

BỘ Y TẾ

Số: *7656* /BYT-VPB1
V/v trả lời chất vấn của
ĐBQH tại Kỳ họp thứ 4-
Quốc hội Khoá XIII

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

Hà Nội, ngày 9 tháng 11 năm 2012

Kính gửi: Đại biểu Nguyễn Thị Thanh Hòa
Đoàn đại biểu Quốc hội tỉnh Bắc Ninh

Bộ Y tế đã được Văn phòng Quốc hội chuyển yêu cầu trả lời chất vấn của Đại biểu Nguyễn Thị Thanh Hòa (bản sao giấy ghi chất vấn số 68/SYCV-KH4 ngày 31/10/2012) về nội dung:

“Đề nghị đồng chí Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ có những biện pháp cụ thể nào để giải quyết dần các vấn đề sau:

1. Mỗi ngày có 87 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong (gần gấp 3 lần số người chết vì tai nạn giao thông).

2. Tỷ lệ nạo phá thai vị thành niên tăng lên. Mỗi năm có 300.000 ca nạo hút thai ở độ tuổi 15-19 tuổi = 40% các ca nạo hút thai. Việt Nam là nước có tỷ lệ nạo phá thai ở tuổi vị thành niên cao nhất Đông Nam Á và đứng thứ 5 trên thế giới.

3. Mất cân bằng giới tính tăng cao dẫn đến tình trạng trẻ em gái bị phân biệt đối xử ngay khi chưa được cất tiếng khóc chào đời. Thật đau xót.”

Bộ Y tế xin trả lời như sau:

1. Về vấn đề tử vong trẻ em dưới 5 tuổi

Thực trạng tử vong trẻ em dưới 5 tuổi:

Mỗi ngày ở Việt Nam có khoảng 80 - 85 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong, gần gấp 3 lần số người chết vì tai nạn giao thông (TNGT) là thực tế đáng đau lòng (năm 2011 có khoảng hơn 30.000 ca trẻ em dưới 5 tuổi tử vong trong số 1.500.000 trẻ đẻ sống). Tuy nhiên, nếu so sánh với thế giới, năm 2011 có tới 6,9 triệu trẻ em dưới 5 tuổi tử vong (nghĩa là trung bình mỗi ngày gần 19 nghìn trẻ dưới 5 tuổi tử vong) và 1,2 triệu người chết vì TNGT, thì số tử vong trẻ dưới 5 tuổi gấp gần 6 lần số người chết vì TNGT. Như vậy nếu so sánh với số người chết vì TNGT thì tử vong trẻ dưới 5 tuổi ở Việt Nam còn thấp hơn 2 lần so với mức trung bình của thế giới.

Theo số liệu của Tổng cục Thống kê, tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở Việt Nam đã giảm nhanh qua các thời kỳ, từ 58% của năm 1990 xuống 25% của năm 2009 và 23,3% của năm 2011. Như vậy tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi của Việt Nam đã giảm hơn một nửa trong 20 năm và Việt Nam chắc chắn sẽ đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ về giảm tử vong trẻ em dưới 5 tuổi vào năm 2015. Đây cũng là mục tiêu ưu tiên của Chiến lược Dân số - Sức khỏe sinh sản Việt

Nam giai đoạn 2011 – 2020 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt tại Quyết định 2013/QĐ-TTg ngày 14 tháng 11 năm 2011.

Theo ước tính về tử vong trẻ em trên toàn thế giới do UNICEF công bố năm 2012, tỷ suất tử vong trẻ em dưới 5 tuổi của Việt Nam còn 22‰, thấp hơn mức chung của thế giới (51‰) và của khu vực Đông Nam Á (29‰), tuy nhiên vẫn còn cao hơn một số nước trong khu vực như Thái Lan (12‰) và Trung Quốc (15‰). Tại Hội nghị cấp cao “Kêu gọi hành động vì sự sống còn của trẻ em” tổ chức tại Washington D.C., Hoa Kỳ tháng 6/2012, các nước đã đánh giá Việt Nam là 1 trong 8 nước đạt tiến độ thực hiện Mục tiêu 4 về giảm tử vong trẻ em.

Những kết quả trên có được là do ngành Nhi khoa của Việt nam đã đạt được những thành tựu to lớn, đóng góp vào việc cứu sống nhiều trẻ em và mang lại cuộc sống hạnh phúc cho nhiều gia đình. Nhiều kỹ thuật cao trong lĩnh vực Nhi khoa ngang tầm với khu vực và thế giới như nuôi sống được trẻ cân nặng 500g, phẫu thuật ghép tạng, phẫu thuật can thiệp giải quyết dị tật tim bẩm sinh đã được tiến hành thành công với chi phí thấp nhưng chất lượng điều trị rất tốt. Tuy nhiên chúng ta vẫn còn phải đối mặt với những thách thức khá lớn, đó là mặc dù tử vong trẻ em đã giảm nhưng tốc độ giảm đã có xu hướng chậm lại và còn có sự chênh lệch khá lớn giữa các vùng miền. Tử vong trẻ em ở các vùng Tây Bắc, Đông Bắc và Tây Nguyên luôn cao hơn các khu vực khác. Theo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009, tử vong dưới 1 tuổi của vùng miền núi phía Bắc và Tây Nguyên còn khá cao, tương ứng là 24,5 và 27‰. Tử vong dưới 1 tuổi ở nông thôn cao gấp đôi thành thị (18,7/1000 trẻ đẻ sống so với 9,4/1000 trẻ đẻ sống). Tử vong sơ sinh (dưới 28 ngày tuổi) vẫn chiếm khoảng 75% tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và 50% tử vong trẻ em dưới 5 tuổi.

