



TỔNG CỤC DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH
TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU, THÔNG TIN VÀ DỮ LIỆU

TÌNH HÌNH DÂN SỐ VIỆT NAM 2017

HÀ NỘI, 2017



MỤC LỤC

Phần I: CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	4
1. Giai đoạn 1961-1975	4
2. Giai đoạn 1976-1991	6
3. Giai đoạn 1992-2000	7
4. Giai đoạn 2001-2015	9
5. Giai đoạn 2016 - nay	11
Phần 2: DÂN SỐ VIỆT NAM	18
1. Thực trạng dân số Việt Nam	18
1.1 Quy mô và tỷ lệ tăng dân số	18
1.2 Phân bố dân số	19
1.3 Cơ cấu dân số	20
1.4 Biến động dân số	22
1.5 Di cư	26
2. Những vấn đề dân số hiện nay	28
2.1 Chênh lệch mức sinh giữa các vùng, tỉnh	28
2.2 Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh	30
2.3 Đáp ứng nhu cầu kế hoạch hoá gia đình	32
2.4 Thích ứng với già hóa dân số	34
2.5 Nâng cao chất lượng dân số	36
Phần 3: NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP CHỦ YẾU	39
1. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp uỷ, chính quyền các cấp	39
2. Đổi mới nội dung tuyên truyền, vận động về công tác dân số	39
3. Hoàn thiện cơ chế, chính sách, pháp luật về dân số	40
4. Phát triển mạng lưới và nâng cao chất lượng dịch vụ về dân số	41
5. Bảo đảm nguồn lực cho công tác dân số	42
6. Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ dân số	42
7. Tăng cường hợp tác quốc tế	43

LỜI MỞ ĐẦU

Trải qua hơn 55 năm kể từ ngày thực hiện Chương trình Dân số-Kế hoạch hóa gia đình, công tác DS-KHHGD ở Việt Nam đã đạt được những thành tựu quan trọng, góp phần vào sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước. Nhận thức về sức ép của gia tăng dân số quá nhanh cản trở sự nghiệp phát triển của đất nước, các chủ trương, chính sách về dân số đã được ban hành kịp thời, ngày một đầy đủ để đáp ứng nhu cầu thực tiễn. Mức sinh đã giảm nhanh từ 6,39 con (1960) xuống còn 3,32 con (1975) và từ năm 2006 đến nay tổng tỷ suất sinh (số con/phụ nữ) được duy trì ổn định ở mức 2-2,1 con/phụ nữ. Quy mô và tỷ lệ gia tăng dân số đạt mục tiêu đề ra, dao động trong khoảng 1,06%-1,09%. Chất lượng dân số từng bước được nâng lên, chỉ số phát triển con người (HDI) tăng từ 0,573 điểm năm 2005 lên 0,694 điểm năm 2017, xếp thứ 116/189 nước. Tuổi thọ của người Việt Nam tăng từ 72 tuổi năm 2005 lên 73,5 tuổi năm 2017 và hiện ở mức cao hơn so với các nước có cùng mức thu nhập bình quân đầu người. Các chỉ báo về thể lực, trí lực và tinh thần của con người Việt Nam có tiến bộ rõ rệt.

Tuy nhiên, Việt Nam đang phải đối mặt với những thách thức về chênh lệch mức sinh giữa các vùng, tỉnh/thành phố; mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh; đáp ứng nhu cầu kế hoạch hóa gia đình; thích ứng với già hóa dân số; nâng cao chất lượng dân số... Những vấn đề đặt ra trong giai đoạn này cũng đã được Việt Nam dự liệu và có sách lược ứng phó. Việc cho ra đời cuốn sách Tình hình dân số năm 2017 sẽ cung cấp bức tranh cơ bản về tình hình dân số cũng như nhiệm vụ và giải pháp cần thực hiện hiện nay.

Phần I

CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Giai đoạn 1961-1975

Vào đầu thập niên 1960, mức sinh của Việt Nam rất cao với hơn 6 con/phụ nữ và tỷ lệ gia tăng dân số luôn trên 3,5%. Nhận thức được hệ quả của sự gia tăng dân số quá nhanh, Chính phủ Việt Nam ban hành Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 về việc sinh đẻ có hướng dẫn. Đây là chính sách dân số đầu tiên được ban hành. Chính sách Dân số-kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD) trong giai đoạn này được thông qua cuộc vận động “hướng dẫn sinh đẻ” và sau đó là “sinh đẻ có kế hoạch”. Chính phủ ban hành các văn bản quan trọng:

- Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 của Hội đồng Chính phủ về việc sinh đẻ có hướng dẫn;

Quyết định số 216-CP

Điều 1. Vì sức khỏe của người mẹ, vì hạnh phúc và hoà thuận của gia đình, vì để cho việc nuôi dạy con cái được chu đáo, việc sinh đẻ của nhân dân cần được hướng dẫn một cách thích hợp.

Điều 2. Bước đầu cần tổ chức thực hiện việc hướng dẫn sinh đẻ trong cán bộ, công nhân, viên chức, bộ đội, sau đó sẽ rút kinh nghiệm và dần dần mở rộng trong nhân dân.

Điều 3. Các đoàn thể quần chúng: Hội Liên hiệp Phụ nữ, Đoàn Thanh niên Lao động, Tổng Công đoàn và Bộ Y tế sẽ cùng nhau thảo luận chương trình hoạt động nhằm thực hiện tốt đẹp chủ trương trên.

Điều 4. Bộ Y tế cần tiếp tục nghiên cứu thêm các biện pháp thích hợp nhất với hoàn cảnh sinh hoạt của cán bộ, công nhân, viên chức, bộ đội ta, nói chung với hoàn cảnh sinh hoạt của nhân dân ta; Bộ Y tế có trách nhiệm cung cấp với giá rẻ, một cách dễ dàng và thuận lợi nhất cho những người cần dùng các phương tiện có liên quan đến việc sinh đẻ có hướng dẫn”.

- Chỉ thị số 99/TTg ngày 16/10/1963 của Hội đồng Chính phủ về công tác hướng dẫn sinh đẻ;

- Quyết định số 94/CP ngày 13/5/1970 của Hội đồng Chính phủ về cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch.

Các chính sách liên quan đến DS-KHHGD trong thời gian này chủ yếu có tính chất vận động, thuyết phục người dân tham gia thực hiện KHHGD để đạt mục tiêu hạn chế sinh. Lợi ích quốc gia, dân tộc đã được nhấn mạnh, đưa lên hàng đầu đồng thời cũng chú ý đến đảm bảo hạnh phúc của các gia đình.

Trọng tâm: của giai đoạn này là Kế hoạch hóa gia đình.

Mục tiêu: Hướng tới quy mô gia đình ba con, đẻ thưa, đẻ muộn nhằm bảo vệ sức khỏe bà mẹ, nuôi dạy con cái được chu đáo, bảo đảm hạnh phúc và sự hòa thuận của gia đình.

Phạm vi cuộc vận động: được triển khai ở các tỉnh miền bắc, tập trung chủ yếu ở vùng thành thị, vùng nông thôn đồng bằng sông Hồng, đồng bằng khu 4 cũ, và công nhân viên chức ở các tỉnh, huyện trung du, miền núi.

Đối tượng vận động: chủ yếu là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có đông con, những người đẻ quá dày, sức khỏe kém, sinh hoạt gặp nhiều khó khăn và trước hết là nữ công nhân viên chức Nhà nước, trong các lực lượng vũ trang và nữ ở các vùng đồng bằng đông dân. Đối tượng tuyên truyền giáo dục chính là các cặp vợ chồng, các đối tượng tuổi tiền hôn nhân, tuổi trung niên và các bậc phụ lão (hay đòi sớm có cháu).

Các giải pháp cơ bản: cung cấp dịch vụ KHHGD (chủ yếu là dụng cụ tử cung), tuyên truyền vận động (hình thức chủ yếu là nói chuyện, đèn chiếu và tranh ảnh), và có chế độ khuyến khích phụ nữ đặt dụng cụ tử cung. Nhà nước bao cấp toàn bộ chi phí dịch vụ KHHGD, nhưng được cân đối trong tổng số kinh phí của Bộ Y tế hoặc Ủy ban Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ em và ngân sách của mỗi địa phương.

Kết quả: Tỷ lệ sinh ở các tỉnh miền Bắc đã giảm từ 43,9‰ năm 1960 xuống 33,2‰ năm 1975, mức giảm sinh trong 15 năm là 10,7‰, bình quân mỗi năm giảm được 0,71‰. Tổng tỷ suất sinh giảm từ 6,39 con năm 1960 xuống 5,25 con năm 1975. Tỷ lệ chết giảm nhanh từ 11,7‰ năm 1960 xuống còn 7,5‰ năm 1975. Số dân cả nước tăng từ 30,17 triệu người năm 1960 lên 47,64 triệu người năm 1975, gấp gần 1,58 lần so với số dân năm 1960.

Tổ chức bộ máy là Ban phối hợp liên ngành do Thủ tướng Chính phủ là trưởng ban, Bộ trưởng Bộ Y tế là phó trưởng ban, Thứ trưởng Bộ Y tế là tổng thư ký, Lãnh đạo Hội liên hiệp Phụ nữ, Tổng công đoàn, Đoàn thanh niên lao động là ủy viên. Cơ quan thường trực là Bộ Y tế và từ năm 1970 là Ủy ban Bảo vệ bà mẹ và trẻ em. Cơ quan thường trực chịu trách nhiệm về chuyên môn, nghiên cứu các phương pháp tránh thai, cung cấp dụng cụ, thuốc men cần thiết, tổ chức những phòng chuyên trách hướng dẫn sinh đẻ và thi hành một số biện pháp được Hội đồng Chính phủ cho phép. Hội liên hiệp Phụ nữ, Tổng công đoàn, Đoàn Thanh niên Lao động đảm nhiệm chức năng tuyên truyền vận động.

2. Giai đoạn 1976-1991

Sau khi giải phóng hoàn toàn miền nam, thống nhất đất nước, song song với giải quyết những tàn dư của chiến tranh và sau đó là chiến tranh biên giới, công cuộc xây dựng nền kinh tế của Việt Nam còn rất nhiều khó khăn, đời sống của nhân dân vất vả. Đến Đại hội VI của Đảng vào tháng 12/1986 đã đánh dấu việc thực hiện đường lối đổi mới về tư duy kinh tế, đổi mới toàn diện đất nước góp phần quan trọng vào sự phát triển kinh tế xã hội. Giai đoạn này tốc độ tăng dân số không tương ứng với tốc độ tăng trưởng kinh tế. Năm 1975, số dân cả nước đã xấp xỉ 48 triệu người, tăng gần gấp đôi số dân năm 1955 và vẫn duy trì tỷ lệ tăng cao ở những năm tiếp theo.

Các văn bản quan trọng nhằm đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch:

Chỉ thị số 265/CP ngày 19/10/1978 của Hội đồng Chính phủ về đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong phạm vi cả nước;

Chỉ thị số 29/HĐBT ngày 12/8/1981 của Hội đồng Bộ trưởng về đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong 5 năm (1981-1985);

Quyết định số 162-HĐBT ngày 18/10/1988 của Hội đồng Bộ trưởng về một số chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình;

Mục tiêu:

Chỉ thị 265/CP ngày 19/10/1978

Tỷ lệ phát triển dân số năm 1980: 2% (miền Bắc: 1,5%, miền Nam: 2,1%).

Mỗi cặp vợ chồng có bình quân 2,5 con.

Tuổi sinh con đầu lòng đối với phụ nữ: 20 tuổi trở lên.

Khoảng cách sinh: 4 - 5 năm.

Chỉ thị 29- HĐBT ngày 12/8/1981

Năm 1985: Tỷ lệ phát triển dân số: 1,7 % (miền Bắc \leq 1,5%, miền Nam: \leq 1,9%).

Sinh đẻ ít, sinh đẻ thưa.

Tuổi sinh con đầu lòng đối với phụ nữ: 22 tuổi trở lên.

Khoảng cách sinh: 5 năm.

Tỷ lệ sinh đẻ trong công nhân viên chức: 8% so với tổng số nữ công nhân viên chức trong đơn vị.

Đại hội Đảng lần thứ VI, 1986:

Năm 1990: Tỷ lệ phát triển dân số: 1,7%.

Quyết định 162/HĐBT ngày 18/10/1988

Mỗi cặp vợ chồng có 2 - 3 con.

Khoảng cách sinh: 3 - 5 năm.

Trọng tâm: Kế hoạch hóa gia đình.

