

UBND THÀNH PHỐ HÀ NỘI
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ ĐÔNG



GIÁO TRÌNH
CHÍNH SÁCH DÂN SỐ
Tài liệu đào tạo sơ cấp dân số y tế

Hà Nội - Năm 2011

LỜI NÓI ĐẦU

Chính sách dân số có vai trò định hướng mục tiêu, nhiệm vụ, giải pháp, hoạt động nhằm làm thay đổi xu hướng hiện tại của dân số cho phù hợp và đảm bảo cho sự phát triển kinh tế - xã hội nhanh và bền vững của toàn xã hội và của từng ngành, địa phương, cơ sở. Nắm vững lý luận và thực tiễn về các chủ trương, biện pháp, quy định, hướng dẫn của chính sách dân số sẽ giúp sinh viên sau khi ra trường có đủ kiến thức và năng lực trong việc tổ chức thực hiện có hiệu quả công tác dân số và kế hoạch hóa gia đình. Đồng thời, có đủ năng lực tham mưu cho cấp ủy Đảng, chính quyền các cấp trong việc cụ thể hóa chính sách dân số của địa phương cơ sở cho phù hợp với điều kiện của ngành, địa phương và cơ sở.

Nhằm kịp thời đáp ứng yêu cầu đào tạo đối tượng sơ cấp Dân số - Y tế, một mã ngành mới có ở Việt Nam, chúng tôi đã tiến hành biên soạn giáo trình Chính sách dân số làm tài liệu học tập cho đối tượng là sinh viên đạt trình độ chuyên môn sơ cấp dân số - y tế.

Giáo trình được biên soạn theo chương trình giảng dạy sơ cấp dân số - y tế đã được phê duyệt. Giáo trình gồm bốn bài:

Bài 1: Những vấn đề cơ bản về chính sách dân số

Bài 2: Chính sách dân số của một số nước trên thế giới

Bài 3: Chính sách dân số Việt Nam

Bài 4: Nội dung cơ bản của chính sách dân số hiện hành ở Việt Nam

Xin chân thành cảm ơn các cán bộ khoa học thuộc Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, Trung tâm Dân số và các vấn đề xã hội - Trường Đại học Kinh tế quốc dân Hà Nội và các chuyên gia dân số thuộc Quỹ dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam đã có những ý kiến đóng góp quý báu giúp chúng tôi hoàn thiện giáo trình này.

Đây là giáo trình biên soạn lần đầu dành riêng cho đối tượng trung học Dân số - Y tế, vì vậy không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong nhận được những ý kiến đóng góp quý báu của các nhà khoa học, nhà quản lý và đồng đạo bạn đọc.

Các tác giả

MỤC LỤC

	Trang
LỜI NÓI ĐẦU	ii
Bài 1. NHỮNG VẤN ĐỀ CƠ BẢN VỀ CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	1
I. KHÁI NIỆM, ĐẶC ĐIỂM VÀ VAI TRÒ CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	1
1. Khái niệm về chính sách dân số	1
2. Đặc điểm của chính sách dân số	1
3. Khái niệm hợp lý về chính sách dân số ở nước ta	2
4. Vai trò của chính sách dân số	2
II. PHẠM VI CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	2
1. Những chính sách khuyến khích sinh	2
2. Những chính sách hạn chế sinh	3
III. PHÂN LOẠI CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	4
1. Phân loại theo quá trình dân số	4
2. Phân loại theo kết quả dân số	5
3. Phân loại theo hướng tác động	5
4. Phân loại theo hình thức thể hiện	5
IV. RÀ SOÁT, KIỂM TRA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	5
1. Tự rà soát, kiểm tra	5
2. Rà soát, kiểm tra của cơ quan, người có thẩm quyền	5
3. Rà soát, kiểm tra khi nhận được yêu cầu, kiến nghị	6
V. XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	6
1. Quy trình xây dựng chính sách	6
2. Mô hình hoạch định chính sách sử dụng bằng chứng	6
3. Xây dựng chính sách dân số dựa vào yếu tố tác động	6
4. Điều kiện để ban hành chính sách	7
5. Phương pháp lựa chọn ban hành chính sách dân số.	8
VI. ĐÁNH GIÁ CHÍNH SÁCH DÂN SỐ	8
1. Khái niệm đánh giá chính sách	8
2. Phân loại đánh giá chính sách	8
Bài 2. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ CỦA MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI	9
I. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ THẾ GIỚI	9
1. Quá trình hình thành chính sách dân số thế giới	9
II. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ CỦA MỘT SỐ NƯỚC	9
1. Trung Quốc	9
2. Hàn Quốc	11
3. Singapore	13
4. Thái Lan	16
5. Indonesia	17
6. Ấn Độ	18

Bài 3. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VIỆT NAM	20
I. CHÍNH SÁCH DS-KHHGD GIAI ĐOẠN 1961-1975	20
II. CHÍNH SÁCH DS-KHHGD GIAI ĐOẠN 1975-1991	21
III. CHÍNH SÁCH DS-KHHGD ĐẾN NĂM 2000	22
IV. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2001-2010	23
1. Các quan điểm cơ bản	24
2. Mục tiêu và kết quả thực hiện mục tiêu	24
3. Các giải pháp và việc thực hiện các giải pháp	24
4. Phương thức triển khai chính sách	25
5. Tổ chức bộ máy	25
V. BÀI HỌC KINH NGHIỆM CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VIỆT NAM	25
1. Bài học thành công	25
2. Bài học của những hạn chế	26
Bài 4. NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ HIỆN HÀNH Ở VIỆT NAM	27
I. ĐIỀU CHỈNH QUY MÔ DÂN SỐ	27
1. Các quy định chung	27
2. Thực hiện gia đình ít con	28
3. Thực hiện kế hoạch hoá gia đình	29
4. Khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai	31
5. Giảm nạo, phá thai	32
II. ĐIỀU CHỈNH CƠ CẤU DÂN SỐ	32
1. Các quy định chung	32
2. Giảm mất cân bằng giới tính khi sinh	33
3. Bảo vệ các dân tộc thiểu số	34
III. PHÂN BỐ DÂN CƯ	35
1. Các quy định chung	35
IV. CHẤT LƯỢNG DÂN SỐ	36
1. Các quy định chung	36
2. Kiểm tra sức khỏe di truyền và sức khỏe trước khi kết hôn	37
V. CÁC GIẢI PHÁP	38
1. Tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số	38
2. Nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD	39

Bài 1. NHỮNG VẤN ĐỀ CƠ BẢN VỀ CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

Mục tiêu:

1. Nêu được một khái niệm, đặc điểm và vai trò của chính sách dân số
2. Nêu được lý thuyết xác định phạm vi chính sách dân số và thực tiễn vận dụng về phạm vi chính sách dân số của các nước và Việt Nam.
3. Trình bày được các cách phân loại chính sách dân số.

Nội dung:

I. KHÁI NIỆM, ĐẶC ĐIỂM VÀ VAI TRÒ CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Khái niệm về chính sách dân số

Chính sách dân số được quan niệm theo nghĩa rộng hay nghĩa hẹp tùy thuộc vào mục tiêu cần đạt được trong từng giai đoạn nhất định ở mỗi quốc gia. Có khá nhiều khái niệm về chính sách dân số, mỗi khái niệm có những đặc thù riêng, theo cách nhìn nhận riêng hoặc tùy theo tính cấp bách đối với việc điều chỉnh sự phát triển và di chuyển của dân cư. Sau đây là một số khái niệm thường gặp:

- Chính sách dân số có thể được định nghĩa như là những quy định về mặt pháp lý, những chương trình quản lý, điều hành và những hoạt động khác của Chính phủ nhằm vào việc thay thế hoặc sửa đổi xu hướng phát triển dân số trong thời điểm hiện tại có quan tâm tới lợi ích và sự sống còn của quốc gia (*International Encyclopedia of Social Sciences-Vol 11-12, 1977*).

- Chính sách dân số bao gồm các biện pháp nhằm xoá đi khoảng cách giữa tổng số những đứa trẻ thực sự sinh ra trong xã hội và số trẻ mà xã hội có thể chấp nhận (thông qua một số biện pháp đặc biệt trong việc quyết định để đạt được những mục tiêu xã hội quan trọng).

2. Đặc điểm của chính sách dân số

Phân tích các khái niệm về chính sách dân số nêu trên cho thấy những điểm không đồng nhất về bản chất của các khái niệm chính sách dân số thông qua các đặc điểm cơ bản như sau:

- Có nhiều hình thức thể hiện một chính sách dân số, nó có thể bằng một văn bản, bằng một thông báo chính thức, bằng một tuyên bố của Chính phủ, của cơ quan được ủy quyền hoặc nó có thể được phỏng đoán từ một loạt các hoạt động được công khai của Chính phủ, của cơ quan được ủy quyền.

- Có nhiều cơ quan có thẩm quyền ban hành và thực thi chính sách dân số tùy thuộc vào cơ cấu tổ chức bộ máy của mỗi quốc gia. Có thể là Chính phủ, cơ quan, tổ chức được Chính phủ ủy quyền hoặc cũng có thể là cơ quan, tổ chức của Chính phủ, phi Chính phủ tổ chức thực hiện các biện pháp công khai nhằm tác động trực tiếp, gián tiếp đến quá trình dân số hoặc có thể là các hoạt động, các hương ước, quy ước

của cộng đồng hướng vào những khía cạnh xã hội, nhưng lại có tác động đến xu hướng dân số.

3. Khái niệm hợp lý về chính sách dân số ở nước ta

Khái niệm chính sách: Chính sách là những chuẩn tắc cụ thể để thực hiện đường lối, nhiệm vụ. Chính sách được thực hiện trong một thời gian nhất định, trên những lĩnh vực cụ thể nào đó (*Từ điển Bách Khoa Việt Nam 1, trang 475, nhà xuất bản Từ điển Bách Khoa, 2000*).

Khái niệm pháp luật: Pháp luật là hệ thống các quy tắc xử sự chung do Nhà nước ban hành hoặc thừa nhận, thể hiện ý chí của giai cấp thống trị, được bảo đảm thực hiện bằng sức mạnh cưỡng chế của Nhà nước, là yếu tố bảo đảm sự ổn định và trật tự xã hội (*Lý luận chung về Nhà nước và Pháp luật, tập 1, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia*).

4. Vai trò của chính sách dân số

- Định hướng mục tiêu, nhiệm vụ, giải pháp, hoạt động theo những cơ cấu ưu tiên, khuyến khích nhân tố tích cực, hạn chế nhân tố bất lợi trong việc thực hiện mục tiêu dân số bao gồm quy mô, cơ cấu, phân bố và chất lượng dân số. Việc giải quyết mục tiêu dân số có ý nghĩa quyết định đến sự phát triển kinh tế - xã hội, bảo đảm công bằng và sự phát triển bền vững của xã hội.

- Định hướng, hướng dẫn khung pháp lý để bảo đảm hoạt động của các chủ thể trong xã hội và bảo đảm hành vi của công dân cùng hướng, góp phần ổn định và trật tự xã hội và phù hợp với bản chất, nội dung của chính sách dân số.

- Đề ra tiêu chuẩn, định mức, chế độ, cơ chế và phương thức thực hiện để điều tiết cụ thể đối với các đối tượng tham gia và đối tượng thụ hưởng phù hợp với yêu cầu và thực tế khách quan trong từng giai đoạn.

- Vai trò của cơ quan, tổ chức ban hành chính sách dân số là bảo đảm hình thức của chính sách dân số phù hợp với mục đích, mục tiêu điều chỉnh.

- Vai trò của đối tượng tiếp nhận và đối tượng tham gia tác động để thực hiện chính sách là phải chủ động thực hiện các hành vi, các mối quan hệ phù hợp với mục đích, mục tiêu và các hoạt động của chính sách dân số.

II. PHẠM VI CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Những chính sách khuyến khích sinh

- Cấm nạo phá thai hoặc chỉ cho phép nạo phá thai trong trường hợp nguy cơ tử vong của cả mẹ và thai nhi nếu tiếp tục mang thai.

- Cấm sử dụng các biện pháp tránh thai hoặc được cung cấp, sử dụng các biện pháp tránh thai, nhưng quy định các điều kiện khá chặt chẽ và như là rào cản nhằm hạn chế việc cung cấp và sử dụng biện pháp tránh thai.

- Cho phép sử dụng các biện pháp tránh thai nhưng không được tuyên truyền quảng cáo trên các phương tiện thông tin đại chúng, trên các trục đường giao thông, tại các nơi công cộng và tập trung đông người.

- Không có bất kỳ biện pháp khuyến khích sinh hoặc hạn chế sinh, nhưng việc phân phối sản phẩm và việc thực hiện chính sách xã hội tính theo số người trong hộ gia đình mang lại nhiều lợi ích thiết thực cho gia đình đông con và có tác động gián tiếp khuyến khích sinh.

- Bán các phương tiện tránh thai là bất hợp pháp hoặc cho phép bán phương tiện tránh thai, nhưng với điều kiện ràng buộc rất chặt chẽ, không thuận tiện cho việc sử dụng biện pháp tránh thai.

- Miễn, giảm thuế thu nhập cho các gia đình đông con. Mỗi quốc gia quy định đối tượng được miễn, giảm thuế thu nhập tùy theo số con cụ thể và tỷ lệ giảm thuế thu nhập tăng theo số con hiện có của mỗi gia đình.

- Các quyền lợi ưu tiên cho bà mẹ có nhiều con được các quốc gia quy định khá phong phú, từ vinh danh bà mẹ anh hùng; động viên khuyến khích tinh thần, hỗ trợ vật chất, chăm sóc sức khỏe, miễn phí dịch vụ khám thai, đỡ đẻ, được nghỉ làm việc có hưởng lương để chăm sóc con và được hưởng các điều kiện thuận lợi trong đời sống, sinh hoạt và công tác.

2. Những chính sách hạn chế sinh

2.1. Quy định về số con

- Quy định số con cụ thể của mỗi cặp vợ chồng, bắt buộc đăng ký thời gian sinh con và số con, cấp giấy phép cho các cặp vợ chồng nếu muốn sinh con.

- Quy định và thực hiện các biện pháp xử lý đối với những cặp vợ chồng sinh nhiều con, bao gồm việc xử lý kỷ luật, xử phạt vi phạm hành chính, đóng góp quỹ phúc lợi công cộng đối với tập thể, cộng đồng.

- Bất cả trẻ em nộp thuế theo đầu người. Trẻ em nằm ngoài diện số con quy định thì không được hưởng các quyền lợi như trẻ em trong diện số con quy định.

- Những cặp vợ chồng đã có đủ số con theo quy định thì bắt buộc triệt sản hoặc bắt buộc sử dụng các biện pháp tránh thai tạm thời để điều khiển sinh.

- Khuyến khích nạo, phá thai hoặc cho nạo phá thai mà không có bất kỳ điều kiện ràng buộc hoặc cho phép nạo phá thai với một số điều kiện ràng buộc.