Nguyên nhân của việc tỷ lệ tử vong < 5 tuổi vẫn còn cao tại một số vùng khó khăn là do:

- Nhân lực chuyên ngành nhi khoa còn rất thiếu. Theo số liệu điều tra năm 2010 cho thấy cả nước hiện mới đạt 0,25 bác sỹ nhi/10.000 dân (trong khi đó nhu cầu đến năm 2020 cần đạt 1,2 bác sỹ nhi/10,000 dân), có tới 57,1% bệnh viện đa khoa huyện không có bác sỹ chuyên khoa nhi (từ định hướng trở lên), nhất là ở những huyện miền núi. Tại tuyến tỉnh, tỷ lệ cán bộ khoa Nhi mới chiếm 5,9% so với tổng số nhân viên toàn bệnh viện và tỷ lệ bác sỹ chuyên khoa nhi so với bác sỹ đa khoa tại khoa Nhi cũng còn thấp, mới đạt 32,2%.

- Cơ sở vật chất, trang thiết bị tại các bệnh viện chưa đáp ứng được nhu cầu chăm sóc, điều trị, cấp cứu sơ sinh. Theo khảo sát năm 2010, 31,4% bệnh viện huyện không có đủ bộ hồi sức sơ sinh, 59% không có đèn chiếu điều trị vàng da, 49% không có lồng ấp sơ sinh, 86% không có máy thở áp lực dương liên tục cho trẻ sơ sinh (CPAP).

- Năng lực cung cấp dịch vụ còn hạn chế. Theo điều tra năm 2010, mới có 47,9% bệnh viện đa khoa huyện có đơn nguyên sơ sinh, trong đó số đơn nguyên sơ sinh hoạt động hiệu quả còn thấp; chỉ có 26,9% bệnh viện đa khoa huyện thực hiện nuôi trẻ nhẹ cân non tháng bằng lồng ấp, 36% có điều trị vàng da sơ sinh, 16,6% có sử dụng máy trợ thở áp lực dương liên tục (CPAP) để điều trị sơ sinh bị suy hô hấp.

- Năng lực chuyên môn của cán bộ y tế làm công tác chăm sóc sản khoa, đặc biệt là ở y tế cơ sở cũng còn có những hạn chế trong việc phân loại, phát hiện nguy cơ, tiên lượng, theo dõi, cấp cứu và hồi sức nhi khoa. Cán bộ làm công tác nhi khoa, nhất là tuyến huyện, xã còn ít cơ hội được tham dự tập huấn chuyên môn do kinh phí hạn chế và khó bố trí người làm thay. Bên cạnh đó, cá biệt một số trường hợp còn có biểu hiện chủ quan, chưa kịp thời, chưa thực hiện nghiêm quy chế bệnh viện, quy định chuyên môn trong chẩn đoán, tiên lượng và xử trí cấp cứu khi có tai biến xảy ra.

- Các bệnh viện Nhi, khoa Nhi luôn trong tình trạng quá tải, tình trạng này có xu hướng ngày càng tăng không chỉ ở tuyến Trung ương mà cả ở các cơ sở khám chữa bệnh nhi khoa ở tuyến tỉnh và tuyến huyện.

- Kinh phí được cấp còn thấp, chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe trẻ em.

- Nhận thức của nhân dân về chăm sóc sức khỏe trẻ em còn hạn chế, nhất là về tầm quan trọng của khám thai, đẻ tại cơ sở y tế, tiêm chủng, dinh dưỡng, cách phát hiện những dấu hiệu nguy hiểm ở trẻ em, việc tuân thủ điều trị khi có bệnh tật

Một số giải pháp mà ngành Y tế đã và đang triển khai:

- Triển khai đồng bộ các can thiệp giải quyết các thông qua việc triển khai các chương trình về chăm sóc sức khỏe trẻ em bao gồm: Chương trình tiêm chủng mở rộng, Chương trình phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, Chương trình nhiễm khuẩn hô hấp cấp, Chương trình phòng chống tiêu chảy, Chương trình phòng chống sốt rét, Lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh (IMCI), Chương trình phòng chống tai nạn thương tích.

- Tập trung triển khai các chương trình can thiệp về làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh như nâng cao chất lượng quản lý thai, khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kỳ, để có cán bộ được đào tạo đỡ, chăm sóc sau sinh, thực hiện cách tiếp cận chăm sóc liên tục từ gia đình, cộng đồng đến cơ sở y tế; triển khai đơn nguyên sơ sinh ở bệnh viện huyện. Đối với vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số, tăng cường đào tạo đội ngũ cô đỡ thôn bản hoặc cán bộ y tế thôn bản biết quản lý thai, đỡ đẻ sạch, để an toàn kể cả phát hiện, xử trí cấp cứu và chuyển tuyến kịp thời những trường hợp bà mẹ mang thai có nguy cơ.