Đối tượng: Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, cả nam giới có vợ trong độ tuổi sinh đẻ.

Phạm vi: Toàn quốc.

Các giải pháp cơ bản: cung cấp dịch vụ KHHGĐ (chủ yếu vẫn là vòng tránh thai), tuyên truyền vận động (đã được mở rộng ra các phương tiện thông tin đại chúng, hình thức vận động chủ đạo là tuyên truyền vận động trực tiếp) và chế độ khuyến khích mạnh hơn, rộng hơn đối với phụ nữ đình sản, đặt vòng tránh thai (kể cả việc sử dụng các hình thức phạt).

Kết quả: Tỷ lệ sinh giảm từ 33,2‰ năm 1975 xuống còn 31‰ năm 1985, và 30,1‰ theo tổng điều tra dân số năm 1989. Số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ giảm từ 5,25 con năm 1975 xuống còn 3,95 con năm 1985 và 3,8 con năm 1989. Tỷ lệ chết gần như không giảm là 7,5‰ năm 1975 và 7,3‰ năm 1989. Số dân từ tăng từ 47,64 triệu năm 1975 lên 67,24 triệu người năm 1991, gấp 1,41 lần so với số dân năm 1975.

3. Giai đoạn 1992-2000

Giai đoạn này được đánh dấu bằng nhiều biến đổi xã hội của đất nước. Công cuộc đổi mới đã đi vào cuộc sống với nhiều chính sách kinh tế-xã hội được ban hành và phát huy tác dụng. Kinh nghiệm tổ chức, quản

lý và điều hành nền kinh tế hàng hoá vận hành theo cơ chế thị trường có sự quản lý của Nhà nước theo định hướng xã hội chủ nghĩa từng bước được tích lũy. Tuy nhiên tình hình kinh tế xã hội của nước ta vẫn còn rất nhiều khó khăn. Về chính sách DS-KHHGD được thể hiện trong một số văn bản quan trọng:

- Quyết định số 315-CT ngày 24/8/1992 của Thủ tướng Chính phủ về Chiến lược truyền thông DS-KHHGD.

- Nghị quyết Hội nghị lần thứ tư số 04-NQ/HNTW ngày 14/1/1993 của Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá VII về chính sách DS-KHHGD.

- Quyết định số 270/TTg ngày 3/6/1993 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược DS-KHHGD đến năm 2000.

Đại hội Đảng lần thứ VII xác định vị trí, vai trò và yêu cầu đối với công tác DS-KHHGD là “giảm tốc độ gia tăng dân số là một quốc sách, phải trở thành cuộc vận động rộng lớn, mạnh mẽ và sâu sắc trong toàn dân”.

Mục tiêu

Chiến lược truyền thông DS-KHHGD (1992-2000)

Mục tiêu vào năm 2000:

- Tổng tỷ suất sinh: 2,8-3,0.
- Tỷ suất sinh thô: < 25%.
- Tỷ lệ gia tăng dân số: < 1,8%.
- Tỷ lệ sử dụng tránh thai: 55%.

Nghị quyết số 04-NQ/HNTW ngày 14/1/1993 về Chính sách DS-KHHGD: Mỗi gia đình chỉ có một hoặc hai con, để tới năm 2015 bình quân trong toàn xã hội mỗi gia đình (mỗi cặp vợ chồng) có 2 con, tiến tới ổn định quy mô dân số từ giữa thế kỷ 21.

Chiến lược Dân số-KHHGD đến năm 2000

Đến năm 2000:

Tổng tỷ suất sinh: <2,9

Tổng dân số: < 82 triệu người

Trọng tâm: SKSS/KHHGD

Đối tượng: Cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ

Phạm vi: Toàn quốc

Giải pháp cơ bản: Đa dạng hoá các biện pháp tránh thai thông qua

cung cấp phương tiện tránh thai phi lâm sàng (bao cao su, viên uống tránh thai); tăng cường công tác thông tin về dân số, tuyên truyền rộng rãi các chủ trương và biện pháp kế hoạch hóa gia đình, thực hiện giáo dục dân số với nội dung thích hợp, hình thức đa dạng, có sự tham gia của toàn xã hội, mở rộng đến các vùng, các đối tượng, nhất là vùng nông thôn và đối với lớp trẻ; tăng kinh phí công tác DS-KHHGD (bình quân 0,6USD/người/năm).

Kết quả:

Tổng tỷ suất sinh giảm từ 3,8 con năm 1991 xuống 2,3 con năm 2000 (thấp hơn 0,6 con so với mục tiêu đề ra là 2,9 con). Quy mô dân số tăng từ 67,2 triệu người 1991 lên 77,6 triệu người 2000 (thấp hơn 4,4 triệu người so với mục tiêu đề ra). Tốc độ gia tăng dân số nhanh đã cơ bản được kiểm soát.

Việt Nam được nhận giải thưởng về Dân số của Liên Hợp Quốc năm 1999.

4. Giai đoạn 2001-2015

Kinh tế liên tục tăng trưởng với tốc độ tăng tương đối khá, đưa nước ta ra khỏi tình trạng kém phát triển. Năm 2010 Việt Nam bứt ra khỏi nhóm các nước có thu nhập thấp và chuyển sang nhóm các nước có thu nhập trung bình thấp. Hoạt động kinh tế đối ngoại phát triển toàn diện và sâu rộng, đưa nước ta hội nhập ngày càng đầy đủ với kinh tế khu vực và thế giới. Những năm đầu của thế kỷ 21, mức sinh của Việt Nam đã tiến gần mức sinh thay thế và chính thức đạt mức sinh thay thế vào năm 2006. Để duy trì xu hướng này, vấn đề dân số cần được giải quyết một cách toàn diện.

Chính sách DS-KHHGD trong giai đoạn này thể hiện trong các văn bản:

- Pháp lệnh Dân số số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 9/1/2003 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội;
- Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 22/3/2005 (Bộ Chính trị khóa IX) về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD;
- Chiến lược Dân số Việt Nam 2011-2020.

Mục tiêu:

Chiến lược Dân số Việt Nam 2001-2010: Đạt mức sinh thay thế vào năm 2005; Nâng cao chất lượng dân số về mặt thể chất, trí tuệ và tinh thần.

Pháp lệnh Dân số 2003: Đảm bảo các quyền và nghĩa vụ công dân về công tác dân số.

Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 22/3/2005 (Bộ Chính trị khóa IX) về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD: Nhanh chóng đạt mức sinh thay thế (trung bình mỗi cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ có hai con), tiến tới ổn định quy mô dân số nước ta ở mức 115-120 triệu người vào giữa thế kỷ XXI; Nâng cao chất lượng dân số Việt Nam về thể chất, trí tuệ, tinh thần, cơ cấu nhằm đáp ứng nguồn nhân lực phục vụ sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước.

Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam 2011-2020

Đến năm 2015:

- Tỷ lệ tăng dân số: 1%.
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 19,3‰.
- Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh: 15%.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh được sàng lọc: 30%.
- Tỷ lệ tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản: 58,3/100.000 trẻ đẻ sống.
- Tỷ số giới tính khi sinh: < 113 bé trai/100 bé gái.
- Tổng tỷ suất sinh: 1,9 con/phụ nữ.
- Quy mô dân số: 93 triệu người.
- Số trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản giảm 15%.
- Số trường hợp nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục giảm 10%.
- Tỷ lệ phụ nữ 30-54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung: 20%.
- Tỷ lệ phụ nữ trên 40 tuổi được sàng lọc ung thư vú: 20%.
- Tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên: 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- Số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn: giảm 20%.
- Tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của các nhóm dân số đặc thù: 20%.
- Tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên có điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi: 20%.

- Tỷ lệ người cao tuổi được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng: 20%.

- Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở các cấp, các ngành.

Trọng tâm: SKSS, nâng cao chất lượng dân số.

Đối tượng:

Cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ.

Vị thành niên, thanh niên.

Các nhóm đặc thù (người khuyết tật, người dân tộc, người di cư) và người cao tuổi.

Các giải pháp: Một hệ thống giải pháp đồng bộ của chính sách bao gồm: lãnh đạo, tổ chức và quản lý; truyền thông - giáo dục thay đổi hành vi; chăm sóc SKSS, KHHGĐ; nâng cao chất lượng thông tin dữ liệu dân cư; nâng cao dân trí, tăng cường vai trò gia đình và bình đẳng giới; xã hội hoá và cơ chế chính sách; tài chính và hậu cần; đào tạo và nghiên cứu.

Kết quả (2015):

- Quy mô dân số: 91,7 triệu người
- Tổng tỷ suất sinh: 2,1 con/phụ nữ
- Tỷ số giới tính khi sinh: 112,8 bé trai/100 bé gái
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 22,1‰
- Tỷ lệ tăng dân số: 1,08%

Đây là giai đoạn có những thay đổi quan trọng về nhân khẩu học: Việt Nam đạt mức sinh thay thế (2006) và duy trì vững chắc cho đến nay, Việt Nam cũng bước vào giai đoạn già hóa dân số (2011) và đạt dư lợi nhân khẩu học (2007).

5. Giai đoạn 2016 - nay

Giai đoạn này, kinh tế Việt nam duy trì được tốc độ tăng trưởng cao, kinh tế vĩ mô ổn định và được duy trì vững chắc. Nhiều thành tựu và văn hóa, xã hội được ghi nhận. Cùng với sự phát triển kinh tế-xã hội của cả nước, chính sách Dân số-KHHGĐ đã đạt được những thành tựu quan, mục tiêu quan trọng về quy mô dân số, kiểm soát mức sinh, nhiều chỉ báo về chất lượng dân số được cải thiện. Việc chuyển trọng tâm chính sách

dân số từ DS-KHHGD sang dân số và phát triển là định hướng quan trọng để giải quyết toàn diện các vấn đề dân số cả về quy mô, cơ cấu, phân bố và nâng cao chất lượng dân số.

- Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam 2011-2020.
- Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành TW khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới.

Mục tiêu

Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam 2011-2020

Đến năm 2020:

- Tỷ lệ tăng dân số: 1%.
- Chỉ số phát triển con người (HDI): trung bình cao.
- Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 16‰.
- Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh: 50%.
- Tỷ lệ tử vong bà mẹ liên quan đến thai sản: 52/100.000 trẻ đẻ sống.
- Tỷ số giới tính khi sinh: < 115 bé trai/100 bé gái.
- Tổng tỷ suất sinh: 1,8 con/phụ nữ.
- Quy mô dân số: 98 triệu người.
- Tỷ lệ phá thai: < 25/100 trẻ đẻ sống.
- Số trường hợp nhiễm khuẩn đường sinh sản: Giảm 30%.
- Số trường hợp nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục: Giảm 20%.
- Tỷ lệ phụ nữ 30-54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung: 50%.
- Tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên: 75% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- Số người chưa thành niên có thai ngoài ý muốn: giảm 50%.
- Tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của các nhóm dân số đặc thù: 50%.
- Tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên có điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi: 50%.

- Tỷ lệ người cao tuổi được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng: 50%.

- Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế-xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội ở các cấp, các ngành.

Nghị quyết 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành TW khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới: Giải quyết toàn diện, đồng bộ các vấn đề về quy mô, cơ cấu, phân bố, chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ tác động qua lại với phát triển kinh tế - xã hội. Duy trì vững chắc mức sinh thay thế; đưa tỉ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên; tận dụng hiệu quả cơ cấu dân số vàng, thích ứng với già hoá dân số; phân bố dân số hợp lý; nâng cao chất lượng dân số, góp phần phát triển đất nước nhanh, bền vững.

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 sinh thay thế; mọi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đều được tiếp cận thuận tiện với các biện pháp tránh thai hiện đại; giảm 2/3 số vị thành niên và thanh niên có thai ngoài ý muốn.

- Bảo vệ và phát triển dân số các dân tộc có dưới 10 nghìn người, đặc biệt là những dân tộc có rất ít người.

- Tỷ số giới tính khi sinh: < 109 bé trai/100 bé gái.

- Tỷ lệ trẻ em < 15 tuổi: 22%; tỷ lệ người 65+: 11%; tỷ lệ phụ thuộc chung: 49%.

- Tỷ lệ nam, nữ thanh niên được tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn: 90%; giảm 50% số cặp tảo hôn, giảm 60% số cặp hôn nhân cận huyết thống; 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.

- Tuổi thọ bình quân: 75 tuổi, trong đó thời gian sống khỏe mạnh đạt tối thiểu: 68 năm; 100% người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế, được quản lý sức khỏe, được khám, chữa bệnh, được chăm sóc tại gia đình, cộng đồng, cơ sở chăm sóc tập trung.

