy định pháp luật đối với chăm sóc sức khỏe người di cư,* ngoài các quy định chung, Thành phố còn triển khai một số chính sách đặc thù.

Tuy vậy hiện vẫn còn nhiều *khó khăn bất cập trong chăm sóc sức khỏe cho người di cư như* hơn 60% đã cư trú lâu dài ở thành phố và có công việc ổn định song vẫn chưa có hộ khẩu để có thể tiếp cận với bảo hiểm y tế và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Sự quan tâm đặc biệt chú ý tới các nhóm di cư trẻ dễ sa vào các hành vi nguy cơ cao, có thể dẫn tới lây nhiễm HIV/AIDS.

Tác giả cũng đã khuyến nghị với chính quyền địa phương và một số bộ, ngành trong việc triển khai các giải pháp liên ngành từ quản lý hành chính đến giáo dục đào tạo và chăm sóc y tế dành cho người di cư.

BÀI 6: NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV/AIDS QUA BIÊN GIỚI VIỆT - LÀO

Thạc sỹ Hoàng Thị Mỹ Hạnh, Nghiên cứu viên của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế.

Sau khi giới thiệu một số thông tin chung về nghiên cứu hợp tác giữa Viện Chiến lược và Chính sách Y tế và Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế Lào, bà Mỹ Hạnh đã cung cấp những bằng chứng sinh động về đặc điểm tự nhiên - kinh tế - xã hội và tình hình dịch HIV/AIDS tại các địa phương thuộc 2 bên đường biên ở 3 vùng trong cả nước: miền Bắc (Điện Biên - Phong Sa Lỳ), miền Trung (Hà Tĩnh - Bô Ly Khăm Xay) và miền Nam (Kon Tum - Attapư) cùng với nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS của các nhóm dân cư di biến động qua biên giới và khả năng kiểm soát tình hình dịch của các quốc gia.

Đặc biệt, tác giả cũng đã đề xuất một số giải pháp mang tính liên ngành và phối hợp liên quốc gia (Việt Nam - Lào) trong tăng cường khả năng kiểm soát, giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm HIV qua biên giới.

BÀI 7: THỰC TRẠNG DI CƯ TRONG NƯỚC VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN ƯU TIÊN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CỦA BỘ LAO ĐỘNG THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI.

Bà Nguyễn Thị Bích Thúy, Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu lao động nữ và giới, Viện Khoa học Lao động và Xã hội, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (MOLISA).

Trong báo cáo trình bày, bà Thúy đã chia sẻ một số thông tin về thực trạng chăm sóc sức khỏe lao động di cư ở Việt Nam và những khuyến nghị về chính sách.

Về *Thực trạng chăm sóc sức khỏe người lao động di cư từ nước ngoài đến Việt Nam,* theo kết quả từ những nghiên cứu do bà Thúy cung cấp đa số người lao động nước ngoài đang làm việc ở Việt Nam là nam giới (>78%), chủ yếu là người châu Á, gần 24% khám chữa bệnh ở nước ngoài do lo ngại về chất lượng dịch vụ y tế của Việt Nam, 31% sử dụng hoàn toàn dịch vụ y tế của Việt Nam, 18,6% đánh giá tốt về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của Việt Nam, hơn 48% đánh giá khá, 40% có tham gia bảo hiểm y tế, 42% tham gia bảo hiểm tai nạn.

Theo các kết quả nghiên cứu của MOLISA về thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người di cư đến các khu công nghiệp, có 71,4% công nhân cho biết đã từng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tình trạng sức khỏe của số đông người di cư trước khi di cư tương đối tốt. Sau khi di cư, đa số họ đã bị phương hại về sức khỏe do điều kiện ăn ở, sinh hoạt chưa đảm bảo, chịu nhiều áp lực về tinh thần.

Bà Thúy cũng đưa ra một số khuyến nghị về các giải pháp để giải quyết các vấn đề về sức khỏe người di cư, bao gồm nâng cao nhận thức, ý thức trách nhiệm cho người di cư đối với việc tự chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Bà đề xuất việc triển khai các chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các khu công nghiệp cho cả nữ và nam công nhân, thực hiện nghiêm ngặt các quy định về bảo hiểm y tế cho người lao động trong các loại hình doanh nghiệp, huy động trạm y tế xã, phường tham gia khám sức khỏe định kỳ cho công nhân.

KẾT LUẬN HỘI THẢO

Trước khi bế mạc, các tham dự viên đã tiếp tục tiến hành thảo luận, chia sẻ các nhận định về thực trạng di cư, những khó khăn bất cập trong chăm sóc sức khỏe người di chuyển và đề xuất một số giải pháp.

Cuối cùng, trước khi phát biểu bế mạc, Ông Florian Forster, Trưởng phái đoàn Tổ chức Di cư Quốc tế tại Việt Nam và bà Vũ Thị Minh Hạnh, Phó Viện trưởng, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bộ Y tế - đồng chủ trì Hội thảo đã trình bày tóm tắt các kết quả của Hội thảo.

Theo đó, Hội thảo đã đạt được sự đồng thuận cao về những nhận định và những đánh giá về thực trạng chăm sóc sức khỏe người di cư ở Việt Nam hiện nay. Đại biểu tham dự Hội thảo cũng đã bày tỏ sự nhất trí cao đối với những đề xuất về một số giải pháp trong thời gian tới nhằm tăng cường chăm sóc sức khỏe cho người di cư theo tinh thần của WHA, bao gồm:

- Tăng cường sự liên kết đa ngành, đa đơn vị giữa các Bộ/Ngành, các đơn vị trong Bộ/Ngành. Cần hình thành và duy trì nhóm công tác với thành viên là các nhà nghiên cứu, nhà quản lý, thực thi chính sách về chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở cấp Bộ/Ngành, cũng như ở cấp quốc gia, huy động sự tham gia của các tổ chức quốc tế để hỗ trợ kinh nghiệm, kỹ thuật, nguồn lực.
- Hiện chưa có đủ bằng chứng và số liệu về người di cư ở Việt Nam để có thể xây dựng chính sách chăm sóc sức khỏe đặc thù cho từng nhóm người di chuyển. Vì vậy, cần ưu tiên thực hiện các nghiên cứu chuyên biệt với các nhóm khác nhau trong cộng đồng người di chuyển đặc biệt là với những nhóm di cư yếu thế. Cần có mối liên kết chặt chẽ giữa các đơn vị nghiên cứu của các bộ, ngành, các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức quốc tế để cung cấp thông tin, bằng chứng một cách toàn diện.
- Hiện nay, theo quy định việc cung cấp dữ liệu ở cấp quốc gia chỉ có Tổng cục Thống kê mới có tư cách pháp nhân. Để có thông tin về người di cư, cần thiết kế một hợp phần trong các cuộc điều tra của Tổng cục thống kê.
- Chiến lược phát triển ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý ngành y tế cần phải đề cập đến việc cập nhật thông tin về chăm sóc sức khỏe di cư.
- Tăng cường đáp ứng của hệ thống chăm sóc sức khỏe và tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng để người di cư biết về quyền được chăm sóc sức khỏe của họ.
- Đơn giản hóa các thủ tục hành chính để tăng tiếp cận với các dịch vụ công trong đó có dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Hội thảo kết thúc vào hồi 16h30 ngày 24/5/2013

PHỤ LỤC I: CÁC BÀI PHÁT BIỂU

PHÁT BIỂU KHAI MẠC HỘI THẢO CỦA THỨ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

- *Kính thưa ngài Florian Forster - Trưởng phái đoàn Tổ chức Di cư quốc tế (IOM) tại Việt Nam!*
- *Thưa các vị khách quý đại diện cho các tổ chức quốc tế tại Việt Nam!*
- *Thưa các vị đại biểu đại diện cho các bộ, ngành; các cơ quan Trung ương và một số địa phương!*
- *Thưa toàn thể quý vị đại biểu!*

Trước tiên thay mặt Lãnh đạo Bộ Y tế tôi xin nhiệt liệt chào mừng các vị đại biểu đại diện cho các Bộ, Ngành, các cơ quan TW, một số địa phương và các tổ chức quốc tế đã đến tham dự *Hội thảo về Chính sách Y tế cho người di cư ở Việt Nam*. Kính chúc sức khỏe các quý vị đại biểu, chúc Hội thảo thành công tốt đẹp.

Thưa các quý vị đại biểu, như chúng ta đều biết bước vào thế kỷ XXI với những lợi thế về phát triển khoa học kỹ thuật, phát triển thông tin liên lạc, phát triển các phương tiện giao thông và sự năng động trong phát triển kinh tế xã hội ở khắp các khu vực đã làm gia tăng tình trạng di biến động dân cư trên phạm vi toàn cầu. Hiện nay trên toàn thế giới, bình quân cứ 35 người, có 1 người di chuyển.

Ở Việt Nam trong những thập kỷ gần đây, hiện tượng di cư cũng đã diễn ra rất sôi động, nhất là tại thủ đô Hà Nội và các thành phố lớn. Đây là hệ quả tất yếu của quá trình đổi mới với nhiều biện pháp mang tính đột phá về cơ chế và thể chế nhằm kích hoạt tính năng động của nền kinh tế và toàn bộ đời sống xã hội.

Người di cư đã và đang góp phần không nhỏ

vào sự tăng trưởng kinh tế cũng như giao thoa văn hoá giữa các vùng, miền. Song trong quá trình di chuyển họ luôn phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức, nhiều rào cản về văn hóa, xã hội cũng như về khả năng chi trả trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Do vậy các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của họ thường không được đáp ứng thỏa đáng. Quyền được chăm sóc sức khỏe của họ cũng vì vậy mà cũng bị phương hại.

Thưa các quý vị đại biểu, để đảm bảo các quyền cơ bản cho người di cư trong đó có quyền được chăm sóc sức khỏe, từ năm 1990, Liên Hiệp Quốc đã ban hành Công ước quốc tế về bảo vệ

các quyền của người di cư và thành viên trong gia đình họ. Đặc biệt vào năm 2008, tại phiên họp của Đại Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 61, các quốc gia thành viên đã thông qua bản Nghị quyết "*Sức khỏe cho người di cư*" theo nguyên tắc đảm bảo các quyền sức khỏe, xóa bỏ những yếu tố cản trở người di cư tiếp cận các dịch vụ phòng và điều trị bệnh, thực thi những biện pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong, hạn chế tối đa ảnh hưởng tiêu cực của quá trình di cư đối với sức khỏe của người di chuyển. Nghị quyết yêu cầu các quốc gia thành viên tuân thủ thực hiện theo những khuyến nghị đã được đề cập trong nghị quyết.

Tiếp đó, tại hội nghị Tham vấn Toàn cầu năm 2010 về Sức khoẻ Người di cư, Tổ chức Y tế Thế giới đã kêu gọi các quốc gia có những hành động mạnh mẽ hơn cho Sức khoẻ Người di cư theo tinh thần của "*Nghị quyết Sức khỏe cho Người Di cư*".

Xuất phát từ bối cảnh trên, tôi ghi nhận và đánh giá cao những nỗ lực của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Hợp tác Quốc tế, Bộ Y tế trong việc phối hợp với Tổ chức Di cư Quốc tế tổ chức Hội thảo ngày hôm nay. Tôi cũng xin chân thành cảm ơn các vị đại biểu đại diện của các bộ, ngành, các cơ quan Trung ương cùng một số địa phương, các tổ chức quốc tế đã chuẩn bị bài tham luận và tham dự Hội thảo.

Tại Hội thảo này, tôi mong đợi các quý vị đại biểu tích cực tham gia ý kiến và chia sẻ các thông tin xoay quanh một số chủ đề như: thực trạng di cư ở Việt Nam cùng những vấn đề cần quan tâm trong chăm sóc sức khỏe đối với người di chuyển; thực trạng chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam hiện nay…

Tôi cũng hy vọng rằng trên cơ sở khung pháp lý và kinh nghiệm của các nước trên thế giới, Hội thảo của chúng ta sẽ đề xuất được các giải pháp mang tính khả thi và hữu hiệu về những chính sách chăm sóc sức khỏe cho người di cư ở Việt Nam trong thời gian sắp tới.

Với tinh thần đó, tôi xin tuyên bố khai mạc "Hội thảo về Chính sách Y tế cho người di cư ở Việt Nam".

Xin kính chúc sức khỏe các vị khách quý cùng các quý vị đại biểu

Chúc Hội thảo thu được nhiều kết quả tốt đẹp

Xin trân trọng cảm ơn!

PHÁT BIỂU CHÀO MỪNG CỦA ĐẠI DIỆN TỔ CHỨC DI CƯ QUỐC TẾ TẠI VIỆT NAM

Florian G. Forster

Trưởng Phái Đoàn

Tổ Chức Di cư Quốc tế (IOM) Việt Nam

Kính thưa thứ trưởng Nguyễn Việt Tiến; Bà Vũ Minh Hạnh Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách, cùng các đại biểu từ các bộ ngành, cơ quan Trung ương và đại diện từ Liên Hợp Quốc; Kính thưa toàn thể quý vị đại biểu.

Di cư và sức khỏe gắn kết với nhau trong suốt tất cả các giai đoạn, cách thức và loại hình di cư và di biến động. Chúng ta, tại cuộc hội thảo này cùng rất nhiều các bên liên quan- lần thứ 2 kể từ mùa hè năm 2011- để thảo luận về vấn đề sức khỏe người di cư tại Việt Nam nhằm đáp ứng với Nghị Quyết Sức khỏe cho người Di cư của Hội đồng Y tế Thế giới thông qua vào ngày 24 tháng 5 năm 2008 - đúng 5 năm trước - để kêu gọi các nước thành viên thúc đẩy các chương trình và chính sách nhạy cảm cho người di cư. Việt Nam đã và tiếp tục là một thanh viên tích cực của Hội Đồng Y Tế Thế giới. IOM là đối tác tích cực của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các thành viên tương ứng khác trong việc giải quyết vấn đề quan trọng này. Tại Việt Nam, WHO và IOM hợp tác rất là chặt chẽ về vấn đề sức khỏe người di cư trong khuôn khổ Một Kế Hoạch của UN 2012-2016.

Đây là một vinh dự và niềm vui cho IOM và cá nhân tôi có đặc quyền được hợp tác chặt chẽ với Bộ Y tế (MoH) và đặc biệt là Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (HSPI) về chủ đề quan trọng này.

Có nhiều chứng minh đã chỉ ra tầm quan trọng trong việc thúc đẩy chương trình Di cư và Sức khỏe, tất nhiên là còn rất nhiều việc mà chúng ta cần phải làm. Tôi đặc biệt muốn cảm ơn đối tác của chúng tôi, những người đã hợp tác chặt chẽ trong việc tổ chức hội thảo: Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (HSPI) và cám ơn sự hỗ trợ mạnh mẽ từ Vụ Hợp tác Quốc tế của Bộ Y tế.

Tôi muốn nhân cơ hội này gửi lời biết ơn sâu sắc tới Chính phủ Việc Nam trong việc cam kết để đạt được các mục tiêu của Nghị quyết Sức khỏe cho người Di cư của Hội đồng Y tế Thế giới 2008.

Hơn 20 năm qua, Việt Nam đã có những thay đổi chóng mặt về vấn đề di cư. Do sự phát triển kinh tế - xã hội nhanh chóng và vấn đề lịch sử, Việt Nam là một trong những nước có dân cư biến động nhất trên toàn thế giới. Di biến động bao gồm di cư (tạm thời) của người Việt Nam ở nước ngoài, 4 triệu người gốc Việt ở nước ngoài, di biến động trong nước với quy mô lớn do các động lực di cư nông thôn thành thị ở Việt Nam, và trong một vài năm qua, mức độ di cư gia tăng của người nước ngoài tới Việt Nam. Mặc dù phần lớn việc di biến động này diễn ra thông qua các kênh hợp pháp và có tổ chức, tuy nhiên một phần lớn cũng thông qua các kênh bất hợp pháp và tự phát.

Sự gia tăng đột biến số lượng các doanh nghiệp, nhà máy và các khu công nghiệp và chế xuất đã thu hút nhiều lao động từ các khu vực nông thôn tới thành thị. Ngày hôm nay, tùy thuộc vào định nghĩa "di cư" chúng ta lựa chọn, chúng tôi ước tính có khoảng 30% dân số thành thị gốc.

Di cư quốc tế gia tăng, thị trường lao động ở nước ngoài mở rộng cùng với những nỗ lực của chính phủ thúc đẩy vấn đề di cư lao động, và lực lượng lao động trẻ có năng lực góp phần tạo ra lượng di cư lao động quay vòng của khoảng nửa

triệu lao động nam và nữ Việt Nam ở hơn 40 nước trên toàn thế giới.

Vấn đề nhập cư vào Việt Nam đang là hiện tượng gia tăng do sự phát triển kinh tế của đất nước gần đây. Ước tính khoảng 80.000 người lao động đang làm việc ở Việt Nam trong năm 2012. Một con số chưa xác định về số người nhập cư bất hợp pháp vào Việt Nam để tìm kiếm việc làm mỗi năm. Cả người lao động nước ngoài và công dân Việt Nam ở tại Việt Nam có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe như nhau là điều rất quan trọng.

Việc di cư mang tính nhân văn, có trật tự và được chuẩn bị kĩ lưỡng có thể mang lại nhiều lợi ích. Nó dẫn tới nhiều cơ hội việc làm hơn và thu nhập cao hơn, có thể mang đến những cơ hội tiềm năng về học hành và giáo dục cho người di cư và gia đình họ, cũng như chất lượng chăm sóc sức khỏe tốt hơn.

Nhưng mặt khác, khi người di cư đi theo các kênh bất hợp pháp hoặc các kênh hợp pháp thiếu hiệu quả sẽ gây ra các tình trạng dễ bị tổn thương hơn, ví dụ, tình trạng về pháp lý và cư trú không hợp pháp, ngôn ngữ và rào cản văn hóa, hoặc các yếu tố tiếp cận của người di cư tới các dịch vụ sức khỏe. Do đó những người di cư quốc tế và trong nước thường gặp phải rất nhiều các rủi ro liên quan tới sức khỏe khi di cư.

Tại Việt Nam, do thiếu việc đăng kí và không thể đăng kí hộ khẩu ở khu vực thành thị, người di cư trong nước thường bị hạn chế việc tiếp cận tới các dịch vụ sức khỏe công cộng. Hai phần ba người di cư trong nước không có bảo hiểm y tế. Người Di cư Việt Nam ở nước ngoài có thể phải đối mặt với việc bị bóc lột và tăng tính dễ bị tổn thương thông qua các công ty tuyển dụng bất hợp pháp, buôn bán và đưa người trái phép qua biên giới. Buôn bán phụ nữ nhằm mục đích lạm dụng tình dục, lao động giúp việc hoặc kết hôn sắp đặt có thể khiến họ gặp phải những rủi ro lớn hơn từ các bệnh lây truyền qua đường tình dục (ví dụ như HIV), bạo hành kết hợp với việc bị cô lập sẽ thường dẫn tới tình trạng sức khỏe tâm thần nghiêm trọng.

Bên cạnh HIV và sức khỏe tâm thần, mối liên kết gần gũi cũng tồn tại giữa di cư và bệnh lao, di cư và sốt rét, và di cư và các bệnh dịch. ứng phó với các bệnh dịch cũng cần phải giải quyết các khía cạnh về di biến động và có sự tham giả của các bên liên qua như là các cơ quan quản lý xuất nhập cảnh và quản lý biên giới, cũng như chính các nhóm dân cư di biến động.

Nghị quyết Hội Đồng Y tế Thế giới về Sức khỏe người Di cư đã nêu rõ việc giải quyết sức khỏe người di cư nhằm thúc đẩy phúc lợi của tất cả các nhóm cá nhân liên quan vào các quá trình di cư khác nhau, bao gồm người di cư có giấy tờ và không có giấy tờ, và cả nhóm dân cư sinh sống nói chung. Tối đa hóa lợi ích của di cư trong khi đó giảm thiểu các tác động tiêu cực sẽ dẫn đến các kết quả toàn diện và lâu dài tới việc phát triển kinh tế và xã hội của các nước/vùng gốc và tiếp nhận cũng như những người di cư.

Các hoạt động phối hợp giữa IOM với Bộ Y tế/HSPI trong dự án "Hỗ trợ năng lực về sức khỏe Di cư cho Việt Nam" trong hơn 2 năm qua nhằm nâng cao nhận thức về di cư và sức khỏe cũng như hỗ trợ các chương trình di cư và sức khỏe của Chính phủ Việt Nam để hướng tới các mục tiêu Nghị quyết Sức khỏe người Di cư của Hội đồng Y tế Thế giới.