- Đảm bảo việc khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi, theo Luật Bảo hiểm y tế. Tính đến năm 2012, 90% tổng số trẻ em dưới 6 tuổi đã được cấp thẻ bảo hiểm y tế. Số trẻ em có thẻ bảo hiểm y tế là 8.360.108 trẻ.

Một số giải pháp mà ngành Y tế sẽ triển khai trong thời gian tới:

- Tăng cường đào tạo bác sỹ chuyên khoa Nhi, đặc biệt là chuyên khoa định hướng, có thể từ năm thứ 5 đại học y khoa. Tăng cường đào tạo nâng cao năng lực cho cán bộ nhi khoa các tuyến, đặc biệt là việc đào tạo theo kịp thực, theo nhu cầu và theo địa chỉ.

- Tăng cường đào tạo đội ngũ cô đỡ thôn bản hoặc cán bộ y tế thôn bản biết quản lý thai, đỡ đẻ sạch, để an toàn kể cả phát hiện, xử trí cấp cứu và chuyển tuyến kịp thời những trường hợp bà mẹ mang thai có nguy cơ cho vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số.

- Tăng cường đầu tư và triển khai có hiệu quả các Chương trình/Dự án Mục tiêu Quốc gia như: Chăm sóc sức khỏe sinh sản, tiêm chủng mở rộng, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, phòng chống tiêu chảy, nhiễm khuẩn hô hấp cấp, đặc biệt ưu tiên vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc thiểu số.

- Mở rộng độ bao phủ và nâng cao chất lượng các mô hình có hiệu quả như: quản lý thai, khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kỳ, để có cán bộ được đào tạo đỡ, chăm sóc sau sinh, chăm sóc liên tục từ gia đình, cộng đồng đến cơ sở y tế, triển khai đơn nguyên sơ sinh ở bệnh viện huyện.

- Cùng cố mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, giảm tải các bệnh viện, đẩy mạnh lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân.

- Tăng cường đầu tư nguồn lực về cơ sở vật chất và trang thiết bị phục vụ việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở các tuyến, đặc biệt là tuyến huyện, tuyến xã.

- Đẩy mạnh công tác truyền thông vận động, truyền thông thay đổi hành vi nhằm tạo môi trường thuận lợi cho công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ em, nâng cao nhận thức của các cấp lãnh đạo, của cộng đồng và của người dân trong việc chăm sóc trẻ.

Kiến nghị:

- Bộ Y tế kính đề nghị Quốc hội và lãnh đạo chính quyền các cấp tăng cường đầu tư nguồn lực để nâng cấp cơ sở vật chất, bổ sung đầy đủ trang thiết bị, thuốc thiết yếu, đào tạo nhân lực nhi khoa ở các tuyến, đặc biệt ưu tiên là tuyến huyện, tuyến xã, vùng sâu, vùng xa, vùng đồng bào dân tộc.

- Bộ Y tế đề nghị Bộ Giáo dục và Đào tạo cho phép mở mã ngành đào tạo bác sỹ chuyên khoa định hướng Nhi từ năm thứ năm đại học y khoa.

2. Tình trạng nạo phá thai tăng cao ở vị thành niên

Thực trạng nạo phá thai ở vị thành niên:

Trước hết, Bộ Y tế khẳng định con số 300.000 ca là số nạo phá thai trung bình hàng năm của tất cả phụ nữ, không chỉ ở vị thành niên. Con số nạo phá thai ở vị thành niên năm 2011, theo thống kê của Bộ y tế vào khoảng 11.000 ca, chỉ chiếm 2,4% tổng số ca nạo phá thai trên toàn quốc, không phải là 40% như nêu trong câu hỏi.

Phá thai chủ yếu là hậu quả của việc có thai ngoài ý muốn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trên thế giới hàng năm có khoảng 42 - 44 triệu ca phá thai, trong đó có 20 - 22 triệu ca là phá thai không an toàn (tức là phá thai do người không được đào tạo, không có kỹ năng về phá thai và/hoặc phá thai trong điều kiện không đảm bảo vệ sinh vô khuẩn). Đa đa số các ca phá thai không an toàn (98%) xảy ra ở các nước đang phát triển và là nguyên nhân gây nên 47.000 ca tử vong mẹ (số liệu năm 2008), tương đương với khoảng 13% trong tổng số ca tử vong mẹ trên thế giới. Hàng năm, Việt Nam có khoảng 300.000 - 400.000 ca phá thai (so với Trung Quốc là 9 triệu ca phá thai/năm). Số ca nạo phá thai có xu hướng giảm nhiều trong những năm gần đây. Ở giai đoạn 1990 - 1995, trung bình cứ 1 ca đẻ có 1 ca phá thai, hiện nay khoảng 3 ca đẻ mới có 1 ca phá thai. Tỷ số phá thai trên 100 trẻ đẻ sống đã giảm từ 0,37 năm 2005 xuống còn 0,27

năm 2011. Công tác phá thai an toàn đã có hiệu quả đáng kể. Tai biến do phá thai giảm từ 1.509 ca năm 2007 xuống 869 ca năm 2011, chủ yếu xảy ra ở khu vực tư nhân và không có giấy phép hành nghề.

