

BỘ Y TẾ

Phuonghiepbb - Ngay da T T he H h 08_2023 1006:19:37:07

**BÁO CÁO ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH
DỰ ÁN LUẬT PHÒNG BỆNH**

Hà Nội - Tháng 08/2023

PHẦN I

TỔNG QUAN

Mục 1.

BỐI CẢNH XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH VỀ PHÒNG BỆNH

I. THỰC TRẠNG HỆ THỐNG PHÁP LUẬT VỀ PHÒNG BỆNH

Qua rà soát hệ thống pháp luật Việt Nam cho thấy, có tới 47 văn bản cấp độ luật có quy định điều chỉnh các hoạt động có liên quan đến sức khỏe, trong đó được chia thành 03 nhóm chính như sau:

(1) Nhóm các văn bản quy định trực tiếp về y tế gồm 10 luật, pháp lệnh: Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989, Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) năm 2006; Luật hiến, lấy, ghép, mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác năm 2006; Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm năm 2007; Luật bảo hiểm y tế năm 2008 và Luật sửa đổi, bổ sung một điều của Luật bảo hiểm y tế năm 2014; Luật an toàn thực phẩm năm 2010; Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá năm 2012; Luật dược năm 2016; Luật phòng, chống tác hại của rượu bia năm 2019; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) năm 2020; Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023; Pháp lệnh dân số năm 2003 và Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 của Pháp lệnh Dân số năm 2008.

(2) Nhóm các văn bản có quy định về nội dung chăm sóc sức khỏe gồm 22 luật, pháp lệnh như Bộ luật Lao động, Luật người cao tuổi, Luật người khuyết tật, Luật trẻ em, Pháp lệnh ưu đãi người công với cách mạng, Luật tạm giam tạm giữ, Luật thi hành án phạt tù, Bộ luật hàng hải, Luật giao thông đường bộ, Luật giao thông đường sắt, Luật giao thông đường bộ, Luật giao thông đường thủy nội địa, Luật hàng không dân dụng Việt Nam, Luật an toàn vệ sinh lao động, Luật công an nhân dân, Luật quốc phòng, Luật phòng thủ dân sự, Luật chữ thập đỏ, Luật bình đẳng giới, Luật phòng chống bạo lực gia đình ...

(3) Nhóm các văn bản có quy định về các yếu tố tác động đến sức khỏe gồm 15 luật, pháp lệnh như Luật bảo vệ môi trường, Luật tài nguyên, Luật đất đai, Luật thể dục, thể thao, Luật phòng cháy, chữa cháy, ...

1. Kết quả đạt được

1.1. Tính phù hợp với hệ thống pháp luật và thực tiễn, tính kịp thời, đầy đủ

Về cơ bản các văn bản quy phạm pháp luật được ban hành bảo đảm tính hợp hiến, tính hợp pháp, tính thống nhất với hệ thống pháp luật; tính tương thích với điều ước quốc tế có liên quan mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên. Bên cạnh đó về cơ bản được xây dựng đúng thời gian, kịp thời để thực hiện chức năng quản lý nhà nước.

1.2. Tính hiệu quả, hiệu lực, khả thi của chính sách, pháp luật

Về cơ bản các văn bản được ban hành đã bảo đảm tính phù hợp, khả thi và đáp ứng được yêu cầu của thực tiễn. Hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây nhiễm dần được hoàn thiện, tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động phòng, chống bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây nhiễm được triển khai đồng bộ, hiệu quả và góp phần trong việc phòng ngừa các dịch bệnh xảy ra và kiểm soát tốt các dịch bệnh.

2. Tồn tại, hạn chế

2.1. Đánh giá về nhóm các văn bản quy định trực tiếp về y tế:

Hệ thống pháp luật về y tế hiện nay được phát triển từ cơ sở của Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 bao gồm 05 nhóm chính là

- (1) pháp luật về phòng bệnh;
- (2) pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;
- (3) pháp luật về dân số;
- (4) pháp luật về dược, trang thiết bị y tế, mỹ phẩm;
- (5) pháp luật về kinh tế y tế.

a) Đối với hệ thống pháp luật về phòng bệnh:

Hệ thống này gồm Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Luật an toàn thực phẩm, Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá Luật phòng, chống tác hại của rượu bia và các văn bản hướng dẫn các luật này.

Qua rà soát cho thấy, hệ thống pháp luật về phòng bệnh mới chỉ đề cập chủ yếu đến phòng, chống các bệnh truyền nhiễm, bảo đảm an toàn thực phẩm và một phần của phòng, chống bệnh lây nhiễm liên quan đến hành vi sử dụng thuốc lá, rượu, bia mà chưa đề cập một cách toàn diện đến việc phòng, chống các bệnh không lây nhiễm cũng như vấn đề sử dụng thực phẩm một cách khoa học. Bên cạnh đó, pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm cũng còn nhiều bất cập:

- Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989 đã có các quy định về vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng, phòng và chống dịch trong đó có những quy định đã hết hiệu lực do Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm đã quy định về vệ sinh phòng, bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, trong Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm không bãi bỏ các quy định đó nên làm cho hệ thống pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm không bảo đảm tính đồng bộ, thống nhất.

Ngoài ra, một loạt các quy định đã được điều chỉnh bởi các luật chuyên ngành ví dụ như quy định vệ sinh trong chăn nuôi, vận chuyển, giết mổ, tiêu hủy gia súc, gia cầm và động vật khác đã được quy định tại Luật thú y; quy định về vệ sinh an toàn thực phẩm đã được điều chỉnh bằng Luật an toàn thực phẩm, ...

- Quy định về phân loại bệnh truyền nhiễm: Theo quy định tại Điều 3 Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm thì bệnh truyền nhiễm được chia thành 3 nhóm là nhóm A có 11 bệnh, nhóm B có 27 bệnh và nhóm C có 24 bệnh, việc phân chi theo nhóm bệnh để làm cơ sở cho việc triển khai các biện pháp phòng, chống phù hợp và hiệu quả. Tuy nhiên, hiện nay việc phân chia các nhóm bệnh theo như trong luật chưa đầy đủ cần được bổ sung vào các nhóm cho phù hợp với tình hình thực tế phòng, chống bệnh truyền nhiễm hiện nay và phù hợp với quy định của quốc tế ví dụ: cần bổ sung một số bệnh truyền nhiễm mới phát sinh, chuyển một số bệnh thuộc nhóm B vào nhóm A.

- Quy định về báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm: Theo quy định tại Điều 22 Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm thì báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm phải được thực hiện bằng văn bản, các hình thức khác chỉ áp dụng trong các tình huống khẩn cấp. Hiện nay với việc phát triển của công nghệ thông tin, việc thu thập báo cáo sẽ được thực hiện bằng phần mềm báo cáo trực tuyến và sẽ áp dụng báo cáo trực tuyến sẽ bảo đảm yêu cầu nhanh chóng của công tác phòng, chống dịch bệnh và để đề ra các biện pháp ứng phó phù hợp, kịp thời.

- Quy định về an toàn sinh học trong xét nghiệm: Mục 4 Chương II Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm mới quy định về an toàn sinh học trong xét nghiệm tuy nhiên mới chỉ có đề cập đến an toàn sinh học trong phòng xét nghiệm mà chưa đề cập đến an toàn sinh học đối với xét nghiệm thực hiện ngoài phòng xét nghiệm trong khi hiện nay việc xét nghiệm còn được tiến hành lưu động do đó cần có các quy định để điều chỉnh đối với hoạt động này nhằm bảo đảm tính toàn diện của luật.

- Về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh: Khoản 3 Điều 28 Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm quy định thầy thuốc, nhân viên y tế trực tiếp tham gia chăm sóc, điều trị cho người mắc bệnh truyền nhiễm, người làm việc trong phòng xét nghiệm tiếp xúc với tác nhân gây bệnh truyền nhiễm được sử dụng miễn phí vắc xin, sinh phẩm y tế. Tuy nhiên, quy định này chưa bảo đảm tính minh bạch do chưa xác định rõ kinh phí chi trả cho việc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế của các đối tượng trên là do nhà nước hay do người sử dụng lao động chi trả. Đồng thời quy định này cũng chưa xác định phạm vi vắc xin, sinh phẩm y tế mà các đối tượng này được sử dụng miễn phí vì hiện có rất nhiều loại vắc xin, sinh phẩm y tế. Điều 29 quy định về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc tuy nhiên mới chỉ quy định người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch và đến vùng có dịch bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế mà chưa quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch. Việc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc cho đối tượng tại khu vực này sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch. Các quy định liên quan đến hoạt động tổ chức tiêm chủng còn chưa được thể chế như: chưa có cơ chế để quản lý đối tượng tiêm chủng và theo dõi; chưa xác định rõ hệ thống tổ chức tiêm chủng bắt buộc, chưa có quy định trách nhiệm trong việc tổ chức tiêm chủng bắt buộc của các cơ sở y tế.

- Quy định về điều kiện công bố hết dịch chưa bảo đảm tính khả thi: Điều 40 quy định điều kiện công bố hết dịch đề nghị khi đã thực hiện các biện pháp chống dịch quy định tại Mục 3 Chương IV của Luật này là chưa phù hợp với thực tiễn vì việc thực hiện các biện pháp chống dịch là bắt buộc sau khi công bố hết dịch nhưng việc thực hiện biện pháp nào là tùy điều kiện thực tiễn chứ không nhất thiết phải thực hiện đầy đủ tất cả các biện pháp. Đồng thời, Luật cũng chưa quy định về việc công bố hết dịch đối với một tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương trong điều kiện tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương khác đang có dịch.

- Quy định về việc thành lập Ban chỉ đạo chống dịch chưa đảm bảo tính kịp thời: “Ban chỉ đạo chống dịch được thành lập ngay sau khi dịch được công bố” (khoản 1 Điều 46). Theo đó, chỉ khi dịch được công bố mới được thành lập Ban chỉ đạo sẽ không đảm bảo tính chủ động và kịp thời trong công tác chỉ đạo thực hiện các biện pháp đáp ứng với dịch bệnh.

- Về kiểm dịch y tế biên giới: Mặc dù việc kiểm dịch tiến hành với đối tượng rộng và liên quan đến nhiều cơ quan quản lý khác nhau như hải quan, cơ quan kiểm dịch thực vật, động vật, an toàn thực phẩm. Tuy nhiên, việc phối hợp tổ chức thực hiện kiểm dịch giữa các lực lượng chưa được quy định cụ thể nên gây khó khăn cho các lực lượng khi thực hiện nhiệm vụ đặc biệt khi thực hiện nhiều hoạt động quản lý nhà nước trên cùng một đối tượng. Đối với quy định về kiểm dịch y tế biên giới tại Nghị định 103/2010/NĐ-CP ngày 01/10/2010 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới chưa đáp ứng theo đúng quy định về thủ tục hành chính. Trong đó, các thủ tục kiểm dịch chưa thể hiện rõ ràng về hồ sơ thủ tục, trình tự giải quyết do đó còn gây khó khăn cho các đối tượng được kiểm dịch. Bên cạnh đó, việc quy định mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người khi vận chuyển qua biên giới phải được sự đồng ý bằng văn bản của Bộ trưởng Bộ Y tế là không cần thiết vì Bộ Y tế là cơ quan quản lý nhà nước về phòng, chống bệnh truyền nhiễm nói chung và kiểm dịch y tế nói riêng mà không phải là cơ quan trực tiếp tiến hành kiểm dịch y tế trong khi đó, các mẫu vi sinh y học, sản phẩm sinh học, mô, bộ phận cơ thể người khi vận chuyển qua biên giới vẫn phải tiến hành kiểm dịch y tế tại cửa khẩu.

Do đó, việc yêu cầu phải được sự đồng ý bằng văn bản của Bộ trưởng Bộ Y tế sẽ làm phát sinh thủ tục hành chính không cần thiết. Xuất phát từ thực tiễn đó, Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25/6/2018 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới đã được ban hành để thay thế cho Nghị định 103/2010/NĐ-CP.

- Quy định về chi phí cho tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A chưa thực sự chặt chẽ, gây khó khăn cho ngân sách nhà nước, cụ thể: khoản 2 Điều 48 quy định: “Người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A được khám và điều trị miễn phí”. Theo như quy định hiện nay, không phân biệt công dân Việt Nam và người nước ngoài trong quá trình khám và điều trị bệnh dịch thuộc nhóm A, trong thực tế, thời gian qua, đối với dịch bệnh COVID-19 diễn biến phức tạp, số ca mắc cần khám, điều trị, xét nghiệm là khá lớn tại Việt Nam, bên cạnh đó đã xảy ra tình trạng người nước ngoài nhập cảnh (hợp pháp và bất hợp pháp) vào Việt Nam để lợi dụng quy định về hưởng chế độ khám và điều trị miễn phí tại Việt Nam góp phần gây quá tải cho hệ thống y tế và tạo gánh nặng khá lớn cho ngân sách nhà nước.

- Việc quy định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm phải có khoảng cách an toàn về môi trường đối với khu dân cư là không mang tính khả thi trong điều kiện thực tế hiện nay.

- Việc quy định người mắc bệnh truyền nhiễm ra khi ra viện phải đăng ký theo dõi sức khỏe không khả thi.

b) Đối với hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh:

Hệ thống này gồm Luật khám bệnh, chữa bệnh, Luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác và các văn bản hướng dẫn hai luật này. Qua rà soát cho thấy, hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh chủ yếu tập trung vào hoạt động khám bệnh, chữa bệnh trong khuôn viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và có đề cập đến một phần của quản lý sức khỏe người dân thông qua Hệ thống thông tin về quản lý hoạt động khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa đề cập đến các hoạt động can thiệp như khám dự phòng, quản lý sức khỏe tại cộng đồng.

c) Đối với hệ thống pháp luật về dân số:

Hệ thống này gồm Pháp lệnh dân số năm 2003 và Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 Pháp lệnh dân số và các văn bản hướng dẫn các Pháp lệnh này và hiện nay, Bộ Y tế cũng đang xây dựng dự án Luật dân số để thay thế cho hai Pháp lệnh này. Qua rà soát cho thấy, hệ thống pháp luật về dân số hiện hành chưa quy định cụ thể về các biện pháp nâng cao chất lượng dân số và trong dự án Luật dân số dự kiến trình Quốc hội vào kỳ họp thứ 7 (tháng 5/2024) cũng chủ yếu đề cập đến các biện pháp nâng cao chất lượng dân số dưới góc độ y tế như tầm soát bệnh trước sinh, trước hôn nhân...chứ chưa đề cập đến các nội dung phòng, chống các bệnh không lây nhiễm cũng như vấn đề quản lý sức khỏe.

d) Đối với hệ thống pháp luật về dược, trang thiết bị y tế, mỹ phẩm:

Hệ thống pháp luật này gồm Luật dược, Nghị định 98/2021/NĐ-CP của Chính phủ ngày 08/11/2021 quy định về quản lý trang thiết bị y tế, Nghị định số 93/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 quy định về điều kiện sản xuất mỹ phẩm và các văn bản hướng dẫn các luật, nghị định này. Qua rà soát cho thấy, hệ thống pháp luật về dược, trang thiết bị y tế, mỹ phẩm chủ yếu gồm các quy định liên quan đến chất lượng sản phẩm hàng hóa và việc quản lý các yếu tố nguy cơ từ việc sử dụng sản phẩm, hàng hóa đối với sức khỏe con người.

đ) Đối với hệ thống pháp luật về kinh tế y tế:

Hệ thống pháp luật này gồm Luật bảo hiểm y tế, Luật đầu tư, Luật đầu tư công, Luật quản lý, sử dụng tài sản công, Luật đấu thầu, Nghị định số 60/2021/NĐ-CP ngày 21/6/2021 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ tài chính của đơn vị sự nghiệp công lập và các văn bản hướng dẫn các luật, nghị định này. Qua rà soát cho thấy, hệ thống pháp luật về kinh tế y tế chủ yếu quy định về các biện pháp liên quan đến tài chính đối với người sử dụng các dịch vụ y tế và trong đó cũng bao gồm một số các giải pháp mang tính xã hội liên quan đến bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho người dân như tăng khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế (quy định về thông tuyến bảo hiểm y tế), hạn chế "bẫy nghèo" khi tiếp cận dịch vụ y tế (chính sách bảo hiểm y tế).

2.2. Đánh giá về nhóm các văn bản có quy định về nội dung chăm sóc sức khỏe:

- Các vấn đề về chăm sóc sức khỏe đối với một số đối tượng đặc thù đã được quy định tại Bộ luật Lao động, Luật người cao tuổi, Luật người khuyết tật, Luật trẻ em, Pháp lệnh ưu đãi người công với cách mạng, Luật tạm giam tạm giữ, Luật thi hành án phạt tù.

- Các vấn đề về tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đã được quy định tại Bộ luật hàng hải, Luật giao thông đường bộ, Luật giao thông đường sắt, Luật giao thông đường bộ, Luật giao thông đường thủy nội địa, Luật hàng không dân dụng Việt Nam, Luật an toàn vệ sinh lao động, Luật công an nhân dân, Luật quốc phòng.

- Các vấn đề về xử lý vi phạm pháp luật liên quan đến sức khỏe đã được điều chỉnh bởi Bộ luật Hình sự, Luật xử lý vi phạm hành chính.

2.3. Đánh giá về nhóm các văn bản có quy định về các yếu tố tác động đến sức khỏe

- Các vấn đề về môi trường tác động đến sức khỏe đã được quy định tại Luật bảo vệ môi trường, Luật tài nguyên.

- Các vấn đề liên quan đến môi trường lao động tác động đến sức khỏe đã được quy định tại Bộ luật Lao động, Luật an toàn, vệ sinh lao động.

- Các vấn đề liên quan đến vận động thể lực đã được quy định tại phần thể thao quần chúng của Luật thể dục, thể thao.

- Các vấn đề phòng, chống tai nạn, thương tích đã được quy định tại Luật an toàn, vệ sinh lao động, Luật phòng cháy, chữa cháy, Luật trẻ em, Luật giáo dục, Luật bình đẳng giới, Luật phòng chống bạo lực gia đình, Luật chất lượng sản phẩm hàng hóa, Luật tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật...

II. TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH, PHÁP LUẬT VỀ PHÒNG BỆNH

1. Về hệ thống tổ chức

1.1. Về kết quả đạt được

a) Khôi các đơn vị dự phòng tuyến Trung ương:

- Hiện nay Bộ Y tế có 11 Viện là đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ thực hiện chức năng, nhiệm vụ về y tế dự phòng, cụ thể:

1. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
2. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường.
3. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương.
4. Viện Dinh Dưỡng.
5. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh.
6. Viện Y tế công cộng Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh.
8. Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên.
9. Viện Pasteur Nha Trang.
10. Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn.
11. Viện Y học biển.

b) Tuyên tỉnh:

- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh là đơn vị làm nhiệm vụ y tế dự phòng tuyên tỉnh. Hiện nay có 63/63 địa phương trong cả nước đã thành lập Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố làm nhiệm vụ y tế dự phòng. Riêng tỉnh Bình Dương có Trung tâm Sức khỏe môi trường lao động thuộc Sở Y tế.

- Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế: Có 08 địa phương đã sáp nhập vào Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Tây Ninh, Kon Tum, Quảng Trị, Đồng Nai, An Giang, Đà Nẵng); các 05 địa phương khác còn lại có Trung tâm Kiểm dịch y tế quốc tế vẫn đang giữ nguyên là đơn vị độc lập trực thuộc Sở Y tế (Hải Phòng, Lào Cai, Lạng Sơn, Quảng Ninh, Khánh Hòa).

c) Tuyên huyện:

- Thống nhất mô hình Trung tâm Y tế huyện thực hiện chức năng về y tế dự phòng, khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng (Trung tâm Y tế đa chức năng); các Phòng khám đa khoa khu vực, nhà hộ sinh (nếu có) và các Trạm Y tế xã, phường, thị trấn trên địa bàn huyện là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện. Đến nay 100% đơn vị cấp huyện có Trung tâm Y tế huyện; trong đó có 59/63 tỉnh, thành phố đã tiến hành sáp nhập Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa

gia đình vào Trung tâm Y tế huyện (mô hình Trung tâm Y tế đa chức năng theo hướng dẫn tại Thông tư số 07/2021/TT-BYT); còn 04 tỉnh vẫn đang giữ mô hình Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình ở cấp huyện (Hà Giang, Phú Thọ, Hải Phòng, Bình Thuận).

d) Tuyên xã:

- Đến hết năm 2022, 99,6% các xã, phường, thị trấn có Trạm Y tế xã theo quy định tại Nghị định số 117/2014/NĐ-CP;

- Có 63/63 địa phương quy định Trạm Y tế xã, phường, thị trấn là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện.

đ) Hệ thống y tế tại trường học và cơ sở sản xuất, kinh doanh

- Có 74,9% trường học có cán bộ y tế chuyên trách (trong đó biên chế là 53,7%, hợp đồng là 21,2%) trong tổng số 41.493 cơ sở giáo dục mầm non, phổ thông.

- Tỷ lệ cơ sở sản xuất, kinh doanh có cán bộ y tế phục vụ chăm sóc sức khỏe cho người lao động chỉ chiếm 17,7% trong khoảng 83.000 cơ sở sản xuất, kinh doanh có báo cáo (trong đó tỷ lệ cơ sở sản xuất, kinh doanh có tổ chức y tế tại cơ sở chỉ chiếm 10,3%; tỷ lệ cơ sở sản xuất, kinh doanh có ký hợp đồng với cơ sở khám, chữa bệnh để thực hiện chăm sóc sức khỏe cho người lao động là 7,3%).

Bảng 2. Hình thức tổ chức bộ phận y tế tại cơ sở sản xuất kinh doanh

Cơ sở có tổ chức bộ phận y tế					Cơ sở Hợp đồng với cơ sở KBCB	Tổng số
Có trạm/ phòng y tế	Bệnh viện	Phòng khám	Khác	Tổng số cơ sở có tổ chức y tế		
5.272	136	320	2.794	8.522	6.040	14.562

Nguồn: Báo cáo Y tế lao động năm 2022 từ 82.337 cơ sở sản xuất, kinh doanh có báo cáo.

Bảng 3. Phân loại trình độ người làm công tác y tế tại cơ sở sản xuất kinh doanh

Trình độ người làm công tác y tế						Tổng số người làm công tác y tế
Bác sĩ	Bác sĩ Y học dự phòng	Cử nhân điều dưỡng	Y sĩ	Điều dưỡng trung học	Hộ sinh	
5.272	136	320	2.794	8.522	6.040	14.562

Nguồn: Báo cáo Y tế lao động năm 2022 từ 82.337 cơ sở sản xuất, kinh doanh có báo cáo.

Bảng 4. Số lượng cơ sở làm nhiệm vụ y tế dự phòng:

Tuyến	2018	2019	2020	2021
Trung ương (Đơn vị sự nghiệp lĩnh vực YTDP)	11	11	11	11
Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố	47/63	58/63	62/63	63/63
Trung tâm Kiểm dịch y tế	07	07	07	06
Trung tâm Y tế huyện (đa chức năng)		49/63	55/63	59/63

Nguồn: Báo cáo của Vụ Tổ chức cán bộ - Bộ Y tế.

1.2. Về tồn tại, hạn chế

Trong những năm qua, ngành y tế đã kịp thời đề xuất với Chính phủ ban hành và ban hành theo thẩm quyền văn bản quy phạm pháp luật quy định hệ thống cơ cấu tổ chức và bộ máy của hệ thống y tế địa phương theo hướng hoàn chỉnh, đồng bộ, trong đó có tổ chức làm nhiệm vụ y tế dự phòng, cụ thể là:

Thực hiện Nghị quyết số 19-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Hội nghị lần thứ sáu, Ban chấp hành Trung ương khoá XII về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập, Bộ Y tế đã ban hành:

(1) Thông tư số 26/2017/TT-BYT ngày 26/6/2017 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh;

(2) Thông tư số 07/2021/TT-BYT ngày 27/5/2021 về hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (thay thế Thông tư số 37/2016/TT-BYT ngày 25/10/2016 hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh).

Nội dung Thông tư số 37/2016/TT-BYT ngày 25/10/2016 và Thông tư số 07/2021/TT-BYT ngày 27/5/2021 đều quy định thành lập các khoa làm nhiệm vụ về y tế dự phòng và an toàn thực phẩm. Việc kiện toàn các trung tâm làm nhiệm vụ về y tế dự phòng thuộc thẩm quyền của các địa phương, căn cứ điều kiện cụ thể của từng địa phương quyết định lộ trình cụ thể khi sáp nhập tổ chức các đơn vị sự nghiệp y tế thuộc thẩm quyền quản lý.

2. Về nhân lực y tế làm công tác dự phòng

2.1. Về kết quả đạt được

- Số lượng nhân lực làm công tác y tế dự phòng tại tuyến Trung ương, tỉnh, huyện, xã.