2.2. Khuyến khích cung cấp, sử dụng biện pháp tránh thai

- Chính phủ hỗ trợ chương trình¹KHHGD tự nguyện do các cá nhân, tổ chức xã hội, tổ chức phi chính phủ triển khai thực hiện thông qua các hình thức trực tiếp (đầu tư kinh phí) hoặc gián tiếp (khuyến khích, ủng hộ, tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động trong việc tổ chức thực hiện chương trình KHHGD).

- Chính phủ hỗ trợ, ủng hộ hoặc cam kết thực hiện chương trình KHHGD thông qua việc ban hành chính sách, pháp luật, chương trình, dự án và đầu tư kinh phí, tổ chức bộ máy để thực hiện chương trình KHHGD hoặc các chương trình, dự án liên quan đến KHHGD.

- Đầu tư kinh phí, nhân lực, cơ sở vật chất, sử dụng các cơ sở y tế công cộng để làm dịch vụ KHHGD và mở rộng mạng lưới, nâng cao chất lượng dịch vụ của các

¹ Kế hoạch hóa gia đình

cơ sở công lập, ngoài công lập trong việc thực hiện chương trình KHHGD.

- Bãi bỏ quy định cấm nạo thai hoặc cho phép nạo phá thai theo nguyện vọng hoặc cho phép nạo phá thai với những điều kiện cụ thể.

- Bao cấp hoặc tạo điều kiện thuận lợi hoặc cho hưởng những ưu đãi đối với các cơ sở công lập, ngoài công lập của các tổ chức, tập thể, tư nhân tham gia cung cấp dịch vụ KHHGD.

- Khuyến khích mở rộng mạng lưới cung cấp phương tiện tránh thai và dịch vụ KHHGD thông qua việc hỗ trợ đào tạo, cấp chứng chỉ cho đội ngũ cộng tác viên, tuyên truyền viên và trả thù lao cho người cung cấp, tư vấn, theo dõi, giúp đỡ người sử dụng biện pháp tránh thai.

- Cung cấp miễn phí hoặc trợ giá phương tiện tránh thai, dịch vụ SKSS/KHHGD thông qua việc thực hiện tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai và dịch vụ SKSS/KHHGD.

- Miễn giảm thuế nhập khẩu phương tiện tránh thai và dụng cụ KHHGD. Ưu đãi về đầu tư sản xuất, đất đai, vốn, thuế kinh doanh đối với các đơn vị sản xuất kinh doanh trong nước về phương tiện tránh thai.

- Quảng cáo các thành tựu nghiên cứu ứng dụng các biện pháp tránh thai và các kỹ thuật mới trong việc thực hiện chương trình KHHGD.

2.2.4. Khuyến khích giáo dục dân số

- Khuyến khích đưa việc giáo dục dân số với những nội dung phù hợp với từng lứa tuổi vào từng lớp học, cấp học trong nhà trường phổ thông, các trường chuyên nghiệp và các trường nghiệp vụ của các ngành đoàn thể.

- Giáo dục dân số ngoài nhà trường dưới nhiều hình thức cho các nhóm đối tượng ngoài nhà trường và tổ chức sinh hoạt ngoại khóa, sinh hoạt chuyên đề cho các đối tượng trong nhà trường.

III. PHÂN LOẠI CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Phân loại theo quá trình dân số

1.1. Nhóm chính sách tác động trực tiếp tới sinh

Chính sách tác động trực tiếp đến sinh bao gồm hai mục đích là khuyến khích sinh và hạn chế sinh. Tùy theo mỗi mục đích mà đưa ra các quy định nhằm khuyến khích hay hạn chế. Các quy định về số lượng con và các trường hợp đặc biệt liên quan đến quy định số lượng con, thời gian sinh con, khoảng cách giữa các lần sinh; quy định việc mang thai, nạo phá thai; quy định việc khuyến khích, hỗ trợ các trường hợp vô sinh, sinh con theo phương pháp khoa học.

1.2. Nhóm chính sách tác động trực tiếp tới tử vong

- Chính sách chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, bao gồm cả việc rèn luyện thân thể, đặc biệt chú trọng chính sách chăm sóc sức khỏe ban đầu, tiêm chủng mở rộng, phòng chống dịch bệnh và chính sách bảo vệ, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

- Chính sách phòng chống tai nạn, đặc biệt là tai nạn giao thông, tai nạn của thiên tai, tai nạn lao động và các tai nạn thương tích đối với trẻ em. Có thể khẳng định rằng, chính sách tác động trực tiếp tới tử vong là tổng hợp các chính sách kinh tế xã hội nhằm nuôi dưỡng, phát triển và bảo vệ sự sống của con người.

2. Phân loại theo kết quả dân số

Với cách phân loại theo kết quả dân số thì có thể nhận biết được bốn kết quả về quy mô dân số, cơ cấu dân số, chất lượng dân số và phân bố dân số. Phân loại theo kết quả dân số có thể chia theo sáu nhóm chính sách là: i) chính sách điều chỉnh quy mô dân số, ii) chính sách điều chỉnh cơ cấu dân số, iii) chính sách nâng cao chất lượng dân số, iv) chính sách phân bổ lại lao động và dân số, v) chính sách điều kiện đảm bảo cho việc thực hiện chính sách dân số, Vi) chính sách kinh tế xã hội tác động gián tiếp đến kết quả dân số.

3. Phân loại theo hướng tác động

Với cách phân loại theo hướng tác động thì có thể nhận biết được sự tác động là trực tiếp hay gián tiếp đến quá trình dân số hoặc đến kết quả dân số. Phân loại theo hướng tác động có thể chia theo hai nhóm chính sách dân số là chính sách dân số trực tiếp và chính sách dân số gián tiếp.

4. Phân loại theo hình thức thể hiện

Phân loại theo hình thức thể hiện có thể có thể chia theo ba nhóm chính sách chủ yếu là: i) các văn bản quy phạm pháp luật nhằm tạo khung pháp lý trong việc điều chỉnh các hành vi, quan hệ xã hội của mỗi cá nhân, gia đình, cơ quan, tổ chức trong việc thực hiện chính sách dân số; ii) các văn bản đề ra đường lối, định hướng chiến lược, chỉ đạo việc điều chỉnh mục tiêu, giải pháp và cơ chế thực hiện chính sách dân số; iii) các văn bản quy định tiêu chuẩn, định mức, chi tiết hóa, hướng dẫn và khuyến khích việc thực hiện chính sách dân số.

IV. RÀ SOÁT, KIỂM TRA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Tự rà soát, kiểm tra

Cơ quan, tổ chức, người có thẩm quyền ban hành văn bản tổ chức tự rà soát, kiểm tra văn bản chính sách dân số do mình ban hành trước khi cơ quan, tổ chức có chức năng, thẩm quyền kiểm tra.

2. Rà soát, kiểm tra của cơ quan, người có thẩm quyền

Việc tổ chức rà soát, kiểm tra của cơ quan, tổ chức, người có thẩm quyền rà soát, kiểm tra văn bản theo chức năng, nhiệm vụ hoặc được phân công, bao gồm:

- Rà soát, kiểm tra văn bản do cơ quan, người có thẩm quyền ban hành văn bản gửi đến;

- Tổ chức đoàn tiên hành việc rà soát, kiểm tra theo chuyên đề, theo địa bàn hoặc theo ngành, lĩnh vực.

3. Rà soát, kiểm tra khi nhận được yêu cầu, kiến nghị

Mọi cơ quan, tổ chức và cá nhân khi phát hiện có dấu hiệu trái pháp luật, mâu thuẫn, chồng chéo trong quá trình thực hiện, có quyền phản ánh với cơ quan thông tin đại chúng và đề nghị cơ quan, tổ chức, người có thẩm quyền rà soát, kiểm tra và phân tích văn bản chính sách dân số đã ban hành.

V. XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Quy trình xây dựng chính sách

Xem xét, phân tích các xu hướng dân số trong quá khứ và hiện tại. Điều quan trọng nhất là phải xác định được các vấn đề về xu hướng dân số trong quá khứ và hiện tại là đang đứng ở đâu trong quá trình vận động của nó và so sánh với xu hướng dân số với quốc tế và những quốc gia có điều kiện tương đồng.

Xác định các nhân tố tác động và nguyên nhân ảnh hưởng đến các xu hướng dân số trong quá khứ và hiện tại. Việc xác định các nhân tố tác động và nguyên nhân ảnh hưởng cần được thực hiện đầy đủ, toàn diện và trong khả năng có thể, cần lượng hóa mức độ tác động của từng nhân tố và từng nguyên nhân ảnh hưởng.

2. Mô hình hoạch định chính sách sử dụng bằng chứng

2.1. Mô hình thích hợp (rational model)

Các nhà hoạch định chính sách dân số sẽ tự xác định vấn đề, sau đó sẽ thu thập thông tin và xử lý thông tin về các mục tiêu, giải pháp và hậu quả, và lựa chọn giải pháp phù hợp nhất.

2.2. Mô hình gia tăng (incremental model)

Hoạch định chính sách dân số là một quá trình gồm nhiều bước và nhiều vấn đề chi tiết, trong đó mỗi vấn đề chi tiết được đề cập một vài lần. Mỗi bước đều được đánh giá, phân tích từng vấn đề chi tiết. Vì vậy, quá trình này chịu chi phối của nhiều yếu tố, nhiều người có liên quan.

2.3. Mô hình hệ thống (networking model)

Mối quan tâm và ảnh hưởng của nhiều đối tượng khác nhau có thể ảnh hưởng tới quá trình tăng tiến. Một số những đối tác có thể tăng cường sự ảnh hưởng của mình thông qua việc thành lập những hệ thống mà các thành viên có thể xây dựng những mối quan hệ lâu dài và chứng tỏ uy tín của mình.

3. Xây dựng chính sách dân số dựa vào yếu tố tác động

3.1. Hệ thống dịch vụ dân số và các cấu phần của nó

- Tổ chức và quản lý hệ thống dịch vụ dân số bao gồm cơ cấu tổ chức bộ máy, chức năng nhiệm vụ và mối quan hệ giữa các cấu phần trong nội bộ hệ thống dịch vụ và cơ chế quản lý đối với cơ sở dịch vụ dân số và giữa cơ sở dịch vụ dân số với các cấu phần của nó.

- Nguồn nhân lực của hệ thống dịch vụ dân số bao gồm từ số lượng, trình độ chuyên môn kỹ thuật, cơ cấu ngành nghề được đào tạo và việc phân phối thu nhập của hệ thống, của các cấu phần và của từng người trong hệ thống.

- Cung cấp dịch vụ dân số. Chất lượng được thực hiện bởi sự phù hợp, thuận tiện, an toàn và duy trì được khả năng tiếp cận của người sử dụng. Việc tiếp cận được thể hiện ở sự hài lòng, phù hợp, thoải mái, tin tưởng của khách hàng.

3.2. Vai trò của xã hội công dân trong xây dựng chính sách dân số

- Sự tham gia của người dân trong việc hoạch định chính sách dân số, đặc biệt là đối với các đối tượng chịu sự điều chỉnh của chính sách dân số nhằm đáp ứng và thỏa mãn nhu cầu trong việc thực hiện chính sách dân số, đảm bảo cho sự bền vững của chính sách dân số khi được ban hành.

- Chỉ tiếp cận dựa theo quyền mà nhà hoạch định chính sách cần. Việc tiếp cận dựa theo quyền của con người thể hiện đầy đủ, rõ ràng vai trò của xã hội công dân. Các nhà hoạch định chính sách dân số phải dựa theo quyền, nhưng đưa ra những hướng dẫn, chỉ dẫn, tư vấn theo dựa theo quyền nhưng phải phù hợp với đặc điểm, hoàn cảnh cụ thể của từng người dân.

4. Điều kiện để ban hành chính sách

4.1. Tính chấp nhận được

Các nội dung, biện pháp giải quyết vấn đề, lĩnh vực trong chính sách dân số có được chấp nhận bởi các đối tượng tiếp nhận và đối tượng tham gia tác động thực hiện chính sách dân số, nó có phù hợp với các giá trị chính trị và các giá trị cá nhân đối với chính sách dân số.

4.2. Tính khả thi

- Có thực hiện được ở các khu vực, địa bàn và đối với các đối tượng tiếp nhận, đối tượng thực hiện chính sách dân số. Các nội dung, biện pháp giải quyết vấn đề, lĩnh vực đã cụ thể, rõ ràng và có phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và trình độ dân trí ở khu vực, địa bàn.

- Có đủ số lượng, chất lượng cán bộ để tổ chức thực hiện chính sách dân số. Khi xây dựng và ban hành chính sách dân số, các nhà hoạch định chính sách dân số phải dự báo được nhu cầu về số lượng và trình độ chuyên môn, kỹ thuật của cán bộ; đánh giá thực trạng số lượng và chất lượng cán bộ; xây dựng kế hoạch tuyển dụng và đào tạo cán bộ để bổ sung, thay thế đảm bảo có đủ số lượng và chất lượng cán bộ để tổ chức thực hiện chính sách dân số trên thực tiễn.

4.3. Tính hiệu quả

Các nội dung, biện pháp giải quyết vấn đề, lĩnh vực trong chính sách dân số có bảo đảm được tính hiệu quả. Tính hiệu quả được xác định thông qua mức độ tác động đến việc thực hiện mục tiêu và chi phí để thực hiện các biện pháp của chính sách dân số.

5. Phương pháp lựa chọn ban hành chính sách dân số.

Phương pháp tuyên truyền, giáo dục nhằm tạo sự nhất trí rộng rãi về sự cần thiết để giải quyết vấn đề và đầu tư kinh phí để giải quyết vấn đề dân số. Tạo được sự cam kết chính trị của các cấp ủy đảng, chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội và sự chấp nhận của các nhóm đối tượng tiếp nhận và nhóm đối tượng tham gia tác động để thực hiện chính sách dân số thông qua việc xác định lợi ích của giải quyết vấn đề và những tác động, ảnh hưởng tiêu cực nếu không giải quyết vấn đề dân số.

VI. ĐÁNH GIÁ CHÍNH SÁCH DÂN SỐ

1. Khái niệm đánh giá chính sách

Khái niệm: “Đánh giá là sự thu thập và phân tích thông tin theo nhiều chiến lược khác nhau để xác định sự thích hợp (relevance), tiến độ (progress), hiệu quả (efficiency), kết quả (effectiveness) và tác động (impact) của các hoạt động thuộc chương trình hay dự án”.

2. Phân loại đánh giá chính sách

2.1. Đánh giá nhu cầu

Đánh giá nhu cầu là nhằm xác định xem các nhu cầu đặc biệt là gì và làm cách nào tốt nhất để đáp ứng các nhu cầu đó hoặc giải quyết các nhu cầu đó.

