

BỘ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày tháng năm 2022

BÁO CÁO

Tổng quan pháp luật, văn kiện chính trị quốc tế và chính sách, pháp luật của một số quốc gia, vùng lãnh thổ có liên quan về dân số

Thực hiện Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật, Bộ Y tế tiến hành Tổng quan pháp luật, văn kiện chính trị quốc tế và chính sách, pháp luật của một số quốc gia có liên quan về dân số phục vụ xây dựng Dự án Luật Dân số để bảo đảm dự thảo Luật Dân số phù hợp, tương thích với các Điều ước quốc tế liên quan đến dân số mà Việt Nam là thành viên; phù hợp với các cam kết chính trị mà Việt Nam đưa ra tại các diễn đàn quốc tế, bao gồm: 05 Công ước quốc tế; 02 văn kiện chính trị quốc tế; tham khảo: Chính sách về dân số của 09 quốc gia; Chính sách về mức sinh của 18 quốc gia và vùng lãnh thổ; Luật có liên quan về dân số của 14 quốc gia; Luật nạo phá thai, triệt sản của một số nước Châu Âu.

Kết quả Tổng quan pháp luật, văn kiện chính trị quốc tế và chính sách, pháp luật của một số quốc gia có liên quan về dân số như sau:

PHẦN I. PHÁP LUẬT, VĂN KIỆN CHÍNH TRỊ QUỐC TẾ CÓ LIÊN QUAN VỀ DÂN SỐ

A. CÔNG ƯỚC QUỐC TẾ

I. Công ước xóa bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW)

Xu thế phát triển của pháp luật quốc tế về quyền con người ngày càng tăng cường và mở rộng phạm vi các quyền bình đẳng của phụ nữ. Cần nhận thức rằng phân biệt đối xử đối với phụ nữ là vi phạm quyền con người của phụ nữ, làm hạn chế sự phát triển; trong khi đó mọi người sinh ra đều có quyền bình đẳng về nhân phẩm và quyền lợi, không có sự phân biệt nào dù là nam hay nữ, con trai hay con gái.

Nội dung cơ bản của công ước CEDAW hướng vào cách thức, biện pháp nhằm loại trừ mọi sự phân biệt đối xử đối với phụ nữ trong thụ hưởng các quyền con người cơ bản đã được xác định bởi các điều ước quốc tế về nhân quyền khác. Công ước CEDAW nhằm trao cho phụ nữ trên toàn thế giới những quyền con người đã được Luật quốc tế và luật pháp của các quốc gia ghi nhận, nhưng phụ nữ chưa được hưởng hoặc chưa được hưởng đầy đủ trên thực tế bởi sự phân biệt

đổi xử với phụ nữ. Công ước là công cụ quan trọng góp phần cải thiện địa vị pháp lý của phụ nữ ở các lĩnh vực kinh tế, chính trị, văn hoá xã hội ở các quốc gia đã phê chuẩn công ước. Các quốc gia cam kết thực hiện nghĩa vụ và trách nhiệm xoá bỏ sự phân biệt đối xử đối với phụ nữ dưới tất cả các hình thức.

Việt Nam đã thực hiện trách nhiệm của một quốc gia thành viên Công ước CEDAW, đặc biệt là việc thiết lập sự bảo vệ bằng pháp luật các quyền của phụ nữ trên cơ sở không phân biệt đối xử và bình đẳng nam - nữ. Trong các văn pháp luật của Việt Nam đều nhất quán với chính sách nghiêm cấm mọi hành vi phân biệt đối xử đối với phụ nữ trên mọi lĩnh vực. Thống nhất với tinh thần Công ước CEDAW, Luật Bình đẳng giới được ban hành năm 2007 đã trở thành văn bản pháp lý nền tảng trong thực hiện bình đẳng giới trong lập pháp và thực thi pháp luật ở Việt Nam. Luật đã cụ thể hoá nguyên tắc cấm phân biệt đối xử trên mọi lĩnh vực kinh tế, chính trị, văn hoá, xã hội và gia đình theo tinh thần của Điều 3 Công ước về “*các biện pháp bảo đảm sự phát triển và tiến bộ đầy đủ của phụ nữ*”. Việc ban hành Luật Bình đẳng giới khẳng định quyết tâm của Việt Nam trong việc thực hiện đầy đủ các nghĩa vụ đã cam kết cùng cộng đồng quốc tế tham gia Công ước CEDAW.

Có thể nói, mục tiêu bình đẳng giới là nhằm loại bỏ sự phân biệt đối xử về giới, tạo cơ hội như nhau cho nam và nữ trong phát triển kinh tế xã hội và nguồn nhân lực, hướng tới bình đẳng thực chất trên thực tế. Tuy không có phân biệt giữa nam và nữ về mặt pháp luật song cơ hội để thực hiện bình đẳng giới vẫn còn hạn chế đối với phụ nữ.

Một số vấn đề dân số trong Công ước CEDAW

1. Mức sinh: không được đề cập, tuy nhiên Công ước có nêu lên mối quan hệ giữa vị thế người phụ nữ và quyền sinh đẻ, từ đó ảnh hưởng đến mức sinh.

2. Dư lợi dân số và cơ cấu dân số vàng: không đề cập trực tiếp đến cơ cấu dân số vàng những đề cập gián tiếp từ góc độ sức khoẻ và phúc lợi gia đình trong đó có dân số trẻ.

3. Kế hoạch hoá gia đình: đề cập đầy đủ, quy định phụ nữ và nam giới có quyền như nhau khi quyết định về số con và khoảng cách giữa những lần sinh; quy định người phụ nữ được hưởng bình đẳng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, KHHGD và các dịch vụ liên quan đến thai nghén, sinh đẻ. Quy định phải có các dịch vụ SKSS phù hợp, đủ dinh dưỡng cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai và cho con bú.

4. Tỷ số giới tính và lựa chọn giới tính thai nhi: không đề cập trực tiếp, tuy nhiên công ước nhấn mạnh việc nghiêm cấm và xoá bỏ phân biệt đối xử giữa nam và nữ.

5. Lòng ghép các biến dân số trong kế hoạch phát triển: không đề cập nhưng vấn đề bình đẳng giới được phản ánh khá nhiều trong nội dung của công ước.

6. Già hoá dân số và chất lượng nguồn nhân lực và chất lượng sức khoẻ: không được đề cập.

7. Di cư: không được đề cập, tuy nhiên với di cư quốc tế có quy định phụ nữ có quyền nhập, thay đổi hay giữ nguyên quốc tịch của mình. Quốc tịch của người vợ sẽ không mặc nhiên thay đổi do kết hôn hay sự thay đổi quốc tịch của người chồng. Trên cơ sở bình đẳng với nam giới, người phụ nữ cũng có quyền quyết định về quốc tịch cho con cái.

II. Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em (CRC)

Công ước có 54 điều khoản bao gồm tất cả các khía cạnh của cuộc sống của trẻ và đặt ra các quyền dân sự, chính trị, kinh tế, xã hội và văn hóa mà tất cả trẻ em ở khắp mọi nơi đều được hưởng. Công ước cũng giải thích cách người lớn và Chính phủ phải làm việc cùng nhau để đảm bảo tất cả trẻ em đều có thể được hưởng tất cả các quyền của mình.

Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em là một văn kiện pháp lý quốc tế toàn diện việc quốc tế bảo vệ các quyền cơ bản của trẻ em. Các quyền đó là: quyền được sống, quyền phát triển và tham dự vào các hoạt động xã hội, quyền được bảo vệ và được chăm sóc, quyền được bảo vệ chống lại sự ngược đãi, bóc lột, bỏ rơi... Công ước phải được nhìn nhận một cách tổng thể: tất cả các quyền đều liên kết với nhau và không có quyền nào là quan trọng hơn quyền khác. Quyền được nghỉ ngơi và vui chơi (Điều 31) và quyền tự do ngôn luận (Điều 13) có tầm quan trọng như quyền được an toàn khỏi bạo hành (Điều 19) và quyền được giáo dục (Điều 28).

Có bốn điều trong công ước được coi là đặc biệt. Những điều này được coi là những "Nguyên tắc chung" và những điều này giúp diễn giải tất cả các điều khác và đóng vai trò cơ bản trong việc hiện thực hiện tất cả các quyền trong Công ước dành cho tất cả trẻ em. Những điều đó là:

Không phân biệt đối xử (Điều 2)

Lợi ích tốt nhất của trẻ (Điều 3)

Quyền tồn tại và phát triển cuộc sống (Điều 6)

Quyền được lắng nghe (Điều 12)

Công ước cũng đưa ra những nguyên tắc quan trọng như trẻ em phải được bình đẳng, được tôn trọng, được bảo vệ và chăm sóc trong môi trường gia đình và tình yêu thương, được ưu tiên quan tâm, quyền được nuôi dưỡng trong môi trường hoà bình, nhân phẩm và khoan dung. Công ước khẳng định tuy trẻ em không phải là người trưởng thành nhưng các em cũng có những quyền con người nhất định,

do pháp luật, truyền thống và tự nhiên dành cho mỗi con người nhưng quyền của các em cũng có giới hạn vì đặc điểm lứa tuổi.

Công ước quy định rõ trẻ em là những người dưới 18 tuổi và trong mọi hành động liên quan tới trẻ em, dù là hành động của cơ quan phúc lợi xã hội hay cơ quan nhà nước, đơn vị tư nhân, toà án, nhà chức trách hành chính, lập pháp hay tư pháp, thì những lợi ích tốt nhất cho trẻ em phải được coi là mối quan tâm hàng đầu. Quốc gia thành viên Công ước có nghĩa vụ thi hành các biện pháp lập pháp, hành chính và các biện pháp khác để bảo đảm thực hiện các quyền con người của trẻ em được ghi nhận trong Công ước.

III. Công ước Quốc tế về các Quyền dân sự và chính trị (ICCPR)

Công ước khẳng định chân lý bất di bất dịch rằng việc công nhận những phẩm giá vốn có và quyền bình đẳng của mọi thành viên trong cộng đồng nhân loại là nền tảng cho tự do, công lý và hòa bình trên thế giới. Công nhận quyền tự quyết của mọi dân tộc, bao gồm quyền được *“tự do định đoạt thể chế chính trị và theo đuổi đường hướng phát triển kinh tế, xã hội và văn hoá”* trong điều kiện thực tế của mình. Công nhận rằng quyền sinh kế của một dân tộc không bao giờ bị tước bỏ. Để đạt được mục tiêu này, các dân tộc có quyền tự do sử dụng các nguồn lợi thiên nhiên của mình, miễn là không vi phạm những nghĩa vụ phát sinh từ sự hợp tác quốc tế về kinh tế, đặt căn bản trên quyền lợi hỗ tương và luật pháp quốc tế. Các quốc gia hội viên ký kết Công ước này, kể cả những quốc gia có trách nhiệm bảo hộ hay giám hộ các lãnh thổ khác, phải tôn trọng và xúc tiến việc thực thi quyền dân tộc tự quyết chiếu theo các điều khoản của Hiến chương Liên Hợp Quốc.

Công ước yêu cầu các bên thực hiện các bước cần thiết để hiện thực hóa các quyền được công nhận trong Công ước, đồng thời trừng phạt và sửa chữa bất kỳ vi phạm nào trong quá khứ và hiện tại. Yêu cầu các bên cam kết tôn trọng và bảo đảm thực thi những quyền được thừa nhận trong Công ước cho *“tất cả mọi người sống trong lãnh thổ và thuộc thẩm quyền quốc gia, không phân biệt chủng tộc, màu da, nam nữ, ngôn ngữ, tôn giáo, chính kiến hay quan niệm, nguồn gốc quốc gia hay xã hội, tài sản, dòng dõi hay bất cứ thân trạng nào khác.”* và nhấn mạnh nam nữ được hưởng các quyền về dân sự và chính trị nêu trong Công ước một cách bình đẳng. Những quyền này *“chỉ có thể bị giới hạn trong trường hợp khẩn cấp đe dọa đến sự tồn vong của một quốc gia”*, và ngay cả trong trường hợp đó cũng không tha thứ bất kỳ hành vi nào xâm phạm các quyền được sống, quyền không bị tra tấn và bị bắt làm nô lệ, quyền miễn trừ hồi tố, quyền được giữ nguyên chính kiến, quyền tự do tư tưởng - lương tâm và tôn giáo.

Các quyền được Công ước bảo hộ, bao gồm các quyền sau:

Quyền toàn vẹn thân thể, tức là quyền được sống, không bị tra tấn và bị bắt làm nô lệ; Quyền tự do và an toàn nhân thân, tức là quyền không bị bắt và bỏ tù

vì các lý do không chính đáng; Quyền bình đẳng trước luật, và mọi cáo trạng phải đúng trình tự pháp luật. Bị cáo về các tội hình sự có quyền được chấp nhận là vô tội cho đến khi bị chứng minh là có tội theo luật. Quyền tự do cá nhân được hiểu theo nghĩa tự do di chuyển, tự do tư tưởng, tự do lương tâm và tự do tôn giáo, tự do phát biểu và giữ quan điểm mà không bị ai can thiệp, tự do lập hội và hội họp, tự do lập gia đình, quyền khai sinh, và quyền bí mật đời tư; Ngăn cấm bất kỳ hình thức tuyên truyền cổ vũ chiến tranh hay gieo rắc kỳ thị chủng tộc, tôn giáo. Quyền tham gia chính trị bao gồm quyền tự do thành lập, theo hoặc không theo một đảng chính trị, và quyền bầu cử. Quyền được đối xử bình đẳng của các cộng đồng thiểu số trước pháp luật.

Tại Điều 12 của Công ước quy định:

“1. Bất cứ ai cư trú hợp pháp trên lãnh thổ của một nước đều có quyền tự do đi lại và tự do lựa chọn nơi cư trú trong phạm vi lãnh thổ đó.

2. Mỗi người đều có quyền tự do rời khỏi bất kỳ nước nào, kể cả đất nước của chính người đó.

3. Không được hạn chế những quyền trên đây, trừ những hạn chế do luật định do cần thiết để bảo vệ an ninh quốc gia, trật tự công cộng, sức khoẻ hoặc đạo đức xã hội hoặc các quyền và tự do của người khác và phải phù hợp với những quyền khác được Công ước này công nhận.

4. Không một ai bị tước đoạt một cách độc đoán quyền trở về đất nước của người đó.”

Điều 26 - Bình đẳng và không phân biệt đối xử trước pháp luật

“Mọi người đều bình đẳng trước Pháp luật và có quyền được pháp luật bảo vệ một cách bình đẳng mà không có bất kỳ sự phân biệt đối xử nào. Về mặt này, pháp luật phải nghiêm cấm mọi sự phân biệt đối xử và đảm bảo tất cả mọi người được bình đẳng và không phân biệt về chủng tộc, màu da, giới tính, ngôn ngữ, tôn giáo, quan điểm chính trị hoặc quan điểm khác, nguồn gốc dân tộc hoặc xã hội, tài sản, thành phần xuất thân hoặc vị thế khác.”

IV. Công ước Quốc tế về các Quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR)

Công ước khẳng định chân lý bất di bất dịch rằng việc công nhận những phẩm giá vốn có và quyền bình đẳng của mọi thành viên trong cộng đồng nhân loại là nền tảng cho tự do, công lý và hoà bình trên thế giới.

Công ước công nhận quyền của mọi dân tộc được tự định đoạt thể chế chính trị, đường hướng phát triển kinh tế, xã hội và văn hóa, gồm cả quyền tự do định đoạt các nguồn tài nguyên của mình miễn là không làm phương hại đến các nghĩa vụ phát sinh từ hợp tác kinh tế quốc tế, dựa trên nguyên tắc các bên cùng có lợi

và các nguyên tắc của luật pháp quốc tế. Trong mọi trường hợp, không thể lực nào được phép tước đi quyền sinh kế của một dân tộc. Đồng thời, các nước hội viên chịu trách nhiệm thúc đẩy và tôn trọng quyền tự quyết của các lãnh thổ được nước đó bảo hộ hoặc phụ thuộc vào nó.

Công ước thiết lập các nguyên tắc hiện thực hóa các quyền được Công ước bảo hộ. Nó quy định các quyền đó được công nhận mà không có sự phân biệt đối xử nào về chủng tộc, màu da, giới tính, ngôn ngữ, tôn giáo, chính kiến, nguồn gốc dân tộc hoặc xã hội, tài sản, thành phần xuất thân hoặc các thân trạng khác. Một quốc gia chỉ có thể đặt ra những hạn chế bằng các quy định pháp luật trong chừng mực những hạn chế ấy không trái với bản chất của các quyền nói trên và hoàn toàn vì mục đích "thúc đẩy phúc lợi chung trong một xã hội dân chủ".

Các quyền được Công ước bảo hộ. Cụ thể là: Quyền của mọi cá nhân được hưởng những điều kiện làm việc "*công bằng và thuận lợi*", và quyền tự do thành lập hoặc gia nhập các tổ chức công đoàn; quyền được hưởng an sinh xã hội, gồm cả bảo hiểm xã hội; quyền tự do lập gia đình, bao gồm cả quyền của các bà mẹ được nghỉ dưỡng trước và sau khi sinh, và có các cơ chế bảo vệ trẻ em; quyền được thụ hưởng mức sống phù hợp, bao gồm các khía cạnh về ăn, mặc, ở và được "*không ngừng cải thiện đời sống*"; quyền được hưởng một "*tiêu chuẩn sức khoẻ về thể chất và tinh thần ở mức cao nhất có thể*"; quyền được giáo dục, bao gồm phổ cập giáo dục tiểu học miễn phí, giáo dục phổ thông đại trà và quyền cơ hội tiếp cận bình đẳng các trường đại học. Những việc này nhằm tới mục tiêu "*phát triển toàn diện nhân cách và ý thức về phẩm giá con người*", và tạo điều kiện cho tất cả mọi người tham gia hiệu quả vào các hoạt động xã hội; quyền được tham gia vào đời sống văn hoá và hoạt động khoa học. Tại Điều 11, 12 của Công ước quy định:

“Điều 11.

1. Các quốc gia thành viên Công ước này thừa nhận quyền của mọi người được có một mức sống thích đáng cho bản thân và gia đình mình, bao gồm các khía cạnh về ăn, mặc, nhà ở, và được không ngừng cải thiện điều kiện sống. Các quốc gia thành viên phải thi hành những biện pháp thích hợp để bảo đảm việc thực hiện quyền này, và vì mục đích đó, thừa nhận tầm quan trọng thiết yếu của hợp tác quốc tế dựa trên sự tự do chấp thuận.

2. Trên cơ sở thừa nhận quyền cơ bản của mọi người là không bị đói, các quốc gia thành viên Công ước sẽ thực hiện, tự mình và thông qua hợp tác quốc tế, các biện pháp, kể cả các chương trình cụ thể cần thiết, nhằm:

a) Cải thiện các phương pháp sản xuất, bảo quản và phân phối lương thực, thực phẩm bằng cách vận dụng các kiến thức khoa học kỹ thuật; bằng cách phổ biến kiến thức về các nguyên tắc dinh dưỡng, bằng cách phát triển và cải tổ lại

hệ thống đất trồng trọt sao cho có thể phát triển và sử dụng các tài nguyên thiên nhiên này một cách hiệu quả nhất;

b) Bảo đảm phân phối công bằng các nguồn lương thực, thực phẩm của thế giới dựa theo nhu cầu, có tính đến các vấn đề của những nước xuất khẩu và những nước nhập khẩu lương thực, thực phẩm.

Điều 12.

1. Các quốc gia thành viên Công ước thừa nhận quyền của mọi người được hưởng một tiêu chuẩn sức khoẻ về thể chất và tinh thần ở mức cao nhất có thể được.

2. Các biện pháp mà một quốc gia thành viên Công ước cần thi hành để thực hiện đầy đủ quyền này bao gồm những biện pháp cần thiết nhằm:

a) Giảm bớt tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh và trẻ em, và nhằm đạt được sự phát triển lành mạnh của trẻ em;

b) Cải thiện mọi mặt về vệ sinh môi trường và vệ sinh công nghiệp;

c) Ngăn ngừa, xử lý và hạn chế các dịch bệnh, bệnh ngoài da, bệnh nghề nghiệp và các loại bệnh khác;

d) Tạo các điều kiện để bảo đảm mọi dịch vụ và sự chăm sóc y tế khi đau yếu.”

V. Công ước Quốc tế về quyền của người khuyết tật (CRPD)

Công ước quốc tế về quyền của người khuyết tật (CRPD) ra đời là để bảo vệ và thúc đẩy tốt hơn quyền của người khuyết tật. Bởi cho đến thời điểm Liên Hợp Quốc thông qua Công ước (năm 2007), người khuyết tật ở nhiều nơi trên thế giới vẫn bị coi là đối tượng nhận sự trợ giúp từ xã hội hơn là chủ thể của quyền con người. Mục đích của Công ước này là thúc đẩy, bảo vệ và bảo đảm cho người khuyết tật được hưởng một cách bình đẳng và đầy đủ tất cả các quyền và tự do cơ bản của con người, và thúc đẩy sự tôn trọng phẩm giá vốn có của họ.

Điều 1 của CRPD lần đầu tiên nêu ra định nghĩa cụ thể về người khuyết tật trong Luật Nhân quyền quốc tế, theo đó: “*Người khuyết tật bao gồm những người có khiếm khuyết lâu dài về thể chất, tâm thần, trí tuệ hoặc giác quan mà khi tương tác với những rào cản khác nhau có thể phương hại đến sự tham gia hữu hiệu và trọn vẹn của họ vào xã hội trên cơ sở bình đẳng với những người khác*”. Bên cạnh định nghĩa về người khuyết tật, CRPD đã có quy định cụ thể về các nguyên tắc chung về quyền của nhóm xã hội này (Điều 3), bao gồm:

a. Tôn trọng nhân phẩm vốn có, quyền tự chủ của cá nhân, trong đó có tự do lựa chọn, và tôn trọng sự độc lập của cá nhân; b. Không phân biệt đối xử; c. Tham gia và hòa nhập trọn vẹn và hữu hiệu vào xã hội; d. Tôn trọng sự khác biệt

và chấp nhận người khuyết tật là bộ phận của nhân loại có tính đa dạng; e. Bình đẳng về cơ hội; f. Dễ tiếp cận; g. Bình đẳng giữa nam và nữ; h. Tôn trọng khả năng phát triển của trẻ em khuyết tật và tôn trọng quyền của trẻ em khuyết tật được giữ gìn bản sắc của mình.

*** Một số quyền của người khuyết tật trong CRPD**

Quyền dân sự, chính trị

Quyền sống

Đây được coi là quyền tối cao, không được phép tùy tiện vi phạm, thậm chí trong cả tình trạng khẩn cấp đe dọa đến vận mệnh quốc gia. Quyền này được quy định tại Điều 3 Tuyên ngôn quốc tế Nhân quyền (UDHR), và Điều 6 Công ước dân sự chính trị (ICCPR). Quyền sống cũng được đề cập trong các Điều 10, 11 của CRPD. Điều 10 CRPD quy định: “*Các quốc gia thành viên khẳng định một lần nữa rằng, mọi người có quyền được sống và sẽ tiến hành mọi biện pháp cần thiết để bảo đảm cho người khuyết tật được hưởng một cách hiệu quả quyền này trên cơ sở bình đẳng với những người khác*”.

Quyền bình đẳng trước pháp luật và được pháp luật bảo vệ một cách bình đẳng

Đây là một trong những quyền dân sự chính trị quan trọng của con người nói chung và của người khuyết tật nói riêng. Điều 7 ICCPR khẳng định “*Mọi người đều bình đẳng trước pháp luật và được pháp luật bảo vệ một cách bình đẳng mà không có bất kỳ sự phân biệt nào...*”; Điều 14 ICCPR cũng nêu rõ: “*Mọi người đều bình đẳng trước các tòa án và cơ quan tài phán*”. Quyền này cũng được ghi nhận tại Điều 12, 13 CRPD.

Quyền được tự do đi lại, tự do lựa chọn quốc tịch và nơi sinh sống

Quyền này có ý nghĩa quan trọng cho sự phát triển cá nhân, đồng thời là tiền đề cho phát triển xã hội. Đây là quyền dân sự cơ bản, áp dụng chung cho tất cả mọi người, trong đó có người khuyết tật. Quyền này được quy định tại Điều 18 CRPD, trong đó nhấn mạnh không ai có thể bị tước bỏ các quyền này chỉ vì lý do họ bị khuyết tật, cụ thể trong các vấn đề như cấp, sở hữu, sử dụng các giấy tờ tùy thân, hộ chiếu, xuất nhập cảnh hay việc đăng ký khai sinh,...

Quyền kinh tế, xã hội, văn hóa

Quyền có mức sống thích đáng và được bảo trợ xã hội

Điều 28 CRPD quy định người khuyết tật cũng được hưởng các quyền này mà không bị phân biệt đối xử vì lý do khuyết tật. Không chỉ vậy, các quốc gia thành viên CRPD phải thực thi những biện pháp cần thiết để bảo đảm cho người khuyết tật được tiếp cận với các dịch vụ xã hội hỗ trợ cho họ, bao gồm các chương

trình bảo trợ xã hội và giảm nghèo, các chương trình công cộng về nhà ở, hưu trí, phúc lợi xã hội.

Quyền được giáo dục

Nhận thức được tầm quan trọng của giáo dục đối với người khuyết tật, CRPD đã yêu cầu các quốc gia thành viên phải đảm bảo cơ hội học tập bình đẳng cho người khuyết tật ở mọi cấp và hình thức giáo dục cũng như phải trợ giúp để người khuyết tật có những phương tiện, cơ sở vật chất, công nghệ và phương pháp giáo dục thích hợp. Điều này có nghĩa là, không được tách người khuyết tật ra khỏi hệ thống giáo dục chung của quốc gia, cũng như không được tước bỏ quyền được giáo dục tiêu học miễn phí của trẻ em khuyết tật.

Quyền được chăm sóc sức khỏe

Điều 25 CRPD khẳng định “*các quốc gia thành viên của công ước này thừa nhận người khuyết tật có quyền thụ hưởng tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe cao nhất có thể mà không có sự phân biệt đối xử vì lý do khuyết tật. Các quốc gia thành viên của công ước này cam kết thực hiện các biện pháp phù hợp để đảm bảo người khuyết tật có thể tiếp cận được các dịch vụ y tế mang tính nhạy cảm giới, bao gồm phục hồi chức năng có liên quan đến vấn đề y tế... ”.*

Quyền được hỗ trợ để phục hồi chức năng

Đây là quyền đặc thù của người khuyết tật, nhằm tạo điều kiện cho người khuyết tật có thể đạt được sự độc lập ở mức độ tối đa năng lực nghề nghiệp, xã hội, tinh thần, thể chất và có thể hòa nhập một cách trọn vẹn ở mọi khía cạnh của cuộc sống.

Quyền về lao động và việc làm

Điều 27 CRPD yêu cầu các quốc gia thành viên phải cấm sự phân biệt đối xử dựa trên cơ sở khuyết tật trong việc tuyển dụng, thuê và nhận vào làm việc, duy trì việc làm, thăng tiến, đào tạo nâng cao trình độ nghề nghiệp, điều kiện làm việc, an toàn và vệ sinh lao động, tham gia công đoàn...

B. VĂN KIẾN CHÍNH TRỊ QUỐC TẾ

I. Chương trình hành động về dân số và phát triển (Cairo 1994)

Hội nghị quốc tế về Dân số và phát triển (ICPD) tại Cairo năm 1994 là điểm mốc đánh dấu bước ngoặt trong tư duy và xây dựng chính sách thuộc lĩnh vực dân số và kế hoạch hoá gia đình (DS-KHHGD) của các nước trên thế giới. Tại hội nghị 179 nước nhất trí rằng dân số và phát triển có mối quan hệ chặt chẽ, việc tăng quyền năng cho phụ nữ và đáp ứng các nhu cầu của người dân về giáo dục và y tế, kể cả SKSS là cần thiết đối với sự tiến bộ và sự phát triển của từng cá nhân.

Hội nghị đã thông qua Chương trình hành động, tập trung vào các nhu cầu và quyền của các cá nhân hơn là đạt các chỉ tiêu dân số. Chương trình hành động ICPD củng cố xu hướng chuyển đổi các chương trình dân số từ chỗ dựa vào các chỉ tiêu nhân khẩu học và dịch vụ KHHGĐ bắt buộc sang cách tiếp cận tự nguyện dựa trên quyền và bình đẳng giới. Chất lượng chăm sóc có thể giúp đạt kết quả tốt hơn cách tiếp cận cũ vốn dựa trên các chỉ tiêu giám sinh và nhân khẩu học được định ra một cách quan liêu, hình thức. Các chương trình từ chỗ chỉ tập trung vào quy mô dân số đã chuyển sang chương trình gắn dân số với phát triển. Sự chuyển đổi các chính sách DS-KHHGĐ từ cưỡng ép sang tự nguyện xuất phát từ nhận thức tự do lựa chọn của người dân. Chương trình chính thức đưa KHHGĐ chỉ là một trong những nội dung của sức khỏe sinh sản. Mục tiêu đặt ra là phổ cập tiếp cận các dịch vụ SKSS cơ bản vào năm 2015 và đưa ra các biện pháp cụ thể tăng cường phát triển con người với quan tâm đặc biệt tới phụ nữ.

Tại hội nghị ICPD 1994, quyền sinh sản được định nghĩa lần đầu tiên. Theo đó *“Quyền sinh sản bao gồm những quyền nhất định của con người đã được thừa nhận trong luật pháp đa quốc gia, trong các tài liệu quốc tế về quyền con người và các thoả ước khác. Những quyền này dựa vào sự thừa nhận quyền cơ bản của mọi cặp vợ chồng và các cá nhân trong việc quyết định một cách tự do và có trách nhiệm đối với số con, khoảng cách giữa các lần sinh và thời gian có con; họ có quyền được cung cấp thông tin và phương tiện để làm những điều đó, cũng như có quyền đạt đến tiêu chuẩn cao nhất về sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản; khái niệm này cũng bao gồm cả quyền ra các quyết định liên quan đến sinh sản một cách tự do, không bị phân biệt đối xử, không bị ngược đãi và bạo lực, như đã đề cập trong các tuyên bố về nhân quyền. Khi thực hiện quyền này, các cặp vợ chồng nên tính đến những nhu cầu cho cuộc sống và tương lai của con cái họ, cũng như trách nhiệm của họ đối với cộng đồng”*.

