

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



**VẤN ĐỀ DÂN SỐ HÔM NAY:
MỨC SINH Ở VIỆT NAM**

Hà Nội, 2020

LỜI GIỚI THIỆU

Quá trình phát triển của dân số Việt Nam gắn liền với tiến trình phát triển kinh tế-xã hội. Trước khi bước vào thế kỷ XXI, mục tiêu của ngành dân số là giảm sinh, tiến tới ổn định quy mô dân số. Năm 2006, Việt Nam đạt mức sinh thay thế (2,1 con/phụ nữ) thì mục tiêu của Việt Nam chú trọng đến duy trì mức sinh thay thế và nâng cao chất lượng dân số. 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 đã nêu rõ quan điểm: 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.

Nhìn lại gần 60 năm kể từ ngày chính sách dân số được triển khai, công tác dân số đã đạt được những thành tựu quan trọng, tỷ lệ tăng dân số Việt Nam giảm gần $\frac{3}{4}$ từ 3,9% (năm 1960) xuống 1,06% (năm 2018). Tính theo giai đoạn thì tỷ lệ tăng dân số bình quân năm 2009-2019 là 1,14%. Đây có thể coi là thành tựu quan trọng có được nhờ chính sách dân số nói chung và mục tiêu về mức sinh nói riêng, góp phần quan trọng vào sự phát triển kinh tế-xã hội của đất nước. Tuy nhiên vẫn còn đó sự khác biệt mức sinh giữa các vùng miền, tỉnh/TP, giữa các nhóm đối tượng và nhất là tỷ lệ mất cân bằng giới tính khi sinh, những điều này đặt ra những thách thức mới mà công tác dân số phải giải quyết.

Với mục đích cung cấp cái nhìn tổng quan nhất về mức sinh của Việt Nam trong gần sáu thập kỷ qua, chúng tôi xin giới thiệu với độc giả tài liệu về mức sinh ở Việt Nam. Chúng tôi mong nhận được các ý kiến đóng góp của độc giả để tiếp tục nâng cao chất lượng các ấn phẩm trong thời gian tới.

BAN BIÊN TẬP

MỤC LỤC

1. Khái quát lịch sử chính sách kiểm soát mức sinh ở Việt Nam... 4	4
2. Thực trạng mức sinh và những tác động từ chính sách kiểm soát mức sinh..... 10	10
2.1 Thực trạng mức sinh 10	10
2.2 Những tác động đạt được từ chính sách kiểm soát sinh 15	15
3. Một số vấn đề liên quan đến mức sinh hiện nay 26	26
3.1 Khác biệt mức sinh giữa các vùng miền và tỉnh/thành phố 26	26
3.2 Khác biệt mức sinh theo học vấn, dân tộc thiểu số và mức thu nhập..... 28	28
3.3 Mất cân bằng giới tính khi sinh cao 29	29
3.4 Nhu cầu chưa được đáp ứng về kế hoạch hóa gia đình và tình trạng nạo phá thai..... 32	32
4. Bài học kinh nghiệm về mức sinh của một số quốc gia..... 35	35
5. Chính sách điều chỉnh mức sinh của Việt Nam trong giai đoạn tới.... 37	37
Tài liệu tham khảo 40	40

1. Khái quát lịch sử chính sách kiểm soát mức sinh ở Việt Nam

Công tác Dân số-Kế hoạch hoá gia đình (DS-KHHGĐ) đã được Đảng, Nhà nước quan tâm và khởi xướng trong 60 năm qua. Việt Nam đã đạt được những thành tựu rất đáng tự hào, đóng góp quan trọng đối với sự phát triển của đất nước và được cộng đồng quốc tế ghi nhận. Lịch sử của chính sách kiểm soát mức sinh gắn liền với Chính sách DS-KHHGĐ, mà trọng tâm là công tác KHHGĐ (Bảng 1).

Bảng 1. Tóm tắt lịch sử chính sách kiểm soát mức sinh của Việt Nam, 1961 đến nay

Giai đoạn	Văn bản quan trọng	Quan điểm	Mục tiêu	Trọng tâm	Kết quả
1961 - 1975	1961 Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 của Hội đồng Chính phủ về việc sinh đẻ có hướng dẫn.	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.	Sinh đẻ có hướng dẫn.	Kết quả năm 1975 so với 1960: Tỷ suất sinh thô ở miền Bắc giảm từ 43,9‰ xuống 33,2‰. Tổng tỷ suất sinh giảm từ 6,39 con xuống 5,25 con/phụ nữ. Tỷ suất chết thô giảm từ 11,7‰ xuống 7,5‰. Dân số tăng từ 30,17 triệu người lên 47,64 triệu người.
	1963 Chỉ thị số 99/TTg ngày 16/10/1963 của Thủ tướng Chính phủ về công tác hướng dẫn sinh đẻ.				
	1970 Quyết định số 94/CP ngày 13/5/1970 của Hội đồng Chính phủ về cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch.				

1976 - 1991	<p>1978 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.</p>					<p>Quy mô dân số tăng từ 47,64 triệu (1975) lên 67,24 triệu người (1991). Tổng tỷ suất sinh giảm từ 5,25 con giai đoạn 1975-1980 xuống 3,8 con năm 1989.</p> <p>Kết quả năm 1989 so với 1985: Tỷ suất sinh thô giảm từ 33,2‰ xuống 30,1‰. Tỷ suất chết thô giảm từ 7,5‰ xuống 7,3‰.</p>			
	<p>1981 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).</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 có 2 con, tuổi sinh con lần đầu, khoảng cách giữa các lần sinh.</p>	<p>Kế hoạch hóa gia đình.</p>
	<p>1988 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.</p>								

1992 - 2000	1992 Quyết định số 315-CT ngày 24/8/1992 của Thủ tướng Chính phủ về Chiến lược thông tin-giáo dục-truyền thông DS-KHHGD (1992-2000).	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.	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.	Sức khỏe sinh sản/ Kế hoạch hóa gia đình.	Tổng tỷ suất sinh giảm từ 3,8 con (1991) xuống 2,3 con (2000). Quy mô dân số tăng từ 67,2 triệu người lên 77,6 triệu người. Tốc độ gia tăng dân số nhanh cơ bản được kiểm soát.
	1993 Nghị quyết số 04-NQ/HNTW ngày 14/01/1993 của Hội nghị lần thứ tư Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá VII về chính sách DS-KHHGD.				
	1993 Quyết định số 270/TTg ngày 03/6/1993 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược DS-KHHGD đến năm 2000.				

2001 - 2015	<p>2000 Quyết định số 147/2000/QĐ-TTg ngày 22/12/2000 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010.</p>						
	<p>2003 Pháp lệnh Dân số số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 09/01/2003 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội.</p>	Mức sinh giảm gần 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.		Nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng SKSS, duy trì mức sinh thấp hợp lý, giải quyết tốt những vấn đề về cơ cấu dân số và phân bố dân số, góp phần thực hiện thắng lợi sự nghiệp CNH, HĐH đất nước.			
	<p>2005 Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 22/3/2005 của Bộ Chính trị khóa IX về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD.</p>				SKSS, chất lượng dân số.		
	<p>2011 Quyết định số 2013/QĐ-TTg ngày 14/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020.</p>						Năm 2015: Tổng tỷ suất sinh: 2,1 con/phụ nữ. Tỷ số giới tính khi sinh: 112 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.

2016 đến nay	<p>2016 Kết luận số 119-KL/TW ngày 04/01/2016 của Ban Bí thư Trung ương về việc tiếp tục thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW của Bộ Chính trị khóa IX về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD.</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 2019: Tổng tỷ suất sinh: 2,09 con/phụ nữ. Tỷ số giới tính khi sinh: 111,5 bé trai/100 bé gái. Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi và 5 tuổi: tương ứng 14,0‰ và 21,0‰. Tỷ lệ tăng dân số: 1,14%. Quy mô dân số: 96,2 triệu người.</p>
	<p>2017 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.</p>				

Nguồn: [2], [4], [14], [15].

Như vậy, có thể thấy Đảng và Nhà nước đã nhận thức được hệ quả của sự gia tăng dân số quá nhanh đối với phát triển đất nước và tiềm ẩn những thách thức trong công tác dân số, chính vì vậy, chính

sách dân số đã được khởi xướng và thực hiện một cách mềm dẻo, kiên quyết nhưng cũng rất phù hợp với từng thời kỳ.

Trong giai đoạn đầu (1961-1975), chính sách kiểm soát mức sinh với hình thức vận động, thuyết phục người dân tham gia thực hiện KHHGD là chính. Lúc này, ở Việt Nam mức sinh rất cao (chủ yếu ở miền Bắc), Tổng tỷ suất sinh (TFR) là 6,3 con/phụ nữ, đồng thời chính sách được thực hiện trong bối cảnh chiến tranh. Kết thúc giai đoạn này, mức sinh đã giảm xuống với TFR là 5,25 con/phụ nữ.

Ở giai đoạn tiếp theo (1976-1990), Đảng và Nhà nước đã đẩy mạnh thực hiện chính sách dân số với trọng tâm giảm sinh. Đây có thể nói là thời kỳ chính sách kiểm soát mức sinh được thực hiện mạnh nhất trong suốt 60 năm qua. Kết quả là mức sinh đã giảm mạnh và được kiểm soát với TFR còn 3,8 con/phụ nữ.

Chính sách kiểm soát mức sinh giai đoạn 1992-2000 diễn ra trong bối cảnh Việt Nam thực hiện công cuộc đổi mới với nhiều chính sách kinh tế - xã hội được ban hành và phát huy tác dụng. Chính sách giảm sinh ở thời kỳ này khá mềm dẻo, mức sinh tiếp tục giảm xuống 2,33 con/phụ nữ năm 2000. Việt Nam đã được nhận giải thưởng về Dân số của Liên Hợp Quốc năm 1999.

Sau đổi mới, Việt Nam tiếp tục đạt được nhiều thành tựu trong phát triển kinh tế-xã hội (trở thành nước có thu nhập trung bình thấp), một phần đóng góp không nhỏ nhờ vào việc kiểm chế mức sinh, hạn chế gia tăng quy mô dân số. Khi mức sinh tiến gần với mức sinh thay thế (2,33 so với 2,11 con/phụ nữ), trong giai đoạn từ 2001-2015, Đảng và Nhà nước đã định hướng một mặt vẫn duy trì giảm sinh, nhưng cho phép các cặp vợ chồng tự quyết định số con có trách nhiệm, mặt khác chú trọng nâng cao chất lượng dân số (Pháp lệnh Dân số 2003). Năm 2006, mức sinh đạt mức sinh thay thế, sớm hơn 10 năm so với mục tiêu đề ra trong Nghị quyết Trung ương 4 khóa VII.

Một dấu mốc quan trọng của chính sách dân số hiện nay đó là ngày 04/01/2016, Ban Bí thư Trung ương Đảng đã ban hành Kết luận số 119-KL/TW về việc tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD, xác định rõ trong giai đoạn tới phải chuyển trọng tâm chính sách dân số từ KHHGD sang giải quyết toàn diện các vấn đề dân số theo định hướng giải quyết tốt quan hệ dân số và phát triển (Nguyễn Văn Tân, 2016). Có thể thấy, với sự chuyển hướng có tính bước ngoặt về định hướng chính sách dân số của Đảng và Nhà nước trong tình hình hiện nay, chính sách giảm sinh trên bình diện cả nước không còn

là trọng tâm nhưng vẫn tiếp tục duy trì với mức độ “nhẹ” hơn so trước đây và chủ yếu tập trung vào những vùng có mức sinh cao.

Rõ ràng, trong điều kiện phát triển của Việt Nam và hội nhập quốc tế hiện nay, khi mục tiêu giảm sinh về cơ bản đã đạt được thì nhu cầu chuyển hướng chính sách dân số từ DS-KHHGD sang chính sách dân số và phát triển là một tất yếu [4].

2. Thực trạng mức sinh và những tác động từ chính sách kiểm soát mức sinh

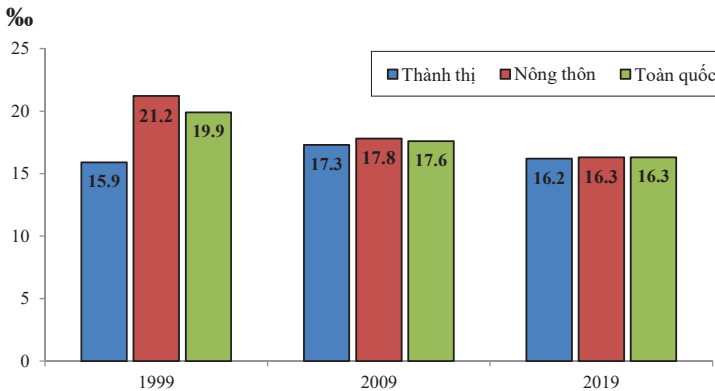
Mức sinh là một tiêu chí quan trọng cung cấp thông tin đầu vào cho việc xây dựng và thực hiện nhiều chính sách, đặc biệt là chính sách dân số.

2.1 Thực trạng mức sinh

Tỷ suất sinh thô của toàn quốc và khu vực thành thị, nông thôn

Trên phạm vi toàn quốc tỷ suất sinh thô (CBR) có xu hướng giảm mạnh trong giai đoạn 1999-2009, xu hướng này vẫn tiếp diễn trong giai đoạn 2009-2019 tuy với cường độ thấp hơn. CBR từ năm 2019 đã giảm 1,3 điểm phần nghìn so với năm 2009. Đặc biệt trong giai đoạn 1999-2009, con số này là 2,3 điểm phần nghìn. Năm 1999, bình quân cứ 1000 dân có 19,9 trẻ em sinh ra sống thì đến năm 2019, con số này giảm xuống là 16,3 trẻ em trên 1000 dân. Như vậy, trong 20 năm gần đây, tỷ suất sinh thô của dân số Việt Nam đã giảm 3,6 điểm phần nghìn.