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

- Tỷ lệ dân số đô thị: > 45%. Bố trí, sắp xếp dân cư hợp lý ở vùng biên giới, hải đảo, vùng đặc biệt khó khăn. Bảo đảm người di cư được tiếp cận đầy đủ và công bằng các dịch vụ xã hội cơ bản.

- 100% dân số được đăng ký, quản lý trong hệ thống cơ sở dữ liệu dân cư thống nhất trên quy mô toàn quốc.

Trọng tâm: Dân số và phát triển.

Đối tượng:

Cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ.

Vị thành niên, thanh niên.

Các nhóm đặc thù và người cao tuổi.

Phạm vi: Toàn quốc

Nhiệm vụ và giải pháp

- Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp uỷ, chính quyền các cấp.

- Đổi mới nội dung tuyên truyền, vận động về công tác dân số.

- Hoàn thiện cơ chế, chính sách, pháp luật về dân số.

- Phát triển mạng lưới và nâng cao chất lượng dịch vụ về dân số.

- Bảo đảm nguồn lực cho công tác dân số.

- Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ dân số.

- Tăng cường hợp tác quốc tế.

Kết quả (2017):

- Quy mô dân số: 93,7 triệu người

- Tổng tỷ suất sinh: 2,04 con/phụ nữ

- Tỷ số giới tính khi sinh: 112,1 bé trai/100 bé gái

- Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 21,5‰

- Tỷ lệ tăng dân số: 1,06%

- Tuổi thọ bình quân: 73,5 tuổi,
- Tỷ lệ dân số đô thị: 35,03%

Chính sách dân số của Việt Nam được xây dựng dựa trên các bằng chứng nhân khẩu học trong từng giai đoạn. Các chính sách dân số được điều chỉnh qua mỗi thời kỳ từ quan điểm, mục tiêu, giải pháp nhằm giải quyết các vấn đề dân số cụ thể. Những thay đổi chính sách quan trọng nhất là sự chuyển hướng từ giảm sinh - vấn đề được triển khai liên tục trong hơn 5 thập kỷ - sang dân số và phát triển. Cùng với những thay đổi trong mục tiêu là những thay đổi về trọng tâm, đối tượng và giải pháp thực hiện chính sách.

Bảng 1. Tóm tắt sự phát triển của chính sách dân số Việt Nam, 1961- hiện nay

Giai đoạn	Quan điểm	Mục tiêu	Trọng tâm	Kết quả
1961-1975	Mức sinh quá cao, tốc độ phát triển dân số nhanh ảnh hưởng tới phát triển kinh tế.	Hướng tới quy mô gia đình 3 con, đẻ thưa, đẻ muộn nhằm bảo vệ sức khỏe bà mẹ, nuôi dạy con cái được chu đáo, bảo đảm hạnh phúc và sự hòa thuận của gia đình.	Kế hoạch hóa gia đình.	Kết quả năm 1975 so với 1960: Tỷ lệ sinh giảm ở miền Bắc từ 43,9‰ xuống 33,2‰. Tổng tỷ suất sinh giảm từ 6,39 con xuống 5,25 con. Tỷ lệ chết giảm từ 11,7‰ xuống 7,5‰. Dân số từ 30,17 triệu người lên 47,64 triệu người.

<p>1976-1990</p>	<p>Mức sinh rất cao, tốc độ phát triển dân số không cân xứng với tốc độ phát triển kinh tế.</p>	<p>Quy định mỗi cặp vợ chồng 2 con, tuổi sinh con lần đầu, khoảng cách giữa các lần sinh.</p>	<p>Kế hoạch hóa gia đình.</p>	<p>Kết quả năm 1989 so với 1985: Tỷ lệ sinh giảm từ 33,2‰ xuống 30,1‰. Tổng tỷ suất sinh giảm từ 3,95 con xuống còn 3,8 con. Tỷ lệ chết từ 7,5‰ còn 7,3‰. Số dân từ tăng từ 47,64 triệu năm 1975 lên 67,24 triệu người năm 1991.</p>
<p>1991-2000</p>	<p>Gia tăng dân số quá nhanh, cản trở tốc độ phát triển kinh tế, gây khó khăn cho việc cải thiện đời sống, hạn chế điều kiện phát triển về trí tuệ, văn hóa và thể lực của giống nòi.</p>	<p>Mỗi gia đình chỉ có một hoặc hai con. Tỷ lệ tăng dân số dưới 1,8% vào năm 2000, tiến tới ổn định quy mô dân số trong nửa đầu thế kỷ sau.</p>	<p>Sức khỏe sinh sản/ Kế hoạch hóa gia đình</p>	<p>Tổng tỷ suất sinh giảm từ 3,8 con xuống 2,3 con năm 2000 so với năm 1991. Quy mô dân số tăng từ 67,2 triệu người lên 77,6 triệu người. Tốc độ gia tăng dân số nhanh đã cơ bản được kiểm soát.</p>

<p>2001-2015</p>	<p>Mức sinh giảm dần sát mức sinh thay thế. Chủ động kiểm soát quy mô và tăng chất lượng dân số phù hợp với yêu cầu phát triển KT-XH.</p>	<p>Nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng SKSS, duy trì mức sinh thấp hợp lý, giải quyết tốt những vấn đề cơ bản về dân số và phân bố dân số, góp phần thực hiện thắng lợi sự nghiệp CNH, HĐH đất nước.</p>	<p>SKSS, chất lượng dân số.</p>	<p>Năm 2015: Tổng tỷ suất sinh: 2,1 con/phụ nữ. Tỷ số giới tính khi sinh: 112,8 bé trai/100 bé gái. Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 22,1‰. Tỷ lệ tăng dân số: 1,08%. Quy mô dân số: 91,7 triệu người.</p>
<p>2016 - nay</p>	<p>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.</p>	<p>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 hoá dân số; phân bố dân số hợp lý; nâng cao chất lượng dân số, góp phần phát triển đất nước nhanh, bền vững.</p>	<p>Dân số và phát triển.</p>	<p>Năm 2018: Tổng tỷ suất sinh: 2,05 con/phụ nữ. Tỷ số giới tính khi sinh: 115,1 bé trai/100 bé gái. Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi: 21,4‰. Tỷ lệ tăng dân số: 1,06%. Quy mô dân số: 93,7 triệu người.</p>

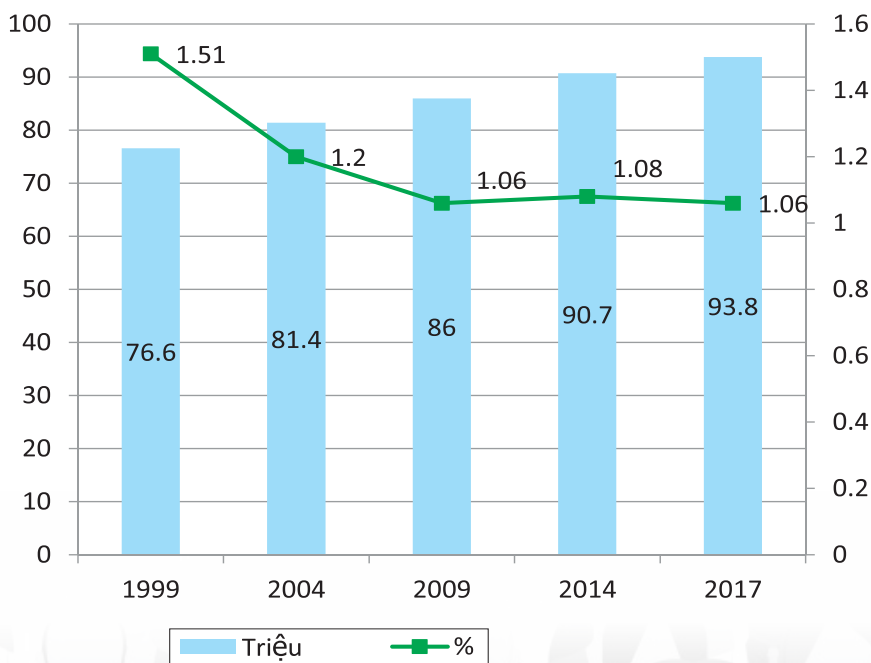
Phần 2 DÂN SỐ VIỆT NAM

1. Thực trạng dân số Việt Nam

1.1 Quy mô và tỷ lệ tăng dân số

Trong gần 2 thập kỷ qua, dân số Việt Nam tăng gần 18 triệu người từ 76,6 triệu năm 1999 lên 93,8 triệu người năm 2017. Trung bình mỗi năm quy mô dân số tăng thêm 956.000 người. Ngoại trừ giai đoạn 1999-2004, tỷ lệ tăng dân số hàng năm trong 10 năm gần đây thấp hơn và được duy trì khá ổn định (1,06-1,08%). Với mức tăng này, quy mô dân số sẽ thấp hơn 98 triệu người vào năm 2020 - mục tiêu của Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

Hình 1. Quy mô dân số Việt Nam, 1999-2017



Nguồn: Tổng cục Thống kê, Niên giám Thống kê 2009, 2017.

Quy mô dân số Việt Nam đứng thứ 15 trên thế giới, đứng thứ 8 châu Á và thứ 3 Đông Nam Á.

1.2 Phân bố dân số

Phân bố dân số không đều là một đặc trưng nhân khẩu học cơ bản của Việt Nam bởi điều kiện địa lý tự nhiên. Với hơn 3/4 diện tích cả nước là đồi núi, gần 60% dân số sống tại các vùng phát triển hơn với điều kiện sống thuận lợi hơn và nhiều khu công nghiệp.

Bảng 2. Phân bố dân số theo vùng (%), 1999-2017

Vùng	1999	2009	2017
Đồng bằng sông Hồng	22,2	22,8	22,8
Trung du miền núi phía Bắc	14,6	12,9	13,0
Bắc trung bộ và DH miền Trung	21,8	21,9	21,3
Tây Nguyên	5,4	6,0	6,2
Đông Nam bộ	15,1	16,4	17,9
Đồng bằng sông Cửu Long	21,0	20,0	18,9

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Niên giám Thống kê 1999-2017.

Nhìn chung, trong 2 thập kỷ qua, ba vùng luôn có số dân đông nhất (chiếm hơn 60% dân số cả nước) là Đồng bằng sông Hồng, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long. Tây Nguyên là vùng có số dân ít nhất với tỷ trọng 5,4-6,2%. Vùng có biến động tăng nhiều nhất là Đông Nam bộ với tỷ trọng dân số tăng 2,8 điểm phần trăm, chủ yếu do nhập cư từ các vùng, tỉnh khác đến tìm kiếm việc làm và học tập. Trong khi dân số của Đồng bằng sông Cửu Long giảm nhiều nhất với gần 2 điểm phần trăm, tiếp đến là Trung du miền núi phía Bắc, giảm 1,6 điểm phần trăm. Quy mô dân số các vùng còn lại ít biến động.

Ngoài yếu tố địa lý và điều kiện tự nhiên, phân bố dân số không đều còn bị tác động bởi quy hoạch phát triển vùng và địa phương. Các vùng phát triển hơn là nơi thu hút dân di cư đến làm việc và sinh sống. Việc lồng ghép dân số vào kế hoạch hóa phát triển có thể giúp điều chỉnh phân bố dân số một cách hợp lý.

Mật độ dân số

Mật độ dân số Việt Nam năm 2017 là 283 người/km², đứng thứ 3 ở

khu vực Đông Nam Á, (sau Singapore và Philippin), và 14 ở châu Á. Đồng bằng sông Hồng có mật độ dân số cao nhất nước (1.004 người/km²).

Bảng 3. Mật độ dân số, 1999-2017

Đơn vị: người/km²

Năm	1999	2004	2009	2014	2017
Mật độ dân số	232	N/A	260	273	283

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Niên giám Thống kê 1999-2017.

Tiếp đến là Đông Nam Bộ (711 người/km²)¹. Cả hai vùng này có mật độ dân số thay đổi lớn nhất, chủ yếu do nhập cư cao tới các khu công nghiệp. Tây Nguyên, Trung du miền núi phía Bắc có mật độ dân số thấp nhất (106 và 128 người/km²). Đây là các khu vực miền núi, giao thông đi lại khó khăn, kinh tế kém phát triển cho nên ít có sự thay đổi nhất về dân số.

