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
ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH
DỰ ÁN LUẬT DÂN SỐ

I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP TỔNG QUAN

1. Bối cảnh xây dựng chính sách

Trong những năm qua, công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình đã đạt được những kết quả quan trọng, góp phần to lớn vào công cuộc xây dựng và phát triển kinh tế - xã hội của đất nước (Tốc độ gia tăng dân số đã được khống chế thành công, đạt mức sinh thay thế sớm hơn 10 năm so với mục tiêu đề ra và tiếp tục duy trì cho đến nay. Cơ cấu dân số chuyển dịch tích cực. Từ năm 2007, nước ta bước vào thời kỳ dân số vàng. Chất lượng dân số được cải thiện về nhiều mặt. Tuổi thọ trung bình tăng nhanh, đạt 73,7 tuổi năm 2020, cao hơn nhiều nước có cùng mức thu nhập bình quân đầu người. Dân số đã có sự phân bố hợp lý hơn, gắn với quá trình đô thị hoá, công nghiệp hoá và yêu cầu phát triển kinh tế - xã hội, đảm bảo quốc phòng, an ninh…).

Tuy nhiên, mức sinh giữa các vùng còn chệnh lệch đáng kể[1]; mất cân bằng giới tính khi sinh tăng nhanh, đã ở mức nghiêm trọng[2]. Chỉ số phát triển con người (HDI) còn thấp, chậm được cải thiện[3]. Tỷ lệ tử vong bà mẹ, trẻ sơ sinh, trẻ dưới 5 tuổi và tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi còn cao, chênh lệch nhiều giữa các vùng, miền[4]. Tuổi thọ bình quân tăng nhưng số năm trung bình sống khỏe mạnh chỉ đạt 64 tuổi. Tầm vóc, thể lực của người Việt Nam chậm được cải thiện[5]. Chưa có giải pháp đồng bộ phát huy lợi thế của thời kỳ dân số vàng và thích ứng với việc già hóa dân số. Chất lượng dân số còn thấp. Phân bố dân số, quản lý di cư còn nhiều bất cập…

---

[1] Hiện nay, có 21 tỉnh, thành phố có mức sinh thấp; 33 tỉnh, thành phố có mức sinh cao; 9 tỉnh, thành phố duy trì được mức sinh thay thế.

[2] Từ năm 2012 đến nay luôn duy trì ở mức trên 112 bé trai/100 bé gái. SRB năm 2020 giảm so với các năm trước đó nhưng vẫn ở mức cao (năm 2020: 112,1 bé trai/100 bé gái).

[3] Từ năm 1993 đến nay tăng 5 bậc từ (từ 120 lên 115) - Báo cáo phát triển con người của UNDP.

[4] Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 8,4% ở khu vực miền Đông Nam bộ, ở Tây Nguyên là 22,6%.

[5] Trong 30 năm chiều cao trung bình của thanh niên Việt Nam mới tăng được 3 cm, tính chung là 1,621m, xếp thứ 8/10 nước ASEAN, trên Indonesia và Phippine.

Ngày 25/10/2017, Ban Chấp hành Trung ương Đảng đã ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới. Theo đó, Đảng ta khẳng định quan điểm nhất quán "*Tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển. Công tác dân số phải chú trọng toàn diện các mặt quy mô, cơ cấu, phân bố, đặc biệt là chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ hữu cơ với các yếu tố kinh tế, xã hội, quốc phòng, an ninh và bảo đảm phát triển nhanh, bền vững*". Nghị quyết số 21-NQ/TW đặt ra mục tiêu "*Giải quyết toàn diện, đồng bộ các vấn đề về quy mô, cơ cấu, phân bổ, chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ tác động qua lại với phát triển kinh tế - xã hội. Duy trì vững chắc mức sinh thay thế; đưa tỉ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên; tận dụng hiệu quả cơ cấu dân số vàng, thích ứng với già hóa dân số; phân bố dân số hợp lý; nâng cao chất lượng dân số, góp phần phát triển đất nước nhanh, bền vững*". Để thể chế hóa Nghị quyết số 21-NQ/TW, cần thiết phải xây dựng và ban hành Luật Dân số với những chính sách trọng tâm nhằm khắc phục những hạn chế, bất cập của công tác dân số hiện nay, đáp ứng với yêu cầu của công tác dân số trong tình hình mới trên cơ sở kế thừa và phát triển Pháp lệnh Dân số, tạo cơ sở pháp lý để giải quyết toàn diện công tác dân số, góp phần thúc đẩy đất nước phát triển nhanh và bền vững.

2. Mục tiêu xây dựng chính sách

Xác định những định hướng, giải pháp của Nhà nước để xây dựng các quy định pháp luật nhằm giải quyết toàn diện, đồng bộ các vấn đề về quy mô, cơ cấu, phân bố, chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ tác động qua lại với phát triển kinh tế - xã hội, đáp ứng yêu cầu công tác dân số trong thời tình hình mới, bảo đảm cho sự phát triển nhanh và bền vững của đất nước.

II. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH

Nhằm đảm bảo tính thống nhất các chính sách trong Đề nghị xây dựng Luật Dân số, Bộ Y tế trình Chính phủ 06 chính sách cơ bản đã được Bộ Y tế trình Chính phủ và báo cáo Quốc hội năm 2018 để thể chế hoá Nghị quyết số 21-NQ/TW và xây dựng dự thảo chi tiết Luật Dân số, bao gồm:

- *Chính sách 1.* Duy trì mức sinh thay thế và quy định về số con.

- *Chính sách 2.* Phá thai an toàn.

- *Chính sách 3.* Khống chế tốc độ gia tăng tỉ số giới tính khi sinh, giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh.

- Chính sách 4. Tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh.

- *Chính sách 5.* Tư vấn, khám sức khoẻ trước khi kết hôn.

- *Chính sách 6.* Lồng ghép các yếu tố dân số trong kế hoạch phát triển[6].

---

[6] Tên gọi chính sách 4, 5, 6 trong đề nghị xây dựng Dự án Luật là "*Tầm soát bệnh, tật bẩm sinh*

1. CHÍNH SÁCH 1: DUY TRÌ MỨC SINH THAY THẾ VÀ QUY ĐỊNH VỀ SỐ CON

1.1. Xác định vấn đề bất cập

**** Mức sinh giữa các vùng còn chênh lệch đáng kể. Khu vực kinh tế - xã hội nhiều khó khăn có mức sinh cao, có nơi rất cao, trong khi ở một số vùng đô thị, kinh tế - xã hội phát triển, mức sinh đã xuống thấp, có nơi thấp hơn nhiều so với mức sinh thay thế***[7]

Ngay từ đầu những năm 60 của thế kỷ trước, Chính phủ đã ban hành Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 về việc sinh đẻ có hướng dẫn, trọng tâm là kiểm soát mức sinh. Trải qua hơn 30 năm thực hiện, kết quả đạt được không như kỳ vọng do nhiều nguyên nhân chủ quan và khách quan, tổng tỷ suất sinh (TFR) tuy đã giảm nhưng vẫn còn ở mức cao, đã giảm từ 6,39 con/phụ nữ xuống 3,74 con/phụ nữ (1992).

Nhận thức sâu sắc sức ép của quy mô dân số lớn, tốc độ tăng nhanh làm cản trở sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa VII ban hành Nghị quyết Hội nghị lần thứ tư số 04-NQ/HNTW ngày 14/01/1993 về chính sách dân số - kế hoạch hoá gia đình (DS-KHHGĐ). Nghị quyết là bước ngoặt về cả nội dung, cách làm và thể hiện rõ sự đúng đắn ở kết quả đạt được. Tổng tỷ suất sinh giảm nhanh xuống 2,33 con/phụ nữ (1999) và đạt mức sinh thay thế là 2,11 con/phụ nữ (2005), duy trì mức sinh thay thế đến hiện nay.

Mặc dù nước ta đã duy trì mức sinh thay thế hơn 15 năm qua nhưng hiện nay đang đối mặt với thực trạng chênh lệch mức sinh đáng kể giữa các vùng[8]; xu hướng không muốn hoặc sinh rất ít con đã xuất hiện ở một số đô thị, nơi có điều kiện kinh tế phát triển; trong khi đó, tại một số nơi điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, mức sinh vẫn cao, thậm chí rất cao trên 2,5 con.

Hiện nay có 21 tỉnh, thành phố có mức sinh thấp[9], thậm chí một số tỉnh mức sinh đã rất thấp, tập trung ở vùng Đông Nam Bộ, đồng bằng sông Cửu Long và

để nâng cao chất lượng dân số"; *"Tư vấn khám sức khỏe tiền hôn nhân*" và "*Lồng ghép biến dân số trong kế hoạch phát triển*". Tên gọi các chính sách này được sửa đổi để thống nhất, phù hợp với các văn bản hiện hành (Căn cứ vào các nhiệm vụ, giải pháp của Nghị quyết số 21-NQ/TW để duy trì vững chắc mức sinh thay thế, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam đến năm 2030; Chương trình Truyền thông dân số đến năm 2030; Chương trình Điều chỉnh mức sinh phù hợp các vùng, đối tượng đến năm 2030; Chương trình Củng cố, phát triển và nâng cao chất lượng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình đến năm 2030 và các Đề án, Chương trình khác về dân số).

[7] Tờ trình của Bộ Chính trị Đề án về công tác dân số trong tình hình mới (Trình Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương khóa XII).

8 Quyết định số 2019/QĐ-BYT ngày 27/4/2021 công bố danh sách tỉnh, thành phố thuộc các vùng mức sinh áp dụng cho giai đoạn 2020-2025.

9 Quyết định số 2019/QĐ-BYT: Vùng mức sinh thấp gồm 21 tỉnh, thành phố: Thành phố Hồ

một số tỉnh Duyên hải miền Trung, có quy mô dân số là 37,9 triệu người chiếm khoảng 39,4% dân số cả nước. Trong điều kiện kinh tế tiếp tục tăng trưởng nhanh, đô thị hóa ngày càng nhanh, sự hội nhập quốc tế ngày càng sâu, rộng, xu hướng này càng được củng cố, lan rộng. Mức sinh thấp kéo dài sẽ để lại nhiều hệ lụy như già hóa dân số nhanh, thiếu hụt lao động, ảnh hưởng đến an sinh xã hội, ... Kinh nghiệm quốc tế cho thấy, nhiều nước trên thế giới đã thành công trong việc giảm sinh nhưng chưa có nước nào thành công trong việc đưa mức sinh rất thấp về mức thay thế cho dù có nhiều chính sách khuyến sinh với nguồn lực đầu tư lớn.

Bên cạnh đó, xu hướng mức sinh tăng cao trở lại sau khi đạt mức thay thế đã xuất hiện ở nhiều tỉnh tại vùng Trung du miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ. Hiện có 33 tỉnh có mức sinh cao[10], quy mô dân số là 39,8 triệu người, chiếm 41,4% dân số cả nước, nhiều tỉnh có điều kiện kinh tế - xã hội còn rất khó khăn, chất lượng nguồn nhân lực còn nhiều hạn chế. Mức sinh cao đã tác động tiêu cực đến phát triển kinh tế - xã hội, giải quyết việc làm, chăm sóc sức khỏe nhân dân, giáo dục,… làm tăng khoảng cách phát triển và chất lượng cuộc sống của nhân dân của các địa phương này so với các khu vực khác.

Duy trì mức sinh thay thế sẽ góp phần ổn định quy mô dân số, đóng góp vào tăng trưởng kinh tế, tác động tích cực đến việc nâng cao chất lượng dân số và nguồn nhân lực cho phát triển đất nước. Kết quả này giúp tránh được những hiệu ứng không tích cực của cả hai trạng thái: quy mô dân số quá đông, mật độ dân số quá cao do mức sinh tăng trở lại hoặc quy mô dân số giảm sớm, giảm nhanh nếu mức sinh giảm xuống dưới mức thay thế thì rất khó đưa mức sinh tăng trở lại, dù có đầu tư lớn cho chính sách khuyến sinh. Giảm chênh lệch mức sinh giữa các vùng, địa phương góp phần giảm khoảng cách chênh lệch hoặc làm chậm lại tốc độ gia tăng khoảng cách về thu nhập, mức sống giữa các vùng, các nhóm dân cư, giảm nghèo ở các khu vực khó khăn, nơi thường có mức sinh cao.

Trước những thành tựu và hạn chế của công tác dân số, Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới đã đề ra mục tiêu đến năm 2030, duy trì vững chắc mức sinh thay thế (bình quân mỗi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có 2,1 con), quy mô dân số 104 triệu người. Giảm 50% chênh lệch mức sinh giữa nông thôn và thành thị, miền núi và đồng bằng; 50% số tỉnh đạt mức

---

Chí Minh, Đồng Tháp, Hậu Giang, Bà Rịa - Vũng Tàu, Bình Dương, Khánh Hòa, Long An, Bạc Liêu, Tây Ninh, Sóc Trăng, Cà Mau, Đồng Nai, Bình Thuận, Tiền Giang, Cần Thơ, Vĩnh Long, An Giang, Bến Tre, Đà Nẵng, Quảng Ngãi và Kiên Giang.

[10] Quyết định số 2019/QĐ-BYT: Vùng mức sinh cao gồm 33 tỉnh, thành phố: Hà Tĩnh, Lai Châu, Quảng Trị, Yên Bái, Điện Biên, Nghệ An, Tuyên Quang, Ninh Bình, Sơn La, Bắc Ninh, Nam Định, Hà Giang, Bắc Giang, Thanh Hóa, Phú Thọ, Kon Tum, Hòa Bình, Đăk Nông, Cao Bằng, Quảng Bình, Lào Cai, Vĩnh Phúc, Gia Lai, Thái Nguyên, Hưng Yên, Đăk Lăk, Bắc Kạn, Lạng Sơn, Thái Bình, Hải Dương, Thừa Thiên Huế, Quảng Nam và Hà Nam.

sinh thay thế.

**** Các trường hợp về mức sinh không mong muốn có thể xảy ra***

Trong thời gian tới, mức sinh có thể tăng hoặc giảm xuống mức thấp như một số quốc gia đã gặp phải, hoặc tiếp tục duy trì mức sinh thay thế nếu có biện pháp, chính sách điều chỉnh thích hợp, có hiệu quả. Các trường hợp về mức sinh không mong muốn có thể xảy ra, đó là:

(1) Mức sinh có thể giảm xuống mức thấp, thậm chí xuống rất thấp, khó có khả năng trở lại mức sinh thay thế.

(2) Mức sinh có thể tăng trở lại, quy mô dân số có thể tăng cao.

Kinh nghiệm quốc tế chỉ ra rằng[11]: (i) một số nước chậm điều chỉnh chính sách khi mức sinh đang tiệm cận mức sinh thay thế, đã làm cho mức sinh tiếp tục giảm nhanh xuống mức rất thấp[12]; (ii) một số nước nới lỏng chính sách giảm sinh khi đạt hoặc sau khi đạt mức sinh thay thế thì mức sinh chỉ tăng thêm chút ít và chỉ tăng trong vài năm, sau đó lại giảm; (iii) khi mức sinh đã xuống rất thấp thì các chính sách khuyến sinh mặc dù chi phí rất lớn, nhưng hầu như không có tác dụng làm mức sinh tăng trở lại lên mức sinh thay thế (2,1 con/phụ nữ), thậm chí là mức 1,8 con/phụ nữ[13].

**** Vấn đề đặt ra***

Duy trì vững chắc mức sinh thay thế là chính sách lớn của Đảng, Nhà nước ta, mang lại lợi tích to lớn cho phát triển kinh tế - xã hội, tác động tích cực đến việc nâng cao chất lượng dân số, nâng cao chất lượng cuộc sống; bảo đảm nguồn nhân lực cho phát triển bền vững của đất nước. Để duy trì mức sinh thay thế cần thiết phải sử dụng đồng bộ các biện pháp tuyên truyền vận động, giáo dục, kinh tế, pháp luật và hành chính; đồng thời quy định về quyền, nghĩa vụ của mỗi cặp

---

11 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 (http://esa.un.org/PopPolicy/publications.aspx).

12 Mức sinh ở Singapore bắt đầu giảm dần trong thời gian đầu những năm 1960, đạt dưới mức thay thế vào năm 1975, sau đó tiếp tục giảm xuống mức rất thấp vào đầu những năm 2000 và ở mức rất thấp kể từ đó. Tính đến năm 2011, tổng số của Singapore tỷ suất sinh (TFR) chỉ là 1,2 lần sinh trên một phụ nữ, thấp hơn rất nhiều mức cần thiết để duy trì quy mô dân số và để giữ cân bằng cơ cấu tuổi (http://esa.un.org/PopPolicy/publications.aspx).

13 Các chương trình hưu trí và bảo hiểm y tế quốc gia của Hàn Quốc sẽ phải chịu áp lực nặng nề khi số lượng người thụ hưởng tăng lên trong khi số lượng người đóng góp thu hẹp. Chi tiêu công xã hội, chiếm 9,8% tổng sản phẩm quốc nội (GDP) năm 2013, được dự báo sẽ tăng lên 29,0% GDP vào năm 2060. Việc tăng chi tiêu Chính phủ như vậy có thể không khả thi trong thời kỳ kinh tế tăng trưởng dự kiến sẽ chậm lại. Chính phủ Hàn Quốc có thể không đủ khả năng tiếp tục duy trì mức sinh rất thấp (http://esa.un.org/PopPolicy/publications.aspx).

vợ chồng, cá nhân trong việc sinh con.

1.2. Mục tiêu giải quyết vấn đề

- Duy trì vững chắc mức sinh thay thế (tính bình quân trong toàn xã hội mỗi cặp vợ chồng có hai con). Giảm 50% chênh lệch mức sinh giữa nông thôn và thành thị, miền núi và đồng bằng; 50% số tỉnh đạt mức sinh thay thế[14].

- Quy định quyền, nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân trong việc sinh con, bảo đảm thực hiện quyền con người, quyền và nghĩa vụ cơ bản của công dân theo quy định Hiến pháp 2013.

1.3. Các giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề

Giải pháp 1:

Quy định các biện pháp điều chỉnh mức sinh và cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình phù hợp với vùng, tỉnh, thành phố để duy trì vững chắc mức sinh thay thế trong phạm vi cả nước; quy định các biện pháp tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục về dân số. Đồng thời, quy định các cặp vợ chồng, cá nhân có quyền quyết định về thời gian sinh con, số con và khoảng cách giữa các lần sinh bảo đảm trách nhiệm chăm sóc và nuôi dạy con tốt. Tuy nhiên, để tránh hiểu không đúng, hiểu sai trong việc thực hiện, Luật quy định quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân không tách rời nhau trong việc sinh con. Cặp vợ chồng, cá nhân có nghĩa vụ thực hiện chính sách, pháp luật về dân số; bảo đảm trách nhiệm chăm sóc và nuôi dạy con tốt; thực hiện các cuộc vận động của Đảng và Nhà nước về công tác dân số phù hợp với từng thời kỳ trên cơ sở tự nguyện của cặp vợ chồng, cá nhân.

Giải pháp 2:

Quy định như pháp luật hiện hành về quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân trong việc thực hiện cuộc vận động dân số - kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe sinh sản. Mỗi cặp vợ chồng, cá nhân được quyết định thời gian và khoảng cách sinh con; sinh một hoặc hai con, trừ các trường hợp có quy định khác (là 07 trường hợp đã được Chính phủ quy định trong Nghị định quy định chi tiết thi hành Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 của Pháp lệnh Dân số). Các biện pháp điều chỉnh mức sinh và việc cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình được quy định như giải pháp 1.

1.4. Đánh giá tác động của các giải pháp đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan

1.4.1. Tác động đối với mức sinh ở Việt Nam

1.4.1.1. Đối với giải pháp 1

[14] Thể chế hoá mục tiêu Nghị quyết 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới.

Thực tiễn cho thấy, mặc dù mức sinh khi giảm chậm, lúc giảm nhanh nhưng xu hướng giảm sinh, giữ được mức sinh thay thế ở nước ta là vững chắc, ngay cả trong thời gian trước khi Pháp lệnh Dân số sửa đổi Điều 10 cho phép các cặp vợ chồng và cá nhân có quyền quyết định số con (Bảng 1.1).

Bảng 1.1. Số con trung bình của một phụ nữ (TFR) Việt Nam

Năm	TFR	Năm	TFR
1965-1969	6,81	2012	2,05
2003	2,12	2013	2,10
2004	2,23	2014	2,09
2005	2,11	2015	2,10
2006	2,09	2016	2,09
2007	2,07	2017	2,04
2008	2,08	2018	2,05
2009	2,03	2019	2,09
2010	2,00	2020	2,12
2011	1,99	2021	2,11

Nguồn: TCTK. Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019, NGTK 2020.

BYT. Báo cáo Tổng kết công tác Y tế năm 2021 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2022.

Có nhiều yếu tố đảm bảo xu hướng mức sinh thấp nói trên vẫn được duy trì, mức sinh thay thế vẫn được giữ vững, đó là:

Một là, hơn nửa thế kỷ qua, người dân được tuyên truyền và trên thực tế đã nhìn nhận thấy lợi ích của mô hình gia đình nhỏ.

Hai là, hệ thống dịch vụ KHHGĐ đã hình thành, cơ bản đáp ứng được nhu cầu của người dân, đang được thị trường hóa.

Ba là, theo Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, gần 90% ca sinh ở nước ta là do phụ nữ dưới tuổi 34. Như vậy, từ năm 2020 trở đi, tuyệt đại đa số các ca sinh là những bà mẹ sinh từ năm 1986 trở lại đây. Đây là thế hệ "đổi mới", có trình độ học vấn nói chung và hiểu biết về DS-KHHGĐ nói riêng khá tốt.

Bốn là, trên thế giới cũng như ở Việt Nam có một quy luật rõ ràng là, trình độ phát triển càng cao, mức sinh càng thấp. Do vậy, những thành tựu trong lĩnh vực công nghiệp hóa, đô thị hóa, sự tiến bộ về kinh tế - xã hội, hội nhập quốc tế của nước ta ngày càng sâu rộng đã, đang và sẽ thúc đẩy mạnh mẽ xu hướng sinh đẻ ít đi.

Năm là, tuy Pháp lệnh Dân số (sửa đổi 2008) quy định mỗi cặp vợ chồng, cá nhân "Sinh một hoặc hai con, trừ trường hợp đặc biệt do Chính phủ quy định" nhưng không có chế tài xử lý người dân vi phạm chính sách dân số, song thực tế mức sinh thay thế vẫn được duy trì.

Sáu là, các cuộc khảo sát gần đây cho thấy, tỷ lệ người được hỏi mong muốn có 2 con chiếm đa số.

Bộ Y tế đã thực hiện 04 cuộc khảo sát về quy định quyền tự quyết định số con cho người dân vào các năm 2014, 2015, 2017 và 2019. Kết quả khảo sát như sau:

**** Theo kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số thực hiện năm 2014*** *(khảo sát trực tiếp đối tượng tác động tại 04 tỉnh, thành phố: Yên Bái, Hà Nội, Bình Định, Vĩnh Long)*, do không chịu tác động bởi áp lực thành tích, đồng thời trình độ nhận thức của người dân đã tăng khá cao sau hơn 50 năm được tuyên truyền vận động, nên có đến gần ¾ số người dân được hỏi cho rằng nếu để người dân tự quyết định số con được sinh, thì phần lớn người dân sẽ không sinh nhiều con (Bảng 1.2).

Bảng 1.2. Đánh giá của người dân về tác động của việc quy định quyền tự quyết định số con cho các cặp vợ chồng

Đơn vị tính: %

Quan điểm đánh giá	% đồng ý	% cộng dồn
Phần lớn các cặp vợ chồng sẽ sinh 1 con	3,6	3,6
Phần lớn các cặp vợ chồng sẽ sinh 2 con	68,3	71,9
Phần lớn các cặp vợ chồng sẽ sinh 3 con	27,2	99,1
Không rõ	0,9	100,0
Tổng số	**100**	

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2014.