Hình 1. Tỷ suất sinh thô theo khu vực, 1999-2019



Nguồn: [11], [15].

Có sự khác biệt về sự thay đổi của CBR theo thành thị/nông thôn. Mức độ giảm CBR của khu vực nông thôn cao hơn mức độ giảm chung của toàn quốc, bình quân cứ 1.000 dân ở nông thôn năm 2009 có 17,9 trẻ sinh ra

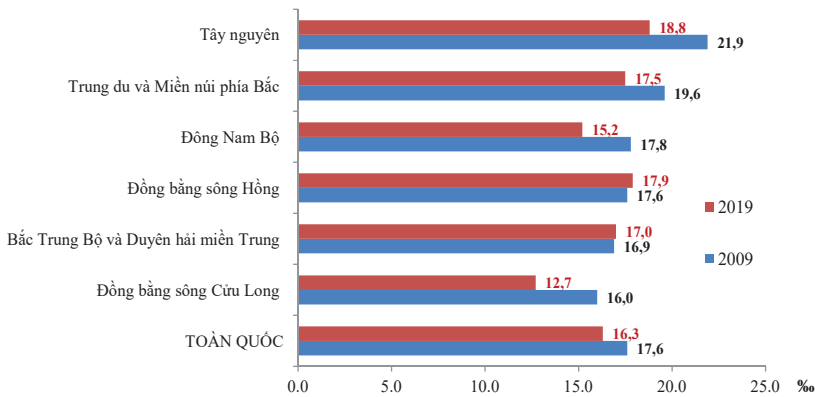
sống, giảm hơn 3 trẻ so với năm 1999. Trong khi CBR khu vực thành thị giai đoạn 1999-2009 lại tăng lên từ 15,9 trẻ sinh ra sống trên 1.000 dân vào năm 1999 lên 17,3 trẻ sinh ra sống trên 1000 dân vào năm 2009.

Giai đoạn mười năm trở lại đây, 2009-2019, nhìn chung ở cả nông thôn và thành thị, CBR đều có xu hướng giảm khoảng 1 điểm phần nghìn so với trước đó. Đặc biệt, CBR năm 2019 ở nông thôn và thành thị khá cân bằng và cũng tương đồng như CBR trên toàn quốc, đều vào khoảng 16,3 trẻ sinh ra sống trên 1.000 dân. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng, CBR chịu ảnh hưởng nhiều bởi cơ cấu tuổi và giới tính của dân số nên xu hướng biến động này của CBR không có nghĩa là mức sinh thời kỳ 1999-2009 của khu vực thành thị tăng lên mà thực chất là sự biến động trong cơ cấu tuổi và giới tính của dân số thành thị trong thời kỳ này đang diễn ra mạnh mẽ [11].

Tỷ suất sinh thô theo vùng kinh tế-xã hội

Trong 10 năm trở lại đây, trên bình diện toàn quốc CBR giảm, tuy nhiên, hai vùng có CBR không những không giảm mà còn tăng nhẹ là Đồng bằng sông Hồng và Bắc trung Bộ và Duyên hải miền Trung. Các vùng Tây Nguyên, Trung Du và Miền núi phía Bắc, Đông Nam Bộ và Đông bằng sông Cửu Long đều có CBR giảm mạnh. Đặc biệt, mức giảm CBR mạnh nhất là tại Đồng bằng sông Cửu Long và Tây Nguyên, tương ứng 3,3 và 3,1 điểm phần nghìn.

Hình 2. Tỷ suất sinh thô toàn quốc và theo vùng, 2009-2019



Nguồn: [11], [15].

Tỷ suất sinh thô theo tỉnh/thành phố

Có thể chia 63 tỉnh/thành phố thành 4 nhóm theo CBR gồm: Dưới 14,5‰; Xung quanh giá trị trung bình toàn quốc, từ 14,5‰ đến

dưới 17,5‰; Cao hơn 17,5‰ đến 20,0‰ và Trên 20,0‰. CBR rất khác nhau trên phạm vi cả nước, với mức chênh lệch lên tới 13,2 điểm phần nghìn. Ví dụ, Bắc Ninh hay Kon Tum có CBR cao khoảng gấp hai lần so với Tây Ninh, Vĩnh Long hay Bến Tre. Có 23 tỉnh/TP có CBR dao động quanh giá trị trung bình chung của toàn quốc.

Một trong những nhược điểm của chỉ tiêu CBR là nó bị ảnh hưởng nhiều bởi cơ cấu dân số theo giới tính và độ tuổi. Khi có cùng TFR như nhau, dân số nào có tỷ trọng phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) thấp sẽ có CBR thấp hơn. Một dân số trẻ có số phụ nữ bước vào độ tuổi sinh đẻ tăng hàng năm như Việt Nam, thì mặc dù TFR giảm, nhưng CBR có thể giảm rất ít và giảm chậm hơn TFR. Do vậy, chỉ số TFR được sử dụng khá phổ biến ở nhiều nước như là thước đo đánh giá tác động của chương trình kế hoạch hoá gia đình và sự thay đổi hành vi sinh sản của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, mà không bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi cơ cấu tuổi và giới tính của dân số [19].

Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi

Một trong những chỉ tiêu phân tích mô hình sinh hiệu quả nhất là tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi (ASFR), được hiểu là số con trung bình do 1000 phụ nữ thuộc một độ tuổi (hoặc nhóm tuổi) nhất định sinh ra trong năm.

Tỷ suất sinh đặc trưng theo nhóm tuổi trên toàn quốc

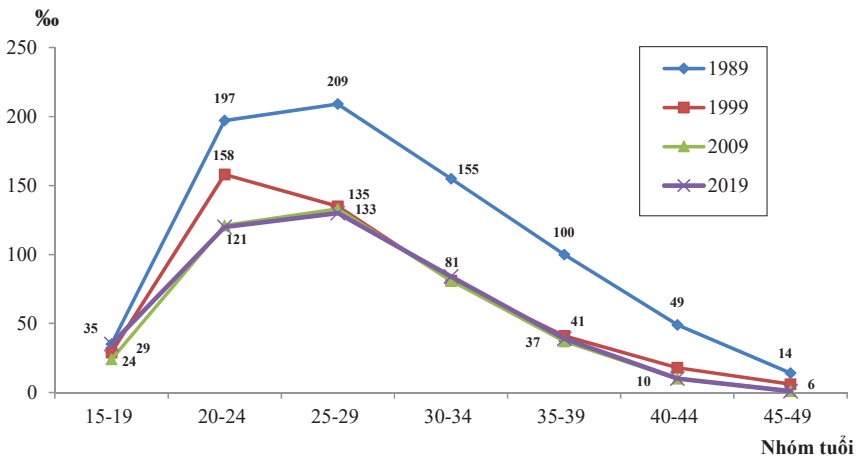
Có sự thay đổi đáng kể về mô hình sinh theo độ tuổi của dân số Việt Nam trong giai đoạn hiện nay. Trước đây, hành vi sinh sản của phụ nữ Việt Nam được đặc trưng bởi mức sinh rất cao ở tất cả các nhóm tuổi với mô hình *sinh sớm*, thì hiện nay đã chuyển sang mức sinh thấp với mô hình *sinh muộn*, mức sinh cao nhất ở nhóm tuổi 25-29 thay vì nhóm tuổi 20-24 như hai thập kỷ trước.

Thời kỳ 1989-1999 mức sinh của phụ nữ rất cao ở tất cả các nhóm tuổi, cao nhất là 25-29 tuổi với ASFR là 209‰, tiếp đến là nhóm 20-24 tuổi (ASFR = 197‰). Đặc biệt, trong giai đoạn này, phụ nữ ở những nhóm tuổi cao 35-39, 40-44 và thậm chí 45-49 vẫn có mức sinh cao do sinh nhiều con.

Trong thời kỳ 1999-2009, mức sinh giảm mạnh so với giai đoạn trước, tập trung cao chủ yếu ở nhóm phụ nữ 20-29 tuổi, thì sau độ tuổi này, mức sinh giảm nhanh, cường độ giảm từ sau độ tuổi 35-39.

Phân tích sâu mô hình biến đổi hành vi sinh sản cho thấy, ở hầu hết các nhóm tuổi mức sinh đều giảm trong các năm sau so với các năm trước và giảm mạnh trong giai đoạn 1989-1999. Mức sinh của nhóm tuổi 20-24 năm 1999 từ 158‰, tiếp tục giảm xuống 121‰ năm 2009 và ổn định với 120‰ năm 2019. Do mức sinh của nhóm tuổi 20-24 giai đoạn 1999-2009 giảm rất mạnh nên có giá trị thấp hơn khá nhiều so với mức sinh của nhóm tuổi 25-29. Ngoài ra, mức sinh của các nhóm tuổi từ 35-39 và 40-44 trở lên cũng đều giảm so với giai đoạn trước đó. ASFR của năm 2019 hầu như không có sự khác biệt so với năm 2009.

Hình 3. Biến động tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi (ASFR), 1999-2019



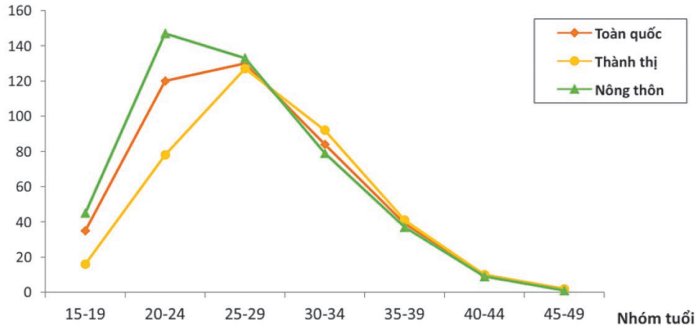
Nguồn: [11], [15], [41].

Sự thay đổi từ mô hình sinh từ “sớm” sang “muộn” chủ yếu là do tác động của xu hướng kết hôn muộn cùng với sự thay đổi hành vi sinh con muộn hơn của nhóm phụ nữ trẻ. Tuổi kết hôn trung bình (SMAM) của nữ giới đã tăng, từ 23,8 tuổi (1989) lên 25,2 tuổi năm (2019).

Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi ở thành thị và nông thôn

Phụ nữ thành thị sinh muộn và sinh ít con hơn phụ nữ nông thôn. Ở khu vực thành thị, mức sinh cao nhất thuộc về phụ nữ 25-29 tuổi với 127 trẻ sinh sống trên 1.000 phụ nữ; trong khi ở khu vực nông thôn, tỷ suất này là nhóm tuổi 20-24 với 147 trẻ sinh sống trên 1000 phụ nữ. Ở nhóm tuổi 20-24, số con được sinh ra của những phụ nữ ở nông thôn cao gần gấp đôi phụ nữ ở thành thị (147 trẻ sinh sống/1.000 phụ nữ so với 78 trẻ sinh sống/1.000 phụ nữ).

Hình 4. Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi và khu vực, 2019



Nguồn: [15].

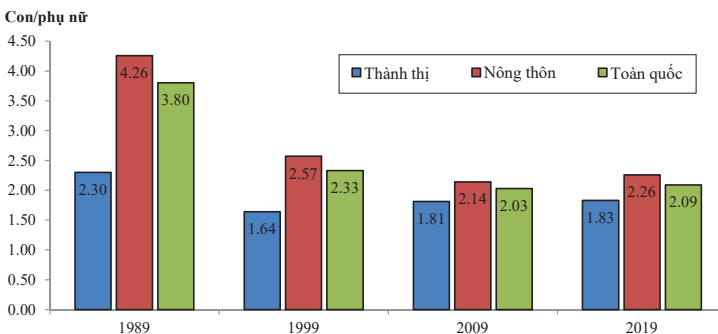
ASFR ở nhóm tuổi vị thành niên (15-19 tuổi) ở khu vực nông thôn cao gần gấp ba lần so với ở khu vực thành thị (tương ứng là 45 trẻ sinh sống/1000 phụ nữ và 16 trẻ sinh sống/1.000 phụ nữ).

Như vậy, có thể thấy trong vòng 20 năm trở lại đây có sự thay đổi mô hình sinh từ tập trung vào các độ tuổi trẻ chuyển sang độ tuổi cao hơn và điều này phù hợp với xu hướng phát triển kinh tế - xã hội và sự thay đổi về nhân khẩu học của Việt Nam. Phụ nữ sinh con muộn hơn sẽ có cơ hội nâng cao trình độ học vấn, trình độ chuyên môn kỹ thuật và kết quả là cơ hội tìm kiếm việc làm với thu nhập cao sẽ ngày càng lớn hơn [19].

Tổng tỷ suất sinh

Số liệu của các cuộc điều tra dân số cho thấy, xu hướng TFR giảm rõ rệt trong 30 năm qua. TFR đã giảm mạnh từ 3,8 con/phụ nữ (1989) xuống 2,03 con/phụ nữ (2009), tăng nhẹ lên 2,09 con/phụ nữ (2019). Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế (2,1 con/phụ nữ) từ năm 2006 và duy trì ổn định trong hơn một thập kỷ qua.

Hình 5. Tổng tỷ suất sinh theo khu vực, 1989-2019



Nguồn: [12], [15].

Ở khu vực thành thị, TFR đã giảm thấp, thậm chí dưới mức sinh thay thế từ cuối thập niên 1990. Ở khu vực nông thôn, TFR đã giảm rất mạnh, từ mức 4,26 con/phụ nữ (1989) xuống 2,26 con/phụ nữ (2019).

Do dân số thành thị chỉ chiếm tỷ lệ tương đối nhỏ (từ 20% - 34%) trong tập hợp dân số, có thể nói sự giảm mức sinh của dân số Việt Nam trong thời gian qua chủ yếu là ở khu vực nông thôn. Sự khác biệt về TFR giữa nông thôn và thành thị được thu hẹp trong giai đoạn trước 2009, nhưng lại có xu hướng dần nới rộng trong khoảng 10 năm trở lại đây, với sự khác biệt tương ứng 0,33 con năm 2009 so với 0,43 con vào năm 2019.