Việc khuyến khích người dân thực hiện một cách có trách nhiệm những quyền sinh sản nói trên được coi là nền tảng cơ bản của các chính sách và chương trình dân số, sức khỏe sinh sản, bao gồm cả kế hoạch hoá gia đình. Cách tiếp cận mới hướng tới chất lượng nguồn nhân lực tạo sự bền vững, tự giác, tự quyết định vấn đề KHHGĐ, quyền sinh sản được đảm bảo tối đa và thể chế hoá bằng chính sách và pháp luật. Từ góc độ quyền con người, chương trình ICPD đòi hỏi các quốc gia thực hiện ban hành các điều luật bảo vệ quyền của phụ nữ và trẻ em gái, tạo quyền năng cho phụ nữ và các em gái về kinh tế-xã hội, chấm dứt bạo lực giới. Chương trình khuyến cáo việc bảo đảm tiếp cận phổ biến các dịch vụ SKSS, chăm sóc sức khỏe ban đầu, bao gồm cả thông tin về SKSS và KHHGĐ, các phương tiện tránh thai, chăm sóc sinh đẻ có chuyên môn và dịch vụ nạo phá thai an toàn ở những quốc gia cho phép và phòng ngừa các viêm nhiễm qua đường sinh sản kể cả HIV.

Thúc đẩy bình đẳng giới, xoá bỏ bạo lực chống lại phụ nữ và bảo đảm phụ nữ có khả năng kiểm soát mức sinh của họ được công nhận là nền tảng của các chính sách dân số và phát triển sau Hội nghị ICPD. Tuy một số nước đã đạt được những tiến bộ đáng kể về tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại và chăm sóc sức khoẻ sinh sản, song còn một số quốc gia khác chưa tạo nên hoặc có được sự chuyển biến. Các biến đổi dân số như già hoá dân số, tỷ lệ thất nghiệp cao trong thanh niên, di cư và đô thị hoá nhanh đã và đang tác động đến phát triển bền vững ở tất cả các nước. Tiến trình thực hiện chương trình ICPD không nhất quán giữa các nước và các khu vực, nhiều nhu cầu về dịch vụ và thông tin sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ tình dục, kể cả KHHGD không được đáp ứng.

Những vấn đề dân số và chương trình hành động ICPD

1. Mức sinh: Chương trình hành động ICPD chỉ rõ nghèo đói, suy dinh dưỡng, mù chữ, địa vị thấp của phụ nữ, tiếp cận hạn chế với các dịch vụ y tế và xã hội, bao gồm cả SKSS/KHHGD đều làm gia tăng mức sinh. Ngược lại, việc giảm thấp tỷ suất chết sơ sinh, tỷ suất chết mẹ đều dẫn đến suy giảm mức sinh.

2. Kế hoạch hoá gia đình: được đề cập đầy đủ theo nguyên tắc phụ nữ có quyền quyết định mức sinh của mình. Sự tự nguyện trong kiểm soát sinh và sử dụng BPTT thích hợp là nguyên tắc rất quan trọng. Chương trình hành động xem KHHGD chỉ là một trong nhiều nội dung của SKSS. Chương trình KHHGD đã có những đóng góp quan trọng trong việc thực hiện mục tiêu giảm sinh ở các quốc gia đang phát triển. Quyền sinh sản gắn với chăm sóc SKSS, thực hiện trên cơ sở KHHGD tự nguyện, không bị ép buộc, được tiếp cận các biện pháp an toàn, có chất lượng và chi phí thấp (hoặc miễn phí) phù hợp với từng độ tuổi và nhóm văn hoá, phù hợp với từng giai đoạn của vòng đời và chu kỳ sinh sản.

3. Dư lợi dân số và cơ cấu dân số vàng: chương trình hành động yêu cầu việc đáp ứng đầy đủ nhu cầu của dân số trẻ, nâng cao chất lượng cuộc sống và tạo điều kiện cho thế hệ trẻ đóng góp vào sự phát triển bền vững.

4. Tỷ số giới tính và lựa chọn giới tính khi sinh: chương trình hành động khuyến cáo việc nghiêm cấm sử dụng nạo phá thai như một biện pháp kiểm soát dân số và hạn chế sinh. Chương trình hành động khuyến cáo ở những quốc gia cho phép nạo phá thai cần đảm bảo cho phụ nữ tiếp cận dịch vụ nạo phá thai an toàn.

5. Già hoá dân số: được đề cập đầy đủ, chương trình hành động chỉ rõ rằng các tác động kinh tế xã hội của quá trình già hoá dân số sẽ vừa là cơ hội, vừa là thách thức ở nhiều quốc gia.

6. Chất lượng nguồn nhân lực: không được đề cập, tuy có một số nội dung hướng vào hoạt động cụ thể tăng cường chất lượng sức khoẻ sinh sản nói chung.

7. Di cư: được đề cập cụ thể, ở đây chỉ rõ mối liên hệ giữa phân bố dân cư, di dân và đô thị hoá ở các quốc gia; vấn đề di cư quốc tế cũng được đi sâu xem xét với nhiều loại hình di cư khác nhau. Tuy nhiên di cư cần được xem xét trong chính sách dân số và phát triển. Cần giảm nhẹ động lực di dân ra thành phố.

8. Lòng ghép các biến dân số trong xây dựng kế hoạch phát triển: được đề cập đầy đủ, chương trình hành động khuyến cáo lòng ghép các biến dân số, môi trường và giảm nghèo trong chiến lược ở các cấp, các chiến lược phát triển dài hạn, trung hạn và ngắn hạn. Biến dân số cần được xem xét trong toàn bộ quá trình hình thành, thực hiện, giám sát và đánh giá các chính sách phát triển bền vững.

II. Tuyên bố Bắc Kinh tại Hội nghị thế giới về phụ nữ năm 1995

Tại Hội nghị thế giới lần thứ tư về phụ nữ năm 1995, lý tưởng về bình đẳng và tôn trọng phẩm giá con người trong tiến bộ xã hội một lần nữa được thể hiện mạnh mẽ trong Tuyên bố và Cương lĩnh hành động Bắc Kinh, một trong những văn kiện toàn diện nhất của thế giới về bình đẳng giới và trao quyền cho phụ nữ. Việc nỗ lực thực hiện những nội dung quan trọng đề ra trong Văn kiện này đã góp phần thúc đẩy việc hoàn thiện khung pháp lý nhằm trao quyền và cơ hội bình đẳng của phụ nữ vào các vị trí ra quyết định; gắn kết chặt chẽ các cơ chế thực hiện ở cấp quốc gia, khu vực và toàn cầu, từng bước đưa thế giới đến gần hơn lý tưởng về một xã hội công bằng, tiến bộ và không còn các rào cản về giới.

Tại Hội nghị, các quốc gia tái khẳng định cam kết quyền bình đẳng và phẩm giá con người vốn có của phụ nữ và nam giới cũng như các mục đích và nguyên tắc khác được ghi trong Hiến chương Liên Hợp Quốc, Tuyên ngôn thế giới về quyền con người và các công cụ nhân quyền quốc tế khác, đặc biệt là Công ước về xóa bỏ tất cả các hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ và Công ước về quyền trẻ em, cũng như Tuyên bố về xóa bỏ bạo lực đối với phụ nữ và Tuyên bố về quyền được phát triển. Việc trao quyền và sự tiến bộ của phụ nữ, bao gồm quyền tự do tư tưởng, lương tâm, tôn giáo và tín ngưỡng, do đó góp phần vào các nhu cầu đạo đức, đạo đức, tinh thần và trí tuệ của phụ nữ và nam giới, cá nhân hoặc trong cộng đồng với những người khác và do đó đảm bảo họ khả năng nhận ra tiềm năng đầy đủ của họ trong xã hội và định hình cuộc sống của họ phù hợp với nguyện vọng của chính họ.

Đảm bảo phụ nữ và trẻ em gái được hưởng đầy đủ tất cả các quyền con người và các quyền tự do cơ bản và có hành động hiệu quả đối với các hành vi vi phạm các quyền và tự do này; thực hiện mọi biện pháp cần thiết để xóa bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ và trẻ em gái và xóa bỏ mọi trở ngại đối với bình đẳng giới, vì sự tiến bộ và nâng cao vị thế của phụ nữ; ngăn chặn và xóa bỏ mọi hình thức bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em gái; đảm bảo quyền tiếp cận bình đẳng và đối xử bình đẳng giữa phụ nữ và nam giới trong giáo dục và chăm sóc sức khỏe và nâng cao sức khỏe tình dục và sinh sản cũng như giáo dục

của phụ nữ; thúc đẩy và bảo vệ tất cả các quyền con người của phụ nữ và trẻ em gái...

PHẦN II. CHÍNH SÁCH, PHÁP LUẬT CỦA MỘT SỐ QUỐC GIA VỀ DÂN SỐ

A. CHÍNH SÁCH VỀ DÂN SỐ

I. Trung Quốc

1. Kiểm soát mức sinh

Ngay sau khi hình thành nước Cộng hòa Nhân dân Trung Hoa vào năm 1949, các quan chức chính phủ đã bắt đầu đặt sự quan tâm tới vấn đề kiểm soát dân số. Đối mặt với vấn đề ngày càng tăng của quy mô dân số và nhu cầu lao động tăng cao, ban đầu các nhà lãnh đạo đã làm một cách nhẹ nhàng để giảm tỷ lệ sinh của quốc gia. Một số người trong số họ tin tưởng rằng nếu chính phủ khuyến người dân giảm sinh, quy mô dân số ổn định có thể đạt được một cách nhanh chóng. Chủ tịch Mao Trạch Đông nói trong một bài phát biểu 1957, ông mong muốn đó là dân số ở 600 triệu để ở lại trong nhiều năm.

Ngay sau đó các nhà lãnh đạo cũng đã nhận ra rằng kiểm soát dân số sẽ đòi hỏi một thời gian dài, cách tiếp cận chủ động và bước đại nhảy vọt vào năm 1958, luật cấm ngừa thai, triệt sản và phá thai đã được bãi bỏ, Trung Quốc bắt đầu sản xuất hàng loạt và phân phối phương tiện tránh thai, bao gồm, bao cao su, màng ngăn và thạch diệt tinh trùng. Lợi ích công cộng là thấp, một phần vì nhiều các biện pháp tránh thai sẵn có có chất lượng thấp và cũng vì sự miễn cưỡng chung để thảo luận về các vấn đề như tình dục và kế hoạch hóa gia đình. Theo Banister, năm 1958, quốc gia cung cấp các biện pháp tránh thai là đủ để đáp ứng các nhu cầu của 2,2% các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ.

Nạn đói 1959-1961 tạm thời trật đường ray những cố gắng trong kế hoạch hóa gia đình của quốc gia, nhưng một khi đất nước bắt đầu có dấu hiệu phục hồi kinh tế, các nhà lãnh đạo thực hiện một chiến dịch kiểm soát sinh mới. Nỗ lực bao gồm sản xuất mới về các biện pháp tránh thai và các chiến dịch truyền thông lớn thúc đẩy kết hôn muộn, tỷ lệ sinh thấp, và việc sử dụng dụng cụ tử cung (DCTC) và thắt ống dẫn tinh để hạn chế khả năng sinh sản.

Cuối năm 1962, Chính phủ ra chỉ thị cho các địa phương khuyến khích KHHGD ở các vùng thành thị và nông thôn đông dân, bắt đầu chấp nhận một chiến dịch kiểm soát dân số thông qua việc tuyên truyền và tổ chức chiến dịch vận động kết hôn muộn. Năm 1964, Văn phòng KHHGD được thành lập trong Chính phủ và chính quyền của một số địa phương. Tỷ lệ phát triển dân số lúc đó là 2,5%, áp lực dân số có những ảnh hưởng tiêu cực tới mọi khía cạnh của cuộc sống, buộc Chính phủ phải thực hiện chiến dịch kiểm soát dân số lần thứ hai. Kết quả của chiến dịch lần thứ hai đã thành công ở các thành phố, nơi mà tỷ lệ sinh giảm một

nửa trong giai đoạn 1963-1966. Nhưng do ảnh hưởng của cách mạng văn hóa nên chiến dịch kiểm soát dân số và công tác KHHGD lại bị gián đoạn.

Sau cuộc Cách mạng Văn hóa, năm 1964, Văn phòng Quốc gia về Kế hoạch hóa gia đình đầu tiên được thành lập để giám sát các chương trình giảm sinh của Trung Quốc, nhiều người trong số đó tập trung vào các khu vực đô thị với các cơ sở y tế hiện đại và truy cập vào các nguồn cung cấp kiểm soát sinh. Các quan chức Chính phủ cũng đã kiểm soát nhiều hơn trong các cư dân thành phố để giám sát, thực thi chính sách, và không đe dọa những ai thực hiện theo quy định. Năm 1966, nhiều thành phố ở Trung Quốc đã trải qua một thời gian giảm đáng kể tỷ lệ sinh của. Khu vực nông thôn phần lớn vẫn không bị ảnh hưởng bởi những nỗ lực kế hoạch hóa gia đình cho đến sau khi Cách mạng Văn hóa 1966-1969, trong thời gian đó các mạng lưới kế hoạch hóa gia đình mở rộng kiểm soát đến các thị trấn xung quanh và vùng nông thôn.

2. Nền tảng cho chính sách một con

Mặc dù rất nhiều chương trình kế hoạch hóa gia đình của quốc gia đã bị trật đường ray trong cuộc Cách mạng Văn hóa, đầu những năm 1970, quốc gia này lại một lần nữa ở một vị trí để thúc đẩy việc giảm mức sinh. Khoảng thời gian này, một số yếu tố phù hợp với sức mạnh tăng sự thành công của các chương trình. Kể từ khi bắt nỗ lực thực hiện kế hoạch hóa gia đình 15 năm trước: Phần lớn dân số trưởng thành đã được tiếp xúc với thông tin về các biện pháp tránh thai; xây dựng được các nhà máy để sản xuất các biện pháp tránh thai cần thiết; Chính phủ đã có một sự hiểu biết tốt hơn về các biện pháp tránh thai khác nhau, triệt sản, và các kỹ thuật phá thai do nhiều năm nghiên cứu; Chính phủ đã có chương trình đào tạo hàng triệu "bác sĩ chân trần", y tá, và nữ hộ sinh trong cả nước để thúc đẩy việc sử dụng các biện pháp kiểm soát mức sinh.

Năm 1970, Chính phủ ra chỉ thị đẩy mạnh công tác kiểm soát sinh sản, mở rộng tuyên truyền vận động dưới nhiều hình thức, quảng bá cho việc đẩy mạnh thực hiện KHHGD, khuyến khích kết hôn muộn, sinh con muộn, sử dụng biện pháp tránh thai và tạo thành hành vi tự nguyện của quần chúng.

Năm 1972, Ủy ban Sinh đẻ có kế hoạch được thành lập ở tất cả các cấp hành chính, trong các tập thể và doanh nghiệp, tạo ra một mạng lưới rộng rãi và có hiệu quả ở cả nông thôn và thành thị. Một Ủy ban trong Hội đồng nhà nước đứng ra huy động các nguồn lực cho chiến dịch kiểm soát sinh sản trong cả nước.

Năm 1973, Nhà nước thiết lập chính sách đẩy mạnh phong trào KHHGD, hạn chế sinh và yêu cầu lãnh đạo các cấp phải cam kết kiểm soát tốc độ gia tăng dân số ở địa phương quản lý. Khẩu hiệu của cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch được thể hiện trong ba từ "chậm, thưa và ít". Chậm kết hôn, chậm có con (đối với nữ là sau tuổi 23 và đối với nam là sau tuổi 25), thưa là có khoảng cách giữa các lần sinh là 4 năm, ít là khuyến khích mỗi cặp vợ chồng có 2 con.

Năm 1976, các nhà lãnh đạo Trung Quốc nhấn mạnh “kiểm soát dân số là cần thiết cho việc tăng trưởng kinh tế và cải thiện đời sống”. Mục tiêu dân số được đặt ra cho cả đơn vị hành chính và gia đình. Quy định mỗi gia đình ở thành thị có tối đa là 2 con và mỗi gia đình ở nông thôn có tối đa là 3 con.

Cuối những năm 1970, Trung Quốc đã có kinh nghiệm thành công ý nghĩa trong việc tăng sử dụng các biện pháp kiểm soát mức sinh và giảm tỷ lệ sinh. Hầu hết các cặp vợ chồng có không quá hai hoặc ba con. Tuy nhiên, các quan chức chính phủ lo lắng về tốc độ tăng trưởng dự đoán hàng năm 1% dân số, do số lượng quá lớn của những người trẻ tuổi. Năm 1978, Chính phủ đặt ra mục tiêu của một tỷ lệ tăng trưởng dân số vào năm 2000. Ngay sau đó, Chính phủ thực thi các biện pháp để hạn chế số con của mỗi cặp vợ chồng là một.

Để đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số, Chính phủ đã ban hành nhiều chính sách, biện pháp khuyến khích và không khuyến khích nhằm cổ vũ cho gia đình 1 con và khuyến khích các địa phương ban hành chính sách khuyến khích và không khuyến khích để kiểm soát sinh sản. Chính sách 1 con của Trung Quốc đã đạt được kết quả là đưa tỷ lệ phát triển dân số từ 2,5% xuống 1,21% trong vòng 30 năm. Tuy nhiên, nó cũng bộc lộ sự hy sinh to lớn của nhân dân Trung Quốc và chính sách 1 con cũng gây nên không ít những tiêu cực cho toàn xã hội.

Chính sách 1 con là chương trình kiểm soát dân số đầy tham vọng, biện pháp thực hiện chính sách là sự kết hợp giữa tuyên truyền vận động, tạo áp lực của xã hội, thực hiện chính sách chế độ thưởng phạt gắn với lợi ích kinh tế trực tiếp. Các cặp vợ chồng sinh 1 con được cấp giấy chứng nhận kèm những lợi ích như thưởng tiền mặt, nghỉ thai sản lâu hơn, chăm sóc trẻ em tốt hơn, ưu đãi nhà ở tập thể với điều kiện là các cặp vợ chồng phải cam kết không sinh thêm con.

Năm 1980, Luật Hôn nhân được ban hành, xác định KHHGD là nội dung cơ bản của hôn nhân, quy định tuổi kết hôn đối với nam là 22 và đối với nữ là 20 và khuyến khích nam nữ kết hôn muộn hơn, sinh con muộn hơn; quy định cả vợ và chồng có trách nhiệm thực hiện KHHGD, bảo vệ các quyền và lợi ích hợp pháp của phụ nữ, trẻ em và người già.

Năm 1992, Luật Bảo vệ quyền và lợi ích của phụ nữ được ban hành, quy định người chồng không được đệ đơn ly hôn trong vòng 6 tháng kể từ ngày người vợ chấm dứt thai kỳ vì “vượt chỉ tiêu sinh” theo quy định của chương trình KHHGD. Quy định khi ly hôn, nếu người vợ vô sinh do đã thực hiện triệt sản hoặc bất cứ lý do nào, vấn đề nuôi dưỡng con cái sẽ được xem xét trên nguyên tắc vì quyền và lợi ích của trẻ em và xem xét những đòi hỏi hợp lý của người vợ.

Năm 2001, Luật DS-KHHGD được ban hành với nội dung toàn diện, mục tiêu điều chỉnh chuyển từ tập trung giải quyết quy mô dân số, kiểm soát gia tăng nhanh dân số sang mục tiêu giải quyết toàn diện vấn đề quy mô, cơ cấu, chất lượng dân số và phân bổ dân cư; các biện pháp can thiệp được chuyển từ sử dụng biện

pháp hành chính và tuyên truyền vận động sang đồng bộ các biện pháp về pháp luật, tăng cường thể chế, tuyên truyền, vận động và giáo dục, nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD, khuyến khích đa dạng hóa các biện pháp tránh thai, trực tiếp đề cao lợi ích của người thực hiện KHHGD, gắn quản lý khách hàng thực hiện KHHGD với quản lý hành chính và các chính sách kinh tế xã hội hỗ trợ người thực hiện KHHGD. Đặc biệt, Luật DS-KHHGD quy định các cơ quan, tổ chức phải đưa các chỉ tiêu dân số vào quy trình quy hoạch, lập kế hoạch phát triển kinh tế xã hội ở tất cả các cấp từ trung ương đến cơ sở.

Luật DS-KHHGD cũng quy định các chế tài xử phạt, về trách nhiệm pháp lý, khung xử phạt hành chính đối với các đối tượng điều chỉnh và quy định mở về xử phạt hình sự đối với hành vi cấu thành tội phạm hình sự. Những người sinh vượt quá số con theo quy định, cả vợ và chồng phải nộp phí phúc lợi để đầu tư cho y tế và giáo dục (theo quy định của pháp luật thì trẻ em được miễn phí trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe và giáo dục cho đến hết trung học cơ sở), mức phí phải nộp tùy theo quy định của từng địa phương (tỉnh Phúc Kiến quy định mức nộp tương đương 2-3 lần thu nhập bình quân đầu người của tỉnh ở năm trước đó, người vi phạm lần hai sẽ phải nộp mức phí tương đương 4-6 lần thu nhập bình quân đầu người, người không có khả năng nộp một lần thì nộp dần qua từng năm và nếu thực hiện triệt sản thì được trừ nợ, người lao động ngoại tỉnh vi phạm thì phải nộp phí phúc lợi tại nơi đang ký thường trú).

Năm 2007, Trung Quốc thực hiện chính sách dân số đa chiều nhằm nói lỏng chính sách một con. Chính sách dân số đa chiều bao gồm 8 yếu tố: i) kiểm soát quy mô dân số; ii) giảm sinh; iii) làm chậm tốc độ tăng dân số; iv) giảm chết; v) đảm bảo sinh tốt hơn, nuôi con tốt hơn; vi) nâng cao chất lượng dân số; vii) mở rộng sản xuất hàng hóa KHHGD; viii) di dân theo kế hoạch phù hợp với tăng trưởng kinh tế.

Chính sách kiểm soát quy mô dân số tuân theo nguyên tắc mỗi cặp vợ chồng chỉ được phép sinh 1 con, trừ những trường hợp được phê chuẩn ngoại lệ. Có 7 trường hợp ngoại lệ được sinh 2 con là: những cặp vợ chồng mà cả hai đều xuất thân từ gia đình 1 con thì được phép sinh 2 con, những cặp vợ chồng ở nông thôn mà một trong hai người xuất thân từ gia đình 1 con và có một con gái đầu lòng thì được phép sinh con thứ 2, những cặp vợ chồng có khó khăn thực sự về sức khỏe của con và họ có yêu cầu đẻ con thứ hai thì vẫn được chấp nhận, những cặp vợ chồng là người dân tộc thiểu số có quy mô dân số dưới 10 triệu người thì được sinh 2 con, không hạn chế số con đối với những cặp vợ chồng là người dân tộc thiểu số có quy mô dân số quá ít người và sống ở khu tự trị Tây Tạng, khu tự trị Nội Mông.

Chính sách kiểm soát mức sinh được thay đổi vào năm 2016, theo đó mỗi cặp vợ chồng được sinh 2 con, đến tháng 8/2021 thì Trung Quốc sửa đổi Luật Dân số, theo đó cặp vợ chồng được sinh 3 con.

Nhiều tỉnh thành Trung Quốc đã thành lập các trung tâm và nền tảng trực tuyến chỉ dẫn sinh sản, để cung cấp dịch vụ thuận tiện cho các cặp vợ chồng trẻ. Từ ngày 1/1/2019, mỗi cặp vợ chồng được khấu trừ 1.000 NDT (khoảng 148 USD) mỗi tháng từ thu nhập chịu thuế khi nuôi con từ bậc mẫu giáo cho đến tiến sĩ. Các chính quyền địa phương đã sáng tạo nhiều biện pháp để khuyến khích kết hôn và sinh sản. Thành phố Nghi Xương ở tỉnh Hồ Bắc của Trung Quốc miễn phí chi phí sinh nở cho bà mẹ sinh con thứ hai. Thành phố Tiên đảo ở Hồ Bắc tặng các cặp vợ chồng 1.200 NDT (179 USD) nếu sinh con thứ hai. Tại Thái Nguyên, thủ phủ tỉnh Sơn Tây, chính quyền năm 2018 đưa ra gói trợ cấp hôn nhân. Các cặp vợ chồng sắp cưới được chính quyền hỗ trợ 5% chi phí chụp ảnh cưới. Họ còn được giảm 3 NDT (0,48 USD) với mỗi gram vàng và mỗi lần mua xe được hoàn 500 NDT (79,41 USD).

Đối với việc chăm sóc người cao tuổi, Trung Quốc đã thực thi:

a) Thực hiện chính sách chăm sóc dài hạn, kế hoạch 5 năm quốc gia lần thứ 13 về già hóa dân số và xây dựng hệ thống chăm sóc người cao tuổi: Chăm sóc sức khỏe tại nhà là chủ yếu; chăm sóc sức khỏe tại cộng đồng (người cao tuổi bán phụ thuộc) là hỗ trợ chính; chăm sóc tại các trung tâm chăm sóc chính thức (người cao tuổi phụ thuộc) là hỗ trợ bổ sung; lồng ghép chăm sóc sức khỏe và chăm sóc xã hội.

b) Xây dựng các chính sách bảo trợ xã hội cho người cao tuổi:

- Xây dựng và phát triển hệ thống bảo hiểm tuổi già xã hội: Hệ thống tuổi già xã hội được thiết lập từ những năm 1990; hai hệ thống chính là bảo hiểm tuổi già cơ bản cho công chức đô thị và bảo hiểm tuổi già cơ bản cho cư dân nông thôn tạo nên hệ thống bảo hiểm tuổi già cơ bản tại Trung Quốc; hai hệ thống này bảo đảm cho 850 triệu người và diện bảo phủ lên đến 85%.

- Xây dựng và phát triển hệ thống an sinh xã hội về y tế: Bảo hiểm y tế cơ bản đô thị; chăm sóc y tế cộng đồng; bảo hiểm y tế HTX nông thôn; bảo hiểm y tế thương mại; bảo hiểm bệnh hiểm nghèo; bảo hiểm y tế bảo hộ lao động; bảo hiểm y tế xã hội khác; không có bảo hiểm y tế.

c) Cải cách của Trung Quốc về chính sách bảo trợ xã hội cho người cao tuổi:

- Khởi đầu cải cách hệ thống an sinh y tế bằng cách thành lập bảo hiểm y tế cơ bản, bảo hiểm bệnh nghiêm trọng và cơ chế kết nối hỗ trợ y tế và cơ chế cứu hộ khẩn cấp bệnh: Bảo hiểm y tế cơ bản đã bao phủ 97% nông dân nông thôn; tỷ lệ hoàn trả lần lượt là 50% và 75% đối với chi phí ngoại trú và chi phí nằm viện

trong phạm vi bảo hiểm; chương trình bảo hiểm bệnh nghiêm trọng cho người sống ở nông thôn và đô thị đã bao phủ hơn 1 tỷ người dân tham gia với tỷ lệ hoàn trả không dưới 50%; giảm gánh nặng chăm sóc y tế cho những người kém may mắn.

- Chú trọng đến các chức năng gia đình, nhấn mạnh hiệu quả bổ sung giữa gia đình và hệ thống hỗ trợ xã hội, tập trung vào vai trò của gia đình trong hỗ trợ người cao tuổi và chăm sóc người già và dần đưa ra các chính sách hỗ trợ gia đình (năm 2010, Chính phủ Trung Quốc đã đề xuất tăng cường xây dựng năng lực phát triển gia đình và cải thiện chính sách phát triển gia đình: tăng cường hỗ trợ các chức năng gia đình thay vì thay thế các chức năng này; khơi dậy tiềm năng phát triển của gia đình bằng cách kết hợp trợ giúp xã hội với xây dựng năng lực; đề thừa nhận xã hội về những hành động gánh vác trách nhiệm gia đình; cung cấp hỗ trợ cân bằng giữa công việc và gia đình cho những người chăm sóc gia đình).

- Tăng cường dịch vụ chăm sóc người cao tuổi dựa vào cộng đồng và dịch vụ hỗ trợ người cao tuổi tại nhà

- Thúc đẩy, lồng ghép chăm sóc sức khỏe và chăm sóc người cao tuổi

- Thăm dò việc thành lập hệ thống bảo hiểm điều dưỡng dài hạn

- Tăng cường hỗ trợ cho các gia đình có người tàn tật, các gia đình khó khăn và người cao tuổi sống một mình.

II. Hàn Quốc

1. Chính sách giảm sinh

Chính sách kiểm soát mức sinh được đề xuất trên cơ sở lý luận rằng gia tăng dân số nhanh là nguyên nhân dẫn đến đói nghèo và tác động xấu đến nền kinh tế đất nước. Ủy ban Tư vấn xã hội và Ủy ban Tư vấn kinh tế thuộc Hội đồng tối cao Tái thiết đất nước đã nghiên cứu và đệ trình Hội đồng thông qua đề xuất này. Tháng 10 năm 1961, Chủ tịch Hội đồng Tối cao ra tuyên bố áp dụng chính sách kế hoạch hoá gia đình. Có thể chia chương trình KHHGD của Hàn Quốc thành ba giai đoạn, mỗi giai đoạn kéo dài khoảng 10 năm:

1.1. Giai đoạn đầu (1961-1970)

Thập niên 60 là giai đoạn tạo lập nền tảng cho chương trình (bao gồm: sửa đổi và loại bỏ những trở ngại pháp lý, hình thành cơ cấu tổ chức bộ máy làm công tác KHHGD, xây dựng hệ thống mục tiêu, chỉ tiêu).

Nét đặc trưng của chương trình KHHGD Hàn Quốc trong suốt thời kỳ sơ khai là: Mục tiêu cơ bản là thúc đẩy tăng trưởng nền kinh tế; Biện pháp thực hiện là tuyên truyền vận động và cung cấp dịch vụ.