Bảng 5. Nhân lực làm nhiệm vụ y tế dự phòng tuyến Trung ương (người)

Đơn vị	Năm 2018	Năm 2019	Năm 2020	Năm 2021
Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương	179	302	308	292
Viện Sức khỏe nghề nghiệp và môi trường	89	135	136	195
Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương	250	259	261	295
Viện Dinh Dưỡng	162	197	202	195
Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh	245	341	322	320

Đơn vị	Năm 2018	Năm 2019	Năm 2020	Năm 2021
Viện Y tế công cộng Thành phố Hồ Chí Minh	203	262	282	312
Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh	65	95	94	108
Viện Vệ sinh dịch tễ Tây nguyên	123	134	131	160
Viện Pasteur Nha Trang	134	156	158	175
Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn	137	209	196	152
Tổng số	1.587	2.090	2.090	2.204

Nguồn: Báo cáo của Vụ Tổ chức cán bộ - Bộ Y tế.

**Bảng 6. Nhân lực làm nhiệm vụ y tế dự phòng tuyến tỉnh, huyện, xã
(đơn vị tính: người)**

Nhân lực y tế	Tuyến tỉnh (Trung tâm Kiểm soát bệnh tật)	Tuyến huyện (Trung tâm Y tế huyện, bệnh viện huyện)	Tuyến xã (Trạm Y tế xã)
Tổng số nhân lực y tế tính đến 31/12/2021	8.637	81.824	57.249

Nguồn: Báo cáo của Vụ Tổ chức cán bộ - Bộ Y tế.

Bảng 7. Số lượng Bác sĩ y học dự phòng toàn quốc (đơn vị tính: người)

Năm	2019	2020	2021
Số lượng bác sĩ y học dự phòng	2.934	2.860	3.222

Nguồn: Báo cáo của Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo - Bộ Y tế.

- Công tác đào tạo nguồn nhân lực làm công tác y tế dự phòng

+ Thực trạng đào tạo nguồn nhân lực làm công tác y tế dự phòng hiện nay: Ở Việt Nam, hoạt động y tế dự phòng đã thiết lập ngay từ khi hệ thống y tế được thành lập và đi vào hoạt động từ những năm 1950. Để đáp ứng yêu cầu, nhiệm vụ, bác sĩ vệ sinh dịch tễ đã được đào tạo từ rất sớm trong hệ thống đào tạo nhân lực ngành y tế. Năm 2004, để giải quyết vấn đề thiếu hụt bác sĩ y học dự phòng trong hệ thống y tế, Việt Nam đã phát triển chương trình đào tạo riêng và cấp bằng bác sĩ y học dự phòng. Theo danh mục đào tạo giáo dục cấp IV trình độ đại học của Bộ Giáo dục và Đào tạo tại Thông tư số 24/2017/TT-BGDĐT ngày 10/10/2017, bác sĩ y học dự phòng thuộc lĩnh vực đào tạo về sức khoẻ, nhóm ngành Y học và mã ngành là 7220110 - Y học dự phòng, chương trình đào tạo đã được ban hành theo Quyết định mới nhất của Bộ Giáo dục Đào tạo là Quyết định 20/2008/QĐ-BGDĐT ngày 22/4/2008. Hiện nay có 10 Trường Đại học Y dược trên cả nước đào tạo bác sĩ y học dự phòng với số lượng đào tạo mỗi năm là khoảng 600 sinh viên. Tổng số sinh viên được đào tạo bác sĩ y học dự phòng từ năm 2006 đến 2021 trong cả nước là 7.526 sinh viên, trong đó năm đầu tiên 2006 là 62 nhưng đến năm 2021 là 639 sinh viên (cao gấp hơn 10 lần năm đầu tiên). So với chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa cũ (kết thúc ở niên khoá 2017-2023), nội dung chương trình đào tạo bác sĩ y học dự phòng được đào tạo với 3/4 chương trình tương đồng.

Bảng 8. So sánh thời lượng các khối kiến thức của chương trình đào tạo Bác sĩ đa khoa và bác sĩ y học dự phòng của Trường Đại học Y Hà Nội

Các học phần thuộc nhóm	Bác sĩ y học dự phòng (tín chỉ)	Bác sĩ đa khoa (số tín chỉ)
Cơ bản, cơ sở	116	118
Lâm sàng	45	74
Y học dự phòng và Y tế công cộng	42	19

Nguồn: Báo cáo của Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo - Bộ Y tế.

+ Thực trạng sử dụng nguồn nhân lực y tế dự phòng hiện nay: Gần 80% sinh viên có việc làm sau 3 năm trong đó khoảng 56% làm việc đúng trong ngành y tế dự phòng hoặc làm việc tại Phòng Kế hoạch, Kiểm soát nhiễm khuẩn, Quản lý chất lượng, Công tác xã hội, Viện/phòng nghiên cứu khoa học, Phòng chỉ đạo tuyến của các bệnh viện hoặc làm việc trong các công ty, cơ sở lao động (dinh dưỡng, bác sĩ cơ quan, theo dõi sức khỏe người lao động), các tổ chức

quốc tế, tổ chức phi chính phủ, các cơ sở đào tạo... Tổng số cán bộ làm công tác y tế dự phòng từ trung ương đến tuyến huyện đáp ứng 42% nhu cầu nhân lực y tế cần có. Số nhân lực y tế thiếu hụt là khoảng 23.800 người, trong đó bác sĩ y học dự phòng thiếu 8.075 người, cử nhân y tế công cộng thiếu 3.993 người¹.

- Chế độ, chính sách cho cán bộ làm công tác y tế dự phòng thực hiện như chế độ tiền lương, phụ cấp của viên chức ngành y tế, cụ thể như sau:

+ Tiền lương: Cán bộ, viên chức ngành y tế hiện nay giống như các cán bộ, viên chức các ngành khác đang hưởng lương theo hệ thống thang bảng lương ban hành tại Nghị định số 204/2004/NĐ-CP ngày 14/12/2004 của Chính phủ về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang và các văn bản sửa đổi, bổ sung (Nghị định số 14/2012/NĐ-CP ngày 07/3/2012, Nghị định số 17/2013/NĐ-CP ngày 19/02/2013, Nghị định số 117/2016/NĐ-CP ngày 21/7/2016). Hệ số lương trung bình của cán bộ, viên chức ngành y tế là: 3,02.

+ Phụ cấp: Trong những năm qua, các chế độ phụ cấp dành cho cán bộ y tế đã được sửa đổi, bổ sung và ban hành. Số kinh phí chi trả phụ cấp chiếm khoảng 32,1% tổng chi cho lương và các chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế, bao gồm:

- Chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề:

- Theo quy định tại Nghị định số 56/2011/NĐ-CP, ngày 04/7/2011 của Chính phủ quy định chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề đối với công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập: công chức, viên chức công tác tại các cơ sở y tế công lập được hưởng chế độ phụ cấp ưu đãi theo nghề gồm 6 mức 20%, 30%, 40%, 50%, 60%, 70% trên mức lương ngạch (chức danh nghề nghiệp), bậc hiện hưởng cộng phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có).

- Số kinh phí chi cho phụ cấp ưu đãi nghề tại các đơn vị thường xấp xỉ 30% tổng quỹ lương đối với cán bộ, viên chức y tế. Phụ cấp ưu đãi nghề đã giúp cho thu nhập tăng lên đáng kể, góp phần giải quyết những khó khăn của đời sống cán bộ, viên chức, khuyến khích của cán bộ, viên chức y tế yên tâm công tác.

¹ Báo cáo của Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo - Bộ Y tế

• Chế độ phụ cấp đặc thù: Theo quy định tại Quyết định số 73/2011/QĐ-TTg ngày 28/12/2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc quy định một số chế độ phụ cấp đặc thù đối với công chức, viên chức, người lao động trong các cơ sở y tế công lập và chế độ phụ cấp chống dịch. Bao gồm:

○ Chế độ phụ cấp thường trực 24/24 giờ gồm các mức từ 25.000 đồng đến 115.000, đồng/người/phiên trực tùy theo phân hạng bệnh viện. (và hệ số điều chỉnh bằng 1,5 lần mức quy định trên nếu thường trực tại khu vực hồi sức cấp cứu, khu vực chăm sóc đặc biệt, bằng 1,3 lần mức quy định trên nếu thường trực vào ngày nghỉ hàng tuần; bằng 1,8 lần mức quy định trên nếu thường trực vào ngày lễ, Tết).

○ Chế độ phụ cấp chống dịch gồm các mức từ 75.000, đồng/người/ngày đến 150.000 đồng/người/ngày tùy theo nhóm bệnh truyền nhiễm. Mức phụ cấp chống dịch còn thấp, chưa tương xứng so với quy mô, mức độ nguy hiểm của các dịch.

○ Chế độ phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật gồm các mức từ 15.000 đồng/người/phẫu thuật đến 280.000 đồng/người/phẫu thuật tùy theo công việc thực hiện và loại phẫu thuật (loại đặc biệt, loại I, loại II, loại III).

• Chế độ phụ cấp đối với cán bộ, viên chức công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn: Theo quy định tại Nghị định số 76/2019/NĐ-CP ngày 08/10/2019 của Chính phủ về chính sách đối với cán bộ, viên chức y tế công tác ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

○ Phụ cấp ưu đãi: Cán bộ, viên chức y tế, cán bộ quân y đang công tác tại các cơ sở y tế thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn được hưởng phụ cấp ưu đãi mức 70% mức lương theo ngạch bậc hiện hưởng cộng với phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có).

○ Phụ cấp thu hút: Cán bộ, viên chức y tế, cán bộ quân y hiện đang công tác hoặc được điều động đến công tác tại các cơ sở y tế thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn được hưởng phụ cấp thu hút bằng 70% mức lương theo ngạch hiện hưởng cộng với phụ cấp chức vụ lãnh đạo, phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có).

● Chế độ phụ cấp độc hại, nguy hiểm: Thực hiện theo quy định tại Thông tư số 07/2005/TT-BNV ngày 05 tháng 01 năm 2005 của Bộ Nội vụ: Cán bộ, viên chức ngành y tế được hưởng chế độ phụ cấp độc hại, nguy hiểm theo 4 mức gồm hệ số 0,1; 0,2; 0,3; 0,4 so với mức lương tối thiểu chung. Chế độ phụ cấp độc hại đối với cán bộ, viên chức là rất cần thiết, nhằm bù đắp hao phí đối với những người làm việc trong điều kiện môi trường độc hại, nguy hiểm, lây nhiễm.

● Chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản:

○ Thực hiện theo quy định tại Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11 tháng 5 năm 2009 về việc quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn, bản.

○ Trong thời gian công tác, nhân viên y tế thôn, bản được hưởng phụ cấp hàng tháng bằng 0,3 và 0,5 so với mức lương tối thiểu chung.

● Trong thời gian dịch bệnh COVID-19, để kịp thời động viên cán bộ, viên chức y tế tham gia phòng chống dịch, Bộ Y tế đã tham mưu, trình Chính phủ ban hành các Nghị quyết:

○ Nghị quyết số 37/NQ-CP ngày 29/3/2020 của Chính phủ về một số chế độ đặc thù trong phòng, chống dịch COVID-19 (thực hiện trong thời gian từ 29/3/2020 đến 08/02/2021).

○ Nghị quyết số 16/NQ-CP ngày 08/02/2021 của Chính phủ về chi phí cách ly y tế, khám, chữa bệnh, và một số chế độ đặc thù trong phòng, chống dịch COVID-19. Thực hiện từ 08/02/2021, trong đó quy định các mức phụ cấp chống dịch theo 03 mức 300.000 đồng/người/ngày, mức 200.000 đồng/người/ngày, mức 150.000 đồng/người/ngày tương ứng với các đối tượng tham gia công tác phòng, chống dịch ở mức độ công việc khác nhau.

○ Nghị quyết số 58/NQ-CP ngày 08/6/2021 của Chính phủ phiên họp thường kỳ tháng 5 năm 2021 (Chế độ chống dịch cho các tình nguyện viên, học sinh, sinh viên là 120.000 đồng/người/ngày; Chế độ phụ cấp tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 miễn phí được 7.500 đồng/mũi tiêm/kíp tiêm chủng).

○ Nghị quyết số 86/NQ-CP ngày 06/8/2021 của Chính phủ về các giải pháp cấp bách phòng, chống dịch bệnh COVID-19 để thực hiện Nghị quyết số 30/2021/QH15 ngày 28/7/2021 của Quốc hội khóa XV.

○ Nghị quyết số 145/NQ-CP ngày 19/11/2021 về điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung một số chế độ, chính sách trong phòng, chống dịch COVID-19.

● Định hướng về chế độ, chính sách thời gian tới:

○ Bộ Y tế đã có Tờ trình số 1153/TTr-BYT ngày 05/8/2021 và Tờ trình số 2072/TTr-BYT ngày 15/12/2021 về giải pháp thực hiện chính sách đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản. Đề nghị Chính phủ sớm ban hành Nghị quyết để đáp ứng việc duy trì đội ngũ nhân viên y tế thôn bản nhất là trong giai đoạn hiện nay.

○ Khi xây dựng chế độ tiền lương mới, Bộ Y tế đề nghị (1) thực hiện phụ cấp theo nghề mức cao nhất đối với viên chức ngành y tế (30% tổng thu nhập) theo Nghị quyết số 27-NQ/TW ngày 21/5/2018 của Hội nghị lần thứ bảy BCHTW Khóa XII về cải cách chính sách tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức, lực lượng vũ trang và người lao động trong doanh nghiệp để bảo đảm quyền lợi của cán bộ, viên chức, người lao động ngành y tế phù hợp với các nghị quyết, kết luận của Bộ Chính trị, Ban Bí thư Trung ương Đảng (Nghị quyết số 46/NQ-TW ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị, Kết luận số 42-KL/TW ngày 01/4/2009 của Bộ Chính trị, Kết luận số 118-KL/TW ngày 04/01/2016 của Ban Bí thư Trung ương Đảng); (2) Chức danh Bác sĩ, Bác sĩ Y học dự phòng, Dược sĩ đề nghị xếp lương bậc 2 đối với tất cả các hạng chức danh.

○ Thực hiện Kết luận số 25-KL/TW ngày 30/12/2021 của Bộ Chính trị về công tác phòng, chống dịch COVID-19 (2022-2023), Nghị quyết số 38/NQ-CP ngày 17/3/2022 của Chính phủ về Chương trình phòng, chống dịch COVID-19;, tại điểm e, mục 3, phần IV các nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu đã nêu “Áp dụng mức phụ cấp ưu đãi nghề 100% đối với cán bộ y tế dự phòng, y tế cơ sở”; Bộ Y tế đã trình Chính phủ ban hành Nghị định số 05/2023/NĐ-CP ngày 15/02/2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 56/2011/NĐ-CP ngày 04 tháng 7 năm 2011 của Chính phủ để điều chỉnh chế độ phụ cấp ưu đãi nghề đối với cán bộ y tế dự phòng và y tế cơ sở lên mức 100%

2.2. Về tồn tại, hạn chế

Đội ngũ cán bộ y tế dự phòng còn thiếu về số lượng, chất lượng chưa cao, cơ cấu cán bộ chưa hợp lý.

Công tác đào tạo nguồn nhân lực làm công tác y tế dự phòng hiện nay có những khoảng trống trong chính sách đào tạo, sử dụng, cụ thể:

- Khoảng trống trong chính sách đào tạo:

+ Có sự không nhất quán giữa các quy định về đào tạo và mô tả vị trí chức danh nghề nghiệp, cũng như không nhất quán giữa quy định liên quan đến đào tạo và tổ chức hiện tại cụ thể: Theo quy định về văn bằng đối với một số ngành đào tạo chuyên sâu đặc thù của hệ thống giáo dục đại học tại khoản 2 Điều 15 Nghị định số 99/2019/NĐ-CP ngày 30/12/2019 của Chính phủ không còn bằng bác sĩ y học dự phòng trong khi thực tế hiện nay vẫn có vị trí chức danh nghề nghiệp bác sĩ y học dự phòng tại các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật; ngoài ra việc không còn quy định bằng bác sĩ y học dự phòng trong nội dung khoản 2 Điều 15 Nghị định số 99/2019/NĐ-CP dẫn đến nguy cơ các sinh viên đang theo học ngành bác sĩ y học dự phòng tại các cơ sở đào tạo từ năm 2020 đến nay sẽ có thể không được cấp bằng sau khi tốt nghiệp.

- Khoảng trống trong chính sách sử dụng:

+ Hiện tại, mặc dù đã có thông tư quy định bác sĩ y học dự phòng được thi cấp chứng chỉ hành nghề “khám chữa bệnh thông thường”, tuy nhiên hiện nay chưa có danh mục kỹ thuật và hoạt động chuyên môn cụ thể thuộc “các bệnh thông thường; xử trí ban đầu một số trường hợp cấp cứu tại cộng đồng”.

+ Quy định bác sĩ y học dự phòng được khám chữa bệnh thông thường, dự phòng là các nhiệm vụ của y tế cơ sở nhưng định biên Trạm y tế lại không có bác sĩ y học dự phòng.

+ Thực tế, các bác sĩ y học dự phòng chưa được thực hiện đúng như các vị trí chức danh nghề nghiệp đã được mô tả:

- Phạm vi hành nghề về y học dự phòng bị bó hẹp: bác sĩ y học dự phòng không được cấp chứng chỉ hành nghề cho những chuyên khoa dự phòng như: dinh dưỡng, bệnh nghề nghiệp, hoặc chăm sóc điều trị giảm hại (điều trị bằng methadone), cai nghiện rượu, thuốc lá, bệnh truyền nhiễm và bệnh không lây nhiễm...

- Ngoài ra, nhân lực y tế chăm sóc sức khỏe cho người lao động (khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp) hiện nay còn thiếu hụt khi mà trên toàn quốc hiện tại có khoảng 55 triệu người lao động, số lượng người lao động

tiếp xúc với các yếu tố có hại, nguy hiểm ngày càng “gia tăng”. Thiếu số lượng cán bộ y tế chuyên trách tại các trường học nên không đảm bảo đáp ứng được yêu cầu chăm sóc sức khỏe cho gần 24 triệu học sinh, sinh viên trên toàn quốc.

+ Chính sách thu hút, đãi ngộ đối với cán bộ làm công tác y tế dự phòng, y tế trường học còn hạn chế, chưa đủ sức thu hút nguồn nhân lực chất lượng cao.

+ Thực trạng này làm hạn chế cơ hội có thể hành nghề khám chữa bệnh nhằm duy trì và nâng cao năng lực phát hiện bệnh, xử trí dịch bệnh, điều trị các vấn đề sức khỏe thông thường, đồng thời làm giảm cơ hội có thêm thu nhập cho bác sĩ y học dự phòng.

Chế độ chính sách cho cán bộ y tế dự phòng (lương, phụ cấp, đãi ngộ) chậm đổi mới, chưa đảm bảo mức sống trong khi phải làm việc trong môi trường áp lực và có nhiều nguy cơ.

3. Cơ chế tài chính cho hoạt động của y tế dự phòng

3.1. Về kết quả đạt được

a) Chủ trương, chính sách về tài chính y tế dự phòng

Đầu tư có trọng điểm, ưu tiên đầu tư cho hoạt động y tế dự phòng, chăm sóc sức khỏe ban đầu tại y tế cơ sở là chủ trương nhất quán của Đảng qua nhiều thời kỳ. Nghị quyết 18/2008/QH12 ngày 3/6/2008 của Quốc hội đã nêu rõ “Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng”; Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban chấp hành Trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới chú trọng đặc biệt đến phát triển y tế dự phòng với quan điểm: “phương châm phòng bệnh hơn chữa bệnh; y tế dự phòng là then chốt, y tế cơ sở là nền tảng; y tế chuyên sâu đồng bộ và cân đối với y tế cộng đồng”.

3.1.2. Việc lập, phân bổ ngân sách cho y tế dự phòng

Định mức chi sự nghiệp y tế theo tiêu chí dân số quy định tại Quyết định số 46/2016/QĐ-TTg ngày 19/10/2016 của Thủ tướng Chính phủ, trong đó giao các địa phương khi phân bổ phải bảo đảm thực hiện Nghị quyết 18/2008/QH12 của Quốc hội, tức là dành tối thiểu 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng. Qua

báo cáo của các địa phương, các địa phương ban hành định mức phân bổ ngân sách chi y tế dự phòng theo các hình thức sau:

- Định mức tính theo biên chế, bao gồm cả tiền lương và chi hoạt động của các đơn vị y tế dự phòng. Định mức này có sự khác nhau khá rõ rệt giữa các địa phương

- Đa đa số các địa phương quy định phân bổ (1) tiền lương theo thực tế và (2) ban hành định mức chi hoạt động thường xuyên riêng

3.1.3. Tỷ lệ chi cho y tế dự phòng so với ngân sách nhà nước cho y tế

- Theo báo cáo của 54 địa phương, về cơ bản các địa phương đã ưu tiên bố trí ngân sách cho lĩnh vực y tế hằng năm, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi ngân sách nhà nước, trong đó tập trung ngân sách nhà nước cho y tế dự phòng, y tế cơ sở, vùng biên giới, có nhiều đồng bào dân tộc thiểu số. Tỷ lệ chi y tế dự phòng so với tổng chi sự nghiệp y tế theo đầu dân có xu hướng tăng dần qua các năm, chiếm từ 30% ngân sách chi cho sự nghiệp y tế trở lên (đáp ứng Nghị quyết số 18/2008/QH12 ngày 03/6/2008 là dành 30% cho y tế dự phòng); tuy nhiên vẫn còn một số địa phương tỷ lệ chi cho y tế dự phòng còn thấp thấp (dưới 30%), đặc biệt là giai đoạn 2018-2020 như: Thái Bình, Bến Tre, Cao Bằng, Đắk Lắk, Điện Biên, Hải Dương, Khánh Hòa và đặc biệt là Quảng Ngãi (chỉ từ 12% đến 19%), Gia Lai (chỉ từ 6-9%).

- Theo báo cáo của một số địa phương, từ giai đoạn 2021-2025, ngân sách trung ương cấp cho Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số không còn, mọi hoạt động của Chương trình đều do ngân sách địa phương bảo đảm, trung bình trên 7% tổng kinh phí sự nghiệp-hành chính-khác. Tuy nhiên đối với một số địa phương tự cân đối được ngân sách (Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh) đã kịp thời ban hành Nghị quyết quy định một số nội dung, mức chi thuộc thẩm quyền của Hội đồng nhân dân Thành phố, theo đó quy định nội dung chi, mức chi các hoạt động y tế - dân số trên địa bàn, làm cơ sở để tiếp tục bố trí kinh phí triển khai các hoạt động nhiệm vụ của chương trình mục tiêu Y tế dân số giai đoạn 2016-2020 khi chuyển thành nhiệm vụ chi thường xuyên của ngân sách địa phương.

3.1.4. Việc quản lý, sử dụng tài sản công, công tác mua sắm tập trung, kiểm soát, thanh toán, chi trả, quyết toán các khoản chi... trong công tác y tế dự phòng

- Theo báo cáo của một số đơn vị, địa phương, tất cả các đơn vị sự nghiệp y tế đã thực hiện quản lý, sử dụng tài sản theo quy định tại Luật Quản lý sử dụng tài sản công và các văn bản hướng dẫn thi hành, các đơn vị đã xây dựng và ban hành Quy chế quản lý, sử dụng tài sản công; thực hiện đúng quy định về công tác mở sổ sách theo dõi, quản lý, kiểm kê hàng năm; thực hiện đăng ký kê khai tài sản nhà nước lần đầu và tăng giảm hàng năm theo đúng quy định và thực hiện đúng quy định việc xử lý tài sản theo đúng trình tự, thủ tục trong các trường hợp cần điều chuyển, thanh lý, kết thúc dự án; việc thanh, quyết toán các khoản kinh phí được thực hiện đúng quy định.

- Theo báo cáo của các địa phương, ngân sách chi cho y tế dự phòng cơ bản là đảm bảo cho các hoạt động thường xuyên, các khoản chi chế độ, chính sách cho con người và đáp ứng các nhu cầu cần thiết để phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân trên địa bàn như: truyền thông, giáo dục sức khỏe; kiểm tra, giám sát hỗ trợ đối với tuyến y tế, nhất là tuyến xã và thôn, bản...

3.1.5. Đầu tư từ nguồn ngân sách nhà nước; tỷ lệ phần trăm trung ương, địa phương; các nguồn lực khác

a) Về tình hình bố trí kinh phí:

- Kinh phí cho hoạt động y tế dự phòng được bố trí trong dự toán chi thường xuyên NSNN hàng năm của Bộ Y tế; ngoài ra, còn bố trí kinh phí cho các Bộ, cơ quan trung ương và địa phương từ nguồn kinh phí thực hiện CTMT y tế - dân số giai đoạn 2016-2020.

- Nguồn lực dành bố trí trong dự toán ngân sách hàng năm trong lĩnh vực y tế cho các bộ, địa phương chủ động bố trí đảm bảo ưu tiên dành tối thiểu 30% ngân sách y tế cho công tác y tế dự phòng đảm bảo chính sách chế độ và công tác phòng, chống dịch và khám chữa bệnh theo quy định và yêu cầu của Nghị quyết số 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 của Trung ương về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, nhất là ở

các địa bàn vùng khó khăn, biên giới, hải đảo và các lĩnh vực phong, lao, tâm thần....

