

Lời nói đầu

Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội mới (SEDP) - giai đoạn 2006 - 2010 mang đến cho chính phủ và nhân dân Việt Nam một cơ hội lịch sử để thay đổi. Sau hai thập kỷ đổi mới, Việt Nam đang ở trước ngưỡng cửa của một kỷ nguyên mới với những tiến bộ xã hội và thịnh vượng về kinh tế. Các chính sách đổi mới đã tạo điều kiện cho những khả năng tiềm tàng và sức sáng tạo của người dân và Việt Nam đang sánh vai với các nền kinh tế đang phát triển ở khu vực Nam Á.

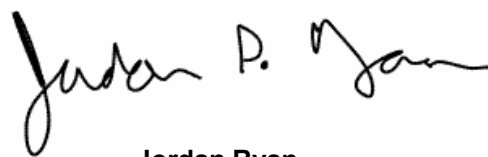
Thách thức hiện nay là làm thế nào để duy trì mức tăng trưởng kinh tế đồng thời giảm bớt những chênh lệch xã hội và kinh tế và xây dựng một xã hội trên nền tảng vững chắc là những nguyên tắc của công bằng và tự do.

Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (mục tiêu MDG) cung cấp một chuẩn mực đã được quốc tế công nhận mà Việt Nam có thể sử dụng để đánh giá những tiến bộ của mình trong việc phấn đấu vượt qua các thách thức này. Tuyên bố Thiên niên kỷ mà một phần của nó là các Mục tiêu chính là lời kêu gọi hành động mang tính toàn cầu nhằm tập trung các nỗ lực cho những mục tiêu phát triển thực sự.

Các tổ chức Liên Hợp Quốc tại Việt Nam vinh hạnh được tham gia trong quá trình tham khảo đóng góp ý kiến cho SEDP với Chính phủ và các đối tác phát triển khác. LHQ chúng tôi xây dựng tài liệu này với tinh thần hợp tác và quan hệ đối tác và mong muốn tài liệu sẽ là một đóng góp nhỏ vào những nỗ lực xây dựng kinh tế - xã hội của chính phủ. Mục đích của tài liệu này là nhằm xem xét những mục tiêu quốc gia trong bối cảnh của các mục tiêu MDGs, và khuyến nghị những chỉ số tiến bộ xã hội cụ thể phù hợp với các mục tiêu MDGs và những điều kiện kinh tế xã hội đặc trưng của Việt Nam. Tài liệu này nhằm mục tiêu mang tính thực tiễn, đó là giúp các nhà hoạch định chính sách lồng ghép một cách đầy đủ các MDG trong các cơ chế lập kế hoạch quốc gia của riêng Việt Nam.

Trong báo cáo mới đây của mình với tiêu đề “Mở rộng tự do: Tiến tới phát triển, An ninh và Quyền con người cho Tất cả mọi người”, Tổng Thư ký Liên Hợp Quốc Kofi Annan nhắc nhở chúng ta cần có một tầm nhìn rõ ràng về những tiến bộ đã khích lệ những người xây dựng nên Hiến chương Liên Hợp Quốc. Khi xác định mối liên quan giữa quyền con người, phát triển và hoà bình, những người sáng lập ra LHQ hiểu rằng hoà bình chỉ có thể đạt được khi người dân ở khắp mọi nơi thoát khỏi cảnh nghèo đói và nỗi sợ hãi và được tự do sống một cuộc sống với đầy đủ nhân phẩm.

Việt Nam có quyền tự hào về những thành tựu đặc biệt của mình trong việc thực hiện mục tiêu bằng chính những chiến lược do mình xây dựng nên và thực hiện. Liên hợp quốc luôn cam kết hỗ trợ đất nước trong những nỗ lực không ngừng của mình trong việc khuyến khích những quyền tự do rõ rệt hơn cho tất cả mọi người dân Việt Nam.



Jordan Ryan
Điều phối viên Thường trú Liên Hợp Quốc

Mục lục

Danh mục từ viết tắt	i
Chương 1: Giới thiệu	2
Chương 2: Giảm nghèo	4
Chương 3: Trẻ em	11
Chương 4: Dân số, Giới và Sức khỏe sinh sản	20
Chương 5: Chất lượng môi trường	25
Chương 6: Đầu tư kinh phí và cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng	31
Chương 7: Tóm tắt và khuyến nghị	39
Phụ lục: Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ	41

Danh mục các từ viết tắt

CEDAW	Công ước về Xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ
CERWASS	Trung tâm Cung cấp nước sạch và Vệ sinh môi trường Nông thôn
CNSP	Trẻ em cần được bảo vệ đặc biệt
CPRGS	Chiến lược Tổng thể về Tăng trưởng và Giảm nghèo
CWD	Trẻ em khuyết tật
EIA	Đánh giá tác động môi trường
EMIC	Trung tâm Thông tin Quản lý Giáo dục
EmOC	Cấp cứu sản khoa
FAO	Tổ chức Nông nghiệp và Lương thực của Liên Hợp Quốc
GER	Tỷ lệ nhập học tổng thể
GSO	Tổng cục Thống kê
HIV/AIDS	Virút gây suy giảm miễn dịch ở người/Hội chứng suy giảm miễn dịch
IDU	Người tiêm chích ma túy
IMR	Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh
LEP	Luật Bảo vệ môi trường
MARD	Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn
MDG	Mục tiêu Phát triển Thiên Niên Kỷ
MMR	Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ
MOC	Bộ Xây dựng
MOET	Bộ Giáo dục và Đào tạo
MOF	Bộ Tài chính
MOH	Bộ Y tế
MOJ	Bộ Tư pháp
MOLISA	Bộ Lao động Thương binh và Xã hội
MONRE	Bộ Tài nguyên và Môi trường
MTEF	Khuôn khổ Chi tiêu trung hạn
NCFAW	Ủy ban Quốc gia vì sự Tiến bộ của Phụ nữ
NER	Tỷ lệ đăng ký đi học
NIN	Viện Dinh dưỡng Quốc gia
NSEP	Chiến lược Bảo vệ Môi trường Quốc gia đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020
PLWHA	Những người sống chung với HIV/AIDS
PRSC	Tín dụng Hỗ trợ Giảm nghèo
RH	Sức khoẻ sinh sản
RWSS Strategy	Chiến lược Quốc gia về Cung cấp nước sạch và Vệ sinh Nông thôn đến năm 2020
SAVY	Điều tra và Đánh giá Thanh niên Việt Nam
SEDP (2006-2010)	Kế hoạch Phát triển kinh tế-xã hội (2006-2010)
SOWC	Tình hình trẻ em trên thế giới
SFE	Lâm trường Quốc doanh
SPS Agreement	Hiệp định về Vệ sinh và Kiểm dịch thực vật (trong khuôn khổ WTO)
STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
STI	Viêm nhiễm qua đường tình dục
UNDAF	Khuôn khổ Hỗ trợ Phát triển Liên Hợp Quốc
UNDP	Chương trình Phát triển Liên Hợp Quốc
UNESCO	Tổ chức Giáo dục, Khoa học và Văn hoá Liên Hợp Quốc
UNFPA	Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc
VBSP	Ngân hàng Chính sách xã hội Việt Nam
VDG	Mục tiêu Phát triển Việt Nam
VDT	Chỉ tiêu Phát triển Việt Nam (trong Chiến lược Tổng thể về Tăng trưởng và Giảm nghèo)
VHLSS	Điều tra Mức sống Hộ gia đình Việt Nam
VMIS	Điều tra thương tích đa trung tâm Việt Nam
VNDHS	Điều tra Dân số và Sức khỏe Việt Nam
VPCFC	Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới
WTO	Tổ chức Thương mại Thế giới

Chương 1

Giới thiệu

Vào tháng 9 năm 2000 các nhà lãnh đạo thế giới đã tập trung tại một hội nghị lớn nhất từ trước tới nay và thông qua một tuyên bố lịch sử về những giá trị, nguyên tắc và các mục tiêu phát triển. Tuyên bố Thiên niên kỷ đã đưa ra một chương trình nghị sự quốc tế cụ thể và chặt chẽ cho thế kỷ 21 đồng thời tái khẳng định sự tin tưởng của các nước thành viên vào Hiến chương Liên hợp quốc (LHQ) và vào tôn chỉ của tổ chức là thúc đẩy hòa bình, bình đẳng và quyền con người.

Thông qua Tuyên bố, các nhà lãnh đạo thế giới đã quyết tâm hoàn thành tám Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (mục tiêu MDGs) vào năm 2015. Các mục tiêu MDGs có giá trị như là một lời khẳng định về quyền phát triển và một mức sống đàng hoàng cho tất cả mọi người. Trong số những mục tiêu đã được đồng ý tại Hội nghị thượng đỉnh là cam kết giảm số người có thu nhập dưới một đô la một ngày xuống còn một nửa; đảm bảo mọi người được tiếp cận với nước sạch và an toàn, cung cấp giáo dục tiểu học cho tất cả trẻ em và công bằng trong tiếp cận giáo dục cho trẻ em gái và trẻ em trai; và giảm ba phần tư tỷ lệ bà mẹ tử vong khi sinh. Các mục tiêu cũng nhấn mạnh tầm quan trọng đặc biệt của việc ngăn chặn sự lan truyền của HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh khác, và trách nhiệm của các quốc gia trong việc thúc đẩy cách tiếp cận mới trong việc quản lý và bảo tồn môi trường.

Năm năm kể từ khi Hội nghị Thượng đỉnh Thiên niên kỷ, các nhà lãnh đạo thế giới đã gặp lại nhau tại New York nhằm đánh giá những tiến bộ đã đạt được trong việc thực hiện các mục tiêu MDGs và mang đến một sức sống mới cho sự đồng tâm nhất trí chưa từng có về Tuyên bố Thiên niên kỷ. Chính phủ Việt Nam đã chuẩn bị báo cáo Mục tiêu MDGs quốc gia để trình bày tại Hội nghị Thiên niên kỷ + 5, báo cáo đã cung cấp chi tiết những thành tựu của đất nước kể từ năm 2000 và những thách thức vẫn còn tồn tại cho thập kỷ tiếp theo.

Danh sách những thành tựu đã được đề cập đến trong báo cáo MDGs quốc gia 2005 là thật đáng khâm phục. Số liệu của điều tra hộ gia đình gần đây cho thấy tỷ lệ nghèo năm 2004 đã giảm hơn một nửa so với năm 1993. Tỷ lệ người dân sống dưới một đô la một ngày đã giảm xuống một cách đáng kể. Tiếp cận với giáo dục và tỷ lệ biết chữ tiếp tục được cải thiện hơn những mức đã rất ấn tượng đối với một nước có mức thu nhập như Việt Nam. Tăng đầu tư vào các công trình cơ sở hạ tầng nông thôn đã cung cấp nước sạch và các tiện ích vệ sinh cho hàng triệu hộ gia đình.

Tuy nhiên, báo cáo cũng chỉ rõ rằng Việt Nam vẫn đang phải đối mặt với rất nhiều thách thức lớn. Mặc dù tăng trưởng kinh tế nhanh được duy trì trong suốt hai thập kỷ, Việt Nam vẫn là một nước nghèo. Cần có những khoản đầu tư lớn cho các công trình cơ sở hạ tầng cơ bản nhằm hỗ trợ phát triển kinh tế và cung cấp những dịch vụ xã hội chủ yếu. Nghèo cùng cực tập trung chủ yếu ở vùng sâu vùng xa, nhiều khu vực là nơi người dân tộc thiểu số sinh sống. Sự chênh lệch về thu nhập đang ngày càng lớn giữa các khu vực địa lý và các nhóm dân tộc đồng thời trong cả những khu vực và những nhóm này. Mặc dù tiếp cận với giáo dục đã được cải thiện, người dân và các nhà hoạch định chính sách đang có những băn khoăn lo lắng về chất lượng giáo dục cũng như khả năng tiếp cận của một số nhóm dân cư, đặc biệt là trẻ em gái dân tộc thiểu số. Tiếp cận với y tế và chất lượng chăm sóc y tế cũng khác xa nhau giữa các địa phương và giữa các nhóm thu nhập, trong khi gánh nặng về chi tiêu cá nhân cho các dịch vụ khám chữa bệnh ngày càng tăng trở thành một thách thức to lớn. Tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS vẫn là một mối đe dọa thực sự đối với những tiến bộ phát triển.

Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội cho giai đoạn 2006 - 2010 mang đến cho chính phủ một cơ hội đặc biệt để hiểu rõ về những thách thức này, và đưa ra một chiến lược nhằm khuyến khích tăng trưởng nhanh, bền vững và vì người nghèo ở Việt Nam. Công tác xây dựng kế hoạch chi tiết đã được thực hiện ở tất cả các lĩnh vực kinh tế xã hội và ở cả hai cấp trung ương và tỉnh thành. Những bản thảo đầu tiên của Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội bao gồm một loạt những chỉ số kinh tế xã hội đầy tham vọng, rất nhiều trong số này liên quan trực tiếp đến mục tiêu MDGs và các mục tiêu phát triển của Việt Nam đã được nội địa hóa (VDGs).

Mục đích của tài liệu này là đề xuất thêm những chỉ tiêu và chỉ số xã hội hoàn chỉnh dựa trên các mục tiêu MDGs và đã được làm cho phù hợp với các điều kiện đặc biệt của Việt Nam nhằm hỗ trợ những nỗ lực xây dựng kế hoạch của chính phủ. Các chỉ số và chỉ tiêu được đưa ra trong tài liệu này được lấy từ những báo cáo và phân tích của Dự án Thiên niên kỷ - đơn vị tư vấn độc lập do Tổng Thư ký LHQ ra nhiệm vụ nhằm đưa ra những chiến lược để giúp các nước đạt được các mục tiêu MDGs. Một trong những đầu ra chính của Dự án Thiên niên kỷ cho đến nay là báo cáo xuất bản hồi đầu năm mang tên

Đầu tư cho Phát triển: Kế hoạch thực tế để đạt các mục tiêu MDGs. Báo cáo đưa ra một số khuyến nghị cụ thể trong đó có các “Giải pháp nhanh” nhằm thúc đẩy tăng trưởng kinh tế và nâng cao mức sống của hàng triệu người. Báo cáo cũng xác định Việt Nam hoàn toàn có thể trở thành một nước được nhận viện trợ từ sáng kiến “MDGs fast track” nhờ khả năng tiếp nhận được thêm hỗ trợ phát triển từ nước ngoài.

Các mục tiêu MDGs có giá trị như là những chuẩn mực quốc tế mà các nước đang phát triển có thể sử dụng để đánh giá những tiến bộ của quốc gia. Áp dụng định hướng MDG một cách có hệ thống trong Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội tới đây sẽ giúp chính phủ duy trì sự tập trung vào giảm nghèo cùng cực, loại bỏ phân biệt xã hội và khuyến khích thúc đẩy bền vững môi trường. Các tổ chức LHQ cam kết theo nguyên tắc đó là những chiến lược nhằm đạt được các mục tiêu MDGs phải do chính phủ xây dựng và làm chủ. Tuy nhiên, những chỉ tiêu và chỉ số mà chính phủ sẽ sử dụng để đánh giá các tiến bộ sẽ chỉ phát huy tác dụng tốt nhất khi nó đạt được những tiêu chuẩn quốc tế và được xây dựng trên kinh nghiệm quốc tế. Những chỉ tiêu và chỉ số chung sẽ hỗ trợ các quốc gia cùng so sánh và, quan trọng hơn đó là nó phản ánh tham vọng chung là xây dựng một thế giới mà ở đó mọi người đều được tự do mong muốn, thoát khỏi nỗi sợ hãi và tự do sống một cuộc sống đàng hoàng.

Tài liệu thảo luận này trình bày những phân tích và kinh nghiệm quốc tế có liên quan nhằm thanh lọc tìm ra một tập hợp những chỉ số và chỉ tiêu xã hội liên quan đến các điều kiện ở Việt Nam. Tài liệu bao gồm năm chương về nội dung chuyên môn, mỗi chương kết thúc bằng một danh mục những chỉ số và chỉ tiêu được đề xuất. Chương kết luận sẽ xác định 12 chỉ tiêu ưu tiên đã được chọn lọc từ các đánh giá và phân tích được trình bày trong phần nội dung tài liệu.

Chương 2

Giảm nghèo

I. Đánh giá

Theo số liệu điều tra hộ gia đình, Việt Nam đã đạt được Mục tiêu Thiên niên kỷ thứ nhất là giảm số người nghèo cùng cực xuống còn một nửa vào năm 2015. Những số liệu này chỉ ra rằng tỷ lệ nghèo quốc gia đã giảm từ 58,1% năm 1993 xuống còn 28,9% năm 2002. Những phân tích ban đầu của Điều tra mức sống hộ gia đình Việt nam năm 2004 nhận định rằng tình trạng nghèo đã giảm xuống còn 24,1% trong năm vừa qua¹. Tỷ lệ dân sống dưới mức 1 đô la Mỹ một ngày giảm từ 40% xuống còn 11% trong cùng một giai đoạn. Nguyên nhân chính thúc đẩy giảm nghèo ở Việt Nam chính là tăng trưởng kinh tế, trung bình mỗi năm tỷ lệ nghèo giảm 7% kể từ khi tiến hành công cuộc đổi mới vào năm 1986. Ở Việt Nam tăng trưởng này được coi là vì người nghèo với ý nghĩa là tỷ lệ giảm nghèo đã đi cùng với tỷ lệ tăng trưởng kinh tế.

Những thay đổi chính sách đáng kể nhất liên quan đến quá trình đổi mới được ban hành trong điều kiện không có sự hỗ trợ phát triển của cộng đồng quốc tế và do đó được chính phủ thiết kế và thực hiện với một khoản hỗ trợ tối thiểu từ bên ngoài. Công cuộc cải cách ruộng đất cho phép hộ gia đình nông dân được quyền quản lý sản xuất và ra các quyết định kinh doanh, đã tạo ra một sự hưởng ứng trên qui mô lớn trong việc sản xuất mùa vụ và các mặt hàng xuất khẩu như gạo, cà phê, điều, cao su, chè và hạt tiêu. Sự nổi lòng đồng thời quản lý trung ương về sản xuất và phân phối các mặt hàng cơ bản cũng đã xóa bỏ tình trạng thiếu kinh niên là đặc trưng của xây dựng kế hoạch tập trung. Việc thành lập các thị trường quốc gia mở kết hợp với những chính sách tiền tệ và ngân sách cần trọng là sự khởi đầu của một thời kỳ ổn định giá mà trước đây chưa từng xảy ra. Việt Nam có quyền tự hào về thành tựu kinh tế này.

Tuy nhiên tỷ lệ trung bình quốc gia chưa phản ánh được toàn bộ tình hình. Thách thức chính của Việt Nam trong giai đoạn trung hạn là duy trì và tiếp tục những thành tựu đã đạt được đồng thời giảm sự chênh lệch về kinh tế và xã hội.

Việt Nam đã sẵn sàng tiến xa hơn mục tiêu MDG thứ nhất để củng cố những thành tựu trước đây và tấn công tình trạng nghèo cùng cực và dai dẳng tại một số địa phương cụ thể. Các tổ chức LHQ đã xác định ba mối lo chính. Thứ nhất, nghèo cùng cực vẫn tập trung chủ yếu ở những khu vực địa lý khó khăn và trong đồng bào các dân tộc thiểu số. Điều này thể hiện rõ nhất trong tỷ lệ “nghèo lương thực”, nói một cách khác tỷ lệ những người có mức thu nhập quá thấp không đủ để đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng tối thiểu. Vùng Tây bắc, Bắc trung bộ và Tây nguyên được ghi nhận là có tỷ lệ nghèo lương thực cao nhất. Tuy nhiên, các vùng Bắc trung bộ, Đông bắc, vùng đồng bằng sông Cửu long và duyên hải Trung bộ là những vùng có tỷ lệ hộ gia đình rất nghèo cao nhất cả nước. Năm 2002 tỷ lệ nghèo lương thực trung bình ở 10 tỉnh giàu nhất là 3% trong khi tỷ lệ này ở 10 tỉnh nghèo nhất là 25%. Tình trạng suy dinh dưỡng và tử vong ở trẻ tập trung ở những tỉnh nghèo nhất. Những tỉnh miền núi cũng gặp những điều kiện khó khăn ban đầu như là đất bạc màu, ít các công trình tưới tiêu cùng các cơ sở hạ tầng khác, và thường xuyên bị thiên tai. Mặc dù đồng bào dân tộc thiểu số chỉ chiếm 14% dân số cả nước, họ chiếm

	1993	1998	2002	2004
Nghèo	58.1	37.4	28.9	24.1
Thành thị	25.1	9.2	6.6	10.8
Nông thôn	66.4	45.5	35.6	27.5
Dân tộc thiểu số	86.4	75.2	69.3	
Nghèo lương thực	24.9	15.0	9.9	7.8
Đồng bằng sông Hồng			6.5	4.3
Đông bắc			14.1	10.6
Tây bắc			28.1	25.4
Bắc Trung bộ			17.3	12.0
Nam Trung bộ			10.7	7.3
Tây nguyên			17.0	14.9
Đông Nam			3.2	2.7
Đồng bằng sông Cửu Long			7.6	5.1
Dân tộc thiểu số	52.0	41.8	41.5	
Khoảng cách giàu nghèo	18.5	9.5	6.9	
Thành thị	6.4	1.7	1.3	
Nông thôn	21.5	11.8	8.7	
Dân tộc thiểu số	34.7	24.2	22.1	
Tỷ lệ % trẻ dưới 5 tuổi không đủ cân nặng*			33	
Bé gái			35	
Bé trai			31	
Tỷ lệ % những người sống dưới \$1 một ngày	39.9	16.4	13.6	10.6
Thu nhập của 20% những người có thu nhập thấp nhất		8.0		
Hệ số Gini	0.34	0.35	0.37	

Nguồn: TCTK

* năm 2000

¹ Con số sơ bộ do Tổng Cục Thống kê cung cấp tháng 9 năm 2005.

đến 29% tỷ lệ những người nghèo. Tỷ lệ giảm nghèo trong đồng bào dân tộc thiểu số cũng chậm hơn. Theo Bộ LĐTB&XH, các tỉnh miền núi chiếm gần 70% số hộ cực nghèo và con số này được dự đoán là sẽ còn tăng cao, lên khoảng 80% vào năm 2010.

Thứ hai, hàng triệu người Việt Nam chỉ sống trên mức thu nhập chỉ cao hơn một chút so với chuẩn nghèo. Hơn 10 triệu người sống với mức thu nhập trong biên độ 10% của chuẩn nghèo chính thức, và những cá nhân và hộ gia đình này rất dễ bị tổn thương nếu những cú sốc kinh tế xảy ra do các yếu tố bên ngoài hoặc trong nước gây ra. Việc lan rộng Hội chứng đường hô hấp cấp (SARS) trong toàn khu vực vào năm 2003 và dịch cúm gia cầm trong năm 2004 và 2005, cũng như cuộc khủng hoảng tài chính bất ngờ xảy ra là những thí dụ của những biến cố mà có thể làm cho một số lượng lớn hộ gia đình rơi vào tình trạng sống dưới chuẩn nghèo.

Thứ ba, những lợi ích mà quá trình cải cách đem lại đã không được phân bổ đồng đều giữa các tầng lớp dân cư trong xã hội. Bắt đầu xuất hiện những bằng chứng cụ thể cho thấy sự gia tăng khoảng cách về mặt kinh tế và xã hội. Theo số liệu điều tra mức sống hộ gia đình mức chi tiêu của bộ phận dân giàu nhất đã tăng 4% từ năm 1993 đến năm 2002, trong khi mức chi tiêu của bộ phận dân nghèo nhất đã giảm 0,5% trong cùng thời kỳ. Hệ số Gini về tiêu dùng đã tăng liên tục từ đầu những năm 1990. Theo những số liệu này, việc phân bổ chi tiêu ở Việt Nam (0.37) là kém bình đẳng hơn một chút so với Indonesia (0.34) mặc dù được coi là bình đẳng hơn rất nhiều so với Thailand (0.43). Việc phân bổ về tài sản ở Việt Nam thì vẫn được coi là công bằng so với phần lớn những nước ở trong vùng. Điều này là do cải cách ruộng đất đã được thực hiện vào cuối những năm 1980 và đầu những năm 1990. Tuy nhiên, những dẫn chứng mới đây cho thấy tốc độ tích tụ đất đai đã tăng lên ở đồng bằng sông Cửu Long, hiện tượng đầu cơ đất đô thị xuất hiện như một phương thức tích lũy tư bản/vốn quan trọng. Tiếp cận nhiều hơn với giáo dục trung học, đại học và dạy nghề sẽ giúp cải thiện việc phân bổ lực lượng lao động thường xuyên và có tay nghề, phương pháp phổ biến nhất và bền vững nhất nhằm xóa nghèo ở Việt Nam.

II. Phân tích

Nghèo không phải là một vấn đề xã hội. Muốn giải quyết những khó khăn được xác định ở phần trên cần có một cách tiếp cận toàn diện và đa ngành bao gồm các chính sách kinh tế vì người nghèo và đầu tư công vào cơ sở hạ tầng và các dịch vụ cơ bản. Cần có sự thống nhất giữa khung kinh tế vĩ mô và chiến lược giảm nghèo quốc gia. Để có được sự thống nhất này, Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội cần hội tụ đủ ba thành phần: i) các chính sách tài chính ưu tiên cho người nghèo; ii) các chính sách đầu tư công cho người nghèo và iii) phát triển các cơ sở công giành cho người nghèo và đáp ứng được những nhu cầu của họ.

Các chính sách tài chính cho người nghèo

Theo Luật Ngân sách Nhà nước sửa đổi, chính sách tài chính hiện nay đã minh bạch hơn và có trách nhiệm hơn đối với các cơ quan dân cử. Chi tiêu cho các dịch vụ cơ bản đã tăng lên cùng các chương trình mục tiêu quốc gia cho giảm nghèo trong giai đoạn kế hoạch hiện nay. Nếu so sánh với mức trung bình quốc tế đối với các nước có thu nhập trung bình thấp, thì chi tiêu cho giáo dục công so với thu nhập quốc gia của Việt Nam là cao, trong khi chi tiêu cho y tế công thì thấp. Chi tiêu cá nhân cho giáo dục và y tế, kể cả phí sử dụng do các cơ sở công thu, đang tăng lên so với tổng chi tiêu. Vẫn tồn tại những khoảng cách trong vấn đề tiếp cận với các dịch vụ và khoảng cách này đang tăng lên trong vấn đề chất lượng các dịch vụ cung cấp.