Với cách tiếp cận này, Nhà nước can thiệp vào tất cả các lĩnh vực liên quan đến chương trình. Một minh chứng rõ ràng nhất là chương trình KHHGD luôn là bộ phận không thể tách rời của các Kế hoạch phát triển kinh tế quốc dân. Thực tế này, theo đánh giá của quốc tế, là điểm mạnh nhất của chương trình KHHGD Hàn Quốc. Ở cấp Chính phủ, Ủy ban cố vấn quốc gia về KHHGD được thành lập, trực thuộc Bộ Y tế và các vấn đề xã hội. Nhiệm vụ chính của Ủy ban là tham mưu, tư vấn và kiểm điểm đánh giá chính sách quốc gia về KHHGD. Bộ trưởng Bộ Y tế và các vấn đề xã hội được giao đảm nhận thực hiện các chương trình dân sự cùng với Hội KHHGD. Tại cơ sở, văn phòng tư vấn KHHGD được mở tại các cơ sở y tế công. Văn phòng đã mở rộng vai trò của mình và trở thành địa điểm chính để thực hiện các chương trình KHHGD. Năm 1962, các văn phòng cung cấp các dịch vụ KHHGD được thiết lập tại tất cả các trung tâm y tế hạt, quận, và vào năm 1964 khoảng 1.473 nhân viên KHHGD được tuyển chọn và được cử xuống cơ sở với mục đích tiếp cận các gia đình.

Hội KHHGD được thành lập nhằm bước đầu khởi xướng công tác KHHGD, quản lý các nhiệm vụ và hoạt động liên quan đến KHHGD. Hội KHHGD chỉ đạo nhất quán nhiều chương trình KHHGD và hầu hết các thành viên tham gia Hội là bác sĩ. Ngoài Hội KHHGD, Hội các bà mẹ thực hiện KHHGD cũng được thành lập, bao gồm các bà mẹ kiểu mẫu trong thực hiện KHHGD. Hoạt động chính của các thành viên của tổ chức này đó là thuyết phục những người còn ngần ngại, chưa thực hiện KHHGD. Các thành viên là những người chính tại địa phương thực hiện công tác giáo dục về các biện pháp tránh thai và phân phát viên uống tránh thai.

Các hoạt động KHHGD được thực hiện toàn diện vào năm 1965, tập trung vào khu vực nông thôn có mức sinh cao và nhận thức về KHHGD rất hạn chế; sau đó chương trình mới được mở rộng cho khu vực thành thị, tạo điều kiện cho người dân nông thôn và thành thị nghèo tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản. Giải pháp chủ yếu là phổ biến rộng rãi các biện pháp tránh thai, đặc biệt là vòng tránh thai. Chính phủ bãi bỏ việc cấm nhập khẩu các phương tiện tránh thai (trước năm 1961, chính sách quốc gia không cho phép nhập khẩu phương tiện tránh thai). Hàn Quốc cũng đã chú ý tới việc sản xuất thuốc tránh thai ở trong nước, đã từng bước hợp pháp hoá việc nạo thai để kiểm soát sinh. Phương tiện tránh thai được cấp phát miễn phí cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ bao gồm vòng tránh thai, bao cao su, thuốc kem và màng ngăn. Phụ nữ cảm thấy hài lòng hơn cả với vòng tránh thai và bao cao su. Hơn 95% phụ nữ hài lòng với hai biện pháp vòng tránh thai và bao cao su. Viên uống tránh thai cũng được cung cấp nhằm giảm tác dụng phụ do sử dụng vòng tránh thai. Phòng KHHGD ở các cơ sở y tế công thực hiện 2 biện pháp lâm sàng: triệt sản nam và đặt vòng tránh thai. Chi phí kỹ thuật được Chính phủ trợ giá một phần nên tương đối thấp so với bệnh viện tư. Vì thế, người dân thường

đến các cơ sở y tế công. Hai biện pháp triệt sản nam và vòng tránh thai được đánh giá là những biện pháp tránh thai hiệu quả nhất trong KHHGD của Hàn Quốc.

Việc thiếu hiểu biết cũng như thái độ và hành vi của người dân Hàn Quốc trong vấn đề sinh sản là một rào cản trong chương trình kiểm soát mức sinh. Để đánh giá kết quả thi hành chính sách, Chính phủ đã tiến hành một cuộc khảo sát KHHGD cấp quốc gia lần đầu tiên vào năm 1964; sau đó các khảo sát về kiến thức, thái độ và hành vi thực hiện KHHGD được thực hiện thường xuyên, với trọng tâm thay đổi qua từng thời kỳ. Tuyên truyền vận động cá nhân thông qua truyền thông trực tiếp và cố gắng thay đổi nhận thức, chấp nhận qui mô gia đình từ 5 xuống 3 con. Chương trình được tiếp nhận tốt, mức sinh giảm nhanh.

Sự hội nhập quốc tế của Hội KHHGD đã góp phần nâng cao vị thế và vai trò của Hàn Quốc trong các chương trình và hoạt động dân số, KHHGD đối với quốc tế. Chương trình hợp tác toàn diện và những hỗ trợ về tài chính, kỹ thuật của cộng đồng quốc tế đã đem lại hiệu quả cao cho các chương trình KHHGD ở Hàn Quốc. Hội KHHGD quốc tế (IPPF) và Quỹ Dân số LHQ (UNFPA) là những tổ chức quốc tế chính đã hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho Hàn Quốc.

Tổng kết tình hình thực hiện giai đoạn 1 đã rút ra 4 nguyên nhân thành công sau: a) Những người có trình độ văn hoá đã nhận biết được tầm quan trọng của KHHGD. Nói chung họ thường giữ vị trí lãnh đạo. Vì vậy, sự hỗ trợ của tầng lớp trí thức đóng một vai trò quan trọng trong việc phá bỏ những hàng rào tâm lý đối với công tác KHHGD; b) Người dân không gặp bất cứ một khó khăn gì trong việc tiếp cận với hệ thống y tế công. Khoảng cách từ nhà dân đến Trung tâm y tế cơ sở đủ gần để người dân địa phương có thể tiếp cận một cách dễ dàng với các dịch vụ KHHGD; c) Hàn Quốc chú trọng cách tiếp cận khoa học trong công tác KHHGD. Cuộc điều tra kết quả thực hiện KHHGD và các chương trình đào tạo cán bộ làm công tác KHHGD là những ví dụ điển hình; d) Tranh thủ hợp tác quốc tế mà chủ yếu là tiếp nhận các loại phương tiện tránh thai. Một số lượng lớn viên thuốc uống tránh thai đã được cung cấp miễn phí. Các tổ chức quốc tế đã hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho các biện pháp lâm sàng.

1.2. Giai đoạn hai (1970-1980)

Trong những năm đầu của thập kỷ 70, mức giảm sinh của Hàn Quốc bắt đầu chậm lại. Chính phủ đã đưa thêm một số nội dung mới vào chương trình KHHGD, các chiến lược và chương trình KHHGD ngày càng đa dạng nhằm mục tiêu ổn định tỷ lệ tăng dân số hàng năm ở mức 1,5%. Các chiến lược KHHGD được xây dựng trên hai nguyên tắc cơ bản: a) Sử dụng các cơ quan chính phủ hiện có. Chính quyền địa phương ban hành chính sách và chương trình KHHGD phù hợp với điều kiện cụ thể của địa phương; b) Đánh giá hiệu quả chương trình KHHGD bằng các phương pháp khoa học.

Hợp tác giữa Chính phủ và khu vực tư nhân ngày càng bền chặt và khăng khít hơn. Để nâng cao hiệu quả của chương trình KHHGD, Chính phủ thành lập "Phòng quản lý sức khỏe bà mẹ và trẻ em", thuộc Bộ Y tế và Các vấn đề xã hội. Năm 1971, Viện nghiên cứu KHHGD đã đi vào hoạt động. Đây là một tổ chức tư nhân hoạt động với mục tiêu thúc đẩy các chiến lược KHHGD.

Chính phủ tập trung xây dựng mạng lưới bán lẻ thuốc tránh thai với giá thấp trên toàn quốc với 2 mục đích góp phần nâng cao hiểu biết của dân chúng về ngừa thai và khuyến khích thay đổi nhận thức và hành vi của khách hàng KHHGD: "Phương tiện tránh thai là một phần của cuộc sống thường ngày". Cơ sở y tế công kết hợp giáo dục tuyên truyền với cung cấp dịch vụ KHHGD. Biện pháp triệt sản nam đã được giới thiệu trong chương trình quân dự bị địa phương, không chỉ góp phần giúp các đối tượng nhận thức được tầm quan trọng của KHHGD mà còn nhằm huy động nam giới tham gia chương trình.

Để nâng cao chất lượng dịch vụ, Chính phủ hỗ trợ tài chính cho những bệnh viện đăng ký và được tuyển chọn để thực hiện KHHGD. UNFPA là nhà tài trợ chính. Hơn 70 bệnh viện đã nhận được sự trợ giúp về tài chính. Thêm vào đó, Chính phủ đã ban hành Luật sức khỏe bà mẹ - trẻ em. Chương trình còn thí điểm lồng ghép các dịch vụ chăm sóc sức khỏe gia đình (dinh dưỡng, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, tiêm chủng) và KHHGD. Tại các địa phương thực hiện thí điểm, tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai cao hơn so với các địa phương khác. Thành công của dự án cho thấy dịch vụ hỗ trợ gia đình phù hợp với nhu cầu của nhân dân địa phương sẽ khuyến khích người dân thực hiện KHHGD.

Nhận thấy tầm quan trọng của KHHGD, Chính phủ và Hội KHHGD đã sử dụng nhiều biện pháp đa dạng ví dụ như Đội lưu động tuyên truyền giáo dục và tư vấn về các biện pháp tránh thai cho các gia đình ở nông thôn và các gia đình nghèo ở thành thị. Bên cạnh những bước phát triển trên, các chương trình giáo dục quần chúng và các hoạt động KHHGD vẫn được tiến hành tích cực; giáo dục dân số đã được đưa vào các chương trình giảng dạy tại các trường THCS và THPT, nhấn mạnh vào những bất lợi kinh tế và xã hội do tăng trưởng dân số nhanh, tác động đến đất nước và từng cá nhân người dân.

Để khuyến khích thực hiện KHHGD, một số chính sách xã hội được áp dụng như chính sách cắt giảm thuế đối với gia đình hai con, không phân biệt con trai hay con gái, chính sách tín dụng với lãi suất ưu đãi cho gia đình một con, chính sách đăng ký nhà ở thuộc quyền sở hữu của nhà nước (Hàn Quốc đã từng rơi vào tình trạng thiếu nhà ở. Hơn một nửa tổng số hộ gia đình không có nhà riêng. Cung ứng đầy đủ nhà và căn hộ là vấn đề xã hội trong những năm 70. Vì vậy, khi đăng ký thuê hoặc mua nhà, căn hộ, ưu tiên trước hết cho gia đình chưa có nhà ở và đã thực hiện biện pháp triệt sản), chính sách hỗ trợ tài chính cho gia đình có thu nhập thấp (Chính phủ trợ giúp tài chính cho các gia đình thực hiện

biện pháp triệt sản. Chi phí phẫu thuật được bảo hiểm y tế bảo đảm và Chính phủ hỗ trợ thêm. Những gia đình này cũng được ưu tiên cơ hội có việc làm trong các dự án do Chính phủ hỗ trợ tài chính).

Những nỗ lực của Chính phủ không dừng lại ở các chương trình khuyến khích lợi ích kinh tế. Luật Thừa kế sửa đổi 1979 đã giảm sự bất bình đẳng về quyền lợi giữa con trai và con gái. Theo luật này, con trai và con gái được hưởng tài sản thừa kế do bố mẹ để lại như nhau. Một ngoại lệ duy nhất là người con trai cả có thể sở hữu nhiều hơn một chút so với những người con khác.

Nhằm thích ứng với đô thị hoá và công nghiệp hoá, Chính phủ mở rộng đối tượng, có chương trình dành cho khu vực đô thị nghèo và khu công nghiệp, yêu cầu nam giới tham gia vào KHHGD. Nội dung KHHGD được lồng ghép vào chương trình huấn luyện cho đối tượng thực hiện nghĩa vụ quân sự.

Sự hỗ trợ tài chính và kỹ thuật của các tổ chức quốc tế đóng một vai trò quan trọng đem lại thành công cho các chương trình KHHGD ở Hàn Quốc. Các tổ chức KHHGD quốc tế đã tài trợ 80% cho ngân quỹ cho công tác KHHGD ở Hàn Quốc. Các tổ chức như Hội KHHGD quốc tế, Hội đồng dân số Mỹ, Quỹ Á Châu, Quỹ Dân số LHQ, Tổ chức hợp tác quốc tế về KHHGD của Nhật Bản là những ví dụ tiêu biểu. Với sự hỗ trợ về tài chính của các tổ chức này, Hàn Quốc đã thành công trong việc nhanh chóng giảm được tỷ lệ tăng dân số. Vào cuối những năm của thập kỷ 70, sự can thiệp của Chính phủ vào KHHGD đã giảm dần.

1.3. Giai đoạn ba (1981-1990)

Đây là thời kỳ chuyển đổi cơ bản với những tiến bộ rõ rệt trong công tác KHHGD. Vào đầu những năm 1980, Chính phủ quân sự do Chung Đô Hoan đứng đầu lại tăng cường hỗ trợ cho Chương trình KHHGD với mục tiêu kiềm chế cuộc “bùng nổ dân số” lần thứ hai, kết quả của “sinh bù sau chiến tranh”, số trẻ em gái sinh ra khi đó bắt đầu bước vào độ tuổi sinh sản và tình trạng số sinh hàng năm tăng lên sẽ kéo dài đến hết thập kỷ 80. Chính phủ đã thông qua chương trình kiểm soát tăng trưởng dân số toàn diện và coi đó là một phần của Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 5 năm lần thứ V. Chương trình này nhằm: a) Đổi mới về giải pháp thực hiện và quản lý, b) Tăng cường các chính sách hỗ trợ xã hội hướng đến gia đình 1 con, c) Tạo sự chuyển biến trong thể chế và nhận thức của xã hội nhằm xoá bỏ tư tưởng trọng nam, d) Tăng cường tuyên truyền, giáo dục về dân số và KHHGD, và d) Thành lập một hệ thống bảo trợ nhà nước nhằm đảm bảo tính hiệu quả trong kiểm soát tăng trưởng dân số thông qua cơ chế phối kết hợp liên ngành trong chương trình KHHGD. Các biện pháp chính sách quan trọng được thông qua nhằm khuyến khích giảm mức sinh mạnh hơn.

Trong những năm của thập kỷ 80, Hội KHHGD đã mở rộng phạm vi hoạt động của các dịch vụ liên quan trong các chương trình KHHGD, tư vấn cho các bà mẹ có thai ngoài ý muốn nhằm bảo vệ phụ nữ, tránh có thai ngoài ý muốn và

các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục. Hội cũng đẩy mạnh việc tiếp cận cá nhân trong vấn đề kiểm soát sinh. Ở phòng tắm công cộng và các cơ sở y tế công có đặt máy bán hàng tự động để cung cấp bao cao su. Vị thành niên trở thành đối tượng của các chương trình KHHGD, nội dung hướng dẫn sinh đẻ có kế hoạch và các biện pháp tránh thai đã được đưa vào chương trình chính khoá tại trường học.

Chính phủ phát động chiến dịch vận động qui mô gia đình một hoặc hai con do tâm lý ưa thích con trai vẫn còn là phổ biến, kết hôn sớm, nhưng ly dị là trường hợp hãn hữu đối với phụ nữ Hàn Quốc. Khẩu hiệu của chương trình KHHGD là "Hãy dừng lại ở 2 con" được tuyên truyền rộng rãi tới các vùng nông thôn. Cùng với mức sống và chi phí giáo dục cho trẻ em không ngừng tăng, phong trào này đã có sức cuốn hút đặc biệt mạnh mẽ đối với người dân Hàn Quốc.

Người trực tiếp làm công tác tuyên truyền vận động các cặp vợ chồng áp dụng các biện pháp tránh thai là cán bộ làm công tác KHHGD. Bản thân các cán bộ này có thể cung cấp bao cao su và thuốc tránh thai cho người sử dụng. Hàn Quốc tự sản xuất lấy bao cao su và phân phát cho người sử dụng không lấy tiền. Chính phủ đã tập trung nhiều nỗ lực hơn để tăng cường lồng ghép các chương trình KHHGD với các chương trình chăm sóc sức khoẻ khác.

Trong kế hoạch 5 năm lần thứ V (1981-1986), Hàn Quốc đặc biệt quan tâm đến việc phát triển kinh tế xã hội, trong đó đề cập tới việc phối hợp các chính sách và các chương trình dân số và phát triển ở các bộ phận thích hợp. Mục tiêu dân số đề ra là giảm tỷ lệ phát triển từ 1,58% năm 1982 xuống 1,49% năm 1986 và mục tiêu của chương trình KHHGD trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm lần thứ VI (1987-1991) là giảm tỷ lệ phát triển dân số xuống 1% vào năm 1993. Để đạt được những mục tiêu trên, Chính phủ đã đề ra các chính sách như sau:

Miễn thuế thu nhập đến con thứ hai; miễn thuế cho các nghiệp đoàn để chi phí về những dịch vụ KHHGD cho công nhân trong nghiệp đoàn.

Triệt sản là biện pháp chủ yếu gắn với một số chính sách khuyến khích như: Miễn giảm học phí và trợ cấp nuôi con (áp dụng cho con đầu lòng, đối với công chức viên chức nhà nước hỗ trợ cho hai đứa con đầu); miễn giảm viện phí và chi phí liên quan đến chăm sóc thai sản cho cả mẹ và con nếu vợ hoặc chồng thực hiện triệt sản sau lần sinh thứ nhất; ưu tiên phân nhà ở tập thể cho người có từ 1-2 con chấp nhận triệt sản; cung cấp không mất tiền các dịch vụ y tế cơ bản cho con cái (0-5 tuổi) của những người triệt sản có từ 1-2 con.

Để gắn liền khái niệm “chất lượng dân số” với chính sách dân số, Chính phủ đã sửa đổi Luật Sức khoẻ Bà mẹ và Trẻ em. Nhiều điều khoản phân biệt đối xử về giới trong qui định bảo hiểm, y tế và luật gia đình đã được xoá bỏ và hợp nhất chương trình KHHGD với chương trình bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em.

2. Chính sách khuyến sinh

Sau khi đạt mức sinh thay thế (năm 1983), tổng tỷ suất sinh tiếp tục giảm rất nhanh, xuống 1,76 con năm 1984 và 1,58 con năm 1989. Sau 6 năm mức sinh tiếp tục ở dưới mức sinh thay thế, Hàn Quốc ban hành chính sách dừng cấp miễn phí phương tiện tránh thai cho các đối tượng sử dụng với mong muốn mức sinh tăng lên tới mức sinh thay thế.

Năm 1996, tổng tỷ suất sinh vẫn ở mức 1,58 con tuy trước đó có tăng lên 1,8 con vào năm 1993 và sau đó lại tiếp tục giảm. Chính phủ ban hành chính sách tăng cường chăm sóc trước sinh, sức khỏe trẻ em nhằm nâng cao chất lượng và giá trị của con trong các gia đình.

Năm 1996, chính phủ Hàn Quốc đã thông qua các mục tiêu chính sách dân số mới, trước tình hình mức sinh tiếp tục suy giảm (TFR là 1,6 hoặc 1,7 trong một thập kỷ). Tuy nhiên, các mục tiêu này hầu như không phải là thúc đẩy mức sinh, mà là nhấn mạnh việc duy trì mức sinh hiện nay, để có sức khỏe sinh sản tốt hơn, giải quyết việc mất cân bằng giới tính khi sinh và giảm các vụ nạo phá thai có chủ định, giải quyết các vấn đề liên quan tới tình dục của thanh niên và vị thành niên, trao quyền cho phụ nữ thông qua việc mở rộng cơ hội việc làm và các dịch vụ phúc lợi cho họ.

Năm 2001, khi mức sinh xuống quá thấp chỉ là 1,3 con và để giảm thiểu những tác động tiêu cực của quy mô và cơ cấu dân số đối với sự phát triển kinh tế xã hội trong tương lai, Hàn Quốc đã đưa ra các biện pháp ngược hẳn với chính sách hạn chế sinh nhằm khôi phục lại mức sinh thay thế thông qua văn bản “Những hành động cơ bản đối với mức sinh thấp và xã hội đang già hóa” ban hành năm 2003.

Chính phủ đã ban hành nhiều biện pháp, chính sách và huy động 20 Bộ ngành cùng phối hợp hành động nhằm khuyến khích sinh, nhưng mức sinh tiếp tục giảm xuống còn 1,08 con năm 2005 và là nước có mức sinh thấp nhất thế giới.

Đến năm 2006, khi mức sinh đã ở dưới mức sinh thay thế trong hơn 20 năm và TFR ở dưới mức 1,2 trong 5 năm vừa qua, chính phủ Hàn Quốc, sau khi đã có những cuộc thảo luận với các đại diện người sử dụng lao động, người lao động, các nhà hoạt động xã hội và những người bênh vực quyền phụ nữ, cuối cùng đã tuyên bố chương trình hành động (Kế hoạch cơ bản đầu tiên đối với mức sinh thấp và xã hội già hóa, hay Kế hoạch Saeromazi 2010). Kế hoạch này nhằm tạo ra một môi trường thuận lợi để sinh con và nuôi con thông qua việc san sẻ bớt gánh nặng nuôi con từ gia đình sang xã hội. Cụ thể hơn, các bao cấp cho chi phí nuôi con và giáo dục, trước kia chỉ dành cho những nhóm có thu nhập thấp, bây giờ đã được cung cấp cho cả nhóm trung lưu. Các chương trình sau giờ học được mở rộng, đặc biệt đối với trẻ em lớp dưới, là một biện pháp thay thế đối với các trường học tư nhân đắt đỏ. Thuế cũng được giảm đối với các hộ gia đình có trẻ em nhỏ hay các gia đình đông con tăng, và hệ thống thuế được thay đổi để giảm chi phí bảo hiểm

y tế cho các gia đình này. Nghỉ phép sinh con và nghỉ phép chăm con cũng mở rộng. Hệ thống trợ cấp cho con đang được xem xét chỉnh sửa.

Chính phủ đóng vai trò quan trọng trong việc tăng số lượng và chất lượng các cơ sở trông giữ trẻ. Đây là một phần trong nỗ lực tạo ra một xã hội bình đẳng và thân thiện với gia đình, để công việc và gia đình trở nên tương thích hơn. Các công ty cung cấp chế độ nghỉ sinh con đang được ủng hộ. Nữ lao động trong các công ty quy mô trung bình có thể nhận được bảo hiểm việc làm lên tới 3 tháng. Bắt đầu từ năm 2008, người chồng sẽ được nghỉ 3 ngày để giúp vợ sau khi sinh. Việc nghỉ làm để chăm sóc con từ trước đến nay chỉ được áp dụng đối với cha mẹ của trẻ dưới 1 tuổi thì giờ đây sẽ được mở rộng cho trẻ lên tới 3 tuổi.

3. Tài chính

Năm 2018, tỷ lệ sinh của Hàn Quốc thấp kỷ lục, bình quân mỗi phụ nữ sinh 0,98 con, chưa bằng một nửa so với mức 2,1 cần thiết để duy trì dân số ổn định. Trong 6 năm tới, Hàn Quốc được dự đoán trở thành "xã hội siêu già". Đây được coi là một trong những mối đe dọa lớn nhất đối với nền kinh tế lớn thứ 11 thế giới.

Kể từ năm 2006, chính phủ Hàn Quốc chi 152,9 nghìn tỷ won (128,5 tỷ USD) để tăng tỷ lệ sinh. Thông qua chương trình trợ cấp nhà nước, các cặp vợ chồng sắp có em bé có thể nhận 500.000 won (420 USD) để trang trải chi phí trước khi sinh và khoản trợ cấp 107.000 won (89,90 USD) mỗi tháng dành cho phụ huynh có con dưới 5 tuổi.

Trung bình người Hàn Quốc làm việc 2.113 giờ một năm - nhiều thứ hai trong số các quốc gia khối Tổ chức Hợp tác và Phát triển Kinh tế (OECD). Chính phủ đã nhận ra tác động của điều này đối với thời gian hẹn hò của thanh niên nên số giờ làm việc trong tuần đã bị cắt giảm từ 68 giờ xuống còn 52 giờ.

Năm 2010, một ý tưởng đặc biệt của Bộ Y tế Hàn Quốc ra đời: yêu cầu các tòa công sở tắt điện vào 19h30 thứ 4 của tuần thứ ba hàng tháng "để thúc đẩy sinh sản và chăm sóc con cái".

"Về nhà sớm có thể không có liên kết trực tiếp với sinh con, nhưng bạn không thể loại trừ hoàn toàn mối liên kết có thể có giữa hai vấn đề", quan chức y tế Hàn Quốc Choi Jin-Sun nói.

Trong nội bộ Bộ Y tế Hàn Quốc cũng có những biện pháp khuyến khích nhân viên sinh con, bao gồm tặng tiền mặt cho những người có nhiều hơn hai con. Một số chính quyền địa phương còn vận hành dịch vụ mai mối để tăng tỷ lệ sinh.

Cuối năm ngoái, chính quyền thành phố Seoul thông báo sẽ hỗ trợ nhà ở cho gần 25.000 cặp vợ chồng mới cưới mỗi năm thông qua sáng kiến phúc lợi 3,1 nghìn tỷ won (2,6 tỷ USD).

Các cặp vợ chồng không sở hữu nhà, đã kết hôn được 7 năm và thu nhập tổng hàng năm dưới 100 triệu won được nhận khoản vay lên tới 200 triệu won với lãi suất thấp. Các cặp vợ chồng có nhiều con sẽ được hưởng lãi suất ưu đãi.

Kể từ năm 2005, Hàn Quốc đã chi 32,1 tỷ USD để giảm bớt các gánh nặng cho các cặp vợ chồng trẻ thông qua các chương trình trợ cấp trông nom và chăm sóc trẻ nhỏ trị giá 268 USD mỗi tháng.

Tháng 7/2018, Hàn Quốc thông qua dự luật kéo dài thời gian nghỉ thai sản lên đến hai năm và cho phép các ông bố được hưởng 80% lương, tối đa 1.338 USD mỗi tháng, khi ở nhà chăm con sơ sinh.

4. Chính sách đối với người cao tuổi

Ở Hàn Quốc, theo luật hiện hành người trong độ tuổi lao động là từ 15-60, tuổi nghỉ hưu là 60, trên 65 tuổi được coi là người cao tuổi. Hàn Quốc là một trong số ít các quốc gia có tốc độ già hóa dân số diễn ra nhanh nhất trên thế giới. Theo số liệu mới năm 2019 tỷ lệ người già phụ thuộc ở Hàn Quốc là 20,4 nghĩa là cứ 100 người ở độ tuổi lao động phải cấp dưỡng cho 20 người già. Cục Thống kê quốc gia dự báo nếu tiếp tục xu hướng già hóa hiện nay, tỷ lệ này sẽ tăng lên 102,4 người vào năm 2067, tức là cứ 100 dân số trong độ tuổi lao động phải cấp dưỡng cho 102 người già.

Các chính sách cộng đồng áp dụng cho người già Hàn Quốc từ 65 tuổi trở lên:

- Giảm giá tàu hỏa: giảm 30% khi mua vé tàu KTX, tàu Saemaul và tàu Mugunghwa.

- Miễn cước phí tàu điện ngầm, đường sắt đô thị (đường sắt đô thị, đường tàu thuộc quản lý của nhà nước), một số địa phương chuẩn bị áp dụng miễn phí xe buýt cho người già.

- Giảm giá vé máy bay nội địa 10%.

- Miễn phí vé tham quan các điểm du lịch: vé vào cung điện, lăng mộ, bảo tàng quốc gia (công viên, bảo tàng nghệ thuật,...)

- Giảm giá vé xem công diễn: giảm 50% giá vé ở các trung tâm biểu diễn quốc gia.

- Giảm 50% phí điều trị nha khoa

- Trợ cấp người mắc bệnh khớp: người cao tuổi bị đau khớp gối mỗi tháng được nhận trợ cấp 300.000 KRW của chính phủ.

- Sử dụng dịch vụ chăm sóc người già: nhân viên của Trung tâm chăm sóc sức khỏe người cao tuổi hàng ngày đến kiểm tra, giúp đỡ vệ sinh, ăn uống.

- Lương hưu cơ bản cho người già: người cao tuổi sống một mình và không có thu nhập: 200.000 KRW. Cặp vợ chồng cao tuổi và không có thu nhập: 134.160 KRW/người.

- Chế độ chăm sóc: người cao tuổi bị bệnh (mất trí nhớ do tuổi già, đột quỵ) từ cấp 4 trở lên được nhận chế độ chăm sóc, điều dưỡng từ nhân viên y tế của nhà nước (tự trả 15% chi phí). Người không có thu nhập, phải sống nhờ trợ cấp của chính phủ: miễn phí 100%.

- Hỗ trợ kiếm việc làm thông qua các tổ chức hỗ trợ việc làm cho người cao tuổi (Trung tâm phúc lợi người cao tuổi, Câu lạc bộ người cao tuổi, Hiệp hội người cao tuổi).

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ: miễn phí kiểm tra sức khỏe định kỳ (kiểm tra tổng hợp, kiểm tra mật độ xương, ...).

5. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh

Do dân số tăng bù sau chiến tranh, tỷ lệ tăng dân số tự nhiên của Hàn Quốc rất cao (bình quân 2,91%/năm trong giai đoạn 1950-1960) và tổng tỷ suất sinh ở mức sinh tiềm tàng là 6 con/ phụ nữ năm 1960), kể từ khi thực hiện chương trình KHHGD, mức sinh giảm rất nhanh, xuống 5,3 con năm 1966, xuống 4,4 con năm 1971, xuống 3,2 con năm 1976, xuống 2,1 con năm 1983, xuống 1,58 con năm 1989, lên 1,8 con năm 1993, xuống 1,54 con năm 1997 và chỉ còn 1,08 con năm 2005 (là mức sinh thấp nhất thế giới).

Quy mô dân số vào khoảng 24 triệu người năm 1962, tăng lên 48,1 triệu người năm 2005 và dự kiến sẽ đạt mức cực đại là 49,3 triệu người vào năm 2015 và sau đó số dân sẽ liên tục giảm, xuống mức 42,3 triệu người vào năm 2050.