Bảng 4. Mật độ dân số phân theo vùng, 2009-2017

Đơn vị tính: người/km²

	2009	2014	2015	2016	2017
Toàn quốc	259	274	277	280	283
Đồng bằng sông Hồng	930	983	994	994	1004
Trung du miền núi phía Bắc	116	122	124	126	128
Bắc trung bộ và DH miền Trung	196	204	205	207	208
Tây Nguyên	93	101	103	104	106
Đông Nam bộ	594	670	684	697	711
Đồng bằng sông Cửu Long	423	432	434	433	435

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và Nhà ở Việt Nam 2009; Niên giám thống kê 2014-2017.

1.3 Cơ cấu dân số

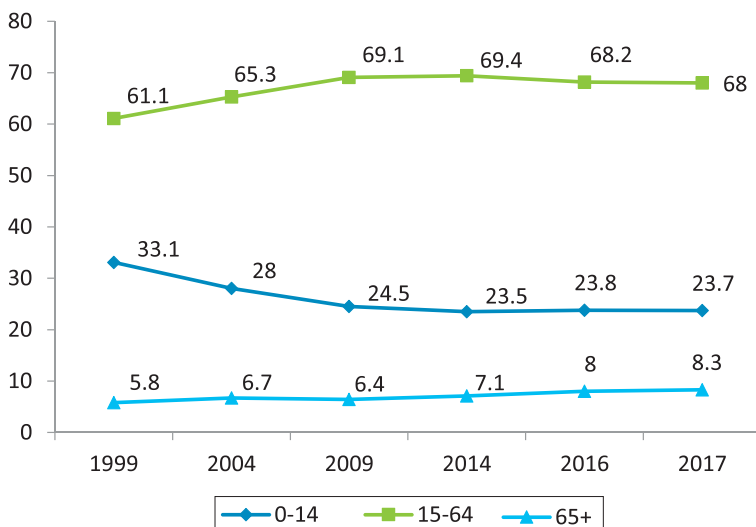
Cơ cấu dân số theo nhóm tuổi, giới tính

Do mức sinh của Việt Nam giảm liên tục trong nhiều năm qua và tuổi thọ trung bình tăng làm thay đổi cơ cấu tuổi dân số theo xu hướng già hoá. Trong các năm 1999-2017, tỷ trọng nhóm dân số 0-14 tuổi giảm từ 33,1% xuống 23,7%, trong khi nhóm dân số độ tuổi lao động 15-64 tăng từ

¹ Nguồn: Tổng cục Thống kê, Niên giám Thống kê 2017.

61,1% lên 68,2% và nhóm 65+ từ 5,8% lên 8,0%. Sự gia tăng của nhóm dân số độ tuổi lao động là một lợi thế cho phát triển kinh tế của đất nước nếu năng suất lao động của nhóm dân số này tăng lên, nhưng cũng tạo ra sức ép đối với việc làm.

Hình 2. Cơ cấu dân số theo nhóm tuổi (%), 1999-2017



Nguồn: Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS và KHHGD 1/4 hàng năm; Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999, 2009.

Những thay đổi cơ cấu tuổi dẫn đến giảm tỷ số phụ thuộc trẻ em 0-14 tuổi từ 54,2% năm 1999 xuống 34,9% năm 2017 và tăng tỷ số phụ thuộc người già 65+ từ 9,4% lên 12,2%. Kết quả là tỷ số phụ thuộc chung của Việt Nam giảm gần 17 điểm phần trăm từ 63,6% (năm 1999) xuống 47,1% (năm 2018). Với việc giảm tỷ lệ phụ thuộc chung, Việt Nam đã bước vào thời kỳ dân số vàng năm 2007 (Khi tỷ lệ này dưới 50, cứ 1 người phụ thuộc thì có 2 người trong độ tuổi lao động). Có thể thấy thời kỳ cơ cấu “dân số vàng” và già hóa dân số đang diễn ra đồng thời tại Việt Nam. Tuy nhiên, thời kỳ cơ cấu “dân số vàng” dự kiến sẽ kết thúc vào năm 2049², trong khi Việt Nam là đang có tốc độ già hoá rất nhanh và sẽ trở thành quốc gia già với tỷ trọng dân số 65+ chiếm từ 14% dân số trở lên vào năm 2037.

Tỷ trọng dân số cao tuổi đang gia tăng sẽ là một trong những vấn đề nhân khẩu học quan trọng liên quan tới nhiều lĩnh vực như chăm sóc sức khỏe, lao động, phúc lợi xã hội... đòi hỏi cần có những chính sách hỗ trợ xã hội phù hợp.

² Tổng cục Thống kê, Dự báo Dân số VN 2014 - 2049.

Bảng 5. Tỷ số phụ thuộc, 1999-2017

Tỷ số phụ thuộc	1999	2004	2009	2014	2016	2017
Tỷ số phụ thuộc trẻ em (0-14)	54,2	44,5	35,4	33,8	34,9	34,9
Tỷ số phụ thuộc người già (65+)	9,4	14,2	9,3	10,2	11,7	12,2
Tỷ số phụ thuộc chung	63,6	58,6	44,7	44,0	46,6	47,1

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS và KHHGD 1/4 hàng năm; Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999, 2009.

Cơ cấu dân số theo thành thị/nông thôn

Cùng với phát triển kinh tế, tình trạng đô thị hoá ở Việt Nam diễn ra nhanh hơn trong 2 thập kỷ gần đây từ 23,6% năm 1999 lên 35,5% năm 2018.

Bảng 6. Phân bố dân số theo thành thị/nông thôn, 1999, 2009 và 2018

Khu vực	1999		2009		2017	
	Dân số (triệu người)	Tỷ trọng (%)	Dân số (triệu người)	Tỷ trọng (%)	Dân số (triệu người)	Tỷ trọng (%)
Thành thị	18,082	23,6	25,585	29,7	33,81	35,1
Nông thôn	58,515	76,4	60,440	70,3	60,86	64,9

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Niên giám Thống kê 1999-2018.

Năm 2017, Đông Nam Bộ vẫn là vùng có tỷ trọng dân số thành thị cao nhất (63,0%), tiếp theo là Đồng bằng sông Hồng (38,2%). Điều này là do Đông Nam Bộ có các trung tâm đô thị và khu công nghiệp lớn là Thành phố Hồ Chí Minh, Đồng Nai, Bà Rịa-Vũng Tàu, Bình Dương. Đồng bằng sông Hồng có các trung tâm đô thị lớn và khu công nghiệp là Thủ đô Hà Nội, Quảng Ninh, Hải Phòng, Bắc Ninh, Hải Dương, Ninh Bình... Dân số thành thị tăng do luồng di cư từ nông thôn đến thành thị tăng trong những năm qua và sự chuyển đổi đơn vị hành chính từ xã thành phường, thị trấn.

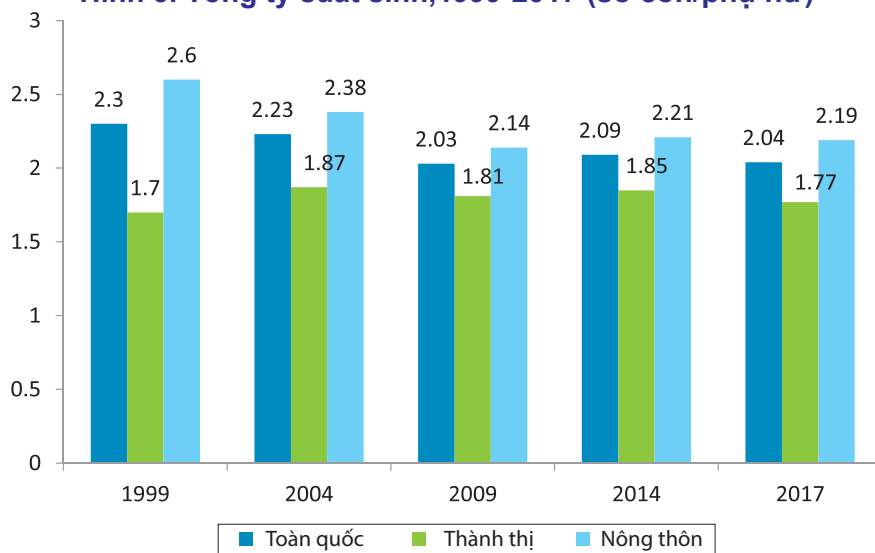
1.4 Biến động dân số

Mức sinh

Từ năm 2006 đến nay, Việt Nam đã đạt và duy trì mức sinh thay thế (trung bình 2,1 con/phụ nữ). Trong 20 năm qua, mức sinh của thành thị

luôn dưới mức sinh thay thế (1,7-<1,85 con/phụ nữ), trong khi mức sinh phần lớn giảm tại nông thôn và cao hơn mức sinh thay thế. Sự khác biệt này chủ yếu do tiếp cận dễ dàng hơn tới các nguồn thông tin và các cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ KHHGD và có nhận thức tốt hơn về lợi ích của gia đình ít con. Bên cạnh đó, ở khu vực thành thị, điều kiện sống và chăm sóc tốt hơn, tỷ lệ chết sơ sinh và chết trẻ em thấp hơn cũng góp phần làm giảm nhu cầu sinh thay thế ở khu vực này. Mức sinh thay thế ổn định hiện nay khẳng định xu hướng sinh 2 con là phổ biến.

Hình 3. Tổng tỷ suất sinh, 1999-2017 (số con/phụ nữ)



Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999, Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4 năm 2014, Niên giám thống kê 2017.

Theo vùng, hiện Trung du miền núi phía Bắc có mức sinh cao nhất với 2,53 con/phụ nữ. Tiếp đến là Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung (2,31), Tây Nguyên (2,29 con/phụ nữ), và Đồng bằng sông Hồng (2,16 con/phụ nữ). Thấp nhất là Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long nơi có mức sinh dưới mức sinh thay thế (1,55 và 1,74 con/phụ nữ).

Có sự chênh lệch mức sinh lớn giữa các tỉnh, với thấp nhất tại TP HCM (1,36 con/phụ nữ) và cao nhất tại Lai Châu (2,86 con/phụ nữ). Các tỉnh có mức sinh cao thường là các tỉnh miền núi, nghèo, mức tử vong mẹ và trẻ em cao như Trung du miền núi phía Bắc, một số tỉnh thuộc Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung. Điều này cũng cho thấy nhu cầu KHHGD chưa được đáp ứng khá cao tại các địa phương này.³

³ Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD 2016.

Tỷ suất sinh thô

Trên cả nước, tỷ suất sinh thô (số trẻ sinh sống/1.000 dân - CBR) giảm đều từ 19,9% năm 1999 xuống 14,9% năm 2017. Hầu hết mức giảm này diễn ra ở nông thôn - 5 điểm phần nghìn, trong khi ở thành thị giảm ít - 1,9 điểm phần nghìn, thu hẹp sự chênh lệch giữa thành thị-nông thôn. Trung du miền núi phía Bắc có tỷ suất sinh thô cao nhất (23,7%), trong khi con số này ở Đông Nam Bộ thấp nhất (11,4%). Nguyên nhân có thể do quá trình di cư mạnh mẽ của dân số trong độ tuổi sinh đẻ kéo theo sự phân bố không đều trong cơ cấu tuổi và giới tính giữa các vùng.

Bảng 7. Tỷ suất sinh thô theo thành thị/nông thôn, 2005-2017

Đơn vị tính: số trẻ sinh sống/1.000 dân

Năm	Toàn quốc	Thành thị	Nông thôn
1999	19,9	15,9	21,2
2004	19,2	16,7	19,9
2009	17,6	17,3	17,8
2014	17,2	16,7	17,5
2017	14,9	14,0	15,4

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999, Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4 năm 2014, 2017.

Mức chết

Tỷ suất chết thô

Tỷ suất chết thô (số trường hợp chết/1.000 dân - CDR) trong giai đoạn 2009-2017 tăng so với giai đoạn 1999-2004, chủ yếu do mức chết tăng cao ở nhóm dân số cao tuổi. Điều này cho thấy Việt Nam đã có những cải thiện trong chính sách an sinh xã hội đặc biệt đối với nhóm dân số <5 tuổi và nhóm dân số già (có tỷ lệ chết tương đối cao). Chênh lệch mức chết giữa thành thị và nông thôn đã được thu hẹp so với 20 năm trước, thể hiện sự cải thiện đáng kể về mức sống và tuổi thọ của người dân nông thôn.⁴

⁴ Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD 2016; Niên giám thống kê 2017.

Bảng 8. Tỷ suất chết thô (%o) theo thành thị/nông thôn, 1999-2017

Năm	Toàn quốc	Thành thị	Nông thôn
1999	5,6	4,2	6,0
2004	5,4	4,5	5,8
2009	6,8	5,5	7,4
2014	6,9	6,0	7,2
2017	6,8	6,0	7,3

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999, Điều tra biến động DS-KHHGD 2014; Niên giám thống kê 2017.