- Tổng kinh phí ngân sách trung ương bố trí cho hoạt động y tế dự phòng giai đoạn 2016-2022 là 15.423.811 triệu đồng; trong đó:

+ Chi thường xuyên giai đoạn 2016-2022 là 7.401.811 triệu đồng;

+ Chi Chương trình mục tiêu Y tế - dân số giai đoạn 2016-2020 là 8.022.000 triệu đồng.

b) Về đánh giá tình hình thực hiện

- Việc lập, phân bổ từ nguồn ngân sách nhà nước của Bộ Y tế thực hiện theo đúng quy định của pháp luật về ngân sách nhà nước. Kinh phí cho hoạt động y tế dự phòng được bố trí kịp thời, đáp ứng yêu cầu của công tác y tế dự phòng.

- Thực hiện Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 của Thủ tướng Chính phủ, ngân sách trung ương đã bố trí kinh phí mua vắc xin cho tiêm chủng mở rộng; mua thuốc chống lao, thuốc kháng HIV cho bệnh nhân không có thẻ bảo hiểm y tế (từ năm 2019 thanh toán thuốc từ Quỹ bảo hiểm y tế cho các đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế, các đối tượng khác chưa được thanh toán thuốc từ Quỹ bảo hiểm y tế do ngân sách chương trình thanh toán), thuốc, hóa chất, vật tư phòng, chống sốt rét và sốt xuất huyết; phương tiện tránh thai cấp cho các đối tượng ưu tiên; các hoạt động thanh tra, kiểm tra, giám sát an toàn thực phẩm; bảo đảm an toàn và phòng, chống một số bệnh lý huyết học; quân dân y kết hợp; mua vitamin A; truyền thông y tế...

- Đối với năm 2021 và năm 2022 khi kết thúc giai đoạn thực hiện Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số theo Quyết định 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 của Thủ tướng Chính phủ:

Căn cứ Nghị quyết của Quốc hội, Thủ tướng Chính phủ đã thực hiện lồng ghép Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số vào nội dung chi của các Chương trình mục tiêu quốc gia² và hoạt động thường xuyên của các Bộ, cơ quan trung

² Gồm: Quyết định số 1719/QĐ-TTg ngày 14/10/2021 phê duyệt CTMTQG Phát triển kinh tế xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025; Quyết định số

ương và các địa phương; ngân sách trung ương tiếp tục bố trí dự toán để các bộ và các địa phương thực hiện các chế độ, chính sách, hoạt động chuyển thành nhiệm vụ thường xuyên, gồm: mua vắc xin tiêm chủng mở rộng; mua thuốc chống lao và thuốc kháng HIV cho bệnh nhân không có thẻ bảo hiểm y tế, phương tiện tránh thai; các hoạt động thanh tra, kiểm tra, giám sát an toàn thực phẩm; bảo đảm an toàn và phòng, chống một số bệnh lý huyết học; quân dân y kết hợp; mua vitamin A; truyền thông y tế... nhằm đảm bảo thuốc, vắc xin cho các đối tượng và thực hiện một số hoạt động chuyên môn, duy trì thành quả của Chương trình mục tiêu giai đoạn trước.

3.1.6. Về sử dụng quỹ tài chính ngoài NSNN cho y tế dự phòng

a) Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS

- Tại Báo cáo số 463/BC-ĐGS ngày 22/10/2019 của Đoàn Giám sát của Ủy ban Thường vụ Quốc hội có nêu: "Qua giám sát cho thấy, quy mô Quỹ nhỏ, việc huy động nguồn lực tài chính hoạt động hạn chế, hoạt động của Quỹ là không đáng kể. Mặt khác, người bị nhiễm HIV/AIDS đã được hỗ trợ thông qua chương trình Bảo hiểm y tế. Trong giai đoạn 2013 - 2018, tổng số tiền thu được bổ sung vào Quỹ chỉ đạt 1,5 tỷ đồng chủ yếu từ nguồn hỗ trợ của các tổ chức cá nhân (năm 2017 không có nguồn thu), dự kiến năm 2019 và 2020 Quỹ chỉ thu được 20 triệu đồng/năm".

- Tại Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) có hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2021 quy định:

+ Khoản 16 Điều 1: Bãi bỏ Điều 44 Luật Phòng, chống HIV/AIDS (về Quỹ hỗ trợ, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV).

+ Khoản 2 Điều 2: "Kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành, toàn bộ tài sản, tài chính của Quỹ hỗ trợ, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV được sử dụng để hỗ trợ, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV theo quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với Quỹ ở trung ương và theo quyết định của Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đối với Quỹ ở địa phương".

- Ngày 27/7/2022, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2070/QĐ-BYT về việc giải thể Quỹ Hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS kể từ ngày 31/12/2022. Hiện nay, Bộ Y tế đang thực hiện các thủ tục giải thể Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS tại trung ương do Bộ Y tế quản lý.

b) Quỹ Phòng, chống tác hại của thuốc lá

- Nguồn thu của Quỹ chủ yếu đến từ khoản thu bắt buộc của Nhà nước đối với các doanh nghiệp sản xuất, nhập khẩu thuốc lá. Từ góc độ doanh nghiệp thì khoản thu này không khác gì các khoản thuế khác. Về chi, các hoạt động phòng, chống tác hại của thuốc lá có mục tiêu tối cao là bảo vệ sức khỏe cộng đồng, cũng là mục tiêu chi của ngân sách nhà nước. Vì vậy, căn cứ Nghị quyết số 792/NQ-UBTVQH14 ngày 22/10/2019 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội về một số nhiệm vụ và giải pháp đẩy mạnh việc thực hiện chính sách pháp luật về quản lý, sử dụng các Quỹ tài chính nhà nước ngoài ngân sách nhà nước (khoản 1 Điều 2 về nhiệm vụ và giải pháp): “Trên cơ sở Báo cáo số 463/BC-ĐGS ngày 22/10/2019 của Đoàn Giám sát của Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Chính phủ thực hiện rà soát, đánh giá hiệu quả hoạt động của các quỹ tài chính nhà nước ngoài ngân sách nhà nước. Xây dựng lộ trình cơ cấu lại, sát nhập, dừng hoạt động hoặc giải thể đối với các quỹ thuộc thẩm quyền của Chính phủ hoạt động không hiệu quả, không đúng mục tiêu đề ra hoặc không còn phù hợp với tình hình kinh tế - xã hội, trùng lặp về mục tiêu, nhiệm vụ, đối tượng phục vụ hoặc không có khả năng độc lập về tài chính, trùng lặp nguồn thu, nhiệm vụ chi với ngân sách nhà nước. Báo cáo Quốc hội xem xét, quyết định đối với các quỹ thuộc thẩm quyền của Quốc hội”, song song với quá trình nghiên cứu điều chỉnh thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá, đề nghị Bộ Y tế rà soát các nhiệm vụ thu, chi của Quỹ để chuyển thành nhiệm vụ thu, chi của ngân sách nhà nước. Bộ Tài chính sẽ nghiên cứu cơ chế phân cấp nguồn thu thuế tiêu thụ đặc biệt cho phù hợp để các cơ quan trung ương và địa phương có đủ nguồn lực thực hiện các hoạt động, nhiệm vụ chi liên quan đến phòng, chống tác hại của thuốc lá theo phân cấp.

c) Quỹ bảo hiểm xã hội tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Đến nay, nội dung chi của Quỹ mới tập trung vào việc chi trả chi phí y tế và bồi thường, trợ cấp cho cá nhân người lao động bị tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp, chưa có nội dung chi cho các hoạt động của ngành y tế để phục vụ phòng, chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động (thông tin truyền thông, tập huấn,...).

3.2. Về tồn tại, hạn chế

- Còn một số địa phương chưa thực hiện dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng theo tinh thần Nghị quyết số 18/2008/QH12 ngày 03/6/2008 về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hoá để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân, có địa phương tỷ lệ ngân sách y tế cho y tế dự phòng còn rất thấp.

- Kể từ năm 2021, Chương trình mục tiêu quốc gia y tế - dân số (CTMT y tế-dân số) không còn được thực hiện mà chỉ là các hoạt động duy trì dựa trên nguồn kinh phí của địa phương do vậy gặp nhiều khó khăn trong việc xây dựng kế hoạch, mô hình hoạt động can thiệp, định mức chi. Hiện nay, mô hình bệnh tật của nước ta nổi lên rất nhiều vấn đề cần phải giải quyết đặc biệt là công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm, bệnh không lây nhiễm, dân số và phát triển nếu không có chương trình mục tiêu quốc gia y tế-dân số trong những năm tiếp theo thì sẽ khó duy trì và nâng cao những kết quả đã đạt được trong thời gian qua.

- Định mức chi cho y tế dự phòng được phân bổ về cơ bản mới đáp ứng các khoản chi cho con người (lương, phụ cấp, các khoản đóng góp), chi hành chính như tiền điện, nước, công tác phí... và hoạt động chuyên môn. Chưa có hoặc bố trí được rất ít kinh phí để cán bộ y tế dự phòng, trạm y tế đi kiểm tra, giám sát, thực hiện các hoạt động dự phòng mà chủ yếu sử dụng từ kinh phí CTMT y tế - dân số, tuy nhiên CTMT y tế - dân số chưa bao phủ hết các hoạt động, đối tượng của công tác y tế dự phòng, chưa có kinh phí để chăm sóc sức khỏe, nhiều địa phương chưa bố trí đủ, kịp thời phần NSDP để chi cho các hoạt động của chương trình theo Thông tư số 26/2018/TT-BTC ngày 21/3/2018 về nội dung, mức chi của CTMT y tế - dân số. Riêng kinh phí phòng chống dịch hầu hết các tỉnh báo cáo khi có nguy cơ xảy ra dịch bệnh mới được cấp riêng để thực hiện.

- Việc đầu tư cơ sở vật chất cho y tế dự phòng chủ yếu thông qua các dự án ODA mà chưa có chương trình, dự án đầu tư cho toàn bộ hệ thống.

3.3. Nguyên nhân

- Do chưa có hướng dẫn cụ thể về việc xác định ngân sách cho y tế dự phòng dẫn đến việc phân bổ kinh phí để đảm bảo tỷ lệ 30% nêu trên chưa rõ ràng, mặt khác một số địa phương, đặc biệt là các địa phương chưa tự cân đối được ngân sách do điều kiện kinh tế, nguồn thu còn hạn chế nên tỷ lệ ngân sách chi cho y tế, trong đó có y tế dự phòng còn thấp.

- Định mức phân bổ theo biên chế chưa khuyến khích các đơn vị sử dụng có hiệu quả nguồn nhân lực đồng thời cũng không phản ánh nhu cầu nguồn tài chính để thực hiện yêu cầu chuyên môn phòng chống bệnh dịch.

- Chưa xác định được nhiệm vụ, hoạt động cụ thể mà ngân sách nhà nước phải đảm bảo của từng đơn vị.

- Chưa xây dựng được danh mục các dịch vụ, mức giá để thực hiện cơ chế đặt hàng, giao nhiệm vụ hoặc phân bổ theo kết quả hoạt động.

- Các hoạt động để tăng nguồn thu còn thấp, chưa khai thác, sử dụng có hiệu quả cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, nhân lực của đơn vị.

- Giá dịch vụ y tế dự phòng còn thấp, chưa được điều chỉnh kịp thời.

- Xã hội hóa, huy động các nguồn vốn ngoài ngân sách để đầu tư, phát triển các hoạt động còn rất hạn chế.

4. Kết quả hoạt động y tế dự phòng

4.1. Về kết quả đạt được

a) Công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm

- Trong thời gian qua, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng trong khống chế dịch bệnh, giảm tỷ lệ mắc và tử vong do các bệnh truyền nhiễm. Nhiều dịch bệnh nguy hiểm được khống chế, ngăn chặn đẩy lùi và thanh toán như Ebola, Mers-CoV trong điều kiện các nước trong khu vực có dịch đồng thời tiếp tục duy trì công tác giám sát, phòng chống các dịch bệnh truyền nhiễm lưu hành, phổ biến trong nước không để tình trạng "dịch chồng dịch" xảy ra.

Việt Nam là một trong những quốc gia đầu tiên khống chế được dịch SARS, cúm A(H1N1) được thế giới đánh giá cao. Sự xâm nhập, bùng phát các dịch bệnh nguy hiểm được ngăn chặn kịp thời. Bệnh sốt rét cơ bản đã được khống chế. Chương trình mục tiêu quốc gia tiêm chủng mở rộng đạt kết quả tốt, Việt Nam thanh toán được bệnh đậu mùa và bệnh bại liệt. Từ năm 2002 đến nay không ghi nhận bệnh dịch hạch; từ năm 2018 đến nay Việt Nam không ghi nhận trường hợp mắc bệnh cúm A(H5N1), cúm A(H5N6), cúm A(H7N9) trên người; không ghi nhận trường hợp mắc bệnh tả (trong hơn 10 năm trở lại đây); ghi nhận rải rác các trường hợp mắc bệnh tay chân miệng, bệnh sốt xuất huyết chủ yếu tập trung tại các tỉnh phía Nam nhưng không bùng phát thành dịch lớn; bệnh sốt rét chỉ còn ghi nhận tại một số tỉnh miền Trung, Tây Nguyên và miền Đông Nam Bộ tuy nhiên số mắc sốt rét năm sau giảm hơn so với năm trước, không có bệnh nhân sốt rét ác tính, không có trường hợp tử vong do sốt rét; số trường hợp tử vong do bệnh dại giảm dần qua các năm và các bệnh mới phát sinh đã được khống chế, không gây thành dịch lớn, hạn chế tỷ lệ mắc và tử vong.

- Công tác phòng, chống dịch COVID-19: Trước những diễn biến phức tạp của dịch COVID-19 trên thế giới và ở Việt Nam trong thời gian qua, Bộ Chính trị, Ban Bí thư, Tổng Bí Thư, Chủ tịch nước, Quốc hội, Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ, Ban Chỉ đạo quốc gia phòng, chống dịch COVID-19 đã thường xuyên chỉ đạo sát sao, quyết liệt, chủ động, kịp thời thực hiện các biện pháp mạnh mẽ, quyết liệt để phòng, chống, ngăn chặn dịch bệnh. Nước ta đã triển khai sớm, chủ động và đặc biệt là kiên định với biện pháp chống dịch đã đề ra từ đầu và xuyên suốt các giai đoạn là “chủ động ngăn chặn - phát hiện sớm - cách ly kịp thời - khoanh vùng gọn- dập dịch triệt để - điều trị hiệu quả” và phương châm “bốn tại chỗ” (chỉ huy tại chỗ, lực lượng tại chỗ, phương tiện và vật tư tại chỗ, hậu cần tại chỗ), chú trọng vai trò chủ động của chính quyền các địa phương.

Với quan điểm luôn đi trước một bước, Chính phủ, Ban Chỉ đạo Quốc gia đã liên tục chỉ đạo các cơ quan, chính quyền các cấp thực hiện chủ động, quyết liệt các biện pháp phòng chống dịch bệnh COVID-19, bao gồm các hoạt động ngăn chặn dịch ngay từ cửa khẩu; giám sát, phát hiện sớm và cách ly kịp thời các trường hợp nhập cảnh từ vùng dịch, những người nghi ngờ, người mắc bệnh và người tiếp xúc; tổ chức truy vết và xử lý triệt để các ổ dịch không để dịch lây lan rộng ra cộng đồng với tỷ lệ bao phủ vắc xin ngày càng tăng và đã kịp thời chuyển hướng chiến lược sang “Thích ứng an toàn, linh hoạt, kiểm soát hiệu quả dịch COVID-19” vừa phục hồi và phát triển kinh tế - xã hội. Nhờ vào tư tưởng nhất quán, xuyên suốt và sự chung tay vào cuộc của cả hệ thống chính trị và sự tham gia, ủng hộ, nỗ lực, chung sức, đồng lòng của toàn dân, phát huy vai trò tương thân, tương ái, chia sẻ, ủng hộ và tự giác, tích cực thực hiện các biện pháp phòng, chống dịch trong nhân dân, đến nay dịch bệnh tại Việt Nam cơ bản đã được kiểm soát và hiệu quả. Việt Nam được cộng đồng quốc tế đánh giá là một trong các quốc gia phòng, chống dịch hiệu quả trên thế giới.

- Công tác phòng, chống HIV/AIDS đã được các ban ngành quan tâm chỉ đạo và huy động các tổ chức quần chúng tham gia. Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) được ban hành và có hiệu lực từ năm 2006; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020 đã tạo hành lang pháp lý cho công tác phòng, chống HIV/AIDS. Hiểu biết của người dân về phòng ngừa lây truyền HIV được nâng cao, các biện pháp can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV được triển khai hiệu quả và đạt được các kết quả nổi bật như: Năm 2022, công tác xét nghiệm sàng lọc HIV đã bao phủ 100% tuyến huyện với hơn 1.300 cơ sở và xét nghiệm khẳng định HIV đã bao phủ 100% tỉnh/thành phố với 204 phòng xét nghiệm khẳng định. Xét nghiệm khẳng định HIV được mở rộng xuống tuyến huyện với 97 phòng xét nghiệm khẳng định; Duy trì, mở rộng và nâng cao chất lượng điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế Methadone, góp phần khống chế được tình hình nhiễm HIV trong người tiêm chích ma túy; Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ARV có tải lượng virus dưới ngưỡng ức chế đạt tới 96% và Việt Nam là một trong số ít các quốc gia đạt được tỷ lệ này. Đến nay, số người nhiễm HIV phát hiện giảm liên tục qua các năm, về cơ bản đã khống chế dịch HIV/AIDS, tỷ lệ nhiễm HIV trong các nhóm nguy cơ cao đã giảm đáng kể và tỷ lệ chung trong cộng đồng dân cư được kiểm soát ở mức dưới 0,3% (năm 2022) đạt chỉ tiêu của Chính phủ đề ra.

- Công tác kiểm dịch y tế biên giới đã được triển khai hầu hết các cửa khẩu biên giới, sân bay quốc tế, cảng biển, đặc biệt đã triển khai tốt việc giám sát khách xuất, nhập cảnh, ngăn chặn bệnh dịch nguy hiểm có thể lây lan vào nước ta, đảm bảo an ninh sức khỏe cho quốc gia.

- Sử dụng và sản xuất vắc xin: Công nghệ sinh học được nghiên cứu và áp dụng thành công trong việc sản xuất các loại vắc xin cung cấp cho dự án mục tiêu tiêm chủng mở rộng quốc gia. Tuy là một nước đang phát triển nhưng về công nghệ sản xuất vắc xin nước ta cũng được đánh giá cao. Hiện nay, Việt Nam đã sản xuất được 10 loại vắc xin trong Chương trình tiêm chủng mở rộng. Các bệnh truyền nhiễm khác thuộc Chương trình tiêm chủng mở rộng đều giảm hoặc đã được thanh toán, loại trừ cụ thể³:

+ Hơn 22 năm liên tục Việt Nam bảo vệ được thành quả thanh toán bại liệt kể từ khi chính thức được WHO xác nhận vào năm 2000, trong bối cảnh vi rút bại liệt hoang dại vẫn lưu hành ở một số quốc gia vùng Nam Á, cũng như sự xuất hiện trở lại các ca bại liệt ở những quốc gia khác trong khu vực.

+ Năm thứ 15 Việt Nam duy trì loại trừ bệnh uốn ván sơ sinh quy mô huyện trên phạm vi cả nước.

+ Đa số các bệnh có vắc xin trong Chương trình tiêm chủng mở rộng có số mắc giảm nhiều lần so với năm 1984 khi chưa triển khai tiêm chủng mở rộng như bệnh lao, bệnh sởi, bệnh bạch hầu, bệnh ho gà,...

- Ngoài ra, nhiều vắc xin mới được đưa vào chương trình tiêm chủng mở rộng; duy trì tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em trên 95% với 10 loại vắc xin.

b) Công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm

- Hiện nay, Việt Nam đang ưu tiên phòng, chống các bệnh không lây nhiễm như: bệnh ung thư, tim mạch (đột quỵ, suy tim, bệnh mạch vành, tăng huyết áp,...), đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), hen phế quản cùng với việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ gây bệnh bao gồm: Hút thuốc lá (hoặc thuốc lào, thuốc lá mới); lạm dụng đồ uống có cồn (rượu, bia); dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực⁴.

³ Gồm: Quyết định số 1719/QĐ-TTg ngày 14/10/2021 phê duyệt CTMTQG Phát triển kinh tế xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030, giai đoạn I: từ năm 2021 đến năm 2025; Quyết định số 90/QĐ-TTg ngày 18/01/2022 phê duyệt CTMTQG Giảm nghèo bền vững giai đoạn 2021-2025; Quyết định số 263/QĐ-TTg ngày 22/02/2022 phê duyệt CTMTQG Xây dựng nông thôn mới giai đoạn 2021-2025.

⁴ Quyết định số 736/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 của Thủ tướng Chính phủ.

Bên cạnh đó, Việt Nam và các nước đang phải đối mặt với gánh nặng rất lớn do các rối loạn sức khỏe tâm thần gây ra vì vậy năm 2018 Hội nghị cấp cao của Liên hiệp quốc về bệnh không lây nhiễm đã xếp các rối loạn sức khỏe tâm thần là một nhóm bệnh không lây nhiễm gây ra gánh nặng tàn phế lớn, đe dọa tiến trình thực hiện mục tiêu phát triển bền vững (SDG) số 3 trên toàn cầu⁵.

- Số liệu về mô hình tử vong trong giai đoạn này cũng cho thấy rõ hơn gánh nặng bệnh tật do bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ trọng cao nhất. Bệnh không lây nhiễm chiếm 2/3 nguyên nhân các bệnh mắc phải nhưng chiếm tới 4/5 nguyên nhân tử vong với 4 nhóm bệnh chính là bệnh tim mạch, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đái tháo đường. Các bệnh không lây nhiễm đang là nguyên nhân tử vong hàng đầu, lớn hơn tất cả các nguyên nhân tử vong khác cộng lại. Năm 2019, ước tính có 592.000 ca tử vong do các bệnh không lây nhiễm, chiếm 81,4% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân. Trong đó chủ yếu là tử vong do các bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh hô hấp mạn tính, chiếm 66,2% tổng số tử vong do mọi nguyên nhân. Trong số tử vong do các bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam có 41,5% tử vong sớm xảy ra trước tuổi 70⁶.

- Về tình hình mắc bệnh, hiện tại tỷ lệ hiện mắc các bệnh không lây nhiễm phổ biến cũng đã tăng nhanh qua các năm và số người hiện mắc bệnh trong cộng đồng hiện tại rất lớn. Số liệu điều tra cho thấy tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp ở người trưởng thành năm 2021 là 26,2%, tương đương với khoảng 17 triệu người; tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường/tăng đường huyết ở người trưởng thành là 7,06%, tương đương với 4,6 triệu người. Đối với ung thư, theo số liệu công bố của Cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế (IARC), ước tính năm 2020 Việt Nam có 182.500 ca mắc mới ung thư. Những bệnh ung thư phổ biến nhất ở nam giới là ung thư gan, phổi, dạ dày, đại trực tràng và tiền liệt tuyến. Những bệnh ung thư phổ biến nhất ở nữ giới gồm ung thư vú, phổi, đại trực tràng, dạ dày và gan. Ước tính từ một nghiên cứu dịch tễ học, tỷ lệ mắc COPD trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên là 4,2%⁷.

⁵ UN. Political declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: resolution / adopted by the General Assembly. 2018.

⁶ Global Health Estimates 2019: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, World Health Organization; 2020.

⁷ Báo cáo của Bộ Y tế tại Cuộc họp về quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở tổ chức ngày 29/4/2022.

- Trong giai đoạn 2016-2020, tỷ lệ người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và hen phế quản được phát hiện ở giai đoạn sớm trước khi có biến chứng đạt 35%; tỷ lệ người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và hen phế quản được phát hiện được điều trị theo hướng dẫn chuyên môn đạt 39,3%; tỷ lệ người mắc hen phế quản được phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm trước khi có biến chứng đạt 37,41%; tỷ lệ người mắc hen phế quản được điều trị kiểm soát hen đạt 88,33%; tỷ lệ người mắc hen phế quản được điều trị đạt kiểm soát hen hoàn toàn đạt 61,06%.

- Theo kết quả điều tra và số liệu tổng hợp báo cáo thống kê các tuyến, ước tính đến năm 2021 các cơ sở y tế phát hiện được 40,2% số người mắc tăng huyết áp, 35% số người mắc đái tháo đường; quản lý điều trị được khoảng 24,7% số mắc tăng huyết áp và 23,3% số mắc đái tháo đường⁸. Ước tính năm 2020, có 30,8% số người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được phát hiện ở giai đoạn sớm trước khi có biến chứng và 39,3% số phát hiện được điều trị theo hướng dẫn; có 37,4% người mắc hen phế quản được phát hiện, điều trị ở giai đoạn sớm trước khi có biến chứng, trong đó 61% được điều trị đạt kiểm soát hen⁹.