So sánh giữa Việt Nam và Hàn Quốc cho thấy: khi hai nước bắt đầu thực hiện công tác DS-KHHGD thì tình trạng dân số và kinh tế của hai nước là tương tự nhau, nhưng do Hàn Quốc đạt mức sinh thay thế sớm hơn là 22 năm (1961-1983) và Việt Nam chậm hơn là 44 năm (1961-2005), nên quy mô dân số Việt Nam tăng rất nhanh và ngày càng lớn hơn Hàn Quốc nhiều lần, từ 30 triệu người năm 1960, lên 83,1 triệu người năm 2005 và đạt tới 115 triệu người vào năm 2050 (năm 1960 dân số Việt Nam lớn hơn dân số Hàn Quốc 6 triệu người, đến năm 2005 thì lớn hơn 35 triệu người và đến năm 2050 thì lớn hơn 73 triệu người). GDP bình quân đầu người của Việt Nam tăng từ 70-80 USD năm 1961 lên 640 USD năm 2005, GDP bình quân đầu người của Hàn Quốc từ 70-80 USD năm 1962 lên 19.000 USD năm 2005, thì GDP bình quân đầu người của Việt Nam bằng 3% so với Hàn Quốc.

III. Nhật Bản

Nhật Bản là quốc gia “siêu già”, tức hơn 20% dân số trên 65 tuổi. Năm 2018, bình quân một phụ nữ Nhật sinh 1,42 con. Theo dự báo của Viện Nghiên

cứu An sinh Xã hội và Dân số Quốc gia Nhật Bản năm 2015, dân số khoảng 127 triệu người của đất nước có thể giảm xuống dưới 100 triệu vào năm 2049 và 82 triệu vào năm 2065.

Một trong số những lý do khiến người Nhật ngày càng ngần ngại sinh con là văn hóa làm việc, chi phí chăm sóc trẻ em và kinh tế bấp bênh. Xu hướng này có nguy cơ tạo ra tình trạng thiếu lao động nghiêm trọng.

Chính phủ Nhật đã đưa ra một số biện pháp để các bà mẹ đi làm cân bằng cuộc sống tốt hơn. Mặc dù Nhật Bản đã đưa ra một số chính sách nghỉ phép dành cho người lao động vào đầu năm 1911, đến năm 1992 họ mới cho phép cha mẹ nghỉ phép có lương lên đến một năm sau khi sinh con.

Chính phủ yêu cầu các công ty gồm hơn 300 nhân viên đề ra mục tiêu tuyển dụng hoặc thăng chức cho nhân viên nữ. Năm 2017, Nhật đầu tư hai nghìn tỷ yên (18,47 tỷ USD) vào một gói trợ cấp cho chăm sóc người già và giáo dục trẻ em. Trường mầm non công miễn phí cho trẻ em từ 3-5 tuổi và cả trẻ dưới độ tuổi đó đối với gia đình có thu nhập thấp.

Một số thị trấn và đô thị Nhật Bản còn đưa ra những biện pháp đặc biệt. Thị trấn Nagi đã tăng tỷ lệ sinh từ 1,4 năm 2004 lên khoảng 2,8 vào năm 2014 bằng cách tặng tiền các bà mẹ mới sinh cũng như các khoản trợ cấp cho chăm sóc trẻ em, nhà ở, y tế và giáo dục. Các gia đình nhận 100.000 yên (879 USD) khi sinh con đầu lòng, 150.000 yên (1.300 USD) khi sinh con thứ hai và khoảng 400.000 yên (3.500) cho lần sinh thứ năm.

- Chế độ lương hưu ở Nhật (NENKIN) được chia làm 3 loại như sau:

+ Quỹ lương hưu cơ bản: Tất cả những cá nhân trong độ tuổi từ 20 đến 60 tuổi, bất kể quốc tịch, đang cư trú tại Nhật Bản đều có nghĩa vụ phải tham gia.

+ Quỹ lương hưu phúc lợi: Bên cạnh việc tham gia quỹ lương hưu cơ bản, tất cả những người đang đi làm tại các công ty có áp dụng chế độ bảo hiểm phúc lợi (bảo hiểm xã hội) đều có nghĩa vụ phải tham gia thêm quỹ lương hưu phúc lợi này.

+ Quỹ lương hưu công vụ: Quỹ lương hưu dành cho các nhân viên công vụ, giáo viên trường tư lập,..

(1) Quỹ lương hưu cơ bản:

- Đối tượng tham gia: Tất cả những cá nhân đang cư trú tại Nhật Bản (bất kể quốc tịch), độ tuổi từ 20 đến 60. Tuy vậy, tiền phí phải đóng hàng tháng và cách thức nộp sẽ khác nhau tùy vào công việc hiện tại của cá nhân đó và được chia làm 3 nhóm đối tượng chính sau:

+ Nhóm 1: Sinh viên, người làm nông lâm ngư nghiệp, nghề tự do hoặc không có nghề nghiệp...: Tiền phí nenkin phải đóng hàng tháng của các đối tượng

này là phí nenkin cơ bản là một khoản tiền cố định, không phụ thuộc vào tuổi tác, giới tính hay thu nhập của người nộp. Tuy nhiên số tiền này thường thay đổi theo từng năm theo chính sách của chính phủ. Từ tháng 4/2017 đến tháng 3/2018, khoản phí này là 16.490 Yên/tháng. Các đối tượng thuộc nhóm này sẽ phải trực tiếp nộp tiền phí nenkin cho quỹ lương hưu Nhật Bản thông qua các tờ thông báo tiền bảo hiểm do quỹ này gửi về cho bạn vào tháng 4 hàng tháng.

+ Nhóm 2: Người đang làm việc tại các công ty có tham gia quỹ lương hưu phúc lợi. Đây là nhóm đối tượng vừa phải tham gia quỹ lương hưu cơ bản, vừa phải tham gia thêm quỹ lương hưu phúc lợi. Bản chất là vậy, nhưng thực ra chỉ cần làm thủ tục tham gia quỹ lương hưu phúc lợi tại công ty, là *tự động bạn cũng sẽ được chuyển vào danh sách tham gia quỹ lương hưu cơ bản*. Tiền phí nenkin hàng tháng sẽ bao gồm khoản phí nenkin cơ bản và khoản phí nenkin phúc lợi phụ trội, gộp chung gọi là phí nenkin phúc lợi. Khoản phí này không cố định mà tỷ lệ với thu nhập của người đóng, rơi vào khoảng 17.828% lương tháng, nhưng sẽ được công ty hỗ trợ 50%. Khoản phí nenkin của các đối tượng thuộc nhóm 2 được trừ trực tiếp vào lương hàng tháng.

+ Nhóm 3: Những người phụ thuộc của đối tượng thuộc nhóm 2 và trong độ tuổi từ 20 đến 60.

Là vợ/ chồng/ người phụ thuộc kinh tế của những người thuộc nhóm 2 (hiểu nôm na chính là các chị em nội trợ theo chồng sang Nhật). Những người thuộc nhóm 3 này sẽ được quỹ lương hưu mà chồng/vợ người đó tham gia tại công ty hỗ trợ hoàn toàn chi phí, nên không phải đóng phí nenkin hàng tháng nhưng vẫn được hưởng các chế độ của quỹ lương hưu cơ bản khi về già.

(2) Quỹ lương hưu phúc lợi

- Đối tượng tham gia quỹ lương hưu phúc lợi là những đối tượng thuộc nhóm 2 của quỹ lương hưu cơ bản.

Để cho dễ hiểu, có thể hình dung là nếu đi làm tại các công ty, sẽ có nghĩa vụ phải tham gia đồng thời 2 quỹ lương hưu, đó là quỹ lương hưu cơ bản (bắt buộc với tất cả mọi người từ 20 đến 60 tuổi) và quỹ lương hưu phúc lợi (bắt buộc đối với những người đi làm tại các công ty). Tuy phải tham gia 2 loại quỹ lương hưu cùng lúc, nghe có vẻ thiệt thòi, nhưng thực tế là tiền phí nenkin đã được công ty hỗ trợ 50%, và sau khi về già có thể nhận được 2 khoản lương hưu cùng lúc, nên thật ra là có lợi hơn rất nhiều so với những người ở nhóm 1 và nhóm 3.

- Du học sinh có bắt buộc phải đóng nenkin không?: Câu trả lời là CÓ. Như đã nói ở trên, tham gia quỹ lương hưu cơ bản là nghĩa vụ bắt buộc với tất cả những ai từ 20 tuổi đến 60 tuổi sinh sống tại Nhật và du học sinh thuộc đối tượng 1 kể trên. Vì vậy, các bạn du học sinh trên 20 tuổi đều có nghĩa vụ phải đóng tiền

nenkin hàng tháng với mức phí áp dụng từ tháng 4/2017 đến tháng 3/2018 là 16.490 yên/tháng.

Khi tham gia đóng nenkin, sẽ được hưởng những trợ cấp nhất định, đặc biệt là khi về già. Tuy vậy, đối với những người không có ý định sống lâu dài ở Nhật tới tận năm 65 tuổi, thì khoản phí nenkin trở thành một khoản chi “một đi không trở lại”. Để giảm thiểu phần thiệt thòi này cho lao động nước ngoài, chính phủ Nhật cho phép người nước ngoài sau khi rời khỏi Nhật được lấy lại 1 phần tiền phí nenkin đã nộp.

IV. Singapore

Singapore đã điều chỉnh lại các mục tiêu về mức sinh vào năm 1987. Từ đó, Singapore đã thử nghiệm nhiều biện pháp để nâng cao mức sinh. Một số các biện pháp thúc đẩy mức sinh cũng được đưa ra vào năm 1987. Ví dụ, một số cặp vợ chồng có con thứ ba hoặc thứ tư được ưu tiên mua những căn hộ rộng hơn thay cho các căn hộ nhỏ của họ và hoàn thuế. Việc khuyến khích hôn nhân cũng đã mở rộng để đảm bảo rằng phụ nữ được kết hôn (thông qua Ban phát triển xã hội).

Các biện pháp khuyến sinh được công bố vào năm 2000 bao gồm: Thưởng đối với con thứ 2 (3.000 Đôla Sing) và thứ 3 (5.000 Đôla Sing); xây dựng quỹ tiết kiệm (đóng góp của chính phủ và cha mẹ); thời gian làm việc linh hoạt cho phụ nữ có con nhỏ; bao cấp tiền gửi trẻ... Năm 2004, một số biện pháp mới được bổ sung: Tặng thời gian nghỉ thai sản được trả lương (từ 8 tuần lên 12 tuần); khuyến khích kết hôn; tặng bao cấp gửi trẻ mới sinh; mở rộng thưởng cho cả con thứ nhất và thứ 4; áp thuế thấp đối với cha mẹ có con < 7 tuổi; giảm thuế cho những phụ nữ có con được ông/bà chăm sóc; trợ cấp y tế bình đẳng giữa công chức nam và nữ... Đầu năm 2013, nhiều thay đổi được tiếp tục thực hiện trong chính sách của nước này: Tặng quà tặng tiền mặt (2.000 Đôla Sing /lần sinh và được cung cấp cho tới lần sinh thứ 4); khuyến khích sinh sớm hơn; tạo điều kiện dễ dàng để các cặp vợ chồng có nhà riêng; chế độ nghỉ phép cho những người làm cha (1 tuần có lương); phúc lợi y tế cho trẻ mới sinh; tặng chi trả hỗ trợ sinh sản...

Singapore đã bắt đầu sớm hơn và đã tiến xa hơn so với các quốc gia khác trong một số chính sách tác động tới mức sinh, đặc biệt là sử dụng việc hoàn thuế để khuyến khích sinh con sớm, quy mô phúc lợi trẻ em, các quy định nghỉ sinh con, bao cấp tiền gửi trẻ và một số chương trình cụ thể để khuyến khích hôn nhân. Tuy nhiên, mức sinh chưa phục hồi lại như mong muốn, có thể vì phần thưởng sinh con và việc giảm thuế cho trẻ em chưa đáng kể để bù lại chi phí cao khi nuôi con. Một mặt tích cực khác, mức sinh ở Singapre, mặc dù thấp nhưng vẫn cao hơn khoảng 25% so với mức sinh ở Hong Kong, và cao hơn khá nhiều so với một số thành phố khác như: Seoul, Busan, Taipei, Thượng Hải và Bắc Kinh. Đồng thời, tỷ lệ nữ độc thân ở Singapore cũng ở mức khá ổn định trong 15 năm qua cho tới năm 2005, và khi được kiểm soát, tỷ lệ này thực sự đã giảm. Những xu hướng đặc

trung cho thấy các chính sách ủng hộ hôn nhân độc đáo của Singapore có thể đã có ảnh hưởng, mặc dù một phần là do một khía cạnh khác của chính sách nhập cư, đó là tạo điều kiện cho những người trẻ tuổi và những người đã có gia đình được cư trú dài hạn (Jones, 2012).

Dân số cao tuổi của Singapore được dự đoán tăng từ 18% (517.000 người năm 2017 lên 610.000 năm 2020), do vậy cần tăng 45% lực lượng chăm sóc trực tiếp để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng.

Phát triển lực lượng lao động trong chăm sóc dài hạn, đến tháng 3/2017, lĩnh vực chăm sóc dài hạn của Singapore đã tuyển dụng khoảng 11.000 nhân viên chăm sóc dài hạn, trong đó khoảng 75% (8.300) là nhân viên chăm sóc trực tiếp (như y tá, chuyên gia trị liệu, trợ lý điều dưỡng, trợ lý chăm sóc sức khỏe, trợ lý trị liệu,...) chăm sóc cho nhóm người cao tuổi khoảng 517.000 người (2017), làm việc trong các viện dưỡng lão, trung tâm chăm sóc ban ngày cho người cao tuổi và chăm sóc tại nhà. Bộ Y tế Singapore hy vọng sẽ thu hút thêm 3.700 nhân viên chăm sóc trực tiếp vào lĩnh vực này từ năm 2017-2020.

Khuyến nghị chính sách:

- Duy trì tỷ lệ tham gia lực lượng lao động, nâng cao tỷ lệ phụ nữ tham gia lao động và loại bỏ các rào cản đối với việc tham gia lực lượng lao động của người cao tuổi.

- Điều chỉnh hệ thống y tế hướng tới cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi trong khuôn khổ bảo hiểm y tế toàn dân.

- Lồng ghép già hóa trong tất cả các lĩnh vực chính sách công, đặc biệt là tổng giải quyết vấn đề bệnh không lây nhiễm và an sinh xã hội cho người cao tuổi nghèo và dễ bị tổn thương.

V. Thái Lan

Mức sinh ở Thái Lan chưa giảm xuống thấp như ở Singapore, Hàn Quốc, Nhật Bản hay Đài Loan (Trung Quốc), nhưng phản ứng của Thái Lan đã nhanh hơn trong việc chuyển từ kiểm soát sinh sang “nới lỏng” và gần đây hơn, ổn định mức sinh cũng như tập trung vào các khía cạnh khác nhau của chất lượng dân số. Trong Kế hoạch phát triển xã hội và kinh tế quốc gia lần thứ 11, chính sách dân số được liên kết rộng rãi tới chính sách phát triển con người thông qua việc tập trung vào các lựa chọn mức sinh để củng cố chất lượng cuộc sống cho trẻ, và thúc đẩy việc phân bổ dân số phù hợp với các cơ hội và năng lực của các khu vực địa lý khác nhau. Tuy nhiên, các điều khoản cụ thể của chính sách để đạt được những ý tưởng này cần phải được cụ thể hóa.

Thái Lan có chính sách về người cao tuổi, kế hoạch quốc gia, Luật Người cao tuổi, Ủy ban Quốc gia về người cao tuổi. Hiện đang ở thời kỳ thực hiện Kế

hoạch quốc gia lần thứ 2 về người cao tuổi 2002-2021, kế hoạch này được điều chỉnh năm 2009, gồm 5 chiến lược:

- + Sự chuẩn bị sẵn sàng của mọi người cho sự già hóa chất lượng của mình
- + Cải thiện và phát triển của người cao tuổi
- + Bảo đảm xã hội đối với người cao tuổi
- + Quản lý việc phát triển hệ thống toàn diện quốc gia để đảm nhận và phát triển đội ngũ thực thi các nhiệm vụ liên quan đến người cao tuổi
- + Xử lý, nâng cao và phổ biến kiến thức về người cao tuổi và giám sát quốc gia về thực thi kế hoạch quốc gia về người cao tuổi.

Năm 2009, chăm sóc dài hạn được tuyên bố là một nghị quyết tại Hội đồng y tế quốc gia và được Hội đồng thông qua, sau đó Bộ Y tế thành lập 10 Ủy ban làm việc về chăm sóc dài hạn để đưa vấn đề này vào kế hoạch quốc gia.

Thái Lan đạt được bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân năm 2002 thông qua 3 đề án bảo hiểm công.

Ủy ban quốc gia về người cao tuổi Thái Lan đã thông qua kế hoạch hành động về chăm sóc dài hạn trong đề án bảo hiểm toàn dân (năm 2016 Chính phủ phê duyệt ngân sách khoảng 600 triệu bath cho chăm sóc dài hạn theo đề án bảo hiểm toàn dân) với nội dung:

- Tập trung phát triển chăm sóc dài hạn dựa vào cộng đồng.
- Nhằm khuyến khích cá nhân, gia đình và cộng đồng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và xã hội lồng ghép cho người già yếu với sự hỗ trợ của hệ thống y tế huyện và chính quyền địa phương.
- Các gói quyền lợi cơ bản cho dịch vụ chăm sóc dài hạn: Đánh giá tình trạng sức khỏe và xây dựng kế hoạch chăm sóc cho người thụ hưởng; cung cấp dịch vụ chăm sóc dài hạn bởi chuyên gia y tế theo kế hoạch chăm sóc; cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi và hướng dẫn cho thành viên gia đình hoặc tình nguyện viên y tế dưới sự giám sát của người quản lý về y tế; cung cấp các trang thiết bị y tế và thiết bị hỗ trợ; đánh giá các dịch vụ chăm sóc và sửa đổi kế hoạch chăm sóc.

Ngân sách chăm sóc dài hạn hiện tại chỉ bao gồm những người cao tuổi có bảo hiểm.

VI. Indonesia

Năm 1967, khi số dân là 111 triệu người, Chính phủ Indonesia đề ra chính sách dân số mới nhằm hạn chế sinh đẻ và giảm sự gia tăng dân số, chủ yếu thông qua chương trình KHHGĐ, phân bổ dân cư hợp lý và cải thiện điều kiện sống và làm việc. Chính sách tập trung theo hai hướng là trực tiếp điều chỉnh các yếu tố

dân số và điều chỉnh gián tiếp qua các kết quả và yếu tố phát triển. Chính sách dân số bao gồm hai chương trình cơ bản là chương trình KHHGD và chương trình định cư. Mục tiêu của chính sách dân số là giảm tỷ lệ gia tăng dân số, hạ tỷ lệ sinh, chết, bệnh tật, cải thiện sức khỏe bà mẹ trẻ em, nâng cao phúc lợi gia đình, nâng cao địa vị phụ nữ.

1. Chính sách giảm sinh

Năm 1969, Chính phủ thành lập Bộ Dân số và Môi trường phản ánh tầm quan trọng của dân số trong bối cảnh phát triển kinh tế xã hội của đất nước, thành lập Ủy ban điều phối quốc gia về KHHGD (gọi tắt là BKKBN) với vai trò điều phối các hoạt động về KHHGD và trực tiếp báo cáo Tổng thống. Ủy ban này có các BKKBN ở cấp tỉnh, huyện, xã. Các Bộ ngành liên quan như Cục Thống kê TW, Bộ Kế hoạch phát triển quốc gia, Bộ Dân số và Môi trường, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và nhiều đoàn thể khác có trách nhiệm tham gia thực hiện các hoạt động của chương trình KHHGD.

Mục tiêu của chương trình KHHGD trong giai đoạn này là: i) về quy mô và cấu trúc là thực hiện quy mô gia đình nhỏ (2 con), nâng cao tuổi kết hôn, cải thiện địa vị phụ nữ đặc biệt là ở nông thôn; ii) về bệnh tật và tử vong là củng cố các cơ sở y tế, mở rộng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhất là ở nông thôn và miền núi, phát triển sự tham gia của cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe, phấn đấu đến năm 1990, đưa tỷ lệ chết thô xuống còn 1% và tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh là 3,5%; iii) về sinh đẻ và gia đình là giảm mức sinh, cải thiện sức khỏe bà mẹ trẻ em, nâng cao phúc lợi gia đình trực tiếp thông qua chương trình KHHGD, nâng cao địa vị phụ nữ, ưu tiên thực hiện chương trình KHHGD quốc gia, đặc biệt là ở nông thôn và các vùng đông dân.

Mục tiêu giảm sinh là giảm 50% tỷ lệ sinh giữa giai đoạn 1970-1990 và tạo ra ý thức cho toàn dân về quy mô gia đình nhỏ. Để thực hiện những mục tiêu đó, một chiến dịch tuyên truyền vận động và thực hiện KHHGD từ trung ương đến các địa phương, thông qua mạng lưới trung tâm phân phát các dụng cụ tránh thai ở các cấp cơ sở. Ý thức gia đình có ít con và việc chấp nhận các biện pháp tránh thai sẽ là nếp sống được mọi người chấp nhận. Chủ tịch Suharto là người ủng hộ mạnh mẽ chương trình dân số và việc kiểm soát sự phát triển dân số.

Kế hoạch 5 năm lần thứ nhất (1969-1974) chương trình KHHGD tập trung tuyên truyền vận động mạnh mẽ, cung cấp dịch vụ KHHGD thông qua các phòng khám ở 6 tỉnh thuộc đảo Java và Bali. Kế hoạch 5 năm lần thứ hai (1974-1978), chương trình KHHGD được mở rộng thêm tới 10 tỉnh ở những hòn đảo ngoài Jawa và Bali. Kế hoạch 5 năm lần thứ ba (1978-1984) chương trình KHHGD được triển khai trên toàn bộ 27 tỉnh trong cả nước.

Kể từ năm 1978 mục tiêu chính của chương trình KHHGD là giảm sinh, cùng với việc phối hợp các chương trình y tế, giáo dục... vận động để thực hiện

mục tiêu "Gia đình có quy mô nhỏ, khỏe mạnh và hạnh phúc". Các chính sách thuế, thưởng phạt đối với người chấp nhận và không chấp nhận các biện pháp tránh thai, luật kết hôn ở độ tuổi tối thiểu, đề cao vai trò của phụ nữ trong xã hội... là những biện pháp để thực hiện giảm tỷ lệ phát triển dân số xuống 1,5% vào năm 1990.

Chương trình KHHGD đã mở rộng sự tiếp cận tới các cặp vợ chồng ở mọi cộng đồng, kể cả ở những vùng xa xôi, những nơi tái định cư mới, những vùng dân di cư và duyên hải, những khu ổ chuột ở đô thị. Đối với những vùng nông thôn, Chính phủ đã thành lập những trung tâm cung cấp phương tiện tránh thai cấp làng bản, tổ chức các đội dịch vụ lưu động đến tận cộng đồng để tuyên truyền, vận động, tư vấn và cung cấp phương tiện tránh thai.

Chương trình KHHGD đã mở rộng đối tượng ưu tiên vận động là các cặp vợ chồng mới cưới, trang bị cho họ những kiến thức cơ bản về dân số, KHHGD, những biện pháp sẵn có, những chính sách khuyến khích thực hiện biện pháp tránh thai và khuyến khích những người thực đã thực hiện KHHGD trở thành những người gương mẫu, người tuyên truyền viên tích cực trong phát triển gia đình và đặc biệt hướng dẫn họ trở thành những ông bố, bà mẹ có trách nhiệm.

Xuất phát từ đặc điểm đa dân tộc, đa văn hóa và đa dạng về phong tục tập quán địa phương (có những địa phương thì các cặp vợ chồng muốn sử dụng biện pháp tránh thai phải được phép của lãnh đạo địa phương, người có uy tín trong cộng đồng, người đứng đầu tôn giáo ...). Vì vậy, chương trình KHHGD đã huy động các cộng đồng ở thôn xóm bản làng tham gia, huy động lãnh đạo địa phương, người có uy tín trong cộng đồng, thủ lĩnh tôn giáo lồng ghép các thông điệp về KHHGD vào trong các lễ hội, cuộc họp, bài giảng tôn giáo thường xuyên.

Một trong những thế mạnh của Indonesia là chương trình KHHGD luôn được đổi mới cho phù hợp với tình hình biến động về chính trị, kinh tế, xã hội và ứng phó mềm dẻo với hoàn cảnh và nhu cầu mới, lồng ghép một cách toàn diện vào các chương trình, dự án phát triển kinh tế xã hội của đất nước và từng địa phương nhờ sự ủng hộ mạnh mẽ của Chính phủ và vai trò, chức năng, nhiệm vụ của BKKBN cùng với nguồn kinh phí được đảm bảo cho việc lồng ghép đó, như:

- Chương trình cải thiện dinh dưỡng gia đình, bắt đầu năm 1978 (trong suốt thời kỳ Repelia II). Vì dinh dưỡng sẽ ảnh hưởng tới mức chết, đặc biệt mức chết của trẻ em dưới 5 tuổi, nhờ cải thiện dinh dưỡng mà mức chết sẽ giảm, số trẻ em sinh ra sống sẽ nhiều hơn. Do vậy, BKKBN đã cấp phát những phần thức ăn bổ sung cho con của những người chấp nhận thực hiện KHHGD.

- Chương trình tăng thu nhập, bắt đầu từ trong thời kỳ Repelia II (1974-79). Chính phủ trợ cấp tài chính cho những người chấp nhận thực hiện KHHGD để phát triển sản xuất. Mục tiêu là nhằm tăng thu nhập gia đình, cải thiện mức sống của những người chấp nhận thực hiện KHHGD.

- Chương trình hợp tác thực hiện KHHGD được thực hiện trong thời kỳ Repelia II nhằm cung cấp thông tin cho những người sử dụng lao động và những người lao động về lợi ích của KHHGD đối với công ty để làm tăng năng suất lao động. BKKBN cộng tác với Bộ Nguồn nhân lực và các liên đoàn lao động trong việc tổ chức thực hiện.

- Chương trình lồng ghép KHHGD và y tế được triển khai năm 1979 nhằm thành lập các trạm cung cấp dịch vụ lồng ghép tại thôn xóm. Người dân địa phương giám sát những người cung cấp dịch vụ, thường là các bà mẹ và phụ nữ tình nguyện.

- Chương trình gia đình và trẻ em dưới 5 tuổi, bắt đầu từ thời kỳ Repelia III (1979-84) nhằm nâng cao nhận thức và năng lực của cha mẹ, đặc biệt là các bà mẹ, trong việc chăm sóc con cái. Người ta hy vọng rằng những trẻ nhỏ được nuôi dạy tốt sẽ dần dần trở thành những người lớn khoẻ mạnh và hữu ích. Trong thời kỳ Repelia V (1989-94) chương đã phát triển xa hơn và đổi tên là Phong trào Hướng dẫn cho các gia đình và trẻ em dưới 5 tuổi.

- Chương trình sức khoẻ và KHHGD bắt đầu từ thời kỳ Repelia IV (1984-89). Chương trình này tạo ra rất nhiều vị trí mà chức năng của nó là cung cấp các dịch vụ lồng ghép KHHGD, tiêm chủng mở rộng và dinh dưỡng.

- Chương trình KHHGD và giống dưa lai, bắt đầu từ thời kỳ Repelia IV. Để cải thiện thu nhập của những người thực hiện KHHGD, chương trình đã cho họ 1 cây dưa lai để họ có thể tăng thêm thu nhập và cải thiện phúc lợi của mình.

- Chương trình KHHGD ở những vùng tái định cư, bắt đầu từ thời kỳ Repelia IV. Chương trình được thực hiện ở những vùng tái định cư, với mục tiêu phục vụ những người thực hiện KHHGD ở những vùng này.

- Chương trình KHHGD ở thành thị, được phát động từ thời kỳ Repelia V nhằm phân phát các sách hướng dẫn KHHGD cho bác sĩ và bà đỡ ở các phòng khám tư nhân và triển khai chiến dịch tự lực cánh sinh trong KHHGD, trong đó những người thực hiện được khuyến khích chi trả cho phương tiện tránh thai. Với sự hỗ trợ của chiến dịch này, các tổ chức chuyên nghiệp như Hội Bác sĩ Y khoa và Hội các bà đỡ có thể đảm đương vai trò tích cực của mình hơn như là những người cung cấp dịch vụ phục vụ phong trào KHHGD tự lực cánh sinh.

- Chương trình KHHGD ở khu vực rừng núi, được triển khai trong thời kỳ Repelia V. Chương trình là một nỗ lực hợp tác giữa Bộ Lâm nghiệp và BKKBN, với mục tiêu chính là lồng ghép thực hiện KHHGD với kế hoạch phát triển ở những vùng rừng núi. Chương trình nhằm nâng cao nhận thức và sự tham gia KHHGD của người dân sống ở vùng rừng núi.

- Chương trình bảo hiểm cho những người thực hiện KHHGD, bắt đầu từ thời kỳ Repelia V. Những người thực hiện KHHGDKHHGD được nhận thẻ bảo hiểm y tế. BKKBN cộng tác với các công ty bảo hiểm tư nhân thực hiện.

- Phong trào làm mẹ an toàn quốc gia, bắt đầu năm 1990. Chiến dịch ở cơ sở này nhằm giảm mức chết mẹ, tỷ lệ còn khá cao so với mức phát triển nói chung.

- Phát triển dân số và phúc lợi gia đình, được ban hành trong Luật Dân số và Phúc lợi gia đình năm 1992. Luật nhấn mạnh gia đình là tế bào của xã hội.

- Phát triển phúc lợi của các gia đình thành thị thường có mối liên hệ với người dân ở các vùng nông thôn, được triển khai năm 1994. Chương trình nhằm thu hút những người sống ở thành thị thường xuyên tới thăm những người dân nông thôn ở những vùng đang phát triển quanh vùng đô thị.

- Chương trình tiết kiệm vì phúc lợi gia đình và chương trình tín dụng phát triển sản xuất nhằm nâng cao phúc lợi gia đình, bắt đầu từ năm 1995. Chương trình này nhận được sự ủng hộ từ các tổng công ty lớn để hướng dẫn cho người dân cách tiết kiệm tiền và tự lo lấy công việc sản xuất kinh doanh của mình.