Cùng lúc, chúng tôi đã thực hiện việc rà soát tài liệu trong nước và phân tích các khoảng trống để hình thành lên Báo cáo Thảo luận mang tên "Nghị quyết Sức khỏe người di cư: Ghi nhận đối với Việt Nam". Những phát hiện đầu tiên từ bản thảo sẽ được trình bày ngày hôm nay tại hội thảo bởi đồng nghiệp của tôi Nelyn Chavez. Chúng tôi hy vọng sẽ nhận được thêm nhiều thông tin quan

trọng để có thể tổng hợp vào trong Báo cáo Thảo luận để có thể xuất bản vào mùa hè này. Thêm vào đó, HSPI và IOM sẽ dự thảo và sớm xuất bản một báo cáo về hội thảo hôm nay, bao gồm các bài trình bày và tóm tắt những thảo luận sâu hơn nhằm hướng đến và tìm ra các hành động tiếp theo trong những năm tới. Các vị đại biểu sẽ nhận được những tài liệu này, và vì thế hãy vui lòng để lại địa chỉ liên lạc với ban thư ký của hội thảo.

Trên thế giới, còn rất nhiều việc cần phải làm để có thể nhận ra tầm quan trọng của việc tiếp cận một cách công bằng và toàn diện về vấn đề chăm sóc sức khỏe của người di cư và đưa ra các chương trình, chính sách hiệu quả.

Một lần nữa, xin chân thành cám ơn vì vinh dự cho chúng tôi được có mặt ở đây cùng tất cả các quý vị đại biểu. Xin chúc cho hội thảo của chúng ta thành công tốt đẹp, chúng tôi rất mong nhận được những đóng góp và phê bình của quý vị đại biểu trong suốt quá trình của hội thảo.

Xin cám ơn!

(Florian G. Forster, Hà Nội 24.05.2013)

PHỤ LỤC II: CÁC BÀI TRÌNH BÀY TRONG BUỔI SÁNG HỘI THẢO

BÀI 1 - NGHỊ QUYẾT SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ: KHUÔN KHỔ THỰC THI

Hội đồng Y tế Thế giới

Nghị quyết Sức khỏe người Di cư: Khuôn khổ thực thi

Hội thảo Sức khỏe Di cư ở Việt Nam - Thực trạng và Giải pháp
24/5/2013, Hà Nội, Việt Nam

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các vấn đề trình bày

- Bối cảnh
- Nghị quyết Hội đồng Y tế Thế giới số 61.17 về Sức khỏe người Di cư
- Khuôn khổ thực thi toàn cầu

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Sức khỏe Di cư ở Việt Nam - Thực trạng và Giải pháp
24/5/2013, Hà Nội, Việt Nam

BỐI CẢNH

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các đặc điểm Di cư toàn cầu

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các đặc điểm Di cư toàn cầu

1 tỷ người Di cư trên Toàn cầu

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Di cư ở Châu Á và Thái Bình Dương

- Sự di cư trong nước và quốc tế gia tăng chóng mặt và tiếp tục tăng tương lai ở khu vực Châu Á.

Các yếu thúc đẩy sự dịch chuyển:

- Tăng cường phối hợp về kinh tế và chính trị
- Mở cửa đường biên
- Các cơ hội hợp tác phát triển kinh tế - xã hội mới do có sự phát triển giao thông
- Nhu cầu cao về lao động tay nghề thấp và rẻ tại các quốc gia phát triển, đặc biệt là các quốc gia có dân số và tỷ lệ sinh thấp, cần người nhập cư để duy trì sự cạnh tranh của nền kinh tế
- Suy thoái môi trường và biến đổi khí hậu.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các Yếu tố rủi ro đối với sức khỏe người Di cư

Sự phân chia không đều các nguồn lực mục tiêu thiên niên kỉ (MDGs), sự lề hóa và suy giảm năng suất

Các yếu tố rủi ro đối với sức khỏe người di cư: Đói nghèo, phân biệt xã hội, các rào cản tiếp cận các dịch vụ y tế, chi phí v.v.

Tác động tiêu cực tới sức khỏe người di cư và y tế công cộng

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Sức khỏe Di cư ở Việt Nam - Thực trạng và Giải pháp
24/5/2013, Hà Nội, Việt Nam

NGHỊ QUYẾT HỘI ĐỒNG Y TẾ THẾ GIỚI (WHA) SỐ 61.17 VỀ SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Mô hình chuyển đổi

Phương pháp truyền thống:

An ninh

Kiểm soát bệnh tật, cách ly, IHR '51

Trọng tâm quốc gia

Phương pháp đa chiều hiện đại:

Giảm sự bất bình đẳng

Bảo trợ xã hội với y tế, Các yếu tố xã hội với sức khỏe, các bệnh không truyền nhiễm

Chính sách liên ngành và đa quốc gia

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Nghị quyết Hội đồng Y tế Thế giới về Sức khỏe người di cư (WHA 61.17)

Kêu gọi các quốc gia thành viên:

"Thúc đẩy sự tiếp cận công bằng với công tác nâng cao và chăm sóc sức khỏe cho người di cư"
"Thúc đẩy hợp tác song phương và đa phương về sức khỏe người di cư giữa các nước tham gia vào toàn bộ quá trình di cư"

Di Cư, Sức khỏe toàn cầu và Y tế Công cộng

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Nghị quyết về Sức khỏe người Di cư WHA 61.17 Các Ưu tiên trong Khuôn khổ Thực thi

Theo dõi sức khỏe người Di cư

Xác định các chỉ số chính ứng dụng được ở các nước
Đảm bảo sự chuẩn hóa và số liệu có thể so sánh về Sức khỏe người Di cư
Hỗ trợ việc tổng hợp và phân tích một cách thích hợp các thông tin về Sức khỏe người Di cư
Tổng hợp các kinh nghiệm thực tiễn tốt trong việc theo dõi về sức khỏe người di cư, các mô hình chính sách, mô hình hệ thống y tế […]

Các khung pháp lý chính sách

Thực hiện các tiêu chuẩn quốc tế để bảo vệ quyền sức khỏe của người Di cư
Phát triển và thực hiện các chính sách để thúc đẩy tiếp cận bình đẳng đối với các dịch vụ y tế của tất cả người Di cư
Thúc đẩy tính đồng bộ giữa các chính sách ngành
Mở rộng bảo vệ xã hội và tăng cường an sinh xã hội đối với người Di cư và gia đình họ […]

Hệ thống y tế nhạy cảm với người Di cư

Đảm bảo tính liên tục và chất lượng của dịch vụ chăm sóc sức khỏe ở mọi hoàn cảnh
Tăng cường năng lực nguồn nhân lực y tế và phi y tế để giải quyết các vấn đề sức khỏe người Di cư
Đảm bảo các dịch vụ y tế phù hợp về văn hóa, ngôn ngữ và dịch tễ học [...]

Quan hệ đối tác, mạng lưới và khuôn khổ đa quốc gia

Thúc đẩy đối thoại và hợp tác về y tế/di cư giữa các nước, các cơ quan và khu vực
Nêu bật vấn đề sức khỏe người di cư trong tiến trình di cư toàn cầu và khu vực (ví dụ: GMG, GFMD)
Xây dựng trung tâm tư liệu tổng hợp các kinh nghiệm tốt […]

Sức khỏe Di cư ở Việt Nam - Thực trạng và Giải pháp
24/5/2013, Hà Nội, Việt Nam

KHUÔN KHỔ THỰC THI TOÀN CẦU VỀ SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các vấn đề chính WHA: Theo dõi Sức khỏe người Di cư

HIV và Di biến động

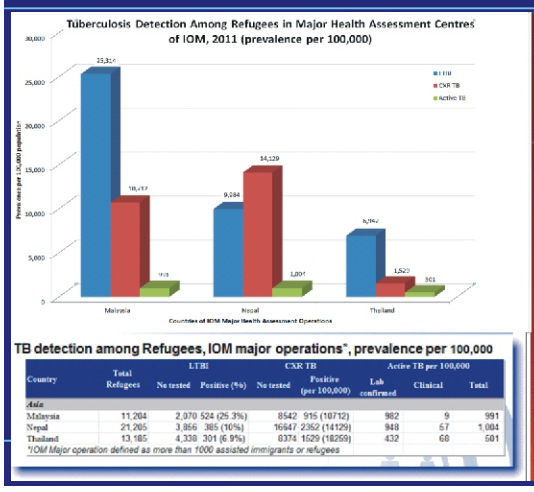
- 67% ca nhiễm HIV ở Châu Á - Thái Bình Dương mắc phải trong quá trình di cư (UNAIDS 2011)
- 30% các nhiễm HIV mới ở Nepal là trong nhóm di cư – 2009 (UNAIDS 2011)
- Các ca nhiễm HIV mới xảy ra ngày càng nhiều hơn đối với bạn tình của người di cư (IOM, 2008)
- Phần lớn người làm mại dâm là người di cư trong Tiểu vùng Mê kong, chủ yếu là di chuyển giữa Thái Lan, Việt Nam và Cam-pu-chia (AIDS Data Hub, 2009)
- Tỉ lệ cao của nhóm tiêm chích ma túy (và mại dâm) trong nhóm người di cư trẻ từ 16-26 tuổi tại Việt Nam (AIDS Data Hub, 2009)
- Thường thấy lao động di cư trong nhóm MSM (quan hệ đồng tính nam) hơn là những người ở nước sở tại (AIDS Data Hub, 2009).

Sốt rét và Di biến động

- Biên giới Thái Lan - Myanmar, miền Nam Việt Nam, Thái Lan - Cam-pu-chia từ năm 2005:
  - Dịch chuyển dân cư lớn; dịch bệnh trong rừng/khu vực nông thôn
  - Dân cư khó tiếp cận giáo dục/chăm sóc sức khỏe; lao động theo mùa và biến động
  - Nguy cơ cao truyền bệnh qua kí sinh trùng từ vùng này sang vùng khác
- Nghiên cứu (Tháng 4/2012 – 2013) đối với 3200 bệnh nhân dọc biên giới Tây Nam của Thái Lan gần với Myanmar từ 2001 tới 2010 đã chỉ ra việc tăng số lượng bệnh nhân kháng với thuốc từ 0.6% lên 20% trong số bệnh nhân khảo sát sau 10 năm (IRIN, Tháng 9, 2012)

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Bệnh Lao và Vấn đề Di cư - 2



TB detection among Refugees, IOM major operations*, prevalence per 100,000

Country	Total Refugees	LTBI		CXR TB		Active TB per 100,000	
		No tested	Positive (%)	No tested	Positive (per 100,000)	Lab confirmed	Clinical	Total
Asia								
Malaysia	11,204	2,970	524 (25.3%)	8542	915 (10712)	982	9	991
Nepal	21,205	3,866	385 (10%)	16947	2352 (14129)	948	57	1,004
Thailand	13,185	4,338	301 (6.9%)	8374	1529 (18259)	432	68	501

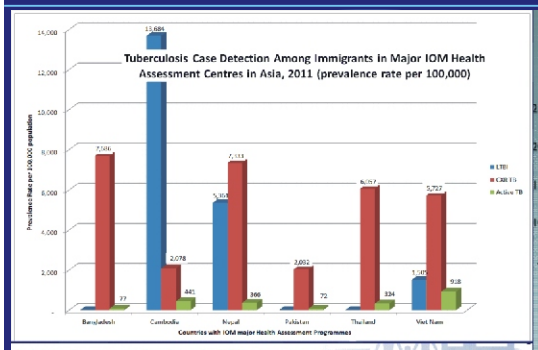
*IOM Major operation defined as more than 1000 assisted immigrants or refugees

Trợ giúp và Tăng cường Sức khỏe cho người Di cư

- Nghiên cứu về Buôn bán người, Bóc lột và Lam dụng ở Tiểu vùng sông MeKong (STEAM) (2012-13)
- Pakistan – Nghiên cứu về các rủi ro và tính dễ bị tổn thương liên quan tới HIV mà các lao động Pakistan phải đối mặt khi làm việc tại Trung Đông (2011)
- Cam-pu-chia – Đánh giá tình hình về Sức khỏe của người di cư không chính thức của Cam-pu-chia (2012)
- Sri Lanka – Nghiên cứu Quốc gia về Di cư, Giám sát bệnh Lao và Sốt rét đối với người tị nạn trở về, người di cư không chính thức và các đối tượng di cư khác ở Sri Lanka (2012)
- Chuỗi bài viết của IOM: Di cư lao động Châu Á và Sức khỏe: Tìm hiểu lộ trình Chính sách

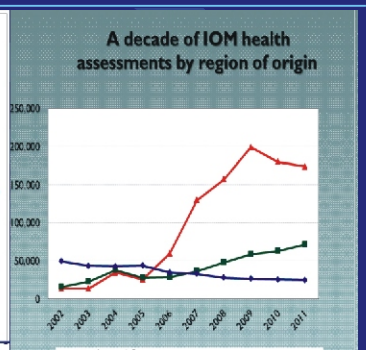
INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Bệnh Lao và Vấn đề Di cư - 3



TB detection among immigrants, IOM major operations*, prevalence per 100,000

Country	Total Immigrants	LTBI		CXR TB		Active TB per 100,000		
		No tested	Positive (%)	No tested	Positive (per 100,000)	Lab confirmed	Clinical	Total
Asia								
Bangladesh	16,847	0	-	16629	1282 (7686)	77	-	77
Cambodia	4,632	190	26 (13.7%)	4138	86 (2078)	441	-	441
Nepal	4,651	914	49 (5.4%)	3682	278 (7333)	366	-	366
Pakistan	77,709	0	-	75492	1532 (2032)	72	-	72
Thailand	7,395	0	-	7033	426 (6057)	324	-	324
Vietnam	14,820	1,329	20 (1.5%)	12922	748 (5727)	918	-	918



10 % of the 17,500assessments were for Australia: 13929 immigrants/3533 refugees)

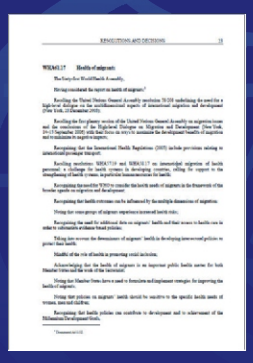
Các lĩnh vực của WHA

- Kiểm soát Sức khỏe người Di cư
- **Khung luật pháp và Chính sách**
- Hệ thống y tế nhạy cảm với người Di cư
- Quan hệ đối tác, mạng lưới và khuôn khổ đa phương

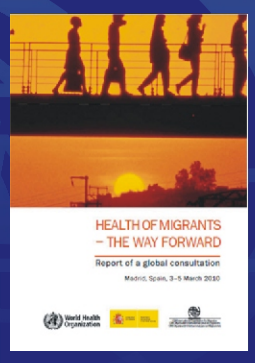
INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các văn kiện quốc tế chính liên quan đến Di cư và Sức khỏe - 1

2008 Nghị quyết 61.17 của Hội đồng Y tế Thế giới lần thứ 61 về Sức khỏe người Di cư



2010 Tư vấn toàn cầu về Sức khỏe người Di cư: Con đường phía trước



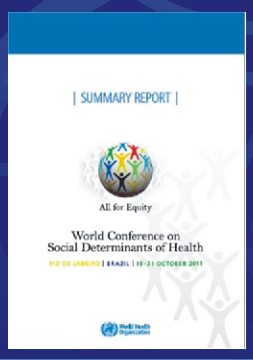
INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Khuôn khổ Chính sách Vùng

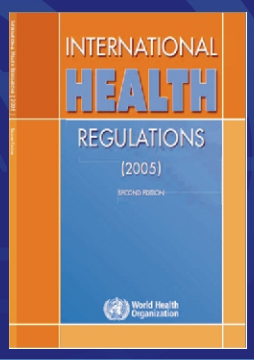
Tháng 1/2007	Tuyên bố ASEAN về Bảo vệ quyền của người Lao động Di cư, Hội nghị Thượng đỉnh ASEAN lần thứ 12, Cebu, Phi-lip-pin
Tháng 1/2010	Khuyến nghị chung về Thách thức Y tế đối với Di cư lao động Châu Á, Đối thoại Cấp cao Vùng, Bangkok, Thái Lan
Tháng 9/2010	Tuyên bố Bangkok về Di cư và Phát triển, kết quả của Hội nghị trù bị vùng châu Á - TBD cho Diễn đàn Di Cư và Phát triển Toàn cầu (GFMD), 2010, Bangkok, Thái Lan
Tháng 4/2011	Tuyên bố Dhaka của các nước trong tiến trình Colombo, Họp tham vấn cấp Bộ trưởng của các nước phái cử Lao động Di cư tại Châu Á, Dhaka, Bangladesh
Tháng 10/2011	Khuyến nghị chung về Lao động Di cư tại Diễn đàn ASEAN lần thứ 4, Bali In-đô-nê-xi-a
Tháng 5/2013	Hội thảo chuẩn bị Châu Á - Thái Bình Dương cho Đối thoại Cấp cao của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về Di cư Quốc tế và Phát triển, Tháng 10, 2013
Tháng 10/2013	Đối thoại Cấp cao của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về Di cư Quốc tế và Phát triển

Các văn kiện quốc tế chính liên quan đến Di cư và Sức khỏe

2011 Hội nghị thế giới các yếu tố xã hội về Sức khỏe



2005 Các quy định Quốc tế về Sức khỏe



INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Vấn đề Sức khỏe người Di cư trong Đối thoại Cấp cao của Đại hội đồng Liên Hợp Quốc về Di cư Quốc tế và Phát triển

4 lý do cần để giải quyết vấn đề sức khỏe người di cư:

- Sức khỏe người di cư đóng góp và các thành quả phát triển tích cực và giảm nhẹ các vấn đề tiêu cực về y tế công cộng
- Người di cư có quyền sức khỏe, giải quyết các vấn đề sức khỏe người di cư nhấn mạnh việc nhìn nhận vấn đề di cư trong phát triển con người
- Tăng cường sức khỏe trong quá trình di cư cũng thúc đẩy đối thoại liên ngành và đa quốc gia
- Đối thoại quốc tế nhằm thúc đẩy di cư lao động an toàn, khỏe mạnh, tránh phân biệt đối xử trong khám chữa bệnh và đảm bảo vấn đề sức khỏe di cư không ảnh hưởng tới các mục tiêu phát triển

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các chính sách liên quan đến HIV

2010	**Khuyến nghị về HIV/AIDS và Thế giới Công sở, 2010 (No. 200)** - Tiêu chuẩn Quốc tế đầu tiên về HIV/AIDS tại nơi làm việc, được thông qua bởi chính phủ, các chủ sử dụng lao động và đại diện người lao động tại các nước thành viên ILO
2012	**Cuộc họp Cấp cao liên chính phủ Châu Á - Thái Bình Dương về Đánh giá tiến độ thực hiện Cam kết trong Tuyên bố Chính trị chống HIV/AIDS (Bangkok) –** Đánh giá tiến độ Vùng về HIV/AIDS và Mục tiêu Thiên niên kỉ, xác định các lĩnh vực hợp tác khu vực, đặc biệt là giải quyết các rào cản phát luật và chính sách để tiếp cận phổ cập phòng chống, điều trị, chăm sóc và thúc đẩy đối thoại đa ngành giữa tư pháp về sức khỏe, luật pháp và kiểm soát ma túy.
Tháng 2/2012	**Hội nghị tham vấn Châu Á - Thái Bình Dương về các Quyền và Dịch vụ pháp lý liên quan tới HIV-** Quá trình thực hiện và thách thức để thiết lập và mở rộng các dịch vụ pháp lý liên quan tới HIV. RTI Quốc tế, đại học Sydney và Mạng lưới những người sống chung với HIV (APN+) pháp về sức khỏe, luật pháp và kiểm soát ma túy.
Tháng 4/2012	**Tham vấn đề tiếp cận ART** của người Di cư trong chuỗi Di cư ở bốn nước Tiểu vùng sông Mekong- xác định thách thức và các bước quan trọng theo hướng thúc đẩy tiếp cận ART của người Di cư

Hệ thống Sức khỏe nhạy cảm với người Di cư

- Các yếu tố "3A- 1Q" – Sự sẵn có, Sự tiếp cận, Sự chấp nhận và Chất lượng cần thiết của hệ thống y tế nhạy cảm hơn với người di cư. Ví dụ: Ngôn ngữ, chăm sóc sức khỏe có nhạy cảm văn hóa, công tác truyền thông và kiểm soát dịch bệnh có nhạy cảm văn hóa, đội ngũ phục vụ thân thiện.