- Về hoạt động bảo vệ sức khỏe tâm thần tính đến cuối năm 2020, theo báo cáo của Bệnh viện Tâm thần Trung ương: 88% số xã/phường triển khai bệnh tâm thần phân liệt; 80% số xã/phường triển khai bệnh động kinh; 5% số xã/phường triển khai bệnh trầm cảm; 85% số bệnh nhân được điều trị ổn định trong số bệnh nhân được phát hiện và quản lý. Số bệnh nhân đang quản lý, điều trị, chăm sóc là: tâm thần phân liệt: 195,000 người; động kinh: 125,000 người; trầm cảm: 54,960 người. So với tỷ lệ mắc bệnh thì số bệnh nhân được quản lý điều trị còn rất thấp.

- Ngoài ra, tỷ lệ thừa cân, béo phì (liên quan chặt chẽ đến chế độ ăn và lối sống thiếu hoạt động thể lực) đang gia tăng nhanh chóng ở mọi lứa tuổi cả ở thành thị và nông thôn. Thừa cân, béo phì ở trẻ dưới 5 tuổi là 7,4% (9,8% ở thành thị; 5,3% ở nông thôn) và rất cao ở mức 19% với trẻ em lứa tuổi học đường, so với tỷ lệ tương ứng năm 2010 là 5,6% và 8,5%; tỷ lệ người trưởng thành thừa cân, béo phì là 15,6% (theo Điều tra Quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015) và tiếp tục gia tăng kèm theo đó là hệ lụy gia tăng các rối loạn chuyển hóa dinh dưỡng và mắc các bệnh không lây nhiễm.

⁸ Kết quả sơ bộ Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2021

⁹ Bộ Y tế. Báo cáo kết quả đánh giá CTMTrạm Y tếĐS giai đoạn 2016-2020

Các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm khác tại Việt Nam đang ở mức cao và có chiều hướng gia tăng, cụ thể theo số liệu điều tra năm 2021¹⁰ thì:

+ 20,8% dân số từ 15 tuổi trở lên hiện hút thuốc, bao gồm 41,1% nam giới và 0,6% nữ giới. Khoảng một phần ba (37,3%) đã từng tiếp xúc với khói thuốc.

+ Gần hai phần ba nam giới (64,2%), một phần mười nữ giới (9,8%) hiện có uống rượu, bia. Khoảng 14,7% số người uống rượu, bia ở mức nguy hại (trong 30 ngày qua có ít nhất 1 lần uống từ 6 đơn vị cồn trở lên) và tỷ lệ này ở nam giới (28,5%) cao hơn nhiều lần so với nữ giới (1,0%).

+ Khoảng 59% dân số ăn thiếu rau và trái cây so với khuyến nghị là mỗi người cần ăn ít nhất 5 suất (tương đương với 400g) mỗi ngày.

+ Tỷ lệ dân số luôn luôn hoặc thường xuyên thêm muối, mắm hoặc gia vị mặn vào thức ăn khi nấu ăn hoặc trong khi ăn là 78,2%. Có 8,7% luôn luôn hoặc thường xuyên ăn thức ăn chế biến sẵn có hàm lượng muối cao. Trung bình một người trưởng thành tiêu thụ 7,9g muối trong một ngày.

+ Mức độ hoạt động thể lực của người dân còn thấp. Gần một phần tư dân số (22,2%) thiếu hoạt động thể lực (không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến nghị của WHO).

+ Gần 1/5 dân số (19,5%) bị thừa cân (BMI ≥ 25 kg/m²), trong đó có 2,1% béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²).

+ 44,1% người trưởng thành có mức cholesterol toàn phần trong máu cao $\geq 5,0$ mmol/L hoặc hiện đang dùng thuốc điều trị tăng cholesterol.

+ 15,8% dân số 40-69 tuổi có nguy cơ cao $\geq 30\%$ trong vòng 10 năm tới bị mắc bệnh tim mạch như đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, chỉ một phần tư (25,2%) những người có nguy cơ cao này được tư vấn và dùng thuốc để phòng ngừa.

Tóm lại, công tác dự phòng và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm đã được cải thiện đáng kể. Chương trình Sức khỏe Việt Nam đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt¹¹ và bước đầu triển khai có hiệu quả.

¹⁰ Bộ Y tế. Điều tra Quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2010, 2015 và 2021

¹¹ Quyết định số 1092/QĐ-TTg ngày 02/9/2018 của Thủ tướng Chính phủ.

Nhận thức và thực hành về dự phòng, nâng cao sức khỏe của mỗi người dân, gia đình và xã hội được nâng lên, nhiều người đã chú trọng hơn đến chế độ dinh dưỡng, bảo vệ, rèn luyện thể lực. Tuy nhiên, tỷ lệ người dân mắc bệnh không lây nhiễm ở mức cao, chiếm 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật và khoảng 2/3 nguyên nhân tử vong là do mắc bệnh không lây nhiễm, trong đó tử vong do bệnh tim mạch chiếm 1/3 số tử vong¹². Tỷ lệ người mắc các bệnh mạn tính như bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường đang có xu hướng tăng lên và trẻ hóa. Gần 1/2 số tử vong do bệnh không lây nhiễm là trước 70 tuổi¹³. Số lượng người có bệnh mà chưa được phát hiện cũng chiếm tỷ lệ tương đối cao và số lượng người đã được chẩn đoán bị bệnh nhưng chưa được theo dõi và điều trị còn cao.

c) Liên quan đến vệ sinh sức khỏe môi trường; chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt; vệ sinh sức khỏe trường học; vệ sinh lao động; giám sát, phòng, chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích trong thời gian qua đã được quan tâm, tổ chức triển khai thực hiện và đạt một số kết quả cụ thể như sau:

- Vệ sinh sức khỏe môi trường; chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt: Năm 2022 tỷ lệ hộ gia đình nông thôn có nhà tiêu hợp vệ sinh đã tăng lên 80,1% và 100% Trạm Y tế xã phường có nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh. Công tác kiểm tra, giám sát và thanh tra chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt tại các cơ sở cấp nước tập trung đã được thực hiện thường xuyên. Quy chuẩn quốc gia về chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt đã được ban hành, đã có 20 tỉnh, thành phố ban hành quy chuẩn kỹ thuật địa phương về chất lượng nước sạch. 63% cơ sở cấp nước tập trung đã được kiểm tra, giám sát chất lượng nước theo quy định. Nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực ứng phó với biến đổi khí hậu, phòng chống ảnh hưởng của ô nhiễm không khí tới sức khỏe đã được tổ chức cho gần 3000 cán bộ y tế cấp tỉnh, huyện trong toàn quốc.

¹² WHO - NCD Country Profiles 2018, Viet Nam.

¹³ Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, WHO; 2018.

- Vệ sinh lao động; giám sát, phòng, chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích: Môi trường lao động đã được cải thiện trong các cơ sở sản xuất kinh doanh. Một số chỉ tiêu chính được quan trắc có tỷ lệ vượt tiêu chuẩn cho phép có xu hướng giảm như bụi, hơi khí độc, vi khí hậu. Số người lao động được khám phát hiện bệnh nghề nghiệp tăng hàng năm 5%. Số người lao động mắc bệnh nghề nghiệp có xu hướng tăng nhưng số người lao động được hưởng Bảo hiểm xã hội còn hạn chế do các thủ tục liên quan đến giám định bệnh nghề nghiệp còn chưa phù hợp. Nhiều vấn đề về tai nạn thương tích đã được quan tâm như tai nạn thương tích, đuối nước trẻ em, đặc biệt một số vấn đề mới đã được quan tâm hơn như tự tử, bạo lực, tai nạn thương tích người già...; tính đến 12/2022 đã có 415 xã/phường trên toàn quốc được công nhận cộng đồng an toàn tại 24 tỉnh, thành phố.

- Vệ sinh sức khỏe trường học: Điều kiện học tập và vệ sinh trường học được cải thiện đáng kể. Năm 2020, tỷ lệ trường có đủ nước uống và nước sinh hoạt chiếm khoảng 62,8%¹⁴; 69,4% số trường có nhà tiêu hợp vệ sinh. Công tác chăm sóc sức khỏe học sinh dần đi vào nề nếp và ngày càng chất lượng. Dịch bệnh trong thời gian qua như tiêu chảy, cúm, tay chân miệng trong trường học giảm, không có vụ dịch lớn. Giảm 30% tỷ lệ mắc mới một số bệnh tật ở trẻ mầm non, học sinh phổ thông như: bệnh răng miệng so với tỷ lệ mắc mới năm 2015, 95% số trẻ mầm non, học sinh phổ thông tại khu vực có nguy cơ cao được sàng lọc, tư vấn điều trị cận thị, cong vẹo cột sống, thừa cân béo phì, bệnh răng miệng...; 90% học sinh ở vùng nguy cơ cao được tẩy giun định kỳ 2 lần/năm. Phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo trình Thủ tướng Chính phủ ban hành 02 Quyết định phê duyệt Chương trình Sức khỏe học đường giai đoạn 2021-2025 và Chương trình y tế trường học trong các cơ sở giáo dục mầm non và phổ thông gắn với y tế cơ sở giai đoạn 2021-2025.

d) Công tác dinh dưỡng:

Tỷ lệ suy dinh dưỡng chung trong các năm cho thấy xu hướng giảm rõ rệt. Hiện nay tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi chung đã giảm ở mức dưới 20%. Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi (chiều cao/tuổi là một chỉ số đánh giá sự phát triển và mức độ bình đẳng của mỗi quốc gia) đang giảm dần, từ năm 2010 đến năm 2022, tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi toàn quốc giảm từ 29,3% xuống 18,9%, chuyển từ mức cao sang mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới về vấn đề sức khỏe cộng đồng và trên đà đạt được Mục tiêu Dinh dưỡng toàn cầu năm 2025 về giảm suy dinh dưỡng thấp còi.

¹⁴ Số liệu thống kê về cơ sở vật chất của Bộ Giáo dục và Đào tạo.

4.2. Về tồn tại, hạn chế và nguyên nhân

4.2.1. Trong công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm

a) Trong công tác kiểm soát bệnh truyền nhiễm

- Tồn tại, hạn chế

+ Tình hình dịch bệnh luôn có xu hướng diễn biến phức tạp trong khi dịch COVID-19 chưa thể kết thúc; các bệnh dịch lưu hành (sốt xuất huyết, tay chân miệng, cúm...) có xu hướng gia tăng cùng khả năng xâm nhập của các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm mới nổi làm tăng nguy cơ xảy ra dịch chồng dịch. Tỷ lệ tiêm chủng vắc xin trong tiêm chủng mở rộng ở một số vùng, nhóm dân tộc còn thấp, nhất là các nhóm dân di cư.

+ Hệ thống văn bản pháp luật đã từng bước hoàn thiện nhưng còn nhiều vướng mắc, chưa đầy đủ, chưa thể chế được hết các quan điểm, đường lối, chính sách liên quan đến phòng, chống dịch, nhất là liên quan đến mua sắm, đấu thầu, quản lý, sử dụng tài sản công; một số quy định của pháp luật hiện hành chưa bao quát được hết các tình huống dịch, nhất là trong thời gian phòng, chống đại dịch COVID-19.

+ Hệ thống y tế dự phòng còn bộc lộ nhiều hạn chế, nhất là tại tuyến y tế cơ sở chưa đáp ứng được yêu cầu khi dịch xảy ra. Người dân khó khăn khi tiếp cận với các dịch vụ y tế khi dịch bùng phát trên diện rộng, dẫn đến tình trạng quá tải và tăng nguy cơ tử vong. Đầu tư cho y tế dự phòng và các nguồn lực phòng, chống dịch chưa được đảm bảo; tình trạng thiếu thuốc, vật tư, hóa chất, thiết bị y tế cục bộ tại nhiều đơn vị y tế; cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực còn hạn chế; thu nhập của cán bộ y tế dự phòng, y tế cơ sở còn thấp, chế độ đãi ngộ, động viên, khen thưởng chưa kịp thời; tình trạng nghỉ việc, thôi việc xảy ra tại nhiều nơi.

+ Công tác truyền thông phòng, chống dịch thường bị động, lúng túng, nhất là trong thời gian đầu của đợt dịch. Cơ chế cung cấp thông tin, nội dung, phương thức, lực lượng thông tin có lúc chưa thật hợp lý. Sự phát triển của truyền thông xã hội gây khó khăn trong quản lý thông tin phòng, chống dịch, đặc biệt là thông tin sai sự thật, mang tính kích động.

+ Ứng dụng công nghệ thông tin còn bộc lộ hạn chế, hiệu quả chưa cao. Việc tích hợp thành một ứng dụng duy nhất trong quản lý, truy vết, tổ chức khám, tiêm chủng, xét nghiệm, quản lý đi lại còn chậm, chưa tạo thuận lợi cho người dân.

- Nguyên nhân của những tồn tại, hạn chế nêu trên ngoài nguyên nhân khách quan do ảnh hưởng của bối cảnh kinh tế - xã hội trên thế giới và trong nước, ảnh hưởng của những vấn đề đã tồn tại nhưng chưa được giải quyết triệt để của hệ thống y tế dự phòng, y tế cơ sở và tác động của đại dịch COVID-19 còn một số nguyên nhân chủ quan khác như:

+ Tình trạng ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu, thiên tai, lụt bão; đô thị hóa và di dân là điều kiện thuận lợi để dịch bùng phát; làm tăng nguy cơ dịch chồng dịch; sự xuất hiện, tiến hóa của các biến chủng mới dẫn đến miễn dịch giảm theo thời gian, xu hướng dịch bệnh khó dự báo.

+ Việc thể chế hóa, hướng dẫn các quan điểm, chủ trương của Đảng, Nhà nước còn chậm, chất lượng chưa cao dẫn đến khó khăn, vướng mắc phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện.

+ Đầu tư của Nhà nước và huy động các nguồn lực xã hội cho y tế dự phòng chưa theo kịp sự phát triển của kinh tế - xã hội, chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân và xã hội.

+ Tình trạng chủ quan, lơ là, thiếu chủ động, quyết liệt trong triển khai các biện pháp phòng, chống dịch vẫn còn xảy ra tại một số nơi, một số thời điểm; sự vào cuộc của các cấp, các ngành chưa đồng bộ, nhất quán; còn tâm lý trông chờ, ỷ lại, lo ngại, sợ sai, sợ trách nhiệm, sợ thanh tra, kiểm tra.

+ Nhận thức về mức độ nguy hiểm của dịch bệnh và các biện pháp phòng, chống dịch có nơi, có lúc, có cấp chưa tương xứng với tình hình; còn tình trạng chủ quan, lơ là, mất cảnh giác khi chưa có dịch hoặc dịch đã đi qua; ngược lại, khi có dịch lại hoang mang, lo lắng, mất bình tĩnh dẫn đến áp dụng các biện pháp cực đoan, chưa phù hợp, thiếu thống nhất.

+ Còn thiếu cơ sở dữ liệu khoa học phục vụ lãnh đạo, chỉ đạo, ra quyết định; dự báo tình hình dịch bệnh chưa sát thực tế; năng lực phân tích, đánh giá khoa học về diễn biến dịch bệnh còn nhiều hạn chế; chưa kịp thời chuẩn bị cho các tình huống, kịch bản xấu hơn.

+ Trong lãnh đạo, chỉ đạo tại một số nơi, một số cấp còn lúng túng, thiếu quyết liệt, thiếu kiên định, còn chần chừ, do dự do tác động bởi nhiều nguồn thông tin khác nhau.

+ Năng lực của cán bộ trong quản lý, điều hành, tổ chức thực hiện phòng, chống dịch có nơi, có lúc, có cấp còn hạn chế, chưa đồng đều. Một bộ phận người dân chưa chấp hành nghiêm các quy định về phòng, chống dịch.

+ Hệ thống y tế dự phòng mặc dù đã được quan tâm nhưng chưa đáp ứng năng lực phòng, chống dịch; chưa có chính sách phù hợp đối với cán bộ y tế cấp cơ sở. Chưa chủ động được việc sản xuất vật tư, trang thiết bị, thuốc, sinh phẩm, vắc xin.

+ Công tác truyền thông giai đoạn đầu còn chậm trễ trong việc cung cấp thông tin định hướng dư luận, chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa các cơ quan trong truyền thông; các thế lực thù địch luôn tìm mọi cách chống phá, gây chia rẽ, mất đoàn kết nội bộ. Đời sống tinh thần của người dân chưa được quan tâm đúng mức, nhất là tại các khu vực giãn cách.

+ Ứng dụng công nghệ thông tin chưa khoa học, vẫn còn tình trạng manh mún, cục bộ, thiếu thống nhất, đồng bộ; trình độ công nghệ thông tin khác nhau giữa các địa phương và các lực lượng phòng, chống dịch; chưa có đầu tư kịp thời về phát triển công nghệ thông tin trong phòng, chống dịch.

+ Chưa đảm bảo đủ nguồn lực cho công tác phòng, chống dịch, bảo đảm an sinh xã hội, nhất là đối với các địa phương khi thực hiện giãn cách kéo dài. Công tác quản lý nhà nước, cơ chế, chính sách và việc hướng dẫn mua sắm vật tư, trang thiết bị, đặc biệt là vắc xin có nhiều bất cập. Chưa kịp thời xây dựng các kịch bản bài bản, tổng thể phù hợp về kinh tế, nguồn lực khi dịch bùng phát và lan rộng.

+ Có nơi, có lúc sự phối hợp trong lãnh đạo, chỉ đạo giữa các địa phương chưa chặt chẽ, kịp thời, hiệu quả, thiếu nhất quán. Có địa phương chấp hành chưa nghiêm các chỉ đạo của Trung ương. Sự phối hợp giữa các lực lượng chưa thực sự nhịp nhàng, đồng bộ.

4.2.2. Trong công tác phòng chống bệnh không lây nhiễm

Bên cạnh những kết quả đạt được, Việt Nam vẫn đang gặp phải nhiều khó khăn, thách thức, khoảng trống trong xây dựng, thực thi các chính sách pháp luật về phòng, chống bệnh không lây nhiễm.

4.2.2.1. Các chính sách phòng, chống các yếu tố nguy cơ còn chưa đầy đủ, toàn diện

a) Về phòng, chống tác hại của thuốc lá

- Việc tăng thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá theo lộ trình chưa phù hợp, chưa làm tăng giá để đạt mục đích giảm tiêu thụ, vì vậy cần có chính sách để tăng thuế thuốc lá một cách hiệu quả theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới.

- Hiện chưa có chính sách để quản lý, kiểm soát hiệu quả thuốc lá thế hệ mới (thuốc lá điện tử, thuốc lá nung nóng).

b) Về phòng chống tác hại của rượu, bia

- Việc tăng thuế tiêu thụ đặc biệt đối với rượu, bia theo lộ trình còn chậm, mức thuế chưa phù hợp nên chưa đạt được mục đích tăng giá để giảm tiêu thụ, vì vậy cần có chính sách để tăng thuế rượu, bia một cách hiệu quả theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới.

- Một số chính sách, hướng dẫn về phòng chống tác hại của rượu, bia cần được tiếp tục rà soát, cập nhật, hoàn thiện như: Hướng dẫn sàng lọc, can thiệp giảm tác hại do rượu, bia cho phụ nữ mang thai; Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng cho người mắc bệnh, rối loạn chức năng có liên quan đến uống rượu, bia.

- Công tác truyền thông phòng, chống tác hại của rượu, bia còn hạn chế. Còn thiếu một đề án tổng thể về truyền thông để làm cơ sở cho các bộ, ngành và địa phương tổ chức triển khai hiệu quả, đồng bộ các hoạt động truyền thông phòng, chống tác hại của rượu, bia.

c) Đối với chính sách về dinh dưỡng và phòng, chống bệnh không lây nhiễm

- Chưa có các chính sách, quy định để kiểm soát, hạn chế tiêu thụ chất béo bão hòa/chất béo chuyển hóa (Saturated/trans-fats); nước ngọt có đường (SSB).

- Chưa có chính sách áp thuế đối với đồ uống có đường để tăng giá nhằm hạn chế tiêu thụ.

- Thiếu chính sách để hạn chế trẻ em, học sinh tiếp cận với các thực phẩm không có lợi cho sức khỏe (quảng cáo, khuyến mại, kinh doanh, cung cấp thực phẩm không có lợi sức khỏe cho trẻ em, học sinh).

- Chưa ban hành các tiêu chuẩn bữa ăn học đường để bảo đảm dinh dưỡng.

- Thiếu các chương trình, kế hoạch kiểm soát thừa cân béo phì hiệu quả.

- Hoạt động truyền thông về dinh dưỡng hiện nay chủ yếu là những nội dung về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, phòng, chống suy dinh dưỡng, thiếu vi chất, công tác truyền thông về dinh dưỡng phòng, chống bệnh không lây nhiễm, phòng, chống thừa cân, béo phì, truyền thông giảm tiêu thụ muối, đường, chất béo... còn hạn chế, quy mô nhỏ và chưa bền vững.

d) Về chính sách tăng cường vận động thể lực cho người dân

- Còn thiếu các chính sách nhằm cung cấp, tạo điều kiện cho người dân tiếp cận, sử dụng không gian công cộng, cơ sở luyện tập thể dục, thể thao; phát triển giao thông công cộng, giao thông phi cơ giới, tiêu chuẩn thiết kế, sử dụng lề đường, vỉa hè để khuyến khích, thúc đẩy người dân sử dụng nhằm tăng cường vận động thể lực.

- Các chương trình, đề án về thể dục, thể thao còn thiếu kết nối với chăm sóc sức khỏe, phòng chống bệnh tật; tập trung vào thể thao, thiếu hướng dẫn các loại hình vận động thể lực thường xuyên phù hợp với người dân ở cộng đồng.

- Còn thiếu một đề án tổng thể về tăng cường vận động thể lực cho mọi người dân. Các phong trào, chương trình hoạt động thể lực ở nơi làm việc, ở cộng đồng chưa bền vững, còn thiếu các chính sách hỗ trợ, thúc đẩy, tạo môi trường thuận lợi để thúc đẩy, khuyến khích người dân tích cực vận động thể lực.

- Còn thiếu quy định, hướng dẫn về hoạt động thể lực cho các nhóm đối tượng đích như: quy định, hướng dẫn mức độ, loại hình vận động thể lực cho người dân ở cộng đồng, tại nơi làm việc.

4.2.2.2. Thực hiện chính sách pháp luật về truyền thông, nâng cao sức khỏe

- Các hoạt động truyền thông nâng cao sức khỏe đã được quan tâm triển khai tuy nhiên mới chủ yếu do ngành y tế thực hiện, chưa phát huy hết hiệu quả của mạng lưới thông tin truyền thông từ trung ương tới địa phương với sự tham gia của các cấp, các ngành. Truyền thông chưa được triển khai thường xuyên, rộng khắp và đa dạng, mới tập trung chủ yếu trên hệ thống thông tin đại chúng ở trung ương nhân một số ngày, sự kiện trong năm. Truyền thông tại tuyến xã, phường cũng như truyền thông trên các trang thông tin điện tử và mạng xã hội còn hạn chế. Các mô hình nâng cao sức khỏe ở cộng đồng còn ở quy mô nhỏ và thiếu tính bền vững.

- Các chủ đề, thông điệp truyền thông còn chung chung, thiếu các nội dung truyền thông nâng cao sức khỏe phòng, chống tác hại của rượu, bia, giảm tiêu thụ muối, đường và chất béo và tăng cường vận động thể lực. Chưa triển khai hiệu quả các hoạt động truyền thông, hướng dẫn người dân để dự phòng, phát hiện sớm bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản.

- Đánh giá năm 2020 cho thấy chỉ có 45% số người dân từng được thông tin, tuyên truyền về sức khỏe tâm thần, 53,2% về phòng chống ung thư, 68,6% về bệnh tăng huyết áp và 69,6% về bệnh đái tháo đường qua các phương tiện truyền thông ở trung ương và các địa phương¹⁵.

Vì vậy, nhận thức, thực hành của người dân và cộng đồng xã hội về phòng chống bệnh không lây nhiễm còn nhiều hạn chế. Gánh nặng bệnh tật và tác hại của các yếu tố nguy cơ gây bệnh còn chưa được các cấp, các ngành nhận thức đầy đủ nên vận động chính sách gặp khó khăn, khó huy động nguồn lực cho hoạt động. Ý thức chấp hành pháp luật về phòng chống tác hại thuốc lá, rượu, bia của người dân còn chưa cao. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về tự theo dõi phát hiện sớm bệnh, chăm sóc, theo dõi và tuân thủ điều trị còn thấp.

4.2.2.3. Thực hiện chính sách và các biện pháp về sàng lọc phát hiện sớm và quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm tại tuyến y tế cơ sở còn hạn chế

- Còn thiếu các biện pháp cung cấp thông tin, hướng dẫn người dân biết tự đánh giá nguy cơ, chủ động thường xuyên đi kiểm tra sức khỏe, đo huyết áp, xét nghiệm đường máu, khám sàng lọc một số bệnh không lây nhiễm.