Số liệu ở Bảng 1.2 cho thấy, có đến 71,9% số người dân được hỏi cho rằng, nếu quy định quyền tự quyết định số con cho người dân, thì phần lớn các cặp vợ chồng chắc chắn không sinh quá 2 con. Mặt khác, khi hỏi cụ thể vào quyết định của chính bản thân họ trong tương lai, thì có tới 82% trả lời họ sẽ không sinh quá 2 con và chỉ có 18,1% nói rằng họ sẽ sinh 3 con trở lên trong trường hợp này (Bảng 1.3).

Bảng 1.3. Ý kiến của người dân về quyết định sinh đẻ của họ nếu quy định quyền tự quyết định số con cho các cặp vợ chồng

Đơn vị tính: %

Số con sẽ sinh	**Tỷ lệ % đồng ý**
Không sinh	0,6
Sinh 1 con	8,6
Sinh 2 con	72,8
Sinh 3 con	16,0
4 con trở lên	2,1
Tổng số	**100**

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2014.

Tuy nhiên, có những ý kiến cho rằng, hiện tại trình độ dân trí chưa cao; nhận thức của nhiều người còn hạn chế; tâm lý thích nhiều con, thích con trai vẫn còn tồn tại trong một bộ phận không nhỏ người dân, kể cả cán bộ...

Vì vậy, nếu công tác DS-KHHGĐ không được thực thi một cách kiên quyết, triệt để thì nhiều người sẽ sinh con thứ 3, thứ 4... Mặc dù cán bộ dân số rất tích cực vận động, nhưng vẫn còn có cặp vợ chồng sinh con thứ 3 trở lên, có những trường hợp sinh con thứ 5, thứ 6 ... ở một số địa phương trong cả nước.

**** Theo kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số thực hiện năm 2015*** *(khảo sát trực tiếp đối tượng tác động tại các tỉnh, thành phố: Phú Thọ, Hải Dương, Đắc Lắk, Long An)*, có 73,1% số người dân được hỏi cho rằng, nếu quy định quyền tự quyết định số con cho người dân thì phần lớn các cặp vợ chồng chắc chắn không sinh quá 2 con.

Quan điểm đánh giá này không chỉ nhận được sự ủng hộ của người còn trẻ, mà chính ngay những người đã kết thúc thời kỳ sinh sản cũng có tới 90,9% nhất trí. Những người lớn tuổi cũng đã nhận thấy rõ sự vất vả của việc sinh nhiều. Mặt khác, khi hỏi cụ thể vào quyết định của chính bản thân họ trong tương lai thì có tới 80,7% trả lời họ sẽ không sinh quá 2 con và chỉ có 17,3% nói rằng họ sẽ sinh 3 con trở lên trong trường hợp này. Đặc biệt, có tới 55,6% số người đã có 3 con trở lên khẳng định, nếu được quyền tự quyết định, thì họ sẽ chỉ sinh 2 con.

Bảng 1.4. Tỷ lệ người dân được hỏi nhận định về tác động của việc quy định quyền tự quyết định số con cho các cặp vợ chồng chia theo nhóm tuổi

Đơn vị tính: %

Nhận định	Nhóm tuổi				Chung
	Dưới 30 tuổi	30 đến 40	40 đến 50	50 tuổi trở lên	
Phần lớn các cặp vợ chồng sẽ sinh 1-2 con	63,6	71,6	75,4	90,9	73,1
Phần lớn các cặp vợ chồng sẽ sinh 3 con	34,1	27,0	21,3	9,1	24,9
Phần lớn các cặp vợ chồng sẽ sinh 4 con trở lên	0,0	1,4	3,3	0	1,5
Không rõ	2,3	0	0	0	0,5

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2015.

Bảng 1.5. Tỷ lệ người dân trả lời về quyết định sinh đẻ của họ nếu quy định quyền tự quyết định số con cho các cặp vợ chồng chia theo số con

Đơn vị tính: %

Số con sẽ sinh	Số con đã có				Chung
	Chưa con	1 con	2 con	3 con+	
Không sinh	0,0	2,2	0,0	0,0	0,5
Sinh 1 con	7,3	4,4	1,1	0,0	3,0
Sinh 2 con	75,6	80,0	80,6	55,6	77,2
Sinh 3 con	9,8	13,3	17,2	44,4	17,3
4 con trở lên	2,4	0,0	0,0	0,0	0,5
Lưỡng lự	4,9	0,0	1,1	0,0	1,5

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2015.

**** Theo kết quả khảo sát thực hiện trên mạng xã hội năm 2017***[15], có 658.116 người tham gia với hơn 100.062 lượt người tiếp cận, 17.605 lượt chia sẻ (share) và hơn 7.702 lượt bình luận (comment) của người dân 63 tỉnh/thành phố trên cả nước; bình quân mỗi ngày có tới gần 15.000 người bày tỏ quan điểm về số con lý tưởng. Điều này chứng tỏ, vấn đề dân số nói chung và quy định về số con nói riêng là một chủ đề được xã hội hết sức quan tâm

Bảng 1.6. Số con lý tưởng

Số con lý tưởng	Số người lựa chọn	Tỷ lệ (%)	Tần suất tích lũy
1	50.863	7,7	7,7
2	502.126	76,3	84,0
3	56.194	8,6	92,5
4 +	48.933	7,4	100,0
Tổng	**658.116**	**100,0**	

Nguồn: Kết quả khảo sát thực hiện trên mạng xã hội, 2017.

Lý giải về vấn đề này, có nhiều ý kiến cho rằng, hiện nay do trình độ dân trí, trình độ nhận thức của người dân đã được nâng lên, cùng với kết quả của trên 50 năm kiên trì tuyên truyền, vận động của hệ thống bộ máy DS-KHHGĐ trên toàn quốc, nhìn chung người dân đã nhận thức được những tác động tiêu cực của việc sinh nhiều con. Thậm chí, có ý kiến còn lo ngại là đã đến thời kỳ vận động thanh niên sinh nhiều khó hơn sinh ít.

**** Theo kết quả khảo sát về số con mong muốn của người dân Việt Nam hiện nay, thực hiện trên mạng xã hội năm 2019***[16], khi được hỏi về số con theo mong ước của các cặp vợ chồng, "Số con theo mong ước của anh/chị là bao nhiêu" kết quả thu được như sau:

Bảng 1.7. Số con mong ước của người dân

Stt	Số con hiện có	N = 6488	Tỷ lệ %
1	Không sinh con	5	0,1

[15] Cuộc khảo sát được thực hiện trực tuyến trang Facebook của Trung tâm Tư vấn và Cung ứng dịch vụ. Để tổ chức cuộc khảo sát đạt kết quả, Tổng cục DS-KHHGĐ có văn bản gửi Chi cục DS-KHHGĐ các tỉnh, thành phố đề nghị phối hợp tuyên truyền, phổ biến và huy động người dân và các đối tượng khảo sát tích cực tham gia.

[16] Tổng cục DS-KHHGĐ đã có văn bản đề nghị các Ban ngành, Đoàn thể Trung ương (Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Đoàn TNCS Hồ Chí Minh, Bộ Giáo dục và Đào tạo....) và Chi cục DS-KHHGĐ 63 tỉnh, thành phố tuyên truyền, phổ biến và huy động người dân trên địa bàn và các đối tượng khảo sát tích cực tham gia.

2	1 con	503	7,8
3	2 con	4590	70,7
4	3+ con	1390	21,4
Số con mong ước trung bình		***2,16***	

Nguồn: Kết quả khảo sát về số con mong muốn của người dân Việt Nam hiện nay, 2019.

Bảng số liệu trên cho thấy số con mong ước trung bình của đại diện vợ chồng tham gia khảo sát là 2,16 con, trong đó sinh đủ 2 con và sinh từ 3 con trở lên vẫn là mong ước còn khá phổ biến của người dân, cụ thể có 70,7% đối tượng được hỏi mong ước sinh 2 con và 21,4% số người mong ước sinh trên 3 con. Trong số 6.488 người được hỏi chỉ có 5 người (chiếm 0,1%) mong ước không sinh con và có 503 người (chiếm 7,8%) mong ước có 1 con.

Khi được hỏi vì sao anh/chị lại mong ước có số con như trên? Trong tổng số 6.488 người được hỏi có 4.780 lượt người trả lời mong ước số con trên vì phù hợp với điều kiện kinh tế (chiếm 73,9%). Tiếp đến, có 2.525 trường hợp chiếm 38,9% trả lời mong muốn số con trên vì phù hợp với điều kiện sức khỏe. Những lý do khác như phù hợp với mong muốn của người thân trong gia đình, phù hợp với chuẩn mực của địa phương chiếm tỷ lệ không lớn (20,4% và 11,2%).

1.4.1.2. Đối với giải pháp 2

Đối với giải pháp 2, áp dụng những luận chứng đã trình bày của giải pháp 1, bổ sung thêm quy định như luật pháp hiện hành thì mức sinh càng có xu hướng giảm, thậm chí giảm sâu hơn mức sinh thay thế. Đặc biệt, khu vực Nam Bộ hiện đã có TFR giảm rất sâu, năm 2019, vùng Đông Nam Bộ: 1,56 con/phụ nữ; vùng Đồng bằng sông Cửu Long: 1,8 con/phụ nữ.

1.4.2. Tác động về kinh tế

a) Tác động tích cực của chính sách

Cả hai giải pháp được đánh giá, xem xét ở góc độ tác động kinh tế vĩ mô và vi mô:

a) Tác động của chính sách về kinh tế ở tầm vĩ mô, duy trì mức sinh thay thế giúp tăng tốc độ tăng trưởng kinh tế

Duy trì được mức sinh thay thế sẽ có tác động kinh tế cả ở tầm vĩ mô và vi mô. Ở tầm vĩ mô, có thể đánh giá thông qua mối liên hệ sau:

Tỷ lệ gia tăng GDP bình quân đầu người = Tỷ lệ gia tăng GDP - Tỷ lệ gia tăng dân số

Theo Tổng cục Thống kê, với phương án trung bình, tổng tỷ suất sinh dao

động quanh mức sinh thay thế: 1,85 < TFR < 2,1, dự báo tỷ lệ gia tăng dân số Việt Nam bình quân 0,8% (giai đoạn 1979 - 1989 là 2%). Như vậy, so với thời kỳ 1979 - 1989, tỷ lệ gia tăng dân số giảm 1,2%, tương đương với việc làm tăng tốc độ tăng trưởng kinh tế lên đến 1,2%.

Duy trì được mức sinh thay thế sẽ giúp kéo dài thời gian cơ cấu dân số vàng. Nếu thực hiện tốt các giải pháp để tạo việc làm, cơ cấu việc làm phù hợp với trình độ chuyên môn, kỹ thuật, giảm tỉ lệ thất nghiệp; phát triển thị trường xuất khẩu lao động; tăng năng suất lao động và nâng cao giá trị trong chuỗi cung ứng; thực hiện giáo dục, đào tạo nghề, nâng cao trình độ, kỹ năng, chất lượng nguồn nhân lực thích ứng với sự phát triển của khoa học, công nghệ, đồng thời phát triển ngành, lĩnh vực, sản phẩm, hàng hóa, dịch vụ sử dụng nhiều lao động trẻ, lao động có trình độ chuyên môn kỹ thuật, ứng dụng khoa học công nghệ hiện đại thì sẽ có điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước một cách mạnh mẽ.

b) Tác động của chính sách về kinh tế ở tầm vi mô, duy trì mức sinh thay thế giúp tăng thu nhập bình quân đầu người, góp phần vào việc xóa đói, giảm nghèo, giảm tỷ lệ hộ nghèo

Mức sinh giảm sẽ làm quy mô gia đình giảm. Trong các cuộc điều tra mức sống dân cư, Tổng cục Thống kê chia dân cư thành "5 nhóm thu nhập" bằng cách: Sắp xếp tổng số nhân khẩu theo mức thu nhập bình quân đầu người từ thấp đến cao, sau đó chia thành 5 nhóm với số nhân khẩu bằng nhau (mỗi nhóm 20% số nhân khẩu).

Nhóm 1: Nhóm có thu nhập thấp nhất

Nhóm 2: Nhóm có thu nhập dưới trung bình

Nhóm 3: Nhóm có thu nhập trung bình

Nhóm 4: Nhóm có thu nhập khá

Nhóm 5: Nhóm có thu nhập cao nhất

Từ số liệu Điều tra mức sống dân cư của Việt Nam chứng minh được rằng, do quy mô gia đình giảm đi đã làm tăng thu nhập bình quân hàng tháng của mỗi người thuộc gia đình nhóm 1 là 17%, nhóm 2 là 15%, nhóm 3 là 16%, nhóm 4 là 11% và nhóm 5 là 16%; tính chung cho tất cả các nhóm là 14%.

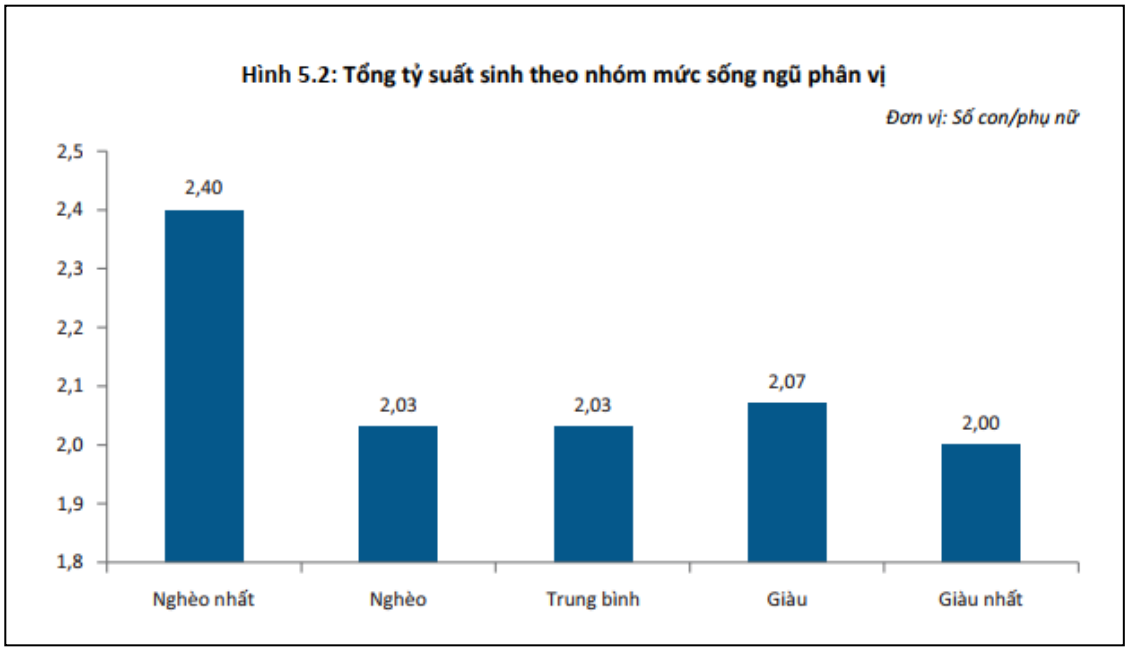
Chính quy mô gia đình giảm làm tăng thu nhập bình quân đầu người của nhóm 1 lên 17% giai đoạn 2002-2010 đã góp phần giảm tỷ lệ hộ nghèo ở nước ta[17]. Điều này có nghĩa là mức sinh giảm, quy mô gia đình nhỏ dần góp phần vào việc xóa đói, giảm nghèo cũng như làm cho các gia đình trở nên khá giả hơn.

---

[17] Nguyễn Đình Cử. 50 năm chính sách giảm sinh ở Việt Nam (1961-2011): Thành tựu, tác động và bài học kinh nghiệm. NXB Đại học Kinh tế quốc dân. Hà Nội, 2011.

Theo báo cáo Tổng điều tra Dân số 1/4/2019, TFR theo mức sinh ngũ phân vị thì chỉ ở nhóm nghèo nhất có mức sinh cao (2,4 con); 04 nhóm còn lại (nghèo, trung bình, giàu, giàu nhất) đều trong khoảng từ 2,0 đến 2,07.

Hình 1.1. Tổng tỷ suất sinh theo nhóm mức sống ngũ phân vị



Nguồn: Tổng điều tra Dân số 1/4/2019, tr.80.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Giải pháp 1 giúp duy trì được mức sinh thay thế, sẽ kéo dài thời gian cơ cấu dân số vàng để có điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước nhanh và bền vững trong khi thực hiện giải pháp 2 sẽ làm hạn chế nguồn nhân lực để phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

1.4.3. Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực của chính sách

Cả hai giải pháp đều duy trì cơ cấu dân số vàng lâu hơn và tạo điều kiện để giáo dục chuyển từ bề rộng sang bề sâu; có điều kiện dành nguồn lực của gia đình để nuôi dưỡng trẻ và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi được tốt hơn.

Dân số Việt Nam tại thời điểm Tổng điều tra năm 2019 là 96,2 triệu người, dự báo vào năm 2069 là 116,9 triệu người theo phương án trung bình, 111,1 triệu người theo phương án thấp và 122,0 triệu người theo phương án cao. Như vậy, trong vòng 50 năm, từ 2019 đến 2069, dân số nước ta theo ba phương án trung bình, thấp và cao sẽ tăng thêm tương ứng là 19,4%, 14,4% và 23,7%.

Bảng 1.8. Dự báo dân số và tỷ lệ tăng dân số bình quân năm[18] theo 3 phương án, 2019 - 2069

	Phương án mức sinh trung bình		Phương án mức sinh thấp		Phương án mức sinh cao	
	Dân số (nghìn người)	Tỷ lệ *tăng* dân số bình quân năm (%)	Dân số (nghìn người)	Tỷ lệ *tăng* dân số bình quân năm (%)	Dân số (nghìn người)	Tỷ lệ *tăng* dân số bình quân năm (%)
2019	96 209		96 209		96 209	
2024	100 770	0,93	100 646	0,90	100 806	0,93
2029	104 524	0,73	104 114	0,68	104 685	0,76
2034	107 846	0,63	107 062	0,56	108 238	0,67
2039	110 840	0,55	109 610	0,47	111 572	0,61
2044	113 268	0,43	111 511	0,34	114 440	0,51
2049	114 987	0,30	112 616	0,20	116 692	0,39
2054	116 051	0,18	112 974	0,06	118 399	0,29
2059	116 633	0,10	112 754	-0,04	119 761	0,23
2064	116 894	0,05	112 116	-0,11	120 942	0,20
2069	116 894	0,00	111 106	-0,18	121 981	0,17

Nguồn: TCTK. Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2019-2069. Hà Nội, 2020.

Số liệu Bảng 1.8 cho thấy, duy trì mức sinh thay thế (phương án mức sinh trung bình) sẽ có những tác động xã hội chủ yếu sau:

Một là, tỷ lệ người cao tuổi ở nước ta ngày càng tăng. Nếu năm 2011 nước ta bước vào quá trình già hóa (tỷ lệ dân 65 tuổi trở lên chiếm 7% dân số) trong suốt thời kỳ dự báo, dân số già (dân số 65 tuổi trở lên) của Việt Nam tăng rất nhanh, từ 7,4 triệu người vào năm 2019 lên đến 16,8 triệu người vào năm 2039 và đạt 25,2 triệu người vào năm 2069. Việt Nam bắt đầu thời kỳ dân số già[7] từ năm 2036, khi tỷ trọng dân số từ 65 tuổi trở lên đạt 14,2% với nhiều vấn đề về an sinh xã hội, chăm sóc sức khỏe và sử dụng lao động người cao tuổi.

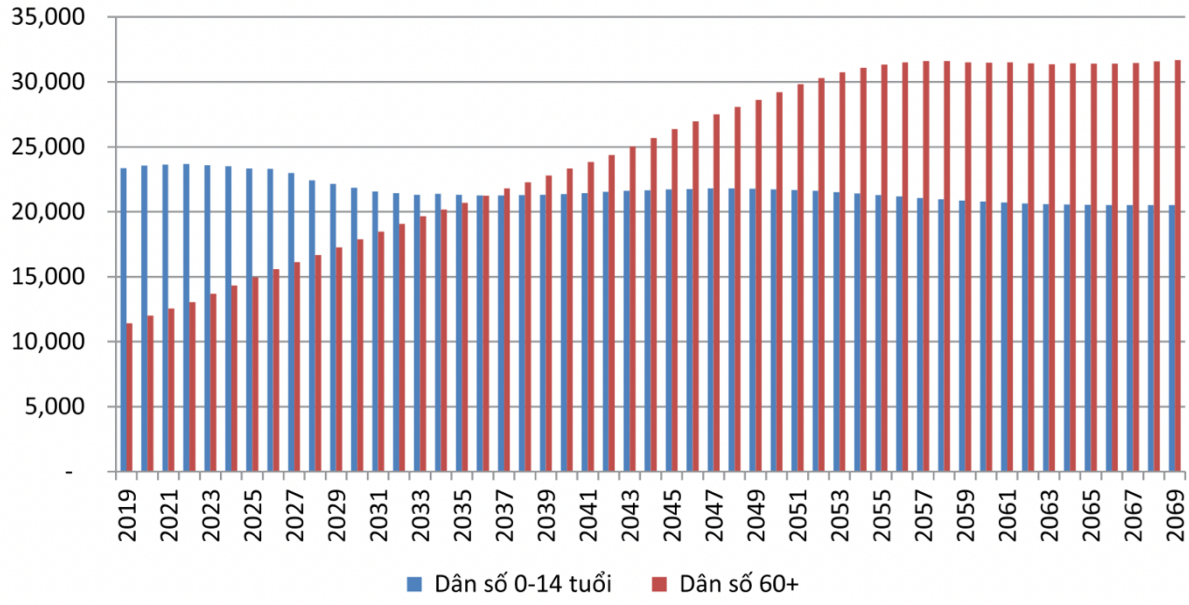
Hai là, theo dự báo này thời kỳ "cơ cấu dân số vàng" tiếp tục kéo dài tới năm 2039 tạo điều kiện phát triển kinh tế. Kết quả này cũng xảy ra tương tự đối với phương án thấp và phương án trung bình.

Ba là, khi số con ít thì có điều kiện dành nguồn lực của gia đình để nuôi dưỡng trẻ và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi được tốt hơn, tăng chi phí dành cho y tế.

[18] Tỷ lệ tăng dân số bình quân năm là phần trăm thay đổi (tăng hoặc giảm) dân số bình quân một năm.

Hình 1.2. Dân số từ 0-14 tuổi và từ 60 tuổi trở lên, 2019-2069, theo phương án trung bình

Đơn vị: Nghìn người



Nguồn: TCTK. Dự báo dân số Việt Nam giai đoạn 2019-2069. Hà Nội, 2020.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Cả hai giải pháp đều dẫn tới già hóa dân số nhanh.

1.4.4. Tác động về giới

Khi mức sinh thấp, "mỗi gia đình có 1 hoặc 2 con" và kinh tế, xã hội phát triển thì cả gia đình và xã hội có điều kiện cho cả con trai và con gái đi học. Do vậy, tỷ lệ nữ sinh trong hệ thống giáo dục quốc dân hiện nay đã ngang bằng với tỷ lệ nam sinh (Bảng 1.9).

Bảng 1.9. Tỷ lệ nữ trong các trường học ở Việt Nam

Đơn vị: %

Bậc học/ Thời gian	Tiểu học	THCS	THPT
Tại thời điểm 31/12/2011	46,4	33,08	20,48
Tại thời điểm 30/9/2020	49,47	33,42	17,11

Nguồn: TCTK. Niên giám thống kê 2010, 2020.

