

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Thực trạng nhân lực y tế và một số kết quả của chính sách nhân lực y tế đến tình hình sức khỏe của đồng bào dân tộc thiểu sốBùi Thị Mỹ Anh^{*}, Chu Huyền Xiêm¹, Phạm Quỳnh Anh¹**TÓM TẮT****Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng NLYT và một số kết quả của chính sách NLYT đến tình hình sức khỏe của đồng bào DTTS.**Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu bàn giấy (desk-study với cách tiếp cận tổng hợp, tập trung rà soát, phân tích các báo cáo sẵn có và các chính sách liên quan tới nhân lực y tế (NLYT) Việt Nam cho đồng bào dân tộc thiểu số (DTTS).**Kết quả:** Kết quả nghiên cứu qua tổng quan tài liệu kết hợp với số liệu từ các báo cáo về chỉ số sức khỏe giai đoạn 2013-2018 đến nay cũng đã chỉ thấy số lượng NLYT tăng dần qua các năm và các chỉ số sức khỏe của người dân cũng được cải thiện. Mặc dù vậy, NLYT còn mất cân đối cả về số lượng và chất lượng, sự bất công bằng trong chăm sóc y tế của đồng bào DTTS so với người dân nói chung vẫn còn tồn tại.**Khuyến nghị:** Vì vậy, để có thể thu hút, duy trì NLYT tại các vùng sâu vùng xa, vùng DTTS đối với Chính phủ và Bộ Y tế cần đưa ra các chính sách NLYT đặc thù cho chăm sóc DTTS; Đối với y tế địa phương cần chủ động trong tham mưu xây dựng chính sách NLYT tại địa phương; Thực hiện phối hợp liên ngành trong triển khai chính sách; Tăng cường giám sát, đánh giá việc triển khai chính sách tại địa phương để có những khuyến nghị, giải pháp phù hợp trong giai đoạn tiếp theo.**Từ khóa:** Nhân lực y tế, dân tộc thiểu số, chính sách y tế, chăm sóc sức khỏe, sử dụng dịch vụ y tế**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nguồn nhân lực khám chữa bệnh cho đồng bào DTTS ngày càng được bảo đảm về số lượng và chất lượng; các cơ sở y tế quân - dân y tích cực khám chữa bệnh cho người dân. Từ năm 2016, đã có 410 trạm y tế, phòng khám quân - dân y, thuộc các xã vùng sâu, vùng xa thực hiện khám chữa bệnh cho người dân; tuyên truyền, vận động người dân xây dựng Làng Văn hóa - sức khỏe, nếp sống vệ sinh khoa học, bài trừ hủ tục, tuyên truyền phòng, chống HIV/AIDS, thực hiện Chương trình Dân số, kế hoạch hóa gia đình... Chính sách hỗ trợ cho đồng bào DTTS sinh con đúng chính sách, chế độ phụ cấp đối với nhân

viên y tế thôn, bản (kiêm thêm nhiệm vụ cô đỡ thôn, bản) cũng được triển khai thực hiện hiệu quả tại nhiều địa phương, góp phần phát huy vai trò cầu nối giữa y tế xã với người dân [6].

Hiện nay, chưa có một nghiên cứu đánh giá tác động của các chính sách NLYT tới công tác chăm sóc sức khỏe cho người DTTS. Tuy nhiên, có một tỉ lệ thuận giữa việc gia tăng số lượng NLYT và tình trạng cải thiện vấn đề sức khỏe của người dân [1]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tổng quan tài liệu với cách tiếp cận tổng hợp, tập trung rà soát các báo cáo, chính sách liên quan tới NLYT Việt Nam cho đồng bào DTTS nhằm mô tả thực trạng NLYT

***Địa chỉ liên hệ:** Bùi Thị Mỹ AnhEmail: btma@huph.edu.vn¹Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 28/3/2020