Về nạo phá thai ở vị thành niên thì cho đến hiện tại, Việt Nam chưa có số liệu đáng tin cậy nào ở cấp độ quốc gia về tình hình phá thai ở vị thành niên và thanh niên. Từ 2010, Bộ Y tế đã đưa các chỉ số vị thành niên có thai (số vị thành niên có thai trên tổng số có thai) và vị thành niên phá thai (số vị thành niên phá thai trên tổng số phá thai) vào hệ thống báo cáo thường quy. Năm 2011, tỷ lệ vị thành niên phá thai trên toàn quốc là 2.4% (11.058 ca vị thành niên phá thai/tổng số 393.609 ca phá thai). Theo báo cáo của Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Hùng Vương và các Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản, trong năm 2011 tỷ lệ phá thai ở vị thành niên chiếm khoảng 5% tổng số các ca nạo phá thai. Các số liệu báo cáo này cho thấy ở khu vực y tế nhà nước, phá thai ở tuổi vị thành niên không chiếm tỷ lệ cao trong tổng số phá thai và không có xu hướng gia tăng. Tuy nhiên, con số phá thai ở khu vực y tế tư nhân chưa thể thống kê được đầy đủ.

Nguyên nhân của tình trạng nạo phá thai ở vị thành niên:

- Tổng Điều tra Dân số năm 2009 của Tổng cục Thống kê cho thấy Việt Nam vẫn là quốc gia có cơ cấu dân số trẻ. Trong đó lứa tuổi vị thành niên và thanh niên 10-24 tuổi chiếm trên 30% dân số. Vì vậy con số tuyệt đối về phá thai ở vị thành niên luôn cao theo tỷ lệ dân số.

- Độ tuổi kết hôn trung bình ở Việt Nam có xu hướng tăng lên trong khi tuổi quan hệ tình dục lần đầu giảm. Cụ thể, tuổi quan hệ tình dục lần đầu giảm từ 19,6 tuổi năm 2002 xuống 18,1 tuổi năm 2008.

- Vị thành niên và thanh niên là lứa tuổi đặc thù, luôn muốn khám phá cái mới, lạ và tự khẳng định mình. Vì vậy khi có tác động từ bên ngoài (sách báo, phim ảnh, bạn bè...) rất dễ có suy nghĩ, hành động thiếu cân nhắc, dẫn tới những hậu quả lâu dài về sức khỏe. Ngoài ra, sự phân biệt đối xử của bạn bè, người thân và cộng đồng cũng là những yếu tố có thể dẫn tới các hành vi nguy cơ ở lứa tuổi này.

- Kiến thức và kỹ năng về chăm sóc sức khỏe sinh sản còn rất hạn chế. Việc nhận thức chưa tương ứng với thái độ và kỹ năng. Vị thành niên có nhận thức rất tốt về sự cần thiết của kế hoạch hóa gia đình, nhưng lại có thái độ rất tiêu cực về bao cao su và không xác định được chính xác giai đoạn dễ thụ thai trong chu kỳ kinh nguyệt.

- Giáo dục giới tính còn là vấn đề rất nhạy cảm ở Việt Nam. Nhiều giáo viên và các bậc phụ huynh còn rất ngại ngùng, lúng túng trong việc giáo dục giới tính, tình dục cho các em.

- Nhận thức và sự quan tâm của các tổ chức, cá nhân có trách nhiệm còn hạn chế.

Những nguyên nhân trên đã góp phần đưa đến những nguy cơ về sức khỏe sinh sản ở vị thành niên như quan hệ tình dục trước hôn nhân, quan hệ tình dục không được bảo vệ, có thai ngoài ý muốn, phá thai không an toàn, nhiễm khuẩn đường sinh sản, HIV/AIDS, lạm dụng chất gây nghiện.

Các giải pháp ngành Y tế đã, đang và sẽ triển khai để giảm nạn phá thai ở vị thành niên:

Để giải quyết vấn đề phá thai ngoài ý muốn, phá thai không an toàn ở VTN - TN cần có giải pháp tổng thể với sự tham gia của toàn bộ hệ thống chính trị xã hội từ việc quan tâm đầu tư của Nhà nước cho đến việc xây dựng chính sách; triển khai các hoạt động truyền thông thay đổi nhận thức, hành vi về sức khỏe sinh sản của các cấp lãnh đạo và toàn thể cộng đồng. Một số nhóm giải pháp chính, ngành Y tế đã, đang và sẽ tập trung ưu tiên gồm:

- Giải pháp thông tin - giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi: Triển khai mạnh mẽ công tác truyền thông thay đổi hành vi để các cấp lãnh đạo, cộng đồng, người dân, đặc biệt là bố mẹ và thầy cô giáo cũng như bản thân VTN - TN hiểu và biết cách tự chăm sóc sức khỏe cho bản thân, hạn chế các hành vi nguy cơ như quan hệ tình dục trước hôn nhân, tình dục không an toàn, không bảo vệ, sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện (rượu bia, thuốc lá, ma túy), tai nạn thương tích.