- Gia đình tự cường phòng chống HIV/AIDS từ năm 1995. Chương trình đã sử dụng cách tiếp cận toàn diện thay vì tập trung chữa bệnh để ngăn chặn HIV/AIDS.

Mặc dù, chương trình KHHGD được đổi mới và lồng ghép với các chương trình liên quan đã mang lại hiệu quả thiết thực và góp phần làm tăng thu nhập bình quân đầu người 5% mỗi năm (là một trong những nước có tốc độ tăng thu nhập bình quân đầu người cao nhất trong thế giới đang phát triển), nhưng Chính phủ đã ban hành chính sách nhằm đảm bảo tính bền vững của chương trình với thành công lâu dài bằng việc tạo cho những người thực hiện KHHGD phải thừa nhận lợi ích của thực hiện KHHGD đối với bản thân, gia đình để chấp nhận chi trả mua phương tiện tránh thai, chi phí dịch vụ KHHGD phù hợp với mức thu nhập đã tăng lên, đồng thời đòi hỏi những dịch vụ được cung cấp có chất lượng tốt hơn.

Để đảm bảo tính bền vững và đáp ứng được đòi hỏi về số lượng và chất lượng KHHGD, BKKBN đã triển khai chương trình tiếp thị xã hội và dịch vụ có thu phí từ năm 1985. Chương trình đã làm nổi bật sự phân chia rõ ràng vai trò giữa Chính phủ và khu vực tư nhân, bởi vì Chính phủ tạo nhu cầu sử dụng phương tiện tránh thai và các dịch vụ, trong khi khu vực tư nhân sản xuất, kinh doanh và cung cấp dịch vụ. Người ta mong đợi xu hướng tiếp tục tăng số lượng người có khả năng chi trả cho các sản phẩm và dịch vụ KHHGD, hài hoà lợi ích của cả 3 bên: Các cặp vợ chồng có nhu cầu sử dụng dịch vụ, Chính phủ và khu vực tư nhân.

Là cơ quan điều phối, BKKBN có ngân quỹ riêng và được Chính phủ đầu tư tới 4,6 triệu USD năm 1970, mức đầu tư cho BKKBN tính bình quân cho mỗi

người dân từ 4 USD/người năm 1970 lên 6,7 USD/người năm 1976 và đạt mức cực đại là 10,47 USD/người năm 1982 và sau đó ổn định ở mức 6-7 USD/người. Từ năm 1995, cùng với sự biến động về chính trị và sự phân cấp ngân sách cho các địa phương để đầu tư cho chương trình KHHGD thì BKKBN không tổng hợp được nguồn ngân sách địa phương đầu tư cho chương trình KHHGD quốc gia.

Năm 1972, UNFPA đã ký với Indonesia một dự án lên tới 33 triệu USD nhằm xây dựng và trang bị cho gần 320 trung tâm KHHGD và y tế ở đông Java, Bali, thủ đô Jakarta và một số trung tâm cấp tỉnh, cung cấp và giúp đỡ về đào tạo, nghiên cứu thông tin, truyền thông và giáo dục dân số. Ngoài ra, một số tổ chức nước ngoài khác như cơ quan phát triển quốc tế của Mỹ (USAID), cơ quan hợp tác quốc tế trong lĩnh vực KHHGD của Nhật Bản (JOICEP) cũng trợ giúp rất nhiều cho Indonesia trong lĩnh vực DS-KHHGD.

2. Chính sách di dân

Indonesia là quốc gia đảo, bao gồm khoảng 17.000 hòn đảo, với diện tích là 1,9 triệu km², tổng điều tra dân số năm 1971 đã thống kê được 119 triệu dân, nhưng hơn 2/3 dân số (82,7 triệu người, chiếm 69,4%) cư trú trên 3 đảo chính là Jawa, Madura và Bali. Lịch sử cư dân tập trung ở đảo Jawa từ xa xưa, nơi được coi là “đảo chợ” thu hút cả người Indonesia và người nước ngoài. Từ năm 1968 đến nay, hầu hết các hoạt động kinh tế và đầu tư nước ngoài tập trung ở đảo Jawa, do đó xu hướng di cư đến đảo Jawa ngày càng tăng và càng làm trầm trọng thêm tình trạng phân bố dân cư không hợp lý trong phạm vi quốc gia.

Chính phủ thành lập Văn phòng di cư vào năm 1950 ngay sau khi giành được độc lập (năm 1965, Văn phòng di cư được nhập vào Bộ Nguồn nhân lực và Bộ Hợp tác xã. Năm 1984, Chính phủ thành lập Bộ Di cư). Mục đích hoạt động của cơ quan di cư là tuyên truyền, vận động, hỗ trợ người di cư và chuẩn bị các điều kiện thiết yếu ở nơi đến để di chuyển người dân từ đảo Jawa, Madura và Bali sang các đảo khác. Chính phủ đã đầu tư cho việc tuyên truyền, vận động, chi phí vận chuyển người đi (thường dùng máy bay quân sự) và cung cấp cho người di cư về đất đai, nhà ở và những dịch vụ công cộng tối thiểu. Qua 15 năm thực hiện (1969-1984) đã có 450.597 hộ gia đình với gần 1,9 triệu nhân khẩu di cư.

Từ những năm 1980, Chính phủ thấy rằng, việc đầu tư toàn bộ và việc nhà nước hóa chương trình di cư tỏ ra kém hiệu quả và bắt đầu chuyển sang hình thức di cư tự nguyện bằng cách ban hành chính sách khuyến khích đầu tư nước ngoài và các nhà đầu tư trong nước tập trung cho các đảo ngoài Jawa, Madura và Bali. Bộ Di cư tập trung đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng ở một số đảo khó khăn, cung cấp những dịch vụ thuận tiện cho các công ty tư nhân kinh doanh nông nghiệp, thu mua và xuất khẩu sản phẩm nông nghiệp, chuyển nhượng quyền sử dụng đất cho công nhân. Chỉ trong 10 năm (1984-1994) đã có hơn 1,02 triệu hộ gia đình và gần 3 triệu nhân khẩu tự nguyện di cư đến các đảo này.

Mặc dù, đa số người di cư đã định cư ở ngoài 3 đảo lớn, góp phần phát triển kinh tế xã hội ở các đảo này, nhưng số lượng người di cư không làm giảm áp lực về sự phân bố dân cư không đều và hiệu quả của chương trình di cư còn kém hơn gấp nhiều lần so với chương trình KHHGD, nên Chính phủ coi chương trình KHHGD là chương trình trọng tâm của chính sách dân số quốc gia. Chương trình di cư tiếp tục được triển khai mở rộng, bao gồm di cư quốc tế nhằm khuyến khích xuất khẩu lao động, nhưng hạn chế xuất khẩu công nhân lành nghề với mục tiêu là tăng cường quan hệ với các nước, tăng thu nhập và phúc lợi cho người lao động và ngoại tệ. Tiếp tục phân bố lại dân cư giữa các đảo và đô thị hóa nhằm thực hiện chương trình định cư trên quy mô lớn, cải thiện tình hình phân bố dân cư và đô thị, phát triển các khu định cư mới và cải thiện đời sống nhân dân..

3. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh

Chương trình KHHGD được coi là một bộ phận hợp thành quan trọng của chiến lược phát triển quốc gia với nhiều mục tiêu lớn, nên ngoài các mục tiêu nhân khẩu học, chương trình KHHGD còn nâng cao phúc lợi gia đình và chất lượng cuộc sống, kết hợp với sử dụng tối đa các nguồn lực quý hiếm, cơ sở hạ tầng, nhân lực nhằm đạt được các kết quả ở mức tối đa.

Tổng tỷ suất sinh từ 5,8 con khi bắt đầu thực hiện chương trình KHHGD năm 1970 đã giảm xuống còn 2,86 con năm 1994 sau 24 năm triển khai mạnh mẽ, tập trung nguồn lực từ trung ương đến cơ sở. Mức sinh tiếp tục giảm xuống còn 2,4 con năm 2001 và đạt mức sinh thay thế là 2,13 con năm 2009. Tỷ lệ gia tăng dân số bình quân từ 2,3%/năm trong giai đoạn 1971-1980 xuống 1,55%/năm giai đoạn 1990-2000 và còn 1,2% vào năm 2009. Quy mô dân số từ 119 triệu người năm 1971 tăng lên tới 184 triệu người năm 1990, lên 230 triệu người năm 2009 và dự báo sẽ lên tới 288 triệu người vào năm 2050.

Sau 39 năm thực hiện chương trình KHHGD (1970-2009), Indonesia đã đạt mức sinh thay thế là 2,13 con vào năm 2009 (thời gian trung bình và hợp lý để chương trình KHHGD đạt mức sinh thay thế là vào khoảng 20-30 năm theo ý kiến của các chuyên gia quốc tế) và quy mô dân số đã tăng lên gấp đôi từ 119 triệu người lên 230 triệu người. Quy mô dân số đứng hàng thứ tư trên thế giới (sau Trung Quốc, Ấn Độ, Mỹ). Tỷ lệ gia tăng dân số hàng năm là 1,2% năm 2009 (vào hàng trung bình của thế giới). Chương trình KHHGD của Indonesia được thể hiện qua hai giai đoạn rõ rệt (tập trung nguồn kinh phí và chỉ đạo tổ chức thực hiện thống nhất của Trung ương (1970-1994) và giai đoạn phân cấp cho địa phương, nên từ đó mức sinh giảm chậm hơn) và hình như đó lại là một thành công lớn trong việc duy trì mức sinh lâu dài ở mức sinh thay thế của chính sách dân số và chương trình KHHGD mà không quốc gia nào có được.

4. Tổ chức lớp học tiền hôn nhân bắt buộc cho các cặp đôi

Chính phủ Indonesia đang thiết kế một chương trình mới theo hướng tổ chức các lớp học tiền hôn nhân bắt buộc cho các cặp đôi chuẩn bị lập gia đình. Theo Bộ trưởng Điều phối Phát triển con người và Văn hóa Indonesia Muhadjir Effendy, chương trình này dự kiến sẽ được triển khai vào năm tới nhằm trang bị những kiến thức cần thiết cho các cặp đôi chuẩn bị kết hôn. Với thời lượng 3 tháng, các lớp học bắt buộc trên sẽ giáo dục cho các cặp đôi sắp cưới về sức khỏe sinh sản, nuôi dạy con cái, quản lý và phòng ngừa các bệnh nghiêm trọng, và phát triển kinh tế gia đình. Bộ Điều phối Phát triển con người và Văn hóa sẽ thảo luận sâu hơn với các bộ liên quan, bao gồm Bộ Tôn giáo và Bộ Y tế nhằm xem xét các khía cạnh của chương trình trên.

Chương trình này không phải là hoàn toàn mới vì Bộ Y tế đang phối hợp với các văn phòng tôn giáo (KUA) để tổ chức các lớp học tương tự. Tuy nhiên, chương trình phối hợp này vẫn chưa đạt đến quy mô quốc gia như chương trình mới và không phải tất cả các KUA đều thực hiện chương trình này một cách hiệu quả. Các lớp học tiền hôn nhân rất quan trọng nhằm đảm bảo rằng các cặp vợ chồng sắp cưới sẽ được chuẩn bị tốt cả về cảm xúc lẫn thể chất để bước vào cuộc sống hôn nhân và đảm nhận trách nhiệm làm cha mẹ.

VII. Chính sách dân số quốc gia 2016-2030 của Campuchia

Mục đích chính sách dân số quốc gia Campuchia là cung cấp cho công chúng (bao gồm cả những người ra quyết định, nhà hoạch định chính sách, nhà lập kế hoạch và tất cả các bên liên quan ở cả cấp quốc gia và địa phương) một tài liệu tóm tắt về Chính sách dân số quốc gia 2016-2030 để hiểu về thông tin liên quan đến dân số, đặc biệt là tầm quan trọng của việc tích hợp các động lực nhân khẩu học vào kế hoạch phát triển ở cấp địa phương.

Với định hướng: (1) Tiếp tục thúc đẩy và cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân với trọng tâm rõ ràng và cụ thể về các biện pháp và các hoạt động phát triển bền vững. (2) Phối hợp lồng ghép sự thay đổi động lực nhân khẩu học vào các kế hoạch phát triển kinh tế và xã hội và đảm bảo thực hiện chúng từ tất cả các bên cho đến năm 2030.

Với 12 mục tiêu, trong đó có 03 mục tiêu liên quan đến dân số: (1) Giảm tỷ lệ thất nghiệp của dân số trong độ tuổi lao động. (2) Đẩy nhanh hơn nữa việc giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ, tỷ lệ tử vong trẻ em và tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh. (3) Đáp ứng nhu cầu và ý định sinh sản của tất cả thanh thiếu niên và cặp vợ chồng trẻ và đẩy nhanh tốc độ ổn định dân số.

Định hướng một số chiến lược liên quan đến dân số: (1) Tiếp tục ưu tiên nhiều hơn cho kế hoạch dân số và phát triển và ưu tiên các lĩnh vực chính là y tế, giáo dục, phúc lợi xã hội, phát triển nông thôn và đô thị, nông nghiệp, cơ sở hạ tầng và môi trường với quan điểm tạo ra nhiều lựa chọn kế sinh nhai hơn cho người dân. (2) Đặc biệt chú ý tăng nguồn nhân lực trong nước bằng cách mở rộng

mạng lưới các cơ sở giáo dục đại học và chuyên nghiệp. (3) Đạt được sự ổn định dân số bằng cách giải quyết các nhu cầu về sức khỏe sinh sản của các cá nhân/cặp vợ chồng. (4) Tiếp tục thực hiện các phương pháp vòng đời trong việc giải quyết các vấn đề sức khỏe của vị thành niên, thanh niên và phụ nữ. (5) Tiếp tục tập trung vào các vấn đề sức khỏe của trẻ em, bao gồm cả quyền trẻ em và dinh dưỡng. (6) Tiếp tục nỗ lực chuẩn bị khung chiến lược và đầu tư để chấm dứt sự lây lan HIV/AIDS và giải quyết các vấn đề quản lý liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục; tạo ra các dịch vụ chăm sóc và tư vấn tại các cơ sở y tế; tạo ra và mở rộng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe lão khoa cho người cao tuổi, đặc biệt là các bệnh không lây nhiễm tại các cơ sở y tế. (7) Phấn đấu đạt được bình đẳng giới bằng cách giải quyết các vấn đề liên quan đến chênh lệch giữa các tỉnh, khác biệt giới tính và vấn đề quyền con người của người dân nói chung và phụ nữ nói riêng.

- Quản lý di cư và đô thị hóa: (1) Triển vọng tăng trưởng đô thị khoảng 30 - 40 năm phải được đưa vào kế hoạch phát triển bằng cách xem xét tăng trưởng dân số trong tương lai và sự phình ra của giới trẻ và quan trọng hơn là nó phải đồng bộ với lộ trình xã hội, kinh tế và môi trường của đất nước. (2) Chuẩn bị kế hoạch hoạt động để quản lý di cư và đô thị hóa. (3) Phát triển các thành phố và thị trấn mới thân thiện với lứa tuổi và thân thiện với môi trường.

Đầu tư khu vực xã hội và phát triển nguồn nhân lực

Sức khỏe:

- Phát triển nguồn nhân lực và tăng cường cung cấp dịch vụ y tế.
- Thúc đẩy việc sử dụng các phương pháp khoảng cách sinh hiện đại trong kế hoạch hóa gia đình ở thanh niên và phụ nữ để giảm nhu cầu không được đáp ứng cho kế hoạch hóa gia đình.
- Mở rộng giáo dục kỹ năng sống cho thanh thiếu niên và thanh niên ngoài phạm vi trường học thông qua các mạng lưới cộng đồng bằng cách nhấn mạnh việc lạm dụng chất gây nghiện và các tác động tiêu cực của nó.

Giới tính:

- Tăng cường thực thi pháp luật và nhận thức về phòng chống bạo lực gia đình, phạm pháp, ma túy và tình dục thương mại cho giới trẻ.
- Tăng các cơ hội kinh tế thông qua các điều khoản đào tạo kỹ năng.
- Thực hiện các kế hoạch hành động quốc gia về phòng chống bạo lực gia đình đối với phụ nữ thông qua việc tăng cường sự phối hợp lãnh đạo và quyền sở hữu của các Bộ ngành quản và các tổ chức liên quan khác.
- Cải thiện sự tiếp cận của phụ nữ với giáo dục, dịch vụ chăm sóc sức khỏe và bảo vệ xã hội - pháp lý.

Dân số già:

- Đưa ra các chương trình phù hợp để chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và nâng cao năng lực chăm sóc sức khỏe của con người và các nhà cung cấp dựa vào cộng đồng.
- Xem xét nhu cầu thiết lập nhà dưỡng lão trong nước với bối cảnh văn hóa xã hội của đất nước.
- Tăng cường và mở rộng chăm sóc tại nhà và an sinh xã hội cho người già, đặc biệt là cho những người nghèo và những người từ các gia đình nghèo.
- Đảm bảo các cơ sở công cộng cho người cao tuổi đều tuân thủ và cung cấp ưu đãi thuế, lợi ích ngân hàng cao hơn và nhượng bộ trong du lịch.

Tổ chức thực hiện

Tổng Thư ký Dân số và Phát triển với tư cách là một bộ phận của Bộ Kế hoạch có vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy thực hiện NPP 2016-2030 với sự phối hợp chặt chẽ với các Bộ ngành, các đối tác phát triển và xã hội dân sự.

VIII. Chính sách dân số Bangladesh

Bangladesh là một quốc gia có mật độ dân số cao, phải đối mặt với nhiều vấn đề dân số và phát triển quan trọng. Chính sách dân số đầu tiên của Bangladesh được xây dựng vào năm 1976 khi tốc độ tăng dân số xấp xỉ 3% mỗi năm. Kể từ đó, Bangladesh đã đạt được thành công đáng kể trong việc giảm mức sinh xuống mức trung bình. Từ khi độc lập đến nay, chính sách dân số của Bangladesh đã phát triển theo hai giai đoạn khác nhau. Giai đoạn đầu tiên kéo dài đến năm 1997 và được hướng dẫn bởi các mục tiêu và chiến lược được nêu trong Chính sách dân số năm 1976. Giai đoạn thứ hai bắt đầu vào năm 1998 và tiếp tục cho đến hiện tại. Giai đoạn này chịu ảnh hưởng mạnh mẽ của Hội nghị Quốc tế về Dân số và Phát triển Liên Hợp Quốc, Cairo, 1994 (ICPD). Bài viết này mô tả sự phát triển của các vấn đề dân số chính ở Bangladesh và xem xét cách thức mà các chính sách và chương trình giải quyết các vấn đề và làm thế nào cải thiện các chính sách và chương trình để giải quyết các vấn đề mới nổi hiệu quả hơn.

Mục tiêu chính sách dân số Bangladesh 2012 là: Giảm Tổng tỷ suất sinh (TFR) xuống 2.1 bằng cách tăng tỷ lệ người sử dụng biện pháp tránh thai lên 72% và đạt NRR = 1 vào năm 2015; Đảm bảo sự sẵn có của các phương pháp kế hoạch hóa gia đình cho các cặp vợ chồng đủ điều kiện bằng cách cung cấp quyền tiếp cận dễ dàng các dịch vụ sức khỏe sinh sản bao gồm các phương pháp kế hoạch hóa gia đình; xây dựng nhận thức của người nghèo và thanh thiếu niên về kế hoạch hóa gia đình, sức khỏe sinh sản, nhiễm trùng đường sinh sản và HIV/AIDS và ưu tiên các dịch vụ tư vấn; Giảm tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh, thực hiện các bước để cải thiện việc chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em bằng cách đảm bảo việc làm mẹ an toàn; Đảm bảo bình đẳng giới, trao quyền cho phụ nữ và tăng

cường các hoạt động nhằm loại bỏ sự phân biệt giới tính trong kế hoạch hóa gia đình và các chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em; Thực hiện các kế hoạch ngắn hạn, trung hạn và dài hạn để phát triển dân số thành nguồn nhân lực với sự tham gia của các Bộ liên quan; Đảm bảo dễ dàng truy cập thông tin về sức khỏe sinh sản bao gồm kế hoạch hóa gia đình ở tất cả các cấp.

Các chiến lược chính để thực hiện chính sách dân số:

- Tiếp tục cung cấp dịch vụ tận nhà cho tất cả các cặp vợ chồng đủ điều kiện, đặc biệt là người nghèo và đảm bảo cơ chế giới thiệu từ cấp cơ sở, thiết lập các dịch vụ sinh sản điện tử;

- Mang đến cho các cặp vợ chồng mới cưới, thanh thiếu niên và các cha mẹ có một hoặc hai con sự phủ sóng của các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình trên cơ sở ưu tiên;

- Xác định các cặp vợ chồng có nhu cầu chưa được đáp ứng về thông tin y tế và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, và đảm bảo cung cấp các dịch vụ đó;

- Đảm bảo cung cấp thường xuyên thuốc và thiết bị cần thiết cho tất cả các trung tâm dịch vụ; đảm bảo rằng nguồn cung cấp kế hoạch hóa gia đình có sẵn dễ dàng tại các trung tâm dịch vụ công cộng và tư nhân; và đảm bảo an ninh của tất cả các trung tâm đó;

- Khuyến khích tất cả các cặp vợ chồng đủ điều kiện chấp nhận các phương pháp kế hoạch hóa gia đình thông qua sự lựa chọn sáng suốt và tự nguyện;

- Đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản khẩn cấp chuyên biệt trong trường hợp rủi ro hoặc trường hợp khẩn cấp. Đảm bảo tất cả các dịch vụ thai sản với sự hỗ trợ của các nhà cung cấp dịch vụ lành nghề và được đào tạo;

- Thực hiện các kế hoạch hành động thông qua sự phối hợp hiệu quả giữa Bộ Chính quyền địa phương và Bộ Y tế và Phúc lợi gia đình với mục đích đảm bảo các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đô thị, đặc biệt là kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em cho những người sống ở khu ổ chuột và những người nghèo khổ trong các khu vực thành phố. Đặc biệt là thực hiện các kế hoạch và chiến lược để đảm bảo các dịch vụ lấy khách hàng làm trung tâm ở khu vực thành thị.

- Phối hợp các hoạt động kế hoạch hóa gia đình tại địa phương với các chương trình cấp cơ sở của các Bộ và thực hiện các hoạt động hợp tác nếu được yêu cầu;

- Cung cấp thông tin về việc giảm tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ em và các phương pháp kế hoạch hóa gia đình khác nhau cũng như những lợi thế và bất lợi của chúng; tăng cường công khai để xây dựng phong trào xã hội thông qua việc

áp dụng tác động sâu rộng và tầm quan trọng của khả năng thanh toán kinh tế, giáo dục, y tế và an sinh xã hội;

- Thực hiện các chương trình truyền thông thay đổi hành vi (BCC) để khuyến khích tìm kiếm các dịch vụ trước sinh, sau sinh và sau sinh;

- Đảm bảo phổ biến thường xuyên các thông điệp quan trọng đa chiều và hấp dẫn về dân số, kế hoạch hóa gia đình, sức khỏe bà mẹ và trẻ em, ... thông qua đài phát thanh, truyền hình và truyền thông phi chính phủ và các nền tảng truyền thông đại chúng khác;

- Tạo điều kiện phổ biến thông tin cụ thể về các vấn đề kế hoạch hóa gia đình của các tổ chức công cộng và tư nhân khác nhau trong quảng cáo của họ. Đặc biệt, tạo điều kiện công khai về các vấn đề kế hoạch hóa gia đình trên các kênh phát thanh và truyền hình tư nhân như là một phần của trách nhiệm xã hội của họ;

- Thực hiện các bước cần thiết để kết hợp các vấn đề liên quan đến kế hoạch hóa gia đình, sức khỏe bà mẹ và trẻ em trong chương trình giáo dục và sách giáo khoa.

- Đảm bảo cung cấp thông tin và lời khuyên ủng hộ kết hôn muộn và có con với khoảng cách sinh đầy đủ;

- Tổ chức các hội thảo phổ biến, viết tiểu luận và tranh luận, ... cho thanh thiếu niên trong các trường học và cao đẳng về sức khỏe bà mẹ và trẻ em, sức khỏe sinh sản và các vấn đề kế hoạch hóa gia đình;

- Giáo dục thanh thiếu niên về các vấn đề sức khỏe và kỹ năng sống, và nâng cao nhận thức của cha mẹ, giáo viên và nhà cung cấp dịch vụ của họ để định hướng cho thanh thiếu niên về sức khỏe vị thành niên;

- Thực hiện bình đẳng giới, phát triển nguồn nhân lực.

Quản lý thể chế để thực hiện chính sách

Hội đồng Dân số Quốc gia (NPC) sẽ điều phối và giám sát các hoạt động liên bộ để thực hiện Chính sách Dân số Bangladesh. Thủ tướng Chính phủ là Chủ tịch Hội đồng; Các bộ trưởng, thư ký, trưởng phòng, các tổ chức phi chính phủ, chuyên gia dân số, nhà khoa học xã hội và chuyên gia y tế công cộng là thành viên của Hội đồng này. Bộ Y tế và Phúc lợi gia đình là thư ký của Hội đồng Dân số Quốc gia; thực hiện các khuyến nghị và quyết định của Hội đồng với sự hỗ trợ của các bộ khác có liên quan.

Tổng cục Kế hoạch hóa Gia đình (DGFP) đóng vai trò hàng đầu trong việc thực hiện và giám sát các chương trình khác nhau được đề cập trong Chính sách Poulation của Bangladesh. DGFP sẽ đảm bảo kế hoạch hóa gia đình, sức khỏe bà mẹ và trẻ em và các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản phù hợp với nhu cầu của

khách hàng thông qua các trung tâm dịch vụ và nhà cung cấp dịch vụ trên toàn quốc trong tổ chức.

IX. Ấn Độ

1. Chính sách giảm sinh

Ấn Độ là một trong những nước đầu tiên trên thế giới ủng hộ và hưởng ứng chương trình KHHGD. Sau khi giành được độc lập (năm 1951), Chính phủ chính thức thực hiện chương trình kiểm soát dân số quốc gia từ năm 1952, nhấn mạnh việc giảm sinh, coi đó là yếu tố quan trọng nhất làm thay đổi quy mô dân số.

Kế hoạch 5 năm lần thứ nhất (1952-1957), Chính phủ đã trợ giúp và cung cấp các dịch vụ KHHGD ở các bệnh viện quốc gia và trung tâm y tế nông thôn.

Kế hoạch 5 năm lần thứ hai (1958-1963), Chính phủ tiến hành chương trình nghiên cứu về dân số và KHHGD đi đôi với các chương trình hành động.

Năm 1966, thành lập Cục KHHGD thuộc Bộ Y tế và tổ chức bộ máy làm công tác KHHGD từ TW đến địa phương rất chặt chẽ. Ủy ban KHHGD ở TW đưa ra các chỉ thị và xem xét tiến triển của Chương trình, Hội đồng KHHGD được thành lập ở các Bang, tiểu Bang có văn phòng KHHGD gồm các Ban: chính sách, giáo dục, thông tin, y tế giải phẫu và đánh giá.

Giai đoạn 1969-1974 là giai đoạn đỉnh cao của chương trình, với tổng số kinh phí giành cho KHHGD của Ấn Độ có rất nhiều biến động. Số triệt sản tăng từ tăng từ 1,35 triệu năm 1974-1975 lên 2,65 triệu năm 1975-1976 và đột ngột tăng lên 8,11 triệu trong năm 1976-1977.

Nguyên nhân có sự tăng đột ngột là Chính phủ đã đưa ra kiến nghị luật cưỡng bức triệt sản. Cũng vì thế mà một trong những nguyên nhân Đảng Quốc đại I (đang cầm quyền) đã bị thất bại trong cuộc bầu cử tháng 3 năm 1977 và theo các nhà phân tích chính trị cho rằng chương trình KHHGD của Ấn Độ trong giai đoạn 1975-1977 đã đi quá tải. Cũng như một nhà nhân khẩu học nổi tiếng Prank W. Notestein đã dự đoán rằng trong việc chỉ đạo chương trình KHHGD "Sự ra tay cưỡng bức có khả năng kéo Chính phủ xuống nhiều hơn là kéo tỷ lệ sinh xuống".

Năm 1976, Chính phủ ban hành chính sách dân số, thực chất là chính sách kiểm soát sinh đẻ với mục tiêu giảm tỷ lệ sinh xuống 2,5% vào năm 1985. Những điểm đáng chú ý là: i) tăng tuổi kết hôn của nữ là 18, nam là 21; ii) dành 8% ngân sách Chính phủ cho các Bang để thực hiện công tác KHHGD; iii) nâng cao trình độ giáo dục của nhân dân, nhất là phụ nữ; iv) các Bộ trong Chính phủ đều phối hợp tham gia công tác KHHGD; v) đánh giá hàng năm việc thực hiện chương trình KHHGD ở các ngành, các cấp; v) khuyến khích thưởng tiền với mức cao và dưới nhiều hình thức cho những người chấp nhận KHHGD; vii) thu hút các tổ chức cá nhân tự nguyện quyên góp, thưởng tiền cho cán bộ y tế, giáo viên, các

giới chức trong làng xã, các đoàn thể hợp tác đóng góp để thúc đẩy hoạt động của chương trình KHHGD.

Tháng 6 năm 1977, Chính phủ của ông DoSai đã công bố bãi bỏ việc sử dụng biện pháp cưỡng bức trong việc thực hiện chương trình khống chế dân số và đổi tên chương trình KHHGD thành chương trình phúc lợi gia đình. Chương trình đã khuyến khích các cặp vợ chồng tự chọn lấy biện pháp tránh thai thích hợp trên cơ sở tự nguyện, tự giác và sự chú ý quan tâm đến các biện pháp tránh thai khác như đặt vòng cũng ngang với triệt sản. Ngoài ra, chương trình phúc lợi gia đình còn đề cập tới các chương trình nước sạch, dịch vụ y tế, phối hợp với các chương trình phúc lợi khác như chương trình lương thực, thực phẩm, dinh dưỡng, may mặc, giáo dục, nhà ở, công ăn việc làm, phúc lợi phụ nữ, bảo vệ bà mẹ trẻ em. Chú ý các biện pháp khuyến khích và thưởng những cặp vợ chồng thực hiện KHHGD.