Hiện tại, Đông Nam Bộ và Tây Nguyên có CDR thấp nhất (5,4%o và 5,7%o), trong khi CDR cao nhất là ở Trung du miền núi phía Bắc (7,4%o) và Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung (7,2%o). Có thể do Đông Nam Bộ và Tây Nguyên có dân số trẻ hơn so với các vùng khác và tỷ trọng dân số 65+ cũng thấp.

Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi (IMR)

Một trong những thành tựu nổi bật nhất trong giảm mức chết ở Việt Nam là mức chết trẻ em <1 tuổi (số trẻ <1 tuổi chết/1.000 trẻ sinh sống - IMR) giảm rất mạnh - hơn một nửa từ 36,7%o xuống còn 14,4%o trong gần 20 năm qua, đạt Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (14,7%o vào năm 2015). Tương tự, IMR ở thành thị giảm từ 18,3%o xuống 8,4%o và ở nông thôn, từ 41,0%o xuống 17,3%o. IMR ở nông thôn cao hơn nhiều ở thành thị chứng tỏ sự khác biệt khá lớn về điều kiện sống của hai khu vực.

Bảng 9. Tỷ suất chết trẻ em <1 tuổi theo thành thị/nông thôn, 1999-2017

Năm	Toàn quốc	Thành thị	Nông thôn
1999	36,7	18,3	41,0
2004	18,1	11,1	20,5
2009	16,0	9,4	18,7
2014	14,9	8,7	17,8
2017	14,4	8,4	17,3

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999; Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4 hàng năm.

IMR năm 2017 của tất cả các vùng đều giảm so với năm 2016 nhưng mức khác biệt về điều kiện sống càng rõ hơn khi so sánh IMR giữa các vùng. IMR của Trung du miền núi phía Bắc và Tây Nguyên là hai vùng khó khăn nhất, cao hơn rất nhiều so mức chung của cả nước, tương ứng là 21,4‰ và 23,7‰ năm 2017. IMR thấp nhất là ở Đông Nam Bộ với 8,4‰. Điều này cho thấy sự cần thiết đầu tư nhiều hơn cho các vùng khó khăn góp phần nâng cao chất lượng sống nơi đây.

Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi (U5MR)

Mặc dù tỷ suất chết trẻ em <5 tuổi (số trẻ 0-<5 tuổi chết/1.000 trẻ sinh sống - U5MR) của cả nước đã giảm hơn một nửa từ 56,9‰ năm 1999 xuống 21,5‰ năm 2017, chưa đạt mục tiêu của Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản 2011-2020 (19,3‰ năm 2015). Đa phần mức giảm U5MR xảy ra trong giai đoạn 1999-2009 (32,5 điểm phần nghìn). IMR ở nông thôn cao hơn hai lần ở thành thị (26,0‰ và 12,7‰) năm 2017. Sự khác biệt vùng miền còn rất lớn. U5MR của Trung du miền núi phía Bắc và Tây Nguyên vẫn khá cao (32,4‰ và 36,0‰).

Bảng 10. Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi, 1999-2017

Năm	Tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi
1999	56,9
2009	24,4
2017	21,5

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 1999, 2009; Điều tra biến động DS-KHHGD 2017.

1.5 Di cư

Di cư giữa các vùng

Hơn các năm 2009-2017, mặc dù giảm mạnh (gần 18 điểm phần nghìn) nhưng duy nhất chỉ có Đông Nam bộ luôn có tỷ suất di cư thuần dương do có sức hút lớn về việc làm nên số lượng người chuyển đến lớn nhất trong cả nước. Tình trạng xuất cư nhiều hơn nhập cư ở Trung du miền núi phía Bắc, Bắc trung bộ và Duyên hải miền Trung và Đồng bằng sông Cửu Long đã giảm. Tây Nguyên trong nhiều năm trước luôn là vùng có tỷ suất di cư thuần dương đã trở thành vùng xuất cư. Mức độ di cư của Đồng bằng sông Hồng dao động không nhiều.

Bảng 11. Tỷ suất di cư thuần của các vùng, 2009-2017

Đơn vị: ‰

	2009	2011	2014	2016	2017
Đồng bằng sông Hồng	-0,5	0,9	-0,5	0,5	0,0
Trung du miền núi phía Bắc	-3,6	-3,3	-2,0	-2,5	-1,1
Bắc trung bộ và DH miền Trung	-7,7	-4,9	-1,8	-1,1	-0,2
Tây Nguyên	1,8	-2,4	1,6	-2,4	-0,7
Đông Nam bộ	23,4	14,8	11,2	8,4	5,6
Đồng bằng sông Cửu Long	-8,4	-0,5	-6,7	-4,6	-4,0

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 2009; Tổng điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 2014; Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4 hàng năm.

Di cư giữa các tỉnh

Năm 2017, Bình Dương vẫn là tỉnh đứng đầu về tỷ suất di cư thuần dương (23‰) mặc dù tỷ suất di cư thuần giảm nhiều trong các năm gần đây, tiếp theo là Nghệ An (6,2‰), và Bắc Ninh (5,5‰). Có thể thấy những tỉnh có tỷ suất di cư thuần cao vẫn là những tỉnh tập trung nhiều khu công nghiệp, các trường đào tạo chứng tỏ việc làm, đào tạo, học tập ảnh hưởng rất nhiều đến di cư.

Những tỉnh có tỷ suất di cư thuần âm cao nhất là Cà Mau (-9,3‰), Kiên Giang (-8,7‰) và Sóc Trăng (-7,7‰). Tất cả các tỉnh của Trung du và miền núi phía Bắc (trừ Phú Thọ) đều có tỷ suất di cư thuần âm. Năm 2016, Đông Nam Bộ có 2 tỉnh có tỷ suất di cư thuần âm là Bình Phước (-2,7‰) và Tây Ninh (-0,8‰).

Bảng 12. Các tỉnh có mức di cư thuần cao, thấp nhất năm 2017

Đơn vị: ‰

Cao nhất		Thấp nhất	
Bình Dương	23,9	Cà Mau	-9,3
Nghệ An	6,2	Kiên Giang	-8,7
Bắc Ninh	5,5	Sóc Trăng	-7,7
TP, HCM	5,3	Quảng Ngãi	-7,1
Cần Thơ	4,7	Đồng Tháp	-6,3

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4 năm 2017.

2. Những vấn đề dân số hiện nay

2.1 Chênh lệch mức sinh giữa các vùng, tỉnh

Trong những năm qua, Tây Nguyên, Trung du và miền núi phía Bắc và Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung là các vùng có mức sinh cao. Hai vùng có mức sinh thấp là Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long. Chênh lệch về trình độ phát triển kinh tế-xã hội là nguyên nhân chính dẫn đến sự khác biệt về mức sinh giữa các vùng.

Mặc dù Tây Nguyên luôn là vùng có mức sinh cao nhưng dấu hiệu đáng mừng là trong giai đoạn 2009-2017, TFR của vùng này liên tục có xu hướng giảm mạnh từ 2,65 con/phụ nữ năm 2009 xuống còn 2,26 con/phụ nữ năm 2015. Đến năm 2017, TFR của Tây Nguyên và Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung là 2,31 và 2,53 giảm nhẹ so với những năm trước đó. Điều này đã thể hiện sự thành công của Chiến lược dân số và SKSS giai đoạn 2011-2020 cũng như của Chương trình mục tiêu quốc gia về dân số thời kỳ 2012-2016.

Bảng 13. Tổng tỷ suất sinh (số con/phụ nữ) theo vùng, 2009 - 2017

Vùng	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Toàn quốc	2,03	2,00	1,99	2,05	2,10	2,09	2,10	2,09	2,04
Trung du và miền núi phía Bắc	2,24	2,22	2,21	2,31	2,18	2,56	2,69	2,63	2,53
Đồng bằng sông Hồng	2,11	2,04	2,06	2,11	2,11	2,30	2,23	2,23	2,16
Bắc Trung Bộ và DH miền Trung	2,21	2,21	2,21	2,32	2,37	2,31	2,34	2,37	2,31
Tây Nguyên	2,65	2,63	2,58	2,43	2,49	2,30	2,26	2,37	2,29
Đông Nam Bộ	1,69	1,68	1,59	1,57	1,83	1,56	1,63	1,46	1,55
Đồng bằng sông Cửu Long	1,84	1,80	1,80	1,92	1,92	1,84	1,76	1,84	1,74

Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 2009; Tổng điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 2014; Điều tra biến động DS-KHHGD hàng năm.

Sự khác biệt về mức sinh theo tỉnh, thành phố

Theo Tổng cục Thống kê, tổng tỷ suất sinh (TFR) cả nước năm 2017 là 2,04 con - dưới mức sinh thay thế. Tuy nhiên, mức sinh rất khác biệt giữa các địa phương. Hiện có 24/63 tỉnh, chiếm 30% dân số, nơi kinh tế- xã hội

còn nhiều khó khăn thì có mức sinh cao (trên 2,3 con), có nơi rất cao (12/24 tỉnh có mức sinh trên 2,5 con). Trong khi đó 16/63 tỉnh, chiếm 31% dân số, nơi đô thị, kinh tế - xã hội phát triển thì mức sinh đã xuống thấp (dưới 1,8 con), có nơi thấp xa so với mức sinh thay thế (4/16 tỉnh có mức sinh dưới 1,6 con). Có thể chia 63 địa phương thành 4 nhóm theo mức sinh khác nhau:

I. TFR < 2,0 con/phụ nữ: có 23 tỉnh gồm hầu hết các tỉnh thuộc Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long, Một số tỉnh, thành phố có mức sinh TFR rất thấp, thấp hơn rất nhiều so với mức sinh thay thế, điển hình là: Thành phố Hồ Chí Minh (1,36 con/phụ nữ) và Đồng Tháp (1,34 con/phụ nữ).

II. 07 địa phương với mức sinh dao động quanh mức sinh thay thế: một số tỉnh vùng Đồng bằng sông Hồng như: Hà Nội (2,00), Thái Nguyên (2,09), và một số tỉnh thuộc Bắc Trung bộ và Duyên hải miền Trung như Phú Yên (2,04), Đông Nam bộ có Bình Phước (2,02).

III. 21 tỉnh chủ yếu thuộc vùng Trung du và miền núi phía Bắc như: Hà Giang (2,49), Hòa Bình (2,30), Thái Nguyên (2,45), Hà Giang (2,46) và Bắc Kạn (2,37).

IV. 12 tỉnh có mức sinh cao nhất ($\geq 2,5$ con/phụ nữ trở lên). Hầu hết các tỉnh này thuộc Trung du và miền núi phía Bắc, một số tỉnh thuộc Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung. Nhóm này không bao gồm các tỉnh thuộc vùng Tây Nguyên, Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long.

Trên phạm vi cả nước, địa phương có mức sinh cao nhất là Hà Tĩnh (3,24 con/phụ nữ), địa phương có mức sinh thấp nhất là Thành phố Hồ Chí Minh (1,36 con/phụ nữ). Nguyên nhân có thể là do các cặp vợ chồng ở Thành phố Hồ Chí Minh được tiếp cận các BPTT thuận lợi hơn và có xu hướng sinh ít con hơn các địa phương khác.

Mức sinh ở các dân tộc thiểu số ít người

Việt Nam có 53 nhóm dân tộc thiểu số, chiếm 14,6% dân số. Mức sinh của các dân tộc thiểu số cao hơn mức chung của toàn quốc (2,39 và 2,09 con/phụ nữ). Hiện chỉ có 5 dân tộc đạt mức sinh thay thế: Mường (2,09 con/phụ nữ), Khmer (2,07 con), Nùng (2,12 con), Sán Chay (2,07 con), Hrê (2,07 con). Có 4 dân tộc có mức sinh thấp dưới mức sinh thay thế: Hoa (1,45 con), La Chí (1,71 con), Bô Y (1,89 con), và Pu Péo (1,53 con), 44/53 dân tộc có mức sinh cao hơn mức sinh thay thế, trong đó có tới 7/53 dân tộc có tổng tỷ suất sinh trên 3 con/phụ nữ: Mông (3,57 con), Ba Na (3,11 con), Xơ Đăng (3,56 con), Mnông (3,15 con), Bru Vân Kiều (3,5 con), Mạ (3,01 con), Chứt (3,51 con), Đặc biệt có 4 dân tộc có tổng tỷ suất sinh trên 4 con: La Hủ (4 con), Mảng (4,61 con), Cống (4,13 con), và

Rơ Măm (4,32 con).⁵ Mức sinh cao tại nhiều nhóm dân tộc phản ánh tình trạng phát triển kinh tế-xã hội thấp kém và tiếp cận thấp tới các phương tiện tránh thai.