- Giải pháp về chính sách: Xây dựng và cập nhật các chính sách, kế hoạch để cải thiện sức khỏe vị thành niên, thanh niên trên cơ sở các bằng chứng khoa học, có sự tham gia của vị thành niên, thanh niên. Đẩy mạnh việc thực hiện các nghiên cứu, trong đó chú trọng nghiên cứu điều tra cơ bản để phục vụ việc đề xuất xây dựng chính sách về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho VTN - TN, nghiên cứu tác nghiệp nhằm điều chỉnh, cải thiện can thiệp sức khỏe sinh sản của VTN - TN.

- Giải pháp xã hội hoá: Phát huy vai trò tham gia của các Bộ, Ngành, đoàn thể (Bộ Giáo dục và Đào tạo, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội Phụ nữ...), các cơ quan truyền thông đại chúng trong việc nâng cao nhận thức, hành vi chăm sóc sức khỏe sinh sản của VTN và TN; Đưa giáo dục giới tính, sức khỏe sinh sản và kỹ năng sống vào chương trình giáo dục chính khóa trong nhà trường.

- Giải pháp kỹ thuật: Tăng cường đáp ứng nhu cầu kế hoạch hóa gia đình của mọi đối tượng, không chỉ có các cặp vợ chồng mà cả những người độc thân lẫn đối tượng là VTN - TN. Đa dạng hóa các kênh phân phối phương tiện tránh thai (nhà nước, tư nhân, tiếp thị xã hội, kênh phân phối dựa vào cộng đồng); tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại và nâng cao chất lượng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình để làm giảm tỷ lệ thất bại của các biện pháp tránh thai.

- Giải pháp phối hợp: Mở rộng mạng lưới cung cấp Dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN - TN (Đảm bảo thân thiện, riêng tư, bí mật, không phán xét). Kết hợp các hình thức truyền thông tư vấn trong cộng đồng theo nhóm, các hình thức truyền thông, tư vấn trực tiếp cho cá nhân qua điện thoại, qua mạng internet với việc tổ chức cung cấp dịch vụ thân thiện.

Kiến nghị:

- Đề can thiệp phòng tránh nạo phá thai ở tuổi vị thành niên, toàn thể các Ban, Ngành, đoàn thể có liên quan phải vào cuộc, đặc biệt là các cơ quan truyền thông, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Nội vụ, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội Phụ nữ, Hội Nông dân.

- Bộ Y tế đề nghị Bộ Giáo dục - Đào tạo đưa giáo dục giới tính, sức khỏe sinh sản và kỹ năng sống vào chương trình giáo dục chính khóa trong nhà trường phổ thông.

3. Về vấn đề mất cân bằng giới tính khi sinh:

Thực trạng về mất cân bằng giới tính khi sinh:

Tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) thường được đo bằng số bé trai so với 100 bé gái sơ sinh sống. Tỷ số này được coi là bình thường tự nhiên ở trong khoảng 103-106 bé trai trên 100 bé gái sinh ra sống. Một vài năm gần đây, TSGTKS ở nước ta tăng nhanh, liên tục và rất đáng lo ngại.

Theo kết quả Tổng điều tra Dân số, Điều tra biến động dân số - kế hoạch hóa gia đình, TSGTKS năm 1999 ở mức 107, như tăng lên 109,8 năm 2006 và ước năm 2012 là 112,3. Tính chung trong cả nước, mất cân bằng giới tính khi sinh xảy ra ở cả khu vực nông thôn và thành thị; có sự khác biệt về TSGTKS giữa hai khu vực này (nông thôn 111,1 và thành thị 114,2¹). Mất cân bằng giới tính xảy ra ở hầu hết các tỉnh, thành phố, tăng cao ở những tỉnh xung quanh Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng, trong đó cao nhất là các tỉnh thuộc khu vực Đồng bằng Sông Hồng như Hưng Yên, Hải Dương, Bắc Ninh, Bắc Giang, Nam Định. Đây là những địa phương thuộc vùng kinh tế năng động, tư tưởng nho giáo khá nặng nề, sự ưa thích con trai mãnh liệt và người dân có điều kiện tiếp cận khá dễ dàng các dịch vụ chọn lọc trước sinh.

Kết quả Điều tra biến động dân số - kế hoạch hóa gia đình năm 2011 cho thấy TSGTKS qua các lần sinh ở Việt nam như sau: Lần sinh thứ nhất 109,7; lần sinh thứ hai 111,9; lần sinh thứ 3 trở lên là 119,7². Như vậy, ngay từ lần sinh thứ nhất, đã xảy ra mất cân bằng giới tính khi sinh ở mức khá cao. Nhiều chuyên gia nghiên cứu nhân khẩu học khi xem xét TSGTKS qua các lần sinh ở Việt Nam cho rằng một số cặp vợ chồng có thể đã thực hiện lựa chọn giới tính trước sinh ngay trong lần mang thai thứ nhất. Điều này hiếm khi được ghi nhận ở các quốc gia châu Á khác. Thông thường ở các quốc gia này, TSGTKS bình thường ở lần sinh thứ nhất, tăng cao dần trong những lần sinh thứ hai và thứ ba.