Các ví dụ can thiệp:

Thailand – An sinh sức khỏe cho người di cư bất hợp pháp - 1,300 Baht/năm (thời điểm hiện tại); Tăng cường kiểm soát các nhiễm Lao ở các khu dân cư dễ bị tổn thương ở phía Bắc và Đông Bắc Thái Lan thông qua Huy động cộng đồng và Sử dụng công nghệ thông GXpert (2012); Dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ tâm lý cho trẻ em (2009 –Nay)

Sri Lanka và **Phi-lip-pin** đã xây dựng chương trình bảo hiểm cho người lao động nước ngoài được tiếp tục đóng và hưởng bảo hiểm cho họ và gia đình họ (2010 - Nay) và cho trẻ em (2009 - Nay)

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các Lĩnh vực của WHA

- Theo dõi Sức khỏe người Di cư
- Khung Luật pháp và Chính sách
- Hệ thống Y tế nhạy cảm với người Di cư
- Quan hệ đối tác, mạng lưới và khuôn khổ đa phương

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Các can thiệp khác:

Myanmar - Các dự án gây quỹ từ nhiều nguồn về Sốt rét, HIV và Lao dựa trên Cộng đồng cho người di cư và những người trong cộng đồng bị ảnh hưởng bởi di cư (2010 - Nay)

Pakistan, Nepal & Bangladesh - Tăng cường năng lực chính phủ trong việc giải quyết vấn đề người di cư thông qua tiếp cận đa ngành (2013 - 2014)

Sri Lanka – Tăng cường cung cấp dịch vụ y tế cho người tị nạn trở về Srilanka từ Nam Ấn (2011-2012) ; Chiến lược Hợp tác Kỹ thuật để thiết lập Cơ quan về Sức khỏe người Di cư cho Chính phủ Sri Lanka(2012); Thiết lập kiểm tra sức khỏe cho người xin hộ chiếu định cư (2012)

Campuchia - Tăng cường phát hiện các trường hợp nhiễm lao đối với người Di cư Bất hợp pháp trở về tại biên giới Poi Pet (2012)

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Bệnh Lao

- **Hội nghị Liên hiệp Thế giới lần thứ 43 về Lao và Bệnh Phổi**, Kuala Lumpur, Nov 2012.
  - Đảm bảo việc tiếp cận của người di cư để phòng ngừa Lao, hỗ trợ chăm sóc, cung cấp cơ sở nền tảng cho các nhà hoạch định chính sách, các chuyên gia về sức khỏe và những người ủng hộ di cư để rà soát và thảo luận các rào cản, thách thức và giải pháp cho chương trình Lao cho người di cư.
  - Chương trình Kiểm tra lao – Tăng cường tình trạng sức khỏe cho người di cư và nâng cao dịch vụ xét nghiệm trong nước sàng lọc trước khi nhập cư.
- **Đối tác Phòng Chống Lao:** Nhân quyền và Nhóm đặc trách về lao - thúc đẩy quá trình tiếp cận chuẩn đoán và điều trị Lao cho người Di cư và Nhóm dân cư Di biến động ví dụ như việc phát hiện các bệnh nhân lao ở các người di cư ở biên giới Campuchia của IOM.
- Trung Quốc – Những kinh nghiệm thực tiến tốt nhất để tăng cường chăm sóc lao bao gồm cả các khuyến về tài chính để nâng cao việc điều trị cho người di cư nghèo mà trong số đó tỷ lệ những người di cư là rất đáng chú ý (17% (213 triệu người) trong tổng dân số. Các chính sách như các dịch vụ miễn phí, cung cấp phương tiện và nhân lực để đảm đảm bảo hoàn thành quá trình điều trị. Cũng như các chính sách cụ thể hướng tới nhóm người di cư.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Năm	Quan hệ đối tác, Tiến trình tham vấn và mạng lưới Vùng	Thành viên
1996	**APC** (Tư vấn liên chính phủ về người tị nạn, người lánh nạn và người Di cư)	Các chính phủ
2002	**Tiến trình Bali** (Tiến trình Bali về buôn bán người và các vấn đề về tội phạm xuyên quốc gia)	Các chính phủ
2002	**Hợp tác Chung Liên Hợp Quốc (UN)** về HIV (tiền thân là Nhóm Công tác về Di biến động và Giảm tổn thương do HIV- UNRTF))	Các chính phủ , NGOs, UN, IGO & CSOs
2003	**Tiến trình Colombo** (Tư vấn cấp Bộ về lao động Ngoài nước và lao động Hợp đồng cho các nước phái cử Châu Á)	Các chính phủ
2005	**Nhóm hoạt động về người lao động di cư quốc tế bao gồm cả buôn bán người**	Các chính phủ, UN & IGOs
2008	**Sáng kiến chung về Phát triển và Di Cư** được tài trợ bởi EU, thực hiện bởi UNDP, IOM, ILO, UNHCR, UNFPA and UN Women.	UN & IGOs
2008	**Đối thoại Abu Dhabi** (Tư vấn cấp Bộ về lao động Nước ngoài và lao động Hợp đồng ở các nước gốc và nước đến)	Các chính phủ
2012	**Viện Nghiên cứu Liên Hợp Quốc về Phát triển Xã hội (UNRISD)** - 1963	UNWOMEN, các Trường và Viện
2012	**Mạng lưới sức khỏe Công cộng Quỹ Á - Âu (ASEF)**	UNWOMEN, các Trường và Viện
2012	**Mạng lưới xóa bỏ sốt rét Châu Á - Thái Bình Dương (APMEN)**	
2012	**Liên minh Lãnh đạo về sốt rét Châu Á - Thái Bình Dương**	

Các Lĩnh vực của WHA

- Theo dõi Sức khỏe người Di cư
- Khung Luật pháp và Chính sách
- Hệ thống Y tế nhạy cảm với người Di cư
- Quan hệ đối tác, mạng lưới và khuôn khổ đa phương

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

Thời gian	Khuôn khổ vùng và đa quốc gia về vấn đề Sức khỏe Di cư
11/2011	Các ưu tiên Vùng, kết quả Đối thoại Cấp cao của các bên liên quan về Sức khỏe Người lao động và việc tiếp cận các dịch vụ HIV trong ASEAN, Bangkok, Thái Lan.
Thông qua 2004, thay mới 2011	Biên bản ghi nhớ cho Hành Động Chung để Giảm thiểu các tổn thương do HIV liên quan tới Dịch chuyển Dân cư trong GMS để giảm tổn thương do HIV và tăng cường việc tiếp cận, điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người di cư, dân cư di biến động và cộng đồng bị ảnh hưởng trong các nước Tiểu vùng sông Mê Kông
1/2012	Báo cáo chung của Cuộc họp Cấp cao liên chính phủ Châu Á - Thái Bình Dương. Đánh giá tiến độ so với cam kết chính trị trong Tuyên bố chống HIV/AIDS và mục tiêu phát triển Thiên niên kỉ, Bangkok, Thailand
2012	Khung Chiến lược và kế hoạch Hành động Phát triển Nguồn Nhân lực ở Tiểu vùng sông Mê Kông (2013-2017) (ADB)
2012	Khuôn khổ Vùng về Bệnh Lao và Di cư ở Khu vực Tây Thái Bình Dương (Bản thảo)
2012	Đồng thuận Kiểm soát và Xóa bỏ Sốt rét ở Châu Á - Thái Bình Dương (AUSAID)

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION

BÀI 2 - DI CƯ VÀ CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ TẠI VIỆT NAM

IOM International Organization for Migration
IOM Tổ chức Di cư Quốc tế

DI CƯ VÀ CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC SỨC KHOẺ NGƯỜI DI CƯ Ở VIỆT NAM

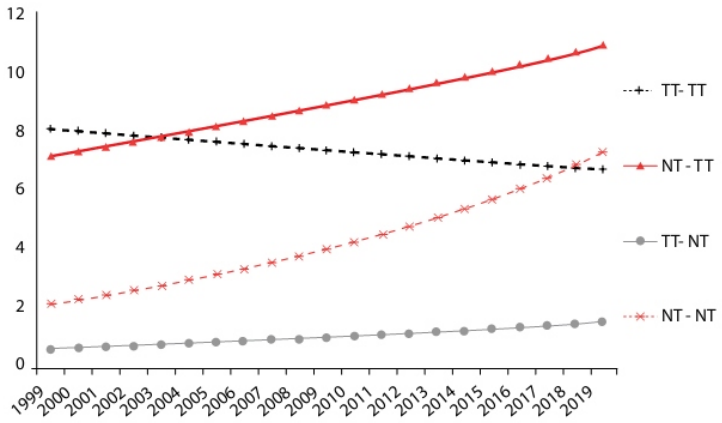
NỘI DUNG

- Thực trạng di cư ở Việt Nam
- Nguy cơ dễ tổn thương và tình trạng sức khỏe người di cư
- Chính sách CSSK cho người di cư

THỰC TRẠNG DI CƯ Ở VIỆT NAM

- **VỀ SỐ LƯỢNG**:
  - Chưa có số liệu chính xác về các dòng di cư và số lượng người di cư.
  - Định nghĩa người di cư trong Tổng Điều tra dân số & nhà ở: "*những người có nơi thường trú tại thời điểm 5 năm trước thời điểm điều tra khác với nơi thường trú hiện tại*" ⟶ Hiện tượng di biến động tạm thời, di cư theo mùa vụ, hồi cư <5 năm, người nước ngoài di chuyển vào VN sẽ bị bỏ sót (TCTK 2011)

Dự báo tỷ lệ người di cư so với quy mô dân số nơi đến vào năm 2019 theo khu vực nông thôn/thành thị



Nguồn: TCTK 2011. Di cư và đô thị hóa ở Việt Nam - Thực trạng, xu hướng và những khác biệt. Trang 27

Số lượng người di chuyển trong nước và quốc tế

	Loại hình di cư	Giai đoạn/nguồn	Số lượng thống kê được	Ước tính số chưa thống kê được
1	***Trong nước***	**2004 - 2009**	**6,6 triệu (8,8% DS 5t+)**	**12 - 16 triệu**
2	***Ra nước ngoài***			
	Lao động theo hợp đồng	2000 - 2010	736.270	Cá nhân tự thu xếp (3 - 5%).
	Kết hôn	2005 - 2010	133.289	Du lịch - kết hôn?
	Học tập	8 quốc gia, 2010	78.000	?
	Con nuôi	2005 - 2010	5.000	Các nước ngoài hiệp đinh
	TE, PN bị buôn bán/ bắt cóc	2004 - 2010	4.793	?
3	***Di chuyển qua biên giới Việt - Trung/Lào/Campuchia***		?	?

THỰC TRẠNG DI CƯ Ở VIỆT NAM (tt)

- **Đặc điểm của dòng di cư trong nước:**
  - *Theo hình thức:*
    - Di cư theo các chương trình của Chính phủ: đến các khu kinh tế mới, di dân tránh thiên tai, di cư để sử dụng quỹ đất cho các công trình thủy điện: hiện không còn phổ biến
    - Di cư tự do/cá nhân: phổ biến
  - *Theo vùng kinh tế - xã hội:*
    - Từ năm 2009 đã có sự thay đổi so với trước.
    - Các vùng nhập cư thuần từ 2010 đến nay (nhập cư > xuất cư):
      - Đông Nam Bộ (TP Hồ Chí Minh và Bình Dương),
      - Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội)
      - Tây Nguyên (2012)
  - *Theo tỉnh/TP* (2010 - 2012): 15 - 17/63 tỉnh/TP nhập cư thuần

THỰC TRẠNG DI CƯ Ở VIỆT NAM (tt)

- **Đặc điểm của di cư trong nước (tt)**
  - *Theo khu vực nông thôn - thành thị:*

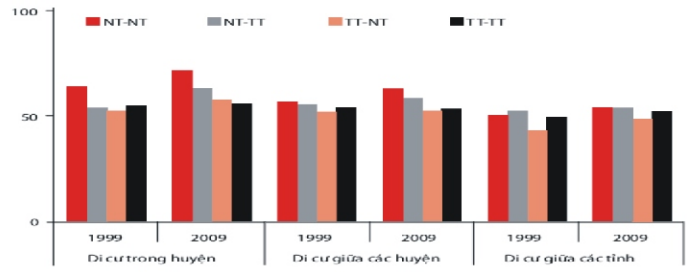
	Nông thôn			Thành thị		
	Nông thôn - Nông thôn	Thành thị - Nông thôn	Tổng	Thành thị - Thành thị	Nông thôn - Thành thị	Tổng
1995 - 1999	**47%**		47%	26%	27%	53%
2010	**42,1%**					
2011	**40,2%**	13,7%	53,9 %	24,8%	21,3%	46%
2012	**38,6%**	9,9%	44%	29,6%	21,9%	51,5%

THỰC TRẠNG DI CƯ Ở VIỆT NAM (tt)

- **Đặc điểm của dòng di cư trong nước (tt):**
  - *Phụ nữ di cư ngày càng nhiều:*

Tỷ lệ nữ di cư theo loại hình di cư và dòng di cư, 1999 - 2000

(*Nguồn: TCTK 2011. Di cư và đô thị hóa ở Việt Nam - Thực trạng, xu hướng và những khác biệt. Trang 27)*



THỰC TRẠNG DI CƯ Ở VIỆT NAM (tt)

- **Đặc điểm của dòng di cư trong nước (tt):**
  - *Tập trung đông tại các khu công nghiệp, khu kinh tế*: năm 2012 trong 1,46 triệu người di chuyển có > 80% lao động tại 179 KCN thuộc 59 tỉnh/thành phố, tập trung đông ở Đông Nam Bộ, Đồng bằng Sông Hồng (Vụ Quản lí các khu kinh tế, 2013).
  - *Di cư mùa vụ tăng*: 1,3% Hộ gia đình có người di cư mùa vụ (1993) tăng lên 6,15% (1998) và 11% (2006)

THỰC TRẠNG DI CƯ Ở VIỆT NAM (tt)

- **Đặc điểm của dòng di cư trong nước (tt):**
  - Xu hướng trẻ hóa trong nhóm di cư đặc biệt nhóm 15 - 29 tuổi ngày càng gia tăng (Tổng điều tra dân số 1999 và 2009).
  - Động cơ di cư đa số vì lý do kinh tế: 70% (2004)
- **Đặc điểm dòng di cư ra nước ngoài:**
  - Hiện tượng nữ di cư ngày càng nhiều
  - Độ tuổi của người di cư ngày càng trẻ

NGUY CƠ DỄ TỔN THƯƠNG ĐẾN SK

- Vị thế nhập cư/chính sách đăng ký hộ khẩu hiện nay chưa tạo điều kiện thuận lợi cho người dân trong tiếp cận thẻ BHYT trong đó có BHYT TE
- Thiếu tiếp cận thông tin về mạng lưới các cơ sở CSSK tại nơi đến, đặc biệt với di cư tạm thời và di cư có mức độ di biến động cao
- Thiếu hiểu biết về các loại bệnh tật ở nơi đến
- Xa rời mạng lưới xã hội/hỗ trợ xã hội
- Không tiếp cận được/tiếp cận không hiệu quả một số chương trình dự phòng/CSSK vốn được thiết kế chỉ dành cho người dân địa phương nơi đến

NGUY CƠ DỄ TỔN THƯƠNG ĐẾN SK (tt)

- Thiếu tiếp cận và tách rời khỏi các dịch vụ xã hội
- Thiếu kiến thức về bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Tỷ lệ nữ trong nhóm di cư đã kết hôn sử dụng biện pháp tránh thai thấp (thấp hơn người không di cư)
- Nam di cư trẻ tuổi đến thành thị, Nam di cư sống xa gia đình có QHTD không an toàn với bạn tình bất chợt/GMD, hoặc sử dụng chung bơm kim tiêm
- Thiếu tiếp cận các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV chuyên biệt

NGUY CƠ DỄ TỔN THƯƠNG ĐẾN SK (tt)

- Điều kiện sống kém, thiếu nước sạch và vệ sinh
- Thói quen hành vi có hại: thuốc lá, rượu bia
- Không có BHYT, khả năng chi trả hạn chế
- Rào cản văn hóa: ngôn ngữ, mặc cảm, kỳ thị…
- Trình độ thấp, không nhạy bén trong khả năng nhận thức và ứng xử với các tình huống xã hội có liên quan; biết mình bị xâm phạm quyền cũng không biết tự đứng lên để bảo vệ quyền lợi của mình một cách đúng đắn

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NHÓM DC

- Người di cư thường có sức khỏe tốt hơn người không di cư bởi đây là một lợi thế, một điều kiện cần có trong di cư. Di cư có tính chọn lọc về sức khỏe (2004).
- Sức khỏe sau di cư:
  - Người di cư tự đánh giá tốt hơn hoặc không thay đổi so với trước (88,6%).
  - Phụ nữ 44 - 59 và nhóm di cư đến vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn (Tây Nguyên) tự đánh giá sức khỏe xấu hơn (2004).
  - Bệnh về SKSS, bệnh Lao, sốt rét
  - Dễ tổn thương với HIV/AIDS
  - Các dịch bệnh nguy hiểm mới nổi

CHÍNH SÁCH CSSK NGƯỜI DI CƯ

- **Cơ sở pháp lý:**
  - Hiến pháp của nước CHXHCN Việt Nam quy định mọi công dân đều có quyền tự do di chuyển và cư trú, tiếp cận với các dịch vụ CSSK
  - VN đã ký và phê chuẩn một số tuyên ngôn, công ước quốc tế có liên quan tới di cư trong nước trong đó có quyền được CSSK thể chất và tinh thần tốt nhất theo chuẩn có thể đạt được (Liên Hiệp Quốc 2010).
  - Luật Cư trú
  - Luật KCB: quyền được KCB không bị phân biệt địa vị xã hội
  - Luật BHYT: Điều 26, đăng ký KCB BHYT

Khoản 1. "Trường hợp người tham gia BHYT phải làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật và nơi người đó đang làm việc lưu động, tạm trú theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

CHÍNH SÁCH CSSK NGƯỜI DI CƯ (tt)

- **Cơ sở pháp lý (tt):**
  - **Luật BHYT**: Điều 26, đăng ký KCB BHYT (tt)
    Khoản 2: "Người tham gia bảo hiểm y tế được thay đổi cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu vào đầu mỗi quý"
  - **Luật Phòng chống HIV/AIDS** và các văn bản có liên quan đã xác định nhóm dân cư di biến động là một trong 7 nhóm đối tương ưu tiên của chương trình phòng chống HIV/AIDS
  - Luật Lao động: chế độ BHXH, BHYT tế cho người lao động
  - Luật BHXH: BHXH ốm đau, thai sản
  - Luật Ngân sách nhà nước
  - Thông tư 19/2011/TT-BYT (hiệu lực từ 1/9/2011) về HD quản lý vệ sinh LĐ, SK người LĐ và bệnh nghề nghiệp.

CHÍNH SÁCH CSSK NGƯỜI DI CƯ (tt)

- **Cơ sở pháp lý (tt):**
  - **Luật số 72 - QH11** "Người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng: điều 17,1e,1i: *Hợp đồng cung ứng lao động phải phù hợp với pháp luật Việt Nam, pháp luật của nước tiếp nhận người lao động và có những nội dung chính sau đây: an toàn và bảo hộ lao động, chế độ khám bệnh, chữa bệnh*
  - **Luật Phòng chống mua bán người**
  - **Luật Nuôi con**
  - **Thông tư 10/2004/TTLT-BYT-BLĐTBXH-BTC** hướng dẫn thực hiện khám và chứng nhận sức khoẻ cho người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài.

=> *Thiếu sự linh hoạt về chính sách nhằm đảm bảo quyền và lợi ích hợp pháp về CSSK của công dân Việt Nam trong suốt quá trình di cư.*

CHÍNH SÁCH CSSK NGƯỜI DI CƯ (tt)

- **Một số hạn chế, bất cập:**
  - *Với di cư trong nước:*
    - Phân bố nguồn lực KCB và dự phòng theo quy mô dân số ổn định của địa phương => Không có nguồn lực triển khai các hoạt động CSSK cho người di cư tạm thời, không đăng ký tạm trú.
    - Tuân thủ các quy định của pháp luật tại những cơ sở sử dụng lao động chưa nghiêm ngặt:
      + 66% doanh nghiệp triển khai BHYT cho người lao động (2008).
      + Lao động ở những doanh nghiệp công việc mang tính thời vụ thường không được đóng BHYT (2008)
      + Chưa có giải pháp thực sự hữu hiệu để giải quyết vấn đề nhà ở, điều kiện sống, làm việc của người lao động trong khu công nghiệp (2013)
      + Đến cuối năm 2011, khoảng 15% doanh nghiệp có cán bộ y tế; 22-25% người lao động được KSK định kỳ và chưa đến 10% người lao động tiếp xúc với các yếu tố gây ô nhiễm nguy cơ cao được khám bệnh nghề nghiệp

CHÍNH SÁCH CSSK NGƯỜI DI CƯ (tt)

- **Một số hạn chế, bất cập (tt):**
  - *Với di cư trong nước (tt):*
    - Người di cư không dễ dàng tiếp cận được dịch vụ an sinh và CSSK công lập nên phải sử dụng dịch vụ tư, đắt đỏ.
    - Người di cư đến cơ sở y tế KCB thấp hơn người không di cư (2004), chỉ sử dụng dịch vụ khi bệnh nặng,
    - Di cư tạo gánh nặng quá tải đối với hệ thống chăm sóc sức khoẻ tại nơi nhập cư đặc biệt là tại các thành phố lớn.
  - *Với di cư quốc tế:*
    - Số liệu hiện có không phản ánh được tình hình tiếp cận DV CSSK và y tế ở nước đến, nơi công dân Việt Nam lao động, sinh sống và cư trú (Cục Lãnh sự - Bộ Ngoại giao).
    - Chưa có cơ chế giám sát việc tuân thủ các nguyên tắc về CSSK theo hợp đồng của người sử dụng lao động.

