

## **TĂNG CƯỜNG SỰ LÃNH ĐẠO CỦA ĐẢNG VỀ CÔNG TÁC DÂN SỐ TRONG TÌNH HÌNH MỚI**

- **Một số định hướng chính sách dân số và phát triển trong thời gian tới tại Việt Nam**
- **Lồng ghép biến dân số trong quá trình lập kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở Việt Nam**
- **Thực trạng mức sinh ở Việt Nam, khó khăn, bất cập và đề xuất giải pháp trong thời gian tới**
- **Những bài học kinh nghiệm quốc tế trong giai đoạn cơ cấu dân số vàng**
- **Nhu cầu sử dụng dịch vụ tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân của vị thành niên và thanh niên tại một số tỉnh, thành phố**
- **Sự chấp nhận của cộng đồng đối với dịch vụ tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân của vị thành niên và thanh niên tại một số tỉnh, thành phố**

## **GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI**

### **TIN TỨC**



**TỔNG BIÊN TẬP**  
GS. TS. Lê Quang Cường

**PHÓ TỔNG BIÊN TẬP**  
ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

**BAN BIÊN TẬP**  
TS. Trần Thị Mai Oanh  
TS. Nguyễn Khánh Phương  
TS. Khương Anh Tuấn

**TÒA SOẠN**  
Viện Chiến lược và Chính sách Y tế  
Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch  
Cầu Giấy - Hà Nội  
Tel: (04) 3846 1590  
(04) 3823 4167  
Fax: (04) 3823 2448  
Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

**Giấy phép xuất bản số:**  
197/GP-BTTTT cấp ngày 23/6/2014  
In 2.000 cuốn khổ 20,5x29,5

**Chế bản in tại:**  
Công ty Hoàng Minh

## TĂNG CƯỜNG SỰ LÃNH ĐẠO CỦA ĐẢNG VỀ CÔNG TÁC DÂN SỐ TRONG TÌNH HÌNH MỚI

- Một số định hướng chính sách dân số và phát triển trong thời gian tới tại Việt Nam

*ThS. Vũ Thúy Nga*

- Lồng ghép biến dân số trong quá trình lập kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở Việt Nam

*ThS. Đoàn Thanh Tùng*

- Thực trạng mức sinh ở Việt Nam, khó khăn, bất cập và đề xuất giải pháp trong thời gian tới

*TThS. Nguyễn Văn Hùng*

- Những bài học kinh nghiệm quốc tế trong giai đoạn cơ cấu dân số vàng

*ThS. Nguyễn Thị Thanh*

- Nhu cầu sử dụng dịch vụ tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân của vị thành niên và thanh niên tại một số tỉnh, thành phố

*ThS. Nguyễn Văn Hùng*

- Sự chấp nhận của cộng đồng đối với dịch vụ tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân của vị thành niên và thanh niên tại một số tỉnh, thành phố

*ThS. Nguyễn Văn Hùng*

---

## GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI

- Một số nội dung quan trọng trong đề án “Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017-2025

*ThS. Vũ Thúy Nga*

- Các nội dung chính trong “Chương trình mục tiêu Y tế- Dân số giai đoạn 2016-2020”

*ThS. Nguyễn Văn Hùng*

- Quy định về tư vấn, hỗ trợ trẻ em chăm sóc sức khỏe sinh sản phù hợp với độ tuổi

*ThS. Nguyễn Việt Hà*

- Bộ Y tế bãi bỏ 5 thủ tục hành chính trong hoạt động tiêm chủng

*ThS. Nguyễn Việt Hà*

- Chỉ thị số 03/CT-BYT về việc tăng cường, bảo đảm an ninh bệnh viện

*ThS. Vũ Thị Mai Anh*

- Quy định về việc tổ chức khám bệnh, chữa bệnh đột quy tại các cơ sở y tế

*ThS. Vũ Thị Mai Anh*

---

## **TIN TỨC**

- Lễ kỷ niệm 40 năm hợp tác giữa Việt Nam và UNFPA và Ngày Dân số Thế giới

*ThS. Nguyễn Văn Hùng*

- Hội thảo chuyên đề về Dân số - Kế hoạch hóa gia đình

*ThS. Nguyễn Việt Hà*

## MỘT SỐ ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VÀ PHÁT TRIỂN TRONG THỜI GIAN TỚI TẠI VIỆT NAM

ThS.Vũ Thúy Nga<sup>1</sup>

### Đặt vấn đề

Nước ta đã trải qua thời kỳ quá độ dân số với những thay đổi lớn lao về mức sinh, mức chết, di cư cũng như về quy mô và phân bố dân số. Cơ cấu dân số, đặc biệt là cơ cấu dân số theo độ tuổi đang biến đổi nhanh chóng. Những biến động nhân khẩu học vừa tạo ra cơ hội, vừa đặt ra những thách thức đối với mục tiêu phát triển kinh tế - xã hội, công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước. Việt Nam đang ở thời kỳ “cơ cấu dân số vàng” với tỷ lệ phụ thuộc thấp như hiện nay là cơ hội để nâng cao mức tăng trưởng kinh tế, đẩy nhanh quá trình công nghiệp hóa đất nước. Một trong những thách thức đặt ra là Việt Nam hiện nay mới chỉ thuộc nhóm các quốc gia có mức thu nhập trung bình thấp, chất lượng dân số cũng như năng suất lao động thấp, nhưng dân số đã bắt đầu bước vào thời kỳ già hóa với tốc độ già hóa khá nhanh trong mấy thập niên tới. Vì vậy, nếu không có chiến lược ứng phó hiệu quả với già hóa dân số thì Việt Nam sẽ phải đối mặt với tình trạng thiếu hụt lao động và nhiều vấn đề an sinh xã hội trong tương lai. Nghị quyết Đại hội lần thứ XII của Đảng khẳng định quyết tâm phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao, tiếp tục coi trọng công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình. Để chính sách dân số tiếp tục phát huy hiệu quả, phù hợp với điều kiện và tình hình mới, ngày 4/1/2016, Ban Bí thư Trung ương đã ban hành Kết luận số 119-KL/TW về việc tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình, trong đó xác định rõ trong giai đoạn tới phải chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang giải quyết toàn diện các vấn đề dân số theo định hướng giải quyết tốt quan hệ dân số và phát triển. Kết luận này là sự chuyển hướng có tính bước ngoặt về định hướng chính sách dân số của Đảng ta trong tình hình hiện nay. Ngày 25/10/2017, thay mặt Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam khóa XII, Tổng Bí thư Nguyễn Phú Trọng ký ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới. Trong đó, Ban Chấp hành Trung ương Đảng đã chỉ đạo tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách dân số từ **kế hoạch hóa gia đình** sang **dân số và phát triển**.

Bài báo này giới thiệu một số đặc trưng biến động về mức sinh, cơ cấu dân số ở Việt Nam hiện nay và định hướng chính sách dân số và phát triển trong thời gian tới.

**Từ khóa:** định hướng chính sách, dân số và phát triển

<sup>1</sup> Tạp chí Chính sách Y tế

## 1. Một số đặc trưng biến động về mức sinh và cơ cấu dân số ở Việt Nam

### 1.1. Mức sinh giảm mạnh và đã khá ổn định quanh mức sinh thay thế

Cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, sự kiên trì và đẩy mạnh kế hoạch hóa gia đình, mức sinh của Việt Nam giảm nhanh, hiện đã đạt mức thấp. Những năm 1965-1969, tính đến hết độ tuổi sinh đẻ, trung bình mỗi phụ nữ có khoảng 6,8 con; Tổng tỷ suất sinh (TFR) toàn quốc đã giảm từ khoảng 4,5 con vào đầu những năm 1980 xuống còn 2,3 con vào năm 1999, đạt mức sinh thay thế<sup>2</sup> (2,1) và khá ổn định ở mức này từ khoảng năm 2006 đến nay<sup>3</sup>. Mô hình gia đình có 2 con đã trở nên phổ biến trong dân số Việt Nam, trừ ở một số dân tộc thiểu số và các tỉnh có điều kiện kinh tế - xã hội chậm phát triển. Quá trình giảm mức sinh trong khoảng hai thập niên qua ở Việt Nam chủ yếu là việc giảm sinh con thứ ba trở lên trong các cặp vợ chồng ở khu vực nông thôn.

### 1.2. Mức sinh hiện nay vẫn còn khác biệt giữa các vùng, miền và các nhóm dân số

Theo kết quả cuộc Điều tra Dân số và Nhà ở giữa kỳ ngày 01/4/2014 thì TFR của Việt Nam là 2,09, ở nông thôn là 2,21, cao hơn đáng kể so với ở thành thị (1,85). Tuy nhiên, mức sinh khá khác biệt giữa nông thôn thành thị và giữa các tỉnh/thành, vùng, các nhóm dân số ở Việt Nam. Năm 2014, một số tỉnh có TFR vẫn trên 3 (Điện Biên, Lai Châu, Hà Tĩnh và Kon Tum) trong khi 11 tỉnh/thành có TFR dưới 1,8, thậm chí TFR ở thành phố Hồ Chí Minh và Bình Dương chỉ là 1,4; TFR của dân tộc Mông vẫn rất cao (3,65); Trước kia, các nhóm phụ nữ nghèo, học vấn thấp thường

có mức sinh cao hơn hẳn so với nhóm có mức sống cao hay học vấn cao. Nhưng hiện nay, sự khác biệt về mức sinh theo học vấn và mức sống đã giảm đáng kể.

Trong 25 năm qua, mặc dù TFR ở Việt Nam đã giảm khá nhiều nhưng tỷ suất sinh của nhóm phụ nữ trẻ 15 - 19 tuổi hầu như không giảm, thậm chí còn tăng trong giai đoạn 2009 - 2014. Số liệu này cho thấy tình trạng kết hôn và sinh con sớm vẫn chưa được cải thiện đáng kể. Do đó, cần phải đặt ra các ưu tiên cần thiết cho các chương trình sức khỏe sinh sản cho thanh niên và vị thành niên, đặc biệt các chính sách và chương trình hạn chế tảo hôn và sinh con tuổi vị thành niên ở các nhóm dân tộc ít người có mức sinh còn cao.

### 1.3. Tỷ số giới tính khi sinh cao ở một số khu vực và nhóm xã hội

"Tỷ số giới tính khi sinh", tức là "số trẻ em trai tương ứng với 100 trẻ em gái sinh ra" thường được tính trong một năm. Theo Tổng cục Dân số- Kế hoạch hóa gia đình, suốt từ năm 2007 cho đến nay, cứ 100 trẻ em gái được sinh ra thì có tương ứng trên 110 trẻ em trai. Năm 2014, tỷ số giới tính khi sinh của toàn quốc là 112,2; cao nhất là ở Đồng bằng

<sup>2</sup> "mức sinh thay thế" (thế hệ con cái vừa đủ để "thay thế" bố mẹ trong quá trình sinh sản).

<sup>3</sup> Điều tra biến động dân số hàng năm cho thấy, Việt Nam đã đạt được mức sinh thay thế (tổng tỷ suất sinh-TFR = 2,1 con) vào năm 2006, sớm hơn 10 năm so với mục tiêu cụ thể được đề ra trong Nghị quyết Trung ương 4 khóa VII. Tại thời điểm Tổng Điều tra Dân số và Nhà ở ngày 1/4/2009, dân số Việt Nam là 85,8 triệu người, số con trung bình của một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ (TFR = 2,09 con), tỷ lệ phát triển dân số 1,04%. Từ kết quả này cho thấy, trong tốc độ tăng quy mô dân số trung bình hàng năm của giai đoạn 10 năm 1999-2009 là 1,2%, thấp hơn nhiều so với các giai đoạn trước đó (1,7% cho giai đoạn 1989-1999 và 2,1% cho giai đoạn 1979-1989).

sông Hồng (118 bé trai/100 bé gái), Trung du và miền núi phía Bắc (116 bé trai /100 bé gái), Đồng bằng sông Cửu Long (114 bé trai/100 bé gái). Theo báo cáo của Tổng cục Dân số- Kế hoạch hóa gia đình, tỷ số giới tính khi sinh tiếp tục tăng, ngày càng lan rộng. Tốc độ tăng tại khu vực nông thôn là 0,6 điểm/năm, cao gấp 1,5 lần tốc độ tăng cả nước (0,4 điểm/năm). Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh đã xuất hiện tại cả 6/6 vùng kinh tế - xã hội của cả nước. Năm 2016, chỉ tiêu khống chế tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh là dưới 0,4 điểm phần trăm. Theo báo cáo của 63 tỉnh, thành phố trong 3 tháng đầu năm 2016, số trẻ nam là 116.897 trẻ, tăng 5% so với cùng kỳ năm 2015; số trẻ nữ là 103.079 trẻ, tăng 4,4% so với cùng kỳ năm 2015. Ước tính 6 tháng đầu năm 2016, tỷ số GTKS là 113,4 trẻ trai/100 trẻ gái, tăng so với năm 2015 (128,5/100)... Như vậy, tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ngày càng tăng và đã ở mức nghiêm trọng. Tình trạng này nếu tiếp tục thì dân số trưởng thành sẽ có sự chênh lệch giới tính nghiêm trọng trong vài thập niên tới, gây nên nhiều vấn đề xã hội bất cập. Ba yếu tố chủ yếu dẫn đến tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam là: nhu cầu có con trai quá cao, mức sinh thấp, người dân có điều kiện tiếp cận công nghệ chuẩn đoán và sàng lọc giới tính thai nhi.

#### **1.4. Cơ cấu dân số vàng**

Trong quá trình quá độ dân số, mức sinh giảm dần đến tỷ lệ trẻ em cũng giảm dần so với tỷ lệ người trong độ tuổi lao động. Khi “Tỷ lệ dân số trong độ tuổi từ 15 đến 64” đạt khoảng từ 66% trở lên, tức là khoảng 2/3 dân số trong độ tuổi có khả năng lao động, người ta nói rằng, đây là cơ cấu dân số “vàng”.

Theo Tổng cục Thống kê, từ năm 1989 đến nay, tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi giảm mạnh từ 39,2% xuống 24,0%; dân số trong độ tuổi lao động (15-64 tuổi) tăng từ 56,1% lên 68,4%; dân số 65 tuổi trở lên tăng từ 4,7% lên 7,6%<sup>4</sup>. Theo Tổng cục Dân số- Kế hoạch hóa gia đình, dân số Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn có cơ cấu “dân số vàng” vào năm 2007, dự kiến đạt đỉnh điểm về tỷ trọng vào khoảng năm 2020, với dân số trong độ tuổi lao động chiếm khoảng 70% tổng dân số. Giai đoạn dân số vàng phụ thuộc vào nhiều yếu tố được dự kiến sẽ kéo dài khoảng 30 năm đến 40 năm, tối đa là 45 năm. Thời kỳ cơ cấu “dân số vàng” mang lại cơ hội lớn để tận dụng nguồn nhân lực có chất lượng cho tăng trưởng kinh tế và phát triển bền vững của đất nước. Tuy nhiên, nếu không có sự quan tâm và có các chính sách phát triển phù hợp, cơ cấu “dân số vàng” không những sẽ không đem lại tác động tích cực cho phát triển đất nước mà sẽ là áp lực về việc làm, trật tự, an ninh xã hội,... Vì thế, tận dụng cơ cấu “dân số vàng” đòi hỏi có những chính sách phù hợp nhằm nâng cao chất lượng nguồn nhân lực đáp ứng với nhu cầu của thị trường lao động, tăng năng suất lao động, tạo việc làm cho lực lượng lao động trẻ, bảo đảm an sinh xã hội cho người già và người dễ bị tổn thương, bảo đảm bình đẳng giới.

#### **1.5. Già hóa dân số**

Theo quy ước về nhân khẩu học, dân số Việt Nam đã chính thức bước vào quá trình già hóa dân số vào năm 2011 với 7% dân số trong độ tuổi từ 65 trở lên. Tương ứng, số lượng tuyệt đối khoảng 6,5 triệu người vào thời điểm hiện nay. Tốc độ già hóa của dân số

<sup>4</sup> Điều tra biến động dân số 2015 - Tổng cục Thống kê

nước ta rất nhanh. Các nước đã phát triển, không có chương trình hoạch hóa gia đình, phải trải qua vài chục năm, thậm chí hàng trăm năm để đi từ già hóa dân số sang dân số già (14% dân số từ 65+). Dân số Việt Nam chỉ cần khoảng 15-17 năm cho quá trình này và do đó, chúng ta sẽ đạt ngưỡng dân số già vào trước năm 2030. Lúc đó, nhóm dân số từ tuổi 65+ khoảng 15 triệu người và tiếp tục tăng lên khoảng 24-25 triệu người vào năm 2049 (21% của 115-120 triệu dân). Nếu mức sinh thấp thì tốc độ già hóa dân số sẽ còn nhanh hơn, dẫn đến tình trạng thiếu lao động và gia tăng các vấn đề an sinh xã hội cho người cao tuổi. Trong khi đó, người cao tuổi hiện nay có hơn 70% sống ở nông thôn, phần lớn không có bảo hiểm xã hội và phụ thuộc kinh tế vào người khác. Bởi vậy, nếu không có hệ thống an sinh xã hội phù hợp với quá trình già hóa dân số thì người cao tuổi sẽ gặp rất nhiều khó khăn trong cuộc sống. Đây cũng là thách thức đối với sự phát triển bền vững ở nước ta. Già hóa dân số tạo ra cơ hội cho việc phát huy kinh nghiệm phong phú của người cao tuổi, đồng thời cũng đặt ra các thách thức trong việc xây dựng một xã hội phù hợp với người cao tuổi cả về cơ sở hạ tầng, sản xuất hàng hóa, dịch vụ, giao thông, y tế, chính sách lao động, việc làm và hưu trí, tổ chức các cơ sở dịch vụ chăm sóc... và việc xây dựng các chính sách để thực hiện những nội dung này phải được chuẩn bị càng sớm càng tốt để có thể tận dụng tốt nhất các yếu tố cơ hội và hạn chế các tác động tiêu cực của hiện tượng này.

Bối cảnh trên đòi hỏi phải giải quyết hài hòa mối quan hệ giữa quy mô, cơ cấu và chất lượng dân số. Chính sách hạn chế mức sinh kéo dài giải quyết được vấn đề quy mô nhưng cũng để lại nhiều hệ lụy trong đó phải kể đến:

Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ngày càng trầm trọng; gia tăng tốc độ già hóa dân số; chất lượng dân số khi sinh bị ảnh hưởng do những người có điều kiện nuôi dạy con tốt sinh ít con và ngược lại. Ngược lại, nếu không khống chế được quy mô dân số sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới đầu tư cho đảm bảo an sinh xã hội<sup>5</sup>, tăng thu nhập bình quân trên đầu người nói riêng và phát triển kinh tế - xã hội nói chung.

## **2. Một số định hướng chính sách dân số và phát triển trong thời gian tới**

Qua 10 năm thực hiện Nghị quyết 47 ngày 22/3/2005 của Bộ Chính trị khóa IX về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình (sau đây gọi tắt là Nghị quyết 47), Việt Nam đã sớm đạt được và duy trì vững chắc mức sinh thay thế nên cần chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển để giải quyết toàn diện các vấn đề dân số cả về quy mô, cơ cấu, phân bố và nâng cao chất lượng dân số (duy trì mức sinh thay thế, giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh, tận dụng cơ cấu dân số vàng, thích ứng với quá trình già hóa dân số, điều chỉnh phân bố dân số hợp lý và nâng cao chất lượng dân số) đảm bảo cho sự phát triển nhanh và bền vững đất nước. Kết luận số 119-KL/TW ngày 4/1/2016 của Ban Bí thư về việc “tiếp tục thực hiện Nghị quyết 47 đã khẳng định cần phải ban hành chính sách dân số mới và nêu rõ định hướng cho chính sách dân số Việt Nam trong thời gian tới. Ngày 25/10/2017, thay mặt Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam khóa XII, Tổng Bí thư Nguyễn Phú Trọng ký ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới. Nghị

quyết xác định: Dân số là yếu tố quan trọng hàng đầu của sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Công tác dân số là nhiệm vụ chiến lược, vừa cấp thiết, vừa lâu dài; là sự nghiệp của toàn Đảng, toàn dân. Nghị quyết số 21-NQ/TW có những nội dung quan trọng sau:

### ***2.1. Chuyển trọng tâm chính sách dân số, từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển***

Nước ta đã áp dụng chính sách giảm sinh từ đầu những năm 60 của thế kỷ trước. Ở thời điểm đó, mức sinh của cả nước cũng như từng địa phương đều rất cao. Vì vậy, giảm sinh là mục tiêu chính và thống nhất trong cả nước, không phân biệt vùng, miền. Chính sách quy định mỗi gia đình chỉ có từ 1 đến 2 con đã được áp dụng trong mấy thập niên qua. Đến năm 2006, Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế. Trên cơ sở Việt Nam đã sớm đạt được và duy trì vững chắc mức sinh thay thế nên trong Kết luận số 119/KL-TW, ngày 4/01/2016, Ban Bí thư đã yêu cầu: *“Duy trì mức sinh thay thế và điều tiết mức sinh hợp lý. Tập trung chỉ đạo để giảm sinh ở những tỉnh, thành phố có mức sinh còn cao; duy trì kết quả đạt được ở những tỉnh, thành phố đạt mức sinh thay thế; thực hiện mỗi cặp vợ chồng nên sinh đủ 2 con ở những nơi có mức sinh thấp”*. Để duy trì mức sinh thay thế (trung bình số con của mỗi bà mẹ khoảng 2,0-2,1 con) thì phải áp dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, tức là không từ bỏ hoạch hóa gia đình mà là cần tổ chức hoạch hóa gia đình theo phương thức mới: truyền thông, phương thức cung cấp phương tiện, dịch vụ cũng phải khác nhau giữa các địa phương (nơi có mức sinh cao, nơi có mức sinh thấp và nơi đạt mức sinh thay thế). Việc chuyển trọng tâm

chính sách dân số, từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển này nhằm “giải quyết toàn diện các vấn đề dân số cả về quy mô, cơ cấu, phân bố và nâng cao chất lượng dân số” với 6 nội dung sau:

- Duy trì mức sinh thay thế.
- Giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh.
- Tận dụng cơ cấu dân số vàng.
- Thích ứng với quá trình già hóa dân số.
- Điều chỉnh phân bố dân số hợp lý.
- Nâng cao chất lượng dân số.

Như vậy, nếu trước đây, chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình tập trung chủ yếu vào nội dung kế hoạch hóa gia đình với mục tiêu giảm sinh thì nay chính sách dân số mới chuyển sang giải quyết toàn diện các vấn đề dân số. Điều này được thể hiện rõ trong Nghị quyết số 21-NQ/TW. Nghị quyết số 21-NQ/TW chỉ đạo tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển. Công tác dân số phải chú trọng toàn diện các mặt quy mô, cơ cấu, phân bố, đặc biệt là chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ hữu cơ với các yếu tố kinh tế, xã hội, quốc phòng, an ninh bảo đảm phát triển nhanh và bền vững. Chính sách dân số phải bảo đảm cân bằng, hài hòa giữa quyền và nghĩa vụ của mọi người dân; giữa việc tuyên truyền vận động, nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi với thực thi nghiêm kỷ cương pháp luật; giữa việc mở rộng, ứng dụng các kỹ thuật mới với việc nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân dân. Theo Tổng Bí thư Nguyễn Phú Trọng, đầu tư cho công tác dân số là đầu tư cho phát triển. Nhà nước ưu tiên bố trí



ngân sách, đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa; tranh thủ sự hỗ trợ của quốc tế bảo đảm nguồn lực cho công tác dân số. Đây là một chủ trương mới và rất lớn của Đảng. Thực hiện điều này đòi hỏi phải có sự nỗ lực lớn trong việc đổi mới tư duy về chính sách dân số, đầu tư nguồn lực và triển khai thực hiện.

## **2.2. Các mục tiêu của công tác dân số trong thời gian tới**

Mục tiêu chung: Giải quyết toàn diện, đồng bộ các vấn đề về quy mô, cơ cấu, phân bố, chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ tác động qua lại với phát triển kinh tế - xã hội. Duy trì vững chắc mức sinh thay thế; đưa tỉ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên; tận dụng hiệu quả cơ cấu dân số vàng, thích ứng với già hóa dân số; phân bố dân số hợp lý; nâng cao chất lượng dân số, góp phần phát triển đất nước nhanh, bền vững.

Một số mục tiêu cụ thể của công tác dân số đến năm 2030 như sau:

- Duy trì vững chắc mức sinh thay thế (bình quân mỗi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có 2,1 con), quy mô dân số 104 triệu người. Tỷ số giới tính khi sinh dưới 109 bé trai/100 bé gái sinh ra sống; tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi đạt 22%; tỷ lệ người từ 65 tuổi trở lên đạt 11%; tỷ số phụ thuộc chung đạt 49%.
- Tỷ lệ nam, nữ thanh niên được tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn đạt 90%.
- Tuổi thọ bình quân khoảng 75 tuổi, trong đó thời gian sống khỏe mạnh đạt tối thiểu 68 năm; 100% người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế, được quản lý sức khỏe, được khám, chữa bệnh, được chăm sóc tại gia đình, cộng đồng, cơ sở chăm sóc tập trung.

- Chiều cao người Việt Nam 18 tuổi đối với nam đạt 168,5 cm, nữ đạt 157,5 cm. Chỉ số Phát triển con người (HDI) nằm trong nhóm 4 nước hàng đầu khu vực Đông Nam Á.

## **2.3. Các nhiệm vụ và giải pháp thực hiện công tác dân số trong thời gian tới**

### **2.3.1. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo đối với công tác dân số**

Theo Nghị quyết số 21, để thực hiện thắng lợi các mục tiêu công tác dân số trong tình hình mới, cần tăng cường sự lãnh đạo của Đảng về công tác dân số. Thống nhất nhận thức của cả hệ thống chính trị và các tầng lớp nhân dân, tạo sự đồng thuận cao trong toàn xã hội về tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách từ tập trung vào kế hoạch hóa gia đình sang giải quyết toàn diện các vấn đề quy mô, cơ cấu, chất lượng, phân bố dân số trong mối quan hệ với phát triển kinh tế - xã hội, bảo đảm quốc phòng, an ninh. Đưa công tác dân số, đặc biệt là nâng cao chất lượng dân số thành một nội dung trọng tâm trong công tác lãnh đạo, chỉ đạo cấp ủy, chính quyền các cấp. Thực hiện lồng ghép có hiệu quả các yếu tố dân số trong các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch phát triển của cả nước, của từng ngành, từng địa phương. Phát huy tối đa lợi thế dân số vàng, thích ứng với già hóa dân số. Tăng cường phối hợp liên ngành, phát huy mạnh mẽ vai trò của Mặt trận tổ quốc Việt Nam, các đoàn thể nhân dân và của cả cộng đồng trong công tác dân số. Phân công trách nhiệm cụ thể, rõ ràng đối với từng ngành, từng cơ quan, đoàn thể trong thực hiện các mục tiêu, giải pháp; đặc biệt là trong thực hiện các phong trào thi đua, các cuộc vận động về công tác dân số, thực hiện nếp sống văn minh, xây

dựng môi trường sống lành mạnh, nâng cao sức khỏe và đời sống vật chất, tinh thần của nhân dân. Đề cao tính tiên phong, gương mẫu của mỗi cán bộ, đảng viên trong việc thực hiện chủ trương chính sách về công tác dân số, nhất là sinh đủ 2 con, chú trọng nuôi dạy con tốt, gia đình hạnh phúc, tạo sức lan tỏa sâu rộng trong toàn xã hội. Tiếp tục thực hiện cuộc vận động mỗi cặp vợ chồng nên có 2 con, bảo đảm quyền và trách nhiệm trong việc sinh con và nuôi dạy con tốt. Tập trung vận động sinh ít con hơn ở vùng, đối tượng có mức sinh cao; duy trì kết quả ở những nơi đã đạt mức sinh thay thế; sinh đủ 2 con ở những nơi có mức sinh thấp.

### *2.3.2. Đổi mới nội dung tuyên truyền, vận động về công tác dân số*

Trong Nghị quyết số 21, Ban Chấp hành trung ương Đảng chỉ đạo: Đổi mới, nâng cao hiệu quả công tác tuyên truyền, giáo dục về chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước. Nội dung truyền thông, giáo dục phải chuyển mạnh sang chính sách dân số và phát triển. Tiếp tục thực hiện cuộc vận động mỗi cặp vợ chồng nên có 2 con, bảo đảm quyền và trách nhiệm trong việc sinh con và nuôi dạy con tốt. Tập trung vận động sinh ít con hơn ở vùng, đối tượng có mức sinh cao; duy trì kết quả ở những nơi đã đạt mức sinh thay thế; sinh đủ 2 con ở những nơi có mức sinh thấp.

Nâng cao nhận thức, thực hành về bình đẳng giới; đẩy mạnh truyền thông giáo dục chuyển đổi hành vi nhằm giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh. Tạo chuyển biến rõ nét ở những vùng có tỉ số giới tính khi sinh cao.

Đẩy mạnh công tác tuyên truyền, vận động, khơi dậy phong trào mọi người dân thường xuyên luyện tập thể dục, thể thao, có lối sống lành mạnh, chế độ dinh dưỡng hợp lý để nâng cao sức khỏe tâm vóc, thể lực người Việt Nam. Nâng cao nhận thức, thực hiện nghiêm các quy định của pháp luật về cư trú, về cấm tảo hôn và hôn nhân cận huyết thống.

Đổi mới toàn diện nội dung, chương trình, phương pháp giáo dục dân số, sức khỏe sinh sản trong và ngoài nhà trường. Hình thành kiến thức và kỹ năng về dân số, sức khỏe sinh sản đúng đắn, có hệ thống ở thế hệ trẻ.

### *2.3.3. Hoàn thiện cơ chế, chính sách, pháp luật về dân số*

Ban Chấp hành Trung ương Đảng chỉ đạo tiếp tục hoàn thiện chính sách, pháp luật về dân số gắn với xây dựng gia đình hạnh phúc. rà soát các quy định về xử lý vi phạm trong công tác dân số; đồng thời đề cao tính gương mẫu của cán bộ, đảng viên trong việc thực hiện chính sách dân số, xây dựng gia đình văn hóa, hạnh phúc. Kiện toàn hệ thống thanh tra chuyên ngành dân số, tăng cường thanh tra, kiểm tra, xử lý nghiêm vi phạm.

Rà soát, bổ sung các quy định của pháp luật về nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi. Ngăn ngừa có hiệu quả việc lạm dụng khoa học - công nghệ để lựa chọn giới tính thai nhi. Đẩy mạnh công tác bình đẳng giới, vì sự tiến bộ phụ nữ.

Hoàn thiện chính sách, pháp luật về bảo vệ, chăm sóc và phát huy người cao tuổi; khuyến khích người cao tuổi tham gia các hoạt động kinh tế - xã hội; xác định rõ trách

nhệm, nghĩa vụ, quyền lợi của người sử dụng lao động và người lao động cao tuổi.

Rà soát, nâng cao chất lượng quy hoạch các đô thị, khu công nghiệp, khu chế xuất, chủ động chuẩn bị các điều kiện để dân cư được phân bổ tương ứng, phù hợp với sự phát triển kinh tế, xã hội, an ninh, quốc phòng của từng vùng và trong chiến lược tổng thể xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

#### *2.3.4. Phát triển mạng lưới và nâng cao chất lượng dịch vụ*

Theo Nghị quyết số 21, trong thời gian tới cần tiếp tục củng cố mạng lưới dịch vụ kế hoạch hóa gia đình. Phát triển mạng lưới cung cấp các dịch vụ tầm soát, chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh, sơ sinh, hỗ trợ sinh sản, tư vấn kiểm tra sức khỏe sinh sản trước hôn nhân. Tăng cường kết nối, hợp tác với các cơ sở cung cấp dịch vụ ngoài công lập. Đổi mới phương thức cung cấp, đưa dịch vụ tới tận người sử dụng; thúc đẩy cung cấp dịch vụ qua mạng.

Sắp xếp lại hệ thống các cơ sở bảo trợ xã hội công lập theo hướng đẩy mạnh xã hội hóa, tạo lập môi trường thân thiện, hòa nhập giữa các nhóm đối tượng và với xã hội. Phát triển mạnh hệ thống chuyên ngành lão khoa trong các cơ sở y tế. Khuyến khích mạnh mẽ phát triển các cơ sở chăm sóc người cao tuổi; cơ sở cung cấp các loại hình dịch vụ đáp ứng nhu cầu sinh hoạt, văn hóa, giải trí của người cao tuổi.

Ưu tiên đầu tư nguồn lực nhà nước, đồng thời huy động nguồn lực xã hội phát triển các cơ sở cung cấp các dịch vụ xã hội cơ bản bảo đảm các nhóm dân số đặc thù như trẻ em, người khuyết tật, người bị di chứng chiến

tranh, người cao tuổi, đồng bào dân tộc ít người, người di cư... đều thực sự bình đẳng về cơ hội tham gia, thụ hưởng thành quả phát triển.

Đẩy mạnh nghiên cứu về dân số và phát triển, nhất là các vấn đề mới, trọng tâm về cơ cấu, chất lượng, phân bố dân số và lồng ghép yếu tố dân số vào kế hoạch hóa phát triển của từng ngành, từng lĩnh vực. Tăng cường hợp tác giữa các cơ sở nghiên cứu khoa học trong và ngoài nước, phát triển mạng lưới nghiên cứu về dân số và phát triển.