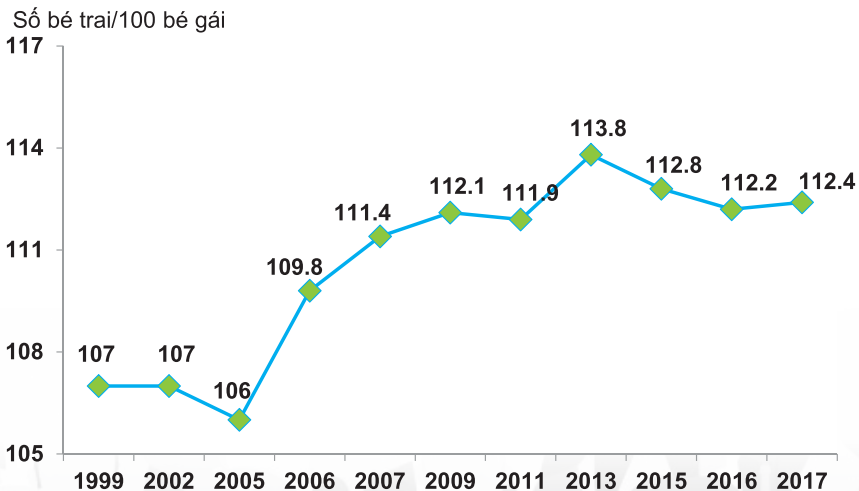
2.2 Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh

Thực trạng

Mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh dẫn đến tình trạng thừa nam thiếu nữ trong tương lai, không chỉ ảnh hưởng đến cuộc sống của cá nhân, gia đình, dòng tộc mà còn ảnh hưởng tiêu cực đối với dân tộc và sự phát triển bền vững của đất nước. Tỷ số giới tính (số bé trai sinh ra/100 bé gái - SRB) cao trong 13 năm qua của Việt Nam đang là mối quan tâm hàng đầu của các nhà lập chính sách, các cơ quan thông tin đại chúng cũng như các nhà nghiên cứu trong và ngoài nước.

Tỷ số giới tính khi sinh tuy có xu hướng tăng nhẹ trong các năm 1999-2005 nhưng từ năm 2006 đến nay, SRB tăng nhanh (luôn ở mức ≥ 110 bé trai/100 bé gái). Nhiều bằng chứng cho thấy tình trạng mất cân bằng tỷ số giới tính khi sinh của Việt Nam là do lựa chọn giới tính theo tâm lý ưa thích con trai. Lựa chọn giới tính trên cơ sở giới là biểu hiện của phân biệt đối xử với phụ nữ và trẻ em gái. Từ năm 2009 đến nay, mặc dù đã có nhiều cảnh báo về hệ lụy của sự mất cân bằng giới tính khi sinh nhưng tình trạng này dường như chưa được khắc phục nhiều.

Hình 3. Tỷ số giới tính khi sinh, 1999-2017



Nguồn: Tổng cục Thống kê, Điều tra biến động DS-KHHGD các năm.

⁵ Tổng cục Thống kê và Ủy ban dân tộc, Điều tra quốc gia về 53 dân tộc thiểu số năm 2015.

Mất cân bằng giới tính sẽ tác động tới cấu trúc gia đình, đặc biệt là hệ thống hôn nhân. Nam giới trẻ tuổi sẽ bị dư thừa so với nữ do tỷ lệ nữ giới đang giảm dần trong cùng một thế hệ, và kết quả là họ có thể phải đối mặt với những khó khăn nghiêm trọng khi tìm bạn đời. Tri hoãn hôn nhân trong nam giới hoặc gia tăng tỷ lệ sống độc thân. Đồng thời, sự thiếu hụt phụ nữ cũng làm gia tăng tình trạng buôn bán phụ nữ, trẻ em gái, bạo lực chống lại phụ nữ...

Những năm gần đây, Việt Nam đã có nhiều nỗ lực và giải pháp giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh: tăng cường các hoạt động truyền thông trên các phương tiện truyền thông đại chúng; kiểm tra, giám sát nhằm ngăn chặn các hành vi lựa chọn giới tính khi sinh; ưu tiên nguồn lực giải quyết các mục tiêu về mất cân bằng giới tính khi sinh; hỗ trợ tư vấn và chăm sóc tại cộng đồng nhằm cải thiện an sinh xã hội cho người cao tuổi sinh con gái...

Nguyên nhân của mất cân bằng giới tính khi sinh

Bất bình đẳng giới là nguyên nhân sâu xa của tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh dẫn đến tư tưởng trọng nam khinh nữ và tâm lý ưa thích con trai. Quan niệm có con trai để thờ cúng ông bà tổ tiên, nối dõi tông đường đã ăn sâu vào tiềm thức của 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.

Chế độ an sinh xã hội chưa đảm bảo, hiện gần 70% dân số sống ở nông thôn, hầu hết không có lương hưu khi về già. Quan niệm về trách nhiệm của con trai trong chăm sóc, phụng dưỡng cha mẹ sau này.

Hệ quả của gia tăng tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS)

Gia tăng TSGTKS sẽ dẫn tới những hệ lụy khó lường về mặt xã hội, thậm chí cả an ninh chính trị... khi các nam nữ thanh niên bước vào độ tuổi kết hôn. Ở Việt Nam tình trạng này sẽ xảy ra vào khoảng năm 2025. Tình trạng *dư thừa nam giới* trong độ tuổi kết hôn sẽ khiến một số lượng nam giới phải kết hôn muộn và nhiều người trong số họ không thể tìm được bạn đời. Việc gia tăng TSGTKS không những không cải thiện được vị thế của người phụ nữ mà thậm chí còn làm gia tăng 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, buôn bán phụ nữ sẽ gia tăng...

2.3 Đáp ứng nhu cầu kế hoạch hoá gia đình

a) Khả năng cung cấp phương tiện và dịch vụ tránh thai

(1) Sự sẵn có của phương tiện và dịch vụ tránh thai

Phương tiện và dịch vụ tránh thai có mặt ở hầu hết các trạm y tế (TYT) và bệnh viện đa khoa/chuyên khoa có cung cấp dịch vụ này. Các cán bộ y tế có chuyên môn khác như bác sỹ chuyên khoa, bác sỹ đa khoa định hướng và điều dưỡng đã thực hiện được dịch vụ. Tính đến năm 2013, 94% số hộ sinh đang làm việc tại Việt Nam đã được đào tạo ở trình độ trung cấp (đào tạo hộ sinh 2 năm) hoặc thấp hơn.

(2) Khả năng tiếp cận phương tiện và dịch vụ tránh thai

Việc tiếp cận phương tiện và dịch vụ tránh thai đang ngày càng dễ dàng hơn nhưng vẫn cần được cải thiện. Nhu cầu tránh thai chưa được đáp ứng tăng, vẫn còn tồn tại sự khác biệt, nhất là đồng bào dân tộc thiểu số và thanh thiếu niên. Tuy nhiên nhận thức hạn chế và thái độ phán xét của người cung cấp phương tiện và dịch vụ tránh thai có ảnh hưởng đến việc tiếp cận, đặc biệt là thanh thiếu niên, người chưa kết hôn.

(3) Khả năng chấp nhận phương tiện và dịch vụ tránh thai

Nhu cầu dịch vụ tránh thai chưa được đáp ứng của nhóm nữ thanh thiếu niên lên tới hơn 30%, nhóm cặp vợ chồng lên tới 6% cho thấy sự chấp nhận dịch vụ còn thấp. Hiện nay, đã có tập huấn về cung cấp dịch vụ nhạy cảm với yếu tố văn hóa. Tuy nhiên mới tập huấn được 20% nhu cầu. Tỷ lệ chấp nhận sử dụng dịch vụ tại cơ sở y tế ngoài công lập còn thấp, chủ yếu là do quan niệm và thói quen được “bao cấp” phương tiện và dịch vụ tránh thai trong thời gian dài.

b) Mở rộng về thị trường và xã hội hóa phương tiện tránh thai ở Việt Nam

Thị trường phương tiện tránh thai (PTTT) từng bước tăng về thị phần và mở rộng địa bàn. Đến nay đã chiếm 15% thị phần và PTTT đã có mặt tại tất cả các đô thị và hiệu thuốc trên toàn quốc, số lượng công ty tham gia phân phối PTTT tăng. Sản phẩm đa dạng về chủng loại, mẫu mã và giá cả, dân số trong độ tuổi sinh đẻ 15-49 tuổi (chiếm hơn 50 % dân số) tiếp tục tăng. Chính sách của Nhà nước là thu hẹp diện bao cấp, tập trung cấp miễn phí cho người nghèo, cận nghèo và một số đối tượng ưu tiên, Y

tế ngoài công lập phát triển mạnh, đóng góp đáng kể cho Chương trình.

Cần đẩy mạnh nghiên cứu về thị trường và hoạt động kiểm soát chất lượng PTTT. Hiện nay các doanh nghiệp trên thị trường chủ yếu cung cấp viên uống tránh thai, viên uống tránh thai khẩn cấp và bao cao su. Các PTTT lâm sàng, vì nhiều lý do, hiện chưa đáp ứng yêu cầu và đòi hỏi của thị trường, Thị trường có dung lượng nhỏ, chia ra nhiều loại PTTT, địa bàn rộng 63 tỉnh. Quản lý thị trường và chất lượng PTTT còn thiếu kinh nghiệm.

Ban hành các chính sách phát triển thị trường đồng bộ và đủ mạnh để thu hút doanh nghiệp, tổ chức và cá nhân tham gia. Đầu tư sản xuất PTTT trong nước đạt tiêu chuẩn, doanh nghiệp có đủ vốn đầu tư, đảm bảo thời gian thu hồi vốn. Có chính sách hỗ trợ thực sự hấp dẫn cho các nhà đầu tư. Đẩy mạnh vai trò điều phối về PTTT trong các chương trình KHHGD, chăm sóc SKSS và phòng chống HIV/AIDS,

Mang thai ở vị thành niên và thanh niên

Vị thành niên và thanh niên (VTN/TN) có thai ngoài ý muốn thường dẫn đến phá thai, gây nên những hậu quả nghiêm trọng. Tỷ lệ nạo phá thai ở VTN trên tổng số ca đẻ ước tính khoảng 20%⁶. Theo thống kê của Hội Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam, trung bình mỗi năm cả nước có khoảng 300 ngàn ca nạo hút thai ở độ tuổi 15-19, trong đó 60 - 70% là học sinh, sinh viên. Mặc dù tỷ lệ phá thai ở Việt Nam trong 10 năm gần đây giảm, nhưng tỷ lệ nạo phá thai ở VTN/TN lại gia tăng, chiếm hơn 20% các trường hợp nạo phá thai (Tổng cục DS-KHHGD). Độ tuổi quan hệ tình dục lần đầu ở VTN Việt Nam ngày càng sớm. Tuy nhiên, kiến thức của VTN về phòng tránh thai, HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác vẫn còn rất hạn chế - chỉ có khoảng 20,7% sử dụng biện pháp tránh thai trong lần quan hệ tình dục đầu tiên, Số phụ nữ độ tuổi VTN/TN 15-19 đã có chồng, có hút điều hòa kinh nguyệt hoặc nạo phá thai với lý do mang thai ngoài ý muốn chiếm tỷ lệ 13,4%. Đặc biệt trong số phụ nữ độ tuổi TN 20-24 đã có chồng, có hút điều hòa kinh nguyệt hoặc nạo phá thai với lý do mang thai ngoài ý muốn chiếm tỷ lệ tới 46,6%⁷. Với những số liệu mang thai và nạo hút thai VTN và lý do mang thai ngoài ý muốn như trên, Việt Nam là nước có tỷ lệ nạo phá thai ở tuổi VTN cao nhất Đông Nam Á và đứng thứ 5 trên thế giới (Tổ chức Y tế thế giới).

⁶ Tổng cục Thống kê, Điều tra quốc gia về VTN và thanh niên Việt Nam lần 2 (SAVY 2), 2009.