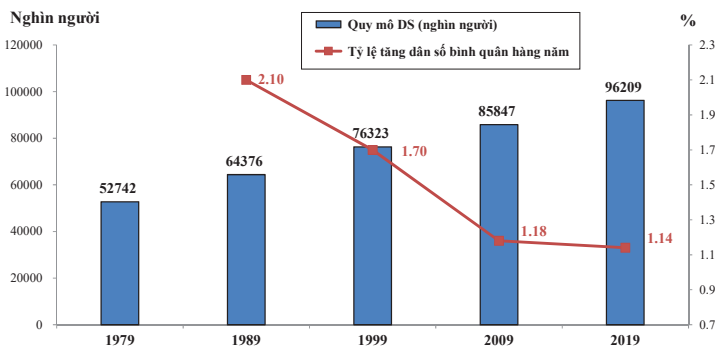
2.2 Những tác động đạt được từ chính sách kiểm soát sinh

2.2.1 Quy mô và tốc độ gia tăng dân số được kiểm soát

Quy mô dân số toàn quốc

Theo kết quả Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2019, tổng số dân Việt Nam là 96,2 triệu người, trong đó, dân số nam là 47.881.061 người. Tỷ lệ tăng dân số bình quân năm giai đoạn 2009-2019 là 1,14%/năm, giảm nhẹ so với giai đoạn 1999-2009 (1,18%/năm) [15].

Hình 6. Quy mô dân số và tỷ lệ tăng dân số bình quân năm, 1979-2019



Nguồn: [15].

Trung bình, mỗi năm dân số Việt Nam tăng thêm hơn 1 triệu người.

Phân bố dân cư theo thành thị, nông thôn

Tổng điều tra cho thấy, quy mô dân số thành thị đang tăng lên. Nếu như năm 1989, dân số đô thị của Việt Nam mới chỉ là 12,9 triệu

người, chiếm khoảng 20% dân số, thì đến năm 2019, con số này đã tăng lên thành 33,1 triệu người, chiếm 34,4% tổng dân số cả nước.

Hai vùng Đồng bằng sông Hồng và Đồng bằng sông Cửu Long hiện là nơi sinh sống của 41,4% dân số cả nước. Ngược lại, Trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, là những vùng núi cao điều kiện đi lại khó khăn và là nơi các dân tộc thiểu số sinh sống chủ yếu, chỉ chiếm dưới một phần năm (khoảng 19%) dân số của cả nước.

2.2.2 Thành công trong điều chỉnh mức sinh góp phần phát triển kinh tế-xã hội

Cơ cấu “dân số vàng” và giá trị từ dư lợi dân số

Kết quả từ các cuộc Tổng điều tra cho thấy, Việt Nam đã bước vào thời kỳ dân số vàng từ sau năm 2007 và hiện vẫn đang trong thời kỳ này với tỷ số phụ thuộc dưới 50%. Tỷ trọng dân số từ 15-64 tuổi hiện chiếm 68,0%, dân số dưới 15 tuổi và từ 65 tuổi trở lên chiếm lần lượt là 24,3% và 7,7%, mức thay đổi không đáng kể so với năm 2009. Dự báo đến khoảng năm 2040, Việt Nam sẽ kết thúc thời kỳ cơ cấu dân số vàng [21].

Bảng 3. Tỷ trọng dân số (%) theo nhóm tuổi và tỷ số phụ thuộc, 1999-2019

		1999	2009	2019
Tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi	(a)	33,1	24,5	24,3
Tỷ trọng dân số từ 65 tuổi trở lên	(b)	5,8	6,4	7,7
Tỷ trọng dân số từ 15-64 tuổi	(c)	61,1	69,1	68,0
Tỷ số phụ thuộc trẻ em (0-14)	= a/c	54,2	35,4	35,7
Tỷ số phụ thuộc người già (65+)	= b/c	9,4	9,3	11,3
Tỷ số phụ thuộc chung	= (a+b)/c	63,6	44,7	47,1

Nguồn: [15].

Trong giai đoạn 1999-2009, tỷ số phụ thuộc trẻ giảm mạnh, và tỷ số này vẫn tiếp tục giữ vững trong 10 năm tiếp theo. Điều này một lần nữa minh chứng cho hiệu quả của công tác giảm sinh trong 60 năm qua.

Ngay từ khi bắt đầu bước vào thời kỳ “dân số vàng”, Việt Nam đã ban hành và thực thi nhiều chính sách đề tận dụng lợi thế của thời kỳ này giúp phát triển kinh tế. Đặc biệt là các chính sách về phát triển nguồn nhân lực và gia tăng đóng góp của lao động trong quá trình sản xuất kinh doanh. Kết quả là, tốc độ tăng trưởng kinh tế đạt mức cao, trung

bình giai đoạn 2011-2018 là 6,21%/năm. Tuy vậy, Việt Nam vẫn đang nằm trong nhóm các nước có thu nhập trung bình thấp [15].

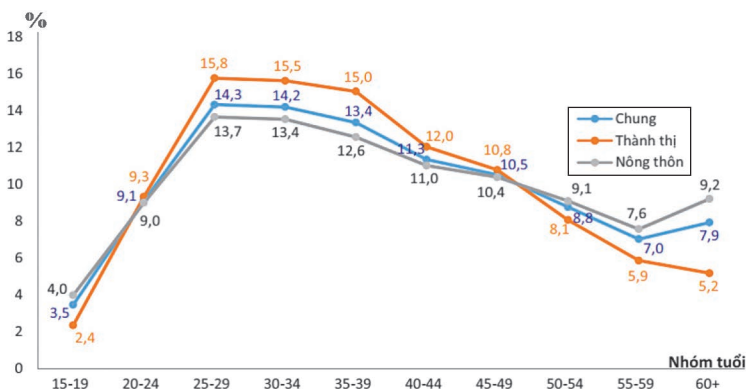
Cơ hội từ dư lợi nhân khẩu học

Dư lợi nhân khẩu học được thể hiện thông qua một số cơ chế. Quan trọng nhất là cung ứng lao động tiết kiệm [23] và vốn con người [24], cụ thể:

+ Cung ứng lao động:

Với đặc trưng của thời kỳ cơ cấu dân số “vàng”, hiện Việt Nam có gần 88% dân số trong độ tuổi từ 25-59 tham gia lực lượng lao động (LLLĐ), trong đó tỷ trọng dân số tham gia LLLĐ đạt cực đại ở nhóm tuổi 25-29 (14,3%). Dân số ở nhóm tuổi trẻ (15-19 tuổi và 20-24 tuổi) và nhóm tuổi già (từ 60 tuổi trở lên) đều chiếm tỷ trọng tham gia LLLĐ thấp (dưới 10%).

Hình 7. Cơ cấu tuổi của lực lượng lao động (%) theo thành thị, nông thôn, 2019



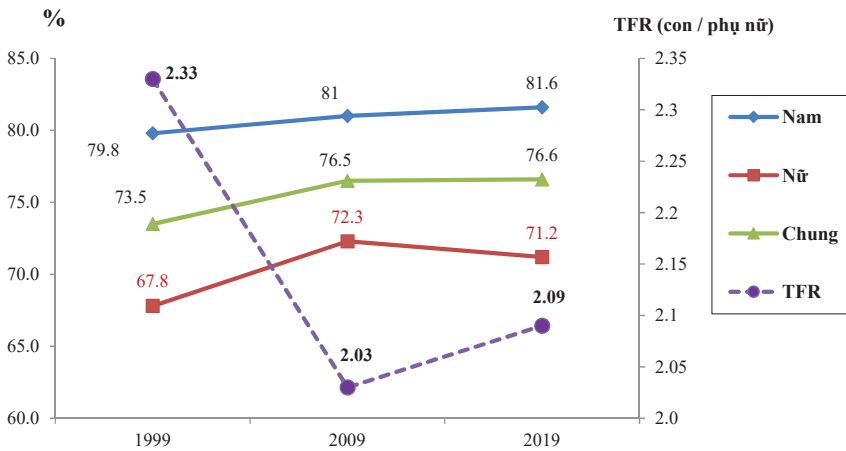
Nguồn: [21].

Phụ nữ có nhiều khả năng tham gia LLLĐ hơn khi mức sinh cũng như quy mô gia đình giảm. Họ được bớt đi gánh nặng phải đảm nhiệm những công việc chăm sóc trẻ em cũng như nội trợ. Hiệu ứng này được tăng cường thêm bởi trên thực tế, trẻ em gái khi lớn lên có nhiều khả năng được nuôi dưỡng trong các gia đình nhỏ và được giáo dục đầy đủ hơn. Điều này làm tăng năng suất của họ trên thị trường lao động, thúc đẩy tiến trình hướng tới lực lượng lao động có chất lượng hơn.

Ở Việt Nam, tại thời điểm năm 1999, khi TFR là 2,33 con/phụ nữ thì tỷ lệ nữ giới tham gia LLLĐ chiếm khoảng 67,8% trong tổng số phụ nữ từ 15 tuổi trở lên. Ngược lại, đến năm 2009, khi mức sinh giảm

xuống 2,03 con/phụ nữ thì tỷ lệ này của nữ tăng lên tới 72,3%. Tương tự vào thời điểm 2019, tỷ lệ nữ tham gia LLLĐ giảm nhẹ khi mức sinh cũng tăng nhẹ từ 2,03 lên 2,09 con/phụ nữ. Như vậy, không khó để nhận ra rằng, xu hướng tham gia LLLĐ của nữ giới dường như nghịch biến và có quan hệ chặt chẽ với sự biến động của mức sinh. Khi TFR tăng, tỷ lệ tham gia LLLĐ của nữ giảm và ngược lại. Trong khi đó, xu hướng này hầu như không rõ nét ở nam giới.

Hình 8. Biến động Tổng tỷ suất sinh và Tỷ lệ tham gia lực lượng lao động, 1999-2019



Nguồn: [12], [15], [16], [41].

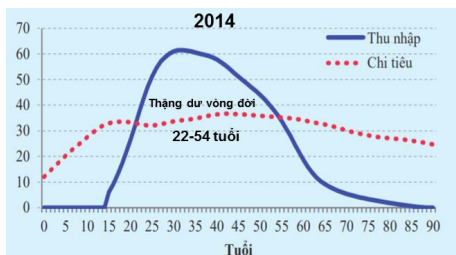
+ *Tiết kiệm:*

Dư lợi dân số từ sự chuyển đổi nhân khẩu học cũng khuyến khích tăng tiết kiệm, do đó cải thiện triển vọng đầu tư và tăng trưởng của một quốc gia. Trẻ em và người già tiêu dùng nhiều hơn những gì họ tạo ra, không giống như những người trong độ tuổi lao động là những người có xu hướng tạo ra giá trị kinh tế cao hơn và mức tiết kiệm cũng cao hơn [29], [31], [33]. Mặt khác, mọi người có xu hướng tiết kiệm nhiều hơn sau tuổi 40, khi họ ít phải đầu tư cho con cái hơn và nhu cầu chuẩn bị cho việc nghỉ hưu ngày càng trở nên cấp thiết [35].

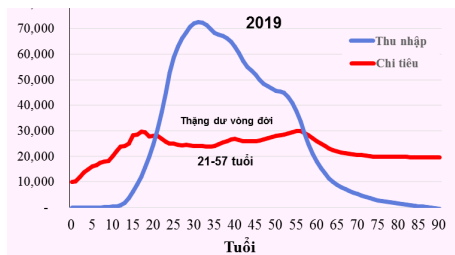
Theo phương pháp NTA (National Transfer Account) - Tài khoản chuyển nhượng quốc gia, cách tính toán để lượng hóa một cách chính xác đóng góp của cơ cấu tuổi đối với phát triển kinh tế thì độ tuổi tạo ra thặng dư vòng đời (khi thu nhập lớn hơn chi tiêu) là từ 22 đến 56 tuổi [5] và thậm chí có thể từ 21 đến 57 tuổi [6].

Hình 9. Thu nhập từ lao động và chi tiêu bình quân đầu người theo tuổi, 2014 và 2019

Đơn vị: triệu đồng (năm 2014) và nghìn đồng (năm 2019)



Nguồn: [20]..



Nguồn: [6]..

Với kết quả ước lượng bằng phương pháp NTA từ dữ liệu Điều tra mức sống dân cư năm 2014 và năm 2019, dễ dàng nhận thấy, nhìn chung trong vòng 5 năm qua, thu nhập bình quân đầu người tăng lên và mức chi tiêu cũng giảm đi, hơn nữa độ tuổi tạo ra thặng dư vòng đời cũng tăng lên. Gia tăng thu nhập bình quân đầu người có thể do nhiều yếu tố như thay đổi công nghệ, tăng năng suất lao động, vốn, môi trường kinh doanh, thể chế... Tuy nhiên, không thể không nhắc tới sự chuyển dịch cơ cấu tuổi có lợi cho việc gia tăng LLLĐ. Rõ ràng, “phần thưởng” của dư lợi dân số đã góp phần tăng tiết kiệm trong tổng dân số.

Hậu thời kỳ “dân số vàng” sẽ là dân số già. Như vậy, một dân số khỏe mạnh phải lập kế hoạch trước từ rất sớm nếu muốn duy trì mức sống của mình trong nhiều thập kỷ sau nghỉ hưu [32]. Lương hưu thậm chí còn quan trọng hơn đối với các gia đình nhỏ và khi quá trình đô thị hóa ngày càng tăng. Gia đình hạt nhân, với cả hai bố và mẹ đều đi làm, trong môi trường năng động ở đô thị sẽ ít có khả năng chăm sóc người cao tuổi về mặt thể chất, tâm lý và thậm chí cả về mặt tài chính. Vì vậy, cần có những nghiên cứu sâu hơn về thể chế của hệ thống lương hưu khi đánh giá tầm quan trọng của quá trình chuyển đổi nhân khẩu học đối với việc xác định tiết kiệm quốc gia.