#### *2.3.5. Bảo đảm nguồn lực cho công tác dân số*

Ưu tiên bố trí ngân sách nhà nước cho công tác dân số, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe, giáo dục đào tạo, văn hóa thể thao... nhằm nâng cao chất lượng dân số, đời sống mọi mặt của nhân dân, nhất là các đối tượng chính sách, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, vùng miền núi, biên giới, hải đảo.

Đẩy mạnh xã hội hóa, có chính sách khuyến khích các tổ chức, doanh nghiệp, cá nhân trong và ngoài nước đầu tư xây dựng các cơ sở, sản xuất, phân phối, cung cấp các phương tiện, dịch vụ trong lĩnh vực dân số.

Tiếp tục kiện toàn tổ chức bộ máy làm công tác dân số theo hướng tinh gọn, chuyên nghiệp, hiệu quả; bảo đảm sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy đảng, chính quyền địa phương, đồng thời thực hiện quản lý chuyên môn thống nhất. Có chính sách đãi ngộ thỏa đáng, nâng cao hiệu quả hoạt động của đội ngũ cộng tác viên ở thôn, bản, tổ dân phố.

Nghị quyết của Ban Chấp hành Trung ương Đảng cũng yêu cầu việc đẩy mạnh cải cách hành chính, tăng cường ứng dụng công

nghệ thông tin trong quản lý, cung cấp dịch vụ, tạo thuận lợi cho người dân. Chủ động, tích cực hội nhập, tăng cường hợp tác quốc tế trong lĩnh vực dân số. Tích cực tham gia các tổ chức, diễn đàn đa phương, song phương về dân số và phát triển. Tranh thủ sự đồng thuận,

hỗ trợ về tài chính, tri thức, kinh nghiệm và kỹ thuật của các nước, các tổ chức quốc tế. Tập trung nguồn lực để thực hiện các mục tiêu phát triển bền vững của Liên hợp quốc về dân số./.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nghị quyết 47 ngày 22/3/2005 của Bộ Chính trị khóa IX về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình
2. Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4/2014 - Tổng cục Thống kê.
3. Điều tra biến động dân số 2015 - Tổng cục Thống kê.
4. Kết luận số 119-KL/TW ngày 4/1/2016 của Ban Bí thư về việc “tiếp tục thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW của Bộ Chính trị khóa IX về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD”.
5. Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 về công tác dân số trong tình hình mới.

# LÒNG GHÉP BIẾN DÂN SỐ TRONG QUÁ TRÌNH LẬP KẾ HOẠCH PHÁT TRIỂN KINH TẾ - XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

ThS. Đoàn Thanh Tùng<sup>6</sup>

## Đặt vấn đề

Dân số và phát triển có mối quan hệ chặt chẽ. Lòng ghép các chỉ tiêu dân số vào công tác lập kế hoạch phát triển sẽ giúp khai thác những lợi thế của dân số cho sự phát triển bền vững và đảm bảo các chương trình phát triển thích ứng với những biến đổi dân số nhằm đáp ứng nhu cầu của các nhóm dân số trong hiện tại và cho cả thế hệ tương lai, thúc đẩy công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo thông qua tăng trưởng kinh tế bền vững trong bối cảnh phát triển bền vững. Nhận thức sâu sắc vấn đề này, Thủ tướng Chính phủ từ rất sớm đã ra chủ trương về việc lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát triển và coi đây là một công tác quan trọng trong việc hoạch định chính sách phát triển bền vững. Việc hướng dẫn lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát triển kinh tế nói chung và trong các lĩnh vực nghiên cứu bắt đầu được nhấn mạnh ngay từ năm 2000 với Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 147/2000/QĐ-TTg, ngày 22/10/2000 phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010. Tại Quyết định này, lần đầu tiên quan điểm lồng ghép yếu tố dân số vào quá trình hoạch định chính sách, lập kế hoạch phát triển đã được nêu ra. Đó là: “Đảm bảo lồng ghép có hiệu quả các yếu tố dân số vào quá trình hoạch định chính sách, lập kế hoạch phát triển nhằm điều chỉnh sự phát triển kinh tế-xã hội (KT-XH), phân bố dân cư phù hợp với sự thay đổi của dân số”.

Bài báo này phân tích tổng quan về thực trạng lồng ghép dân số vào kế hoạch phát triển tại Việt Nam và những khó khăn, bất cập trong việc lồng ghép dân số vào kế hoạch phát triển ở nước ta hiện nay.

**Từ khóa:** lòng ghép, biến dân số, kế hoạch, phát triển kinh tế- xã hội

## I. Thực trạng lồng ghép biến dân số trong quá trình lập kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở nước ta

### 1. Chỉ đạo ở cấp Chính phủ

Thủ tướng Chính phủ từ rất sớm đã ra chủ trương về việc lồng ghép biến dân số vào lập

kế hoạch phát triển và coi đây là một công tác quan trọng trong việc hoạch định chính sách phát triển bền vững. Việc hướng dẫn lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát

<sup>6</sup> Phó Trưởng ban Ban Phát triển nhân lực và xã hội - Viện Chiến lược và Phát triển, Bộ KH&ĐT

triển kinh tế nói chung và trong các lĩnh vực nghiên cứu bắt đầu được nhấn mạnh ngay từ năm 2000 với Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 147/2000/QĐ-TTg, ngày 22/10/2000 phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010. Tại Quyết định này, lần đầu tiên quan điểm lồng ghép yếu tố dân số vào quá trình hoạch định chính sách, lập kế hoạch phát triển đã được nêu ra. Đó là: “Đảm bảo lồng ghép có hiệu quả các yếu tố dân số vào quá trình hoạch định chính sách, lập kế hoạch phát triển nhằm điều chỉnh sự phát triển kinh tế-xã hội (KT-XH), phân bố dân cư phù hợp với sự thay đổi của dân số”. Quan điểm này tiếp tục được đưa thành Mục tiêu số 11 trong Quyết định số 2013/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 14/11/2011 phê duyệt Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 “Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở các cấp, các ngành”.

Đề cụ thể hóa quan điểm, định hướng này, ngay từ kế hoạch 5 năm giai đoạn 2006-2010, khâu lập kế hoạch và rõ rệt nhất ở khâu phân bổ ngân sách cho đầu tư đã được hướng dẫn theo những tiêu chí cụ thể, trong đó biến dân số là một trong những tiêu chí phân bổ chính. Giai đoạn 2006-2010, thực hiện theo hướng dẫn trong Quyết định 210/2006/QĐ-TTg về định mức phân bổ ngân sách chi đầu tư cho giai đoạn ổn định 2006- 2010 và tiếp tục được cập nhật trong Quyết định 60/2010/QĐ-TTg ngày 30/09/2012 quy định các nguyên tắc, tiêu chí và định mức phân bổ vốn đầu tư phát triển bằng nguồn ngân sách nhà nước giai

đoạn 2011 - 2015. Theo Quyết định 60, nguyên tắc xây dựng các tiêu chí và định mức phân bổ vốn có quy định: “... Bảo đảm tương quan hợp lý giữa việc phát triển các vùng kinh tế trọng điểm, các địa phương có số thu lớn, có điều tiết cao về ngân sách trung ương, với việc ưu tiên hỗ trợ các vùng miền núi, biên giới, hải đảo, vùng đồng bào dân tộc và các vùng khó khăn khác để góp phần thu hẹp dần khoảng cách về trình độ phát triển kinh tế, thu nhập và mức sống của dân cư giữa các vùng miền trong cả nước”. Đáng lưu ý ở phần Các tiêu chí phân bổ vốn, có quy định: các tiêu chí phân bổ vốn đầu tư phát triển trong cân đối (không bao gồm đầu tư từ thu sử dụng đất) cho các địa phương gồm 5 nhóm, trong đó: “Tiêu chí dân số, gồm: số dân trung bình và số người dân tộc thiểu số của các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Tiêu chí về trình độ phát triển, gồm: tỷ lệ hộ nghèo...”.

Khi triển khai thí điểm xây dựng kế hoạch trung hạn 3 năm, Chỉ thị số 19/CT-TTg ngày 18/06/2012 về việc xây dựng kế hoạch phát triển (KHPT) KT-XH, dự toán ngân sách nhà nước (NSNN) năm 2013 và Kế hoạch đầu tư từ NSNN 3 năm (2013-2015) tuy không đề cập nhiều song cũng nêu yêu cầu phải chú ý cân đối đầu tư cho các khu vực đông dân cư.

Để hỗ trợ cho công tác điều hành nói chung, QĐ số 43/2010/QĐ-TTg ngày 2/6/2010 của Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Hệ thống chỉ tiêu thống kê quốc gia với 350 chỉ số thống kê chung, trong đó có 18 chỉ số liên quan trực tiếp đến thông tin dân số và rất nhiều chỉ tiêu, chỉ số trong từng lĩnh vực y tế và chăm sóc sức khỏe (22 chỉ số), giáo dục đào tạo (30 chỉ số) hay lao động, việc làm và mức sống dân cư (37 chỉ số) đều phải căn cứ vào biến số, dữ liệu dân số. Thông tư của

Bộ trưởng Bộ Kế hoạch và Đầu tư (KH&ĐT) số 02/2011/TT-BKHĐT ngày 10/01/2011 đã tiếp tục hướng dẫn, quy định nội dung hệ thống chỉ tiêu thống kê chi tiết tới cấp tỉnh, huyện, xã.

Hàng năm, theo những định hướng như vừa nêu trên, Thủ tướng ban hành Chỉ thị hướng dẫn lập kế hoạch cho năm tiếp theo, sau đó Bộ KH&ĐT có công văn hướng dẫn chi tiết, các Bộ ban ngành và tỉnh tương ứng cũng có các văn bản hướng dẫn riêng của mình. Qua rà soát các văn bản của trung ương cũng như của ngành, đặc điểm chung của các văn bản này là đều hướng dẫn việc đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch giai đoạn trước theo các chỉ tiêu đã dự kiến, đồng thời dự kiến các chỉ tiêu cụ thể hoặc chỉ định hướng chỉ số tham khảo cho giai đoạn tiếp theo. Trong số các chỉ tiêu, chỉ số này luôn có một tỷ lệ đáng kể các chỉ tiêu, chỉ số gắn với các biến dân số như sẽ tiếp tục phân tích trong các phần tiếp theo. Tuy nhiên, điểm được lưu ý nổi bật chính là các hướng dẫn vẫn còn thiếu cụ thể - chỉ nêu đích cần tới mà chưa thực sự làm rõ được quy trình, cách thức lập kế hoạch sao cho thực hiện được những yêu cầu như vậy.

## **2. Tổ chức thực hiện ở một số Bộ, ngành chính**

### **2.1. Bộ Kế hoạch và Đầu tư**

Một nhận định khá phổ biến là chu trình kế hoạch hóa đang trong xu thế đổi mới. Mặc dù còn chậm nhưng thực tế là ở các cấp, các đơn vị đều nắm rõ các yêu cầu quan trọng nhất của bản KHPT KT-XH gồm số liệu thống kê, phân bổ nguồn lực và bộ chỉ tiêu. Do vậy, việc lồng ghép dân số vào KHPT tốt đến đâu phải được thể hiện rõ ở tất cả các khía

chạm này. Tuy nhiên còn một số điểm đáng lưu ý như sau:

- Trong các hướng dẫn xây dựng kế hoạch, bộ chỉ tiêu chủ yếu của KHPT KT-XH quốc gia do Quốc hội quyết định dựa trên thông tin, đề xuất của các Bộ chuyên ngành. Bộ KH&ĐT nhận chỉ tiêu do Quốc hội giao. Như vậy các Bộ chuyên ngành chính là một kênh để định hướng công tác lập kế hoạch thông qua chỉ tiêu.
- Hệ thống chỉ tiêu chung trong các quy định còn chậm thay đổi - có những chỉ tiêu không còn phù hợp với nhu cầu thực tế và khả năng thu thập, không phản ánh được bản chất phát triển (như số người tập thể dục thể thao, số thư viện ở nông thôn...), trong khi một số yêu cầu mới muốn đưa thành chỉ số vẫn chưa được bổ sung (như phân tách giới trong đào tạo nghề, việc làm...).
- Quy định về bộ chỉ số và dữ liệu thống kê: Cơ quan Thống kê chỉ có thể triển khai và cung cấp dữ liệu theo hệ thống sẵn có. Việc ban hành Quyết định 43 và Thông tư 02 về Hệ thống chỉ tiêu (chỉ số) quốc gia mới đang từng bước áp dụng nhưng chưa đến đích. Do đó cán bộ trong ngành KH&ĐT lập kế hoạch, đặt chỉ tiêu chủ yếu theo phương pháp chuyên gia (kinh nghiệm), còn thiếu thông tin cập nhật để phân tích theo các chỉ số cần thiết. Ngoài ra, ngay trong các bộ chỉ tiêu theo các văn bản, quy định cũng còn một số điểm bất cập có thể tham khảo như:
  - + Một số chỉ số còn gây tranh cãi về khái niệm và cách thu thập (ví dụ - số lao động được giải quyết việc làm mới, số

lao động đang làm việc trong nền kinh tế quốc dân).

- + Có tình trạng các Bộ ngành lựa chọn, đưa ra một số chỉ số mà không có căn cứ về cơ sở dữ liệu hoặc không thể thu thập được. Ví dụ trong bộ chỉ số về phát triển giới có 150 chỉ số, trong đó 2/3 là không thể thu thập được (ví dụ - chỉ số tỷ lệ hộ gia đình có chủ hộ là nữ được vay tín dụng) hay Bộ tiêu chí xã phường phù hợp với trẻ em (25 chỉ số) có chỉ số điểm vui chơi giải trí cho trẻ em rất khó đo vì không có chuẩn về “điểm vui chơi giải trí cho trẻ em”.
- Con số thống kê phản ánh thực trạng đã từng bước có tính thuyết phục hơn và cũng được coi trọng hơn trong xây dựng kế hoạch. Trong 3 năm gần đây, Bộ KH&ĐT đã thực sự sử dụng số liệu thống kê làm căn cứ cho kế hoạch. Phía quản lý nhà nước thể hiện mong muốn điều hành khoa học dựa trên số liệu thống kê. Tuy vậy, các kết quả điều tra chuyên ngành còn ít được sử dụng (một phần do nội dung điều tra chưa hẳn trùng vào cái đang cần, hoặc thời điểm cần – ví dụ các điều tra về lao động việc làm, về các biến dân số...)
- Việc phân bổ ngân sách đã có tính đến biến dân số (như tổng số dân, số hộ nghèo...) nhưng chưa đầy đủ, chưa sâu. Bộ KH&ĐT đang trình Chính phủ bộ tiêu chí phân bổ nguồn lực. Quan trọng là ưu tiên cho đối tượng nào trong tổng dân số khi ngân sách chỉ có giới hạn. Nguồn vốn tập trung (1) cho Bộ ngành được phân bổ theo nhiệm vụ ưu tiên của từng ngành chứ không hẳn theo biến dân số; nguồn vốn trái phiếu (2) ưu tiên cho các địa phương khó khăn và được

thể hiện rõ hơn ở ngân sách phân bổ theo ngành ở địa phương; nguồn hỗ trợ của trung ương cho đầu tư phát triển ở địa phương (3) - theo Quyết định 60 - 2009 - đã có tính đến tổng số dân, số hộ nghèo; và nguồn vốn ODA (4) - theo văn bản... về định hướng thu hút và sử dụng vốn ODA - hiện vẫn còn khá chung chung, nên được phân tích sâu hơn để có thể gắn với biến dân số.

- Công tác đổi mới quy trình lập kế hoạch phát triển KT-XH nói chung và cho việc lồng ghép biến dân số vào chu trình kế hoạch hóa nói riêng đã tạo ra đồng thời nhiều phương thức thí điểm, văn bản hướng dẫn, tham khảo trong khuôn khổ một số dự án thí điểm, một số tài liệu, công cụ kỹ thuật của các dự án theo các nhà tài trợ khác nhau. Liên quan đến biến dân số, đóng góp của 2 pha đầu tiên của dự án do UNFPA hỗ trợ (tính từ 1997 - 2004) đã phần nào giúp các khái niệm đã rõ ràng hơn. Một số kiến thức, phần mềm đã được cung cấp từ hỗ trợ của các chuyên gia quốc tế. Với tài sản là cơ sở dữ liệu về các biến dân số và bộ tài liệu về lồng ghép biến dân số của dự án được đánh giá cao, các hoạt động lồng ghép tiếp theo nên phát huy những sản phẩm này, đồng thời tham khảo kết quả của các dự án và nhà tài trợ khác. Góp ý chính cho các pha trước chính là việc mới chủ yếu tập trung vào công cụ, kỹ thuật mà chưa đề cập tới thể chế của việc lồng ghép biến dân số.
- Quy trình ban hành các chính sách, văn bản quy phạm pháp luật, kế hoạch... cũng là một phát hiện thông qua nghiên cứu này bởi hầu hết các quy định, văn bản hướng



dẫn về lập kế hoạch chủ yếu mới chỉ đi theo quy trình thẩm định về mặt pháp lý mà chưa có thẩm định về mặt xã hội: chưa có chuẩn để kết luận về mức độ lồng ghép các yếu tố xã hội (bao gồm lồng ghép dân số) trong các văn bản, kế hoạch... Đây là một khoảng trống có thể can thiệp để nâng cao yêu cầu lồng ghép ngay từ khâu đầu tiên.

## 2.2. Ngành Y tế

Là một ngành gắn chặt với nhóm đối tượng người dân, hầu hết các chỉ tiêu của ngành Y tế đều gắn chặt với yếu tố dân số. Các văn bản chỉ đạo từ trung ương đến địa phương bám sát các chỉ tiêu gắn với dân số.

- Qua rà soát các văn bản, quy định ở trung ương như Quyết định số: 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/06/2006 của TTg CP phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020; Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 09/11/2006 của TTg CP về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020; Quyết định số 226/QĐ-TTg ngày 22/2/2012 của TTg CP phê duyệt Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn đến năm 2030; Quyết định 40/2006/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 25/12/2006 ban hành hệ thống chỉ tiêu thống kê ngành y tế với gần 300 chỉ số có thể khẳng định bộ chỉ số hiện nay của ngành Y tế được tính toán gắn chặt với yếu tố dân số...
- Tương tự, công văn hướng dẫn xây dựng KH phát triển sự nghiệp Y tế, dự toán ngân

sách nhà nước hàng năm của Bộ Y tế (Công văn số 4126/2011 hướng dẫn lập kế hoạch năm 2012 gửi các Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các đơn vị hành chính, sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế đều nhấn mạnh một số nội dung cần phân tích, đánh giá để xây dựng kế hoạch là yếu tố dân số (các chỉ số liên quan đến dân số: dân số trung bình, tỷ lệ tăng dân số tự nhiên, tuổi thọ trung bình, tỷ số giới tính, đô thị hóa, di cư... Nhưng trên thực tế như sẽ phân tích dưới đây, thời gian để các đơn vị làm kế hoạch quá ngắn, không đủ thời gian để phân tích số liệu được kỹ càng.

Một hạn chế thường được cán bộ địa phương đề cập là hướng dẫn cụ thể từ trung ương để xây dựng kế hoạch, nhất là lồng ghép thông tin dân số còn ít. Điều này cũng đã được thể hiện với nhóm cán bộ ngành Y tế có tỷ lệ cao nhất trong các nhóm cán bộ nhận xét các văn bản hướng dẫn chưa đầy đủ. Ngoài ra, ý kiến từ thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu đều nhấn mạnh các hướng dẫn xây dựng kế hoạch thường không kèm theo dự báo về dân số. Ví dụ khi xây dựng kế hoạch cho năm 2014, phải nộp về Trung ương vào ngày 18/7/2013 nhưng số liệu thống kê đến tháng 7/2013 cũng chỉ mới có số liệu thống kê cho thời điểm 1/4/2012, như vậy thậm chí chưa có số ước của năm 2013 chứ không thể có số của 2014- chậm 1 năm đến 1,5 năm).

## 2.3. Ngành Giáo dục và Đào tạo

Ở tầm vĩ mô, quy trình lập kế hoạch 5 năm và hàng năm của ngành Giáo dục và Đào tạo (GD&ĐT) về cơ bản cũng tương tự các ngành khác- tuân theo nguyên tắc định

hướng từ trên xuống (từ chỉ thị của Thủ tướng Chính phủ, khung hướng dẫn của Bộ KH&ĐT và dự toán ngân sách của Bộ Tài chính và văn bản hướng dẫn về xây dựng kế hoạch phát triển GD&ĐT của Bộ GD&ĐT). Tuy nhiên, do đặc thù yếu tố thời gian (năm học khác năm tài chính) cũng như nhóm đối tượng mục tiêu, phân tích quy trình và hệ thống văn bản hướng dẫn lập kế hoạch trong ngành GD&ĐT đã ghi nhận một số phát hiện như sau:

- Quy trình xây dựng kế hoạch của ngành GD&ĐT đang được chuyển hướng, thực hiện sớm hơn để kịp tiến độ kết thúc năm học. Khi xây dựng kế hoạch phát triển ngành năm 2014, ngay từ tháng 5/2013, Bộ GD&ĐT đã chủ động hướng dẫn các Sở xây dựng kế hoạch năm 2014 trước mốc thời gian 25/6/2013 có Chỉ thị số 13/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành về việc xây dựng kế hoạch phát triển KT-XH và dự toán NSNN năm 2014.
- Các định hướng, căn cứ để xây dựng kế hoạch phát triển sự nghiệp GD&ĐT dựa trên một số văn bản, hướng dẫn như sau: Định hướng phát triển GD&ĐT theo Quyết định số 711/QĐ-TTg ngày 13/6/2012 phê duyệt Chiến lược phát triển giáo dục 2011-2020; Quyết định 59/2010/QĐ-TTg ban hành định mức phân bổ dự toán chi thường xuyên ngân sách nhà nước năm 2011, trong đó có định mức phân bổ chi sự nghiệp GD&ĐT đối với các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương theo tiêu chí dân số; Thông tư liên tịch 35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV - Hướng dẫn định mức biên chế viên chức ở các cơ sở giáo dục phổ thông công lập,

tính số giáo viên và cán bộ quản lý giáo dục theo số lớp, số học sinh dự kiến và đặc thù vùng, miền; Các nghị quyết của Đảng, Quốc hội, quyết định, chỉ thị của Thủ tướng Chính phủ về GD & ĐT, về phát triển KT-XH các vùng; Kết luận số 51-KL-TW ngày 29/10/2012 của Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành TW (khóa XI) về đề án “Đổi mới căn bản, toàn diện GD & ĐT, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa trong điều kiện kinh tế thị trường định hướng XHCN và hội nhập quốc tế”.

- Hệ thống chỉ tiêu, chỉ số của ngành được xây dựng và cập nhật hàng năm theo qui định của Bộ Giáo dục và Đào tạo, nguồn số liệu thống kê về dân số dựa trên căn cứ sau:
  - + Số liệu của Tổng cục Thống kê (được coi là số gốc) về dân số (Tổng điều tra dân số 10 năm, điều tra bổ sung giữa kỳ 5 năm và dân số trung bình hàng năm). Trên thực tế việc sử dụng thông tin dân số cũng được phân thành 2 loại:
    - \* Đối với các chương trình, đề án, dự án lớn của ngành thường căn cứ vào số liệu của thống kê để lập kế hoạch. Tuy thông tin dân số trong qui trình lập kế hoạch được các bên tham gia khảo sát của ngành đánh giá cao, nhưng mức độ sử dụng thông tin dân số chính thức trên thực tế của ngành chỉ ở mức trung bình; lý do là số liệu của thống kê chưa đầy đủ, chưa chi tiết và chính xác như số người trong độ tuổi đi học phân theo tuổi các cấp học từ 3 - 5 tuổi (mẫu giáo), 6 - 10 tuổi (tiểu học); 11 - 14 tuổi trung học cơ sở;

- \* Với kế hoạch phát triển ngành hàng năm phải lấy số liệu thống kê hoặc điều tra thực tế của ngành để xây dựng chỉ tiêu kế hoạch. Công tác thống kê, điều tra và thu thập hàng năm thông qua các trường học, cấp cơ sở, hộ gia đình và được các cấp ở địa phương. Mặc dù vậy, số liệu của ngành tự điều tra có những hạn chế nhất định do có quá nhiều người từ các địa phương tham gia thu thập nên độ chính xác chưa cao. Hiện còn thiếu các văn bản hướng dẫn thống nhất về phương pháp thu thập số liệu và phương pháp tính toán dự báo thông tin dân số.
- + Ngành GD&ĐT có niên giám thống kê của ngành. Ngoài ra, để hỗ trợ cho công tác xây dựng kế hoạch phát triển sự nghiệp giáo dục được khả thi và hiệu quả, một số văn bản liên quan đến công tác lập kế hoạch tuy không mang tính pháp lý nhưng đã được Bộ khuyến khích sử dụng để nâng cao chất lượng của công tác kế hoạch hóa như: Sổ tay lập kế hoạch dựa trên kết quả, kế hoạch hóa trong quản lý giáo dục và đặc biệt là Sổ tay lập kế hoạch cấp tỉnh của dự án BCEP với phần mềm VANPRO, dựa khá nhiều vào các dự báo dân số theo độ tuổi. Tuy nhiên, ngay cả phần mềm VANPRO chỉ sau chưa đầy 5 năm thực hiện đã xuất hiện một số khó khăn bởi phần dự tính dân số hầu như không còn phù hợp với biến động trên thực tế.

#### 2.4. Ngành Lao động, Thương binh và Xã hội

Tương tự các ngành khác, quy trình xây dựng kế hoạch phát triển KT-XH 5 năm và

hàng năm nói chung và của ngành Lao động, Thương binh và Xã hội (LĐTBXH) nói riêng cho đến nay về cơ bản vẫn làm theo cách truyền thống hướng dẫn từ trên xuống.

Về dài hạn, các định hướng hiện nay bao gồm một số Khung pháp lý như Chiến lược việc làm 2011-2020; Chiến lược phát triển Dạy nghề thời kỳ 2011 – 2020, Quyết định 1364/QĐ-LĐTBXH, 02/10/2012 phê duyệt Quy hoạch mạng lưới cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2012-2020; Quyết định số 1019/QĐ-TTg ngày 5/8/2012 phê duyệt Đề án Trợ giúp người khuyết tật giai đoạn 2012 – 2020; Công văn số 2180/LĐTBXH-KHTC về việc xây dựng kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm 2011-2015; ... Các mục tiêu của các chiến lược đều phần nào thể hiện các tính toán gắn theo nhóm đối tượng - ví dụ dạy nghề gắn với cầu lao động, việc làm trong mối quan hệ tương tác với nhau và theo sát định hướng phát triển của dân số (theo ước tính trong 10 năm tới dân số Việt Nam có thêm 9,6 triệu) hay các cơ sở bảo trợ xã hội gắn với dự tính số đối tượng theo vùng miền. Tuy nhiên, trong các tính toán này chưa thấy thể hiện rõ các yếu tố khác như các đặc điểm khác nhau của các nhóm độ tuổi, giới tính.

- Tham khảo quy trình xây dựng kế hoạch năm 2014, các văn bản quy định như sau: Sau khi có Chỉ thị số 13/CT-TTg ngày 25/6/2013 về việc xây dựng kế hoạch phát triển KT-XH và dự toán NSNN năm 2014, Văn bản số 4480/BKHĐT-TH về hướng dẫn xây dựng kế hoạch phát triển KT-XH năm 2014 gửi các Bộ, ngành và 63 tỉnh, thành và Thông tư số 90/2013/TT-BTC hướng dẫn xây dựng dự toán NSNN năm

2014 cho các Bộ, ngành và các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương vào ngày 28/6/2013, Bộ LĐTBXH cùng một lúc ban hành 2 công văn hướng dẫn xây dựng kế hoạch phát triển KT-XH năm 2014 gửi các Sở LĐTBXH và các đơn vị trong ngành, gồm: Công văn số 2364/LĐTBXH-KHTC ngày 28/6/2013 của Bộ LĐTBXH gửi các Sở LĐTBXH tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương; Công văn số 2365/LĐTBXH-KHTC ngày 28/6/2013 của Bộ LĐTBXH gửi các đơn vị thuộc Bộ.

- Hệ thống chỉ tiêu thống kê làm căn cứ xây dựng chỉ tiêu kế hoạch phát triển KT-XH và của ngành, căn cứ vào các văn bản pháp lý chung gồm:
  - + Quyết định số 43/2010/QĐ-TTg ngày 02/5/2010 của Thủ tướng Chính phủ về ban hành hệ thống chỉ tiêu quốc gia.
  - + Thông tư số 02/2011/TT-BKHĐT ngày 10/01/2011 của Bộ KH&ĐT qui định nội dung hệ thống chỉ tiêu quốc gia: danh mục và nội dung hệ thống chỉ tiêu thống kê cấp tỉnh, huyện, xã.
  - + Trên cơ sở hệ thống chỉ tiêu quốc gia ban hành theo quyết định 43/2010/QĐ-TTg, Bộ LĐTBXH đã có Thông tư số 30/2011-TT-BLĐTBXH ban hành hệ thống chỉ tiêu thống kê của ngành với 812 chỉ tiêu/chỉ số, trong đó có hơn 60 chỉ số, chỉ tiêu liên quan trực tiếp đến biến dân số.
  - + Trong một số trường hợp đặc biệt, Bộ đã quy định hệ thống dữ liệu riêng, ví dụ đối với lĩnh vực dạy nghề, Quyết định 1582/QĐ-LĐTBXH ngày 02/12/2011 của Bộ LĐTBXH đã ban

hành một số chỉ tiêu giám sát, đánh giá thực hiện Đề án đào tạo nghề cho lao động ở nông thôn đến năm 2012 theo Quyết định 1956/QĐ-TTg.

- + Nhưng hiện có một vấn đề cần lưu ý là khái niệm một số chỉ tiêu/chỉ số chưa được thống nhất, phù hợp và/hoặc khó thu thập số liệu như “tạo việc làm mới”, tỷ lệ lao động qua đào tạo . . .
- Nhận xét về tầm quan trọng của sử dụng thông tin dân số trong chu trình lập kế hoạch của ngành, khảo sát ở Bộ cho thấy đánh giá ở mức rất cao vì đối với ngành LĐTBXH phần lớn chỉ tiêu, chỉ số kế hoạch đều liên quan trực tiếp đến con người, đến dân số. Vì vậy, biến dân số là gốc để tính toán xây dựng chỉ tiêu kế hoạch. Mặc dù vậy, khi tự đánh giá về mức độ sử dụng thông tin dân số cho chu trình lập kế hoạch lại chỉ cho kết quả ở mức trung bình bởi các lý do:
  - + Số liệu thống kê về dân số hàng năm thường công bố chậm hơn so với thời điểm xây dựng kế hoạch trong khi đặc thù của ngành đòi hỏi nhiều chỉ tiêu kế hoạch phải xuất phát từ điều tra thực tế (bảo trợ xã hội, giảm nghèo, cung - cầu lao động, người có công...).
  - + Về mặt thể chế, từ trước đến nay chưa có văn bản nào của cơ quan kế hoạch hướng dẫn việc lồng ghép biến dân số vào việc xây dựng chỉ tiêu kế hoạch. Trong khung pháp lý xây dựng kế hoạch năm 2014 nêu trên cũng không có văn bản hoặc nội dung nào đề cập đến yêu cầu và đặc biệt càng không có hướng dẫn cách lồng ghép biến dân số một cách cụ thể.

- + Việc lồng ghép các kết quả phát triển liên quan đến biến dân số trong bộ chỉ tiêu chủ yếu của ngành LĐTBXH còn hạn chế. Ví dụ: Giai đoạn 2011 – 2015 theo chỉ tiêu đào tạo của Bộ GD&ĐT, dân số vào độ tuổi lao động có xu hướng giảm vì vậy chỉ tiêu kế hoạch tạo việc làm lẽ ra phải giảm (chưa kể năm 2013 nền kinh tế có những khó khăn nhất định) nhưng chỉ tiêu này vẫn được xây dựng ở mức cao.
- + Hiện nay, khi đánh giá kết quả thực hiện kế hoạch của ngành, hàng năm, 5 năm, ngành vẫn chỉ tập trung vào 3 chỉ tiêu quan trọng do Quốc hội thông qua là giải quyết việc làm cho người lao động, tỷ lệ giảm nghèo và tỷ lệ lao động qua đào tạo.
- Nguồn thông tin dữ liệu về dân số để xây dựng chỉ tiêu kế hoạch của ngành chủ yếu lấy từ Tổng cục Thống kê (thông qua niên giám) và nguồn do ngành lao động tổ chức điều tra cập nhật, nguồn của Tổng cục Dân số hầu như không sử dụng.
- Căn cứ để quyết định phân bổ ngân sách của ngành nhìn chung theo chế độ định mức chung, qui định như chi thường xuyên, chi cho các chương trình mục tiêu quốc gia, trong đó khoản chi lớn và chủ yếu của ngành là chi cho người có công (khoảng 1,4 triệu người hưởng trợ cấp thường xuyên), đối tượng được chi trực tiếp và theo danh sách từng người.

### 3. Cấp địa phương

Ở hầu hết các tỉnh chưa có hướng dẫn quy trình lập KH PT KT-XH riêng, về cơ bản theo

quy trình truyền thống, việc xây dựng các yêu cầu hay hướng dẫn lồng ghép biến dân số vào kế hoạch phát triển lại càng chưa có nhiều các quy định cụ thể, chủ yếu theo hướng triển khai của trung ương.