Trước đây, muốn có con trai chỉ có cách đẻ nhiều cho tới khi có con trai mới thôi do vậy TSGTKS ở lần sinh cuối cùng rất cao. Trong nhân khẩu học người ta gọi đây là “quy luật dừng” hay nói một cách khác là yếu tố giới tính đã quyết định việc dừng sinh đẻ hơn là số con đã có. Từ đầu những năm 2000, do mức sinh giảm nhanh cùng với việc tiếp cận dễ dàng các kỹ thuật lựa chọn giới tính trước sinh, “quy luật dừng” ở Việt Nam cũng đã có những sự thay đổi, một mặt một số cặp vợ chồng đã chủ động tìm kiếm các kỹ thuật lựa chọn giới tính

¹ TCTK, Điều tra biến động DS-KHHGD 2011

² TCTK, Điều tra biến động DS-KHHGD 2011.

trước sinh ngay từ lần sinh thứ nhất như đã nói ở trên; nếu chưa được như mong muốn, họ sẽ tìm kiếm dịch vụ trong những lần có thai sau: TSGTKS trong lần sinh thứ 3 trở lên ở nhóm các bà mẹ chưa có con trai lên tới 130³.

Nguyên nhân và hệ lụy của mất cân bằng giới tính khi sinh ở Việt Nam:

Mất cân bằng giới tính khi sinh ở nước ta là hệ quả tổng hợp của nhiều nguyên nhân khác nhau. Nguyên nhân cơ bản là truyền thống văn hoá trọng nam hơn nữ, muốn có bằng được con trai để nối dõi tông đường do ảnh hưởng bởi tư tưởng Nho giáo. Nguyên nhân trực tiếp là tình trạng lạm dụng tràn lan các tiến bộ về kỹ thuật và công nghệ trong việc chẩn đoán và lựa chọn giới tính thai nhi. Các nguyên nhân phụ trợ khác là quy mô gia đình ít con đã được chấp nhận phổ biến, an sinh xã hội cho người cao tuổi chưa được đảm bảo tốt.

Mất cân bằng giới tính khi sinh cản trở những nỗ lực trong việc phấn đấu bình đẳng giới, dẫn đến tình trạng thừa nam, thiếu nữ khi những đứa trẻ được sinh ra bởi lựa chọn giới tính khi bước vào tuổi kết hôn sẽ dẫn đến những hệ lụy khó lường về xã hội, an ninh và trật tự an toàn xã hội; ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của cá nhân, gia đình, là tai họa đối với sự phát triển bền vững của đất nước, dân tộc. Đối với nước ta, một nước nằm trong khu vực đã xảy ra tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh khá lâu từ trước, phải chịu áp lực với làn sóng phụ nữ di cư ra nước ngoài vì lý do hôn nhân, thì hậu quả sẽ nặng nề hơn nhiều so với các nước có tình trạng tương tự.

Một số hoạt động can thiệp đã thực hiện để giải quyết tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh:

Ngay từ năm 2003, sau khi Ủy ban thường vụ Quốc hội khóa XI ban hành Pháp lệnh Dân số, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 104/2003/NĐ-CP ngày 16 tháng 9 năm 2003 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Dân số; Nghị định 114/2006/NĐ-CP ngày 03 tháng 10 năm 2006 quy định xử phạt vi phạm hành chính về dân số và trẻ em. Gần đây Chính phủ ban hành Chiến lược quốc gia về Bình đẳng giới giai đoạn 2011-2020 đều đã quy định nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi.

Thực hiện chức năng quản lý nhà nước về công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình, trong những năm qua, Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản hướng dẫn và tích cực triển khai nhiều hoạt động can thiệp. Cụ thể gồm:

- Ban hành nhiều văn bản như công văn số 5476/BYT-TCDS ngày 07/8/2008, công văn số 3121/BYT-BMTE ngày 21/5/2009 về việc nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi; hàng năm đều có hướng dẫn các quy định về nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi và can thiệp để làm giảm tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

- Tổ chức nhiều đoàn thanh tra, kiểm tra các nhà xuất bản, các trang thông tin điện tử, các nhà sách; thanh tra, kiểm tra các cơ sở y tế công lập, các cơ sở y

³ . TCTK, Tổng điều tra DS năm 2009, TSGTKS ở Việt Nam, các bằng chứng mới về thực trạng, xu hướng và sự khác biệt Hà Nội 5/2011

tế tư nhân, đặc biệt là các cơ sở siêu âm, các phòng khám sản phụ khoa - kế hoạch hóa gia đình để phát hiện, thu hồi những ấn phẩm hoặc yêu cầu dỡ bỏ những nội dung quảng bá, tuyên truyền, hướng dẫn việc sinh con theo ý muốn và phát hiện, xử lý những trường hợp chẩn đoán giới tính thai nhi, phá thai vì lý do giới tính.

- Phối hợp với các cơ quan tổ chức/chính quyền các cấp, các phương tiện truyền thông đại chúng tuyên truyền để người dân có hiểu biết đúng về những hậu quả tình trạng mất cân bằng giới tính đối với mỗi cá nhân, gia đình, cộng đồng và toàn xã hội.