+ *Nguồn lực con người:*

Quá trình chuyển đổi nhân khẩu học bắt đầu với những thay đổi về mức chết dẫn đến dân số sống lâu hơn và khỏe mạnh hơn. Tuổi thọ cao hơn tạo ra những thay đổi cơ bản trong cách sống của con người. Thái độ đối với giáo dục, gia đình, hưu trí, vai trò của phụ nữ và công

việc đều có xu hướng thay đổi và con người trở thành tài sản quý giá hơn. Sau đó, khi mức sinh giảm, đến thời điểm thích hợp sẽ tạo ra dư lợi dân số “vàng”. Thời gian làm việc dài hơn, số con ít hơn, do đó các bậc cha mẹ có thể dành nhiều thời gian và tiền bạc hơn cho mỗi đứa trẻ và nâng cao hơn trình độ học vấn của chúng [22], [30]. Kết quả của việc đầu tư cho giáo dục này là lực lượng lao động nói chung trở nên năng suất hơn, thúc đẩy mức lương cao hơn và mức sống tốt hơn.

Một vài chỉ báo có thể phản ánh phần nào sự quan tâm của cha mẹ đối với việc học của con cái là thông qua tỷ lệ trẻ em được đi học đúng tuổi (số học sinh trong tuổi đến trường của một cấp học so với 100 người trong độ tuổi đến trường của cấp học đó) và tỷ lệ trẻ em ngoài nhà trường (số trẻ em trong độ tuổi phổ thông nhưng không đi học trong tổng dân số của độ tuổi này).

Ở Việt Nam, tỷ lệ đi học đúng tuổi của trẻ em tăng lên qua các năm. So với năm 2009, tỷ lệ đi học đúng tuổi ở bậc THCS và THPT năm 2019 tăng lên đáng kể, trong đó tăng nhiều nhất ở cấp THPT (tăng 11,6 điểm phần trăm). Như vậy so với 10 năm trước, mức độ tiếp cận với giáo dục phổ thông của dân cư năm 2019 đã được cải thiện. Cơ hội đi học theo đúng độ tuổi quy định của trẻ em ngày càng được đảm bảo hơn.

Bảng 4. Tỷ lệ đi học đúng tuổi (%) theo cấp học, thành thị, nông thôn, 2009-2019

	2009			2014			2019		
	Tiểu học	THCS	THPT	Tiểu học	THCS	THPT	Tiểu học	THCS	THPT
Toàn quốc	95,5	82,6	56,7	96,8	88,0	63,1	98,0	89,2	68,3
Thành thị	97,2	88,8	68,4	97,5	91,8	73,2	98,3	91,5	76,4
Nông thôn	94,9	80,6	52,8	96,4	86,4	59,2	97,9	88,1	64,4

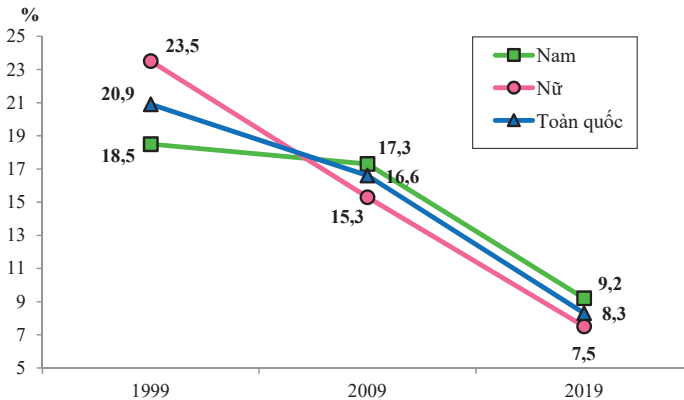
Nguồn: [11], [12], [15].

Tỷ lệ đi học chung và tỷ lệ đi học đúng tuổi ở khu vực thành thị cao hơn khu vực nông thôn, rõ nét nhất là ở các cấp THCS và THPT. Điều này cũng dễ hiểu bởi so với nông thôn, không những điều kiện sống ở thành thị tốt hơn mà mức sinh cũng thấp hơn.

Xu hướng tích cực cũng được phát hiện thấy thông qua việc giảm mạnh tỷ lệ trẻ em ngoài nhà trường. Số liệu năm 2019 cho thấy, chỉ có 8,3% trẻ em trong độ tuổi đi học phổ thông (sinh trong giai đoạn 2001-2012) nhưng không đến trường, giảm 12,6 điểm phần trăm so với năm 1999

và giảm 8,1 điểm phần trăm so với năm 2009. Tỷ lệ trẻ em không đến trường của nam giới cao hơn 1,7 điểm phần trăm so với nữ giới. Như vậy, sau 20 năm, tỷ lệ trẻ em ngoài nhà trường đã giảm được gần hai phần ba. Đây là một trong những thành tựu rất đáng ghi nhận trong lĩnh vực giáo dục của Việt Nam trong hai thập kỷ qua [15].

Hình 10. Tỷ lệ trẻ em ngoài nhà trường theo giới tính, 1999-2019



Nguồn: [15].

Phân tích theo đoàn hệ sinh có thể thấy rằng, những trẻ em được sinh ra trong những năm 1991-1993 có cơ hội học đúng tuổi ở các bậc học, đặc biệt ở bậc THPT thấp hơn rất nhiều so với những trẻ em sinh vào 2001-2003. Bên cạnh đó, tỷ lệ trẻ em ngoài nhà trường của nhóm trẻ em sinh ra trong giai đoạn 2001-2012 cũng giảm mạnh so với trẻ em sinh trong các giai đoạn 1991-2002 cũng như 1981-1992, khi cha mẹ của họ phải tốn nhiều thời gian và công sức để chăm lo cho số con đông hơn thay vì chỉ cho 2 người con như hiện nay.

Giảm tỷ lệ trẻ em ngoài nhà trường là một trong những giải pháp góp phần nâng cao số năm đi học bình quân của dân số, từ đó nâng cao chỉ số phát triển con người HDI của toàn dân. Bên cạnh đó, số năm đi học kỳ vọng của người dân Việt Nam hiện là 12,2 năm - cao hơn số năm đi học của tất cả các bậc học phổ thông. Đây là tín hiệu tốt cho thấy, thế hệ tiếp theo sẽ được tiếp cận sâu, rộng hơn với các loại hình giáo dục từ phổ thông cho đến chuyên môn bậc cao [15].

Rõ ràng, bên cạnh những chính sách đúng đắn phát triển giáo dục của Đảng và Nhà nước thì việc sinh ít con cũng gián tiếp góp phần tạo nên những thành tựu trong lĩnh vực giáo dục, đặc biệt phổ cập giáo dục phổ thông.

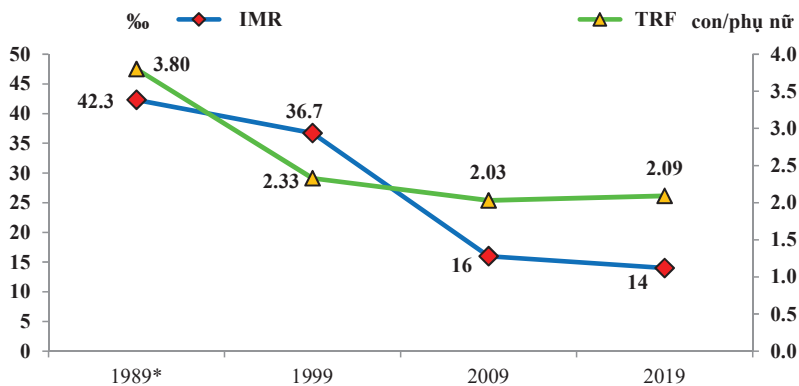
Nâng cao chất lượng dân số

Chính sách giảm sinh không chỉ thúc đẩy những cơ hội từ dư lợi nhân khẩu học đem lại như tăng LLLĐ, tăng tiết kiệm, tăng đầu tư vào vốn con người, mà còn góp phần giảm tử vong mẹ, giảm tử vong trẻ sơ sinh và trẻ em [44], giúp tăng tuổi thọ của người dân.

Giảm tử vong mẹ

Từ năm 1990 đến năm 2019, tỷ suất chết mẹ (MMR) ở Việt Nam đã giảm từ 233 xuống 46 ca trên 100.000 ca sinh sống. Xu hướng này đồng biến với sự suy giảm của TFR (từ 3,8 con/phụ nữ xuống 2,09 con/phụ nữ). Hiện MMR của Việt Nam thấp hơn mức của mục tiêu Phát triển thiên niên kỷ MDG (58,3 ca tử vong mẹ/100.000 ca sinh sống). So với các nước trong khu vực Đông Nam Á, MMR của Việt Nam cao hơn Brunây, Malaysia, Singapore, Thái Lan và thấp hơn các nước còn lại trong khu vực [15].

Hình 11. Tỷ số chết mẹ và tổng tỷ suất sinh, 1989-2019



Nguồn: [10], [15], [43].

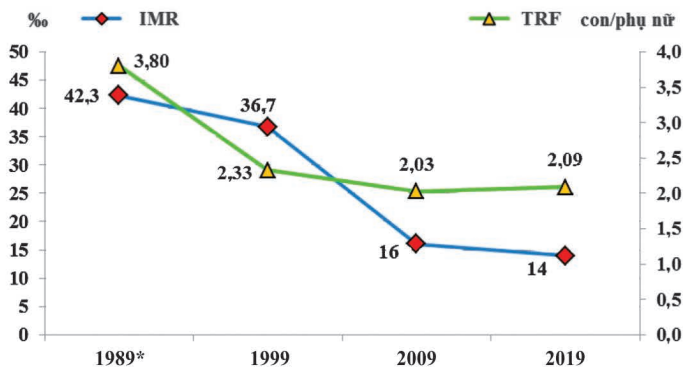
(1989*: MMR năm 1990; 1999**: MMR năm 2001)

Giảm tử vong trẻ dưới một tuổi

Tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) là số đo mức độ chết của trẻ em trong năm đầu tiên của cuộc sống, phản ánh tình hình cung cấp chất lượng các dịch vụ và phương tiện chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, đánh giá mức độ tử vong của nhóm dân số có mức độ chết cao và tác động mạnh đến tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh. Chỉ số này được đo bằng số trẻ tử vong dưới 1 tuổi so với 1000 ca sinh sống trong năm [15].

Theo quy luật chuyển đổi nhân khẩu học, IMR luôn có mối liên hệ thống kê chặt chẽ với mức sinh nên việc tăng hay giảm IMR có tác động đến sự tăng/giảm của mức sinh [15]. Tuy nhiên, cơ chế tác động không đơn giản như vậy, bởi khi thay đổi mô hình thai sản (ví dụ như kết quả của chương trình DS-KHHGD) từ mức sinh cao xuống mức sinh thấp, giãn cách giữa các lần sinh và tránh hành vi thai sản khi phụ nữ còn quá trẻ (trước 20 tuổi) hoặc quá lớn tuổi (sau 35 tuổi) sẽ làm giảm đáng kể nguy cơ tử vong của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [34], [38].

Hình 12. Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi và tổng tỷ suất sinh, 1989-2019



Nguồn: [10], [15], [42].

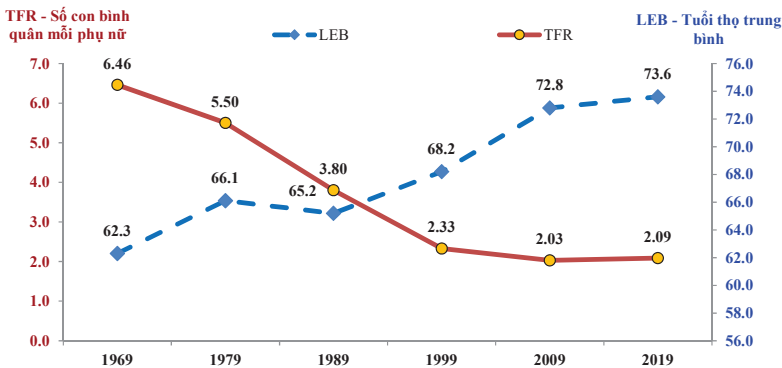
(1989*: IMR năm 1988-1989)

Việt Nam đã đạt được nhiều tiến bộ trong nỗ lực chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, góp phần vào giảm mức chết trẻ em dưới 1 tuổi. IMR năm 2019 là 14 trẻ em tử vong trên 1000 trẻ sinh sống, giảm so với năm 2009 và đặc biệt giảm rất mạnh so với 20 hoặc 30 năm trước (IMR năm 2019 chỉ bằng một phần ba năm 1989). Đóng góp vào thành tựu này phải kể đến tác động tích cực của chương trình DS-KHHGD đã làm mức sinh giảm mạnh trong thời gian qua.

Nâng cao tuổi thọ

Việc giảm mức tử vong mẹ và đặc biệt giảm tử vong trẻ dưới một tuổi tất yếu giúp tăng tuổi thọ (kỳ vọng sống khi sinh) của dân số. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam hiện nay là 73,6 tuổi; trong đó, tuổi thọ của nam giới là 71,0 tuổi, của nữ giới là 76,3 tuổi. Từ năm 1969 đến nay, tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam liên tục tăng, từ 62,3 tuổi lên 73,6 tuổi năm 2019 [15].