1. *Phân bổ chi tiêu thường xuyên theo khu vực địa lý*: Chính phủ đã rất nỗ lực trong việc tăng chi tiêu cho các tỉnh nghèo, kể cả mức chi tiêu cao hơn cho các tỉnh miền núi và vùng sâu vùng xa trong một số lĩnh vực. Cân đối trong việc phân bổ ngân sách đã được thực hiện để tái phân bổ nguồn lực từ tỉnh giàu sang tỉnh nghèo, và hệ thống đã được xây dựng minh bạch hơn và có thể dự đoán được. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa tình trạng nghèo và cấp ngân sách của chính quyền trung ương thì yếu, và chi tiêu của Chính phủ cho các dịch vụ cơ bản ở những khu vực nghèo và vùng sâu vùng xa thì chậm hơn so với các tỉnh giàu hơn. Cân đối trong phân bổ ngân sách thì chưa đủ để bù đắp những thu nhập cao hơn ở những tỉnh giàu. Ngoài ra, việc phân bổ trong nội bộ tỉnh thì kém minh bạch hơn so với phân bổ giữa các tỉnh, thậm chí ở cấp xã nơi mà Nghị định Dân chủ cơ sở yêu cầu các chính quyền địa phương phải công khai các kế hoạch và kết quả chi tiêu. Sự cần thiết của việc gây dựng tinh thần trách nhiệm cao hơn và sự minh bạch hơn ở các cấp tỉnh, huyện và xã đã thừa nhận tầm quan trọng ngày càng cao trong chính sách phân cấp hành chính.

2. *Các chương trình mục tiêu quốc gia:* Các chương trình mục tiêu quốc gia được thiết kế nhằm giảm nghèo cùng cực và kinh niên, đặc biệt ở các vùng núi và vùng sâu vùng xa. Một đánh giá mới đây về những chương trình này do Bộ LĐTB&XH và UNDP tiến hành đã thấy rằng việc xây dựng mục tiêu được tiến hành rất hiệu quả và việc miễn giảm học phí và đặc biệt là bảo hiểm y tế đã có một tác động tích cực lên chất lượng sống của người nghèo. Tuy nhiên, mặc dù chính phủ đã rất cam kết thực hiện chương trình này, việc triển khai chương trình vẫn còn hạn chế. Chỉ một phần nhỏ số hộ nghèo được hưởng trợ cấp giáo dục và thậm chí số hộ gia đình nghèo được nhận bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm y tế còn thấp hơn. Ngoài ra, các chương trình mục tiêu cũng bao gồm một loạt các chính sách khác bao gồm tín dụng bao cấp, tái định cư, việc làm, các chương trình sáng chế, khuyến nông, đầu tư vào cơ sở hạ tầng và tập trung lại những bộ phận dân cư. Rất ít hộ gia đình nghèo tham gia nhiều hơn một chương trình, do đó đã làm giảm tác động chung của những chương trình này đối với tình trạng nghèo cùng cực. Một số chương trình thì không hiệu quả bằng những chương trình khác, do đó phân bổ nguồn lực chưa gắn với những bằng chứng của sự tác động của các chương trình. Một phân tích tác động toàn diện từng thành phần của chương trình vẫn chưa được thực hiện.

3. *Quá phụ thuộc vào phí sử dụng cho những dịch vụ tài chính:* Những bằng chứng của nghiên cứu hộ gia đình cho thấy chi phí cá nhân cho các dịch vụ y tế và giáo dục chiếm một phần lớn tổng chi tiêu ngoài lương thực của người nghèo và cận nghèo. Những chi phí này bao gồm phí sử dụng chính thức và những khoản thu không chính thức. Chi phí cho một lần khám bệnh ở bệnh viện huyện chiếm trung bình một phần năm chi tiêu ngoài lương thực trong một năm của bộ phận dân nghèo nhất. Hơn nữa, khả năng trả phí cá nhân đã ảnh hưởng đến chất lượng của giáo dục được cung cấp. Các hộ giàu trả trung bình cao hơn bốn lần mức trung bình quốc gia cho các lớp ở cấp trung học tư, với kết quả là trẻ em từ những gia đình khá giả hơn có xu hướng được học tiếp trung học phổ thông và đại học. Trao quyền tự chủ tài chính nhiều hơn (theo Nghị định 10) đã tạo ra những động cơ cho các cơ sở giáo dục và y tế tập trung vào cung cấp dịch vụ phải trả tiền do đó làm ảnh hưởng đến các dịch vụ cơ bản cho người nghèo.

4. *Các Giải Pháp Nhanh:* Các chương trình mục tiêu quốc gia cung cấp cơ sở hạ tầng và dịch vụ cho người nghèo. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy những chương trình làm tăng nhu cầu dịch vụ thông qua chuyển giao tài chính có điều kiện là một phần rất hữu ích cho các chiến lược theo hướng cung cấp. Chương trình Progresas ở Mexico (ngày nay là chương trình Oportunidades) và chương trình Bolsa Escolar ở Brazil là những ví dụ của các chương trình chuyển giao tài chính cho các bà mẹ nghèo với điều kiện là con cái họ phải đi học đầy đủ và được kiểm tra sức khỏe thường xuyên. Những sáng kiến khác được đề cập đến trong Báo cáo Dự án Thiên niên kỷ bao gồm các bữa ăn miễn phí tại nhà trường và cho học sinh uống sữa miễn phí tại trường ở những tỉnh có tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao.

Đầu tư công vì người nghèo

Đầu tư công đã tăng tỷ lệ chi tiêu của chính phủ và tổng sản phẩm quốc nội trong giai đoạn kế hoạch hiện nay. Chính phủ đã sử dụng những nguồn lực bổ sung này để đầu tư vào các hệ thống thủy lợi, đường xá, nước sạch, vệ sinh và những công trình hạ tầng chủ yếu khác. Các chương trình mục tiêu quốc gia đã cung cấp thêm ngân sách cho các cơ sở hạ tầng ở những vùng khó khăn và xa xôi hẻo lánh. Phân tích do Ngân hàng Thế giới tiến hành đã chỉ ra rằng chi tiêu công cho cơ sở hạ tầng ở Việt Nam đã giúp làm giảm tình trạng nghèo, và tác động của các dự án cơ sở hạ tầng lớn là lớn nhất ở những tỉnh nghèo nhất. Ngân hàng Thế giới cũng thấy rằng các dự án giao thông, nước và vệ sinh đã đóng góp nhiều nhất vào công cuộc giảm nghèo.

5. *Ưu tiên đầu tư:* Đầu tư công đã tăng khoảng 40% trong thời gian từ năm 2000 đến năm 2003. Việt Nam sẽ duy trì mức đầu tư công cao trong giai đoạn kế hoạch tới đây. Thủy lợi, đường xá, điện, nước sạch, vệ sinh và thông tin liên lạc tại các vùng nông thôn sẽ là những ưu tiên chính của chính phủ. Cải thiện đường xá nông thôn và cung cấp nước sẽ làm giảm gánh nặng cho người phụ nữ, những người chịu trách nhiệm chính trong việc lấy nước và những nhu cầu khác cho các hộ gia đình ở Việt Nam. Phát triển các hệ thống trạm trung chuyển đại chúng đô thị tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh sẽ làm giảm chi phí trung chuyển cho người nghèo, số lượng tai nạn giao thông và mức độ phát thải khí có hại. Đầu tư vào trường sở, các cơ sở y tế và cơ sở hạ tầng thiết yếu khác cũng vô cùng quan trọng để cải thiện tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản.

6. *Đánh giá các dự án đầu tư công:* Thách thức trong năm năm sắp tới là tăng hiệu quả của các dự án đầu tư công và đảm bảo rằng lợi ích của những dự án đầu tư này đến được với người nghèo. Theo qui định của nhà nước, cần có phân tích lợi ích chi phí khi tuyển chọn các dự án đầu tư công qui mô lớn. Phân tích lợi ích chi phí có thể giúp xác định những dự án mang lại hiệu quả kinh tế xã hội cao nhất, và hạn chế những dự án có mức chi phí về xã hội và môi trường cao ở mức không thể chấp nhận được.

Quy trình phân tích lợi ích chi phí nghiêm ngặt cũng có thể phân loại được những dự án nếu tính về tác động đối với người nghèo, ví dụ là thông qua việc tạo thêm nhiều việc làm, tiếp cận với các dịch vụ cơ bản và những tiêu chí khác. Chính phủ cũng phải thi hành những quy định hiện hành và áp dụng những biện pháp nhằm bảo đảm các quyết định đầu tư ở cấp tỉnh cũng phải trải qua một qui trình nghiêm ngặt như vậy.

7. *Vận hành và Bảo dưỡng*: Một vấn đề có liên quan là sự tách bạch giữa chi tiêu cứng và chi tiêu thường xuyên trong ngân sách của chính phủ. Chi tiêu cho bảo dưỡng và vận hành không song song cùng nhau với những dự án đầu tư mới vào thủy lợi, đường xá và các cơ sở hạ tầng thiết yếu khác. Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn (NN&PTNT) ước tính 50% các công trình thủy lợi qui mô lớn không hoạt động có hiệu quả do không được bảo dưỡng và chi phí cho vận hành và bảo dưỡng hiện nay chỉ đáp ứng được 60% số tiền cần thiết. Chi tiêu cho bảo dưỡng đường xá cũng đã tăng lên trong thời kỳ kế hoạch hiện nay và vẫn ít hơn so với ước tính chi phí tối thiểu của nhà nước. Quá tập trung vào các công trình xây dựng mới bằng tiền của các khoản vận hành và bảo dưỡng đã làm giảm những dòng lợi ích từ các cơ sở hạ tầng công và rút ngắn thời gian làm việc của những tài sản vốn này. Cần có mối liên kết rõ ràng hơn giữa các dự án đầu tư và các khoản nợ phải trả để nâng cao lợi tức cho các công trình đầu tư công.

Phát triển thể chế vì người nghèo

Thể chế có thể được định nghĩa là những qui tắc chính thức và không chính thức, những qui phạm pháp luật và những hiệp ước chi phối thái độ chính trị, kinh tế, xã hội. Các thể chế vì người nghèo phải tự chịu trách nhiệm, đầy đủ và kiên định thúc đẩy sự tham gia của người nghèo vào phát triển quốc gia. Việt Nam đã nhanh chóng thiết lập cấu trúc thể chế của một nền kinh tế thị trường hiện đại. Tốc độ thay đổi đã tăng lên trong những năm gần đây do mối liên kết của Việt Nam với nền kinh tế thế giới đã được tăng cường. Tuy nhiên phát triển thể chế vẫn chưa đều và hậu quả do thiếu thể chế hoặc thể chế yếu tác động một cách không cân xứng đối với người nghèo.

8. *Tiếp cận với các công cụ tín dụng chính thức và tiết kiệm*: Chính phủ đã trao cho Ngân hàng Chính sách Xã hội Việt Nam nhiệm vụ và vốn để mở rộng việc cho vay ưu đãi và không phải thế chấp cho người nghèo. Phần lớn các khoản vay thì nhỏ và được cung cấp thông qua các nhóm tín dụng và tiết kiệm. Ngân hàng Chính sách đã không thể chi trả cho những chi phí vận hành do khoản lãi âm giữa lãi xuất cho vay và lãi xuất tiết kiệm (tức là thu nhập từ việc cho vay của Ngân hàng Chính sách Xã hội ít hơn so với số tiền lớn mà Ngân hàng chi trả cho các khoản tiết kiệm), và do đó việc mở rộng mạng lưới theo kế hoạch sẽ rất tốn kém cho chính phủ. Việc tập trung vào tín dụng rẻ cũng đã loại trừ những dịch vụ thương mại để ngân hàng có thể tồn tại được ở những vùng nông thôn nghèo và làm chuyển những khoản tiền tiết kiệm từ các ngân hàng thương mại sang các dịch vụ cho vay được nhà nước trợ cấp và không bền vững. Ngoài ra, điều tra cũng chỉ ra rằng rất ít người nghèo biết và sử dụng những công cụ tiết kiệm chính thức này. Chính phủ có thể cải thiện khả năng tiếp cận với các tiện ích tiết kiệm và tín dụng bằng việc thúc đẩy quá trình chuyển đổi đã được lên kế hoạch của Ngân hàng Chính sách từ việc cho vay chính sách đến các khoản vay nhỏ cho mục đích thương mại và các khoản tiết kiệm thông qua một mạng lưới các chi nhánh ở địa phương trên toàn quốc.

9. *Di cư*: Hệ thống đăng ký nhân khẩu bốn tầng làm tăng chi phí cho di cư, đặt ra một khoản thuế cho những người nghèo đi tìm việc và tạo ra một tác động xấu lên việc tạo ra việc làm. Hệ thống cũng hạn chế khả năng tiếp cận của người di cư với các dịch vụ giáo dục và y tế cơ bản. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy di cư không thể kiểm soát được về mặt hành chính nhưng có thể xoay vào thông qua cơ cấu một cách cẩn trọng các chính sách khuyến khích. Phát triển cơ sở hạ tầng (đường xá, điện, cảng) ở các đô thị loại hai và loại ba có thể làm giảm tỷ lệ tăng trưởng dân số ở những thành phố lớn. Thể an sinh xã hội quốc gia sẽ là một phương tiện công bằng hơn để kiểm soát việc tiếp cận với các dịch vụ hơn là những giấy tờ về nơi ở.

10. *Bình đẳng giới*: Việt Nam có một truyền thống lâu đời trong việc thúc đẩy bình đẳng giới. Kết quả bình đẳng giới được thể hiện rõ nhất trong lĩnh vực giáo dục tiểu học và sự tham gia của phụ nữ về mặt chính trị ở cấp quốc gia. Tuy nhiên, cần có nhiều thông tin chính xác hơn về những vấn đề như là cân bằng giới ở giáo dục trung học và đại học, bạo lực gia đình, quấy rối tình dục tại nơi làm việc, buôn bán phụ nữ và trẻ em, mô hình di cư quốc tế và nội địa của phụ nữ, cũng như lợi ích và các điều kiện làm việc cho phụ nữ di cư. Thông tin này cần có để xây dựng chiến lược bình đẳng giới quốc gia. Cần phải nỗ lực hơn nữa để đảm bảo cho phụ nữ có khả năng tiếp cận bình đẳng với các cơ hội tạo thu nhập và các nguồn lực, như đất đai và đào tạo về nông nghiệp, cũng như để đảm bảo cho phụ nữ làm công việc như nam giới thì cũng được trả thù lao như nam giới. Cần tạo điều kiện cho phụ nữ tiếp cận dễ dàng hơn với các cơ sở trồng trọt, chăm sóc trẻ có chất lượng cũng như nâng cao mức trợ cấp cho các sản

phụ nhằm giúp chị em đáp ứng một cách hài hoà các nhu cầu mang tính đối kháng, đó là lao động tạo thu nhập và công việc nội trợ. Việc nâng cao tỷ lệ nữ tham gia trong các cơ quan chính trị, đặc biệt ở cấp địa phương, đi đôi với việc tổ chức các khoá đào tạo, bồi dưỡng phù hợp cho các cán bộ lãnh đạo nữ, sẽ góp phần xây dựng được những chính sách có quan tâm hơn tới nhu cầu về bình đẳng giới. Một chương trình quốc gia khuyến khích các em gái theo học các chuyên ngành kỹ thuật và lập nghiệp trong các lĩnh vực liên quan đến khoa học - công nghệ và cá lĩnh vực phi truyền thống khác sẽ giúp làm giảm phân chia về giới lực lượng lao động trong các ngành nghề.

11. *Tạo việc làm*: Tính theo đơn vị, các công ty tư nhân trong nước tạo nhiều việc làm hơn các doanh nghiệp nhà nước hoặc công ty nước ngoài. Những chính sách động viên đang phổ biến vẫn đang ngăn cản sự tăng trưởng của khu vực tư nhân trong nước mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ về hành chính và luật pháp. Chính quyền địa phương thường thiếu năng lực thể chế và quyết tâm chính trị để khuyến khích đầu tư tư nhân trong nước hoặc tạo ra một môi trường phù hợp cho các hoạt động của khu vực tư nhân. Các dịch vụ phát triển kinh doanh và các hiệp hội kinh doanh được tăng cường sẽ giúp các doanh nghiệp vừa và nhỏ giảm chi phí hành chính và sự chậm chễ. Bảo trợ pháp luật đối với các công ty tư nhân và trông cậy vào một hệ thống tư pháp công bằng và vô tư sẽ khuyến khích đầu tư của các công ty tư nhân trong nước. Một sự phân biệt rõ ràng giữa các chức năng điều chỉnh của nhà nước và sự can thiệp trực tiếp của chính phủ vào các hoạt động sản xuất sẽ làm sáng tỏ những chính sách khuyến khích và nâng cao sự minh bạch. Cần có thêm nhiều đầu tư vào giáo dục dạy nghề để bảo đảm những người mới tham gia thị trường lao động sẽ có kỹ năng mà các ngành yêu cầu và giúp những người lao động nhiều tuổi hơn phát triển kỹ năng của họ hoặc đào tạo lại để đáp ứng với nhu cầu của thị trường.

12. *Bất ổn định về giá lương thực*: Đối với 10% dân số nghèo nhất, tiền mua gạo đã chiếm gần một nửa chi tiêu hộ gia đình và 80% lượng calo cần thiết. Do phần lớn những người rất nghèo là người mua gạo chính, giá gạo giảm xuống từ năm 1996 đã giúp làm giảm tỷ lệ nghèo ở Việt Nam. Tuy nhiên, tác động đồng thời của giá dầu đang ngày càng tăng, một đồng đô la yếu và tình trạng hạn hán ở những nước sản xuất gạo đã tăng áp lực lớn hơn lên giá gạo. Mặc dù Việt Nam không thể bảo vệ những người tiêu dùng ở trong nước tránh hoàn toàn khỏi tác động xấu của sự lên xuống thất thường về giá cả quốc tế, can thiệp của chính phủ là cần thiết nhằm giảm thiểu tác động của sự bất bình ổn về giá đối với người nghèo. Thuế xuất được coi là thích hợp hơn so với việc yêu cầu các công ty và cơ quan nhà nước dự trữ hàng vì thuế có tác dụng chuyển thu nhập vào ngân sách chung của chính phủ chứ không phải vào những cơ sở xuất khẩu lương thực.

III. Khuyến nghị

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ nhanh chóng trong việc giảm nghèo thông qua việc đạt được tăng trưởng kinh tế nhanh chóng và vì người nghèo. Thách thức chính trong giai đoạn kế hoạch sắp tới là đảm bảo rằng các chính sách của chính phủ tăng cường nội dung tăng trưởng vì người nghèo và đẩy nhanh tỷ lệ giảm nghèo. Cần minh bạch hơn và có trách nhiệm hơn đối với các chính sách tài chính, những quyết định đầu tư công và phát triển các thể chế vì người nghèo để duy trì tăng trưởng kinh tế bền vững và duy trì mối liên hệ hiện nay giữa tăng trưởng và tăng thu nhập cho người nghèo.

Dựa trên những đánh giá và phân tích trên đây, chúng tôi khuyến nghị những mục tiêu dưới đây được đưa vào Kế hoạch Phát triển Kinh tế Xã hội 5 năm. Ở lĩnh vực nào hiện nay chưa có đường cơ sở thì cần sớm có kế hoạch thu thập và xử lý các dữ liệu liên quan để xây dựng những chuẩn phù hợp.

Mục tiêu đến năm 2010	Chỉ số	Nguồn
<i>Những mục tiêu giảm nghèo chung</i>		
Giảm nghèo lương thực xuống dưới 5% trên cả nước và không quá 10% ở bất kỳ tỉnh hoặc vùng nào	Tỷ lệ nghèo lương thực	ĐTMSHGĐVN, Bộ LĐT&XH
Giảm tỷ lệ nghèo quốc gia xuống dưới 15% và dưới 30% đối với đồng bào dân tộc thiểu số	Tỷ lệ nghèo đối tính trên đầu người, được phân tách giữa các dân tộc	ĐTMSHGĐVN
Giảm tỷ lệ khoảng cách nghèo quốc gia xuống dưới 15 đối với đồng bào dân tộc thiểu số	Tỷ lệ khoảng cách nghèo, phân tách theo các khu vực nông thôn và thành thị, theo các nhóm dân tộc và vùng	ĐTMSHGĐVN, Bộ LĐT&XH
Giảm tỷ lệ dân cư sống trong	Tỷ lệ dân có nhà và sống trong	ĐTMSHGĐVN, Bộ

Mục tiêu đến năm 2010	Chỉ số	Nguồn
những ngôi nhà với mái che không đạt tiêu chuẩn xuống dưới 10% và 20% trong số đồng bào dân tộc thiểu số	những căn nhà dưới tiêu chuẩn, theo khu vực thành thị và nông thôn, theo nhóm dân tộc và vùng.	LĐT&XH
Không có dữ liệu cơ sở	Tỷ lệ dân sống trong các căn nhà mà nền nhà bẩn và ẩm ướt, theo khu vực nông thôn và thành thị và theo nhóm dân tộc và vùng	Cần có điều tra mới
Không có dữ liệu cơ sở	Tỷ lệ dân sống trong những căn nhà mà có hơn 5 người sống chung một phòng, theo khu vực nông thôn và thành thị, theo nhóm dân tộc và vùng	Cần bổ sung các câu hỏi mới cho ĐTMSHGĐVN
<i>Nghèo ở trẻ em</i>		
Giảm chiều cao đối với lứa tuổi dưới 25% trên toàn quốc	Trẻ em có chiều cao so với tuổi thì nhiều hơn - độ lệch chuẩn 2 dưới chuẩn trung bình tham khảo quốc tế.	Điều tra Dân số và Sức khỏe Việt Nam, Bộ Y Tế
Tất cả trẻ em được tiêm phòng 6 bệnh chủ yếu	Trẻ em chưa được tiêm phòng các bệnh chủ yếu.	Điều tra Dân số và Sức khỏe Việt Nam, Bộ Y Tế
Không có dữ liệu cơ sở	Trẻ nhỏ gần đây bị mắc bệnh tiêu chảy (trong vòng hai tuần vừa qua) và không được chữa trị hoặc không nhận được lời khuyên của bác sỹ.	Cần có điều tra mới
Không có trẻ em phải ở cách xa trường tiểu học gần nhất hơn 10km	Trẻ em sống cách trường (ở bất kỳ cấp học nào) 10km hoặc xa hơn	Trung tâm TTQLGD và TCTK
Không có trẻ em nào phải ở cách xa cơ sở y tế hơn 10km	Trẻ em sống xa cơ sở y tế hoặc bác sỹ từ 10km trở lên.	ĐTMSHGĐVN, Bộ Y Tế
Tất cả trẻ em được học lên lớp 5	Tỷ lệ trẻ em học đến lớp 5, phân tách theo giới, dân tộc, vùng và khu vực thành thị so với nông thôn.	Trung tâm TTQLGD và TCTK
75% trẻ em gái và trai ở độ tuổi tương đương hoàn thành trung học cơ sở.	Tỷ lệ hoàn thành trung học cơ sở, phân tách theo giới, dân tộc, vùng và khu vực thành thị so với nông thôn.	Trung tâm TTQLGD và TCTK
Hệ số biến đổi chỉ tiêu cho mỗi học sinh ở cấp tiểu học và trung học dưới 25% giữa các tỉnh và giữa các khu vực nông thôn và thành thị.	Chỉ tiêu trên một học sinh ở cấp tiểu học và trung học, phân tách theo vùng và khu vực đô thị so với nông thôn.	Trung tâm TTQLGD và TCTK
<i>Những chỉ số bất bình đẳng</i>		
Phần trăm thu nhập quốc gia dồn về 20% và 10% dân số có thu nhập thấp nhất vượt qua lần lượt là 10% và 5%	Phần trăm thu nhập quốc gia dồn về 20% và 10% dân số có thu nhập thấp.	ĐTMSHGĐVN
Bộ phận dân chi tiêu ít nhất không phải chi trả bằng tiền mặt cho giáo dục	Chỉ tiêu bằng tiền mặt cho giáo dục mà dân phải trả.	ĐTMSHGĐVN, Bộ GD&ĐT
Bộ phận dân chi tiêu ít nhất không phải chi trả bằng tiền mặt cho các chi tiêu y tế	Chỉ tiêu bằng tiền mặt cho y tế mà dân phải trả.	ĐTMSHGĐVN, Bộ Y Tế
<i>Những chỉ số chính sách tài chính</i>		
Chỉ tiêu thường xuyên ở 10 tỉnh nghèo nhất cao hơn mức trung bình quốc gia	Chỉ tiêu thường xuyên ở 10 tỉnh nghèo nhất so với mức trung bình quốc gia.	Bộ TC
Chỉ tiêu công cho giáo dục vượt qua mức 5% GDP	Chỉ tiêu công cho giáo dục theo GDP.	Bộ TC
Chỉ tiêu công cho y tế vượt qua mức 2,5% GDP	Chỉ tiêu công cho y tế theo GDP.	Bộ TC
<i>Đầu tư công</i>		
85% dân nông thôn được sử dụng 60 lít nước sạch một ngày.	Tỷ lệ dân được sử dụng tối thiểu 60 lít nước sạch một ngày	Bộ NN&PTNT, TCTK
70% hộ gia đình nông thôn được sử dụng các tiện ích vệ sinh.	Tỷ lệ dân được sử dụng nhà vệ sinh thuộc bất kỳ loại nào gần nơi ở, bao gồm nhà vệ sinh gia đình hay công cộng.	Bộ NN&PTNT, TCTK

Mục tiêu đến năm 2010	Chỉ số	Nguồn
Không có dữ liệu cơ sở	Tỷ lệ dân được sử dụng điện thoại trong bán kính 5km.	Cần có điều tra mới
<i>Những chỉ số cơ cấu</i>		
Không có dữ liệu cơ sở	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng công cụ tiết kiệm chính thức phân tách theo khu vực nông thôn và thành thị và các dân tộc thiểu số.	Bộ TC
Không có dữ liệu cơ sở	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng các công cụ tín dụng chính thức phân tách theo các khu vực nông thôn và thành thị và các dân tộc thiểu số.	Cần có điều tra mới
Tăng việc làm theo đơn vị đầu tư ở các doanh nghiệp nhà nước tương đương với ở khu vực tư nhân (kể cả nước ngoài làm chủ).	Tăng trưởng việc làm theo đơn vị đầu tư ở khu vực công, khu vực tư nhân trong nước và liên doanh/nước ngoài làm chủ.	Bộ LĐTB&XH, Bộ TC
Không có dữ liệu cơ sở	Việc làm có thu nhập thường xuyên so với tổng việc làm có thu nhập (thường xuyên + không thường xuyên) ở khu vực nông thôn và thành thị.	Cần có điều tra mới
Không có dữ liệu cơ sở	Tỷ lệ dân được tiếp cận với đài, tivi hoặc báo chí ở nhà phân tách theo dân tộc, vùng và khu vực nông thôn so với thành thị.	Cần có điều tra mới
Không có dữ liệu cơ sở	Số lượng phụ nữ phải chịu bạo lực gia đình ² .	Cần có điều tra mới
Một nửa cán bộ chuyên môn thuộc các ngành khoa học và kỹ thuật là nữ.	Số lượng nữ trong tổng số những người làm chuyên môn trong các lĩnh vực liên quan đến khoa học và công nghệ	Bộ LĐTB&XH

Chương 3

Trẻ em

Báo cáo Thiên niên kỷ “Đầu tư cho phát triển” đã đưa ra năm “Giải Pháp nhanh” nhằm chống lại đói nghèo. Trong số những giải pháp này, ba giải pháp được đặc biệt đề cập đến trẻ em, tập trung vào giáo dục trẻ, y tế và dinh dưỡng, phản ánh thực tế là trẻ em là trung tâm của các hoạt động giảm nghèo. Không có một đầu tư nào hiệu quả hơn và chủ chốt hơn trong phát triển ở bất kỳ một nước nào ngoài đầu tư cho thế hệ trẻ của nước đó. Chương này sẽ tóm tắt tình hình trẻ em Việt Nam và đưa ra một loạt những khuyến nghị cụ thể cho các mục tiêu của KHPTKTXH 5 năm mà LHQ tin tưởng rằng có thể tăng cường kế hoạch thông qua việc tiếp cận và tập trung có hiệu quả hơn tới trẻ em.