Khi duy trì mức sinh thay thế, kinh tế - xã hội tiếp tục phát triển thì thành tựu bình đẳng giới trong giáo dục được giữ vững. Đây là cơ sở vững chắc góp

phần nâng cao năng lực, vị thế phụ nữ và thực hiện tốt hơn nữa bình đẳng giới trong tương lai.

Bên cạnh đó, cũng cần chú ý rằng, ở Việt Nam khi mức sinh xuống thấp thì tỷ số giới tính khi sinh (SRB) tăng lên. Tuy nhiên, mức sinh thấp không phải là nguyên nhân dẫn đến tỷ số giới tính tăng cao. Ở châu Âu có mức sinh thấp, thậm chí rất thấp nhưng không mất cân bằng giới tính khi sinh. Ngay ở Việt Nam, năm 2009, cùng một chính sách KHHGĐ, nhưng nhiều khu vực có mức sinh thấp hơn, đồng thời SRB cũng thấp hơn. Chẳng hạn, tổng tỷ suất sinh vùng nông thôn Đông Nam Bộ (1,89) thấp hơn nông thôn Đồng bằng sông Hồng (2,14) nhưng SRB tương ứng của hai vùng lại là 107,8 và 117,1. Tương tự, TFR của khu vực thành thị vùng Bắc trung bộ và Duyên hải miền Trung (1,98) thấp hơn khu vực thành thị vùng Đồng bằng sông Hồng (2,04) nhưng SRB cũng thấp hơn: 105,1 so với 111,4.

Mất cân bằng giới tính khi sinh cần tìm nguyên nhân từ nho giáo và trình độ phát triển kinh tế, xã hội chưa cao, luật pháp và thực thi luật pháp, không phải do mức sinh thấp.

Nhìn từ góc độ tác động giới, giải pháp 1 không quy định số con đối với mỗi cặp vợ chồng và trao quyền *quyết định về thời gian sinh con, số con và khoảng cách giữa các lần sinh bảo đảm trách nhiệm chăm sóc và nuôi dạy con tốt.* Giải pháp này sẽ tạo cho mỗi giới sự bình đẳng về mặt pháp lý và trên thực tế về cơ hội, điều kiện, năng lực thực hiện và thụ hưởng các quyền và lợi ích từ quy định này một cách chủ động.

Còn nếu lựa chọn quy định số con như giải pháp 2 thì mặc dù vẫn trao cho các cặp vợ chồng *quyết định tự nguyện*, *có trách nhiệm*, *bình đẳng về thời gian sinh con, khoảng cách giữa các lần sinh*, nhưng đó chỉ là tạo bình đẳng về *mặt pháp lý*. Còn trên thực tế, tác động của hai giải pháp này đối với nam, nữ lại không như nhau bởi việc pháp luật quy định số con sẽ tạo gánh nặng tâm lý, có nguy cơ cao dẫn đến cách ứng xử mang tính phân biệt đối xử về giới của vợ, chồng (ví dụ lựa chọn giới tính thai nhi…) do khát vọng có con trai để nối dõi tông đường, do tâm lý cần có con trai để có người thờ cúng tổ tiên. Phụ nữ đã và sẽ là giới chịu tác động tiêu cực nhiều hơn do phải chịu áp lực từ người chồng, từ phía gia đình, dòng tộc. Vì vậy, giải pháp 1 có tác động giới tích cực hơn, góp phần đảm bảo bình đẳng giới cả về pháp lý và về thực tiễn của nam, nữ, của vợ, chồng.

1.4.5. Tác động về thủ tục hành chính

Để thực hiện chính sách, Luật Dân số quy định các biện pháp nhằm duy trì mức sinh thay thế (đối với cả giải pháp 1 và giải pháp 2). Có một số nội dung chính sách liên quan đến thủ tục hành chính trong quá trình thực hiện, đó là:

(1) *Phụ nữ là người dân tộc thiểu số thuộc hộ nghèo khi sinh đủ hai con cam kết không sinh thêm con được Nhà nước hỗ trợ theo quy định của Chính phủ;*

trừ trường hợp quy định tại điểm d khoản 4 Điều 11 Luật này." (điểm i khoản 1 Điều 9 - Thực hiện các biện pháp điều chỉnh mức sinh trên phạm vi cả nước).

(2) Nhà nước hỗ trợ một lần bằng tiền khi phụ nữ sinh con thứ hai (điểm a khoản 2 Điều 9 - Các biện pháp khuyến khích sinh đủ hai con tại tỉnh có mức sinh thấp).

(3) Nhà nước hỗ trợ một lần bằng tiền cho mỗi lần sinh đối với phụ nữ người dân tộc thiểu số rất ít người khi sinh con theo quy định của Chính phủ; (điểm d khoản 4 Điều 11 - Bảo vệ và phát triển dân số các dân tộc thiểu số rất ít người (dưới 10.000 người).

Thủ tục hành chính thực hiện các quy định này áp dụng thủ tục hành chính hiện hành để thực hiện quy định tại khoản 3 Điều 17 Luật Bình Đẳng giới ("*Phụ nữ nghèo cư trú ở vùng sâu, vùng xa, là đồng bào dân tộc thiểu số, trừ các đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc, khi sinh con đúng chính sách dân số được hỗ trợ theo quy định của Chính phủ"*[19]).

1.4.6. Tác động đối với hệ thống pháp luật

Đối với giải pháp 1, quy định về các biện pháp điều chỉnh mức sinh và cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình phù hợp với vùng, tỉnh, thành phố để duy trì vững chắc mức sinh thay thế trong phạm vi cả nước là phù hợp với chính sách của Đảng về duy trì mức sinh thay thế; các văn bản do Thủ tướng Chính phủ ban hành để thực hiện Nghị quyết 137/NQ-CP của Chính phủ và hệ thống pháp luật hiện hành (Luật Bình đẳng giới; Luật Xây dựng; Luật Giáo dục...).

Quy định quyền quyết định số con của cặp vợ chồng, cá nhân phù hợp với Hiến pháp năm 2013 về quyền con người, quyền công dân; phù hợp với điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên liên quan đến công tác dân số, các cam kết chính trị mà Việt Nam đã đưa ra tại các diễn đàn đa phương về quyền sinh sản.

Hiến pháp năm 2013 quy định "*Quyền con người, quyền công dân chỉ có thể bị hạn chế theo quy định của luật trong trường hợp cần thiết vì lý do quốc phòng, an ninh quốc gia, trật tự, an toàn xã hội, đạo đức xã hội, sức khỏe của cộng đồng*" (khoản 2, Điều 14). Một trong những quy định liên quan trực tiếp đến quyền con người là quyền sinh sản được quy định tại Pháp lệnh Dân số không còn phù hợp với Hiến pháp, do đó cần phải có khung pháp lý ở cấp độ luật để quy định những vấn đề này.

Dự báo về khả năng thi hành và tuân thủ của chính sách này đối với các điều ước quốc tế, có một số điều ước quốc tế và cam kết chính trị mà Việt Nam đã ký kết hay tham gia về mức sinh và quy định số con, đó là: Công ước về Xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ (CEDAW) được Đại hội đồng Liên hợp quốc thông qua năm 1979 (Việt Nam là thành viên từ năm 1982) quy định

---

[19] Để thực hiện quy định tại khoản 3 Điều 17 Luật Bình Đẳng giới, Bộ Y tế đã trình Chính phủ ban hành Nghị định 39/2015/NĐ-CP ngày 27/04/2015 và Thông tư hướng dẫn thi hành.

các quốc gia thành viên "*có nghĩa vụ tiến hành tất cả các biện pháp phù hợp nhằm xóa bỏ phân biệt đối xử đối với phụ nữ trong tất cả các vấn đề liên quan đến hôn nhân và quan hệ gia đình và đặc biệt sẽ đảm bảo trên cơ sở bình đẳng giữa nam và nữ, quyền tương tự như nhau được tự do quyết định một cách có trách nhiệm về số con và khoảng cách giữa các lần sinh*" (điểm e, khoản 1, Điều 16). Quy định của Công ước khẳng định quyền được đối xử bình đẳng giữa nam và nữ trong quy định số con, khoảng cách giữa các lần sinh. Do quy định hiện nay của PLDS không trái với nguyên tắc bình đẳng giữa nam và nữ nên không trái với quy định tại điểm e, khoản 1 Điều 16 Công ước CEDAW. Tuy nhiên khái niệm "*quyền sinh sản*" được nhắc đến nhiều tại những văn kiện chính trị và tuyên bố của các hội nghị quốc tế, diễn đàn đa phương như Tuyên bố Teheran tại Hội nghị quốc tế về Nhân quyền năm 1968, Chương trình hành động Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994, Tuyên ngôn Bắc Kinh tại Hội nghị thế giới về Phụ nữ năm 1995. Trong khuôn khổ Đại hội đồng Liên hợp quốc năm 2014, Việt Nam đã ủng hộ cam kết với Chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển năm 1994, trong đó nêu rằng quyền sinh sản được hiểu là việc các cặp đôi và các cá nhân có quyền quyết định số con, khoảng cách giữa các lần sinh và thời gian sinh con. Vì vậy, cùng với việc thực hiện định hướng của Đảng chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển, thực hiện Hiến pháp năm 2013 quy định về quyền con người, việc không quy định số con sẽ phù hợp với các cam kết chính trị Việt Nam đã đưa ra tại các diễn đàn đa phương và tác động tốt với dư luận quốc tế.

Đối với giải pháp 2, quy định quyền quyết định số con của cặp vợ chồng, cá nhân theo chính sách hiện hành. Tuy nhiên chưa thực sự phù hợp các cam kết chính trị mà Việt Nam đã đưa ra tại các diễn đàn đa phương về quyền sinh sản như các phân tích đã nêu trên; chưa thực sự phù hợp với tinh thần của Hiến pháp năm 2013 khi việc hạn chế quyền con người, quyền công dân chỉ trong trường hợp cần thiết vì lý do quốc phòng, an ninh quốc gia, trật tự, an toàn xã hội, đạo đức xã hội, sức khỏe của cộng đồng.

Trong cả hai giải pháp, đều quy định bãi bỏ khoản 3 Điều 17 Luật Bình đẳng giới số 73/2006/QH11 để quy định trong Luật Dân số cho phù hợp về nội dung điều chỉnh với đối tượng thụ hưởng chính sách hỗ trợ.

1.5. Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Mỗi giải pháp đều có những ưu điểm, hạn chế và việc chọn giải pháp nào cũng cần có biện pháp khắc phục những hạn chế.

Đối với giải pháp 1, giải pháp này có ưu điểm sau:

- Phù hợp với Hiến pháp năm 2013 về quyền con người, quyền và nghĩa vụ cơ bản của công dân; phù hợp với Điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên liên quan đến dân số, với các cam kết chính trị Việt Nam đã đưa ra tại các diễn đàn đa phương và có thể tạo tác động tốt với dư luận quốc tế. Thực hiện đúng tinh

thần Pháp lệnh Dân số, một mặt không quy định nghĩa vụ pháp lý của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân chỉ sinh 1 hoặc 2 con, mặt khác vẫn đề cao trách nhiệm, nghĩa vụ tham gia cuộc vận động về dân số và kế hoạch hóa gia đình.

- Tránh được tình huống mức sinh xuống quá thấp, không vực lên được như một số nước phải đối mặt. Kinh nghiệm của một số nước trên thế giới cho thấy, khi đạt mức sinh thay thế, nếu chậm nới lỏng các biện pháp kiểm soát sinh sản thì mức sinh sẽ giảm xuống mức rất thấp, chưa có nước nào thành công trong việc đưa mức sinh lên mức sinh thay thế[20].

- Khi mức sinh tăng lên, sẽ làm giảm một phần mất cân bằng giới tính khi sinh và cũng góp phần làm chậm lại quá trình già hóa dân số và cải thiện chất lượng dân số (do một bộ phận dân số có điều kiện chăm sóc, nuôi dạy tốt hơn sẽ sinh thêm con); giúp tăng tốc độ tăng trưởng kinh tế, có tác động kinh tế cả ở tầm vĩ mô và vi mô; tăng thu nhập bình quân đầu người, góp phần vào việc xóa đói, giảm nghèo, giảm tỷ lệ hộ nghèo ở nước ta.

Tuy nhiên giải pháp này cũng có hạn chế là:

- Mặc dù hiện nay Pháp lệnh Dân số và các văn bản quy phạm pháp luật không cấm, nhưng bằng các biện pháp kỷ luật Đảng, xử lý hành chính, tuyên truyền vận động, khuyến khích kinh tế nên trong thực tế nhiều người dân có tâm lý sinh nhiều hơn 2 con là không phù hợp; nếu không chú trọng tuyên truyền vận động dễ dẫn tới tăng đột biến mức sinh[21].

- Quy mô dân số đến năm 2030 tăng 2 triệu người so với giải pháp tiếp tục thực hiện kế hoạch hóa gia đình như hiện nay, ảnh hưởng tới chỉ số thu nhập bình quân trên đầu người và chi bảo đảm an sinh xã hội.

Đối với giải pháp 2, giải pháp này có ưu điểm là duy trì được quy mô dân số ở mức thấp, không phải sửa đổi các quy định về pháp luật cũng như phương thức tuyên truyền, vận động, thi đua, khen thưởng, kỷ luật.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là:

- Chưa thực sự phù hợp với tinh thần của Hiến pháp năm 2013 khi việc hạn chế quyền con người, quyền công dân chỉ trong trường hợp cần thiết vì lý do quốc phòng, an ninh quốc gia, trật tự, an toàn xã hội, đạo đức xã hội, sức khỏe của cộng đồng; chưa phù hợp với các cam kết chính trị Việt Nam đưa ra tại các diễn đàn đa phương về dân số, không tạo tác động tốt với dư luận quốc tế.

---

[20] Nhật Bản, Hàn Quốc và nhiều quốc gia khác đang phải nỗ lực thực hiện các biện pháp khuyến sinh nhưng kết quả rất hạn chế.

[21] Việc bãi bỏ quy định về số con có thể làm mức sinh tăng nhẹ, do vẫn còn khoảng 15% số người được hỏi cho rằng 3 con là lý tưởng. Kinh nghiệm ở Trung Quốc cũng cho thấy, năm 2015 bãi bỏ chính sách 1 con, năm 2016 số trẻ sinh ra tăng gần 8% nhưng đến năm 2017, số trẻ em sinh ra lại giảm so với 2016 hơn 3,5%21. Hơn nữa, một tỷ lệ thấp sinh con thứ 3 có thể bù đắp cho các cặp vợ chồng vô sinh đang có xu hướng tăng, những cặp chỉ đẻ 1 con.

- Mức sinh ở nhiều vùng tiếp tục xuống thấp[22], dễ tới ngưỡng không vực lên được như một số quốc gia phải đối mặt.

- Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh có thể tiếp tục trầm trọng[23], khó khắc phục. Quy định số con sẽ tạo gánh nặng tâm lý trong mỗi gia đình. Phụ nữ là giới chịu tác động tiêu cực nhiều hơn do phải chịu áp lực từ người chồng, từ gia đình, dòng tộc, có nguy cơ dẫn đến cách ứng xử mang tính phân biệt đối xử về giới dẫn đến lựa chọn giới tính thai nhi.

c) Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Cả hai giải pháp trên vẫn phải bảo đảm yêu cầu giảm sinh ở những vùng, tỉnh, thành phố có mức sinh cao hơn mức sinh thay thế; duy trì kết quả ở những vùng, tỉnh, thành phố đạt mức sinh thay thế; sinh đủ hai con ở những vùng, tỉnh, thành phố có mức sinh thấp hơn mức sinh thay thế; tập trung thực hiện vào địa bàn có mức sinh cao hoặc thấp hơn mức sinh thay thế; lựa chọn các hình thức, nội dung cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục về dân số phù hợp với tình hình dân số, từng vùng, tỉnh, thành phố.

Trên cơ sở phân tích, đánh giá tác động của chính sách về kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính và hệ thống pháp luật; xem xét ưu điểm, nhược điểm của từng giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề, trong hai giải pháp nêu trên, giải pháp nào cũng có những mặt tích cực và hạn chế; ***kiến nghị chọn giải pháp 1*** do có nhiều ưu điểm nổi trội hơn bởi phù hợp với Hiến pháp năm 2013 về quyền con người, quyền và nghĩa vụ cơ bản công dân; phù hợp với Điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên liên quan đến dân số; tránh được tình huống mức sinh xuống quá thấp, không vực lên được như một số nước phải đối mặt[24]; góp phần làm giảm một phần mất cân bằng giới tính khi sinh[25]. Tuy nhiên, cần thực hiện tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục về quyền và trách nhiệm của mỗi cặp vợ chồng nên sinh đủ hai con và nuôi dạy con tốt trước và sau khi ban hành Luật, tránh lợi dụng việc quy định quyền tự quyết định về số con của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân để vụ lợi, tuyên truyền, thực hiện trái với chính sách của Đảng, Nhà nước về công tác dân số.

---

[22] Mức sinh càng có xu hướng giảm, thậm chí giảm sâu hơn mức sinh thay thế. Đặc biệt, khu vực Nam Bộ hiện đã có TFR giảm rất sâu, năm 2019, vùng Đông Nam Bộ: 1,56 con/phụ nữ; vùng Đồng bằng sông Cửu Long: 1,8 con/phụ nữ.

[23] Tỷ số giới tính khi sinh có thể tăng đến mức 120 bé trai/100 bé gái vào năm 2025.

[24] Ngày 20/8/2021, tại phiên họp của Ủy ban Thường vụ Quốc hội, 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.

[25] Căn cứ vào các nhiệm vụ, giải pháp của Nghị quyết số 21-NQ/TW để duy trì vững chắc mức sinh thay thế, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam đến năm 2030; Chương trình Truyền thông dân số đến năm 2030; Chương trình Điều chỉnh mức sinh phù hợp các vùng, đối tượng đến năm 2030; Chương trình Củng cố, phát triển và nâng cao chất lượng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình đến năm 2030 và các Đề án, Chương trình khác về dân số.

2. CHÍNH SÁCH 2: PHÁ THAI AN TOÀN

2.1. Xác định vấn đề bất cập

** Tình hình phá thai trên thế giới*

Phá thai đã được ghi chép trong y văn từ rất lâu. Trong quá khứ, phá thai là không an toàn và luôn gây tổn hại nặng nề cho sức khỏe người phụ nữ. Cho tới nay, những tiến bộ trong y học nói chung và sự phát triển của các kỹ thuật phá thai an toàn, hiệu quả nói riêng có thể loại trừ hoàn toàn phá thai không an toàn và các ca tử vong liên quan đến phá thai không an toàn, nếu dịch vụ phá thai an toàn được phổ cập rộng rãi.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, phá thai không an toàn là một thủ thuật chấm dứt thai kỳ ngoài ý muốn, do người không có các kỹ năng cần thiết thực hiện, hoặc được thực hiện trong môi trường không đạt với các tiêu chuẩn y khoa tối thiểu, hoặc cả hai[26].

Mỗi năm, trên toàn thế giới có khoảng 208 triệu phụ nữ mang thai, trong đó số có thai trong kế hoạch là khoảng 59% (≈ 123 triệu). Số còn lại (41%, tương đương với khoảng 85 triệu) là các trường hợp mang thai ngoài ý muốn[27].

Do tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai gia tăng, tỷ lệ mang thai trên toàn thế giới đã giảm từ 160 phụ nữ mang thai trên 1000 phụ nữ trong độ tuổi 15-44 năm 1995 xuống 134 trên 1000 phụ nữ trong năm 2008. Tỷ lệ mang thai trong kế hoạch hay ngoài kế hoạch ở độ tuổi 15 - 44 đều đã giảm đi từ 91 và 69 trong 1000 phụ nữ năm 1995 xuống còn 79 và 55 trên 1000 phụ nữ năm 2008[28].

Năm 2003, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 42 triệu ca phá thai trong đó khoảng 20 triệu ca là phá thai không hợp pháp và được coi là không an toàn. Số ca phá thai không an toàn đã tăng lên 22 triệu vào năm 2008. Tỷ lệ phá thai không an toàn đã tăng từ 44% năm 1995 lên 47% năm 2003 và 49% năm 2008[29].

Hầu như tất cả các ca phá thai không an toàn xảy ra ở các nước đang phát triển (≈ 98%), đây cũng là những khu vực có tử vong mẹ cao và việc tiếp cận đến dịch vụ phá thai an toàn còn hạn chế. Mỗi năm trên thế giới có 358.000 ca tử vong mẹ, trong đó khoảng 47.000 ca có liên quan đến phá thai không an toàn (chiếm khoảng 13%) và khoảng 5 triệu phụ nữ bị tàn tật do các biến chứng do phá thai

---

[26] Vụ SKBMTE: Theo "WHO 2012. Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems, second edition".

[27] Vụ SKBMTE: Theo "Guttmacher Institute 2009. Abortion worldwide: A decade of uneven progress".

[28] Vụ SKBMTE: Theo "Guttmacher Institute 2009. Abortion worldwide: A decade of uneven progress".

[29] Vụ SKBMTE: Theo "WHO 2015. Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems."

không an toàn (18). Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong mẹ do phá thai không an toàn ở một số khu vực còn cao hơn rất nhiều. Theo báo cáo của WHO năm 2000, phá thai không an toàn là nguyên nhân của gần 1/3 số ca tử vong mẹ ở Tây Phi. Ở khu vực cận Sahara, con số này là 50%[30].

* *Tại Việt Nam,* theo số liệu của Tổng cục Thống kê, mỗi năm dân số Việt Nam tăng thêm khoảng 1 triệu người. Trong những năm tới, số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49) vẫn tiếp tục gia tăng. Nhu cầu sử dụng các phương tiện tránh thai tiếp tục tăng. Hệ thống y tế và dân số tại Việt Nam trong thời gian qua đã có nhiều cải thiện đáng kể trong cung cấp dịch vụ tránh thai cho người dân. Tuy nhiên, các kết quả điều tra cho thấy nhu cầu chưa được đáp ứng về BPTT hiện đại ở phụ nữ độ tuổi 15-24 là 29,6%. Tỷ lệ phá thai, bao gồm cả phá thai ở vị thành niên và thành niên còn cao. Tỷ lệ vô sinh, nhất là vô sinh thứ phát đang có chiều hướng gia tăng.

Theo kết quả Điều tra biến động dân số và KHHGĐ 1/4/2016 của Tổng cục Thống kê thì cứ 100 ca phá thai của phụ nữ tuổi 15-49 đang có chồng thì có 62 ca là mang thai ngoài ý muốn. Mặc dù tỷ số phá thai đã nhanh nhưng vẫn còn cao. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê, tỷ số phá thai giảm từ 2,19% năm 1995, xuống 2,18% năm 2000, 1,0% năm 2005, 0,79% năm 2010. Năm 2018, tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi hiện đang có chồng có nạo/phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt là 0,4%. Đáng lưu ý, rất nhiều trường hợp lựa chọn phá thai tại những phòng khám chui, các cơ sở y tế không được cấp phép nguy cơ xảy ra nhiều biến chứng như băng huyết, nhiễm trùng, thủng tử cung… thậm chí đe doạ tính mạng. Cứ 1.000 VTN/TN nữ độ tuổi 15-24 thì có 18 người đã từng phá thai. Tỷ suất sinh con trước tuổi thành niên (10-17 tuổi) là 3,3 phần nghìn. Tỉ lệ phá thai ở nhóm vị thành niên và nhóm trưởng thành còn cao, phá thai lặp lại khá phổ biến[31].