Ngày phản biện: 10/4/2020

Ngày đăng bài: 28/6/2020

và một số kết quả của chính sách NLYT đến tình hình sức khỏe của đồng bào DTTS. Nghiên cứu nhằm bổ sung thêm những kết quả triển khai thực hiện các chính sách NLYT đến thực trạng NLYT và tình hình chăm sóc sức khỏe của người dân, đặc biệt là nhóm đồng bào DTTS trong vòng 10 năm qua, từ đó góp phần đưa ra những bằng chứng trong việc xây dựng giải pháp cơ bản về chăm sóc sức khỏe cho đồng bào DTTS trong giai đoạn tiếp theo tại Việt Nam.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu bàn giấy (desk-study) với cách tiếp cận tổng hợp, tập trung rà soát, phân tích các báo cáo sẵn có và các chính sách liên quan tới NLYT Việt Nam cho đồng bào DTTS.

Thu thập số liệu:

❖ Nguồn dữ liệu:

- Từ các Văn bản pháp luật, chính sách liên quan và báo cáo của Chính phủ và các Bộ ngành trung ương từ sau năm 1986 đến nay, đặc biệt trong 10 năm trở lại đây;
- Các báo cáo nghiên cứu về NLYT, Chăm sóc sức khỏe và đồng bào DTTS đã công bố trên các trang web;
- Nguồn sách và tạp chí từ phòng đọc, viện Dân tộc học Việt Nam;
- Nguồn tạp chí từ Viện Chiến lược và Chính sách y tế.
- Tổng cộng có 96 tài liệu được tìm kiếm, tuy nhiên trong quá trình tổng quan, nghiên cứu sử dụng 35 tài liệu có nội dung liên quan.

❖ Từ khoá tìm kiếm:

- Dân tộc thiểu số với và/ hoặc các từ khoá:
- Chính sách nhân lực y tế/ Chính sách/ nhân lực y tế/ phụ cấp/ tài chính/ đào tạo/ thu hút/ duy trì/ đãi ngộ/ vùng khó khăn/ vùng sâu/ vùng xa/

Chăm sóc sức khỏe

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các chính sách không còn phù hợp, đã bị thay thế hoặc không liên quan trực tiếp đến NLYT hoặc đồng bào Dân tộc thiểu số.
- Các báo cáo, tài liệu chưa xuất bản hoặc có nội dung trùng lặp

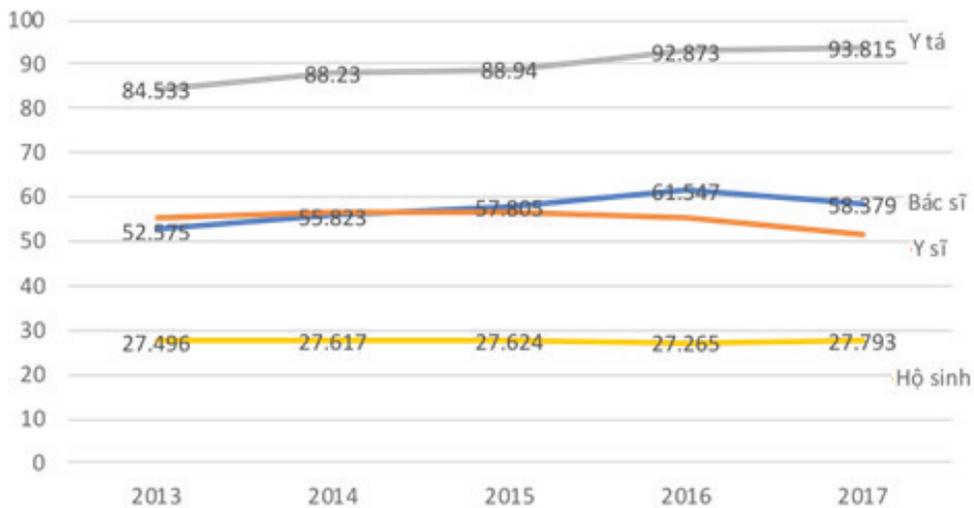
KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng nhân lực y tế khám chữa bệnh cho đồng bào dân tộc thiểu số