¹⁵ Bộ Y tế. Báo cáo kết quả đánh giá CTMTrạm Y tếDS giai đoạn 2016-2020

- Sàng lọc, phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm mới chủ yếu thông qua các chương trình, dự án, chưa mang tính thường xuyên, chủ yếu dựa vào nguồn kinh phí nhà nước nên rất hạn chế. Trong giai đoạn 2020-2021 do tập trung phòng, chống dịch COVID-19 nên hoạt động sàng lọc rất ít được triển khai. Tỷ lệ người được khám sàng lọc để phát hiện sớm bệnh còn quá thấp: số liệu ước tính chưa đầy đủ qua hệ thống báo cáo thống kê y tế cho thấy năm 2021 trong số người từ 18 tuổi trở lên: có khoảng 15,2 triệu người/lượt người được đo huyết áp; 2,9 triệu người/lượt người được xét nghiệm đường máu; 336.000 người được khám sàng lọc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản và khoảng 380.000 người được khám sàng lọc các loại ung thư¹⁶.

- Công tác theo dõi và dự phòng cho người nguy cơ cao, người tiền bệnh chưa được triển khai hiệu quả, rộng khắp ở cộng đồng, đặc biệt là các dịch vụ tư vấn, dự phòng cho người thừa cân, béo phì, quản lý người có nguy cơ tim mạch; tư vấn, can thiệp cai nghiện thuốc lá, sàng lọc và can thiệp giảm tác hại do uống rượu, bia. Những hoạt động này cũng chủ yếu do các chương trình, dự án thực hiện hoặc phụ thuộc vào nguồn ngân sách nhà nước nên không có hoặc rất thiếu kinh phí.

- Tỷ lệ phát hiện và quản lý điều trị chưa đáp ứng được yêu cầu: ước tính toàn quốc mới phát hiện dưới 50% số người mắc tăng huyết áp, đái tháo đường; quản lý điều trị được dưới 30% số mắc bệnh. Đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mới phát hiện sớm khoảng 31% và đưa vào quản lý điều trị khoảng 39% số đã phát hiện.

- Tỷ lệ trạm y tế triển khai quản lý bệnh không lây nhiễm còn rất thấp. Mặc dù các địa phương báo cáo có 69,9% số trạm y tế triển khai, tuy nhiên đa số các trạm y tế mới thực hiện khám bệnh kê đơn theo lượt đối với tăng huyết áp và đái tháo đường, chưa triển khai đầy đủ việc quản lý điều trị những bệnh này tại trạm (tức là có lập hồ sơ quản lý, định kỳ khám theo dõi và cấp thuốc ngoại trú). Các trạm y tế cũng chưa cung cấp các dịch vụ về dự phòng, quản lý, chăm sóc cho người bệnh ung thư; chỉ có 20% số trạm y tế có các hoạt động dự phòng và phát hiện sớm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản (chưa triển khai quản lý điều trị).

¹⁶ Tổng hợp Báo cáo thống kê bệnh không lây nhiễm 12 tháng 2021 - Cục YTDP

4.2.2.4. Hệ thống y tế các tuyến chưa đáp ứng được đầy đủ yêu cầu để cung cấp các dịch vụ phòng, chống bệnh không lây nhiễm

- Mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế các tuyến đã từng bước được củng cố và phát triển. Tuy nhiên các đơn vị, bộ phận phòng, chống bệnh không lây nhiễm trong các cơ sở y tế dự phòng mới thành lập, triển khai nên cần được rà soát, kiện toàn để bổ sung, bảo đảm nhân lực và nâng cao năng lực. Mạng lưới tham gia phòng, chống ung thư mới chủ yếu triển khai ở các bệnh viện, cơ sở y tế tuyến tỉnh; phòng quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản mới triển khai tại 139 huyện trên toàn quốc.

- Trình độ chuyên môn của cán bộ tuyến y tế cơ sở còn hạn chế, phải kiêm nhiệm nhiều công việc, thường xuyên thay đổi. Các hoạt động đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực chuyên môn cho các tuyến thời gian vừa qua mới chủ yếu tập huấn được cho cán bộ y tế, cán bộ lâm sàng của tuyến tỉnh và nhóm giảng viên nòng cốt của các địa phương. Việc tập huấn nâng cao năng lực cho cán bộ y tế cơ sở, đặc biệt cho Trạm Y tế xã về dự phòng và quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm còn hạn chế. Bên cạnh đó do dịch bệnh COVID-19 trong 2 năm qua hầu như không tổ chức tập huấn cho các đơn vị về phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Vì vậy cần tiếp tục rà soát để bổ sung, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn và tổ chức tập huấn, tập huấn lại cho tuyến cơ sở.

- Về quy định, chính sách, hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật: Mặc dù đã ban hành tương đối đầy đủ các quy định, hướng dẫn, tuy nhiên việc tổ chức triển khai tại các địa phương còn bất cập, chưa thống nhất. Việc chưa có những quy định, hướng dẫn cụ thể về các trường hợp tỉnh, huyện cần chuyển về Trạm Y tế xã để quản lý điều trị đối với các bệnh mạn tính, cơ chế thông tuyến trong khám chữa bảo hiểm y tế cùng với năng lực còn hạn chế của một số trạm y tế cũng làm cho tỷ lệ người mắc tăng huyết áp, đái tháo đường... đến trạm y tế để khám, cấp thuốc ngoại trú còn rất thấp. Một số quy trình, hướng dẫn về sàng lọc, phát hiện sớm đối với một số bệnh không lây nhiễm còn chưa đầy đủ; chưa có các hướng dẫn về kê đơn dinh dưỡng và vận động thể lực cho người bệnh, hướng dẫn tư vấn và trị liệu tâm lý cho người bệnh ung thư ...

- Chưa có quy định danh mục chuyên môn kỹ thuật để thực hiện gói dịch vụ y tế cơ bản cho tư vấn, dự phòng, sàng lọc phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần do ngân sách nhà nước chi trả.

- Các hoạt động sàng lọc phát hiện sớm, hoạt động dự phòng, tư vấn, quản lý người nguy cơ cao, người thừa cân béo phì, tiền bệnh, rối loạn chuyển hóa... chủ yếu do các chương trình, dự án thực hiện, không được thanh toán bảo hiểm y tế, phụ thuộc vào nguồn ngân sách nhà nước nên không có hoặc rất thiếu kinh phí cho hoạt động này. Vì vậy hoạt động không được đưa vào kế hoạch, nhiệm vụ thường xuyên của các đơn vị, không được giao thành chỉ tiêu chuyên môn, từ đó khó theo dõi, đánh giá kết quả. Do không có kinh phí nên những hoạt động này triển khai rất hạn chế.

4.2.2.5. Giám sát, quản lý thông tin bệnh không lây nhiễm còn chưa đáp ứng được đầy đủ yêu cầu về thông tin, số liệu

- Hiện nay việc thực hiện các điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm 5 năm 1 lần cần chi phí lớn, đang phụ thuộc vào tài trợ của WHO, cần có phương án thực hiện điều tra từ nguồn ngân sách nhà nước để định kỳ thực hiện trong tương lai.

- Giảm tỷ lệ tử vong do bệnh không lây nhiễm là một chỉ tiêu phát triển bền vững (SDG) mà Việt Nam có trách nhiệm báo cáo. Hiện nay Việt Nam chưa có số liệu để báo cáo kết quả thực hiện chỉ tiêu này. Mạng lưới ghi nhận ung thư đã từng bước được phát triển, tuy nhiên vẫn chưa bảo đảm thu thập và định kỳ hằng năm công bố số liệu chuẩn hóa có chất lượng cao về mắc mới ung thư của Việt Nam và các chỉ số liên quan.

- Hệ thống thống kê báo cáo thường quy về bệnh không lây nhiễm đã được triển khai đến các Trạm Y tế xã tuy nhiên số liệu báo cáo còn chưa đầy đủ, chất lượng số liệu chưa đồng đều, năng lực báo cáo thống kê về bệnh không lây nhiễm của tuyến xã còn hạn chế.

4.2.3. Liên quan đến vệ sinh sức khỏe môi trường; chất lượng nước sạch sử dụng cho mục đích sinh hoạt; vệ sinh sức khỏe trường học; vệ sinh lao động; giám sát, phòng, chống bệnh nghề nghiệp, tai nạn thương tích

a) Về vệ sinh sức khỏe trường học

- Ủy ban nhân dân các tỉnh chưa quan tâm chỉ đạo triển khai công tác y tế trường học. Nhiều tỉnh chưa chỉ đạo việc Ký kết quy chế phối hợp giữa hai ngành Y tế và giáo dục.

- Nhân lực cán bộ làm công tác y tế trường học các tuyến còn thiếu về số lượng, yếu về chất lượng, đặc biệt là nhân viên y tế tại các trường học. Một số tỉnh điều chuyển nhân viên y tế tại trường học sang ngành y tế quản lý, đưa cán bộ y tế tại các trường học về trung tâm y tế huyện hoặc Trạm Y tế xã, phường (Hà Tĩnh, Hưng Yên...). Vị trí nhân viên y tế tại các trường học không hấp dẫn các ứng viên tham gia dự tuyển. Một số địa phương cử cán bộ của Trạm Y tế xã/phường kiêm nhiệm thêm công tác chăm sóc sức khỏe học sinh tại trường học. Tuy nhiên, do nhân lực Trạm Y tế xã/phường hạn chế và phải thực hiện nhiều nhiệm vụ được giao, nhiều trường ở cách xa Trạm Y tế xã nên việc hỗ trợ các trường hạn chế.

- Đa số các tỉnh, địa phương không quan tâm bố trí kinh phí thường xuyên để triển khai các hoạt động y tế trường học (trừ các tỉnh thành phố lớn có nguồn lực). Các tỉnh chủ yếu dựa vào nguồn kinh phí từ Chương trình Mục tiêu quốc gia về Y tế - Dân số giai đoạn 2016-2020. Tuy nhiên, Chương trình đã kết thúc, nên hiện nay rất khó khăn về nguồn lực thực hiện. Hiện nay, chủ yếu các trường dựa vào nguồn kinh phí chăm sóc sức khỏe ban đầu (5% trích lại từ quỹ bảo hiểm y tế học sinh, các trường được để lại giao động từ 5-25 triệu đồng/năm). Nội dung chi của nguồn kinh phí này phải thực hiện theo Nghị định 146/2018/NĐ-CP và không chi trả cho con người, công khám/kiểm tra sức khỏe học sinh (chỉ chi được: Văn phòng phẩm, mua sắm một số thuốc, trang thiết bị, tủ thuốc, tủ hồ sơ).

- Trẻ em mầm non, tiểu học, học sinh chưa được bảo hiểm y tế chi trả khám sức khỏe định kỳ 1 năm 1 lần.

b) Về vệ sinh sức khỏe môi trường

- Việc phối hợp liên ngành từ Trung ương (các Bộ, ban ngành) tới địa phương (các Sở, ban ngành, đoàn thể, tổ chức chính trị xã hội) triển khai công tác sức khỏe môi trường còn chưa đồng bộ, thiếu chặt chẽ và có tính chất thời vụ, chưa liên tục. Chương trình mục tiêu Quốc gia xây dựng nông thôn mới chưa được quan tâm đúng mức đến các nội dung về nước sạch, vệ sinh môi trường (tiêu chí mềm).

- Nhận thức của người dân về vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường còn chưa cao, nhất là người dân vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số.

- Nhiều tỉnh/thành phố chưa coi trọng công tác kiểm tra, giám sát chất lượng nước, vệ sinh nhà tiêu hộ gia đình; biến đổi khí hậu; số liệu thống kê về nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh chưa đồng nhất và toàn diện. Việc kiểm tra, giám sát chất lượng nước tại các cơ sở cấp nước tập trung quy mô nhỏ tại khu vực nông thôn còn gặp nhiều khó khăn do các trạm cấp nước nông thôn quy mô nhỏ phân tán, rải rác trên địa bàn rộng gây khó khăn cho việc ngoại kiểm vệ sinh chất lượng nước.

- Công tác sức khỏe môi trường chưa được quan tâm đúng mức, thiếu các thông tin, nghiên cứu bằng chứng về ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu tới sức khỏe con người.

c) Về vệ sinh sức khỏe lao động

- Hiện nay chưa có quy định cụ thể về công tác quản lý vệ sinh lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp cho đối tượng lao động làm việc trong khu vực không có hợp đồng lao động nên việc tổ chức thực hiện và công tác quản lý gặp nhiều vướng mắc.

- Việc bố trí sắp xếp tổ chức nhân sự làm công tác vệ sinh lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp tại các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh còn bất cập (cán bộ được đào tạo về môi trường lao động, bệnh nghề nghiệp được bố trí công việc chưa phù hợp hoặc chuyển đổi vị trí làm việc). Bên cạnh đó, thời gian vừa qua số lượng cán bộ viên chức dịch chuyển từ đơn vị công lập sang các đơn vị tư nhân nhiều, dẫn đến thiếu nhân lực, thiếu cán bộ làm công tác vệ sinh lao động.

- Kinh phí cho công tác vệ sinh lao động tại địa phương còn hạn chế. Các hoạt động tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động tại địa phương chủ yếu được tiến hành thông qua lồng ghép, hiệu quả chưa cao. Đối với các đơn vị sự nghiệp trực thuộc ngành y tế, kinh phí thực hiện các hoạt động an toàn vệ sinh lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp chưa có quy định kết cấu kinh phí thực hiện nên các đơn vị chưa chủ động bố trí nguồn đảm bảo.

- Nhận thức của người sử dụng lao động và người lao động về vệ sinh lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp còn hạn chế. Nhiều người sử dụng lao động chưa nghiêm túc thực hiện đúng và đủ các quy phạm pháp luật về lĩnh vực này, đặc biệt là công tác lập hồ sơ vệ sinh môi trường lao động, quan trắc môi trường lao động, khám sức khỏe trước khi bố trí làm việc, khám phát hiện bệnh nghề nghiệp.

d) Vệ phòng, chống tai nạn thương tích

- Thực trạng đô thị hóa, công nghiệp hóa nhanh chóng cũng như các yếu tố thiên tai, biến đổi khí hậu đang diễn biến khó lường dẫn tới tăng các nguy cơ gây tai nạn thương tích trong môi trường sống của cộng đồng.

- Ở nhiều tỉnh/thành phố, chính quyền địa phương chưa thực sự quan tâm, đầu tư cho công tác phòng chống tai nạn thương tích. Đội ngũ cán bộ phòng chống tai nạn thương tích tại các địa phương mặc dù được bổ sung và kiện toàn song hiện còn thiếu về số lượng và yếu về năng lực. Do các biến động trong việc điều chỉnh các đơn vị trong ngành nên các nhân viên y tế được điều chuyển đi các vị trí khác nên có nhiều thay đổi về nhân lực.

- Nhiều nguyên nhân tai nạn thương tích chưa được chú trọng, ưu tiên can thiệp. Các hoạt động phòng, chống tai nạn thương tích tại Việt nam hiện nay đang được ưu tiên cho các nguyên nhân chính như tai nạn giao thông, đuối nước của trẻ em, bạo lực...tuy nhiên còn nhiều nguyên nhân tai nạn giao thông khác chiếm tới gần 50% gánh nặng tử vong ở Việt nam chưa được ưu tiên (Ngã ở người cao tuổi, bỏng, ngộ độc, ...)

- Hoạt động giám sát tai nạn thương tích còn chưa đầy đủ, các báo cáo về mắc tai nạn thương tích từ các cơ sở y tế không được cập nhật thường xuyên và còn thiếu. Các số liệu tử vong thường được báo cáo chậm, chất lượng còn chưa đầy đủ. Việc chia sẻ, sử dụng số liệu còn chưa được thường xuyên và hiệu quả, áp dụng số liệu vào các hoạt động lập kế hoạch, phân bổ nguồn lực, vận động chính sách còn chưa tốt. Các nghiên cứu về tai nạn thương tích còn ít, chưa đi sâu vào nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây tai nạn thương tích cũng như chưa đánh giá được hiệu quả của các chương trình hoặc biện pháp can thiệp, dự phòng.

- Công tác thông tin, tuyên truyền còn hạn chế, nhận thức về nguy cơ và phòng chống tai nạn thương tích chưa được sâu. Chất lượng huấn luyện sơ cấp cứu còn hạn chế. Còn thiếu chế tài hỗ trợ, bảo vệ cho người tham gia sơ cấp cứu tại cộng đồng.

- Ngân sách hỗ trợ phòng chống tai nạn thương tích tại các tỉnh, thành phố còn hạn chế và chưa đáp ứng được nhu cầu trong thực tế. Hàng năm, tổng kinh phí được cấp chỉ chiếm khoảng 10% đến 20% tổng kinh phí mà các địa phương, đơn vị đề xuất.

III. ĐỀ XUẤT

Để khắc phục các tồn tại, bất cập này, Hội nghị lần thứ 6 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XIII đã xác định mục tiêu tổng quát của công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới là "*Nâng cao sức khoẻ cả về thể chất và tinh thần, tâm vóc, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người Việt Nam.*" đồng thời chỉ rõ các giải pháp để thực hiện mục tiêu này gồm:

- *Xây dựng và tổ chức thực hiện đồng bộ các đề án, chương trình về nâng cao sức khoẻ và tâm vóc người Việt Nam.*

- *Khuyến nghị, phổ biến chế độ dinh dưỡng, khẩu phần ăn phù hợp cho từng nhóm đối tượng, nguồn nguyên liệu, khẩu vị của người Việt. Các sản phẩm, thực phẩm đóng gói phải có đầy đủ thông tin về thành phần, năng lượng, cảnh báo về sức khoẻ trên bao bì. Triển khai các chương trình bổ sung vi chất cần thiết cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú, trẻ em, người cao tuổi.*

- *Triển khai đồng bộ các hoạt động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm; chú trọng dự phòng, nâng cao năng lực sàng lọc, phát hiện sớm và kiểm soát bệnh tật;*

- *Thiết lập hệ thống sổ sức khoẻ điện tử đến từng người dân. Thực hiện cập nhật các thông tin, chỉ số sức khoẻ khi đi khám sức khoẻ, chữa bệnh. Có cơ chế, lộ trình phù hợp, từng bước thực hiện để tiến tới mọi người dân đều được theo dõi, quản lý sức khoẻ, khám và chăm sóc sức khoẻ định kỳ.*

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy việc xây dựng một đạo luật mới về phòng bệnh với phạm vi điều chỉnh gồm các quy định về phòng, chống bệnh truyền nhiễm, phòng, chống bệnh không lây nhiễm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe để thể chế hóa quan điểm của Đảng và giải quyết tồn tại, bất cập cũng như xử lý các khoảng trống về pháp luật các hoạt động liên quan đến phòng bệnh đồng thời thay thế Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm là hoàn toàn phù hợp, không gây chông chéo trong hệ thống pháp luật và hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

Mục 2

MỤC TIÊU VÀ CHÍNH SÁCH

I. MỤC TIÊU

Góp phần nâng cao sức khỏe cả về thể chất và tinh thần, tâm vóc, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người Việt Nam.

II. MỤC TIÊU CỤ THỂ

1. Kiểm soát tốt bệnh truyền nhiễm, nâng cao năng lực cho hệ thống phòng, chống bệnh truyền nhiễm.
2. Khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm.
3. Quản lý sức khỏe cho tất cả người dân.

III. XÁC ĐỊNH CHÍNH SÁCH VỀ PHÒNG BỆNH

Như đã nêu tại phần Bối cảnh xây dựng chính sách, có thể nhận thấy hệ thống pháp luật về phòng bệnh có các tồn tại chính sau đây:

Thứ nhất, một số quy định về phòng, chống bệnh truyền nhiễm không còn phù hợp với thực tiễn và cần được sửa đổi, bổ sung.

Thứ hai, một số vấn đề về phòng bệnh chưa có hành lang pháp lý để điều chỉnh.

Trên cơ sở các tồn tại, bất cập đã nêu, Bộ Y tế đã tiến hành phân tích để xác định các chính sách của dự án Luật phòng bệnh như sau:

1. Đối với các tồn tại, bất cập liên quan đến phòng, chống bệnh truyền nhiễm:

1.1. Quy định về phân loại bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản bệnh truyền nhiễm vẫn được phân loại thành 03 nhóm nhưng sẽ phải điều chỉnh các nhóm cho phù hợp với tình hình thực tế phòng, chống bệnh truyền nhiễm hiện nay và phù hợp với quy định của quốc tế ví dụ: cần bổ sung một số bệnh truyền nhiễm mới phát sinh, chuyển một số bệnh thuộc nhóm B vào nhóm A.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

1.2. Quy định về báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản hệ thống báo cáo giám sát bệnh truyền nhiễm vẫn thực hiện như hiện nay nhưng sẽ bổ sung thêm các hình thức báo cáo bằng phần mềm báo cáo trực tuyến.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

1.3. Quy định về an toàn sinh học trong xét nghiệm:

Về cơ bản các quy định về bảo đảm an toàn sinh học vẫn thực hiện như hiện nay nhưng phải bổ sung quy định về bảo đảm an toàn sinh học đối với hoạt động xét nghiệm lưu động. Qua rà soát về các biện pháp chuyên môn kỹ thuật cho thấy, về cơ bản bảo đảm an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm và khi tiến hành xét nghiệm lưu động là giống nhau nhưng bảo đảm an toàn sinh học khi xét nghiệm lưu động có một số điều kiện được giảm nhẹ hơn so với an toàn sinh học tại phòng xét nghiệm, ví dụ: điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

1.4. Về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản hoạt động sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế trong phòng bệnh truyền nhiễm vẫn được thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi một số quy định cho phù hợp với thực tiễn như: phạm vi vắc xin, sinh phẩm y tế mà các được sử dụng miễn phí; kinh phí chi trả cho việc sử dụng miễn phí vắc xin, sinh phẩm y tế và bắt buộc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và về cơ bản không làm phát sinh chính sách mới, trừ việc bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch do liên quan đến quyền của công dân.

1.5. Quy định về điều kiện công bố hết dịch:

Về cơ bản các điều kiện công bố hết dịch vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng không phải bắt buộc phải áp dụng đầy đủ các biện pháp chống dịch rồi mới được công bố hết dịch mà phải căn cứ vào tình hình thực tiễn để công bố hết dịch. Bên cạnh đó cần bổ sung quy định công bố hết dịch đối với một đơn vị hành chính trong điều kiện đơn vị hành chính khác vẫn đang có dịch.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

1.6. Quy định về việc thành lập Ban chỉ đạo chống dịch:

Về cơ bản các quy định về thành lập Ban chỉ đạo chống dịch vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định thành phần của Ban chỉ đạo chống dịch và Ban chỉ đạo này sẽ được thành lập ngay từ khi chưa công bố dịch để bảo đảm khi có dịch sẽ vận hành được ngay mà không phải thủ tục thành lập.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

1.7. Về kiểm dịch y tế biên giới:

Về cơ bản các quy định về kiểm dịch y tế biên giới vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định cụ thể hơn về phối hợp tổ chức thực hiện kiểm dịch giữa các lực lượng hải quan, cơ quan kiểm dịch thực vật, động vật, an toàn thực phẩm đồng thời bổ sung quy định về hồ sơ thủ tục, trình tự giải quyết thủ tục kiểm dịch.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và thuộc thẩm quyền của Chính phủ nên không làm phát sinh chính sách mới.

1.8. Quy định về chi phí cho tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A:

Về cơ bản các quy định về tổ chức cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người mắc bệnh dịch thuộc nhóm A vẫn thực hiện như hiện nay là vẫn được điều trị miễn phí nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định cụ thể hơn về đối tượng được hưởng chính sách này.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

1.9. Về bảo đảm an toàn về môi trường của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm:

Về cơ bản các quy định về bảo đảm an toàn về môi trường của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm vẫn thực hiện như hiện nay nhưng cần phải sửa đổi theo hướng quy định loại bỏ quy định về khoảng cách an toàn về môi trường đối với khu dân cư của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh truyền nhiễm để bảo đảm tính khả thi trong thực tiễn.

Như vậy, nội dung này chủ yếu chỉnh lý về kỹ thuật trên cơ sở kế thừa các quy định của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm và không làm phát sinh chính sách mới.

2. Đối với các tồn tại, bất cập do thiếu hành lang pháp lý:

Qua rà soát cho thấy, các tồn tại, bất cập do thiếu hành lang pháp lý, bao gồm (1) Vấn đề dinh dưỡng với sức khỏe; (2) Vấn đề sức khỏe tâm thần; (3) Vấn đề quản lý bệnh không lây nhiễm và (4) Vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân.

Do đây là các vấn đề mà nội dung hầu hết chưa được quy định bởi Luật nên cần phải được đánh giá tác động theo đúng quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật.

3. Đề xuất:

Tóm lại, các vấn đề về phòng bệnh cần đánh giá tác động bao gồm:

- (1) Vấn đề bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch;
- (2) Vấn đề dinh dưỡng trong phòng bệnh;
- (3) Vấn đề phòng, chống các rối loạn sức khỏe tâm thần sức khỏe tâm thần;
- (4) Vấn đề phòng, chống bệnh không lây nhiễm
- (5) Vấn đề quản lý sức khỏe đối với người dân.