Hình 13. Biến động tuổi thọ và tổng tỷ suất sinh, 1969-2019



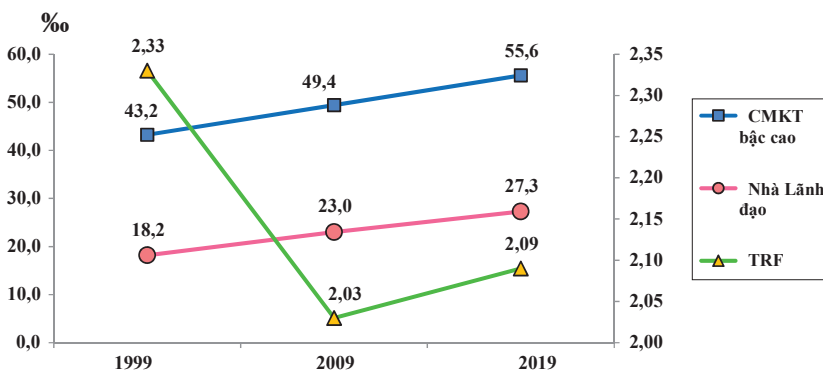
Nguồn: [13], [15], [39].

Thúc đẩy bình đẳng giới

Việc phải dành nhiều thời gian chăm sóc gia đình, mang thai, sinh sản... cũng góp phần làm giảm cơ hội thăng tiến của phụ nữ (Akpınar-Sposito, 2013).

Ở Việt Nam trong 20 năm qua, tỷ lệ lao động nữ có việc làm đảm nhiệm vị trí lãnh đạo trong tổng số lao động làm lãnh đạo tăng lên không ngừng, gấp 1,5 lần, từ 18,2% năm 1999 lên 27,3% năm 2019. Tương tự, trong giai đoạn này, tỷ lệ nữ đang làm việc với nghề nghiệp chuyên môn kỹ thuật bậc cao cũng tăng lên, từ 42,2% lên 55,6%. Rõ ràng, đây là bằng chứng cho thấy, giảm sinh đã giúp phụ nữ vươn lên, giảm bớt khoảng cách giới.

Hình 14. Tổng tỷ suất sinh và tỷ lệ lao động nữ có việc làm theo nghề nghiệp, 1999-2019



Nguồn: [9], [20], [21].

Chất lượng dân số được cải thiện

Chất lượng dân số được thể hiện một cách khái quát thông qua chỉ số phát triển con người HDI (Human Development Index) (Pháp lệnh Dân số, 2003). Đây là một phương pháp đo lường tổng hợp để đánh giá sự tiến bộ lâu dài trên ba chiều cạnh cơ bản trong phát triển con người gồm: cuộc sống lâu dài và khỏe mạnh (đo bằng tuổi thọ), tiếp cận tri thức (đo bằng giáo dục) và tiêu chuẩn sống tốt (đo bằng thu nhập quốc dân đầu người) [18].

Giá trị HDI của Việt Nam năm 2018 là 0,693, chỉ thấp hơn 0,007 điểm so với ngưỡng của Nhóm Phát triển Con người “Cao” và đưa Việt Nam vào hạng mục phát triển con người trung bình cao thứ hai, ở vị trí thứ 118 trên 189 quốc gia và vùng lãnh thổ. Từ năm 1990 đến 2018, giá trị HDI của Việt Nam đã tăng từ 0,475 lên 0,693 (tăng 45,9%).

Trong giai đoạn 1990-2018, Việt Nam đã có tiến bộ (tương tự như các quốc gia so sánh trong Nhóm Phát triển Con người Cao) trong việc tăng giá trị HDI; năm 2018, HDI của Việt Nam rất gần với ngưỡng Phát triển Con người “Cao” là 0,7. Tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh của Việt Nam tăng 4,8 năm, số năm đi học trung bình tăng 4,3 năm và số năm đi học kỳ vọng tăng 4,9 năm. Tổng thu nhập quốc dân (GNI) bình quân đầu người của Việt Nam tăng khoảng 354,5% từ năm 1990 đến 2018 [18].

Bảng 5. Xu hướng HDI của Việt Nam, 1990-2018

Năm	Tuổi thọ trung bình tính từ lúc sinh (tuổi)	Số năm đi học kỳ vọng - trẻ em trong tuổi đến trường (*)	Số năm đi học trung bình - từ 25 tuổi trở lên (**)	GNI bình quân đầu người (2011 PPP\$)	Giá trị HDI
1990	70,6	7,8	3,9	1,369	0,475
1995	71,9	9,3	4,6	1,944	0,529
2000	73,0	10,6	5,4	2,725	0,578
2005	74,1	11,3	6,4	3,367	0,616
2010	74,8	12,0	7,5	4,266	0,653
2015	75,1	12,7	8,0	5,314	0,680
2016	75,2	12,7	8,1	5,638	0,685
2017	75,2	12,7	8,2	5,916	0,690
2018	75,3	12,7	8,2	6,220	0,693

(*) Cập nhật bởi HDRO dựa theo Khảo sát cụm đa chỉ số 2014 của UNICEF; (**) Barro và Lee 2018.

Nguồn: [18].

3. Một số vấn đề liên quan đến mức sinh hiện nay

3.1 Khác biệt mức sinh giữa các vùng miền và tỉnh/thành phố

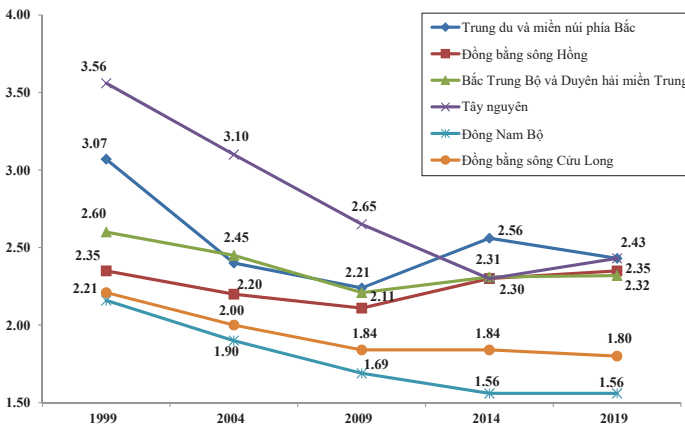
Mức sinh của Việt Nam đã được duy trì ổn định trong hơn một thập kỷ qua, nhưng có sự khác biệt giữa vùng nông thôn/thành thị. Mức sinh ở khu vực nông thôn đang gần sát mức sinh thay thế, trong khi mức sinh ở khu vực thành thị dưới mức sinh thay thế.

Tổng tỷ suất sinh của các vùng kinh tế-xã hội

Trong giai đoạn 1999-2019, TFR ở cả 6 vùng đều giảm, nhưng có sự khác biệt đáng kể về độ lớn cũng như tốc độ giảm. Đông Nam bộ luôn có TFR thấp nhất và đã giảm xuống chỉ còn 1,56 con/phụ nữ năm 2019.

TFR giảm mạnh nhất là ở Tây Nguyên, từ 3,56 con/phụ nữ (1999) xuống còn 2,31 con/phụ nữ (2014) và tăng nhẹ lên 2,43 con/phụ nữ vào năm 2019.

Hình 15. Tổng tỷ suất sinh theo vùng, 1999-2019



Nguồn: [10], [12], [15].

Tổng tỷ suất sinh của các tỉnh, thành phố

Số liệu năm 2019 cho thấy, nếu chia toàn bộ 63 tỉnh, thành phố trong cả nước thành 4 nhóm theo mức sinh khác nhau gồm: dưới mức sinh thay thế (TFR dưới 2,0 con/phụ nữ) có 21 tỉnh, giảm 3 tỉnh so với năm 2018; xung quanh mức sinh thay thế (TFR từ 2,0 đến dưới 2,2 con/phụ nữ) có 09 tỉnh, tăng 2 tỉnh so với 2018; Cao hơn mức sinh thay thế (TFR từ trên 2,2 đến dưới 2,5 con/phụ nữ) có 21 tỉnh, tăng thêm 5 tỉnh so với 2018 và Mức sinh cao (TFR từ 2,5 con/phụ nữ trở lên) có 12 tỉnh, giảm được 4 tỉnh so với năm 2018 [15].

Trên phạm vi cả nước, hiện tỉnh có mức sinh cao nhất là Hà Tĩnh với TFR 2,83 con/phụ nữ, tỉnh có mức sinh thấp nhất vẫn là Tp. Hồ Chí Minh chỉ 1,39 con/phụ nữ. Đặc biệt, Đắk Nông là tỉnh có mức giảm sinh khá mạnh, nếu như năm 2018, TFR của tỉnh là 3,05 con/phụ nữ và là tỉnh có mức sinh cao nhất, thì sang 2019, con số này giảm xuống chỉ còn 2,68 con/phụ nữ.

Bảng 6. Tổng tỷ suất sinh theo tỉnh/thành phố, 2019

TFR dưới 2,0 (21 tỉnh/TP)		TFR từ 2,0 đến dưới 2,2 (9 tỉnh/TP)		TFR từ 2,2 đến dưới 2,5 (21 tỉnh/TP)		TFR từ 2,5 trở lên (12 tỉnh/TP)	
TP. Hồ Chí Minh	1,39	Ninh Thuận	2,09	Hà Nội	2,24	Tuyên Quang	2,51
Tây Ninh	1,53	Phú Yên	2,11	Quảng Ninh	2,24	Bắc Ninh	2,53
Bình Dương	1,54	Lạng Sơn	2,13	Quảng Nam	2,27	Thanh Hoá	2,54
Bạc Liêu	1,61	Quảng Ngãi	2,13	Bình Phước	2,27	Phú Thọ	2,57
Cần Thơ	1,66	Bắc Kạn	2,14	Bắc Giang	2,31	Lai Châu	2,68
Khánh Hoà	1,77	Thái Nguyên	2,14	Hoà Bình	2,34	Đắk Nông	2,68
Đồng Tháp	1,78	Hải Phòng	2,20	Thừa Thiên Huế	2,34	Điện Biên	2,72
Sóc Trăng	1,79	Bình Định	2,20	Đắk Lắk	2,37	Yên Bái	2,74
Long An	1,80	Lâm Đồng	2,20	Vĩnh Phúc	2,39	Nam Định	2,74
Cà Mau	1,80			Hưng Yên	2,40	Kon Tum	2,74
Vĩnh Long	1,81			Cao Bằng	2,43	Nghệ An	2,75
Tiền Giang	1,82			Thái Bình	2,43	Hà Tĩnh	2,83
Hậu Giang	1,83			Quảng Bình	2,43		
An Giang	1,85			Lào Cai	2,44		
Kiên Giang	1,85			Sơn La	2,44		
Bến Tre	1,86			Hà Nam	2,44		
Bà Rịa-Vũng Tàu	1,87			Quảng Trị	2,45		
Đà Nẵng	1,88			Ninh Bình	2,46		
Đồng Nai	1,90			Hà Giang	2,47		
Bình Thuận	1,91			Hải Dương	2,48		
Trà Vinh	1,96			Gia Lai	2,49		

Nguồn: [15].

Mặc dù TFR giữa tỉnh có giá trị cao nhất và thấp nhất giảm từ 1,72 con xuống còn 1,44 con nhưng vẫn tồn tại những thách thức từ biến động và khác biệt mức sinh, như còn có 21 tỉnh, thành phố có mức sinh thấp đến rất thấp, chủ yếu ở Đồng bằng sông Cửu Long, Đông Nam Bộ và Duyên hải miền Trung. Với tổng dân số 38 triệu người, mức sinh giảm kéo dài của các tỉnh này đặt ra những mối đe dọa nghiêm trọng đối với tương lai của đất nước về an ninh, lực lượng lao

động và kinh tế [15]. Mặt khác, vẫn còn 12 tỉnh/Tp có mức sinh khá cao. Điều này cho thấy công tác DS-KHHGD vẫn cần phải chú trọng tới những khác biệt đối với những nhóm địa phương này.

3.2 Khác biệt mức sinh theo học vấn, dân tộc thiểu số và mức thu nhập

Mặc dù trên phạm vi toàn quốc đã đạt mức sinh thay thế và ổn định trong hơn 10 năm nay, nhưng mức sinh có sự khác biệt lớn giữa các nhóm dân số. Năm 2019, dân tộc Hoa có mức sinh thấp nhất (1,53 con/phụ nữ), 21 dân tộc có TFR thuộc Nhóm 3. Đặc biệt có 3 dân tộc có mức sinh rất cao (TFR trên 3,5 con/phụ nữ): Xơ Đăng, Bru Vân Kiều và Mông với giá trị TFR tương ứng là: 3,57 con/phụ nữ; 3,64 con/phụ nữ và 3,68 con/phụ nữ.

Theo Tổng cục Thống kê và Ủy ban Dân tộc, trong năm 2019, tổng tỷ suất sinh của 53 dân tộc thiểu số là 2,35, chưa đạt mức sinh thay thế. Trong đó, sáu dân tộc thiểu số có TFR rất cao, trên 3,5 con/phụ nữ bao gồm: Mảng cao (4,97 con/phụ nữ), Chứt (3,82), Cơ Lao (3,71), La Hủ (3,68), Mông (3,57), và Xơ Đăng (3,51). Nếu phần đầu đạt mức giảm sinh của chỉ tiêu TFR trong chương trình DS-KHHGD (giảm 0,1 con/năm) thì khoảng trên 15 năm nữa mức sinh của các dân tộc thiểu số này mới đạt mức sinh thay thế. Mặc dù vậy cũng có những dân tộc thiểu số đã đạt mức sinh thấp hơn mức chung của toàn quốc và đã đạt mức sinh thay thế như: Dân tộc Hoa (TFR = 1,52 con/phụ nữ), Khơ Me (2,11), Nùng (2,13) và Mường (2,15).