Trách nhiệm làm KHPT mặc nhiên được coi là nhiệm vụ của Phòng Tổng hợp, Phòng Văn xã (Sở KH&ĐT), bộ phận tổng hợp kế hoạch (của các Sở), Phòng Tài chính -Kế hoạch cấp huyện. Các bộ phận chuyên môn chưa tham gia nhiều, thậm chí ít quan tâm tới công tác lập kế hoạch của đơn vị mà chỉ chú ý phần dự toán ngân sách. Ngay ở các Sở KH&ĐT, chỉ có các Phòng Tổng hợp, Phòng Văn xã tiếp cận với các biến dân số. Các bộ phận khác (như xây dựng cơ bản, kinh tế đối ngoại, đăng ký kinh doanh...) thường không để ý đến biến dân số và đưa vào lập kế hoạch.

Sau khi có Quyết định 60/2010/QĐ-TTg ngày 30/09/2012 quy định các nguyên tắc, tiêu chí và định mức phân bổ vốn đầu tư phát triển bằng nguồn ngân sách nhà nước giai đoạn 2011 - 2015, hầu hết các tỉnh đều ban hành các văn bản tương tự nhằm phân bổ ngân sách tỉnh/thành phố cho các huyện dựa trên một số tiêu chí, trong đó dân số là một ưu tiên hàng đầu.

## 4. Đánh giá chung về môi trường pháp lý và hệ thống cơ sở dữ liệu đáp ứng yêu cầu lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát triển

### 4.1. Về môi trường pháp luật

Nhìn chung, môi trường pháp luật về lồng ghép dân số trong công tác lập KHPT KT-XH nói chung và KHPT của các ngành liên quan nói riêng đã cơ bản được quan tâm và chỉ đạo sát. Hệ thống văn bản hướng dẫn lập kế hoạch

đã đi theo chu kỳ khá đều- gồm hướng dẫn 5 năm và hàng năm và đang thử nghiệm cho lập kế hoạch trung hạn 3 năm. Các văn bản tập trung nêu bộ chỉ tiêu chủ yếu và đã bắt đầu có dấu hiệu mở rộng các chỉ tiêu xã hội. Tuy nhiên, việc gắn kết của các chỉ tiêu này với thông tin dân số như thế nào là hoàn toàn chưa rõ ràng, chưa có cơ sở chứng minh và tương ứng, hướng dẫn để các địa phương, các ngành thực hiện lồng ghép thông tin dân số là điều còn khá mới mẻ. Ở cấp địa phương, các Sở ngành có liên quan đã bám sát hướng dẫn của Trung ương để tiếp tục chỉ đạo cho địa phương. Đầu mối liên kết ngang cho các ngành trong tỉnh chính là thông qua hướng dẫn lập kế hoạch với bộ chỉ tiêu chủ yếu và về dài hạn có thêm các hướng dẫn, định mức phân bổ kinh phí đầu tư từ tỉnh.

#### *4.2. Về hệ thống dữ liệu hiện tại và yêu cầu lồng ghép dữ liệu dân số vào kế hoạch*

- Cấp Trung ương là cấp đề xuất chỉ tiêu và phân bổ ngân sách cho các địa phương (đặc biệt là các chương trình mục tiêu quốc gia), nên thường sử dụng thông tin dân số các tỉnh, các huyện miền núi, vùng sâu, vùng xa, dân tộc. Trong thực tế đã có sử dụng biến dân số, tuy nhiên chưa có phương pháp khoa học, bài bản để phổ biến và hướng dẫn các địa phương để thực hiện. Để triển khai lồng ghép dữ liệu dân số vào lập kế hoạch, nguồn dữ liệu là yếu tố cần lưu ý nhất trước mắt. Cần lựa chọn một số chỉ số, chỉ tiêu quan trọng nhưng có đủ dữ liệu để triển khai.
- Hầu hết các ngành đều có hệ thống thống kê riêng, trong đó đặc biệt ngành Y tế có hệ thống cơ sở dữ liệu của dân số (được hình thành và duy trì nhiều năm nay trên

cơ sở hỗ trợ của Chương trình mục tiêu quốc gia về dân số) có nhiều số liệu chi tiết về dân số, được nối mạng từ Trung ương đến cấp tỉnh, cấp huyện và hiện nay đang triển khai ở một số xã nhưng lại vẫn rất hạn chế để gắn kết và đưa vào hệ thống chính thống của thống kê.

## **II. Những bất cập, thách thức trong việc lồng ghép biến dân số trong quá trình lập kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở nước ta**

Qua thực tiễn triển khai nghiên cứu quá trình lồng ghép biến dân số vào các chu trình lập kế hoạch, có thể nhận thấy vẫn còn tồn tại một số vấn đề bất cập và thách thức như sau:

- Hiện nay chưa thực sự có chuẩn về yêu cầu lồng ghép biến dân số trong KHPT KT-XH các cấp cũng như trong các ngành được lựa chọn. Bộ tài liệu hướng dẫn của Quỹ Dân số Liên Hợp quốc (UNFPA) đã được triển khai từ nhiều năm trước và khi đó cũng mới chỉ là một bộ tài liệu kỹ thuật đơn thuần, chưa trở thành bộ tài liệu của hướng dẫn của các Bộ, ngành.
- Chưa có quy định về một “quy trình chuẩn” cho công tác lập KHPT KT-XH, cũng như KHPT ngành. Các khái niệm về lập kế hoạch gắn với kết quả, dựa trên bằng chứng thực tế còn mới mẻ. Do vậy, các trao đổi về việc lồng ghép biến dân số còn thiếu một cơ sở vững vàng, đã được kiểm nghiệm chứng minh hiệu quả về quy trình lập kế hoạch.
- Hệ thống văn bản quy định đã sẵn có như thiếu quy định và hướng dẫn cụ thể cần lồng ghép thông tin dân số nào.

- Hệ thống bộ máy tổ chức đều đầy đủ vị trí lập kế hoạch nhưng hiện cán bộ lập kế hoạch mang tính chất tổng hợp là chính, chất lượng phụ thuộc cán bộ ngành/bộ phận chuyên môn.
- Đội ngũ cán bộ đủ ở các vị trí nhưng mỏng dần. Nhận thức cao về lồng ghép nhưng chưa có năng lực sử dụng thông tin dân số, nhất là ở khâu xây dựng chỉ tiêu, phân bổ ngân sách còn khá thiếu.
- Mức độ sử dụng biến dân số trong lập kế hoạch còn khá hạn chế- chủ yếu tổng dân số, chưa chú ý cơ cấu dân số theo các nhóm khác nhau, hay thông tin về việc nhập cư và xuất cư.
- Tần suất sử dụng mới tập trung nhiều giai đoạn hàng năm, chưa sử dụng nhiều cho kế hoạch 5 năm.
- Nguồn dữ liệu, số liệu về thông tin dân số cần được nâng cao chất lượng để đảm bảo kịp thời, chính xác, cập nhật.

### III. Kết luận

Dân số và phát triển có mối quan hệ chặt chẽ. Lồng ghép các chỉ tiêu dân số vào công

tác lập kế hoạch phát triển sẽ giúp khai thác những lợi thế của dân số cho sự phát triển bền vững và đảm bảo các chương trình phát triển thích ứng với những biến đổi dân số, nhằm đáp ứng nhu cầu của các nhóm dân số trong hiện tại và cho cả thế hệ tương lai, thúc đẩy công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo thông qua tăng trưởng kinh tế bền vững trong bối cảnh phát triển bền vững. Việt Nam đã trở thành quốc gia có thu nhập trung bình vào năm 2010 và tiếp tục duy trì các mức tăng trưởng một cách ấn tượng, chính vì vậy, năm 2015 Việt Nam đã đạt được các Mục tiêu phát triển thiên niên kỷ. Tuy nhiên, chúng ta vẫn thấy sự khác biệt rõ rệt giữa khu vực thành thị và nông thôn, giữa các vùng địa lý và các vùng dân số. Chính vì vậy cần có thêm nhiều nỗ lực hơn nữa để đảm bảo rằng tất cả các nhà hoạch định chính sách hiểu một cách đầy đủ về tầm quan trọng của việc lồng ghép các biến dân số vào lập kế hoạch phát triển và việc lồng ghép này cần được thực hiện như một yêu cầu không thể thiếu được trong việc xây dựng chính sách và kế hoạch ở cấp trung ương và địa phương./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/06/2006 của TTg CP phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020.
2. Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 09/11/2006 của TTg CP về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020.
3. Quyết định số 226/QĐ-TTg ngày 22/2/2012 của TTg CP phê duyệt Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011 – 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
4. Quyết định 40/2006/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 25/12/ 2006 ban hành hệ thống chỉ tiêu thống kê ngành Y tế.
5. Chỉ thị số 13/CT-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành về việc xây dựng kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và dự toán ngân sách nhà nước năm 2014.
6. Quyết định số 711/QĐ-TTg ngày 13/6/2012 phê duyệt Chiến lược phát triển giáo dục 2011-2020.
7. Quyết định 59/2010/QĐ-TTg ban hành định mức phân bổ dự toán chi thường xuyên ngân sách nhà nước năm 2011, trong đó có định mức phân bổ chi sự nghiệp giáo dục – đào tạo đối với các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương theo tiêu chí dân số.
8. Thông tư liên tịch 35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV - Hướng dẫn định mức biên chế viên chức ở các cơ sở giáo dục phổ thông công lập, tính số giáo viên và cán bộ quản lý giáo dục theo số lớp, số học sinh dự kiến và đặc thù vùng, miền.
9. Kết luận số 51-KL-TW ngày 29/10/2012 của Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành TW (khóa XI) về đề án “Đổi mới căn bản, toàn diện GD & ĐT, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa trong điều kiện kinh tế thị trường định hướng XHCN và hội nhập quốc tế”.
10. Quyết định 1364/QĐ-LĐTBXH, 02/10/2012 phê duyệt Quy hoạch mạng lưới cơ sở bảo trợ xã hội chăm sóc và phục hồi chức năng cho người tâm thần, rối nhiễu tâm trí dựa vào cộng đồng giai đoạn 2012-2020;
11. Quyết định số 1019/QĐ-TTg ngày 5/8/2012 phê duyệt Đề án Trợ giúp người khuyết tật giai đoạn 2012 - 2020.



# THỰC TRẠNG MỨC SINH Ở VIỆT NAM, KHÓ KHĂN, BẤT CẬP VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP TRONG THỜI GIAN TỚI

ThS. Nguyễn Văn Hùng<sup>7</sup>

## Tóm tắt

Sau hơn 10 năm thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 23/3/2005 của Bộ Chính trị khóa XI về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hóa gia đình (DS- KHHGD), công tác DS- KHHGD đã đạt được kết quả quan trọng, cơ bản đạt được các mục tiêu đã đề ra. Hiện nay, Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế và liên tục giữ vững tổng tỷ suất sinh (TFR – số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ) ở mức dưới 2,1 con trong vòng 10 năm qua. Tuy nhiên, mức sinh còn có sự khác biệt lớn giữa các vùng miền, giữa các địa phương, giữa nông thôn và thành thị. Để giải quyết bất cập này, công tác DS- KHHGD trong thời gian tới cần tập trung vào các nhóm giải pháp như: Tuyên truyền, giáo dục để người dân chấp nhận quy mô gia đình 2 con; cung cấp dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người dân về sử dụng phương tiện tránh thai. Đặc biệt, tùy vào tình hình thực tế mà mỗi địa phương sẽ đưa ra các giải pháp DS - KHHGD linh hoạt: nơi có mức sinh cao cần tiếp tục giảm mức sinh để sớm đạt mức sinh thay thế; nơi có mức sinh thấp cần khuyến khích các cặp vợ chồng sinh đủ 2 con...

**Từ khóa:** thực trạng mức sinh, Việt Nam

## Đặt vấn đề

Mức sinh là một nhân tố quan trọng tác động đến tăng trưởng dân số. Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách thể hiện sự quan tâm toàn diện đến DS-KHHGD trong đó có vấn đề mức sinh. Nhờ đó, Việt Nam đã sớm đạt được và duy trì mức sinh thay thế (TFR - số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ) ở mức dưới 2,1 con trong vòng 10 năm qua. Tuy nhiên, dự báo của Liên Hợp quốc lại khẳng định mức sinh tại Việt Nam còn biến động khó lường: Có thể tăng trở lại hoặc giảm xuống mức thấp, nguy cơ gây ra những bất lợi đối với sự phát triển kinh tế - xã hội. Vì thế cần tiếp tục duy trì mức sinh thay thế hiện nay, tận dụng những cơ hội do dân số vàng đem lại, thích ứng với những thực trạng già hoá dân số để giảm sức ép mất cân bằng giới tính khi sinh, làm chậm tốc độ già hoá dân số, giảm thiểu hụt lao động trong tương lai. Bài báo này mô tả thực trạng mức sinh hiện nay, phân tích những bất cập, thách thức về mức sinh và đề xuất giải pháp phù hợp với biến đổi mức sinh theo vùng, miền và khu vực.

<sup>7</sup> Phó Trưởng khoa Dân số và Phát triển - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## 1. Một số khái niệm liên quan

Mức sinh phản ánh mức độ sinh đẻ thực tế của một tổng thể dân cư trong thời kỳ nghiên cứu. Nó không những phụ thuộc vào khả năng sinh sản của mỗi người phụ nữ, mà còn phụ thuộc vào các nhân tố dân số, kinh tế và xã hội khác như: mức độ kết hôn, tuổi kết hôn, thời gian sống trong hôn nhân, số con mong muốn của các cặp vợ chồng, trình độ phát triển kinh tế - xã hội, địa vị của người phụ nữ, chính sách của Nhà nước và hiệu quả sử dụng các biện pháp tránh thai... Mức sinh có thể được đánh giá qua các chỉ tiêu: Tỷ suất sinh thô (Crude Birth Rate - CBR)<sup>8</sup>; tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi (Age Specific Fertility Rate - ASFR)<sup>9</sup>; tổng tỷ suất sinh (Total Fertility Rate - TFR)<sup>10</sup> và tỷ suất tái sinh sản nguyên (Gross Reproduction Rate - GRR)<sup>11</sup>.

## 2. Thực trạng mức sinh ở Việt Nam

Sinh, chết và di cư là ba nhân tố chủ yếu tác động đến quá trình tăng trưởng dân số. Trong các yếu tố đó, mức sinh giữ vai trò quan trọng nhất vì nó là yếu tố chính cho sự thay thế sinh vật học và duy trì sự phát triển của nhân loại. Để đảm bảo quá trình phát triển lâu dài, các quốc gia trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng đều hướng tới sự phát triển dân số phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của mình. Trong những năm qua, Đảng và Nhà nước ta đã ban hành nhiều chủ trương, chính sách thể hiện sự quan tâm toàn diện đến DS-KHHGD trong đó có vấn đề mức sinh. Cách đây gần 60 năm, vào những năm đầu thập niên 60 của thế kỷ XX, chương trình DS - KHHGD đã bắt đầu được triển khai ở nước ta với mục tiêu hướng tới giảm mức sinh theo Quyết định 216/CP ngày 26/12/1961 của Hội đồng Chính phủ. Tại thời điểm này dân số

nước ta mới khoảng 30-31 triệu người, điều đó chứng tỏ Nhà nước ta đã sớm nhận thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát mức sinh không chỉ để hạn chế quy mô dân số mà còn "vì sức khoẻ của người mẹ, vì hạnh phúc và sự hoà thuận của gia đình, để cho việc nuôi dạy con cái được tốt...".

Sau khi miền Nam được giải phóng, nước nhà được thống nhất, do tâm lý người dân muốn sinh bù, nên giai đoạn 1976-1990 dân số Việt Nam đã có mức sinh gia tăng nhanh. Theo kết quả Tổng điều tra dân số năm 1979, dân số nước ta tại thời điểm này là 52,7 triệu, số con trung bình của mỗi phụ nữ = 4,8 con. Trước tình hình đó, Đại hội IV (1976) của Đảng đã chỉ rõ "Đẩy mạnh hơn nữa cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch, kiên quyết giảm dần tốc độ tăng dân số hàng năm, phấn đấu đến năm 1980 tỷ lệ tăng dân số là trên 2% một ít". Đại hội V (1982) của Đảng, Việt Nam tiếp tục đưa ra mục tiêu "Giảm tốc độ tăng dân số bình quân của cả nước từ 2,4% hàng năm xuống 1,7% vào năm 1985". Đại hội VI (1986) của Đảng, Việt Nam đưa ra mục tiêu "Giảm tỷ lệ phát triển dân số từ 2,2% hiện nay xuống 1,7% vào năm 1990". Đại hội VII (1991), Việt Nam vẫn kiên định thực hiện mục tiêu "Giảm tốc độ tăng dân số là một quốc sách, phải trở thành cuộc vận động rộng lớn, mạnh mẽ và sâu sắc trong, đối tượng: mở rộng ra toàn bộ phụ nữ và nam giới trong độ tuổi sinh đẻ trong toàn dân số". Tuy

<sup>8</sup> Số trẻ sinh ra sống tính trên 1.000 người trong 1 năm nhất định.

<sup>9</sup> Số trẻ sinh ra sống của một nhóm tuổi tính trên 1.000 phụ nữ của nhóm tuổi đó.

<sup>10</sup> Số con trung bình 1 phụ nữ sinh được khi kết thúc sinh đẻ.

<sup>11</sup> Số con gái sinh sống bình quân của một người phụ nữ trong suốt cả cuộc đời.

nhiên, nhiệm vụ này không đạt được kết quả như mong muốn, tỷ lệ gia tăng dân số vẫn đạt 1,7%. Năm 1993, Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương (BCH TƯ) Đảng Khóa VII đã ban hành Nghị quyết IV về công tác dân số. Nghị quyết IV (1993) nêu rõ: "Sự gia tăng dân số quá nhanh là một trong những nguyên nhân quan trọng cản trở tốc độ phát triển kinh tế - xã hội, gây khó khăn lớn cho việc cải thiện đời sống, hạn chế điều kiện phát triển về mặt trí tuệ, văn hoá và thể lực của nòi giống. Nếu xu thế này cứ tiếp tục diễn ra thì trong tương lai không xa nước ta sẽ đứng trước những khó khăn rất lớn, thậm chí những nguy cơ về nhiều mặt". Nghị quyết đã nêu lên quan điểm về mối quan hệ giữa dân số và phát triển, vị trí của công tác DS-KHHGD: "Công tác DS-KHHGD là một bộ phận quan trọng của chiến lược phát triển đất nước, là một trong những vấn đề kinh tế - xã hội hàng đầu của từng người, từng gia đình và toàn xã hội". Sau khi có Nghị quyết IV của BCH TƯ Đảng, ngày 06/3/1993 Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược DS-KHHGD đến năm 2000. Chiến lược đã thể chế hoá một giai đoạn thực hiện Nghị quyết TƯ lần thứ tư BCH TƯ Đảng (khoá VII) tạo nên bước ngoặt có tính quyết định thành công của chương trình dân số Việt Nam.

Quán triệt và thực hiện các chủ trương, chính sách của Đảng; pháp luật của Nhà nước, qua hơn 15 năm thực hiện Nghị quyết TW 04 Khoá VII, với sự chỉ đạo sâu sát của các cấp uỷ đảng, chính quyền, sự tham gia tích cực của Mặt trận Tổ quốc, các đoàn thể và sự hưởng ứng mạnh mẽ của nhân dân, chính sách DS-KHHGD đã thực sự đi vào cuộc sống và đạt được những kết quả quan trọng: nhận thức của toàn xã hội đã có bước

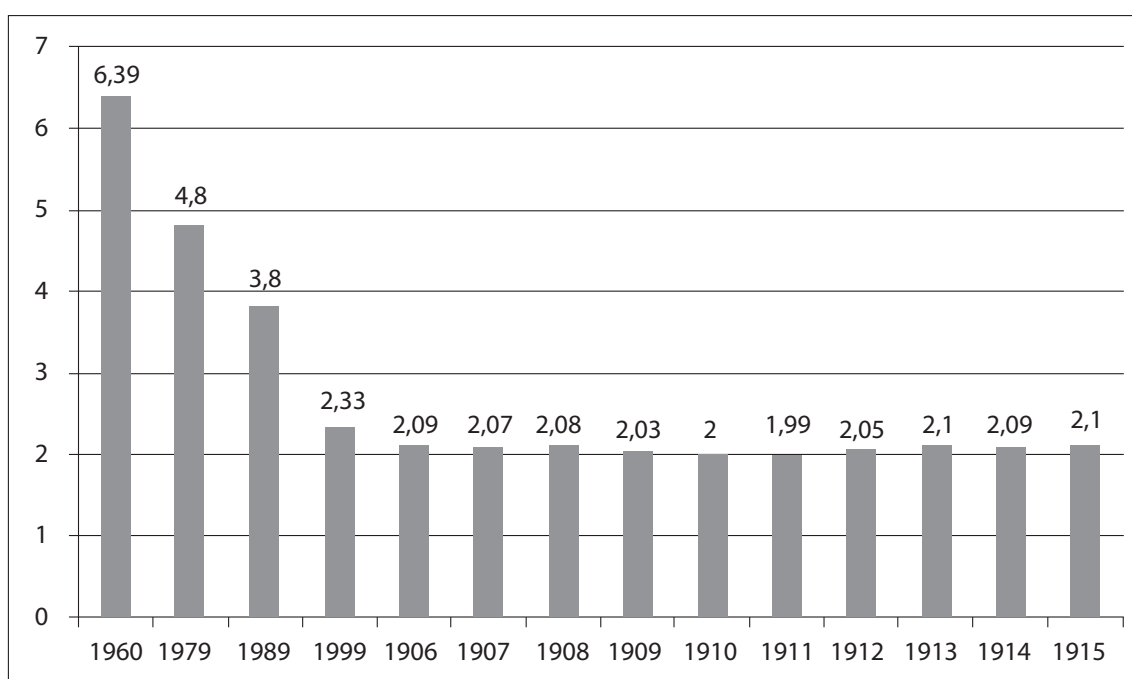
chuyển rõ rệt, quy mô gia đình có một hoặc hai con được chấp hành ngày càng rộng rãi; tốc độ gia tăng dân số đã được khống chế, số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ giảm từ 3,5 con năm 1992 xuống 2,28 con năm 2002, tỷ lệ tăng dân số giảm tương ứng từ hơn 2% còn 1,32%. Kết quả từ chính sách DS-KHHGD đã góp phần rất quan trọng vào sự phát triển kinh tế - xã hội, tăng thu nhập bình quân đầu người hàng năm, xoá đói, giảm nghèo và nâng cao mức sống của nhân dân. Đến năm 2006 Việt Nam chính thức đạt mức sinh thay thế và duy trì cho đến thời điểm này. Tuy nhiên, theo Tổng cục DS-KHHGD, dù tốc độ gia tăng dân số đã được kiểm soát nhưng Liên Hợp quốc dự báo mức sinh biến động khó lường. Có 3 kịch bản được đưa ra với quy mô dân số của nước ta trong thời gian tới. *Một là*, nếu để tăng trở lại, tổng tỷ suất sinh có thể lên tới 2,3-2,5 con/1phụ nữ thì đến năm 2050, quy mô dân số nước ta sẽ đạt cực đại ở mức quá cao 130-140 triệu, mật độ dân số cao khoảng 400 người/1km<sup>2</sup>. Điều này sẽ gây áp lực đối với các lĩnh vực y tế, giáo dục, lao động, việc làm. *Hai là*, nếu để mức sinh tụt xuống quá thấp, tổng tỷ suất sinh chỉ khoảng 1,35 con trên một phụ nữ thì đến năm 2050 quy mô dân số nước ta sẽ đạt cực đại 95-100 triệu người. Điều này sẽ dẫn đến dân số suy giảm, thiếu nguồn lao động, già hóa dân số diễn ra nhanh gây bất lợi cho sự phát triển kinh tế. Trong tình huống cuối, nếu duy trì mức sinh thấp hợp lý, với tổng tỷ suất sinh khoảng 1,9-2 con trên một phụ nữ thì đến năm 2050 quy mô dân số sẽ ổn định ở mức 115-120 triệu người. Điều này sẽ phát huy lợi thế của dân số đó là quy mô dân số ổn định ở mức thấp hơn, cơ cấu tuổi của dân số sẽ cân bằng hơn,

giảm dần sự chênh lệch bất lợi về mức sinh giữa các tỉnh.

Một trong những chỉ tiêu phản ánh mục tiêu giảm sinh trong các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước là “Số con của các cặp vợ chồng”. Chỉ tiêu này tương tự như trong khoa học dân số, người ta tính “Số con

trung bình của một phụ nữ tính đến hết tuổi sinh đẻ” hay “*Tổng tỷ suất sinh - Total Fertility rate (TFR)*”<sup>12</sup>. Sự phát triển kinh tế-xã hội cùng với việc kiên trì và đẩy mạnh thực hiện chính sách giảm sinh trong gần 50 năm qua đã dẫn tới xu hướng giảm “Số con trung bình của một phụ nữ tính đến hết tuổi sinh đẻ” (xem Biểu đồ 1).

**Biểu đồ 1: Số con trung bình của một phụ nữ (TFR), thời kỳ 1960-2015**



Nguồn: Tổng cục Thống kê

Biểu đồ 1 cho thấy, sau gần 50 năm kiên trì và đẩy mạnh KHHGD, số con trung bình của một bà mẹ tính đến hết tuổi sinh đẻ đã giảm từ 6,39 con năm 1960 xuống còn 2,0 con vào năm 2010. Tuy nhiên, cần chú ý rằng, trong gần 50 năm thực hiện KHHGD ở Việt Nam thì khoảng 30 năm đầu tiên (1960-1992) mức sinh giảm chậm, nên đến đầu những năm 1990, TFR vẫn cao ở mức 3,9 con/phụ nữ. Mười năm tiếp theo mức sinh giảm nhanh và đến năm 2006 đạt “mức sinh thay thế”<sup>13</sup>.

Số liệu từ biểu đồ trên được dẫn từ Kết quả điều tra biến động DS-KHHGD do Tổng cục Thống kê tiến hành vào thời điểm ngày 1 tháng 4 hàng năm. Như vậy, cuộc Điều tra 1/4/2006 sẽ phản ánh mức sinh 9 tháng của

<sup>12</sup> TFR: Số con trung bình 1 phụ nữ sinh được khi kết thúc sinh đẻ.

<sup>13</sup> Mức sinh mà phụ nữ trong cùng một đoàn hệ có vừa đủ số con gái (tính trung bình) để “thay thế” mình trong dân số. Thông thường sử dụng Tổng tỷ suất sinh- TFR bằng 2,1 con là mức sinh thay thế.

năm 2005 và chỉ có 3 tháng thuộc năm 2006. Như vậy, có thể coi đây là mức sinh của năm 2005. Nếu yêu cầu tuyệt đối, mức sinh thay thế là  $TFR = 2,1$  thì đúng như Chiến lược đề ra, tính chung trên phạm vi toàn quốc, từ năm 2005 Việt Nam đã đạt được mức sinh thay thế - một mục tiêu cốt lõi đề ra từ năm 1988 (Quyết định số 162/HĐBT về một số chính sách DS-KHHGD) và được khẳng định lại trong các văn bản về DS-KHHGD của Đảng và Nhà nước<sup>14</sup>. Đây là bước chuyển có tính cách mạng về sinh sản, trong lĩnh vực xã hội. Thành tựu này tác động lớn không chỉ đến tăng trưởng kinh tế mà còn tác động cả đến sự tiến bộ xã hội và bảo vệ môi trường, không chỉ trên bình diện vĩ mô mà còn trên cả bình diện vi mô, góp phần xây dựng xã hội phồn vinh, gia đình hạnh phúc. Có thể khẳng định Việt Nam đã đạt được mục tiêu của Chính sách DS-KHHGD - “Mỗi gia đình chỉ có 2 con” một cách vững chắc, bởi những lý do sau:

*Một là*, xu hướng giảm sinh thể hiện rõ trong suốt 50 năm qua, đặc biệt, mức sinh thay thế được duy trì hơn 10 năm gần đây trong điều kiện có những thay đổi căn bản về quản lý và nhiều tác động không thuận lợi cho công tác KHHGD.

*Hai là*, sau 50 năm thực hiện KHHGD, người dân được tuyên truyền, giáo dục nhiều và trên thực tế cũng đã nhìn nhận thấy lợi ích rõ ràng của mô hình gia đình nhỏ.

*Ba là*, hệ thống dịch vụ KHHGD đã phủ kín nhu cầu của người dân, đang được thị trường hóa. Từ năm 2004 đến nay, tỷ lệ các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ đang sử dụng biện pháp tránh thai đều đạt trên 75%. Ở

mức này, nói chung, có thể đảm bảo đạt được “mức sinh thay thế”.

*Bốn là*, từ năm 2014 trở đi, phụ nữ bước vào độ tuổi sinh đẻ (tuyệt đại đa số sinh từ năm 1975 trở lại đây), là thế hệ mới, được giáo dục về DS-KHHGD nói chung khá tốt.

*Năm là*, nhiều nghiên cứu cho thấy, mức sinh không chỉ phụ thuộc vào chính sách, luật pháp mà chủ yếu lại phụ thuộc trình độ phát triển. Trong khi đó, Việt Nam đang phát triển mạnh về kinh tế - xã hội, như: Trình độ giáo dục của phụ nữ ngày càng cao và phụ nữ ngày càng bình đẳng với nam giới. Tỷ lệ hộ có truyền hình năm 2009 đạt tới 95%; tỷ lệ dân thành thị tăng nhanh; kinh tế thị trường ngày càng phát triển thúc đẩy con người hướng đến những hành vi hợp lý, hiệu quả; giao lưu và hội nhập quốc tế sâu sắc... Sự tiến bộ nhanh về kinh tế - xã hội tạo ra điều kiện thuận lợi và hỗ trợ mạnh mẽ xu hướng giảm sinh.

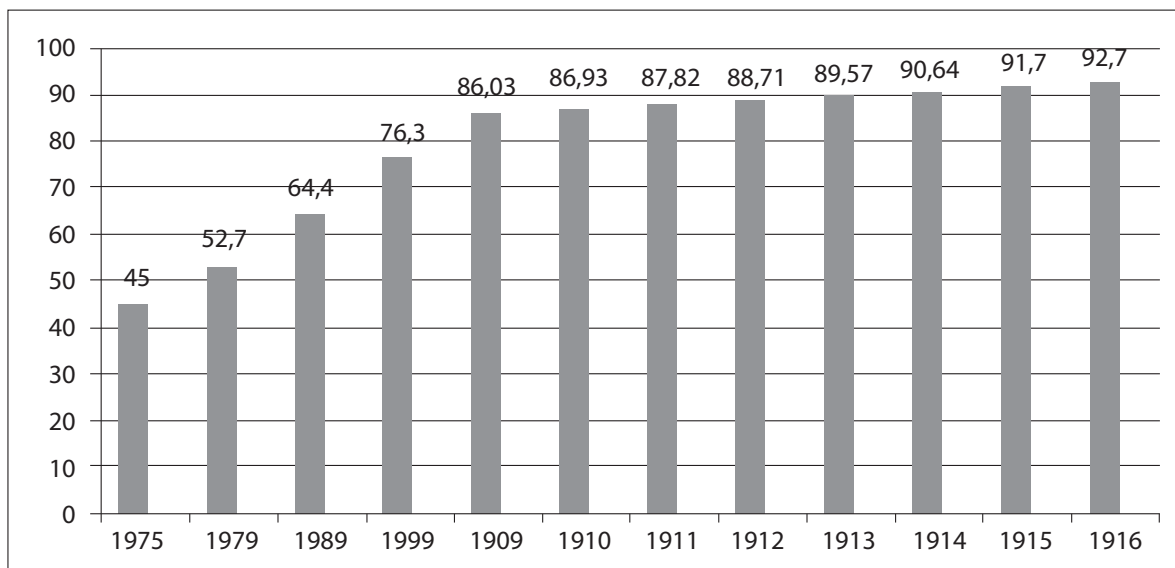
Sự suy giảm vững chắc mức sinh đã đặt ra câu hỏi: “Quy mô dân số Việt Nam hiện nay có vấn đề gì cần lưu ý”? Kết quả từ số liệu điều tra cho thấy với mức sinh như hiện nay số quy mô dân số ở Việt Nam tiếp tục tăng, trung bình mỗi năm dân số Việt Nam tăng thêm khoảng gần 1 triệu người. Tuy nhiên, tính đến năm 2016 dân số Việt Nam là 92,7 triệu người, đạt được mục tiêu của Nghị quyết đề ra. Và với quy mô dân số hiện nay

<sup>14</sup> Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010 đã đề ra mục tiêu: “Duy trì vững chắc xu thế giảm sinh để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc chậm nhất vào năm 2005, ở vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo chậm nhất vào năm 2010 để quy mô, cơ cấu dân số và phân bố dân cư phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội vào năm 2010”.