2.2. Đánh giá tiến trình

Đánh giá tiến trình là để xác định xem chương trình đang thực hiện có tốt không và khả năng đạt mục tiêu của nó.

2.3. Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả nhằm xác định xem chương trình có đạt được các mục tiêu đề ra hay không và đạt đến mức độ nào.

2.4. Đánh giá tác động

Đánh giá tác động nhằm xác định ảnh hưởng kỳ vọng của toàn bộ chương trình hoặc một hoạt động đơn thuần nào đó, nói cách khác là cái gì sẽ xảy ra sau khi chương trình kết thúc.

Câu hỏi lượng giá

Câu hỏi 1: Hãy nêu khái niệm, đặc điểm, vai trò của chính sách dân số và phân tích những đặc điểm mang tính bản chất của chính sách dân số.

Câu hỏi 2: Trình bày phạm vi của chính sách dân số về lý thuyết và thực tiễn vận dụng, từ đó so sánh phạm vi chính sách dân số của Việt Nam với chính sách dân số của một số nước trên thế giới.

Câu hỏi 3: Hãy nêu các cách phân loại chính sách dân số và phân tích tác dụng của mỗi loại chính sách dân số.

Câu hỏi 4: Trình bày nội dung rà soát, kiểm tra chính sách dân số và làm bài tập về rà soát, kiểm tra một văn bản chính sách dân số của địa phương.

Bài 2

CHÍNH SÁCH DÂN SỐ CỦA MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

Mục tiêu:

1. Được những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số toàn diện theo Chương trình hành động quốc tế về dân số và phát triển, Cairo năm 1994.
2. Được những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số của một số nước trên thế giới.

Nội dung:

I. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ THẾ GIỚI

1. Quá trình hình thành chính sách dân số thế giới

Năm 1994, Hội nghị quốc tế về dân số và phát triển (ICPD) tại Cairô (Ai Cập). Hội nghị ICPD lần này là cuộc họp toàn cầu có ý nghĩa nhất đối với vấn đề dân số trong thế kỷ 20 về chủ đề cũng như số lượng người tham dự. Các thành viên tham dự hội nghị đã nhất trí rằng “các chương trình KHHGD và sự phát triển nhằm giảm tỷ lệ tăng dân số là hai vấn đề quan trọng đối với mỗi quốc gia”. Hơn nữa các đại biểu cũng thừa nhận rằng việc đáp ứng các nhu cầu cá nhân và gia đình là rất cần thiết cho sự đạt được các mục tiêu phát triển. Các đại biểu đã thông qua bản “chương trình hành động 20 năm thay cho văn bản tại hội nghị Buchaest và đưa ra mẫu thống nhất về chính sách dân số chung cho thế kỷ tới (với 179 nước; 4.000 tổ chức phi chính phủ; 11.000 đại biểu tham dự Hội nghị).

II. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ CỦA MỘT SỐ NƯỚC

1. Trung Quốc

Sau cách mạng thành công năm 1949, Trung Quốc xem dân số lớn như là một tài sản quốc gia và đề ra kế hoạch (1958-1960) nhằm mục tiêu sử dụng dân số không lồ để chuyển tiếp nhanh chóng từ một nền kinh tế chủ yếu là nông nghiệp sang một xã hội cộng sản hiện đại. Đồng thời, vẫn duy trì những luật lệ rất nghiêm khắc chống nạo phá thai và triệt sản. Khi nhận thấy sự phát triển kinh tế không theo kịp với nhịp độ tăng trưởng của quy mô dân số thì vấn đề dân số và KHHGD mới được đề cập một cách công khai ở Trung Quốc.

1.1. Chính sách giảm sinh

Tháng 8/1953, Hội đồng hành chính Nhà nước (Chính phủ) chỉ thị cho các cơ quan y tế cung cấp các biện pháp tránh thai theo yêu cầu và cho phép nạo phá thai. Tháng 8/1956, Bộ Y tế được giao nhiệm vụ kiểm soát sinh sản. Tuy nhiên, do ảnh hưởng của phong trào "Đại nhảy vọt" nên công tác kiểm soát dân số, kiểm soát sinh sản bị coi là thứ yếu.

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

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

1.2. Chính sách giảm tử vong

Chính sách tác động tới giảm tỷ lệ tử vong bao gồm: tăng cường điều kiện thuận lợi về y tế; nâng cao tiêu chuẩn sống (trong những năm 1980, khoảng 3-4% GDP được chi cho công tác chăm sóc sức khỏe); phòng chống bệnh tật, kiểm dịch, kiểm soát vệ sinh môi trường, vệ sinh thực phẩm, làm sạch nước uống cho 80% dân số nông thôn; rèn luyện thân thể và chăm sóc sức khỏe cộng đồng; tăng cường năng lực và áp dụng kỹ thuật hiện đại trong điều trị bệnh.

1.3. Chính sách di dân

Chính sách về di cư trong nước bao gồm di dân theo kế hoạch nhằm chuyển lao động tới các cơ sở công nghiệp, khai hoang, xây dựng các nguồn dự trữ cho sản xuất nông nghiệp. Chính sách đặc biệt quan tâm đến nhóm dân số lưu động, bao gồm các biện pháp nhằm mở rộng và đáp ứng nhu cầu vvf dịch vụ chăm sóc sức khỏe, SKSS/KHHGD.

1.4. Chính sách nâng cao chất lượng dân số

Luật Hôn nhân năm 1980 quy định những trường hợp không được kết hôn nhằm bảo đảm chất lượng nòi giống và bảo đảm chất lượng của cuộc sống hôn nhân. Những trường hợp không được kết hôn bao gồm: Có quan hệ huyết tộc trong vòng 3 đời; một trong hai người đang bị mắc bệnh hủi, đang điều trị một căn bệnh nào đó mà không có kết quả hoặc mắc bệnh mà theo khoa học y tế gây đau đớn cho người bệnh, không phù hợp với hôn nhân. Đồng thời, Luật Hôn nhân quy định trẻ em có thể mang họ của cha hoặc họ của mẹ nhằm góp phần thay đổi nhận thức và hành vi về ưa chuộng con trai, về bình đẳng giới.

1.5. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh

Dân số Trung Quốc năm 1953 là 580 triệu người, đến năm 2003 là 1,29 tỷ người, tăng thêm 708 triệu người sau nửa thế kỷ. Báo cáo điều tra nghiên cứu về kết

quả thực hiện Chiến lược phát triển dân số quốc gia lần thứ nhất đã xác định “chính sách KHHGD của Trung Quốc trong vòng 30 năm qua đã tránh được trên 400 triệu ca sinh (với các nước phát triển để hoàn thành mục tiêu này thì phải mất hơn 100 năm). Mặc dù vậy, đến năm 2010 quy mô dân số Trung Quốc là 1,36 tỷ người, lớn nhất thế giới và chiếm tới 21% dân số thế giới. Với diện tích tự nhiên là 9,6 triệu km² thì mật độ dân số là 142 người/km² năm 2010.

2. Hàn Quốc

2.1. Chính sách giảm sinh

2.1.1. Giai đoạn đầu (1961-1970)

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

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

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

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

2.1.2. Giai đoạn hai (1970-1980)

Trong những năm đầu của thập kỷ 70, mức giảm sinh của Hàn Quốc bắt đầu chậm lại. Chính phủ đã đưa thêm một số nội dung mới vào chương trình KHHGD, các chiến lược và chương trình KHHGD ngày càng đa dạng nhằm mục tiêu ổn định tỷ lệ tăng dân số hàng năm ở mức 1,5%. Các chiến lược KHHGD được xây dựng

trên hai nguyên tắc cơ bản: a) Sử dụng các cơ quan chính phủ hiện có. Chính quyền địa phương ban hành chính sách và chương trình KHHGD phù hợp với điều kiện cụ thể của địa phương; b) Đánh giá hiệu quả chương trình KHHGD bằng các phương pháp khoa học.

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

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

2.1.3. Giai đoạn ba (1981-1990)

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

2.2. Chính sách khuyến sinh

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

Năm 1996, tổng tỷ suất sinh vẫn ở mức 1,58 con tuy trước đó có tăng lên 1,8 con vào năm 1993 và sau đó lại tiếp tục giảm. Chính phủ ban hành chính sách tăng

cường chăm sóc trước sinh, sức khỏe trẻ em nhằm nâng cao chất lượng và giá trị của con trong các gia đình.

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

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

2.3. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh

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

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

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

3. Singapore

3.1. Chính sách giảm sinh

3.1.1. Cung cấp dịch vụ KHHGD

Tiếp tục mở rộng địa điểm cung ứng các dịch vụ KHHGD gắn với mạng lưới phòng khám, cơ sở y tế công chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, tạo nên mạng lưới cung cấp dịch vụ rộng khắp trong cả nước.

Cá nhân, tổ chức mong muốn tham gia “tuyên truyền, phổ biến thông tin về KHHGD” hay “bán hoặc phân phối thuốc, xúc tiến hoặc quảng cáo PTTT” phải đăng ký với Ủy ban DS-KHHGD. Hội KHHGD (trừ thời gian ngắn từ 1968 đến

1971) và Hội Y khoa thiên chúa giáo trở thành những tổ chức đăng ký ngay từ năm 1966. Những người hành nghề y dược tư nhân đã đăng ký hành nghề với Hội đồng Y khoa và được phép kê đơn, bán PTTT không phải đăng ký lại với Bộ Y tế.

3.1.2. Tuyên truyền vận động

Đẩy mạnh truyền bá thông điệp “gia đình ít con” song không đề ra quy mô bao nhiêu con. Chuẩn mực “gia đình 2 con” được thông qua năm 1972 nhằm mục tiêu giảm sinh đến mức sinh thay thế và sau đó duy trì để ổn định quy mô dân số với mức tăng trưởng bằng không. Năm 1977, khi hiện tượng mức sinh tăng lên do kết quả của bùng nổ dân số trong quá khứ, chương trình đã đưa ra thông điệp “3 khoan” (kết hôn muộn, không vội sinh con đầu lòng và giãn khoảng cách giữa hai lần sinh). Những chỉ tiêu nhân khẩu học và KHHGD được xác định bao gồm: giảm số sinh, tỷ suất sinh và khách hàng thực hiện KHHGD cần đạt được vào cuối kỳ kế hoạch 5 năm. Hầu hết các chỉ tiêu đều đạt được và vượt mức, điều quan trọng là đạt mức sinh thay thế năm 1975, trước 5 năm so với kế hoạch đề ra.

3.1.3. Chính sách khuyến khích vật chất tinh thần

Singapore có hệ thống chính sách xã hội toàn diện, chính sách khuyến khích thực hiện biện pháp triệt sản, thực hiện gia đình quy mô nhỏ và không khuyến khích gia đình nhiều con. Các chính sách này được triển khai vào năm 1969. Chính sách thưởng phạt được điều chỉnh, bổ sung qua các năm. “Mục đích cơ bản của nhiều chính sách xã hội là giảm hoặc xóa dần việc bao cấp của Chính phủ trong một số dịch vụ nhất định. Cơ sở luận cứ cho vấn đề này là các cá nhân sử dụng dịch vụ miễn phí từ ngân sách (do những người đóng thuế nộp dành để chi trả phí dịch vụ) thì người sử dụng sẽ cảm thấy phải có trách nhiệm cao hơn trong hành vi sinh sản của mình”.

Quy định về nghỉ thai sản chỉ áp dụng cho 3 lần sinh đầu (giai đoạn đầu), sau đó là hai lần sinh đầu (giai đoạn khuyến khích gia đình nhỏ), cuối cùng là áp dụng cho mọi lần sinh (giai đoạn khuyến khích sinh). Chi phí cho dịch vụ đỡ đẻ cũng tăng lên theo số con, áp dụng hạn chế giảm trừ thuế thu nhập với 3 đứa con đầu, ưu tiên đăng ký nhà ở thuộc sở hữu nhà nước đối với các gia đình có số con ít hơn, ưu tiên đăng ký học tiểu học đối với trẻ em thuộc các gia đình có 3 con trở xuống.

3.1.4. Đầu tư kinh phí

Bộ Y tế không giám sát được kinh phí thực hiện chính sách khuyến khích do rất nhiều bộ ngành quản lý. Nhiều tổ chức quốc tế và các quỹ hải ngoại khác đã hỗ trợ tài chính và hỗ trợ bằng hàng cho chương trình KHHGD, trong đó Quỹ Ford có đóng góp đáng kể cho xây dựng cơ sở hạ tầng, đào tạo và trang thiết bị cho trụ sở, nơi làm việc của chương trình KHHGD quốc gia. Sau đó chuyển thành trụ sở của Ủy ban DS-KHHGD. Hội KHHGD quốc tế (IPPF) đã hỗ trợ tài chính cho Hội KHHGD Singapore từ 77.000 đến 105.000 đô la mỗi năm trong thời kỳ 1985-1996. Nguồn lực tài chính huy động trong nước cũng đã bổ sung, số tiền viện trợ mà chương trình Singapore nhận được là nhỏ bé nếu so sánh với các nước khác.

3.2. Chính sách khuyến sinh

3.2.1. Chính sách khuyến sinh có chọn lọc

Nhân ngày kỷ niệm quốc khánh 14/8/1983, Thủ tướng Lý Quang Diệu đã đưa ra số liệu của tổng điều tra dân số 1980 cho thấy: Phụ nữ có học vấn cao không đẻ đủ số con gái thay thế mình (vì họ thường muốn sống độc thân), nhưng phụ nữ có học vấn thấp thì đẻ nhiều. Phụ nữ có trình độ văn hoá thấp hoặc chưa bao giờ đến trường trung bình có 3,5 con trong khi những người có trình độ đại học có trung bình 1,65 con; đến tuổi 35 có tới 16% phụ nữ có trình độ đại học còn độc thân. Như vậy có mối quan hệ giữa trình độ học vấn và mức sinh. Theo thủ tướng Lý Quang Diệu, hậu quả lâu dài của chênh lệch mức sinh theo trình độ học vấn sẽ làm cho đất nước suy yếu, tương lai của đất nước sẽ bị đe dọa vì những hậu quả tiêu cực về gene vì những cặp vợ chồng ít học nhất lại có nhiều con hơn cả. Thủ tướng Lý Quang Diệu đã đề ra chính sách khuyến khích phụ nữ học vấn cao kết hôn, sinh con và đề ra khẩu hiệu “nếu bạn có học vấn, bạn có nghĩa vụ kết hôn và sinh đẻ tài năng cho tương lai”.

3.2.2. Chính sách khuyến sinh toàn diện

Năm 1987, do mức sinh giảm quá nhanh và xuống mức thấp, TFR còn 1,61 con năm 1985, Chính phủ bắt đầu có chính sách dân số mới (khuyến khích sinh thay giảm sinh, chú trọng chất lượng dân số, thành lập Ủy ban Dân số quốc gia và Ban thư ký Dân số trực thuộc Thủ tướng).