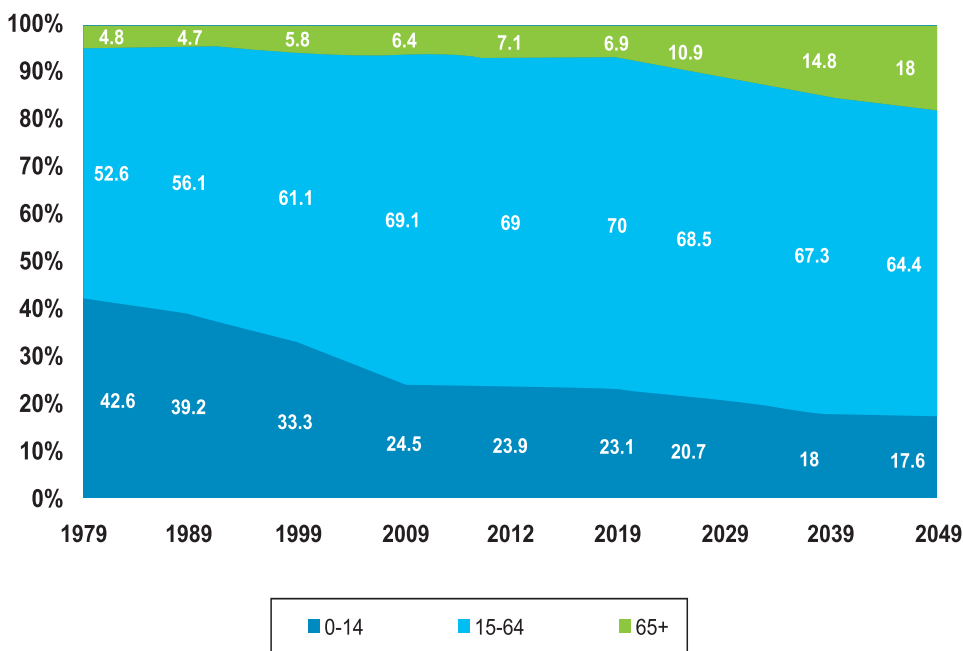
⁷ TCTK. Điều tra Biến động dân số và KHHGD 2018.

Nguyên nhân của thực trạng trên được các chuyên gia dân số lý giải là do tình trạng tảo hôn và quan hệ tình dục trước hôn nhân; các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tình dục còn chưa được phổ biến rộng rãi; giới trẻ chưa được trang bị đầy đủ kiến thức về giới tính; tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKSS, sức khỏe tình dục không dễ dàng, đặc biệt là VTN, thanh niên sống ở nông thôn và miền núi.

2.4 Thích ứng với già hóa dân số

Tỷ trọng dân số cao tuổi (65 tuổi trở lên) đang gia tăng sẽ là một trong những vấn đề nhân khẩu học quan trọng liên quan tới nhiều lĩnh vực như chăm sóc sức khỏe, lao động, phúc lợi xã hội... đòi hỏi cần có những chính sách hỗ trợ xã hội phù hợp.

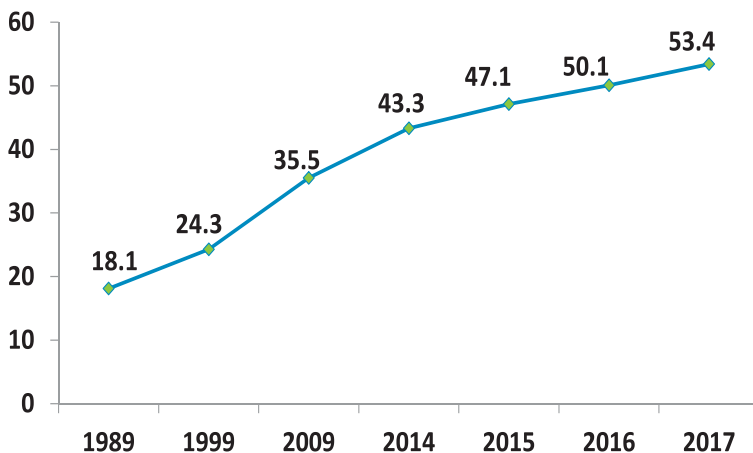
Hình 5. Tỷ lệ phần trăm dân số chia theo nhóm tuổi, 1979-2049



Nguồn: Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số và nhà ở 1979-2009; Điều tra biến động DS-KHHGD 1/4 hàng năm, Dự báo Dân số Việt Nam đến 2049.

Năm 2011, Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số với tỷ trọng người cao tuổi (65+) chiếm 7% tổng dân số. Chỉ số già hóa của Việt Nam tăng gấp hơn 2 lần trong giai đoạn 1999-2017 và đặc biệt nhanh những năm gần đây.

Hình 6. Chỉ số già hóa, 1989-2017



Nguồn: TCTK, Điều tra biến động dân số và KHHGD 2010, 2015, 2017.

TCTK, Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 1/4 năm 2014.

Dự báo thời gian quá độ từ “già hóa dân số” sang “dân số già” của Việt Nam sẽ xảy ra trước năm 2039, ngắn hơn nhiều so với các quốc gia có trình độ phát triển.

Tuy tuổi thọ trung bình của Việt Nam thuộc vào hàng khá cao trong khu vực (73,5 năm), nhưng tuổi thọ trung bình khỏe mạnh chỉ được 66,6 tuổi (2015). Như vậy, người cao tuổi Việt Nam có gần 7 năm sống không khỏe (WHO, 2018). Người cao tuổi Việt Nam đang đối mặt với tình trạng “bệnh tật kép”. Khoảng 95% người cao tuổi có bệnh, chủ yếu là bệnh mãn tính không lây truyền như bệnh xương khớp, huyết áp, các bệnh về phổi tắc nghẽn, bệnh tim. Trong khi hệ thống chăm sóc sức khỏe, hệ thống bảo trợ, an sinh xã hội chưa đáp ứng những nhu cầu ngày càng tăng của NCT. Bệnh viện, các chuyên khoa về lão khoa và hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu ở các cấp chưa đáp ứng nhu cầu của NCT.

Hiện chỉ gần 30% NCT có lương hưu hoặc trợ cấp từ ngân sách nhà nước. Trong khi còn 70% người cao tuổi không có tích lũy vật chất, và 30% NCT không có bảo hiểm y tế (VNAS, 2012).

Già hóa dân số là hệ quả tất yếu của giảm sinh và tuổi thọ tăng. Việt Nam cần xây dựng một môi trường thích ứng với già hóa dân số - môi trường thân thiện với người già: đảm bảo việc tiếp cận, thụ hưởng chăm

sóc y tế, an sinh xã hội, việc làm, đi lại, và vui chơi giải trí cho người cao tuổi; thiết lập hệ thống chăm sóc và nghiên cứu lão khoa; phát triển các hình thức chăm sóc người cao tuổi, đặc biệt là chăm sóc tại gia đình và cộng đồng; cải cách hệ thống an sinh xã hội, mở rộng độ bao phủ của bảo hiểm y tế, bảo hiểm hưu trí; khuyến khích các cá nhân, tổ chức tạo việc làm và môi trường việc làm phù hợp với năng lực, sức khỏe người cao tuổi; và phát huy vai trò và kinh nghiệm của người cao tuổi trong gia đình, cộng đồng và xã hội.

2.5 Nâng cao chất lượng dân số

Tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống

Tảo hôn/kết hôn sớm (kết hôn trước tuổi kết hôn theo quy định của pháp luật). Tình trạng tảo hôn đã ảnh hưởng đến thể chất, tâm sinh lý nhất là các em gái; khi chưa đủ tuổi trưởng thành, cơ thể chưa phát triển hoàn thiện. Quan hệ tình dục sớm, mang thai, sinh đẻ, nuôi con làm chậm quá trình phát triển thể chất tự nhiên của con người, dẫn tới thoái hóa và các di chứng bệnh tật, ảnh hưởng tới sức khỏe cặp vợ chồng và con cái.

Trung du miền núi phía Bắc và Tây Nguyên có tỷ lệ tảo hôn cao hơn so với các vùng khác. Ở tuổi 10-17, cứ 10 em trai thì có 1 em có vợ, 5 em gái có 1 em có chồng. Các dân tộc thiểu số có tỷ lệ tảo hôn chung là 26,6 %, cao gấp 18 lần so với dân tộc Kinh (1,4%) và gấp 10 lần so với cả nước (2,5%). Các tỉnh có tỷ lệ tảo hôn cao là: Lai Châu, Hà Giang, Điện Biên, Sơn La, Lào Cai, Yên Bái, Cao Bằng, Bắc Cạn, Kon Tum, Gia Lai, trong đó Lai Châu có tỷ lệ cao nhất, 18,6%, 25/53 dân tộc thiểu số có tỷ lệ tảo hôn trên 10%, Dân tộc Ơ Đu cao nhất là 70,2%, dân tộc Mông, 59,7%, Xinh mun, 56,3%.

Hôn nhân cận huyết thống (hôn nhân giữa những người có cùng dòng máu trực hệ). Hôn nhân cận huyết thống đã tạo ra các gen bệnh như: bạch tạng, mù màu, da vảy cá, đặc biệt phổ biến là bệnh tan máu bẩm sinh (thalassemia). Những căn bệnh này làm suy kiệt sức khỏe, dẫn tới suy thoái nòi giống. Năm 2015, tỷ lệ hôn nhân cận huyết thống cao nhất là dân tộc Mạ (44,1%), Mảng (43,6%), Mnong (40,2%), Xtieng (36,7%), Cơ Tu (27,7%), Khơ Mú (25%, Cơ ho (17,8%), Chứt (16,8%), Kháng (16%), và Khmer (15,9%). Nguyên nhân dẫn đến tình trạng tảo hôn, hôn nhân cận huyết thống, bao gồm cả nguyên nhân khách quan và nguyên nhân chủ quan, trong đó, nguyên nhân chủ quan là nguyên nhân cơ bản nhất.

Khám sức khỏe tiền hôn nhân

Nhằm nâng cao nhận thức và kỹ năng thực hành chăm sóc SKSS/ KHHGD thông qua tư vấn và khám sức khỏe cho vị thành niên, thanh niên từng bước góp phần nâng cao thể chất, trí tuệ, tinh thần của vị thành niên, thanh niên, mô hình Tư vấn và Khám sức khỏe tiền hôn nhân triển khai từ 2011. Đến năm 2017, mô hình đã được triển khai 564 huyện trên cả 63 tỉnh/thành phố. Bước đầu xây dựng các điểm tư vấn, các dịch vụ thân thiện và các cơ sở khám sức khỏe tiền hôn nhân cung cấp kiến thức, kỹ năng về cuộc sống gia đình, nâng cao chất lượng cuộc sống, các biện pháp phòng tránh, xử lý các nguy cơ sinh con bị di tật, khuyết tật và nguy cơ vô sinh cho nam, nữ thanh niên trước kết hôn. Hiện có 4,664 câu lạc bộ tiền hôn nhân với 162,501 thành viên. Các hoạt động chính của mô hình gồm truyền thông, tư vấn, nói chuyện chuyên đề, tổ chức khám sức khỏe cho VTN/TN và các đối tượng chuẩn bị kết hôn... Tại các địa bàn triển khai mô hình, nhận thức và kỹ năng thực hành về tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân ngày càng được cải thiện rõ rệt. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện đã ngày càng được bao phủ rộng rãi hơn với nhóm VTN/ TN chuẩn bị kết hôn.

Tầm soát bệnh bẩm sinh

Tầm soát trước và sau sinh, Mỗi năm, Việt Nam có khoảng trên 1,4 triệu trẻ em được sinh ra, trong đó, khoảng 30% được tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh và sơ sinh. Tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật sơ sinh là một biện pháp dự phòng hiện đại, nhằm phát hiện các bệnh liên quan đến nội tiết, rối loạn di truyền như: thiếu năng trí tuệ; thiếu men G6PD; suy giáp bẩm sinh; tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh và tử vong sớm do tan máu bẩm sinh...

Hiện chương trình Tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh và sơ sinh tại Việt Nam đã qua giai đoạn thử nghiệm và bước đầu đạt được một số kết quả. Cả nước hiện có 5 Trung tâm Tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh và sơ sinh. Ở Việt Nam, 2 xét nghiệm tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh (siêu âm để phát hiện bất thường hình thái thai nhi và xét nghiệm máu mẹ) và 2 xét nghiệm tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật sơ sinh (bệnh thiếu men G6BD và bệnh suy giáp bẩm sinh) được thực hiện miễn phí. Người nghèo, cận nghèo; đồng bào dân tộc thiểu số; vùng sâu, vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn được chi trả.