Một số chuyên gia nhận xét rằng, số trường hợp phá thai cũng như tỷ số phá thai thu được qua các cuộc điều tra là thấp so với thực tế, do những nguyên nhân là: một số phụ nữ được phỏng vấn đã không khai hoặc không khai hết số lần nạo hút thai vì còn e ngại do ảnh hưởng của tâm lý truyền thống; điều tra đã bỏ sót các trường hợp nạo phá thai ở tuổi vị thành niên và phá thai ngoài hôn nhân, vì điều tra chỉ hỏi những phụ nữ 15-49 tuổi có chồng.

Có thể khẳng định rằng, tỷ số phá thai đã giảm nhanh, nhưng tình trạng phá thai vẫn còn là vấn đề nhức nhối, nhất là phá thai đối với phụ nữ trẻ tuổi chưa xây dựng gia đình, thanh niên và vị thành thành niên. Nguyên nhân phá thai thường được phụ nữ đề cập là mong muốn sinh ít con hoặc giãn cách giữa các lần sinh;

---

[30] Vụ SKBMTE: Theo "WHO 2012. Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems, second edition".

[31] https://vtv.vn/xa-hoi/ngay-tranh-thai-the-gioi-26-9-chu-dong-tranh-thai-vung-vang-tuong-lai-20210926155814315.htm

tiếp theo là do các yếu tố kinh tế xã hội khác như: sức khỏe, nghèo đói, không có việc làm, ảnh hưởng sự nghiệp, không đủ sức nuôi dạy, chăm sóc con cái sau khi sinh... Theo một nghiên cứu của UNFPA, có khoảng 68% số phụ nữ được hỏi đã đưa ra nguyên nhân phá thai là do khó khăn kinh tế hoặc do đói nghèo. Các quan hệ khác như chồng hoặc người tình không đồng ý giữ thai cũng tác động đến hành vi phá thai. Lý do còn quá trẻ hoặc lo sợ cha mẹ và người thân phản đối khá phổ biến ở các phụ nữ trẻ. Có khoảng 1/4 số bạn gái nói rằng "quá trẻ" là yếu tố để họ quyết định phá thai và 15% nói rằng không muốn cha mẹ hay những người khác biết rằng họ đã có thai.

Phá thai lựa chọn giới tính là một lý do ngầm ở các nước Châu Á, đặc biệt là tập quán "trọng nam, khinh nữ". Các nhà nghiên cứu cho rằng sự lựa chọn giới tính đã góp phần vào tỷ lệ phá thai cao ở phụ nữ Châu Á. Tuy vậy, nguyên nhân "giới tính" hầu như không được đề cập một cách công khai, bởi liên quan đến các vấn đề đạo đức. Phá thai để lựa chọn giới tính đã xuất hiện ở nước ta từ đầu những năm 1990 khi mà siêu âm để theo dõi thai nghén bắt đầu được sử dụng và ngày càng rộng rãi. Ngoài ra còn có một số lý do không được xác định cụ thể, gồm cả những lý do nhạy cảm như phá thai vì bị hiếp dâm; hoặc phá thai do áp lực của người khác. Đối với những phụ nữ chưa chồng thì vấn đề mối quan hệ bên ngoài là một trong những lý do chính thức dẫn đến hành vi phá thai nhiều hơn phụ nữ đã có chồng.

Từ những nguyên nhân phá thai, có thể thấy rằng kiến thức để phòng tránh mang thai ngoài ý muốn còn hạn chế; chưa hiểu biết nhiều về tác hại của phá thai, nên đã lựa chọn phá thai thay cho các hệ lụy của việc mang thai, sinh con và đặc biệt là không có những ràng buộc về phá thai đối với người được phá thai và đối với cơ sở làm dịch vụ phá thai. Người cung cấp dịch vụ phá thai thu phí dịch vụ cao hoặc có thêm phụ cấp phẫu thuật. Việc thanh tra, kiểm tra không hiệu quả của cơ quan chức năng.

2.2. Mục tiêu giải quyết vấn đề

Quản lý chặt chẽ về phá thai nói chung và đối với dịch vụ phá thai nói riêng nhằm giảm tỷ lệ phá thai, phá thai không an toàn, nâng cao chất lượng dịch vụ để tác động tích cực đối với sức khỏe phụ nữ, nâng cao chất lượng dân số, góp phần làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh. Đến năm 2030, giảm 2/3 số vị thành niên và thanh niên có thai ngoài ý muốn và tiếp tục giảm dần sau năm 2030[32].

2.3. Giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề

Giải pháp 1:

- Quy định như pháp luật hiện hành là: *"Phụ nữ có quyền được phá thai theo nguyện vọng*" (Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989); "*Nghiêm cấm phá*

[32] Thể chế hoá mục tiêu Nghị quyết 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới.

thai vì lý do lựa chọn giới tính" (Pháp lệnh Dân số năm 2003); "*Cấm phá thai trái phép*" (Bộ luật Hình sự 2015); "*Cấm phá thai làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe phụ nữ*" (Quy định chuyên môn: "Phụ nữ có quyền được phá thai theo nguyện vọng, trừ trường hợp phá thai vì lý do lựa chọn giới tính hoặc phá thai làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe phụ nữ").

- Bổ sung các quy định: nghiêm cấm "*Loại bỏ thai nhi vì lý do giới tính dưới mọi hình thức*"; nghiêm cấm "*Thực hiện phá thai không đúng quy định*"; đồng thời siết chặt việc quản lý dịch vụ phá thai tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm:

"a) Phá thai bằng thủ thuật, phá thai nội khoa bằng thuốc chỉ được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện hoạt động, có cung cấp dịch vụ phá thai theo chỉ định của bác sỹ chuyên khoa;

b) Người chưa thành niên, người mất năng lực hành vi dân sự mà phá thai thì phải có sự đồng ý của người đại diện theo pháp luật xác lập, thực hiện;

c) Người được phá thai có trách nhiệm tuân thủ đúng hướng dẫn về chuyên môn y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp dịch vụ phá thai;

d) Lưu hồ sơ và định kỳ báo cáo cho cơ quan quản lý có thẩm quyền khi thực hiện dịch vụ phá thai tại cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai."

Giải pháp 2: Quy định như pháp luật hiện hành, phụ nữ có quyền được phá thai theo nguyện vọng, trừ trường hợp phá thai vì lý do lựa chọn giới tính hoặc phá thai làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của người được phá thai.

2.4. Đánh giá tác động của giải pháp đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan

2.4.1. Tác động về kinh tế, xã hội

Mặc dù không coi phá thai là một biện pháp KHHGĐ, nhưng để đảm bảo quyền tự do lựa chọn và tiếp cận dịch vụ y tế của từng người dân, đảm bảo quyền lựa chọn của phụ nữ và tôn trọng quyết định của họ khi có thai ngoài ý muốn, đồng thời bảo vệ sức khỏe người dân nên phá thai an toàn được luật pháp bảo vệ. Điều 4, Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 nêu rõ: *"Phụ nữ được quyền nạo thai, phá thai theo nguyện vọng…"*. Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân cũng khẳng định: "*Nghiêm cấm các cơ sở y tế và cá nhân làm các thủ thuật, phá thai, tháo* vòng tránh thai nếu không có giấy phép do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp". Bộ luật Hình sự sửa đổi năm 2015 quy định chế tài nghiêm khắc với tội phá thai trái phép, quy định khung hình phạt cho tội phá thai trái phép gây hậu quả đặc biệt nghiêm trọng thì bị phạt tù từ bảy năm đến mười lăm năm. Chính phủ, Bộ Y tế và các ngành liên quan đã ban hành nhiều quyết định, hướng dẫn về chăm sóc SKSS/KHHGĐ cùng với những nội dung tương tự. Ngoài ra, còn có một số văn bản khác như Luật Bình đẳng giới 2006, Nghị định 117/2020/NĐ-CP ngày

28/9/2020 quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế (thay thế Nghị định số 176/2013/NĐ-CP)… Bộ Y tế cũng ban hành một số văn bản hướng dẫn quy trình chuyên môn kỹ thuật cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản nói chung và các kỹ thuật phá thai đối với từng tuyến.

Giải pháp 1:

Giải pháp này có ưu điểm là bảo đảm quyền sinh sản của cá nhân, cặp vợ chồng; góp phần làm giảm số ca phá thai không an toàn, giảm vô sinh, cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ em và nâng cao chất lượng dân số; giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh; thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật hiện hành.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là việc quản lý chặt chẽ dịch vụ phá thai tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể dẫn đến một bộ phận người dân tìm đến các dịch vụ phá thai không được cấp phép trên thị trường; gây ảnh hưởng đến tinh thần, sức khoẻ, tính mạng của người được phá thai.

Giải pháp 2:

Giải pháp này có ưu điểm là bảo đảm quyền sinh sản của cá nhân, cặp vợ chồng, góp phần làm giảm số ca phá thai không an toàn; giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là người được phá thai, người làm dịch vụ phá thai dễ lạm dụng, nếu việc quản lý không tốt có thể tình trạng phá thai không được kiểm soát chặt chẽ. Có thể bị lợi dụng để phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính trước sinh.

2.4.2. Tác động về giới

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Đây là giải pháp được kế thừa theo quy định hiện hành về quyền của phụ nữ được phá thai theo nguyện vọng; đồng thời quy định các hành vi bị nghiêm cấm như loại bỏ thai nhi vì lý do giới tính dưới mọi hình thức (trừ trường hợp pháp luật có quy định khác); cấm phá thai vì giới tính của thai nhi. Quy định như vậy vừa bảo đảm quyền con người, quyền công dân, bảo vệ bà mẹ, vừa thể hiện thái độ nghiêm khắc, kiên quyết chống phân biệt đối xử về giới.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định các hành vi bị cấm, các biện pháp siết chặt việc quản lý dịch vụ phá thai tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhằm thực hiện phá thai an toàn sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển; hạn chế ảnh hưởng đến tinh thần, sức khoẻ, tính mạng của người được phá thai.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Đây là giải pháp theo quy định hiện hành về quyền của phụ nữ được phá thai theo nguyện vọng; đồng thời quy định một số hành vi bị nghiêm cấm như loại bỏ thai nhi vì lý do giới tính dưới mọi hình thức, góp phần chống phân biệt đối xử về giới.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế đáng kể của chính sách về giới. Tuy nhiên, do giải pháp này không bổ sung một số quy định như giải pháp 1 nên tác động tích cực của chính sách không được như giải pháp 1.

2.4.3. Tác động về thủ tục hành chính

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Quy định "*Phá thai bằng thủ thuật, phá thai bằng thuốc chỉ được thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh"* không tước bỏ quyền được tự do tiếp cận dịch vụ của người có nhu cầu. Quy định này cũng tương tự khi thực hiện một ca phẫu thuật tại bệnh viện. Bệnh nhân hoặc người nhà của bệnh nhân vẫn phải ký giấy cam kết với cơ sở y tế theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh. Quy định này không làm phát sinh thủ tục hành chính và chi phí tuân thủ thủ tục hành chính.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về thủ tục hành chính.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Không thay đổi hướng dẫn chuyên môn hiện hành về phá thai.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về thủ tục hành chính.

2.4.4. Tác động đối với hệ thống pháp luật

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Quy định của Luật Dân số thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật hiện hành, bao gồm: Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 quy định "*Phụ nữ có quyền được phá thai theo nguyện vọng*"; Pháp lệnh Dân số và Nghị định số 104/2003/NĐ-CP ngày 16/9/2003 quy định "*Nghiêm cấm hành vi phá thai vì lý*

do lựa chọn giới tính"; Luật Khám bệnh, chữa bệnh quy định về nghĩa vụ của người bệnh "*Chấp hành và yêu cầu người nhà của mình chấp hành nội quy của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh*". Quy định về chuyên môn "*Cấm phá thai làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe phụ nữ*".

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách đối với hệ thống pháp luật.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Không phải bổ sung, sửa đổi pháp luật hiện hành.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Do không phải bổ sung, sửa đổi pháp luật hiện hành nên các mục tiêu quản lý chặt chẽ về phá thai nói chung và đối với dịch vụ phá thai nói riêng nhằm giảm tỷ lệ phá thai, phá thai không an toàn, nâng cao chất lượng dịch vụ để tác động tích cực đối với sức khỏe phụ nữ, nâng cao chất lượng dân số, góp phần làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh không được giải quyết một cách triệt để.

2.5. Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Phá thai không an toàn, phá thai trái phép gây tổn hại đến tinh thần, sức khỏe, thậm chí đến tính mạng của người được phá thai; ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, hạnh phúc gia đình, cản trở mục tiêu nâng cao chất lượng dân số.

Trên cơ sở phân tích, đánh giá tác động của giải pháp đề xuất đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan về kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính và hệ thống pháp luật; xem xét ưu điểm, nhược điểm của giải pháp đề xuất, có thể nhận thấy giải pháp đề xuất có ưu điểm nổi trội so với hạn chế, đó là bảo đảm quyền sinh sản của cá nhân, cặp vợ chồng; góp phần làm giảm số ca phá thai không an toàn, giảm vô sinh, cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ em và nâng cao chất lượng dân số; giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh; thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật hiện hành.

Vì vậy, ***kiến nghị chọn giải pháp 1*** là thực hiện quy định phụ nữ có quyền được phá thai theo nguyện vọng, trừ trường hợp phá thai vì lý do lựa chọn giới tính hoặc phá thai gây hậu quả nghiêm trọng cho sức khỏe của người được phá thai; tuân thủ hướng dẫn về chuyên môn của Bộ Y tế; đồng thời siết chặt việc quản lý dịch vụ phá thai tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm phá thai bằng thủ thuật, phá thai nội khoa.

3. CHÍNH SÁCH 3: KHỐNG CHẾ TỐC ĐỘ GIA TĂNG TỶ SỐ GIỚI TÍNH KHI SINH, GIẢM THIỂU MẤT CÂN BẰNG GIỚI TÍNH KHI SINH

3.1. Xác định vấn đề bất cập

Nhiều năm qua, Việt Nam đang phải đối mặt với một vấn đề - lựa chọn giới tính thai nhi. Có nhiều cách để thực hiện lựa chọn giới tính thai nhi trong thời đại công nghệ hiện nay, phương pháp chủ yếu là lạm dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật để thực hiện lựa chọn giới tính như: áp dụng ngay từ *trước lúc có thai* (chế độ ăn uống, chọn ngày phóng noãn…); *trong lúc thụ thai* (chọn thời điểm phóng noãn, chọn phương pháp thụ tinh, lọc rửa tinh trùng để chọn tinh trùng mang nhiễm sắc thể Y…); hoặc *khi đã có thai* (sử dụng siêu âm, bắt mạch, chọc hút dịch ối…) để chẩn đoán giới tính, nếu là thai trai thì để lại, nếu là thai gái thì bỏ đi...

Mất cân bằng giới tính khi sinh là kết quả tất yếu của việc lựa chọn giới tính thai nhi. Theo số liệu thống kê, tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh của Việt Nam xuất hiện từ khoảng năm 2006 đến nay và đang tiến triển rất nhanh (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. Tỷ số giới tính khi sinh (SRB) của Việt Nam thời kỳ 1999-2020

Đơn vị tính: Số bé trai/100 bé gái

Năm	SRB	Năm	SRB	Năm	SRB
1999	107,0	**2007**	111,6	**2014**	112,2
2000	107,3	**2008**	112,1	**2015**	112,8
2002	107,0	**2009**	110,5	**2016**	112,2
2003	104,0	**2010**	111,2	**2017**	112,1
2004	108,0	**2011**	111,9	**2018**	114,8
2005	106,0	**2012**	112,3	**2019**	111,5
2006	109,8	**2013**	113,8	**2020**	112,1

Nguồn: TCTK. Kết quả điều tra biến động DS-KHHGĐ 1/4/2017

TCTK. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở 2019.

TCTK. Niên giám thống kê 2020.

Số liệu trên cho thấy, trong giai đoạn từ năm 1999 đến năm 2005, xu hướng biến động SRB của Việt Nam không rõ ràng và dường như dao động trong giới hạn của sự cân bằng tự nhiên (103 đến 107 bé trai/100 bé gái). Tuy nhiên, từ năm 2006 đến nay, SRB của Việt Nam bắt đầu có xu hướng tăng đáng kể và hiện chưa

có dấu hiệu dừng lại. Từ năm 2012 đến nay luôn duy trì ở mức trên 112 bé trai/100 bé gái. SRB năm 2020 giảm so với các năm trước đó nhưng vẫn ở mức cao (năm 2020: 112,1 bé trai/100 bé gái). Đây là tỷ số vào loại cao trên thế giới quan sát được những năm gần đây: Trung Quốc: 120,6 (2008); Azerbaijan: 117,2 (2006), Armenia: 115,8 (2008); Ấn Độ: 110,6 (2004-2006).

Mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam là do một số nguyên nhân khách quan và chủ quan tác động trực tiếp, gián tiếp, bao gồm:

Tư tưởng nho giáo truyền thống, nối dõi tông đường,… đã làm cho tâm lý ưa thích con trai trở lên mãnh liệt. Người chồng thường là chủ hộ trong gia đình, có quyền quyết định những việc lớn. Quan niệm có con trai mới được xem là đã có con "*nhất nam viết hữu, thập nữ viết vô*", không có con trai là tuyệt tự. Con thường mang họ của bố. Khi cha mẹ chết, con trai được đứng trước, con gái đứng sau, chỉ có cháu trai mới được bê bát hương ông, bà; con trai mới được vào nơi thờ tự, đóng góp giỗ tổ tiên,… Tất cả những điều đó đã ăn sâu vào tiềm thức đa số các cá nhân, cặp vợ chồng, gia đình và dòng họ.

Lạm dụng những tiến bộ khoa học công nghệ để thực hiện lựa chọn giới tính trước sinh như: Áp dụng ngay từ *trước lúc có thai* (chế độ ăn uống, chọn ngày phóng noãn, …); *trong lúc thụ thai* (chọn thời điểm phóng noãn, chọn phương pháp thụ tinh, lọc rửa tinh trùng để chọn tinh trùng mang nhiễm sắc thể Y,…); hoặc *khi đã có thai* (sử dụng siêu âm, bắt mạch, chọc hút dịch ối,…) để chẩn đoán giới tính, nếu là thai trai thì để lại, nếu là thai gái thì phá thai bỏ đi.

Những nguyên nhân tác động gián tiếp nhưng mức tác động khá mạnh như: do áp lực giảm sinh, mỗi cặp vợ chồng chỉ sinh 1-2 con nhưng phải có con trai nên đã sử dụng các dịch vụ lựa chọn giới tính thai nhi; do nhu cầu kinh tế, điều kiện lao động thủ công làm nhiều công việc nặng nhọc trong các ngành nông - lâm - ngư nghiệp, khai thác khoáng sản, đi biển đánh bắt xa bờ,... đòi hỏi sức lao động cơ bắp của con trai và con trai là trụ cột về kinh tế là sự bảo đảm bình yên cho cả gia đình; do gần 70% dân số nước ta còn sống ở nông thôn, hầu hết không có lương hưu khi về già và trách nhiệm phụng dưỡng chủ yếu thuộc về con trai…

Nếu xu hướng gia tăng tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam không được khống chế, nó sẽ trở thành vấn đề nghiêm trọng trong tương lai, ảnh hưởng đáng kể đến cơ cấu dân số hợp lý về giới tính và nhân khẩu học. Tỷ số giới tính khi sinh tiếp tục cao trong các năm tiếp theo thì đến năm 2050 nước ta sẽ có khoảng 2,3 - 4,3 triệu nam thanh niên ít có cơ hội lấy được vợ trong nước, gây hệ lụy cho sự phát triển bền vững[33].

Rõ ràng, những quan ngại về mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam là có cơ sở. Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ 6,

[33] Theo dự báo của UNFPA.

Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới cũng nhận định "*Mất cân bằng giới tính khi sinh tăng nhanh, đã ở mức nghiêm trọng*". Vì vậy, việc quy định trong Luật Dân số để giảm thiểu, hạn chế và xóa bỏ tình trạng lựa chọn giới tính thai nhi ở Việt Nam là một vấn đề cấp thiết, cần phải được thực hiện đồng bộ, liên tục, có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ quan, tổ chức có liên quan.

3.2. Mục tiêu giải quyết vấn đề

Khống chế có hiệu quả tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh, tiến tới đưa tỷ số giới tính khi sinh trở lại mức cân bằng tự nhiên; đến năm 2030 tỉ số giới tính khi sinh dưới 109 bé trai/100 bé gái sinh ra sống[34].

3.3. Giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề

Giải pháp 1: Thực hiện các quy định pháp luật hiện hành về nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi và phân biệt đối xử giới dưới mọi hình thức. Ngoài ra, tổ chức thực hiện có hiệu quả các biện pháp như sau:

- Tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi của từng cá nhân và cộng đồng về không lựa chọn giới tính thai nhi.

- Đưa các nội dung về xóa bỏ phân biệt, định kiến giới, trọng nam hơn nữ, kỳ thị con gái hoặc con trai và các nội dung liên quan vào hương ước, quy ước; chương trình giáo dục của hệ thống giáo dục quốc dân.

- Lồng ghép việc hỗ trợ nâng cao vai trò của phụ nữ và trẻ em gái trong xây dựng, thực hiện chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội.

- Quy định trách nhiệm cá nhân, tổ chức trong việc thực hiện nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức.

- Cơ quan quản lý nhà nước về dân số thực hiện chức năng thanh tra, kiểm tra quy định nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức. Cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền thực hiện thanh tra, xử lý nghiêm các hành vi phân biệt đối xử về giới liên quan đến đăng ký đất đai, bạo lực giới, hôn nhân, thừa kế.

Giải pháp 2: Giữ nguyên quy định của pháp luật hiện hành là nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi dưới và phân biệt đối xử giới dưới mọi hình thức.

3.4. Đánh giá tác động của giải pháp đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan

3.4.1. Tác động về kinh tế, xã hội

Giải pháp 1:

---

[34] Thể chế hoá mục tiêu Nghị quyết 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới.

a) Tác động tích cực của chính sách

- Can thiệp vào nguyên nhân cơ bản là sự ưa thích sinh con trai trong bối cảnh giảm sinh, văn hóa nho giáo với phong tục về việc mong muốn có con trai để nối dõi tông đường, thờ cúng tổ tiên cũng như đánh giá thấp giá trị của nữ giới trong gia đình và xã hội tại mỗi vùng, miền; việc tiếp cận các dịch vụ y tế dễ dàng hơn trong lựa chọn giới tính thai nhi khi mang thai hoặc chẩn đoán giới tính thai nhi dẫn tới phá thai vì lý do lựa chọn giới tính…

- Nội dung thông tin, giáo dục, truyền thông về dân số quy định về lợi ích của việc không lựa chọn giới tính thai nhi, hậu quả của việc mất cân bằng giới tính khi sinh; xóa bỏ phân biệt, định kiến về giới, tư tưởng trọng nam khinh nữ, kỳ thị người sinh chỉ con gái hoặc con trai mang ý nghĩa xã hội sâu rộng, tạo điều kiện cho đông đảo nhân dân quan tâm, hiểu biết ý nghĩa và tác hại của mất cân bằng giới tính khi sinh. Các cơ quan, tổ chức, chính quyền các cấp thấy rõ được hiện trạng của tình hình mất cân bằng giới tính khi sinh để quyết liệt hơn trong việc hành động. Xã hội nhận thức được sâu sắc hơn từ hệ lụy của việc mất cân bằng giới tính khi sinh, góp phần làm giảm tình trạng này.