Tháng 3/1987, Phó Thủ tướng Lý Hiển Long tuyên bố chính sách dân số mới với 3 mục tiêu: i) cổ vũ nhân dân thực hiện quy mô gia đình lớn hay sinh nhiều con; ii) đẩy mạnh kết hôn; iii) nhập cư hợp lý.

Các chính sách khuyến khích sinh chính thức tiếp tục được tăng cường, nhấn mạnh người có đủ khả năng nuôi dạy con tốt, có thể thực hiện quy mô gia đình từ 3 con trở lên, với thông điệp rất rõ ràng “hãy có 3 và nhiều hơn nếu có thể”. Để thực hiện mục tiêu khuyến sinh, Chính phủ ban hành nhiều chính sách tài chính và xã hội trực tiếp hỗ trợ gia đình, phụ nữ và trẻ em để khuyến khích kết hôn và sinh nhiều con, cụ thể là:

3.3. Chính sách nhập cư hợp lý.

Chính sách nhập cư có điều kiện giữ vai trò quan trọng trong lịch sử nhân khẩu học và phát triển kinh tế của Singapore. Chính sách nhập cư của Singapore nhằm tối ưu hoá các lợi ích kinh tế do dân nhập cư mang lại đồng thời hạn chế tối đa chi phí xã hội và kinh tế. Việc tăng nhanh dân số nhập cư sẽ để lại những hệ lụy về xã hội và chính trị, tuy nhiên đó là biện pháp để Singapore bổ sung lực lượng lao động, tăng thêm tiềm năng sinh sản và làm giảm bớt ảnh hưởng của dân số già hoá rất nhanh ở quốc gia đảo với quy mô dân số không lớn này. Mỗi năm dân số 65 tuổi trở lên tăng 3,7% (năm 2001, dân số 60 tuổi trở lên đạt tỷ lệ 11% tổng dân số). Dự báo, nhóm dân số già (từ 65 tuổi trở lên) sẽ gấp đôi từ 7% lên 14% tổng số dân chỉ trong 21 năm (ngắn hơn so với Nhật Bản là 26 năm) và là quốc gia được đánh giá là già hoá nhanh nhất thế giới cho tới thời điểm này.

Mục tiêu của chính sách nhập cư có điều kiện là tối ưu hóa các lợi ích kinh tế và hạn chế tối đa chi phí xã hội và kinh tế để bổ sung lực lượng lao động, tăng tiềm năng sinh sản và làm giảm bớt ảnh hưởng của dân số già hóa rất nhanh của Singapore. Chính sách cụ thể để nhập cư hợp lý là: i) đẩy mạnh nhập cư cho người tài; ii) nhập cư cho người có đóng góp cho Singapore; iii) thu hút người Singapore gốc Do thái nhập cư để tham gia xây dựng đất nước. Biện pháp thực hiện chính sách là khuyến khích kinh tế và tuyên truyền vận động (không thưởng phạt).

3.4. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh

Có thể đánh giá hiệu quả của chương trình KHHGD quốc gia bằng cách ước tính số trẻ em đã tránh sinh. Giả thiết cứ một năm sử dụng BPTT thì tránh sinh được một đứa trẻ, ước tính khoảng 25 vạn đứa trẻ đã không ra đời trong 10 năm từ 1967 đến 1976. Và chương trình đã có hiệu quả đạt được $\frac{3}{4}$ số đó, tỷ trọng đóng góp của chương trình đã tăng từ 27% (3.937 ca sinh) năm 1967 lên đến 88% (35.725 ca sinh) vào năm 1976. Trong số các phương pháp tính số ca sinh tránh được thông qua chương trình, viên uống tránh thai đóng góp nhiều nhất (gần 54% số ca sinh tránh được), sau đó là triệt sản (19%) và bao cao su (15%).

4. Thái Lan

4.1. Chính sách giảm sinh

4.1.1. Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 5 năm lần thứ 3 (1972-1976)

Mục tiêu chính sách dân số trong kế hoạch 5 năm lần thứ 3 là: i) giảm tỷ lệ phát triển dân số từ 3% xuống 2,5% vào cuối kỳ kế hoạch thông qua sự tự nguyện thực hiện KHHGD; ii) đẩy mạnh sử dụng các biện pháp tránh thai, đặc biệt chú trọng đến phụ nữ các vùng nông thôn hẻo lánh; iii) phải làm cho các dịch vụ KHHGD luôn có sẵn trong cả nước; iv) phối hợp các hoạt động KHHGD với dịch vụ y tế về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em.

4.1.2. Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 5 năm lần thứ 4 (1977-1981)

Trong kế hoạch 5 năm lần thứ 4, Chính phủ Thái Lan chủ trương mở rộng chính sách dân số bao gồm những cải cách có tính pháp lý như khuyến khích kết hôn muộn, tăng cường giáo dục dân số cho phụ nữ.

Mục tiêu đề ra trong kế hoạch 5 năm lần thứ 4 là giảm tỷ lệ phát triển dân số từ 2,5 xuống 2,1% vào cuối kỳ kế hoạch.

Để tăng cường và thúc đẩy các hoạt động KHHGD, các biện pháp đề ra chủ yếu là tăng cường sự hỗ trợ về nhân lực, tài chính và phúc lợi như: giảm trợ cấp cho trẻ em của các viên chức nhà nước có 4 con, hủy bỏ chế độ trợ cấp và nghỉ đẻ của người sinh con thứ 5. Nhà nước bắt đầu huy động các tổ chức công và tư nhân tham gia vào các hoạt động của chương trình KHHGD.

4.1.3. Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 5 năm lần thứ 5 (1982-1986)

Mục tiêu chính sách dân số trong kế hoạch 5 năm lần thứ 5 là giảm tỷ lệ phát triển dân số từ 2,1% năm 1981 xuống 1,5% vào năm 1986. Đồng thời, phân đầu vận động được 4,6 triệu người thực hiện các biện pháp tránh thai. Chương trình KHHGD

đặc biệt nhằm vào các nhóm dân cư có mức sinh cao ở các vùng chậm phát triển, hẻo lánh vùng Đông Bắc, các bộ tộc miền núi, dân theo đạo Muslim ở miền nam, dân nghèo nông thôn, khu ổ chuột.

4.1.4. Kế hoạch phát triển kinh tế xã hội 5 năm lần thứ 6 (1987-1991)

Mục tiêu chính sách dân số trong kế hoạch 5 năm lần thứ 6 là giảm tỷ lệ phát triển dân số từ 1,7% năm 1986 xuống còn 1,5% vào năm 1991 (1,3% vào năm 1992), phấn đấu có được 5,7 triệu người chấp nhận sử dụng biện pháp tránh thai. Để thực hiện mục tiêu trên, Chính phủ Thái Lan đã áp dụng các biện pháp:

4.2. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh

Hiệu quả của chương trình KHHGD của Thái Lan đã làm cho ngân sách Chính phủ tiết kiệm được 840 triệu USD trong kế hoạch 5 năm 1982-1986 và tiết kiệm xấp xỉ 2 tỷ USD trong kế hoạch 5 năm 1987-1991. Như vậy, cứ mỗi bạt chi cho chương trình KHHGD thì tiết kiệm được 40 bạt chi cho y tế, giáo dục, an sinh xã hội nhờ số sinh tránh được bình quân hàng năm khoảng 400.000 trẻ.

5. Indonesia

5.1. Chính sách giảm sinh

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

5.2. Chính sách di dân

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

5.3. Kết quả thực hiện chính sách giảm sinh..

Sau 39 năm thực hiện chương trình KHHGD (1970-2009), Indonesia đã đạt mức sinh thay thế là 2,13 con vào năm 2009 (thời gian trung bình và hợp lý để chương trình KHHGD đạt mức sinh thay thế là vào khoảng 20-30 năm theo ý kiến của các chuyên gia quốc tế) và quy mô dân số đã tăng lên gấp đôi từ 119 triệu người lên 230 triệu người. Quy mô dân số đứng hàng thứ tư trên thế giới (sau Trung Quốc, Ấn Độ, Mỹ). Tỷ lệ gia tăng dân số hàng năm là 1,2% năm 2009 (vào hàng trung

binh của thế giới). Chương trình KHHGD của Indonesia được thể hiện qua hai giai đoạn rõ rệt (tập trung nguồn kinh phí và chỉ đạo tổ chức thực hiện thống nhất của Trung ương (1970-1994) và giai đoạn phân cấp cho địa phương, nên từ đó mức sinh giảm chậm hơn) và hình như đó lại là một thành công lớn trong việc duy trì mức sinh lâu dài ở mức sinh thay thế của chính sách dân số và chương trình KHHGD mà không quốc gia nào có được.

6. Ấn Độ

6.1. Chính sách giảm sinh

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

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

Chương trình phúc lợi gia đình đã đề ra một loạt biện pháp: i) tăng tuổi kết hôn trung bình của phụ nữ trên 20 tuổi; ii) tăng cường địa vị xã hội cho phụ nữ; iii) nâng cao hơn nữa tỷ lệ biết chữ trong toàn quốc; iv) đảm bảo sống hơn nữa cho những người già cả; v) tăng cường bảo vệ và phát triển sức khỏe cho trẻ em; vi) vận động các tổ chức tự nguyện đóng góp cho chương trình KHHGD; vii) vận động các nhà lãnh đạo tuyên truyền và ủng hộ cho chương trình KHHGD; viii) đào tạo cán bộ chuyên môn nghiệp vụ cho chương trình; ix) hoàn thiện và nâng cao công tác quản lý chương trình² DS-KHHGD.

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

Giai đoạn kế hoạch	Kinh phí (triệu rupi)	Hệ số tăng
1951 – 1956	6,5	1,0
1956 – 1961	50	7,7
1961 – 1966	270	41,5
1966 - 1969	929	127,5
1969 - 1974	2528	388,9
1974 - 1980	5136	790,2
1980 - 1985	12.090	1860
1985 - 1990	32.562	5009,5

Nguồn: Kinh nghiệm CSĐSD thế giới và Việt Nam - Trung tâm Dân số, Đại học Kinh tế quốc dân Hà Nội, 10/1998, trang 18.

² Dân số - Kế hoạch hóa gia đình

6.2. Chính sách giảm tỷ lệ tử vong

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

6.3. Kết quả đạt được

Chính sách dân số của Ấn Độ là giảm tỷ lệ sinh, chết và cuối cùng là giảm tỷ lệ phát triển dân số. Tỷ lệ sinh giảm từ 41,7‰ xuống 31,5‰ vào năm 1985. Tương tự, tỷ lệ chết của giảm từ 22,8‰ năm 1961 xuống 11,6‰ cùng vào giai đoạn trên. Tỷ lệ chết của trẻ sơ sinh dưới 1 tuổi vẫn còn cao, khoảng 10,5‰. Tuổi thọ trung bình lúc sinh năm 1985 của nam là 56,7 năm, của nữ là 56,6 năm. Do Ấn Độ vẫn còn tập quán nặng nề trọng nam khinh nữ, dẫn đến tỷ lệ chết của trẻ em nữ rất cao, tuổi thọ bình quân của nữ thấp. Phụ nữ Ấn Độ lấy chồng sớm, tuổi kết hôn trung bình của nữ giai đoạn 1951-1961 là 15,53 tuổi, giai đoạn 1961-1871 tăng lên 17,1 tuổi. Tỷ lệ sinh tổng cộng đã giảm từ 5,8 con bình quân trên một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (1960-1965) xuống 4,2 con trên một người mẹ năm 1985.

Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số của Trung Quốc.

Câu 2: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số của Hàn Quốc.

Câu 3: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số của Singapore.

Câu 4: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số của Thái Lan.

Câu 5: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số của Ấn Độ.

Bài 3

CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VIỆT NAM

Mục tiêu

1. Trình bày được phạm vi, mục tiêu, đối tượng, các giải pháp cơ bản và phương pháp tổ chức thực hiện chính sách dân số qua bốn giai đoạn.
2. Nêu được bài học kinh nghiệm đã được tổng kết trong việc thực hiện chính sách dân số qua bốn giai đoạn.

Nội dung

I. CHÍNH SÁCH DS-KHHGD GIAI ĐOẠN 1961-1975

Trong giai đoạn này, đất nước tạm bị chia cắt thành hai miền nam bắc, hoà bình được tái lập ở miền bắc và hiện tượng tăng bù dân số sau chiến tranh đã xuất hiện. Chỉ trong 6 năm (1954-1960), dân số đã tăng thêm 6,34 triệu người, lớn hơn tới 1,5 lần số dân đã tăng thêm trong suốt 15 năm trước đó (từ 1939 đến 1954 số dân chỉ tăng 4,23 triệu người). Chính sách 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” và được triển khai ở các tỉnh miền bắc với những nội dung chủ yếu được Chính phủ ban hành trong ba văn bản quan trọng:

- i) Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 của Hội đồng Chính phủ về việc sinh đẻ có hướng dẫn;
- ii) Chỉ thị số 99/TTg ngày 16/10/1963 của Hội đồng Chính phủ về công tác hướng dẫn sinh đẻ;
- iii) Quyết định số 94/CP ngày 13/5/1970 của Hội đồng Chính phủ về cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch.

Mục tiêu của cuộc vận động là hướng tới quy mô gia đình 3 con, đẻ thừa, 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. Kết quả thực hiện mục tiêu trong giai đoạn này là: Tỷ lệ sinh ở các tỉnh miền Bắc đã giảm từ 43,9‰ năm 1960 xuống còn 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 còn 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.

Đối tượng vận động chủ yếu là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã đông con, những người đẻ quá dày, sức khỏe kém, sinh hoạt gặp nhiều khó khăn và trước hết là đối với nữ công nhân viên chức nhà nước, nữ trong các lực lượng vũ trang và nữ ở

các vùng đồng bằng đông dân. 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 giới hạn vào chỉ tiêu số lượng người thực hiện các biện pháp tránh thai.

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.

II. CHÍNH SÁCH DS-KHHGD GIAI ĐOẠN 1975-1991

Sau ngày thống nhất đất nước, số dân cả nước đã xấp xỉ 48 triệu người, tăng gần gấp đôi số dân năm 1955 qua 20 năm đất nước bị chia cắt. Chính sách DS-KHHGD trong giai đoạn này được triển khai trong phạm vi cả nước với những nội dung chủ yếu được Chính phủ ban hành trong 5 văn bản quan trọng nhằm đẩy mạnh hơn nữa cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch:

i) 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;

ii) 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);

iii) Quyết định số 58-HĐBT ngày 11/4/1984 của Hội đồng Bộ trưởng về việc thành lập Ủy ban quốc gia Dân số và Sinh đẻ có kế hoạch;

iv) 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;

v) Quyết định số 51-CT ngày 6/3/1989 của Chủ tịch Hội đồng Bộ trưởng về nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của Ủy ban quốc gia Dân số và Kế hoạch hoá gia đình.