Thực hiện tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh và sơ sinh góp phần nâng cao chất lượng giống nòi và sự phồn vinh của xã hội, hạn chế

đến mức thấp nhất người khuyết tật do các bệnh bẩm sinh gây ra, trong thời gian tới. Chương trình Tầm soát và chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh và sơ sinh đang hướng tới được bảo hiểm y tế chi trả.

Tăng chỉ số HDI; phát triển thể chất

Mặc dù năm 2017 xếp hạng HDI của Việt Nam có tăng một bậc nhưng chỉ số phát triển con người Việt Nam vẫn có xu hướng tăng trong 5 năm qua và thuộc nhóm trung bình trên thế giới. Năm 2011 chỉ số phát triển con người của Việt Nam đạt 0,593, xếp thứ 128/187 nước, nhưng đến năm 2016 Việt Nam đã vươn lên đạt 0,683, xếp thứ 115/188 nước.

Bảng 14. Chỉ số phát triển con người (HDI) của Việt Nam, 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
HDI	0,593	0,617	0,635	0,638	0,683	0,683	0,694
Xếp thứ	128	127	121	121	115	115	116
Số nước so sánh	187	187	187	187	188	188	189

Nguồn: UNDP, báo cáo phát triển con người hàng năm

Phần 3

NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP CHỦ YẾU

1. Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp uỷ, chính quyền các cấp

Tăng cường sự lãnh đạo của Đảng về công tác dân số. Thống nhất nhận thức của cả hệ thống chính trị và các tầng lớp nhân dân, tạo sự đồng thuận cao trong toàn xã hội về tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách từ tập trung vào kế hoạch hoá gia đình sang giải quyết toàn diện các vấn đề quy mô, cơ cấu, phân bố và chất lượng dân số trong mối quan hệ hữu cơ với phát triển kinh tế - xã hội, bảo đảm quốc phòng, an ninh.

Đưa công tác dân số, đặc biệt là nâng cao chất lượng dân số thành một nội dung trọng tâm trong công tác lãnh đạo, chỉ đạo của cấp uỷ, chính quyền các cấp. Thực hiện lồng ghép có hiệu quả các yếu tố dân số trong các chiến lược, quy hoạch, kế hoạch phát triển của cả nước, của từng ngành, từng địa phương. Phát huy tối đa lợi thế “dân số vàng”, thích ứng với già hoá dân số.

Tăng cường phối hợp liên ngành, phát huy mạnh mẽ vai trò của Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, các đoàn thể nhân dân và của cả cộng đồng trong công tác dân số. Phân công trách nhiệm cụ thể, rõ ràng đối với từng ngành, từng cơ quan, đoàn thể trong thực hiện các mục tiêu, giải pháp; đặc biệt là trong việc thực hiện các phong trào thi đua, các cuộc vận động về công tác dân số, thực hiện nếp sống văn minh, xây dựng môi trường sống lành mạnh, nâng cao sức khoẻ và đời sống vật chất, tinh thần của nhân dân. Đề cao tính tiên phong, gương mẫu của mỗi cán bộ, đảng viên trong việc thực hiện chủ trương, chính sách về công tác dân số, nhất là sinh đủ 2 con, chú trọng nuôi dạy con tốt, gia đình hạnh phúc, tạo sức lan toả sâu rộng trong toàn xã hội.

2. Đổi mới nội dung tuyên truyền, vận động về công tác dân số

Đổi mới, nâng cao hiệu quả công tác tuyên truyền, giáo dục về chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước. Nội dung truyền thông, giáo dục phải chuyển mạnh sang chính sách dân số và phát triển. Tiếp tục thực hiện cuộc vận động mỗi cặp vợ chồng nên có 2 con, bảo đảm quyền và trách nhiệm trong việc sinh con và nuôi dạy con

tốt. Tập trung vận động sinh ít con hơn ở vùng, đối tượng có mức sinh cao; duy trì kết quả ở những nơi đã đạt mức sinh thay thế; sinh đủ 2 con ở những nơi có mức sinh thấp.

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

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

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

3. Hoàn thiện cơ chế, chính sách, pháp luật về dân số

Tiếp tục hoàn thiện chính sách, pháp luật về dân số gắn với xây dựng gia đình hạnh phúc. rà soát, điều chỉnh hoặc bãi bỏ một số quy định về xử lý vi phạm trong công tác dân số; đồng thời đề cao tính gương mẫu của cán bộ, đảng viên trong việc thực hiện chính sách dân số, xây dựng gia đình văn hoá, hạnh phúc. Nâng cao hiệu lực pháp lý trong quản lý và tổ chức thực hiện, bảo đảm đầy đủ quyền và nghĩa vụ của người dân, triển khai toàn diện các nội dung của công tác dân số. Kiện toàn hệ thống thanh tra chuyên ngành dân số, tăng cường thanh tra, kiểm tra, xử lý nghiêm vi phạm. rà soát, bổ sung các quy định của pháp luật về nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi. Ngăn ngừa có hiệu quả việc lạm dụng khoa học - công nghệ để lựa chọn giới tính thai nhi. Đẩy mạnh công tác bình đẳng giới, vì sự tiến bộ của phụ nữ.

Ban hành Chiến lược dân số trong tình hình mới; phát huy tối đa lợi thế cơ cấu dân số vàng, tạo động lực mạnh mẽ cho sự phát triển đất nước nhanh, bền vững và thích ứng với già hoá dân số.

Hoàn thiện chính sách, pháp luật về bảo vệ, chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi; khuyến khích người cao tuổi tham gia các hoạt động kinh tế - xã hội; xác định rõ trách nhiệm, nghĩa vụ, quyền lợi của người sử dụng lao động và người lao động cao tuổi. Tích cực, chủ động xây dựng môi trường thân thiện với người cao tuổi.

Rà soát, nâng cao chất lượng quy hoạch các đô thị, khu công nghiệp,

khu chế xuất, chủ động chuẩn bị các điều kiện để dân cư được phân bố tương ứng, phù hợp với sự phát triển kinh tế, xã hội, bảo đảm an ninh, quốc phòng của từng vùng và trong chiến lược tổng thể xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

Có chính sách tạo điều kiện thuận lợi cho người di cư được tiếp cận đầy đủ và công bằng với các dịch vụ xã hội cơ bản; hỗ trợ thoả đáng để thu hút, tạo điều kiện cho người dân sinh sống ổn định, lâu dài ở các khu vực khó khăn, trọng yếu về an ninh, quốc phòng. Thực hiện có hiệu quả chính sách bảo vệ và phát triển các dân tộc thiểu số, đặc biệt là các dân tộc thiểu số rất ít người.

4. Phát triển mạng lưới và nâng cao chất lượng dịch vụ về dân số

Phát triển và nâng cao hiệu quả hoạt động của mạng lưới cung cấp dịch vụ dân số toàn diện về quy mô, cơ cấu, chất lượng và phân bố dân số. Tiếp tục củng cố mạng lưới dịch vụ kế hoạch hoá gia đình. Phát triển mạng lưới cung cấp các dịch vụ tầm soát, chẩn đoán sớm bệnh tật trước sinh, sơ sinh, hỗ trợ sinh sản, tư vấn kiểm tra sức khoẻ sinh sản trước hôn nhân. Tăng cường kết nối, hợp tác với các cơ sở cung cấp dịch vụ ngoài công lập. Đổi mới phương thức cung cấp, đưa dịch vụ tới tận người sử dụng; thúc đẩy cung cấp dịch vụ qua mạng.

Sắp xếp lại hệ thống các cơ sở bảo trợ xã hội công lập theo hướng đẩy mạnh xã hội hoá, tạo lập môi trường thân thiện, hoà nhập giữa các nhóm đối tượng và với xã hội.

Phát triển mạnh hệ thống chuyên ngành lão khoa trong các cơ sở y tế, Khuyến khích phát triển các cơ sở chăm sóc người cao tuổi; cơ sở cung cấp các loại hình dịch vụ đáp ứng nhu cầu sinh hoạt, văn hoá, giải trí của người cao tuổi.

Ưu tiên đầu tư nguồn lực nhà nước, đồng thời huy động nguồn lực xã hội phát triển các cơ sở cung cấp các dịch vụ xã hội cơ bản bảo đảm các nhóm dân số đặc thù như trẻ em, người khuyết tật, người bị di chứng chiến tranh, người cao tuổi, đồng bào dân tộc ít người, người di cư... đều thực sự bình đẳng về cơ hội tham gia, thụ hưởng thành quả phát triển.

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

5. Bảo đảm nguồn lực cho công tác dân số

Bảo đảm đủ nguồn lực đáp ứng yêu cầu triển khai toàn diện công tác dân số. Ưu tiên bố trí ngân sách nhà nước cho công tác dân số, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe, giáo dục, đào tạo, văn hoá, thể thao... nhằm nâng cao chất lượng dân số, đời sống mọi mặt của nhân dân, nhất là đối tượng chính sách, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, miền núi, biên giới, hải đảo.

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

Phát triển thị trường, đa dạng hoá các gói bảo hiểm, bao gồm bảo hiểm nhà nước, bảo hiểm thương mại với nhiều mệnh giá tương ứng các gói dịch vụ khác nhau để các nhóm dân số đặc thù đều bình đẳng trong việc tham gia và thụ hưởng các dịch vụ phúc lợi, an sinh xã hội.

6. Kiện toàn tổ chức bộ máy, nâng cao năng lực đội ngũ cán bộ dân số

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

Đẩy mạnh công tác đào tạo, bồi dưỡng, nâng cao năng lực, thực hiện chuẩn hoá đội ngũ cán bộ dân số các cấp, các ngành đáp ứng yêu cầu chuyển hướng sang chính sách dân số và phát triển. Đưa nội dung dân số và phát triển vào chương trình đào tạo, tập huấn, nghiên cứu khoa học.

Xây dựng cơ chế phối hợp liên ngành nhằm tăng cường chỉ đạo, điều phối hoạt động của các ngành, cơ quan có chức năng quản lý các lĩnh vực liên quan tới dân số và phát triển.

Đẩy mạnh cải cách hành chính, tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, cung cấp dịch vụ, tạo thuận lợi cho người dân. Đẩy nhanh triển khai thực hiện đăng ký dân số và cơ sở dữ liệu dân cư quốc gia thống nhất dùng chung đáp ứng yêu cầu quản lý xã hội. Cung cấp số liệu đầy đủ, tin cậy và dự báo dân số chính xác phục vụ việc 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.

7. Tăng cường hợp tác quốc tế

Chủ động, tích cực hội nhập, tăng cường hợp tác quốc tế trong lĩnh vực dân số. Tích cực tham gia các tổ chức, diễn đàn đa phương, song phương về dân số và phát triển. Tranh thủ sự đồng thuận, hỗ trợ về tài chính, tri thức, kinh nghiệm và kỹ thuật của các nước, các tổ chức quốc tế. Tập trung nguồn lực để thực hiện các mục tiêu phát triển bền vững của Liên Hợp Quốc về dân số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 của Hội đồng Chính phủ về việc sinh đẻ có hướng dẫn;
2. Chỉ thị số 99/TTg ngày 16/10/1963 của Hội đồng Chính phủ về công tác hướng dẫn sinh đẻ;
3. Quyết định số 94/CP ngày 13/5/1970 của Hội đồng Chính phủ về cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch;
4. Chỉ thị số 265/CP ngày 19/10/1978 của Hội đồng Chính phủ về đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong phạm vi cả nước;
5. Chỉ thị số 29/HĐBT ngày 12/8/1981 của Hội đồng Bộ trưởng về đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong 5 năm (1981-1985);
6. Quyết định số 162-HĐBT ngày 18/10/1988 của Hội đồng Bộ trưởng về một số chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình;
7. Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 22/3/2005 (Bộ Chính trị khóa IX) về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD;
9. Chiến lược Dân số Việt Nam 2011-2020;
9. Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ 6 Ban chấp hành TW khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới;
10. Tổng cục Dân Số-KHHGD, Công tác Dân Số-KHHGD Việt Nam, 50 năm xây dựng và phát triển, 1961-2011.

TỔNG CỤC DÂN SỐ - KHHGD
TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU, THÔNG TIN & DỮ LIỆU

Ngõ 8, Tôn Thất Thuyết, Nam Từ Liêm, Hà Nội

Tel: 024 - 37953888; Fax: 024 - 37957848

Chịu trách nhiệm nội dung:

TS. Phạm Vũ Hoàng

Biên soạn:

TS. Nguyễn Quốc Anh

Ths. Phương Thị Thu Hương

Ths. Nguyễn Thị Thanh Tâm

CN. Nguyễn Thị Thu Hương