I: Đánh giá

Trong khi có rất nhiều số liệu về trẻ em Việt Nam, một vấn đề vẫn còn tồn tại là chất lượng các số liệu này, thiếu số liệu, và trong rất nhiều trường hợp không được phân tách theo độ tuổi. Hầu như tất cả các số liệu quốc gia hiện có đều có nguồn từ chính phủ. Tuy nhiên có những sự khác biệt rất lớn trong số liệu từ các nguồn khác nhau của chính phủ, đặc biệt nếu so sánh số liệu báo cáo thường kỳ từ các hệ thống hành chính với các số liệu từ các cuộc điều tra.

Các số liệu tập hợp quốc gia không phải lúc nào cũng phản ánh những khác biệt giữa các dân tộc thiểu số hoặc ở những vùng sâu vùng xa, giữa trẻ em gái và trẻ em trai, giữa nông thôn và thành thị.

Trẻ em :	30,6 triệu
Tỷ lệ chết dưới 5 tuổi (chết trên 1,000 ca đẻ sống):	23
Tỷ lệ chết khi sinh (chết trên 1,000 ca đẻ sống):	19
Tỷ lệ đăng ký đi học (% tổng/nam/nữ):	96/98/92
Tỷ lệ tốt nghiệp tiểu học (%):	89
Trẻ mồ côi:	150,00
Trẻ khuyết tật:	1,200,000
Trẻ đường phố:	16,000
Trẻ lao động:	23,000
Tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân (%):	9
Tỷ lệ trẻ được khai sinh khi sinh(%):	95
Tỷ lệ sử dụng muối iốt (%):	83
Tỷ lệ uống Vitamin A bổ sung (%):	55
Tỷ lệ trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn đến 6 tháng tuổi:	15
Nước sạch và vệ sinh ở trường học (%)	
• Mẫu giáo:	66
• Tiểu học:	68
• Trung học:	72
Tỷ lệ tiêm phòng sởi trong một năm (%):	93
Tỷ lệ tiêm vắc xin DPT3 trong một năm (%):	99
Tỷ lệ bà mẹ tử vong (trên 100,000 ca đẻ sống):	165
Tỷ lệ ca sinh được nữ hộ sinh đỡ (%):	85

Giáo dục: Tỷ lệ đăng ký đi học tiểu học chính thức đã tăng lên 96%, một tỷ lệ khá cao đối với một nước mà thu nhập bình quân theo đầu người dưới 500 đô la Mỹ một năm theo mức qui đổi hiện nay. Tuy nhiên, việc tiếp tục đi học và hoàn thành bậc học vẫn là một thách thức lớn. Ví dụ, chỉ có 89% số học sinh học lên lớp năm. Một sự khác biệt khác cũng còn tồn tại là tỷ lệ đăng ký học tiểu học giữa trẻ em trai và trẻ em gái (lần lượt là 98% và 92%) và giữa các dân tộc thiểu số. Điều tra năm 1999 cho thấy trong khi có 93.5% trẻ em trai người Kinh đăng ký học tiểu học, con số tương tự đối với trẻ em trai người Bana là 55%, và chỉ có 51.5% đối với trẻ em trai người Hmong. Tương tự, trong khi có 93,4% trẻ em gái người Kinh đi học tiểu học thì chỉ có 60,4% trẻ em gái người Bana và 31,5% trẻ em gái người Hmong trong cùng lứa tuổi đi học. Sự khác nhau ở cấp học phổ thông trung học thì còn lớn hơn. Trong khi 65,5% trẻ em trai người Kinh học trung học cơ sở thì chỉ có 9% trẻ em trai Bana và 7,5% trẻ em trai người Hmong cùng lứa tuổi đi học. Chỉ có 8,9% trẻ em gái người Bana và 1,6% trẻ em gái người Hmong trong cùng độ tuổi đi học phổ thông cơ sở so với 64% trẻ em gái người Kinh. Trong năm 1993, có khoảng 2 triệu trẻ vị thành niên học trung học cơ sở; đến năm 2002 con số này là 5 triệu. Tỷ lệ học trung học phổ thông đã tăng đáng kể, từ khoảng 300.000 năm 1993 lên đến 2 triệu trong năm 2002. Tuy nhiên, có ít trẻ em người dân tộc hơn theo học bậc học phổ thông trung học và sự chênh lệch về giới thì thậm chí còn rõ rệt hơn giữa các dân tộc thiểu số. Năm 2001/2002 tổng tỷ lệ đăng ký đi học lần lượt là 87/81% ở cấp trung học cơ sở và 51/47% ở cấp trung học phổ thông. Trẻ em khuyết tật cũng bị thiệt thòi trong vấn đề tiếp cận giáo dục và tỷ lệ đi học do họ có ít cơ hội được theo học trong hệ thống giáo dục đại trà.

Phòng ngừa thương tật: Với những tiến bộ đáng kể gần đây trong việc đẩy lui các căn bệnh truyền nhiễm, thương tật chẳng hạn như chết đuối và tai nạn giao thông, đã trở thành nguyên nhân chủ yếu gây ra tử vong ở trẻ. Điều tra Thương tật Việt Nam năm 2001 cho thấy tình trạng thương tật là nguyên nhân của 75% số trẻ chết từ một tuổi trở lên. Điều này dẫn đến việc chính phủ và các nhà tài trợ phải xem xét lại quan điểm của mình về tình hình tử vong ở trẻ em nhằm phản ánh tốt hơn những hiểu biết mới về

vấn đề thương tật. Năm 2001, chính phủ đã ban hành Chính sách Quốc gia về Tai nạn và Thương tật, đồng thời ban hành Kế hoạch Hành động Quốc gia trong đó xác định thương tật là một trong những ưu tiên xã hội trong kế hoạch phát triển năm năm sắp tới.

Bảo vệ trẻ em: Đối với vấn đề xây dựng pháp luật cho trẻ em, hiện đã thu được một số tiến bộ, trong đó có việc xây dựng Luật Bảo vệ, Chăm sóc và Giáo dục trẻ em năm 2004. Mặc dù đã có những tiến bộ này, vấn đề pháp luật dành cho trẻ em ở Việt Nam vẫn còn nhiều vấn đề phải cải thiện. Ví dụ, luật Việt Nam xác định bất kỳ người nào dưới 16 tuổi được coi là trẻ em trong khi định nghĩa chính thức của Công ước của LHQ về quyền trẻ em mà Việt Nam là một nước thành viên, và pháp luật của tất cả các nước khác ở trong vùng là 18 tuổi. Hạn chế về độ tuổi 16 vẫn chưa được xem xét trong Luật sửa đổi 2004. Điều này đặt ra một số lo ngại về vấn đề bảo trợ pháp luật về quyền của những người trong độ tuổi 16-18, cũng như là gây khó khăn cho việc so sánh những số liệu về trẻ em giữa Việt Nam và các nước khác. Còn một số những qui định pháp luật không phù hợp trong những lĩnh vực chẳng hạn như lạm dụng trẻ em và tư pháp vị thành niên.

Dinh dưỡng trẻ em: Suy dinh dưỡng là một vấn đề lớn. Mặc dù số lượng trẻ sinh nhẹ cân và còi cọc ở Việt Nam đã giảm xuống một nửa trong vòng 20 năm vừa qua, tỷ lệ suy dinh dưỡng vẫn còn cao so với chuẩn vùng. FAO ước tính có khoảng 23% dân số chịu tình trạng thiếu an ninh lương thực hoặc rất dễ bị rơi vào tình trạng này. Suy dinh dưỡng còn nghiêm trọng hơn đối với các khu vực dân tộc thiểu số và trong số những người nghèo sống ở nông thôn và nó cũng tỷ lệ nghịch với trình độ học vấn của bà mẹ. Tuy nhiên, tình trạng này không chỉ giới hạn ở những nhóm này: tỷ lệ dân thu nhập thấp nhất bao gồm hầu hết trẻ em các dân tộc thiểu số, chỉ chiếm 30% số trẻ bị suy dinh dưỡng.

Nước và vệ sinh môi trường: Vẫn còn khoảng 17 triệu trẻ em (52%) chưa được sử dụng nước an toàn và khoảng 20 triệu trẻ (59%) chưa được tiếp cận với tiện ích vệ sinh. Sự chênh lệch giữa các vùng và các tỉnh vẫn tồn tại dai dẳng. Chỉ có 67% dân nông thôn được sử dụng nước an toàn trong năm 2002. Ở các vùng đô thị, 10% trẻ em không được tiếp cận với tiện ích vệ sinh so với 40% ở khu vực nông thôn. Tiếp cận với nước sạch ở 12 tỉnh giàu nhất và 12 tỉnh nghèo nhất là 97% và 32%, trong khi tiếp cận với tiện ích vệ sinh là 75% và 12%. Mười hai tỉnh nghèo nhất là những tỉnh ở vùng núi và vùng sâu vùng xa nơi có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống. Nhìn chung, đồng bào dân tộc thiểu số ít được hưởng lợi hơn từ những cải thiện trong tiếp cận với tiện ích vệ sinh. Liên quan đến nước an toàn, 87,2% đồng bào dân tộc thiểu số không được tiếp cận với nước sạch và khoảng cách giữa hộ gia đình người Kinh và người dân tộc đã tăng gấp đôi trong thời gian từ 1993 đến 2002 theo điều tra mức sống dân cư và nhà ở. Theo những điều tra mới đây, 65% trong tổng số 35.500 trường học có nước sạch sử dụng và 42% có các tiện ích vệ sinh³. Tuy nhiên trong thực tế, các tiện ích vệ sinh, nếu có, thì thường xuyên không được sử dụng đúng và không được bảo dưỡng, các tiện ích thường xuyên không đủ cho tất cả học sinh và cán bộ trong trường và không có nhà vệ sinh dành riêng cho nam và nữ.

Ngoài ra, mối liên quan giữa tình trạng không đủ nước sạch và tiện ích vệ sinh để dùng với các căn bệnh như ỉa chảy, còi cọc, giun sán và suy dinh dưỡng là rất rõ ràng. Điều này có ảnh hưởng đến những tác động y tế tiêu cực dài hạn. Khoảng 23%, 29% và 44% dân số bị nhiễm các bệnh lần lượt là giun kim, giun móc và giun đũa⁴. Từ 60 đến 70% trẻ em có giun đũa. Việc các nguồn nước ngầm bị nhiễm thạch tín và florua đặc biệt ở vùng châu thổ sông Hồng làm tăng thêm mối lo về chất lượng nước và sức khỏe.

Sức khỏe bà mẹ và trẻ em: Điều tra của chính phủ cho thấy tỷ lệ tử vong ở bà mẹ là 165 trên 100.000 ca đẻ sống trong đó tỷ lệ tử vong ở bà mẹ cao hơn ở các vùng sâu vùng xa nơi phần lớn đồng bào dân tộc sinh sống. Ví dụ, một điều tra gần đây của Bộ Y tế về tử vong ở bà mẹ cho thấy tỷ lệ tử vong ở bà mẹ ở tỉnh Bình Dương là 45 trên 100.000 ca đẻ sống trong khi đó tỷ lệ này là 162 ở tỉnh Quảng Trị và 411 ở tỉnh Cao Bằng. Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi đang giảm xuống và tương đương với tỷ lệ ở nhiều nước giàu hơn. Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi cao đang ngày càng tập trung ở khu vực miền núi và trong một số nhóm nhất định ở những khu vực này.

II: Phân tích: Trẻ em chiếm 40% dân số Việt Nam. Tỷ lệ sinh đẻ của Việt Nam đang giảm xuống sau một giai đoạn tăng trưởng dân số kéo dài đã làm cho số trẻ em trong độ tuổi từ 10 đến 18 chiếm khoảng một phần tư dân số, tạo nên một nhu cầu ngày càng tăng các dịch vụ phù hợp về y tế, giáo dục, việc làm và các cơ hội tham gia.

³ Điều tra Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Nước và Vệ sinh môi trường 2004 (do Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Nước và Vệ sinh môi trường/Trung tâm Nước sạch và Vệ sinh môi trường nông thôn thuộc Bộ NN&PTNT thực hiện).

LHQ tại Việt Nam đã xác định sáu lĩnh vực ưu tiên thiết yếu cho trẻ em và giảm nghèo cho kế hoạch 5 năm.

1. Giáo dục: Giáo dục là một ưu tiên đối với chính phủ và nhân dân Việt Nam. Khoảng 87% trẻ em dưới 3 tuổi được chăm sóc tại nhà, và khoảng một nửa trẻ em trong độ tuổi từ ba đến năm được gửi ở các nhà trẻ và mẫu giáo. Tỷ lệ giáo dục mẫu giáo do tư nhân đảm nhận ngày càng tăng, gây nên mối lo ngại về sự phát triển chế độ giáo dục lưỡng tầng. Đối với các trường mẫu giáo muốn cung cấp cho trẻ một sự khởi đầu tốt nhất cho cuộc sống sau này thì cần phải đưa vào các cơ hội được vui chơi và các dịch vụ khác (ví dụ tẩy giun và tiêm phòng).

Trẻ em trong độ tuổi tiểu học không được đến trường thường là trẻ em người dân tộc thiểu số, trẻ di cư và trẻ tàn tật. Việc đăng ký đi học tiểu học của trẻ em dân tộc thiểu số thì rất khác nhau giữa các nhóm dân tộc; và có chênh lệch lớn như đã đề cập ở trên. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy trẻ em sẽ học tập tốt nhất khi được dạy bằng tiếng mẹ đẻ và có thể mất đến hai năm học nếu phải học bằng một ngôn ngữ khác. Tuy nhiên, rất ít học sinh dân tộc thiểu số được học giáo viên là người dân tộc mình và hầu như không ai được học bằng ngôn ngữ của dân tộc mình. Được học bằng tiếng mẹ đẻ và bằng hai thứ tiếng là rất quan trọng đối với việc tiếp cận và kết quả học tập tốt hơn đối với trẻ em dân tộc thiểu số. Trình độ giáo viên tiểu học là khá tốt. Tuy nhiên, ở các vùng núi xa xôi và vùng đồng bào dân tộc thiểu số, giáo viên tiểu học thường chưa học hết lớp tám, và thiếu nghiêm trọng về số lượng, mặc dù chính phủ đã rất nỗ lực trong việc tuyển dụng.

Mặc dù trẻ em nghèo đã được miễn học phí ở bậc tiểu học, các trường thường yêu cầu cha mẹ học sinh phải nộp một loạt các khoản phí gián tiếp, kể cả phí xây dựng trường, quỹ lớp, phí học bạ, phí điện, phí sách vở, phí ký túc xá và phí nước uống. Nhiều bậc phụ huynh nghèo, đặc biệt ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số, không thể kham nổi việc gia đình vừa kho có sức lao động khi trẻ em phải đi học vừa mất thu nhập gia đình do phải hỗ trợ trẻ em đi học và do đó phải cho con em mình nghỉ học. Chi tiêu cho giáo dục theo nhóm thu nhập cho thấy cha mẹ giàu tiêu gấp 30 lần cha mẹ nghèo cho việc học thêm, cũng như là sách vở và dụng cụ học tập. Điều này được phản ánh qua việc thu nhận kiến thức. Con em các gia đình giàu có nhiều cơ hội học đại học hơn con em các gia đình nghèo.

Tỷ lệ bỏ học ở bậc trung học cơ sở là rất phổ biến ở các vùng nông thôn và đô thị nghèo. Số học sinh bỏ học chủ yếu là con em các gia đình nghèo và dân di cư, và các gia đình bị nhiễm HIV/AIDS. Ngoài ra, các trường trung học cơ sở, ví dụ như các trường tư thục hoặc bán công, nhất thiết yêu cầu phải đóng học phí, đã làm ảnh hưởng đến tỷ lệ nhập học và đi học.

2. Phòng ngừa thương tật: Chết đuối là nguyên nhân chính gây ra tỷ lệ tử vong liên quan đến thương tật ở trẻ em, cao hơn nhiều so với những nguyên nhân khác. Mỗi ngày có khoảng 40 trẻ bị chết đuối, nguyên nhân là do trẻ vừa không có kỹ năng bơi tốt vừa không được người lớn trông nom ở những khu vực có nguy cơ chết đuối. Thương tật giao thông đường bộ cũng là nguyên nhân chính gây ra cái chết cho trẻ vị thành niên. Tỷ lệ tử vong do tai nạn giao thông đường bộ tăng theo độ tuổi, trong độ tuổi vị thành niên từ trên mười đến dưới hai mươi. Phần lớn các tai nạn đường bộ và giao thông liên quan đến xe máy. Trong số khoảng 4.100 trẻ dưới 18 tuổi tử vong năm 2001 thì có đến hơn 60% hoặc là bị đâm xe hoặc là đang đi xe máy. Cuối cùng, tự tử và thương tật liên quan đến các vật sắc nhọn cũng được liệt vào hàng thứ ba trong số những nguyên nhân gây ra tử vong. Thương tật hiện nay là một vấn đề y tế công cộng lớn đe dọa cuộc sống và phát triển của trẻ và do đó đe dọa việc hoàn thành các mục tiêu MDGs.

3. Bảo vệ trẻ em: Bộ LĐTB&XH cho biết có khoảng 2,5 triệu trẻ em cần được bảo vệ đặc biệt ở Việt Nam⁵. Hiện chưa có một hệ thống hoặc chiến lược bảo vệ trẻ em chính thức và rất ít những người làm công tác xã hội và chuyên gia tư vấn được đào tạo.

Bạo lực trong gia đình, phạm tội với trẻ em và trẻ em chứng kiến bạo lực là khá phổ biến. Một vài điều tra độc lập cho rằng nhiều trẻ em đã chứng kiến cảnh lạm dụng bạo lực trong gia đình và bị tát hoặc bị đánh. Người ta chưa biết nhiều về vấn đề lạm dụng tình dục trẻ em. Trong một điều tra của UNICEF, có khoảng 3% trẻ em trong độ tuổi học tiểu học nói rằng các em bị đụng chạm vào cơ thể ngoài ý muốn và dưới 1% nói rằng họ đã bị cưỡng đoạt hoặc tấn công tình dục.

Buôn bán phụ nữ và trẻ em Việt Nam qua biên giới đang ngày càng tăng. Bộ Công an ước tính khoảng 22.000 phụ nữ và trẻ em Việt Nam bị bán sang Trung Quốc trong những năm 1990 và hàng chục ngàn

người khác bị bán sang Campuchia và những nước khác. Nghiên cứu của UNICEF cho rằng 15% phụ nữ thuộc các tỉnh phía Nam được biết đã bị bán sang Campuchia ở độ tuổi dưới 15 tuổi.

Trẻ em không được đi học là do phải lao động. Theo Viện Khoa học Lao động và các vấn đề Xã hội, số trẻ em dưới 15 tuổi phải làm việc thường xuyên giảm từ 4 triệu năm 1993 xuống còn 1,6 triệu năm 1998, con số này cũng phù hợp với tỷ lệ tăng đáng kể học trung học cơ sở.

Chính phủ ước tính có khoảng 16.000 trẻ em đường phố, phần lớn khoảng 15 tuổi và là trẻ em nam. Phần lớn không đi học hoặc không được học nghề, chỉ có một số ít đi khám bệnh khi bị ốm, và một số lượng lớn trẻ em đường phố (15%) được cho là bị nhiễm HIV.

Có khoảng 1.530.000 trẻ mồ côi ở Việt Nam, trong đó có khoảng 22.000 trẻ mồ côi cha mẹ vì HIV/AIDS. Ngoài ra, có khoảng 265.000 trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS⁶, và Bộ LĐTB&XH cho biết có tổng cộng 8.500 trẻ bị nhiễm HIV. Ngoài ra, chưa có một hệ thống chăm sóc thay thế chính thức dành cho trẻ nếu không được chăm sóc ban đầu. Một số lượng nhỏ trẻ em được nhà nước hỗ trợ tài chính. Khoảng 25.000 trẻ em sống trong các cơ sở chăm sóc. Một báo cáo mới đây cho biết trẻ em sống ở các cơ sở này rất lâu, nhiều trẻ vào từ lúc còn là trẻ sơ sinh và ở lại đó cho đến đầu những năm trưởng thành. Chỉ có một số ít các cơ sở là thường xuyên xem xét việc di chuyển trẻ theo tiêu chuẩn quốc tế.

Có khoảng 11.000 đến 14.000 trẻ phạm pháp hàng năm. Trong năm 2002 khoảng 4.500 trẻ bị xử lý hình sự, trong đó 3.100 trẻ bị coi là phạm tội và phải chịu hình phạt. Phần lớn các vụ (55%) liên quan đến ăn cắp. Hệ thống tòa hành chính được cho là bước đệm giữa trẻ em và hệ thống pháp luật hình sự, nhưng cả hai đều thường đưa trẻ em đến các trại cải tạo và các trại tập trung. Số lượng trẻ vị thành niên ở những cơ sở này tăng mười lần từ năm 1995 đến 2003. Người phạm tội lần đầu bị giam cùng các đối tượng tái phạm nguy hiểm, và có nguy cơ mắc phải những căn bệnh nguy hiểm (ví dụ, dùng chung bơm kim tiêm và HIV/AIDS). Thực tế giam giữ này đã làm cho nhiều thanh niên lẽ ra có thể quay lại với cộng đồng một cách dễ dàng đã trở nên chai lỳ.

Việt Nam có khoảng 1,2 triệu trẻ em khuyết tật, phần lớn trong số này là con em các gia đình nghèo. Chỉ có khoảng một phần ba trong số này nhận được trợ giúp từ chính phủ và dưới 10% được đi học.

4. Dinh dưỡng ở trẻ em: Nguyên nhân tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em Việt Nam bắt đầu từ trước và trong thời kỳ mang thai và ba năm đầu đời.

Mang thai: Dinh dưỡng bà mẹ trước và trong thời kỳ mang thai ảnh hưởng rất lớn đến chiều cao tối đa của trẻ. Viện Dinh dưỡng quốc gia ước tính khoảng 27% bà mẹ mang thai bị thiếu calo, và khoảng 30% bị thiếu máu. Thậm chí khi bà mẹ mang thai có một chế độ ăn uống tốt, họ vẫn có thể không thể hấp thụ được lượng dinh dưỡng tiêu thụ do bị nhiễm các bệnh về giun. Tỷ lệ phổ biến bị nhiễm giun thành ruột là từ 30 đến 50% và ở vùng nông thôn thì cao hơn vùng đô thị.

Từ sơ sinh đến 6 tháng tuổi: Phần lớn trẻ không được ăn uống đầy đủ không phải là trẻ sinh thiếu cân. Khoảng 9% trẻ sinh thiếu cân trong năm 2002, tỷ lệ này tương đương với hầu hết các nước phát triển nhất. Sau khi sinh, phần lớn nguồn dinh dưỡng là từ sữa mẹ, điều này bảo đảm chế độ dinh dưỡng tối ưu và phát triển thể chất và bảo vệ trẻ khỏi bệnh tật. Tỷ lệ cho con bú hoàn toàn ở Việt Nam là khoảng 15,4% theo Điều tra Y tế Hộ gia đình Việt Nam. Trẻ thường được cho ăn nước cơm và các thức ăn khác khi mới hai tháng tuổi, điều này đã làm giảm sự thích thú của trẻ đối với sữa mẹ vốn nhiều dinh dưỡng hơn và làm tăng nguy cơ nhiễm bệnh.

Từ sáu tháng đến ba năm: Suy dinh dưỡng vẫn là vấn đề dai dẳng đối với trẻ em từ sáu tháng đến ba năm tuổi, thời kỳ mà thức ăn cứng cần được đưa vào để bổ sung vào lượng sữa mẹ. Viện Dinh dưỡng quốc gia ước tính khoảng một nửa số trẻ dưới hai tuổi bị thiếu máu và gần 15% bị thiếu vitamin A bán lâm sàng. Phần lớn các bữa ăn đặc trưng cho trẻ ở lứa tuổi này thì thấp về tỷ trọng dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng ở trẻ nhỏ có liên quan chặt chẽ với bệnh tật. Khoảng 60% trẻ từ hai đến năm tuổi được tin là bị nhiễm giun. Khoảng 20% trẻ từ 6 đến 11 tháng tuổi bị đi ỉa chảy trong hai tuần vừa qua.

Thiếu hụt iốt: Ước tính có vào khoảng 250.000 trẻ sơ sinh có nguy cơ bị thiếu năng trí tuệ do các bà mẹ không sử dụng muối iốt trước và trong khi mang thai. Tỷ lệ sử dụng muối iốt trung bình quốc gia là 82,5%, nhưng ở một vài nơi, đặc biệt là vùng châu thổ sông Hồng, tỷ lệ sử dụng muối iốt là rất thấp. Chương trình Kiểm soát thiếu hụt iốt quốc gia của Việt Nam tập trung phần đầu đến cuối năm 2005 sẽ có 90% số hộ gia đình sử dụng muối iốt. Vấn đề quan trọng là dinh dưỡng iốt tối ưu phải được đảm bảo

qua việc khuyến khích mọi người duy trì sử dụng muối ăn có iốt. Điều này đòi hỏi phải có những nỗ lực liên ngành về chính sách, luật pháp và thực thi pháp luật, truyền thông và thanh tra, giám sát và theo dõi.