Trong kế hoạch 5 năm lần thứ bảy (1986-1990), Ấn Độ xác định mục tiêu mỗi gia đình có 2 con và đạt mức sinh thay thế vào năm 2000. Chương trình phúc lợi gia đình đạt mục tiêu đưa con số triệt sản lên 21 triệu, đặt vòng 21,3 triệu và số người sử dụng các biện pháp khác lên 62,5 triệu vào năm 1990. Chính phủ cũng kêu gọi tăng cường các nguồn tài chính cho việc khuyến khích những người chấp nhận KHHGD và cho chương trình. Việc phối hợp KHHGD với các dịch vụ y tế, sức khỏe và bảo vệ bà mẹ trẻ em sẽ tiếp tục đóng vai trò quan trọng.

Chương trình phúc lợi gia đình đã đề ra một loạt biện pháp: i) tăng tuổi kết hôn trung bình của phụ nữ trên 20 tuổi; ii) tăng cường địa vị xã hội cho phụ nữ; iii) nâng cao hơn nữa tỷ lệ biết chữ trong toàn quốc; iv) đảm bảo sống hơn nữa cho những người già cả; v) tăng cường bảo vệ và phát triển sức khỏe cho trẻ em; vi) vận động các tổ chức tự nguyện đóng góp cho chương trình KHHGD; vii) vận động các nhà lãnh đạo tuyên truyền và ủng hộ cho chương trình KHHGD; viii) đào tạo cán bộ chuyên môn nghiệp vụ cho chương trình; ix) hoàn thiện và nâng cao công tác quản lý chương trình DS-KHHGD.

Trong các kế hoạch 5 năm từ 1951 đến 1990, Chính phủ Ấn Độ đều tăng mức đầu tư cho chương trình DS-KHHGD.

| Giai đoạn kế hoạch | Kinh phí (triệu rupi) | Hệ số tăng |
|--------------------|-----------------------|------------|
| 1951 – 1956 | 6,5 | 1,0 |
| 1956 – 1961 | 50 | 7,7 |
| 1961 – 1966 | 270 | 41,5 |
| 1966 - 1969 | 929 | 127,5 |
| 1969 - 1974 | 2528 | 388,9 |
| 1974 - 1980 | 5136 | 790,2 |

| | | |
|-------------|--------|--------|
| 1980 - 1985 | 12.090 | 1860 |
| 1985 - 1990 | 32.562 | 5009,5 |

2. Chính sách giảm tỷ lệ tử vong

Sự phát triển quan trọng nhất liên quan đến giảm tỷ lệ tử vong là chính sách y tế quốc gia ban hành tháng 6/1981, gồm những nội dung: i) chăm sóc sức khỏe ban đầu; ii) giáo dục sức khỏe; iii) tăng cường sức khỏe; iv) cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng; v) cung cấp nước sạch và đảm bảo vệ sinh công cộng; vi) dịch vụ y tế công cộng; vii) dịch vụ sức khỏe cho bà mẹ trẻ em và sức khỏe cho trẻ em ở tuổi đi học; viii) dịch vụ chữa bệnh; ix) đóng góp vào hệ thống y tế; x) phát triển sức khỏe con người; xi) kế hoạch hóa sức khỏe và hệ thống thông tin y tế; xii) công nghiệp thuốc; xiii) nghiên cứu; ivx) bảo hiểm sức khỏe quốc gia; xv) nâng cao sức khỏe liên quan tới các lĩnh vực nông nghiệp, cung cấp nước, hệ thống thoát nước, giáo dục truyền thống, môi trường.

3. Kết quả đạt được

Ấn Độ là nước đông dân thứ hai trên thế giới sau Trung Quốc với tổng số dân năm 1985 là 762 triệu người. Tỷ lệ phát triển dân số là 2%. Ấn Độ là một nước có truyền thống tiến hành điều tra dân số 10 năm một lần kể từ năm 1901 đến năm 1981.

Chính sách dân số của Ấn Độ là giảm tỷ lệ sinh, chết và cuối cùng là giảm tỷ lệ phát triển dân số. Tỷ lệ sinh giảm từ 41,7‰ xuống 31,5‰ vào năm 1985. Tương tự, tỷ lệ chết của giảm từ 22,8‰ năm 1961 xuống 11,6‰ cùng vào giai đoạn trên. Tỷ lệ chết của trẻ sơ sinh dưới 1 tuổi vẫn còn cao, khoảng 10,5‰. Tuổi thọ trung bình lúc sinh năm 1985 của nam là 56,7 năm, của nữ là 56,6 năm. Do Ấn Độ vẫn còn tập quán nặng nề trọng nam khinh nữ, dẫn đến tỷ lệ chết của trẻ em nữ rất cao, tuổi thọ bình quân của nữ thấp. Phụ nữ Ấn Độ lấy chồng sớm, tuổi kết hôn trung bình của nữ giai đoạn 1951-1961 là 15,53 tuổi, giai đoạn 1961-1971 tăng lên 17,1 tuổi. Tỷ lệ sinh tổng cộng đã giảm từ 5,8 con bình quân trên một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (1960-1965) xuống 4,2 con trên một người mẹ năm 1985.

X. Các vấn đề và chính sách xuyên suốt trong các nước có mức sinh thấp

Ngày càng nhiều các quốc gia trên thế giới đang phải đối mặt với mức độ sinh đẻ ngày càng giảm và hậu quả là dân số của họ già đi. 55 quốc gia đã có mức sinh dưới mức sinh thay thế (2,1 con / phụ nữ) và con số này dự kiến sẽ tăng lên 120 vào năm 2050. Những xu hướng này có ý nghĩa sâu sắc đối với một loạt các chính sách kinh tế, xã hội và chăm sóc sức khỏe và các chương trình.

Dựa trên một loạt 18 nghiên cứu ở các quốc gia có mức sinh thấp trên khắp Châu Á, Châu Âu, Bắc Mỹ và Châu Đại Dương, tóm tắt này tóm tắt các đặc điểm xuyên suốt và các cách tiếp cận chính sách chính trực tiếp hoặc gián tiếp cản trở hoặc tạo điều kiện thuận lợi cho việc sinh đẻ.

Những đặc điểm đó bao gồm tính linh hoạt của thị trường lao động, hệ thống giáo dục, các yếu tố giúp đỡ hoặc cản trở các bậc cha mẹ trong việc cân bằng nghĩa vụ công việc và gia đình, mối liên hệ giữa hôn nhân và sinh đẻ, trợ cấp của chính phủ đối với chi phí nuôi dạy trẻ, bình đẳng giới tại nhà và tại nơi làm việc, thị trường nhà ở và di cư quốc tế, v.v.

Thị trường lao động: Điều kiện làm việc liên quan đến thời gian làm việc dài, mong đợi làm việc ngoài công việc bình thường số giờ được thông báo ngắn, thời gian được phép nghỉ hàng năm ngắn, và thiếu dự phòng nghỉ phép cho gia đình khi con ốm khó hơn cho cha mẹ để cân bằng giữa công việc và trách nhiệm gia đình. Ở các quốc gia nơi các điều kiện như vậy phổ biến và nơi xã hội kỳ vọng rằng chính người mẹ là người thỏa hiệp hơn là người cha, phụ nữ có xu hướng miễn cưỡng để có con. Mặt khác, tỷ lệ thất nghiệp thấp, giờ làm việc ngắn hơn, lịch trình làm việc linh hoạt, sẵn có làm việc bán thời gian phù hợp với các lợi ích và sự linh hoạt để các bà mẹ tham gia lại thị trường lao động trong các công việc tương xứng với trình độ của họ có xu hướng tạo điều kiện thuận lợi cho việc sinh đẻ và nuôi dạy trẻ.

Những bất an về tài chính và thị trường lao động có xu hướng liên quan đến việc sinh con muộn hơn và ít hơn. Những bất an như vậy có xu hướng có tác động tiêu cực lớn hơn đến mức sinh trong bối cảnh mà gia đình mở rộng, thay vì nhà nước, dự kiến sẽ cung cấp một mạng lưới an toàn cho những người ở vị trí bấp bênh.

Hệ thống giáo dục: Một hệ thống giáo dục hoạt động như một hạn chế đối với việc làm tiếp tục của các bà mẹ có thể tạo ra khuyến khích trì hoãn hoặc bỏ qua việc sinh con. Các hệ thống giáo dục đặt ra nhiều yêu cầu hơn đối với phụ huynh, chẳng hạn như sự cần thiết phải ghi danh cho trẻ em tham gia các chương trình dạy kèm sau giờ học với chi phí cao, không cung cấp bữa trưa ở trường, hoặc kết thúc ngày học vào một giờ tương đối sớm mà không có các chương trình sau giờ học, có xu hướng không khuyến khích phụ nữ có con. Ở những quốc gia nơi con đường dẫn đến thành công và hạnh phúc của người trưởng thành được xác định một cách chặt chẽ bởi thứ yếu sự thành công trong giáo dục của trường học, áp lực đầu tư vào trẻ em thường cao hơn, và do đó thể hiện nhiều hạn chế hơn đối với khả năng sinh sản.

Sự mở rộng toàn cầu của giáo dục đại học cho cả nam và nữ đã góp phần làm chậm quá trình chuyển đổi sang tuổi trưởng thành.

Hệ thống giáo dục linh hoạt cho phép sinh viên trở lại giáo dục đại học một cách tương đối dễ dàng sau khi bỏ học có xu hướng tạo điều kiện cho việc sinh đẻ. Trong khi đó, phụ nữ có xu hướng sinh ít con hơn trong bối cảnh chi phí giáo dục đại học cao và các gia đình phải trả cho hầu hết chi phí giáo dục. Hơn nữa, xếp hạng cứng nhắc của các cơ sở giáo dục đại học cùng với sự liên kết chặt chẽ của xếp hạng và cơ hội việc làm sau khi tốt nghiệp có xu hướng ngăn cản việc sinh con.

Chính sách thai sản: Chế độ thai sản, thai sản và nghỉ việc cho cha mẹ được trả ở mức lương cao thay thế và mức lương vừa phải thời lượng dường như có ảnh hưởng tích cực đến hành vi sinh sản. Quyền lợi nghỉ phép của cha mẹ quá lâu có thể dẫn đến trong tình trạng suy giảm nguồn nhân lực nghiêm trọng, và họ có thể không hiệu quả trong việc loại bỏ sự lựa chọn bắt buộc giữa việc có một sự nghiệp và sinh đẻ. Quyền lợi nghỉ phép của cha mẹ không được trả ở mức đủ cao có xu hướng không hiệu quả tương tự bởi vì họ không cung cấp bảo đảm thu nhập cần thiết.

Lợi ích tài chính: Các lợi ích tài chính và trợ cấp cho các gia đình có trẻ em thường được cung cấp bằng các khoản tín dụng thuế, bằng tiền mặt với các loại phúc lợi khác nhau liên quan đến trẻ em hoặc thông qua việc khấu trừ thuế đối với một số chi phí chăm sóc trẻ em. Bằng chứng cho thấy rằng lợi ích tài chính cho các bậc cha mẹ (tiềm năng) có quy mô tương đương với các lợi ích tài chính đã được cung cấp cho đến nay dường như có tác động hạn chế đến mức sinh, có lẽ vì chúng chỉ bù đắp được một phần chi phí do sinh và chăm sóc bọn trẻ.

Dịch vụ chăm sóc trẻ em: Sự sẵn có của các trung tâm chăm sóc trẻ em chất lượng cao được trợ cấp mở cửa trong thời gian làm việc bình thường và Giờ đi làm có xu hướng làm giảm sự không tương thích giữa cha mẹ và công việc và góp phần làm tăng mức sinh. Bằng chứng cho thấy một mối liên hệ tích cực giữa việc đi học tại các trung tâm chăm sóc trẻ em chính thức và tỷ lệ sinh. Dễ dàng có sẵn dịch vụ giữ trẻ không chính thức bởi người thân, chủ yếu là ông bà, và khả năng tiếp cận giúp việc gia đình với giá cả phải chăng cũng có thể góp phần làm tăng mức sinh. Hiệu ứng việc tăng cường sự sẵn có của các trung tâm chăm sóc trẻ em chính thức về hành vi sinh sản có thể bị hạn chế trong bối cảnh mà các giá trị xã hội và các chuẩn mực văn hóa mong muốn các bà mẹ ở nhà khi con còn nhỏ và nơi có thể dễ dàng chăm sóc trẻ không chính thức và giá cả phải chăng.

Vấn đề giới: Bất bình đẳng giới ở gia đình, đặc trưng bởi phụ nữ làm hầu hết các công việc nội trợ và chăm sóc gia đình, có thể khiến phụ nữ trì hoãn hoặc trốn tránh việc kết hôn và sinh đẻ. Bất bình đẳng giới tại nơi làm việc, đặc trưng bởi mức lương thấp hơn hoặc sự phân biệt đối xử đối với phụ nữ trong các cơ hội thăng tiến hoặc đảm bảo việc làm, có thể dẫn đến việc phụ nữ phải làm việc nhiều giờ hơn cho thu nhập tương xứng, kết hôn và sinh đẻ muộn, hoặc ít con hơn trong

đời. Bằng chứng cho thấy rằng phụ nữ có xu hướng sinh nhiều con hơn ở các quốc gia nơi chia sẻ công việc gia đình bình đẳng hơn về giới và nơi giới bình đẳng tại nơi làm việc cao hơn.

Mối liên hệ giữa hôn nhân và sinh đẻ: Ở các quốc gia có hệ thống giá trị mạnh mẽ chống lại việc sinh con ngoài hôn nhân, như ở hầu hết các quốc gia các quốc gia ở Đông và Đông Nam Á, hôn nhân và sinh đẻ vẫn có mối liên hệ chặt chẽ. Trong bối cảnh như vậy, sự gia tăng tuổi tác khi kết hôn và tỷ lệ chưa kết hôn còn lại trong những năm sinh đẻ có xu hướng trì hoãn việc sinh đẻ và thấp hơn khả năng sinh sản tổng thể, nhưng hiệu ứng dường như không mạnh mẽ. Ở các nước bên ngoài châu Á, các công đoàn chung sống đã tăng lên, tỷ lệ sinh ngoài hôn nhân cũng vậy. Bằng chứng cho thấy rằng ngay cả ở những quốc gia mà nó đã được tách ra một cách dứt khoát từ quá trình chuyển đổi sang làm cha mẹ, hôn nhân vẫn giữ một số ý nghĩa về thể chế và văn hóa như một bối cảnh ưu tiên cho nuôi dạy con cái.

Thị trường nhà ở: Có nhiều yếu tố liên quan đến nhà ở có liên quan đến hành vi sinh sản, bao gồm cả nguồn cung đơn vị nhà ở, quy mô của đơn vị ở, khả năng chi trả, khả năng trợ cấp, khả năng thế chấp và các khía cạnh của khoản thanh toán trước hoặc mức cho vay theo giá trị, mức độ chuyển giao giữa các thế hệ, thị trường tài chính và sự khác nhau hệ thống luật pháp và tư pháp. Bằng chứng cho thấy rằng càng dễ dàng có được một căn hộ ở cho một hộ gia đình, sở hữu hoặc đi thuê, việc sinh con càng sớm và các cặp vợ chồng có xu hướng sinh nhiều con hơn.

Nhập cư: Nhiều quốc gia có mức sinh thấp, đặc biệt là ở Châu Âu và Bắc Mỹ, có dòng người nhập cư đến từ các nước có mức sinh cao hơn. Phụ nữ nhập cư có xu hướng có mức sinh cao hơn một chút so với những người sinh ra ở bản xứ. Trong trung ngắn hạn, từ quan điểm thời kỳ, tác động này có xu hướng được tăng lên bởi vì người di cư có xu hướng ở đỉnh độ tuổi sinh đẻ của họ và vì nhiều người di cư có xu hướng chờ đợi để có con cho đến khi họ định cư ở nơi đến Quốc gia. Hành vi mức sinh của những người di cư đến khi còn nhỏ và của những đứa trẻ được sinh ra từ những người nhập cư có xu hướng hội tụ với của quốc gia đến. Ảnh hưởng tổng thể của nhập cư lên mức sinh của nước đến có xu hướng nhỏ.

Kết luận: Những thay đổi về mức sinh xảy ra bên trong, và được trung gian bởi bối cảnh thể chế của một quốc gia, liên quan đến cả chính thức các chính sách và các chuẩn mực không chính thức gắn với các cấu trúc và lịch sử văn hóa, chính trị xã hội. Không có một con đường dẫn đến mức sinh rất thấp hoặc một chính sách hoặc gói chính sách có thể đảm bảo mức sinh gần mức thay thế. Các yếu tố liên quan với các vai trò trưởng thành dễ dàng hơn, chẳng hạn như hoàn thành việc học, kiếm việc làm và thành lập một hộ gia đình độc lập có xu hướng để tạo điều kiện cho khả năng sinh sản sớm hơn và cao hơn. Hơn nữa, bất kỳ yếu tố nào

làm giảm sự không tương thích giữa các vai trò làm cha mẹ và công việc có xu hướng dẫn đến khả năng sinh sản sớm hơn và cao hơn.

B. LUẬT DÂN SỐ VÀ LUẬT CÓ LIÊN QUAN VỀ DÂN SỐ

I. Luật Dân số và kế hoạch hóa gia đình nước Cộng hoà Nhân dân Trung Hoa năm 2001, 2013, 2021

Luật Dân số và kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD) năm 2001 với trọng tâm là điều phối sự phát triển dân số phù hợp với phát triển KT-XH, các nguồn tài nguyên và môi trường, nâng cao hạnh phúc của các gia đình, góp phần vào sự thịnh vượng của đất nước và sự tiến bộ của cộng đồng.

Luật quy định thực hiện kế hoạch hóa gia đình là chính sách cơ bản của nhà nước; nghĩa vụ, quyền lợi của công dân, trách nhiệm của đội ngũ làm công tác DS-KHHGD, trách nhiệm của chính quyền các cấp, sự ổn định lâu dài tổ chức bộ máy và đầu tư nguồn lực cho công tác DS-KHHGD.

Chính sách này hạn chế mỗi một cặp vợ chồng ở thành thị chỉ được sinh một con, những trường hợp ngoại lệ áp dụng đối với các cặp vợ chồng ở nông thôn có con gái đầu lòng, các dân tộc thiểu số và những cặp vợ chồng là con một.

Có thể thấy một nét khá tương đồng giữa Luật Dân số-Kế hoạch hoá gia đình năm 2001 của Trung Quốc và Pháp lệnh Dân số năm 2003 của Việt Nam là các điều khoản (3/7 Chương, 28/47 Điều) chủ yếu quy định trách nhiệm của Nhà nước, các cơ quan nhà nước có thẩm quyền các cấp trong thực hiện công tác dân số-kế hoạch hoá gia đình; hạn chế sự chủ động, tự giác của mỗi cá nhân, cặp vợ chồng trong thực hiện kế hoạch hoá gia đình. Trong bối cảnh những năm đầu của chương trình, do nhận thức và cam kết của các nhóm đối tượng đối với công tác dân số-kế hoạch hoá gia đình còn hạn chế, việc thể hiện ý chí chung và bảo đảm thực hiện bằng sức mạnh cưỡng chế của Nhà nước còn phù hợp. Khi đa số người dân đã chấp nhận thực hiện kế hoạch hoá gia đình và “gia đình ít con” đã trở thành giá trị văn hoá và chuẩn mực của xã hội thì việc đề cao quyền và nghĩa vụ, trách nhiệm của cá nhân, gia đình trong công tác dân số - kế hoạch hoá gia đình là cần thiết. Mỗi công dân cần phải nhận thức được rằng thực hiện Luật Dân số trước hết là vì lợi ích của bản thân và gia đình.

Về các chế tài xử phạt, Luật Dân số- Kế hoạch hoá gia đình năm 2001 của Trung Quốc đã dành 01 Chương riêng với 9 Điều; quy định khá rõ trách nhiệm pháp lý, khung xử phạt hành chính đối với các đối tượng chịu điều chỉnh của Luật; đồng thời cũng đặt ra quy phạm mang tính chất “mở” xử phạt hình sự đối với hành vi cấu thành tội phạm hình sự.

Cuối năm 2013, sau nhiều năm thực thi nghiêm khắc chính sách một con, Ủy ban Lập pháp tối cao Trung Quốc đưa ra báo cáo tuyên bố nói lỏng chính sách

này, cho phép các cặp vợ chồng được sinh con thứ hai nếu cha hoặc mẹ là con một. Chính sách dân số mới sẽ bắt đầu được thực hiện từ đầu năm 2014.

Năm 2016, Trung Quốc bỏ chính sách một con đã được áp dụng trong gần 40 năm, cho phép các cặp vợ chồng sinh 2 con.

Tại phiên họp của Ủy ban Thường vụ Quốc hội hôm 20/8/2021, Trung Quốc đã thông qua sửa đổi Luật Dân số và kế hoạch hóa gia đình, theo đó mỗi cặp vợ chồng được sinh con thứ 3, đồng thời quy định các biện pháp hỗ trợ chính sách mới này.

Luật Dân số và kế hoạch hóa gia đình sửa đổi sẽ bãi bỏ các quy định hạn chế trước đây, trong đó có việc phạt các cặp vợ chồng vi phạm luật quy định chỉ được sinh tối đa 2 con. Ngoài ra, luật cũng đề xuất các biện pháp hỗ trợ cho sự thay đổi chính sách kế hoạch hóa gia đình, trong đó có việc xem xét chế độ cha mẹ nghỉ có lương, thiết lập thêm các cơ sở trông giữ trẻ trong khu dân cư, khu vực công cộng và nơi làm việc¹.

II. Luật về phát triển dân số và gia đình hạnh phúc của Indônêsi

Luật Dân số và Phát triển gia đình Indonesia năm 2009 đề cập đầy đủ các nội dung:

- Chính sách KHHGD sẽ được thực hiện để: (1) Hỗ trợ các đối tượng hoặc các cặp vợ chồng quyết định và thực hiện các quyền SKSS một cách có trách nhiệm theo các nội dung sau: a) Tuổi kết hôn phù hợp; b) Tuổi có con phù hợp; c) Khoảng cách giữa các lần sinh phù hợp; d) Tư vấn về SKSS; (2) Chính sách KHHGD nhằm: a) Quản lý các trường hợp mang thai mong muốn; b) Duy trì sức khỏe, giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ, trẻ sơ sinh và trẻ em; c) Tăng khả năng tiếp cận và chất lượng thông tin, giáo dục truyền thông và tư vấn cũng như dịch vụ KHHGD và SKSS; d) Tăng sự tham gia của nam giới trong thực hiện KHHGD; và e) Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ được xem như nỗ lực để giảm tần số có thai. (3) Chính sách KHHGD như được nêu tại khoản (1) đồng nghĩa rằng trong bất cứ hoàn cảnh nào hay vì bất cứ lý do nào việc khuyến khích phá thai để quản lý mức sinh đều bị cấm.

- Chính sách KHHGD được thực hiện thông qua các nỗ lực: a) Tăng cường sự tham gia và lòng ghép với cộng đồng; b) Hướng dẫn gia đình; và c) Quản lý thai sản thông qua tuân thủ các quy định tôn giáo, điều kiện phát triển xã hội – kinh tế và văn hóa cũng như các giá trị tồn tại trong cộng đồng. 2. Các nỗ lực nêu

¹ Số liệu chính thức được Tổng cục Thống kê quốc gia (NBS) Trung Quốc công bố hôm 11/5/2021 cho thấy, DS Trung Quốc từ năm 2010-2020 tăng ở mức thấp nhất kể từ những năm 60 của thế kỷ trước.

Theo NBS, kết quả cuộc điều tra DS lần thứ 7 được tiến hành năm 2020 cho thấy, DS Trung Quốc năm 2020 là hơn 1,4 tỷ người, tăng 5,38% so với năm 2010. Như vậy, DS tăng trung bình 0,53%/năm từ năm 2010-2020, thấp hơn mức tăng 0,57%/năm từ năm 2000-2010.

trên được bổ trợ bằng các giải pháp thông tin, giáo dục, truyền thông. 3. Chính sách KHHGD được quản lý thông qua Nghị định của Chính phủ.

- Trách nhiệm thực hiện phát triển chất lượng dân số: “1. Các điều kiện về hài hòa, hòa hợp và cân bằng giữa phát triển dân số và điều kiện môi trường bao trùm cả khả năng đáp ứng tự nhiên và năng lực đáp ứng của môi trường sẽ được thực hiện qua phát triển chất lượng dân số và cả thực thể và phi thực thể. 2. Phát triển chất lượng dân số được thực hiện nhằm tạo được những con người có thể chất và tinh thần khỏe mạnh, thông minh, độc lập, mộ đạo và tận tâm, đồng thời có tính cách mã thượng và đạo đức nghề nghiệp. 3. Các phẩm chất như đã nêu ở Khoản (1) được phát triển qua việc cải thiện: a) Sức khỏe; b) Giáo dục; c) Các giá trị tôn giáo; d) Kinh tế; e) Các giá trị văn hóa – xã hội. 4. Xây dựng chất lượng dân số như trong Khoản (2) được thực hiện bởi chính phủ và chính quyền khu vực cùng với cộng đồng thông qua hướng dẫn và hoàn thành các nghĩa vụ dân số. 5. Hướng dẫn và các dịch vụ dân số như nêu trong Khoản (4) sẽ được thực hiện thông qua truyền thông, thông tin, giáo dục và cung ứng cơ sở vật chất và dịch vụ. 6. Các điều khoản bổ sung về phát triển chất lượng dân số sẽ được quy định tại một Nghị định của Chính phủ (*Điều 38, Phần 5. Phát triển chất lượng dân số, Chương VI. Phát triển dân số*).

Chính sách và thực hiện chính sách hỗ trợ nhóm dân cư dễ bị tổn thương được quy định: “1. Để phát triển tối đa tiềm năng của toàn bộ dân cư một cách công bằng, chính phủ sẽ hỗ trợ và bảo vệ các nhóm dân cư dễ bị tổn thương. 2. Chính phủ sẽ xây dựng chính sách để phát triển tiềm năng của các nhóm dân cư dễ bị tổn thương nhờ: a) Những thay đổi về cơ cấu; b) Thành phần dân số; c) Các điều kiện thể chất hay phi thể chất của các nhóm dễ bị tổn thương; d) Các điều kiện địa dư gây cho nhóm dễ bị tổn thương gặp khó khăn trở ngại trong quá trình phát triển; e) Các tác động tiêu cực phát sinh từ kết quả của tiến trình phát triển hay do thiên tai” (*Điều 39*) “Tiềm năng của các nhóm dễ bị tổn thương có thể được phát triển thông qua điều trị, chăm sóc y tế giáo dục đào tạo do Chính phủ chi trả” (*Điều 40*). “1. Chính phủ đảm bảo những nhu cầu thiết yếu của người nghèo. 2. Các quy định bổ sung về tiêu chí người nghèo và quy trình bảo trợ sẽ được quy định trong một Nghị định của Chính phủ (*Điều 41*).

III. Luật Kế hoạch Dân số Thổ Nhĩ Kỳ năm 1983

1. Nội dung chính: Mục đích của luật này là quy định: nguyên tắc của kế hoạch dân số, phá thai và triệt sản; trường hợp cho phép áp dụng biện pháp khẩn cấp, được phép, sản xuất thuốc dụng cụ tránh thai đúng quy cách và thủ tục phê chuẩn.

Kế hoạch dân số tức là cá nhân có tự do quyết định số con cái của mình và thời gian sinh đẻ. Nhà nước sẽ áp dụng biện pháp cần thiết để cung cấp giáo dục và dịch vụ cho kế hoạch dân số. Kế hoạch dân số thực hiện thông qua chấp hành

biện pháp tránh thai. Phá thai và triệt sản phải tiến hành dưới sự giám sát và không chế của nhà nước. Ngoài trường hợp luật này nêu rõ, không được phá thai, cũng không được dùng phẫu thuật triệt sản và cắt bỏ tuyến sinh dục.

“Quy định về Phá thai:

Nếu không có lý do phản đối về mặt y tế, mang thai trước cuối tuần thứ 10, có thể tiến hành nạo thai. Nếu thời gian mang thai quá 10 tuần, vẫn muốn nạo thai, thì chỉ có thể tiến hành khi mang thai xuất hiện hoặc sẽ xuất hiện nguy hiểm đến tính mạng của người mẹ hoặc sẽ tổn thương đứa con sắp ra đời, nhưng cần phải căn cứ vào kết luận khách quan bằng văn bản của một chuyên gia phụ sản và một chuyên gia về vấn đề có liên quan. (Điều 5)

Trường hợp không can thiệp trực tiếp sẽ gây nguy hiểm đến tính mạng hoặc một khi quan quan trọng thì bác sỹ ngoại khoa thẩm định trường hợp đó có thể cho nạo thai. Nhưng bác sỹ ngoại khoa can thiệp vào việc mang thai trong trường hợp đó phải báo cáo người lãnh đạo của cơ quan y tế và phúc lợi xã hội trung tâm tỉnh và bác sỹ của chính quyền thành phố, thị trấn tại chỗ, chứng thực lý do phẫu thuật chính đáng có thể báo cáo trước khi phẫu thuật, nếu không thể thì cũng có thể nộp bản báo cáo trong vòng 24 giờ sau khi phẫu thuật.

Cần phải xây dựng một chương trình nói rõ các điều kiện tạo nên tình trạng khẩn cấp; cách thức và nội dung báo cáo; cách thức của tờ khai xin phép nạo thai hoặc triệt sản; nơi có thể tiến hành phẫu thuật đó; những nơi đó phải có đầy đủ điều kiện y tế và điều kiện khác; và những vấn đề liên quan đến kiểm tra và giám sát những nơi đó.