Bảng 7. Mười dân tộc có tổng tỷ suất sinh cao nhất và thấp nhất, 2019

Dân tộc (TFR cao nhất)	TFR (số con trung bình)	Dân tộc (TFR thấp nhất)	TFR (số con trung bình)
Mảng	4,97	Hoa	1,52
Chứt	3,82	Hrê	2,08
Cơ Lao	3,71	Khme	2,11
La Hủ	3,68	Nùng	2,13
Mông	3,57	Mường	2,15
Xơ Đăng	3,51	Sán Chay	2,23
Bru Vân kiều	3,42	La Chí	2,24
Ba Na	3,04	Ê Đê	2,28
Pà Thẻn	2,97	Dao	2,35
Lào	2,87	Tày	2,43

Nguồn: [31].

Nhóm phụ nữ có trình độ đại học có TFR thấp nhất (1,85 con/phụ nữ), tiếp đến là phụ nữ có trình độ cao đẳng (1,91 con/phụ nữ). Phụ nữ chưa bao giờ đi học có TFR khá cao (2,59 con/phụ nữ) và phụ nữ có trình độ sơ cấp có TFR cao nhất (3,71 con/phụ nữ). Như vậy, mức sinh của phụ nữ tỷ lệ nghịch với trình độ văn hóa đạt được. Hai nhóm phụ nữ có trình độ văn hóa thấp nhất là sơ cấp và chưa bao giờ đi học có TFR cao nhất, đặc biệt là nhóm phụ nữ có trình độ sơ cấp lại có TFR cao nhất (3,71 con/phụ nữ), nhóm chưa biết chữ lại có TFR thấp hơn là 2,59 con/phụ nữ.

Theo mức sống, phụ nữ thuộc nhóm “Giàu nhất” có mức sinh thấp nhất (2,00 con/phụ nữ). Phụ nữ thuộc 3 nhóm (“Giàu”, “Trung bình” và “Nghèo”) có số con trung bình là 2 con. Phụ nữ thuộc nhóm “Nghèo nhất” có mức sinh cao nhất, với TFR là 2,40 con/phụ nữ, cao hơn nhiều mức sinh thay thế. Điều này cho thấy cần đầu tư hơn nữa để nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD cho phụ nữ thuộc nhóm “Nghèo nhất”.

Nhìn chung, mức sinh theo nhóm giàu-nghèo cũng có quan hệ tỷ lệ nghịch, tức nhóm phụ nữ có thu nhập thấp nhất có tổng tỷ suất sinh cao nhất, nhóm phụ nữ giàu nhất có tổng tỷ suất sinh thấp nhất. Tuy nhiên, giống như mức sinh theo trình độ học vấn của phụ nữ có những điểm bất thường, tổng tỷ suất sinh của nhóm giàu (2,07 con/phụ nữ) lại cao hơn hai nhóm nghèo và trung bình, đều có tổng tỷ suất sinh là 2,03 con/phụ nữ.

Định hướng “tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển” được nêu trong 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 đang dần được thực hiện có hiệu quả, đảm bảo đạt được các mục tiêu đề ra. Tuy Việt Nam đã đạt dưới mức sinh thay thế nhưng còn có sự khác biệt đáng kể giữa các địa phương và các vùng; các nhóm dân tộc; trình độ giáo dục, đào tạo và mức sống. Điều này cho thấy cần rất nhiều nỗ lực trong công tác truyền thông nhằm giảm bớt khoảng cách về mức sinh thay thế giữa khu vực thành thị và nông thôn, giữa các vùng và các nhóm dân cư khác nhau.

3.3 Mật cân bằng giới tính khi sinh cao

Tỷ số giới tính khi sinh (SRB) của Việt Nam bắt đầu mất cân bằng vào năm 2006 khi SRB là 109,8 bé trai/100 bé gái. Từ đó tỷ số giới tính khi sinh luôn cao hơn mức sinh học tự nhiên mặc dù tình trạng

này có những năm đã được cải thiện nhờ nỗ lực “đưa tỷ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên”. SRB năm 2019 giảm so với các năm 2012-2018 nhưng vẫn ở mức cao (111,5 bé trai/100 bé gái).

Sự gia tăng bất thường về SRB của Việt Nam trong những năm gần đây đang là mối quan tâm hàng đầu của các nhà hoạch định chính sách. Theo đó, những cảnh báo về hệ lụy của sự mất cân bằng giới tính khi sinh và sự quyết liệt thực hiện các chính sách nhằm xóa bỏ sự can thiệp có chủ đích trong lựa chọn giới tính thai nhi ở Việt Nam trong thời gian qua chưa đem lại hiệu quả.

Bảng 8. Tỷ số giới tính khi sinh theo thành thị, nông thôn, 2009-2019

Đơn vị: Số bé trai/100 bé gái

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Toàn quốc	110,5	111,2	111,9	112,3	113,8	112,2	112,8	112,2	112,1	114,8	111,5
Thành thị	110,6	108,9	114,2	116,8	110,3	109,9	114,8	110,4	114,4	118,0	110,8
Nông thôn	110,5	112,0	111,1	110,4	115,5	113,2	111,9	113,0	111,1	113,4	111,8

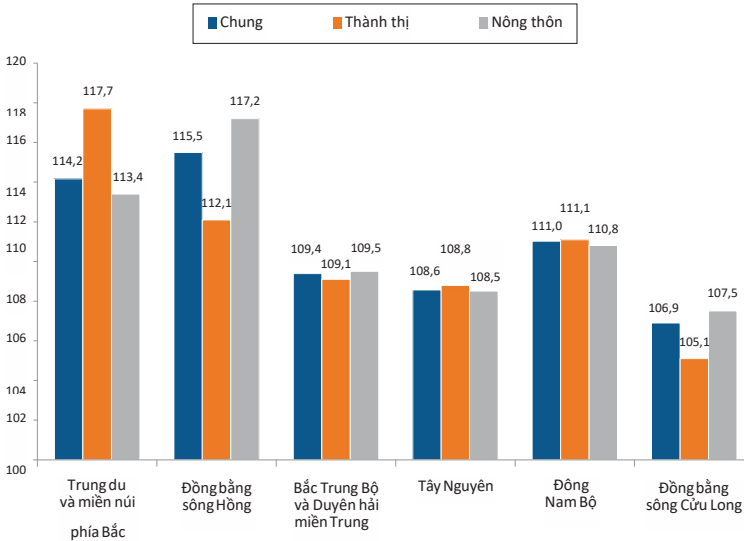
Nguồn: [8].

Tỷ số giới tính khi sinh có sự khác biệt giữa các khu vực, vùng, tỉnh/thành phố. SRB của khu vực thành thị thấp hơn nông thôn, tương ứng là 110,8 và 111,8 bé trai/100 bé gái. SRB giữa các vùng có sự chênh lệch đáng kể, SRB cao nhất ở Đồng bằng sông Hồng (115,5 bé trai/100 bé gái) và thấp nhất ở Đồng bằng sông Cửu Long (106,9 bé trai/100 bé gái). Ba vùng có SRB thấp dưới 110 bao gồm: Bắc trung bộ và Duyên hải miền Trung (109,4); Tây Nguyên (108,6); Đồng bằng sông Cửu Long (106,9). Ba vùng vẫn mất cân bằng giới tính khi sinh gồm: Trung du và Miền núi phía bắc (114,2); Đồng bằng sông Hồng (115,5); Đông Nam bộ (111,0). Tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh nghiêm trọng nhất vẫn là Đồng bằng sông Hồng.

Có sự chênh lệch lớn về SRB giữa khu vực thành thị và nông thôn thuộc Đồng bằng sông Hồng và Trung du và miền núi phía Bắc: rất cao ở nông thôn Đồng bằng sông Hồng (117,2) và thành thị Trung du và miền núi phía Bắc (117,7). Sau 10 năm, tuy SRB của vùng Đồng bằng sông Hồng vẫn ở mức cao nhất nhưng mức tăng SRB của Trung du và miền núi phía Bắc nhiều hơn mức tăng SRB của Đồng bằng sông Hồng.

Hình 16. Tỷ số giới tính khi sinh theo thành thị, nông thôn và vùng, 2019

Số bé trai/100 bé gái



Nguồn: [15].

Mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam là do một số nguyên nhân: 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 và việc tiếp cận các dịch vụ y tế để lựa chọn giới tính thai nhi khi mang thai... Tỷ số giới tính khi sinh của các tỉnh/thành phố có sự khác biệt rất lớn có 31/63 tỉnh, thành phố có tỷ số giới tính khi sinh dưới mức 110. Đặc biệt có 6 tỉnh có SRB rất cao, trên 120: Bắc Giang (126,3); Hà Nam (125,3), Hưng Yên (123,6); Sơn La (121,8); Hòa Bình (121,8) và Bà Rịa Vũng tàu (121,1) [15].

Việc lựa chọn giới tính trước khi sinh phản ánh tình trạng bất bình đẳng giới sâu sắc. Các nghiên cứu của quốc tế và Việt Nam cũng đã chỉ ra các hệ lụy tới cấu trúc gia đình và các vấn đề xã hội trong tương lai của tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh hiện nay. Sự thiếu hụt trẻ em gái quan sát được gần đây ở nhiều quốc gia sẽ dẫn đến thiếu hụt phụ nữ ở tất cả các nhóm tuổi trong tương lai. Cấu trúc dân số trong những thập kỷ tới sẽ mang dấu ấn của lựa chọn giới tính hiện tại, với quy mô dân số nam vượt trội trong một thời gian dài. Theo

các nghiên cứu, tác động chính của hiện tượng mất cân bằng giới tính khi sinh sẽ liên quan tới quá trình hình thành và 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, kết quả là họ có thể phải đối mặt với những khó khăn nghiêm trọng khi tìm kiếm bạn đời. Trì hoãn hôn nhân trong nam giới hoặc gia tăng tỷ lệ sống độc thân là những khả năng có thể xảy ra trong tương lai do thiếu phụ nữ trong độ tuổi kết hôn. Điều này sẽ tác động ngược lại tới hệ thống gia đình trong tương lai.

Lựa chọn giới tính trước sinh là nguyên nhân trực tiếp của hiện tượng mất cân bằng giới tính khi sinh. Do đó, số liệu theo dõi các diễn biến của SRB là cần thiết, nhằm đưa ra các can thiệp kịp thời về chính sách và chương trình.

3.4 Nhu cầu chưa được đáp ứng về kế hoạch hóa gia đình và tình trạng nạo phá thai

Tại Việt Nam, nhu cầu chưa được đáp ứng về phương tiện tránh thai (PTTT) trong nhóm phụ nữ đã lập gia đình ước tính là 11,2%, bao gồm 5,2% nhu cầu chưa được đáp ứng về khoảng cách sinh và 6% nhu cầu chưa được đáp ứng về hạn chế số lần sinh. Nếu tính cả số phụ nữ có bạn tình và chưa kết hôn thì nhu cầu chưa được đáp ứng cho tất cả phụ nữ là 11,7%. Số này ước tính trong nhóm phụ nữ chưa lập gia đình là 34,3%. Nhu cầu chưa được đáp ứng về các PTTT hiện đại là 29,4% ở phụ nữ đã lập gia đình; 50,4% ở phụ nữ chưa lập gia đình; hơn 17% ở phụ nữ không đi học và sống ở Miền núi trung du phía bắc. Nhu cầu chưa được đáp ứng cũng cao trong nhóm phụ nữ không có con. Thiếu kiến thức về các PTTT vẫn còn phổ biến và việc cung cấp thông tin còn hạn chế. Khoảng một phần ba phụ nữ Việt Nam, những người có nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD vẫn cho rằng họ không thể có thai trong thời kỳ mãn kinh, trong giai đoạn cho con bú, hoặc nếu quan hệ tình dục không đều đặn [21].

Tỷ lệ sử dụng BPTT bất kỳ của Việt Nam trong nhiều năm qua ở mức cao >75%, trong đó tỷ lệ sử dụng các BPTT hiện đại là từ 65% trở lên. Năm 2018, tỷ lệ sử dụng BPTT bất kỳ ở khu vực nông thôn cao hơn ở thành thị 3,3 điểm phần trăm (77,6% so với 74,3%), với tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại tương ứng là 67,2% và 65,2%. Tỷ lệ sử dụng BPTT hiện đại ở các vùng khó khăn về kinh tế-xã hội như Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung và Trung du và miền núi phía Bắc (66,1% và 68,1%) và ở các nhóm phụ nữ có trình độ học vấn thấp hơn như chưa đi học (72,6%), chưa tốt nghiệp tiểu học (71,3%) và tốt nghiệp tiểu học (69,5%) [14].

Trong Điều tra biến động dân số và KHHGD cũng thu thập các chỉ tiêu liên quan đến nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD. Đối với nhóm phụ nữ hiện đang có chồng, nhưng không có con hoặc chỉ có 1 con hiện đang còn sống thì chủ yếu sử dụng các BPTT như bao cao su, uống thuốc tránh thai hay tính vòng kinh hoặc xuất tinh ra ngoài nhằm giãn khoảng cách giữa hai lần sinh hoặc trì hoãn để sinh con vào thời gian phù hợp. Đối với nhóm phụ nữ hiện đang có chồng và có nhiều hơn 3 con hiện đang còn sống thì chủ yếu sử dụng các BPTT lâu dài (vòng tránh thai, tiêm thuốc) hoặc vĩnh viễn (đình sản nam/nữ).

Trong số những phụ nữ hiện không sử dụng các BPTT, lý do muốn có con chiếm 42,7%, đang mang thai chiếm 13,2%. Trong số lý do khác (44,1%), đáng chú ý có lý do khó thụ thai/đã mãn kinh chiếm 17,5%, các lý do còn lại chiếm 26,6% [14].