- Việc xây dựng và thực hiện hương ước, quy ước của thôn, tổ có nội dung thực hiện chính sách DS-KHHGĐ trong thời gian qua đã đem lại những kết quả thiết thực đối với công tác quản lý xã hội tại cộng đồng dân cư, góp phần đưa, chủ trương, chính sách, pháp luật của Đảng, Nhà nước nói chung và lĩnh vực dân số nói riêng đi vào cuộc sống; nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước; giữ gìn, phát huy truyền thống tập quán tốt đẹp của cộng đồng dân cư ở cơ sở; bài trừ các hủ tục lạc hậu; hình thành giá trị chuẩn mực xã hội phù hợp với truyền thống, bản sắc của địa phương; phát huy và mở rộng dân chủ ở cơ sở.

Cùng với quy phạm pháp luật, quy định đưa nội dung về kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh vào hương ước, quy ước của cộng đồng dân cư, dòng tộc, thực hiện bình đẳng giới, xóa bỏ tư tưởng trọng nam hơn nữ với hình thức là quy phạm xã hội nhằm giữ gìn và phát huy những phong tục, tập quán tốt đẹp và truyền thống văn hóa trên địa bàn cộng đồng dân cư khác, góp phần hỗ trợ tích cực cho việc quản lý nhà nước bằng pháp luật.

- Thông qua lồng ghép việc hỗ trợ nâng cao vai trò của phụ nữ và trẻ em gái trong xây dựng, thực hiện chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội, thực hiện mục tiêu bình đẳng giới để xoá bỏ phân biệt đối xử về giới, tạo cơ hội như nhau cho nam và nữ trong phát triển kinh tế - xã hội và phát triển nguồn nhân lực, tiến tới bình đẳng giới thực chất giữa nam, nữ và thiết lập, củng cố quan hệ hợp tác, hỗ trợ giữa nam, nữ trong mọi lĩnh vực của đời sống xã hội và gia đình.

Số liệu thống kê gần đây cho thấy, ở nước ta tỷ số sinh giới tính khi sinh tăng cùng chiều với trình độ học vấn của người mẹ và tình trạng kinh tế của gia

đình. Điều này có thể giải thích rằng, việc lựa chọn giới tính thai nhi cần tiếp cận đến thông tin, kiến thức và sự trợ giúp của khoa học, kỹ thuật. Vì vậy, nhóm người có học vấn, có điều kiện kinh tế dễ tiếp cận dịch vụ hơn và do đó sinh được con trai. Kết quả là tỷ số sinh giới tính khi sinh của nhóm này cao lên. Có thể thấy rằng, với sự phát triển kinh tế, xã hội, y học… nếu không thay đổi quan niệm trọng nam hơn nữ thì tỷ số sinh giới tính khi sinh tiếp tục tăng cao. Đây là điểm khác biệt với mối quan hệ giữa phát triển và mức sinh. Xã hội càng phát triển mức sinh càng thấp. Do vậy, việc đưa tỷ số giới tính khi sinh xuống mức tự nhiên sẽ khó khăn hơn việc đưa mức sinh xuống thấp. Và do đó, các giải pháp về tuyên truyền vận động, làm thay đổi quan niệm để giải quyết vấn đề sẽ có tác động lâu dài, bền vững mà không gây nên sự bất bình đẳng giữa các nhóm dân cư. Các chi phí về tài chính để giải quyết vấn đề sẽ không bị dồn ứ trong một vài năm, mà sẽ được chia dần cho một thời gian dài, do đó không ảnh hưởng nhiều đến kế hoạch chi tiêu hàng năm của ngân sách nhà nước.

- Quy định nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi sẽ có tác động lớn trong việc giảm phá thai và giảm tình trạng lựa chọn sinh con trai trong xã hội. Trong cuộc khảo sát năm 2018 của Tổng cục DS-KHHGĐ, phần lớn người dân và cán bộ quản lý được hỏi đều trả lời như vậy (Bảng 3.4).

Bảng 3.4. Ý kiến của cán bộ và người dân về tác động của quy định "nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi"

Đơn vị tính : %

	Số ca phá thai		**Tình trạng lựa chọn sinh con trai**	
	Giảm nhiều	**Giảm**	**Giảm nhiều**	**Giảm**
Người dân	34,3	31,6	26,1	30,7
Cán bộ	17,7	40,8	19,5	49,6

Nguồn: Kết quả khảo sát của Tổng cục DS-KHHGĐ năm 2018.

- Thực hiện các giải pháp của chính sách sẽ tác động tích cực đến việc thực hiện mục tiêu bình đẳng giới và mục tiêu cân bằng giới tính khi sinh. Các cơ quan, tổ chức, chính quyền các cấp thấy rõ được hiện trạng của tình hình mất cân bằng giới tính khi sinh để quyết liệt hơn trong việc hành động. Xã hội nhận thức được sâu sắc hơn từ hệ lụy của việc mất cân bằng giới tính khi sinh, góp phần làm giảm tình trạng này.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

- Phải huy động nhiều cơ quan, tổ chức, cá nhân tham gia.

- Tư tưởng nho giáo truyền thống, nối dõi tông đường gắn liền với con trai

đã trải qua hàng nghìn năm và đã ăn sâu trong tiềm thức của đa số người dân nên việc tổ chức thực hiện trong thời gian dài mới phát huy tác dụng.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Giải pháp hiện hành không có tác động tích cực để làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa có các giải pháp đồng bộ về mặt kinh tế, xã hội để làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

3.4.2. Tác động về giới

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Việc lựa chọn giới tính thai nhi phản ánh tình trạng bất bình đẳng giới sâu sắc. Việc gia tăng tỷ số giới tính khi sinh làm gia tăng thêm sự bất bình đẳng giới như: nhiều phụ nữ phải kết hôn sớm hơn, tỷ lệ ly hôn và tái hôn của phụ nữ sẽ tăng cao, tình trạng bạo hành giới, mua dâm, mua bán phụ nữ sẽ gia tăng. Vì thế tỷ số giới tính khi sinh được coi là một trong những chỉ báo quan trọng để đánh giá mức độ bình đẳng giới. Ngoài ra, tình trạng thiếu hụt số trẻ em gái lúc mới sinh sẽ dẫn đến tình trạng thiếu hụt phụ nữ ở tất cả các nhóm tuổi trong tương lai. Cấu trúc dân số trong những thập kỷ tiếp theo sẽ mang dấu ấn của việc lựa chọn giới tính hiện tại, tạo nên một tình trạng nhân khẩu - xã hội chưa từng có tiền lệ với quy mô nam giới vượt trội trong một thời gian dài, đặc biệt là tình trạng nam giới trẻ tuổi sẽ bị dư thừa so với mức độ giảm dần của nữ giới trong cùng một thế hệ, và kết quả là họ có thể phải đối mặt với những khó khăn nghiêm trọng khi tìm kiếm bạn đời. Sẽ diễn ra tình trạng trì hoãn hôn nhân trong nam giới hoặc gia tăng tỷ lệ sống độc thân. Hậu quả của tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam đã được tổ chức UNFPA cảnh báo: Nếu xu hướng gia tăng tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam không được khống chế, nó sẽ trở thành vấn đề nghiêm trọng trong tương lai, ảnh hưởng đáng kể đến cơ cấu giới tính và nhân khẩu học. Cũng theo dự báo của UNFPA, nếu không có can thiệp hiệu quả để giảm thiểu tình trạng này, tức là tỷ số giới tính khi sinh cứ tiếp tục tăng trong các năm tiếp theo, thì nó sẽ có tác động nặng nề đến thế hệ nam thanh niên được sinh ra sau năm 2005 vì khi bước vào độ tuổi lập gia đình vào những năm 2030 thì nhóm nam giới này sẽ dư thừa so với phụ nữ cùng lứa tuổi khoảng 10%. Nước ta sẽ thiếu khoảng 2,3 - 4,3 triệu phụ nữ vào năm 2050, gây hệ lụy cho sự phát triển bền vững.

Chính vì vậy, các giải pháp được lựa chọn sẽ giúp giảm tác động của sự bất bình đẳng giới, tạo cơ hội nâng cao vị thế cho phụ nữ, tạo dư luận xã hội ủng hộ,

chống sự phân biệt, đối xử với phụ nữ; góp phần bình đẳng trong việc thờ cúng tổ tiên, nối dõi tông đường trở thành hoạt động bình thường của cả nam và nữ; tăng vai trò, trách nhiệm của phụ nữ trong việc thực hiện, phát huy truyền thống tốt đẹp của dân tộc.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định biện pháp ngăn chặn việc lựa chọn giới tính thai nhi bảo đảm cân bằng giới tính khi sinh theo quy luật sinh sản tự nhiên sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển; giúp giảm tác động của sự bất bình đẳng giới, tạo cơ hội nâng cao vị thế cho phụ nữ, tạo dư luận xã hội ủng hộ, chống sự phân biệt, đối xử với phụ nữ.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Giải pháp hiện hành không có tác động tích cực về giới để làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa có các giải pháp đồng bộ về giới để làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

3.4.3. Tác động về thủ tục hành chính

Do chính sách không liên quan đến phát sinh thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động của chính sách về thủ tục hành chính.

3.4.4. Tác động đối với hệ thống pháp luật

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

- Tạo ra hành lang pháp lý để khống chế tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh, giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh.

- Góp phần thực hiện bình đẳng giới; nâng cao địa vị của phụ nữ; ngăn chặn, xử lý các hành vi phân biệt đối xử giới tính.

- Phù hợp với Điều ước quốc tế có liên quan mà Việt Nam là thành viên; tương thích các cam kết quốc tế mà Việt Nam đã ký kết: Điều 5 Công ước về Xóa bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với phụ nữ năm 1979 quy định các quốc gia thành viên cần có biện pháp thích hợp để "*sửa đổi các khuôn mẫu về văn hóa, xã hội về hành vi của nam giới và phụ nữ nhằm đạt được việc xóa bỏ những thành kiến, phong tục tập quán và tất cả các hành động khác mà dựa trên tư tưởng cho giới này là hơn, giới kia là kém, hoặc dựa trên nhận thức mang tính rập khuôn về vai trò của nam giới và nữ giới*.". Tại Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển

năm 1994, các nước cam kết xóa bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử đối với trẻ em gái và việc coi trọng con trai hơn con gái, coi đó là nguồn gốc dẫn đến việc bỏ thai nếu biết đó là bé gái và việc lựa chọn giới tính trước khi sinh.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách đối với hệ thống pháp luật.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Không phải sửa đổi quy định của pháp luật hiện hành.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Do không phải bổ sung, sửa đổi pháp luật hiện hành nên mục tiêu khống chế có hiệu quả tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh, tiến tới đưa tỷ số giới tính khi sinh trở lại mức cân bằng tự nhiên không được giải quyết một cách triệt để.

3.5. Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Lựa chọn giới tính thai nhi làm mất cân bằng giới tính khi sinh đã trở thành vấn đề nóng từ nhiều năm nay bởi hậu quả và những hệ lụy khôn lường. Tuy nhiên, mục tiêu và giải pháp để giảm nhanh tỷ số giới tính khi sinh là không dễ dàng, đòi hỏi phải có thời gian và huy động nhiều nhân lực, chi phí lớn. Điều đó được xuất phát từ những nguyên nhân khách quan và chủ quan làm mất cân bằng giới tính khi sinh và những bài học kinh nghiệm của các nước trên thế giới khi giải quyết vấn đề này.

Việc tổ chức, thực hiện các quy định của pháp luật hiện hành về bảo đảm cân bằng giới tính khi sinh chưa hiệu quả, nên mức độ hiểu biết và mức độ chấp hành pháp luật, khả năng chủ động thực hiện các biện pháp phòng tránh còn có hạn chế đối với nhiều cơ sở sản xuất, kinh doanh, dịch vụ, xuất bản, phát thanh, truyền hình, internet và đa số người dân. Vì vậy, cần đẩy mạnh hơn nữa và tăng kinh phí cho việc tổ chức thực hiện có hiệu quả các quy định của pháp luật hiện hành về bảo đảm cân bằng giới tính khi sinh.

Việc đưa các nội dung về chống phân biệt đối xử giới, không lựa chọn giới tính khi sinh, việc thờ cúng tổ tiên, nối dõi tông đường trong hương ước của cộng đồng dân cư, dòng tộc là hết sức cần thiết. Các quy định này cùng với việc xây dựng, hướng dẫn kỹ năng sống trong hôn nhân, duy trì nòi giống, bảo vệ giá trị của con gái, con trai sẽ tác động mạnh và có ý nghĩa giải quyết nguyên nhân sâu xa, gốc rễ, có phạm vi rộng trong xã hội của mất cân bằng giới tính khi sinh (nguyên nhân xuất phát từ tư tưởng nho giáo truyền thống của xã hội nông nghiệp đã kéo dài hàng nghìn năm). Tuy nhiên, việc bổ sung giải pháp này cũng không làm giảm nhanh tỷ số giới tính khi sinh trong thời gian ngắn, mà vẫn phải cần thời gian.

Giải pháp này có ưu điểm sau:

- Can thiệp vào nguyên nhân cơ bản là sự ưa thích sinh con trai trong bối cảnh giảm sinh, văn hóa nho giáo với phong tục về việc mong muốn có con trai để nối dõi tông đường, thờ cúng tổ tiên cũng như đánh giá thấp giá trị của nữ giới trong gia đình và xã hội tại mỗi vùng, miền; việc tiếp cận các dịch vụ y tế dễ dàng hơn trong lựa chọn giới tính thai nhi khi mang thai hoặc chẩn đoán giới tính thai nhi dẫn tới phá thai vì lý do lựa chọn giới tính…

- Tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục góp phần xóa bỏ phân biệt, định kiến về giới, tư tưởng trọng nam hơn nữ, kỳ thị người sinh chỉ con gái hoặc con trai; hệ lụy của việc mất cân bằng giới tính khi sinh.

- Cùng với việc thực hiện pháp luật, việc đưa nội dung về kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh vào hương ước, quy ước của cộng đồng dân cư, dòng tộc; thực hiện bình đẳng giới, xóa bỏ tư tưởng trọng nam hơn nữ nhằm giữ gìn và phát huy những phong tục, tập quán tốt đẹp và truyền thống văn hóa trên địa bàn cộng đồng dân cư, góp phần hỗ trợ tích cực cho việc quản lý nhà nước bằng pháp luật.

- Thông qua lồng ghép việc hỗ trợ nâng cao vai trò của phụ nữ và trẻ em gái trong xây dựng, thực hiện chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội, thực hiện mục tiêu bình đẳng giới để xoá bỏ phân biệt đối xử về giới, tạo cơ hội như nhau cho nam và nữ trong phát triển kinh tế - xã hội và phát triển nguồn nhân lực, tiến tới bình đẳng giới thực chất giữa nam, nữ và thiết lập, củng cố quan hệ hợp tác, hỗ trợ giữa nam, nữ trong mọi lĩnh vực của đời sống xã hội và gia đình.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là phải huy động nhiều cơ quan, tổ chức, cá nhân, gia đình và cả xã hội tham gia. Tư tưởng nho giáo truyền thống, nối dõi tông đường gắn liền với con trai đã trải qua hàng nghìn năm và đã ăn sâu trong tiềm thức của đa số người dân nên phải thực hiện đồng bộ các biện pháp và thực hiện trong thời gian dài mới phát huy tác dụng.

Kiến nghị giải pháp lựa chọn:

Lựa chọn giới tính thai nhi làm mất cân bằng giới tính khi sinh đã trở thành vấn đề nghiêm trọng bởi hậu quả và những hệ lụy khôn lường. Tuy nhiên, mục tiêu giảm nhanh tỉ số giới tính khi sinh đòi hỏi phải có thời gian và huy động nhiều nhân lực và chi phí.

Trên cơ sở phân tích, đánh giá tác động của giải pháp đề xuất đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan về kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính và hệ thống pháp luật; xem xét ưu điểm, nhược điểm của giải pháp đề xuất, có thể nhận thấy giải pháp đề xuất có ưu điểm nổi trội so với hạn chế, ***kiến nghị giải pháp 1*** là thực hiện các quy định pháp

luật hiện hành về nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi và phân biệt đối xử giới dưới mọi hình thức; đồng thời nâng cao hiệu quả công tác tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục; khai thác, áp dụng hiệu quả hình thức hương ước, quy ước tại cộng đồng dân cư; bổ sung nội dung chương trình giáo dục của hệ thống giáo dục quốc dân; quy định trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong việc lồng ghép việc hỗ trợ nâng cao vai trò của phụ nữ và trẻ em gái; ngăn chặn việc lựa chọn giới tính thai nhi, bảo đảm cân bằng giới tính khi sinh theo quy luật sinh sản tự nhiên.

4. CHÍNH SÁCH 4: TẦM SOÁT BỆNH, TẬT BẨM SINH ĐỂ NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG DÂN SỐ

4.1. Xác định vấn đề bất cập

Hiện nay, mỗi năm Việt Nam có khoảng gần 1,5 triệu trẻ em mới được sinh ra. Đây là những thế hệ bảo vệ, duy trì, phát triển giống nòi, quốc gia, dân tộc, trực tiếp liên quan đến sự phát triển bền vững của đất nước.

Đáng lưu ý, do nhiều yếu tố: Bố mẹ mắc bệnh di truyền; mức sống chưa cao;ô nhiễm môi trường, nhất là những vùng bị ảnh hưởng bởi chiến tranh hóa học;lối sống (sử dụng nhiều chất gây nghiện)hoặc phong tục, tập quán lạc hậu(tảo hôn và hôn nhân cận huyết,...), mỗi năm, theo mức độ phát hiện hiện nay, trên 40.000 trẻ sơ sinh ở nước ta mắc bệnh, tật bẩm sinh, chiếm tỷ lệ khoảng 3% trẻ sơ sinh. Trong đó,khoảng 1.400 - 1.800 trẻ bị mắc bệnh Down, khoảng 250 - 250 trẻ mắc hội chứng Edwards, có 1.000 - 1.500 trẻ bị dị tật ống thần kinh, 300 - 400 trẻ bị suy giáp bẩm sinh, đặc biệt có khoảng 15.000 - 30.000 trẻ bị thiếu men G6PD, có khoảng 2.200 trẻ bị bệnh tan máu bẩm sinh… Đáng lưu ý, số trẻ sơ sinh tử vong do dị tật bẩm sinh khoảng hơn 1.700 trẻ, chiếm 11% số trẻ sơ sinh tử vong[35].

Tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh để phát hiện, can thiệp và điều trị sớm các bệnh, tật, các rối loạn chuyển hóa, di truyền ngay trong giai đoạn bào thai và sơ sinh giúp cho trẻ sinh ra phát triển bình thường hoặc tránh được những hậu quả nặng nề về thể chất và trí tuệ, giảm thiểu số người tàn tật, thiểu năng trí tuệ trong cộng đồng, góp phần nâng cao chất lượng dân số.

Tuy nhiên, tỷ lệ và số lượng trẻ bệnh, tật bẩm sinh được phát hiện ở Việt Nam nói trên có thể thấp hơn nhiều so với thực tế, bởi theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), có hơn 7.000 khuyết tật bẩm sinh khác nhau do di truyền hoặc một phần do di truyền. Trong khi đó, nước ta mới chỉ tầm soát được 5-6 bệnh bẩm sinh phổ biến nhất. Ở Trung Quốc, tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc bệnh, tật bẩm sinh lên tới 8%.

Số trẻ sinh ra bị bệnh, tật hằng năm được tích lũy dần, góp phần vào tổng số 6.225.519 người khuyết tật, chiếm hơn 6,73% tổng dân số. Trong số người khuyết tật có 671.659 trẻ em từ 2-17 tuổi và 5.553.860 người từ 18 tuổi trở lên[36].

Tỷ lệ bệnh, tật bẩm sinh cao làm suy giảm chất lượng dân số về thể chất của các thế hệ tương lai và để lại hậu quả kinh tế - xã hội nặng nề cho gia đình, cộng đồng và xã hội. Theo chuẩn tiếp cận nghèo đa chiều năm 2016, hộ gia đình có người khuyết tật sẽ có nguy cơ nghèo cao gấp hơn 2 lần so với hộ gia đình

---

[35] Tổng cục DS-KHHGĐ. Hội thảo ngày 27/8/2018, tại Thanh Hóa về tầm quan trọng, lợi ích của tầm soát, chẩn đoán, điều trị sớm bệnh, tật trước sinh và sơ sinh.

[36] TCTK. 2016. Điều tra quốc gia người khuyết tật 2016. Báo cáo cuối cùng. Hà Nội, Việt Nam.

không có người khuyết tật (19,4% so với 8,9%)[37].

Chính vì vậy, từ năm 2006 đến nay, các chương trình về dân số đã đề cập hoạt động sàng lọc bệnh, tật trước sinh, sơ sinh. Về phía cán bộ các địa phương và người dân, tỷ lệ hưởng ứng chương trình này cũng khá cao. Hơn 91% cán bộ được hỏi cho biết họ "chắc chắn thực hiện" hoặc "sẽ thực hiện"; hơn nữa 97%"chắc chắn sẽ vận động người thân thực hiện" hoặc "sẽ vận động". Đối với sàng lọc sau sinh, các tỷ lệ tương ứng là: 87,6% và 92,8%.

Đối với người dân, tỷ lệ hưởng ứng sàng lọc trước sinh và sơ sinh cũng cao không kém cán bộ. Hơn 86% người dân được hỏi cho biết họ "chắc chắn thực hiện" hoặc "sẽ thực hiện"; hơn nữa 90,9% "chắc chắn sẽ vận động người thân thực hiện" hoặc "sẽ vận động". Đối với sàng lọc sau sinh, các tỷ lệ tương ứng còn cao hơn cán bộ: 92,6% và 93,5%.

Tuy nhiên, các hoạt động này lại tiến triển chậm: Đến năm 2020 được triển khai ở 63 tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và cũng mới chỉ có 54% sản phụ được tầm soát trước sinh 03 bệnh; 50% trẻ sơ sinh được tầm soát 02 bệnh. Một phần nguyên nhân của tình trạng này có thể thấy trong Bảng 5.1 và 5.2. Đó là các rào cản đối với sàng lọc trước sinh theo đánh giá của cán bộ và người dân, được khảo sát tại 6 tỉnh trên cả 6 vùng trong cả nước, năm 2018.

Bảng 5.1. Các rào cản sàng lọc trước sinh

Rào cản	Cán bộ quản lý	Người dân
Sợ dư luận xã hội bàn tán	8.9	10.3
Người thân không đồng ý	3.2	4.2
Không biết thăm khám, xé nghiệm ở đâu	22.0	20.9
Chưa tin vào kết quả	14.1	11.1
Nếu thai nhi có vấn đề thì không biết xử lý thế nào	44.9	49.0
Trước nay không sang lọc trước sinh cũng không sao	9.4	6.3
Sợ chi phí tốn kém	35.6	29.8
Khó đánh giá	9.4	17.8
Tổng	100.0	100

Nguồn: Kết quả khảo sát Dự án Luật Dân số năm 2018.

Bảng 5.1 cho thấy có 3 rào cản lớn nhất đối với sàng lọc trước sinh mà cán

[37] TCTK. 2016. Điều tra Quốc gia người khuyết tật 2016. Báo cáo cuối cùng. Hà Nội, Việt Nam.

bộ và người dân thống nhất nhận định, chủ yếu không phải về hiểu biết và nhận thức mà là về hành vi. Đó là:

(1) Nếu thai nhi có vấn đề thì không biết xử lý thế nào.

(2) Sợ chi phí tốn kém.

(3) Không biết nơi để thăm khám, xét nghiệm.

Chính vì vậy, 76% người dân và 70,6% cán bộ cho rằng, Nhà nước hỗ trợ toàn bộ hoặc một phần chi phí sàng lọc trước và sau sinh. Trong đó, 58% người dân và 36,5% cán bộ cho rằng cần hỗ trợ toàn bộ. Đương nhiên, đây sẽ là khoản hỗ trợ toàn bộ sẽ cần khoản kinh phí rất lớn, ngân sách nhà nước khó đảm bảo.