BÀI 3 - NGHỊ QUYẾT VỀ "SỨC KHỎE NGƯỜI DI CƯ" MỘT SỐ GHI NHẬN TẠI VIỆT NAM

Tổ chức Di cư Quốc tế (IOM) tại Việt Nam

Nghị quyết về "Sức khỏe người di cư"
Một số ghi nhận về Việt Nam

Mục tiêu Bài trình bày

Mục tiêu: Đưa ra khung thảo luận về Nghị quyết "Sức khỏe người di cư" và xác định một số vấn đề cần thảo luận

Nội dung trình bày

1. Bối cảnh về vấn đề sức khỏe người di cư
2. Nghị quyết về "Sức khỏe người di cư"
3. Bốn lĩnh vực về sức khỏe người di cư
4. Di cư ở Việt Nam
5. Di cư ở Việt Nam và các yếu tố xã hội về sức khỏe
6. Các lĩnh vực sức khỏe người di cư ở Việt Nam
7. Những gợi ý thảo luận

1 Bối cảnh về vấn đề sức khỏe người di cư

Các nhân tố đặc biệt ảnh hưởng đến sức khỏe người di cư bao gồm

- **Các nhân tố ảnh hưởng mang tính cấu trúc** (các nhân tố về điều kiện chung về kinh tế - xã hội, văn hóa và môi trường)
- **Các nhân tố ảnh hưởng trung gian (hoặc thực thể)** (điều kiện sống và làm việc, ảnh hưởng của xã hội và cộng đồng)
- **Các nhân tố ảnh hưởng cá nhân** (về mặt sinh học, di truyền, lối sống và hành vi)

1 Bối cảnh về vấn đề sức khỏe người di cư

Vấn đề di cư và sức khỏe xuyên suốt trong tất cả các quá trình của di cư:

- **Trước khi di cư:** Bị ảnh hưởng bởi môi trường chính sách và chính trị, các yếu tố môi trường, chế độ ăn uống và thực phẩm, văn hóa và lối sống truyền thống
- **Di chyển và trung chuyển:** Việc di chuyển có thể rất rủi ro nếu đi theo con đường bất hợp pháp và không chính thức
- **Nơi đến và hòa nhập**: Sự thay đổi mạnh mẽ, mất các quan hệ xã hội vốn có, thiếu hiểu biết về văn hóa và tập quán, phân biệt đối xử và kỳ thị có thể dẫn tới những tổn thương lớn

2 Nghị quyết về "Sức khỏe người di cư"

Các nhân tố xã hội ảnh hưởng tới người di cư trong các quá trình di cư và di chuyển đã dẫn tới "Nghị quyết về sức khỏe" được chấp nhận bởi Hội đồng Y tế Thế giới (WHA) năm 2008

3 Các nguyên tắc của Nghị quyết

9 nguyên tắc

- Chính sách y tế nhạy cảm với người di cư
- Công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế
- Hệ thống thông tin y tế có tính đến người di cư
- Tăng cường sức khỏe cho tất cả các nhóm dân cư
- Tập hợp được các thông tin và các kinh nghiệm thực tiễn tốt
- Tăng sự nhạy cảm giới và văn hóa
- Đào tạo các chuyên gia về di biến động dân cư
- Thúc đẩy hợp tác song phương và đa phương
- Góp phần giảm thiếu hụt toàn cầu về đội ngũ cán bộ y tế

Bối cảnh về vấn đề sức khỏe người di cư

- Theo dõi sức khỏe người di cư
- Khung luật pháp và chính sách ảnh hưởng tới sức khỏe người di cư
- Các hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư
- Các mạng lưới, hợp tác, các khung đa quốc gia về sức khỏe người di cư

Được dựa trên Tư vấn toàn cầu về sức khỏe người di cư - Madrid năm 2010, tổng hợp dựa từ 9 nguyên tắc

6 Di cư ở Việt Nam & các nhân tố xã hội quyết định tới sức khỏe

Di cư trong nước:

- 6.6 triệu người đã thay đổi hộ khẩu từ 2004 tới 2009
- Ước tính 30% số dân thành thị là người di cư trong nước
- Lý do chính của việc di cư trong nước là do vấn đề kinh tế
- Di cư "tự phát" ngày càng tăng

Các nhân tố xã hội:

- Các công việc bẩn thỉu, nguy hiểm và bị coi thường (3D) ở các ngành không chính thức
- Hạn chế tiếp cận các dịch vụ y tế (bảo hiểm, địa điểm, thời gian)
- Điều kiện sống nghèo nàn (đông đúc, nhà cửa tạm bợ, thiếu nước sạch và vệ sinh)
- Mạng lưới xã hội yếu kém và áp lực gia đình lớn để có thu nhập cao hơn

7 Di cư ở Việt Nam & các nhân tố xã hội quyết định tới sức khỏe

Di cư lao động và quốc tế:

- Tăng số người di cư đến nhiều nước hơn
- Ước tính khoảng 500.000 người Việt Nam sống và làm việc ở nước ngoài
- Phần lớn các công việc phổ thông hoặc tay nghề thấp tại các công trường xây dựng và nhà máy
- Ngày càng tăng số lượng di cư theo con đường không chính thức (bất hợp pháp) và hợp pháp nhưng không có tổ chức

Nhập cư:

- Sự phát triển của nền kinh tế mang tới nhiều các cơ hội tại Việt Nam, tuy nhiên số lượng nhập cư còn nhỏ và chưa có thống kê rõ ràng

Các nhân tố xã hội:

- Người lao động di cư tiếp cận hạn chế tới các dịch vụ y tế
- Ngoại ngữ kém
- Công việc nặng nhọc trong khi có rất ít ngày nghỉ
- Thiếu các lựa chọn đàm phán để có điều kiện làm việc tốt hơn
- Người di cư bất hợp pháp thường dễ bị tổn thương hơn nhiều lần do thiếu sự hỗ trợ về mặt pháp lý, bị bóc lột và né tránh các dịch vụ y tế và xã hội vì lo sợ bị tố giác

8 4 lĩnh vực sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Kiểm tra sức khỏe người di cư

Người di cư trong nước

- Chưa được tính đến và phân tích trong công tác điều tra và theo dõi sức khỏe
- Không được tính đến trong các cuộc điều tra tại nước đến hay điều tra dân số

Người di cư quốc tế

- Kết quả kiểm tra y tế trước khi đi không được lưu lại trong hồ sơ người di cư
- Không có điều tra sức khỏe sau trở về hoặc số liệu không được thu thập

8 4 lĩnh vực sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Khung luật pháp và chính sách

Người di cư trong nước:

- Hai luật ảnh hưởng nhiều tới người di cư trong nước: Luật cư trú và Luật bảo hiểm y tế
- Người di cư phải trở về nơi cư trú để được hưởng bảo hiểm y tế
- Nếu không có bảo hiểm, người di cư thường phải sử dụng các dịch vụ y tế tư nhân

8 4 lĩnh vực sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Khung luật pháp và chính sách

Người di cư trong nước:

Một số chính sách đã tính đến người di cư:

- Hướng dẫn về chăm sóc sức khỏe và HIV trong lực lượng lao đồng ngành giao thông vận tải (Bộ GTVT, Bộ Y tế)
- Luật HIV chỉ rõ việc bao gồm người di cư trong công tác y tế dự phòng
- Thỏa thuận của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) về việc an toàn và sức khỏe nơi làm việc và phòng chống, điều trị và chăm sóc HIV cho người lao động và gia đình
- Chiến lược Sức khỏe sinh sản và dân số đề cập người di cư là một nhóm cư dân cụ thể

8 4 lĩnh vực sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Khung luật pháp và chính sách

Người di cư quốc tế:

Chính sách về lao động và di cư qua biên giới có đề cập đến sức khỏe người di cư:

- Thông tư chung về kiểm tra y tế cho người lao động ngoài nước (Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ Ngoại giao và Bộ Y tế)
- Luật về đưa người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng
- "Cơ chế hợp tác về phòng chống và kiểm soát HIV/AIDS qua biên giới"
- Các tuyên bố ASEAN về quyền con người và quyền của người di cư

8 Trụ cột sức khỏe người di cư ở VN: Hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư

Người di cư trong nước:

- Tiếp cận đầy đủ các bảo hiểm y tế tại nơi thường trú (nếu mua bảo hiểm, nhưng thông thường trong khu vực không chính thức người lao động không được mua bảo hiểm, hoặc họ không quay về nhà để hưởng bảo hiểm
- Mô hình – Dịch vụ điều trị lao cho người di cư tại TP. Hồ Chí Minh
- Có những hạn chế tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nơi đến

8 Lĩnh vực Sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Quan hệ đối tác, mạng lưới và khuôn khổ đa phương

- Bộ Y tế có mạng lưới đối tác với nhiều tổ chức trong nước và quốc tế
- Chính phủ Việt Nam đã trở thành một đối tác quan trọng trong sáng kiến Một Liên Hợp Quốc
- Việt Nam là thành viên tích cực trong nhiều mạng lưới khu vực và quốc tế và các tiến trình tham vấn giải quyết các vấn đề về di cư và sức khỏe

8 Lĩnh vực Sức khỏe người di cư ở Việt Nam - Hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư

Người di cư quốc tế:

- Hợp đồng được chính phủ phê duyệt có bao gồm các điều khoản bắt buộc về bảo hiểm y tế
- Người lao động di cư được chăm sóc sức khỏe tại nơi làm việc ở nước đến nhưng thực tế việc tiếp cận này thay đổi tùy vào quốc gia và công ty
- Người lao động di cư trở về Việt Nam không được cung cấp các dịch vụ y tế đặc biệt liên quan tới thời gian họ ở nước ngoài

8 Gợi ý thảo luận - Theo dõi sức khỏe người di cư

- Số liệu về người di cư và các nhóm di biến động nên được đưa vào hệ thống thu thập dữ liệu địa phương và quốc gia
- Dữ liệu chính xác, cập nhật về di cư trong nước và quốc tế được dùng làm căn cứ để xây dựng các luật và chính sách tác động tới người di cư.
- Nên áp dụng kinh nghiệm tế về xây dựng Khung theo dõi, đánh giá chương trình phòng chống HIV/AIDS Quốc gia để đưa dữ liệu về người di cư và các nhóm di biến động vào công tác thống kê thu thập dữ liệu.

9 Gợi ý thảo luận - Khung luật pháp và chính sách

- Cần xây dựng các khung và các chỉ số giám sát để xác định hiệu quả của luật và chính sách.
- Tham khảo các kinh nghiệm tốt, hiệu quả của Việt Nam, khu vực và thế giới để xây dựng các quy chuẩn và mô hình.
- Một cơ quan của BYT nên được giao trách nhiệm cụ thể về sức khỏe người di cư và di biến động.
- Đề xuất chính phủ chỉ định một bộ chịu trách nhiệm chung và điều phối các hoạt động liên quan đến di cư

9 Gợi ý thảo luận - Hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư

- Cần nhấn mạnh rằng người di cư cần tiếp cận với các dịch vụ y tế dù có đăng ký thường trú hay không
- Các chương trình và dịch vụ y tế cung cấp không phụ thuộc vào tình trạng cư trú
- Khi cải tạo hoặc thay thế các bệnh viện và trung tâm y tế cũ, nên có các cơ sở thân thiện với người di cư
- Nên đưa yếu tố di cư và di biến động vào chương trình giáo dục, đào tạo, bồi dưỡng cán bộ y tế.

9 Gợi ý thảo luận - Khung luật pháp và chính sách

- Thành lập một nhóm công tác liên ngành của chính phủ về di cư
- Nên mở rộng chính sách bảo trợ, an sinh xã hội và các chính sách y tế để người di cư trong nước và quốc tế cũng được hưởng lợi.
- Phối hợp liên ngành để đưa các vấn đề về sức khỏe người di cư vào luật pháp và chính sách quốc gia về di cư lao động một cách hiệu quả.
- Xây dựng các chính sách nhắm tới một số nhóm di cư để đáp ứng các nhu cầu cụ thể của họ.

9 Gợi ý thảo luận - Hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư

- Cung cấp các dịch vụ y tế trong thời gian và địa điểm phù hợp với người di cư.
- Nên đưa người di cư làm việc trong ngành y tế, đặc biệt với những vấn đề liên quan đến di cư.
- Nên có những nỗ lực để giải quyết vấn đề sức khỏe tâm thần, các bệnh lây qua đường tình dục, lao, HIV và các trục trặc khác về sức khỏe của người di cư.
- Xây dựng quan hệ hợp tác với các dịch vụ tư nhân nhằm mở rộng mạng lưới, đồng thời chia sẻ kinh nghiệm về hỗ trợ người di cư.

9 Gợi ý thảo luận -
Hệ thống y tế nhạy cảm với người di cư

- Dữ liệu về lao động ngoài nước trở về cần được thu thập có hệ thống để nắm được hồ sơ y tế và xác định các nhu cầu y tế.
- Chương trình bảo hiểm y tế trong nước nên tạo cơ hội cho lao động ngoài nước tham gia.
- Bảo hiểm y tế cho người lao động thời gian ở nước ngoài cần chi trả đầy đủ để người lao động không phải trả thêm chi phí nào

9 Gợi ý thảo luận -
Mạng lưới, đối tác, khuôn khổ đa phương

- Sử dụng các tiến trình và đối thoại cấp địa phương, khu vực và quốc tế để hỗ trợ các nỗ lực của chính phủ trong điều phối và tạo sự hài hòa giữa các chính sách và luật liên quan tới sức khỏe người di cư.
- Tăng cường hợp tác liên bộ nhằm đưa các vấn đề sức khỏe người di cư vào các tiến trình tham vấn về di cư, kinh tế và phát triển cấp khu vực và toàn cầu.
- Lồng ghép các nhu cầu sức khỏe người di cư vào các cơ chế phân bổ kinh phí hiện thời cấp khu vực và toàn cầu.

9 Gợi ý thảo luận -
Mạng lưới, đối tác, khuôn khổ đa phương

- Cần xây dựng và tăng cường đối thoại và hợp tác về sức khỏe người di cư giữa các ngành, khu vực, thành phố chính ở Việt Nam, giữa các nước và khu vực là nơi xuất phát, trung chuyển và đích đến.
- Quan hệ đối tác với các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức dân sự xã hội cần được xây dựng và củng cố
- Tận dụng các mạng lưới và các tiến trình tham vấn khu vực nhằm tăng cường sức mạnh để thúc đẩy nhanh các vấn đề và tăng cường việc bảo vệ người di cư.

BÀI 4 - BỆNH LAO VÀ NHÓM DI CƯ Ở VÙNG TÂY THÁI BÌNH DƯƠNG

Kiểm soát bệnh Lao trong quần thể dân di cư: Các nguyên tắc hướng dẫn và hành động được đề xuất

Tiến sĩ Cornelia M. HENNIG
Cán bộ y tế phòng chống Lao và loại bỏ Phong
Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam

Tổ chức Y tế Thế giới, Văn phòng đại diện tại Việt Nam

Nội dung

- Lý do cho việc kiểm soát bệnh Lao trong quần thể dân di cư
- Các nguyên tắc hướng dẫn

Tổ chức Y tế Thế giới, Văn phòng đại diện tại Việt Nam

Tại sao lại là bệnh lao?

- Lao là bệnh do vi khuẩn truyền nhiễm, trong đó phổ biến nhất là ảnh hưởng đến phổi.
- Một phần ba dân số thế giới bị nhiễm Lao.
- Chỉ có 5% các căn bệnh nhiễm trùng phát triển thành căn bệnh có thể lây truyền cho người khác.

Tại sao lại là bệnh lao?

- Tính di động cao của người di cư
  - Nguy cơ lây nhiễm và các điều trị mặc định
- Thiếu sự tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ
- Xu hướng cho việc tự điều trị không đầy đủ trong khu vực tư nhân
- Lưu ý: Bệnh Lao chủ yếu lây nhiễm trong các cộng đồng dân di cư.

Tại sao lại là bệnh lao?

- Quần thể dân số dễ bị tổn thương
- Các chính sách kiểm soát bệnh Lao phù hợp
  - Bệnh Lao đa kháng thuốc (MDR-TB)
- Bệnh Lao đa kháng thuốc là một vấn đề do con người gây ra.

Các định nghĩa về người di cư

Những người di cư trong nước	• Những cá nhân di chuyển bên trong biên giới của một quốc gia, thường được đo lường bằng khu vực, quận/ huyện hay ranh giới thành phố, dẫn đến sự thay đổi nơi thường trú
Những người di cư lao động	• Những cá nhân (hoặc sinh viên) tham gia một hoạt động được trả lương trong tình trạng người đó không phải là kiều bào, bao gồm cả những người được thừa nhận về mặt pháp lý như một người nhập cư tìm việc làm
Những người di cư bất thường	• Những cá nhân khi đến một quốc gia, thường là để tìm kiếm việc làm, mà không có văn bản hay giấy phép cần thiết, hoặc những người ở quá hạn lưu trú cho phép.
Những người di cư qua biên giới	• Những cá nhân di chuyển một cách không chính thức qua biên giới sang các nước láng giềng, thường là trong khoảng vài ngày hoặc vài tuần
Những người tị nạn	• Những cá nhân, do một nỗi sợ hãi có cơ sở bị bức hại, đang ở bên ngoài quốc gia của họ và không thể hoặc không muốn quay trở lại và đã được công nhận một cách chính thức tình trạng tị nạn của họ

Sự chồng chéo và sự chuyển động giữa các nhóm dân di cư

Khung về **Lao** và di cư

Nâng cao hiểu biết về tình hình bệnh Lao trong các nhóm dân di cư khác nhau

Thúc đẩy sự bao gồm của các biến di cư

Theo dõi sức khoẻ người di cư

Chính sách và các khung pháp lý

Các CS, hướng dẫn và hướng dẫn sử dụng về Lao nên xét đến nhu cầu cụ thể của các nhóm dân di cư

Kết nối với việc nhập cư, lao động và các cơ quan liên quan khác để thiết lập sự gắn kết kính sách

Các rào cản vật lý, tài chính, hành chính và văn hoá trong việc tiếp cận các dịch vụ chuẩn đoán và điều trị Lao cho người di cư cần phải được loại bỏ

Hệ thống y tế nhạy cảm dân di cư

Quan hệ đối tác, mạng lưới và các khuôn khổ đa quốc gia

Các đối thoại về sức khoẻ dân di cư và sự hợp tác ở các cấp địa phương, khu vực và quốc tế.

Các cơ chế phối hợp và giới thiệu qua biên giới.

Các nguyên tắc hướng dẫn và các hoạt động chủ chốt

1. Theo dõi sức khoẻ dân di cư

Các nguyên tắc hướng dẫn

- Các hệ thống giám sát Lao bao gồm các nhóm dân di cư
- Các khảo sát được thiết kế để giảm thiểu sự đánh giá thấp về Lao trong quần thể dân di cư
- Dữ liệu dịch tễ về Lao cần được phân tích để theo dõi gánh nặng về Lao đối với dân di cư và cách tiếp cận chăm sóc

Các hoạt động chủ chốt

- Thúc đẩy việc bao gồm các biến di cư (ví dụ như nguồn gốc, thời gian cư trú vào điều tra dân số, điều tra tỷ lệ Lao và các dữ liệu thông báo về các trường hợp Lao hiện có)
- Sử dụng các phương pháp tiếp cận sáng tạo để thu thập dữ liệu về Lao đối với dân di cư tốt hơn nhiều so với các phương pháp truyền thống

2. Chính sách và các khung pháp lý

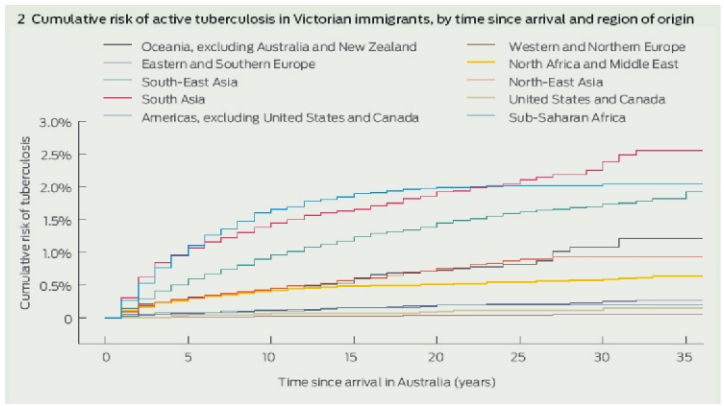
Các nguyên tắc hướng dẫn

- Các chính sách kiểm soát Lao quốc gia cần thúc đẩy sự tiếp cận phổ cập và công bằng để các dịch vụ chuẩn đoán và điều trị lao cho tất cả các bệnh nhân Lao.
- Các chính sách, hướng dẫn về Lao nên xem xét các nhu cầu cụ thể của các nhóm dân di cư.
- Bệnh Lao không nên ảnh hưởng đến tư cách pháp lý hoặc hợp đồng của các bệnh nhân.