Kết quả thực hiện mục tiêu trong giai đoạn này là không đạt chỉ tiêu theo quyết tâm và sự kỳ vọng đã đặt ra: 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 47,64 triệu người năm 1975, tăng lên 67,24 triệu người năm 1991, tăng gấp 1,41 lần so với số dân năm 1975.

Đối tượng vận động thực hiện chính sách DS-KHHGD được mở rộng đối với toàn bộ phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, cả nam giới có vợ trong tuổi sinh đẻ và phải giải thích cho các bậc phụ lão hiểu rõ để ủng hộ. Phạm vi thực hiện chính sách sinh đẻ có kế hoạch được mở rộng cho toàn quốc, khu vực thành thị và khu vực nông thôn, có

nhân mạnh đối tượng là công nhân viên chức nhà nước, lực lượng vũ trang và ở vùng đồng bằng đông dân.

III. CHÍNH SÁCH DS-KHHGD ĐẾN NĂM 2000

Năm 1991 là năm đánh dấu sự 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. Năm có một tổ chức bộ máy chuyên trách lần đầu tiên trong lịch sử công tác DS-KHHGD. Trong giai đoạn này, chính sách DS-KHHGD được thể hiện trong 7 văn bản quan trọng:

i) Nghị định số 193-HĐBT ngày 19/6/1991 của Hội đồng Bộ trưởng về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, tổ chức bộ máy và chế độ làm việc của Ủy ban Quốc gia DS-KHHGD;

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

iii) 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;

iv) 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;

v) Nghị định số 42/CP ngày 21/6/1993 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, tổ chức bộ máy và lề lối làm việc của Ủy ban Quốc gia DS-KHHGD;

vi) Chỉ thị số 50-CT-TW ngày 6/3/1995 của Ban bí thư Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam về việc đẩy mạnh thực hiện Nghị quyết số 04-NQ/HNTW;

vii) Chỉ thị số 37/TTg ngày 17/1/1997 của Thủ tướng Chính phủ về đẩy nhanh thực hiện 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” (*Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VII, NXB Sự thật, Hà nội -1991, trang 76*).

Tổ chức bộ máy bao gồm 2 tầng là tầng lãnh đạo, điều phối và tầng tham mưu chuyên trách: i) Tầng cơ quan lãnh đạo, điều phối là đại diện lãnh đạo các bộ, ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội có liên quan và do một Bộ trưởng là chủ nhiệm chuyên trách và ii) Tầng cơ quan tham mưu chuyên trách được chia thành các vụ, đơn vị chuyên môn nghiệp vụ, được tăng cường cả về số lượng và chất lượng cán bộ, được hoạt động theo một quy chế với chức năng, nhiệm vụ và sự phối hợp công tác rõ ràng.

Có thể khẳng định rằng, chính sách DS-KHHGD trong giai đoạn này đánh dấu sự biến đổi cơ bản của công tác DS-KHHGD về nội dung, cách làm, kinh phí và tổ chức bộ máy. Lần đầu tiên Đảng cộng sản Việt Nam có Nghị quyết chuyên đề về chính sách DS-KHHGD. Kết quả thực hiện chính sách dân số cũng đạt tới đỉnh cao, cuộc vận động "Dừng ở hai con để nuôi và dạy cho tốt" đã thực sự lan rộng và được đông đảo quần chúng nhân dân hưởng ứng, minh chứng cho hành vi và thái độ chấp

nhận quy mô gia đình nhỏ. Nếu tỷ lệ sinh giảm bình quân 0,71‰ giai đoạn 1961-1975 và giảm 0,19‰ giai đoạn 1975-1991 và gần như không giảm trong những năm 1985-1992, thì từ khi thực hiện Nghị quyết số 04-NQ/HNTW, tức là từ năm 1993 đến năm 2000, tỷ lệ sinh giảm rất nhanh, trung bình mỗi năm giảm 1,35‰ (là giai đoạn thực hiện thành công chính sách dân số ở nước ta, đạt thành tích cao so với các nước trên thế giới, được Liên hiệp quốc tặng giải thưởng về dân số). Tốc độ gia tăng dân số quá nhanh đã cơ bản được kiềm chế.

IV. CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2001-2010

Bước vào thế kỷ 21, khi mức sinh đã tiến gần mức sinh thay thế, muốn duy trì vững chắc kết quả này thì không thể chỉ tập trung giải quyết vấn đề quy mô dân số mà phải giải quyết toàn diện vấn đề dân số. Chính sách DS-KHHGD trong giai đoạn này thể hiện trong 18 văn bản quan trọng:

i) Quyết định số 147/2000/QĐ-TTg ngày 22/12/2000 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010;

ii) Chỉ thị số 10/2001/CT-TTg ngày 4/5/2001 của Thủ tướng Chính phủ về việc triển khai thực hiện Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010;

iii) Nghị định số 94/2002/NĐ-CP ngày 11/11/2002 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em;

iv) Pháp lệnh Dân số số 06/2003/PL-UBTVQH11 ngày 9/1/2003 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội;

v) Nghị định số 12/2003/NĐ-CP ngày 12/2/2003 của Chính phủ về sinh con theo phương pháp khoa học;

vi) Nghị định số 104/2003/NĐ-CP ngày 16/9/2003 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Dân số;

vii) Quyết định số 190/2003/QĐ-TTg ngày 16/9/2003 của Thủ tướng Chính phủ về chính sách di dân thực hiện quy hoạch, bố trí dân cư giai đoạn 2003-2010;

viii) Nghị quyết số 47-NQ/TW ngày 22/3/2005 của Bộ Chính trị về tiếp tục đẩy mạnh thực hiện chính sách DS-KHHGD;

ix) Quyết định số 09/2006/QĐ-TTg ngày 10/1/2006 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW;

x) Nghị định số 114/2006/NĐ-CP ngày 3/10/2006 của Chính phủ quy định xử phạt vi phạm hành chính về dân số và trẻ em;

xi) Quyết định số 240/2006/QĐ-TTg ngày 25/10/2006 của Thủ tướng Chính phủ về việc thực hiện chế độ bảo hiểm y tế tự nguyện đối với cán bộ dân số, gia đình và trẻ em ở xã, phường, thị trấn;

xii) Chỉ thị số 13/2007/CT-TTg ngày 6/6/2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc tăng cường thực hiện Chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW;

xiii) Quy định số 94-QĐ/TW ngày 15/10/2007 của Ban chấp hành Trung ương về xử lý kỷ luật đảng viên vi phạm;

xiv) Quyết định số 18/2008/QĐ-TTg ngày 29/01/2008 của Thủ tướng Chính phủ Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình;

xv) Thông báo kết luận của Ban bí thư số 160-TB/TW ngày 4/6/2008 về tình hình thực hiện chính sách DS-KHHGD và một số giải pháp cấp bách;

xvi) Chỉ thị số 23/2008/CT-TTg ngày 4/8/2008 của Thủ tướng Chính phủ về việc tiếp tục đẩy mạnh công tác DS-KHHGD;

xvii) Pháp lệnh số 08/2008/UBTVQH12 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội về sửa đổi Điều 10 của Pháp lệnh Dân số;

xviii) Kết luận số 44-KL/TW ngày 1/4/2009 của Bộ Chính trị về kết quả 3 năm thực hiện Nghị quyết số 47-NQ/TW.

xix) Nghị định số 20/2010/NĐ-CP ngày 8/3/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 của PHÁP lệnh Dân số.

1. Các quan điểm cơ bản

Nghị quyết đại hội Đảng lần thứ IX xác định: “Chính sách dân số nhằm chủ động kiểm soát quy mô và tăng chất lượng dân số phù hợp với những yêu cầu phát triển kinh tế - xã hội. Nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - kế hoạch hoá gia đình; giải quyết tốt mối quan hệ giữa phân bố dân cư hợp lý với quản lý dân số và phát triển nguồn nhân lực” (*Văn kiện Đại hội Đảng lần thứ IX, NXB chính trị quốc gia, Năm 2001, Trang 107*).

2. Mục tiêu và kết quả thực hiện mục tiêu

Mục tiêu tổng quát của chính sách dân số là “Thực hiện gia đình ít con, khoẻ mạnh, tiến tới ổn định quy mô dân số ở mức hợp lý để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc; nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao đáp ứng nhu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững đất nước”. Mục tiêu cụ thể là “Duy trì xu thế giảm sinh một cách vững chắc để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc chậm nhất vào năm 2005, ở vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo chậm nhất vào năm 2010 để quy mô dân số, cơ cấu dân số và phân bố dân cư phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội vào năm 2010; nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần, phấn đấu đạt chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình tiên tiến thế giới vào năm 2010”.

3. Các giải pháp và việc thực hiện 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, KHHGD; 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.

Hệ thống cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD công cộng được củng cố và phát triển, đồng thời triển khai các mô hình cung cấp dịch vụ đến từng hộ gia đình và người sử dụng. Các cơ sở cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD công cộng được đầu tư nâng cấp về cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ KHHGD và nâng cao trình độ cho đội ngũ cán bộ kỹ thuật, đảm bảo cho các nhóm đối tượng dễ tiếp cận, thuận tiện, an toàn với dịch vụ SKSS, KHHGD. Một số mô hình cung cấp dịch vụ linh hoạt được triển khai và mở rộng nhằm đáp ứng nhu cầu người sử dụng như tiếp thị xã hội, phân phối dựa vào cộng đồng, dựa vào đội ngũ cán bộ và cộng tác viên dân số cấp xã phường, đội dịch vụ KHHGD lưu động.

4. Phương thức triển khai chính sách

Phương thức triển khai thực hiện chính sách dân số thông qua chương trình mục tiêu quốc gia DS-KHHGD trong mỗi thời kỳ kế hoạch 5 năm. Chương trình mục tiêu giai đoạn 2001-2005 bao gồm 9 dự án phần là i) truyền thông giáo dục thay đổi hành vi, ii) chiến dịch lồng ghép truyền thông với cung cấp dịch vụ SKSS/KHHGD đến vùng khó khăn, iii) nâng cao chất lượng dịch vụ KHHGD, iv) đảm bảo hậu cần và tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai, v) xây dựng chính sách và nâng cao năng lực quản lý, vi) nâng cao chất lượng hệ thống tin quản lý chuyên ngành, vii) nâng cao chất lượng dân số, viii) lồng ghép DS-KHHGD với phát triển gia đình bền vững và ix) đầu tư xây dựng các cơ sở tư vấn truyền thông và cơ sở dữ liệu dân cư. Chương trình mục tiêu giai đoạn 2006-2010 bao gồm 6 dự án thành phần là i) truyền thông giáo dục thay đổi hành vi, ii) nâng cao chất lượng dịch vụ KHHGD, iii) đảm bảo hậu cần và tiếp thị xã hội các phương tiện tránh thai, iv) nâng cao năng lực quản lý, v) nâng cao chất lượng hệ thống tin quản lý chuyên ngành, vi) nâng cao chất lượng dân số.

5. Tổ chức bộ máy

Tổ chức bộ máy làm công tác DS-KHHGD trong giai đoạn này luôn có sự biến động và không ổn định từ trung ương đến cơ sở. Giai đoạn 2001-2002 là Ủy ban quốc gia DS-KHHGD, giai đoạn 2002-2007 là Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em trên cơ sở hợp nhất hai Ủy ban có cùng chức năng điều phối về lĩnh vực dân số với lĩnh vực trẻ em và bổ sung thêm lĩnh vực gia đình. Từ năm 2007 đến nay là Tổng cục DS-KHHGD thuộc Bộ Y tế thực hiện chức năng quản lý nhà nước về DS-KHHGD.

V. BÀI HỌC KINH NGHIỆM CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ VIỆT NAM

1. Bài học thành công

- Tiếp tục phát huy 10 bài học kinh nghiệm thành công trong công tác DS-KHHGD: i) Mục tiêu và giải pháp của chính sách dân số phù hợp với nguyện vọng của đông đảo quần chúng; ii) Sự cam kết chính trị và vai trò lãnh đạo của cấp ủy Đảng và chính quyền các cấp; iii) Có tổ chức bộ máy chuyên trách thực hiện quản lý và điều phối hoạt động đồng bộ; iv) Huy động sự tham gia đông đảo của các ngành, đoàn thể; v) Truyền thông chuyển đổi hành vi đến từng đối tượng và đến tận hộ gia đình; vi) Cung cấp dịch vụ SKSS/KHHGD thuận tiện và an toàn; vii) Xã hội hóa công tác DS-KHHGD được đẩy mạnh và từng bước mở rộng phù hợp với quá trình

phát triển; viii) Kinh phí dân tăng lên và được quản lý theo chương trình mục tiêu (phương thức quản lý có hiệu quả); ix) Có đội ngũ cán bộ nhiệt tình được đào tạo chuyên môn nghiệp vụ; x) Hợp tác quốc tế và nghiên cứu phục vụ quản lý điều hành chương trình DS-KHHGD.

- Tổ chức thực hiện có hiệu quả Nghị quyết 04/NQ/TW nhờ đó đã đạt được những thành tựu được cộng đồng quốc tế ghi nhận. Năm 1999 Việt Nam đã được tặng giải thưởng dân số của Liên Hợp Quốc.

- Tổ chức thực hiện một số giải pháp quyết liệt, ngăn chặn những sóng gió do việc ban hành Pháp lệnh Dân số thiếu chặt chẽ năm 2003 và việc sắp xếp lại tổ chức bộ máy hành chính Nhà nước năm 2002 và 2007.

2. Bài học của những hạn chế

- Nền kinh tế còn nghèo, trình độ dân trí thấp và tâm lý tập quán muốn có nhiều con và phải có con trai còn rất nặng nề.

- Chưa kịp thời định hướng điều chỉnh chính sách thích ứng với từng vùng mức sinh; một số cấp ủy đảng chính quyền chưa nhận thức đầy đủ tầm quan trọng, ý nghĩa chiến lược của công tác DS-KHHGD, chưa quan tâm đúng mức, có nơi, có lúc đã chủ quan thỏa mãn với kết quả đạt được; việc nói lỏng nhanh chóng một số biện pháp hành chính đã tác động tiêu cực đến phong trào thực hiện KHHGD trong những năm qua.

- Các giải pháp nâng cao chất lượng dân số chưa đồng bộ, thiếu cụ thể. Mỗi Bộ, ngành, địa phương giải quyết theo từng lĩnh vực và thực hiện một hoặc một số chỉ báo kiểm định chất lượng dân số, nhưng lại chưa có hệ thống chỉ báo kiểm định mục tiêu nâng cao chất lượng dân số của quốc gia. Cơ quan DS-KHHGD còn quá tập trung vào thực hiện mục tiêu giảm sinh, nên trong giai đoạn 2001-2010 còn trong giai đoạn nghiên cứu, thử nghiệm một số mô hình nâng cao chất lượng dân số và chưa đủ cơ sở triển khai mở rộng.