Cho phép phá thai

Việc can thiệp nói ở điều 5 quyết định bởi phụ nữ mang thai cho phép, đối với người vị thành niên phải được sự đồng ý của cha mẹ và bản thân người đó; đối với những người được giám hộ hợp pháp dù họ còn nhỏ tuổi hay thiếu năng tâm thần đều phải được sự đồng ý của người vị thành niên và người giám hộ hợp pháp, và được quan chức trật tự trị an cho phép. Nhưng đối với phụ nữ có thai do thiếu năng tâm thần không thể quyết định có ý thức thì việc tiến hành nạo thai có thể không cần được sự đồng ý của đương sự quy định trong đoạn 2 Điều 4 và đoạn 1 Điều 5 nói trên nếu đã kết hôn thì sau khi cần được sự đồng ý của vợ chồng mới có thể tiến hành nạo thai hoặc triệt sản. Nếu thời gian được cha mẹ hoặc quan chức trị an cho phép quá lâu, hoặc nếu không có hành động khẩn cấp thì sẽ nguy hiểm đến tính mạng hoặc khí quan quan trọng thì có thể miễn giảm việc cho phép đó. Hoạt động vi phạm điều khoản sản xuất, quảng cáo và tuyên truyền liên quan đến thuốc và dụng cụ. (Điều 6)

Về quản lý thuốc, phương tiện tránh thai: Hễ vì mục đích trực lợi thuốc, dụng cụ tránh thai, sản xuất, phân phát trong nước hoặc mang từ nước ngoài vào

chưa được cấp giấy chứng nhận phòng thai hợp quy cách của Bộ Y tế và phúc lợi xã hội theo Điều 3 của luật này thì phải bị phạt tù từ 7 tháng đến 2 năm và phạt tiền từ 3 vạn đến 15 vạn lía Thổ Nhĩ Kỳ, đóng cửa cơ sở sản xuất, tịch thu thuốc, dụng cụ. (Điều 7).

Đối với thuốc, dụng cụ có giấy chứng nhận tránh thai hợp quy cách của Bộ Y tế và phúc lợi xã hội theo Điều 3 luật này, khi quảng cáo và tuyên truyền phải làm theo quy định của điều 13 pháp lệnh 1262 công bố ngày 21-5-1928. Những ai hoạt động không theo quy định này phải bị phạt tù từ 1 đến 6 tháng và phạt tiền từ 7.500 đến 30.000 lía Thổ Nhĩ Kỳ.

Thuốc dụng cụ tránh thai không rõ tính chất sử dụng:

Hễ cá nhân hoặc người đại diện tổ chức có hành vi vi phạm đoạn 3 Điều 3, nếu khi hành vi đó chưa đủ để phạt tội nặng hơn thì phải xử theo điều 456 bộ luật hình sự Thổ Nhĩ Kỳ. Dù cho hành vi đó đã nằm trong phạm vi của đoạn 4 Điều 456 quy định, đương nhiên vẫn bị khởi tố. Hễ ai có hành vi vi phạm đoạn 4 và đoạn 5 Điều 3 và Điều 5, Điều 6 phải bị phạt tiền không dưới 5 vạn lía Thổ Nhĩ Kỳ, trừ phi hành vi đó đã cấu thành tội phải bị xử phạt nặng hơn. (Điều 8)

2. Những vấn đề được lựa chọn phù hợp với điều kiện thực tế của Việt Nam:

- Cấm phá thai vì lựa chọn giới tính thai nhi và ảnh hưởng đến sức khỏe bà mẹ, trẻ em.

- Quản lý chất lượng phương tiện tránh thai.

IV. Luật Chính sách Dân số toàn quốc Pêru năm 1985

Mục đích của Luật chính sách dân số toàn quốc là quy hoạch và chấp hành hoạt động của nhà nước liên quan đến số lượng, kết cấu, động thái và phân bố dân số trong phạm vi lãnh thổ quốc gia.

Luật chính sách dân số toàn quốc bảo đảm quyền con người: (1) Quyền sống. Một khi thai nhi được nuôi dưỡng thì được hưởng quyền này; (2) Quyền lập gia đình và riêng tư cá nhân được tôn trọng; (3) Quyền tự chủ quyết định số con; (4) Quyền phát triển cá tính một cách lành mạnh và tự do; (5) Quyền cư trú trong môi trường hữu ích lành mạnh và sinh thái cân đối; (6) Quyền làm việc và được xã hội bảo đảm, làm cho mức sống đạt đến trình độ bảo đảm chắc chắn phúc lợi của cá nhân và gia đình; (7) Quyền có nhà ở phù hợp với thân phận; (8) Quyền lựa chọn nơi cư trú và tự do di chuyển trong lãnh thổ nước mình; (9) Quyền mọi người bình đẳng, không bị kỳ thị trước pháp luật; (10) Quyền được giáo dục văn hóa; (11) Các quyền khác và quyền con người được tôn nghiêm được thừa nhận trong Hiến pháp. (Điều 4).

Nhà nước ưu tiên bảo vệ: (1) Bà mẹ, trẻ em, thanh thiếu niên, người già; (2) Hôn nhân và gia đình; (3) Trách nhiệm của cha mẹ. (Điều 5).

- Luật chính sách dân số toàn quốc không coi phá thai là biện pháp sinh đẻ có kế hoạch. Dù như thế nào cũng phải căn cứ vào ý kiến của cá nhân áp dụng biện pháp sinh đẻ có kế hoạch, không chịu ảnh hưởng của khuyến khích vật chất hoặc nhân tố bồi thường. (Điều 6).

Nội dung của quy định về gia đình, giáo dục dân số, tuyên truyền dân số, sức khỏe và dân số, phát triển quốc gia và phân bố dân số, cơ quan điều phối chính sách dân số là Ủy ban dân số toàn quốc.

V. Luật Dân cư Mêhicô năm 1996

Mục tiêu của Luật là điều chỉnh các yếu tố tác động đến dân cư về các mặt: dân số, cơ cấu, sự vận động và sự phân bố dân cư trên lãnh thổ quốc gia nhằm đảm bảo sự công bằng và bình đẳng trong việc hưởng thụ các phúc lợi do phát triển kinh tế và xã hội đem lại.

- Các biện pháp cần thiết đối với các cơ quan chức năng hoặc tổ chức liên quan: (1) Lập các kế hoạch phát triển kinh tế và xã hội nhằm đáp ứng các nhu cầu về dân số, cơ cấu, tốc độ tăng trưởng và sự phân bố dân số; (2) Thực hiện các chương trình về KHHGD thông qua các dịch vụ giáo dục và y tế công cộng hiện có; kiểm soát việc thực hiện các chương trình đó và các tổ chức tư nhân tham gia thực hiện chúng, để đảm bảo sự tôn trọng tuyệt đối các quyền cơ bản của con người và bảo toàn danh dự của các gia đình nhằm mục đích điều chỉnh một cách hợp lý và ổn định sự tăng trưởng dân số, đồng thời sử dụng một cách tốt nhất các nguồn nhân lực và tài nguyên thiên nhiên của đất nước; (3) Giảm tỷ lệ tử vong; (4) Tác động đến tốc độ tăng trưởng dân số thông qua các hệ thống y tế, đào tạo chuyên nghiệp và kỹ thuật, bảo vệ trẻ em nhằm đạt được sự tham gia của cả cộng đồng trong các giải pháp đối với các vấn đề dân số; (5) Thúc đẩy sự hội nhập toàn diện của phụ nữ trong các quá trình phát triển kinh tế, giáo dục, xã hội và văn hoá; (6) Thúc đẩy sự hội nhập toàn diện của các nhóm dân cư nhỏ trong cộng đồng vào sự nghiệp phát triển đất nước; (7) Hạn chế sự định cư của người nước ngoài, bằng những biện pháp thích hợp và tạo ra sự hoà nhập tốt nhất của họ vào đời sống đất nước và sự phân bố hợp lý của những người nhập cư trên lãnh thổ quốc gia; (8) Hạn chế sự di cư của công dân Mêhicô, trong trường hợp lợi ích dân tộc đòi hỏi phải làm như vậy; (9) Điều hành việc quy hoạch các trung tâm dân cư đô thị để đảm bảo việc cung cấp hiệu quả các dịch vụ công cộng cần thiết; (10) Thúc đẩy việc thiết lập các trung tâm định cư quốc gia tại các địa điểm gần biên giới, hiện đang còn thừa dân ở; (11) Điều chỉnh sự di chuyển dân cư giữa các vùng khác nhau trong lãnh thổ nước Cộng hoà, với mục đích điều hoà sự phân bố dân cư theo điều kiện địa lý sao cho thích hợp với khả năng phát triển của từng vùng, dựa trên cơ sở của các chương trình đặc biệt về định cư đối với họ; (12) Thúc đẩy

sự hình thành các trung tâm, nhằm tập hợp các điểm dân cư sống biệt lập về mặt địa lý; (13) Điều phối các hoạt động của các cơ sở dịch vụ công cộng Liên bang, bang, tỉnh/thành phố và của các tổ chức tư nhân để cứu trợ kịp thời dân chúng tại các khu vực được dự báo hoặc xảy ra thiên tai, thảm họa; (14) Các mục tiêu khác mà Luật này hoặc các quy định pháp luật khác đề ra.

- Tổ chức bộ máy: “Điều 5. Thành lập Ủy ban Dân số Quốc gia, với nhiệm vụ thực thi việc kế hoạch hoá dân số của toàn quốc, nhằm mục tiêu thu hút sự quan tâm của dân chúng trong việc thực hiện các chương trình phát triển kinh tế, xã hội của chính phủ và gắn liền các mục tiêu của những chương trình đó với các nhu cầu phát sinh từ các vấn đề dân số.

Điều 6. Ủy ban Dân số Quốc gia do một đại diện của Văn phòng Chính phủ đứng đầu, với tư cách là Chủ tịch, và bao gồm một đại diện của mỗi Bộ, Ngành: Ngoại giao, Tòa án và tin dụng công cộng, Y tế, Lao động và Xã hội, cải cách nông nghiệp, Toà thị chính thành phố Mêhicô và các Viện: Bảo hiểm xã hội và an ninh, Dịch vụ xã hội của Liên đoàn công chức nhà nước Mêhicô, tham gia với tư cách là các thành viên của Ủy ban. Đó là các vị Bộ trưởng, Thứ trưởng, Tổng Thư ký hoặc Phó Tổng thư ký. Tuỳ từng trường hợp, theo sự chỉ định của các Bộ, ngành:

- Mời đại diện chính thức sẽ có 1 đại diện dự khuyết, là người phải có chức vụ tương đương, hoặc là cấp dưới trực tiếp;

- Khi bàn bạc các nội dung liên quan đến chức năng của các cơ quan hay tổ chức nhà nước Chủ tịch Ủy ban có thể yêu cầu các vị đại diện các Bộ, Ngành hoặc người được uỷ quyền tham dự phiên họp hoặc các phiên họp liên quan;

- Ủy ban có thể có bộ phận tư vấn kỹ thuật và các đơn vị chuyên ngành thích hợp, với các chuyên gia về các vấn đề phát triển và dân số.”

Trong nội dung của Luật chủ yếu đề cập đến việc quản lý di cư, nhập cư, hồi hương, đăng ký dân số quốc gia, đăng ký công dân toàn quốc và thẻ căn cước công dân, thủ tục xuất nhập cảnh. Trong Luật còn quy định hình thức phạt đối với người công chức không thực hiện đúng chức trách, nhiệm vụ và đối tượng không chấp hành đúng quy định về xuất, nhập cảnh vào Mêhicô.

VI. Luật Sức khỏe di truyền Đài Loan (Trung Quốc) năm 1985

Luật này đề thi hành chương trình ưu sinh học nâng cao chất lượng dân số, bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em và mang lại hạnh phúc cho mọi gia đình. Quy định về sinh sản và bảo vệ sức khỏe:

- Điều 6. “Các cơ quan có thẩm quyền, khi cần thiết, có thể bắt buộc thực hiện kiểm tra sức khỏe cộng đồng hoặc kiểm tra sức khỏe tiền sinh sản. Những cuộc kiểm tra này sẽ bao gồm những nội dung kiểm tra sau đây được bổ sung thêm trong những cuộc kiểm tra sức khỏe chung:

1. Các kiểm tra có liên quan đến các bệnh di truyền về lịch sử bệnh của gia đình, các kiểm tra về nhiễm sắc thể, tế bào enzym;

2. Các kiểm tra có liên quan đến các bệnh truyền nhiễm bao gồm lao, giang mai, lậu, gan, da liễu, các bệnh gây bởi vi rút khác;

3. Các kiểm tra có liên quan đến các bệnh tâm thần như i) Các kiểm tra tại bệnh viện tâm thần; ii) Kiểm tra tâm lý; iii) Điện não đồ; iv) Các kiểm tra về các bệnh tâm thần di truyền giống như các chi tiết trong kiểm tra các bệnh di truyền.”

- Điều 7 quy định “Các cơ quan có thẩm quyền có thể bắt buộc thi hành những điều sau đây:

1. Các chỉ dẫn và dịch vụ về kiểm soát sinh sản, bao gồm: sự cung cấp các biện pháp phòng tránh thai, các tài liệu, dược phẩm, triệt sản, các chẩn đoán và điều trị về sinh sản.

2. Các chỉ dẫn và dịch vụ về trước khi mang thai, trong khi mang thai, trước khi sinh và sau khi sinh, bao gồm: các kiểm tra, sinh đẻ ở phòng đẻ, dinh dưỡng và các chỉ dẫn vệ sinh trong thời kỳ mang thai cung cấp cho phụ nữ trước khi có thai và sản phụ.

c) Các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh và trẻ em trước tuổi đến trường và giáo dục mối quan hệ giữa cha mẹ và con cái, bao gồm: các kiểm tra sức khỏe, tiêm chủng, dinh dưỡng và các chỉ dẫn vệ sinh cho trẻ sơ sinh dưới một tuổi và trẻ em chưa đến tuổi đến trường”.

- Quy định về nạo thai: (1) Nạo thai tự nguyện có thể được tiến hành đối với một phụ nữ có thai, tùy thuộc vào sự tự nguyện của người này, nếu được chẩn đoán hoặc chứng minh là có bất kể một trong những điều sau đây: a) Người phụ nữ hoặc chồng của cô ta mắc bệnh về di truyền, truyền nhiễm hoặc tâm thần có hại cho ưu sinh học; b) Có quan hệ họ hàng trong phạm vi đến thế hệ thứ tư đối với người phụ nữ hoặc chồng của cô ta mắc bệnh về di truyền, truyền nhiễm hoặc tâm thần; c) Xem xét dưới góc độ y học, việc mang thai hoặc sinh sản được coi là gây nguy cơ tử vong cho người mẹ hoặc có hại cho sức khỏe và tinh thần của người mẹ; d) Xem xét dưới góc độ y học, thai nhi được coi là có nguy cơ bị quái thai; e) Người phụ nữ có thai do hậu quả của việc bị hãm hiếp, bị dụ dỗ quan hệ tình dục hoặc có quan hệ tình dục với người đàn ông sẽ không hợp pháp cưới cô ta; f) Sự mang thai hoặc sinh con có thể huỷ hoại sức khỏe tinh thần hoặc hạnh phúc gia đình của cô ta. (2). Nạo thai tự nguyện đối với trẻ em gái vị thành niên chưa kết hôn hoặc một phụ nữ bị không được phép có thai theo các điều khoản nêu trên đây sẽ tùy thuộc vào sự đồng ý của đại diện pháp lý của người này. Nạo thai tự nguyện đối với một người phụ nữ đã kết hôn trong điểm (f) nêu trên tùy thuộc vào sự đồng ý của người chồng trừ phi anh ta rời bỏ cô ta đến ở một nơi nào đó không biết được, hoặc mất ý thức hoặc loạn trí. Đối với việc xem xét các yêu

cầu về nạo thai tự nguyện được trình bày trong phần 1, các cơ quan có thẩm quyền ở trung ương, khi cần thiết, có thể cho phép Hội đồng Cố vấn Di truyền nghiên cứu, xem xét và xây dựng các tiêu chí và tuyên bố công khai để thi hành. (Điều 9).

- Không quy định hai bên nam nữ phải thông báo cho nhau, bác sỹ không phải thông báo cho cả hai bên về tình trạng bệnh tật của một trong người sau khi kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân; Người nào biết mình mắc bệnh lây truyền mà không sử dụng biện pháp phòng tránh thì người kia có quyền kiện và pháp luật bảo vệ người kiện.

VII. Luật Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em Hàn Quốc năm 1963

Mục đích của Luật nhằm bảo vệ tính mạng và sức khỏe của người mẹ, sinh con khỏe mạnh và nuôi dưỡng tốt, nâng cao tổ chất sức khỏe của nhân dân.

Luật Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em quy định: (1) Nghĩa vụ của bà mẹ trong việc mang thai, sinh đẻ, nuôi dưỡng, có sự hiểu biết đúng đắn và quan tâm đến sức khỏe của bản thân mình, cần phải chủ động cố gắng làm tốt việc quản lý sức khỏe. (2) Quy định một số trường hợp cụ thể được nạo thai khi có sự đồng ý của bác sỹ. (3) Quy định phẫu thuật đặt dụng cụ tránh thai vào tử cung cần phải do bác sỹ hoặc người được quy định theo lệnh của Tổng thống thực hiện.

VIII. Luật Chăm sóc phụ nữ, trẻ em Nhật Bản năm 1965

Mục đích của Luật là chăm sóc và tăng cường sức khỏe cho sản phụ, trẻ sơ sinh và trẻ em. Đồng thời áp dụng các biện pháp tiên hành chỉ đạo y tế, kiểm tra sức khỏe và chữa bệnh cho sản phụ, trẻ sơ sinh và trẻ em, từ đó xúc tiến nâng cao trình độ y tế của cả nước.

Luật quy định biện pháp cải thiện y tế cho phụ nữ, trẻ em, như: phải hướng dẫn sức khỏe cho người giám hộ phụ nữ có thai, phụ nữ nuôi trẻ sơ sinh và trẻ em, đồng thời khuyến khích họ tranh thủ sự hướng dẫn liên quan đến sức khỏe phụ nữ trẻ em của các bác sỹ, bác sỹ nha khoa, người đỡ đẻ và y tá ở trung tâm y tế công cộng. Sau khi đưa trẻ ra đời, nếu cần thiết, nên cử bác sỹ, y tá y tế công cộng, người đỡ đẻ hoặc quan chức khác đến tận nhà thăm người giám hộ trẻ mới sinh và có sự hướng dẫn cần thiết. Để giám hộ trẻ đẻ non, đối với những đứa trẻ cho rằng cần thiết phải ăn, ở tại bệnh viện hoặc phòng khám thì tỉnh trưởng phải tiến hành điều trị cần thiết đối với chúng hoặc cũng có thể cấp chi phí cần thiết cho việc điều trị.

IX. Luật chăm sóc sức khỏe ưu sinh của Nhật Bản năm 1990

Luật quy định nhằm ngăn ngừa sinh ra các thể hệ mai sau không lành mạnh, bảo vệ tính mạng và sức khỏe của người mẹ.

- Luật quy định những trường hợp thực hiện phẫu thuật ưu sinh: Sau khi được sự đồng ý của bản thân đương sự và vợ chồng đương sự (kể cả những người

lấy nhau thực sự mà chưa làm thủ tục pháp lý, các mục dưới đây đều giống nhau), bác sỹ có thể tiến hành phẫu thuật ưu sinh trong những trường hợp sau đây. Nhưng những người vị thành niên, người mắc bệnh tâm thần và thiếu năng tâm thần thì không nằm trong điều này, gồm: a) Bản thân đương sự hoặc vợ chồng có chất bệnh tâm thần di truyền, thân thể bệnh hoạn di truyền và dị dạng di truyền, hoặc vợ chồng là người mắc bệnh tâm thần hoặc thiếu năng tâm thần; b) Bản thân đương sự hoặc những người cùng dòng máu với vợ chồng đó trong bốn đời mắc bệnh tâm thần di truyền, thiếu năng tâm thần di truyền, chất bệnh tâm thần di truyền, thân thể bệnh hoạn di truyền hoặc dị dạng di truyền; c) Bản thân đương sự hoặc vợ chồng mắc bệnh phong và có thể truyền nhiễm cho đời sau; d) Chứa hoặc đẻ có thể nguy hiểm đến tính mạng người mẹ; e) Người đã có con, và mỗi lần sinh đẻ đều ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người mẹ.

- Luật cũng quy định thực hiện không sinh đẻ trong trường hợp đẻ bảo vệ bà mẹ trong trường hợp chỉ định có thể thực hiện việc phá thai nhân tạo đối với những người phù hợp một trong các điều sau đây, sau khi được bản thân người đó và vợ hoặc chồng đồng ý: a) Bản thân đương sự hoặc vợ chồng có chất bệnh tâm thần di truyền, thân thể bệnh hoạn di truyền và dị dạng di truyền, hoặc vợ chồng là người mắc bệnh tâm thần hoặc thiếu năng tâm thần; b) Bản thân đương sự hoặc những người cùng dòng máu với vợ chồng đó trong bốn đời mắc bệnh tâm thần di truyền, thiếu năng tâm thần di truyền, chất bệnh tâm thần di truyền, thân thể bệnh hoạn di truyền hoặc dị dạng di truyền; c) Bản thân đương sự hoặc vợ chồng mắc bệnh phong và có thể truyền nhiễm cho đời sau; d) Chứa hoặc đẻ có thể nguy hiểm đến tính mạng người mẹ; e) Người đã có con, và mỗi lần sinh đẻ đều ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người mẹ.

X. Luật Quy định chính sách quốc gia về làm cha mẹ có trách nhiệm và sức khỏe sinh sản Philippine năm 2012

Đảm bảo quyền cho tất cả mọi người người bao gồm quyền bình đẳng, không phân biệt đối xử và quyền phát triển bền vững; quyền sức khỏe trong đó gồm cả quyền sức khỏe sinh sản, quyền được giáo dục và thông tin, quyền lựa chọn và đưa ra quyết định cho bản thân phù hợp với niềm tin tôn giáo, đạo đức, văn hóa, tín ngưỡng và nhu cầu làm cha mẹ có trách nhiệm.

2. Những vấn đề được lựa chọn phù hợp với điều kiện thực tế của Việt Nam: Luật mới được ban hành năm 2012, tuy nhiên một số nội dung của Luật này cũng đã được Pháp lệnh Dân số quy định như: quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng trong việc thực hiện cuộc vận động DS-KHHGD, chăm sóc sức khỏe sinh sản.

XI. Luật Bảo vệ bào thai Cộng hòa Liên bang Đức năm 1990

Luật quy định việc xử lý vi phạm (phạt tiền hoặc phạt tù) khi lạm dụng các hình thức cấy thai hoặc sử dụng bào thai người một cách lạm dụng; Thụ thai trái

phép, cấy thai trái phép và thụ thai nhân tạo sau khi người có tế bào tinh trùng dùng cho việc thụ thai đã chết; Thay đổi nhân tạo tế bào mầm thai người; cấm lựa chọn giới tính “Người nào thực hiện việc thụ tinh nhân tạo một tế bào trứng người với một tế bào tinh trùng mà tế bào này đã được lựa chọn theo nhiệm sắc thể về giới chứa đựng trong tế bào tinh trùng đó, bị phạt tù đến 1 năm hoặc bị phạt tiền. Điều này không áp dụng, nếu việc lựa chọn tế bào tinh trùng được thực hiện thông qua bác sỹ nhằm bảo vệ đứa trẻ tránh khỏi căn bệnh teo cơ hoặc một căn bệnh di truyền nan giải tương tự liên quan đến giới tính, và căn bệnh đe dọa đứa trẻ đó đã được cơ quan có thẩm quyền theo pháp luật của bang công nhận tương tự là nan giải “

Ngoài ra Điều 128, Luật hình sự Tây Đức quy định: “... Người phá thai bị phạt tù dưới 3 năm hoặc phạt tiền hoặc Phụ nữ mang thai phá thai bị phạt tù dưới 1 năm hoặc phạt tiền, trừ thụ thai trong vòng 12 tuần và được bác sỹ đề nghị phá thai...”

XII. Luật về các kỹ thuật chuẩn đoán trước khi thụ thai và trước sinh (cấm lựa chọn giới tính thai nhi) chương hành động năm 1994 của Ấn Độ

Chương trình hành động này có thể gọi là (đạo luật quy định kỹ thuật chuẩn đoán trước khi thụ thai và trước khi sinh (quy định về việc cấm lựa chọn giới tính) chương trình hành động năm 1994:

“- Ngăn cấm lựa chọn giới tính: Không có ai, kể cả chuyên gia hay một nhóm chuyên gia trong lĩnh vực xuất tinh, thực hiện, hoặc nhờ người khác hỗ trợ lựa chọn giới tính nam và nữ từ mô, phôi, thụ tinh, hút dịch hoặc tinh ngày trứng rụng để chọn một hoặc cả hai giới tính thai nhi.

- Lựa chọn giới tính nam hoặc nữ hay cả hai dựa vào mô, phôi, thụ tinh, dịch tinh ngày trứng rụng từ phía nam hoặc nữ cũng đều bị cấm theo luật định.

- Cấm bán máy siêu âm v.v cho người khác, cho phòng thí nghiệm hay cho cả phòng khám chưa đăng ký theo chuẩn của chương trình hành động - Không ai được bán bất cứ máy móc như máy siêu âm, máy chuẩn đoán hình ảnh, hoặc quét scan hoặc trang thiết bị nào khác có khả năng phát hiện giới tính bào thai cho các trung tâm tư vấn, phòng thí nghiệm gen di truyền, phòng khám gen di truyền chưa đăng ký theo chuẩn của chương trình hành động.

Việc bán các máy siêu âm hoặc máy chuẩn đoán hình ảnh, máy siêu âm hoặc các trang thiết bị khác có khả năng phát hiện giới tính bào thai cho các trung tâm tư vấn gen, phòng thí nghiệm gen di truyền, phòng khám gen di truyền, hoặc cho bất cứ ai chưa đăng ký theo chuẩn của chương trình hành động này, đều bị cấm

- Quy định về kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh- tính từ thời điểm ban hành chính thức Chương trình hành động này.

- Sẽ không có kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh nào được thực hiện ngoại trừ các kỹ thuật chuẩn đoán vì mục đích phát hiện ra các bất thường sau: i) Rối loạn

niễm sắc thể; ii) Các bệnh truyền nhiễm; iii) Bệnh huyết cầu; iv) Các bệnh liên quan đến gen di truyền; v) Các rối loạn bẩm sinh; vi) Bất cứ các bất thường nào khác hoặc các bệnh được cụ thể hóa do theo Ban giám sát quốc gia

- Không có một kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh nào được thực hiện và sử dụng nếu không có một ai có trình độ đủ để đáp ứng các điều kiện và lý do được ghi nhận trong các điều kiện sau: i) Tuổi của người phụ nữ mang thai trên 30 tuổi; ii) Người phụ nữ mang thai đã bị nạo hút thai hai hay nhiều lần hoặc bị sảy thai; iii) Người phụ nữ mang thai có biểu hiện về các yếu tố nguy cơ như: sử dụng ma túy, nhiễm phóng xạ, nhiễm bệnh hoặc nhiễm hóa chất; iv) Người phụ nữ mang thai hoặc chính người chồng của họ có tiền sử tâm thần phân liệt, hoặc dị tật hoặc các bệnh về gen di truyền; v) Bất cứ các điều kiện nào khác được cụ thể hóa Ban giám sát quốc gia quy định cụ thể.

- Theo quy định là một người thực hiện siêu âm cho một phụ nữ mang thai, sẽ phải ghi lại toàn bộ hoạt động trong phòng khám và phải kê đơn. Các điều kiện khác có thể được cụ thể hóa: i) Theo Quy định những ai thực hiện việc siêu âm cho một phụ nữ mang thai sẽ ghi lại toàn bộ những diễn biến trong phòng khám, kê đơn, nêu những hạn chế và sai phạm cũng được quy định trong chương trình hành động này, không thì cũng là cách để minh chứng cho những người làm công việc siêu âm; ii) Không có ai kể cả người thân hay người chồng được tìm cách và khuyến khích vợ mình thực hiện các kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh ngoại trừ siêu âm vì mục đích được nêu cụ thể trong điều luật số 2; iii) Không có ai kể cả người thân hay người chồng được tìm cách và khuyến khích vợ thực hiện các kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh cho ông ta, cho vợ và cho cả vợ và chồng

- Văn bản luật quy định về việc làm của người phụ nữ mang thai và quy định về việc ngăn cấm quảng cáo lựa chọn giới tính thai nhi. – Không người nào có liên quan đến quy định theo điều luật số (2) trong phần 3 được thực hiện thủ thuật chuẩn đoán trước sinh trừ khi: a) Người đó giải thích tất cả toàn bộ và cả những ảnh hưởng của thủ thuật này đối với sức khỏe những người phụ nữ mang thai; b) Người nhận được chỉ định thực hiện các thủ thuật này bằng văn phải theo đúng ngôn ngữ để người đó có thể hiểu được; c) Phô tô một bản văn bản đồng ý theo điều luật đã quy định đối với phụ nữ mang thai;

- Không có ai kể cả những người thực hiện các thủ thuật chuẩn đoán trước sinh được phép quảng cáo cho những người phụ nữ mang thai, người thân, hay những người họ hàng có liên quan khác về giới tính thai nhi bằng lời nói, bằng các dấu hiệu, hay bằng các hình thức khác. Thủ thuật chuẩn đoán trước sinh không thể thực hiện được trừ khi (i) tất cả các tác dụng phụ ảnh hưởng do thủ thuật xảy ra sau đó cũng phải giải thích rõ cho những người phụ nữ mang thai có liên quan biết rõ, (ii) Phải có sự đồng ý bằng văn bản của khách hàng về việc thực hiện các thủ thuật theo ngôn ngữ mà khách hàng có thể hiểu được và (iii) gửi lại 01 bản

phô tô văn bản đồng ý của người phụ nữ mang thai có liên quan. Ngăn cấm việc quảng cáo giới tính thai nhi bằng lời nói, bằng các dấu hiệu hoặc bằng các hình thức khác cho những người phụ nữ có liên quan, người thân hay những người khác.

- Quy định về việc cấm lựa chọn giới trước sinh –được quy định ngay khi chương trình hành động này được công nhận chính thức. a) Không một trung tâm tư vấn gien di truyền, phòng thí nghiệm gien di truyền, hay phòng khám gien di truyền nào được phép triển khai hay buộc phải triển khai thủ thuật chuẩn đoán trước sinh gồm cả siêu âm vì mục đích quyết định lựa chọn giới tính thai nhi tại cơ sở của mình; b) Không có ai được thực hiện hay buộc phải thực hiện kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh gồm cả siêu âm vì mục đích quyết định lựa chọn giới tính thai nhi. c) Không ai được phép hoặc buộc phải thực hiện lựa chọn giới tính khi sinh trước và sau khi thụ tinh dưới mọi hình thức.