Các hoạt động chủ chốt

- Các nỗ lực tuyên truyền và giáo dục công khai để xây dựng sự ủng hộ của Chính phủ và các bên liên quan cho sự tiếp cận miễn phí của người di cư đến các dịch vụ chăm sóc Lao.
- Thúc đẩy sự sẵn có của các nguồn lực thích hợp cho sự phát triển và thực hiện các chính sách về Lao cho người di cư
- Thiết lập các liên kết giữa các chương trình mục tiêu quốc gia và các cơ qua di trú/lao động để thúc đẩy sự gắn kết trong chính sách quản lý Lao và sự tiếp cận với dịch vụ chăm sóc đối với các nhóm dân di cư

Úc: Thu thập các biến liên quan đến việc di cư



Nhật Bản: Sự tiếp cận phổ biến và miễn phí đến các dịch vụ chăm sóc Lao cho dân di cư

- Tokyo:
  - Người phiên dịch, dịch vụ điện thoại và các y tá chăm sóc sức khoẻ công cộng
- Shiga:
  - Các tài liệu giáo dục y tế, các giao thức về Lao ở nơi làm việc

- 1998
- Kiểm tra y tế
- Thuốc và trang thiết bị
- Điều trị và phẫu thuật
- Điều dưỡng
- Nhập viện

3. Các hệ thống y tế nhạy cảm dành cho dân di cư

Các nguyên tắc hướng dẫn

- Loại bỏ các rào cản vật lý, tài chính, hành chính và văn hoá trong việc tiếp cận các dịch vụ chuẩn đoán và điều trị Lao.
- Sàng lọc Lao, không phụ thuộc vị trí sàng lọc, không nên phân biệt đối xử đối với các bệnh nhân mắc Lao.
- Các chương trình tầm soát Lao nên cung cấp các lựa chọn điều trị phù hợp.

Các hoạt động chủ chốt

- Các đầu mối
- Nâng cao nhận thức của các bên liên quan về quyền lợi của người di cư để được chăm sóc Lao miễn phí.
- Các tiêu chuẩn chăm sóc Lao có thể giải quyết các rào cản ngôn ngữ và văn hoá & các thách thức về pháp luật, quản trị và tài chính

4. Quan hệ đối tác, các mạng lưới và các khuôn khổ đa quốc gia

Các nguyên tắc hướng dẫn

- Đối thoại y tế về di cư và hợp tác hỗ trợ.
- Thành lập các cơ chế phối hợp xuyên biên giới.
- Các cơ chế chuyển tiếp qua biên giới nên được thành lập ở cấp khu vực (phụ) để hỗ trợ việc trao đổi thông tin thông suốt và liên tục về chăm sóc bệnh Lao.

Các hoạt động chủ chốt

- Khuyến khích các cuộc đối thoại di cư ở địa phương, khu vực và quốc tế/sự hài hoà của các chính sách y tế.
- Thiết lập các liên kết giữa các cơ quan liên quan và các nhà cung cấp dịch vụ y tế ở nước xuất xứ, nước trung chuyển và nước sở tại để cải thiện sự phối hợp xuyên biên giới

Trung Quốc: Với sự hỗ trợ của Quỹ Toàn Cầu

- Sàng lọc Lao ở nơi làm việc trong các cuộc kiểm tra thể chất định kỳ cho nhân viên;
- Các khoản trợ cấp lương thực và giao thông vận tải (120 nhân dân tệ/tháng);

Số TH nhiễm Lao được thông báo:

- **32,300 trường hợp trong năm 2010**
- **29,600 trường hợp trong năm 2011**

- Các hội thảo giáo dục sức khoẻ ở nơi làm việc;
- Chỉ định các cán bộ y tế tập trung vào các nhóm nguy cơ cao như người di cư
- Có khuyến khích tài chính cho các đơn vị y tế cung cấp dịch vụ chuẩn đoán và điều trị cho các trường hợp Lao là người di cư.
- Ở một số thành phố, thậm chí có nhiều chính sách sâu rộng đã được đưa ra, ví dụ như
  - Cung cấp miễn phí các dịch vụ y tế ngoài chăm sóc Lao,
  - Sự bao phủ của bảo hiểm y tế địa phương, hỗ trợ tâm lý và sự chăm sóc bổ sung từ những người sử dụng lao động.
- Thiết lập các liên kết để đảm bảo việc điều trị kịp thời và sự chăm sóc liên tục cho người di cư đã được sàng lọc nhiễm Lao.

Úc/Papua-New Guinea: Sự phối hợp xuyên quốc gia và dịch vụ chuyển tiếp ở eo biển Torres

- Nhóm điều phối lâm sàng (CCG)
- Các cán bộ truyền thông xuyên biên giới
- Úc: Chuyển tiếp bệnh nhân Lao (và những người khác)
- PNG: Xây dựng hệ thống chăm sóc y tế ở tỉnh miền Tây

Các cân nhắc đặc biệt cho các nhóm dân di cư cụ thể

Các hoạt động chủ chốt đề xuất cho nhóm người di cư trong nước

- Ủng hộ việc loại bỏ các rào cản thể chế ngăn chặn người di cư trong việc tiếp cận các dịch vụ cơ bản của Chính phủ bao gồm việc chăm sóc sức khoẻ.
- Thiết lập cơ chế theo dõi và chuyển tiếp liên khu vực để bảo đảm tính liên tục của việc chăm sóc cho các bệnh nhân Lao là người di cư trong nước.

Ứng dụng cho các nhóm dân di cư cụ thể

- **Những người di cư trong nước**
  - Đánh giá gánh nặng bệnh Lao
  - Sự chăm sóc liên tục
  - Sức khoẻ người lao động và sự đảm bảo việc làm
- **Những người di cư lao động**
  - Sự phối hợp và gắn kết chính sách với các cơ quan di trú/lao động
  - Các khía cạnh pháp lý và bảo hộ lao động
- **Những người di cư qua biên giới**
  - Chuyển tiếp và thực hiện theo các thoả thuận
- **Những người di cư bất hợp pháp**
  - Sự phối hợp và gắn kết chính sách với cơ quan di trú/lao động
  - Vận động và các đối thoại chính sách để can ngăn các chính sách phản tác dụng (ví dụ như là những người di cư bất thường bị bắt buộc phải báo cáo về các cơ quan di trú)
- **Những người tị nạn và các nhóm di dời khác**
  - Phối hợp với các cơ quan liên quan, các tổ chức quốc tế và các tổ chức phi chính phủ

Việt Nam: Cải cách hệ thống đăng ký hộ gia đình

- **Những người di cư trong nước**
- **Các vấn đề:**
  - Các chính sách đăng ký cư trú hạn chế sự tiếp cận các dịch vụ y tế tại nơi cư trú chính thức gây ra các vấn đề với tính liên tục của việc chăm sóc
- **Cải cách:**
  - Luật cư trú mới của Việt Nam năm 2007 bỏ bớt các yêu cầu cho việc đăng ký thường trú.

Những người di cư lao động

- Nâng cao nhận thức của những nhà hoạch định chính sách và các bên liên quan chính về quyền sức khoẻ của những người di cư lao động được bảo vệ bởi các công ước quốc tế.
- Xem xét các cơ hội để cung cấp các dịch vụ chăm sóc Lao qua nơi làm việc của người di cư.
- Xem xét các lựa chọn chính sách cho việc hồi hương của những người di cư lao động được chuẩn đoán mắc bệnh Lao sau khi đến.
- Tiến hành các biện pháp can thiệp giáo dục sức khoẻ bằng những nguồn lực chăm sóc sức khoẻ có sẵn của nước sở tại trong giai đoạn trước khi khởi hành.

Phi-lip-pin: Tài liệu nhận thức về sức khoẻ trước khi khởi hành và đào tạo cho những người di cư lao động

- **Những người di cư lao động**
- **Các vấn đề:**
  - Những người di cư lao động thường không biết về các nguồn lực chăm sóc sức khoẻ có sẵn tại nước sở tại.
- **Sáng kiến:**
  - Những buổi đào tạo sử dụng âm thanh và hình ảnh và các tài liệu y tế dành cho những người di cư lao động được phát triển (với IOM)

Hà Lan/Na Uy: Địa vị pháp lý tạm thời của những người di cư bất thường bị nhiễm Lao

- **Những người di cư bất hợp pháp**
- **Các vấn đề:**
  - Nỗi lo sợ bị bắt và bị trục xuất ngăn cản nhiều người di cư bất hợp pháp trong việc tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc Lao cần thiết.
- **Cải cách:**
  - Những người di cư bất hợp pháp bị nhiễm Lao được cấp tư cách pháp lý tạm thời trong thời gian điều trị để đảm bảo tuân thủ điều trị

Những người di cư qua biên giới

- Xem xét sự phát triển của các thoả thuận giữa các quốc gia, nếu có thể, để cung cấp dịch vụ chăm sóc Lao cho những người di cư qua biên giới
- Đưa ra các sáng kiến trong việc tìm kiếm các trường hợp bị nhiễm bệnh tại các địa điểm biên giới chiến lược quan trọng.
- Tiến hành các biện pháp can thiệp nâng cao sức khoẻ trong thời gian sau khi những người di cư qua biên giới bị bắt tại nước sở tại và được xử lý trục xuất.

Campuchia: Tìm kiếm các trường hợp bị nhiễm Lao tại quận Poi Pet

- **Những người di cư qua biên giới**
- **Các vấn đề:**
  - Trong năm 2010, gần 100,000 người Campuchia di cư qua biên giới bị trục xuất khỏi Thái Lan và Ma-lay-xi-a.
- **Sáng kiến:**
  - Sàng lọc Lao hàng ngày cho những người Campuchia di cư bị trục xuất khỏi Thái Lan và Ma-lay-xi-a tại huyện giáp biên giới Poi Pet (dự án của NTP, IOM, WHO)

Tổ chức Y tế Thế giới, Văn phòng đại diện tại Việt Nam

PHỤ LỤC 3: CÁC BÀI TRÌNH BÀY TRONG BUỔI CHIỀU HỘI THẢO

BÀI 5 - QUẢN LÝ VÀ ĐÁP ỨNG CỦA ĐỊA PHƯƠNG ĐỐI VỚI DI CƯ TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC: TRƯỜNG HỢP ĐIỂN HÌNH CỦA THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH.

QUẢN LÝ VÀ ĐÁP ỨNG CỦA ĐỊA PHƯƠNG ĐỐI VỚI DI CƯ TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

BS.CKII Vũ Đình Sơn, trưởng phòng Y tế
SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI
TP HỒ CHÍ MINH

I. Đặc điểm tình hình nhập cư của thành phố

- Giai đoạn từ 1976 – 1996: 900.000 – 1.100.000 người, bình quân tăng mỗi năm do di dân là 70.000 – 100.000 người/năm
- 01/2002, tổng số dân nhập cư vào thành phố (bao gồm cả tạm trú ngắn và dài hạn) là 1.165.468 người
- 6/2004, số dân nhập cư có đăng ký tạm trú, tạm vắng (KT3 và KT4) ở thành phố lên tới 1,4 triệu người
- Cuối năm 2012, tổng dân số TP là: 7.824.347 người (Thường trú: 5.603.190 người; Tạm trú: 2.202.297 người và người nước ngoài có thẻ cư trú là 16.860 người)

I. Đặc điểm tình hình nhập cư của TP (tt)

- Người nhập cư vào TP (2.202.297 người) chiếm tỷ lệ 28,1% dân số TP, Trong đó
  - 85,35% ở các quận nội thành
  - 14,65% ở các Huyện ngoại thành.
    - Quận Bình Tân 291.155 người,
    - Quận Thủ Đức 212.101 người,
    - Quận Tân Phú 202.422 người, Quận Tân Bình 174.126 người …
- Số người nhập cư ở độ tuổi lao động là: 1.792.011 người (chiếm 89,95%).
- Tỷ lệ Nữ nhiều hơn Nam (51,63/48,37 %).
- Lao động nhập cư làm việc trong những ngành nghề không đòi hỏi phải có chuyên môn, kỹ thuật cao: Da giày, may mặc, xây dựng, chế biến thực phẩm và thương mại dịch vụ…
- Gần 30 % lao động nhập cư sống bằng nghề lao động tự do như buôn bán nhỏ, bán hàng rong, chạy xe ôm …

II. Các vấn đề về chăm sóc sức khỏe

- **Các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khoẻ**: Việc làm ổn định, đủ sống; chỗ ở ổn định đảm bảo tiện nghi, điều kiện vệ sinh tối thiểu; có mạng lưới xã hội gắn bó (có KT3 hoặc Kt4).

  CSYT đối với người nhập cư:

  - 84,8 % người nhập cư nhận định là có sức khoẻ bình thường
  - 85,5 % hộ gia đình nhập cư có mức sống trên mức chuẩn nghèo do vậy họ tự chọn phương án CSSK cho bản thân như: Tự mua thuốc về chữa bệnh, KCB tại các phòng khám tư nhân và đa phần khám bệnh tại các cơ sở y tế công lập theo thẻ BHYT (33,5%), và còn 41,5 % chưa từng sử dụng thẻ BHYT.
  - Sự gia tăng nhanh chóng dân số, về thu nhập kéo theo dịch vụ cơ sở y tế tăng mạnh, các DVYT của TP ngày càng phát triển và đáp ứng kịp thời mọi nhu cầu của người dân.

III. Việc thực hiện luật pháp, chính sách và các chương trình liên quan đến người nhập cư và các chính sách, quy định riêng của thành phố

- Họ đều phải nỗ lực trong công việc của mình và họ luôn ý thức chấp hành tốt các chủ trương chính sách của Đảng, Nhà nước đặc biệt là các chủ trương chính sách của TP nơi họ di cư đến.
- Họ tham gia đầy đủ các nghĩa vụ đối với địa phương họ định cư.
- Hiến pháp và Bộ luật lao động đã cho phép "*Mọi người có quyền tự do cư trú, tự do làm việc ở bất kỳ nơi nào…*" đã tạo điều kiện thuận lợi cho những người di chuyển nhập cư vào TP.

III. Việc thực hiện luật pháp, chính sách và các chương trình liên quan đến người nhập cư và các chính sách, quy định riêng của TP (tt)

- Hiện tượng di dân tự do vào thành thị một cách tự phát là vấn đề tất yếu trong bối cảnh đất nước đang phát triển và có sự phát triển không đồng đều giữa các vùng sẽ còn tiếp diễn trong tương lai.
- Mặt tích cực là tăng thêm nguồn lao động, góp phần phát triển kinh tế xã hội TP.
- Mặt tiêu cực của di dân là với số lượng di dân ngày càng đông đã và đang gây áp lực lớn đối với cơ sở hạ tầng kỹ thuật và xã hội TP trong đó có vấn đề Lao động – Việc làm, Y tế, Giáo dục, quản lý nhân hộ khẩu, Nhà ở cư trú…

IV. Các chính sách của TP liên quan đến người nhập cư

- Chính sách Lao động - Việc làm: ưu tiên sử dụng lao động tại chỗ.
- Chính sách nhà ở, cư trú; TP đang triển khai 4 chương trình nhà ở như sau;
  - Chương trình chỉnh trang đô thị, nâng cấp đô thị,
  - Chương trình nhà ở cho người có thu nhập thấp, nhà ở cho công nhân khu công nghiệp tập trung, nhà bán trả góp và cho thuê với mọi đối tượng, nhà tình thương, tình nghĩa,
  - Chương trình nhà ở nông thôn ngoại thành,
  - Chương trình phát triển các khu dân cư và kinh doanh nhà phục vụ cho các đối tượng có nhu cầu…

=> Các chương trình nhà ở của TP nêu trên phục vụ cho tất cả các đối tượng kể cả người nhập cư…

V. Các vấn đề bất cập, tồn tại

- Trên 60% dân nhập cư sinh sống đã cư trú lâu dài, có nghề nghiệp, công việc làm ổn định nhưng vẫn tính vào diện tạm trú có thời hạn. Bản thân họ rất mong muốn "An cư lạc nghiệp" song rất ít trong số họ được nhập hộ khẩu vào TP.
- Di dân đến TP cho dù có tổ chức hay tự phát đã và sẽ gắn liền với quá trình phát triển của TP, tăng thêm nguồn lao động góp phần phát triển KTXH của TP
- Tồn tại:
  - Đã và đang gây áp lực lớn đối với cơ sở hạ tầng kỹ thuật và xã hội TP.
  - Người nhập cư có quyền mua nhà TP nhưng giữa nhà đất và vấn đề hộ khẩu có mối liên hệ mật thiết với nhau, và liên quan đến các giấy tờ như chủ quyền, giấy sử dụng đất… điều này gây ra những khó khăn trong các hoạt động giao dịch dân sự khác.

IV. Các chính sách của TP liên quan đến người nhập cư (tt)

- ***Chính sách Y tế***: Với nhiệm vụ đáp ứng công tác KCB cho người dân khi có yêu cầu, cho đến nay ngành y tế thành phố chưa có chủ trương phân biệt đối tượng đến với các CSYT, mọi người dân đều được chăm sóc và chữa trị như nhau.
- ***Chính sách giáo dục***: Các học sinh dù có hộ khẩu hay không có hộ khẩu ở TP vẫn được vào học ở các trường trên toàn địa bàn TP.
- ***Ngoài ra còn có***: CT nhà ở cho công nhân, không tăng giá nhà trọ, thu tiền điện theo giá nhà nước, Ngân hàng chính sách hỗ trợ SV vay tiền đóng học phí không tính lãi suất, hỗ trợ công nhân nghèo ở lại ăn tết, hỗ trợ tiền vé tàu, xe cho công nhân về quê ăn tết…

V. Các vấn đề bất cập, tồn tại (tt)

- Người nhập cư khó có thể tiếp cận các nguồn vốn vay từ ngân hàng để mua nhà ở vì ngân hàng luôn đòi hỏi phải có hộ khẩu thường trú…chương trình bán nhà trả góp hầu hết thuộc diện có hộ khẩu TP.
- Trong số trên 2 triệu người nhập cư vào TP có không ít những thành phần không phải di cư vào TP vì cuộc sống, công ăn việc làm mà vì những lý do khác (trốn lệnh truy nã, trốn nợ, tụ tập gây rối, buôn bán hàng cấm …) làm cho tình hình trị an của TP thêm phức tạp và khó quản lý…
- Về vấn đề chăm sóc y tế: Những người nhập cư đa phần là những người trong độ tuổi lao động và độ tuổi sinh hoạt tình dục nên họ rất dễ bị lây nhiễm các bệnh STD đặc biệt là bị nhiễm HIV/AIDS và họ khó tiếp cận các DVYT về chăm sóc người nhiễm HIV

VI. Đề xuất, kiến nghị với chính quyền địa phương, các bộ ngành liên quan

- ***Về mặt quản lý hành chính nhà nước:***
  - Người di dân tự do đến hoặc đi khỏi TP đều được cơ quan NN có trách nhiệm thống nhất quản lý hành chính NN trên cơ sở đăng ký kê khai và cấp "sổ di trú".
  - Sổ di chú được xem là một điều kiện bắt buộc và cần thiết để thực thi quyền và nghĩa vụ công dân trên địa bàn.
  - UBND TP ban hành quy định quản lý dân nhập cư với những biện pháp chế tài kèm theo, làm cơ sở pháp lý để quản lý hành chính về kê khai đăng ký và cấp sổ di trú, quản lý dịch chuyển lao động, quản lý cư trú về nhà ở, nhà trọ, nhà cho thuê, quản lý tuyển dụng, hướng nghiệp và đào tạo nghề, bố trí và sử dụng lao động, quản lý nhân hộ khẩu.
- ***Về mặt chăm sóc y tế***: ngoài các chính sách, quy định hiện hành, ngành Y tế TP mở rộng dịch vụ BHYT tự nguyện cho người nhập cư theo địa bàn cư trú.