Đối với sàng lọc sau sinh, nhận định về rào cản của cán bộ và người dân cũng tương đối thống nhất. Các rào cản cũng tương tự như đối với sàng lọc trước sinh. Tuy nhiên, cần nâng cao chất lượng sàng lọc, phát hiện chính xác bệnh, tật của thai nhi và trẻ sơ sinh để nâng cao sự tin tưởng của người dân cũng như cán bộ cũng là yêu cầu đặt ra hiện nay (Bảng 5.2).

Bảng 5.2. Các rào cản sàng lọc sau sinh

Rào cản	**Cán bộ quản lý**	**Người dân**
Sợ dư luận xã hội bàn tán	7.7	7.5
Người thân không đồng ý	2.5	5.3
Không biết thăm khám, xé nghiệm ở đâu	22.0	22.1
Chưa tin vào kết quả	24.4	24.5
Nếu thai nhi có vấn đề thì không biết xử lý thế nào	37.0	45.3
Trước nay không sàng lọc trước sinh cũng không sao	7.9	5.7
Sợ chi phí tốn kém	32.1	31.6
Khó đánh giá	9.4	14.4
Tổng số	**100.0**	**100**

Nguồn: Kết quả khảo sát Dự án luật Dân số năm 2018

Nghị quyết số 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới của Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương Đảng, khóa XII đã đề ra mục tiêu, năm 2030: "70% phụ nữ mang thai được tầm soát ít nhất 4 loại bệnh, tật bẩm sinh phổ biến nhất; 90% trẻ sơ sinh được tầm soát ít nhất 5 bệnh bẩm sinh phổ biến nhất". Để đạt được mục tiêu khá cao nói trên, trong thời gian tới, cần phải có chính sách mạnh mẽ trong Luật Dân số và tập trung vượt qua các rào cản nói trên.

4.2. Mục tiêu giải quyết vấn đề

Xây dựng khung pháp lý trong việc thực hiện các biện pháp tầm soát bệnh, tật bẩm sinh, góp phần giảm tỷ lệ trẻ em mới sinh bị bệnh, tật bẩm sinh. Đến năm 2030, 70% phụ nữ mang thai được tầm soát ít nhất 4 loại bệnh, tật bẩm sinh phổ biến nhất; 90% trẻ sơ sinh được tầm soát ít nhất 5 bệnh bẩm sinh phổ biến nhất, nâng dần tỉ lệ thực hiện của các đối tượng sau năm 2030[38].

4.3. Giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề

Giải pháp 1:

Giữ nguyên theo quy định của pháp luật hiện hành là khuyến khích phụ nữ mang thai, trẻ sinh ra tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh trên nguyên tắc tự nguyện. Trường hợp mang thai hộ vì mục đích nhân đạo theo quy định của pháp luật về hôn nhân và gia đình phải bắt buộc thực hiện tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh. Đồng thời quy định phụ nữ mang thai, trẻ sơ sinh được hỗ trợ chi phí tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh theo quy định của Chính phủ.

Giải pháp 2: Bắt buộc phụ nữ mang thai, trẻ sinh ra tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh.

4.4. Đánh giá tác động của giải pháp đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan

4.4.1. Tác động về kinh tế

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Do không được sàng lọc, với khoảng hơn 40.000 trẻ sơ sinh bị bệnh, tật bẩm sinh hằng năm gây chi phí lớn về nuôi dạy, chữa bệnh cho gia đình và xã hội trong *suốt đời* (hàng chục năm) của những đứa trẻ này.

Nhờ công tác tuyên truyền vận động, truyền thông, giáo dục về mục đích, ý nghĩa, tầm quan trọng, hiệu quả của các dịch vụ nâng cao chất lượng dân số, cung với việc được Nhà nước hỗ trợ kinh phí sàng lọc, hầu hết đối tượng trong nhóm có nguy cơ cao sẽ tham gia sàng lọc trước sinh và sơ sinh, góp phần nâng cao tỷ lệ phát hiện bệnh tật của thai nhi và sơ sinh, nâng cao hiệu quả sàng lọc.

Nhờ thực hiện tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh giúp:

- Giảm gánh nặng kinh phí của Nhà nước, gia đình trong việc điều trị, chăm sóc, nuôi dưỡng cho người bệnh do được tầm soát, chẩn đoán, điều trị sớm trước sinh và sơ sinh.

---

[38] Thể chế hoá mục tiêu Nghị quyết 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới.

- Khi giảm số trẻ bị bệnh, tật sẽ giảm gánh nặng cho gia đình, trước hết là phụ nữ; tạo điều kiện để phụ nữ hoạt động kinh tế, xã hội, nâng cao năng lực, thu nhập…

- Giảm hàng vạn lao động phải nghỉ việc phục vụ con, cháu bị ốm đau, bệnh tật; tạo điều kiện để làm việc, lao động tăng thu nhập.

Việc giảm chi phí nuôi dạy, chữa bệnh cho hàng vạn người bị bệnh, tật kéo dài hàng chục năm (bằng tuổi thọ của họ) sẽ tiết kiệm cho ngân sách nhà nước và nguồn lực của nhân dân lên đến hàng chục nghìn tỷ đồng. Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020 đã hỗ trợ kinh phí thực hiện dịch vụ tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh cho những người thuộc hộ nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, người dân tộc thiểu số sống tại xã đặc biệt khó khăn, người dân sống tại các vùng có nguy cơ cao, vùng nhiễm chất độc dioxin (trừ các đối tượng đã được bảo hiểm y tế thanh toán khi thực hiện dịch vụ tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh).

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

- Nhà nước phải bỏ ra một khoản kinh phí từ ngân sách nhà nước để thực hiện chính sách.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

- Bảo đảm cho mọi đối tượng được tầm soát bệnh, tật bẩm sinh từ việc thực hiện các biện pháp phòng tránh (thông qua tư vấn sức khỏe tiền hôn nhân); tránh kết hôn của hai người nam nữ gặp vấn đề về mang thai, thai có nguy cơ bị bệnh, tật bẩm sinh (thông qua khám sức khỏe tiền hôn nhân để mang lại hạnh phúc sau hôn nhân); phát hiện, điều trị sớm bệnh, tật bẩm sinh (thông qua sàn lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh).

- Góp phần giảm nhanh tỷ lệ trẻ em sinh ra bị mắc bệnh, tật bẩm sinh, mang lại hạnh phúc cho gia đình và lợi ích cho sự phát triển kinh tế - xã hội của địa phương, đất nước.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

- Chi phí lớn từ ngân sách nhà nước hay của người dân để mọi đối tượng được thực hiện các biện pháp tầm soát bệnh, tật bẩm sinh trong khi mức thu nhập của người dân có sự chênh lệch đáng kể. Phương án này hiện đang gặp một số khó khăn nhất định: Năng lực của ngành Y tế chưa đủ đáp ứng được nhu cầu; cần một nguồn kinh phí rất lớn; còn nhiều vật cản đối với người dân.

4.4.2. Tác động về xã hội

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Trẻ em sinh ra bị mắc bệnh, tật bẩm sinh để lại hậu quả lớn cho gia đình và xã hội. Trong một số trường hợp, các cặp vợ chồng hay cá nhân gặp phải các vấn đề về tinh thần, thể chất khi sinh con bị bệnh, tật bẩm sinh. Việc giảm hàng vạn số trẻ bị bệnh, tật bẩm sinh hoặc được điều trị sớm bệnh, tật bẩm sinh mang lại hạnh phúc cho hàng vạn gia đình.

Khi giảm hàng vạn số trẻ bị bệnh, tật bẩm sinh sẽ giảm hàng vạn hộ nghèo, đối tượng bảo trợ xã hội, góp phần phát triển kinh tế xã hội của địa phương, đất nước. Hàng vạn phụ nữ được giải phóng khỏi công việc chăm sóc con bị bệnh, tật bẩm sinh, có điều kiện tham gia hoạt động kinh tế, chính trị, xã hội.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

- Trong giai đoạn đầu thực hiện, năng lực của ngành Y tế chưa đáp ứng được ngay nhu cầu, khả năng về kỹ thuật, chuyên môn, nhân lực để triển khai hoạt động trên phạm vi rộng, có thể dẫn đến tâm lý sao nhãng trong việc thực hiện của bà mẹ và gia đình họ.

- Các cặp vợ chồng, gia đình có thể mâu thuẫn do không thống nhất xử lý kết quả tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, chẳng hạn vấn đề đình chỉ thai nghén có vấn đề bệnh lý.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

- Bảo đảm cho mọi đối tượng được tầm soát bệnh, tật bẩm sinh từ việc thực hiện các biện pháp phòng tránh (thông qua tư vấn sức khỏe tiền hôn nhân); tránh kết hôn của hai người nam nữ gặp vấn đề về mang thai, thai có nguy cơ bị bệnh, tật bẩm sinh (thông qua khám sức khỏe tiền hôn nhân để mang lại hạnh phúc sau hôn nhân); phát hiện, điều trị sớm bệnh, tật bẩm sinh (thông qua sàn lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh).

- Góp phần giảm nhanh tỷ lệ trẻ em sinh ra bị mắc bệnh, tật bẩm sinh, mang lại hạnh phúc cho gia đình và lợi ích cho sự phát triển kinh tế - xã hội của địa phương, đất nước.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

- Ảnh hưởng đến quyền con người của các nhóm đối tượng thực hiện.

4.4.3. Tác động về giới

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Việc chăm sóc trẻ bệnh, tật trong gia đình thường là phụ nữ. “Tỷ trọng lao động nữ tự làm và lao động gia đình chiếm tới 62,3% trong tổng số lao động nữ. Đây là nhóm lao động yếu thế, không có công việc ổn định và gần như không

được đảm bảo đầy đủ các quyền lợi theo Bộ luật Lao động”[39]. Vì vậy, nếu giảm số trẻ bị bệnh, tật sẽ giảm gánh nặng cho gia đình, trước hết là phụ nữ; tạo điều kiện để phụ nữ hoạt động kinh tế, xã hội, nâng cao năng lực, thu nhập…

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Cũng như giải pháp 1, nếu giảm số trẻ bị bệnh, tật sẽ giảm gánh nặng cho gia đình, trước hết là phụ nữ; tạo điều kiện để phụ nữ hoạt động kinh tế, xã hội, nâng cao năng lực, thu nhập…

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển.

4.4.4. Tác động về thủ tục hành chính

Do chính sách không liên quan đến phát sinh thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động của chính sách về thủ tục hành chính. Phụ nữ mang thai, trẻ sinh nếu thực hiện tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh sẽ thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh nên tuân thủ theo các quy định về thủ tục hành chính hiện hành.

4.4.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Việc khuyến khích các nhóm đối tượng thực hiện tư vấn, tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh cùng với việc vận động nhóm đối tượng có nguy cơ cao thực hiện tầm soát bệnh, tật bẩm sinh là phù hợp với quy định của pháp luật.

Giải pháp đề xuất phù hợp với với các quy định của Điều 12 Công ước quốc tế về các Quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR) mà Việt Nam là thành viên về quyền được hưởng một tiêu chuẩn sức khỏe về thể chất và tinh thần ở mức cao nhất có thể.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

---

[39] TCTK. Thông tin Thống kê Giới tại Việt Nam 2016. NXB Thống kê. Hà Nội, 2018.

Chưa thấy tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách đối với hệ thống pháp luật.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Có cơ sở pháp lý để các nhóm đối tượng phải thực hiện tư vấn, tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Trong bất kỳ trường hợp nào thì việc bảo đảm quyền con người của các nhóm đối tượng là hết sức quan trọng. Việc bắt buộc các nhóm đối tượng thực hiện tư vấn, tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh chưa thực sự phù hợp với Công ước quốc tế về các Quyền kinh tế, xã hội và văn hóa (ICESCR) mà Việt Nam là thành viên.

4.5. Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Để đạt được mục tiêu giải quyết vấn đề là xây dựng khung pháp lý trong việc thực hiện các biện pháp tầm soát bệnh, tật bẩm sinh, góp phần giảm tỷ lệ trẻ em mới sinh bị bệnh, tật bẩm sinh, giải pháp đề xuất giải quyết vấn đề có những ưu điểm, hạn chế cơ bản như sau:

Giải pháp này có ưu điểm sau:

- Góp phần giảm nhanh tỉ lệ trẻ em sinh ra bị mắc bệnh, tật bẩm sinh, mang lại hạnh phúc cho gia đình và lợi ích cho sự phát triển kinh tế - xã hội của địa phương, đất nước; nâng cao chất lượng dân số.

- Giảm gánh nặng kinh phí của Nhà nước, gia đình trong việc điều trị, chăm sóc, nuôi dưỡng cho người bệnh do được tầm soát, chẩn đoán, điều trị sớm trước sinh và sơ sinh.

- Khi giảm số trẻ bị bệnh, tật sẽ giảm gánh nặng cho gia đình, trước hết là phụ nữ; tạo điều kiện để phụ nữ hoạt động kinh tế, xã hội, nâng cao năng lực, thu nhập…

- Giảm hàng vạn lao động phải nghỉ việc phục vụ con cháu bị ốm đau, bệnh tật; tạo điều kiện để lao động làm việc tăng thu nhập.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là:

- Nhà nước phải bỏ ra một khoản kinh phí từ ngân sách nhà nước để thực hiện chính sách.

- Trong giai đoạn đầu thực hiện, có thể năng lực của ngành Y tế chưa đáp ứng được ngay nhu cầu, khả năng về kỹ thuật, chuyên môn, nhân lực để triển khai hoạt động trên phạm vi rộng, dẫn đến tâm lý sao nhãng trong việc thực hiện của

bà mẹ và gia đình họ.

- Các cặp vợ chồng, gia đình có thể mâu thuẫn do không thống nhất xử lý kết quả tầm soát, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh, chẳng hạn vấn đề đình chỉ thai nghén có vấn đề bệnh lý.

Kiến nghị giải pháp lựa chọn:

Trong bất kỳ trường hợp nào thì việc bảo đảm quyền con người của các nhóm đối tượng là hết sức quan trọng. Các biện pháp thực hiện bằng cách đẩy mạnh tuyên truyền, giáo dục giúp các đối tượng thấy được lợi ích, sự cần thiết để chủ động, tự nguyện thực hiện các biện pháp tầm soát bệnh, tật bẩm sinh, mang lại hạnh phúc, sự phát triển của bản thân và gia đình.

Trên cơ sở phân tích, đánh giá tác động của giải pháp đề xuất đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan về kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính và hệ thống pháp luật; xem xét ưu điểm, nhược điểm của giải pháp đề xuất, ***kiến nghị chọn giải pháp 1*** là khuyến khích phụ nữ mang thai, trẻ sinh ra tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh trên nguyên tắc tự nguyện. Trường hợp mang thai hộ vì mục đích nhân đạo theo quy định của pháp luật về hôn nhân và gia đình phải bắt buộc thực hiện tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh; phụ nữ mang thai, trẻ sơ sinh được hỗ trợ chi phí tầm soát, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh theo quy định của Chính phủ.

Đây là giải pháp có nhiều tác động tích cực trong việc xác định mục tiêu nâng cao chất lượng dân số, là một trong những chính sách cơ bản của Nhà nước, nhiệm vụ trọng tâm hàng đầu, có tính chất quyết định đến công cuộc phát triển đất nước.

5. CHÍNH SÁCH 5: TƯ VẤN VÀ KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC HÔN NHÂN*(tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn)*

5.1. Xác định vấn đề bất cập

Theo số liệu thống kê của Bộ Tư pháp[40], từ năm 2019 đến năm 2021 số liệu đăng ký kết hôn tại Việt Nam tương ứng là 747.702 cặp, 630.498 cặp và 501.003 cặp. Tính trung bình 03 năm 2019-2021, số cặp đăng ký kết hôn là 626.401 cặp, tức khoảng 1,3 triệu người đăng ký kết hôn[41]. Việc khám sức khỏe tổng thể nhằm phát hiện ra bệnh, tật có nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe của mình và người bạn đời như bệnh HIV, viêm gan B, C hay các bệnh di truyền, bệnh tim, bệnh về đường tình dục… Khám cơ quan sinh sản nhằm phát hiện những bất thường về cấu tạo giải phẫu cũng như chức năng hoạt động của cơ quan sinh dục; các bệnh viêm nhiễm, các bệnh lây truyền qua đường tình dục... Trên cơ sở đó tìm các giải pháp chữa trị kịp thời các bệnh tật có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, đến việc sinh đẻ của người chuẩn bị bước vào hôn nhân, chuẩn bị bước vào quá trình sinh sản để đảm bảo chất lượng giống nòi nói chung, hạnh phúc của từng cặp vợ chồng nói riêng trở nên hết sức cần thiết. Tuy nhiên, việc khám sức khỏe trước kết hôn cần thực hiện như thế nào?, để người dân tự nguyện hay bắt buộc? Khám những nội dung gì? Những quy định đó có đáp ứng được mong muốn của người dân, mục tiêu của chính sách dân số hay không? Khả năng chi trả cho việc thực hiện dịch vụ? Các cơ sở y tế địa phương có khả năng đáp ứng đủ yêu cầu về mặt chuyên môn hay không?... là những vấn đề quan trọng cần được Luật Dân số điều chỉnh.

5.2. Mục tiêu giải quyết vấn đề

Nâng cao chất lượng dân số, chất lượng cuộc sống, bảo đảm hạnh phúc hôn nhân, cụ thể là: bảo đảm cuộc hôn nhân bền vững; sinh ra những đứa trẻ khỏe mạnh; phòng, tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Đến năm 2030, tỉ lệ nam nữ thanh niên được tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn đạt 90%, nâng dần tỉ lệ thực hiện của các đối tượng sau năm 2030[42].

5.3. Giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề

Giải pháp 1: Quy định nam, nữ trong độ tuổi sinh đẻ trước khi kết hôn phải thực hiện tư vấn, khám sức khỏe bao gồm những nội dung liên quan đến bệnh di truyền, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh liên quan đến thụ thai, mang thai, bệnh gây nguy hiểm cho sự phát triển bình thường của thai nhi, trẻ sơ sinh. Các đối tượng nam, nữ trước khi kết hôn được hỗ trợ chi phí tư vấn, khám sức khỏe theo quy định của Chính phủ.

---

[40] Báo cáo tổng kết công tác tư pháp năm 2021 và phương hướng, nhiệm vụ, giải pháp công tác năm 2022.

[41] Từ năm 2000 đến năm 2011 số lượng kết hôn: 7.732.685 trường hợp, tính bình quân mỗi năm có khoảng 65 vạn cặp, tức khoảng 1,3 triệu người đăng ký kết hôn.

[42] Thể chế hoá mục tiêu Nghị quyết 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới.

Giải pháp 2: Giữ nguyên theo quy định của pháp luật hiện hành, không quy định cụ thể những nội dung khám sức khỏe trước khi kết hôn. Các đối tượng nam, nữ tự chi trả chi phí tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn.

5.4. Đánh giá tác động của chính sách đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan

5.4.1. Tác động về kinh tế, xã hội

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Khám sức khỏe trước khi kết hôn luôn mang lại những lợi ích to lớn, nhất là để nâng cao chất lượng dân số. Đối với những người mà với sức khỏe hiện tại của họ, nếu sinh con thì có thể ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của con cái sau này (người có vấn đề về sức khỏe) thì lợi ích của việc khám sức khỏe trước kết hôn càng mang lại lợi ích to lớn hơn.

Trong điều kiện ở nước ta hiện nay, có nhiều yếu tố làm cho số người bị mắc bệnh bẩm sinh, di truyền, người có nguy cơ bị khuyết tật về gen; người bị nhiễm chất độc hóa học; người thường xuyên tiếp xúc với hoá chất độc hại và các bệnh lây nhiễm; người có tiền sử sử dụng lâu dài các loại thuốc đặc hiệu, nghiện thuốc lá, nghiện rượu… mà có thể ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của con cái sau này là một con số rất lớn (Với quy mô dân số khoảng 97 triệu người, Việt Nam có tới 11 triệu người bị viêm gan B và C; tỷ lệ phụ nữ trong tuổi sinh đẻ bị viêm nhiễm đường sinh sản thuộc loại cao nhất trên thế giới; tình trạng tiêu thụ rượu bia cũng vào loại cao nhất thế giới, với khoảng 44,2% nam giới và 1,2% nữ giới đang sử dụng rượu bia ở mức có hại; tình trạng sử dụng thuốc trừ sâu, thuốc bảo vệ thực vật tràn lan, không được kiểm soát; ô nhiễm môi trường nặng nề; chất độc màu da cam mà Mỹ rải xuống Việt Nam làm cho 4,8 triệu người Việt Nam bị phơi nhiễm[43]

Thực hiện giải pháp này giúp giảm gánh nặng kinh phí của Nhà nước, gia đình trong việc điều trị, chăm sóc, nuôi dưỡng cho trẻ sinh ra do được tư vấn, khám sức khoẻ trước khi kết hôn.

Hộp 5.1

Số liệu thống kê những năm gần đây của Bệnh viện Bạch Mai, sau khi khám trên 70.000 bà mẹ ở hơn 300 cộng đồng dân cư trên cả nước, cho thấy tỷ lệ chị em mắc bệnh viêm phụ khoa chiếm gần 90%. Trong đó, nhóm phụ nữ có thu nhập cao như giáo viên, cán bộ công chức, tỷ lệ viêm nhiễm là 70%.

Nguồn: https://vnexpress.net/suc-khoe/ty-le-phu-nu-viem-phu-khoa-

[43] http://quangnam.gov.vn/CMSPages/BaiViet/Default.aspx?IDBaiViet=27272).

khong-giam-sau-mot-thap-nien-3739519.html

Tiêu thụ rượu bia ở Việt Nam đang ở mức cao và có xu hướng tăng nhanh trong những năm gần đây. Năm 2017 Việt Nam tiêu thụ 305 triệu lít rượu và 4,1 tỷ lít bia, đứng đầu trong khu vực Đông Nam Á và thứ 3 Châu Á chỉ sau Nhật Bản và Trung Quốc, đứng thứ 29 trên thế giới. ... Đặc biệt là có tới 44,2% nam giới và 1,2% nữ giới sử dụng rượu, bia ở mức có hại.

Nguồn: https://anninhthudo.vn/doi-song/dan-ong-viet-nam-va-thanh-tich-so-1-dong-nam-a-dang-hai-hung/789423.antd

Giải pháp đưa ra chính là một căn cứ quan trọng để các cơ quan chức năng, các tổ chức chính trị, xã hội quyết liệt vào cuộc yêu cầu, vận động người dân, nhất là những người có nguy cơ cao thực hiện khám sức khỏe trước khi kết hôn để mọi trẻ được chào đời đều là những đứa trẻ khỏe mạnh, không bệnh tật bẩm sinh.

Bảng 5.1. Thái độ các nhóm đối tượng với quy định "các cặp nam, nữ chuẩn bị kết hôn, thanh niên, người chưa thành niên kiểm tra sức khỏe trước hôn nhân"

Đơn vị tính: %

TT	Thái độ	Đối tượng		
		Cán bộ quản lý	Người dân	Cung cấp dịch vụ
1	Ủng hộ	88,1	79,1	86,3
2	Không ủng hộ	5,2	1,0	3,9
3	Khó trả lời	6,6	19,9	9,8

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2015.

Trong cuộc khảo sát lấy ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số năm 2018 của Tổng cục DS-KHHGĐ, với câu hỏi "Ở địa phương ông/bà đã có ai đi kiểm tra sức khỏe trước kết hôn không" thì phần lớn cán bộ quản lý và người dân đều trả lời "có, nhưng không nhiều". Đặc biệt với nhóm cán bộ quản lý thì có tới 70,3% số người được hỏi đồng ý với nội dung này.