PHẦN II

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH

Mục 1.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH BẮT BUỘC PHẢI SỬ DỤNG VẮC XIN, SINH PHẨM Y TẾ ĐỐI VỚI NGƯỜI CÓ NGUY CƠ MẮC BỆNH TRUYỀN NHIỄM TẠI VÙNG NGUY CƠ CÓ DỊCH

I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẮT CẬP

Điều 29 quy định về sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc tuy nhiên mới chỉ quy định người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch và đến vùng có dịch bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế mà chưa quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch. Việc sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc cho đối tượng tại khu vực này sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch.

II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch.

III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. Giải pháp 1:

Quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch.

2. Giải pháp 2:

Giữ nguyên như quy định của pháp luật hiện hành là chỉ quy định người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng có dịch và đến vùng có dịch bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế mà không quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch.

IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

1. Đánh giá tác động của giải pháp 1:

Giả định Giải pháp này sẽ thực hiện theo hướng ban hành các quy định bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch.

1.1. Tác động về kinh tế:

1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Nếu thực hiện chính sách bắt buộc phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế đối với người có nguy cơ mắc bệnh truyền nhiễm tại vùng nguy cơ có dịch thì chắc chắn sẽ tác động đến tăng chi ngân sách Nhà nước nhưng trên thực tế không thể tính toán được mức tăng chi cụ thể do không thể xác định được số lượng vắc xin phải sử dụng cũng như giá thành của vắc xin. Theo kinh nghiệm phòng, chống dịch COVID-19 thì số tiền này có thể lên đến hàng nghìn tỷ.

Nếu chính sách được ban hành và thực hiện sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch và từ đó sẽ giảm chi phí của Nhà nước cho việc tổ chức các hoạt động chống dịch.

Ví dụ như tác động của đại dịch COVID-19:

Trong quý I-2020, phản ánh xu hướng khó khăn chung của các nước trên thế giới, do tác động của đại dịch COVID-19, kinh tế Việt Nam cũng chịu nhiều tổn thất, khó khăn hơn so với cùng kỳ năm trước:

- Tăng lạm phát, thất nghiệp và số doanh nghiệp dừng hoạt động, phá sản; dư nợ tín dụng dự kiến bị ảnh hưởng bởi dịch lên đến khoảng 2 triệu tỷ đồng, chiếm khoảng 23% dư nợ toàn hệ thống, tiềm ẩn nhiều rủi ro đối với hoạt động ngân hàng;

- Giảm về vốn đăng ký và số lao động của các doanh nghiệp đăng ký mới, số doanh nghiệp quay trở lại hoạt động và số vốn đăng ký bổ sung vào nền kinh tế (lần đầu tiên sau hàng thập kỷ, số lượng doanh nghiệp rút lui khỏi thị trường lớn hơn số doanh nghiệp đăng ký thành lập mới);

- Giảm lượng du khách quốc tế, tổng mức bán lẻ hàng hóa và doanh thu dịch vụ tiêu dùng, số vốn FDI tăng thêm, vốn góp và mua cổ phần.

- Hàng loạt các hoạt động lễ hội, du lịch và học tập, giao lưu tụ tập đông người bị đóng cửa; các hoạt động vận tải, bán lẻ, ngoại thương, đầu tư, tài chính - ngân hàng bị thu hẹp tối đa.

- Thu ngân sách nhà nước giảm sút, trong khi nhiệm vụ chi đột xuất cho chống dịch ngày càng tăng lên (Do ảnh hưởng của dịch Covid-19 nên tổng thu ngân sách Nhà nước lũy kế 10 tháng năm 2020 đạt 1.137,3 nghìn tỷ đồng, bằng 75,2% dự toán, giảm 10,3% so với cùng kỳ năm 2019. Sau 10 năm có tốc độ tăng thu cân đối ngân sách Nhà nước 10 tháng đạt dương, thì năm 2020 tốc độ tăng thu âm, tức quy mô thu ngân sách Nhà nước 10 tháng năm 2020 thấp hơn 10,3% so với năm 2019)¹⁷. Vốn đầu tư toàn xã hội thực hiện và xuất khẩu quý I-2020 đạt mức tăng thấp nhất trong giai đoạn 2016 - 2020.

- Tăng sự đứt gãy và gián đoạn một số chuỗi cung ứng đầu vào và tiêu thụ đầu ra của một số mặt hàng, ngành chủ lực của Việt Nam đang chịu phụ thuộc cao vào thị trường bên ngoài.

1.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:

Cơ sở y tế cũng chịu tác động của chính sách này do phải bố trí kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách nhưng trên thực tế không thể tính toán được mức tăng chi cụ thể do không thể xác định được số lượng vắc xin phải sử dụng cũng như số lượng đối tượng phải sử dụng vắc xin.

Theo kinh nghiệm phòng, chống dịch COVID-19 thì số tiền này có thể lên đến hàng nghìn tỷ.

Nếu chính sách được ban hành và thực hiện sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch và từ đó sẽ giảm chi phí của cơ sở y tế cho việc tổ chức các hoạt động chống dịch.

1.1.3. Tác động đối với doanh nghiệp:

Doanh nghiệp cũng chịu tác động của chính sách này do phải bố trí kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách nhưng trên thực tế không thể tính toán được mức tăng chi cụ thể do không thể xác định được số lượng vắc xin phải sử dụng cũng như số lượng đối tượng phải sử dụng vắc xin.

¹⁷ Nguyễn Thị Chinh - Ban Kinh tế vĩ mô và Dự báo - Bộ Tài chính - Đánh giá tác động của dịch Covid-19 đến kinh tế thế giới và Việt Nam - 2020.

Tuy nhiên, theo kinh nghiệm phòng, chống dịch COVID-19 thì số tiền này có thể lên đến hàng nghìn tỷ.

Ở chiều ngược lại, doanh nghiệp cũng được hưởng lợi từ việc ban hành chính sách do việc ban hành chính sách sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch và từ đó sẽ giảm chi phí của doanh nghiệp do người lao động phải nghỉ việc hoặc phải dừng hoạt động do phải thực hiện các cách xã hội để phòng, chống dịch.

Ví dụ như tác động của đại dịch COVID-19:

Theo Tổng cục Thống kê vào đầu Quý II-2020, khoảng 42% số doanh nghiệp được khảo sát gặp khó khăn trong kinh doanh quý I-2020 và 25,9% số doanh nghiệp dự báo kinh doanh trong quý II-2020 sẽ khó khăn hơn quý I-2020. Phòng Công nghiệp và Thương mại Việt Nam (VCCI) dự báo, nếu tình hình dịch bệnh vẫn tiếp tục diễn biến phức tạp, thì có tới gần 30% số doanh nghiệp được khảo sát chỉ có thể duy trì hoạt động được không quá 3 tháng, 50% doanh nghiệp chỉ trụ được nửa năm. Trên 75% số doanh nghiệp sẽ phải thu hẹp quy mô lao động và có tới gần 10% số doanh nghiệp phải giảm quy mô lao động tới 50% so với hiện nay. Chỉ có chưa đầy 1% số doanh nghiệp gia tăng lao động. Như vậy, hàng triệu lao động sẽ có nguy cơ mất việc làm trong những tháng tới đây, nhất là lao động kỹ năng thấp trong các ngành công nghiệp dệt may, da giày, điện tử...

Theo Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (tháng 5/2020), do ảnh hưởng của dịch COVID-19, tại Việt Nam ước tính sơ bộ có 19% doanh nghiệp đã tạm dừng hoạt động, thu hẹp quy mô; 98% lao động khu vực du lịch, dịch vụ nghỉ việc; 78% lao động ngành vận tải, giày da, dệt may bị giảm việc, giãn việc hoặc ngừng việc; 98% lao động hàng không tạm nghỉ việc. Hàng triệu người lao động đã và đang bị ảnh hưởng nặng nề, nhất là lao động giản đơn thu nhập thấp không thường xuyên. Dự báo trong tháng 5-2020, ước tính sẽ có khoảng 2 triệu lao động ngừng việc, mất việc làm; trường hợp dịch bệnh bùng phát mạnh sẽ có khoảng 3,5 triệu lao động ngừng việc, mất việc làm.

1.1.4. Tác động đối với người dân:

Người dân về cơ bản không chịu tác động của chính sách này do toàn bộ chi phí thực hiện đã được Nhà nước bảo đảm mà còn được hưởng lợi từ việc ban hành chính sách do việc ban hành chính sách sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch và từ đó sẽ giảm chi phí mà người dân phải bỏ ra cho việc điều trị bệnh, phải giảm trừ lương do phải nghỉ việc để điều trị hoặc do doanh nghiệp phải dừng hoạt động vì phải áp dụng biện pháp dẫn cách xã hội.

Ví dụ như tác động của đại dịch:

Theo Báo cáo đánh giá sơ bộ của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO): “COVID-19 và thế giới việc làm: Tác động và giải pháp”, cuộc khủng hoảng kinh tế và lao động do dịch COVID-19 gây ra có thể làm tăng thêm 25 triệu người thất nghiệp trên toàn cầu, so với số lượng người thất nghiệp sẵn có là 188 triệu trong năm 2019¹⁸.

Hàng triệu người lao động đã và tiếp tục sẽ rơi vào tình trạng thất nghiệp, thiếu việc làm, giảm giờ làm, tiền lương và rớt xuống dưới chuẩn nghèo.

Nhóm lao động tự làm ở các nước đang phát triển, vốn thường là “tâm đệm” giúp làm nhẹ bớt độ “xung” của những tác động do những thay đổi đột ngột mang lại, thì lần này không còn tác dụng, vì những hạn chế di chuyển đối với con người và hàng hóa.

Giảm số lượng việc làm đồng nghĩa với việc mất đi nguồn thu nhập lớn cho người lao động, ước tính con số này tương đương từ 860 tỷ USD đến 3,4 nghìn tỷ USD trong năm 2020. Tổ chức Lao động quốc tế ước tính sẽ có thêm từ 8,8 triệu đến 35 triệu người lao động rơi vào cảnh đói nghèo trên khắp thế giới, so với mức ước tính trước đây cho năm 2020 (là giảm 14 triệu người).

Theo kết quả khảo sát của Chương trình phát triển Liên hợp quốc (UNDP) và Phụ nữ Liên hợp quốc (UN WOMEN) (2020), trong tháng 12/2019, trung bình tỷ lệ hộ nghèo là 11,3%.

¹⁸ <https://www.nhandan.com.vn/thegioi/tin-tuc/item/43681102-25-trieu-nguoi-tren-toan-cau-co-the-that-nghiep-vi-COVID-19.html>

Tỷ lệ này tăng lên tới 50,7% trong tháng 4/2020. Tỷ lệ hộ cận nghèo tăng từ 3,8% vào tháng 12/2019 lên 6,5% vào tháng 4/2020. Quan trọng hơn, những hộ gia đình thuộc nhóm dân tộc thiểu số và hộ gia đình có lao động phi chính thức và gia đình những người nhập cư chịu tác động từ dịch bệnh lớn hơn¹⁹.

Đánh giá nhanh của Viện khoa học xã hội Việt Nam gần đây cũng cho thấy, tính đến tháng 7/2021, gần 64% hộ gia đình bị giảm thu nhập từ 30% trở lên so với thời điểm trước đại dịch (tháng 12/2019)"²⁰. Dịch bệnh COVID-19 đang khiến cho những nỗ lực giảm nghèo của Việt Nam trong nhiều năm qua gặp phải những thách thức mới. Tình trạng mất việc làm, giảm thu nhập do COVID-19 tác động mạnh hơn tới các nhóm thu nhập thấp, không có hoặc ít tích lũy, không tiếp cận được mạng lưới an sinh xã hội. Thực trạng này là nguy cơ tăng thêm người nghèo mới hoặc tái nghèo.

1.1.5. Tác động về kinh tế đối với xã hội:

Nếu chính sách được ban hành và thực hiện sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch và từ đó sẽ giảm chi phí xã hội cho việc tổ chức các hoạt động chống dịch.

1.2. Tác động về xã hội:

1.2.1. Về tác động chung:

Việc áp dụng chính sách có tác động rất lớn về khía cạnh xã hội do nếu không để bùng phát dịch thì không chỉ đem lại lợi ích trong việc giảm các tác động về kinh tế mà còn giúp ổn định an ninh trật tự xã hội, làm giảm nghèo....

Ví dụ tác động của đại dịch COVID-19:

Đại dịch Covid-19 đã ảnh hưởng nặng nề thị trường lao động ở Việt nam. Theo Tổng cục Thống kê, tỷ lệ thất nghiệp trong độ tuổi lao động tăng từ 2,34% (quý I/2020) lên 2,85% (quý II/2020), cao nhất vào quý III/2021 với 3,98%, sau đó giảm dần và ở mức 2,25-2,30% trong 6 tháng đầu năm 2023.

¹⁹ GS, TS. Nguyễn Quang Thuấn, Tác động của đại dịch COVID-19 và một số giải pháp chính sách cho Việt Nam trong giai đoạn tới

²⁰ Hồng Kiều, Mất việc làm và giảm thu nhập do COVID-19 đang làm gia tăng nghèo đói

Những địa phương có tỷ lệ thất nghiệp cao nhất là những địa phương có nhiều khu công nghiệp, khu kinh tế và doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, doanh nghiệp thâm dụng nhiều lao động tập trung ở Bình Dương, Thành phố Hồ Chí Minh, Bắc Ninh, Bắc Giang.

“Những tháng gần đây, thị trường lao động việc làm có xu hướng phục hồi, nhưng tốc độ chậm lại. Thu nhập đầu người và đói nghèo có xu hướng gia tăng. Nguy cơ thiếu lao động, đặc biệt là lao động đã qua đào tạo đang là xu hướng nổi cộm do cơ cấu kinh tế thay đổi nhanh chóng sau đại dịch”²¹.

Dưới tác động của đại dịch Covid-19, có 9.680 nhân viên y tế xin thôi việc, bỏ việc trong 18 tháng (tháng 1/2021-6/2022); 16.000 giáo viên xin nghỉ việc trong năm 2022 đặt ra nhiều vấn đề về chính sách đãi ngộ, thu hút và trọng dụng nhân tài trong các công sở nhà nước.

Ngoài ra, các tác động nặng nề của đại dịch Covid-19 đến lĩnh vực giáo dục thể hiện ở nhiều khía cạnh về sức khỏe học sinh; khả năng tiếp nhận tri thức của học sinh, sinh viên; thay đổi hình thức giảng dạy; nguy cơ khủng hoảng tiềm ẩn đối với thể hệ học sinh, sinh viên... Các tác động này đặt ra nhiều nhiệm vụ và thách thức nặng nề đối với nhà trường, gia đình và toàn xã hội, không dễ gì giải quyết và thích nghi trong giai đoạn ngắn.

1.2.2. Tác động về sức khỏe:

Việc áp dụng chính sách sẽ bảo đảm tính dự phòng toàn diện và tránh nguy cơ bùng phát thành dịch.

1.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện đánh giá tác động chính sách, cơ quan đánh giá đã thực hiện việc đánh giá tác động về tâm lý theo giới, kết quả đánh giá cho thấy tỷ lệ nữ giới đồng ý với việc ban hành chính sách cao hơn so với tỷ lệ nam giới. Điều này hoàn toàn phù hợp với tâm lý về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người nội trợ.

²¹ Phó Giáo sư, Tiến sĩ Trần Thị Lan - Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam- Hội thảo khoa học “Tác động của đại dịch Covid-19 đến một số lĩnh vực xã hội ở Việt Nam”

Bên cạnh đó, theo các đánh giá về tác động của đại dịch COVID-19 cho thấy tác động của cuộc khủng hoảng việc làm tới một số nhóm lao động sẽ không đồng đều và làm gia tăng bất bình đẳng. Những người bị ảnh hưởng lớn bao gồm những người được bảo vệ ít hơn và làm những công việc được trả lương thấp, nhất là lao động trẻ và lao động cao tuổi. Phụ nữ và lao động di cư cũng thuộc nhóm này. Lao động di cư dễ bị tổn thương vì họ thường không được hưởng đầy đủ quyền lao động và an sinh xã hội. Phụ nữ thường chiếm số đông trong nhóm các công việc lương thấp và các ngành kinh tế bị tác động bởi dịch bệnh.

1.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Dự kiến chính sách sẽ đưa ra quy định mang tính bắt buộc thực hiện nhưng không làm phát sinh các thủ tục hành chính do chính sách hướng tới việc bắt buộc áp dụng quy định về chuyên môn chứ không nhằm mục đích cấp phép hay phê duyệt từ cơ quan quản lý Nhà nước. Do vậy, không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

1.5.1. Đối với hệ thống pháp luật trong nước:

Mặc dù việc ban hành chính sách làm phát sinh thêm quyền và nghĩa vụ mới của công dân nhưng về bản chất việc ban hành chính sách cũng chỉ là cụ thể hóa thêm quyền được bảo vệ sức khỏe và chính sách này sẽ được quy định bởi Luật nên nếu áp dụng chính sách mới này thì không trái với Hiến pháp cũng như hệ thống pháp luật hiện hành.

1.5.2. Đối với hệ thống pháp luật quốc tế:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

2. Đánh giá tác động của giải pháp 1.2:

2.1. Tác động về kinh tế:

2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Nhà nước không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư của Nhà nước để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

Tuy nhiên, Nhà nước lại có thể phải chi hàng trăm nghìn tỷ đồng nếu đề dịch xảy ra ở diện rộng như đã phân tích ở phần đánh giá tác động của giải pháp 1.1 của Báo cáo này.

2.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:

Cơ sở y tế không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư về cả kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

Tuy nhiên, các cơ sở y tế lại có thể phải chi hàng nghìn tỷ đồng nếu đề dịch xảy ra ở diện rộng như đã phân tích ở phần đánh giá tác động của giải pháp 1.1 của Báo cáo này.

2.1.3. Tác động đối với doanh nghiệp:

Doanh nghiệp không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư về cả kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

Tuy nhiên, các doanh nghiệp lại cũng có thể phải chi hàng nghìn tỷ đồng do tác động của dịch bệnh như đã phân tích ở phần đánh giá tác động của giải pháp 1.1 của Báo cáo này.

3.1.4. Tác động đối với người dân:

Người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

Bên cạnh đó, người dân cũng có thể phải chịu các tác động do của dịch bệnh gây ra như đã phân tích ở phần đánh giá tác động của giải pháp 1.1 của Báo cáo này.

2.2. Tác động về xã hội:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về nhu đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

2.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Do không làm phát sinh thêm chính sách mới nên không thực hiện việc đánh giá tác động đối với hệ thống pháp luật trong nước và quốc tế.

3. Kết luận:

3.1. Đối với giải pháp 1:

3.1.1. Về kinh tế:

a) Tác động tích cực:

Do đã dự phòng được bệnh nên:

- Nhà nước sẽ hạn chế phải tăng chi ngân sách cho hoạt động chống dịch.
- Cơ sở y tế không phải bố trí nhân lực và kinh phí để phục vụ cho các hoạt động chống dịch.
- Doanh nghiệp và người dân được hưởng lợi từ việc sức khỏe được bảo đảm nên không bị gián đoạn công việc và ảnh hưởng đến thu nhập.

b) Tác động tiêu cực:

Nhà nước, cơ sở y tế và doanh nghiệp đều phát sinh chi phí để thực hiện chính sách nhưng nếu so sánh giữa chi phí lợi ích thu được và chi phí phải bỏ ra để thực hiện chính sách thì chi phí lợi ích thu được có giá trị cao hơn.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách nên thực hiện linh hoạt để phù hợp với tình hình dịch bệnh, khả năng đáp ứng của ngân sách Nhà nước.

3.1.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực:

Việc áp dụng chính sách không chỉ đem lại lợi ích trong phòng bệnh mà còn giúp làm giảm nghèo và ổn định an ninh trật tự. Giảm được gánh nặng về chi phí quản lý và chi phí chống dịch cho nhà nước, tăng năng suất lao động của người dân, góp phần vào sự nghiệp phát triển kinh tế - xã hội của đất nước

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách về cơ bản không có tác động tiêu cực nhưng cần bảo đảm tính linh hoạt bởi nếu 100% các trường hợp đều phải bắt buộc sử dụng vắc xin thì có thể dẫn đến tình trạng không phù hợp với một số đối tượng mà vì lý do sức khỏe không thể sử dụng được vắc xin hoặc khó triển khai thực hiện đối với đối tượng là người nước ngoài.

3.1.3. Về giới:

Giải pháp này về cơ bản không có tác động về giới.

3.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

3.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

3.2. Đối với giải pháp 2:

3.2.1. Về kinh tế:

Nhà nước, cơ sở y tế và người dân không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải tăng chi để giải quyết các hậu quả do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần sự cần thiết. Doanh nghiệp cũng không phải chịu tác động của việc thực hiện chính sách.

3.2.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực: Không tác động đến hoạt động của các doanh nghiệp, người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về vấn đề dinh dưỡng như đã phân tích ở phần trên.

3.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

3.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

3.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

1. Về giải pháp:

So sánh hai giải pháp cho thấy giải pháp 1 có nhiều ưu điểm hơn so với giải pháp 2 và việc lựa chọn giải pháp 1 cũng phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có liên quan đến quyền của được bảo vệ sức khỏe của công dân vì vậy theo quy định của Hiến pháp năm 2013 thì thẩm quyền ban hành chính sách thuộc Quốc hội.

Mục 2.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH DINH DƯỠNG TRONG PHÒNG BỆNH

I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

1. Về dinh dưỡng trong bữa ăn của người Việt Nam

Về cơ bản, nhìn tổng thể chế độ ăn và bữa ăn của người dân Việt Nam mang tính truyền thống, có hợp lý cân bằng dinh dưỡng với nguồn thực phẩm phong phú.

Kết quả tổng điều tra về dinh dưỡng năm 2020 cho thấy, nhìn chung, về khẩu phần dinh dưỡng của người dân Việt Nam kể từ sau năm 2010 tới nay có rất nhiều thay đổi tích cực. Bữa ăn đa dạng hơn cả về số lượng, hoàn thiện hơn cả về chất lượng. Cơ cấu khẩu phần cũng trở nên hợp lý hơn, ngày càng đáp ứng tốt hơn với nhu cầu khuyến nghị dinh dưỡng cả về năng lượng, các chất dinh dưỡng và vitamin khoáng chất trong khẩu phần. Kết quả tổng điều tra năm 2020 cho thấy cơ cấu sinh năng lượng từ Protein, Lipid, và Glucid (2020) là 15,8%: 20,2%: 64,0% (% tổng năng lượng ăn vào), với cơ cấu này được coi là cân đối theo khuyến nghị.

Tuy nhiên, tình trạng thiếu năng lượng khẩu phần còn xảy ra ở vùng núi, vùng bị ảnh hưởng biến đổi khí hậu, người nghèo đô thị, người di cư nghèo từ các vùng nông thôn và người thất nghiệp. Tại một số vùng nghèo, vùng miền núi như khu vực miền núi phía Bắc, việc tiếp cận với thực phẩm đa dạng vẫn là một thách thức mà chế độ ăn vẫn chủ yếu là nhóm tinh bột từ ngũ cốc cùng với lượng nhỏ các loại rau có sẵn. Một số kết quả nghiên cứu trong giai đoạn 2015 - 2020 cũng cho thấy sự thiếu các vi chất dinh dưỡng (canxi, sắt, kẽm, vitamin A, vitamin D) trong khẩu phần của trẻ và người dân ở vùng miền núi phía Bắc còn cao.

- Mức tiêu thụ thực phẩm đã có sự thay đổi trong giai đoạn 2010 - 2020:

+ Mức tiêu thụ thịt tăng nhanh, năm 2020 bình quân là 136,4 gram/người/ngày, trong đó khu vực thành phố tiêu thụ cao hơn với mức 155,3 gram/người/ngày, trong khi khuyến nghị mức tiêu thụ thịt trung bình cho người trưởng thành là 60 - 84 gram/người/ngày tùy theo vùng và đặc thù hoạt động thể lực. Cá và thủy sản có mức tiêu thụ tăng từ 69,4 gram lên 89,2 gram/người/ngày.

+ Mức tiêu thụ trứng và sữa cũng tăng từ 29,5 gram lên 46 gram/người/ngày.

+ Mức tiêu thụ dầu mỡ tăng từ 8,0 gram/người/ngày lên 15,0 gram/người/ngày

+ Mức tiêu thụ gạo có xu hướng giảm, từ 373,2 gram/người/ngày xuống 325,5 gram/người/ngày.

+ Mức tiêu thụ rau đã tăng lên, từ 190 gram rau/người/ngày và 60,9 gram quả người/ngày năm 2010 đã tăng lên thành 231,0 gram rau và 140,7 gram quả chín. Tuy nhiên mức này cũng chỉ đạt được 66,4% - 74,4% so với khuyến nghị về nhu cầu tiêu thụ rau quả.

- Tăng trưởng kinh tế đã dẫn tới việc du nhập các thực phẩm phương Tây và các sản phẩm du nhập đã tác động đến thói quen ăn uống của người dân Việt Nam với nhiều các sản phẩm chế biến sẵn, các chất dinh dưỡng nhân tạo, hương liệu nhân tạo, chất béo và chất béo bão hòa. Carbohydrates dạng đơn đã trở nên phổ biến hơn, có mặt ở nhiều sản phẩm như sữa đặc có đường và sữa chua có hương vị và bánh ngọt, kem, nước ngọt, thức ăn nhanh. Gia tăng sử dụng các thực phẩm chế biến sẵn, thực phẩm chứa nhiều yếu tố bất lợi cho sức khỏe như đường đơn, muối, chất béo thể trans.