5. Nước và vệ sinh môi trường: Trong khi vấn đề nước và vệ sinh được đề cập chi tiết ở chương 5, có một số vấn đề cần quan tâm liên quan đến trẻ em, đặc biệt là khả năng tiếp cận các dịch vụ ở các trường học. Một số ít trường học đã có chỗ để rửa tay, xà phòng và những hệ thống tiêu thoát chất thải vệ sinh an toàn. Các tiện ích vệ sinh thì thường không được thiết kế phù hợp cho trẻ em và khu vệ sinh riêng biệt dành cho học sinh nam và nữ không nhận được sự quan tâm đầy đủ. Học sinh, phụ huynh, người làm vệ sinh và các nhà quản lý đã không được tư vấn và tham gia đầy đủ, cùng với những hướng dẫn không đầy đủ và không rõ ràng, đã làm cho cơ sở vật chất của trường học được xây dựng nhưng không có các tiện ích vệ sinh và nước sạch cơ bản.

Những nỗ lực của chính phủ trước đây về vệ sinh đã hướng vào việc tập trung nhiều hơn vào việc xây dựng các tiện ích mà ít tập trung vào thay đổi hành vi. Kinh nghiệm cho thấy xây dựng không thì chưa đủ, mà cung cấp nước sạch theo nhu cầu của nhà trường, giáo dục về vệ sinh và giữ gìn vệ sinh đã góp phần đáng kể vào cải thiện sức khỏe, dinh dưỡng và kết quả học tập của trẻ em; tăng số lượng học sinh đăng ký đi học và tới trường (đặc biệt là các em gái); và các thói quen giữ gìn vệ sinh sạch sẽ được các cá nhân và cộng đồng duy trì thường xuyên. Những can thiệp như thế này có thể giúp đạt được các mục tiêu MDGs về giáo dục, nước, vệ sinh, bảo vệ trẻ em, bình đẳng giới và y tế.

6. Sức khỏe bà mẹ và trẻ em: Những nguyên nhân chủ yếu gây ra tỷ lệ tử vong ở bà mẹ, kể cả chảy máu và những biến chứng chấn thương, có thể hạn chế được hoặc xử lý thông qua một chế độ dinh dưỡng tốt hơn trong quá trình mang thai và khi sinh được các hộ lý có tay nghề chăm sóc. Số lượng các bà mẹ mang thai được khám thai tăng 15% từ năm 1997 đến năm 2002, đã có 86,8% các bà mẹ đi khám thai ít nhất là một lần. Ngày càng có nhiều bà mẹ đi khám bác sỹ và số được các y tá hoặc bà mẹ khám thì ít đi. Tuy nhiên, việc khám thai không bao gồm cung cấp bổ sung vi chất dinh dưỡng hoặc tẩy giun. Bộ Y tế ước tính chỉ có khoảng 14% các bệnh viện tỉnh và huyện có đủ nhân viên và đủ trang thiết bị cho khoa sản. Khoảng 15% các ca sinh không có người đỡ và sự khác biệt giữa các vùng là rất lớn. Ví dụ, trong năm 2002, 86% phụ nữ ở tỉnh miền núi Tây bắc là Lai Châu đã sinh con mà không có nhân viên y tế có chuyên môn đỡ, trong khi con số này là dưới 1% ở Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi: Các yếu tố nguy cơ gây tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi là do bà mẹ có trình độ học vấn thấp, đông con, khoảng cách giữa hai lần sinh dưới hai năm và không được tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc.

Tiêm chủng và các bệnh truyền nhiễm: Tỷ lệ tiêm chủng tăng là nguyên nhân chính cải thiện tình hình số liệu về tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh. Tỷ lệ tiêm phòng các bệnh về lao, bại liệt, bạch hầu, ho lâu ngày, uốn ván và sởi đã tăng lên khoảng 90 – 100%. Các kế hoạch loại trừ bệnh uốn ván sơ sinh vào năm 2005 đang đúng tiến độ. Tuy nhiên, tỷ lệ uống bổ sung vitamin A ở một số nơi (đặc biệt là vùng Tây nguyên) vẫn còn thấp. Theo Điều tra Y tế hộ Gia đình Việt Nam, số trẻ ở vùng châu thổ sông Hồng được tiêm 4 loại vắc xin chính cao gấp hai lần số trẻ ở vùng núi phía Bắc, khu vực có rất đông đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống. Điều tra Y tế và Nhân khẩu Việt Nam còn cho thấy chỉ có 58% trẻ em đã nhận được tiêm đủ liều vắc xin khi 12 tháng tuổi, và chỉ có khoảng 67% trẻ lên hai tuổi được tiêm phòng vắc xin đủ liều.

Tử vong sơ sinh: Số liệu điều tra cho thấy phần lớn tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh và trẻ dưới 5 tuổi xảy ra trong tháng đầu đời. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh thì không được theo dõi như là một chỉ số quốc gia, và hầu hết các trung tâm y tế không ghi lại những nguyên nhân tử vong ở trẻ sơ sinh. Hơn một nửa số trẻ tử vong trước một tháng tuổi là trẻ chưa được khai sinh và do đó cái chết của các cháu không được ghi lại. Nhiều trẻ khai sinh muộn, với hơn 30% số trẻ đăng ký khai sinh sau sáu tháng tuổi. Những nguyên nhân chính gây ra tử vong ở trẻ bao gồm xuất huyết, nhiễm trùng, giảm thể nhiệt và thiếu dinh dưỡng trong thời kỳ thai nhi. Hạn chế hoặc giảm thiểu những nguyên nhân này thì không có gì phức tạp: số trẻ chết trong khi sinh hoặc không lâu sau khi sinh sẽ ít đi nếu như bà mẹ được ăn uống đầy đủ trong thời kỳ mang thai và được sinh ở những cơ sở chăm sóc y tế có chất lượng.

III: Khuyến nghị

Dựa trên những đánh giá và phân tích trên đây, chúng tôi khuyến nghị những chỉ tiêu sau được xem xét đưa vào Kế hoạch 5 năm:

CHỈ TIÊU TỚI NĂM 2010	CHỈ SỐ	NGUỒN SỐ LIỆU
Giáo dục		
<i>Những chỉ tiêu được công bố.</i> Tỷ lệ hoàn thành giáo dục quốc gia (2003/4) là: Tiểu học: 80,5% Trung học cơ sở: 73,4% Trung học phổ thông: 79,6% (Số liệu Giáo dục về mẫu giáo, tiểu học và trung học, Bộ GD&ĐT tháng 2, 2003-4)	Tỷ lệ hoàn thành giáo dục bậc tiểu học, trung học cơ sở và trung học phổ thông được phân tách theo giới và nhóm dân tộc	Tỷ lệ hoàn thành được phân tách theo giới và nhóm dân tộc hiện nay chưa được thu thập một cách có hệ thống; hiện chỉ có một số điều tra/nghiên cứu
Mẫu giáo: 53% Tiểu học: 99% Trung học cơ sở: 90% Trung học phổ thông: 50% cộng với số liệu được phân tách giới cho tất cả các cấp học (Tỷ lệ đăng ký đi học tiểu học: 96% trong 2001/2002)	Tỷ lệ đăng ký đi học Mẫu giáo, Tiểu học, Trung học cơ sở và Trung học phổ thông phân tách theo giới	Trung tâm Thông tin Quản lý Giáo dục (TTTTQLGD) Bộ GD&ĐT và TCTK Chiến lược Phát triển Giáo dục đối với số liệu đã cho; Tỷ lệ đăng ký đi học Trung học cơ sở và Trung học phổ thông và số liệu phân tách giới cho tất cả các cấp học không được thu thập một cách có hệ thống
95%	Tỷ lệ trẻ em năm tuổi đi học mẫu giáo phân tách theo giới	TTTTQLGD (Bộ GD&ĐT)&TCTK, số liệu phân tách giới không được thu thập một cách có hệ thống
70% (Tiểu học)	Tỷ lệ đăng ký đi học Mẫu giáo, Tiểu học, Trung học cơ sở và Trung học phổ thông của trẻ em khuyết tật	TTTTQLGD (Bộ GD&ĐT) & TCTK, số liệu phân tách giới không được thu thập một cách có hệ thống
20%	Ngân sách quốc gia chi tiêu cho giáo dục	Chiến lược Phát triển Giáo dục Quốc gia 2001-2010
<i>Chỉ tiêu được công bố.</i> Ghi chú: Những chỉ tiêu theo chương trình Giáo dục cho Mọi người (EFA) là: Trẻ em/lớp học: 15 Trẻ em/lớp học: nhà trẻ: 25 Giáo viên/lớp học: 2 Giáo viên/lớp học: nhà trẻ: 1,8	Chỉ số học sinh/lớp học và giáo viên-học sinh	Bộ GD&ĐT, thông qua giám sát chương trình Giáo dục cho mọi người
Ngăn ngừa thương tích		
30/100,000 trẻ (39,2/100.000 năm 2001)	Tỷ lệ trẻ chết đuối	Nghiên cứu thương tích liên ngành Việt Nam (VMIS)
10/100.000 trẻ (12,7/100,000 năm 2001)	Tỷ lệ trẻ chết do tai nạn giao thông	VMIS
50% thanh niên đội mũ bảo hiểm xe máy	% thanh niên sử dụng mũ xe máy	Điều tra và đánh giá về Thanh niên
Bảo vệ trẻ em		
Chiến lược bảo vệ trẻ em quốc gia được xây dựng và thực thi	Xây dựng chiến lược/kế hoạch chiến lược bảo vệ trẻ em quốc gia	Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em (UBDSGD&TE)
70% CNSP được chăm sóc và hỗ trợ	Số lượng trẻ em cần bảo vệ đặc biệt được chăm sóc và hỗ trợ phù hợp với tiêu chuẩn quốc tế	Bộ LĐTB&XH, UBDSGD&TE

CHỈ TIÊU TỐI NĂM 2010	CHỈ SỐ	NGUỒN SỐ LIỆU
30% tổng số các xã/trung tâm y tế có cán bộ xã hội được đào tạo	Số lượng những người làm công tác xã hội được đào tạo: a) có bằng đại học; b) đại học, làm các dịch vụ công tác xã hội nghề nghiệp	Bộ LĐTB&XH, UBDSGD&TE
Bảo vệ về mặt pháp luật nhiều hơn đối với CNSP thông qua các điều khoản luật, nghị định, thông tư, chính sách phù hợp với Công ước về quyền trẻ em và chuẩn mực quốc tế.	Số lượng các luật, qui định, thông tư và chính sách về bảo vệ trẻ em được sửa đổi phù hợp với Công ước về quyền trẻ em và các chuẩn mực quốc tế	UBDSGD&TE, Bộ Tư pháp
Giảm khoảng 20% vào năm 2010 (23.000 năm 2004)	Tỷ lệ tham gia lực lượng lao động của trẻ em dưới 16 tuổi	Bộ LĐTB&XH
không có số liệu	Số hộ gia đình có trẻ em làm chủ	Số liệu hiện tại không có sẵn nhưng có thể được Bộ LĐTB&XH thu thập trong tương lai
Dinh dưỡng trẻ em		
25% số tỉnh đạt được ít nhất là tỷ lệ quốc gia (30,7%, 2004)	Trẻ em < 5 bị còi cọc	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (các điều tra dinh dưỡng)
95% số tỉnh đạt được ít nhất là tỷ lệ quốc gia (82,5%, 2003)	Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hợp lý muối i ốt	Chương trình Kiểm soát Tiêm chủng mở rộng quốc gia, Bộ Y Tế
10% (0%, Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam); (cf, 15,4% trẻ em được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ từ 0 - 6 tháng tuổi, Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam)	Tỷ lệ trẻ em được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ đến 6 tháng tuổi	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (các điều tra dinh dưỡng); Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam
80%	Tỷ lệ trẻ sơ sinh được cân	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (các điều tra dinh dưỡng)
6% (từ NNS) (5,8% năm 2003, Niên giám Thống kê Y tế)	Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500g (trẻ sinh thiếu cân)	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (các điều tra dinh dưỡng)
80%	Tỷ lệ trẻ từ 0-2 năm tuổi được kiểm tra cân nặng thường xuyên (ví dụ, hàng quý), được thể hiện trên sơ đồ tăng trưởng	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (các điều tra dinh dưỡng)
25% (32% năm 2000)	Tỷ lệ phổ biến bệnh thiếu máu trong các bà mẹ mang thai	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (các điều tra thiếu máu)
80%	Tỷ lệ các trạm y tế xã cung cấp sắt bổ sung cho các bà mẹ mang thai	Viện Dinh dưỡng Quốc gia
90% (52,4% năm 2002, NIN)	Tỷ lệ bà mẹ được uống vitamin A bổ sung sau khi sinh	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (Chương trình vitamin A)
100%	Tỷ lệ trẻ từ 6-36 tháng tuổi được uống Vitamin A bổ sung trong 6 tháng vừa qua (phân bổ hai lần/năm)	Viện Dinh dưỡng Quốc gia (Chương trình vitamin A) (99,3% năm 2003, Viện Dinh dưỡng Quốc gia)
Nước và môi trường vệ sinh		
85% số trường học được cung cấp nước an toàn và có đủ nhà vệ sinh phù hợp với trẻ em dành riêng cho nam và nữ	Số lượng các trường có nước an toàn để sử dụng và có số lượng hợp lý các nhà vệ sinh riêng cho nam và nữ được phân tách theo giới, tỉnh và nhóm dân tộc	Bộ GD&ĐT, Bộ NN&PTNT

CHỈ TIÊU TỚI NĂM 2010	CHỈ SỐ	NGUỒN SỐ LIỆU
Sức khỏe bà mẹ và trẻ em		
97%* (85% năm 2002, Điều tra Dân số và Y tế VN hay 96% năm 2003, Bộ Y Tế)	Tỷ lệ các ca sinh được hộ lý có chuyên môn đỡ đẻ	Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam, hệ thống báo cáo thường xuyên Bộ Y Tế
60%* (độ biến đổi hiện tại 6,2%-83%)	Tỷ lệ phụ nữ đi khám sau khi sinh một lần	Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam, Bộ Y Tế và điều tra hộ gia đình/CBM
60%* (độ biến đổi hiện tại 6,2-83%)	Tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất là ba lần trước khi sinh	Bộ Y Tế và điều tra hộ gia đình/CBM
70/100,000 ca sinh sống* (85/100,000 năm 2003, hệ thống báo cáo Bộ Y Tế; 165/100,000 năm 2001-2, Nghiên cứu tỷ lệ tử vong bà mẹ Bộ Y tế)	Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ (MMR)	Bộ Y Tế, nghiên cứu/điều tra tỷ lệ tử vong bà mẹ
25/1000 (18/1000 năm 2004 - Điều tra Gia đình & Thay đổi Dân số 2004)	Tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh (<1)	Bộ Y Tế, điều tra hộ gia đình; Điều tra Gia đình và Thay đổi dân số 2004
90%* (86,8%, 2002, Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam)	Tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất là một lần ⁸	Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam
80%* (78,5% năm 2002, Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam)	Tỷ lệ các ca sinh ở các cơ sở y tế	Điều tra Dân số và Y tế Việt Nam

* Chỉ tiêu từ Chiến lược Sức khỏe Sinh sản Quốc gia, 2000.

Phụ lục: Nguồn số liệu cho các chỉ số trong hộp dành cho Chương về Trẻ em, các mục tiêu MDGs và Kế hoạch PTKTXH 5 năm

Chỉ số		Nguồn
Tổng số trẻ	30,6 triệu	Phòng Dân số của Vụ Kinh tế và các vấn đề Xã hội của Ban thư ký LHQ (2004), “Triển vọng Dân số thế giới - Bản cập nhật năm 2004”
Tỷ lệ tử vong dưới 5 tuổi (số chết trên 1.000 ca đẻ sống)	23 (2003)	Ước tính của UNICEF/New York trích từ MICS2000 Tình trạng trẻ em thế giới (SOWC) 2005
Tỷ lệ tử vong sơ sinh (số chết trên 1.000 ca đẻ sống)	19 (2003)	Ước tính của UNICEF/New York trích từ MICS2000 SOWC 2005
Tỷ lệ đăng ký đi học (% tổng/nam/nữ)	96/98/92 (2001-2002)	SOWC 2005 Cơ sở dữ liệu của Viện Thống kê UNESCO
Tỷ lệ học hết lớp 5 (%)	89	Cơ sở dữ liệu của Viện Thống kê UNESCO (2000/2001)
Trẻ mù côi	150.00	Bộ LĐTB&XH (2004)
Trẻ khuyết tật	1.200.000	
Trẻ đường phố	16.000	
Trẻ lao động	23.000	
Sinh thiếu cân (%)	9 (1998-2003)	SOWC 2005
Tỷ lệ trẻ đăng ký khai sinh (%)	95 (2004)	Báo cáo chuyên đề Bộ Tư pháp (tháng 1, 2005)
Sử dụng muối iốt ¹ (%)	83 (1997-2003)	SOWC 2005
Tỷ lệ uống bổ sung vitamin A (%)	55 (2002)	SOWC 2005
Trẻ bú hoàn toàn bằng sữa mẹ trong đến 6 tháng tuổi (%)	15 (1995-2003)	SOWC 2005
Nước sạch và vệ sinh tại trường (%)		Điều tra quốc gia Chiến lược Nước sạch và Vệ sinh Nông thôn 2003
• Mẫu giáo	66	
• Tiểu học	68	
• Trung học	72	
Tỷ lệ tiêm vắc xin phòng sởi trong một năm (%)	93	WHO/UNICEF Nhìn lại việc triển khai tiêm chủng quốc gia giai đoạn 1980-2003 ở Viet Nam (tháng 8, 2004)
Tỷ lệ tiêm vắc xin DPT3 trong một năm (%)	99	
Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ (trên 100.000 ca đẻ sống)	165	Bộ Y Tế, nghiên cứu tỷ lệ tử vong ở bà mẹ, 2001-02 (85/100.000 năm 2003 theo hệ thống báo cáo của Bộ Y Tế)
Sinh con có hộ lý đỡ (%)	85	VN DHS 2002 (96% theo hệ thống báo cáo thường xuyên của Bộ Y Tế, 2003)

Chương 4

Dân số, Giới và Sức khỏe sinh sản

I. Đánh giá

Trong suốt thập kỷ vừa qua, tỷ lệ tăng trưởng dân số đã hạ xuống một cách đáng kể từ khoảng 2 đến 1,4% hàng năm. Chính vì lẽ đó, 50 năm nữa dân số sẽ tăng gấp đôi chứ không phải là 35 năm. Tỷ lệ sinh sản, được định nghĩa là số con trung bình một người phụ nữ sẽ sinh trong độ tuổi sinh sản, đã giảm đều đặn xuống còn 2,2 con, mặc dù tỷ lệ này vẫn còn là cao ở một số vùng khó khăn.

Chính phủ đã xác định giảm tỷ lệ tăng trưởng dân số là một chính sách ưu tiên. Tỷ lệ hiện nay (1,44%) vẫn còn cao hơn chỉ tiêu 1,22% được đề ra trong kế hoạch PTKTXH 5 năm 2001-2005 và chỉ tiêu 10 năm là 1,2% như được nêu trong Chiến lược PTKTXH 2001-2010. Chỉ tiêu trong Chiến lược toàn diện về Tăng trưởng và Giảm nghèo về mức sinh sản thay thế đã gần đạt được. Tỷ lệ tử vong cũng đang giảm xuống. Những vùng khó khăn tiếp tục ghi nhận tỷ lệ sinh đẻ và tỷ lệ tử vong cao hơn mức bình thường.

Trong khi tỷ lệ sinh đã giảm, 29% dân số vẫn dưới độ tuổi 15. Giả sử xu thế hiện nay vẫn tiếp tục, tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi sẽ giảm xuống trong vòng 5 năm nữa.

Đồng thời, tỷ lệ người già trong cơ cấu dân số thì đang tăng lên. Người già hiện nay chiếm 6,5% dân số. Tỷ lệ phụ thuộc độ tuổi (nghĩa là, số người từ 60 tuổi trở lên trên 1.000 người trong độ tuổi từ 15-59 được dự đoán là sẽ tăng từ 14 năm 1999 lên gần 17 vào năm 2004. Do người Việt Nam ngày càng sinh ít con, có thể là trong tương lai sẽ ít người trong độ tuổi lao động làm công việc chăm sóc người già. Thêm nữa, tỷ lệ người già trên 75 tuổi được dự tính là sẽ tăng từ 25% năm 2000 lên 30% vào năm 2010. Người già trên 75 tuổi, có khả năng là phụ nữ, sẽ sống một mình và có những vấn đề về sức khỏe. Số người trong nhóm tuổi này sẽ tăng lên do đó sẽ đặt ra những nhu cầu ngày càng tăng lên hệ thống an sinh xã hội và trợ giúp hiện nay.

Tỷ lệ tăng trưởng dân số	1,44
Tỷ lệ sinh thô	18,5
Tỷ lệ chết thô	5,8
Tỷ lệ dân dưới 15 tuổi	29,3%
Tỷ lệ dân trên 65 tuổi	6,5%
Tỷ lệ phụ thuộc (số người già trên 1.000 người trong độ tuổi 15 – 29)	14
Tỷ lệ sinh đẻ	2,2
*Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ	165
*Tỷ lệ phổ biến các biện pháp tránh thai (bất kỳ/hiện đại)	75%/63%
*Tỷ lệ ca sinh có hộ lý đỡ	95,8%
Có các chăm sóc sản khoa chính toàn diện và cơ bản	NA
Có các phương tiện EmOC trên 500.000 dân	NA
Tỷ lệ nạo phá thai (% mang thai)	22%
*Tỷ lệ người lớn 15-49 tuổi sống chung với HIV/AIDS	0,44%
*Số trẻ em mồ côi do HIV/AIDS (2003) 2000 **	
Kiến thức về các biện pháp phòng tránh liên quan đến HIV	
Kiêng không sinh hoạt tình dục	5%
Một bạn tình	68%
Dùng bao cao su	50%
Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ có thai (15-24)	NA
*Tỷ lệ dùng bao cao su trên tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai	7%
Tỷ lệ thừa nhận mắc các vấn đề về sản và phụ khoa do nạo phá thai	NA
Tỷ lệ mang thai ở phụ nữ trong độ tuổi 15-49	NA
Tỷ lệ mắc bệnh giang mai ở phụ nữ mang thai (15-24)	NA

***Nguồn: Tình hình các gia đình và trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS ở Việt Nam: Báo cáo tổng quan quốc gia, UNICEF, 2003.*

Thanh niên chiếm một số lượng lớn những người di cư. Tình trạng di cư đến các thành phố chiếm khoảng một nửa số di cư tự do, nhưng phần lớn hiện tượng di cư cũng xảy ra ở các khu vực Đông Nam và Tây nguyên.

Việt Nam đã rất thành công trong việc khuyến khích kế hoạch hóa gia đình. Tỷ lệ phòng tránh thai đã tăng lên 77%, với 63% sử dụng các phương pháp hiện đại (56% trong điều tra Dân số và Y tế Việt Nam 2002)

Tuy nhiên tình hình thực hiện các chỉ số về sức khỏe sinh sản khác trên cả nước thì không được tốt như thế. Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ vẫn cao với 165 người tử vong trên 100.000 ca đẻ sống, mặc dù tỷ lệ này đã phản ánh sự tiến bộ so với tỷ lệ 250 vào năm 1990. Hai mươi hai phần trăm các ca mang thai đã nạo

phá thai, đây là một tỷ lệ cao ở mức báo động. Tình trạng lây nhiễm HIV đang lan rộng đặc biệt là trong đối tượng thanh niên. Bộ Y tế ước tính tỷ lệ lây nhiễm là 0,44% ở những người trong độ tuổi 15-49, tăng thêm 0,34% vào năm 2001, và đa số các trường hợp xảy ra ở những người trong độ tuổi 20-29. Tỷ lệ lây nhiễm vẫn là cao nhất ở nhóm đối tượng sử dụng ma túy (30%) và gái mại dâm (6%). Số lượng bị nhiễm gia tăng là do lây truyền qua đường tình dục khác giới.

Như được đề cập ở Chương 2, Việt Nam có một truyền thống lâu đời về thúc đẩy bình đẳng giới. Tuy nhiên, những hạn chế về khả năng tiếp cận của phụ nữ với các dịch vụ chăm sóc y tế và thông tin, đặc biệt là chăm sóc sức khỏe sinh sản, được thể hiện rất rõ rệt ở tỷ lệ tử vong của bà mẹ và tỷ lệ nạo phá thai cao. Những quan điểm mang yếu tố văn hóa và tước quyền của người phụ nữ trong quan hệ tình dục làm cho họ khó có thể thuyết phục bạn tình sử dụng bao cao su và nói chuyện về các vấn đề sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục với bạn tình, gia đình và mạng lưới hỗ trợ rộng hơn. Kết quả là phụ nữ dễ bị nhiễm các căn bệnh lây qua đường tình dục, kể cả HIV, mang thai ngoài ý muốn và bị xúc phạm về thân thể và tình cảm.

Vẫn còn những khoảng trống lớn về số liệu liên quan đến dân số, bình đẳng giới và sức khỏe sinh sản ở Việt Nam. Những số liệu hiện có thường dựa trên những báo cáo hành chính mà không phải là các điều tra khoa học.

II: Phân tích

Dân số:

1. *Chính sách dân số:* Pháp lệnh Dân số mới năm 2004 của Chính phủ là rất đáng hoan nghênh đã nơi lỏng quy định hạn chế về số con trong mỗi gia đình và khoảng cách giữa các lần sinh, do đó làm cho chính sách về dân số của đất nước tiến gần hơn với Hội nghị Quốc tế về Phát triển Dân số năm 1994 mà Việt Nam đã thông qua. Tỷ lệ sinh thay thế có thể đạt được bằng việc thúc đẩy phát triển kinh tế-xã hội và thông tin và các dịch vụ sức khỏe sinh sản được dành cho mọi thành phần xã hội. Những khu vực khó khăn cần phải được quan tâm đặc biệt nhằm xóa bỏ khoảng cách với các khu vực khác của cả nước về các vấn đề tỷ lệ sinh sản và phát triển kinh tế - xã hội nói chung.
2. *Cơ cấu tuổi:* Chiến lược Phát triển Thanh niên Việt Nam tới năm 2010 xác định việc làm, phòng chống HIV/AIDS và lạm dụng thuốc là những vấn đề chính. Thanh niên Việt Nam được giáo dục rất tốt và biết đọc biết viết. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm HIV tăng lên, tỷ lệ nạo phá thai cao và sự mất cân đối về tỷ lệ giới tính gia tăng ở một số tỉnh là những vấn đề đáng lo ngại. Thanh niên Việt Nam hiểu biết rất rõ về sức khỏe sinh sản, nhưng thông tin sẵn có dành cho họ thì không phải lúc nào cũng chính xác và có lợi cho các hành vi bảo vệ. Điều tra và Đánh giá mới đây về Thanh niên Việt Nam (SAVY) nhận thấy thanh niên coi tình dục trước hôn nhân là sai trái, mặc dù ở các vùng thành thị cứ ba thanh niên thì có một người cho biết có sinh hoạt tình dục trước hôn nhân. Tỷ lệ sử dụng thuốc tránh thai trong thanh niên được biết là còn thấp.