Không một trung tâm tư vấn gien di truyền, phòng thí nghiệm gien di truyền, hay phòng khám gien di truyền hay ai có thể thực hiện hay buộc phải thực hiện kỹ thuật chuẩn đoán trước sinh bao gồm cả việc siêu âm vì mục đích lựa chọn giới tính thai nhi. Không ai được làm hoặc được phép làm các thủ thuật chuẩn đoán trước sinh trước và sau khi thụ tinh.

XIII. Luật Hộ tịch Đài Loan (Trung Quốc)

Nội dung chính của Luật quy định cơ quan quản lý hộ tịch các cấp (trung ương, tỉnh, huyện); hồ sơ đăng ký hộ tịch, quản lý di chuyển, thay đổi chỗ ở của công dân, độ tuổi làm chứng minh thư, nơi đăng ký hộ tịch, phân loại đăng ký, đăng ký, thay đổi, sửa chữa, bãi bỏ và xóa hộ tịch, thủ tục đăng ký, điều tra, thống kê hộ khẩu, quy định xử phạt (đăng ký chậm không có lý do chính đáng, khai man, cung cấp thông tin sai lệch). Những quy định của Luật này được vận dụng cho việc quản lý hộ khẩu, cư trú, không áp dụng vào các quy định của dự thảo Luật Dân số.

XIV. Bộ luật quy định về việc phá thai Ấn Độ

Bộ luật được ban hành năm 1971, đã chỉnh sửa bởi Quy định hiến pháp, bộ luật năm 2004

Bộ luật quy định về việc phá thai do các bác sĩ được công nhận hành nghề thực hiện và các vấn đề liên quan. Được Quốc hội ban hành trong năm thứ hai kể từ khi thành lập nước Cộng hòa Ấn Độ như sau:

1. Tên gọi, phạm vi và bắt đầu thực hiện

- (1) Bộ luật này được gọi là Bộ luật về phá thai năm 1971
- (2) Nó áp dụng cho toàn bộ nước Ấn Độ, trừ các bang Jammy và Kashmir

(3) Nó có hiệu lực vào ngày Chính phủ quyết định trên thông báo chính thức.

2. Những trường hợp mà bác sĩ có chứng chỉ hành nghề đăng ký được phép thực hiện việc phá thai

(1) Không phụ thuộc vào bất cứ điều gì quy định trong Bộ luật hình sự Ấn Độ (45/ 1860), bác sỹ y tế đã đăng ký sẽ không bị kết tội vi phạm bất kỳ quy định của bộ luật đó hoặc luật khác trong thời gian có hiệu lực, nếu bác sĩ thực hiện phá thai phù hợp với các quy định của Luật này.

(2) Theo như các quy định trong điều khoản phụ (4), việc phá thai có thể được thực hiện bởi những bác sỹ đã đăng ký hành nghề.

(a) khi thời gian mang thai không vượt quá 12 tuần, nếu những bác sĩ mà
(b) khi thời gian mang thai vượt quá mười hai tuần nhưng không quá 20 tuần, nếu ít hơn hau bác sỹ đăng ký hành nghề mà

theo ý kiến của mình cho rằng-

(i) tiếp tục mang thai sẽ liên quan đến nguy cơ tới cuộc sống của người phụ nữ mang thai hoặc gây tổn thương nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất hoặc tinh thần của phụ nữ mang thai, hoặc

(ii) có một nguy cơ lớn rằng nếu đứa trẻ được sinh ra, nó sẽ chịu những tình trạng bất thường về thể chất hoặc tinh thần ví dụ như bị tàn tật nghiêm trọng.

Giải thích I: Trường hợp mang thai bị cáo buộc bị gây ra là do người phụ nữ bị hiếp dâm, sự khổ tâm gây ra bởi việc mang thai như vậy sẽ được coi là ảnh hưởng hoặc gây tổn thương nghiêm trọng đối với sức khỏe tâm thần của người phụ nữ mang thai.

Giải thích II: Trường hợp mang thai xảy ra do sự cố không mong muốn khi chồng hoặc vợ sử dụng các thiết bị hoặc phương pháp tránh thai với mục đích hạn chế số con, sự khổ tâm do mang thai ngoài ý muốn gây ra có thể được coi là ảnh hưởng hoặc gây tổn thương nghiêm trọng đến sức khỏe về tinh thần của người phụ nữ mang thai.

(3) xác định rằng sự tiếp mang thai sẽ liên quan đến nguy cơ gây tổn thương cho sức khỏe như được đề cập trong tiểu mục (2), cũng cần phải xem xét đến môi trường sống thực tế của phụ nữ mang thai.

(4) (a) Không thực hiện phá thai đối với đối tượng chưa đủ 18 tuổi, hoặc những người đã đủ 18 tuổi, ²nhưng mắc bệnh tâm thần, trừ trường hợp được sự đồng ý bằng văn bản của người giám hộ của những đối tượng trên.

² Được thay thế cho từ “mất trí” theo Bộ luật sửa đổi năm 2002 (64/2002), ngày 18/12/2002 w.e.f 18-6-2003

(b) Ngoài các quy định khác tại khoản (a), không thực hiện phá thai nếu không có sự đồng ý của phụ nữ mang thai.

3. Những địa điểm thực hiện phá thai

Không thực hiện phá thai tại những địa điểm mà không được quy định trong bộ luật

(a) tại bệnh viện do Chính phủ lập và hoạt động

(b) cơ sở y tế được Chính phủ hoặc Ủy ban cấp huyện phê duyệt cho mục đích của Bộ Luật với điều kiện Ủy ban cấp Huyện được thành lập bởi thành viên Chính phủ với bác sĩ trưởng hoặc cán bộ y tế huyện là Chủ tịch của Ủy ban nói trên:

MIỄN LÀ Ủy ban cấp huyện bao gồm không ít hơn ba và không quá năm thành viên bao gồm Chủ tịch, Chính phủ có thể chỉ định vào bất kỳ thời gian nào.

XV. Luật nạo phá thai, triệt sản của một số nước Châu Âu

XV.1. Luật về nạo phá thai

Hoạt động nạo phá thai tại các nước Châu Âu có thể được chia thành 5 nhóm như ở dưới đây:

(i) Nghiêm cấm một cách nghiêm ngặt nạo phá thai trong trường hợp gây nguy hiểm cho tính mạng của bà mẹ. Điều này tồn tại ở Ireland and Bỉ. Tại Bỉ, thông qua nhân viên y tế có thể đồng ý thực hiện nạo phá thai điều trị mà không bị truy tố pháp luật. Các trường hợp tiến hành mà có thể gây nguy hiểm cho tính mạng của người phụ nữ thì phải có sự tư vấn của 2 đơn vị là các bác sĩ và Hội đồng y tế. Còn tại Ireland thì không có một trường hợp ngoại lệ nào được nêu trong luật.

(ii) Tại Pháp và Thụy Sĩ, nạo phá thai cũng được ngăn chặn một cách nghiêm ngặt, và chỉ được thực hiện khi nó gây nguy hiểm cho tính mạng của bà mẹ. Tuy nhiên, các quy định của luật pháp, truy tố hình sự và xử phạt tại Thụy Sĩ là rất khác biệt trong nhiều bối cảnh. Có một khoảng mà trong đó hoạt động nạo phá thai biến đổi từ cấm một cách nghiêm ngặt đến rất tự do.

(iii) Có sự hình thành, xây dựng các điều nghiêm cấm, hình phạt nhưng không có hành động pháp lý nào trong trường hợp đó là do nguyên nhân y tế, điều trị tại các nước như: Italia, Hy Lạp, Thổ Nhĩ Kỳ, Hà Lan và Romania. Tại Hy Lạp, nạo phá thai sẽ không bị phạt nếu đó là hậu quả của: hiếp dâm, loạn luân, dụ dỗ, trong khi tại Thổ Nhĩ Kỳ, có một danh sách các lý do y tế cho phép tiến hành nạo phá thai rất dài và phải có sự đồng ý của các bác sĩ. Tại Hà Lan là một trường hợp đặc biệt, hầu như luật chỉ đồng ý cho rất ít trường hợp ngoại lệ nhưng các hình phạt không được áp dụng. Tại Italia, nạo phá thai được quan niệm như là một loại tội phạm của sức khỏe, nhưng khi đó được xác định là để bảo vệ sức khỏe

của bản thân hoặc người khác khỏi những nguy hiểm từ các loại tổn thương thì vẫn được chấp nhận và không bị xử phạt, có một quy định đã cấp cho các bác sĩ một lề đủ rộng để hoạt động. Cuối cùng, tại Romania, luật dựa trên các mục tiêu và được xây dựng chặt chẽ và năm 1966, nó cung cấp các chỉ tiêu tâm lý cũng như y tế và các chỉ số về quan hệ tình dục. Hội đồng chuyên trách về sức khỏe thể chất có thể tán đồng nạo phá thai trong trường hợp người phụ nữ tuổi từ 45 trở lên hoặc một phụ nữ đã có 4 hoặc nhiều hơn con trở lên.

(iv) Trong sáu quốc gia các trường hợp ngoại lệ là rất nhiều, và cho dù các lệnh cấm vẫn còn hiệu lực nhưng đã bỏ qua trong thực tế. Nạo phá thai là điều có thể chấp nhận được và coi là một chỉ số về xã hội, kinh tế hay tâm lý, và gần như không có một trường hợp nào mà bác sĩ không thể phân loại như là một yêu cầu cho việc phải thực hiện. Sự nhượng bộ, khoan dung rất lớn này được tìm thấy trong quy định của các nước như: Bulgaria, Tiệp Khắc, Phần Lan, Hungary, Ba Lan và Vương quốc Anh. Tiệp Khắc yêu cầu sự quan tâm đối với các tình huống chung của phụ nữ. Trường hợp ngoại lệ tại Bulgaria được giới hạn một cách tương đối, nhưng sự thực thi có lẽ chỉ được tiến hành trong vòng 12 tuần đầu trong quá trình mang thai nếu các bác sĩ đưa ra kết luận là không thể giữ được thai nhi cho đến khi sinh.

Nạo phá thai cũng được chấp nhận tại Vương quốc Anh nếu có 2 bác sĩ khẳng định là tính mạng, cuộc sống của người mẹ gặp nguy hiểm, hay tiếp tục giữ lại thai sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần và thể chất của người mẹ hay là ảnh hưởng đến sức khỏe của đứa con đã sinh trước đó. Điều này yêu cầu cần phải có tư vấn và dự đoán một số tình huống có thể gặp phải đối với người phụ nữ trước khi tiến hành nạo phá thai. Thực tế là, quy định này nghĩa là rất tự do quyết định đối với các bác sĩ và những bệnh nhân của họ. Tại Ba Lan, phụ nữ có thể giải thích lý do của họ và có thể đưa ra nguyên nhân và cô ấy không sẵn sàng tiếp tục giữ lại thai nhi. Bác sĩ không được gọi lên để xác định nguyên nhân của cô ấy.

(v) Các quốc gia cho phép phụ nữ mang thai lựa chọn phá thai ở một thời kỳ đặc biệt trong quá trình mang thai, “thời gian giải quyết phù hợp”, bao gồm: Áo, Đan Mạch, Tây Đức, Đông Đức, Thụy Điển và Nam Tư. Thời kỳ được phép tiến hành nạo phá thai là 12 tuần đầu tiên sau khi mang thai, ngoại trừ Thụy Điển thời kỳ này là 18 tuần. Sau khi đã quá thời hạn trên, nạo phá thai có thể vẫn được phép nếu đó là để kiểm soát, điều trị y tế. Một vài quốc gia cho phép nạo phá thai mà không giới hạn thời gian nếu người mang thai là dưới 16 tuổi (tại Hy Lạp) hay dưới 14 tuổi (tại Thổ Nhĩ Kỳ). Năm 1974 Cộng hòa Liên bang Đức đã chấp nhận khoảng thời gian này trong một luật mới, nhưng nó không có được sự hiệu quả như là Liên minh Dân chủ Thiên chúa giáo đã kêu gọi hiến pháp liên bang tuyên bố pháp luật trái với hiến pháp và không phù hợp với pháp luật cơ bản (Hiến pháp) đảm bảo việc bảo vệ cuộc sống.

XV.2. Luật về triệt sản

Tình trạng kiểm soát triệt sản là rất khác nhau giữa các quốc gia. Căn cứ từ thực tiễn của các quốc gia ta có thể chia thành 4 nhóm khá rõ như sau:

(i) Không có những quy định cấm hay cho phép triệt sản đặc biệt. Các bác sỹ có thể tiến hành triệt sản như là một phần của cuộc phẫu thuật và không gây nguy hiểm. Điều này rất phổ biến ở các nước như: Bulgaria, Pháp, Hà Lan và Ba Lan. Hungary không có các quy định chính thức nhưng triệt sản chỉ có thể được thực hiện tại cơ sở y tế được chỉ định. Tại Pháp, truy tố hình sự đối với triệt sản cũng có thể được thực hiện nhưng không có trường hợp nào xảy ra kể từ năm 1937 và đây là trường hợp người không đủ điều kiện để tiến hành những hoạt động này.

(ii) Không có luật đặc biệt đồng ý triệt sản, nhưng triệt sản bị cấm một cách chung chung trong các luật quan tâm đến sự phá hủy, có hại đối với thân thể,... Có một vài quốc gia đã có kinh nghiệm với những quy định pháp luật không thật sự rõ ràng trong hoàn cảnh này. Các bác sỹ có thể có một quy ước về thực hiện triệt sản nhưng trước pháp luật có thể gặp phải truy tố. Tại Cộng hòa Liên bang Đức, triệt sản được thực hiện bởi bác sỹ để tránh mang thai, và đây là một cách nhanh chóng để có thể có được một quyết định có tính pháp lý và tránh được các quy định pháp luật không thực sự rõ ràng. Còn tại Thụy Điển, cho phép triệt sản nếu bố mẹ không đủ khả năng chăm sóc cho các con.

(iii) Các quy định đặc biệt nhằm kiểm soát sự cho phép và yêu cầu tính pháp lý đối với triệt sản được áp dụng tại: Tiệp Khắc, Đan Mạch, Phần Lan, Đông Đức và Thổ Nhĩ Kỳ. Triệt sản không được cho phép như một yêu cầu đơn giản của người bệnh, nhưng ngoại trừ tại Thổ Nhĩ Kỳ các quy định thường có phạm vi rất rộng nên các bác sỹ có thể tránh luật rất dễ. Sự yêu cầu có thể được xếp từ các chỉ số y tế cho đến nền tảng xã hội. Như tại Đan Mạch, triệt sản chỉ được áp dụng đối với người trên 25 tuổi (luật năm 7/1973).

Tại Italia triệt sản bị cấm một cách chính thức bằng luật và sẽ bị phạt nặng nếu tiến hành sterilization. Sự đồng ý của người bệnh vẫn không phải là đủ và là điều có thể giúp bác sỹ trước pháp luật.

B. ĐÁNH GIÁ PHÁP LUẬT

I. Nhận xét chung

1.1. Có nhiều nước ban hành chính sách dân số và Luật về dân số, nhưng nội dung quy định của mỗi nước khác nhau. Chính sách dân số của các quốc gia cũng rất đa dạng, từ việc đưa ra mục tiêu, định hướng về công tác dân số, đến những chính sách cụ thể về số con đối với cặp vợ chồng; cung cấp phương tiện tránh thai, cung cấp dịch vụ KHHGD, chăm sóc sức khỏe sinh sản cho thanh niên,

phụ nữ, biện pháp thực hiện KHHGD, thông tin giáo dục, truyền thông chuyên đổi hành vi về dân số....

1.2. Đối với hình thức xây dựng luật, vừa có quy định khung, vừa có quy định chi tiết. Không có quốc gia nào ban hành luật để điều chỉnh toàn diện các vấn đề dân số, bao gồm quy mô, cơ cấu, phân bố và chất lượng dân số³.

II. Vận dụng pháp luật quốc tế, chính sách, pháp luật của một số quốc gia có liên quan về dân số trong việc xây dựng Dự án Luật Dân số

2.1. Việt Nam xây dựng Luật Dân số nhằm hiện thực hóa quyền con người một cách có hệ thống sẽ thực hiện được bằng cách lồng ghép vào văn bản pháp luật các nguyên tắc về quyền con người như không phân biệt đối xử, cho phép người dân tham gia, tính minh bạch và tin cậy, và tập trung vào các nội dung chính trong quyền về sức khỏe như sự sẵn có, dễ tiếp cận, phù hợp và có chất lượng thỏa đáng của các dịch vụ y tế khi quy định tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ.

2.2. Để xây dựng Luật Dân số điều chỉnh toàn diện các vấn đề dân số, cần lưu ý tới đầy đủ các quyền, bao gồm cả những quyền gắn với các yếu tố quyết định đến sức khỏe, chẳng hạn như giáo dục, nhà ở, lương thực, và điều kiện làm việc. Những quyền khác có tác động rõ rệt đến dân số, chẳng hạn như quyền được

³ (1) Luật DS-KHHGD của Trung Quốc quy định chủ yếu về thực hiện KHHGD, quy mô gia đình ít con. (2) Luật Phát triển dân số và gia đình Inđônêxia quy định phát triển dân số là thực hiện hài hòa, cân đối giữa số lượng, chất lượng và phân bố dân cư và môi trường. (3) Luật Kế hoạch dân số của Thổ Nhĩ Kỳ quy định về triệt sản, phá thai, quy định chế tài xử phạt hành vi phá thai trong Luật. (4) Luật Chính sách dân số toàn quốc Pêru: xây dựng theo hướng khung nội dung của công tác dân số. (5) Luật Dân cư Mêhicô: nội dung quy định chủ yếu về quản lý người di cư ra nước ngoài và người nước ngoài nhập cư vào Mêhicô. (6) Luật Sức khỏe di truyền Đài Loan (Trung Quốc): quy định chi tiết về kiểm tra sức khỏe cộng đồng, sức khỏe tiền sinh sản, nạo thai tự nguyện. (7) Luật Chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em Hàn Quốc: nhằm bảo vệ tính mạng và sức khỏe của người mẹ, sinh con khỏe mạnh và nuôi dưỡng tốt, nâng cao tố chất sức khỏe của nhân dân. (8) Luật Chăm sóc phụ nữ, trẻ em Nhật Bản: quy định chăm sóc và tăng cường sức khỏe cho sản phụ, trẻ sơ sinh và trẻ em. Đồng thời áp dụng các biện pháp tiến hành chỉ đạo y tế, kiểm tra sức khỏe và chữa bệnh cho sản phụ, trẻ sơ sinh và trẻ em, từ đó xúc tiến nâng cao trình độ y tế của cả nước. (9) Luật chăm sóc sức khỏe ưu sinh của Nhật Bản năm 1990 quy định thực hiện không sinh đẻ trong một số trường hợp cụ thể. (10) Luật Quy định chính sách quốc gia về làm cha mẹ có trách nhiệm và sức khỏe sinh sản Philippine: chưa đề cập đến toàn diện các nội dung của công tác dân số, chủ yếu về nội dung chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục. (11) Luật Bảo vệ bào thai Cộng hòa Liên bang Đức năm 1990: quy định việc xử lý vi phạm (phạt tiền hoặc phạt tù) khi lạm dụng các hình thức cấy thai hoặc sử dụng bào thai người một cách lạm dụng; Thụ thai trái phép, cấy thai trái phép và thụ thai nhân tạo sau khi người có tế bào tinh trùng dùng cho việc thụ thai đã chết; Thay đổi nhân tạo tế bào mầm thai người; cấm lựa chọn giới tính. (12) Luật về các kỹ thuật chuẩn đoán trước khi thụ thai và trước sinh (cấm lựa chọn giới tính thai nhi) chương hành động năm 1994 của Ấn Độ quy định kỹ thuật chuẩn đoán trước khi thụ thai và trước khi sinh (quy định về việc cấm lựa chọn giới tính). (13) Luật Hộ tịch Đài Loan (Trung Quốc) quy định cho việc quản lý hộ khẩu, cư trú. (14) Bộ luật quy định về việc phá thai Ấn Độ. (15) Luật nạo phá thai, triệt sản tại một số nước Châu Âu.

giáo dục, tiếp cận thông tin, quyền tự chủ và bất khả xâm phạm về thân thể, quyền quyết định muốn có con và khi nào sinh con, số lượng và khoảng cách giữa các lần sinh cũng như những thông tin và cách thức thực hiện các quyền này, cũng sẽ hỗ trợ một cách tích cực tới những nỗ lực về dân số và phát triển của Việt Nam. Thêm vào đó, việc đưa vào các quyền như quyền thông tin, quyền riêng tư và bảo mật, quyền quyết định trên cơ sở có đủ thông tin, quyền tự do di chuyển, tự do lập hội có thể hỗ trợ tăng cường hiệu lực thực thi của luật.

2.3. Tất cả các quyền này đều có cơ sở pháp lý dựa trên những hiệp ước về quyền con người cơ bản mà Việt Nam đã ký kết hoặc tham gia, bao gồm Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR), Công ước quốc tế về xóa bỏ mọi hình thức phân biệt chủng tộc (ICERD), Công ước quốc tế về các quyền dân sự và chính trị (ICCPR), Công ước về xóa bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW), Công ước về quyền trẻ em (CRC), và Công ước về quyền của người khuyết tật (CRPD). Ngoài ra, Việt Nam cũng đã tích cực ủng hộ Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển (ICPD) cũng như các tiến trình dân số và phát triển khác có liên quan.

2.4. Trong thực hiện KHHGD, ưu tiên đầu tiên là tránh thai. Nhà nước sẽ tạo điều kiện trong khuôn khổ cho phép cho cá nhân có được một trong những biện pháp tránh thai an toàn, hiệu quả và phù hợp. An toàn hoặc các quy trình kiểm soát sinh phải được đảm bảo. Các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ phải thận trọng trong việc sử dụng các biện pháp tránh thai và trong việc tuân theo sự chỉ dẫn khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật về KHHGD. Cần phải ngăn chặn và giảm bớt các trường hợp mang thai ngoài ý muốn. Người cung cấp dịch vụ kỹ thuật KHHGD sẽ hướng dẫn đối tượng lựa chọn biện pháp tránh thai an toàn, hiệu quả và phù hợp. Các cặp vợ chồng đã sinh con được khuyến khích lựa chọn các biện pháp tránh thai có tác dụng lâu dài. Nhà nước sẽ khuyến khích các nghiên cứu, xây dựng và tuyên truyền về kỹ thuật và sản phẩm KHHGD mới. Nghiêm cấm việc sử dụng chẩn đoán bằng siêu âm hoặc các kỹ thuật khác để xác định giới tính của bào thai không cho mục đích y học. Nghiêm cấm nạo phá thai để lựa chọn giới tính không cho mục đích y học⁴.

2.5. Kế hoạch hóa gia đình đề cập tới các nỗ lực để quản lý việc sinh đẻ, có sự giãn cách hợp lý giữa các lần sinh, quản lý việc mang thai qua việc thúc đẩy, bảo vệ và hỗ trợ phù hợp với các quyền sinh sản nhằm thực hiện xây dựng gia đình có chất lượng.

Quản lý thai nghén là các nỗ lực giúp vợ chồng có thể sinh con ở các thời điểm thích hợp, có được số lượng con phù hợp và quản lý được khoảng cách giữa các lần sinh thông qua việc sử dụng các biện pháp tránh thai.

⁴ Luật DS-KHHGD của Trung Quốc.

Chất lượng dân số đề cập tới điều kiện dân số bằng các khái niệm thực thể hoặc mức độ phi thực thể bao trùm tình trạng sức khỏe, mức độ giáo dục, việc làm, năng suất lao động, mức độ phát triển xã hội, khả năng chịu đựng, khả năng tự cung tự cấp, trí thông minh, như những giải pháp nền tảng trong năng lực phát triển và hưởng thụ cuộc sống như những cá nhân sùng đạo lý và có văn hóa chứa đựng những đặc tính dân tộc và có cuộc sống thanh cao.

Thực hiện các quyền sinh sản cũng như các vấn đề khác liên quan đến đời sống hôn nhân.

Chính phủ sẽ xây dựng chính sách định hướng di biến động dân cư, cũng như phân bố dân cư để đạt được sự phân bố hợp lý tối đa trên cơ sở cân đối giữa tổng dân số và khả năng đáp ứng của tự nhiên và năng lực đáp ứng của môi trường.

Chính sách định hướng di biến động dân cư và/hoặc phân bố dân cư bao trùm di biến động trong nước, di biến động quốc tế sẽ được thực thi ở cấp quốc gia, và cấp khu vực và được xây dựng một cách bền vững⁵.

2.6. Kế hoạch dân số tức là cá nhân có tự do quyết định số con cái của mình và thời gian sinh đẻ.

Nhà nước sẽ áp dụng biện pháp cần thiết để cung cấp giáo dục và dịch vụ cho kế hoạch dân số. Kế hoạch dân số thực hiện thông qua chấp hành biện pháp tránh thai

Phá thai và triệt sản phải tiến hành dưới sự giám sát và khống chế của nhà nước. Ngoài trường hợp nêu rõ, không được phá thai, cũng không được dùng phẫu thuật triệt sản và cắt bỏ tuyến sinh dục. Nếu không có lý do phản đối về mặt y tế, mang thai trước cuối tuần thứ 10, có thể tiến hành nạo thai. Nếu thời gian mang thai quá 10 tuần, vẫn muốn nạo thai, thì chỉ có thể tiến hành khi mang thai xuất hiện hoặc sẽ xuất hiện nguy hiểm đến tính mạng của người mẹ hoặc sẽ tổn thương đứa con sắp ra đời, nhưng cần phải căn cứ vào kết luận khách quan bằng văn bản của một chuyên gia phụ sản và một chuyên gia về vấn đề có liên quan. Trường hợp không can thiệp trực tiếp sẽ gây nguy hiểm đến tính mạng hoặc một khi quan trọng thì bác sỹ ngoại khoa thẩm định trường hợp đó có thể cho nạo thai. Nhưng bác sỹ ngoại khoa can thiệp vào việc mang thai trong trường hợp đó phải báo cáo người lãnh đạo của cơ quan y tế và phúc lợi xã hội trung tâm tỉnh và bác sỹ của chính quyền thành phố, thị trấn tại chỗ, chứng thực lý do phẫu thuật chính đáng có thể báo cáo trước khi phẫu thuật, nếu không thể thì cũng có thể nộp bản báo cáo trong vòng 24 giờ sau khi phẫu thuật.

Cần phải xây dựng một chương trình nói rõ các điều kiện tạo nên tình trạng khẩn cấp; cách thức và nội dung báo cáo; cách thức của tờ khai xin phép nạo thai hoặc triệt sản; nơi có thể tiến hành phẫu thuật đó; những nơi đó phải có đầy đủ

⁵ Luật Phát triển dân số và gia đình Indônêxia.

điều kiện y tế và điều kiện khác; và những vấn đề liên quan đến kiểm tra và giám sát những nơi đó. Xử phạt vi phạm hành chính hoặc xử lý hình sự nếu vì mục đích trục lợi thuốc, dụng cụ tránh thai, sản xuất, phân phát trong nước hoặc mang từ nước ngoài vào chưa được cấp giấy chứng nhận phòng thai hợp quy cách của cơ quan quản lý⁶.

2.7. Kiểm tra sức khỏe di truyền: kiểm tra các bệnh có liên quan đến các bệnh di truyền, truyền nhiễm. Tạo điều kiện cho người có nguy cơ cao đi khám sức khỏe trước hôn nhân. Thực hiện tư vấn, tầm soát, chẩn đoán và điều trị trước sinh và sơ sinh. Các cơ quan có thẩm quyền, khi cần thiết, có thể bắt buộc thực hiện kiểm tra sức khỏe cộng đồng hoặc kiểm tra sức khỏe tiền sinh sản. Những cuộc kiểm tra này sẽ bao gồm những nội dung kiểm tra sau đây được bổ sung thêm trong những cuộc kiểm tra sức khỏe chung:

- + Các kiểm tra có liên quan đến các bệnh di truyền
- + Các kiểm tra có liên quan đến các bệnh truyền nhiễm
- + Các kiểm tra có liên quan đến các bệnh tâm thần

Các nội dung và chi tiết đối với các cuộc kiểm tra nêu ở trên sẽ được quy định bởi các cơ quan có thẩm quyền ở trung ương⁷.

2.8. Quy định về việc cấm lựa chọn giới tính: “Ngăn cấm lựa chọn giới tính: Không có ai, kể cả chuyên gia hay một nhóm chuyên gia trong lĩnh vực xuất tinh, thực hiện, hoặc nhờ người khác hỗ trợ lựa chọn giới tính nam và nữ từ mô, phôi, thụ tinh, hút dịch hoặc tinh ngày trứng rụng để chọn một hoặc cả hai giới tính thai nhi. Lựa chọn giới tính nam hoặc nữ hay cả hai dựa vào mô, phôi, thụ tinh, dịch tinh ngày trứng rụng từ phía nam hoặc nữ cũng đều bị cấm theo luật định.”⁸

2.9. Thực hiện việc tầm soát trước sinh, sơ sinh bệnh, tật bẩm sinh, khám sức khỏe trước hôn nhân nhằm nâng cao chất lượng dân số⁹.

2.10. Phân bố dân cư trên lãnh thổ quốc gia nhằm đảm bảo sự công bằng và bình đẳng trong việc hưởng thụ các phúc lợi do phát triển kinh tế và xã hội đem lại và quy định đăng ký dân số quốc gia¹⁰.

Đối với các nội dung có liên quan khác, cần được nghiên cứu vận dụng để đưa vào dự thảo Luật Dân số.

⁶ Luật Kế hoạch dân số của Thổ Nhĩ Kỳ.

⁷ Luật Sức khỏe di truyền Đài Loan (Trung Quốc).

⁸ Luật Về các kỹ thuật chuẩn đoán trước khi thụ thai và trước sinh (cấm lựa chọn giới tính thai nhi) của Ấn Độ.

⁹ Luật Chăm sóc sức khỏe ưu sinh của Nhật Bản.

¹⁰ Luật Dân cư Méhicô.