VI. Đề xuất, kiến nghị với chính quyền địa phương, các bộ ngành liên quan (tt)

- Tuy nhiên, vấn đề di dân ồ ạt vào TP hiện nay cùng với nhiều bất cập đã gây ra sức ép không nhỏ đối với cơ sở hạ tầng kinh tế xã hội của TP, mà trong đó quan trọng nhất là chất lượng đời sống cùa người dân nhập cư vẫn chưa được đảm bảo.
- Do đó những chính sách trực tiếp lẫn gián tiếp đưa ra cần phải nhanh chóng được sửa chữa, đổi mới kịp thời và đưa vào thực hiện với sự quan tâm đúng mức của ban lãnh đạo TP đối với vấn đề di dân mang tính cấp thiết này

VI. Đề xuất, kiến nghị với chính quyền địa phương, các bộ ngành liên quan (tt)

- ***Về vấn đề giáo dục – đào tạo:*** TP có chính sách tăng cường hơn nữa kinh phí cho ngành giáo dục đào tạo. mở rộng việc xã hội hóa giáo dục đào tạo bằng các chủ trương chính sách ưu đãi, cho phép tuyển dụng giáo viên là người ngoài TP tham gia giảng dạy tại các cấp học.
- ***Về lao động và việc làm:*** TP ban hành quy định "*xóa bỏ rào cản hộ khẩu thường trú*" trong việc xét tuyển và hợp đồng lao động để thị trường lao động của TP hoạt động theo cơ chế thị trường.
- Nhìn chung di dân là một hoạt động hợp quy luật đang và sẽ có ý nghĩa rất lớn, ảnh hưởng đến quá trình phát triển kinh tế- xã hội của đất nước nói chung cũng như TP HCM.

BÀI 6 - NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV QUA BIÊN GIỚI VIỆT - LÀO: THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

ADB GMS CDC Project

VIỆN CHIẾN LƯỢC VÀ CHÍNH SÁCH Y TẾ – HEALTH STRATEGY AND POLICY INSTITUTE

BÁO CÁO KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU HỢP TÁC

NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV TẠI BIÊN GIỚI VIỆT – LÀO THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

NỘI DUNG

I. Bối cảnh của vấn đề NC
II. Mục tiêu NC
III. Đối tượng, địa bàn và phương pháp NC
IV. Kết quả và bàn luận
V. Kết luận và khuyến nghị

BỐI CẢNH CỦA VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

- Đại dịch HIV/AIDS đang ngày càng lan rộng, gây ¶nh hưởng nghiêm trọng đối với SKCĐ và sự phát triển KT, œn định an ninh và trật tự xã hội tại nhiều quốc gia.
- Đông Nam á là nơi có hình thái dịch khác hẳn nhau, có mức độ lây nhiễm HIV cấp quốc gia cao nhất (WHO 2009)
- Di biến động qua biên giới tạo ra những tiền đề và điều kiện làm tăng nguy cơ nhiễm HIV đối với người di chuyển, và cả với người dân bản địa (Chantavanich, S 2000, UNRTF 2007)
- Các nhóm đối tượng di cư và di biến động ít được quan tâm trong giảm thiểu tính dễ tổn thương với HIV *(Đặng Nguyên Anh và cộng sự 2008)*.

BỐI CẢNH CỦA VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

- Thiếu trầm trọng thông tin về xu hướng và tình hình HIV/AIDS ở nhóm di biến động ở KV biên giới, kể cả ở Thái Lan (UNRTF, 2007).
- Thiếu sự chia sẻ thông tin cũng như kết quả nghiên cứu giữa các cơ quan chức năng của các nước.
- Chưa có các tài liệu phân tích và nhận diện một cách tổng thể về nguy cơ lây nhiễm HIV qua biên giới Việt – Lào; BC đánh giá *"Di biến động và tổn thương với HIV ở Việt Nam: Hệ lụy cho chương trình phòng, chống HIV/AIDS trong nhóm dân di cư và di biến động"* cho thấy số lượng các NC về nguy cơ nhiễm HIV ở KV biên giới Việt - Lào là ít so với ở các KV biên giới với Trung Quốc và Cam Pu Chia.
- Hiện chưa có các công bố KQ NC về tính dễ tổn thương và nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm di biến động KV biên giới các tỉnh Điện Biên, Kon tum và Hà Tĩnh (thuộc Việt Nam) cũng như ở các tỉnh giáp ranh tương ứng: Phongsaly, Bolykhamsay và Attapư (thuộc Lào).

BỐI CẢNH CỦA VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

- Dịch ở Việt Nam vẫn đang gia tăng nhanh; đã và đang ngày càng có sự biến đổi rõ nét về dịch tễ giữa các vùng miền, các nhóm dân cư và sự xuất hiện của các tỉnh trọng điểm mới là tỉnh vùng biên
- Do giáp giới với các quốc gia trọng điểm dịch HIV của khu vực (Thái Lan, Campuchia và Myanma, Việt Nam...), Lào đang phải đối mặt với nguy cơ tăng nhanh tỷ lệ lây nhiễm HIV ở người di biến động nội địa và quốc tế. Làn sóng đầu tiên của dịch HIV/AIDS ở Lào có thể là từ người di biến động thường xuyên qua biên giới tìm việc làm, nhiễm HIV và sau đó lây truyền HIV cho gia đình (CHAS 2009)

BỐI CẢNH CỦA VẤN ĐỀ NGHIÊN CỨU

- Các quốc gia trong KV đã đạt được cam kết nhằm giảm tính dễ tổn thương với HIV cho người di biến động qua biên giới. Tuy nhiên, để các cam kết này trở thành hiện thực, cần có sự phối hợp thống nhất, đồng bộ và các kế hoạch tài chính để triển khai ở cấp quốc gia; tăng cường các chính sách về di biến động và chống kỳ thị với HIV, huy động sự tham gia liên ngành có hiệu quả của các Bộ/ngành (UNRTF, 2007).
- Quyết định số 38/QĐ-TTg ngày 08/01/2008 của Thủ tướng Chính phủ Việt Nam về *"Quy định việc phối hợp trong phòng, chống lây nhiễm HIV/AIDS qua đường biên giới"*
- Nghiên cứu phù hợp với định hướng tài trợ của Văn phòng điều phối Khu vực Dự án PC bệnh lây nhiễm tiểu vùng sông Mê Kông (ADB GMS CDC): Kết quả, kiến nghị, đề xuất của NC có thể vận dụng/triển khai trong thực tiễn (Operational study)

MỤC TIÊN

Mục tiêu chung:

Cung cấp bằng chứng về nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS qua biên giới và đề xuất một số giải pháp nhằm thiết lập và tăng cường mối quan hệ hợp tác giữa các địa phương ở hai bên đường biên trong triển khai các giải pháp can thiệp giảm thiểu nguy cơ.

Mục tiêu cụ thể

- Đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS qua biên giới ở các nhóm nguy cơ cao
- Đề xuất giải pháp can thiệp nhằm thay đổi kiến thức, thái độ, hành vi và tăng cường khả năng tiếp cận với các dịch vụ dự phòng và điều trị của các nhóm nguy cơ cao nhằm giảm thiểu sự lây nhiễm HIV qua biên giới.
- Nâng cao năng lực của các đơn vị tham gia nghiên cứu và thiết lập mối quan hệ hợp tác dài hạn trong nghiên cứu và triển khai các can thiệp giữa các bên liên quan.

Đối tượng nghiên cứu

- *Nhóm lãnh đạo quản lý tại các KV ở hai bên đường biên*:
  - ***Tuyến tỉnh:*** Lãnh đạo CQ PC HIV/AIDS của các tỉnh biên giới.
  - ***Khu vực cửa khẩu:*** Lãnh đạo các cơ quan chức năng như CA, Bộ đội biên phòng, Kiểm dịch, Hải quan, CQ địa phương, cơ quan Phòng chống AIDS tuyến huyện, Trạm y tế xã
- *Nhóm* có hành vi *nguy cơ cao tại khu vực hai bên đường biên* như: GMD, khách mua dâm, người TCMT, lái xe đường dài, lao động tự do…
- *Các nhóm có liên quan khác* tại khu vực hai bên đường biên: chủ nhà trọ/quán giải trí, người hành nghề y tế tư nhân, người lao động di cư tự do….

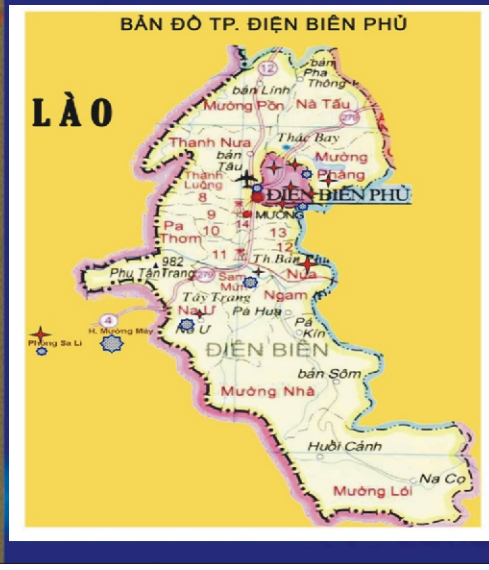
Địa bàn nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế NC: NC cắt ngang, áp dụng phương pháp định tính.
- Các chỉ số hành vi để lượng giá NC lây nhiễm HIV qua biên giới của các nhóm bao gồm:
  - Tần suất QHTD/ngày/tuần/tháng
  - Tần suất QHTD không an toàn bình quân/ngày/tuần/tháng
  - Mạng lưới khách hàng/bạn tình.
  - Địa điểm và quỹ đạo hoạt động
  - Tần suất TCMT không an toàn và quỹ đạo hoạt động.
  - Sự cộng hưởng nguy cơ đối với mỗi nhóm.
  - Mối quan hệ tương hỗ giữa các nhóm.

Phương pháp thu thập thông tin

- *Thu thập và phân tích thông tin thứ cấp*
- *Quan sát*
- *Phỏng vấn sâu: 409 cuộc*
  - *Tuyến trung ương*: lãnh đạo Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam; lãnh đạo Cục Y tế Dự phòng và Môi trường, Bộ Y tế Lào.
  - *Tại các địa bàn NC: 90* cuộc với nhóm quản lý; 237 cuộc với nhóm nguy cơ cao *và* 80 cuộc với các nhóm có liên quan khác
- *Phương pháp chọn mẫu:* vết dầu loang/quả tuyết lăn (snowball)



Bản đồ điểm nóng tại Điện Biên và Mường Mày

Mại dâm

Ma Túy

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tự nhiên kinh tế xã hội, tình hình dịch HIV và các điểm nóng tại địa bàn NC
2. Nguy cơ lây nhiễm HIV qua biên giới từ các nhóm di biến động
   - 2.1. Đặc điểm nhân khẩu xã hội
   - 2.2. Hành vi nguy cơ, nhận thức và khả năng tiếp cận với dịch vụ dự phòng điều trị HIV/AIDS
   - 2.3. Quỹ đạo hoạt động
   - 2.4. Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục
   - 2.5. Mối quan hệ tương hỗ giữa các nhóm
3. Thực trạng kiểm soát lây truyền HIV qua biên giới tại các địa bàn NC

Bản đồ điểm nóng Hương Sơn và Lạc Sao

Mại dâm

Ma Túy

Bản đồ điểm nóng Ngọc Hồi và Attapư

Mại dâm

Ma Túy

Mức độ về nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới trong các nhóm di biến động tại cửa khẩu Cầu Treo

Nhóm di biến động	Lưu lượng	Nơi cư trú trước khi di chuyển	Nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới
Công nhân xây dựng, làm đường	**	Các tỉnh miền Trung - Việt Nam	***
Lao động tự do, buôn bán	****	Các tỉnh Bắc Trung bộ	***
Mại dâm và hành nghề dịch vụ giải trí	****	Khu vực 2 bên đường biên	*****
Người sử dụng ma túy	***	Khu vực 2 bên đường biên	****
Cán bộ, lực lượng vũ trang	**	KV biên giới phía Việt Nam, Lào	***
Lái xe đường dài	***	KV 2 bên đường biên	*****

Mức độ về nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới trong các nhóm di biến động tại cửa khẩu Tây Trang

Nhóm di biến động	Lưu lượng	Nơi cư trú trước khi di chuyển	Nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới
Người dân địa phương	***	Các xã 2 bên đường biên	***
Công nhân xây dựng	*	Các huyện trong tỉnh	*
Lao động tự do	*	Các xã 2 bên đường biên	*
Mại dâm và hành nghề dịch vụ giải trí	***	KV biên giới phía Việt Nam	*****
Người sử dụng ma túy	**	KV 2 bên đường biên	****
Thương nhân	**	KV biên giới phía Việt Nam	***
Công nhân làm đường	**	KV biên giới phía Việt Nam	***
Cán bộ, lực lượng vũ trang	**	KV biên giới phía Việt Nam, Lào	***
Lái xe đường dài	**	KV 2 bên đường biên	****

Mức độ về nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới trong các nhóm di biến động tại cửa khẩu Bờ Y

Nhóm di biến động	Lưu lượng	Nơi cư trú trước khi di chuyển	Nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới
Người dân địa phương	*	Các xã 2 bên đường biên	*
Công nhân xây dựng, làm đường, thủy điện	*****	Các tỉnh miền Trung, Tây Nguyên	***
Công nhân trồng và khai thác rừng	***	Các tỉnh miền Trung, Tây Nguyên	***
Lao động tự do	***	Các tỉnh miền Trung, Tây Nguyên	****
Mại dâm và hành nghề dịch vụ giải trí	****	KV 2 bên đường biên	*****
Người sử dụng ma túy	**	KV biên giới phía Việt Nam	***
Thương nhân	**	KV biên giới phía Việt Nam	***
Cán bộ, lực lượng vũ trang	**	KV biên giới phía Việt Nam, Lào	***
Lái xe đường dài	****	KV 2 bên đường biên	*****

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Gái bán dâm

***) Hành vi quan hệ tình dục**

- ✓ *Tuổi quan hệ tình dục lần đầu*: Việt Nam: dao động từ 16 đến 25 tuổi, trong đó phổ biến dưới 18 tuổi. Lào: 13 đến 25 tuổi
- ✓ *Đối tượng quan hệ lần đầu*: Đa số QHTD lần đầu với người yêu, số ít với chồng hoặc với khách (bán trinh)
- ✓ *Đối tượng QHTD hiện nay* rất đa dạng: người Việt, Lào, Cam Phu Chia, Thái Lan, Trung Quốc và khách du lịch của một số nước khác. Mỗi GMD có từ 1 - 2 hoặc 3 bạn tình thường xuyên (người yêu, khách quen, chủ quán...).

*) *"... Thỉnh thoảng ở đây cũng có khách Tây, khách Lào và Trung Quốc thì nhiều hơn. Hôm nào gặp được khách Tây bọn em rất mừng vì họ vừa bo nhiều tiền vừa nhẹ nhàng lịch sự. Khách lào cũng hiền lành từ tốn. Khách Trung Quốc thì hay mặc cả lắm..."*

(GMD 23 tuổi, nhân viên mát xa tại KS của TP Điện Biên)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Gái bán dâm:

- *Hành vi an toàn tình dục:*
  - ✓ *Với khách mua dâm*: Tỷ lệ sử dụng BCS cao nhất (97% với GMD người Lào và 80% GMD người Việt). Phần đông chưa biết sử dụng BCS đúng cách

*) *"... Em không bao giờ kiểm tra bao vì người ta đã dán nhãn mác chắc là đảm bảo. Em chờ khi nào bộ phận sinh dục của khách cương cứng lên rồi đi bao vào. Em cũng đã vài lần bị võ bao có thể do khách trêu xé ra hoặc do họ lấy ra khỏi người mình muộn, cái đấy của họ ỉu xìu rồi thì bao tuột vào trong người mình thôi. Bọn bạn em nhiều đứa cũng phải đến phòng mạch nhờ gắp bao ra. Bọn nó bảo bị rách bao là do mình khô quá hoặc do khách làm quá mạnh..."*

(Gái mại dâm 25 tuổi tại TP Điện Biên)

- ✓ *Với khách là cán bộ*, GMD không dùng BCS.
- ✓ *Với người yêu, bạn tình, khách quen*: QHTD thường không dùng BCS.

*) *"... Em đã từng chứng kiến thằng bạn em bị lậu cái ấy của nó xưng to và thỉnh thoảng lại chảy mủ, mùi tanh không chịu nổi thế mà nó vẫn cứ bắt em phải chiều nó. Sau lần ấy em sợ cho đến tận bây giờ. Không thể nào quên được cái mùi khủng khiếp đó..."*

(Gái mại dâm 28 tuổi tại TP Điện Biên)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Gái bán dâm:

- *Thời gian hành nghề*: Phần đông từ 1 - 5 năm.
- *Địa điểm bán dâm*: khá đa dạng.
  - Lào, 70% QHTD trong nhà trọ, 20% tại các quán giải trí trá hình, 10% còn lại là ở nơi công cộng.
  - Việt Nam, là khách sạn, nhà hàng, nhà trọ, quán mát xa, karaoke, quán cà phê hoặc sườn đồi, quảng trường, vườn hoa...
- *Hình thức QHTD khi bán dâm*: Chủ yếu là qua đường âm đạo. QH bằng tay (giá rẻ bằng #), bằng đường miệng không nhiều.

)" ....Khách mát xa nếu có nhu cầu bọn em sẽ làm bằng tay ngay tại chỗ và khách phải trả thêm 150.000 đồng hoặc 200.000 đồng. Nếu muốn "thổi" (quan hệ bằng miệng thì bọn bạn em cũng có một số đứa đồng ý nhưng phải trả 300.000 đồng. Riêng em không bao giờ làm vì em thấy ghê lắm..."

(GMD là nhân viên mát xa tại khu vực Nước Sốt, Hương Sơn, Hà Tĩnh)

- *Tần suất bán dâm*: phụ thuộc vào "đẳng cấp" của gái và địa điểm hành nghề.
  - GMD người Lào: 2 - 4 khách/tuần.
  - GMD Việt Nam: 2 - 3 lần/ngày, nhiều là 7 - 8 lần/ngày.

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Gái bán dâm:

- *Biểu hiện bệnh STD và hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK:*
  - ✓ Nhóm GMD người Lào: tỉ lệ nhiễm STDs tương đối cao. Tỷ lệ có xuất huyết trắng là 24%.
  - ✓ Nhóm GMD người Việt: tỷ lệ ngứa phải đặt thuốc 80%. Đã từng mắc và điều trị STDs cao.
  - ✓ Khi bị STDs tự đi mua thuốc điều trị hoặc khám ở CSYT tư nhân.

*) *"... Mỗi lần bị ốm hay bị ngứa em thường ra hiệu thuốc mua thuốc về điều trị. Nếu không khỏi em ra phòng khám tư, đến bệnh viện nhiều thủ tục rườm rà phải chờ đợi lâu hơn nữa bọn em cũng mặc cảm với nghề nghiệp của mình nên không muốn xuất hiện ở những nơi đông người trừ khi bị thật nặng thì đến thẳng bệnh viện tỉnh để điều trị..."*

(GMD 28 tuổi tại khu vực Nước Sốt, Hương Sơn, Hà Tĩnh)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Gái bán dâm:

- *Nhận thức và KN tiếp cận với DV dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS*
  - ✓ ít được tiếp cận với các thông tin về dự phòng lây nhiễm HIV.
  - ✓ Nhận thức về phòng ngừa lây nhiễm HIV của GMD tại khu vực biên giới Việt – Lào hiện vẫn còn nhiều bất cập.

**) " ... *HIV có thể lây qua tinh trùng vì vậy không để tinh trùng chui vào mình thì làm sao lây bệnh được. Mỗi lần đi khách không dùng bao hoặc không may bao bị rách em thường gập bụng để ép đẩy tinh trùng ra ngoài. Làm như vậy là yên tâm rồi..."*

(Gái bán dâm 20 tuổi tại thị trấn PleiKan)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Nhóm TCMT:

***) Hành vi sử dụng ma túy**

- ✓ *Thời điểm bắt đầu sử dụng*: Phần đông sau năm 1990.
- ✓ *Tuổi bắt đầu sử dụng ma túy:* dao động từ 16 – 39, số đông đã bắt đầu sử dụng ở độ tuổi từ 18 – 25.
- ✓ *Nguyên nhân sử dụng ma tuý*: Chủ yếu là do bị mời mọc rủ rê hoặc do bị tổn thương về tinh thần và tình cảm.
- ✓ *Hình thức sử dụng:* Chủ yếu là hút ma túy tổng hợp sau đó chuyển sang chích. Thời gian trung bình chuyển từ hút sang chích khoảng từ 1 năm đến 1,5 năm.
- ✓ *Địa điểm tiêm chích:* luôn thay đổi và khó xác định. Đặc biệt một số còn di chuyển sang bên kia biên giới để hút, chích.
- ✓ *Mức độ sử dụng:* thấp nhất là từ 1 2 lần/ngày, mỗi lần 50.000 đồng, trung bình từ 3 – 5 lần/ngày và cao nhất 10 lần/ngày.
- ✓ *Hành vi sử dụng bơm kim sạch:* Tất cả đều đã từng dùng chung hoặc dùng lại bơm kim tiêm bẩn mà không làm sách theo quy định.