Bảng 5.2. Thực tế ở địa phương đã có người đi kiểm tra sức khỏe trước khi kết hôn

Phương án trả lời	Tỷ lệ đồng ý với từng phương án (%)	
	Nhóm cán bộ quản lý	*Nhóm người dân*
Có nhiều người	8,7	15,4

Có nhưng không nhiều	70,3	57,1
Chưa có ai	5,9	7,4
Không biết	15,1	20,0

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2018.

Việc quy định cụ thể nội dung tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn sẽ giúp thầy thuốc, các cơ sở y tế biết các nội dung phải khám, từ đó giúp chuẩn bị đầy đủ cơ sở vật chất đáp ứng đầy đủ yêu cầu của loại hình dịch vụ này. Quy định này cũng còn giúp người sắp kết hôn chuẩn bị đầy đủ về tinh thần, sự hiểu biết cụ thể cũng như nguồn tài chính cần thiết cho dịch vụ này trước khi bước vào hôn nhân. Nhìn chung, cả cán bộ quản lý và người dân đều đã nhận thức được vấn đề này. Vì vậy, trả lời câu hỏi "Nếu nhà nước khuyến khích nam, nữ trong độ tuổi sinh đẻ trước khi kết hôn được tư vấn, kiểm tra sức khỏe trước hôn nhân bao gồm những nội dung liên quan đến bệnh di truyền, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh liên quan đến thụ thai, mang thai, bệnh gây nguy hiểm cho sự phát triển bình thường của thai nhi, trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ thì theo ông/bà, những người dân ở địa phương của ông/bà có sẵn sàng thực hiện không" thì phần lớn cán bộ quản lý, người dân, người cung cấp dịch vụ đều trả lời "có thực hiện" dù ở các mức độ khác nhau (Bảng 5.3).

Bảng 5.3. Ý kiến của các nhóm đối tượng về việc thực hiện kiểm tra sức khỏe trước kết hôn của người dân, nếu được khuyến khích

Phương án trả lời	**Tỷ lệ đồng ý với từng phương án (%)**		
	Cán bộ quản lý	**Người dân**	**Người cung cấp dịch vụ**
Có, chắc chắn mọi người sẽ thực hiện	22,0	54,0	37,9
Có thể đa số sẽ thực hiện	19,5	13,1	13,6
Có người thực hiện, có người không	54,4	27,0	45,5
Có thể đa số không thực hiện	1,8	2,0	0
Hầu hết mọi người không thực hiện	2,0	3,6	3,0
Không rõ	0,3	0,4	0

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2018.

Trong cuộc khảo sát năm 2015, có tới 82,2% số cán bộ cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ được hỏi cho là các nội dung khám quy định như đề xuất nêu là hợp lý.

b) Tác động hạn chế của chính sách

Khó khẳng định những người có vấn đề về sức khỏe đều sẵn sàng tham gia khám sức khỏe trước kết hôn. Qua các cuộc phỏng vấn, nhìn chung cả cán bộ quản lý, người dân và người cung cấp dịch vụ đều nhận thức rõ được lợi ích to lớn của việc khám sức khỏe trước khi kết hôn, nhất là đối với những người mà với sức khỏe hiện tại của họ, nếu sinh con thì có thể ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của con cái sau này (người có vấn đề về sức khỏe). Tuy nhiên, tất cả các nhóm đối tượng này đều chưa thể khẳng định được rằng nếu được khuyến khích thì nhóm này có sẵn sàng tham gia khám sức khỏe trước khi kết hôn hay không. Đặc biệt, số cán bộ trực tiếp quản lý công tác DS-KHHGĐ là những người với cương vị công tác của mình, họ có góc nhìn đầy đủ, toàn diện các vấn đề được giao quản lý thì chỉ có 9,5% cho rằng người trong diện sẵn sàng thực hiện và ngược lại, có đến 27,1% lại cho rằng sẽ có ít người thực hiện (Bảng 5.4).

Bảng 5.4. Trả lời của các nhóm đối tượng về khả năng đi kiểm tra sức khỏe trước kết hôn nếu được khuyến khích của những người có vấn đề về sức khỏe

Đơn vị tính: %

Nếu được khuyến khích những người có vấn đề về sức khỏe đi kiểm tra sức khỏe trước kết hôn không?	**Cán bộ quản lý**	**Người dân**	**Người cung cấp dịch vụ**
Có, chắc chắn mọi người sẽ thực hiện	9,5	35,1	21,2
Phần lớn sẽ thực hiện	29,2	16,5	42,4
Nửa đi, nửa không	25,3	21,0	15,2
Ít người đi khám sức khỏe	27,1	16,9	18,2
Không ai đi kiểm tra sức khỏe, dù có miễn phí	2,0	3,0	3,0
Khó đánh giá.	6,9	7,5	21,2

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2018.

- Tâm lý sợ ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình là khó khăn lớn nhất cản trở người có vấn đề về sức khỏe tham gia kiểm tra sức khỏe trước kết hôn.

Tại sao ngay những người có vấn đề về sức khỏe lại không muốn đi kiểm tra sức khỏe trước kết hôn, họ thường gặp những khó khăn gì? Câu hỏi này đã được cả cán bộ quản lý và người dân giải đáp với trên 50% cho rằng khó khăn lớn

nhất là người dân nói chung, người có vấn đề về sức khỏe nói riêng đều có tâm lý lo sợ nếu phát hiện ra bệnh thì sẽ ảnh hưởng lớn đến hạnh phúc gia đình (Bảng 5.5). Đây phần lớn là những căn bệnh ít có biểu hiện ra bên ngoài, những căn bệnh khó nói và thường được giữ kín. Nó lại có thể gây ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của thế hệ con cái, nên càng được giữ kín hơn. Vì vậy, những người chẳng may mắc bệnh thường ít đủ tự tin đối diện với dư luận, đối diện với một nửa của mình. Ngay trong cách nghĩ hiện tại của người Việt, thì chính "một nửa khỏe mạnh" cũng khó có đủ tự tin mà bỏ qua cho cái "lỗi" của "nửa còn lại". Chính vì vậy, việc quy định "khuyến khích" chứ không phải là "bắt buộc" phải đi khám càng khó thu hút được sự hưởng ứng đầy đủ của những người trong diện phải thực hiện.

Bảng 5.5. Trả lời của các nhóm đối tượng về những khó khăn của những người có vấn đề về sức khỏe đi kiểm tra sức khỏe trước kết hôn

Đơn vị tính: %

Khó khăn	Cán bộ quản lý	Người dân
Nếu phát hiện có bệnh thì sợ ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình	51,6	53,2
Luật không bắt mà chỉ vận động	36,5	23,3
Sợ chi phí tốn kém	28,1	30,2
Sợ dư luận xã hội bàn tán	25,4	23,3
Trước nay không khám sức khỏe cũng không sao	21,2	10,9
Người thân không đồng ý	7,9	4,9
Khó đánh giá	4,2	9,9

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2018

- Quy định này vô tình tạo ra một sự phân biệt đối xử với những người không may mắc bệnh. Nhiều ý kiến cho rằng bản thân quy định "khuyến khích người có vấn đề có sức khỏe đi kiểm tra sức khỏe trước khi kết hôn" cũng đã thể hiện rõ sự không đủ tin tưởng, không bắt mọi người trong diện phải thực hiện một cách đầy đủ, nghiêm túc. Hơn nữa quy định này vô tình đã tạo ra một sự phân biệt đối với những người không may mắc những căn bệnh khó nói, nhạy cảm. Trong khi đã có quy định khuyến khích mọi người đi khám sức khỏe trước khi kết hôn, vì thế có cần phải quy định riêng cho nhóm người này?

- Các cơ sở y tế có thể gặp những khó khăn về cơ sở vật chất và năng lực chuyên môn để thực hiện nhiệm vụ. Với một hệ thống các cơ sở y tế luôn bị quá

tải để đáp ứng yêu cầu khám chữa bệnh của người dân, việc triển khai thêm nhiệm vụ kiểm tra sức khỏe trước kết hôn cho người có vấn đề về sức khỏe sẽ càng làm cho hệ thống các cơ sở y tế thêm quá tải. Khi được hỏi về vấn đề này, có tới 58,2% số cán bộ cung ứng dịch vụ cho rằng cơ sở vật chất của ngành y tế hiện nay chưa đủ đáp ứng được yêu cầu. Ngoài ra, còn 38,8% cho rằng ngành y tế còn không đủ cán bộ chuyên môn để thực hiện cũng như phần lớn thày thuốc chưa đủ trình độ chuyên môn để đáp ứng (Bảng 5.6). Đây thực sự là khó khăn lớn cho ngành y tế khi triển khai nhiệm vụ kiểm tra sức khỏe trước kết hôn cho người mà sức khỏe của họ có thể gây ảnh hưởng không tốt cho sự phát triển bình thường của thai nhi, của con cái.

Bảng 5.6. Thực hiện kiểm tra sức khỏe trước kết hôn cho người có vấn đề về sức khỏe, các cơ sở y tế có thể gặp khó khăn gì?

Khó khăn	% đồng ý
Cơ sở vật chất chưa đủ đáp ứng	58,2
Không đủ cán bộ chuyên môn để thực hiện	38,8
Phần lớn thày thuốc chưa đủ trình độ chuyên môn để đáp ứng	38,8
Không đủ kinh phí để thực hiện	32,8
Phát sinh thủ tục hành chính phức tạp	14,9
Người thuộc diện quy định đi khám không ủng hộ	13,4
Khó đánh giá	19,4

Nguồn: Kết quả thu thập ý kiến của các nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi Luật Dân số, 2018.

Để thực hiện tư vấn, khám sức khỏe trước hôn nhân, khả năng đáp ứng về kỹ thuật, về chuyên môn cũng như về kinh phí thực hiện là một hạn chế lớn.

Chất lượng đội ngũ cán bộ chuyên môn là điều mà nhiều người, kể cả cán bộ, công chức cũng như người cung cấp dịch vụ băn khoăn nhất. Muốn đảm bảo thực hiện được việc khám sức khỏe trước khi kết hôn theo quy định trên, thì cần tập huấn cho cán bộ chuyên môn ở các cơ sở y tế các cấp với 55,9% số người cung cấp dịch vụ và 60,8% số cán bộ, công chức được hỏi tán thành. Tiếp đến là bổ sung thêm trang thiết bị cũng có 49% số người cung cấp dịch vụ và 43,7% số cán bộ, công chức được hỏi nêu ý kiến này. Ngoài ra, việc bổ sung thêm nhân viên y tế để có đủ nguồn nhân lực triển khai hoạt động khám sức khỏe trước hôn nhân cũng được nhóm cán bộ, công chức và người cung cấp dịch vụ đề cập đến. Đặc biệt, nhóm cán bộ chuyên môn cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ có đến 43,1% số người được hỏi đồng tình.

Cuộc lấy ý kiến của các nhóm đối tượng năm 2018, một tỷ lệ khá lớn người

cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ cũng đồng tình nêu những khó khăn chủ yếu mà các cơ sở y tế có thể gặp khi quy định đưa những nội dung này vào danh mục thăm khám cho người trước kết hôn là: Cơ sở vật chất của ngành y tế hiện chưa đủ đáp ứng (46,3%); Không đủ cán bộ chuyên môn để thực hiện (43,3%); Phần lớn thày thuốc chưa đủ trình độ chuyên môn để đáp ứng (41,8%); Không đủ kinh phí để thực hiện (41,8%) …

Cũng có ý kiến cho rằng, nếu không có quy định cứng bắt buộc mà chỉ là khuyến khích thì sự hưởng ứng của người dân cũng rất hạn chế, tình trạng có người thực hiện có người không sẽ là chủ yếu. Một tỷ lệ khá lớn cán bộ quản lý (54,4%) và người cung cấp dịch vụ (45,5%) đồng tình với đánh giá này. Nhóm này cho rằng hầu như những người đang mang trong mình những căn bệnh di truyền, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh liên quan đến thụ thai, mang thai, bệnh gây nguy hiểm cho sự phát triển bình thường của thai nhi, trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ thì đều không muốn đi kiểm tra sức khỏe trước kết hôn vì tâm lý lo ngại sẽ ảnh hưởng đến hôn nhân, họ muốn giấu bệnh càng lâu càng tốt. Trong điều kiện ở nước ta, khi tỷ lệ người bị bệnh lây truyền qua đường tình dục, người bị viêm gan B, viêm gan C lại khá nhiều.

Hộp 5.2

Hiện Việt Nam là nước có tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B và C cao nhất trong khu vực. Theo báo cáo của Cục Y tế Dự phòng (Bộ Y tế), tại Việt Nam có 10 triệu trường hợp nhiễm viêm gan B và gần 1 triệu người nhiễm virus viêm gan C. Viêm gan đã trở thành nguyên nhân đứng thứ 3 gây tử vong và gánh nặng bệnh tật của nhiễm viêm gan B và C rất lớn tại Việt Nam.

Nguồn: http://cand.com.vn/y-te/Ty-le-nhiem-virus-viem-gan-B-va-C-o-Viet-Nam-cao-nhat-khu-vuc-502861/

Do đó, nếu chỉ là khuyến khích thì mục tiêu đến năm 2030, tỷ lệ nam nữ thanh niên được tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn đạt 90% theo Nghị quyết số 21-NQ/TW của Hội nghị lần thứ VI Ban chấp hành Trung ương Đảng khóa 12 về công tác dân số trong tình hình mới sẽ là một thách thức lớn.

- Việc quy định một số đối tượng như người dân tộc thiểu số rất ít người; người dân tộc thiểu số sống tại vùng dân tộc có tỷ lệ tảo hôn, kết hôn cận huyết thống cao; người sống tại các vùng nhiễm chất độc dioxin và một số đối tượng khác được xem xét hỗ trợ chi phí tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn theo quy định của Chính phủ sẽ đòi hỏi phải dành một khoản ngân sách nhà nước để thực hiện chính sách.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

- Không quy định cụ thể nội dung khám giúp các cơ sở y tế không chịu

thêm sức ép về quá tải trong khám bệnh, chữa bệnh.

- Nhà nước và người dân sẽ không phải chịu thêm một khoản kinh phí cho việc khám sức khỏe trước khi kết hôn.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Không quy định cụ thể những nội dung khám sức khỏe trước khi kết hôn như hiện nay thì bản thân các cơ sở y tế không rõ nội dung khám, dẫn đến tình trạng không thống nhất, tùy thuộc khả năng cơ sở vật chất đáp ứng được của cơ sở y tế, tùy sự hiểu biết, năng lực của thày thuốc và mong muốn cũng như khả năng tài chính của người đến khám; khó đạt được mục tiêu tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn cho nam, nữ thanh niên.

5.4.2. Tác động về giới

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn mới được triển khai ở nước ta theo dạng mô hình, nhưng đã nhận được sự quan tâm, ủng hộ của cán bộ, nhân dân trong cả nước. Nhìn chung, mô hình này thể hiện nguyên tắc bình đẳng giới, không phân biệt đối xử về quyền và trách nhiệm của nam, nữ hay vợ, chồng đã có tác động tích cực, được cả cán bộ, nhân dân và người cung cấp dịch vụ đánh giá cao. Việc bắt buộc nam nữ trước khi kết hôn bắt buộc phải thực hiện tư vấn và khám sức khỏe thể hiện nguyên tắc bình đẳng giới, không phân biệt đối xử về quyền và trách nhiệm của nam, nữ hay vợ, chồng. Trong giai đoạn hiện nay, bắt buộc những nam nữ trước khi kết hôn đi khám sức khỏe trước hôn nhân là phù hợp với nguyên tắc bình đẳng giới, bảo vệ bà mẹ theo Luật Bình đẳng giới và có tính khả thi về việc thực hiện trong điều kiện ngân sách nhà nước có hạn.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Trên thực tế, thực hiện theo quy định hiện hành là phù hợp với nguyên tắc bình đẳng giới, bảo vệ bà mẹ theo Luật Bình đẳng giới.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển. Tuy nhiên, do các đối tượng nam, nữ trước khi kết hôn không được hỗ trợ chi phí tư vấn, khám sức khỏe theo quy định của Chính phủ nên chưa khuyến

khích được đa số đối tượng là nữ tham gia thực hiện chính sách.

5.4.3. Tác động về thủ tục hành chính

Quy định tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn không phát sinh thủ tục hành chính mới khi nam, nữ kết hôn với nhau, mà thực hiện theo thủ tục hành chính đã quy định về điều kiện kết hôn theo Luật Hôn nhân và gia đình, chỉ cần bổ sung thêm giấy chứng nhận tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn khi làm thủ tục đăng ký kết hôn.

5.4.4. Tác động đối với hệ thống pháp luật

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Để thực hiện chính sách tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn, cần phải sửa Luật Hôn nhân và Gia đình để bổ sung điều kiện nam, nữ kết hôn với nhau phải có giấy chứng nhận tư vấn và khám sức khỏe trước khi kết hôn; đồng thời sửa Luật Bảo hiểm y tế để đưa danh mục tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn được thanh toán bảo hiểm y tế. Khi đó, hệ thống pháp luật ngày càng được hoàn thiện, bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ, góp phần nâng cao chất lượng dân số, chất lượng cuộc sống, bảo đảm hạnh phúc hôn nhân bền vững.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách đối với hệ thống pháp luật.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

- Không phải sửa đổi pháp luật để thực hiện chính sách.

- Không làm xáo trộn các quy định chuyên môn liên quan đến việc khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Do không phải bổ sung, sửa đổi pháp luật hiện hành nên mục tiêu nâng cao chất lượng dân số, khó đạt được mục tiêu tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn cho nam, nữ thanh niên không được giải quyết một cách triệt để. Trường hợp Nhà nước muốn thúc đẩy mục tiêu thực hiện thì không có cơ sở pháp lý để hỗ trợ.

5.5. Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Quy định bắt buộc nam, nữ trong độ tuổi sinh đẻ trước khi kết hôn tự nguyện thực hiện tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn bao gồm những nội dung liên quan đến bệnh di truyền, bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh liên quan đến thụ thai, mang thai, bệnh gây nguy hiểm cho sự phát triển bình thường của thai nhi, trẻ sơ sinh. Tất cả đối tượng nam, nữ trước khi kết hôn được hỗ trợ

chi phí tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn theo quy định của Chính phủ.

Giải pháp này có ưu điểm sau:

- Phòng ngừa, phát hiện các nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, mang thai, sinh đẻ, nuôi con để điều trị kịp thời, góp phần đảm bảo hôn nhân bền vững và con sinh ra khỏe mạnh.

- Giảm gánh nặng kinh phí của Nhà nước, gia đình trong việc điều trị, chăm sóc, nuôi dưỡng cho trẻ sinh ra do được tư vấn, khám sức khoẻ trước khi kết hôn.

- Quy định nội dung tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn giúp thống nhất trong việc tổ chức thực hiện.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là:

- Nhà nước phải bỏ ra một khoản kinh phí từ ngân sách nhà nước để thực hiện chính sách.

- Trong giai đoạn đầu thực hiện, có thể năng lực của ngành Y tế chưa đáp ứng được ngay nhu cầu, khả năng về kỹ thuật, chuyên môn, nhân lực để triển khai hoạt động trên phạm vi rộng, dẫn đến tâm lý sao nhãng trong việc thực hiện của đối tượng nam, nữ trước khi kết hôn.

c) Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn mới được triển khai ở nước ta theo dạng mô hình nhưng đã nhận được sự quan tâm, ủng hộ của đông đảo người dân trong cả nước. Nhìn chung, tác động tích cực của hoạt động này được cả cán bộ, người dân và người cung cấp dịch vụ đánh giá cao.

Trên cơ sở phân tích, đánh giá tác động của giải pháp đề xuất đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan về kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính và hệ thống pháp luật; xem xét ưu điểm, nhược điểm của các giải pháp đề xuất, ***kiến nghị chọn giải pháp 1*** là nam, nữ trước khi kết hôn phải thực hiện tư vấn, khám sức khỏe, Nhà nước hỗ trợ kinh phí thực hiện là phù hợp và có tính khả thi, đáp ứng mục tiêu chính sách dân số[44].

Tuy nhiên, để quy định này đi vào cuộc sống, thực hiện được mục tiêu của Nghị quyết số 21-NQ/TW của Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương Đảng lần thứ sáu khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới, đòi hỏi phải tăng cường công tác tuyên truyền, vận động để người dân hiểu rõ lợi ích của việc tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn; đồng thời phải đáp ứng năng lực của các cơ sở y tế trong cả nước về cả cơ sở vật chất, hạ tầng kỹ thuật, phương tiện, máy móc thiết bị cũng như nguồn nhân lực y tế để có kế hoạch bổ sung kịp thời.

---

[44] Indonesia tổ chức lớp học tiền hôn nhân bắt buộc cho các cặp đôi trước khi kết hôn.

6. CHÍNH SÁCH 6. QUY ĐỊNH LỒNG GHÉP CÁC YẾU TỐ DÂN SỐ TRONG XÂY DỰNG VÀ THỰC HIỆN CÁC CHIẾN LƯỢC, QUY HOẠCH, KẾ HOẠCH, CHƯƠNG TRÌNH, DỰ ÁN PHÁT TRIỂN KINH TẾ - XÃ HỘI

6.1. Xác định vấn đề bất cập

Quá độ phát triển dân số của khu vực Đông Á diễn ra nhanh hơn so với nhiều khu vực khác trên thế giới. Phân tích của nhiều nghiên cứu chỉ ra một số nhân tố cơ bản đóng góp vào tăng trưởng của khu vực này, đó là nguồn nhân lực tốt, tăng trưởng việc làm cao, tỷ lệ tiết kiệm và đầu tư cao. Giai đoạn phát triển "thần kỳ" chứng kiến tỷ lệ chi cho giáo dục và y tế tăng lên nhanh chóng và gắn liền với chúng là sự tăng trưởng mạnh về việc làm và năng suất lao động trong các ngành dịch vụ và sản xuất, cũng như năng suất lao động của khu vực nông nghiệp (Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan). Kết quả đó nhờ một phần vào sự sụt giảm của tổng tỷ suất sinh, dân số trong độ tuổi đến trường giảm nên tăng chi tiêu cho giáo dục có thể thực hiện được mà không cần phải tăng quá nhiều thuế và bản thân các hộ gia đình có thu nhập cao hơn nên cũng có khả năng chi tiêu nhiều hơn cho giáo dục và y tế. Do vậy, các nhà hoạch định chính sách phải nắm bắt được xu hướng biến động dân số và xây dựng các chính sách nhằm tận dụng những tác động tích cực của những biến động đó đến tăng trưởng kinh tế… Đánh giá và hiểu đúng các thách thức về biến động dân số cần phải là một ưu tiên của chính phủ các nước.

Chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số và phát triển (ICPD) được 179 nước (trong đó có Việt Nam) thông qua năm 1994 tại Cairo đã đề xuất nhiều giải pháp để giải quyết mối quan hệ giữa dân số và phát triển, trong đó giải pháp có tính tổng hợp, quan trọng nhất là "*Lồng ghép đầy đủ và triệt để các biến dân số vào: Các chiến lược phát triển; xây dựng kế hoạch, chính sách; phân bổ các nguồn lực ở mọi cấp; mọi phương diện của công tác kế hoạch*". Trên cơ sở đó, Hội nghị đã tuyên bố hai mục tiêu chính, cần phải đạt được trong việc lồng ghép dân số là: (1) Dân số phải được lồng ghép đầy đủ vào các kế hoạch phát triển bền vững; (2) Các chính sách cần phải tính đến xu hướng biến đổi dân số nhằm đạt được sự phát triển bền vững và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Hiện nay, nhiều sáng kiến lồng ghép dân số và phát triển đã được các chương trình hỗ trợ quốc gia của Tổ chức Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) khởi xướng. Việc lồng ghép biến dân số và phát triển có tính đặc thù, khác biệt ngay cả giữa các nước Châu Á. Philippin cũng là một trong nước có kinh nghiệm từ việc lồng ghép biến dân số vào lập kế hoạch phát triển. Đối với các nhà hoạch định chính sách Philippin, dân số luôn được nhấn mạnh là yếu tố then chốt trong tăng trưởng toàn diện và phát triển bền vững.