Cần phải xây dựng chiến lược cho tương lai nhằm đáp ứng tình hình tỷ lệ người già trong dân số đang ngày càng tăng lên. Sáu mươi phần trăm những người già là phụ nữ và bốn phần năm trong số đó sống ở nông thôn. Điều tra về điều kiện sống cho người già năm 1999 cho thấy trong khi chỉ có 26,2% những người ở độ tuổi từ 60 đến 64 có vấn đề về sức khỏe, 63,7% những người từ 75 tuổi trở lên là ốm yếu. Như được đề cập ở trên, những người thọ trên 75 tuổi đang ngày càng tăng trong tỷ lệ những người già. Hỗ trợ mục tiêu cần tập trung vào những người dễ bị tổn thương nhất trong số những người già ở Việt Nam.

3. *Di cư:* Di cư là chiến lược sống mà những người lao động mong muốn tìm kiếm những cơ hội mà ở địa phương họ không có. Những người không di cư được hưởng lợi từ số tiền tiết kiệm và từ thông tin và kinh nghiệm mà những người di cư mang về. Người di cư thường sử dụng những khoản tiền tiết kiệm của họ để khởi nghiệp ở quê, do đó đóng góp vào việc tạo thêm việc làm. Người di cư chủ yếu là thanh niên, và phần lớn trong số họ là phụ nữ. Người di cư thường không có việc làm bảo đảm, không được tiếp cận với các dịch vụ y tế, xã hội và bảo hiểm nghề nghiệp và không được tham gia vào các chương trình chỉ tiêu quốc gia giảm nghèo.

Bình đẳng giới:

4. *Chênh lệch về giới* trong giáo dục được thảo luận ở Chương 3 và cơ hội cho phụ nữ trong đào tạo, sở hữu đất đai, và ra quyết định được thảo luận ở Chương 2. Việc nhấn mạnh mối liên kết giữa bình đẳng giới và giảm nghèo là vô cùng quan trọng. Việc thay đổi các điều kiện duy trì sự phân chia lao động theo giới và đảm bảo trả công công bằng sẽ làm cho người phụ nữ có thể sử dụng được hết kiến thức và kỹ năng của họ và tham gia đầy đủ vào các chiến lược kiếm sống. Giờ đây khi tỷ lệ trẻ em trai và trẻ em gái trong giáo dục tiểu học gần ngang nhau thì việc tiếp cận bình đẳng với giáo dục trung học và đại học là điều kiện tiên quyết để đạt được bình đẳng giới trong sự nghiệp phát triển con người. Sự tham gia của phụ nữ và việc nâng cao vị thế của phụ nữ trong lĩnh vực chính trị, đặc biệt ở các cấp địa phương, cũng có ý nghĩa hết sức quan trọng để hỗ trợ các chính sách và ngân sách có tính đến nhu cầu về bình đẳng giới. Để đạt được bình đẳng giới, cũng cần đáp ứng các nhu cầu về sức khỏe sinh sản của nam giới và xác định lại vai trò của nam giới trong thế kỷ 21.

Về vấn đề sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục, ý thức và quan niệm văn hóa cản trở phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ chưa lập gia đình, trong việc tìm kiếm thông tin về sức khỏe sinh sản hay thảo luận biện pháp bảo vệ an toàn với bạn tình của họ. Cần tăng cường nhận thức và hiểu biết của công chúng về vai trò bất bình đẳng hiện nay giữa nam và nữ để nâng cao vị thế của người phụ nữ trong các mối quan hệ tình dục và gia đình của họ với nam giới, giảm tình trạng bạo lực gia đình và ủng hộ việc chia sẻ trách nhiệm một cách bình đẳng hơn trong việc chăm sóc con cái và các công việc nội trợ.

Việc lồng ghép các vấn đề liên quan đến giới vào các chính sách, kế hoạch và chương trình của nhà nước, đi đôi với các cơ chế đảm bảo trách nhiệm giải trình trong việc thực thi có ý nghĩa hết sức quan trọng để hiện thực hoá các cơ hội bình đẳng cũng như sự phát triển cân đối hơn giữa nam và nữ.

Hộp 1. Giới, LHQ và các mục tiêu MDG

Hội nghị Phụ nữ Thế giới lần thứ tư được tổ chức ở Bắc Kinh vào năm 1995 đã đạt được sự đồng thuận về nhu cầu lồng ghép các vấn đề liên quan đến giới vào các chương trình và chính sách. Tổng Thư ký Liên Hợp Quốc và Hội nghị Bắc Kinh+10 năm 2005 nhấn mạnh sự cần thiết phải ủng hộ bình đẳng giới nhằm đạt được từng mục tiêu MDG. Bình đẳng giới không phải là vấn đề của riêng ngành nào. Phụ nữ chiếm đa số những người sống trong mức nghèo cùng cực (ví dụ, những người có mức thu nhập dưới một đô la mỗi ngày). Việc phân chia lao động theo giới, bạo lực gia đình, tiếp cận bất bình đẳng với các dịch vụ giáo dục và y tế và gánh nặng bất bình đẳng về công việc nhà và nuôi dạy con cái mà người phụ nữ phải gánh chịu, tất cả tạo ra ảnh hưởng tiêu cực đối với thu nhập và kết quả phát triển con người của phụ nữ. Phụ nữ chiếm phần đông lực lượng lao động nông nghiệp, nhưng thường xuyên không có quyền kiểm soát các tư liệu sản xuất như là đất, vật nuôi và máy móc. Việc nữ chiếm quá đông trong số người nghèo làm tăng tỷ lệ tảo hôn ở bà mẹ và trẻ em và đặt người phụ nữ vào nhóm có nguy cơ cao về lây nhiễm HIV/AIDS. Những yếu tố hạn chế về văn hóa và xã hội đối với khả năng tiến thân của người phụ nữ về vật chất, xã hội và kinh tế làm trầm trọng thêm tình trạng nghèo khổ của phụ nữ và gia tăng nguy cơ về sức khỏe của họ. Hạn chế tiếp cận với nước sạch và chất đốt đặt ra gánh nặng lớn lên người phụ nữ, những người dành nhiều thời gian cho những công việc không được trả thù lao để phục vụ các nhu cầu thiết yếu của gia đình.

Là một nước tham gia Công ước về Xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ, Việt Nam cam kết đưa những nguyên tắc về quyền bình đẳng cho phụ nữ và trẻ em gái vào hệ thống pháp luật, thiết lập cơ chế công nhằm bảo vệ những quyền này và đảm bảo hông còn sự phân biệt đối xử. Việt Nam chưa phê chuẩn Nghị định thư Bổ sung và do đó không công nhận tòa án của Ủy ban về Xoá bỏ mọi hình thức phân biệt đối xử với phụ nữ thụ lý đơn của các cá nhân và nhóm người liên quan đến phân biệt đối xử đối với phụ nữ.

Sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục:

5. *Sức khỏe bà mẹ và trẻ em*: Mục tiêu MDG 5 nhằm giảm tỷ lệ tử vong ở bà mẹ xuống còn ba phần tư. Tình trạng thiếu thông tin và các dịch vụ ở các vùng núi, vùng sâu vùng xa và trình độ, năng lực thấp của các cán bộ và các cơ sở y tế ở cấp địa phương trong việc xử lý các trường hợp tai biến ở bà mẹ và trẻ sơ sinh là những thách thức chủ yếu ở Việt Nam. Chương 3 đề cập tới những biện pháp phòng ngừa nhằm tạo ra những kết quả khả quan hơn cho phụ nữ và trẻ em.
6. *HIV/AIDS*: Mục tiêu MDG 6 kêu gọi hành động để ngăn chặn và bắt đầu đẩy lùi việc lây nhiễm HIV/AIDS. Việt Nam cần có thêm nhiều số liệu đáng tin cậy về phạm vi ảnh hưởng của bệnh tật, lây truyền và chữa trị. Việc không có các xét nghiệm bí mật, chữa trị và chăm sóc và phân biệt đối xử đối với những người sống chung với HIV/AIDS là những khó khăn chủ yếu. Những người sống

chung với HIV/AIDS phải chịu tình trạng phân biệt đối xử ở nơi làm việc, bị xã hội hắt hủi, và con em của những gia đình có người nhiễm HIV/AIDS trong một số trường hợp không được đi học hoặc không được khám bệnh ở các cơ sở y tế.

7. *Sức khỏe bà mẹ và HIV/AIDS* về bản chất là có liên quan đến các vấn đề sức khỏe sinh sản khác. Các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình yếu kém, đặc biệt dành cho thanh niên, làm tăng số lượng có thai ngoài ý muốn hoặc nạo phá thai. Những biến chứng của nạo phá thai chiếm 11,5% các ca tử vong ở bà mẹ. Thiếu các dịch vụ tư vấn về các biện pháp tránh thai và các bệnh viêm nhiễm qua đường tình dục đã đặt mỗi cá nhân vào nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS. Trong khi tỷ lệ sử dụng thuốc tránh thai cao, thì tỷ lệ sử dụng các biện pháp truyền thống (với nguy cơ thất bại lớn) cũng cao. Hầu hết các ca nạo phá thai xảy ra trong số nữ sử dụng các biện pháp tránh thai truyền thống, và chỉ có 15% xảy ra trong số phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai hiện đại. Những người tiêm chích ma túy vẫn chiếm đa số (57% những người sử dụng thuốc tránh thai), sử dụng thuốc viên và bao cao su chiếm vị trí thứ hai và thứ ba (lần lượt là 11% và 7%). Các bệnh viêm nhiễm qua đường tình dục làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Mặc dù số liệu còn thiếu về những lây nhiễm liên quan đến các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục và viêm nhiễm đường sinh sản, những nghiên cứu qui mô nhỏ đã ghi nhận những tỷ lệ này là cao. Ví dụ, một nghiên cứu trên 600 phụ nữ ở một trung tâm kế hoạch hóa gia đình ở Huế cho thấy tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh sản là 21% và tỷ lệ lây nhiễm qua đường tình dục là 5%. Một nghiên cứu dân số trên 1.163 phụ nữ ở Hải Phòng cho thấy 44% đã cho biết có những triệu chứng viêm nhiễm đường sinh sản trong vòng 6 tháng qua. Cùng với việc cần có thêm các số liệu đáng tin cậy hơn, cần tạo điều kiện tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ có chất lượng mà người sử dụng tin tưởng là sẽ được giữ bí mật để giải quyết những vấn đề trên.

III. Khuyến nghị:

Dựa trên những đánh giá và phân tích trên đây, chúng tôi khuyến nghị những chỉ tiêu và chỉ số dưới đây sẽ được xem xét và đưa vào kế hoạch 5 năm 2006-2010. Một vấn đề liên ngành trong phần này là nhu cầu cấp bách phải cải thiện và củng cố tính tính sẵn có, độ chính xác và chất lượng của các số liệu căn bản và chính thống. Việc xây dựng các chính sách liên quan đến di cư, bình đẳng giới, và sức khỏe sinh sản có thể dựa trên việc thu thập và phân tích thường xuyên và có hệ thống số liệu về những lĩnh vực này và được phân tách theo các yếu tố giới, độ tuổi, dân tộc thiếu số các phân nhóm dân cư thiệt thòi khác. Vấn đề liên ngành thứ hai là nhu cầu cần tập trung các nỗ lực vào các nhóm khó khăn có nguy cơ bị rơi vào tình trạng nghèo nhiều hơn.

Chỉ tiêu	Chỉ số	Nguồn số liệu
Tăng cường truyền thông về các vấn đề sức khỏe sinh sản, đặc biệt các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS, thông qua các thông điệp được thiết kế theo từng nhóm thị trường; Các cơ chế quốc gia và địa phương được xây dựng thúc đẩy sự tham gia của phụ nữ và nam giới, bé gái và bé trai trong việc thiết kế và giám sát xây dựng các chương trình truyền thông nhằm thay đổi hành vi.	Các kế hoạch truyền thông liên quan đến sức khỏe sinh sản, đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt là HIV/AIDS, của một số bộ ngành được lựa chọn có các thông điệp được thiết kế riêng và cho từng nhóm đối tượng.	Báo cáo hoạt động
Đạt tỷ lệ sinh thay thế ở những vùng xa xôi và nghèo vào năm 2010	Tổng tỷ lệ sinh đẻ	Báo cáo thường kỳ Bộ Y Tế theo vùng
Tăng cường khả năng tiếp cận của thanh niên với chăm sóc sức khỏe (đặc biệt là sức khỏe sinh sản), đượ phân tách theo giới	Tăng tỷ lệ sử dụng các dịch vụ sức khỏe sinh sản giới tính trong thanh niên (SRH)	Báo cáo thường kỳ Bộ Y Tế theo tuổi
Vấn đề di cư được đưa vào các chính sách và chương trình phát triển, đặc biệt những chính sách tập trung vào giảm nghèo	Vấn đề di cư được thảo luận trong kế hoạch PTKTXH, tiến hành các nghiên cứu về đóng góp của người di cư vào xóa đói giảm nghèo.	Các tài liệu phát triển quốc gia, tài liệu của Bộ KH&ĐT, Bộ LĐT&XH
Xây dựng chiến lược cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho người di cư.	Xây dựng chiến lược về di cư	Tài liệu của Quốc hội, Kế hoạch PTKTXH, kế hoạch của các ngành và các tỉnh
Cải thiện thu nhập các số liệu và thông tin liên quan đến giới, và phân tách đầy	Tỷ lệ số liệu thông dụng được phân tách theo giới; số chính sách mới xây	Số liệu của TCTK, các báo cáo cấp bộ và tỉnh; các tài liệu của

Chỉ tiêu	Chỉ số	Nguồn số liệu
Đủ hơn các chỉ số hiện có theo giới tính; 80% các chính sách mới xây dựng bổ sung các kết quả phân tích về giới và có quan tâm tới các vấn đề liên quan đến giới đã được xác định.	dựn có bổ sung các kết quả phân tích về giới và quan tâm tới nhu cầu về giới	Quốc hội
80% lãnh đạo các bộ, ban ngành chủ chốt và các tỉnh được hướng dẫn về việc lồng ghép giới trong các kế hoạch và chính sách	Thực hiện đào tạo về giới và các kỹ năng lồng ghép giới được thể hiện trong các chính sách và kế hoạch ở cấp trung ương và cấp tỉnh	Ủy ban Quốc gia vì sự Tiến bộ của Phụ nữ (UBQGTBPN)
Có khuôn khổ trách nhiệm của nhà nước cho việc xây dựng các bộ luật, chính sách và kế hoạch có quan tâm tới nhu cầu giới với những thông tin phản hồi cụ thể về những trường hợp không chấp hành ở cấp trung ương và cấp tỉnh	Có tồn tại một khuôn khổ trách nhiệm của nhà nước như vậy	Có cơ chế theo dõi mới của UBQGTBPN và Hội Liên hiệp Phụ nữ
100% các bộ, ngành và các tỉnh đã xây dựng và đang thực hiện chiến lược lồng ghép giới và kế hoạch hành động có quan tâm đáp ứng các nhu cầu cụ thể của nam giới và phụ nữ	Số bộ, ngành và tỉnh đã xây dựng và đang thực hiện chiến lược lồng ghép giới	Tài liệu của BKH&ĐT (có thể liên hệ với UBQGTBPN để được cung cấp các dữ liệu cơ sở. Cơ quan này theo dõi tiến độ thực hiện Kế hoạch hành động của các bộ, ngành)
Tăng mức phân bổ chi tiêu công trực tiếp mang lại lợi ích cho phụ nữ và phục vụ cho mục tiêu bình đẳng giới	Tỷ lệ ngân sách của trung ương và các bộ, ngành có liên quan được chi cho các hoạt động nhằm giải quyết tình trạng chênh lệch về giới	Ngân sách và kế hoạch của các bộ, ngành
Thu thập số liệu cơ sở về tình hình bạo lực gia đình.	Tiến hành nghiên cứu đường cơ sở	
Giảm tỷ lệ tử vong ở bà mẹ từ 165 xuống còn 70 trên 100.000 ca đẻ sống vào năm 2010	Tỷ lệ tử vong bà mẹ	chế độ báo cáo thường xuyên Bộ Y Tế
Một trung tâm đầy đủ trang thiết bị và bốn trung tâm có các trang thiết bị cơ bản cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu trên 500.000 dân ở tất cả các vùng	Trung tâm cấp cứu sản khoa thiết yếu 500.000 dân	Bộ Y Tế
Tăng 100% tỷ lệ dùng bao cao su từ 7% lên 14%	Tỷ lệ phổ biến bao cao su	Hệ thống báo cáo thường xuyên của UBDSGD&TE, điều tra Dân số và Hộ gia đình
Giảm khoảng cách giữa sử dụng vòng tránh thai và các biện pháp tránh thai hiện đại khác (57% vòng tránh thai so với 11% thuốc viên, 7% bao cao su)	Tỷ lệ phổ biến các biện pháp tránh thai theo phương pháp	Hệ thống báo cáo thường xuyên của UBDSGD&TE, điều tra Dân số và Hộ gia đình
Giảm tỷ lệ nạo phá thai từ 22% các ca mang thai xuống còn 15%	Tỷ lệ nạo phá thai	Chế độ báo cáo thường kỳ của Bộ Y Tế

Chương 5

Chất lượng Môi trường

I. Đánh giá

Tình trạng khai thác ngày càng gia tăng các nguồn tài nguyên và ô nhiễm môi trường là những vấn đề đi kèm với quá trình công nghiệp hoá và tăng trưởng kinh tế nhanh chóng ở Việt Nam cũng như ở bất kỳ nước nào trên thế giới. Đô thị hóa và việc tăng sử dụng các phương tiện giao thông có động cơ là những thách thức ngày càng lớn. Mục tiêu của chính phủ trong việc giảm tỷ lệ nghèo kinh niên đòi hỏi cần phải đầu tư và xây dựng chính sách nhằm thúc đẩy vệ sinh môi trường, nâng cao quản lý nguồn tài nguyên và bảo vệ đa dạng sinh học. Người nghèo phải hứng chịu ở mức không tương xứng hậu quả của tình trạng hệ sinh thái bị xuống cấp, vì sinh kế của họ phụ thuộc trực tiếp hơn vào tài nguyên thiên nhiên. Phụ nữ và trẻ em gái, những người thường đảm nhiệm việc lo liệu nước sinh hoạt cho gia đình, phải hứng chịu nhiều nhất hậu quả của tình trạng thiếu nước sạch. Tình trạng thiếu nhà tắm dành riêng cho nữ sinh ở các trường học cũng là một nguyên nhân khiến cho trẻ em gái không muốn đi học.

Mục tiêu MDG về môi trường cùng các chỉ tiêu và chỉ số của mục tiêu tạo nên một khuôn khổ quốc tế cho việc phân tích phát triển dưới góc độ bảo vệ môi trường. Những chỉ tiêu và chỉ số này được trình bày trong Hộp 2.

Dân nông thôn được sử dụng nước sạch (2004)
Dân thành thị được sử dụng nước an toàn (2002)
Độ che phủ rừng (2004)
Những khu vực được bảo vệ trên tổng diện tích bề mặt rừng (2003)
Dân nông thôn được sử dụng tiện ích vệ sinh (2002)
Dân thành thị được sử dụng tiện ích vệ sinh (2002)
Thu nhập chất thải rắn ở các thành phố lớn (2004)
Thu nhập chất thải rắn ở các thị trấn (2004)

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ không ngừng tiến tới đạt được các chỉ tiêu về môi trường của mục tiêu MDGs và các chỉ tiêu phát triển có liên quan của Việt Nam đã được đề cập trong Chiến lược Toàn diện về Tăng trưởng và Giảm nghèo. Tỷ lệ rừng che phủ trên tổng diện tích đất đã tăng từ 28% năm 1990 lên 37% năm 2004. Diện tích đất được bảo vệ với mục đích bảo tồn, mà phần lớn trong số đó là đất có rừng che phủ, đã liên tục tăng lên. Theo ước tính, tỷ lệ các hộ gia đình nông thôn có nước sạch sử dụng là 58% trong năm 2004, tăng thêm 10 điểm phần trăm so với tỷ lệ của năm 1990. Chính phủ đã quan tâm đến tình hình vệ sinh ở cả hai khu vực nông thôn và thành thị, và tỷ lệ tiếp cận với các tiện ích vệ sinh ở cả hai khu vực này đang tăng lên.

Việt Nam đã thông qua hoặc sửa đổi một số luật, nghị định, và chiến lược để đưa các nguyên tắc của phát triển bền vững vào các chính sách quốc gia phù hợp với chỉ tiêu số 9 của MDG. Những tuyên bố chính sách quốc gia liên quan đến phát triển bền vững bao gồm:

- *Định hướng Chiến lược Phát triển Bền vững ở Việt Nam* (Chương trình Nghị sự 21, thông qua năm 2004);
- *Chiến lược Quốc gia về Bảo vệ Môi trường đến năm 2010 và Tầm nhìn đến năm 2020*;
- *Chương trình Quốc gia về Nước sạch và Vệ sinh Nông thôn đến năm 2020* (thông qua năm 2000);
- *Chiến lược và Chương trình Hành động về Quản lý và Giảm nhẹ thiên tai lần thứ hai 2001-2020*.

Những thách thức lớn nhất hiện nay là ô nhiễm, quản lý chất thải rắn và giảm nhẹ thiên tai. Chất lượng nước và không khí chưa được giám sát một cách thỏa đáng còn các qui định pháp luật thì chưa được thực thi. Phần lớn lượng nước thải chưa được xử lý chính là những mối đe dọa về sức khỏe cho người dân ở các thành thị, các khu công nghiệp và các làng nghề thủ công. Những vùng ngoại ô đang phải đối mặt với những vấn đề nóng bỏng do nguồn nước bị ô nhiễm. Phân bón hữu cơ và các chất thải kim loại nặng đã làm ô nhiễm các sông nhánh, cũng là nguồn nước tưới đã đặt ra những nguy cơ về sức khỏe cho người nông dân, công nhân nông nghiệp và những người ăn rau quả.

Hộp 2. Mục tiêu MDG về Bền vững Môi trường, các Chỉ tiêu & Chỉ số

Chỉ tiêu 9: Lồng ghép các nguyên tắc của phát triển bền vững vào các chính sách và chương trình quốc gia và đẩy lùi tình trạng thất thoát nguồn tài nguyên thiên nhiên

25. Tỷ lệ diện tích đất có rừng che phủ.
26. Tỷ lệ diện tích các khu bảo tồn đa dạng sinh học trên diện tích lãnh thổ.
27. Tỷ lệ sử dụng năng lượng (tương đương kg dầu) trên 1 đô la GDP (PPP).
28. Tỷ lệ phát thải khí cacbonic (trên đầu người) và tỷ lệ tiêu thụ các chất clorua cacbon, hủy hoại tầng ôzôn (tấn ODP).
29. Tỷ lệ dân số sử dụng các nhiên liệu rắn (được đề xuất sử dụng như một chỉ số MDG bổ sung, nhưng chưa được thống qua tính đến tháng 8 năm 2005).

Chỉ tiêu 10: Đến năm 2015 giảm một nửa số người không được tiếp cận thường xuyên với nước an toàn và vệ sinh cơ bản

30. Tỷ lệ dân số được tiếp cận thường xuyên với nguồn nước được cải thiện, ở nông thôn và thành thị.
31. Tỷ lệ dân số được tiếp cận với tiện ích vệ sinh được nâng cấp, ở nông thôn và thành thị.

Chỉ tiêu 11: Đến năm 2020, cải thiện đáng kể cuộc sống của ít nhất 100 triệu người sống trong các khu nhà ổ chuột

32. Tỷ lệ hộ gia đình có hạn điền được đảm bảo

Tình trạng nước uống bị nhiễm asen đang nổi lên là một vấn đề trong những năm vừa qua. Sự có mặt của asen trong nước uống có thể làm tăng nguy cơ gây ra những tác động tiêu cực trong quá trình mang thai và làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ sơ sinh. Những nghiên cứu ban đầu cho thấy vấn đề này là rất nghiêm trọng ở vùng châu thổ sông Hồng cũng như ở một vài nơi khác, và ảnh hưởng đến người dân sống cả ở nông thôn và thành thị.

Ngày càng có nhiều chất thải rắn ở Việt Nam. Trung bình mỗi năm đã tạo ra khoảng 15 triệu tấn. Khoảng 80% các chất thải rắn là ở các thị trấn và thành phố, trong đó mới chỉ có khoảng 71% được thu lượm. Tuy nhiên, chỉ có khoảng 10-20% dân nghèo sống ở các đô thị làm công việc thu lượm rác này. Chất thải rắn thường được thu lượm từ các bãi chứa rác thải, phần lớn những nơi này không được xử lý nhằm ngăn chặn lượng nước thải bị nhiễm bẩn thấm thấu vào nguồn nước ngầm và nước bề mặt ở những vùng xung quanh.

Việc tái sử dụng chất thải đang ngày càng tăng và một số người đã kiếm sống bằng việc thu lượm, phân loại rác, và bán những đồ thu lượm được cho những người thu mua và các ngành công nghiệp. Những người làm công việc này có nguy cơ nhiễm bệnh cao từ những chất thải độc hại và họ cần được bảo vệ bằng việc thực hiện một cách chặt chẽ hơn các quy định về xử lý hành vi thải các chất độc hại.

Chỉ có một phần nhỏ các chất thải công nghiệp độc hại của Việt Nam được xử lý một cách an toàn, và các bãi rác hiện đang chứa một số lượng lớn các hóa chất nông nghiệp bị thu hồi hoặc không được sử dụng. Hiện nay mới chỉ có khả năng đốt được một nửa các chất thải từ bệnh viện.

Nhiều người nghèo Việt Nam dựa vào tài nguyên thiên nhiên, đặc biệt là đất rừng ở các khu vực đồi núi để sinh sống. Đảm bảo khả năng tiếp cận với các nguồn tài nguyên thiên nhiên là một điều kiện tiên quyết để đảm bảo an ninh lương thực và giảm nghèo, đặc biệt đối với đồng bào dân tộc thiểu số và những gia đình do phụ nữ làm chủ hộ. Tuy nhiên, phần lớn đất đai ở các vùng này đã bị thoái hóa và đôi khi không thể tiếp cận được.

Việt Nam thường bị ảnh hưởng bởi thiên tai, trong đó có lũ lụt, bão và hạn hán. Hơn một triệu người cần được cứu trợ khẩn cấp hàng năm. Thay đổi khí hậu toàn cầu dường như dẫn tới những thay đổi thất thường và cường độ dữ dội hơn của các trận bão, mưa và hạn hán. Một vấn đề quan trọng ở những vùng dễ bị lũ lụt là sự không phù hợp của các hệ thống cung cấp nước và vệ sinh trong giai đoạn khẩn cấp. Tỷ lệ những hộ gia đình có các tiện ích sử dụng được trong mùa lũ tại những tỉnh dễ bị lũ lụt là một chỉ số phù hợp cần được đưa vào kế hoạch PTKTXH.