Từ năm 1986 đến nay có rất nhiều các chính sách NLYT đã được ban hành, trong đó có các **nhóm chính sách hỗ trợ kinh tế cho NVYT** (như Nghị định 116/2010/NĐ-CP về chính sách đối với cán bộ, công chức, viên chức và người hưởng lương trong lực lượng vũ trang công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, Thông tư 08/2011/TTLT-BNV-BTC Hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 116/2010/NĐ-CP ngày 24 tháng 12 năm 2010 của Chính phủ về chính sách đối với cán bộ, công chức, viên chức và người hưởng lương trong lực lượng vũ trang công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn,...), **nhóm chính sách đào tạo** (Quyết định 1544/QĐ-TTg phê duyệt Đề án đào tạo NLYT cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng đồng bằng sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển,...), **nhóm chính sách hỗ trợ nhân lực cho vùng khó khăn, tuyến cơ sở** (như Quyết định 1816/QĐ-BYT năm 2008 về việc phê duyệt Đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”, Quyết định 585/QĐ-BYT năm 2013 phê duyệt Dự án “Thí điểm đưa Bác sĩ trẻ tình nguyện về công tác tại miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn (ưu tiên 62 huyện nghèo)”...).

Theo báo cáo của Tổng cục thống kê giai đoạn 2013-2017, số lượng bác sĩ tăng mạnh từ 52575 bác sĩ năm 2013 lên 61547 bác sĩ năm 2016, nhưng giảm xuống còn 58379 bác sĩ vào năm 2017. Số lượng y sĩ giảm dần do xu hướng chuyển từ y sĩ

lên bác sĩ. Số lượng điều dưỡng tăng từ 84533 điều dưỡng vào năm 2013 tăng dần lên 93815 điều dưỡng vào năm 2017. Số lượng hộ sinh hầu như không có sự thay đổi nhiều, từ 27496 hộ sinh vào năm 2013 lên 27793 vào năm 2017 [2].



Nguồn: Tổng cục thống kê (2)

Hình 1: Số lượng một số loại hình nhân lực y tế giai đoạn 2013-2017

Số lượng bác sĩ trên 10000 dân tăng từ 7,5 bác sĩ năm 2013 lên 8,02 bác sĩ trên năm 2015, tuy nhiên còn chưa đạt được mục tiêu 9 bác sĩ/10000 dân vào năm 2020. Trong khi đó, tỷ lệ được sỹ/ 1 vạn dân năm 2013 là 2,01 tăng lên 2,42 vào năm 2015 (mục tiêu đến 2020 đạt 2,2 được sỹ trên 1 vạn dân).

Tuy nhiên, xét trên phạm vi của từng tỉnh, một số tỉnh cho đến nay, dù nhiều chính sách đã được thực hiện nhưng nguồn NLYT của vùng DTTS vẫn chưa đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho đồng bào. Các chỉ tiêu về NLYT đều thấp hơn nhiều so với bình quân cả nước. Ví dụ tại Hà Giang, Sơn La, Bắc Giang có khoảng 7 bác sĩ/10000 dân, được sỹ chỉ ở mức 0,56/1 vạn dân (bình quân của cả nước là 1,96 được sỹ/1 vạn dân) [3].

Có sự mất cân đối trong phân bố nhân lực giữa các tuyến tỉnh, huyện xã. Nhân lực tập trung

đồng ở tuyến tỉnh, ít dần ở tuyến huyện và xã. Tính đến năm 2015, tổng số NLYT là 318373 nhân lực, trong đó tuyến xã có 70143 nhân lực (chiếm 22% tổng nhân lực), tuyến huyện là 110816 nhân lực (34,8%) trong khi tuyến tỉnh có tỷ lệ cao nhất 43,2%. Trong đó, CBYT là DTTS trên cả nước năm 2015 là 34468 nhân viên, trong đó 75,2% số lượng tập trung ở tuyến huyện và xã. Số lượng bác sĩ cả nước có 52702 bác sĩ nhưng tuyến xã chỉ có 8528 bác sĩ chiếm 16,2%, tuyến huyện 19679 bác sĩ (37,3%). Có thể thấy, bác sĩ chủ yếu tập trung tại tuyến huyện trở lên, số lượng làm việc tại hơn 11.000 trạm y tế xã chỉ chiếm gần 15% tổng số bác sỹ.