- Tăng tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch và rối loạn chuyển hóa (đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa), béo phì, ung thư là kết quả của chế độ ăn uống thiếu cân bằng và thiếu hoạt động thể lực. Tại các khu vực nông thôn nghèo, một chế độ ăn uống cân bằng ít được quan tâm hơn so với một chế độ ăn uống với đủ năng lượng. Mặc dù có nhiều loại rau trong món ăn truyền thống Việt Nam tuy nhiên việc tiêu thụ rau trung bình hằng ngày vẫn ít hơn gần 1,5 lần so với khuyến cáo của WHO.

- Ở một số vùng bị ảnh hưởng biến đổi khí hậu, nhiều hộ gia đình mất an ninh lương thực, không đủ lượng thực phẩm tối thiểu. Mặc dù cũng đã có sự hỗ trợ lương thực từ Chính phủ và các tổ chức cứu trợ, tổ chức từ thiện, nhưng chỉ bảo đảm một phần về số lượng năng lượng nhưng vẫn thiếu sự cân bằng giữa các thành phần cần thiết cho một chế độ ăn uống hợp lý.

2. Về tình trạng dinh dưỡng ở bà mẹ và trẻ em

Thành tựu nổi bật của công tác cải thiện tình trạng dinh dưỡng trẻ em trong 10 năm qua là:

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân (cân nặng theo tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước mỗi năm giảm trung bình gần 0,7%/năm (2010 - 2015) và giảm trung bình 0,5%/năm (2016 - 2020), giảm từ 17,5% năm 2010 xuống 14,1% năm 2015, xuống 11,5% năm 2020, vượt mục tiêu đề ra là 15% vào năm 2015; 12,5% vào năm 2020.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi (chiều cao theo tuổi) ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước mỗi năm giảm 1,0%, giảm từ 29,3% năm 2010; xuống 24,6% năm 2015; xuống mức thấp 19,6% năm 2020, vượt mục tiêu đề ra là 26% vào năm 2015 và 21,5% vào năm 2020.

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ giảm từ 19,6% năm 2009 xuống 15,1% năm 2014, xuống 6,1% năm 2020: so với mục tiêu đề ra (<12% năm 2020).

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ em dưới 5 tuổi chung toàn quốc năm 2015 là 5,3% và năm 2018 là 7,1%, trong đó thành thị là 8,7% và nông thôn là 4,1%, đạt được mục tiêu đề ra là kiểm soát tỷ lệ này dưới 10% ở thành thị và dưới 5% ở nông thôn.

- Giảm tỷ lệ trẻ có cân nặng sơ sinh thấp (<2500 gram) là 3,73% năm 2015 và 3,90% năm 2019: đạt mục tiêu đề ra (<8% năm 2020).

- Chiều cao đạt được của thanh niên nam 18 tuổi năm 2020 đạt 168,1 cm (tăng lên 3,7 cm so với 2010: 164,4 cm) vượt so với mục tiêu đề ra (>2cm) và chiều cao đạt được của nữ thanh niên năm 2020 đạt 156,2 cm, tăng lên 0,8 cm so với năm 2010 (154,8 cm).

Các khó khăn, tồn tại:

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng chênh lệch nhiều giữa các vùng, tỷ lệ còn rất cao ở vùng núi, vùng khó khăn và vùng đồng bào dân tộc thiểu số. Tỷ lệ thấp còi bình quân cả nước mặc dù đã chuyển sang mức độ thấp (19,6%), nhưng cũng còn gần ngưỡng mức độ cao, đặc biệt tỷ lệ này còn cao ở khu vực miền núi phía Bắc (37,4%) và Tây Nguyên (28,8%).

- Tỷ lệ thừa cân trẻ em dưới 5 tuổi đang có xu hướng gia tăng, nhất là ở các TP lớn (năm 2018: TP. Hồ Chí Minh: 11,1%; Bình Dương: 9,8%; Đà Nẵng: 8,9%; Hà Nội: 6,5%).

- Gia tăng tỷ lệ thừa cân béo phì ở lứa tuổi học đường: bên cạnh giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi ở lứa tuổi học đường 5 - 19 tuổi từ 23,4% năm 2010 xuống còn 14,8% năm 2010 thì ngược lại gia tăng nhanh tỷ lệ thừa cân béo phì từ 8,5% năm 2010 tăng lên 19,0% năm 2020, trong đó tỷ lệ thừa cân béo phì khu vực thành thị là 26,8% cao hơn rất nhiều so với nông thôn (18,3%) và vùng miền núi (6,9%). Một số nghiên cứu qui mô nhỏ cho thấy năm 2014, tỉ lệ thừa cân béo phì ở học sinh tại TP. Hồ Chí Minh là 41,4% (19,0% là béo phì) trong khi tỉ lệ béo phì trung bình là 17,3%; tỉ lệ tăng huyết áp ở học sinh là 15,4% (tại TP. Hồ Chí Minh năm 2014). Tại Hà Nội: Tỷ lệ học sinh thừa cân, béo phì là 28,1%, trong đó béo phì 11,2% (2014). Tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì có tăng cholesterol là 15,3%; tăng triglyceride là 30,7%; tăng LDL-cholesterol là 12,6% và giảm HDL-cholesterol là 5,3% (Hà Nội, 2014). Tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì có hoạt động tĩnh tại trên 120 phút/ngày là 82,7% (Hà Nội, 2014).

- Vấn đề hoạt động thể lực của trẻ em: Theo một số kết quả điều tra trên trẻ tuổi từ 6 đến 11 tuổi tại 6 tỉnh TP đã cho thấy trẻ càng lớn lên thì càng ít vận động hơn, trong khi thời gian dành cho các hoạt động ít tiêu hao năng lượng tăng lên. Trẻ em nông thôn vận động nhiều hơn so với trẻ em thành thị. Các yếu tố liên quan tới mức hoạt động thể lực của trẻ là khu vực sinh sống và điều kiện kinh tế xã hội của hộ gia đình. Thời gian tiếp xúc với màn hình nhiều hơn ở trẻ em thành thị so với trẻ em nông thôn và còn tỷ lệ cao trẻ chưa đạt mức khuyến nghị về hoạt động thể lực.

- Các nội dung chưa được triển khai đồng bộ như chăm sóc dinh dưỡng trước có thai, trong khi có thai và thời gian nuôi con bú.

- Tình hình hạn hán, lũ bão thất thường liên tục xảy ra ở nhiều nơi, đe dọa an ninh lương thực ở nhiều vùng.

- Thách thức trong việc cải thiện chiều cao nữ thanh niên Việt Nam. Việc tiếp tục giảm suy dinh dưỡng trẻ em thể thấp còi nhằm cải thiện nòi giống đang đòi hỏi những cố gắng lâu dài và các giải pháp đặc hiệu.

3. Về tình trạng vi chất dinh dưỡng

3.1. Thực trạng vi chất dinh dưỡng:

3.1.1. Thiếu vitamin A:

Kết quả tổng điều tra dinh dưỡng 2020 cho thấy: Tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng (retinol huyết thanh $<0,7 \mu\text{mol/l}$) ở trẻ em dưới 5 tuổi là 9,5%, ở trẻ em 5 - 9 tuổi là 4,9%, ở mức không còn có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, vùng Tây Nguyên (11,0%) và miền núi phía Bắc (13,8 %) tỷ lệ này ở trẻ em dưới 5 tuổi vẫn có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng ở mức vừa.

Năm 2020, ở hầu hết các vùng sinh thái tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng ở trẻ em dưới 5 tuổi đều giảm so với năm 2010 (14,2 xuống 9,5%). Mức giảm nhiều nhất là ở Tây Nguyên (từ 20,9 xuống 11%) và đồng bằng sông Cửu long (từ 17% xuống 9,2%). Đồng bằng sông Hồng có mức giảm thấp nhất (từ 9,1% xuống 7,5%), tiếp theo là miền núi phía Bắc (từ 16,2% xuống 13,8%). Tỷ lệ vitamin A trong sữa mẹ thấp giảm rõ rệt trong năm 2020 so với năm 2015 (từ 34,8% xuống 18,3%).

Tỷ lệ vitamin A trong sữa mẹ thấp đã xuống mức có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng nhẹ ở các vùng, trừ Tây Nguyên (24,2%) và miền núi phía Bắc (20,8%) vẫn nằm trong mức ý nghĩa sức khỏe cộng đồng mức vừa.

3.1.2. Thiếu máu và vi chất dinh dưỡng:

Kết quả tổng điều tra dinh dưỡng 2020 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu dinh dưỡng giảm theo thời gian ở cả 3 nhóm đối tượng phụ nữ tuổi sinh đẻ (16,2%), phụ nữ có thai (25,6%) và trẻ em dưới 5 tuổi (19,6%).

Tỷ lệ thiếu máu dinh dưỡng ở phụ nữ có thai vẫn nằm ở mức có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng vừa theo đánh giá của WHO, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai ở vùng Tây Nguyên là 32,5%, vùng miền núi phía Bắc là 32,2%. Đối với nhóm phụ nữ tuổi sinh đẻ và trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ thiếu máu dinh dưỡng đã giảm từ mức nặng năm 2015 xuống còn mức có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng vừa năm 2020 theo đánh giá của WHO.

Tuy nhiên, tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi còn cao ở vùng Tây Nguyên là 26,3% và vùng núi phía bắc là 23,4% vẫn còn có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng.

3.1.3. Cung cấp KIO3 và sản xuất muối I-ốt:

Từ năm 2011 - 2018, việc cung cấp hoá chất KIO3 để sản xuất muối I-ốt (MI) trợ giá chỉ đạt 25 - 30%.

- Hiện tại trên toàn quốc có 75 đơn vị sản xuất muối và chế phẩm có I-ốt thuộc hệ thống giám sát của Hoạt động phòng chống bướu cổ. Các nhà máy sử dụng hóa chất KIO3 do BYT cung cấp là nguồn nguyên liệu duy nhất để phục vụ sản xuất muối I-ốt. Tổng sản lượng muối I-ốt được sản xuất từ các nhà máy khoảng 75 - 79 tấn/năm, đáp ứng một phần ba nhu cầu.

- Độ phủ muối I-ốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh năm 2014 chỉ ở mức 58,4% so với tiêu chuẩn thanh toán các rối loạn thiếu I-ốt (CRLTI) là 90%.

- Kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết TW năm trong thời gian 2010 - 2015 đã cho thấy tình trạng thiếu I-ốt đã và đang quay trở lại Việt Nam, đe dọa đến sức khỏe, trí tuệ của nòi giống người Việt Nam: Tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8 - 10 tuổi 9,8%; Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng MI đủ tiêu chuẩn phòng bệnh chỉ còn khoảng 60%; Mức trung vị I-ốt niệu còn 8,3 mcg/dl.

- Kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết TW năm 2018 cho thấy tỷ lệ hộ gia đình dùng muối I-ốt hằng ngày đủ tiêu chuẩn phòng bệnh (≥ 20 ppm) đạt 79,6% (chưa đạt so với mục tiêu là $> 90\%$). Mức trung vị I-ốt niệu của bà mẹ có con dưới 5 tuổi đạt là 9,7 μ g/dL (chưa đạt mục tiêu là từ 10 đến 20 μ g/dl)

3.1.4. Vấn đề thiếu kẽm dinh dưỡng và thiếu vitamin D:

- Tỷ lệ thiếu kẽm ở trẻ em và phụ nữ: Theo kết quả của điều tra vi chất năm 2014 - 2015 cho thấy thiếu kẽm ở Việt Nam cũng là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng (80,3% ở phụ nữ có thai, 63,6% ở phụ nữ tuổi sinh đẻ, 69,0% ở trẻ em). Kết quả của điều tra vi chất năm 2019-2020 cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm ở cộng đồng đặc biệt là trẻ em và phụ nữ có thai dù đã giảm nhưng vẫn còn rất cao hiện nay, ở mức có ý nghĩa cộng đồng rất nặng ở tất cả các vùng trong cả nước (63,5% ở phụ nữ có thai, 58,0% ở trẻ em). Trong đó tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi thiếu kẽm cao nhất ở miền núi phía Bắc chiếm 67,7% và Tây Nguyên chiếm 66,6%. Tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ có thai rất cao ở miền núi phía Bắc lên tới 81,9%.

- Thiếu vitamin D: Thiếu vitamin D và không đủ/thấp vitamin D là vấn đề phổ biến ở trẻ em tiểu học nông thôn và thành thị. Nghiên cứu cắt ngang mô tả năm 2012 được tiến hành trên 388 trẻ 6 - 11 tuổi ở 6 tỉnh của Việt Nam cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin D ($25(\text{OH})\text{D} < 50 \text{ nmol/L}$) ở trẻ em tiểu học là 19%. Tỷ lệ trẻ em có tình trạng vitamin D không đủ/thấp ($25(\text{OH})\text{D}$ huyết thanh từ 50 - <75 nmol/L) và nguy cơ thiếu vitamin D ($25(\text{OH})\text{D}$ 50 - 74,9 nmol/L) tương ứng là 30,2% và 77,7%. Việc phòng chống thiếu vitamin D và thiếu vi chất dinh dưỡng nói chung cho trẻ em tuổi học đường cần được đẩy mạnh bằng các can thiệp phù hợp nhằm cải thiện tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng trẻ em trong thời gian tới.

3.2. Các khó khăn, tồn tại trong hoạt động phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng:

- Nhìn chung phòng chống thiếu vitamin A vẫn chủ yếu dựa vào viên nang vitamin A, các giải pháp dựa vào thực phẩm còn hạn chế.

- Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ và phụ nữ có thai tại các vùng núi, vùng sâu vùng xa, đồng bào dân tộc thiểu số bổ sung viên sắt/acid folic chưa thực sự bảo đảm ổn định, nhất là nguồn cung cấp viên sắt/acid folic. Các giải pháp khác như tăng cường sắt vào thực phẩm chưa bao phủ cao.

- Vấn đề thiếu đa vi chất (thiếu 2 vi chất dinh dưỡng trở lên): Thiếu đa vi chất dinh dưỡng phụ nữ có thai và phụ nữ nuôi con bú, ảnh hưởng trực tiếp tới thiếu vi chất dinh dưỡng trong 1000 ngày đầu của trẻ. Cần có giải pháp phòng chống thiếu đa vi chất trên bà mẹ và trẻ nhỏ, ưu tiên tại các vùng núi phía Bắc, vùng sâu vùng xa, đồng bào dân tộc thiểu số.

- Tại các vùng miền núi, vùng sâu vùng xa, đồng bào dân tộc thiểu số, nhiều người dân chưa hiểu về tác hại của thiếu vi chất dinh dưỡng và cách phòng chống nên chưa tự nguyện tìm mua và sử dụng các thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng hoặc các sản phẩm bổ sung phù hợp.

- Vấn đề phòng chống thiếu vitamin D và thiếu kẽm cũng như selen chưa được quan tâm và đầu tư phù hợp.

- Việc sử dụng muối I-ốt chưa cao, không đạt mục tiêu, tính duy trì và bền vững chưa cao. Việc cắt giảm đầu tư cho chương trình phòng chống bướu cổ là trở ngại để duy trì kết quả đã đạt được.

- Việc thực hiện Nghị định số 09/2016/NĐ-CP về tăng cường vi chất vào thực phẩm chưa được triển khai quyết liệt, chưa có các cơ quan chịu trách nhiệm giám sát việc thực thi nghị định.

- Các văn bản hỗ trợ các giải pháp phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng chưa đầy đủ. Chưa có các chế tài xử phạt khi không thực hiện Nghị định số 09/2016/NĐ-CP, chưa có các quy định cụ thể cập nhật về loại, hàm lượng vi chất dinh dưỡng tăng cường vào thực phẩm, nhãn các thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng, bộ nhận diện sản phẩm thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng.

4. Về tình trạng thừa cân, béo phì và yếu tố nguy cơ của một số bệnh mạn tính không lây liên quan đến dinh dưỡng người trưởng thành

4.1. Thực trạng:

Kết quả giám sát theo dõi tình trạng thừa cân béo phì và yếu tố bệnh không lây năm 2015 tiến hành trên toàn quốc với 3.856 người đối tượng tuổi từ 18 - 69 tuổi đã cho thấy:

- Có 15,6% số người dân Việt Nam hiện tại bị thừa cân béo phì (BMI ≥ 25), tỷ lệ này cao hơn ở thành thị (21,3%) so với nông thôn (12,6%).

- Có 30,2% số người trưởng thành có tăng cholesterol máu (cholesterol máu $\geq 5,0$ mmol/L).

- Có tới 67,0% nam giới và 72,0% nữ giới có mức HDL thấp. Các yếu tố nguy cơ của bệnh mạn tính không lây được xác định trong điều tra STEPs: có tới 77,3% số nam giới và 11,0% nữ giới hiện tại đang sử dụng rượu bia (tức là có uống trong vòng 30 ngày qua), tỷ lệ chung cho cả hai giới là 43,8% và có xu hướng tăng theo thời gian.

- Có 57,2% dân số trưởng thành ăn thiếu rau/trái cây so với khuyến cáo của WHO (400g/ngày) và tỷ lệ này cao hơn ở nam giới so với nữ giới (63,1% so với 51,4%).

So với kết quả điều tra STEPS 2010, tỷ lệ ăn thiếu rau và trái cây giảm nhưng vẫn ở mức rất cao. Trung bình một người tiêu thụ 9,4 gam muối trong một ngày, cao gần gấp đôi so với khuyến cáo của WHO (dưới 5 gam muối/người/ngày). Gần 1/3 dân số (28,1%) thiếu hoạt động thể lực so với khuyến cáo của WHO (có hoạt động thể lực cường độ trung bình ít nhất 150 phút/tuần hoặc tương đương). Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực ở nam (20,2%) thấp hơn so với nữ (35,7%).

- Các rối loạn chuyển hóa dinh dưỡng ngày một gia tăng, như rối loạn mỡ máu, rối loạn đường huyết, tăng acid uric, hội chứng rối loạn chuyển hóa,... Nguyên nhân chính của các rối loạn chuyển hóa đó là chế độ ăn, lối sống và hoạt động thể lực. Kết quả điều tra năm 2018 - 2020 cho thấy số người mắc hội chứng chuyển hóa là 23,3%, tỷ lệ cholesterol máu cao >40%.

4.2. Các khó khăn, tồn tại:

- Vấn đề suy dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng trong 1000 ngày đầu đời có tác động đến sức khỏe sau này, gia tăng tỷ lệ thừa cân béo phì và rối loạn chuyển hóa dinh dưỡng.

- Vấn đề tiêu thụ quá nhiều thịt (134 gram/người/ngày) góp phần gia tăng các vấn đề rối loạn chuyển hóa.

- Vấn đề ăn rau xanh và quả chín chưa đủ về số lượng theo khuyến cáo của WHO và chưa bảo đảm tính đa dạng.

- Sự thay đổi về lối sống, du nhập chế độ ăn phương Tây, các thực phẩm có chứa nhiều đường, béo.

- Hạn chế các điều kiện, môi trường cho tăng cường hoạt động thể lực, vận động thể thao.

- Nhận thức của người dân, thậm chí cả cán bộ y tế về vai trò dinh dưỡng đối với thừa cân, béo phì và các bệnh mạn tính không lây liên quan còn hạn chế.

- Chưa xây dựng đồng bộ về hệ thống giám sát, theo dõi và tư vấn. Việc triển khai thực hiện hoạt động còn yếu và thiếu ở nhiều địa phương.

- Thiếu giáo dục truyền thông và hướng dẫn thực hiện cụ thể cho từng đối tượng về biện pháp chế độ ăn, vận động thể lực và thay đổi lối sống.

II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Khắc phục được các bất cập về chế độ dinh dưỡng góp phần nâng cao thể lực, tầm vóc con người Việt Nam và không chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm.

III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. Giải pháp 1:

Ban hành các quy định về

(1) bảo đảm chế độ dinh dưỡng bao gồm:

- Hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền.
- Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ (ngân hàng sữa mẹ), trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi).

(2) bổ sung vi chất vào thực phẩm: Bắt buộc 04 loại thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng, đó là: Muối dùng để ăn trực tiếp, dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường iốt; bột mì dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường sắt và kẽm; dầu thực vật có chứa một trong các thành phần dầu đậu nành, dầu cọ, dầu mè và dầu lạc phải tăng cường vitamin A, trừ dầu thực vật dùng trong chế biến thực phẩm theo phương pháp công nghiệp)

(3) cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm.

2. Giải pháp 2:

Ban hành các quy định về:

(1) bảo đảm chế độ dinh dưỡng bao gồm:

- Hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền.
- Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ (ngân hàng sữa mẹ), trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi).

(2) cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm.

3. Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không ban hành quy định ở cấp độ Luật mà tổ chức triển khai thực hiện theo các chương trình, đề án do Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

1. Đánh giá tác động của giải pháp 1:

1.1. Tác động về kinh tế:

1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

1.1.1.1. Đối với giải pháp về bảo đảm chế độ dinh dưỡng:

a) Về hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền:

Việc thực hiện chính sách sẽ làm tăng chi của Nhà nước do phải đầu tư cho hoạt động nghiên cứu, đánh giá để có cơ sở cho việc hướng dẫn khẩu phần ăn. Tuy nhiên, trên thực tế về cơ bản Bộ Y tế đã có hướng dẫn về khẩu phần ăn nên phần chi phí phát sinh sẽ chủ yếu phục vụ cho việc nghiên cứu, cập nhật các khẩu phần ăn. Ước tính chi phí bình quân cho hoạt động này là khoảng 20 tỷ đồng/năm và chi phí cho tổng điều tra 05 năm/lần là khoảng 300 tỷ.

b) Về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ:

Việc thực hiện chính sách về cơ bản không làm phát sinh chi phí cho Nhà nước mà còn góp phần tăng thu thuế do nội dung của quy định sẽ hướng về việc tạo cơ chế cho việc thành lập các ngân hàng sữa mẹ tại cơ sở sản khoa, trong đó chi phí đầu tư ngân hàng sẽ được hình thành từ nguồn quỹ đầu tư của các đơn vị và cho phép được thu mua sữa từ người hiến để bán lại cho người có nhu cầu (chi phí bán được tính theo quy định của pháp luật về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh) đồng thời có cơ chế cho phép các cơ sở được miễn giảm đối với đối tượng chính sách, các chi phí miễn giảm được tính vào chi phí hợp lệ của đơn vị khi khai báo và tính thuế.

c) Về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi):

Nếu thực hiện chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em tuổi học đường thông qua chương trình sữa học đường thì ước tính một năm Nhà nước sẽ phải chi khoảng 1,980 tỷ/năm.

Cách tính: Hiện nay các quốc gia có chính sách về sữa học đường thường áp dụng chính sách này cho nhóm trẻ em từ 5 đến 14 tuổi và Nhà nước sẽ hỗ trợ chi phí cho đối tượng là trẻ em thuộc hộ nghèo.

Nếu tính số lượng học sinh phổ thông của Việt Nam hiện nay sẽ có khoảng 13 triệu trẻ em, trong đó theo thống kê của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thì hiện nay Việt Nam có gần 1,1 triệu hộ nghèo²² đồng thời nếu giả định mỗi hộ nghèo có khoảng 1,5 trẻ trong độ tuổi 5-14 tuổi và mỗi học sinh phổ thông sử dụng 110ml sữa/ngày thì số lượng sữa tiêu thụ trong 01 năm là khoảng 1,65 triệu học sinh x 300 ngày/năm là x 1 hộp sữa dung tích 110 ml/ngày = 495 triệu hộp sữa năm. Nếu theo tính giá trung bình cao của 1 hộp sữa tươi có dung tích 110ml là 4.000 đồng/hộp thì tổng số tiền mà Nhà nước sẽ phải chi là 1,980 tỷ/năm.

Tuy nhiên, bên cạnh việc tăng chi thì việc ban hành chính sách sẽ hỗ trợ Nhà nước tăng thu ngân sách từ thuế do chính sách sẽ làm tăng thêm số lượng cũng như số đối tượng sử dụng sản phẩm hàng hóa trên thị trường.

1.1.1.2. Đối với giải pháp bổ sung vi chất vào thực phẩm:

Hiện nay, hằng năm ngân sách nhà nước vẫn chi khoảng 6-8 tỷ đồng để mua KIO3 phát cho các doanh nghiệp sản xuất mua i-ốt. Bên cạnh đó, nhà nước còn phải đầu tư nguồn nhân lực cho tập huấn giám sát, xét nghiệm, chỉ đạo tuyến...mà vẫn không quản lý được chất lượng muối i-ốt trên thị trường. Do vậy, cần thiết phải thay đổi phương thức quản lý cũ trong sản xuất muối i-ốt nói riêng và trong sản xuất thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng nói chung. Theo đó, các doanh nghiệp sẽ tự mua nguyên liệu, trong đó có KIO3 để sản xuất sản phẩm của mình, việc mua-bán sẽ thực hiện quy luật cung - cầu và theo cơ chế thị trường; chuyên cơ chế quản lý của nhà nước từ tiền kiểm sang hậu kiểm mà cụ thể là cơ quan quản lý nhà nước sẽ chỉ kiểm tra sản phẩm muối i-ốt tại cơ sở sản xuất hoặc khi lưu thông trên thị trường theo các quy định của Luật An toàn thực phẩm và các văn bản có liên quan. Quy định này sẽ giảm được chi phí cho nhà nước khoảng 6-8 tỷ/năm.