Việt Nam đứng thứ 14/238 quốc gia, vùng lãnh thổ trên thế giới; thứ 8 khu vực Châu Á; thứ 3 Đông Nam Á (sau Indonesia, Philippines). Mật độ dân số tại Việt Nam là 274 người/km<sup>2</sup>, xếp thứ 5 trong số các nước có số dân bằng hoặc nhiều hơn Việt Nam (Biểu đồ 2). Theo Tổng cục DS&KHHGD, dự báo đến năm 2049, dân số nước ta sẽ ở mức sinh cao (so với mức sinh hiện nay). Nếu vậy, quy mô dân số sẽ lớn, mật độ dân số sẽ đông tác động đến mọi thành tựu đạt được trong hàng thập kỷ qua. Thực trạng này sẽ tạo sức ép rất lớn cho phát triển kinh tế-xã hội của đất nước về việc làm, thu nhập, an ninh lương thực, chăm sóc y tế, an ninh năng lượng, môi trường... Nếu duy trì mức sinh thấp hơn sẽ khó phục hồi mức sinh và khó đưa tỷ số giới tính khi sinh trở lại mức tự nhiên. Trong

trường hợp này, thời gian từ “già hoá dân số” sang “dân số già” càng ngắn lại, tạo ra các sức ép mạnh mẽ về chăm sóc y tế cho người cao tuổi. Nếu trong tương lai, chúng ta duy trì được mức sinh thay thế sẽ giảm sức ép mất cân bằng giới tính khi sinh, làm chậm tốc độ già hoá dân số, giảm thiểu hụt lao động. Để duy trì mức sinh thay thế, một mặt giảm sinh ở các vùng, miền, tỉnh, thành phố có mức sinh cao, một mặt duy trì kết quả đã đạt được mức sinh thay thế. Thực hiện mỗi cặp vợ chồng nên sinh đủ 2 con ở những nơi có mức sinh thấp. Làm sao đảm bảo quy mô dân số nước ta không quá 98 triệu người vào năm 2020 và tạo vững chắc để tiến tới ổn định quy mô dân số ở mức 115-120 triệu người từ giữa thế kỷ XXI.

**Biểu đồ 2: Quy mô dân số Việt Nam giai đoạn 1975-2016 (đơn vị tính: triệu người)**



Nguồn: Tổng cục Thống kê; Tổng cục DS-KHHGD

### 3. Một số hạn chế, bất cập về mức sinh hiện nay

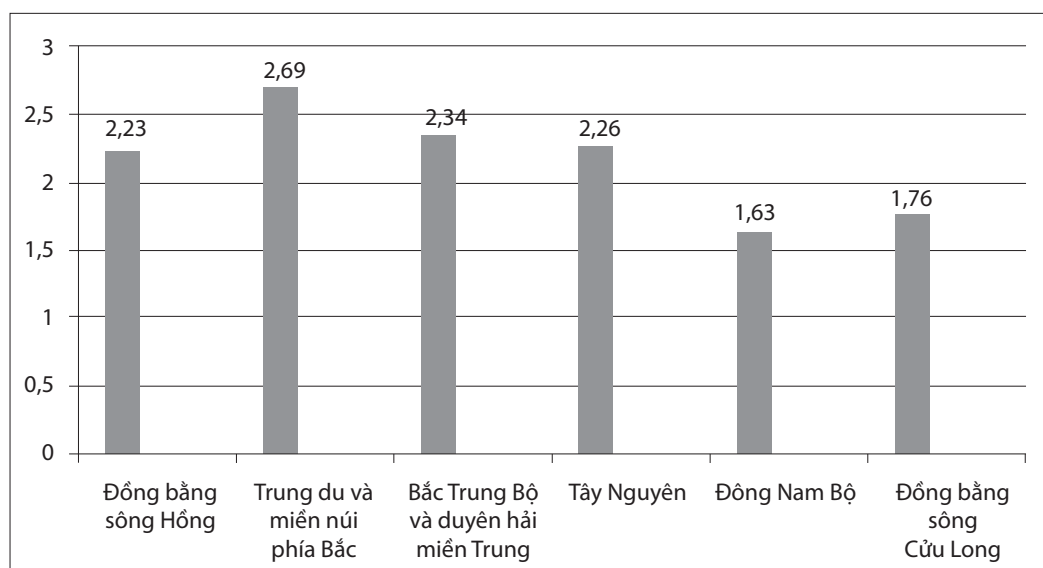
#### 3.1. Có sự khác biệt lớn về mức sinh giữa các vùng, miền

Mức sinh hiện có sự khác biệt giữa các vùng địa lý của Việt Nam. Căn cứ vào mức sinh năm 2010, có thể chia 6 vùng của Việt Nam thành 2 nhóm. Nhóm thứ nhất bao gồm các vùng đã đạt mức sinh thay thế. Đó là 3 vùng: Đồng bằng sông Hồng, Đồng bằng sông Cửu Long và Đông Nam bộ. Đặc biệt, hơn 20 năm qua, Đông Nam bộ luôn là vùng có mức sinh thấp nhất và hiện đã giảm sâu dưới mức sinh thay thế (1,63 con). Nhóm thứ hai bao gồm các vùng chưa đạt mức sinh thay thế. Nhóm này cũng có 3 vùng: Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung bộ và Duyên

hải miền Trung và vùng Tây Nguyên. Trong đó, mức sinh của vùng Tây Nguyên luôn cao, năm 2010 vẫn ở mức 2,63 con/phụ nữ, tức là khá xa mức sinh thay thế. Theo Tổng điều tra Dân số năm 1989 và 1999, phụ nữ Tây Nguyên đẻ nhiều gấp đôi phụ nữ Đông Nam bộ. Hiện nay, khoảng cách này đã được thu hẹp nhiều nhưng vẫn còn cao.

Tuy nhiên đến năm 2015, còn có 2/6 vùng, miền trong cả nước đạt mức sinh thay thế (biểu đồ 3). Đáng lưu ý, 2 vùng đạt mức sinh thay thế hiện nay mức sinh lại thấp. Đông Nam bộ tổng tỷ suất sinh là 1,63 con/phụ nữ; Đồng bằng sông Cửu Long tổng tỷ suất sinh là 1,76 con/phụ nữ. Trong khi đó còn một số tỉnh, thành phố mức sinh còn rất cao như Trung du miền núi phía Bắc tổng tỷ suất sinh hiện nay vẫn là 2,69 con/phụ nữ.

**Biểu đồ 3: Mức sinh của Việt Nam theo vùng, miền (năm 2015)**



Nguồn: Tổng cục Thống kê

3.2. Có sự khác biệt lớn về mức sinh giữa các địa phương

Có nơi mức sinh rất thấp nhưng có nơi mức sinh lại rất cao. Một số tỉnh đang trong tình trạng mức sinh rất thấp như (Hồ Chí Minh =1,45, Bình Dương = 1,56, Bà Rịa-Vũng Tàu = 1,59); còn những tỉnh miền núi phía Bắc, miền Trung và Tây Nguyên, tỷ suất sinh còn rất cao và đang phải “oằn mình” kiên trì giảm sinh. Nhiều tỉnh như: Hà Giang, Lai Châu, Hà Tĩnh, Đắk Lắk... có TFR ở mức trên, dưới 3 con; Lai Châu mức sinh rất cao (3,11).

3.3. Mức sinh tại một số vùng miền, tỉnh, thành phố chưa bền vững

Năm 2012 có 3 vùng chưa đạt mức sinh thay thế (Trung du miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung; Tây Nguyên). Năm 2015 có 4 vùng chưa đạt mức sinh thay thế (Đồng bằng sông Hồng; Trung du miền núi phía Bắc, Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung; Tây Nguyên).

Năm 2013 có 9 tỉnh có mức sinh cao (TFR  $\geq 2,5$ ); năm 2014 tăng lên 16 tỉnh; năm 2015 tăng lên 18 tỉnh (bảng 1).

**Bảng 1: Mức sinh tại một số tỉnh, thành phố năm 2013-2015**

Năm/tỉnh	TFR < 2,0	2,0 ≤ TFR < 2,2	2,2 ≤ TFR < 2,5	TFR ≥ 2,5
2013	18 tỉnh/tp	18 tỉnh/tp	18 tỉnh/tp	9 tỉnh/tp
2014	21 tỉnh/tp	9 tỉnh/tp	17 tỉnh/tp	16 tỉnh/tp
2015	18 tỉnh/tp	12 tỉnh/tp	15 tỉnh/tp	18 tỉnh/tp

*Nguồn: Tổng cục Thống kê*

Bảng số liệu trên tạm chia mức sinh tại 63 tỉnh, thành phố đạt được ở mức độ khác nhau từ năm 2013-2015: i) dưới mức sinh thay thế ( TFR < 2,0); ii) đạt mức sinh thay thế (2,0 ≤ TFR < 2,2 ), iii) tiệm cận mức sinh thay thế (2,2 ≤ TFR < 2,5), iv) mức sinh cao (TFR ≥ 2,5).

Bảng trên cho ta thấy mức sinh chưa ổn định tại các tỉnh, thành phố. Cụ thể với những tỉnh có mức sinh thấp (TFR < 2,0), năm 2013 có 18 tỉnh đạt được, nhưng đến năm 2014 tăng lên 21 tỉnh và đến năm 2015 còn 18 tỉnh đạt mức sinh này. Tuy nhiên, thực tế cũng

không nên khuyến khích các địa phương duy trì mức sinh thấp. Ở mức sinh cao (TFR ≥ 2,5), năm 2013 chỉ có 9 tỉnh, thành phố có mức sinh này, đến năm 2014 tăng lên 16 tỉnh, thành phố và đến năm 2015 tăng lên 18 tỉnh, thành phố.

3.4. Còn có sự khác biệt giữa mức sinh thành thị và nông thôn

Dù sử dụng thước đo nào thì cũng dễ dàng nhận thấy rằng, mức sinh ở thành thị và nông thôn khác hẳn nhau. Trước hết, 5 năm qua, “Tổng tỷ suất sinh” của khu vực nông thôn



luôn luôn cao hơn khu vực thành thị. Tuy nhiên, trong 5 năm qua mức sinh ở nông thôn có xu hướng tăng lên theo từng năm, trong

khi mức sinh ở thành thị có mức tăng và giảm “không đáng kể”.

**Bảng 2: Tổng tỷ suất sinh ở thành thị và nông thôn giai đoạn 2011-2015**

Đơn vị tính: Số con/phụ nữ

Khu vực	2011	2012	2013	2014	2015
Nông thôn	2,12	2,17	2,21	2,21	2,25
Thành thị	1,70	1,80	1,86	1,85	1,82
Chênh lệch	0,42	0,37	0,35	0,36	0,43

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD 1-4 hàng năm

Bảng 2 cho thấy, số con/phụ nữ khu vực nông thôn đã tăng từ 2,12 con từ năm 2011 và tăng lên 2,25 con vào năm 2015. Tại khu vực thành thị, từ năm 2011 mức sinh đã rất thấp (TFR = 1,70), tuy nhiên đến năm 2013 mức sinh tăng nhẹ (TFR = 1,86) và đến năm 2015 mức sinh giảm nhẹ xuống còn 1,85 con/phụ nữ. Sự tồn tại về khác biệt mức sinh đáng kể giữa thành thị và nông thôn đòi hỏi Chương trình DS-KHHGD cần tiếp tục đẩy mạnh, đặc biệt duy trì mức sinh thấp hợp lý ở những vùng có mức sinh cao.

#### 4. Đề xuất một số giải pháp

##### 4.1. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền

##### 4.2. Sử dụng linh hoạt các giải pháp kiểm soát mức sinh

Trên phạm vi cả nước cũng như tại mỗi địa phương phải sử dụng linh hoạt các giải pháp kiểm soát mức sinh (khuyến sinh và giảm sinh) và tùy vào tình hình thực tế mà

mỗi tỉnh/thành phố sẽ đưa ra các giải pháp DS - KHHGD phù hợp để “Duy trì mức sinh thấp hợp lý vì sự phát triển bền vững của đất nước”. Các tỉnh có mức sinh cao cần tiếp tục giảm mức sinh để sớm đạt mức sinh thay thế, các tỉnh có mức sinh thấp cần khuyến khích các cặp vợ chồng sinh đủ 2 con.

##### ➤ Với các tỉnh, thành phố có mức sinh cao:

- Cần đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục, duy trì khẩu hiệu, thông điệp truyền thông như trước đây “mỗi gia đình chỉ có từ 1- 2 con”.
- Chính sách dân số vẫn thực hiện kiểm soát sinh để giảm tỷ lệ gia tăng dân số, tiếp tục duy trì, đẩy mạnh các hình thức xử lý cán bộ, đảng viên vi phạm chính sách dân số.
- Tăng cường cung cấp dịch vụ KHHGD/ biện pháp tránh thai (BPTT) đặc biệt hướng đến các biện pháp tránh thai để cả nam và nữ áp dụng. Bởi lẽ, thời gian qua việc cung cấp, tuyên truyền sử dụng BPTT

hiện nay có rất nhiều hạn chế, như: Chỉ có phụ nữ tham gia KHHGD còn nam giới thì không thể, nên quy mô KHHGD có thể chỉ còn một nửa và xảy ra bất bình đẳng giới trong lĩnh vực này. Những phụ nữ không thể sử dụng vòng tránh thai đã không có sự lựa chọn BPTT nào khác. Sử dụng vòng tránh thai nhất thiết phải có hỗ trợ của nhân viên y tế mà số lượng cán bộ này thường ít ở các nước nghèo, đặc biệt là nông thôn và miền núi.

- Nhà nước vẫn có chính sách hỗ trợ BPTT, dịch vụ KHHGD miễn phí, chưa thực hiện ngay xã hội hóa phương tiện tránh thai đối với các đối tượng là người dân tộc thiểu số, ở vùng sâu, vùng xa.

➤ **Với các tỉnh, thành phố đạt mức sinh thay thế:**

- Cần đầu tư nguồn lực hỗ trợ các tỉnh để ổn định, duy trì mức sinh, không để mức sinh tăng trở lại hoặc xuống quá thấp. Tuy nhiên, cần tạo cơ chế đặc thù cho tỉnh, thành phố thực hiện thông điệp truyền thông, cung cấp dịch vụ KHHGD, BPTT phù hợp theo từng quận, huyện, thị. Với những huyện, thị, thành phố mức sinh thấp hơn so với mặt bằng chung của tỉnh, cần hướng tới thay đổi khẩu hiệu truyền thông

phù hợp, hướng tới cung cấp dịch vụ KHHGD có chất lượng, thực hiện xã hội hóa phương tiện tránh thai. Với những quận, huyện, thị xã mức sinh cao vẫn tiếp tục duy trì thông điệp truyền thông như hiện tại và cung cấp dịch vụ KHHGD/BPTT cho người dân miễn phí.

➤ **Với các tỉnh, thành phố có mức sinh thấp:**

- Cần thay đổi thông điệp truyền thông như hiện nay là “mỗi cặp vợ chồng chỉ nên có từ 1-2 con” bằng khẩu hiệu “mỗi gia đình hãy sinh đủ hai con”.
- Thay đổi kênh cung cấp phương tiện tránh thai: Thực hiện xã hội hóa phương tiện tránh thai thay vì cung cấp miễn phí dàn trải, cào bằng như hiện nay. Phải cung cấp đầy đủ, kịp thời, thuận tiện và an toàn phương tiện, nâng cao chất lượng, đa dạng hóa loại hình cung cấp dịch vụ tránh thai để người dân có nhiều cơ hội lựa chọn dịch vụ phù hợp.
- Tập trung nguồn lực để phương triển khai các chương trình, đề án nâng cao chất lượng dân số, tập trung vào các nhóm đối tượng yếu thế như người già, lao động di cư, vị thành niên, thanh niên v.v.../.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế -Tổng cục DS-KHHGD- Báo cáo tổng kết năm 2013, 2014, 2015.
2. Nguyễn Đình Cử, 50 năm chính sách giảm sinh ở Việt Nam (1961-2011): Thành tựu tác động và bài học kinh nghiệm. NXB Đại học Kinh tế quốc dân.
3. Tổng kết 5 năm thực hiện chương trình mục tiêu quốc gia DS-KHHGD giai đoạn 2011-2015.
4. Ủy ban quốc gia DS-KHHGD. Kỷ yếu Chính sách DS-KHHGD Việt Nam.
5. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009. Hà Nội - 2010.
6. Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4/2010. Hà Nội, 2/2011.
7. Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4/2012: Kết quả chủ yếu.

## NHỮNG BÀI HỌC KINH NGHIỆM QUỐC TẾ TRONG GIAI ĐOẠN CƠ CẤU DÂN SỐ VÀNG

*Ths. Nguyễn Thị Thanh<sup>15</sup>*

### Tóm tắt

*Trên thế giới có nhiều nước đã, đang và sẽ trải qua giai đoạn cơ cấu dân số vàng hay còn được gọi là dư lợi dân số hoặc cửa sổ vàng. Việt Nam cũng đang được hưởng cơ hội cơ cấu dân số vàng từ năm 2009 và dự kiến kết thúc vào năm 2035. Trong giai đoạn này, dân số trong độ tuổi lao động dồi dào nhất, nếu họ đều được tham gia thị trường lao động thì sẽ tác động mạnh đến tăng trưởng và phát triển của đất nước.*

*Các nước trong khu vực và trên thế giới đều có những chiến lược cụ thể dựa vào điều kiện của quốc gia mình để tận dụng cơ hội dân số có một không hai này. Tổng quan tài liệu cho thấy, có bốn bài học kinh nghiệm chính được rút ra trong giai đoạn cơ cấu dân số vàng, đó là: Bài học về đón bắt; Bài học về tận dụng; Bài học về kéo dài thời gian cơ cấu dân số vàng và bài học về chủ động đón nhận cơ cấu dân số già.*

**Từ khóa:** bài học kinh nghiệm, quốc tế, cơ cấu dân số vàng

### Đặt vấn đề

Việt Nam cùng nhiều nước khác trên thế giới đã trải qua giai đoạn bùng nổ dân số với tỷ suất sinh tăng đột biến gắn liền với tỷ suất chết giảm mạnh. Với chính sách kế hoạch hóa gia đình được tiến hành từ những năm 1960 của thế kỷ 20, tổng tỷ suất sinh (TFR) của Việt Nam đã giảm nhanh chóng từ mức 4,8 năm 1979 xuống mức 2,33 vào năm 1999 và 2,03 vào năm 2009, tức là tổng tỷ suất sinh đã đạt mức thay thế. Gắn liền với quá trình này là biến động của tỷ số phụ thuộc chung giảm từ mức 63,6 vào năm 1999 xuống 46,3 vào năm 2009 [1]. Tỷ số phụ thuộc chung cho biết trung bình 100 người trong độ tuổi lao động phải "gánh đỡ" cho bao nhiêu người ngoài độ tuổi lao động. Khi tỷ số phụ thuộc chung nhỏ hơn 50 thì "gánh nặng" thấp bởi trung bình một người ngoài độ tuổi lao động được "gánh đỡ" bởi hơn hai người trong độ tuổi lao động. Khi dân số đạt được tỷ số phụ thuộc chung như vậy, chúng ta coi dân số đó đang đạt cơ cấu dân số vàng. Cơ cấu dân số này sẽ kết thúc khi tỷ số phụ thuộc chung bắt đầu

---

<sup>15</sup> Khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

tăng trở lại và vượt ngưỡng 50. Như vậy, có thể khẳng định Việt Nam đang trong thời kỳ cơ cấu dân số vàng.

Các chuyên gia Liên Hợp quốc (LHQ) cho rằng, cơ hội cơ cấu dân số vàng ở Việt Nam đã đến, sẽ kéo dài và sẽ mất đi khó có thể lập lại. Theo dự báo, cơ cấu dân số vàng ở Việt Nam sẽ kéo dài khoảng 30 năm (2009-2039). Giai đoạn 2015-2025 là thời kỳ đỉnh cao diễn ra sự chuyển dịch cơ cấu nhân khẩu này. Lúc đó dân số trong độ tuổi lao động ở Việt Nam tăng lên mạnh mẽ, đạt mức xấp xỉ 65% tổng dân số. Sau đó, dân số trong độ tuổi lao động sẽ giảm dần và thay thế vào đó là tốc độ già hóa dân số. Đến năm 2040, khi tỷ số phụ thuộc chung tăng lên cao hơn 50 cơ cấu dân số vàng sẽ kết thúc tại Việt Nam [6].

## 1. Thực trạng cơ cấu dân số vàng tại Việt Nam

### ✓ Đặc điểm cơ cấu dân số theo tuổi giai đoạn 2009-2015

Bảng 1 cho thấy nhóm tuổi dưới 15 của Việt Nam từ năm 2009 đến năm 2015 tiếp tục

vẫn giảm. Các nhóm tuổi còn lại đều có xu hướng tăng. Điều đó càng khẳng định Việt Nam đang trong giai đoạn dồi dào lực lượng lao động và xu hướng già hóa dân số cũng tăng lên. Đặc biệt nhóm tuổi 65+ tăng mạnh, từ 6,62% năm 2009 tăng lên 6,8% và năm 2015 tăng lên 7,58% [2;3].

**Bảng 1: Cơ cấu dân số theo tuổi của Việt Nam (2009-2015)**

Đơn vị tính: %

Nhóm tuổi	2009	2010	2015	Nhóm tuổi	2009	2010	2015
0-4	8,50	8,40	8,24	35-39	7,60	7,60	7,48
5-9	8,00	8,00	8,08	40-44	7,00	7,10	7,29
10-14	8,50	8,40	7,67	45-49	6,40	6,70	6,65
15-19	10,20	9,70	7,14	50-54	5,30	5,80	6,69
20-24	9,20	8,60	7,87	55-59	3,60	4,00	5,37
25-29	8,90	8,70	8,11	60-64	2,30	2,6	3,73
30-34	7,90	7,90	8,11	65+	6,62	6,8	7,58

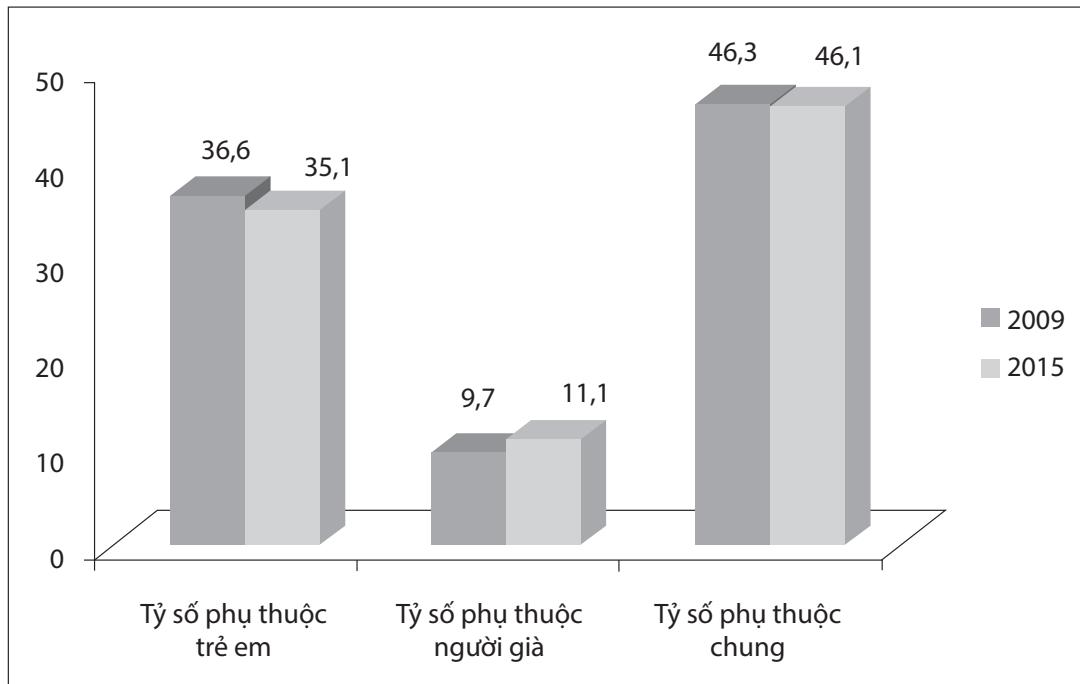
Nguồn: Tổng Điều tra dân số 2009 và Điều tra biến động dân số 1/4 năm 2010, 2015.

✓ **Tỷ số phụ thuộc giai đoạn 2009-2015**

Tỷ lệ thuận với mức giảm dân số nhóm tuổi trẻ em, tỷ số phụ thuộc trẻ em cũng có xu hướng giảm từ 36,6 năm 2009 xuống 35,1 năm 2015. Tỷ số phụ thuộc người già tăng

theo xu hướng dân số nhóm tuổi người cao tuổi tăng dần. Năm 2009 tỷ số phụ thuộc người già là 9,7 tăng lên 11,1 vào năm 2015. Tỷ số phụ thuộc chung có xu hướng giảm, từ 46,3 năm 2009 xuống 46,1 năm 2015 [2;3] .

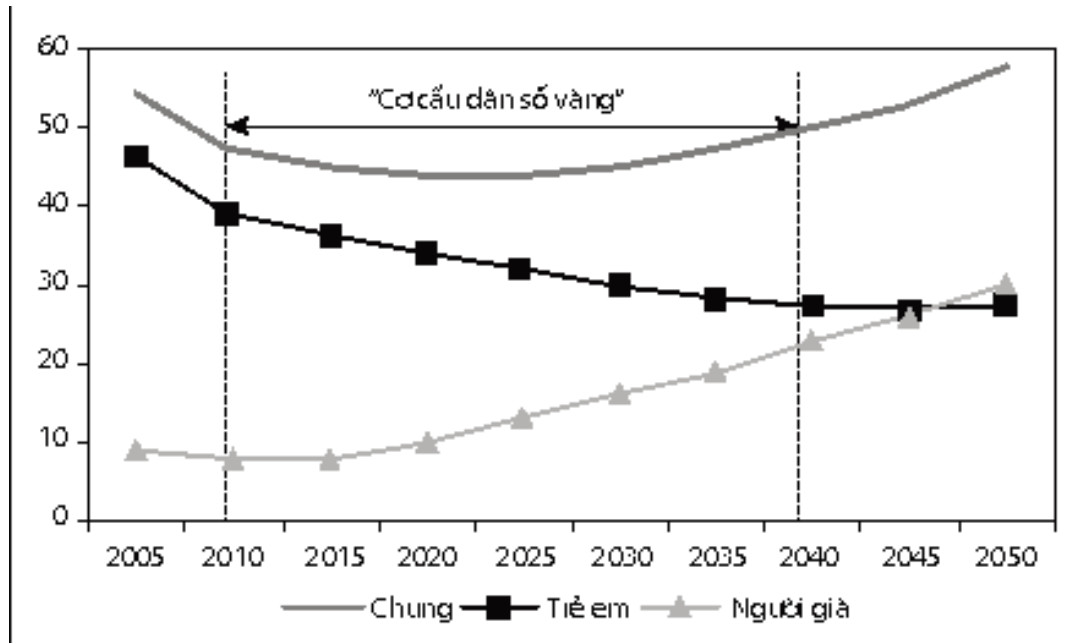
**Đồ thị 1: Tỷ số phụ thuộc năm 2009, 2015 của Việt Nam**



✓ **Dự báo cơ cấu dân số “vàng” tại Việt Nam**

Theo dự báo của LHQ về thời gian kéo dài cơ cấu dân số vàng tại Việt Nam cho thấy tỷ số phụ thuộc chung sẽ ở mức dưới 50% từ năm 2009 và kéo dài cho đến khoảng năm 2039 (hình bên). Giai đoạn này đặc trưng bởi tỷ số phụ thuộc chung giảm xuống là do mức giảm của tỷ số phụ thuộc trẻ em lớn hơn mức

tăng tỷ số phụ thuộc người già. Nói cách khác, dân số Việt Nam đạt cơ cấu "vàng" trong giai đoạn 2009-2039 (30 năm) với tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động đạt ở mức cao nhất khoảng 65% tổng dân số trong giai đoạn 2015-2025. Cơ cấu "vàng" sẽ kết thúc từ năm 2040 khi tỷ số phụ thuộc chung tăng lên, cao hơn 50 và bị chi phối chủ yếu do tỷ số phụ thuộc người già tăng nhanh [4].



Các dự báo dân số nêu trên cũng chỉ ra rằng cơ cấu tuổi của dân số sẽ thay đổi nhanh chóng theo xu hướng già hóa khi mức sinh giảm, mức chết giảm và tuổi thọ dân số tăng lên. Việt Nam sẽ có cơ cấu dân số “vàng” trong giai đoạn chuyển đổi dân số từ xu hướng trẻ hóa hiện nay sang xu hướng dân số già trong một vài thập kỷ tới.

## 2. Bài học kinh nghiệm quốc tế trong giai đoạn cơ cấu dân số vàng cho Việt Nam

### ✓ Bài học về cơ hội đón bắt cơ cấu dân số “vàng” - Việt Nam không thành công

Tổng quan tài liệu cho thấy các nước Nhật Bản, Hàn Quốc, Singapore là ba nước ở Châu Á đều thành công trong cơ hội đón bắt cơ cấu dân số vàng. Theo số liệu của United Nations 2007, hai nước Nhật Bản (35 năm, 1965-2000), Hàn Quốc (49 năm, 1965-2014) kết thúc lợi thế cơ cấu dân số “vàng”, Singapore đang tận hưởng những năm còn lại của giai

đoạn cơ cấu dân số vàng (40 năm, 2008-2020) [6]. Ba nước Châu Á đều rất thành công trong giai đoạn đón bắt cơ cấu dân số vàng bằng một số bài học được rút ra như sau:

*Thứ nhất*, cả ba nước đều chú trọng xây dựng một hệ thống giáo dục tốt nhằm tạo ra một lực lượng lao động có giáo dục và kỹ năng tốt để tung vào thị trường lao động trong giai đoạn cơ cấu dân số có một không hai mà các nước chuẩn bị được hưởng lợi. Điển hình là một bộ phận dân số của Hàn Quốc, Nhật Bản những năm 1960 được ví như “những quả trứng vàng” trong lực lượng lao động của đất nước. Hay đất nước Singapore ngày nay được biết đến với hệ thống giáo dục chất lượng được đánh giá rất cao trên thế giới.

*Thứ hai*, song song với chính sách giáo dục, các nước đều chú trọng đến những chính sách kinh tế, đặc biệt cả Nhật Bản và Hàn Quốc đều chú trọng chính sách công nghiệp hóa. Tuy nhiên, Nhật Bản chú trọng đến công

ng nghiệp dựa trên nền tảng phát triển công nghệ được thực hiện đồng bộ với các chính sách kinh tế vĩ mô khác như: chính sách tiền tệ, chính sách tài khóa, chính sách tỷ giá hối đoái... nhằm thúc đẩy và hiện thực hóa tiềm năng trong nước, trong khi đó Hàn Quốc chú trọng đến công nghiệp dựa trên xuất khẩu bằng cách đưa ra hàng loạt gói chính sách hỗ trợ phát triển khu vực kinh tế tư nhân cho xuất khẩu như vay ngân hàng lãi suất thấp, ưu tiên nhập khẩu nguyên liệu cho sản xuất, cho phép vay vốn nước ngoài và ưu đãi thuế.

*Thứ ba*, chính sách y tế cũng được các nước thực hiện đồng bộ với các chính sách giáo dục, kinh tế. Nhật Bản rất chú trọng đến chính sách y tế hướng tới chăm sóc y tế toàn dân với mạng lưới cơ sở chăm sóc y tế được xây dựng nhanh chóng và đáp ứng nhu cầu mang tính đặc trưng của từng vùng, từng khu vực. Ngay từ đầu những năm 1950, khi đang chuẩn bị bước vào cơ cấu dân số “vàng”, Nhật Bản đã xây dựng chiến lược an sinh xã hội sâu rộng, đặc biệt là hưu trí và bảo trợ xã hội nhằm đảm bảo và hỗ trợ đời sống của hàng triệu lao động. Nhật Bản sử dụng hệ thống hưu trí thực thanh thực chi (PAYG - Pay - As - You - Go), có nghĩa là các khoản đóng góp hiện nay được dùng để chi trả cho các khoản thanh toán hưu trí, tử tuất của người đang được hưởng. Sau đó, khi người đóng góp về hưu, họ lại được chi trả bằng phần đóng góp của các thế hệ tương lai. Tuy nhiên hệ thống PAYG có nguy cơ sụp đổ trong bối cảnh dân số già hóa, số người về hưu nhiều hơn và thời gian hưởng lương dài hơn do tuổi thọ cao hơn trong khi số người lao động tham gia hệ thống giảm sút. Cũng như Nhật Bản, tổng tỷ suất sinh của Hàn Quốc chỉ đạt ở mức

1,3 vào năm 2007. Do vậy, Hàn Quốc luôn ý thức được rằng, bên cạnh việc tận dụng cơ cấu dân số “vàng” thì cũng chuẩn bị cho già hóa nhanh chóng của dân số. Chính phủ Hàn Quốc đã và đang xây dựng chiến lược an sinh xã hội, đặc biệt chính sách hưu trí và chăm sóc y tế cho người cao tuổi, để tránh “vết xe đổ” của các nước đi trước như Nhật Bản.