Cuối cùng, một khó khăn lớn trong các chính sách môi trường là thiếu các số liệu đáng tin cậy. Thông tin về một vài chỉ số môi trường liên quan tới các mục tiêu MDGs vẫn chưa được thu thập một cách có hệ thống. Hiện nay, đang có những nỗ lực nhằm cải thiện các cơ chế giám sát và xây dựng báo cáo môi trường quốc gia, nhưng tiến độ vẫn còn chậm.

II. Phân tích

Che phủ rừng, chất lượng rừng và cuộc sống dựa vào rừng

1. *Che phủ rừng*: Chỉ tiêu hiện tại về mở rộng độ che phủ rừng là 43% vào năm 2010 là thực tế và có thể thực hiện được. Tuy nhiên, cần có những chỉ tiêu cụ thể hơn. Kế hoạch PTKTXH cần tách biệt các số liệu về tổng diện tích che phủ của rừng, rừng trồng, rừng tự nhiên, và rừng bảo tồn đa dạng sinh học (khu bảo tồn thiên nhiên).

Chiến lược Quốc gia về Bảo vệ môi trường kêu gọi cần tăng tổng diện tích rừng được lên 80% trên tổng diện tích của năm 1990 vào năm 2010. Chính quyền các địa phương, các nhà doanh nghiệp và nông dân/ngư dân đang mở rộng việc nuôi tôm ở các vùng biển. Việc nuôi tôm tuy đã đóng góp vào nền kinh tế đất nước và tạo thêm việc làm tại địa phương nhưng lại làm ảnh hưởng đến các khu rừng được ở ven biển. Việc rừng được bị phá bỏ đã làm tăng nguy cơ có bão và làm giảm sản lượng nuôi cá và tôm tự nhiên. Cần có một chế độ theo dõi và báo cáo về diện tích che phủ của rừng ngập mặn bên cạnh việc nghiên cứu phân tích kỹ càng về chi phí - lợi ích của nghề nuôi tôm.

Những chính sách về quản lý rừng cần phải tính đến cuộc sống của những công nhân lâm nghiệp, người dân địa phương - những người sống phụ thuộc vào “những sản phẩm lâm nghiệp ngoài gỗ”, nông dân và những người chăn nuôi gia súc. Bảo tồn không nên làm ảnh hưởng đến số người này, phần nhiều trong số họ hiện đã rất nghèo. Cần tạo điều kiện cho người dân địa phương được tiếp cận nhiều hơn với các loại rừng, đất nông nghiệp và ruộng bậc thang (hoặc đất sẽ trở thành ruộng bậc thang trong tương lai). Phụ nữ và đặc biệt là đồng bào dân tộc thiểu số cần được bảo đảm hơn về quyền sở hữu đất và được tiếp cận với các dịch vụ khuyến nông và tín dụng nhằm cải thiện cuộc sống.

2. *Đa dạng sinh học*: Đa dạng sinh học ở Việt Nam đang bị đe dọa do không còn môi trường sống. Số lượng các loài thực vật và động vật đang gặp nguy hiểm ngày càng tăng. Tổng diện tích đất tự nhiên của các khu bảo tồn và tổng diện tích mặt biển được bảo vệ là những chỉ số có giá trị về bảo tồn đa dạng sinh học. Chỉ tiêu của kế hoạch PTKTXH phấn đấu tăng diện tích của cả hai khu vực này có lẽ là rất phù hợp. Phần lớn các khu bảo tồn thiên nhiên hiện nay của Việt Nam là rừng và 7,5% diện tích đất tự nhiên giờ đây đã được bảo tồn. Có lẽ, một chỉ tiêu khiêm tốn và phù hợp là tăng tỷ lệ này lên 9%, ví dụ bằng việc thiết lập các hành lang bảo vệ giữa các khu bảo tồn thiên nhiên hiện nay. Hiện có một vùng biển được bảo vệ và sẽ có thêm các vùng biển như vậy được xác định trong giai đoạn lập kế hoạch tăng cường. Chưa cần đưa ra chỉ tiêu định lượng vào giai đoạn này. Theo đó, tổng diện tích các khu vực như vậy có thể vẫn thấp hơn so với chỉ tiêu đề ra hiện nay trong Chiến lược Quốc gia về Bảo vệ môi trường (chỉ tiêu đó là tăng tổng diện tích các khu bảo tồn lên 1,5 lần và bổ sung cả các vùng biển được bảo vệ). Mặc dù vấn đề quan trọng là diện tích được bảo vệ đã đang được tăng lên, tình trạng mất rừng cũng vẫn xảy ra ngay cả trong các khu bảo tồn thiên nhiên. Tăng cường áp dụng các qui định và nâng cao khả năng quản lý ở các khu bảo tồn là vấn đề cấp thiết cho công tác bảo vệ sự đa dạng sinh học.

Quản lý chất thải rắn, sức khỏe và sinh kế

3. *Quản lý chất thải rắn*: Việc đưa ra các chỉ tiêu về thu lượng chất thải rắn, tái sử dụng và tiêu hủy an toàn cần thực tế và phù hợp với Chiến lược Quốc gia về Bảo vệ Môi trường. Cần xác định các nguồn đầu tư ngoài ngân sách trung ương và tính để xây dựng những bãi chôn lấp rác hợp vệ sinh và mua sắm các trang thiết bị hiện đại để xử lý các chất thải nguy hiểm. Cần xây dựng một hệ thống thu phí rác thải nhằm bù đắp cho những chi phí xây dựng, vận hành và bảo dưỡng các trang thiết bị này.

Năm 2003, Việt Nam đã cam kết dọn sạch các cơ sở gây ô nhiễm và bị ô nhiễm nhiều nhất bằng việc xây dựng một chương trình ưu tiên, chương trình này cũng đã được đưa vào Chiến lược Quốc gia về Bảo vệ Môi trường. Chương trình này vẫn đang được tiếp tục thực hiện và cần được hoàn thành trong giai đoạn kế hoạch 5 năm sắp tới. Việc thực hiện thành công sẽ phụ thuộc vào khả năng huy động nguồn lực từ những cơ sở gây ô nhiễm và chính quyền các địa phương, và có thể cần có thêm hỗ trợ từ ngân sách trung ương và các nhà tài trợ.

Nước thải, sức khỏe và sinh kế ở những vùng ngoại ô

4. *Nước thải*: Chính phủ và các địa phương đang đầu tư vào các hệ thống tiêu thoát chất thải và các nhà máy xử lý nước thải. Các chỉ tiêu xử lý nước thải đô thị cần được xây dựng phù hợp với Chiến lược Quốc gia về Bảo vệ Môi trường, điều này đòi hỏi việc xây dựng hệ thống tiêu thoát phải được hoàn thành vào năm 2010 cùng với việc 40% các địa phương có các hệ thống xử lý nước thải. Chỉ tiêu này có thể khó đạt được do hiện nay ở Việt Nam mới chỉ có một số lượng rất ít nước thải được xử lý. Ngoài ra

các chính sách và kế hoạch cụ thể nhằm đạt được những chỉ tiêu vẫn chưa được xây dựng. Cần xem xét lại những chỉ tiêu này một cách nghiêm túc và nếu cần thì phải chỉnh sửa. Dự thảo văn kiện Tín dụng Hỗ trợ Giảm nghèo cũng yêu cầu cần có một chính sách về quản lý nước thải ở các khu vực thành thị trong giai đoạn ngắn hạn.

Mặc dù chi tiêu công cho môi trường đang tăng lên, cần xác định các nguồn đầu tư ngoài các khoản ngân sách từ trung ương và địa phương. Phí thu nước thải hiện nay được quy định tại Quyết định 67/2003/ND-CP. Những phí này sẽ là những nguồn lực cho đầu tư vào công nghệ sạch thông qua Quỹ Bảo vệ Môi trường Việt Nam (khoản này chiếm 40% phí nước thải thu được), và chi tiêu cho các công tác quản lý môi trường khác. Những khoản phí này không chỉ dành riêng cho việc xây dựng và bảo dưỡng các hệ thống tiêu thoát chất thải và các thiết bị xử lý nước thải. Hay nói một cách khác, đó không phải là phí xử lý nước thải. Khoản phí này cần được quy định để đảm bảo một mức lợi nhuận phù hợp, và những khoản thu này cần được trả trực tiếp cho những nhà cung cấp dịch vụ nhằm thu hút đầu tư cá nhân vào các hệ thống xử lý nước thải.

Cung cấp nước, vệ sinh môi trường và y tế

5. *Cung cấp nước*: Chiến lược Quốc gia về Nước sạch và Vệ sinh Nông thôn là một cơ sở vững chắc để đạt được các chỉ tiêu cung cấp nước nông thôn. Các Chương trình Mục tiêu Quốc gia về giảm nghèo có thể huy động các nguồn tài chính và các nguồn lực khác cho đầu tư, nâng cao chất lượng công tác thực hiện và cải thiện công tác theo dõi giám sát. Một chỉ tiêu về cung cấp nước sạch đô thị tới năm 2010 hiện vẫn chưa được xây dựng. Cần phải có một khoản đầu tư lớn nếu Việt Nam muốn đạt được chỉ tiêu 85% dân được sử dụng nước sạch trên tỷ lệ là 58% như hiện nay. Cần ưu tiên tập trung đầu tư cho những địa phương còn cách xa chỉ tiêu nhất.

Một chương trình hành động nhằm giải quyết vấn đề nước bị nhiễm asen đang được xây dựng. Những dự thảo đầu tiên cho rằng chưa thể đưa ra những chỉ tiêu định tính vào lúc này. Những chỉ tiêu trung gian cho giai đoạn 2006-2010 cần phải bao gồm: (a) một điều tra toàn diện về tỷ lệ và mức độ ô nhiễm asen của các nguồn nước; (b) một điều tra về tác động của việc bị nhiễm asen đối với sức khỏe; (c) một cơ sở dữ liệu quốc gia về thành phần asen và những độc tố khác trong nguồn nước cung cấp; và (d) hoàn chỉnh tài liệu thông tin, giáo dục và truyền thông về tác động của việc bị nhiễm độc asen sẽ ảnh hưởng như thế nào đối với sức khỏe, và tài liệu hướng dẫn về kiểm tra, giám sát và sử dụng các nguồn nước cung cấp.

6. *Vệ sinh*: Chỉ tiêu quốc gia trong Chiến lược Nước sạch và Vệ sinh Nông thôn quy định rằng 70% các hộ gia đình nông thôn được tiếp cận với các tiện ích vệ sinh và có thói quen vệ sinh cá nhân. Chỉ tiêu này cần được đưa vào Kế hoạch PTKTXH 2006-2010. Chỉ tiêu của Việt Nam do đó cần phù hợp với các chỉ tiêu của mục tiêu MDGs được cập nhật hóa tại Hội nghị về Phát triển bền vững Johannesburg, mà chính phủ đã thông qua.

Mức độ thực tiễn của các chỉ tiêu về vệ sinh môi trường phụ thuộc rất lớn vào định nghĩa chính thức về phòng tắm hay hố xí “vệ sinh” phải bao gồm những thiết bị gì và việc xác định các nguồn số liệu thống kê phù hợp. Cần phải đầu tư nhiều hơn nữa vào các chiến dịch nâng cao nhận thức để khuyến khích các hộ gia đình ưu tiên cho đầu tư xây dựng, sử dụng và bảo dưỡng các nhà tắm vệ sinh cá nhân. Mô hình những cách làm hay đã được xây dựng, song vấn đề then chốt là tốc độ triển khai áp dụng và nhân rộng những mô hình này hiện nay.

Thiên tai, đời sống và phương kế sinh nhai

7. *Thiên tai*: Việt Nam đã xây dựng Hệ thống Cảnh báo sớm, trong đó có việc các số liệu khí tượng thủy văn được các phương tiện thông tin đại chúng cung cấp cho người dân cũng như là thông qua các kênh khác; năng lực tìm kiếm, cứu hộ và sơ tán; các cơ chế cung cấp hỗ trợ khẩn cấp cho những người bị ảnh hưởng; và năng lực trong công tác chuẩn bị và hạn chế thiên tai. Đầu tư vào các giải pháp có tính cơ cấu nhằm giảm thiểu nguy cơ cũng đang được chuẩn bị và lập kế hoạch, bao gồm củng cố hệ thống đê điều và xây dựng các khu tái định cư ở đồng bằng sông Cửu long. Dự thảo *Chiến lược Quốc gia và Chương trình Hành động lần thứ hai về Quản lý và Giảm thiểu tác hại ở Việt Nam giai đoạn 2001-2010* cần được hoàn chỉnh càng sớm càng tốt.

Chỉ tiêu “giảm một nửa tỷ lệ người nghèo bị tái nghèo do thiên tai và những rủi ro khác” nêu trong Chiến lược Toàn diện về Tăng trưởng và Giảm nghèo cần được đánh giá dựa trên số liệu từ các Điều tra Mức sống Hộ dân cư, ít nhất là trên những số liệu tương đối. Những đánh giá này sẽ hỗ trợ các kiến thức liên

quan đến việc giảm tình trạng dễ bị tổn thương và lồng ghép công tác chuẩn bị và phản ứng nhanh vào các chiến lược và kế hoạch giảm nghèo.

Thực thi pháp luật và các hiệp định về môi trường

8. *Các hiệp định quốc tế:* Việt Nam đã thực hiện một số cam kết quốc tế, những cam kết này đã bắt đầu được phản ánh trong các chiến lược và pháp luật quốc gia. Các cơ chế thực hiện cũng đang được xây dựng. Ví dụ, Việt Nam đã ký Công ước về Biến đổi khí hậu và đang trong quá trình xem xét thông qua Cơ chế Phát triển sạch dựa trên Nghị định thư Kyôto. Hoạt động này được đưa vào chương trình Tín dụng Hỗ trợ giảm nghèo (PRSC) như một “phát pháo hiệu mở đầu”. Việt Nam hy vọng sẽ được gia nhập WTO trong thời gian tới. Các qui định của WTO bao gồm một số những điều khoản liên quan đến môi trường. Chương trình PRSC cũng nêu cam kết của chính phủ về việc thành lập một cơ quan chứng nhận kiểm dịch động thực vật và xây dựng một chương trình hành động về an toàn thực phẩm và sức khỏe cây trồng, vật nuôi.

9. *Sự tham gia của người dân:* Sự tham gia rộng rãi của người dân là một phần rất quan trọng trong việc quản lý môi trường. Sự tham gia là yếu tố then chốt đối với công tác lập kế hoạch sử dụng đất, theo dõi ô nhiễm, xây dựng và giám sát thực hiện đánh giá tác động môi trường, quản lý rừng, và quản lý tổng hợp tài nguyên nước. Để tham gia có hiệu quả đòi hỏi phải tăng cường năng lực, kỹ năng ở cấp cộng đồng cho lãnh đạo các địa phương và những người dân, đặc biệt là phụ nữ và đồng bào dân tộc thiểu số. Nghị định Dân chủ cơ sở (79/2003/ND-CP ngày 7 tháng 7 năm 2003) cho phép người dân được tham gia vào các vấn đề như lập quy hoạch sử dụng đất. Luật Bảo vệ môi trường sửa đổi theo hướng quy định quyền của người dân trong việc theo dõi chất lượng môi trường. Tuy nhiên, có thể cần phải quy định cụ thể quyền của người dân trong việc tham gia theo dõi mức độ ô nhiễm cũng như xây dựng, phê duyệt và giám sát tác động môi trường của quá trình phát triển công nghiệp trong các văn bản luật không chỉ về lĩnh vực môi trường. Cần thiết lập các cơ chế cụ thể cho phép người dân buộc những cơ sở gây ô nhiễm phải chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc làm của mình. Nói chung, cần tạo điều kiện để người dân tiếp cận dễ dàng hơn với thông tin, và điều này cũng được đề cập ở mức độ nhất định trong Luật Bảo vệ môi trường sửa đổi. Điều đó cũng có thể góp phần tăng cường việc thi hành pháp luật về môi trường.

Một chỉ số đo đếm được về khả năng tiếp cận với thông tin là tỷ lệ phần trăm các báo cáo Đánh giá Tác động Môi trường hàng năm được phổ biến rộng rãi thông qua internet. Một chỉ tiêu về xuất bản đầy đủ những báo cáo Đánh giá Tác động Môi trường này kể cả những biện pháp giảm thiểu ô nhiễm đã được thông qua vào năm 2010 sẽ đảm bảo rằng chính phủ đang cung cấp những thông tin cần thiết cho mọi người dân với mục đích tạo điều kiện cho họ có thể tham gia rộng rãi hơn trong việc giám sát và ra quyết định. Chi phí để đạt được chỉ tiêu này rất nhỏ.

Khuyến nghị

Dưới đây là những khuyến nghị về các chỉ tiêu và chỉ số về môi trường trong kế hoạch PTKTXH (2006-2010). Những chỉ tiêu và chỉ số này được trích từ phần 1 và phần 2 và những chiến lược hiện nay.

Chỉ tiêu	Chỉ số	Nguồn số liệu
Tổng diện tích che phủ rừng 43%	Tỷ lệ che phủ rừng trên tổng diện tích đất	Bộ NN&PTNT; TCTK
9% tổng diện tích đất được bảo vệ	Tỷ lệ diện tích các khu bảo tồn trên tổng diện tích đất tự nhiên; tổng diện tích biển được bảo vệ	Bộ TN&MT, Bộ NN&PTNT, Bộ Thủy sản; TCTK
Trồng lại và tăng diện tích rừng được lên 80% theo mức của năm 1990	Tổng diện tích rừng được trên tỷ lệ diện tích rừng được vào năm 1990	Bộ NN&PTNT; TCTK
Đảm bảo giấy chứng nhận quyền sử dụng đất cấp mới có tên của cả vợ và chồng	Giấy chứng nhận quyền sử dụng đất có tên của cả vợ và chồng trên tỷ lệ giấy chứng nhận được cấp	Bộ TN&MT; TCTK
Quyền sử dụng đất cá nhân và tập thể ở vùng miền núi và các vùng có đồng bào dân tộc sinh sống được đảm bảo và thực hiện	Số giấy chứng nhận quyền sử dụng đất công được chính thức cấp cho đồng bào dân tộc thiểu số Số giấy chứng nhận quyền sử dụng đất cá nhân được cấp cho những cộng đồng có đồng người dân tộc sinh sống	Bộ TN&MT; TCTK

90% chất thải rắn gia đình và công nghiệp được thu lượm	Chất thải rắn được thu lượm trên tỷ lệ chất thải rắn được làm ra	Bộ TN&MT; TCTK
60% chất thải nguy hiểm được xử lý bằng những trang thiết bị hiện đại	Chất thải nguy hiểm được xử lý đúng cách trên tỷ lệ chất thải nguy hiểm được tạo ra	Bộ TN&MT; TCTK
100% chất thải y tế được xử lý bằng những trang thiết bị hiện đại	Chất thải y tế được xử lý đúng cách trên tổng số chất thải y tế được tạo ra	Bộ Y tế; TCTK
40% chính quyền địa phương có các hệ thống tiêu thoát chất thải riêng biệt có những tiêu chuẩn tối thiểu	Số các địa phương có các hệ thống tiêu thoát chất thải trên tỷ lệ các địa phương	Bộ Xây dựng; TCTK
85% dân nông thôn được sử dụng 60 lít nước sạch mỗi ngày	Tỷ lệ dân nông thôn được sử dụng 60 lít nước sạch một ngày trên tổng số dân nông thôn	Bộ NN&PTNT; TCTK
70% hộ gia đình nông thôn có các tiện ích vệ sinh	Tỷ lệ hộ gia đình nông thôn có các tiện ích vệ sinh trên tổng các hộ gia đình nông thôn	Bộ NN&PTNT; TCTK
Giảm một nửa số hộ gia đình bị quay lại tình trạng nghèo đói do thảm họa thiên nhiên.	Tỷ lệ hộ gia đình bị quay lại tình trạng nghèo vì thiên tai trên tổng số hộ gia đình	Bộ NN&PTNT; Bộ LĐTB&XH; TCTK
Ban hành Chiến lược Giảm thiểu nhẹ Thiên tai	Chiến lược được thông qua	Bộ NN&PTNT
Thông qua kế hoạch hành động quốc gia về vệ sinh dịch tễ, an toàn lương thực và y tế nông thôn	Kế hoạch hành động được thông qua	Bộ NN&PTNT
Thông qua chương trình hành động xử lý nước bị nhiễm asen	Chương trình được thông qua	Bộ TN&MT; Bộ NN&PTNT
Xử lý những đơn vị gây ô nhiễm môi trường nghiêm trọng trên cả nước	Thực hiện đầy đủ Quyết định 64/2003/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ	Bộ TN&MT
Hoàn thành 100% Đánh giá Tác động Môi trường kể cả các biện pháp giảm thiểu ô nhiễm được đưa lên các trang web công cộng	Tỷ lệ các Đánh giá Tác động Môi trường hoàn thành được đăng trên các trang web công cộng trên tổng số các Đánh giá Tác động Môi trường được thông qua	Bộ TN&MT

Chương 6

Đầu tư kinh phí và cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng

Mở đầu

Việt Nam đang tiến tới thực hiện thành công hầu hết các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG) liên quan tới y tế. Các mục tiêu này đã được điều chỉnh thành các Mục tiêu Phát triển Việt Nam (VDG) cho phù hợp với bối cảnh của quốc gia. Tuy nhiên, để duy trì những tiến bộ đã đạt được trong lĩnh vực y tế, cần phải giải quyết một số thách thức. Một Kế hoạch Phát triển kinh tế-xã hội đáp ứng đầy đủ các nhu cầu và giải quyết tốt các thách thức trong việc đầu tư kinh phí và cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng là phương tiện quan trọng để đảm bảo đạt được các MDG và VDG trong lĩnh vực này.

Các chương trước đã đề cập tới các vấn đề sức khỏe sinh sản và sức khỏe trẻ em. Chương này nói về việc đầu tư kinh phí và cung cấp các dịch vụ y tế một cách tổng quát hơn, cũng như đánh giá tình hình hiện nay trong bốn lĩnh vực chủ chốt của ngành y tế, đó là: đầu tư kinh phí, cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh, nguồn nhân lực và quản trị. Chương này còn đưa ra các khuyến nghị nhằm đảm bảo tính bền vững cho các kết quả cải thiện về y tế và đề xuất các chỉ số theo dõi tiến bộ đạt được.

Chỉ số MDG	Số liệu cơ sở (1990)	Các chỉ tiêu được xây dựng theo các VDG	Số liệu mới nhất (Bộ Y tế)
Mục tiêu 4: Giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em			
Chỉ số 1: Giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ sơ sinh	44	Giảm xuống còn 30 trường hợp trên 1000 ca sinh sống năm 2005 và còn 25 vào năm 2010	30 (2002) ⁹
Chỉ số 2: Giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi	58	Giảm xuống còn 36 trường hợp trên 1000 ca sinh sống năm 2005 và còn 32 vào năm 2010	38 (2002)
Chỉ số 3: Tỷ lệ trẻ em một tuổi được tiêm phòng sởi	86,7% ⁹	Không áp dụng/chưa được công bố	97% (2004)
Mục tiêu 5: Tăng cường sức khỏe bà mẹ			
Chỉ số 1: Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ	249	Giảm xuống còn 80 trường hợp trên 100.000 ca sinh sống năm 2005 và còn 70 vào năm 2010	85 (2004) 165 (2002)
Mục tiêu 6: Phòng chống HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh khác			
Chỉ số 1: Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ mang thai trong độ tuổi 15 - 24	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	Tỷ lệ nhiễm ở người lớn trong độ tuổi 15 - 49: 0,28% (2002) 78,5% (2002)
Chỉ số 2: Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	
Chỉ số 3: Số trẻ em bị mồ côi bố mẹ do HIV/AIDS	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	Con số tích lũy: 21.000 (2001) ¹⁰
Chỉ số 4: Tỷ lệ mắc bệnh sốt rét và tỷ lệ tử vong do căn bệnh này	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	Tỷ lệ mắc bệnh: 2,8/1000 người Tỷ lệ tử vong: 0,078/100.000 người (2002)
Chỉ số 5: Tỷ lệ dân cư ở những vùng có nguy cơ bị sốt rét áp dụng các biện pháp phòng ngừa và điều trị sốt rét có hiệu quả	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	Số người sử dụng màn có xử lý thuốc chống côn trùng: 10 triệu (1998) ¹¹

¹¹ Dự án Thiên niên kỷ của LHQ (2005), Đương đầu với bệnh sốt rét trong thiên niên kỷ mới. Nhóm Công tác về HIV/AIDS, sốt rét, bệnh lao và tiếp cận với các loại thuốc thiết yếu, Nhóm Công tác về Sốt rét.

¹³ WHO (2002), Ngân sách Y tế Quốc gia của Việt Nam.

Chỉ số MDG	Số liệu cơ sở (1990)	Các chỉ tiêu được xây dựng theo các VDG	Số liệu mới nhất (Bộ Y tế)
Chỉ số 6: Tỷ lệ mắc bệnh lao và tỷ lệ tử vong do căn bệnh này	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	Số bệnh nhân lao tăng thêm mỗi năm: 130.000 ¹²
Chỉ số 7: Tỷ lệ các ca bị lao đã phát hiện và chữa khỏi theo phương pháp DOTS (điều trị ngắn có sự theo dõi trực tiếp)	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	Đã áp dụng phương pháp DOTS cho tất cả các bệnh nhân lao vào năm 1998
Mục tiêu 8: Xây dựng mối quan hệ đối tác toàn cầu vì mục đích phát triển			
Chỉ số 1: Tỷ lệ dân số được tiếp cận các loại thuốc thiết yếu với giá cả phù hợp với khả năng chi trả của họ và trên cơ sở lâu dài	Không có số liệu	Không áp dụng/chưa được công bố	80% (1997)

I. Kết quả đánh giá

1. Đầu tư kinh phí cho y tế:

Đặc điểm hiện nay của hệ thống cấp kinh phí cho y tế ở Việt Nam là mức chi tiêu chung cho y tế còn thấp (5,2% GDP), mức đầu tư công trong lĩnh vực y tế còn thấp (1,5% GDP), phạm vi bao phủ của các mạng lưới bảo hiểm y tế và an sinh còn hẹp (30% dân số) và người dân vẫn phải chi những khoản kinh phí lớn từ tiền túi của mình cho các dịch vụ khám chữa bệnh (chiếm hơn 70% tổng mức chi cho các dịch vụ này, chủ yếu là phí sử dụng dịch vụ và tiền thuốc)¹³. Nếu tính cả các khoản chi trả không chính thức thì tỷ lệ chi phí cá nhân còn cao hơn nữa. Việc chi tiền túi cá nhân như vậy mang tính lũy thoái - nó tạo ra gánh nặng quá lớn về chi phí y tế đối với người nghèo so với thu nhập của họ - cũng như cản trở đáng kể việc sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh. Nghị định 10 quy định quyền tự chủ rất rộng cho các cơ sở y tế công cộng, do đó làm tăng sức ép buộc các cơ sở này phải thu phí sử dụng dịch vụ, và điều đó có thể ảnh hưởng đáng kể tới khả năng tiếp cận về mặt tài chính với các dịch vụ khám chữa bệnh¹⁴.