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Gái bán dâm:

***) Hành vi sử dụng ma túy**

- ✓ *Tỉ lệ sử dụng ma tuý trong nhóm GMD:* không nhiều và có xu hướng chững. Một số GMD và khách hàng của họ đã sử dụng ma túy trước khi QHTD (uống Amphetamine hoặc hít/chích Heroin).
- ✓ *Hình thức sử dụng ma tuý*: Lúc đầu thường là uống ma túy tổng hợp (với MD Lào) và hít hêrôin (với MD Việt) sau chuyển sang chích. Sự cộng hưởng nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm này là rất cao

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Nhóm TCMT:

***) Hành vi quan hệ tình dục**

- ✓ *Tỷ lệ đã có QHTD:* Hầu hết đã có quan hệ tình dục.
- ✓ *Tuổi QHTD lần đầu:* Tuổi quan hệ tình dục lần đầu của những người sử dụng ma tuý thường thấp (trên dưới 20 tuổi).
- ✓ *Đối tượng QHTD lần đầu:* Bạn tình đầu tiên của những người SDMT chủ yếu là bạn học, người yêu hoặc gái mại dâm.
- ✓ *Hành vi tình dục an toàn* thường rất thấp. Khi quan hệ với vợ, tất cả đều không dùng BCS, khi quan hệ với GMD họ cũng rất ít sử dụng.
- ✓ *Nhận thức và khả năng tiếp cận với dịch vụ dự phòng và điều trị HIV:* nhiều hơn so với GMD do có nhiều các dự án can thiệp. Khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc điều trị HIV/AIDS còn nhiều hạn chế

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Nhóm lái xe đường dài:

***) Hành vi quan hệ tình dục**

- *Tuổi quan hệ tình dục lần đầu:* trên dưới 20 tuổi.

  *) *"... Em năm nay 28, có vợ rồi. Trước khi lấy vợ em đã QHTD với gái mại dâm khi em 20 tuổi. Bây giờ thỉnh thoảng em vẫn đi với gái cả ở Lào và ở Việt Nam. Đi sang Lào nhưng em vẫn tìm gái Việt để chơi chứ không chơi gái Lào vì không biết tiếng ngại lắm. ..."*

  (Lái xe chở hoa quả tại cửa khẩu Cầu Treo)

- *Đối tượng quan hệ tình dục hiện nay:*
  - ✓ Vợ: Số đông có gia đình vẫn thường xuyên có QHTD với vợ.
  - ✓ Gái mại dâm: số đông đều có quan hệ thường xuyên với GMD.
  - ✓ Người yêu hoặc bạn tình: Ngoài người yêu hoặc vợ, có người còn có thêm vài bạn tình khác.

  *) *"...Tôi hiện nay thì không QHTD với gái mại dâm vì có bạn tình bên Lào. Hàng tuần, trong những dịp chờ nhập gỗ ở bên đó chúng tôi thường xuyên gặp nhau, bình quân QHTD 2 lần/tuần...."*

  (Lái xe chở gỗ tại của khẩu Bờ Y, Kon Tum)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Nhóm lái xe đường dài:

- Biểu hiện STD và khả năng tiếp cận với dịch vụ dự phòng, điều trị HIV/AIDS: Số người có biểu hiện các bệnh STD không nhiều. Khi bị bệnh họ dễ dàng tiếp cận với dịch vụ điều trị.

  *) *"...Tôi đã có một lần bị trục trặc ống bô (STD) do mình đi gái khi say xỉn không dùng bao cao su. Lần đó phải về tận Quy Nhơn để điều trị cả tháng trời vừa tốn kém, vừa cách rách và lo lắng vì sợ lây cho vợ..."*

  (Lái xe chở gỗ tại cửa khẩu Bờ Y, Kon Tum)

- Khả năng tiếp cận với các kênh thông tin về phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS rất hạn chế.

  *) *"... Bọn tôi suốt ngày ngồi trên xe, không ti vi, không đài vì sóng rất chập chờn... ở đội xe nơi tập kết cũng không có ti vi nốt. Tại các tụ điểm giải trí, giải khát thì có nhưng có phải khi nào mình cũng đến đó đâu..."*

  (Lái xe chở gỗ tại cửa khẩu Bờ Y)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Nhóm lái xe đường dài:

- *Tần suất mua dâm:* 1 lần, cao nhất là 3 4 lần/tuần

  *) *"... Vào thời điểm hàng hóa thuận lợi, đi lại qua cửa khẩu liên tiếp, kiếm được nhiều tiền em có thể đi chơi gái 3 - 4 lần trong tuần, nay chơi ở Việt Nam, mai lại sang Lào thậm chí cả Thái Lan...."*.

  (Lái xe chở hàng tại của khẩu Cầu Treo, Hà Tĩnh)

- *Số GMD mà 1 lái xe đường dài đã từng QHTD:* nhiều nhất khoảng 100 người, TB vài ba chục người và ít nhất chục người.
- *Hành vi an toàn tình dục:*
  - ✓ Với vợ: đều không dùng BCS.
  - ✓ Với người yêu, bạn tình: không dùng BCS.
  - ✓ Với gái mại dâm: Hầu hết đều dùng BCS khi QHTD.

  *) *"... Lần nào đi với gái mình chẳng dùng bao. Nghề của bọn nó như vậy không lo giữ gìn cho mình có mà chết à. Mỗi lần sử dụng mình phó mặc cho gái nó muốn đeo vào thế nào thì đeo. Theo mình chẳng cần phải kiểm tra chất lượng của bao vì Bộ đã sản xuất là yên tâm lắm rồi...."*

  (Lái xe chở gỗ tại của khẩu Bờ Y, Kon Tum)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

Nhóm lái xe đường dài:

***) Hành vi sử dụng ma túy**

- Số người sử dụng ma túy không nhiều. Hình thức phổ biến trong nhóm này hít heroin, một vài người đã chích.

  *) *"... Em chở hàng từ Lào về Việt Nam đến nay đã được 5 năm, hai năm trước bọn bạn rủ hít Heroin cho tỉnh táo để đi đêm thế là em dùng thử giờ thì mắc nghiện rồi, ngày em phải chích 2 lần vào những lúc dừng xe..."*

  (Lái xe chở hàng tại cửa khẩu Cầu Treo, Hà Tĩnh)

Hành vi nguy cơ cao và khả năng tiếp cận với dịch dự phòng và điều trị HIV/AIDS

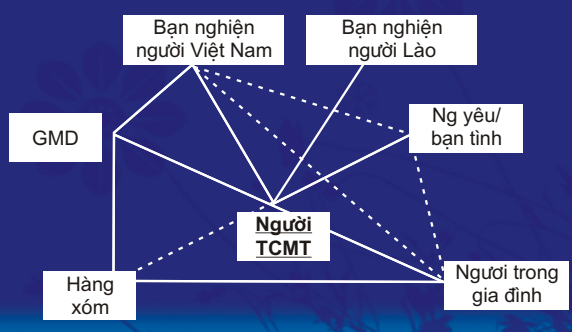
Các nhóm di biến động khác

- *Hành vi QHTD* đặc biệt là với GMD tương tự như nhóm lái xe đường dài song tần suất ít.
- *Hành vi TCMT trong nhóm* công nhân xây dựng và công nhân làm đường có tỷ lệ cao hơn so với nhóm lái xe qua biên giới.

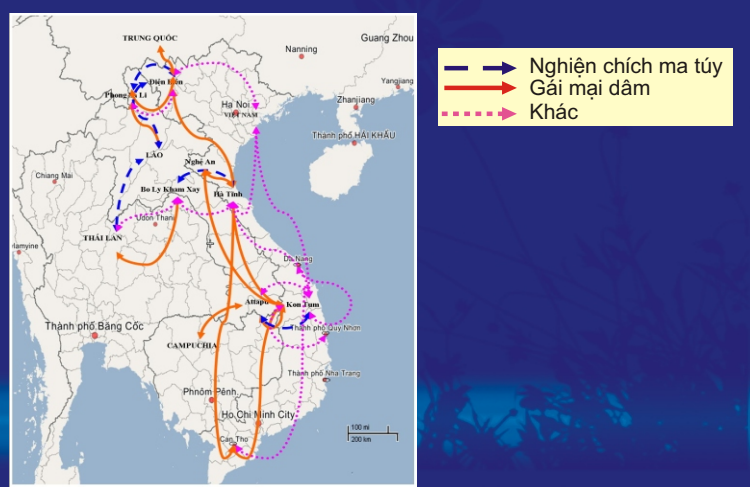
Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

Mạng lưới quan hệ xã hội

- Người Tiêm chích ma túy



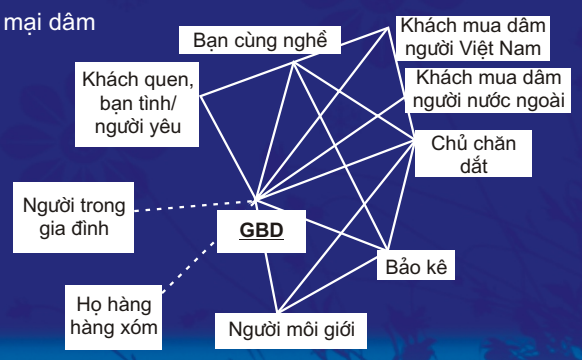
Quỹ đạo hoạt động trong QHTD và TCMT của các nhóm di biến động



Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

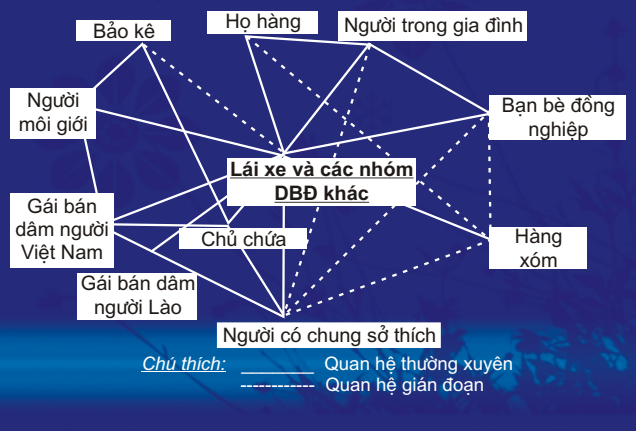
Mạng lưới quan hệ xã hội

- Gái mại dâm



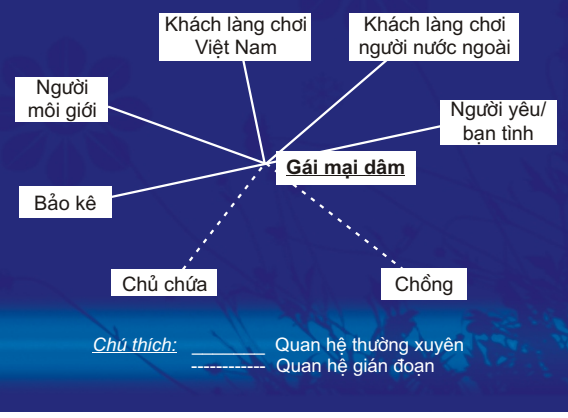
Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

- Mạng lưới quan hệ xã hội
  - Lái xe đường dài và các nhóm di biến động khác



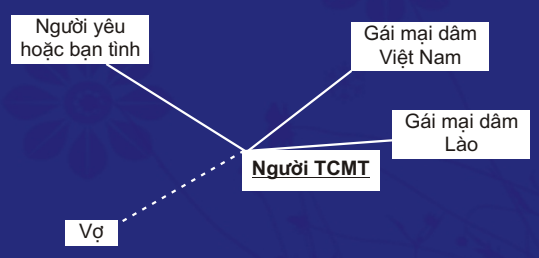
Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

- Mạng lưới QHTD
  - GMD



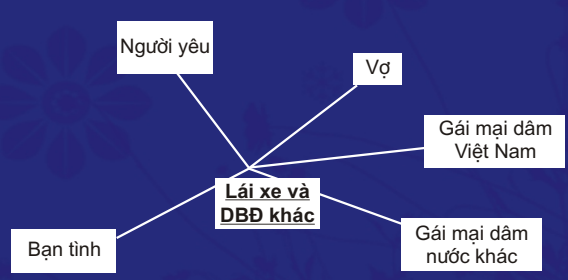
Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

- Mạng lưới QHTD
  - Người tiêm chích ma túy

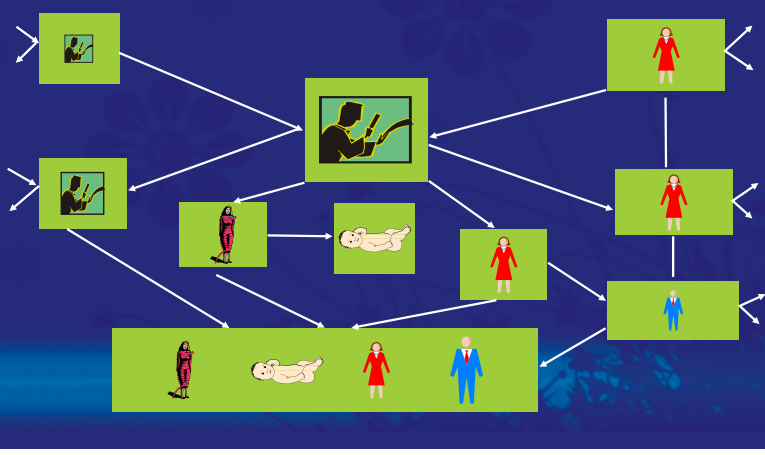


Mạng lưới quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

- Mạng lưới QHTD
  - Lái xe đường dài và các nhóm di biến động khác



Nguy cơ lây nhiễm HIV từ nhóm nguy cơ cao ra cộng đồng



Thực trạng kiểm soát lây truyền HIV qua biên giới tại địa bàn nghiên cứu

- Tại khu vực đường biên phía Việt Nam:
  - CQ địa phương cùng các cơ quan chức năng đã có rất nhiều nỗ lực trong việc tăng cường kiểm soát nhằm ngăn chặn và xóa bỏ các tệ nạn xã hội
  - Những năm gần đây, khu vực biên giới Việt – Lào trở thành những điểm thu hút mạnh đối với các dòng người di biến động.
  - Các điểm nóng về mại dâm, ma túy cũng đã xuất hiện ngày càng nhiều. Các yếu tố tiềm ẩn nguy cơ lây truyền HIV tại các địa bàn cũng ngày một gia tăng
  - Các hoạt động truyền thông về phòng ngừa lây nhiễm HIV mới chỉ tập trung nhiều tại các khu vực đô thị.
  - Các can thiệp giảm tác hại chưa được triển khai đồng bộ trên diện rộng.
  - Khả năng cung cấp các dịch vụ tư vấn, xét nghiệm và điều trị STD, HIV/AIDS còn nhiều hạn chế.
  - Chưa có sự phối hợp giữa các cơ quan chức năng và chính quyền địa phương ở hai bên đường biên trong triển khai các hoạt động dự phòng cũng như phát hiện, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

Mối quan hệ tương hỗ giữa các nhóm có nguy cơ

- MQH giữa GMD với lái xe đường dài, công nhân các công trình xây dựng... khá mật thiết.
- Với các nhóm di biến động khác, mối quan hệ với GMD không thường xuyên do tính chất di chuyển không ổn định và bản thân GMD cũng thường hay di chuyển giữa các vùng.
- Quan hệ giữa NTCMT với GMD không thường xuyên đối với phía Việt Nam. Phía Lào do phần đông NSDMT còn trẻ và hình thức sử dụng phổ biến là uống và hít nên mối quan hệ với GMD thường khá mật thiết.

Thực trạng kiểm soát lây truyền HIV qua biên giới tại địa bàn nghiên cứu

- Tại khu vực đường biên của Lào:
  - Các hoạt động về truyền thông PC HIV/AIDS bước đầu được triển khai tới các địa bàn dân cư.
  - Tuy nhiên CT PC HIV/AIDS tại các địa phương thuộc khu vực này hiện đang rất bất cập.
  - Nhận thức của cán bộ Y tế nhất là tại tuyến huyện về phòng chống HIV/AIDS còn rất hạn chế.
  - Các tỉnh thuộc địa bàn nghiên cứu chưa có đủ khả năng cung cấp các dịch vụ khám điều trị STD cũng như sàng lọc và xét nghiệm HIV.
  - Đã có một số hoạt động can thiệp giảm tác hại trong nhóm mại dâm ở khu vực biên giới của Lào song cũng mới dừng lại ở các hoạt động truyền thông.
  - Sự phối hợp trong phòng chống HIV/AIDS với chính quyền và các cơ quan chức năng phía VN hiện vẫn đang bị bỏ ngỏ...

Một số nhận xét kết luận

- Đây là nghiên cứu đầu tiên về nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở khu vực biên giới được thực hiện bởi sự phối hợp cùng tham gia của các nghiên cứu viên 2 nước với cùng công cụ nghiên cứu, cùng cách thức tiếp cận, với cùng các nhóm thuộc đối tượng nghiên cứu.
- Khu vực biên giới Việt Lào trong vài năm gần đây đang có sự thay đổi mạnh mẽ về mức độ phát triển kinh tế xã hội cũng như mức độ giao lưu qua lại giữa hai bên đường biên và đã tạo nên sức hút với nhiều dòng di biến động từ các vùng khác chuyển đến.
- Các điểm nóng về tệ nạn XH đặc biệt là các cơ sở vui chơi giải trí trá hình đã xuất hiện ngày càng nhiều xung quanh khu vực hai bên đường biên.

Một số nhận xét kết luận

- Nguy cơ mắc các bệnh STI và STD trong nhóm GMD nhất là mại dâm người Việt hành nghề ở Lào và mại dâm đường phố rất cao trong khi điều kiện tiếp cận với dịch vụ khám và điều trị ở cả 2 bên đường biên, nhất là ở phía Lào hiện còn rất khó khăn.
- Khả năng tiếp cận với dịch vụ xét nghiệm và điều trị HIV/ARV của các nhóm di biến động tại đường biên hiện còn nhiều khó khăn.
- Hoạt động can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV hiện mới bước đầu được triển khai với quy mô nhỏ lẻ tại từng địa bàn, với 1 vài nhóm đối tượng cụ thể.
- Chưa có sự phối hợp giữa hai nước trong kiểm soát, giám sát tình hình dịch cũng như triển khai các hoạt động dự phòng và chăm sóc điều trị HIV/AIDS.
- Sự phối hợp giữa 2 nhóm NCV của hai nước vẫn còn những hạn chế nhất định.

Một số nhận xét kết luận

- Gái mại dâm hành nghề tại khu vực biên giới Việt – Lào thường có độ tuổi cao hơn, thâm niên hành nghề lâu hơn và đã trải qua hành nghề ở nhiều vùng khác.
- Nguy cơ lây truyền HIV qua biên giới cao nhất là ở nhóm GMD (đặc biệt là mại dâm người Việt), lái xe đường dài, công nhân các công trình xây dựng...
- Người bản địa tại hai bên đường biên cũng là nhóm tiềm ẩn nhiều nguy cơ lây nhiễm cũng như nguy cơ làm lây lan HIV/AIDS qua biên giới.
- Khả năng tiếp cận với các thông tin về phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS của các nhóm di biến động tại khu vực biên giới Việt – Lào hiện còn nhiều hạn chế => nhận thức của họ về các đường lây và biện pháp phòng nhiễm HIV còn rất mơ hồ.