Việt Nam không thành công trong bài học đón bắt cơ cấu dân số “vàng”, bởi vì nước ta không có chiến lược đón bắt, thể hiện: Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội giai đoạn 2001-2010 là kim chỉ nam cho các Bộ, ngành xây dựng chiến lược, chương trình, kế hoạch, chính sách phù hợp để đạt được mục tiêu mà Chiến lược đề ra. Tuy nhiên trong các mục tiêu cụ thể không thấy đề cập đến mục tiêu đón bắt và tận dụng lợi thế cơ cấu dân số “vàng” trong tăng trưởng kinh tế mà chỉ đề cập đến những mục tiêu cụ thể như giải quyết việc làm cho khu vực thành thị và nông thôn; tăng tỷ lệ lao động được đào tạo... Do không có chiến lược riêng để thực hiện việc đón bắt cơ cấu dân số “vàng” này nên các chiến lược đơn lẻ của các Bộ, ngành thực hiện theo chức năng của từng đơn vị dựa trên Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội giai đoạn 2001-2010 đã đạt hiệu quả thấp và kết quả là nguồn nhân lực khi bước vào thời kỳ cơ cấu dân số “vàng” có xuất phát điểm thấp về mọi mặt, cụ thể:

+ Chiến lược giáo dục - đào tạo giai đoạn 2001-2010 đã đạt được mục tiêu về số lượng, như số sinh viên tăng; tỷ lệ học sinh được học nghề tăng; số lượng các trường đại học tăng... Tuy nhiên, nhìn vào chất lượng trình độ học vấn và trình độ chuyên



môn kỹ thuật của nước ta giai đoạn 2001-2010 thì rõ ràng nguồn nhân lực này chưa đáp ứng được mục tiêu công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước như Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội đã đề ra.

- + Chiến lược giải quyết việc làm giai đoạn 2001-2010 cũng mới chỉ dừng lại ở số lượng người lao động được tạo việc làm mới, số lượng lao động đi lao động xuất khẩu, chất lượng nguồn lao động chưa được ưu tiên trong chiến lược này. Do vậy năng suất lao động của Việt Nam thấp và TFP chưa đóng góp được nhiều vào tăng trưởng kinh tế giai đoạn 2001-2010.
- + Chiến lược dân số - kế hoạch hóa gia đình giai đoạn 2001-2010 đã đạt được mục tiêu mức sinh thay thế, tuy nhiên chất lượng dân số thấp và nguy cơ tăng tổng tỷ suất sinh cục bộ ở các vùng, miền.

✓ ***Bài học về tận dụng cơ cấu dân số “vàng” - Việt Nam đang có nguy cơ bỏ lỡ***

Ngoài Nhật Bản, Hàn Quốc, Singapore là những nước Châu Á thành công trong đón bắt và tận dụng cơ hội dân số “vàng”, Thái Lan và Trung Quốc cũng là hai nước thành công trong tận dụng cơ hội dân số “vàng” mặc dù bài học đón bắt của họ chưa thực sự thành công. Thái Lan một nước láng giềng của Việt Nam cũng đang hưởng lợi từ cơ cấu dân số “vàng” từ năm 1990 và dự kiến kéo dài đến năm 2025 (35 năm). Năm 1990, năm bắt đầu bước vào cơ cấu dân số “vàng”, hơn 70% trong tổng số lực lượng lao động Thái Lan mới chỉ đạt trình độ giáo dục tiểu học hoặc thấp hơn, khoảng 17% có trình độ giáo dục trung học cơ sở và chỉ có 8% có trình độ giáo

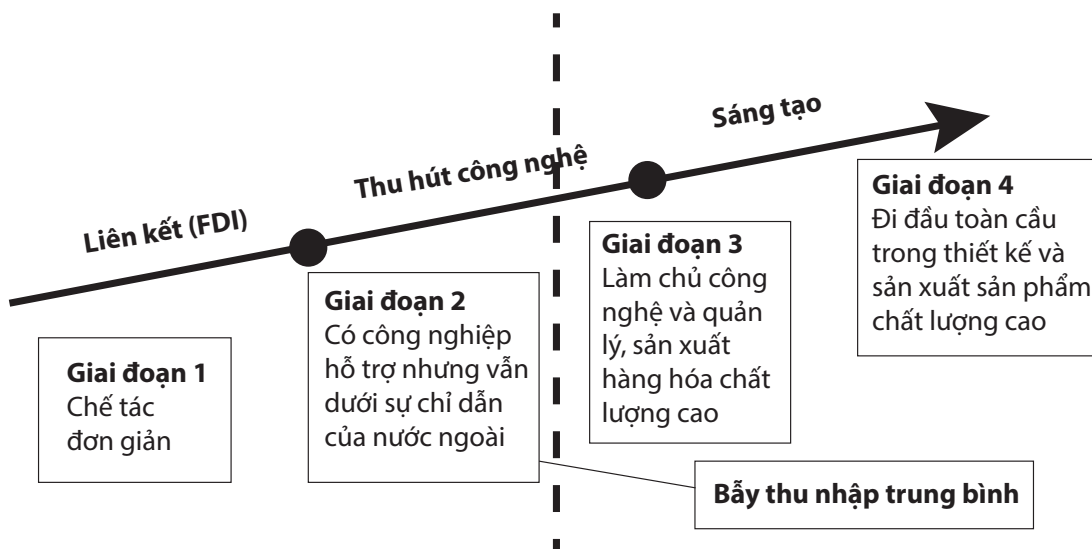
dục đại học. Chính vì vậy, nhân tố lao động góp phần không nhiều vào tăng trưởng kinh tế của Thái Lan, thậm chí năm 1997 tốc độ tăng trưởng của Thái Lan rơi vào tình trạng âm 1,75%. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến việc thời kỳ đầu giai đoạn cơ cấu dân số “vàng” Thái Lan không tận dụng được đó là môi trường chính sách và thể chế yếu. Thêm vào đó, việc chuyển giao công nghệ thông qua FDI ở Thái Lan rất hạn chế, phần lớn đầu vào là nhập khẩu. Tuy nhiên, Thái Lan đã nhận ra được những hạn chế này nên đã khắc phục bằng cách nỗ lực xây dựng nguồn lực lao động có chất lượng bằng các chính sách giáo dục, đặc biệt đầu tư cho giáo dục trung học cơ sở, nguồn nhân lực có trình độ công nghệ cao như ngành thông tin [6]. Hiện nay, Thái Lan vẫn đang giai đoạn cuối của cơ cấu dân số “vàng” và đã tận dụng được lợi thế này, thể hiện ở tốc độ tăng trưởng kinh tế tăng và ổn định, chất lượng giáo dục tốt có nhiều trường đại học được nhiều học sinh nước ngoài lựa chọn học tập.

Trung Quốc, một nước láng giềng khác rất gần Việt Nam đã kết thúc giai đoạn cơ cấu dân số “vàng” từ năm 2013 (1965-2013, 48 năm). Giai đoạn 1960-1993, mặc dù tốc độ tăng trưởng kinh tế của Trung Quốc khá cao 9,4% nhưng theo chiều rộng, có nghĩa là tăng trưởng kinh tế phụ thuộc vào các nhân tố vốn, tài nguyên thiên nhiên và số lượng lao động mà chưa tính đến nhân tố chất lượng lao động hay năng suất lao động. Tuy nhiên, Trung Quốc đã nhận ra rằng chính sách giáo dục là mục tiêu then chốt để phát triển kinh tế bền vững bằng cách điều chỉnh cơ cấu giáo dục như: tăng cường giáo dục cơ sở, coi trọng

giáo dục phổ cập 9 năm bắt buộc trên toàn quốc; Phát triển giáo dục kỹ thuật và dạy nghề cũng như các chương trình đào tạo chuyên tu, tại chức, nâng cao chất lượng lành nghề của công nhân và cán bộ trung cấp; Mở rộng giáo dục đại học và sau đại học, nâng cao chất lượng giáo dục, điều chỉnh các tổ chức quản lý khoa học, tăng hiệu quả dạy học.

Bên cạnh đó, Trung Quốc còn coi trọng đào tạo, thu hút và sử dụng sinh viên, Hoa kiều học và đang công tác ở nước ngoài [7].

Hiện nay cơ cấu dân số “vàng” của Việt Nam đã trải qua gần 10 năm nhưng nước ta vẫn chưa tận dụng được dư lợi dân số này, mà còn có nguy cơ mắc bẫy thu nhập trung bình.



Việt Nam hiện nay chỉ ở giai đoạn 1 giai đoạn sản xuất đơn giản dưới sự hướng dẫn của nước ngoài; giai đoạn II là giai đoạn thực hiện công nghiệp hóa với việc hình thành nhiều ngành công nghiệp hỗ trợ nhưng vẫn cần sự hướng dẫn của nước ngoài (như Malaysia và Thái Lan); giai đoạn III là giai đoạn làm chủ công nghệ và quản lý, có khả năng sản xuất hàng hóa chất lượng cao (như Đài Loan và Hàn Quốc); giai đoạn IV là giai đoạn đủ năng lực sang chế và thiết kế sản phẩm đứng đầu thế giới (như Mỹ, Nhật Bản và Liên minh Châu Âu). Giai đoạn I chuyển lên giai đoạn II đòi hỏi tích tụ tư bản và nhân lực. Giai đoạn II lên giai đoạn III cần có hấp thụ công nghệ, còn giai đoạn III lên giai đoạn IV cần có sáng tạo. “Trần thủy tinh” chính là

bẫy thu nhập trung bình đối với các nước ASEAN nói chung và Malaysia và Thái Lan nói riêng.

✓ **Bài học về kéo dài thời gian cơ cấu dân số “vàng” - Việt Nam đang trong giai đoạn kiểm soát được mức sinh phù hợp**

Một trong những nhân tố kéo dài thời gian cơ cấu dân số “vàng” là kiểm soát tốt mức sinh ở mức thay thế. Trung Quốc là một nước điển hình trong việc kiểm soát tốt mức sinh để kéo dài thời gian cơ cấu dân số vàng tới 48 năm. Từ những năm 1970, Trung Quốc đã bắt tay vào những nỗ lực phi thường nhất để kiểm soát dân số, trong đó nổi tiếng là chính sách một con. Theo Greenhalgh (2003), chính sách một con đã ngăn chặn 300 triệu ca sinh kể từ

khi thực hiện vào năm 1979-1980. Có nghĩa là mỗi năm ngăn chặn trung bình khoảng 13 triệu ca sinh nở. Giả sử trong 13 triệu ca sinh nở được thêm vào dân số mỗi năm, điều này gần như sẽ làm giảm tỷ lệ độ tuổi lao động cho tổng dân số bằng 0,75% thời kỳ 1980-1995<sup>16</sup>. Nếu sử dụng các ước tính từ Bloom và Williamson (năm 1998), điều này sẽ dẫn tới giảm 0,78% trung bình trong sự tăng trưởng hàng năm GDP bình quân đầu người ở Trung Quốc. Như vậy, nếu không có chính sách một con, thực sự GDP bình quân đầu người của Trung Quốc sẽ thấp hơn thực tế và số năm hưởng lợi cơ cấu dân số “vàng” sẽ bị giảm xuống.

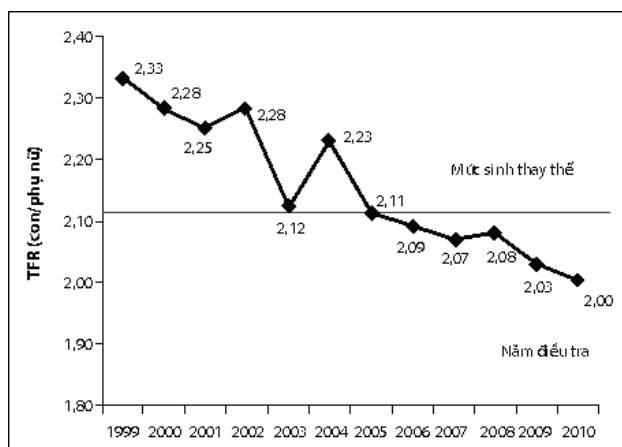
Cũng giống như Trung Quốc, Chính sách Dân số - kế hoạch hóa gia đình của Việt Nam cũng được Chính phủ triển khai từ rất sớm (năm 1961). Sau nhiều năm nỗ lực nước ta đã kiểm soát được mức sinh. Biểu đồ bên cho thấy từ năm 2005, Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế. Như vậy, tổng tỷ suất của Việt Nam hiện nay đang rất có lợi cho việc duy trì và kéo dài giai đoạn cơ cấu dân số “vàng” theo dự báo. Trong Chương trình mục tiêu Quốc gia Dân số - Kế hoạch hoá gia đình giai đoạn 2011-2015, mục tiêu duy trì mức sinh hợp lý được đặt ra là: “Tổng tỷ suất sinh từ 2,0

con/phụ nữ năm 2010 giảm xuống còn 1,9 con/phụ nữ vào năm 2015” và “Quy mô dân số không vượt quá 92 triệu người vào năm 2015”. Đây là con số được gọi là mức sinh hợp lý được các nhà quản lý đưa ra nhằm khống chế qui mô dân số và duy trì kéo dài giai đoạn cơ cấu dân số “vàng” trong tương lai [5].

✓ **Bài học về đón nhận chủ động cơ cấu dân số già**

Hầu hết những nước thành công trong bài học đón nhận cơ cấu dân số già đều triển khai đồng bộ từ hệ thống chính sách, hệ thống an sinh xã hội, hệ thống chăm sóc cộng đồng và hệ thống chăm sóc sức khỏe y tế. Nhật Bản, Hàn Quốc, Úc hay các nước Châu Âu trong khối EC đều ban hành luật chăm sóc người cao tuổi (NCT) từ khá sớm. Song song đó, các nước cũng ban hành nhiều chính sách khác kèm theo, như Luật Bảo hiểm hưu trí ở Nhật, chính sách chăm sóc dài hạn cho NCT... Hệ thống chăm sóc cộng đồng của các nước cũng được chú trọng và đây cũng là hướng thay đổi trong chăm sóc NCT. Tại Thái Lan, từ năm 2003, phát động chương trình tình nguyện viên chăm sóc NCT tại nhà, thí điểm và nhân rộng ra toàn quốc. Hiện nay, Thái Lan đã có chiến lược về chăm sóc dài hạn trong kế hoạch quốc gia về chăm sóc sức khỏe NCT 2013-2023.

Hiện nay Việt Nam cũng có Luật Người Cao tuổi (2009), tuy nhiên thực hiện Luật chưa đạt hiệu quả cao, đặc biệt việc phối hợp



<sup>16</sup> Tỷ số phụ thuộc chung sẽ bị thay đổi trước năm 1995, vì lúc đó những người sinh ra trong thời gian này thuộc chỉ số phụ thuộc trẻ em

liên ngành của các cơ quan liên quan để thực thi Luật đang còn lỏng lẻo. Thêm vào đó, hệ thống an sinh xã hội của Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế: những NCT neo đơn không nơi nương tựa mới được vào các trung tâm dưỡng lão sinh sống, trong khi đó những trung tâm dưỡng lão tư nhân giá khá cao nên đa số NCT Việt Nam không đủ thu nhập để chi trả. Độ tuổi mà người già Việt Nam được hưởng tiền trợ cấp an sinh là 80 tuổi, trong khi đến 70% NCT là nông dân không có lương hưu. Hệ thống chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng tại nước ta mới dừng lại ở mô hình thí điểm của dự án mà chưa có một hệ thống đồng bộ. NCT Việt Nam hiện nay đa số sống cùng con cháu và dựa vào việc chăm sóc của con cháu khi ốm đau. Hệ thống chăm sóc y tế cho NCT tại nước ta hiện nay cũng còn nhiều hạn chế (mới chỉ có 1 Bệnh viện Lão khoa trung ương, bác sỹ chuyên ngành lão khoa rất thiếu). Do đó, NCT vẫn dựa vào hệ thống y tế chung của cả nước.

## KẾT LUẬN

Dư lợi dân số của Việt Nam đã đi gần hết nửa thời gian (2009-2039). Việt Nam đã không thành công trong việc đón bắt cơ cấu dân số “vàng” và bài học tận dụng hiện nay đang có nguy cơ bỏ lỡ. Hiện nay, bài học về kéo dài thời gian cơ cấu dân số “vàng” Việt Nam đang trong vòng kiểm soát, tuy nhiên sự khác biệt mức sinh ở các vùng miền, các vùng sinh thái cũng đang là thử thách để nước ta duy trì mức sinh thay thế. Bài học về đón nhận chủ động cơ cấu dân số già đang được Việt Nam cố gắng thực hiện bằng việc thực hiện đồng bộ hệ thống chính sách liên quan đến NCT, hệ thống an sinh xã hội, hệ thống chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng và hệ thống chăm sóc sức khỏe NCT. Vẫn cần nhấn mạnh lại rằng: “Cơ hội dân số “vàng” chỉ là điều kiện cần, trong khi môi trường chính sách trong nước là điều kiện đủ để tận dụng cơ hội đó cho tăng trưởng và phát triển”./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở trung ương (2010), Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009, Các kết quả chủ yếu, Nxb Thống kê Việt Nam.
2. Nguyễn Đình Cử (2007), Những xu hướng biến đổi dân số ở Việt Nam (Sách chuyên khảo), Nxb Nông nghiệp, Hà Nội.
3. Tổng cục Thống kê (2016), Kết quả chủ yếu Điều tra biến động Dân số - Kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2015, Nxb Thống kê.
4. UNFPA (2009), Dân số và phát triển tại Việt Nam: Hướng tới một chiến lược mới 2011-2020, Nxb Thời đại, Hà Nội.
5. UNFPA (2010), Tận dụng cơ hội dân số “vàng” ở Việt Nam, cơ hội, thách thức và các gợi ý, Hà Nội.
6. David E. Bloom; David Canning và Jaypee Sevilla (2003), The Demographic Dividend, A New perspective on the Economic Consequences of Population change, Nxb RAND, United Nations Population Fund.
7. Zhihao Yu (2008), Demographic Dynamics and Economic Take - off the Economic impact of China’s Population- control policies; Carleton University.

## SỰ CHẤP NHẬN CỦA CỘNG ĐỒNG ĐỐI VỚI DỊCH VỤ TƯ VẤN, KHÁM SỨC KHỎE TIỀN HÔN NHÂN

*Ths. Nguyễn Văn Hùng<sup>17</sup>*

### Tóm tắt

*Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính nhằm đánh giá sự chấp nhận của cộng đồng đối với dịch vụ tư vấn và khám sức khỏe (SK) tiền hôn nhân tại một số tỉnh/thành phố để cung cấp bằng chứng, đề xuất ban hành quy định pháp lý khả thi phù hợp với điều kiện thực tiễn nhằm tăng cường khả năng tiếp cận của vị thành niên/thanh niên (VTN/TN) đối với dịch vụ tư vấn, khám SK tiền hôn nhân.*

*Kết quả nghiên cứu cho thấy: Đa số VTN/TN và người dân trong cộng đồng đã nhận thức được tầm quan trọng của tư vấn và khám SK tiền hôn nhân. Tuy nhiên, hầu hết những người dân trong cộng đồng, trong đó có VTN/TN đều chưa biết thông tin chi tiết về gói dịch vụ, địa chỉ cung cấp cũng như giá dịch vụ khám SK tiền hôn nhân. Hiện chưa có sự đồng thuận cao của cộng đồng đối với dịch vụ tư vấn và khám SK tiền hôn nhân. Người dân sống ở vùng sâu, vùng xa, đồng bào dân tộc chưa ủng hộ việc VTN/TN trước khi kết hôn phải đi khám sức khỏe, ngược lại một số gia đình sống ở các đô thị, thành phố lớn lại có sự đồng thuận cao hơn với chương trình này...*

**Từ khóa:** sự chấp nhận, dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân

### Đặt vấn đề

Tư vấn, khám SK tiền hôn nhân mang lại lợi ích lớn không chỉ về SK sinh sản (SS) mà còn cả thể chất, tinh thần cho cuộc sống hôn nhân của các cặp vợ chồng tương lai. Từ năm 2003 mô hình tư vấn, khám SK tiền hôn nhân bước đầu được triển khai thí điểm ở nước ta. Mục đích của mô hình này là thông qua việc tư vấn, khám SK tiền hôn nhân nhằm giúp tầm soát, phát hiện, can thiệp sớm các bệnh lây truyền, di truyền của nam và nữ trước khi kết hôn giúp giảm tỷ lệ vô sinh, phòng tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục, giảm tỷ lệ tàn tật, khuyết tật, thiếu năng trí tuệ của trẻ em nhằm cải thiện chất lượng giống nòi, góp phần nâng cao chất lượng dân số. Đến năm 2013, mô hình đã được triển khai rộng khắp trong 63

---

<sup>17</sup> Phó trưởng khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

tỉnh/thành phố. Với địa bàn triển khai ngày càng được mở rộng, kết quả can thiệp có nhiều thay đổi qua các năm, tạo sự chuyển biến sâu sắc về nhận thức, thái độ và hành vi của các nhóm đối tượng đích. Tuy nhiên, việc triển khai các hoạt động tư vấn, khám SK tiền hôn nhân tại các địa phương còn gặp nhiều khó khăn. Về phía người sử dụng dịch vụ hiện đang có một số rào cản về định kiến xã hội, tập quán văn hóa, trình độ dân trí.... Do vậy ở nhiều nơi, hoạt động này chưa nhận được sự hưởng ứng từ các nhóm VTN/TN và sự đồng thuận của cộng đồng. Hiện các hoạt động truyền thông tư vấn tại cộng đồng chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, hầu như chưa có trường hợp nào đi khám lâm sàng và điều trị bệnh sau khi khám. Về phía các cơ sở cung cấp dịch vụ hiện cũng chưa có những quy định cụ thể về đơn vị nào được cung cấp dịch vụ tư vấn, dịch vụ khám SK tiền hôn nhân, danh mục dịch vụ thiết yếu cần cung cấp chiếm bao nhiêu % so với quy định... Do vậy, các cơ sở cung cấp dịch vụ, các cơ quan quản lý rất khó khăn để xác định đâu là nhóm VTN/TN đi khám SK tiền hôn nhân, đâu là nhóm VTN/TN đi khám SK thông thường. Về tính pháp lý: Tại Điều 23, Chương III của Pháp lệnh Dân số Việt Nam năm 2003 nêu rõ: “Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho nam, nữ kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn...”. Tuy nhiên, trong quá trình xây dựng dự thảo Luật Dân số (trình Quốc hội vào năm 2017), hiện đang có nhiều ý kiến trái chiều trong đề xuất về quy định pháp lý đối với vấn đề này.

Cung cấp bằng chứng, đề xuất ban hành quy định pháp lý khả thi phù hợp với điều kiện thực tiễn nhằm tăng cường khả năng tiếp cận của VTN/TN đối với dịch vụ tư vấn, khám SK tiền hôn nhân, năm 2014, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá nhu cầu và khả năng cung cấp dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân tại một số tỉnh/thành phố”** tại 5 tỉnh/thành phố (Điện Biên, Quảng Ninh, Quảng Ngãi, Gia Lai, Cần Thơ).

Bài báo này trình bày một phần kết quả của nghiên cứu trên về sự chấp nhận của cộng đồng đối với dịch vụ TV, khám SK tiền hôn nhân tại một số tỉnh/thành phố.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính và sử dụng lý thuyết của Lu Ann Aday và Ronald Andersen để phân tích và đánh giá.

Đối tượng nghiên cứu bao gồm:

- Nhóm lãnh đạo và quản lý: Tổng cục Dân số-KHHGD, Vụ Sức khỏe, Bà mẹ và Trẻ em, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức

khỏe Trung ương, Chi cục DS-KHHGD tỉnh/thành phố; Trung tâm Chăm sóc SKSS tỉnh/thành phố; Lãnh đạo BV công lập tuyến tỉnh/thành phố; Lãnh đạo Trung tâm DS-KHHGD quận/huyện; Lãnh đạo Trung tâm Y tế dự phòng quận/huyện; Lãnh đạo bệnh viện y tế công lập và ngoài công lập tuyến quận/huyện; Lãnh đạo chính quyền; lãnh đạo Trạm Y tế và cán bộ phụ trách các mô hình TV, khám SK tiền hôn nhân tại xã/phường/thị trấn; Phụ trách các cơ sở y tế ngoài công lập.

- Nhóm có uy tín trong cộng đồng: Trưởng thôn/bản; Trưởng họ, già làng; Đức cha/nhà sư/tu hành/ban ngành đoàn thể; Ông bà/cha mẹ của VTN/TN.
- Nhóm cung cấp dịch vụ: Nhóm cán bộ tư vấn tại các mô hình tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân; Nhóm cán bộ, nhân viên y tế (NVYT) cung cấp dịch tại các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập.
- Nhóm hưởng lợi: TN đã kết hôn (từ năm 2010) đã sử dụng và chưa sử dụng dịch vụ TV, khám SK tiền hôn nhân; VTN/TN chưa kết hôn (18-25 tuổi) đã sử dụng và chưa sử dụng dịch vụ TV, khám SK tiền hôn nhân.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

### **1. Hiểu biết của cộng đồng về tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân**

#### **1.1. Về tư vấn SKSS/KHHGD**

##### **1.1.1 Hiểu biết về địa chỉ cung cấp dịch vụ**

*Với người dân:* Người dân trong cộng đồng chưa biết nhiều thông tin về địa chỉ cung cấp dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD cho VTN/TN trước khi kết hôn. Đa số những người được hỏi qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm đều cho biết các cơ sở y tế, cán bộ chuyên trách, cộng tác viên dân số là những nơi cung cấp dịch vụ này. Tuy nhiên, trong thực tế ngoài các đối tượng trên, các tình nguyện viên, thành viên tham gia Câu lạc bộ Tư vấn tiền hôn nhân cũng là kênh tư vấn trực tiếp cho VTN/TN về SKSS/KHHGD song rất ít người dân tại những địa bàn nghiên cứu

biết đến hoạt động của Câu lạc bộ cũng như vai trò của họ.

*Với VTN/TN:* Kết quả khảo sát cho thấy, VTN/TN biết địa chỉ cung cấp thông tin, tư vấn về SKSS/KHHGD với tỷ lệ chưa cao. Nguồn cung cấp thông tin, tư vấn về SKSS/KHHGD được VTN/TN biết nhiều nhất là Trạm Y tế xã/phường (54,6%); tiếp đến là cộng tác viên dân số/nhân viên y tế thôn bản (51,6%) và Internet (46,5%). Những địa chỉ ít được VTN/TN biết đến là người có uy tín trong cộng đồng (3%); cơ sở y tế ngoài công lập (6,2%) và các cơ sở y tế tuyến tỉnh (8,1%). Ngoài ra các em còn tự tìm kiếm thông tin từ nhiều kênh khác như qua báo chí, qua bạn bè v.v...

##### **1.1.2. Hiểu biết về nội dung của tư vấn SKSS/KHHGD**

*Với người dân:* Chăm sóc SKSS/KHHGD là những thuật ngữ rất quen thuộc với cộng đồng, tuy nhiên những nội dung tư vấn về SKSS/ KHHGD dành cho VTN/TN trước khi kết hôn thì vẫn còn ít người biết đến. Những già làng, trưởng bản, trưởng thôn họ nghe/biết nhiều hơn các nội dung này bởi vì họ là người được tham gia các lớp tập huấn, tham gia các buổi sinh hoạt của câu lạc bộ.

*Với VTN/TN:* Đa số VTN//TN được phỏng vấn đã nghe/biết về những nội dung của tư vấn SKSS/KHHGD. Có 71,6% số người phỏng vấn trả lời đã nghe/biết nội dung tư vấn về SKSS/ KHHGD, chỉ có 28,4% số người được hỏi chưa nghe/biết về nội dung này. Tuy nhiên, tỷ lệ nghe/ biết có khác nhau theo từng nội dung tư vấn (Bảng 1).



**Bảng 1: Tỷ lệ VTN/TN đã nghe/biết về những nội dung của Tư vấn SKSS/KHHGD**

STT	Nội dung	Tỷ lệ %
1	Tâm sinh lý, tình bạn, tình yêu, tuổi VTN, thanh niên	36,3
2	Tình dục an toàn	52,1
3	Kế hoạch hóa gia đình, các BPTT	74,7
4	Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh	6,3
5	Cách xử trí khi bị STDs, STIs	35,3
6	Những vấn đề về tình dục và sức khỏe tình dục	7,4
7	Phòng ngừa bạo lực tình dục	2,3
8	Các bệnh di truyền thường gặp	0,7
9	Các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh	2,1

Bảng 1 cho thấy KHHGD và các biện pháp tránh thai (BPTT) có tỷ lệ VTN/TN nghe/biết cao nhất (74,7%), tiếp đến là tình dục an toàn (52,1%). Các nội dung có tỷ lệ VTN/TN nghe/biết thấp nhất là các bệnh di truyền thường gặp và các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh chiếm 0,7% và 2,1%.

## 2. Hiểu biết về giá của dịch vụ tư vấn về SKSS/KHHGD

Với người dân, họ không có thông tin về kinh phí phải chi trả khi sử dụng dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD, nhưng những người được hỏi đều cho rằng sử dụng dịch vụ này không mất tiền vì từ trước đến nay các hoạt động truyền thông, tư vấn về SKSS/KHHGD đều “miễn phí”.

Với VTN/TN, số liệu khảo sát cho thấy có 91,7% số VTN/TN được hỏi cho rằng sử dụng dịch vụ tư vấn về SKSS/KHHGD hiện nay không mất tiền, chỉ có 1,7% số người được hỏi trả lời phải trả công tư vấn và 1,2% số người được hỏi trả lời phải chi trả chi phí gián tiếp cho việc đi lại, ăn ở. Do vậy, có tới 81,2% số VTN/TN được hỏi trả lời mức kinh phí sử dụng dịch vụ là chấp nhận được, chỉ có 6,2% số người được hỏi trả lời không chấp nhận được và 12,5% số người được hỏi khó trả lời.

### 1.2. Về dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân

#### 1.2.1. Hiểu biết về địa chỉ cung cấp dịch vụ

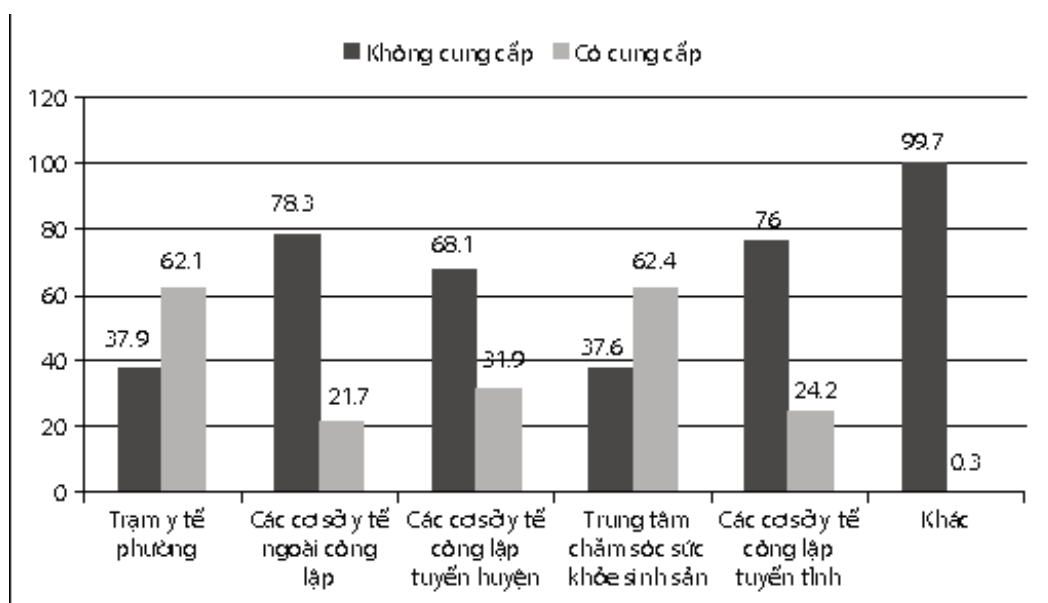
Với người dân, thông tin thu được từ phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy

người dân không biết cụ thể cơ sở y tế nào hiện đang cung cấp dịch vụ khám SK cho VTN/TN trước khi kết hôn. Điều này có thể được lý giải do họ không phải là đối tượng thụ hưởng dịch vụ nên không quan tâm đến cơ sở cung cấp, hơn nữa hiện nay cũng chưa có quy định về cơ sở y tế chuyên cung cấp dịch vụ khám SK tiền hôn nhân.

Với VTN/TN, VTN/TN còn hiểu chưa thống nhất về địa điểm cung cấp dịch vụ

khám SK tiền hôn nhân. Trung tâm Chăm sóc SKSS tỉnh/thành phố và Trạm Y tế là hai địa chỉ cung cấp dịch vụ khám SK tiền hôn nhân được VTN/TN biết đến nhiều nhất với 62,4% và 62,1%. Bệnh viện Đa khoa tỉnh và cơ sở y tế ngoài công lập là hai địa chỉ có tỷ lệ VTN/TN trả lời không cung cấp dịch vụ khám SK tiền hôn nhân cao nhất với 76,0% và 78,3% (Biểu đồ 1).

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ VTN/TN biết về địa điểm cung cấp dịch vụ khám SK tiền hôn nhân(%)**



**1.2.2. Hiểu biết về gói dịch vụ khám sức khỏe**

Với người dân: Mặc dù người dân chưa nghe, biết về gói dịch vụ khám SK cho VTN/TN trước khi kết hôn. Nhưng khi được hỏi “Theo ông/bà đi khám SK tiền hôn nhân VTN/TN sẽ được khám những gì?”, kết quả, người dân đã đưa ra một số dịch vụ như: xét nghiệm máu, hay siêu âm, chụp X quang khi VTN/TN đi khám.

“Mình nghĩ khám sức khỏe tiền hôn nhân để kiểm tra tình trạng bệnh của thanh niên trước khi lập gia đình, do vậy VTN/TN sẽ được xét nghiệm máu hay siêu âm” ...

(Ý kiến người dân xã Tủa Chùa, huyện Mường Ảng, tỉnh Điện Biên)

Với cơ sở cung cấp dịch vụ, ngay cả nhân viên y tế, cán bộ quản lý của ngành cũng biết chưa đầy đủ, chưa cụ thể về gói dịch vụ khám sức khỏe cho VTN/TN theo quy định của Bộ Y tế.