- Phối hợp với Tổng cục Thống kê thuộc Bộ Kế hoạch - Đầu tư đưa “Tỷ số giới tính khi sinh” vào là một trong những tiêu chí điều tra biến động dân số - kế hoạch hóa gia đình hàng năm nhằm theo dõi và kiểm soát tỷ số giới tính khi sinh.

- Đặc biệt, năm 2009, trên cơ sở kết quả nghiên cứu, điều tra về tình hình về mất cân bằng giới tính khi sinh, Bộ Y tế đã xây dựng Đề án “**Can thiệp giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh**” và hướng dẫn 11 tỉnh, thành phố xây dựng, triển khai đề án can thiệp tại cộng đồng; năm 2010, đề án được triển khai mở rộng thêm ở 07 tỉnh; đến năm 2011, đề án được triển khai ở 43 tỉnh, thành phố.

- Từ năm 2006 tới nay, Bộ Y tế đã phối hợp với Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) và các cơ quan có liên quan tổ chức rất nhiều cuộc hội thảo, tọa đàm; tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng về vấn đề mất cân bằng giới tính khi sinh.

- Phối hợp với UNFPA và Trung ương Mặt trận Tổ quốc Việt Nam xây dựng, triển khai mô hình huy động Phật tử, giáo dân tham gia giải quyết mất cân bằng giới tính khi sinh ở một số địa phương. Mô hình đã đạt được một số kết quả bước đầu.

- Năm 2011, để ứng phó với tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ngày một lan rộng, thực hiện ý kiến chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế đã xây dựng Đề án kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh giai đoạn 2012-2020 nhằm xây dựng và hoàn thiện mô hình can thiệp tổng hợp, đồng bộ cả về lãnh đạo, chỉ đạo, truyền thông vận động thay đổi hành vi, thanh tra xử lý vi phạm và thực hiện các chính sách hỗ trợ triển khai tại các tỉnh, thành phố có tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh, trước hết là các tỉnh mất cân bằng giới tính khi sinh trầm trọng nhất.

- Thực hiện ý kiến chỉ đạo của Phó Thủ tướng Chính phủ Nguyễn Thiện Nhân tại Thông báo số 05/TB-VPCP ngày 04/01/2012 của Văn phòng Chính phủ, trong đó giao Bộ Y tế “có chương trình làm việc cụ thể với tỉnh/thành ủy và Ủy ban Nhân dân 10 tỉnh/thành phố có tỷ số giới tính khi sinh cao nhất (từ 115 trở lên) để khắc phục cho được tình trạng này”; Bộ Y tế đã tổ chức 03 Đoàn công tác do Lãnh đạo Bộ Y tế làm trưởng đoàn, làm việc với tỉnh/thành ủy và Ủy ban Nhân dân 10 tỉnh/thành phố (trong đó có

tỉnh Bắc Ninh). Kết quả làm việc với 10 tỉnh này đã bước đầu tạo chuyên biến rõ rệt về nhận thức của các cấp ủy Đảng, chính quyền, huy động sự vào cuộc của cả hệ thống chính trị ở địa phương trong việc giải quyết tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

- Được sự đồng ý của Thủ tướng Chính phủ, ngày 03/11/2012, tại Hà Nội, Bộ Y tế đã tổ chức Hội thảo quốc gia về mất cân bằng giới tính khi sinh do Phó Thủ tướng Nguyễn Thiện Nhân chủ trì. Kết quả Hội thảo cho thấy, trong thời gian qua, các cơ quan chức năng đã triển khai một số hoạt động cụ thể để ngăn ngừa và hạn chế tình trạng này. Tuy đã đạt được một số kết quả, song mất cân bằng giới tính khi sinh hiện đang là thách thức lớn, khá gay gắt trong lĩnh vực dân số - kế hoạch hóa gia đình. Sự gia tăng của mất cân bằng giới tính khi sinh trong những năm qua, đặc biệt là 3 năm trở lại đây rất đáng lo ngại. Động cơ phải có con trai đã tồn tại trong tâm lý của người châu Á nói chung và người Việt Nam nói riêng hàng nghìn năm nay. Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật và cơ hội tiếp cận các kỹ thuật và công nghệ này của người dân ngày càng dễ dàng và thuận lợi; việc thực thi luật pháp trong việc lựa chọn giới tính thai nhi chưa nghiêm, đã khiến TSGTKS ngày càng tăng. Tại Hội thảo, các ý kiến của các đại biểu trong nước và quốc tế đã đi đến thống nhất về yêu cầu cấp thiết và hệ thống các giải pháp kiểm soát tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh ở nước ta trong thời gian tới.

Từ kinh nghiệm của các nước đi trước, để thay đổi hành vi, thay đổi một phong tục tập quán đã có từ ngàn đời nay không dễ dàng và không thể một sớm, một chiều mà phải xác định đây là một công việc đòi hỏi phải thực hiện bền bỉ, kiên trì, lâu dài, với hệ thống các giải pháp đồng bộ về tuyên truyền, vận động; nâng cao hiểu biết thực thi pháp luật và các chính sách khuyến khích đủ mạnh. Với sự chỉ đạo quyết liệt của Chính phủ, sự tham gia của hệ thống chính trị và đặc biệt, được sự quan tâm của các vị đại biểu trong quá trình kiểm tra, giám sát ở các địa phương, chúng ta tin tưởng sẽ khống chế tốc độ gia tăng tỷ số giới tính khi sinh, tiến tới đưa chỉ số này trở về mức sinh học bình thường.