Theo ước tính, mỗi năm có khoảng ba triệu người trở nên nghèo khó vì phải chi quá nhiều cho việc khám chữa bệnh¹⁵. Người nghèo rất dễ bị rơi vào cái "bẫy nghèo về y tế", trong đó cảnh nghèo túng dẫn đến sức khỏe kém, và sức khỏe kém lại làm tăng thêm mức chi phí khám chữa bệnh, gây tổn thất về thu nhập, và do vậy lại càng nghèo thêm. Rất khó có thể chuẩn bị sẵn sàng cho các khoản chi phí khi ốm đau bệnh tật, vì các khoản chi cho khám chữa bệnh thường không lường trước được và không xác định được mức chi. Người nghèo phải cố gắng chạy vạy để lo liệu các khoản chi cho khám chữa bệnh bằng cách đi vay mượn, bán tài sản, giảm mức chi cho lương thực/thực phẩm, bắt con cái phải học hay thay đổi hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế¹⁶. Họ còn thay đổi hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế theo hướng sử dụng các dịch vụ ở mức độ ít hơn và với thời gian kéo dài hơn, mà như vậy gây ảnh hưởng về mặt con người và kinh tế cho chính bản thân họ và cho xã hội.

Để hạn chế mức chi phí cá nhân cao và khắc phục tình trạng nghèo do chi tiêu cho các dịch vụ khám chữa bệnh, Chính phủ đã đề ra mục tiêu rất ham vọng là thực hiện bảo hiểm y tế xã hội cho toàn dân vào năm 2010. Chính phủ cũng đã tiến hành một bước đi rất mạnh dạn để giảm nhẹ gánh nặng về chi tiêu y tế, đó là thiết lập Quỹ Hỗ trợ khám chữa bệnh cho Người nghèo. Quỹ này tài trợ kinh phí cho các dịch vụ khám chữa bệnh và cấp thuốc theo đơn miễn phí cho 14,3 triệu người nghèo. Tuy Quỹ Hỗ trợ khám chữa bệnh cho Người nghèo đã tăng phạm vi bao phủ của các cơ chế bảo trợ tài chính ở Việt Nam, song hiện nay phạm vi bao phủ của bảo hiểm y tế và Quỹ này cộng lại mới chỉ được khoảng 30% dân số. Số người hưởng lợi từ Quỹ này sẽ tăng lên trong thời gian sắp tới, sau khi Chính phủ đưa ra các tiêu chí mới về nghèo đói có tác dụng tăng thêm số người thuộc diện nghèo ở Việt Nam.

2. Cung cấp dịch vụ y tế:

Một điều đã được ghi nhận rộng rãi là việc cung cấp và chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu có ý nghĩa then chốt để đảm bảo sức khỏe cho toàn dân. Một hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe

¹⁵ Ủy ban Kinh tế vĩ mô và Y tế của WHO (2001), Nghèo đói và Sức khỏe. Tài liệu nghiên cứu số WG1:5.

ban đầu vận hành tốt có thể giải quyết hầu hết các bệnh phổ biến nhất, như các bệnh viêm nhiễm đường hô hấp cấp và bệnh tiêu chảy. Hiện nay, người dân thiếu tin tưởng vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt là ở cấp địa phương, và vì vậy nhiều bệnh nhân không sử dụng các dịch vụ ở tuyến dưới. Điều này ảnh hưởng tới tính hiệu quả và công bằng. Thậm chí chất lượng của công tác chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là dược phẩm, ở cấp trung ương cũng chưa đạt yêu cầu. Các hiện tượng phổ biến hiện nay là tiến hành quy trình chẩn đoán với chi phí cao và không cần thiết cũng như áp dụng phác đồ điều trị với nhiều loại thuốc, thường là các loại thuốc nhập nội với giá cao thay vì các loại thuốc thiết yếu phổ biến.

Hiện nay, Việt Nam đang trải qua giai đoạn quá độ về mặt dịch tễ học, với số người tử vong và ốm do các bệnh không lây lan ngày càng tăng, nên Việt Nam phải chịu một gánh nặng gấp đôi về bệnh tật. Việc liên tục cảnh giác và hỗ trợ là rất cần thiết để ngăn ngừa sự tái phát của các bệnh có khả năng lây lan và giải quyết các vấn đề tồn tại dai dẳng, lâu dài ở Việt Nam, như tình trạng suy dinh dưỡng, mà cho đến nay vẫn là những vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe con người. Việt Nam cũng phải đương đầu với các vấn đề y tế công cộng mới như HIV/AIDS. Đồng thời, Việt Nam ngày càng phải đối mặt với những loại bệnh tật kinh niên như các bệnh về tim mạch, ung thư, tiểu đường, tai nạn và thương tích. Nhiều loại bệnh tật kinh niên, thường ảnh hưởng tới những người cao tuổi có số lượng ngày càng tăng, có thể do người bệnh tự kiểm soát thông qua việc liên hệ chặt chẽ với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và chỉ nên chuyển tới các bác sĩ chuyên khoa khi cần thiết. Hiện nay, những người mắc các chứng bệnh kinh niên thường đi điều trị nội trú ở bệnh viện trong thời gian dài.

Ở cấp độ cung cấp dịch vụ, các cơ sở y tế từ trước đến nay vẫn đi theo phương châm cán bộ y tế là trung tâm, như vậy hạn chế phạm vi tham gia và trách nhiệm của bệnh nhân. Việc đảm bảo cho các cán bộ y tế hiểu được tác động tiêu cực của mối quan hệ lệch lạc này và được đào tạo, bồi dưỡng để có thể giao tiếp một cách hữu hiệu với bệnh nhân sẽ góp phần cải thiện quá trình điều trị.

3. Nguồn nhân lực:

Hiện có một số lượng rất lớn cán bộ y tế làm việc trong hệ thống y tế ở Việt Nam: hơn 240.000 người vào năm 2004. Ngày càng có thêm nhiều y tá được đào tạo và dịch vụ chăm sóc bệnh nhân đang được phát triển. Tuy nhiên, công việc này chưa hoàn toàn được công nhận là một nghề và một chuyên ngành theo đúng bản chất của nó. Hiện nay, vẫn thiếu cán bộ chuyên môn được đào tạo chuyên về quản lý các dịch vụ y tế, cũng như vẫn thiếu cán bộ y tế được đào tạo để chữa các bệnh kinh niên mới nảy sinh, như các bệnh về tim mạch, ung thư và tiểu đường.

Hiện nay, trong hệ thống dịch vụ y tế vẫn còn ít bác sĩ vật lý trị liệu để điều trị cho số người khuyết tật do tai nạn và thương tích ngày càng tăng. Vẫn thiếu các cán bộ xã hội để hỗ trợ chăm sóc cho ngày càng nhiều những người cao tuổi không nơi nương tựa. Và vẫn thiếu cán bộ được đào tạo về sức khỏe tâm thần.

4. Quản trị:

Quản trị tốt đòi hỏi phải có trách nhiệm về chính trị và hành chính. Các nhà hoạch định chính sách và cán bộ y tế phải chịu trách nhiệm trước pháp luật, vai trò và các quy định. Việc tăng cường và thực hiện quy trình lập ngân sách và kế toán mang tính minh bạch là một phần quan trọng trong công tác quản trị. Chính phủ cũng có trách nhiệm đề ra luật pháp, tiêu chuẩn, vai trò và các quy định cho khu vực tư nhân. Công việc này trong thời gian qua chưa đạt yêu cầu. Khi đã có các quy định thì điều quan trọng là phải đảm bảo thực thi và theo dõi có hiệu quả. Trong thời gian qua, chưa đầu tư đủ nguồn lực cho việc thực thi các quy định nhằm đảm bảo các dịch vụ y tế đạt mức độ chất lượng như mong muốn. Một hệ thống quản lý và đảm bảo chất lượng cũng cần có số liệu tốt. Hiện nay, chất lượng số liệu thu được thường không đồng đều.

Chương trình đầy ham vọng về phân cấp quản lý mà Việt Nam đã xúc tiến triển khai mang lại kết quả chuyển giao nguồn lực và trách nhiệm từ cấp trung ương xuống cấp tỉnh và các cấp địa phương. Giờ đây, các cấp này có quyền quyết định gần một nửa tổng mức chi ngân sách của nhà nước. Điều đó đã tăng thêm áp lực đối với các cơ quan cấp tỉnh và các cấp địa phương, trong đó có nhiều cơ quan vốn đã bị hạn chế về năng lực chỉ đạo các hoạt động y tế.

II. Kết quả phân tích

1. Đầu tư kinh phí cho y tế:

Việc thiết lập các mạng lưới bảo hiểm y tế và an sinh xã hội trong lĩnh vực y tế hiện ở vào thời điểm hết sức quan trọng. Việc tiếp tục cấp kinh phí cho Quỹ Hỗ trợ chăm sóc sức khoẻ Người nghèo sẽ góp phần đảm bảo cho người nghèo được tiếp cận với các dịch vụ y tế. Có thể cần phải trợ cấp các khoản đóng góp cho những người cận nghèo để mở rộng phạm vi bao phủ của bảo hiểm y tế. Đây là một trong những lý do tại sao cần phải tăng cường đầu tư công cộng trong lĩnh vực y tế.

Việc chuyển đổi từ bảo hiểm cá nhân sang bảo hiểm hộ gia đình sẽ nâng cao tỷ lệ thụ hưởng và giảm hiện tượng lựa chọn ngược, đặc biệt đối với trẻ em. Ví dụ, trong hệ thống bảo hiểm hiện nay, nhiều ông bố bà mẹ nghèo phải quyết định lựa chọn mua và không mua bảo hiểm cho đứa con nào trong số các con của mình. Đương nhiên, họ mua bảo hiểm cho đứa con có nguy cơ cao hơn và chi trả tiền túi của mình cho đứa con khoẻ mạnh. Vì vậy, việc bảo hiểm hộ gia đình thay vì bảo hiểm cá nhân sẽ có tác dụng tập trung các rủi ro. Nếu thực hiện bảo hiểm y tế xã hội cho tất cả các hộ gia đình thì không cần phải có điều khoản đặc biệt về việc cung cấp bảo hiểm miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi. Số kinh phí phục vụ cho mục đích đó nay có thể đưa vào Quỹ Hỗ trợ chăm sóc sức khoẻ cho Người nghèo và trợ cấp các khoản đóng góp cho những người cận nghèo.

Ảnh hưởng tiêu cực tiềm tàng của việc tự do hoá thị trường bảo hiểm y tế cần phải được ghi nhận rõ ràng và xem xét kỹ lưỡng. Việc bảo hiểm y tế thương mại có thể mang lại lợi ích bổ sung cho bảo hiểm y tế xã hội bắt buộc. Tuy nhiên, việc cho phép các công ty bảo hiểm y tế tư nhân cung cấp các dịch vụ bảo hiểm trọn gói sẽ thu hút các hộ gia đình có nguy cơ thấp nhưng đóng góp ở mức cao và để lại cho hệ thống bảo hiểm y tế xã hội các hộ gia đình có nguy cơ cao nhưng lại đóng góp ở mức thấp. Điều đó dẫn đến kết quả là một hệ thống bảo hiểm của nhà nước có chất lượng thấp và không bền vững tồn tại song song với một hệ thống bảo hiểm chất lượng cao với chi phí cao dành cho những người giàu.

Cần phân bổ và sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả và hiệu lực. Công việc này trước đây đã được thực hiện tốt. Tuy nhiên, có bằng chứng cho thấy các khoản công quỹ đã huy động hiện không được đầu tư với một tỷ lệ hợp lý cho việc giải quyết các bệnh tật, và điều đó ảnh hưởng tới tính hiệu quả và công bằng. Ví dụ, so với các vùng nông thôn và vùng sâu vùng xa thì các khu đô thị có xu hướng được hưởng lợi nhiều hơn từ các khoản đầu tư vào cơ sở hạ tầng, các nguồn vật lực và nhân lực. Ngoài ra, các dịch vụ chữa bệnh thường được ưu tiên hơn các dịch vụ phòng bệnh, và xu hướng này càng gia tăng khi các dịch vụ y tế được tư nhân hoá. Mô hình sử dụng nguồn lực lệch lạc và bất cân đối này một phần là do cơ chế phân bổ nguồn lực dựa trên nhu cầu, phân tích hiệu quả - chi phí và các công cụ xác định ưu tiên khác không được sử dụng triệt để. Các lý do khác bao gồm những bất cập về mặt chính trị, các lợi ích đi kèm, và công tác hỗ trợ nâng cao vị thế cho các nhóm dân cư bị thiệt thòi còn yếu kém.

Cần nhận thức được rằng việc phát triển y tế chủ yếu dựa vào kết quả phát triển kinh tế-xã hội chung của đất nước. Để nâng cao hiệu quả đầu tư trong lĩnh vực y tế, cần phải gắn chặt với các chương trình/chiến lược phát triển rộng hơn của quốc gia, như Kế hoạch Phát triển kinh tế-xã hội 5 năm (2006-2010), Chiến lược Toàn diện về Tăng trưởng và Giảm nghèo và Khuôn khổ Chi tiêu trung hạn.

2. Cung cấp dịch vụ y tế:

Nhu cầu cấp thiết hiện nay là nâng cao chất lượng của các dịch vụ trong lĩnh vực y tế. Chất lượng dịch vụ lại liên quan tới chế độ lương bổng và các chính sách đãi ngộ, quan niệm và nhận thức, tinh thần thái độ phục vụ, đào tạo lại và cách thức quản lý. Các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu, đặc biệt ở các trạm y tế xã, hiện ở trong tình trạng thiếu cán bộ được đào tạo đầy đủ và nhiệt tình công tác. Cần có chiến lược toàn diện và nhất quán để đảm bảo cho các cán bộ y tế được trả mức thù lao thoả đáng và phân bổ hợp lý. Để đảm bảo cho các vùng núi, vùng sâu vùng xa được tiếp cận với các cơ sở y tế có bác sĩ và cơ cấu hợp lý các cán bộ y tế khác, có lẽ cần phải xem xét chế độ đãi ngộ đặc biệt cho các cán bộ công tác ở những vùng như vậy. Việc tăng cường các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu sẽ góp phần hạn chế hiện tượng bỏ qua các cơ sở y tế tuyến dưới, đồng thời cải thiện hoạt động của cơ chế chuyển tuyến bệnh nhân, qua đó có tác dụng tích cực đối với hiệu quả của hệ thống y tế. Cũng cần nhận thức được tầm quan trọng của cơ chế “chuyển trở lại tuyến trước”, hay nói cách khác nhằm đảm bảo cho bệnh nhân sau khi được điều trị ở các cơ sở y tế tuyến trên sẽ được tiếp tục theo dõi và chăm sóc tốt ở các cơ sở chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Ngoài ra, như đã nêu ở trên, việc chú trọng nhiều hơn vào dịch vụ chữa bệnh so với dịch vụ phòng bệnh tạo ra gánh nặng cho cả hệ thống y tế lẫn bệnh nhân. Vì vậy, việc tăng cường cung cấp các dịch vụ y tế dự phòng là hết sức cần thiết.

Năng lực quản lý và điều hành các dịch vụ y tế còn yếu. Việc bố trí cán bộ quản lý ở các bệnh viện thường không dựa trên năng lực, trình độ phù hợp hay hiệu quả công tác, mà căn cứ vào thành tích xuất sắc trong chuyên môn khám chữa bệnh hay “công lao về chính trị”. Nhiều cán bộ quản lý chưa bao giờ được đào tạo, bồi dưỡng về công tác quản lý, điều hành bệnh viện.

3. Nguồn nhân lực:

Như đã nêu ở trên, Việt Nam hiện có một số lượng lớn cán bộ y tế. Tuy nhiên, cơ cấu của đội ngũ cán bộ y tế chưa phải là tối ưu, và cần đào tạo cán bộ trong các lĩnh vực vật lý trị liệu, sức khỏe tâm thần và công tác xã hội. Chất lượng cán bộ y tế, đặc biệt về dịch vụ chữa bệnh, là một trong những mối quan ngại chính về y tế ở Việt Nam.

Mức lương của tất cả các loại cán bộ y tế hiện nay quá thấp, và họ phải tìm kiếm các nguồn thu nhập thay thế. Có hai con đường chính để tạo thêm thu nhập. Một là làm nghề khác. Ở nông thôn, nguồn thu nhập quan trọng là trồng trọt, chăn nuôi. Ở thành thị, cán bộ y tế thường tiến hành các hoạt động kinh doanh quy mô nhỏ, phần lớn là bán thuốc hay mở phòng khám tư. Một cách kiếm sống nữa là nhận tiền “phong bì” hay các khoản chi trả không chính thức từ bệnh nhân.

Hiện có quá ít cơ chế khuyến khích cán bộ y tế làm việc theo phương châm chú trọng nhiều hơn tới kết quả hay hiệu quả công việc. Ngoài ra, cũng cần phải xác định lại trọng tâm đào tạo. Cần đảm bảo cân đối hơn giữa đào tạo theo hướng khám chữa bệnh ở bệnh viện và chăm sóc sức khỏe cộng đồng ở cấp địa phương, sử dụng các phương pháp học tập tích cực¹⁷.

4. Quản trị:

Vai trò và nhiệm vụ của các nhà hoạch định chính sách và các cơ sở cung cấp dịch vụ phải được xác định rõ nhằm cải thiện công tác quản trị và nâng cao trách nhiệm giải trình. Nếu không, rất dễ xảy ra tình trạng là việc cung cấp các dịch vụ y tế trở thành "nhiệm vụ của mọi người nhưng không ai chịu trách nhiệm". Các nhà hoạch định chính sách chịu trách nhiệm trước các cơ sở cung cấp dịch vụ và người dân. Các cơ sở cung cấp dịch vụ có quyền nhận được sự chỉ đạo, hướng dẫn hợp lý và nhất quán từ các nhà hoạch định chính sách. Người dân có quyền được tiếp cận với các dịch vụ y tế hợp lý, công bằng và phù hợp với khả năng chi trả của họ. Các hệ thống cho phép người dân tham gia vào quá trình ra quyết định và theo dõi chưa được thiết lập một cách vững chắc, và người dân chưa tham gia đóng góp mạnh mẽ vào các quyết định liên quan tới sức khỏe của họ. Cần phải khuyến khích sự tham gia của xã hội dân sự cũng như nhận thức và vai trò, trách nhiệm của họ trong việc yêu cầu các cán bộ nhà nước chịu trách nhiệm về việc làm của mình. Các cơ sở cung cấp dịch vụ phải chịu trách nhiệm trước các nhà hoạch định chính sách và người dân. Các quy định đảm bảo trách nhiệm giải trình còn lỏng lẻo, và nguồn lực phân bổ cho việc thực thi các quy định này còn quá ít.

III. Khuyến nghị

Để Kế hoạch Phát triển kinh tế-xã hội 5 năm hỗ trợ có hiệu quả cho việc thực hiện thành công các MDG và VDG trong lĩnh vực y tế, Chính phủ cần xem xét đưa vào Kế hoạch những khuyến nghị về chính sách liệt kê dưới đây kèm theo các chỉ số được đề xuất.

Nhiều chỉ số y tế hiện đang được sử dụng ở Việt Nam phản ánh các vấn đề y tế trước đây và hiện nay nhưng không phản ánh các vấn đề y tế trong tương lai. Do vậy, ngoài số liệu liên quan tới các MDG và VDG cần phải bổ sung các chỉ số về các vấn đề sức khỏe và các bệnh không lây lan mới nảy sinh. Vì bản thân các MDG và VDG không đo chất lượng của các dịch vụ y tế, nên cần phải bổ sung các chỉ số đo chất lượng của các dịch vụ này. Cần phân tách các chỉ số theo vị trí kinh tế-xã hội, giới, dân tộc, vùng lãnh thổ và nông thôn/thành thị để những khía cạnh này được xem xét khi lập kế hoạch và theo dõi tình hình phát triển y tế.

1. Các vấn đề cần ưu tiên giải quyết:

- Đảm bảo đủ kinh phí cho việc cung cấp các dịch vụ y tế, mức chi chung của Chính phủ cho y tế huy động từ tất cả các nguồn cần phải chiếm ít nhất 2,5% GDP và chiếm ít nhất 50% tổng chi cho lĩnh vực này vào năm 2010.

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Mức chi chung của Chính phủ cho y tế, tính theo tỷ lệ % GDP	2,5%	1,5%	Ngân sách Y tế Quốc gia (NHA)
Mức chi chung của Chính phủ cho y tế, tính theo tỷ lệ trong tổng chi cho lĩnh vực này	50%	29,2%	NHA

- Để cải thiện và duy trì chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị theo quy phạm quốc gia đối với các bệnh nằm trong chỉ số ở các trạm y tế xã phải đạt ít nhất 90% vào năm 2010.

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị theo quy phạm quốc gia đối với các bệnh nằm trong chỉ số ở các trạm y tế xã	90%	Mới (hiện chưa thu thập được số liệu)	Chưa xác định

- Để cải thiện và duy trì chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, tỷ lệ bệnh nhân đã được điều trị (hay đưa người nhà đến điều trị) ở các trạm y tế xã và tuân thủ đơn thuốc cũng như hướng dẫn của cán bộ y tế phải đạt 80% vào năm 2010.

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ đơn thuốc cũng như hướng dẫn của cán bộ y tế ở các trạm y tế xã	80%	Mới	Chưa xác định

2. Đầu tư kinh phí cho y tế:

- Tăng mức đầu tư của nhà nước cho hệ thống y tế, đảm bảo cân đối nhu cầu về các dịch vụ chữa bệnh và phòng bệnh.
- Giảm tỷ lệ chi trả tiền túi cá nhân cho các dịch vụ khám chữa bệnh thông qua các cơ chế trả trước, như bảo hiểm y tế xã hội và Quỹ Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho Người nghèo.
- Nâng cao hiệu lực và hiệu quả sử dụng các nguồn lực thông qua việc tăng cường áp dụng các cơ chế dựa trên nhu cầu, phân tích hiệu quả - chi phí và các tiêu chí sắp xếp ưu tiên đầu tư cho các biện pháp hỗ trợ và các dịch vụ.
- Xây dựng các kế hoạch đầu tư dài hạn để đạt được các MDG liên quan tới y tế và đưa vào Kế hoạch Phát triển kinh tế-xã hội, các Khuôn khổ Chi tiêu trung hạn và các cơ chế phát triển kinh tế-xã hội khác.
- Theo dõi ảnh hưởng của Nghị định 10 về cơ chế tài chính cho việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế.

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Tổng chi cho y tế, tính theo tỷ lệ % GDP	7,5%	5,2%	NHA
Tổng chi cho y tế theo đầu người	50 USD	23 USD	NHA
Mức chi chung của Chính phủ cho y tế, tính theo tỷ lệ % GDP	2,5%	1,5%	NHA
Mức chi chung của Chính phủ cho y tế, tính theo tỷ lệ % của tổng chi trong lĩnh vực này	50%	29,2%	NHA
Chi trả trực tiếp từ tiền túi cá nhân, tính theo tỷ lệ % của tổng chi cá nhân cho các dịch vụ y tế	50%	87,6%	NHA
Tỷ lệ chi chung của Chính phủ về y tế được phân bổ cho cấp xã	15%	2,7%	NHA
Tỷ lệ dân số có bảo hiểm y tế xã hội	100%	23,5%	Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam
Tỷ lệ dân (trong diện đối tượng) được hưởng lợi từ Quỹ Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho Người nghèo	100%	76,7%	Bộ Y tế ¹⁸

3. Cung cấp dịch vụ y tế:

- ❑ Nâng cao chất lượng của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu bằng cách đưa ra các cơ chế khuyến khích nâng cao hiệu quả công tác mang tính sáng tạo đối với cán bộ y tế, đặc biệt ở những vùng khó khăn.
- ❑ Để đáp ứng nhu cầu luôn thay đổi và sử dụng các nguồn lực một cách hiệu quả hơn, cần đổi mới cơ cấu cung cấp dịch vụ y tế bằng cách:
 - Xác định lại vai trò, mục tiêu và ranh giới giữa các dịch vụ chăm sóc cấp 1, cấp 2 và cấp 3;
 - Mở rộng các dịch vụ trong phạm vi chăm sóc sức khỏe ban đầu, kể cả chăm sóc dự phòng
 - Tăng cường các cơ chế chuyển tuyến bệnh nhân; và
 - Đề ra các loại hình dịch vụ chăm sóc thay thế, phù hợp và có hiệu quả chi phí, như chăm sóc bệnh nhân tại nhà hay chăm sóc và hỗ trợ của cộng đồng
- ❑ Nâng cao chất lượng quản lý thông qua việc đào tạo một đội ngũ cán bộ quản lý bệnh viện mang tính chuyên nghiệp và tăng cường các hệ thống thông tin phục vụ cho việc đánh giá hiệu quả hoạt động.

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Các xã có trạm y tế	100%	98,7%	Bộ Y tế
Các xã có bác sĩ	90%	67,8%	Bộ Y tế
Các thôn/bản có cán bộ y tế	95%	93,3%	Bộ Y tế
Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị theo quy phạm quốc gia đối với các bệnh nằm trong chỉ số (trạm y tế xã, bệnh viện huyện đối với các trường hợp cấp cứu và các bệnh kinh niên)	90%	Mới	Chưa xác định
Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ đơn thuốc cũng như hướng dẫn của cán bộ y tế ở các trạm y tế xã	80%	Mới	Chưa xác định

4. Nguồn nhân lực:

- ❑ Đảm bảo mức lương thỏa đáng và áp dụng cơ chế phát triển cán bộ dựa trên hiệu quả công việc được đo bằng các chỉ tiêu chất lượng phục vụ cũng như kinh nghiệm công tác.
- ❑ Đảm bảo phân bổ cán bộ theo nhu cầu khám chữa bệnh, đặc biệt ở những vùng khó khăn.
- ❑ Tăng cường công tác chăm sóc [của y tá] đối với bệnh nhân và phát triển công tác này thành một chuyên ngành theo đúng bản chất của nó.
- ❑ Đào tạo đội ngũ cán bộ quản lý mới để quản lý các bệnh viện và các dịch vụ y tế.
- ❑ Đào tạo đội ngũ cán bộ mới làm công tác phục hồi chức năng về lâu dài cho các nạn nhân của tai nạn giao thông và những người bị đột quỵ cũng như đề ra các chương trình mới và đào tạo cán bộ làm công tác xã hội và chăm sóc những người cao tuổi và người tàn tật.
- ❑ Đào tạo đội ngũ cán bộ mới làm công tác hỗ trợ và chăm sóc về sức khỏe tâm thần.