*“Hình như mình nhớ là Bộ Y tế có quy định và mình cũng có nghe nói qua, nhưng khám tiền hôn nhân là khám các dịch vụ gì mình không biết cụ thể, vì dự án này do bên Chi cục DS-KHHGD làm đầu mối nên họ nắm vững hơn”...*

Ý kiến Lãnh đạo TTCSSKSS tỉnh Gia Lai

Lãnh đạo một bệnh viện huyện cũng cho rằng hiện nay đơn vị chỉ cung cấp dịch vụ khám SK cho VTN/TN trước khi lập gia đình theo hợp đồng ký với cơ quan Dân số hoặc theo yêu cầu thực tế, bản thân không biết Quyết định của Bộ Y tế hướng dẫn về gói dịch vụ khám SK cho VTN/TN trước khi hôn nhân.

*“Đề án này bên dân số là người triển khai có khi họ biết được quyết định này, mình là đơn vị cung cấp dịch vụ mình cũng không quan tâm và mình cũng không biết được gói dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân bao gồm khám những gì”...*

Ý kiến từ Bệnh viện Đa khoa Huyện Phong Điền, Cần Thơ

Với VTN/TN, những người trực tiếp hưởng lợi từ chương trình cũng ít biết về gói dịch vụ khám SK tiền hôn nhân. Kết quả khảo sát cho thấy, 2 dịch vụ VTN/TN biết nhiều nhất là xét nghiệm máu và khám phụ khoa đối với nữ cũng chỉ có 47,8% và 33,0% ý kiến trả lời. Một số dịch vụ khác như khám vú, khám bộ phận sinh dục ngoài với nữ tỷ lệ VTN/TN đã nghe/biết rất thấp (10,4%) và soi tươi dịch âm đạo, dịch niệu đạo chỉ có 4,4% người nghe biết.

**Bảng 2: Tỷ lệ VTN/TN nghe biết về danh mục gói dịch vụ khám SK tiền hôn nhân (%)**

Stt	Nội dung	Có	Không
1	Khám thể lực (đo chiều cao, cân nặng, vòng ngực trung bình, chỉ số BMI, mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở)	29,1	70,9
2	Khám phát hiện các dấu hiệu cơ năng: tiền sử về các bệnh nội, ngoại; tiền sử sản khoa, phụ khoa (đối với nữ)	14,8	85,2
3	Khám phụ khoa (đối với nữ)	33,0	67,0
4	Khám phát hiện các dấu hiệu cơ năng tiền sử về các bệnh nội, ngoại, chấn thương, viêm tinh hoàn, bệnh lây truyền qua đường tình dục (đối với nam)	14,3	85,7
5	Khám vú, khám bộ phận sinh dục ngoài (đối với nữ)	10,4	89,6

Stt	Nội dung	Có	Không
6	Chụp X quang tim, phổi	23,1	76,9
7	Xét nghiệm máu	47,8	52,2
8	Xét nghiệm nước tiểu	14,3	85,7
9	Soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo	4,4	95,6

1.2.3. *Hiểu biết về giá của dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân*

Với người dân: Người dân không có thông tin về giá dịch vụ khám SK tiền hôn nhân. Tuy nhiên, những người được hỏi đều nhận định VTN/TN đi khám SK phải trả tiền theo quy định.

*“Mình không biết giá dịch vụ, nhưng chắc đi khám thì phải mất tiền, khám nhiều mất tiền nhiều, khám ít mất tiền ít”.*

(Ý kiến hộ gia đình thị trấn Chư Se, huyện Chư sê, tỉnh Gia Lai)

Với VTN/TN: VTN/TN có quan điểm trái ngược ý kiến của người dân, họ cho rằng đi khám SK tiền hôn nhân là trong chương trình dự án được Nhà nước bao cấp nên không mất tiền. Như vậy, ngay cả VTN/TN cũng nhận thức chưa đầy đủ về giá của dịch vụ khám SK tiền hôn nhân. Thực tế Nhà nước có hỗ trợ nhưng chỉ hỗ trợ cho một số người nhất định và ngay cả gói dịch vụ cũng chỉ được hỗ trợ một số dịch vụ cơ bản. Những cá nhân tự nguyện đi khám, hay có nghi ngờ muốn khám sâu hơn theo từng chuyên khoa phải tự chi trả tiền túi.

Trong số những VTN/TN được phỏng vấn, nhóm nghiên cứu có gặp một trường hợp đã

chủ động đi khám SK tiền hôn nhân, do vậy giá dịch vụ đã được đối tượng biết rất rõ. Tuy nhiên khi được hỏi “Theo bạn giá cho một lần khám SK trước khi kết hôn của VTN/TN như thế là cao hay thấp”, nữ VTN/TN cho rằng so với mặt bằng thu nhập như hiện nay giá như thế là cao nên khó thu hút được VTN/TN đi khám, vì thực tế để VTN/TN đang khỏe mạnh bỏ ra khoảng 1-2 triệu để đi khám không phải là dễ.

*“Em và bạn trai em đã đi khám sức khỏe trước khi kết hôn, em có nhìn bảng giá cho từng dịch vụ và tổng thể chung. Nếu khám tổng thể thì mất 2.200.000đ cho một người”.*

Ý kiến VTN/TN thị trấn Chư Se, Chư sê, Gia Lai

*“Em không khám hết các dịch vụ niêm yết mà em chỉ khám một số dịch vụ theo yêu cầu, vì em làm ở TP Hồ Chí Minh nên em cũng có nhiều thông tin nên thấy cần thiết phải đi khám, nhưng nếu khám tổng thể mất 2.200.000đ cho một người tiền hôn nhân thì thực sự là khó khăn cho mọi người vì nhiều người sẽ không có tiền”.*

Ý kiến VTN/TN thị trấn Chư Se, Chư sê, Gia Lai

Tóm lại, hiện vẫn đang còn có cách hiểu chưa thống nhất về các nội dung tư vấn SKSS/ KHHGD và khám SK tiền hôn nhân của VTN/TN cũng như của người dân trong cộng đồng. Tuy nhiên, do VTN/TN là đối tượng được thụ hưởng từ chương trình nên họ biết nhiều hơn về các hoạt động của mô hình này, mặc dù sự hiểu biết là chưa đầy đủ. Còn với người dân vì không được tham gia trực tiếp nên hiểu biết về hoạt động của chương trình này hạn chế hơn rất nhiều. Điều này sẽ có ảnh hưởng đến sự chấp nhận của cộng đồng đối với dịch vụ tư vấn, khám SK tiền hôn nhân.

## 2. Sự chấp nhận của cộng đồng với dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân

### 2.1. Với dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD

#### ➤ Nhận định về sự cần thiết

*Với người dân:* Mặc dù người dân chưa được nghe/biết nhiều đến tư vấn SKSS/ KHHGD cho VTN/TN trước khi kết hôn, song họ đều khẳng định về sự cần thiết của dịch vụ này, lý do được người dân đưa ra vì VTN/TN là giai đoạn các em đang có những thay đổi về tâm lý, tính cách, tình cảm v.v... Do đó, nếu được tư vấn về SKSS/ KHHGD ở

thời điểm này sẽ giúp các em có thêm thông tin để điều chỉnh hành vi, lối sống phù hợp hơn. Cuộc sống tình dục phóng khoáng, mang thai ngoài ý muốn, nạo phá thai đang diễn ra ngày càng phổ biến trong giới trẻ hiện nay khiến nhiều phụ huynh lo lắng, mong muốn tư vấn SKSS/ KHHGD giúp cho VTN/TN có thêm thông tin, kiến thức, biết cách phòng tránh những vấn đề liên quan như: các bệnh lây truyền qua đường tình dục, mang thai ngoài ý muốn, hướng tới tình yêu lành mạnh, hôn nhân an toàn và bền vững. Đó cũng là lý do nhận được nhiều ý kiến đồng tình về sự cần thiết phải tư vấn SKSS/ KHHGD.

*Với VTN/TN:* VTN/TN đều đánh giá về sự cần thiết phải đi tư vấn SKSS/KHHGD trước khi kết hôn. Trong đó nhu cầu được tư vấn của VTN/TN tập trung vào nhiều nội dung. Ở mức độ rất cần thiết, các nội dung tư vấn có tỷ lệ VTN/TN trả lời cao là tình dục an toàn (91,5% ý kiến), thông tin tư vấn về KHHGD và BPTT (86,6% ý kiến), tâm sinh lý lứa tuổi, tình bạn tình yêu (84,7% ý kiến); ở mức độ không cần thiết, hai nội dung có tỷ lệ VTN/TN trả lời cao nhất là nạo phá thai an toàn; làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh cũng chỉ có 8,5% và 5,3% ý kiến (xem bảng 3).

**Bảng 3: Ý kiến của VTN/TN về sự cần thiết của các nội dung tư vấn SKSS/KHHGD (%)**

Stt	Nội dung	Cần thiết	Có cũng được	Không cần thiết
1	Tâm sinh lý, tình bạn, tình yêu, tuổi VTN, thanh niên	84,7	14,5	0,8
2	Tình dục an toàn	91,5	8,5	0
3	Kế hoạch hóa gia đình và các BPTT	86,6	12,1	1,3
4	Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh	72,0	22,7	5,3

Stt	Nội dung	Cần thiết	Có cũng được	Không cần thiết
5	Cách xử trí khi bị STDs, STIs	63,3	32,0	4,7
6	Những vấn đề về tình dục và sức khỏe tình dục	79,1	20,1	0,8
7	Phòng ngừa bạo lực tình dục	64,3	33,0	2,7
8	Các bệnh di truyền thường gặp	78,5	19,5	2,0
9	Các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh	71,6	27,3	1,2

Về thời điểm cần được tư vấn, VTN/TN còn có ý kiến khác nhau, trong đó trước khi có quan hệ tình dục và trước khi kết hôn là 2

thời điểm có tỷ lệ VTN/TN nhận thấy cần được tư vấn nhiều nhất (xem bảng 4).

**Bảng 4: Ý kiến của VTN/TN về mức độ cần thiết của thời điểm cần được tư vấn SKSS/KHHGD (%)**

Stt	Thời điểm	Rất cần	Cần thiết	Không cần
1	Trước khi có quan hệ tình dục	68,6	24,7	6,6
2	Trước khi quyết định sống chung/sống thử	48,9	39,9	11,2
3	Trước khi kết hôn	67,3	28,8	3,8
4	Trước khi quyết định sinh con	59,0	29,6	11,3

➤ **Sự chấp nhận của cộng đồng**

Với người dân: người dân đều khẳng định về sự cần thiết của chương trình tư vấn SKSS/KHHGD cho VTN/TN. Tuy nhiên, trong số những người được hỏi, chưa có ai từng 1 lần chủ động nhắc nhở con cái đi tư vấn SKSS/KHHGD trước khi kết hôn, nguyên nhân là do bản thân họ còn thiếu thông tin về dịch vụ.

Với VTN/TN, mặc dù hiện Nhà nước đang khuyến khích người dân đi tư vấn, khám sức

khỏe tiền hôn nhân. Tuy nhiên, khi được hỏi, đa số VTN/TN lại đồng ý với chủ trương Nhà nước nên ban hành quy định bắt buộc phải đi kiểm tra sức khỏe trước khi kết hôn. Có 73,2% VTN/TN được hỏi đồng ý Nhà nước nên quy định bắt buộc VTN/TN phải đi tư vấn trước khi kết hôn. Chỉ có 14,1% số người được hỏi trả lời Nhà nước nên quy định bắt buộc trong tương lai và 3,4% không đồng ý đưa thành quy định bắt buộc.

Khi tìm hiểu về lý do đồng ý với quy định bắt buộc nam nữ phải đi tư vấn SKSS/KHHGD trước khi kết hôn, đa số VTN/TN đồng tình với quy định bắt buộc VTN/TN đi tư vấn SKSS/KHHGD vì phù hợp với mong muốn của bản thân và gia đình (77,3%). Ngoài ra, 2 lý do cũng được nhiều người lựa chọn là để sinh ra những đứa con khỏe mạnh (53,9%) và để phát hiện, điều trị sớm các bệnh gặp phải (53,3%), những lý do khác có tỷ lệ người trả lời thấp hơn.

## 2.2. Với dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân

### ➤ Nhận định về sự cần thiết của việc khám sức khỏe tiền hôn nhân

*Với người dân:* khi được hỏi người dân đều nhận định đi khám SK tiền hôn nhân mang lại nhiều lợi ích, giúp VTN/TN biết được tình trạng sức khỏe của bản thân, điều trị sớm nếu phát hiện bệnh.

*Với VTN/TN:* Khi tìm hiểu ý kiến của VTN/TN về sự cần thiết phải đi khám SK tiền hôn nhân, kết quả nghiên cứu cho thấy có tới

85,6% số người được hỏi trả lời khám SK trước khi kết hôn là việc rất cần thiết, số người được hỏi trả lời có cũng được và không cần thiết chiếm tỷ lệ rất rất thấp với 11,3% và 1,8%.

*Về mục đích khi đi khám SK trước khi kết hôn,* có 87,2% số VTN/TN được phỏng vấn nhận thấy cần thiết phải khám SK tiền hôn nhân để phòng ngừa các bệnh lây truyền cho vợ/chồng; 73,9% cho rằng là để phòng ngừa các bệnh di truyền cho con cái và 68,9% là để mang thai khỏe mạnh, làm mẹ an toàn... Chỉ có 3,0% trả lời không biết mục đích đi khám để làm gì.

*Về thời điểm cần đi khám SK tiền hôn nhân,* kết quả nghiên cứu cho thấy VTN/TN hiện đang có nhiều quan niệm khác nhau: trước khi kết hôn; trước khi quan hệ tình dục là những thời điểm có số VTN/TN nhận thấy cần thiết phải đi khám nhất với 70,4% và 61,3% ý kiến trả lời. Thời điểm trước khi quyết định sống chung/sống thử như vợ chồng có tỷ lệ đồng ý đi khám thấp nhất, chỉ có 44,0% ý kiến trả lời.

**Bảng 5: Ý kiến của VTN/TN về thời điểm cần khám sức khỏe tiền hôn nhân (%)**

Stt	Thời điểm	Rất cần	Cần	Không cần	Không có ý kiến
1	Trước khi có quan hệ tình dục	61,3	20,9	7,3	10,5
2	Trước khi quyết định sống chung/sống thử	44,0	29,3	10,5	16,2
3	Trước khi kết hôn	70,4	21,5	3,1	5,0
4	Trước khi quyết định sinh con	58,6	23,0	6,5	11,8

Về đối tượng cần đi khám sức khỏe trước khi kết hôn, có tới 92,9% số VTN/TN được hỏi cho rằng cần với tất cả mọi người. Tiếp đến là những nhóm người có nguy cơ như người từng tiếp xúc trực tiếp hoặc sinh sống trong môi trường có hóa chất/tia độc hại và gia đình có người bị mắc các bệnh liên quan đến sinh sản/dị dạng, dị tật hoặc các bệnh liên quan đến di truyền (48,1%).

### ➤ Sự chấp nhận của cộng đồng

Người dân trong cộng đồng đã nhận thức được tầm quan trọng, lợi ích của việc khám SK trước khi kết hôn. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau đối với quy định về bắt buộc nam nữ thanh niên khám SK trước khi kết hôn. Tại Quảng Ninh, đa số người dân được hỏi đồng ý đưa nội dung khám SK trước khi kết hôn vào quy định bắt buộc vì cho rằng biết được tình trạng SK của con cái sẽ yên tâm hơn. Người dân sống ở khu vực miền núi, vùng sâu, người đồng bào dân tộc ở Điện Biên, Gia Lai .v.v... do bị chi phối bởi phong tục tập quán, thói quen sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ví dụ như tại Điện Biên một số nơi hiện nay người dân vẫn còn sinh đẻ tại nhà, ốm đau tự điều trị nên bản thân họ không ủng hộ đưa nội dung này vào quy định bắt buộc và chưa sẵn sàng chấp nhận việc VTN/TN đi khám SK trước khi kết hôn.

Thậm chí, nhiều hộ gia đình không có kinh phí chi trả khi sử dụng dịch vụ cũng là lý do nhiều gia đình không chấp nhận cho VTN/TN

*“Ở đây nam nữ thanh niên còn ngại đến các cơ sở y tế lắm, sợ người dân nhìn vào lại nghĩ hay cô, cậu này chơi bời gì ở đâu, có bệnh này bệnh khác nên mới phải đi khám sức khỏe” ...*

(Ý kiến Trung tâm DS-KHHGD huyện Mường Ảng, Điện Biên)

*“Người dân đã chịu đến cơ sở y tế là tốt rồi, bây giờ bắt khám bộ phận sinh dục chắc khó. Như những người mang thai, khi sinh còn không đến trạm, hoặc thậm chí nhiều người chồng còn tự đỡ đẻ cho vợ vì không muốn cho người khác nhìn thấy chỗ đó thì làm sao người ta đồng ý đi khám các dịch vụ này” ...*

(Ý kiến người dân tại thị trấn Điện Biên, huyện Điện Biên, Điện Biên)

đi khám và không đồng ý đưa nội dung này vào quy định bắt buộc.

Với VTN/TN: Kết quả khảo sát cho thấy có 59,4% số VTN/TN được hỏi trả lời sẵn sàng đi khám khi người yêu/bạn tình hoặc gia đình đề nghị; có 37,2% sẽ đề nghị người yêu/bạn tình cùng đi khám. Không có ai trong số họ trả lời là sẽ trì hoãn việc đi khám và phản ứng tiêu cực vì cảm thấy bị tổn thương khi bị đề nghị đi khám SK trước khi kết hôn.



**Bảng 6: Ý kiến của VTN/TN khi người yêu/bạn tình và gia đình đề nghị khám sức khỏe trước khi kết hôn**

STT	Lý do	Tỷ lệ %
1	Sẵn sàng đi khám	59,4
2	Đề nghị người yêu/bạn tình cùng đi khám	37,2
3	Trì hoãn việc đi khám	-
4	Từ chối đi khám	1,0
5	Phản ứng tiêu cực vì cảm thấy bị tổn thương	-
6	Khác (gh rõ).....	-
7	Không biết, không trả lời	2,4

Tuy nhiên đa số VTN/TN đều đã lảng tránh trả lời khi được hỏi về ý định đi khám SK trước khi kết hôn. Một số em cho rằng mặc dù thấy là cần thiết nhưng vì chưa có người yêu nên chưa nghĩ đến điều đó, một số khác lại cho rằng ngại đi khám vì lo sợ mọi người hiểu nhầm v.v... Mặc dù vậy, nhưng số đông VTN/TN được phỏng vấn đã bày tỏ sự đồng tình với chủ trương Nhà nước quy định bắt buộc nam nữ phải khám SK trước khi kết hôn. Có 58,7% VTN/TN hiện đã đồng ý với quy định bắt buộc nam nữ phải đi khám SK trước khi kết hôn. Tuy nhiên, vẫn còn có 19,7% số người trả lời chỉ đồng ý trong tương lai; 15,4% số người trả lời không có ý kiến và 6,1% thẳng thắn biểu lộ thái độ không đồng tình với quy định bắt buộc về vấn đề này.

Kết quả phỏng vấn cũng đã cho thấy lý do số đông VTN/TN đồng ý ngay với quy định bắt buộc nam nữ phải khám SK trước khi kết hôn. Lý do được nhiều người đưa ra nhất là phù hợp với mong muốn của bản thân và gia

đình (67,4%). Ngoài ra, 2 lý do cũng được nhiều người lựa chọn là đi tư vấn, khám SK để sinh ra những đứa con khỏe mạnh (66,9%) và để phát hiện và điều trị bệnh sớm (54,7%).

*Tóm lại:* Người dân trong cộng đồng (gia đình, già làng, trưởng bản) đều nhận định tư vấn SKSS/KHHGD và khám SK trước khi kết hôn là quan trọng và cần thiết. Nhưng để đưa thành quy định bắt buộc thì ít người ủng hộ. Có nơi tại vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc đang còn tình trạng tảo hôn, hôn nhân cận huyết thì khám SK trước khi kết hôn vẫn không dễ được chấp nhận. Với VTN/TN, mặc dù kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ đồng tình với chủ trương trở thành quy định bắt buộc khá cao song trong thực tế việc vận động họ đi khám còn đang gặp rất nhiều khó khăn.

## KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Đa số VTN/TN và người dân trong cộng đồng đã nhận thức được tầm quan trọng của

tư vấn và khám SK tiền hôn nhân. Tuy nhiên, hầu hết những người dân trong cộng đồng, trong đó có VTN/TN đều chưa biết thông tin chi tiết về gói dịch vụ, địa chỉ cung cấp cũng như giá dịch vụ khám SK tiền hôn nhân.

Hiện chưa có sự đồng thuận cao của cộng đồng đối với dịch vụ tư vấn và khám SK tiền hôn nhân. Người dân sống ở vùng sâu, vùng xa, đồng bào dân tộc chưa ủng hộ việc VTN/TN trước khi kết hôn phải đi khám SK, ngược lại một số gia đình sống ở các đô thị, thành phố lớn lại có sự đồng thuận cao hơn với chương trình này. Vì vậy, Nhà nước vẫn nên duy trì một nguồn kinh phí để hỗ trợ cho các hoạt động của Câu lạc bộ tư vấn SKSS/KHHGD cũng như cho một số nhóm đối tượng chuẩn bị kết hôn được đi khám SK miễn phí. Đến thời điểm này người dân chưa đủ nhận thức để chấp nhận bỏ tiền túi, tự nguyện đi khám. Nếu không chương trình này rất khó đạt được các kết quả trong tương lai.

*Một số khuyến nghị:*

- Tăng cường công tác thông tin, giáo dục, truyền thông về tầm quan trọng, mục đích

của việc tư vấn, khám SK trước khi kết hôn để người dân có thông tin, có hiểu biết về dịch vụ. Việc tuyên truyền không chỉ hướng đến đối tượng VTN/TN mà phải hướng đến những người là cha, mẹ, ông bà, già làng trưởng bản v.v...

- Cần phân định rõ nội dung tuyên truyền, tư vấn, gói dịch vụ khám theo từng độ tuổi và từng nhóm đối tượng, đối tượng nào tổ chức khám, đối tượng nào tổ chức tư vấn, điều này vừa hạn chế việc phân tán nguồn lực, vừa đáp ứng được nhu cầu của đối tượng đích.
- Hiện nay, cộng đồng chấp nhận, ủng hộ dịch vụ tư vấn, KSK tiền hôn nhân do sử dụng dịch vụ không phải trả tiền, nếu mất tiền người dân sẽ không dễ dàng chấp nhận. Do đó, trong thời gian tới chúng ta cần phải tuyên truyền nâng cao nhận thức kết hợp với vận động để đưa một số dịch vụ vào thanh toán trong bảo hiểm y tế./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo kết quả thực hiện mô hình tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân 2007-2012 của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình.
2. Chu Xuân Việt, Nguyễn Văn Tháng, *Tuổi vị thành niên với vấn đề tình dục và các biện pháp tránh thai*.
3. Đánh giá Chiến lược Dân số và Pháp lệnh dân số 2001-2010 (2009).
4. Đặng Phi Yến và cộng sự (2011), *Khảo sát kiến thức về sức khỏe sinh sản - tiền hôn nhân cho nhóm đối tượng là vị thành niên - thanh niên và các cặp nam, nữ chuẩn bị kết hôn năm 2011*.
5. Kết quả Điều tra quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt Nam lần thứ 1 (SAVY1), 2005 và lần 2 (SAVY2), 2010.
6. Nguyễn Đức Vi và CS (2001), *Nghiên cứu tình hình thanh niên đến nạo phá thai tại Viện Bà mẹ và trẻ sơ sinh*.
7. Pháp lệnh Dân số 2003.

# NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ TƯ VẤN VÀ KHÁM SỨC KHỎE TIỀN HÔN NHÂN CỦA VỊ THÀNH NIÊN/THANH NIÊN TẠI MỘT SỐ TỈNH/THÀNH PHỐ

*Ths. Nguyễn Văn Hùng<sup>18</sup>*

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Cung cấp bằng chứng, đề xuất ban hành quy định pháp lý khả thi phù hợp với điều kiện thực tiễn nhằm tăng cường khả năng tiếp cận của vị thành niên/thanh niên (VTN/TN) đối với dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính.

**Kết quả:** Về tư vấn sức khỏe sinh sản/kế hoạch hóa gia đình (SKSS/KHHGD), có một tỷ lệ cao VTN/TN được tư vấn và nội dung được VTN/TN tiếp cận nhiều nhất là tình dục an toàn và các biện pháp tránh thai (BPTT), KHHGD, nội dung ít được tiếp cận hơn là phòng ngừa bạo lực tình dục và các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh.

Về dịch vụ khám sức khỏe, số VTN/TN được đi khám chiếm tỷ lệ thấp, dịch vụ khám sức khỏe VTN/TN được cung cấp gồm soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo, chụp X quang, xét nghiệm máu, kiểm tra chiều cao, cân nặng v.v... Theo đánh giá, gói dịch vụ khám sức khỏe này còn sơ sài, chưa đáp ứng được nhu cầu của VTN/TN trước khi kết hôn.

VTN/TN hài lòng khi sử dụng dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân hiện nay, trong đó nội dung tư vấn SKSS/KHHGD và thời điểm cung cấp dịch vụ có tỷ lệ người trả lời hài lòng thấp nhất...

**Từ khóa:** nhu cầu sử dụng, dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân, vị thành niên/thanh niên

## Đặt vấn đề

Tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân mang lại lợi ích lớn không chỉ về SKSS mà còn cả thể chất, tinh thần cho cuộc sống hôn nhân của các cặp vợ chồng tương lai. Từ năm 2003 mô hình

---

<sup>18</sup> Phó trưởng khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân bước đầu được triển khai thí điểm ở nước ta. Mục đích của mô hình này là thông qua việc tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân nhằm giúp tầm soát, phát hiện, can thiệp sớm các bệnh lây truyền, di truyền của nam và nữ trước khi kết hôn giúp giảm tỷ lệ vô sinh, phòng tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục, giảm tỷ lệ tàn tật, khuyết tật, thiếu năng trí tuệ của trẻ em nhằm cải thiện chất lượng giống nòi, góp phần nâng cao chất lượng dân số. Đến năm 2013, mô hình đã được triển khai rộng khắp trong 63 tỉnh/thành phố. Với địa bàn triển khai ngày càng được mở rộng, kết quả can thiệp có nhiều thay đổi qua các năm, tạo sự chuyển biến sâu sắc về nhận thức, thái độ và hành vi của các nhóm đối tượng đích. Tuy nhiên, việc triển khai các hoạt động tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân tại các địa phương còn gặp nhiều khó khăn. Về phía người sử dụng dịch vụ hiện đang có một số rào cản về định kiến xã hội, tập quán văn hóa, trình độ dân trí... Do vậy ở nhiều nơi, hoạt động này chưa nhận được sự hưởng ứng từ các nhóm VTN/TN và sự đồng thuận của cộng đồng. Hiện các hoạt động truyền thông tư vấn tại cộng đồng chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ, hầu như chưa có trường hợp nào đi khám lâm sàng và điều trị bệnh sau khi khám. Về phía các cơ sở cung cấp dịch vụ hiện cũng chưa có những quy định cụ thể về đơn vị nào được cung cấp dịch vụ tư vấn, dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân, danh mục dịch vụ thiết yếu cần cung cấp chiếm bao nhiêu % so với quy định... Do vậy, các cơ sở cung cấp dịch vụ, các cơ quan quản lý rất khó khăn để xác định đâu là nhóm VTN/TN đi khám sức khỏe tiền hôn nhân, đâu là nhóm VTN/TN đi khám sức khỏe thông thường. Về tính pháp lý: Tại Điều 23, Chương III của Pháp lệnh Dân số Việt Nam năm 2003 nêu rõ: “Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho nam, nữ kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn.....”. Tuy nhiên, trong quá trình xây dựng dự thảo Luật Dân số (trình Quốc hội vào năm 2017), hiện đang có nhiều ý kiến trái chiều trong đề xuất về quy định pháp lý đối với vấn đề này.

Nhằm cung cấp các bằng chứng thực tiễn cho việc đề xuất các giải pháp khả thi trong quá trình luật pháp hóa hoạt động này, năm 2014, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành nghiên cứu **“Đánh giá nhu cầu và khả năng cung cấp dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân tại một số tỉnh/thành phố”** tại 5 tỉnh/thành phố (Điện Biên, Quảng Ninh, Quảng Ngãi, Gia Lai, Cần Thơ) với 15 quận/huyện và 15 xã/phường.

Bài báo này trình bày một phần kết quả của nghiên cứu trên về nhu cầu sử dụng dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân của VTN/TN tại một số tỉnh/thành phố.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng kết hợp định tính và

sử dụng lý thuyết của Lu Ann Aday và Ronald Andersen để phân tích và đánh giá.

### **Đối tượng nghiên cứu bao gồm:**

- Nhóm lãnh đạo và quản lý: Tổng cục Dân số-KHHGĐ, Vụ Sức khỏe, Bà mẹ và Trẻ

em, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương, Chi cục DS-KHHGD tỉnh/thành phố; Trung tâm Chăm sóc SKSS tỉnh/thành phố; Lãnh đạo BV công lập tuyến tỉnh/thành phố; Lãnh đạo Trung tâm DS-KHHGD quận/huyện; Lãnh đạo Trung tâm Y tế dự phòng quận/huyện; Lãnh đạo bệnh viện y tế công lập và ngoài công lập tuyến quận/huyện; Lãnh đạo chính quyền; lãnh đạo Trạm Y tế và cán bộ phụ trách các mô hình tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân tại xã/phường/thị trấn; Phụ trách các cơ sở y tế ngoài công lập.

- Nhóm có uy tín trong cộng đồng: Trưởng thôn/bản; Trưởng họ, già làng; Đức cha/nhà sư/tu hành/ban ngành đoàn thể; Ông bà/cha mẹ của VTN/TN.
- Nhóm cung cấp dịch vụ: Nhóm cán bộ tư vấn tại các mô hình tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân; Nhóm cán bộ, nhân viên y tế (NVYT) cung cấp dịch tại các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập.
- Nhóm hưởng lợi: TN đã kết hôn (từ năm 2010) đã sử dụng và chưa sử dụng dịch vụ Tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân; VTN, TN chưa kết hôn (18-25 tuổi) đã sử dụng và chưa sử dụng dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Nhu cầu được tiếp cận dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD, khám sức khỏe tiền hôn nhân của VTN/TN

#### 1.1. Nhu cầu được thông tin tư vấn về SKSS/KHHGD

➤ *Nhu cầu được tiếp cận thông tin của VTN/TN*

Qua khảo sát, có 85,2% số VTN/TN được hỏi đã bày tỏ có nhu cầu tiếp cận thông tin SKSS/ KHHGD trong thời gian tới, chỉ có 14,8% số người không có nhu cầu. Bên cạnh đó, khi tìm hiểu về những nội dung của tư vấn SKSS/ KHHGD mà VTN/TN mong muốn được biết, kết quả nghiên cứu cho thấy: nội dung tư vấn về SKSS/KHHGD mà VTN/TN có nhu cầu được biết nhiều nhất là tâm sinh lý, tình bạn, tình yêu, tuổi VTN/TN với 73,2% ý kiến trả lời; tiếp đến là nội dung về phòng tránh xử trí viêm nhiễm đường sinh sản, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV có 67,5%; nội dung về KHHGD và sử dụng BPTT (63,9%). Nội dung tư vấn về SKSS/KHHGD VTN/TN ít có nhu cầu được tiếp cận nhất là phòng ngừa bạo lực tình dục 35,4%; Các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh 42,3% (bảng 1).

**Bảng 1: Ý kiến của VTN/TN về nội dung thông tin tư vấn SKSS/KHHGD có nhu cầu tiếp cận**

Stt	Nội dung	n	Tỷ lệ %
1	Tâm sinh lý, tình bạn, tình yêu, tuổi VTN, thanh niên	417	73,2
2	Tình dục an toàn	369	46,7
3	Kế hoạch hóa gia đình, các BPTT	364	63,9

Stt	Nội dung	n	Tỷ lệ %
4	Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh	255	44,7
5	Cách xử trí khi bị STDs, STIs	385	67,5
6	Những vấn đề về tình dục và sức khỏe tình dục	341	59,8
7	Phòng ngừa bạo lực tình dục	202	35,4
8	Các bệnh di truyền thường gặp	296	51,9
9	Các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh	241	42,3

➤ *Nhu cầu của VTN/TN về kênh cung cấp thông tin tư vấn SKSS/KHHGD*

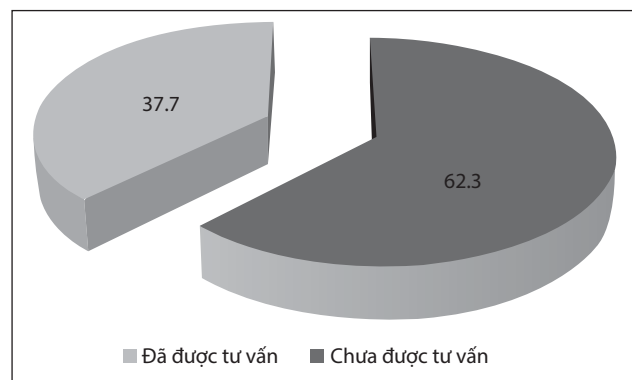
VTN/TN tiếp cận thông tin, tư vấn SKSS/KHHGD từ nhiều kênh khác nhau, tuy nhiên theo đánh giá không phải kênh thông tin nào cũng phù hợp để VTN/TN tiếp cận. Kết quả khảo sát cho thấy, các kênh cung cấp thông tin, tư vấn về SKSS/KHHGD qua cộng tác viên dân số; các câu lạc bộ (Câu lạc bộ học sinh/sinh viên, Câu lạc bộ tiền hôn nhân, Câu lạc bộ Sức khỏe sinh sản VTN/TN); Trạm Y tế xã/phường và hệ thống Internet có số người trả lời phù hợp cao nhất với tỷ lệ tương ứng là 88,7%; 86,3% và 86,2%. Các kênh tư vấn về SKSS/KHHGD có tỷ lệ VTN/TN đánh giá không phù hợp cao nhất là người có uy tín trong cộng đồng (83,4%), cơ sở y tế ngoài công lập (66,0%) và cơ sở y tế tuyến huyện (56,8%).