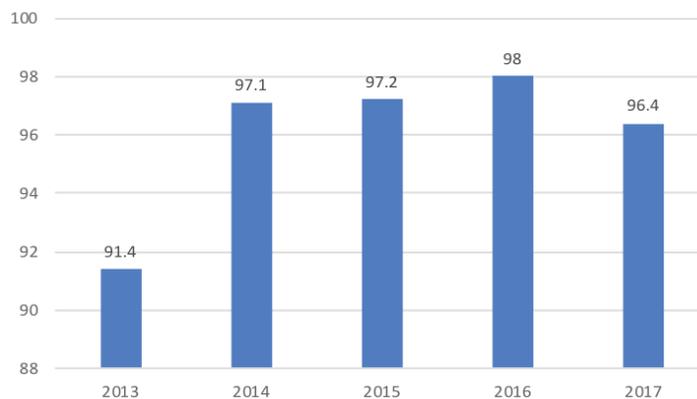
Trình độ chuyên môn của NLYT cũng có sự mất cân đối giữa các tuyến. Nhân lực có trình độ cao tập trung chủ yếu ở tuyến tỉnh, ít ở tuyến huyện và rất thấp ở tuyến xã. Tuyến tỉnh chiếm

81,4% tổng số tiến sĩ y khoa, 86,8% thạc sĩ y khoa, 73,2% thạc sĩ y tế công cộng. Trong khi đó, nhân lực có trình độ thấp lại tập trung nhiều ở tuyến xã (70,8% hộ sinh sơ học và 42,1% hộ sinh cao đẳng trung học, 48,5% điều dưỡng sơ học). Bên cạnh đó, năng lực của CBYT tuyến cơ sở cũng còn nhiều hạn chế. Tỷ lệ CBYT tuyến xã có kiến thức và kỹ năng đúng trong sơ cấp cứu, chẩn đoán và điều trị một số bệnh, cũng như kiến thức về xử lý bệnh dịch rất hạn chế (17,3% số bác sĩ và y sĩ có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 17% số bác

sĩ và y sĩ được hỏi biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% cán bộ được hỏi biết cách chẩn đoán tăng huyết áp, 15,6% biết cách xử trí một vụ dịch...) [4]. Kết quả từ một số khảo sát khác cũng cho thấy kiến thức về chăm sóc sơ sinh của cán bộ TYT chỉ đạt 60% so với Chuẩn Quốc gia [5].

2. Tác động của các chính sách nhân lực y tế tới chăm sóc sức khỏe cho người DTTS

2.1. Kết quả một số chỉ số chăm sóc sức khỏe của bà mẹ và trẻ em

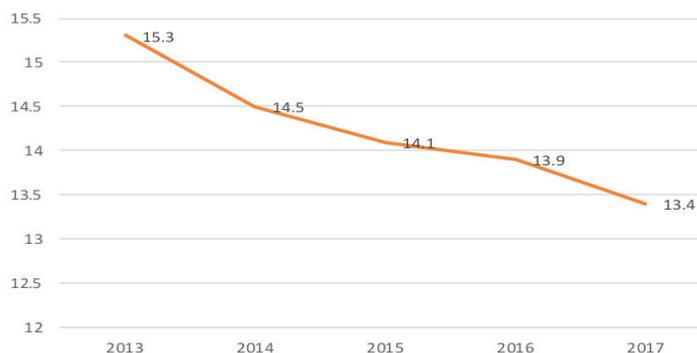


Hình 1: Tỷ lệ tiêm chủng trẻ em giai đoạn 2013-2017

Nguồn: Tổng cục thống kê

Trong khi số lượng nhân lực tăng qua từng năm, tỉ lệ tiêm chủng của trẻ em cả nước nói chung cũng tăng từ 91,4% năm 2013 lên 98% năm