- Tổ chức bộ máy luôn thay đổi, chưa ổn định; truyền thông chuyển đổi hành vi chưa phù hợp với từng nhóm đối tượng và chưa kịp thời định hướng dư luận xã hội trước tình hình biến động phát sinh; đầu tư nguồn lực chưa đáp ứng yêu cầu, cơ chế quản lý chưa phù hợp với tính chất đặc thù của công tác DS-KHHGD.

- Việc lựa chọn một số chỉ báo kiểm định mục tiêu trong chiến lược dân số 2001-2010 là chưa phù hợp với phạm vi điều chỉnh, việc xác định giá trị một số chỉ báo đến năm 2010 thiếu căn cứ và mang tính chất chủ quan.

Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Hãy trình bày phạm vi, mục tiêu, đối tượng, giải pháp cơ bản và phương pháp tổ chức thực hiện chính sách dân số trong giai đoạn 1961-1975.

Câu 2: Hãy trình bày phạm vi, mục tiêu, đối tượng, giải pháp cơ bản và phương pháp tổ chức thực hiện chính sách dân số trong giai đoạn 1976-1990.

Câu 3: Hãy trình bày phạm vi, mục tiêu, đối tượng, giải pháp cơ bản và phương pháp tổ chức thực hiện chính sách dân số trong giai đoạn 1991-2000.

Câu 4: Hãy trình bày phạm vi, mục tiêu, đối tượng, giải pháp cơ bản và phương pháp tổ chức thực hiện chính sách dân số trong giai đoạn 2001-2010.

Câu 5: Hãy nêu những bài học kinh nghiệm đã được tổng kết trong việc thực hiện chính sách dân số qua bốn giai đoạn.

Bài 4

NỘI DUNG

CƠ BẢN CỦA CHÍNH SÁCH DÂN SỐ HIỆN HÀNH Ở VIỆT NAM

Mục tiêu :

1. Trình bày được những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân số và chất lượng dân số.

2. Trình bày được những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số và nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình.

Nội dung :

I. ĐIỀU CHỈNH QUY MÔ DÂN SỐ

1. Các quy định chung

1.1. Mục đích, mục tiêu điều chỉnh quy mô dân số

Mục đích điều chỉnh quy mô dân số là “Nhà nước điều chỉnh quy mô dân số phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội, tài nguyên, môi trường” (*Khoản 1 Điều 8 PLDS*).

Trong hiện tại và tương lai, để quy mô dân số phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội, tài nguyên, môi trường và bảo đảm cho sự phát triển bền vững thì phải phấn đấu đạt và duy trì mức sinh thay thế để quy mô dân số ổn định khoảng 115 triệu người vào giữa nửa đầu của thế kỷ XXI.

1.2. Nội dung điều chỉnh quy mô dân số

Biện pháp điều chỉnh quy mô dân số là thông qua các chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội, chăm sóc SKSS³, KHHGD để điều chỉnh mức sinh và ổn định quy mô dân số ở mức hợp lý (*trích Khoản 1 Điều 8 PLDS*). Hai biện pháp là:

Xây dựng, tổ chức thực hiện các chương trình, dự án, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội, xoá đói, giảm nghèo, nâng cao đời sống vật chất và tinh thần của nhân

³ Sức khỏe sinh sản.

dân, góp phần điều chỉnh quy mô dân số phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội trong từng thời kỳ (*Khoản 1 Điều 13 ND104*).

Xây dựng, tổ chức thực hiện các chương trình, dự án, kế hoạch về chăm sóc SKSS, KHHGD để xây dựng gia đình ít con, duy trì vững chắc mức sinh thay thế để ổn định quy mô dân số hợp lý (*Khoản 2 Điều 13 ND104*).

Phát triển kinh tế - xã hội là biện pháp tất yếu để người dân chủ động kiểm soát sinh sản, tăng tuổi thọ, lựa chọn nơi cư trú phù hợp. Đối với các nước đang phát triển thì cần xây dựng và tổ chức thực hiện chương trình, dự án chăm sóc SKSS, KHHGD nhằm nâng cao nhận thức, sự hiểu biết và kỹ năng kiểm soát sinh sản để rút ngắn thời gian đạt mục tiêu là sớm ổn định quy mô dân số.

1.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Các chủ thể chịu trách nhiệm điều chỉnh quy mô dân số bao gồm: i) Nhà nước có trách nhiệm xây dựng và hướng dẫn đường lối, chủ trương, pháp luật, chính sách, quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và chăm sóc SKSS, KHHGD; ii) Cơ quan, tổ chức có trách nhiệm xây dựng và tổ chức thực hiện các chương trình, dự án, kế hoạch về phát triển kinh tế - xã hội và chăm sóc SKSS, KHHGD; iii) Gia đình, cá nhân có trách nhiệm thực hiện các quy định cụ thể về phát triển kinh tế - xã hội, SKSS, KHHGD mà trách nhiệm trọng tâm là thực hiện gia đình ít con, mỗi cặp vợ chồng chỉ có một hoặc hai con.

Trách nhiệm của cơ quan, tổ chức là “Trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình, cơ quan, tổ chức chịu trách nhiệm đối với các chương trình, dự án về chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình. Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các cấp chịu trách nhiệm đối với các chương trình, dự án về chăm sóc SKSS, KHHGD trên địa bàn địa phương” (*Khoản 2 Điều 8 PLDS*).

2. Thực hiện gia đình ít con

2.1. Mục đích, mục tiêu điều chỉnh gia đình ít con

Mục đích điều chỉnh gia đình ít con cho phù hợp xây dựng gia đình no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và phù hợp với quy mô, tốc độ tăng dân số hợp lý để phát triển xã hội phồn vinh, thịnh vượng.

Mục tiêu thực hiện gia đình ít con được xác định cho từng giai đoạn, cụ thể là: Mỗi cặp vợ chồng chỉ nên có từ một đến hai con (*trích Khoản 1 Điều 43 Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989*); 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 (*trích Mục B Phần II Nghị quyết số 04-NQ/HNTW*); Thực hiện gia đình ít con, khoẻ mạnh và Duy trì xu thế giảm sinh một cách vững chắc để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc chậm nhất vào năm 2005, ở vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo chậm nhất vào năm 2010 (*trích Khoản 2 Điều 1 Quyết định số 147/2000/QĐ-TTg*); Duy trì mỗi cặp vợ chồng có một hoặc hai con (*trích Điều 4 Nghị định số 104/2003/NĐ-CP*); Nhanh chóng đạt mức sinh thay thế (trung bình mỗi cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ có hai con) (*trích Khoản 1 Mục B Phần II Nghị quyết số 47-NQ/TW*).

2.2. Nội dung điều chỉnh gia đình ít con

Chuẩn mực hiện tại của kế hoạch hóa gia đình là phụ nữ sinh con trong độ tuổi từ 22 đến 34, khoảng cách giữa các lần sinh là 3-5 năm, mỗi cặp vợ chồng có từ 1 đến 2 con và được lựa chọn, sử dụng biện pháp tránh thai theo nguyện vọng. Vì vậy, nội dung điều chỉnh gia đình ít con là một bộ phận của nội dung điều chỉnh về KHHGD.

Ba biện pháp cơ bản điều chỉnh gia đình ít con là: Tuyên truyền, tư vấn, giúp đỡ, bảo đảm để mỗi cá nhân, cặp vợ chồng chủ động, tự nguyện thực hiện kế hoạch hoá gia đình; Cung cấp các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình bảo đảm chất lượng, thuận tiện, an toàn và đến tận người dân; Khuyến khích lợi ích vật chất và tinh thần, thực hiện các chính sách bảo hiểm để tạo động lực thúc đẩy việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình sâu rộng trong nhân dân (*Khoản 2 Điều 9 PLDS*).

Nhà nước, xã hội, gia đình và công dân có trách nhiệm bảo vệ, chăm sóc bà mẹ và trẻ em, thực hiện chương trình dân số và kế hoạch hoá gia đình (*trích Điều 40 Hiến pháp năm 1992 được sửa đổi, bổ sung năm 2001*).

Lãnh đạo Đảng, chính quyền các cấp phải xử lý nghiêm những cán bộ, đảng viên vi phạm chính sách DS-KHHGD. Việc thực hiện chính sách DS-KHHGD là một tiêu chuẩn để xem xét đề bạt, giới thiệu tham gia cơ quan đảng, cơ quan dân cử, chính quyền và đoàn thể ở các cấp (*trích Khoản 1 Chỉ thị 50-CT/TW*).

3. Thực hiện kế hoạch hoá gia đình

3.1. Mục đích, mục tiêu của kế hoạch hoá gia đình

Pháp luật về dân số quy định “Kế hoạch hoá gia đình là biện pháp chủ yếu để điều chỉnh mức sinh góp phần bảo đảm cuộc sống no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc” (*Khoản 1 Điều 9 PLDS*). Như vậy, mục đích của KHHGD là nhằm điều chỉnh mức sinh, góp phần xây dựng cuộc sống ấm no, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.

- Mục đích chăm sóc SKSS, KHHGD là: "Bảo đảm các điều kiện để cá nhân, cặp vợ chồng thực hiện mục tiêu chính sách dân số; phụ nữ sinh con trong độ tuổi từ hai mươi hai tuổi đến ba mươi lăm tuổi; lựa chọn khoảng cách giữa các lần sinh từ ba năm đến năm năm; sử dụng biện pháp tránh thai phù hợp điều kiện kinh tế, sức khỏe, tâm lý và các điều kiện khác của mỗi cá nhân, cặp vợ chồng" (*Khoản 1 Điều 14*).

Chuẩn mực của KHHGD được xây dựng và tổ chức thực hiện từ Nghị quyết số 04-NQ/HNTW đến nay và tiếp tục là chuẩn mực của KHHGD trong thời gian tới là "Phụ nữ sinh con trong độ tuổi từ 22 đến 35, khoảng cách giữa các lần sinh con là từ 3 đến 5 năm, mỗi cặp vợ chồng chỉ có 1 hoặc 2 con". Đó là chuẩn mực khoa học và thực tiễn phù hợp với hoàn cảnh kinh tế - xã hội của đất nước và phù hợp với nhu cầu, nguyện vọng của nhân dân, nên được nhân dân đồng tình, ủng hộ và thực hiện đạt kết quả cao.

3.2. Nội dung điều chỉnh việc thực hiện KHHGD

Mọi người có trách nhiệm thực hiện kế hoạch hóa gia đình, có quyền lựa chọn biện pháp sinh đẻ theo nguyện vọng. Mỗi cặp vợ chồng chỉ nên có từ 1 đến 2 con. Nhà nước có chính sách, biện pháp khuyến khích và tạo điều kiện cần thiết cho mọi người thực hiện kế hoạch hóa gia đình. Các cơ sở y tế chuyên khoa phụ sản của Nhà nước, tập thể và tư nhân phải thực hiện yêu cầu của mọi người về việc lựa chọn biện pháp sinh đẻ có kế hoạch theo nguyện vọng. Các cơ quan y tế, văn hóa, giáo dục, thông tin đại chúng và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền, giáo dục kiến thức về dân số và kế hoạch hóa gia đình cho nhân dân. Nghiêm cấm hành vi gây trở ngại hoặc cưỡng bức trong việc thực hiện kế hoạch hóa gia đình (*Điều 43 Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989*).

Nghiêm cấm các hành vi cản trở, cưỡng bức việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình (*Khoản 1 Điều 7 PLDS*). Các hành vi cản trở, cưỡng bức thực hiện kế hoạch hóa gia đình bị nghiêm cấm, bao gồm: Đe dọa, xúc phạm danh dự, nhân phẩm; xâm phạm thân thể người sử dụng biện pháp tránh thai, người sinh toàn con trai hoặc toàn con gái. Ép buộc, áp đặt sử dụng biện pháp tránh thai, mang thai, sinh sớm, sinh dày, sinh nhiều con, sinh con trai, con gái. Gây khó khăn cho người tự nguyện sử dụng biện pháp tránh thai (*Điều 9 ND104*).

Ba biện pháp thực hiện kế hoạch hoá gia đình là: Tuyên truyền, tư vấn, giúp đỡ, bảo đảm để mỗi cá nhân, cặp vợ chồng chủ động, tự nguyện thực hiện kế hoạch hoá gia đình; Cung cấp các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình bảo đảm chất lượng, thuận tiện, an toàn và đến tận người dân; Khuyến khích lợi ích vật chất và tinh thần, thực hiện các chính sách bảo hiểm để tạo động lực thúc đẩy việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình sâu rộng trong nhân dân (*Khoản 2 Điều 9 PLDS*).

Ba biện pháp quy định trên là việc cụ thể hoá NQTW4 đã chỉ ra là “Giải pháp cơ bản để thực hiện công tác DS-KHHGD là vận động, tuyên truyền và giáo dục, gắn liền với đưa dịch vụ KHHGD đến tận người dân; có chính sách mang lại lợi ích trực tiếp cho người chấp nhận gia đình ít con, tạo động lực thúc đẩy phong trào quần chúng thực hiện KHHGD”.

3.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện các chương trình, dự án về KHHGD; ưu tiên đối với vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, người nghèo, người có hoàn cảnh khó khăn và người chưa đến tuổi thành niên (*Khoản 3 Điều 9 PLDS*).

Quyền và nghĩa vụ của công dân trong việc thực hiện KHHGD bao gồm: được cung cấp thông tin về dân số; được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng, thuận tiện, an toàn và được giữ bí mật theo quy định của pháp luật; lựa chọn các biện pháp CSSKSS, KHHGD và nâng cao chất lượng dân số; thực hiện KHHGD, xây dựng quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững (*trích Điều 4 PLDS*).

Quyền của mỗi cặp vợ chồng và cỏ nhõn trong việc thực hiện KHHGD là: Quyết định về thời gian sinh con, số con và khoảng cách giữa các lần sinh phù hợp với quy mô gia đõnh ốt con, mục tiờu phõn triển kinh tế - xõ hội và chõnh sõch đõn số của Nhà nước trong từng giai đoạn, phù hợp với lứa tuổi, tõnh trạng sức khỏe, điều kiện học tập, lao động, công tác, thu nhập và nuôi dạy con của cặp vợ chồng, cá nhân trên cơ sở bình đẳng; Lựa chọn, sử dụng biện pháp tránh thai phù hợp với điều kiện kinh tế, sức khỏe, tâm lý và cỏc điều kiện khác; Được cung cấp thông tin và dịch vụ về kế hoạch hoá gia đõnh (*trích Khoản 2 Điều 17 ND104*).

Như vậy, Đảng viên, cán bộ, công chức nhà nước ngoài việc phải gương mẫu thực hiện các nghĩa vụ thực hiện KHHGD để nhân dân noi theo thì còn phải thực hiện các nghị quyết của Đảng, Chỉ thị 50-CT-TW của Ban bí thư, pháp lệnh cán bộ, công chức và các quy định của pháp luật có liên quan. Các thành viên của cơ quan, tổ chức, đoàn thể, cộng đồng phải thực hiện các quy chế, điều lệ, quy ước, hương ước hoặc các hình thức khác quy định về dân số.

4. Khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai

4.1. Mục đích, mục tiêu khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai

Khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai để ngăn chặn có thai ngoài ý muốn nhằm chủ động về thời gian sinh con, số con sinh và khoảng cách giữa các lần sinh phù hợp với điều kiện, hoàn cảnh cụ thể, giảm nạo phá thai.

4.2. Nội dung điều chỉnh khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai

4.2.1. Điều kiện đối với người sử dụng biện pháp tránh thai

Người sử dụng biện pháp tránh thai có ba điều kiện là: Tự nguyện sử dụng biện pháp tránh thai; Có hiểu biết và nhận thức về biện pháp tránh thai; Không có chống chỉ định về y tế (*Điều 21 ND104*).

4.2.2. Chế độ chính sách khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai

Khuyến khích về tinh thần và thù lao về vật chất cho những người vận động và làm dịch vụ kế hoạch hoá gia đình (*trích khoản 6 Mục C phần II NQTW4*).

Đối tượng có đăng ký sử dụng biện pháp tránh thai lâm sàng được miễn phí dịch vụ, thuốc thiết yếu tại các cơ sở y tế công lập. Định mức thuốc thiết yếu, các vật liệu tiêu hao và chi phí kỹ thuật thực hiện theo Quyết định số 06/2009/QĐ-BYT, ngày 26/6/2009 của Bộ Y tế.

Định mức thuốc thiết yếu và các vật liệu tiêu hao để phòng chống nhiễm khuẩn trong các thủ thuật SKSS, KHHGD phải được phổ biến rộng rãi, thông báo công khai tại các cơ sở dịch vụ SKSS, KHHGD để khách hàng tham gia giám sát và nhận đủ số lượng, đúng các loại thuốc thiết yếu theo định mức.

4.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Cung cấp đầy đủ, kịp thời dụng cụ, phương tiện theo yêu cầu của người sử dụng. Từng bước đa dạng hóa các biện pháp tránh thai, bảo đảm chất lượng, hiệu

quả, an toàn và thuận tiện. Đặc biệt tăng tỷ lệ nam giới chấp nhận và sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (*trích Khoản 5 Mục C Phần II NQTW4*).

Mỗi cặp vợ chồng và cá nhân có quyền “Lựa chọn, sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình” và có nghĩa vụ “Sử dụng các biện pháp tránh thai” (*trích Điều 10 PLDS*).

Mỗi cặp vợ chồng và cá nhân có quyền “lựa chọn, sử dụng biện pháp tránh thai phù hợp với điều kiện kinh tế, sức khỏe, tâm lý và các điều kiện khác” và có nghĩa vụ “sử dụng biện pháp tránh thai, thực hiện kế hoạch hóa gia đình” (*trích Điều 17 ND104*).

5. Giảm nạo, phá thai

5.1. Mục đích, mục tiêu giảm nạo, phá thai

Mục đích giảm nạo phá thai nhằm bảo vệ sức khỏe phụ nữ; bởi hậu quả nạo, phá thai rất nặng nề, nó làm suy giảm sức khỏe, tổn thương tinh thần, có nguy cơ chảy máu, thủng tử cung, gây viêm nhiễm cơ quan sinh dục, có thể gây biến chứng dẫn tới vô sinh, đặc biệt đối với vị thành niên.

5.2. Nội dung điều chỉnh giảm nạo, phá thai

Phụ nữ được quyền nạo thai, phá thai theo nguyện vọng, được khám bệnh, chữa bệnh phụ khoa, được theo dõi sức khỏe trong thời kỳ thai nghén, được phục vụ y tế khi sinh con tại các cơ sở y tế (*Khoản 1 Điều 4 Luật BVSKND năm 1989*).

Giảm nạo phá thai trước hết là thông qua việc sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả để ngăn chặn có thai ngoài ý muốn. Trong trường hợp phải nạo, phá thai thì phải được nạo, phá thai an toàn và trong mọi hoàn cảnh, phụ nữ cần được tiếp cận với dịch vụ có chất lượng để quản lý các biến chứng nạo, phá thai. Nạo phá thai không an toàn được định nghĩa như là một hành động chấm dứt có thai ngoài ý muốn, được thực hiện bởi người thiếu kỹ năng cần thiết hoặc trong một môi trường thiếu tiêu chuẩn y tế tối thiểu hay cả hai yếu tố đó.

5.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nghiêm cấm các cơ sở y tế và cá nhân làm các thủ thuật, phá thai, tháo vòng tránh thai nếu không có giấy phép do Bộ Y tế hoặc Sở y tế cấp (*Khoản 3 Điều 44 Luật BVSKND năm 1989*).

II. ĐIỀU CHỈNH CƠ CẤU DÂN SỐ

1. Các quy định chung

1.1. Mục đích, mục tiêu điều chỉnh cơ cấu dân số

Mục đích: Nhà nước điều chỉnh cơ cấu dân số nhằm bảo đảm cơ cấu dân số hợp lý về giới tính, độ tuổi, trình độ học vấn, ngành nghề và các đặc trưng khác; bảo vệ và tạo điều kiện để các dân tộc thiểu số phát triển (*Khoản 1 Điều 13 PLDS*).

Cơ cấu dân số phản ánh đặc trưng nhân khẩu chỉ hợp lý khi cơ cấu dân số theo giới tính, độ tuổi phù hợp với quy luật nhân khẩu học. Cơ cấu dân số phản

ảnh đặc trưng xã hội chỉ hợp lý khi cơ cấu dân số theo dân tộc, tôn giáo, tình trạng hôn nhân phù hợp với mục tiêu xây dựng xã hội văn minh, hiện đại. Cơ cấu dân số phản ánh đặc trưng kinh tế phải tương ứng với sự phát triển kinh tế - xã hội và sự phát triển con người.

1.2. Nội dung điều chỉnh cơ cấu dân số

Việc điều chỉnh cơ cấu dân số được thực hiện thông qua các chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội của cả nước và từng địa phương. Nhà nước có chính sách; cơ quan, tổ chức có biện pháp phát triển các dịch vụ xã hội phù hợp với cơ cấu dân số già trong tương lai (*Khoản 2 Điều 13 PLDS*).

Sự thay đổi cơ cấu dân số theo giới tính, độ tuổi của cả nước phụ thuộc vào quá trình sinh, chết và di dân quốc tế. Trong đó, việc điều chỉnh cơ cấu dân số theo giới tính, độ tuổi của từng khu vực, vùng địa lý và đơn vị hành chính lại tập trung chủ yếu vào việc điều chỉnh quá trình sinh, chết và di dân nội địa. Sự thay đổi cơ cấu dân số theo trình độ học vấn, ngành nghề và các đặc trưng khác chịu ảnh hưởng của quá trình sinh và quá trình phát triển kinh tế - xã hội.

1.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước thực hiện chính sách phát triển kinh tế- xã hội, khoa học- kỹ thuật, đào tạo ngành nghề, sử dụng lao động phù hợp với giới tính, độ tuổi, dân tộc và sự phát triển kinh tế- xã hội ở từng địa phương (*Khoản 2 Điều 14 PLDS*).

Cơ quan, tổ chức có trách nhiệm xây dựng chính sách và lập kế hoạch phát triển kinh tế- xã hội phải bảo đảm sự cân đối về giới tính, độ tuổi, cơ cấu ngành nghề ở mỗi khu vực, vùng địa lý kinh tế và từng đơn vị hành chính (*Khoản 3 Điều 14 PLDS*).

2. Giảm mất cân bằng giới tính khi sinh

2.1. Mục đích, mục tiêu giảm mất cân bằng giới tính khi sinh

Mục đích của việc nghiêm cấm lựa chọn giới tính khi sinh là để bảo đảm cân bằng giới tính giữa nam và nữ, bảo đảm cho sự ổn định và phát triển xã hội lành mạnh. Việc cấm lựa chọn giới tính khi sinh có ý nghĩa, tác dụng: i) Bảo đảm sự bình đẳng giữa nam và nữ; ii) Tạo dư luận xã hội ủng hộ và xoá dần sự phân biệt giữa con trai và con gái trong tiềm thức của nhân dân; iii) Ngăn chặn tình trạng phá thai vì lý do lựa chọn giới tính; iv) Bảo đảm sự cân đối về số lượng giữa nam và nữ; v) Tạo sự ổn định và phát triển bền vững.

2.2. Nội dung điều chỉnh giảm mất cân bằng giới tính khi sinh

Nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức (*Khoản 2 Điều 7 PLDS*).

Các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi bị nghiêm cấm, bao gồm: Tuyên truyền, phổ biến phương pháp tạo giới tính thai nhi dưới các hình thức: Tổ chức nói chuyện, viết, dịch, nhân bản các loại sách, báo, tài liệu, tranh ảnh, ghi hình, ghi âm; tàng trữ, lưu truyền tài liệu, phương tiện và các hình thức tuyên truyền, phổ biến khác về phương pháp tạo giới tính thai nhi; Chẩn đoán để lựa chọn giới

tính thai nhi bằng các biện pháp: Xác định qua triệu chứng, bắt mạch; xét nghiệm máu, gen, nước ối, tế bào; siêu âm...; Loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính bằng các biện pháp phá thai, cung cấp, sử dụng các loại hóa chất, thuốc và các biện pháp khác (*Điều 10 NĐ104*).

2.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước có chính sách và biện pháp cần thiết ngăn chặn việc lựa chọn giới tính thai nhi để bảo đảm cân bằng giới tính theo quy luật sinh sản tự nhiên; điều chỉnh mức sinh nhằm tạo cơ cấu dân số hợp lý về giới tính, độ tuổi (*Khoản 1 Điều 14 PLDS*).

3. Bảo vệ các dân tộc thiểu số

3.1. Mục đích, mục tiêu bảo vệ các dân tộc thiểu số

Bảo vệ các dân tộc thiểu số là tạo năng lực và cơ hội để đồng bào các dân tộc thiểu số phát triển, nhanh chóng hoà nhập với sự phát triển của xã hội. Tạo cơ hội tiếp cận với giáo dục, y tế, văn hoá, xã hội và phát triển kinh tế, với chương trình chăm sóc SKSS, KHHGD, nâng cao chất lượng cuộc sống.

3.2. Nội dung điều chỉnh việc bảo vệ các dân tộc thiểu số

Xây dựng các chính sách cụ thể về bảo vệ và phát triển một số dân tộc ít người đang có chiều hướng suy giảm dân số (*Khoản 6 Mục C Phần II NQTW4*).

Mở rộng tuyên truyền, giáo dục và cung cấp các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình cho mọi người dân thuộc các dân tộc thiểu số ở vùng sâu, vùng xa, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn (*Khoản 1 Điều 24 NĐ104*).

Thực hiện chính sách, biện pháp, giúp đỡ, hỗ trợ về vật chất và tinh thần trong việc thực hiện chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân thuộc các dân tộc thiểu số ở vùng sâu, vùng xa, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn (*Khoản 3 Điều 24 NĐ104*).

3.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước có chính sách, biện pháp giúp đỡ, hỗ trợ về vật chất, tinh thần cho đồng bào các dân tộc thiểu số ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn bằng các chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội, xóa đói giảm nghèo và đáp ứng nhu cầu dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, nâng cao chất lượng dân số (*Khoản 1 Điều 15 PLDS*).

Cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm tuyên truyền, tư vấn, hướng dẫn, giúp đỡ các dân tộc thiểu số trong việc bảo vệ, chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình (*Khoản 2 Điều 15 PLDS*).

Các cơ quan, tổ chức có thẩm quyền ưu tiên đầu tư chương trình, dự án, kế hoạch về chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình cho người dân thuộc các dân tộc thiểu số ở vùng sâu, vùng xa, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn (*Khoản 2 Điều 24 NĐ104*).

III. PHÂN BỐ DÂN CƯ

1. Các quy định chung

1.1. Mục đích, mục tiêu phân bố dân cư

Mục đích phân bố dân cư là nhằm bảo đảm sự hợp lý giữa dân số và sự phát triển bền vững; phát huy sự năng động, sáng tạo và nhu cầu phát triển của mỗi cá nhân, gia đình; đáp ứng nhu cầu phát triển của xã hội.

1.2. Nội dung điều chỉnh phân bố dân cư hợp lý

Công dân có quyền tự do đi lại và cư trú ở trong nước, có quyền ra nước ngoài và từ nước ngoài về nước theo quy định của pháp luật (*Điều 68 Hiến pháp*).

Công dân có quyền “Lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định của pháp luật” và có nghĩa vụ “Tôn trọng lợi ích của Nhà nước, xã hội, cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số” (*trích Điều 4 PLDS*).

Nghiêm cấm “Di cư và cư trú trái pháp luật” (*Khoản 4 Điều 7 PLDS*).

Phân bố dân cư hợp lý theo nguyên tắc: i) Bảo đảm quyền di cư và cư trú của nhân dân đến những nơi phù hợp với điều kiện hoàn cảnh của cá nhân, gia đình để phát huy sự năng động sáng tạo của mình; ii) Phát triển kinh tế - xã hội, tạo việc làm ở địa bàn dân đang cư trú nhằm giảm động lực di dân đi nơi khác; iii) Thực hiện di dân có tổ chức, theo kế hoạch, chương trình, dự án; và iv) Quản lý dân cư và hạn chế di cư tự phát.

1.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước thực hiện việc phân bố dân cư hợp lý giữa các khu vực, vùng địa lý kinh tế và các đơn vị hành chính bằng các chương trình, dự án khai thác tiềm năng đất đai, tài nguyên để phát huy thế mạnh của từng nơi về phát triển kinh tế - xã hội và bảo vệ an ninh, quốc phòng (*Khoản 1 Điều 16 PLDS*).

Cơ quan Nhà nước có thẩm quyền, có trách nhiệm lập quy hoạch, kế hoạch phân bố dân cư phù hợp với các khu vực, vùng địa lý kinh tế và các đơn vị hành chính, ưu tiên đầu tư cho những vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, mật độ dân số thấp nhằm tạo việc làm và điều kiện sống tốt để thu hút lao động (*Khoản 2 Điều 16 PLDS*).

IV. CHẤT LƯỢNG DÂN SỐ

1. Các quy định chung

1.1. Mục đích, mục tiêu nâng cao chất lượng dân số

Nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao, đáp ứng nhu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững của đất nước (*Điểm a Khoản 2 Điều 1 QĐ147/2000/QĐ-TTg*).

Nâng cao chất lượng dân số là chính sách cơ bản của Nhà nước trong sự nghiệp phát triển đất nước (*Khoản 1 Điều 20 PLDS*).