➤ *Thực trạng tiếp cận dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD của VTN/TN*

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số 669 VTN/TN được hỏi, có 417 người chiếm

62,3% ý kiến trả lời đã được tư vấn SKSS/KHHGD và có 252 người chiếm 37,7% trả lời chưa được tư vấn (biểu đồ 1) Như vậy, hiện vẫn còn 1/3 số VTN, TN trong thực tế chưa từng được tư vấn về SKSS/KHHGD.

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ VTN/TN về được tư vấn SKSS/KHHGD (%)**



Trong các nội dung về SKSS/KHHGD; tình dục an toàn, KHHGD và các BPTT là những nội dung VTN/TN đã được tư vấn nhiều nhất (85,9% và 83,6%). Nội dung VTN/TN ít được tư vấn nhất là cách xử trí các bệnh khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bảng 2).

**Bảng 2: Ý kiến của VTN/TN về những nội dung của lĩnh vực SKSS/KHHGD đã được tư vấn**

STT	Nội dung	N	Tỷ lệ %
1	Tâm sinh lý, tình bạn, tình yêu, tuổi VTN, thanh niên	262	75,3
2	Tình dục an toàn	299	85,9
3	Kế hoạch hóa gia đình và các BPTT	291	83,6
4	Làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh	182	52,3
5	Cách xử trí khi bị STDs, STIs	163	46,8
6	Những vấn đề về tình dục và sức khỏe tình dục	212	60,9
7	Phòng ngừa bạo lực tình dục	175	50,3
8	Các bệnh di truyền thường gặp	196	56,3
9	Các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh	175	50,3

Kết quả phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm với VTN, TN tại các địa bàn nghiên cứu cũng đã cho thấy, họ có thể tiếp cận được với các kênh thông tin để có được kiến thức song kỹ năng ứng phó với những tình huống như an toàn tình dục, phòng ngừa mang thai ngoài ý muốn còn nhiều hạn chế. Do đó, trong thời gian tới, những nội dung này cần phải được ưu tiên, chú trọng hơn đối với hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe và tư vấn.

➤ *Mức độ hài lòng của VTN/TN đối với dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD*

Qua khảo sát, có hơn 1/2 số VTN/TN được phỏng vấn đã hài lòng với dịch vụ tư vấn về SKSS/KHHGD mà họ đã được tiếp cận. VTN/TN có tỷ lệ hài lòng cao nhất đối về nội dung được tư vấn (80,7%); tiếp đến là tài liệu tư vấn (66,0%), địa điểm cung cấp dịch vụ có tỷ lệ hài lòng cao thứ ba (63,8%). Thủ

tục cung cấp dịch và thời điểm cung cấp dịch vụ là 2 nội dung có tỷ lệ VTN/TN hài lòng thấp nhất: 45,6% và 49,1% (bảng 3).

*“Lấy ví dụ là em gái có thai ngoài ý muốn, thì tui nó cũng không biết phải giải quyết sao, mà cũng không biết là giải quyết rồi thì hậu quả nó như thế nào... Chỉ thích làm là làm thôi. Mà cái hậu quả xấu này khẳng định là đã có rồi đó. Tôi tận mắt thấy bệnh viện phụ sản trên An Giang kia, cách đây hơn chục cây số, có các em cấp 3 trường ..... lên vào đó phá thai rồi. Chỉ không rõ là trong số ấy có em nào ở CLB tuổi hồng không. Nói ra để thấy là đã có tình trạng này, đã có chuyện như thế này diễn ra rồi”...*

(Ý kiến BCD DS-KHHGD Phường Thuận An, Q.Thốt Nốt, TP. Cần Thơ)



**Bảng 3: Mức độ hài lòng của VTN/TN đối với dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD (%)**

STT	Nội dung	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng
1	Địa điểm tiếp cận	63,8	35	1,3
2	Thời điểm cung cấp dịch vụ	49,1	46,7	4,2
3	Thủ tục cung cấp dịch vụ	45,6	50,2	4,3
4	Nội dung tư vấn	80,7	18,6	0,8
5	Tài liệu tư vấn	66,0	32,1	1,9
6	Dịch vụ hỗ trợ	51,1	44,1	4,9
7	Đảm bảo tính riêng tư	60,2	35,5	4,3

**1.2. Nhu cầu khám sức khỏe tiền hôn nhân**

➤ *Nhu cầu được cung cấp thông tin về dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân của VTN/TN*

Số liệu khảo sát cho thấy nội dung về SKSS/KHHGD mà VTN/TN có nhu cầu được tư vấn cao nhất là mức độ quan trọng

của việc khám sức khỏe trước khi kết hôn có (44,6%); tiếp đến là quy trình khám, các xét nghiệm cần làm khi khám sức khỏe tiền hôn nhân và địa chỉ các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ (34,2%). Giá dịch vụ và thời điểm cần khám sức khỏe ít người có nhu cầu được biết hơn với 25,8% và 28,6% (bảng 4).

**Bảng 4: Nhu cầu được cung cấp thông tin về dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân của VTN/TN**

STT	Nội dung thông tin	Tỷ lệ %
1	Tầm quan trọng của việc khám sức khỏe trước khi kết hôn	44,6
2	Quy trình khám và các xét nghiệm cần làm khi khám sức khỏe trước khi kết hôn	34,2
3	Địa chỉ các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn	34,2
4	Giá dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn	25,8
5	Thời gian thực hiện dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn	28,6

Khi tìm hiểu về kênh thông tin về dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn phù hợp với sở thích của VTN/TN hiện nay, kết quả nghiên cứu cho thấy: tivi, báo, tạp chí và Internet là những kênh thông tin được VTN/TN mong muốn được tiếp cận nhiều nhất (57,7% và 48,0%). Các kênh cung cấp thông tin từ cơ sở y tế, nơi đăng ký kết hôn và gia đình có tỷ lệ VTN/TN mong muốn được tiếp cận thấp nhất 17%; 24% và 24,9%.

➤ *Tiếp cận dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân của VTN/TN*

Hiện mới chỉ có một bộ phận nhỏ VTN/TN tại các địa bàn được khảo sát đã tiếp cận được với dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân. Trong số 669 VTN/TN được phỏng vấn mới chỉ có 15,4% đã sử dụng dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn, còn lại đa số 84,6% chưa đi khám. Nguyên nhân của tình trạng này trước hết là do đa số VTN/TN còn chưa

sẵn sàng đối với dịch vụ này, nhiều bạn trẻ chuẩn bị bước vào hôn nhân song vẫn có suy nghĩ mình đang khỏe mạnh, khó mắc bệnh, không cần thiết đi khám. Ngoài ra, họ còn e dè trong việc khám sức khỏe do sợ phải đối mặt với bệnh tật, bị bạn tình nghi ngờ về quá khứ... Một số khác còn suy nghĩ nếu nam, nữ thực sự yêu nhau phải kết hôn trước sau đó quan tâm sức khỏe của nhau vẫn chưa muộn, thậm chí có người chưa có định hướng kết hôn nên chưa đi khám v.v...

Tìm hiểu về cơ sở y tế cung cấp dịch vụ khám sức khỏe cho VTN/TN trước khi kết hôn, kết quả cho thấy có 50,5% VTN/TN trả lời đã đi khám sức khỏe tiền hôn nhân tại trạm y tế xã/phường và 35,0% đi khám tại Trung tâm chăm sóc SKSS, đây là 2 cơ sở y tế có tỷ lệ người trả lời cao nhất. Địa chỉ có tỷ lệ VTN/TN đi khám sức khỏe tiền hôn nhân thấp nhất là cơ sở y tế ngoài công lập và cơ sở y tế công lập tuyến tỉnh (bảng 5).

**Bảng 5: Ý kiến của VTN/TN về cơ sở y tế cung cấp dịch vụ khám SK tiền hôn nhân (%)**

STT	Cơ sở y tế	Có	Không
1	Trạm y tế xã phường	50,5	49,5
2	Các cơ sở y tế ngoài công lập	16,5	83,5
3	Các cơ sở y tế công lập tuyến huyện	18,4	81,6
4	Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh	35,0	65,0
5	Cơ sở y tế công lập tuyến tỉnh	17,5	82,5

Khi tìm hiểu về gói dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân VTN/TN được cung cấp, tại các địa phương hiện nay, những VTN/TN đã sử dụng dịch vụ cho biết các dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn được VTN/TN sử dụng nhiều nhất là xét nghiệm máu; khám thể lực (đo chiều cao, cân nặng, vòng ngực trung

bình, chỉ số BMI, mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở) với 83,3% và 51,0% số người được hỏi trả lời. Dịch vụ VTN/TN ít sử dụng nhất là soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo, khám vú, khám bộ phận sinh dục ngoài với 26,5% số người được hỏi trả lời (bảng 6).

**Bảng 6: Ý kiến của VTN/TN về gói dịch vụ khám sức khỏe đã sử dụng (%)**

STT	Tên dịch vụ	Có	Không
1	Khám thể lực (đo chiều cao, cân nặng, vòng ngực trung bình, chỉ số BMI, mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở)	51,0	49,0
2	Khám phát hiện các dấu hiệu cơ năng: tiền sử về các bệnh nội, ngoại; tiền sử sản khoa, phụ khoa (đối với nữ)	36,3	63,7
3	Khám phụ khoa (đối với nữ)	46,1	53,9
4	Khám phát hiện các dấu hiệu cơ năng tiền sử về các bệnh nội, ngoại, chấn thương, viêm tinh hoàn, bệnh lây truyền qua đường tình dục (đối với nam)	38,2	61,8
5	Khám vú, khám bộ phận sinh dục ngoài (đối với nữ)	26,5	73,5
6	Chụp X quang tim, phổi	33,3	66,7
7	Xét nghiệm máu	83,3	16,7
8	Xét nghiệm nước tiểu	44,1	55,9
9	Soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo	26,5	73,5

Về lý do đi khám sức khỏe trước khi kết hôn, VTN/TN đi khám sức khỏe là nhằm phát hiện và điều trị sớm các bệnh vô sinh và hiếm muộn; 23,3% cho rằng do bản thân và gia đình có tiền sử mắc các bệnh di truyền/bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các lý do khác có tỷ lệ VTN/TN trả lời rất thấp, chỉ có 9,7% đi khám do lo ngại nhóm máu không tương thích với người yêu/bạn tình và 11,2 % đi khám để vừa lòng gia đình.

Ngoài ra, VTN/TN cũng đưa ra 2 lý do không đi khám sức khỏe là do chưa kết hôn và không biết về sự cần thiết phải đi khám với 82,5% và 45,5% số người được hỏi trả lời. Các lý do khác như tốn kém, mất thời gian; sợ kết quả làm ảnh hưởng đến việc sống chung/hôn nhân có tỷ lệ người trả lời rất thấp (chỉ 6,1% ý kiến trả lời).

➤ *Mức độ hài lòng của VTN/TN khi đi khám sức khỏe trước khi kết hôn*

Khi tìm hiểu ý kiến của VTN/TN về gói dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân phù hợp, kết quả nghiên cứu cho thấy xét nghiệm

máu, khám thể lực và khám phụ khoa đối với nữ là những dịch vụ có tỷ lệ người trả lời phù hợp cao nhất với 76,5%; 63,7% và 63,2%. Các dịch vụ mà VTN/TN đánh giá ít phù hợp nhất là Chụp X quang tim, phổi và soi tươi dịch âm đạo và niệu đạo (Bảng 7).

**Bảng 7: Nhận định của VTN/TN về sự phù hợp của gói dịch vụ khám sức khỏe trước khi kết hôn**

STT	Tên dịch vụ	Tỷ lệ %
1	Khám thể lực (đo chiều cao, cân nặng, vòng ngực trung bình, chỉ số BMI, mạch, nhiệt độ, huyết áp và nhịp thở)	63,4
2	Khám phát hiện các dấu hiệu cơ năng: tiền sử về các bệnh nội, ngoại; tiền sử sản khoa, phụ khoa (đối với nữ)	62,1
3	Khám phụ khoa (đối với nữ)	63,7
4	Khám phát hiện các dấu hiệu cơ năng: tiền sử về các bệnh nội, ngoại, chấn thương, viêm tinh hoàn, bệnh lây truyền qua đường tình dục (đối với nam)	62,9
5	Khám vú, khám bộ phận sinh dục ngoài (đối với nữ)	51,7
6	Chụp X quang tim, phổi	48,8
7	Xét nghiệm máu	76,5
8	Xét nghiệm nước tiểu	56,1
9	Soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo	46,7

Khi tìm hiểu về mức độ hài lòng của VTN/TN về các nội dung liên quan đến cơ sở cung cấp dịch vụ, kết quả cho thấy địa điểm cung cấp dịch vụ; bảo đảm tính riêng tư là hai vấn đề được VTN/TN đánh giá hài lòng cao

nhất khi sử dụng dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân với 62,9% và 64,0% ý kiến trả lời. Những nội dung khác có một tỷ lệ nhất thấp VTN/TN đánh giá không hài lòng (bảng 8).

**Bảng 8: Ý kiến của VTN/TN về mức độ hài lòng liên quan đến nội dung của cơ sở cung cấp dịch vụ (%)**

STT	Nội dung	Hài lòng	Bình thường	Không hài lòng
1	Địa điểm cơ sở cung cấp dịch vụ	62,9	30,8	-
2	Thời điểm cung cấp dịch vụ	55,4	43,4	1,2
3	Thủ tục cung cấp dịch vụ	49,4	48,2	2,4
4	Điều kiện cơ sở vật chất	49,4	49,4	1,2
5	Kết quả chuẩn đoán	62,2	37,8	-
6	Giá cả dịch vụ	37,2	59,0	3,8
7	Đảm bảo tính riêng tư	64,0	33,7	2,3

Tóm lại: Thông tin về dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân VTN/TN đang tiếp cận từ nhiều kênh khác nhau. Với dịch vụ tư vấn SKSS/KHHGD, kênh cung cấp thông tin từ các câu lạc bộ, Trạm y tế có tỷ lệ người trả lời phù hợp cao hơn. Với dịch vụ khám sức khỏe kênh thông tin từ tivi, báo, tạp chí và Internet được VTN/TN được VTN/TN đánh giá phù hợp hơn. Về nơi khám sức khỏe, có một tỷ lệ lớn VTN/TN có ý kiến nếu tổ chức khám sức khỏe tại Trạm Y tế thì VTN/TN dễ tiếp cận hơn.

## KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Về tư vấn SKSS/KHHGD, có một tỷ lệ cao VTN/TN được tư vấn và nội dung được VTN/TN tiếp cận nhiều nhất là tình dục an toàn và các BPTT, KHHGD, nội dung ít được tiếp cận hơn là phòng ngừa bạo lực tình dục và các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh.

Về dịch vụ khám sức khỏe, số VTN/TN được đi khám chiếm tỷ lệ thấp, dịch vụ khám sức khỏe VTN/TN được cung cấp gồm soi tươi dịch âm đạo và dịch niệu đạo, chụp X quang, xét nghiệm máu, kiểm tra chiều cao, cân nặng v.v... Theo đánh giá, gói dịch vụ khám sức khỏe này còn sơ sài, chưa đáp ứng được nhu cầu của VTN/TN trước khi kết hôn.

VTN/TN hài lòng khi sử dụng dịch vụ tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân hiện nay, trong đó nội dung tư vấn SKSS/KHHGD và thời điểm cung cấp dịch vụ có tỷ lệ người trả lời hài lòng thấp nhất.

Việc khám sức khỏe tiền hôn nhân không những có ý nghĩa bảo vệ sức khỏe, hạnh phúc của các cặp vợ chồng tương lai mà còn có ý nghĩa nâng cao chất lượng dân số, chất lượng sống của toàn xã hội. Để có thông tin lành mạnh, mang tính định hướng giáo dục, trong đó giáo dục kiến thức về CSSKSS cho độ

tuổi VTN/TN, việc tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân được xem là một trong những việc làm quan trọng. Thời gian tới, cần tăng cường công tác thông tin, giáo dục, truyền thông về tầm quan trọng, mục đích của việc tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn và địa chỉ các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ cho nhóm đối tượng này. Các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ khám sức khỏe tiền hôn nhân cũng cần đẩy mạnh việc thông tin tuyên truyền về quy trình khám, các xét nghiệm cần làm khi khám sức khỏe tiền hôn nhân để VTN/TN nắm thông tin. Chương trình tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân nên khuyến khích, chưa nên quy định bắt buộc một mặt vì nhận thức người dân còn hạn chế, nhu cầu sử dụng chưa cao, mặt khác nhiều nước trên thế giới hiện nay vẫn chưa quy định bắt buộc

VTN/TN phải đi khám sức khỏe trước khi kết hôn.

Các tỉnh, thành phố cần tập trung các nguồn lực, thực hiện hiệu quả các đề án nâng cao chất lượng dân số, xây dựng và củng cố mạng lưới cung cấp thông tin, tư vấn và dịch vụ chăm sóc SKSS – KHHGD; tổ chức tuyên truyền, vận động và giáo dục về SKSS – KHHGD cho VTN/TN; tổ chức kiểm tra sức khỏe, phát hiện, tư vấn về các nguy cơ sinh con bị khuyết tật, dị tật cho nam, nữ chuẩn bị kết hôn...

Để công tác tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân đạt kết quả, các cấp chính quyền, đoàn thể, nhà trường và gia đình cần chung tay trong việc tuyên truyền, vận động kết hợp với giáo dục một cách thường xuyên, liên tục và kiên trì cho VTN/TN./.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Báo cáo kết quả thực hiện mô hình tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân 2007-2012 của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình.
2. Chu Xuân Việt, Nguyễn Văn Tháng, *Tuổi VTN với vấn đề tình dục và các BPTT*.
3. Đánh giá chiến lược Dân số và pháp lệnh dân số 2001-2010 (2009).
4. Đặng Phi Yến và cộng sự (2011), *Khảo sát kiến thức về sức khỏe sinh sản - tiền hôn nhân cho nhóm đối tượng là vị thành niên - thanh niên và các cặp nam, nữ chuẩn bị kết hôn năm 2011*.
5. Kết quả Điều tra quốc gia về Vị thành niên và Thanh niên Việt nam lần thứ 1 (SAVY1), 2005 và lần 2 (SAVY2), 2010.
6. Luật Thanh niên năm 2005.
7. Nguyễn Đức Vi và CS (2001), *Nghiên cứu tình hình thanh niên đến nạo phá thai tại Viện Bà mẹ và trẻ sơ sinh*.

8. Pháp lệnh Dân số 2003.
9. Quyết định số 147/2000/QĐ-TTg ngày 22/12/2000 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001 – 2010.
10. Quyết định số 170/2007/QĐ-TTg ngày 8/11/2007 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt chương trình mục tiêu quốc gia DS - KHHGĐ giai đoạn 2006 – 2010.
11. Quyết định số 25/QĐ-BYT ngày 07/01/2011 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy trình Tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân.
12. Quyết định số 2013/QĐ-TTg về việc phê duyệt chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020.
13. Trung ương Đoàn TNCSHCM, Nạo hút thai của nữ thanh niên chưa có gia đình.
14. Trường Đại học Y Hà Nội (1998), Nghiên cứu nạo phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt ở trẻ VTN tại tỉnh Quảng Ninh và Thái Bình.

## MỘT SỐ NỘI DUNG QUAN TRỌNG TRONG ĐỀ ÁN “CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI GIAI ĐOẠN 2017-2025”

Vũ Thúy Nga<sup>19</sup>

Chăm sóc người cao tuổi là một trong những mục tiêu nâng cao chất lượng giống nòi của Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011- 2020. Thực trạng già hóa dân số tại nước ta đang là thách thức của xã hội trong việc đảm bảo cuộc sống, sức khỏe, tinh thần cho người cao tuổi hiện nay. Để tạo điều kiện thuận lợi thực hiện tốt mục tiêu nói trên, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 7618/QĐ-BYT ngày 30/12/2016, về việc phê duyệt Đề án Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017 - 2025. Đề án được coi là một chính sách kịp thời nhằm chăm sóc sức khỏe người cao tuổi (NCT), góp phần phát huy vai trò NCT, ứng phó với những thách thức của một xã hội già hóa. Đề án do Bộ Y tế chủ trì, giao cho Tổng cục Dân số- Kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGĐ) tổ chức thực hiện. Ủy ban Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi (NCT), Trung ương Hội NCT Việt Nam, các Bộ, ngành liên quan trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ được giao phối hợp với Bộ Y tế lồng ghép các hoạt động trong các chương trình, kế hoạch của ngành để thực hiện Đề án. Bài viết này xin giới thiệu những nội dung quan trọng của Đề án.

### Mục tiêu tổng quát của của Đề án:

Đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe NCT thích ứng với giai đoạn già hóa dân số, góp phần thực hiện Chương trình Hành động Quốc gia về NCT, Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản, Chiến lược Quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Để thực hiện mục tiêu trên, Đề án đã đề ra 4 mục tiêu cụ thể, gồm:

*1) Nâng cao nhận thức, tạo môi trường xã hội đồng thuận và phong trào toàn xã hội tham gia chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.*

Các chỉ tiêu đến năm 2025:

- 100% lãnh đạo, các cấp ủy Đảng chính quyền, ban ngành đoàn thể được cung cấp thông tin về già hóa dân số, thực trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; ban hành văn bản chỉ đạo, kế hoạch về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi;
- 100% người cao tuổi hoặc người thân trực tiếp chăm sóc người cao tuổi biết thông tin về già hóa dân số, quyền được chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi và các kiến thức chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

<sup>19</sup> Tạp chí Chính sách y tế



2) *Nâng cao sức khỏe của người cao tuổi trên cơ sở nâng cao kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe và tăng khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của người cao tuổi.*

Các chỉ tiêu đến năm 2025:

- 80% người cao tuổi có khả năng tự chăm sóc, được cung cấp kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe;
- 80% người cao tuổi được khám sức khỏe định kỳ ít nhất một lần/năm và được lập hồ sơ theo dõi, quản lý sức khỏe.

3) *Đáp ứng đầy đủ nhu cầu khám, chữa bệnh của người cao tuổi với chất lượng ngày càng cao, chi phí và hình thức phù hợp (tại các cơ sở y tế, tại nhà,...)*

Các chỉ tiêu đến năm 2025:

- 90% người cao tuổi khi bị bệnh được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe;
- 100% bệnh viện Trung ương và tuyến tỉnh (trừ bệnh viện chuyên khoa nhi) có tổ chức khoa lão khoa hoặc dành một số giường để điều trị người bệnh là người cao tuổi; khuyến khích thành lập mới bệnh viện lão khoa tại các thành phố trực thuộc Trung ương;
- 100% người cao tuổi có thẻ bảo hiểm y tế.

4) *Đáp ứng ngày càng đầy đủ nhu cầu chăm sóc sức khỏe dài hạn của người cao tuổi tại gia đình, cộng đồng và trong cơ sở chăm sóc sức khỏe tập trung.*

Các chỉ tiêu đến năm 2025:

- 100% người cao tuổi không có khả năng tự chăm sóc, được chăm sóc sức khỏe bởi gia đình và cộng đồng;

- Tăng ít nhất 2 lần số người cao tuổi cô đơn không nơi nương tựa, không còn khả năng tự chăm sóc, không có người trợ giúp tại nhà và có điều kiện chi trả được chăm sóc trong các cơ sở chăm sóc sức khỏe tập trung so với năm 2016.

Đối tượng thụ hưởng là NCT, gia đình có NCT và đối tượng tác động là các cấp ủy Đảng, chính quyền và ban ngành, đoàn thể; cán bộ y tế, dân số; tổ chức, cá nhân tham gia thực hiện Đề án; cộng đồng NCT sinh sống.

#### **Phạm vi thực hiện Đề án:**

Đề án được triển khai trên toàn quốc, gồm 63 tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương. Tập trung triển khai ở các tỉnh, thành phố có tỷ lệ NCT cao; vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, vùng đồng bào dân tộc thiểu số; NCT có hoàn cảnh kinh tế xã hội khó khăn.

#### **Lộ trình thực hiện Đề án:**

Đề án được thực hiện từ năm 2017 đến năm 2025 và chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: từ năm 2017 - 2020 tập trung chăm sóc sức khỏe NCT tại cộng đồng.
- Giai đoạn 2: từ năm 2021 - 2025 sẽ tổng kết giai đoạn 1, lựa chọn đẩy mạnh các hoạt động của Đề án đã triển khai có hiệu quả trong giai đoạn 1; nhân rộng các mô hình chăm sóc sức khỏe dài hạn cho NCT...

#### **Nhiệm vụ và hoạt động chủ yếu:**

Đề án “Chăm sóc sức khỏe NCT giai đoạn 2017 - 2025” đã đề ra các nhiệm vụ quan trọng, trong đó nâng cao năng lực cho trạm y tế xã/phường/thị trấn, trong thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu cho NCT; nâng cao

năng lực khám, chữa bệnh cho các Khoa Lão của Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh và Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Bên cạnh việc xây dựng bệnh viện phù hợp và triển khai mô hình Bác sĩ gia đình cho NCT, Đề án cũng đề ra nhiệm vụ xây dựng triển khai thí điểm xã hội hóa mô hình chăm sóc sức khỏe NCT ban ngày và chăm sóc y tế cho NCT ở các cơ sở dưỡng lão...

Quyết định phê duyệt Đề án “Chăm sóc sức khỏe NCT giai đoạn 2017 - 2025” là hành động kịp thời của Bộ Y tế, góp phần nâng cao nhận thức và hành động của toàn xã hội với NCT. Theo đó, các giải pháp, nhiệm vụ và hoạt động chủ yếu chú trọng vào: Tăng cường truyền thông giáo dục thay đổi hành vi nâng cao nhận thức, tạo môi trường xã hội đồng thuận tham gia chăm sóc sức khỏe NCT. Xây dựng, phát triển phong trào chăm sóc sức khỏe NCT. củng cố, hoàn thiện hệ thống cung cấp dịch vụ Chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám chữa bệnh cho NCT; Xây dựng và phổ biến mô hình Chăm sóc sức khỏe dài hạn cho NCT; hoàn thiện chính sách pháp luật về chăm sóc sức khỏe NCT, khuyến khích hỗ trợ doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân tham gia chăm sóc sức khỏe NCT...

Việc triển khai Đề án là một việc làm thiết thực mang đậm tính nhân văn của Đảng, Nhà nước đối với NCT góp phần thực hiện cuộc vận động “Toàn xã hội chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi” và mục tiêu nâng cao chất lượng giống nòi.

### **Cơ chế quản lý và điều hành Đề án:**

Cơ chế quản lý và điều hành Đề án thực hiện theo các quy định về quản lý nguồn vốn sự nghiệp y tế/dân số và xã hội hóa công tác y tế/dân số và các quy định pháp luật hiện hành có liên quan.

#### *1. Tại Trung ương (Bộ Y tế, Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình)*

Thành lập Ban chỉ đạo Đề án do Lãnh đạo Bộ Y tế làm trưởng Ban, Tổng cục trưởng Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình làm Phó Ban thường trực, thành viên là Lãnh đạo Vụ Kế hoạch - Tài chính, Cục Quản lý khám, chữa bệnh, Bệnh viện Lão khoa Trung ương, các Vụ/đơn vị của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình và các đơn vị có liên quan. Ban chỉ đạo có trách nhiệm giúp Bộ trưởng Bộ Y tế chỉ đạo, hướng dẫn huy động nguồn lực thực hiện các nhiệm vụ của Đề án.

Thành lập Ban Quản lý Đề án tại Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, Ban Quản lý Đề án có trách nhiệm quản lý, điều hành các hoạt động của Đề án, các nguồn vốn được đầu tư theo đúng quy định hiện hành về quản lý tài chính; huy động các nguồn vốn từ ngân sách và nguồn vốn khác xây dựng kế hoạch ngân sách hàng năm trình cấp có thẩm quyền; thẩm định kế hoạch hoạt động của các địa phương; tổ chức triển khai các hoạt động; kiểm tra, giám sát hỗ trợ kỹ thuật.

#### *2. Tại địa phương (Sở Y tế, Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình)*

Thành lập Ban quản lý Đề án cấp tỉnh do Lãnh đạo Sở Y tế làm Trưởng Ban, Chi cục trưởng Chi cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình là Phó Ban thường trực, thành viên là các đơn vị có liên quan. Ban quản lý Đề án cấp tỉnh có trách nhiệm giúp Giám đốc Sở Y tế xây dựng kế hoạch/Đề án chăm sóc sức khỏe người cao tuổi của tỉnh/thành phố, bố trí nguồn lực thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi theo hướng dẫn của Bộ Y tế và các quy định hiện hành, trình cấp có thẩm quyền phê duyệt, tổ chức triển khai thực hiện./.

## CÁC NỘI DUNG CHÍNH TRONG CHƯƠNG TRÌNH MỤC TIÊU Y TẾ - DÂN SỐ GIAI ĐOẠN 2016-2020

*ThS. Nguyễn Văn Hùng<sup>20</sup>*

Ngày 31/7/2017, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 1125/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020. Chương trình được thực hiện từ năm 2016 đến năm 2020, với tổng kinh phí 19.380 tỷ đồng (điều chỉnh tăng thêm kinh phí khi có nguồn nhưng không vượt quá 20.413 tỷ đồng).

Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020 được xây dựng với mục tiêu tổng quát: Chủ động phòng, chống dịch bệnh, phát hiện sớm, phát hiện kịp thời không chế không để dịch lớn xảy ra. Giảm tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong một số bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, không chế tốc độ gia tăng các bệnh không lây nhiễm phổ biến, bệnh tật lứa tuổi học đường bảo đảm sức khỏe cộng đồng. Nâng cao năng lực quản lý, kiểm soát an toàn thực phẩm. Bảo đảm cung cấp máu, an toàn truyền máu và phòng, chống hiệu quả một số bệnh lý huyết học. Không chế và giảm tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng để giảm tác động của HIV/AIDS đối với sự phát triển kinh tế-xã hội. Duy trì mức sinh thay thế, hạn chế tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh, cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao chất lượng dân số và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Tăng cường công tác kết hợp quân dân y trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân vùng biên giới, biển đảo và vùng trọng điểm an ninh quốc phòng.

Chương trình tiếp tục tập trung đầu tư, hoàn thành 26 dự án chuyển tiếp đã được đầu tư trong giai đoạn 2011 - 2015 nhưng chưa hoàn thành do thiếu vốn và một số dự án khởi công mới phù hợp với định hướng phát triển của ngành, ưu tiên các tỉnh khó khăn, các tỉnh miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, Tây Nam Bộ. Chương trình có 8 dự án thành phần, được thực hiện tại các tỉnh, thành phố trong cả nước với kinh phí 19.380 tỷ đồng, bao gồm: Phòng chống lây nhiễm một số bệnh lây nhiễm nguy hiểm và các bệnh không lây nhiễm phổ biến; Tiêm chủng mở rộng; Dân số và phát triển; An toàn thực phẩm; Phòng chống HIV/AIDS; Bảo đảm máu và phòng chống một số bệnh lý huyết học; Quân dân y kết hợp; Theo dõi, kiểm tra, giám sát, đánh giá thực hiện chương trình truyền thông y tế.

Trong 8 dự án trên, Dân số và phát triển thuộc dự án 3 của Chương trình với kinh phí thực hiện 4.921 tỷ đồng. Mục tiêu chung của dự án là: Chủ động duy trì mức sinh thay thế, nâng cao chất lượng dân số và thể chất nhằm đáp ứng nguồn nhân lực chất lượng cao phục vụ sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa và sự phát triển nhanh, bền vững của đất nước; không chế tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh; củng cố, phát triển hệ thống và nâng

<sup>20</sup> Phó Trưởng khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách y tế

cao chất lượng dịch vụ phục hồi chức năng cho người khuyết tật dựa vào cộng đồng; quản lý, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; Giảm tử vong và tình trạng suy dinh dưỡng ở bà mẹ, trẻ em, thu hẹp chênh lệch các chỉ số sức khỏe bà mẹ, trẻ em giữa các vùng, miền trong cả nước.