Bảng 9. Tỷ lệ không sử dụng BPTT (%) chia theo 3 lý do chính, 2002-2018

Lý do chính	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018
Tổng số	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Đang mang thai	12,8	11,0	11,8	13,6	14,2	15,0	12,9	14,2	16,8	13,6	14,1	13,7	14,0	13,2
Muốn có con	36,7	38,4	39,2	38,4	42,3	42,0	42,9	45,0	43,7	46,5	42,4	45,7	43,1	42,7
Lý do khác	50,5	50,7	49,0	48,0	43,5	43,0	44,2	40,8	39,5	39,9	43,5	40,6	42,9	44,1

Nguồn: [14]

Bảng 10 cho thấy tỷ lệ không sử dụng BPTT ở thành thị cao hơn nông thôn 3,3 điểm phần trăm (25,7% so với 22,4%). Tỷ lệ không sử dụng BPTT do các nguyên nhân “muốn có con” và “khó thụ thai/đã mãn kinh” có sự khác biệt khá rõ giữa khu vực thành thị và nông thôn. Phụ nữ càng trẻ thì tỷ lệ không sử dụng BPTT theo các nguyên nhân “đang mang thai” và “muốn có con” càng cao. Ngược lại, với các nguyên nhân khác như “khó thụ thai/đã mãn kinh”, “sức khỏe yếu” thì tỷ lệ không sử dụng BPTT thấp ở nhóm tuổi trẻ và tăng dần theo độ tuổi. Mối quan hệ giữa tỷ lệ không sử dụng BPTT và số con hiện đang còn sống cũng tương tự như mối quan hệ giữa tỷ lệ không sử dụng BPTT với nhóm tuổi của phụ nữ. Tỷ lệ không sử dụng BPTT giảm dần khi số con hiện đang còn sống tăng lên, đối với các nguyên nhân như “đang mang thai” và “muốn có con”. Ngược lại, tỷ lệ này tăng dần theo số con hiện đang còn sống đối với các nguyên nhân khác như “khó thụ thai/đã mãn kinh”, “sức khỏe yếu”.

Bảng 10. Tỷ lệ không sử dụng các BPTT (%) theo lý do không sử dụng, thành thị/nông thôn

Các đặc trưng	Tổng số	Theo lý do không sử dụng BPTT									
		Đang có thai	Muốn có con	Chưa hiểu biết	Người thân phản đối	Giá đắt	Có tác dụng phụ sau khi sử dụng BPTT	Sức khỏe yếu	Khó thụ thai/ đã mãn kinh	Không sẵn PTTT	Khác
Toàn quốc	23,5	3,1	10,0	0,4	0,2	0	0,7	1,8	4,1	0,4	2,7
Thành thị	25,7	2,8	11,9	0,3	0,2	0	0,8	2,0	4,7	0,6	2,4
Nông thôn	22,4	3,3	9,1	0,4	0,1	0	0,7	1,8	3,8	0,4	2,9

Nguồn: [14]

Từ góc độ chính sách, cần giảm nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD nhằm đạt được các mục tiêu về nhân khẩu học trong chính sách DS-KHHGD, đồng thời cải thiện các quyền và cải thiện vấn đề chăm sóc SKSS của mỗi cá nhân và tăng cường vị thế cho phụ nữ để họ có thể phát huy toàn diện khả năng của mình trong các lĩnh vực của cuộc sống.

Ở Việt Nam, nạo/phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt có thể được thực hiện tại các cơ sở y tế nhà nước cũng như tư nhân. Tỷ lệ phụ nữ 15-49 tuổi hiện đang có chồng có nạo/phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt năm 2018 là 0,4%. Không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn.

Trung du và miền núi phía Bắc có tỷ lệ nạo/phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt cao nhất (0,9%), tiếp theo là Đồng bằng sông Hồng (0,7%). Tỷ lệ này thấp nhất là ở Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung, Tây Nguyên và Đông Nam Bộ (0,2%). Năm 2018 tỷ lệ này giảm so với năm 2017 ở tất cả các vùng [14].

Bảng 11. Tỷ lệ nạo/phá thai và hút điều hòa kinh nguyệt (%) theo khu vực và vùng, 2008-2018

Khu vực/vùng	2008	2010	2011	2012	2013	2015	2016	2017	2018
Toàn quốc	1,0	0,79	0,59	0,54	0,31	0,41	0,30	0,8	0,4
Thành thị	1,1	0,82	0,63	0,54	0,40	0,42	0,30	0,9	0,4
Nông thôn	0,9	0,78	0,58	0,54	0,26	0,41	0,30	0,7	0,4
Vùng kinh tế - xã hội									
Trung du và miền núi phía Bắc	1,5	1,25	0,89	0,81	0,51	0,75	0,58	1,1	0,9
Đồng bằng sông Hồng	1,9	1,11	0,98	0,99	0,46	0,63	0,50	1,3	0,7

Bắc Trung Bộ và DH miền Trung	0,4	0,51	0,39	0,43	0,22	0,26	0,18	0,4	0,2
Tây Nguyên	0,3	0,50	0,28	0,14	0,13	0,21	0,12	0,5	0,2
Đông Nam Bộ	0,8	0,53	0,39	0,30	0,22	0,21	0,13	0,6	0,2
Đồng bằng sông Cửu Long	0,5	0,71	0,42	0,30	0,20	0,31	0,20	0,5	0,3

Nguồn: [14]

4. Bài học kinh nghiệm về mức sinh của một số quốc gia

Các nước phát triển là các nước có mức sống cao nhất, có hạ tầng kinh tế và xã hội phát triển cao. Tuy nhiên, nhiều nước phát triển đang đối mặt với nghịch lý: Năng suất lao động và mức sống ngày càng tăng, song tỷ lệ sinh lại giảm, tổng tỷ suất sinh thấp dưới mức sinh thay thế kéo dài hàng chục năm, dẫn đến thiếu lao động ngày một nghiêm trọng (nếu không được bù đắp bằng người nhập cư thì tăng trưởng kinh tế sẽ giảm), thiếu người chăm sóc người già ngày một đông, quỹ hưu trí và quỹ bảo hiểm y tế có nguy cơ bị vỡ. Mức sống càng tăng thì tổng tỷ suất sinh càng thấp dưới mức sinh thay thế ở nhiều nước đã kéo dài hàng chục năm, gây ra các hệ quả nghiêm trọng, song chưa có nước nào thực sự thành công trong việc khắc phục tình trạng này.

Đức - nền kinh tế lớn thứ 4 thế giới và lớn nhất châu Âu, dân số hơn 83,3 triệu người (2020)- không áp dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, việc có bao nhiêu con được xem là vấn đề cá nhân. Từ năm 1971 đến nay, nước Đức có tổng tỷ suất sinh thấp hơn mức sinh thay thế (chạm mốc 1,24 con/phụ nữ vào năm 1994). Năm 2000, Chính phủ Đức mới áp dụng các biện pháp khuyến khích sinh như: hỗ trợ tiền mặt nuôi con hàng tháng cho đến 18 tuổi (25 tuổi nếu còn đi học), nghỉ thai sản 14 tuần, khuyến khích người cha nghỉ chăm con. Tuy nhiên, sau 15 năm, không đạt được tiến bộ nào về nâng tổng tỷ suất sinh (1,38 con/phụ nữ năm 2000, 1,34 con/phụ nữ năm 2005, 1,6 con/phụ nữ năm 2020). Nước Đức đang đối mặt với nguy cơ không thể quay trở lại thời kỳ đạt mức sinh thay thế trong vòng 25 - 30 năm tới vì tỷ lệ kết hôn thấp, nhiều gia đình không có con hoặc chỉ có 1 con và biện pháp giảm thuế thu nhập cho gia đình có trẻ em không phát huy tác dụng. Lực lượng lao động của Đức bị giảm liên tục trong thời gian dài, phải bù đắp bằng 7 triệu lao động nhập cư từ Thổ Nhĩ Kỳ và các nước khác với không ít khó khăn trong hòa nhập cộng đồng ở một số địa phương. Nước Đức phải tăng tuổi nghỉ hưu lên 67 tuổi, quỹ hưu trí và quỹ bảo hiểm y tế đối mặt với mất cân đối ngày một tăng.

Theo dự báo, dân số nước Đức có thể giảm còn 65 triệu người vào năm 2050.

Nhật Bản - nền kinh tế lớn thứ 3 thế giới, dân số 126 triệu người (2020) - cũng đang trải qua 41 năm tổng tỷ suất sinh thấp hơn mức sinh thay thế (tỷ suất sinh là 1,3 con/phụ nữ vào năm 2020), cũng khó đạt mức sinh thay thế trong 25-30 năm tới. Sau 6 năm duy trì mức sinh thay thế (1968-1973), từ 1974 tổng tỷ suất sinh của Nhật Bản giảm liên tục, năm 1989 là 1,57 con/phụ nữ, năm 2005 là 1,26 con/phụ nữ. Năm 1989, sau 15 năm tổng tỷ suất sinh dưới mức sinh thay thế, Nhật Bản mới bắt đầu khuyến khích sinh bằng “Kế hoạch thiên thần” của Chính phủ. Tuy nhiên, tổng tỷ suất sinh tiếp tục giảm mà không tăng. Năm 2000, Chính phủ Nhật Bản triển khai “Kế hoạch thiên thần mới” với nhiều biện pháp hỗ trợ sinh mạnh mẽ (hỗ trợ tiền mặt để nuôi con, thành lập các nhà trẻ ban ngày, khuyến khích người chồng nuôi con và làm việc nhà). Tuy nhiên, kết quả thu được rất hạn chế. Năm 2020 tổng tỷ suất vẫn chỉ là 1,3 con/phụ nữ. Lực lượng lao động của Nhật Bản giảm liên tục trong thời gian dài (từ 2011-2015, lực lượng lao động của Nhật Bản giảm 3,85 triệu người), số lượng người đang làm việc mà quá tuổi nghỉ hưu tăng (tuổi bình quân của lao động trong khu vực nông nghiệp Nhật Bản là 67 tuổi). GDP tăng trưởng thấp qua hàng chục năm mặc dù năng suất lao động cao, trình độ khoa học kỹ thuật cao do lực lượng lao động giảm. Năm 2014, tăng trưởng kinh tế là -1%. Sau 4 năm từ 2011-2015, số lượng trẻ em Nhật Bản giảm 0,74 triệu; số lượng người già tăng 3,63 triệu người, bình quân tăng 0,9 triệu người già mỗi năm. Năm 2020, tỷ lệ người từ 65 tuổi trở lên chiếm khoảng 29% dân số (vượt xa ngưỡng 14% của một nước có dân số già), tỷ lệ người trong độ tuổi lao động (15-64 tuổi) so với số người phụ thuộc dưới 15 tuổi và từ 65 tuổi trở lên là 1,58 (cơ cấu dân số vàng là 2). Nhật Bản đang phải đối mặt với tình trạng thiếu lao động trầm trọng, cả trong các hoạt động kinh tế và chăm sóc người già, nguy cơ cạn Quỹ Hưu trí và áp lực lên Quỹ Bảo hiểm y tế ngày càng lớn. Theo dự báo, từ năm 2015 đến năm 2060, dân số Nhật Bản có thể giảm 40 triệu người từ 127 triệu người xuống còn 87 triệu người.

Hàn Quốc - nền kinh tế lớn thứ 11 thế giới với dân số 51,8 triệu người (2020) - từ năm 1984 trải qua 32 năm tổng tỷ suất sinh thấp hơn mức sinh thay thế (chạm mốc 1,08 con/phụ nữ vào năm 2005), là một trong những nước có tổng tỷ suất sinh thấp nhất thế giới. Chưa thấy xu hướng quay trở lại mức sinh thay thế trong 25-30 năm tới, mặc dù năm 2006 Chính phủ Hàn Quốc đã áp dụng chương trình “Sự khởi đầu mới” do Tổng thống điều hành nhằm khuyến khích các gia đình sinh con bằng các giải pháp như giảm thuế thu nhập, hỗ trợ mua nhà, nuôi con, tăng 30% nhà trẻ, hỗ trợ giáo dục với mục tiêu đạt tổng tỷ suất sinh 1,6 con/phụ nữ vào năm 2020, nhưng sau 7 năm mới đạt

1,19 con/phụ nữ vào năm 2013. Lực lượng lao động liên tục giảm, lao động nước ngoài không ngừng tăng (70.000 người lao động Việt Nam đang làm việc tại Hàn Quốc).

Singapore - nước có mức sống và trình độ phát triển cao nhất ASEAN, dân số 5,8 triệu người (2020) - từ năm 1997 đang trải qua gần 40 năm tổng tỷ suất sinh thấp hơn mức sinh thay thế (chạm mốc 1,15 con/phụ nữ vào năm 2010) - là một trong những nước có tổng tỷ suất sinh thấp nhất thế giới. Năm 1987, sau 10 năm tổng tỷ suất sinh dưới mức sinh thay thế và xuống mức thấp nhất là 1,43 con/phụ nữ vào năm 1986, Chính phủ Singapore mới thay đổi toàn diện chính sách dân số, với các chính sách khuyến khích như: Ưu tiên mua nhà, giảm thuế thu nhập cho người đã kết hôn, nghỉ thai sản dài hơn, thưởng tiền cho sinh trẻ thứ 2 (3.000 đôla Singapore), trẻ thứ 3 (5.000 đôla Singapore). Hai năm sau, tổng tỷ suất sinh tăng lên, nhưng sau đó lại giảm liên tục. Năm 2002, tổng tỷ suất sinh chỉ là 1,37 con/phụ nữ và suốt 10 năm tiếp theo, chưa bao giờ vượt mức 1,3 con/phụ nữ. Việc tổng tỷ suất sinh dưới mức thay thế kéo dài 40 năm dẫn đến tình trạng thiếu hụt lao động nghiêm trọng và hậu quả là 50% lực lượng lao động Singapore hiện nay là người nhập cư. Trong 2-3 thập kỷ tới, mức sinh thay thế khó có thể đạt được ở quốc gia này.