2016. Năm 2017, vì một số lí do khác, tỉ lệ này giảm còn 96,4% (Hình 1).

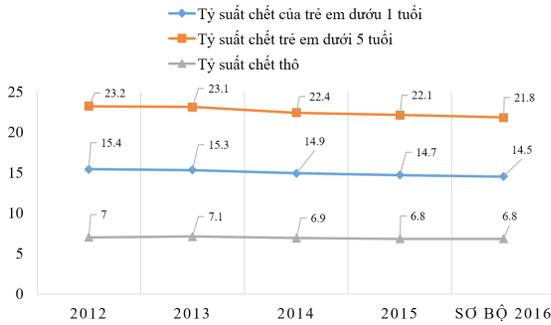


Hình 2: Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi giai đoạn 2013-2017

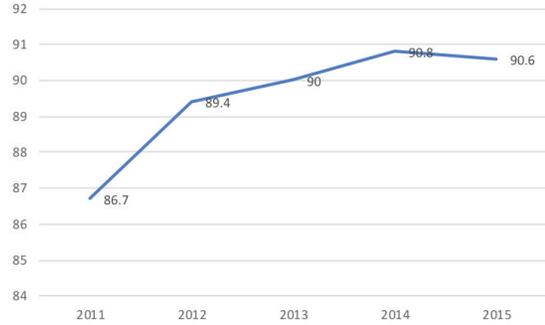
Nguồn: Tổng cục thống kê

Tỉ lệ trẻ em suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi giảm đáng kể theo thời gian trong giai đoạn 2013-2017. Tỉ lệ trẻ suy dinh dưỡng năm 2013

là 15,3% đã giảm xuống còn 13,4% vào năm 2017 (Hình 2).



Hình 3: Tình trạng tử vong ở trẻ em giai đoạn 2012-2016



Hình 4: Tỷ lệ phụ nữ đẻ có khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kì giai đoạn 2011-2015

Nguồn: Niên giám thống kê 2017

Nhìn chung các chỉ số tử vong ở trẻ em giảm dần theo các năm. Tỷ suất tử chết của trẻ em dưới 1 tuổi năm 2012 là 23,2/1000 trẻ sống giảm xuống còn 21,8/1000 trẻ sống năm 2016. Tương tự, tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi năm 2012 là 15,4/1000 trẻ sống, giảm xuống còn 14,5/1000 trẻ sống năm 2016. Tỷ suất chết thô cũng giảm theo các năm (Hình 3).

DTTS: có sự khác biệt về tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế ở nhóm này so với tỷ lệ chung toàn quốc.

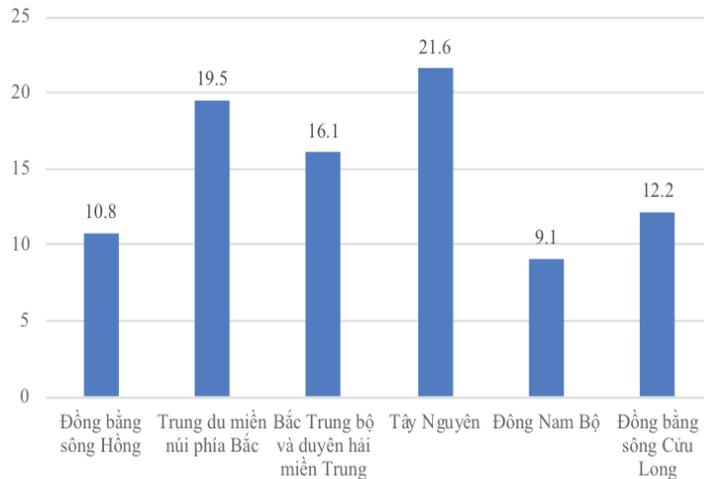
Tỉ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kì giai đoạn 2011-2015 có xu hướng tăng dần theo các năm, từ 86,7% (năm 2011) lên 90,6% (năm 2015). Như vậy có thể thấy, qua các năm, số lượng CBYT gia tăng và tỷ lệ phụ nữ được khám thai cũng tăng theo các năm (Hình 4). Trong chăm sóc trong khi sinh và sau khi sinh, tỉ lệ bà mẹ nhận được dịch vụ tăng theo năm. Ví dụ, tỷ lệ bà mẹ/ trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh trong toàn quốc năm 2015 đạt 92,7%, cao hơn so với tỉ lệ năm 2014 là 91,8% [6].