Mục tiêu cụ thể phấn đấu đến năm 2020:

- Tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai hiện đại đạt 70,1%;
- Nâng tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh lên 50%, tỷ lệ trẻ em mới sinh được sàng lọc sơ sinh lên 80%;
- Khống chế tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh, phấn đấu đến năm 2020 tỷ số giới tính khi sinh không quá 115 trẻ sơ sinh trai/100 trẻ sơ sinh gái;
- Giảm 20% số người chưa thành niên, thanh niên có thai ngoài ý muốn;
- 80% người khuyết tật có nhu cầu được tiếp cận với dịch vụ phục hồi chức năng phù hợp; 60% trẻ em khuyết tật dưới 6 tuổi được phát hiện, can thiệp sớm;
- Tối thiểu 50% người cao tuổi được chăm sóc dự phòng toàn diện, khám sức khỏe định kỳ, được điều trị kịp thời tại các cơ sở y tế;

- Giảm tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi xuống còn 14‰;
- Giảm tỷ suất chết mẹ xuống còn 52/100.000 trẻ đẻ sống;
- Giảm tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân < 10%;
- Giảm tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể thấp còi < 21,8%;
- Tiếp tục cải thiện tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng ở phụ nữ mang thai, phụ nữ tuổi sinh đẻ và ở trẻ em dưới 5 tuổi.
- Phạm vi thực hiện: Dự án được thực hiện trên phạm vi toàn quốc; ưu tiên một số địa phương trọng điểm theo từng hoạt động.

Ngoài ra, các mục tiêu cụ thể mà các dự án hướng tới là đến năm 2020 không chế tỷ lệ chết/mắc hằng năm do sốt xuất huyết dưới 0,09%; 20% số người mắc ung thư khoang miệng, vú, cổ tử cung, đại trực tràng được phát hiện ở giai đoạn sớm; bảo đảm tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em dưới 1 tuổi hằng năm đạt trên 95%; 100% các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có mô hình chợ bảo đảm an toàn thực phẩm...

Quyết định số 1125/QĐ-TTg phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020 có hiệu lực thi hành từ ngày 31/7/2017./.

## QUY ĐỊNH VỀ TƯ VẤN, HỖ TRỢ TRẺ EM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN PHÙ HỢP VỚI ĐỘ TUỔI

*ThS. Nguyễn Việt Hà<sup>21</sup>*

Ngày 01 tháng 08 năm 2017, Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư số 33/2017/TT-BYT quy định về tư vấn, hỗ trợ trẻ em chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) phù hợp với độ tuổi. Thông tư này quy định về nguyên tắc, yêu cầu tư vấn, hỗ trợ trẻ em CSSKSS phù hợp với độ tuổi và áp dụng đối với:

- Trẻ em từ 0 đến dưới 16 tuổi; cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ em.
- Cơ sở tư vấn, hỗ trợ trẻ em CSSKSS (sau đây gọi chung là cơ sở tư vấn, hỗ trợ) bao gồm: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về nhi khoa, sản phụ khoa; trung tâm CSSKSS; trung tâm phòng chống HIV/AIDS; trung tâm y tế quận/huyện; cơ sở tư vấn, xét nghiệm và điều trị HIV; cơ sở tiêm chủng; trạm y tế xã, phường, thị trấn; y tế trường học và các cơ sở khác có cung cấp dịch vụ tư vấn CSSKSS cho trẻ em theo quy định của pháp luật.
- Các cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan đến tư vấn, hỗ trợ CSSKSS cho trẻ em theo quy định của pháp luật.

**Về nguyên tắc và yêu cầu trong tư vấn, hỗ trợ trẻ em CSSKSS chăm phù hợp với độ tuổi:**

*1) Nguyên tắc trong tư vấn, hỗ trợ bao gồm: Tôn trọng, chia sẻ, đồng cảm với trẻ em; Phù*

*hợp với độ tuổi, đặc điểm tâm sinh lý, tình trạng sức khỏe của trẻ em; Phù hợp với năng lực và điều kiện của cơ sở tư vấn, hỗ trợ.*

*2) Yêu cầu trong tư vấn, hỗ trợ:*

- Người tư vấn, hỗ trợ phải đáp ứng các yêu cầu về chuyên môn, điều kiện hành nghề theo quy định của pháp luật và được đào tạo, tập huấn về cung cấp dịch vụ thân thiện với trẻ em.
- Khi tư vấn, hỗ trợ phải bảo đảm thân thiện, kín đáo, bí mật, riêng tư và chia sẻ; dùng ngôn ngữ phù hợp với độ tuổi và nhận thức của trẻ em.
- Tư vấn trực tiếp cho trẻ em ở độ tuổi phù hợp hoặc tư vấn cho cha mẹ hoặc người giám hộ.
- Giải thích cho trẻ em, cha mẹ hoặc người giám hộ về mục đích, ý nghĩa và quy trình thăm khám trong trường hợp cần thăm khám cho trẻ em.

*3) Yêu cầu đối với cơ sở tư vấn, hỗ trợ:*

Cơ sở tư vấn, hỗ trợ phải đáp ứng 3 điều kiện sau: Có nơi tư vấn, thăm khám riêng tư, kín đáo; Có đủ nhân lực phù hợp theo quy

<sup>21</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

định tại điểm a khoản 2 Điều này; Có cơ chế liên kết và chuyển tuyến giữa các cơ sở tư vấn, hỗ trợ khác nhau trong cùng địa bàn hoặc các lĩnh vực can thiệp chuyên môn phù hợp.

### **Về tư vấn trẻ em CSSKSS phù hợp với độ tuổi:**

Thông tư này quy định tùy theo độ tuổi và tình trạng sức khỏe của trẻ em để tư vấn cho trẻ em, cha mẹ hoặc người giám hộ theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS ban hành theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và các nội dung sau đây:

*1) Đối với trẻ em từ 0-6 tuổi: tư vấn về cách chăm sóc và vệ sinh cơ quan sinh dục trẻ em; phòng chống bạo hành, xâm hại tình dục trẻ em; giáo dục giới tính cho trẻ em; các bất thường ở cơ quan sinh dục.*

*2) Đối với trẻ em từ 7-13 tuổi: tư vấn các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này và tư vấn thêm về sự thay đổi thể chất, tâm sinh lý theo độ tuổi; giới tính; khuynh hướng tình dục. Lưu ý những nội dung sau đây:*

- Đối với trẻ em gái: tư vấn về kinh nguyệt bình thường và kinh nguyệt bất thường, vệ sinh khi có kinh nguyệt, sự rụng trứng và mang thai, hiện tượng thủ dâm;
- Đối với trẻ em trai: tư vấn về xuất tinh, xuất tinh lần đầu; hẹp bao quy đầu, vệ sinh dương vật, hiện tượng thủ dâm.

*3) Đối với trẻ từ 14-16 tuổi: tư vấn trẻ em các nội dung quy định tại khoản 1, khoản 2 Điều này và các nội dung sau đây: phòng tránh các bệnh phụ khoa, nam khoa; phòng tránh mang*

*thai ngoài ý muốn; các biện pháp tránh thai phù hợp; phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục; tình dục an toàn; các kỹ năng sống như kỹ năng thương thuyết, kỹ năng từ chối, kỹ năng xác định giá trị bản thân.*

*4) Đối với trẻ em đến khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế:*

- Cung cấp thông tin và tư vấn về tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ em, hướng xử trí, điều trị và dự phòng;
- Tư vấn trẻ em chăm sóc sức khỏe sinh sản theo những nội dung quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này;
- Tư vấn về những bất thường ở cơ quan sinh dục.

### **Về hỗ trợ trẻ em CSSKSS phù hợp với độ tuổi:**

1. Xây dựng và cung cấp các tài liệu thông tin, giáo dục, truyền thông về CSSKSS phù hợp với độ tuổi của trẻ em, bảo đảm cho trẻ em dễ tiếp cận với các cơ sở tư vấn, hỗ trợ.
2. Cung cấp các dịch vụ tư vấn, khám bệnh, chữa bệnh, CSSKSS cho trẻ em theo độ tuổi phù hợp với điều kiện và phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở tư vấn, hỗ trợ.
3. Trợ giúp, cung cấp thông tin cho trẻ em về các nội dung cần thiết khác phù hợp với khả năng và điều kiện của cơ sở tư vấn, hỗ trợ khi trẻ em có nhu cầu; chuyển trẻ em đến các cơ sở thích hợp như cơ sở hỗ trợ nạn nhân bị bạo hành, xâm hại tình dục; cơ sở tư vấn và điều trị những vấn đề về tâm

lý, tâm thần; cơ sở cung cấp thông tin, tư vấn và các dịch vụ hỗ trợ trẻ em trong những lĩnh vực khác như: pháp luật, tâm lý, hôn nhân và gia đình.

4. Miễn, giảm chi phí tư vấn, điều trị cho trẻ em theo các quy định pháp luật.

**Về Quy trình tư vấn, hỗ trợ trẻ em CSSKSS phù hợp với độ tuổi:**

Thông tư này quy định việc tư vấn, hỗ trợ trẻ em CSSKSS phù hợp với độ tuổi được thực hiện theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Thông tư này có hiệu lực kể từ ngày 01/10/2017./.

## BỘ Y TẾ BÃI BỎ 5 THỦ TỤC HÀNH CHÍNH TRONG HOẠT ĐỘNG TIÊM CHỦNG

*ThS. Nguyễn Việt Hà<sup>22</sup>*

Ngày 11 tháng 5 năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 1891/QĐ-BYT về việc công bố bãi bỏ thủ tục hành chính thuộc phạm vi chức năng quản lý của Bộ Y tế trong Lĩnh vực y tế dự phòng. Theo đó, 05 thủ tục hành chính chính sẽ được chính thức bãi bỏ gồm:

1) Cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng theo điểm a, c, d Khoản 1 Điều 17 Thông tư 12/2014/TT-BYT (Mã TTHC trên CSDLQG: B-BYT-259958-TT).

2) Cấp mới giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng theo Điểm b Khoản 1 Điều 17 Thông tư 12/2014/TT-BYT; B-BYT-259960-TT

3) Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng theo Điểm a, Khoản 2, Điều 17 Thông tư 12/2014/TT-BYT

4) Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng theo Điểm b Khoản 2 Điều 17 Thông tư 12/2014/TT-BYT

5) Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng theo Điểm c Khoản 2 Điều 17 Thông tư 12/2014/TT-BYT

Các thủ tục trên do Sở Y tế là cơ quan thực hiện và được ban hành tại Thông tư 12/2014/TT-BYT ngày 20/3/2014, bị bãi bỏ bởi Nghị định số 104/2016/NĐ-CP quy định về hoạt động tiêm chủng do Chính phủ ban hành ngày 1/7/2016.

Quyết định số 1891/QĐ-BYT do Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long ký ban hành và chính thức có hiệu lực từ ngày 11/5/2017.

---

<sup>22</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế



## CHỈ THỊ SỐ 03/CT-BYT VỀ VIỆC TĂNG CƯỜNG BẢO ĐẢM AN NINH, TRẬT TỰ BỆNH VIỆN

ThS. Vũ Thúy Nga<sup>23</sup>

Trong thời gian qua, tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã xảy ra tình trạng người nhà người bệnh, côn đồ hành hung nhân viên y tế, người bệnh trong bệnh viện làm mất trật tự, an ninh, an toàn bệnh viện, ảnh hưởng nghiêm trọng đến công tác khám bệnh, chữa bệnh của bệnh viện; đến tinh thần, tính mạng, động lực và sự tận tụy của đội ngũ thầy thuốc, nhân viên y tế, nhằm đảm bảo công tác an ninh, trật tự trong bệnh viện, ngày 19/5/2017, Bộ trưởng Bộ Y tế đã có Chỉ thị số 03 /CT-BYT về việc tăng cường bảo đảm an ninh, trật tự bệnh viện. Chỉ thị nêu cụ thể trách nhiệm của Giám đốc Sở Y tế, Giám đốc Bệnh viện trực thuộc Bộ, Thủ trưởng Y tế các Bộ, Ngành như sau:

### **Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm:**

- Chủ động phối hợp với Công an xây dựng quy chế phối hợp giữa Y tế và Công an trên cơ sở Quy chế phối hợp số 03/QC-BCA-BYT ngày 26/9/2013 giữa Bộ Công an và Bộ Y tế về công tác đảm bảo an ninh, trật tự trong lĩnh vực y tế phù hợp với tình hình tại địa phương; phối hợp với các cơ quan thông tin đại chúng, cơ quan và ban, ngành liên quan tăng cường truyền thông nâng

cao nhận thức của người dân tôn trọng, bảo vệ danh dự và tính mạng nhân viên y tế; huy động sự tham gia của chính quyền địa phương trong bảo đảm an ninh, trật tự tại bệnh viện và các cơ sở y tế.

- Xây dựng tài liệu, nội dung và thường xuyên tổ chức các lớp tập huấn cho cán bộ y tế về nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh, trách nhiệm của nhân viên y tế, đạo đức nghề nghiệp; về biện pháp phòng vệ, xử trí trước các tình huống có khả năng tạo ra hành vi xâm hại danh dự và tính mạng nhân viên y tế.
- Tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra các cơ sở khám, chữa bệnh để hạn chế các sai sót về chuyên môn và tinh thần, thái độ, kỹ năng tiếp xúc người bệnh; bảo đảm công tác an ninh, trật tự bệnh viện, các biện pháp phòng ngừa tình trạng mất an ninh, trật tự bệnh viện.

### **Giám đốc các bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm:**

- Lãnh đạo bệnh viện có trách nhiệm tổ chức thực hiện công tác bảo đảm an ninh, trật tự, các biện pháp phòng ngừa, bảo vệ danh dự, tính mạng của nhân viên y tế; bảo đảm

<sup>23</sup> Tạp chí Chính sách y tế

môi trường an toàn cho người bệnh tới khám và điều trị tại bệnh viện.

- Thường xuyên nâng cao trình độ chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp, tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ người bệnh, kỹ năng giao tiếp, ứng xử với người bệnh của nhân viên y tế; thực hiện cải cách thủ tục hành chính, quy trình khám bệnh, chữa bệnh rút ngắn thời gian chờ đợi; thường xuyên nâng cao chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh. Thực hiện nghiêm túc các Chỉ thị 09/CT-BYT ngày 22/11/2013 của Bộ Y tế, về việc tăng cường tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thông qua đường dây nóng; Chỉ thị số 06/CT-BYT ngày 29/3/2016 về việc tăng cường bảo đảm chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi thực hiện điều chỉnh, thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc...
  - Phối hợp chặt chẽ với các lực lượng Công an tỉnh, thành phố như: Phòng PA83, PC64, Cảnh sát Phòng cháy chữa cháy, Cảnh sát 113, Công an quận, huyện, Công an phường, xã sở tại để chủ động xây dựng kế hoạch và hướng dẫn cụ thể về các phương án phòng chống khủng bố trong bệnh viện, phòng chống trộm cắp, các đối tượng lưu manh, cò mồi, lừa đảo trong bệnh viện... làm mất an ninh, trật tự bệnh viện; tổ chức tập huấn nâng cao năng lực, nghiệp vụ cho lực lượng bảo vệ tại các bệnh viện, tăng cường chế độ trực, ngăn chặn kịp thời các hành vi đe dọa tấn công cán bộ y tế và người dân đến khám chữa bệnh tại các bệnh viện.
  - Quản lý chặt chẽ các hoạt động kinh doanh dịch vụ trong và ngoài bệnh viện theo đúng quy định tại Quyết định số 6197/QĐ-BYT, ngày 17/10/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế, về việc ban hành Hướng dẫn Quản lý dịch vụ thuê, khoán bên ngoài tại bệnh viện.
- Rà soát, củng cố và kiểm soát mức độ an toàn trên toàn bộ khuôn viên, tường rào, các lối ra, vào của bệnh viện; lắp đặt hệ thống Camera an ninh, hệ thống báo động khẩn cấp, có thể trang bị khóa từ ở các khoa có nguy cơ mất an ninh trật tự cao và các phương tiện phòng hộ khác. Rà soát, cập nhật các bảng biểu về nội quy của bệnh viện, trách nhiệm của người bệnh, người nhà người bệnh; quản lý số lượng hợp lý người nhà vào thăm, nuôi người bệnh.
- Bảo đảm nhân lực làm công tác an ninh, trật tự bệnh viện là lực lượng bảo vệ chuyên nghiệp được đào tạo; phân công đủ nhân viên bảo vệ trực thường xuyên 24/24h, tăng cường thêm lực lượng bảo vệ trong các tua trực đêm.
  - Đẩy mạnh công tác tuyên truyền, phổ biến đến cán bộ, nhân viên y tế, người bệnh, gia đình người bệnh và cảnh báo về các thủ đoạn, hành vi của các đối tượng có khả năng gây rối an ninh, trật tự bệnh viện. Đào tạo kỹ năng phát hiện, xử lý trước các tình huống và nguy cơ bất trắc dễ dẫn tới xung đột cho nhân viên y tế. Xây dựng và phổ biến hướng dẫn phản ứng nhanh trước các nguy cơ và tình huống có hành vi xâm hại tới danh dự và tính mạng nhân viên y tế và người bệnh trong bệnh viện (Phản ứng nhanh xử lý bạo hành trong bệnh viện).

- Xây dựng, triển khai các kế hoạch, phương án bảo đảm an ninh, trật tự chung của bệnh viện và tại các khoa, phòng, bộ phận có nguy cơ mất an ninh, trật tự cao. Thường xuyên kiểm tra khả năng ứng phó tình huống và công tác bảo đảm an ninh, trật tự

bệnh viện, đặc biệt là đội ngũ nhân viên trực tiếp trong đội Phản ứng nhanh xử lý bạo hành trong bệnh viện.

Chỉ thị này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành./.

## QUY ĐỊNH VỀ TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH ĐỘT QUY TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ

*ThS. Vũ Thị Mai Anh<sup>24</sup>*

Ngày 30/12/2016, Bộ Y tế ban hành Thông tư 47/2016/TT-BYT quy định việc tổ chức khám bệnh, chữa bệnh đột quy trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo Thông tư này, tùy theo điều kiện thực tế, cơ sở y tế tổ chức 01 trong các hình thức khám, chữa bệnh đột quy sau: Đội đột quy, Đơn vị đột quy, Khoa đột quy hoặc Trung tâm đột quy. Thông tư này có hiệu lực từ ngày 1/3/2017.

- **Đội đột quy** là đội phản ứng nhanh về đột quy do cơ sở y tế thành lập, có chức năng tiếp nhận, đánh giá nhanh, phân loại, xử trí cấp cứu ban đầu và hỗ trợ vận chuyển người bệnh đột quy.
- **Đơn vị đột quy** là bộ phận thuộc khoa lâm sàng của cơ sở y tế, thực hiện các chức năng như của đội đột quy và cấp cứu, chẩn đoán, điều trị tích cực, phục hồi chức năng, dự phòng đột quy cho người bệnh.
- **Khoa đột quy** là khoa lâm sàng của cơ sở y tế, thực hiện các chức năng như của đơn vị đột quy và điều trị nội khoa toàn diện cho người bệnh đột quy.
- **Trung tâm đột quy** là đơn vị lâm sàng của cơ sở y tế, thực hiện chức năng như của khoa đột quy và điều trị ngoại khoa cho người bệnh đột quy.

Đội đột quy, Đơn vị đột quy, Khoa đột quy và Trung tâm đột quy tại các cơ sở KCB phải

bảo đảm hoạt động liên tục 24/24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người bệnh đột quy được coi là trường hợp cấp cứu. Cơ sở KCB phải ưu tiên tập trung mọi điều kiện về nhân lực, trang thiết bị và cơ sở vật chất để xử trí cấp cứu kịp thời, chẩn đoán nhanh, điều trị và phục hồi chức năng sớm cho người bệnh đột quy.

Người bệnh đột quy được coi là trường hợp cấp cứu, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải ưu tiên tập trung nhân lực, trang thiết bị và cơ sở vật chất để xử trí cấp cứu kịp thời; chẩn đoán nhanh, điều trị và phục hồi chức năng sớm cho người bệnh đột quy.

Về lộ trình thực hiện: Đối với các bệnh viện đa khoa hạng đặc biệt: phấn đấu đến năm 2020 thành lập khoa đột quy, đến năm 2025 thành lập trung tâm đột quy. Đối với các bệnh viện đa khoa hạng 01: phấn đấu đến năm 2020 tối thiểu thành lập đơn vị đột quy, đến năm 2025 thành lập khoa đột quy. Đối với các bệnh viện đa khoa còn lại phấn đấu đến năm 2020 tối thiểu thành lập đội đột quy, đến năm 2025 thành lập đơn vị đột quy.

Ngoài ra, Thông tư này cũng quy định các điều kiện về quy mô, nhân lực và trang thiết bị đối với đội đột quy, đơn vị đột quy, khoa

<sup>24</sup> Phó trưởng khoa Xã hội học Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

đột quy và trung tâm đột quy. Theo đó, quy định về quy mô, nhân lực, trang thiết bị của đội đột quy như sau: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có dưới 100 người bệnh đột quy trong một năm thì thành lập đội đột quy; Nhân lực của đội đột quy gồm tối thiểu 01 bác sĩ đa

khoa được đào tạo và cấp giấy chứng nhận về đột quy, 01 điều dưỡng được tập huấn về đột quy; Có đủ trang thiết bị thiết yếu theo danh mục trang thiết bị quy định tại phụ lục 02 kèm theo Thông tư này./.

## LỄ KỶ NIỆM 40 NĂM HỢP TÁC GIỮA VIỆT NAM VÀ UNFPA VÀ NGÀY DÂN SỐ THẾ GIỚI

*Nguyễn Văn Hùng<sup>25</sup>*

Ngày 11/7/2017, nhân kỷ niệm Ngày Dân số thế giới (11/7) và 40 năm hợp tác giữa Việt Nam và Quỹ Dân số Liên Hợp quốc (UNFPA), Chính phủ Việt Nam và UNFPA đã long trọng tổ chức Lễ kỷ niệm 40 năm hợp tác giữa Việt Nam và UNFPA và Ngày Dân số thế giới tại Nhà hát Lớn, TP.Hà Nội.

Năm mươi năm trước, Tổng Thư ký Liên Hợp quốc đã thành lập UNFPA như một Quỹ ủy thác. Kể từ năm 1969, khi UNFPA bắt đầu hoạt động, UNFPA đã giúp xoá bỏ những trở ngại trong việc tiếp cận kế hoạch hóa gia đình và giúp phụ nữ thực hiện quyền sinh sản của họ. Trên toàn cầu, UNFPA đã đóng góp gần gấp đôi việc sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại trên toàn thế giới, từ 36% vào năm 1970 lên đến 64 % vào năm 2016. Trong vòng 40 năm qua, mối quan hệ hợp tác chặt chẽ giữa Việt Nam và UNFPA đã thay đổi và liên tục được hoàn thiện để phù hợp với các giai đoạn phát triển của Việt Nam, phù hợp với sự phát triển của các hiệp định và cơ chế mà Liên Hợp quốc ban hành liên quan tới sứ mệnh kép của UNFPA trong lĩnh vực Dân số và Phát triển và đảm bảo các quyền chăm sóc Sức khỏe sinh sản và Sức khỏe tình dục. Phát biểu tại Lễ kỷ niệm, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Việt Tiến khẳng định: *"Ngay khi Việt Nam trở thành thành viên của Liên Hợp quốc vào năm 1977, UNFPA đã thiết lập quan hệ hợp tác với Việt Nam trong lĩnh vực dân số,*

*kế hoạch hóa gia đình. Trong 40 năm qua, UNFPA đã có những đóng góp quan trọng vào chương trình Dân số, Sức khỏe sinh sản/Kế hoạch hóa gia đình của Việt Nam và trở thành đối tác số 1 của Việt Nam trong lĩnh vực này"*.

Tại Lễ kỷ niệm, Phó Chủ tịch nước Đặng Thị Ngọc Thịnh đã đánh giá cao những kết quả mà công tác dân số đã đạt được trong thời gian qua; biểu dương đội ngũ làm công tác dân số đã nỗ lực không biết mệt mỏi vì sự nghiệp nâng cao chất lượng dân số.

Tại Việt Nam, tổng tỷ suất sinh đã giảm, từ mức mỗi cặp vợ chồng có tới 5 con vào những năm 1970, đến nay chỉ còn 2,09 con – đạt mức sinh thay thế. Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại đã tăng 37% (năm 1988) lên 67% (năm 2016). Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại đã tăng từ 37 % năm 1988 lên 67 % năm 2016. Các chỉ số sức khỏe như tử vong mẹ đã giảm từ 233/100.000 vào những năm 1990 xuống đến 69/100.000 năm 2009, và hiện đã giảm xuống 58.3/100.000 vào năm 2016...

Tại Lễ kỷ niệm, bà Astrid Bant, Trưởng đại diện UNFPA tại Việt Nam khẳng định bà

<sup>25</sup> Phó trưởng khoa Dân số và Phát triển- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

hoàn toàn tin tưởng sự hợp tác giữa Việt Nam và UNFPA sẽ tiếp tục phát triển hơn nữa: "Hôm nay chúng ta kỷ niệm 40 năm hợp tác giữa Việt Nam và UNFPA, tôi hoàn toàn tin tưởng rằng sự hợp tác giữa Việt Nam và UNFPA sẽ tiếp tục phát triển hơn nữa. Tôi rất hân hạnh có mặt tại đây ngày hôm nay và một

*lần nữa khẳng định cam kết của chúng tôi trong việc "Xây dựng một thế giới mà mỗi lần mang thai đều được mong đợi, mỗi lần sinh nở đều được an toàn và mỗi người trẻ tuổi đều được phát triển hết tiềm năng của mình" ..!*

## HỘI THẢO CHUYÊN ĐỀ VỀ DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

*ThS. Nguyễn Việt Hà<sup>26</sup>*

Sáng 7/7/2017, tại Nghệ An, Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình (Bộ Y tế) tổ chức Hội thảo chuyên đề về dân số - kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD). Đến dự hội thảo có Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Việt Tiến, Phó Tổng cục trưởng phụ trách Tổng cục DS-KHHGD Nguyễn Văn Tân, Phó Chủ tịch UBND tỉnh Nghệ An Đinh Thị Lệ Thanh cùng đại diện Chi cục dân số 31 tỉnh, thành phía Bắc.

Phát biểu khai mạc hội thảo, Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Việt Tiến ghi nhận và đánh giá cao những thành quả của ngành DS-KHHGD trong thời gian qua, kết quả thực hiện các đề án, mô hình... Tuy nhiên, công tác dân số vẫn đang còn gặp nhiều khó khăn thách thức như: gia tăng dân số, tỷ lệ mất cân bằng giới tính khi sinh, chất lượng dân số không đồng đều...

Thứ trưởng yêu cầu trong hội thảo này, các đại biểu sẽ tập trung thảo luận về định hướng sắp tới của ngành dân số, các giải pháp huy động các nguồn lực để đảm bảo thực hiện các mục tiêu dân số và đẩy mạnh công tác truyền thông vận động. Đồng thời Thứ trưởng cũng yêu cầu các địa phương cùng ngành Y tế, Dân số chủ động phối hợp với nhau phát huy vai trò ban chỉ đạo DS-KHHGD các cấp...

Hiện nay, công tác DS-KHHGD của Việt Nam đang đứng trước nhiều thách thức, nhiều vấn đề mới nảy sinh như: tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh, vấn đề tận dụng và phát huy lợi thế cơ cấu dân số vàng khi mà chất lượng nguồn nhân lực còn nhiều hạn chế, vấn đề phát huy vai trò và chăm sóc người cao tuổi, vấn đề mức sinh thấp, vấn đề truyền thông vận động và cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD...

Tại hội thảo, các đại biểu đã nghe báo cáo thực hiện công tác DS - KHHGD 6 tháng đầu năm và triển khai kế hoạch 6 tháng cuối năm 2015, báo cáo tình hình thực hiện các mô hình đề án nâng cao chất lượng dân số, báo cáo chuyên đề về công tác truyền thông giáo dục và báo cáo dự thảo Thông tư liên tịch hướng dẫn thực hiện Nghị định 39/2015/NĐ - CP ngày 27/4/2015 của Thủ tướng Chính phủ quy định chính sách hỗ trợ cho phụ nữ thuộc hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con đúng chính sách và kế hoạch tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai trong thời gian tới...

Sau khi nghe báo cáo, các đại biểu đã tập trung thảo luận, đóng góp ý kiến, chia sẻ kinh nghiệm, cách làm hay, hiệu quả trong công

<sup>26</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế



tác DS-KHHGD để từ đó tìm ra các giải pháp quyết liệt cho 6 tháng tiếp theo nhằm đạt được các chỉ tiêu kế hoạch đề ra và đặc biệt

là những vấn đề mới, những vấn đề mang tính bước ngoặt của công tác dân số Việt Nam./.

## THẺ LỆ VIẾT VÀ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bài gửi đăng Tạp chí Chính sách Y tế là bài chưa đăng và chưa gửi đăng ở bất kỳ tạp chí nào khác. Bài gửi đăng tạp chí bằng bản in và bản điện tử trình bày theo cỡ chữ 13 Times New Roman, dùng bộ mã Unicode.

Tên bài báo ngắn gọn (không quá 2 dòng), súc tích, cô đọng nêu bật được nội dung của bài báo, không bị lặp từ; và được viết chữ in hoa, đậm.

Dung lượng bài viết từ 4 - 12 trang in khổ A4, có danh mục tài liệu tham khảo (gồm các tài liệu tham khảo sử dụng cho bài viết). Tài liệu tham khảo trình bày theo cỡ chữ 11 Times New Roman được đánh số đặt trong dấu ngoặc vuông theo thứ tự xuất hiện trong bài báo và được ghi trong danh mục tài liệu tham khảo theo quy cách sau:

Đối với các tài liệu là bài báo trong tạp chí: tên tác giả, tên bài báo, tên tạp chí (in nghiêng), tập, năm xuất bản, trang đầu của bài báo.

Đối với các tài liệu là sách: tên tác giả, tên sách (in nghiêng), nhà xuất bản, nơi xuất bản, năm xuất bản.

Các thuật ngữ tiếng Việt theo từ điển Bách khoa Việt Nam, chữ viết tắt phải có chú thích lần đầu. Có chú thích đầy đủ các bản đồ, sơ đồ, hình vẽ, bảng biểu. Tên bản đồ, sơ đồ, hình vẽ nằm phía dưới hình, tên bảng biểu nằm phía trên.

### I. Với các công trình nghiên cứu khoa học

1. *Tên người tham gia nhóm nghiên cứu:* theo thứ tự lần lượt tương ứng với mức độ đóng góp của mỗi thành viên.

2. *Tóm tắt kết quả nghiên cứu:* Tóm tắt nêu mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và những phát hiện chính từ kết quả nghiên cứu với độ dài tối đa là 350 từ (in nghiêng).

Phần Tóm tắt mỗi bài báo được viết bằng 2 thứ tiếng: Tiếng Việt và Tiếng Anh.

Cuối phần Tóm tắt phải có từ khóa (Tiếng Việt và Tiếng Anh).

VD: Tên bài báo: “Đặc điểm của quá trình già hóa dân số ở Việt Nam”.

Từ khóa: Đặc điểm, quá trình già hóa dân số, Việt Nam

3. *Đặt vấn đề nghiên cứu:* Nêu ngắn gọn, rõ ràng tầm quan trọng, sự cần thiết và mục đích của nghiên cứu với độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

4. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*

- Trình bày đối tượng nghiên cứu cụ thể, rõ ràng, phân biệt rõ đối tượng nghiên cứu và khách thể nghiên cứu.
- Trình bày rõ ràng, ngắn gọn các phương pháp nghiên cứu song phải đủ thông tin để người đọc hiểu được quy trình triển khai nghiên cứu: xác định cỡ mẫu, tiêu chí chọn mẫu, cách thức chọn mẫu, phương pháp thu thập thông tin, phương pháp xử lý thông tin, đạo đức nghiên cứu và hạn chế của nghiên cứu.
- Độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

5. *Kết quả và bàn luận:*

- Đối với bài báo đăng Tạp chí, cần nêu những kết quả và bàn luận chính của nghiên cứu sao cho đáp ứng được mục tiêu của bài báo (không cần viết lại toàn bộ kết quả nghiên cứu của đề tài). Trình bày kết quả trong bài báo không quá 5 bảng và hình vẽ, mỗi bảng tối đa 10 dòng, 6 cột, có tên bảng, tên hình và chú thích rõ nguồn viện dẫn; kết quả đã trình bày bảng thì không trình bày lại bằng hình vẽ. Phần bàn luận giải thích và nêu ý nghĩa của những thông tin trong kết quả thu được, so sánh với các nghiên cứu khác liên quan; ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu (nếu có).
- Có thể gộp kết quả và bàn luận thành 1 mục chung hoặc tách thành 2 mục riêng.
- Độ dài 5 - 6 trang A4.

6. *Kết luận và khuyến nghị:*

Kết luận ngắn gọn theo từng mục tiêu của nghiên cứu đã được phê duyệt, không liệt kê lại toàn bộ kết quả nghiên cứu. Đề xuất khuyến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu; khuyến nghị cần có đối tượng, có địa chỉ cụ thể và có tính khả thi.

### II. Các bài trao đổi - quản lý, hoặc các bài viết tổng hợp, chuyên sâu:

- Có nội dung tập trung theo chủ đề, hoặc chuyên sâu liên quan đến chính sách y tế
- Có tài liệu tham khảo có độ tin cậy.

*Bài không được đăng, Tạp chí không trả lại bản thảo.*

**Địa chỉ liên hệ:** *Tạp chí Chính sách Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*

*Ngõ A36 Hồ Tùng Mậu, phường Mai Dịch, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội*

**ĐT:** 024.3823 4167; **máy lẻ:** 5445

**Email:** tapchichinhhsachyte@hspi.org.vn