Khuyến nghị

Đối với các NC hợp tác giữa hai bên trong giai đoạn tới

- Cần bố trí đủ nguồn lực và thời gian sao cho có thể làm tốt hơn công tác chuẩn bị trước khi triển khai
- Cần có sự phối hợp tham gia ngay từ đầu của cả hai nhóm NC trong xây dựng đề cương, chọn địa bàn khảo sát cũng như thời điểm tiến hành.
- Kết quả NC cần được công bố rộng rãi đến với cả các địa phương
- Cần nhân rộng nghiên cứu này ra các địa bàn khác trên biên giới Việt - Lào

Khuyến nghị

Một số giải pháp nhằm tăng cường kiểm soát sự lây truyền HIV qua đường biên giới

- Đầu tư nguồn lực để tăng cường hoạt động TTGDTT và can thiệp giảm tác hại cho các nhóm di biến động dễ bị tổn thương bởi HIV/AIDS ở cả hai bên đường biên.
  - ✓ Hình thành các nhóm đồng đẳng trong GMD tại các điểm nóng
  - ✓ Tổ chức các điểm truyền thông lưu động, phát tài liệu tuyên truyền, bao cao su, đặt thùng trao đổi BKT ngay tại khu vực cửa khẩu
  - ✓ Phát các băng radio về sân khấu, ca nhạc trong đó có lồng ghép truyền thông về phòng chống HIV/AIDS cho nhóm lái xe đường dài
- Đầu tư nguồn lực để tăng cường các hoạt động truyền thông và giảm tác hại ngay tại các điểm dân cư sát khu vực biên giới
- Nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ Y tế đảm nhận triển khai các hoạt động dự phòng và điều trị HIV/AIDS tại cả hai bên đường biên

Khuyến nghị

- Đầu tư trang thiết bị để các địa phương ở vùng biên giới có đủ năng lực khám chuẩn đoán và điều trị STD.
- Đầu tư để tăng cường và mở rộng các điểm tư vấn xét nghiệm tự nguyện HIV
- Đầu tư để tăng cường khả năng xét nghiệm HIV cho các tỉnh phía Việt Nam để có thể hỗ trợ các địa phương lân cận ở Lào khi có nhu cầu
- Tăng cường sự phối hợp giữa 2 nước trong triển khai đồng bộ các giải pháp nhằm kiểm soát sự lây truyền HIV qua biên giới như:
  - ✓ Phối hợp trong thông tin giáo dục truyền thông.
  - ✓ Phối hợp trong khám và điều trị định kỳ các bệnh STD
  - ✓ Phối hợp trong tư vấn xét nghiệm HIV/AIDS và điều trị ARV.
  - ✓ Phối hợp trong cập nhật số liệu trong giám sát tình hình dịch

BÀI 7 - THỰC TRẠNG DI CƯ TRONG NƯỚC VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN ƯU TIÊN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

THỰC TRẠNG DI CƯ TRONG NƯỚC VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN ƯU TIÊN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Viện khoa học Lao động và Xã hội

NỘI DUNG TRÌNH BÀY

- Một số vấn đề về di cư trong nước
- Khung phân tích chăm sóc sức khoẻ người di cư
- Thực trạng chăm sóc sức khoẻ các nhóm lao động di cư
  - Lao động nước ngoài đang làm việc tại Việt Nam
  - Lao động di cư đến các khu công nghiệp, khu chế xuất
  - Lao động di cư tới biên giới Việt Nam-Trung Quố#c
- Một số khuyến nghị

Di cư trong nước: hiện tượng tất yếu

Di cư mang lại nhiều cơ hội nhưng cũng nhiều thách thức đối với người di cư và gia đình của họ

- **Lý do di cư**
  - Học tập, đào tạo
  - Việc làm
  - Hôn nhân, gia đình
  - Văn hóa, tôn giao
  - ...
- **Dòng di cư**
  - Nông thôn - Nông thôn;
  - Nông thôn - Thành thị;
  - Thành thị - Nông thôn
  - Thành thị - Thành thị

Chăm sóc sức khỏe người di cư

Các khách thể nghiên cứu

- **Bản thân người di cư**
- **Gia đình người di cư *trẻ em, người già, người ốm đau, bệnh tật/tàn tật***

Di cư trong nước: hiện tượng tất yếu

Người di cư từ đâu? (đầu đi)

- Khu vực thành thị (nghèo, thiếu việc làm,…)
- Khu vực nông thôn (nghèo, mất/thiếu đất SX,…)
- Khu vực khó khăn (biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số,…)

Người di cư đến đâu? (đầu đến)

- Khu công nghiệp/khu chế xuất
- Khu vực thành thị
- Khu vực nông thôn

Chăm sóc sức khỏe người di cư

Quan sát chăm sóc sức khỏe người di cư ở đâu?

- Tại nơi làm việc
- Tại nơi ở
- Tại nơi vui chơi giải trí
- Tại các cơ sở khám chữa bệnh

Chăm sóc sức khỏe người di cư

Chăm sóc sức khỏe người di cư như thế nào?

- Tiếp cận dịch vụ KCB tại nơi đến
- ATGVSLĐ tại nơi làm việc
- Nguy cơ lây nhiễm bệnh tật do mắc tệ nạn xã hội tại cộng đồng và nơi làm việc

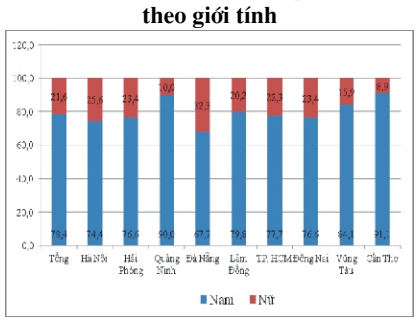
Một sốphát hiện về chăm sóc sức khỏe người di cư từ các nghiên cứu của Viện Khoa học Lao động và Xã hội

Các nghiên cứu về di dân do Viện khoa hoc lao động và xã hội thực hiện 2009 - 2013

- Đề tài cấp Nhà nước: "Cơ sở khoa học và thực tiễn quản lý lao động nước ngoài ở Việt Nam" : đang triển khai 2012 - 2013
- Thực trạng việc làm, đời sống của lao động di cư tại khu công nghiệp, khu chế xuất ở Việt Nam (Đề án cấp Bộ, 2011)
- Đánh giá nhanh về tình hình di cư tự do qua biên giới Việt - Trung và nạn buôn bán người (ILO, 2011)
- Tác động kinh tế - xã hội của gia nhập WTO tới lao động nữ nông thôn, trong đó có nhóm lao động di cư (UNWOMEN, 2010)
- Nghiên cứu về lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng (XKLĐ) (WB và ILO)
- Tình hình phụ nữ Việt Nam lấy chồng nước ngoài (UNHCR, 2011 - 2012)
- Trong các nghiên cứu nói trên, có ít nhiều đề cập đến sức khỏe của người lao động di cư ở những mức độ khác nhau.

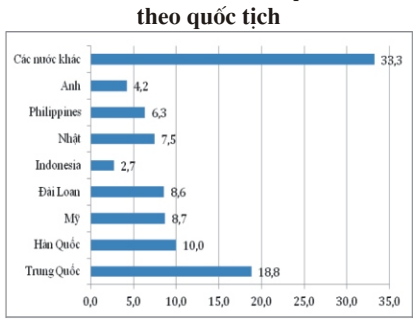
Khảo sát 2500 lao động nước ngoài làm việc ở Việt Nam năm 2012

Mẫu khảo sát LĐNN phân theo giới tính



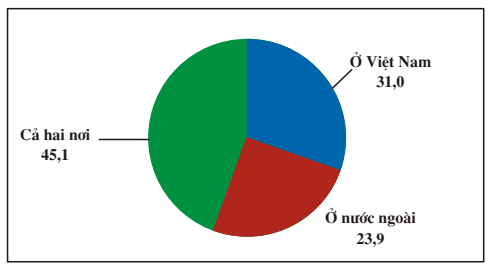
Chủ yếu là nam giới, chiếm tới 78,4%

Mẫu khảo sát LĐNN phân theo quốc tịch



Quốc tịch Châu á chiếm tỷ trọng cao

Lao động nước ngoài khám chữa bệnh ở đâu?



✓ 23,9% KCB ở nước ngoài do lo ngại về chất lượng hệ thống KCB ở VN hoặc theo yêu cầu cơ quan bảo hiểm sức khỏe

45% LĐNN KCB ở cả Việt Nam và nước ngoài, tùy thuộc vào mức độ trầm trọng của căn bệnh và khả năng thu xếp thời gian nghỉ việc đi chữa bệnh.

31% LĐNN hoàn toàn sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở Việt Nam, bao gồm cả hệ thống phòng khám quốc tế tại Việt Nam và các bệnh viện/phòng khám của Việt nam

Tham gia bảo hiểm sức khỏe

✓ Gần 50% LĐNN tham gia bảo hiểm sức khoẻ (bảo hiểm y tế)
✓ Gần 42% tham gia bảo hiểm tai nạn.
✓ Phí BH: 2/3 do chủ SDLĐ đóng

Nhóm LĐNN nào tham gia BH sức khỏe?

- Có hợp đồng lao động dài hạn
- Lao động quản lý
- Lao động kỹ thuật chủ chốt

Nhóm LĐNN nào không tham gia BH sức khỏe?

- Làm việc ở Việt Nam trong thời hạn ngắn (dưới 6 tháng)
- Làm việc theo hợp đồng kinh tế, thương mại, cung cấp dịch vụ, chào bán dịch vụ...

Đánh giá điều kiện khám chữa bệnh ở Việt Nam

18,6% LĐNN đánh giá "tốt"

Gần 40% đánh giá "khá"

LĐNN đánh giá điều kiện KCB ở Việt Nam "tốt" hoặc "khá": Đang làm việc và sinh sống ở các thành phố/đô thị lớn, có hệ thống dịch vụ y tế tương đối phát triển như Đà Nẵng, Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Vũng Tàu

Tình hình tham gia Bảo hiểm theo loại hình doanh nghiệp

	Bảo hiểm sức khỏe	Bảo hiểm tai nạn
Doanh nghiệp hoạt động theo Luật Doanh nghiệp, Luật Đầu tư	51	40
Các nhà thầu nước ngoài nhận thầu tại Việt Nam	43.1	41.6
Văn phòng đại diện, chi nhánh của các tổ chức kinh tế, thương mại, tài chính, ngân hàng, bảo hiểm, khoa học kỹ thuật, văn hóa, thể thao, giáo dục, y tế	52.3	43.9
Các tổ chức chính trị - xã hội - nghề nghiệp; tổ chức phi chính phủ	66.7	66.7
Các cơ sở y tế, văn hóa, giáo dục, thể thao được cơ quan có thẩm quyền cho phép thành lập	57.9	50.4
Các tổ chức hành nghề luật sư tại Việt Nam theo quy định của pháp luật Việt Nam	100	100
Hiệp hội doanh nghiệp thành lập theo luật pháp Việt Nam	11.1	11.1
Hộ kinh doanh, cá nhân kinh doanh	21.1	10.5

Lao động di cư làm việc ở khu công nghiệp, khu chế xuất

Lao động di cư tại các KCN

	Tỉnh/TP	6T/2011	2010	2009
1	Bắc Giang	17.534	15.491	9.966
2	TP. Hồ Chí Minh	255.855	249.812	244.579
3	Cần Thơ	34.440	31.550	31.347
	Cả nước	**1.600.000**	**1.500.000**	**1.300.000**

- Quy mô LĐ di cư tới các KCN/KCX có xu hướng tăng
- Các nghề sử dụng nhiều lao động di cư: Dệt - may, da giày, lắp ráp điện tử, chế biến LTTP,….
- 41% lao động di cư chưa qua đào tạo
- Nhóm tuổi từ 18-29 chiếm gần 80%
- Lao động trẻ chưa kết hôn chiếm 53%

Thực trạng phát triển các KCN ở Việt Nam, 2010

	Chỉ tiêu	Đơn vị	Cả nước	Bắc Giang	TP HCM	Cần Thơ
1	Số KCN được cấp phép	KCN	260	5	16	11
2	Số KCN đã hoạt động	KCN	174	3	13	6
3	Diện tích đất tự nhiên	Ha	43.500	1.400	3.614	546
4	Số dự án đầu tư vào KCN	Dự án	8.746	117	1.206	120
5	Vốn đăng ký	Triệu USD	74.835	911	5.386	1756
6	Vốn thực hiện	Triệu USD	30.000	323	3.500	696
7	Sử dụng lao động	1000 người	1.600	17,5	255,8	34,4
8	**Lao động di cư**	**%**	**70%**	**21%**	**75%**	**-**

Nguồn: Báo cáo của Ban quản lý các KCN tỉnh Bắc Giang, TP Hồ Chí Minh và Cần Thơ. Nhóm nghiên cứu, 2011

Để tiết kiệm tiền, lao động di cư hạn chế tối đa sử dụng mọi dịch vụ phải trả tiền, kể cả KCB

Loại dịch vụ	Có sử dụng
Siêu thị, chợ	**97,1**
Trường mẫu giáo	17,0
Trường tiểu học	11,1
Trường THCS	0,0
Trường THPT	0,0
Cơ sở dạy nghề	2,9
Bệnh viện, CS khám bệnh	**71,4**
Nhà văn hóa	14,6
Rạp phim, nhà hát	20,6
Trung tâm TDTT	6,9
Công viên, vườn hoa	31,1

Làm việc 10-12 giờ/ngày, sống trong nhà trọ tồi tàn, không đảm bảo điều kiện vệ sinh

Di cư, tệ nạn xã hội và lây nhiễm bệnh tật

- Sự đơn độc, thiếu hỗ trợ từ gia đình và xã hội khiến cho LĐ di cư trẻ dễ bị ảnh hưởng từ môi trường XH
- Nguy cơ mắc tệ nạn xã hội: mại dâm, nghiện ma túy hoặc tham gia các hành vi phạm tội khác
- Nguy cơ lây nhiễm các bệnh tật

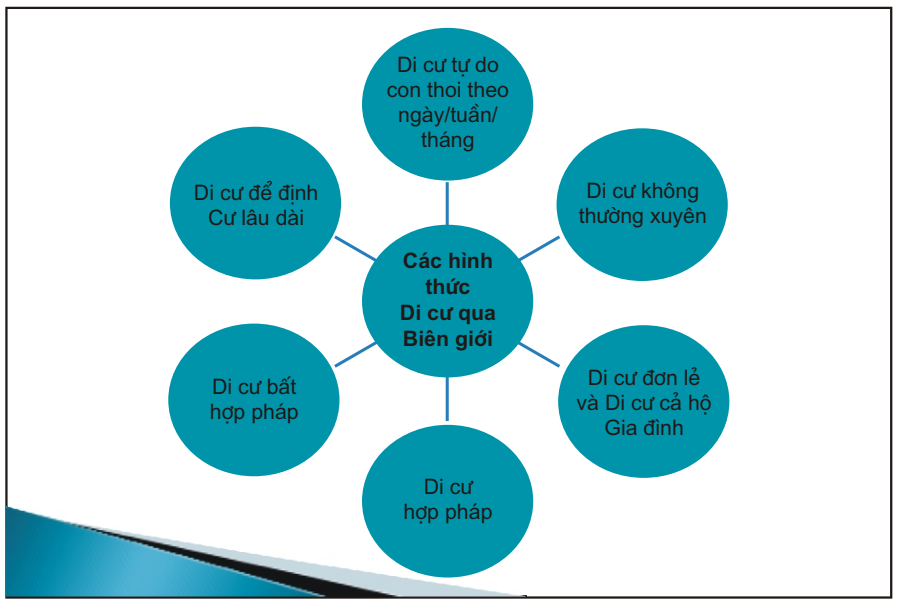
Người di cư tại KCN có nhu cầu gửi trẻ với giá rẻ, nhưng có đảm bảo sức khỏe và an toàn của trẻ em?

(Hình ảnh tại điểm gửi trẻ tư nhân gần KCN, Hải Dương)

LAO ĐỘNG DI CƯ TỰ DO QUA BIÊN GIỚI

ĐỐI TƯỢNG DI CƯ

- Người dân địa Phương sinh sống quanh các khu vực biên giới (Lào Cai, Lạng Sơn...) - chiếm 1/3 tổng số người di cư
- Người dân từ các Tỉnh/thành phố trong cả nước di cư tới biên Giới (chiếm 2/3 tổng số người di cư)
- Cơ cấu giới tính: Nữ giới chiếm 60%, nam giới chiếm 40%



ĐIỀU KIỆN SỐNG CƠ BẢN

- **Nhà ở:** tạm bợ và điều kiện sống tối thiểu đối với hầu hết các nhóm di cư (trừ nhóm di cư lâu dài và hợp pháp).
- **Văn hóa, tinh thần:** loại hình dịch vụ lành mạnh dành cho người di cư hiếm, chủ yếu là các dịch vụ "ăn chơi" như cờ bạc, quán xá, mại dâm…;

ĐIỀU KIỆN LÀM VIỆC

- **Công việc LĐ di cư thường làm**: công việc phổ thông, không yêu cầu kỹ năng, nặng nhọc, nguy hiểm, nhiều thời gian (bốc vác, đẩy xe hàng, khai thác mỏ, làm đường…);
- **Tồn tại nhiều loại hình công việc** mà khi người lao động làm có thể phương hại nhiều đến sức khỏe: bán hàng, phiên dịch, lao động cưỡng bức, mại dâm…

DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH

- **Dịch vụ KCB:** có, giá cả phải chăng, chất lượng tốt;

⇒ Không tiếp cận tốt vì:

- Tiết kiệm tối đa chi phí khám chữa bệnh, dù là dịch vụ rẻ;
- Không có đầy đủ thông tin về các dịch vụ KCB tại nơi đến;
- Không có điều kiện tiếp cận: bị cấm ra ngoài (lao động cưỡng bức);
- Không có đầy đủ kiến thức tự chăm sóc sức khỏe bản thân: gái mại dâm, lao động tự do tại các khu chợ, buôn bán.

TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI DI CƯ

- **Trước khi di cư:** Tình trạng sức khỏe khá tốt (trừ những người di cư qua biên giới vì mục đích chữa bệnh);
- **Sau khi di cư:** sức khỏe bị phương hại, cả sức khỏe thể chất và tinh thần, đặc biệt là di cư do bị cưỡng bức, mại dâm (buôn bán người),…;
- **Phụ nữ di cư:** dễ bị tổn thương về sức khỏe (đặc biệt là sức khỏe sinh sản) so với nam giới.

ĐỐI VỚI NGƯỜI DI CƯ NỘI ĐỊA

- **Bảo hiểm y tế:** cần ưu tiên thúc đẩy nhóm LĐ di cư này trong việc tiếp cận dịch vụ KCB tối thiểu cơ bản thông qua cấp, hỗtrợ mua thẻ BHYT;
- **Cơ sở y tế xã/phường:** Có chương trình KCB theo quý/năm và kêu gọi người LĐ di cư tham gia chương trình KCB này tại địa bàn mình hoạt động

NHỮNG VẤN ĐỀ CẦN ƯU TIÊN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DI CƯ NỘI ĐỊA VÀ QUỐC TẾ

- **Nâng cao nhận thức:** Người LĐ di cư thường không ý thức được việc tự chăm sóc sức khỏe bản thân hoặc các bệnh dễ lây truyền khi di cư;
- **CSSK sinh sản:** cần ưu tiên CSSKSS cho cả phụ nữ và nam giới, đặc biệt là phụ nữ khi di cư.

MỘT SỐ KẾT LUẬN

1. **Thực trạng chăm sóc sức khoẻ người di cư**

- Đa số người di cư ở độ tuổi trẻ, có sức khoẻ tốt khi bắt đầu di cư
- Lao động nặng nhọc, thời gian làm việc 10-12 giờ/ngày
- Nhà trọ tồi tàn, không đảm bảo vệ sinh
- Hạn chế sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ để tiết kiệm chi phí
- Xa gia đình, đời sống tinh thần nghèo nàn dễ# dẫn người di cư tới tệ nạn xã hội mắc bệnh tật

2. **Nghiên cứu sức khoẻ và chăm sóc sức khoẻ người di cư**

- Đa số các nghiên cứu về di cư có đề cập đến sức khoẻ và chăm sóc sức khoẻ người di cư, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào có tiếp cận hệ thống và sâu sắc

KHUYẾN NGHỊ

1. **Cần nghiên cứu thực trạng sức khoẻ và nhu cầu chăm sóc sức khoẻ người di cư** (*chia theo giới tính, nhóm tuổi, dân tộc, trình độ, tình trạng kinh tế, việc làm, lý do di cư, di cư hợp pháp/bất hợp pháp,...*)

- Thực trạng sức khoẻ người di cư
  - ✓ Sức khoẻ trước và sau khi di cư
  - ✓ Các yếu tố/nhân tố ảnh hưởng tới sức khoẻ và chăm sóc sức khoẻ người di cư
  - ✓ Chú ý các nhóm có nguy cơ cao về sức khoẻ
- Đánh giá nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của người di cư

2. **Nghiên cứu thực trạng hệ thống chăm sóc sức khoẻ người di cư**
3. **Nghiên cứu khả năng tiếp cận của người di cư tới hệ thống chăm sóc sức khoẻ**