Kiến nghị:

Giải pháp quan trọng hàng đầu trong việc kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh là đẩy mạnh công tác truyền thông, vận động để người dân hiểu rõ hậu quả nặng nề trong tương lai của lựa chọn giới tính thai nhi đối với gia đình, thế hệ những người bị lựa chọn giới tính, đối với vị thế của phụ nữ và đối với xã hội, từ đó tự nguyện không lựa chọn giới tính thai nhi. Song kinh phí dành cho công tác truyền thông, vận động bị cắt giảm mạnh. Chẳng hạn, trong kế hoạch Chương trình Mục tiêu Quốc gia Dân số - Kế hoạch hóa gia đình năm 2013, Bộ Y tế dự kiến bố trí 136,653 tỷ đồng cho công tác truyền thông, vận động (trong đó bố trí cho 63 tỉnh thành phố là: 103,045 tỷ đồng, ở Trung ương là 33,608 tỷ đồng), nhưng theo yêu cầu của Quốc hội về cắt giảm kinh phí truyền thông, các Bộ đã cắt đi 123 tỷ đồng của mục này, nên kinh phí chỉ cho công tác truyền thông, vận động của cả năm 2013 chỉ còn hơn 13 tỷ đồng. Đề nghị các Đại biểu Quốc hội quan tâm và có ý kiến trong việc xem xét bố trí kinh phí cho công tác

truyền thông vận động, đặc biệt là truyền thông, vận động kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh.

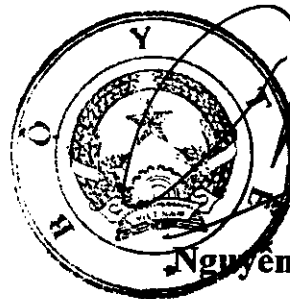
Trong công tác truyền thông, vận động thì truyền thông vận động trực tiếp thông qua đội ngũ cộng tác viên, tuyên truyền viên ở cơ sở theo phương châm “đi từng ngõ, gõ từng nhà, rà từng đối tượng” là cách làm hiệu quả nhất tạo ra sự chuyển biến nhận thức và thay đổi hành vi vững chắc nhất. Đây là kinh nghiệm thành công trong chương trình kế hoạch hóa gia đình, vận động thực hiện gia đình ít con những năm qua đã khẳng định điều này. Nếu duy trì được đội ngũ này và phát huy kinh nghiệm đã tích lũy được thì chắc chắn sẽ tạo ra chuyển biến trong việc ngăn chặn tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh. Song trong nội dung Thông tư hướng dẫn quản lý và sử dụng kinh phí Chương trình Mục tiêu Quốc gia Dân số - Kế hoạch hóa gia đình giai đoạn 2012-2015, Bộ Tài chính cho rằng không nên bố trí kinh phí bồi dưỡng cho cộng tác viên và cán bộ chuyên trách dân số xã từ nguồn vốn chương trình mục tiêu của Trung ương mà nên giao cho địa phương. Mức bố trí hiện nay chỉ khoảng 70.000 đồng/người/tháng đối với cộng tác viên và 120.000-150.000 đồng/người/tháng đối với cán bộ chuyên trách dân số xã. Nếu giao kinh phí này cho địa phương thì các tỉnh nghèo sẽ không có kinh phí để bố trí, đội ngũ cộng tác viên và số cán bộ chuyên trách dân số xã sẽ bỏ việc nhiều. Do vậy, việc truyền thông vận động cho kiểm soát mất cân bằng giới tính khi sinh nói riêng và công tác dân số nói chung sẽ hết sức khó khăn. Từ nội dung trình bày trên, Bộ Y tế tha thiết kính mong các Đại biểu Quốc hội xem xét quan tâm và có ý kiến đề tăng thêm kinh phí công tác truyền thông và duy trì đội ngũ cộng tác viên, cán bộ chuyên trách dân số xã.

Trên đây là một số ý kiến trả lời của Bộ Y tế. Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự quan tâm của Đại biểu đối với công tác y tế./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Thủ tướng Chính phủ (để báo cáo)
- PTTg Nguyễn Thiện Nhân (để báo cáo);
- Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Bắc Ninh;
- Đồng chí Bộ trưởng, Chủ nhiệm VPCP;
- Đồng chí Chủ nhiệm VPQH;
- Vụ Công tác đại biểu - VPQH;
- Ban Công tác Đại biểu-UBTVQH;
- Ủy ban Các vấn đề xã hội, QH;
- Ban Dân nguyện- UBTVQH;
- VPCP: Vụ KGVX, Vụ TH, V.III;
- Lãnh đạo Bộ Y tế;
- BHYT: BMTE, TCDS;
- Lưu: VT, VPB1.

BỘ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Kim Tiến