1.2. Nội dung điều chỉnh nâng cao chất lượng dân số

Nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần. Phấn đấu đạt chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình tiên tiến của thế giới vào năm 2010 (*Điểm b Khoản 2 Điều 1 QĐ147/2000/QĐ-TTg*).

Chính sách dân số nhằm chủ động kiểm soát quy mô và tăng chất lượng dân số phù hợp với những yêu cầu phát triển kinh tế - xã hội (*NQĐH Đảng IX*).

Thực hiện chính sách dân số và kế hoạch hóa gia đình, nâng cao chất lượng dân số (*trích Khoản 5 Điều 12 Luật Tổ chức Chính phủ năm 2001*).

1.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước thực hiện chính sách nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần nhằm nâng cao chỉ số phát triển con người của Việt Nam lên mức tiên tiến của thế giới, đáp ứng yêu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước (*Khoản 2 Điều 20 PLDS*).

Công dân có quyền “Lựa chọn các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình và nâng cao chất lượng dân số” và có nghĩa vụ “Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, trí tuệ, tinh thần của bản thân và các thành viên trong gia đình; Tôn trọng lợi ích của Nhà nước, xã hội, cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số” (*trích Điều 4 PLDS*).

Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện thuận lợi để tổ chức, cá nhân thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số, thông qua các chương trình, dự án phát triển kinh tế - xã hội, đầu tư cơ sở hạ tầng kỹ thuật, xây dựng hệ thống an sinh xã hội và bảo vệ môi trường sinh thái (*Khoản 1 Điều 22 PLDS*).

Cơ quan, tổ chức, cá nhân có trách nhiệm thực hiện công tác bảo vệ sức khỏe và rèn luyện thân thể, nâng cao trình độ giáo dục và phát triển trí tuệ, phát triển kinh tế và nâng cao phúc lợi xã hội, giữ gìn giá trị văn hóa, tinh thần và bảo vệ môi trường sinh thái (*Khoản 2 Điều 22 PLDS*).

Cơ quan quản lý nhà nước về dân số có trách nhiệm phối hợp với các cơ quan, tổ chức hữu quan xây dựng và triển khai thực hiện mô hình nâng cao chất lượng dân số với phát triển gia đình bền vững, mô hình tác động nâng cao chất lượng dân số cộng

đồng; cung cấp thông tin, tuyên truyền, tư vấn và giúp đỡ gia đình, cá nhân thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số (*Khoản 3 Điều 22 PLDS*).

2. Kiểm tra sức khỏe di truyền và sức khỏe trước khi kết hôn

2.1. Mục đích, mục tiêu kiểm tra sức khỏe

Mục đích, mục tiêu kiểm tra sức khỏe di truyền và sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn nhằm tư vấn để giảm tỷ lệ dân số thiếu năng trí tuệ, dị tật; giảm tỷ lệ vô sinh và bệnh lây nhiễm qua đường sinh sản, HIV/AIDS.

2.2. Nội dung điều chỉnh việc kiểm tra sức khỏe

Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho nam, nữ kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn, xét nghiệm gen đối với người có nguy cơ bị khuyết tật về gen, nhiễm chất độc hóa học; tư vấn về gen di truyền; giúp đỡ về vật chất và tinh thần đối với người bị khuyết tật về gen, nhiễm chất độc hóa học, nhiễm HIV/AIDS (*Khoản 1 Điều 23 PLDS*).

Khuyến khích nam, nữ kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn bao gồm những nội dung liên quan đến bệnh di truyền; bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm HIV/AIDS. Cơ sở thực hiện kiểm tra sức khỏe thông báo kết quả kiểm tra và tư vấn về ảnh hưởng của bệnh tật đối với sức khỏe cho cả hai bên nam, nữ; bảo đảm bí mật của kết quả kiểm tra sức khỏe theo quy định của pháp luật (*Điều 25 ND104*).

2.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho nam nữ kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn, xét nghiệm gen đối với người có nguy cơ bị khuyết tật về gen, nhiễm chất độc hóa học, tư vấn về gen di truyền, giúp đỡ về vật chất và tinh thần đối với người bị khuyết tật về gen, nhiễm chất độc hoá học, nhiễm HIV/AIDS (*Khoản 1 Điều 23 PLDS*).

Những người có tiền sử gia đình có người mắc bệnh tâm thần, bệnh di truyền, người có nguy cơ bị khuyết tật về gen; người bị nhiễm chất độc hóa học; người thường xuyên tiếp xúc với hóa chất độc hại và các bệnh lây nhiễm cần được vận động đi kiểm tra sức khỏe trước khi có ý định sinh con (*Khoản 1 Điều 26 ND104*).

Cơ quan Dân số, Gia đình và Trẻ em cấp xã, phường có trách nhiệm tuyên truyền, vận động và tạo điều kiện cho những người có nguy cơ cao về bệnh di truyền đi kiểm tra bệnh di truyền (*Khoản 2 Điều 26 ND104*).

Cơ sở thực hiện kiểm tra sức khỏe và bệnh di truyền có trách nhiệm thông báo kết quả kiểm tra, tư vấn cho người được kiểm tra hoặc người trong gia đình của người được kiểm tra về ảnh hưởng của bệnh tật đối với việc sinh con, nuôi con và bảo đảm bí mật kết quả kiểm tra theo quy định của pháp luật (*Khoản 3 Điều 26 ND104*).

V. CÁC GIẢI PHÁP

1. Tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số

1.1. Mục đích, mục tiêu tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số

Tạo sự chuyển đổi hành vi bền vững về dân số, sức khoẻ sinh sản, kế hoạch hoá gia đình (*Quyết định số 147/2000/QĐ-TTg*).

Tạo môi trường thuận lợi về chính sách, nguồn lực, dư luận xã hội để mỗi cá nhân, gia đình, cộng đồng có nhận thức, thái độ, hành vi có lợi và bền vững về DS, SKSS, KHHGD, từng bước nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân (*Chiến lược DSVN 2001-2010*).

Nâng cao hiểu biết, kiến thức và thái độ góp phần chuyển đổi hành vi về DS, SKSS, KHHGD theo hướng có lợi và bền vững cho cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ, kể cả người chưa kết hôn.

Nâng cao hiểu biết, kiến thức và kỹ năng sống cơ bản về DS, SKSS, KHHGD, tình dục an toàn, phòng chống HIV/AIDS, ma túy, mại dâm nhằm góp phần tạo hành vi đúng đắn, có lợi cho SKSS vị thành niên, thanh niên, kể cả thanh niên đã kết hôn.

Nâng cao hiểu biết, kiến thức, kỹ năng về truyền thông, tư vấn và trách nhiệm của đội ngũ những người cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD nhằm đảm bảo đối tượng được nhận dịch vụ theo chuẩn quốc gia về chăm sóc SKSS và được tư vấn đầy đủ.

1.2. Nội dung điều chỉnh tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số

Nội dung tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số bao gồm: i) Kiến thức cơ bản về dân số, giới, bình đẳng giới, SKSS/KHHGD; ii) Đường lối, chủ trương, chính sách, pháp luật về dân số; iii) Những gương tốt, người tốt, việc tốt, kinh nghiệm trong việc tổ chức thực hiện; phê phán các hành vi vi phạm. Nghiêm cấm tuyên truyền, phổ biến hoặc đưa ra những thông tin có nội dung trái với chính sách dân số, truyền thống đạo đức tốt đẹp của dân tộc, có ảnh hưởng xấu đến công tác dân số và đời sống xã hội (*Khoản 5 Điều 7 PLDS*).

Các hình thức tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về dân số, SKSS, KHHGD bao gồm: Tuyên truyền, vận động trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng Internet; Tuyên truyền, vận động trực tiếp và tư vấn; Tổ chức giảng dạy, học tập trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân (*Khoản 1 Điều 18 ND104*).

1.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Cơ quan quản lý nhà nước về dân số có trách nhiệm xây dựng chương trình, nội dung tuyên truyền, tư vấn về kế hoạch hoá gia đình; phối hợp với cơ quan, tổ chức, cá nhân trong việc thực hiện tuyên truyền, tư vấn về kế hoạch hoá gia đình” (*Khoản 1 Điều 11 PLDS*).

Các cơ quan thông tin tuyên truyền có trách nhiệm tuyên truyền, phổ biến pháp luật về dân số và kế hoạch hoá gia đình. Nội dung và hình thức tuyên truyền phải phù hợp và dễ hiểu đối với từng nhóm đối tượng (*Khoản 3 Điều 11 PLDS*).

Cơ quan, tổ chức, cá nhân có trách nhiệm “Thường xuyên tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về dân số, SKSS, KHHGD cho các thành viên của cơ quan, tổ chức và cho toàn xã hội” (Khoản 2 Điều 18 ND104).

2. Nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD

2.1. Mục đích, mục tiêu cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD

Cung cấp đầy đủ, kịp thời dụng cụ, phương tiện theo yêu cầu của người sử dụng, từng bước đa dạng hoá các biện pháp tránh thai, bảo đảm chất lượng, hiệu quả, an toàn và thuận tiện. Đặc biệt tăng tỷ lệ nam giới chấp nhận và sử dụng các biện pháp kế hoạch hoá gia đình (Khoản 5 Mục C Phần II NQTW4).

Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin về các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng có cơ hội lựa chọn biện pháp tránh thai thích hợp. Chú ý thích đáng đến các biện pháp tránh thai tạm thời cho nhóm khách hàng trẻ tuổi. Từng bước đưa vào sử dụng các biện pháp tránh thai mới. Chú trọng phổ biến các biện pháp tránh thai cho nam giới, hướng dẫn sử dụng đúng các biện pháp tránh thai tự nhiên (Chiến lược DSVN 2001-2010).

2.2. Nội dung điều chỉnh việc cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD

2.2.1. Quy định nhiệm vụ kỹ thuật đối với các cơ sở y tế

Các cơ sở y tế Trung ương; Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh, Viện Bảo vệ sức khoẻ trẻ em, khoa Sản, khoa Nhi trong các Bệnh viện Đa khoa trực thuộc Bộ Y tế; Nhiệm vụ của bệnh viện Phụ sản, bệnh viện Nhi tỉnh, khoa Phụ sản, khoa Nhi của bệnh viện đa khoa tỉnh, đa khoa khu vực; Nhiệm vụ của trung tâm BVSKBMTE/KHHGD tỉnh; Nhiệm vụ của Trung tâm y tế huyện; Nhiệm vụ của Trạm y tế; Nhiệm vụ của Y tế thôn, bản; Nhiệm vụ của nhà hộ sinh; Nhiệm vụ của Phòng khám đa khoa khu vực; Nhiệm vụ của cơ sở y tế ngành; Nhiệm vụ của các cơ sở y tế ngoài công lập.

2.2.2. Điều kiện cung cấp dịch vụ

Điều kiện đối với người và cơ sở cung cấp dịch vụ KHHGD là: Người cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình phải có kiến thức chuyên môn, nghiệp vụ, kỹ năng phù hợp với từng biện pháp tránh thai theo quy định của Bộ Y tế; Cơ sở cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình phải bảo đảm các điều kiện về cơ sở vật chất, vệ sinh, trình độ chuyên môn của cán bộ, trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế (Điều 21 ND104).

2.2.3. Nhiệm vụ của tổ chức cá nhân cung cấp dịch vụ

Bốn nhiệm vụ của tổ chức, cá nhân cung cấp dịch vụ SKSS, KHHGD là: Tư vấn cho người sử dụng dịch vụ. Thực hiện quy định về chuẩn mực chăm sóc sức khoẻ sinh sản, kế hoạch hoá gia đình. Bảo đảm chất lượng phương tiện, dịch vụ kỹ thuật an toàn, thuận tiện. Theo dõi, giải quyết các tác dụng phụ và tai biến cho người sử dụng (nếu có) (Điều 19 ND104).

2.3. Trách nhiệm điều chỉnh của các chủ thể

Nhà nước khuyến khích các tổ chức, cá nhân tham gia sản xuất, nhập khẩu, cung cấp phương tiện tránh thai và cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình theo quy định của pháp luật (*Khoản 1 Điều 12 PLDS*).

Tổ chức, cá nhân cung cấp phương tiện tránh thai và dịch vụ KHHGD có trách nhiệm bảo đảm chất lượng phương tiện, dịch vụ, kỹ thuật an toàn, thuận tiện; theo dõi, giải quyết các tác dụng phụ và tai biến cho người sử dụng (nếu có) (*Khoản 2 Điều 12 PLDS*).

Câu hỏi lượng giá

Câu 1: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về các quy định chung điều chỉnh quy mô dân số.

Câu 2: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về thực hiện gia đình ít con.

Câu 3: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về thực hiện kế hoạch hóa gia đình.

Câu 4: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về khuyến khích sử dụng biện pháp tránh thai.

Câu 5: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về giảm nạo, phá thai.

Câu 6: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về điều chỉnh cơ cấu dân số.

Câu 7: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về điều chỉnh phân bố dân số.

Câu 8: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về điều chỉnh chất lượng dân số.

Câu 9: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về tuyên truyền, vận động, giáo dục về dân số.

Câu 10: Hãy nêu những tư tưởng cơ bản của chính sách dân số giai đoạn 2001-2010 về nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình.

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. Quyết định số 282/CP ngày 20/12/1974 của Hội đồng Chính phủ về việc chuyển giao nhiệm vụ quản lý công tác đặt vòng tránh thai cho Bộ Y tế phụ trách.
5. 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.
6. 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.
7. Quyết định số 58-HĐBT ngày 11/4/1984 của Hội đồng Bộ trưởng về việc thành lập Ủy ban quốc gia Dân số và Sinh đẻ có kế hoạch.
8. 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.
9. Quyết định số 51-CT ngày 6/3/1989 của Chủ tịch Hội đồng Bộ trưởng về nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy của Ủy ban quốc gia Dân số và Kế hoạch hoá gia đình.
10. Nghị định số 193-HĐBT ngày 19/6/1991 của Hội đồng Bộ trưởng về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, tổ chức bộ máy và chế độ làm việc của Ủy ban Quốc gia Dân số và Kế hoạch hoá gia đình.
11. Quyết định số 315-CT ngày 24/8/1992 của Chủ tịch Hội đồng Bộ trưởng về Chiến lược Thông tin - Giáo dục - Truyền thông dân số và kế hoạch hoá gia đình 1992-2000.
12. 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 dân số và kế hoạch hoá gia đình.
13. Quyết định số 270/TTg ngày 3/6/1993 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược dân số và kế hoạch hoá gia đình đến năm 2000.
14. Nghị định số 42/CP ngày 21/6/1993 của Chính phủ về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, tổ chức bộ máy và lề lối làm việc của Ủy ban Quốc gia Dân số và Kế hoạch hoá gia đình.
15. Chỉ thị số 50-CT/TW ngày 6/3/1995 của Ban bí thư Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam về việc đẩy mạnh thực hiện Nghị quyết số 04-NQ/HNTW về chính sách dân số và kế hoạch hoá gia đình.