Mặc dù tỉ lệ suy dinh dưỡng giảm dần qua các năm nhưng nếu xét tỉ lệ suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi theo từng vùng, tỉ lệ này không đồng đều. Mặc dù năm 2015 tỉ lệ suy dinh dưỡng cả nước là 14,1%, tuy nhiên tỉ lệ suy dinh dưỡng cao nhất vẫn ở khu vực Trung du miền núi phía Bắc (19,5%) và cao nhất là Tây Nguyên (21,6%).

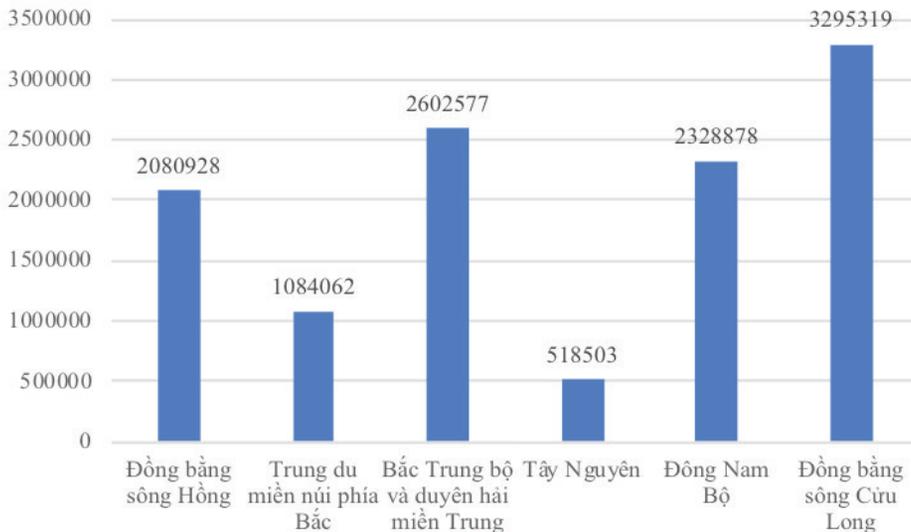
2.2. Bất bình đẳng y tế với nhóm dân tộc thiểu số

Số lượng khám phụ khoa ở phụ nữ 15-49 tuổi cao nhất ở khu vực đồng bằng như Đồng bằng sông Cửu Long và đồng bằng sông Hồng, Bắc Trung Bộ (> 2000000 lượt khám). Trong khi đó, số lượt khám ở Trung du miền núi phía Bắc thấp hơn (chỉ khoảng 1000000 lượt khám) và thấp nhất ở khu vực Tây Nguyên (518503 lượt). Trong các năm 2013-2015, tỷ lệ phụ nữ khám thai từ 3 lần trở lên toàn quốc đều đạt trên 90%, tuy nhiên Vùng Trung du miền núi phía bắc và Tây Nguyên vẫn ở mức thấp nhất, dao động ở mức 68-78% và 78-85%. Cao nhất vẫn ở khu vực đồng bằng như đồng bằng sông Hồng liên tục đạt trên 96% [6].