Tại Việt Nam, tình hình dân số của đất nước đã có những thay đổi rất cơ bản. Tốc độ gia tăng dân số đã được khống chế thành công, năm 2005 nước ta đạt mức sinh và tiếp tục duy trì cho đến nay. Một số tỉnh, thành phố mức sinh thậm chí đã xuống khá thấp, có nguy cơ khó vực lên được như kinh nghiệm của một số nước phát triển. Việt Nam đã bước vào thời kỳ dân số vàng từ năm 2007 và dự báo sẽ kéo dài đến năm 2041, đồng thời cũng đã bước vào thời kỳ già hóa dân số từ năm 2011 với tốc độ rất nhanh. Di cư diễn ra ngày càng phổ biến vừa mang yếu tố tích cực, vừa có những mặt hạn chế. Chất lượng dân số tuy đã được nâng lên nhưng còn thấp so với yêu cầu công nghiệp hóa hiện đại hóa đất nước. Tình hình dân số về quy mô, cơ cấu dân số và phân bố dân cư của các tỉnh, thành phố, khu vực rất khác nhau.

Trong những năm qua, Việt Nam đã đạt được những thành tựu về phát triển kinh tế và xã hội. Để củng cố và phát triển những thành tựu này, các nhà hoạch định chính sách và lập kế hoạch phát triển cần hiểu rõ hơn những mối liên hệ, tác động giữa các yếu tố dân số, như quy mô, cơ cấu dân số và phân bố dân cư theo lãnh thổ, trong mối quan hệ giữa các yếu tố phát triển, như tiêu dùng, đầu tư, nguồn nhân lực.

Pháp lệnh Dân số năm 2003 (tại Khoản 3 Điều 5. Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức trong công tác dân số và Khoản 5 Điều 30. Trách nhiệm của Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân) đã đề cập đến trách nhiệm của các cơ quan, tổ chức là thực hiện và chỉ đạo tổ chức "*Lồng ghép các yếu tố dân số vào trong quy hoạch, kế hoạch và chương trình phát triển kinh tế - xã hội*".

Tuy nhiên, việc lồng ghép các yếu tố dân số trong hoạch định chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế xã hội chưa được chú trọng đúng mức. Điều này dẫn đến tình trạng lãng phí trong đầu tư phát triển.

Dưới đây là một số thí dụ trong lĩnh vực giáo dục:

Do mức sinh giảm, số người trong độ tuổi đi học phổ thông (từ 5-19 tuổi) giảm cả về quy mô và tỷ trọng trong dân số. Cụ thể số dân trong độ tuổi đi học phổ thông (từ 5-19 tuổi) giảm từ 26.508 nghìn người năm 1999 xuống 24.650 nghìn người năm 2009 và 22.059 nghìn người vào năm 2019; tương ứng, tỷ lệ dân số trong độ tuổi học sinh phổ thông trong tổng dân số giảm từ 39,33% năm 1999 xuống 34,73% năm 2009 chỉ còn 22,93% năm 2019.

Việc tăng tỷ lệ nhập học, có nhiều nguyên nhân nhưng *về dân số*, *xét trên phạm vi toàn quốc*, áp lực dân số lên hệ thống giáo dục phổ thông quốc gia đã giảm. Vì thế, từ năm học 2002-2003, số học sinh phổ thông (từ 6-17 tuổi) đã bắt đầu giảm: Năm 1999, cả nước 17.391 nghìn học sinh, tăng "đỉnh điểm" vào năm 2001 lên tới 17.876 nghìn, giảm xuống 17.587 năm 2009, chỉ còn 17.500 nghìn vào năm 2019.

Tương tự, các chỉ tiêu "Số lớp/1 trường", "Số học sinh/1 trường", "Số học sinh/1 lớp học" cũng giảm hẳn. Kết quả này tạo tiền đề thuận lợi cho việc đạt mục tiêu phổ cập giáo dục tiểu học, phổ cập giáo dục trung học cơ sở theo Luật giáo dục.

Tuy nhiên, "Tỷ số học sinh/giáo viên" giảm sâu chưa phù hợp với trình độ phát triển và việc đào tạo dư thừa giáo viên phổ thông cũng gây nhiều hệ lụy khác. Theo số liệu thống kê của Bộ Giáo dục và Đào tạo, có thời điểm, cả nước đang dư thừa khoảng 35.000 giáo viên bậc THCS và THPT, trong khi đó lại "thiếu 27.554 giáo viên mầm non đứng lớp[45].

Tại cấp tỉnh, Hà Nội, năm học 2013-2014 số học sinh vào lớp 1 là 125.000 cháu, tăng 11.000 cháu so với năm 2012. Vĩnh phúc, trường tiểu học Tam đảo có 57 học sinh (trong đó tiểu học có 34, trung học cơ sở có 23). Lớp nhiều nhất cũng chỉ có 12 em (lớp 1). Lớp 4 chỉ có 4 học sinh. Hiện tại trường đang khuyết lớp 7 vì không có học sinh học 9 (khảo sát của Bộ Kế hoạch và Đầu tư)

Điều 18 Luật Quy hoạch (2017) yêu cầu các quy hoạch phải "*Đánh giá môi trường chiến lược trong lập quy hoạch*" nhưng lại chưa yêu cầu đánh giá tác động của dân số, mặc dù cùng với tài nguyên, môi trường, dân số là nhân tố tác động mạnh đến sự phát triển của quốc gia.

Trong các cuộc khảo sát năm 2015 và 2018 tại 12 tỉnh, trả lời câu hỏi: Ông/Bà có biết một kế hoạch nào bị tổn thất do không chú ý đến vấn đề dân số không? Gần 32% cán bộ quản lý trả lời: "Có biết một số kế hoạch như vậy"; và hơn 20% trả lời "Có biết một kế hoạch như vậy". Chính vì thế , 98,5% cán bộ quản lý cán bộ quản lý cho rằng "cần thiết" hoặc "rất cần thiết" đánh giá tác động của dân số khi xây dựng kế hoạch phát triển kinh tế -xã hội.

Rõ ràng, để có chính sách, kế hoạch phát triển, nhất là kế hoạch dài hạn phù hợp, hiệu quả, việc lồng ghép các yếu tố dân số vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội là yêu cầu khách quan.

Nghị quyết số 21-NQ/TW của Hội nghị lần thứ Sáu Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới, quan điểm về công tác dân số phải chú trọng toàn diện các mặt quy mô, cơ cấu, phân bố, đặc biệt là chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ hữu cơ với các yếu tố kinh tế, xã hội, quốc phòng, an ninh và bảo đảm phát triển nhanh bền vững. Một trong những giải pháp Nghị quyết đưa ra là "*Thực hiện lồng ghép có hiệu quả các yếu tố dân số trong các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch phát triển của cả nước, của từng ngành, từng địa phương*".

---

[45] Thông tin cập nhật tại Hội nghị Tổng kết năm học 2012 - 2013 và Hướng dẫn nhiệm vụ giáo dục mầm non năm học 2013 - 2014 do Bộ GD-ĐT tổ chức trực tuyến với 63 tỉnh thành diễn ra sáng 22/8/2013.

6.2. Mục tiêu giải quyết vấn đề

Tạo cơ sở pháp lý để lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng, thực hiện các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội[46].

6.3. Giải pháp đề xuất để giải quyết vấn đề

6.3.1. Quan điểm đề xuất giải pháp

Quy định căn cứ và trách nhiệm pháp lý để cơ quan, tổ chức được giao xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội có trách nhiệm thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện trên quan điểm:

- Bảo đảm phù hợp với chủ trương, đường lối của Đảng, bảo đảm hợp hiến, hợp pháp và đồng bộ trong hệ thống pháp luật của Việt Nam về xây dựng chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội.

- Bảo đảm phù hợp với lãnh đạo, chỉ đạo của Đảng, Nhà nước và các hướng dẫn của các Bộ, ngành về xây dựng chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế xã hội trong từng thời kỳ.

- Bảo đảm đơn giản, minh bạch, dễ hiểu, dễ thực hiện, tạo thuận lợi cho cơ quan tổ chức triển khai thực hiện, bảo đảm tính thống nhất, tính ổn định trong thực hiện chức năng nhiệm vụ được giao.

Việc lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện chiến lược, quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của quốc gia, các ngành, các vùng cũng như các địa phương đã được triển khai thực hiện dưới nhiều hình thức, cụ thể:

- Việc lập kế hoạch ngân sách nhà nước thì thực hiện theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn thi hành.

- Việc xây dựng kế hoạch đầu tư công trung hạn và hàng năm thực hiện theo quy định Luật Đầu tư công và các văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thi hành, trong đó quy định rõ các nguyên tắc quản lý đầu tư công như: tuân thủ các quy định của pháp luật về quản lý và sử dụng vốn đầu tư công; phù hợp với chiến lược phát triển kinh tế - xã hội, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 05 năm của đất nước và quy hoạch có liên quan theo quy định của pháp luật; bảo đảm đầu tư tập trung, đồng bộ, chất lượng, tiết kiệm, hiệu quả và khả năng cân đối nguồn lực v.v…

- Đến thời điểm hiện nay, không có văn bản quy phạm pháp luật điều chỉnh hoạt động xây dựng chiến lược, kế hoạch phát triển kinh tế xã hội. Do vậy, đối

[46] Thể chế hoá nhiệm vụ, giải pháp Nghị quyết 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới.

với chiến lược, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội cấp quốc gia sẽ giao cho Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ hướng dẫn chi tiết.

- Đối với việc xây dựng quy hoạch phát triển kinh tế xã hội cấp quốc gia, cấp vùng và cấp địa phương: Căn cứ khoản 1 Điều 3 Luật Quy hoạch *"Quy hoạch là việc sắp xếp, phân bổ không gian các hoạt động kinh tế - xã hội, quốc phòng, an ninh gắn với phát triển kết cấu hạ tầng, sử dụng tài nguyên và môi trường trên lãnh thổ xác định để sử dụng hiệu quả các nguồn lực của đất nước phục vụ mục tiêu phát triển bền vững cho thời kỳ xác định"*; trong đó dân số cũng là một nguồn lực của đất nước, đã được tính đến trong quá trình xây dựng quy hoạch.

Đồng thời, hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn việc thực hiện Luật Quy hoạch tương đối đủ, do vậy quy định về lồng ghép các yếu tố dân số vào quy hoạch phát triển kinh tế xã hội cấp quốc gia, cấp vùng và đề nghị thực hiện theo các quy định tại Luật Quy hoạch và các văn bản hướng dẫn hiện hành.

6.3.2. Nội dung giải pháp

Giải pháp 1: Quy định những vấn đề cơ bản, căn cứ và trách nhiệm nhằm tạo cơ sở pháp lý để cơ quan, tổ chức được giao xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội có trách nhiệm thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện. Cụ thể:

- Quy định nguyên tắc thực hiện công tác dân số: Lồng ghép các yếu tố dân số vào chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội của cả nước, từng vùng, từng ngành, từng địa phương.

- Quy định trách nhiệm của các Bộ, ngành:

+ Bộ Y tế có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Bộ Tài chính và các bộ, ngành liên quan, hướng dẫn tổ chức triển khai thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số vào chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội của ngành y tế.

+ Bộ Kế hoạch và Đầu tư chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, Bộ Tài chính và các bộ, ngành liên quan, tổ chức triển khai thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số vào chiến lược, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội của các bộ, ngành và địa phương.

+ Bộ, cơ quan ngang Bộ, trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình, có trách nhiệm phối hợp với Bộ Y tế hướng dẫn, thực hiện nhiệm vụ quản lý nhà nước về dân số thuộc thẩm quyền quản lý nhà nước về ngành, lĩnh vực; thực hiện lồng ghép yếu tố dân số khi xây dựng, triển khai thực hiện chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội của cả nước, từng vùng, từng ngành, từng địa phương.

Giải pháp 2: Không quy định trong Luật Dân số, nhưng được các bộ, ngành

hướng dẫn nghiệp vụ để các cơ quan, tổ chức thực hiện.

6.4. Đánh giá tác động của chính sách đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan

6.4.1. Tác động về kinh tế

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Nhận thức trước được tác động của những biến đổi của dân số (sinh, chết, di cư; quy mô dân số, cơ cấu dân số..) đến phát triển kinh tế-xã hội, kết quả tích cực và những hậu quả tiêu cực trong hoạt động kinh tế- xã hội, để từ đó có những đối sách, các giải pháp thích ứng, kịp thời, hiệu quả hơn.

Đối với từng kế hoạch cụ thể, lồng ghép các yếu tố dân số sẽ:

+ Nâng cao tính hiệu lực của kế hoạch. Lồng ghép giúp nhìn nhận được các yếu tố tiềm năng tác động đến vấn đề đầy đủ hơn, rõ hơn, giúp định hình quan điểm toàn diện hơn về các tác động trực tiếp và gián tiếp, từ đó xác định các biện pháp can thiệp hiệu quả hơn, dự định trước được kết quả có thể xẩy ra và không xẩy ra của một kế hoạch. Trên cơ sở đó, chủ động thiết kế bổ sung để giải quyết các tác động cản trở, làm cho kế hoạch hiệu quả hơn.

+ Nâng cao tính hiệu quả của kế hoạch. Kế hoạch có lồng ghép giúp tính toán mối quan hệ chi phí - lợi ích chính xác, nắm bắt tình hình đầy đủ, phân phối nguồn lực chính xác và có hiệu quả lớn hơn. Lồng ghép còn tạo khuôn khổ cho việc phối hợp các hoạt động, các cơ quan hay các cá nhân cụ thể, sẽ đóng góp vào việc đạt được các mục tiêu đã đề ra tốt hơn.

b) Tác động hạn chế của chính sách

Trong quá trình thực hiện lồng ghép, cơ quan lập kế hoạch bắt buộc tính đến yếu tố dân số, đánh giá tác động của các yếu tố dân số sẽ phải bỏ thêm chi phí, thời gian thực hiện.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Ban hành hướng dẫn nghiệp vụ để thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số. Giải pháp này cũng góp phần mang lại lợi ích, hiệu quả kinh tế - xã hội.

b) Tác động hạn chế của chính sách

Tình trạng "không lồng ghép" hoặc lồng ghép sơ sài vẫn diễn ra, gây ra những tổn thất cho sự phát triển kinh tế - xã hội.

6.4.2. Tác động về xã hội

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Đảm bảo, nâng cao tính công bằng và hợp lý của kế hoạch. Lồng ghép đòi hỏi phải xác định rõ những nhóm dân cư là đối tượng tác động và hưởng lợi từ kế hoạch; các hoạt động phải bao trùm đầy đủ các nhóm đối tượng dân cư hay những người thụ hưởng được dự tính trước, do đó sẽ hợp lý và có tác động tốt hơn đến sự công bằng.

Khi xác định mục tiêu kế hoạch phát triển có lồng ghép dân số, sẽ gắn kết nhu cầu và lợi ích của dân cư, từ đó định hướng cho các hoạt động, tránh được lãng phí về của cải, vật chất, đảm bảo cho mọi người dân được hưởng thành quả của tăng trưởng kinh tế và làm cho kế hoạch, chính sách có tính khả thi cao. Nhờ đó sẽ thỏa mãn một cách tốt nhất nhu cầu vật chất, tinh thần của nhân dân và phát triển toàn diện con người. Gắn mục tiêu bảo vệ môi trường, phát triển xã hội với phát triển kinh tế thành một thể thống nhất.

Để có cơ sở huy động các nguồn lực cho phát triển kinh tế - xã hội, kịp thời đáp ứng nhu cầu của nhân dân, kết hợp hài hoà giữa lợi ích cá nhân với lợi ích của toàn xã hội; ngăn chặn, khắc phục những hậu quả tiêu cực do sự tách rời các hoạt động kinh tế với xã hội, hoặc những hoạt động vô thức của con người đối với thiên nhiên. Giải quyết một cách đồng bộ những vấn đề kinh tế, xã hội, dân số và môi trường trên cùng một lãnh thổ, trong phạm vi một quốc gia cũng như trên toàn cầu. Trong trường hợp không thực hiện lồng ghép dân số thì kết quả ngược lại.

b) Tác động hạn chế của chính sách

Chẳng hạn, dự báo tuổi thọ của người dân tăng tác động làm thay đổi xu hướng dân số trong tương lai (già hóa dân số). Các kế hoạch phát triển thuộc lĩnh vực giáo dục, y tế, xóa đói giảm nghèo, an sinh xã hội không thực hiện lồng ghép. Các vấn đề xã hội xuất phát từ quá trình già hóa không được xử lý, nhất là các nhu cầu có liên quan trực tiếp như số người cao tuổi tăng, giảm thu nhập, chăm sóc y tế và bảo đảm cuộc sống người cao tuổi. Các vấn đề này gây sẽ gây bất ổn xã hội. Vì vậy, kế hoạch có lồng ghép sẽ phù hợp với nhu cầu xã hội, giảm những tác động không có lợi.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Giải pháp cũng góp phần đạt được các mục tiêu chính sách.

b) Tác động hạn chế của chính sách

Không giải quyết được triệt để các vấn đề xã hội.

6.4.3. Tác động về giới

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Yếu tố giới (cơ cấu dân số theo giới tính) luôn là một yếu số dân số quan trọng trong quá trình lồng ghép vào kế hoạch phát triển. Quy định lồng ghép sẽ góp phần to lớn trong việc thực hiện các mục tiêu bình đẳng giới trong phát triển.

Ngoài ra, các dự án phát triển có lồng ghép trong các mục tiêu, chỉ tiêu kế hoạch sẽ tạo điều kiện để phụ nữ nâng cao năng lực phù hợp, làm cơ sở cho bình đẳng giới. Vì vậy, lồng ghép các yếu tố dân tố mà trước hết là giới tính sẽ thúc đẩy tiến bộ giới và bình đẳng giới.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy có tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách về giới, mà quy định lồng ghép sẽ đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Góp phần trong việc thực hiện các mục tiêu bình đẳng giới trong phát triển.

b) Tác động hạn chế của chính sách

Hạn chế hơn trong việc đảm bảo tốt hơn quyền của phụ nữ trong phát triển.

6.4.4. Tác động về thủ tục hành chính

Quy định lồng ghép yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội mang tính chuyên môn nghiệp vụ lập kế hoạch nên không liên quan đến thủ tục hành chính, vì vậy không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

6.4.5 Tác động về hệ thống pháp luật

Giải pháp 1:

a) Tác động tích cực của chính sách

Luật Quy hoạch đã được Quốc hội thông qua (2017) với phạm vi điều chỉnh bao gồm quy định việc lập, thẩm định, quyết định hoặc phê duyệt, công bố, thực hiện, đánh giá, điều chỉnh quy hoạch trong hệ thống quy hoạch quốc gia; trách nhiệm quản lý nhà nước về quy hoạch. Khoản 5 Điều 21 Luật Quy hoạch (2017) đã quy định phải tính đến yếu tố dân số nhưng chỉ là đối với "người cao tuổi, người khuyết tật, người dân tộc thiểu số, phụ nữ và trẻ em" và cũng chỉ ở khía cạnh "sinh kế", cụ thể là: "*Bảo đảm giảm thiểu các tác động tiêu cực do kinh tế - xã hội, môi trường gây ra đối với sinh kế của cộng đồng, người cao tuổi, người khuyết tật, người dân tộc thiểu số, phụ nữ và trẻ em. Quá trình lập quy hoạch phải được kết hợp với các chính sách khác thúc đẩy phát triển các khu vực khó khăn,*

đặc biệt khó khăn và bảo đảm sinh kế bền vững của người dân trong khu vực khó khăn, đặc biệt khó khăn".

Việc Luật Quy hoạch đưa các yếu tố về dân số (dân cư) trong một số khái niệm về vùng, quy hoạch vùng, quy hoạch tỉnh, phương án quy hoạch hệ thống đô thị là phù hợp với những quy định về việc lồng ghép các yếu tố dân số trong kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội của Luật Dân số.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Chưa thấy tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách đối với hệ thống pháp luật.

Giải pháp 2:

a) Tác động tích cực của chính sách

Không phải xây dựng, bổ sung, sửa đổi pháp luật, chỉ cần ban hành hướng dẫn nghiệp vụ để thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số.

b) Tác động tiêu cực/hạn chế của chính sách

Nếu không quy định những vấn đề cơ bản, căn cứ và trách nhiệm nhằm tạo cơ sở pháp lý để cơ quan, tổ chức được giao xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội có trách nhiệm thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện thì tình trạng "không lồng ghép" hoặc lồng ghép sơ sài vẫn diễn ra, những tổn thất cho sự phát triển không nhỏ.

6.5. Kiến nghị giải pháp lựa chọn

Qua việc đánh tác động chính sách của giải pháp dựa trên các mặt đã phân tích nêu trên, giải pháp đề xuất có những ưu điểm, hạn chế cơ bản như sau:

Giải pháp này có ưu điểm sau:

- Có khung pháp lý để cơ quan, tổ chức được giao xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện.

- Quy định lồng ghép giúp mang lại hiệu quả to lớn về kinh tế và xã hội, bảo đảm cho sự phát triển bền vững.

- Góp phần trong việc thực hiện các mục tiêu bình đẳng giới trong phát triển.

Tuy nhiên giải pháp này có các hạn chế là:

Trong quá trình thực hiện lồng ghép, cơ quan lập kế hoạch bắt buộc tính đến yếu tố dân số, đánh giá tác động của các yếu tố dân số sẽ phải bỏ thêm chi phí, thời gian thực hiện.

Kiến nghị giải pháp lựa chọn:

Lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội là giải pháp cơ bản thực hiện Nghị quyết số 21/NQ-TW của Hội nghị lần thứ 6 Ban chấp hành Trung ương khóa 12 về công tác dân số trong tình hình mới, trong đó nhấn mạnh việc chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hoá gia đình sang dân số và phát triển.

Trên cơ sở phân tích, đánh giá tác động của giải pháp đề xuất đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan về kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính và hệ thống pháp luật; xem xét ưu điểm, nhược điểm của các giải pháp đề xuất, ***kiến nghị chọn giải pháp 1*** là quy định những vấn đề cơ bản, căn cứ và trách nhiệm nhằm tạo cơ sở pháp lý để cơ quan, tổ chức được giao xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch, chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội có trách nhiệm thực hiện lồng ghép các yếu tố dân số trong xây dựng và thực hiện.

III. LẤY Ý KIẾN

Bộ Y tế đã có công văn số 9076/BYT-TCDS ngày 26/10/2021 gửi các bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan về việc lấy ý kiến dự thảo Tờ trình Chính phủ, dự thảo Luật Dân số, dự kiến đề nghị chính sách và đánh giá tác động chính sách; đồng thời đăng tải toàn văn dự thảo văn bản trên Cổng Thông tin điện tử Chính phủ và Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế để lấy ý kiến rộng rãi đối với mọi đối tượng.

Trên cơ sở ý kiến của các bộ, ngành, cơ quan, tổ chức, Bộ Y tế thực hiện tổng hợp, giải trình tiếp thu ý kiến góp ý, hoàn thiện đề nghị chính sách, đánh giá tác động chính sách và các văn bản trong hồ sơ Dự án Luật Dân số.

IV. GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ

Bộ Y tế chịu trách nhiệm tổ chức thi hành chính sách, giám sát đánh giá việc thực hiện chính sách.

V. PHỤ LỤC *(kèm theo)*

BỘ Y TẾ