Ngoài 4 nước nêu trên cũng còn những bài học từ một số nước và vùng lãnh thổ khác như Trung Quốc (đã 22 năm tổng tỷ suất sinh dưới mức thay thế, hiện nay là 1,67 con/phụ nữ), Đài Loan (đã 32 năm tổng tỷ suất sinh dưới mức sinh thay thế, hiện nay là 1,11 con/phụ nữ), Thái Lan (đã 25 năm tổng tỷ suất sinh dưới mức sinh thay thế, hiện nay là 1,5 con/phụ nữ).

5. Chính sách điều chỉnh mức sinh của Việt Nam trong giai đoạn tới

5 quan điểm của 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 (NQ 21-NQ/TW)

1- Dân số là yếu tố quan trọng hàng đầu của sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Công tác dân số là nhiệm vụ chiến lược, vừa cấp thiết vừa lâu dài; là sự nghiệp của toàn Đảng, toàn dân.

2- Tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hoá 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.

3- Chính sách dân số phải bảo đảm cân bằng, hài hoà giữa quyền và nghĩa vụ của mọi người dân; giữa việc tuyên truyền, vận động, nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi với thực thi nghiêm kỷ cương pháp luật; giữa việc mở rộng, ứng dụng các kỹ thuật mới với việc nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của nhân dân.

4- Đầu tư cho công tác dân số là đầu tư cho phát triển. Nhà nước ưu tiên bố trí ngân sách, đồng thời đẩy mạnh xã hội hoá; tranh thủ sự hỗ trợ của quốc tế để bảo đảm nguồn lực cho công tác x dân số.

5- Tổ chức bộ máy tinh gọn, hiệu lực, hiệu quả, phù hợp với trọng tâm công tác dân số trong từng thời kỳ, bảo đảm sự lãnh đạo, chỉ đạo thống nhất của cấp uỷ, chính quyền các cấp và sự quản lý chuyên môn, nghiệp vụ.

Các quan điểm trên cho ta thấy rõ tuy cùng xác định hệ thống năm quan điểm nhưng các quan điểm từ Nghị quyết 04-NQ/HNTW ngày 14/01/1993 Hội nghị lần thứ 4 ban chấp hành TW Đảng Khóa VII về chính sách dân số và KHHGD (Nghị quyết 4) đến NQ 21-NQ/TW đã có sự thay đổi về cơ bản từ tập trung thực hiện mục tiêu giảm sinh trong DS-KHHGD sang thực hiện toàn diện các lĩnh vực về dân số trong khuôn khổ Dân số và Phát triển. Từ các quan điểm trên đã hoạch định cụ thể mục tiêu tổng quát và các mục tiêu cụ thể trong hai Nghị quyết.

Mục tiêu của Nghị quyết 21-NQ/TU

Mục tiêu chung

Giải quyết toàn diện, đồng bộ các vấn đề về quy mô, cơ cấu, phân bố, chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ tác động qua lại với phát triển kinh tế - xã hội. Duy trì vững chắc mức sinh thay thế; đưa tỉ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên; tận dụng hiệu quả cơ cấu dân số vàng, thích ứng với già 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.
- Tỉ số giới tính khi sinh dưới 109 bé trai/100 bé gái sinh ra sống; tỉ lệ trẻ em dưới 15 tuổi đạt khoảng 22%; tỉ lệ người từ 65 tuổi trở lên đạt khoảng 11%; tỉ lệ phụ thuộc chung đạt khoảng 49%.
- Tỉ lệ nam, nữ thanh niên được tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn đạt 90%; giảm 50% số cặp tảo hôn, giảm 60% số cặp hôn nhân cận huyết thông; 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 đạt 75 tuổi, trong đó thời gian sống khỏe mạnh đạt tối thiểu 68 năm; 100% người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế, được quản lý sức khỏe, được khám, chữa bệnh, được chăm sóc tại gia đình, cộng đồng, cơ sở chăm sóc tập trung.
- Chiều cao người Việt Nam 18 tuổi đối với nam đạt 168,5 cm, nữ đạt 157,5 cm. Chỉ số Phát triển con người (HDI) nằm trong nhóm 4 nước hàng đầu khu vực Đông Nam Á.
- Tỉ lệ dân số đô thị đạt trên 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.

Đây là một hệ thống gồm 6 mục tiêu cụ thể, toàn diện và 23 chỉ tiêu đồng bộ để giải quyết các vấn đề dân số Việt Nam trong tình hình mới.

Qua các mục tiêu cụ thể của Nghị quyết 21-NQ/TW có thể thấy rõ sự chuyển biến toàn diện, đồng bộ về công tác dân số. Từ tập trung vào chỉ một mục tiêu giảm sinh, chúng ta đã chuyển sang thực hiện một hệ thống gồm 6 mục tiêu cụ thể và đã ấn định thời gian cần hoàn thành vào năm 2030. Trong số 6 mục tiêu này gồm cả mục tiêu duy trì vững chắc mục tiêu giảm sinh trong Nghị quyết TW 4 mà chúng ta đã đạt được và đạt vượt mức trong thời gian qua. Hệ thống các mục tiêu cụ thể còn lại là đề cập giải quyết toàn diện các vấn đề dân số trong tình hình mới, những mục tiêu này cũng xác định cụ thể các vấn đề trọng tâm cần thực hiện đến năm 2030 khi chuyển đổi từ DS-KHHGĐ sang dân số và phát triển. Đặc biệt, đây cũng là giai đoạn dân số Việt Nam đang trong quá trình chuyển đổi nhân khẩu học cùng với giai đoạn phát triển kinh tế-xã hội đất nước đang trong tiến trình cải cách toàn diện để hướng tới phát triển bền vững.

Tài liệu tham khảo

- [1] Nghị quyết số 21-NQ/TW Hội nghị lần thứ 6 Ban Chấp hành Trung ương khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới
- [2] Nguyễn Văn Tân (2016), “Chính sách dân số Việt Nam: Từ kế hoạch hóa gia đình đến dân số và phát triển”, *Tuyên giáo*, <http://tuyengiao.vn/dan-so-va-phat-trien/nghien-cuu-trao-doi/chinh-sach-dan-so-viet-nam-tu-ke-hoach-hoa-gia-dinh-den-dan-so-va-phat-trien-92219>, truy cập ngày 15/11/2020.
- [3] Nguyễn Đình Cử (2011) Giáo trình Dân số và Phát triển - Tài liệu dùng cho chương trình bồi dưỡng DS-KHHGD. Tổng cục DS-KHHGD và Quỹ DS LHQ, Hà Nội 2011.
- [4] Nguyễn Đình Cử (2014). “Nhu cầu chuyển hướng chính sách dân số: từ dân số - kế hoạch hóa gia đình sang chính sách dân số và phát triển”, *Tap chí Cộng sản*, <https://www.tapchicongsan.org.vn/dan-so-vung-bien-ao/-/2018/31178/nhu-cau-chuyen-huong-chinh-sach-dan-so--tu-dan-so---ke-hoach-hoa-gia-dinh-sang-chinh-sach-dan-so-va-phat-trien.aspx>, truy cập ngày 5/8/2016.
- [5] Phạm Ngọc Toàn, (2020). ‘Biến đổi cơ cấu dân số, lợi tức nhân khẩu và tăng trưởng năng suất ở Việt Nam’, Kỷ yếu Hội thảo quốc gia: Định hướng công tác nghiên cứu khoa học về dân số và phát triển giai đoạn 2021-2030, Hà Nội, 11/2020.
- [6] Phạm Ngọc Toàn, 2020b. ‘Nghiên cứu biến đổi dân số dưới góc nhìn kinh tế’, Bài trình bày tại Hội thảo: Quản lý lao động trong bối cảnh già hóa, Hà Nội, 11/2020.
- [7] Tổng cục Dân số-KHHGD (2017). Tình hình dân số Việt Nam 2017.
- [8] Tổng cục Dân số-KHHGD (2020). Niên giám thống kê tóm tắt Dân số-KHHGD.
- [9] Tổng cục Thống kê (2002). Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam 1999. Chuyên khảo về lao động và việc làm.
- [10] Tổng cục Thống kê (2010). Tổng điều tra DS và nhà ở Việt Nam 2009, Các kết quả chủ yếu

- [11] Tổng cục Thống kê (2011). Tổng điều tra Dân số và nhà ở Việt Nam năm 2009: Mức sinh và mức chết ở Việt Nam: Thực trạng, xu hướng và những khác biệt.
- [12] Tổng cục Thống kê (2016). Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ 2014. Mức sinh ở Việt Nam: Những khác biệt, xu hướng và yếu tố tác động.
- [13] Tổng cục Thống kê (2016). Chuyên khảo mức sinh.
- [14] Tổng cục Thống kê (2019). Điều tra Biến động Dân số-Kế hoạch hóa gia đình ngày 01/4/2018: Kết quả chủ yếu.
- [15] Tổng cục Thống kê (2019). Kết quả Tổng điều tra Dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 1/4/2019.
- [16] Tổng cục Thống kê (2020). Báo cáo Điều tra Lao động việc làm Q1 đến Q4/2019
- [17] Tổng cục Thống kê và Ủy ban Dân tộc (2020). Kết quả điều tra tình hình kinh tế-xã hội dân tộc thiểu số 2019, Hà Nội.
- [18] UNDP (2019). Báo cáo phát triển con người 2019, bản tóm tắt dành cho Việt Nam.
- [19] UNFPA (2008). Thực trạng Dân số Việt Nam 2007.
- [20] UNFPA và Bộ Kế hoạch và Đầu tư (2016). Tác động của biến đổi cơ cấu tuổi dân số đến nền kinh tế *Việt Nam* và đề xuất chính sách.
- [21] UNFPA Việt Nam (2015). Tóm tắt vận động chính sách, Nhu cầu chưa được đáp ứng về phương tiện tránh thai và những gợi ý cho Việt Nam, Hà Nội.
- [22] Becker G.S. and Lewis H.G. (1973). 'On the Interaction between the Quantity and Quality of Children', *Journal of political Economy*.
- [23] Bloom, D.E, Canning, D. and Sevilla (2000). Labor Force Dynamics and Economic Growth,. paper presented at the August 2000 Summer Institute of the National Bureau of Economic Research, Labor Studies Program.
- [24] Bloom, D.E, Canning, D. and Sevilla J. (2001) Economic

Growth and the Demographic Transition. *NBER Working Paper No. 8685*, December 2001.

- [25] Bloom, D.E, Nandakumar, and Bhawalkar (2001). The Demography of Aging in Japan and the United States., paper presented at the American Academy of Arts and Sciences.
- [26] Bloom, D.E., Canning, D., Mansfield, R.K., and Moore, M. (2007). 'Demographic Change, Social Security Systems and Savings', *Journal of Monetary Economics*.
- [27] Bloom, D.E and Williamson, J. (1998). Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia., *World Bank Economic Review* 12.
- [28] Cutler, D., Poterba, J., Sheiner, L., Summers, L., (1990). An aging society: opportunity or challenge? The *Brookings Papers on Economic Activity* 1.
- [29] Higgins, M. (1998). 'Demography, National Savings, and International Capital Flows'. *International Economic Review* 39.
- [30] Jamison D.T, Wang J., Hill, K. and Londono J-L (1996), 'Income, mortality and fertility in Latin America: country-level performance, 1960-1990'. *Revista de análisis económico*.
- [31] Kelley, A.C. and Schmidt, R. (1996). 'Savings, Dependency, and Development'. *Journal of Population Economics* 9.
- [32] Lee, R., Mason, A. and Miller, T. (2000). 'Life Cycle Saving and the Demographic Transition: The Case of Taiwan'. *Population and Development Review*, vol. 26, 2000.
- [33] Mason A. (1987). "National Saving Rates and Population Growth: A New Model and New Evidence," in Johnson D.G. and Lee R. Eds., *Population Growth and Economic Development: Issues and Evidence*, Madison: University of Wisconsin Press 1987.
- [34] Nortman, D. (1974). *Parental Age as a Factor in Pregnancy Outcome and Child Development*. Reports on Population/Family Planning, no. 16. New York: The Population Council.

- [35] Paxson, C.H (1996), “Savings and Growth: Evidence from Micro Data”, *European Economic Review*, Vol. 40, pp. 255-288.
- [36] PRB (2020). World Population Data Sheet.
- [37] Sachs, J. and Warner, A. (1995) ‘Economic Reform and the Process of Global Integration’, *Brookings Papers on Economic Activity*, Vol. 1995 (1): 1–118.
- [38] Trussell, J., and Pebley, A, (1984). The potential impact of changes in fertility on infant, child and maternal mortality. *Studies in Family Planning* 15(6):256–266.
- [39] UN (2015). World Population Prospects: The 2015 Review.
- [40] UNFPA (2017). <http://www.unfpa.org/world-population-trends>. Truy cập ngày 5/2/2017.
- [41] UNFPA, GSO (2000), 1999 Population and Housing Census: Sample Results.
- [42] UN (2020), Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019.
- [43] WHO, MOH VN (2015), Success Factors for Women’s and Children’s Health
- [44] Winikoff, B., and Sullivan, M. (1987). Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning* 18(3):128–143.

TỔNG CỤC DÂN SỐ-KHHGD
TRUNG TÂM NGHIÊN CỨU, THÔNG TIN VÀ DỮ LIỆU
Ngõ 8, Tôn Thất Thuyết, Mỹ Đình 2, Nam Từ Liêm, Hà Nội
Tel: 0243.7953888

Chịu trách nhiệm nội dung

TS Phạm Vũ Hoàng

Biên tập

TS Phạm Vũ Hoàng
BS, ThS Nguyễn Cao Trường
ThS Phương Thị Thu Hương
ThS Nguyễn Thị Thanh Tâm
CN Nguyễn Thị Thu Hương

Biên soạn

TS Nguyễn Quốc Anh
TS Nguyễn Thị Minh Hòa
ThS Hà Tuấn Anh
ThS Nguyễn Thị Dung