Mặc dù tình trạng y tế và sử dụng dịch vụ của người dân nhìn chung có tăng qua các năm, nhưng vẫn còn sự bất bình đẳng y tế trong nhóm



Hình 5: Tỷ lệ trẻ em suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi năm 2015 theo vùng



Hình 6: Số lần khám phụ khoa của phụ nữ năm 2015 theo vùng

Chăm sóc sau sinh những vùng Đông Nam Bộ, Tây Nguyên, Trung du miền núi phía Bắc có tỷ lệ thấp hơn so với trung bình toàn quốc. Các khu vực này chỉ đạt tỷ lệ chăm sóc sau sinh đạt từ 83,6% tới 89,6%. Trong khi đó vùng Đồng bằng sông Hồng đạt 99%, Đồng bằng sông Cửu Long đạt 96,1%. Tỷ lệ phụ nữ đẻ do CBYT đỡ của cả nước đạt 98% năm 2015, tuy nhiên ước tính còn khoảng 29000 bà mẹ đẻ không được nhân viên y tế đỡ trong toàn quốc, tập trung chủ yếu ở khu vực miền núi phía Bắc, khu vực Tây Nguyên và một số huyện miền núi của các tỉnh

Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung [6]. Tỷ lệ sinh con tại cơ sở y tế của phụ nữ DTTS thấp hơn 53% so với tỉ lệ chung quốc gia, các ca đẻ có sự hỗ trợ của CBYT có trình độ chuyên môn thấp hơn 45% so với ước tính quốc gia,...[7]. Tình trạng sinh con tại nhà vẫn xảy ra, đặc biệt vùng sâu, vùng xa và một số DTTS (do khoảng cách đến trạm y tế quá xa, do nhận thức, thói quen, mặc cảm và xấu hổ.

Vấn đề tảo hôn vẫn còn tồn tại ở một số địa phương trên cả nước. Theo Báo cáo của Bộ Văn

hóa Thể thao và Du lịch, tại 32 tỉnh, thành phố cả nước có 43.613 hộ có người tảo hôn, phần lớn số này thuộc vùng dân tộc và miền núi (Đặc biệt cao ở 10 tỉnh: Hà Giang, Cao Bằng, Bắc Cạn, Lào Cai, Điện Biên, Lai Châu, Sơn La, Yên Bái, Kon Tum, Gia Lai) và đối tượng là DTTS (do tập tục bắt vợ, hỏi chồng của một số dân tộc; do không kiểm soát được vấn đề về khai sinh; do nhận thức, hiểu biết về pháp luật của người dân còn hạn chế...). Điểm nóng của tảo hôn hiện nay đang tập trung chủ yếu trong các DTTS cư trú tại 2 vùng miền núi phía Bắc (đặc biệt là Tây Bắc) và Tây Nguyên. Tỷ lệ sinh trong độ tuổi vị thành niên năm 2011 ở các tỉnh miền núi phía Bắc là 65%, Tây Nguyên khoảng (52%), đồng bằng sông Hồng (25%) [8].

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp cứu bàn giấy (desk-study) tổng hợp, rà soát các báo cáo sẵn có liên quan tới NLYT Việt Nam cho đồng bào DTTS, kết quả nghiên cứu chỉ mô tả được tổng quan thực trạng NLYT và một số kết quả về tình hình sức khỏe của đồng bào DTTS mà chưa thể phân tích sâu về từng chính sách và chỉ ra tác động của thể của từng chính sách đến sự thay đổi về tình hình sức khỏe nào của đồng bào DTTS. Vì vậy, trong giai đoạn tiếp theo cần triển khai các nghiên cứu đánh giá tác động của các chính sách NLYT đặc thù cho chăm sóc DTTS.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

NLYT trong những năm qua có sự gia tăng về số lượng và chất lượng, tuy nhiên vẫn còn sự mất cân đối. Nhân lực tập trung chủ yếu ở tuyến tỉnh, thiếu ở tuyến huyện và tuyến xã, khu vực vùng sâu vùng xa, đặc biệt khó khăn. Không chỉ mất cân đối về số lượng, chất lượng NLYT cũng mất cân đối. Y tế cơ sở thiếu nhân lực trình độ cao. Dựa trên tổng quan tài liệu kết hợp với số liệu từ các báo cáo về chỉ số sức khỏe giai đoạn 2013-2018 đến nay cũng đã cho thấy số lượng NLYT tăng dần qua các năm và các chỉ số sức

khỏe của người dân cũng được cải thiện. Mặc dù vậy, vẫn còn sự bất công bằng trong chăm sóc y tế của đồng bào DTTS so với người dân nói chung.