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Số bác sĩ trên 10.000 dân	7	5,88	Bộ Y tế
Số y tá trên 10.000 dân	9	6,04	Bộ Y tế
Tỷ lệ y tá/bác sĩ	1,3	1,03	Bộ Y tế

Ngoài ra, các chỉ số sau đây cũng phù hợp: số cán bộ y tế về sức khỏe tâm thần, cán bộ làm công tác xã hội và cán bộ vật lý trị liệu trên 10.000 dân, và tỷ lệ cán bộ y tế các loại ở các cơ sở y tế. Những chỉ số này hiện không được theo dõi ở Việt Nam. Nếu những chỉ số này được đưa vào Kế hoạch Phát triển kinh tế-xã hội 5 năm (2006-2010) như là những chỉ số theo dõi tiến bộ trong ngành y tế, thì cần xem xét những vấn đề chính sau đây. Thứ nhất, cần phải tổ chức một hệ thống thu thập và phân tích số liệu, xác định cách thức và chủ thể thực hiện các công việc này. Thứ hai, các chỉ tiêu phải mang tính ham vọng để khuyến khích tiến bộ, nhưng đồng thời phải mang tính thực tế.

5. Quản trị:

- ❑ Tăng cường hệ thống thanh tra để đảm bảo cho các tiêu chuẩn chất lượng, như việc sử dụng thuốc an toàn và hợp lý, được nhất trí, theo dõi và thực thi.

- ❑ Cần áp dụng chế độ trách nhiệm giải trình sát với cấp thực hiện dịch vụ và cần bổ sung chỉ số về mức độ hài lòng của bệnh nhân. Các đối tượng có liên quan ở địa phương cần được tạo cơ hội tham gia vào công tác lập kế hoạch và đánh giá các quyết định trong hệ thống y tế.
- ❑ Xây dựng một khuôn khổ pháp lý toàn diện với các luật lệ và quy chế liên quan tới các dịch vụ y tế tư nhân, kể cả ngành y dược.
- ❑ Cải thiện chất lượng của hệ thống thông tin về quản lý y tế.

6. Các kết quả về y tế và các chỉ số thay thế:

Chỉ số được đề xuất	Chỉ tiêu đến năm 2010	Số liệu mới nhất	Nguồn
Tỷ lệ tử vong do tai nạn giao thông/10.000 xe	9	14	Bộ Y tế ¹⁹
Số ca tử vong do nhồi máu cơ tim trên 100.000 dân	0,90	1,00	Bộ Y tế
Số ca tử vong do đột quỵ trên 100.000 dân	Chưa xác định	0,99	Bộ Y tế
Tỷ lệ ung thư	Chưa xác định	Được phân chia theo loại ung thư	Bộ Y tế
Tỷ lệ suy dinh dưỡng (trọng lượng cơ thể theo độ tuổi)	20%	26,6%	Bộ Y tế
Tỷ lệ nam giới hút thuốc lá	Chưa xác định	56%	Điều tra Y tế Quốc gia 2001-02 ²⁰

Ngoài ra, các chỉ số sau đây cũng phù hợp: số ca tự vẫn trên 100.000 dân, tỷ lệ người khuyết tật, tỷ lệ dân sử dụng sử dụng mũ bảo hiểm xe máy, và tỷ lệ dân biết bơi.

²⁰ Tổng cục Thống kê và Bộ Y tế (2003), Điều tra y tế quốc gia ở Việt Nam 2001-02.

Chương 7

Tóm tắt và khuyến nghị

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ nhanh chóng trong việc đạt được các mục tiêu MDGs. Tuy nhiên những thách thức khó khăn vẫn còn đó. Việc xây dựng Kế hoạch PTKTXH cho giai đoạn 2006-2010 là một cơ hội chiến lược để giải quyết những thách thức lớn nhất và đưa Việt Nam tiến tới các mục tiêu quốc gia về hòa bình, thịnh vượng và bình đẳng.

Tài liệu này khuyến nghị một tập hợp những chỉ số xã hội cụ thể dựa vào các mục tiêu MDGs và đã được xây dựng phù hợp với điều kiện cụ thể của Việt Nam. Là một tập hợp các mục tiêu kèm theo các chỉ tiêu và chỉ số rõ ràng đã được quốc tế công nhận, các mục tiêu MDG là chuẩn mực toàn cầu mà dựa vào đó các quốc gia có thể đo các tiến bộ phát triển của nước mình. Các mục tiêu MDG cũng giúp các quốc gia và các nhà tài trợ tập trung nỗ lực vào việc cải thiện điều kiện cho người nghèo nhất, đặc biệt là những người không đủ ăn và không được tiếp cận với các dịch vụ giáo dục và y tế cơ bản.

Một chủ đề xuyên suốt tài liệu này là nhu cầu cấp thiết cần cải thiện công tác thu thập, sắp xếp và phân tích số liệu ở Việt Nam. Mặc dù đã có những tiến bộ vượt bậc trong những năm gần đây, rất nhiều thông tin vẫn còn thiếu về một loạt những chỉ số phát triển cơ bản. Ngoài ra, các điều tra và phân tích vẫn đưa ra những kết quả dưới dạng tập hợp cao. Thường thì khó có thể theo dõi những tiến bộ theo chỉ tiêu giới, giữa các nhóm thiểu số cụ thể hoặc theo các nhóm tuổi. Các tổ chức LHQ tại Việt Nam kêu gọi chính phủ, các tổ chức tài trợ, các viện nghiên cứu và các đối tác khác chú ý nhiều hơn đến chất lượng của số liệu và cải thiện sự phối hợp những nỗ lực thu thập số liệu cũng như đảm bảo việc thu thập và phân tách số liệu theo các yếu tố độ tuổi, giới và dân tộc nhằm tạo cơ sở vững chắc hơn cho việc hoạch định các chính sách có mục tiêu đối tượng rõ rệt hơn và hiệu quả hơn.

Tài liệu này đưa ra một loạt những chỉ tiêu và chỉ số kết nối Kế hoạch PTKTXH 2006-2010 với các mục tiêu MDGs. Mặc dù tất cả những chỉ số này đều rất quan trọng, một vài ưu tiên có thể được đưa ra trong điều kiện hạn chế về nguồn lực và khả năng. Thay cho lời kết, chúng tôi xác định 12 chỉ số ưu tiên được rút ra từ những chương trước. Để hỗ trợ thực hiện mục tiêu bình đẳng rộng hơn, chúng tôi cũng xin khuyến nghị rằng cần đạt được tiêu chuẩn tối thiểu cho từng chỉ số này trong phạm vi từng tỉnh hay ở cấp địa phương thấp hơn. Những chỉ số ưu tiên này giải quyết những thách thức chính về phát triển xã hội mà Việt Nam đang phải đối mặt trong giai đoạn kế hoạch sắp tới, và tất cả các chỉ số đều liên quan trực tiếp tới việc hoàn thành các mục tiêu MDGs vào khoảng năm 2015.

1. *Nghèo lương thực*: Giảm nghèo lương thực đo được theo nhu cầu calo tối thiểu xuống dưới 5% trên toàn quốc. Đến năm 2010 nghèo lương thực không vượt quá 10% ở bất cứ một tỉnh hoặc một vùng nào (mục tiêu MDG 1, Chỉ tiêu 2).
2. *Khoảng cách nghèo*: Giảm chỉ số khoảng cách nghèo (đo số thiếu hụt thu nhập hoặc chi tiêu tập hợp của người nghèo tương ứng với đường nghèo) xuống dưới 15 đối với đồng bào dân tộc thiểu số (mục tiêu MDG 1, Chỉ tiêu 1).
3. *Dinh dưỡng trẻ em*: Giảm tình trạng còi cọc ở trẻ em xuống 25% đến năm 2010 và không tỉnh nào có tỷ lệ trẻ em bị còi cọc vượt quá 30% (mục tiêu MDG 1, Chỉ tiêu 2).
4. *Hoàn thành giáo dục tiểu học*: Bộ GD&ĐT cần chuyển chỉ số nhập học sang chỉ số tốt nghiệp, được phân tách theo giới tính, phù hợp hơn cho việc đo tiến bộ giáo dục vì chỉ số tốt nghiệp có thể đo tốt hơn chất lượng giáo dục. Bộ GD&ĐT cần xác định và sử hữu những chỉ tiêu hiện nay về tỷ lệ hoàn thành bậc học tiểu học và trung học. Chỉ tiêu quốc gia cần bổ sung chỉ tiêu hoàn thành tối thiểu và tất cả các tỉnh cần bổ sung chỉ tiêu này vào kế hoạch PTKTXH của tỉnh mình (mục tiêu MDG 2, Chỉ tiêu 3).
5. *Chi phí trực tiếp của người dân cho giáo dục*: Các khoản phí chính thức và không chính thức đối với giáo dục công bậc tiểu học và trung học cần được xóa bỏ trong thời gian tới. Những chi phí chính thức và không chính thức đang ngày càng tăng, và những gia đình giàu đã chi nhiều hơn, đảm bảo con em họ có một chất lượng giáo dục tốt hơn. Việc phát triển hệ thống giáo dục lưỡng tầng mà ở đó trẻ em nghèo phải bỏ học sớm và chỉ có thể tiếp cận với các dịch vụ chất lượng thấp, sẽ dẫn đến tăng trưởng thu nhập thấp cho người nghèo và tạo ra bất bình đẳng kinh tế lớn hơn (mục tiêu MDG 2, Chỉ tiêu 3).

6. *Sức khỏe bà mẹ và trẻ em*: Tăng tỷ lệ những ca sinh có hộ sinh giúp đỡ lên 97% và không có tình nào dưới 85%. Đây là một chỉ số chất lượng quan trọng để bổ sung cho những chỉ số định lượng về tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh đã được đề cập trong những bản thảo trước đây của Kế hoạch PTKTXH (mục tiêu MDG5, Chỉ tiêu 6).
7. *Tăng cường truyền thông về các vấn đề sức khỏe sinh sản, đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS*, thông qua những thông điệp được phân loại và thích hợp với từng nhóm mục tiêu: Xây dựng các cơ chế từ trung ương đến địa phương nhằm khuyến khích sự tham gia của phụ nữ và nam giới, trẻ em gái và trẻ em trai trong việc thiết kế và giám sát các biện pháp truyền thông nhằm thay đổi hành vi. Có rất nhiều thông tin sẵn có về sức khỏe sinh sản và HIV/AIDS, nhưng có thể nó chưa đến được với các nhóm mục tiêu phù hợp, như là thanh niên chưa có gia đình và các nhóm nguy cơ cao. Truyền thông cần đi đôi với việc tăng cường khả năng tiếp cận với bao cao su và các dịch vụ thuận lợi cho người sử dụng (mục tiêu MDG 6, Chỉ tiêu 7).
8. Để đảm bảo đủ kinh phí cho việc cung cấp các dịch vụ y tế, mức chi chung của Chính phủ cho y tế cần phải đạt ít nhất là 2,5% GDP và ít nhất là 50% tổng chi trong lĩnh vực y tế vào năm 2010 (MDG 4, 5, 6).
9. *Các chính sách di cư*: Chuyển dịch từ hệ thống quản lý theo hộ khẩu bốn loại sang một hệ thống đăng ký an sinh xã hội quốc gia (bao gồm thẻ hoặc sổ an sinh quốc gia) để giúp cho người di cư có thể tiếp cận với các dịch vụ y tế và giáo dục cơ bản (mục tiêu MDG 2, 4, 5, 6).
10. *Lồng ghép giới*: Xây dựng và thực hiện có hiệu quả chiến lược lồng ghép giới và kế hoạch hành động ở từng bộ, ngành và từng tỉnh/thành, đi đôi với việc xây dựng cơ chế trách nhiệm của nhà nước để hỗ trợ cho việc thực thi các chiến lược và kế hoạch đó. Các cơ quan chính phủ cần xem xét và đáp ứng một cách có hệ thống và toàn diện những nhu cầu và ưu tiên cụ thể của phụ nữ và nam giới ở tất cả các ngành và trong tất cả các công đoạn xây dựng chính sách/chương trình (mục tiêu MDG 3, Chỉ tiêu 4).
11. *Diện tích rừng sử dụng đặc biệt*: Cần tăng tỷ lệ diện tích rừng sử dụng đặc biệt được bảo vệ từ 7,5% năm 2003 lên 9% tổng diện tích đất (mục tiêu MDG 7, Chỉ tiêu 9).
12. *Hố xí vệ sinh*: 70% số hộ gia đình nông thôn có hố xí vệ sinh và có thói quen vệ sinh cá nhân. Một chỉ số con có thể là phần trăm hộ gia đình có các phương tiện để sử dụng khi bị lũ lụt (mục tiêu MDG 7, Chỉ tiêu 10).

Phụ lục

Các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDGs), các Chỉ tiêu và Chỉ số

Mục tiêu 1. Xóa bỏ nghèo cùng cực và thiếu đói

Chỉ tiêu 1.

Trong giai đoạn 1990 - 2015, giảm một nửa số người có thu nhập dưới một đô la một ngày

Chỉ số

1. Tỷ lệ dân sống dưới 1 đô la một ngày (1993 PPP) (WB)^a
2. Chỉ số khoảng cách nghèo [tỷ lệ x mức nghèo] (WB)
3. Tỷ lệ dân nghèo nhất theo mức chi tiêu quốc gia (WB)

Chỉ tiêu 2.

Trong giai đoạn 1990 - 2015, giảm một nửa số người bị đói

Chỉ số

4. Phổ biến tình trạng trẻ em dưới 5 tuổi nhẹ cân (UNICEF-WHO)
5. Tỷ lệ dân số sống dưới mức tối thiểu về tiêu thụ năng lượng từ thức ăn (FAO)

Mục tiêu 2. Đạt phổ cập giáo dục tiểu học

Chỉ tiêu 3.

Đảm bảo rằng đến năm 2015 trẻ em ở các nơi cả nam và nữ đều được học hết chương trình tiểu học.

Chỉ số

6. Tỷ lệ đăng ký học tiểu học chính thức (UNESCO)
7. Tỷ lệ học sinh học lớp 1 học đến lớp 5 (UNESCO)^b
8. Tỷ lệ biết chữ trong độ tuổi từ 15-24 (UNESCO)

Mục tiêu 3. Tăng cường bình đẳng nam nữ và nâng cao vị thế của phụ nữ

Chỉ tiêu 4.

Xóa bỏ chênh lệch giới ở cấp tiểu học và trung học đến năm 2005 và ở tất cả các cấp học đến năm 2015

Chỉ số

9. Tỷ lệ học sinh nữ và học sinh nam ở các cấp tiểu học, trung học và đại học (UNESCO)
10. Tỷ lệ biết chữ của phụ nữ trên nam giới, trong độ tuổi 15-24 (UNESCO)
11. Tỷ lệ nữ làm các công việc có thu nhập trong khu vực phi nông nghiệp (ILO)
12. Tỷ lệ nữ là đại biểu quốc hội (IPU)

Mục tiêu 4. Giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ em

Chỉ tiêu 5.

Trong giai đoạn từ 1990 – 2015, giảm hai phần ba tỷ lệ trẻ tử vong dưới 5 tuổi.

Chỉ số

13. Tỷ lệ trẻ tử vong dưới 5 tuổi (UNICEF-WHO)
14. Tỷ lệ tử vong là trẻ sơ sinh (UNICEF-WHO)
15. Tỷ lệ trẻ một tuổi được tiêm phòng sởi (UNICEF-WHO)

Mục tiêu 5. Tăng cường sức khỏe bà mẹ

Chỉ tiêu 6.

Trong giai đoạn 1990 – 2015, giảm ba phần tư tỷ lệ tử vong ở bà mẹ

Chỉ số

16. Tỷ lệ tử vong bà mẹ (UNICEF-WHO)
17. Tỷ lệ ca sinh được hộ lý đỡ (UNICEF-WHO)

Mục tiêu 6. Phòng chống HIV/AIDS, sốt rét và các bệnh khác

Chỉ tiêu 7

Đến năm 2015 chặn đứng và đẩy lùi lây nhiễm HIV/AIDS

Chỉ số

18. Tỷ lệ phổ biến HIV ở phụ nữ mang thai trong độ tuổi 15-24 (UNAIDS-WHO-UNICEF)

- 19. Tỷ lệ sử dụng bao cao su trên tỷ lệ phổ biến dụng cụ tránh thai (Phòng Dân số LHQ)^c
- 19a. Sử dụng bao cao su trong lần sinh hoạt tình dục nguy cơ cao gần nhất (UNICEF-WHO)
- 19b. Tỷ lệ dân trong độ tuổi 15-24 hiểu đúng về HIV/AIDS (UNICEF-WHO)^d
- 19c. Tỷ lệ phổ biến dụng cụ tránh thai (Phòng Dân số LHQ)
- 20. Tỷ lệ trẻ em mồ côi được đi học trên tỷ lệ trẻ không mồ côi được đi học trong độ tuổi 10-14 (UNICEF-UNAIDS-WHO)

Chỉ tiêu 8.

Đến năm 2015 chặn đứng và đẩy lùi tỷ lệ mắc bệnh sốt rét và các căn bệnh chủ yếu khác

Chỉ số

- 21. Tỷ lệ phổ biến và tỷ vong liên quan đến sốt rét (WHO)
- 22. Tỷ lệ dân ở các vùng có nguy cơ sốt rét sử dụng các biện pháp phòng ngừa và chữa trị sốt rét có hiệu quả (UNICEF-WHO)^e
- 23. Tỷ lệ phổ biến và tử vong liên quan đến bệnh lao (WHO)
- 24. Tỷ lệ các trường hợp nhiễm lao được phát hiện và chữa trị theo phương pháp DOTS (chiến lược kiểm soát bệnh lao được quốc tế khuyến nghị) (WHO)

Mục tiêu 7. Đảm bảo bền vững môi trường

Chỉ tiêu 9.

Lồng ghép các nguyên tắc phát triển bền vững vào trong các chính sách và chương trình quốc gia và đẩy lùi các tổn thất về tài nguyên môi trường.

Chỉ số

- 25. Tỷ lệ đất được rừng che phủ (FAO)
- 26. Tỷ lệ khu vực được bảo vệ nhằm duy trì sự đa dạng sinh học trên mặt nước (UNEP-WCMC)
- 27. Sử dụng năng lượng (tương đương với kg dầu) trên \$1,000 GDP (PPP) (IEA, WB)
- 28. Thái các bon dioxit trên đầu người (UNFCCC, UNSD) và tiêu thụ các chất CFC làm suy yếu tầng ozone (tấn ODP) (Ban thư ký UNEP-Ozone)
- 29. Tỷ lệ dân sử dụng chất đốt cứng (WHO)

Chỉ tiêu 10.

Đến năm 2015, giảm một nửa tỷ lệ người không được tiếp cận với nước an toàn và vệ sinh

Chỉ số

- 30. Tỷ lệ dân số được sử dụng một cách ổn định nguồn nước được cải thiện, ở cả đô thị và nông thôn (UNICEF-WHO)
- 31. Tỷ lệ dân được sử dụng các tiện ích vệ sinh được cải thiện ở cả đô thị và nông thôn (UNICEF-WHO)

Chỉ tiêu 11.

Đến năm 2020, đạt được những tiến bộ đáng kể về cuộc sống của ít nhất là 100 triệu người đang sống trong những khu nhà ổ chuột

Chỉ số

- 32. Tỷ lệ hộ gia đình có nơi ở an toàn (UN-HABITAT)

Mục tiêu 8. Phát triển Quan hệ Đối tác toàn cầu vì Phát triển

Những chỉ số cho các mục tiêu 12-15 được trình bày trong một danh sách tổng hợp dưới đây.

Chỉ tiêu 12.

Phát triển tốt hơn một hệ thống tài chính và thương mại mở, dựa theo luật và không phân biệt đối xử. Bao gồm: cam kết đối với quản trị quốc gia tốt, phát triển và giảm nghèo – cả ở trong nước và quốc tế

Chỉ tiêu 13.

Đáp ứng những nhu cầu đặc biệt của các nước kém phát triển nhất.

Bao gồm: tiếp cận phi thuế quan và hạn ngạch đối với mặt hàng xuất khẩu của những nước kém phát triển nhất; nâng cao chương trình xóa nợ cho những nước mắc nợ nhiều nhất (HIPC) và xóa nợ song phương chính thức; và thêm các khoản ODA lớn cho các nước cam kết giảm nghèo.

Chỉ tiêu 14.

Giải quyết các nhu cầu đặc biệt của các nước đang phát triển không có biển và các quốc đảo (thông qua Chương trình Hành động vì Phát triển Bền vững của các quốc đảo đang phát triển và kết quả của phiên họp thứ 22 của Đại Hội đồng)

Chỉ tiêu 15.

Xử lý toàn diện các vấn đề về nợ của những nước đang phát triển thông qua các biện pháp quốc gia và quốc tế nhằm làm cho nợ trở nên bền vững về dài hạn

Một vài chỉ số dưới đây được giám sát riêng biệt đối với những nước kém phát triển nhất (LDCs), châu Phi, các nước đang phát triển không có biển (LLDCs) và các quốc đảo đang phát triển (SIDS)

Chỉ số

Hỗ trợ Phát triển Chính thức (ODA)

33. ODA ròng, tổng ODA và ODA dành cho các nước kém phát triển nhất, trên phần trăm tổng thu nhập quốc nội của các nước tài trợ thuộc Ủy ban Hỗ trợ Phát triển OECD

34. Tỷ lệ trên tổng ODA dành cho viện trợ song phương, viện trợ theo lĩnh vực của các nước tài trợ thuộc Ủy ban Hỗ trợ Phát triển OECD dành cho các dịch vụ xã hội cơ bản (giáo dục cơ bản, chăm sóc y tế ban đầu, dinh dưỡng, nước an toàn và vệ sinh)

35. Tỷ lệ ODA song phương của các nước tài trợ thuộc Ủy ban Hỗ trợ Phát triển OECD đã được cung cấp

36. ODA các nước đang phát triển không có biển nhận được trên tổng thu nhập quốc nội của những nước OECD

37. ODA các quốc đảo đang phát triển nhận được trên tổng thu nhập quốc nội của những nước OECD

Tiếp cận thị trường

38. Tỷ lệ nhập khẩu của các nước phát triển (theo giá trị và không kể vũ khí) từ các nước đang phát triển và từ các nước kém phát triển nhất, được xác định là miễn thuế (UNCTAD, WTO, WB)

39. Mức thuế quan trung bình do các nước phát triển đặt ra đối với các mặt hàng nông sản và dệt may và quần áo từ các nước đang phát triển (UNCTAD, WTO, WB)

40. Trợ giúp nông nghiệp ước tính đối với các nước OECD trên tỷ lệ GDP của họ (OECD)

41. Tỷ lệ ODA dành trợ giúp xây dựng năng lực thương mại (OECD, WTO)

Nợ bền vững

42. Tổng các nước đạt đến điểm quyết định Sáng kiến các nước nghèo mắc nợ nhiều nhất (HIPC) và số nước đạt điểm hoàn thành HIPC (lũy tích) (IMF - WB)

43. Xóa nợ cam kết theo chương trình Sáng kiến HIPC (IMF-WB)

44. Tỷ lệ trả nợ trên xuất khẩu hàng hóa và dịch vụ (IMF- WB)

Chỉ tiêu 16.

Hợp tác với các nước đang phát triển, phát triển và thực thi các chiến lược tạo việc làm hợp pháp và hữu ích cho thanh niên

Chỉ số

45. Tỷ lệ thất nghiệp trong thanh niên ở độ tuổi 15-24, theo giới và tổng số (ILO)^f

Chỉ tiêu 17.

Hợp tác với các công ty dược, cung cấp tiếp cận với các loại thuốc chủ yếu giá rẻ ở những nước đang phát triển

Chỉ số

46. Tỷ lệ dân số được tiếp cận với các loại thuốc chủ yếu giá rẻ một cách bền vững (WHO)

Chỉ tiêu 18.

Hợp tác với khu vực tư nhân, cung cấp tiện ích của các kỹ thuật mới, đặc biệt là thông tin và truyền thông

Chỉ số

47. Đường dây điện thoại và các thuê bao điện thoại trên 100 dân (ITU)

48. Máy tính cá nhân được sử dụng trên 100 dân và những người sử dụng Internet trên 100 dân (ITU)

Chú thích:

^a Để giám sát các xu hướng nghèo quốc gia, nên sử dụng các chỉ số dựa trên đường nghèo quốc gia nếu có.

^b Một chỉ số thay thế đang được xây dựng là "tỷ lệ tốt nghiệp tiểu học".

^c Trong số các biện pháp tránh thai, chỉ có bao cao su là hiệu quả trong việc phòng tránh lây nhiễm HIV. Vì tỷ lệ sử dụng bao cao su chỉ có thể đo được ở phụ nữ trong hội, nó đã được thay bằng chỉ số sử dụng bao cao su trong các trường hợp có nguy cơ cao (chỉ số 19a) và chỉ số về sự hiểu biết về HIV/AIDS (chỉ số 19b). Chỉ số 19c (tỷ lệ phổ biến tránh thai) cũng rất có lợi trong việc theo dõi tiến bộ ở các mục tiêu khác như nghèo, y tế và giới.

^d Chỉ số này được định nghĩa là tỷ lệ dân số trong độ tuổi 15-24 những người nhận biết đúng hai phương pháp chính để ngăn cản lây nhiễm HIV qua đường tình dục (sử dụng bao cao su và chỉ sinh hoạt tình dục với một người không bị lây nhiễm), những người phản đối quan niệm sai phổ biến nhất ở địa phương về lây nhiễm HIV, và những người biết rằng một người trông bề ngoài khỏe mạnh cũng có thể lây truyền HIV. Tuy nhiên vì hiện tại chưa có đủ số lượng các cuộc điều tra để có thể tính toán các chỉ số như được diễn tả ở trên, UNICEF đã hợp tác với UNAIDS và WHO xây dựng hai chỉ số ủy nhiệm tương ứng với hai thành phần của chỉ số hiện tại. Đó là những chỉ số: (a) tỷ lệ phụ nữ và nam giới trong độ tuổi 15-24 biết một người có thể tự bảo vệ mình không bị nhiễm HIV bằng việc "sử dụng thường xuyên bao cao su"; (b) tỷ lệ phụ nữ và nam giới trong độ tuổi 15-24 biết một người trông khỏe mạnh có thể lây nhiễm HIV.

^e Phòng ngừa có thể được đo bằng tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi được ngủ màn chống muỗi; điều trị được đo bằng tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi được điều trị phù hợp.

^f Cải thiện Đơn vị đo mục tiêu cho các năm tới đang được ILO xây dựng.