Trong giai đoạn tiếp theo, đối với Chính phủ và Bộ Y tế cần nghiên cứu xây dựng các chính sách NLYT đặc thù cho chăm sóc DTTS; Cần bổ sung điều chỉnh phù hợp các mức phụ cấp nói chung và cho nhân viên y tế tại vùng DTTS, để có thể thu hút, duy trì nhân viên y tế làm việc tại các vùng khó khăn, vùng sâu vùng xa, vùng DTTS. Đối với y tế địa phương cần chủ động trong tham mưu xây dựng chính sách NLYT của địa phương. Công tác phối hợp liên ngành trong triển khai chính sách cần đẩy mạnh; Thường xuyên giám sát, đánh giá việc triển khai chính sách tại địa phương để có những khuyến nghị, giải pháp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, *The World Health Report 2006: Working together for health*. World Health Organization, 2006.
2. Tổng cục thống kê. *Số nhân lực ngành Y trực thuộc sở Y tế phân theo địa phương*. 2019 (cited 2019 09/04); Available from: <https://www.gso.gov.vn/default.aspx?tabid=723>.
3. UNDP, *Báo cáo đề xuất kế hoạch hành động thực hiện các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ ở vùng dân tộc thiểu số Việt Nam*. UNDP, 2015.
4. Viện chiến lược và chính sách y tế, *Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thu hút, duy trì cán bộ y tế tuyến cơ sở ở một số tỉnh miền núi*. Viện chiến lược và chính sách y tế, 2012.
5. Lê Văn Thêm, *Thực trạng hoạt động của bác sỹ tại trạm y tế xã và đánh giá hiệu quả can thiệp nâng cao chất lượng hoạt động của trạm y tế xã tỉnh Hải Dương*. Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương, 2013.
6. Tổng cục thống kê, *Niên giám thống kê 2015*. Nhà xuất bản thống kê, 2016.
7. UNFPA, *Nghiên cứu đánh giá chất lượng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam*. UNFPA, 2017.
8. Ủy ban dân tộc, *Báo cáo nghiên cứu "Phát triển nguồn nhân lực dân tộc thiểu số đến năm 2020, định hướng đến năm 2030"* Ủy ban dân tộc, 2014.

Current situation of human resource for health and the outcomes of healthcare workforce policies on the healthcare indicators among ethnic minorities

Bui Thi My Anh^{1}, Chu Huyen Xiem¹, Pham Quynh Anh¹*

¹Hanoi University of Public Health

Object: This study aimed to describe the status of the healthcare workforce in Vietnam and some outcomes of implementating the health workforce policies on the healthcare indicators among the ethnic minority group. **Research methodology:** A descriptive study was employed by using desk-study approach, focused on the reports and policies of the human resources for health in Vietnam, especially for the ethnic minority group. **Results:** The results of this study based on the data of health indicators for the period of 2013-2018. The main findings showed that the quantity and quality of the health workforce had increased gradually and also the health status and healthcare services utilization in the ethnic people had improved. However, the health workforce still had an imbalance in both quantitative and qualitative dimensions. While comparing to the general population, the inequity in healthcare services utilization and health indicators of ethnic minorities group still remained. **Recommendation:** Therefore, the Government and Ministry of Health need to review and develop the specific policies of the healthcare workforce to attract and maintain the health workers in the remote areas for ethnic minorities group. At the local health level, it is necessary to take the initiative in advising on develop the policies of the healthcare workforce; Strengthen the collaboration with all the stakeholders in the policy implementation; Monitoring and evaluation of the policy implementation to suggest the appropriate recommendations and solutions in the upcoming period.

Keywords: *Health workforce, human resources for health, ethnic minorities, health policy, health care, healthcare service utilization*