1.1.1.3. Đối với giải pháp cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm

Việc thực hiện chính sách về cơ bản không làm phát sinh chi phí cho Nhà nước mà còn góp phần làm giảm chi từ ngân sách Nhà nước cho việc giải quyết các hậu quả do các bệnh liên quan đến dinh dưỡng.

Ví dụ: Như đã phân tích ở trên, chế độ dinh dưỡng không hợp lý là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh về tiểu đường.

²² Quyết định số 71/QĐ-BLĐTBXH ngày 19 tháng 01 năm 2023 về việc công bố kết quả rà soát hộ nghèo, hộ cận nghèo năm 2022 theo chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2022 - 2025

Trên thế giới, theo báo cáo GBD năm 2017 của Tổ chức Y tế thế giới thì gánh nặng chi phí cho đái tháo đường ước tính 1,3 nghìn tỷ USD năm 2015 và tăng lên đến 2,5 nghìn tỷ USD vào năm 2030.

Tại Việt Nam chi phí điều trị đái tháo đường do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả năm 2020 là gần 3.000 tỷ đồng²³ chiếm tỷ lệ 2,8% trong tổng chi của Quỹ bảo hiểm y tế (104.220 tỷ đồng) và theo báo cáo về tình hình quản lý sử dụng Quỹ bảo hiểm y tế thì ngân sách Nhà nước chiếm khoảng 60% tổng số tiền đóng bảo hiểm. Như vậy, riêng chi phí Nhà nước phải bỏ ra là khoảng trên 1.750 tỷ đồng.

1.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:

Việc thực hiện chính sách sẽ cơ bản không tác động bất lợi đối với cơ sở y tế mà thậm chí còn giúp cơ sở y tế có một số lợi ích như: có căn cứ rõ ràng hơn để tính toán chi phí cho chế độ dinh dưỡng của người bệnh nội trú. Riêng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân có thể sử dụng việc xây dựng và đáp ứng các tiêu chuẩn về chế độ dinh dưỡng để quảng cáo cho hoạt động của mình.

Tuy nhiên, việc áp dụng chính sách có thể sẽ phát sinh chi phí đầu tư cho các cơ sở y tế liên quan đến việc chuẩn hóa hệ thống cung cấp khẩu phần ăn cho người bệnh điều trị nội trú.

1.1.3. Tác động đối với doanh nghiệp:

Việc thực hiện chính sách sẽ làm không làm tăng chi của doanh nghiệp do việc ban hành các hướng dẫn về khẩu phần ăn chủ yếu mang tính chuyên môn và có tính chất khuyến cáo, không bắt buộc áp dụng do vậy cơ bản không tác động bất lợi đối với doanh nghiệp mà thậm chí còn giúp doanh nghiệp có một số lợi ích như:

1.1.3.1. Đối với giải pháp về bảo đảm chế độ dinh dưỡng:

- Đối với doanh nghiệp kinh doanh thực phẩm sẽ có thông tin để xây dựng chiến lược kinh doanh phù hợp, đặc biệt là các doanh nghiệp kinh doanh sữa và các thực phẩm là thành phần của các khẩu phần ăn; như đã phân tích tại phần tác động với Nhà nước, các doanh nghiệp kinh doanh sữa có thể tăng doanh thu thêm khoảng trên 1.900 tỷ đồng từ việc cung cấp sữa cho đối tượng được Nhà nước hỗ trợ.

²³ Báo cáo của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tại Hội thảo Quản lý bệnh đái tháo đường năm 2020

- Đối với các doanh nghiệp kinh doanh dịch vụ giáo dục: có căn cứ rõ ràng hơn để tính toán chi phí cho bữa ăn của học sinh nội trú, có thể sử dụng việc xây dựng và đáp ứng các tiêu chuẩn về khẩu phần ăn, chế độ dinh dưỡng để quảng cáo cho hoạt động của mình.

- Đối với nhóm các cơ sở giáo dục có tổ chức học bán trú:

Nếu áp dụng quy định về bữa ăn học đường và sữa học đường thì về cơ bản không làm tăng chi phí của các cơ sở giáo dục do hiện nay các cơ sở giáo dục bán trú vẫn đang thực hiện các nội dung này nhưng sẽ phải tăng chi đầu tư nhân lực để thực hiện việc sắp xếp, tính toán chế độ dinh dưỡng đối với từng bữa ăn.

1.1.3.2. Đối với giải pháp bổ sung vi chất vào thực phẩm:

- Về tăng cường i-ốt vào muối:

+ Về kỹ thuật tăng cường: Kinh nghiệm Việt Nam đã thực hiện thành công tăng cường i-ốt vào muối từ năm 1995 và hơn 80 quốc gia trong đó có 14 nước trong khu vực đã thực hiện thành công tăng cường i-ốt vào muối. Do vậy, về kỹ thuật, Việt Nam hoàn toàn có thể thực hiện được. Đồng thời, các nghiên cứu và kinh nghiệm thực tế từ năm 1995-2005 của nước ta đã chỉ ra rằng, sử dụng muối i-ốt trong chế biến thực phẩm không làm thay đổi màu sắc, mùi vị của thực phẩm.

+ Về chi phí đầu tư trang thiết bị đối với doanh nghiệp: Mua máy trộn i-ốt với giá thành khoảng 200 triệu, khấu hao trong vòng 7-10 năm (máy công suất lớn)²⁴.

+ Về chi phí giá thành sản phẩm:

Chi phí giá muối i-ốt thành phẩm không tăng nhiều so với muối thường:

Chi phí đầu tư máy trộn muối i-ốt 2-3 tấn/giờ: 180.000.000 đồng - 200.000.000 đồng khấu hao 7-10 năm, chi phí khấu hao khoảng: 20 đồng/kg

Chi phí hóa nghiệm, vật tư, nhân công: 10 đồng/kg

Hóa chất KIO_3 : 70 đồng/kg muối²⁵

²⁴ Báo cáo Công ty TNHH một thành viên muối Việt Nam

²⁵ Báo cáo Bệnh viện Nội tiết trung ương

Như vậy, kinh phí tăng thêm cho 01 kg muối i ốt (so với muối không trộn i ốt): 100 đồng/kg

Với chi phí tăng thêm khoảng 100 đồng/1kg muối, doanh nghiệp có thể lãi ít, vẫn giữ nguyên giá hoặc tăng giá thêm thì người dân vẫn có thể chấp nhận được.

+ Về tính sẵn có của nguồn nguyên liệu:

Nước ta có bờ biển dài 3.260 km với truyền thống làm muối từ nước biển lâu đời. Toàn quốc hiện có 21 tỉnh, thành phố gồm 41 huyện, 118 xã có nghề sản xuất muối (Miền Bắc: 07 tỉnh, Miền trung: 07 tỉnh, Nam Bộ: 07 tỉnh) và có trên 66 cơ sở sản xuất muối ăn tinh, muối sạch... trong đó có muối i ốt. Hiện nay, hầu hết các nhà máy muối i ốt tập trung tại các tỉnh sẵn có hoặc gần các nguồn muối nguyên liệu, thuận tiện vận chuyển như: Nam Định, Thanh Hóa, Nghệ An, Đà Nẵng, Khánh Hòa, Ninh Thuận, thành phố Hồ Chí Minh, Bạc Liêu.

Nguồn cung KIO₃ được nhập chủ yếu ở Chi Lê, Ấn Độ và đang được cung cấp trên thị trường bởi rất nhiều công ty như: Công ty CP và thiết bị hóa chất Tiên Hoàng, Công ty hóa chất Việt Mỹ, Công ty Trường Phú, Công ty Hải Châu, Công ty TNHH một thành viên Muối Việt Nam....

Sản phẩm muối i ốt mang thương hiệu SOSALCO, VISALCO, Công ty cổ phần thực phẩm BIM... đang có mặt khắp nơi, từ thành phố - thành thị đến những vùng sâu, vùng xa và có mặt trong hầu hết các hệ thống siêu thị như Sài Gòn Co-op, Siêu thị BigC, Vinatex....

Trong các buổi tọa đàm Đánh giá 09 năm thi hành Nghị định số 163/2005/NĐ-CP tại Nam Định, Ninh Thuận, Thành phố Hồ Chí Minh thì hầu hết các cơ sở sản xuất muối đều đề xuất để doanh nghiệp tự mua KIO₃, cởi bỏ cơ chế bao cấp dẫn đến xin-cho và cạnh tranh không lành mạnh giữa các doanh nghiệp.

Do vậy, các cơ sở sản xuất muối i-ốt hoàn toàn có thể tự mua nguyên liệu để sản xuất sản phẩm thực phẩm của mình.

- Về tăng cường sắt, kẽm vào bột mỳ:

+ Về kỹ thuật tăng cường: Theo thống kê của Tổ chức Sáng kiến Tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm (FFI) tính đến năm 2014, có 81 nước trên thế giới thực hiện tăng cường vi chất (sắt, kẽm...) bắt buộc vào bột mỳ.

Theo điều tra năm 2011 tại 18 nhà máy (chiếm 67%) ước tính năng lực sản xuất bột mì hàng năm của Việt Nam là 1,8 triệu tấn. Trong đó, 6 nhà máy lớn có công suất chiếm 54% tổng sản lượng bột mì. 17/18 nhà máy có dây chuyền sản xuất tự động, 1/18 nhà máy có dây chuyền bán tự động và có 01 nhà máy đang tăng cường vi chất dinh dưỡng vào bột mì để xuất khẩu.

+ Về chi phí đầu tư trang thiết bị đối với doanh nghiệp: Nếu thực hiện bắt buộc tăng cường vi chất vào bột mì, các nhà máy sẽ cần mua thiết bị với giá khoảng 5000 USD (khoảng 110.000.000 VNĐ, giá năm 2011).

+ Về chi phí giá thành sản phẩm:

Giá sắt EDTA: 105.000 đồng/kg

Giá kẽm oxid: 126.000 đồng/kg

Liều lượng bổ sung sắt: 52 mg sắt/kg bột mì (QCVN)

Liều lượng bổ sung kẽm: 132 mg kẽm/kg bột mì

Như vậy giá sắt và kẽm tăng cường trong 01kg bột mì là: 22.1 đồng.

Chi phí hóa nghiệm, vật tư, nhân công: 10 đồng/kg

Giá thành tăng thêm cho 01 kg bột mì (trong đó có tính đến chi phí đầu tư trang thiết bị) khoảng: 32,12 đồng/kg.

+ Về tính sẵn có của nguồn nguyên liệu:

Ở Việt Nam không trồng được lúa mì nên 100% nguyên liệu lúa để sản xuất bột mì đều phải nhập khẩu, nguồn nhập khẩu chính từ các nước Úc, Mỹ, Ấn Độ, Trung Quốc. Vì vậy, chất lượng và giá bột mì sản xuất trong nước phụ thuộc khá nhiều vào nguồn lúa nguyên liệu²⁶.

Hiện nay trên cả nước đã có gần 30 nhà máy sản xuất bột mì với công suất 1,5-2 triệu tấn/năm. Sản lượng bột mì nhập khẩu giảm dần chỉ còn khoảng 36 nghìn tấn/năm do các nhà máy đã chủ động xay xát được lúa mì. Như vậy sản xuất bột mì trong nước đã gần như đáp ứng được hết nhu cầu sử dụng bột mì trong nước, chỉ còn một lượng bột mì rất nhỏ được nhập khẩu chủ yếu để đáp ứng một số nhu cầu riêng biệt.

²⁶ Theo số liệu thống kê ngành sản xuất bột mì của Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn

Nguồn cung Sắt EDTA, sulphate sắt, fumarate sắt, Kẽm oxyd đang được cung cấp trên thị trường bởi một số công ty như: Công ty CP và thiết bị hóa chất Tiên Hoàng, Công ty hóa chất Việt Mỹ, Công ty Trường Phú, Công ty Hải Châu, Công ty cổ phần Á Châu...

- Về tăng cường vitamin A vào dầu thực vật:

+ Về kỹ thuật tăng cường: Quy trình tăng cường vitamin A vào dầu thực vật được thực hiện sau khi đã hoàn thành quá trình tinh luyện và ngay trước công đoạn đóng chai. Vitamin A được phối trộn với dầu trong các thùng khuấy và được sử dụng đầu tiên cho việc trộn các chất phụ gia bảo quản vào dầu. Quy trình công nghệ tương đối đơn giản (chỉ cần có một máy khuấy trộn) và một số công ty sản xuất dầu ăn hiện nay đã có sẵn trang thiết bị để thực hiện tăng cường vitamin A trong dầu ăn. Các nghiên cứu tại Việt Nam đã chỉ ra sự bền vững của vitamin A trong dầu thực vật khi chiên rán thông thường và chiên rán nhiều lần ở nhiệt độ cao như chiên rán khoai tây nhiều lần ở nhiệt độ 180°C (lặp lại 2 lần) thì vitamin A còn lại đến 87%.

+ Về chi phí đầu tư trang thiết bị đối với doanh nghiệp: Nếu thực hiện bắt buộc tăng cường vi chất vào dầu ăn, các nhà máy sẽ cần đầu tư nhà xưởng và trang thiết bị với giá khoảng 20 tỷ đồng (theo số liệu của Công ty dầu thực vật Tường An).

+ Về chi phí giá thành sản phẩm:

Giá vitamin A (retinyl palmitat): 1.134.000 đồng/kg

Liều lượng bổ sung vitamin A vào dầu thực vật: 30 mg/kg dầu

Giá vitamin A được tăng cường trong 1 kg dầu: 34,02 đồng/kg

Sản lượng sản xuất 1 năm của công ty: 163.000 tấn dầu thực vật

Kinh phí đầu tư: 20 tỷ đồng

Khấu hao trong 5 năm: 4 tỷ đồng/năm

Giá vitamin A mua trong 01 năm để bổ sung vào dầu: $34,02 \times 163.000$ tấn
= 5,5 tỷ đồng

Chi phí sản xuất của công ty trong 01 năm là: $4 + 5,5 = 9,5$ tỷ đồng

Chi phí hóa nghiệm, vật tư, nhân công: 10 đồng/kg

Giá thành tăng thêm cho 01 kg dầu ăn tăng cường vitamin A ước tính khoảng: 68,28 đồng/kg.

Theo Bộ Công Thương, năm 2013 Việt Nam đã sản xuất 718.000 tấn dầu tinh luyện các loại, tăng 1,35% so với năm 2012. Sản lượng dầu tinh luyện năm 2014 và năm 2015 được dự báo lần lượt tăng ở mức 774.000 và 850.000 tấn do sự tăng trưởng của ngành dầu đậu tương thô trong nước. Ngành công nghiệp dầu thực vật của Việt Nam sản xuất các loại sản phẩm đáp ứng nhu cầu của thị trường trong nước cũng như xuất khẩu. Theo các nhà sản xuất trong nước, dầu cọ là sản phẩm dầu thực vật chính chiếm 70% thị phần. Dầu nành chiếm 23% còn các loại dầu thực vật khác chiếm 7%.

Hiện tại, có khoảng 37 doanh nghiệp trong nước sản xuất bốn loại sản phẩm dầu thực vật chính (*dầu ăn, dầu salad, dầu dinh dưỡng và dầu rắn*) đáp ứng nhu cầu tiêu dùng của con người và của ngành công nghiệp chế biến thực phẩm. Các nhãn hiệu dầu ăn được tin dùng tại Hà Nội là dầu ăn Simply, Neptune và Mezan của công ty Dầu thực vật Cái Lân, ở thành phố Hồ Chí Minh là công ty Tường An và ở khu vực phía Nam Việt Nam là dầu ăn Marvela của công ty Golden Hope Nhà Bè. Tất cả các công ty này đều thuộc toàn quyền sở hữu hoặc là công ty cổ phần của một doanh nghiệp nhà nước là Tổng công ty Công nghiệp Dầu thực vật Việt Nam (VOCARIMEX)²⁷.

Nguồn cung vitamin A (retinyl palmitat) đang được cung cấp trên thị trường bởi một số công ty như: Công ty CP và thiết bị hóa chất Tiến Hoàng, Công ty hóa chất Việt Mỹ, Công ty Trường Phú, Công ty Hải Châu, Công ty cổ phần Á Châu...

1.1.3.3. Đối với giải pháp cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm:

Cơ sở sản xuất thực phẩm bao gói sẵn, trong đó bao gồm cả các cơ sở sản xuất sữa tươi) cũng chịu ảnh hưởng của chính sách do sẽ phải đầu tư cho việc tính toán mức độ calo mà sản phẩm thực phẩm mang lại đồng thời phải in thêm một dòng thông tin về giá trị dinh dưỡng (calo) trên nhãn mác của sản phẩm.

²⁷ theo Viettrade

Tuy nhiên, mức tăng chi phí là không đáng kể: nếu in bổ sung thông tin với mức 1.000 nhãn/lần in thì mức chi phí là khoảng 100 đồng/nhãn.

1.1.4. Tác động đối với người dân:

Người dân sẽ phải tăng chi phí cho việc thực hiện chính sách sữa học đường và nếu tính theo giả định mỗi một trẻ em sẽ sử dụng 110 ml sữa tươi/ngày thì một năm chi phí mà gia đình sẽ phải bỏ ra cho một trẻ em trong 01 năm là 300 ngày/năm là $x 4.000$ đồng một hộp sữa có dung tích 110 ml = 1,200,000 đồng/năm.

Đối với nhóm các chính sách về bổ sung vi chất vào thực phẩm: như đã nêu trên chính sách làm tăng không đáng kể giá thành sản phẩm và qua đánh giá cho thấy người dân có thể chấp nhận mức tăng giá này.

1.1.5. Tác động về kinh tế đối với xã hội:

Thiếu vi chất dinh dưỡng tạo gánh nặng quốc gia về sức khỏe và kinh tế. Trên thế giới 2 tỷ người bị thiếu vi chất dinh dưỡng; 136.000 phụ nữ và trẻ em tử vong hàng năm do thiếu máu, thiếu sắt; 190 triệu trẻ em trước tuổi học đường bị thiếu vitamin A; 1,1 triệu người tử vong hàng năm do thiếu vitamin A và kẽm; 300.000 trẻ đẻ ra bị dị tật bẩm sinh do bà mẹ thiếu folate. Thiếu dinh dưỡng ở châu Á và châu Phi làm giảm 11% tổng sản phẩm quốc nội (GDP).

Các vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là thiếu iốt, vitamin A, sắt và kẽm như đề cập ở trên gây tổn thất nhiều chi phí cho xã hội. Hiện nay, ở Việt Nam, tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi là 30/1000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ trẻ em chết dưới 5 tuổi là 39/1000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ trẻ sơ sinh chết là 7,5/1000 trẻ sinh sống và tỷ lệ chết mẹ là 95/100.000 trẻ đẻ sống, tỷ số rủi ro tương đối của các trường hợp tử vong do thiếu vitamin A nhẹ ở trẻ trên 6 tháng tuổi là 1,75.

Trong số 1.600 trường hợp tử vong mẹ hàng năm có 192 (12%) trường hợp liên quan đến thiếu máu do thiếu sắt. Thiếu máu không chỉ gây tác hại đối với sức khỏe, năng lực trí tuệ mà còn ảnh hưởng tới phát triển kinh tế của đất nước do năng suất lao động kém và những chi phí do bệnh tật - hậu quả của tình trạng thiếu máu thiếu sắt.

Theo tính toán của các nhà kinh tế, khắc phục tình trạng thiếu Iốt, vitamin A và sắt có thể nâng cao được chỉ số thông minh (IQ) của cộng đồng tới 10-15 điểm, giảm tử vong bà mẹ khoảng 1/3, giảm tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh xuống 40% và tăng khả năng lao động khoảng gấp rưỡi.

Thiếu sắt cũng gây ra một hậu quả tương tự: giảm khả năng lao động do giảm khả năng trí tuệ khi còn nhỏ, mất mát khả năng lao động của lực lượng lao động trí óc và của lực lượng lao động chân tay sẽ gây tổn thất là 228 triệu đô la một năm và 2.408 triệu đô la trong 10 năm tới nếu tình hình không được cải thiện.

Việc ban hành chính sách sẽ góp phần hạn chế và từng bước tiến đến giải quyết dứt điểm các vấn đề nêu trên.

1.2. Tác động về xã hội:

1.2.1. Về tác động chung:

Việc áp dụng chính sách không chỉ đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em mà còn góp phần tăng cường mức tiêu thụ sữa và các cơ hội nâng cao thu nhập hỗ trợ kinh tế gia đình, thúc đẩy phát triển chăn nuôi bò sữa, tạo việc làm ổn định cho các doanh nghiệp quy mô vừa và nhỏ. Trên tầm vĩ mô, Chương trình sữa học đường đã hỗ trợ mục tiêu phát triển kinh tế xã hội của đất nước, giúp làm giảm nghèo và phát triển bền vững, ổn định an ninh lương thực thực phẩm gia đình. Góp phần phát triển lực lượng lao động tương lai có kiến thức và khỏe mạnh; tạo thị trường liên tục cho sản xuất nông nghiệp cũng như những sản phẩm dịch vụ công nghiệp liên quan.

1.2.2. Tác động về sức khỏe:

Hậu quả của thiếu các vi chất dinh dưỡng đã được biết rõ. Các hậu quả dễ nhận thấy như thiếu iốt gây bướu cổ; thiếu vitamin A gây bệnh khô mắt, mù dinh dưỡng; thiếu sắt gây bệnh thiếu máu dinh dưỡng; thiếu folate gây dị dạng ống thần kinh, tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và huyết áp; thiếu kẽm làm tăng biến chứng trong thời kỳ thai nghén, cản trở sự phát triển trí lực và thể lực ở trẻ em, làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch, tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng.

Thiếu vi chất dinh dưỡng còn gây nhiều hậu quả tiềm ẩn trầm trọng khác. Iốt rất cần để tổng hợp ra nội tiết tố (hoóc-môn) giáp trạng, là hoóc-môn đóng vai trò quan trọng trong cơ thể. Thiếu iốt dẫn đến thiếu hoóc-môn giáp gây ra nhiều rối loạn khác nhau gọi chung là “các rối loạn do thiếu iốt”: bướu cổ, chậm phát triển trí tuệ, chiều cao, chậm phát triển sinh dục, đần độn, điếc, lác mắt, liệt cứng chi, sảy thai tự nhiên, đẻ non, thai chết lưu... Hậu quả nghiêm trọng nhất của thiếu iốt là ảnh hưởng tới phát triển của bào thai. Thiếu iốt ở phụ nữ trong thời gian mang thai có thể gây sảy thai, thai chết lưu, đẻ non, mẹ thiếu iốt nặng, trẻ sinh ra có thể bị đần độn do tổn thương não vĩnh viễn. Thiếu iốt liên tục ở trẻ em và thanh thiếu niên, sẽ gây giảm khả năng trí tuệ, giảm chỉ số thông minh, kể cả chậm phát triển thể chất, suy dinh dưỡng, lùn, kém hoạt động...

Thiếu vitamin A tiền lâm sàng được xác nhận là nguyên nhân làm tăng cao tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và làm chậm phát triển ở trẻ em. Thiếu máu thiếu sắt làm tăng nguy cơ tai biến sản khoa và tử vong đối với bà mẹ mang thai, giảm khả năng lao động và giảm phát triển trí tuệ ở trẻ em. Theo tính toán, trong số 1.600 trường hợp tử vong mẹ hàng năm có 192 (12%) trường hợp liên quan đến thiếu máu do thiếu sắt. Ngoài ra, thiếu máu còn ảnh hưởng tới phát triển kinh tế của đất nước do làm giảm năng suất lao động và tăng chi phí do bệnh tật gây ra do thiếu máu thiếu sắt.

Thiếu kẽm làm chậm phát triển thể chất đặc biệt là ảnh hưởng đến phát triển chiều cao ở trẻ em. Nặng hơn, trẻ sẽ có biểu hiện suy dinh dưỡng, lùn, chậm dậy thì, thiếu năng sinh dục và chậm phát triển tâm thần vận động. Nam giới có thể mất khả năng sinh sản. Phụ nữ có thai bị thiếu kẽm sẽ tăng nguy cơ các biến chứng trong thai kỳ như bào thai chậm phát triển, chuyển dạ kéo dài, trẻ sinh ra sẽ nhẹ cân và dễ sinh non và bị giảm đáng kể chức năng miễn dịch.

Thiếu folate là nguyên nhân của một số dị dạng ống thần kinh. Thiếu folate cũng được coi là yếu tố nguy cơ của các bệnh về tim mạch và huyết áp. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy bổ sung axit folic vào khẩu phần ăn hàng ngày đã làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, huyết áp, cũng như tử vong do bệnh tim mạch trên cộng đồng, giảm chi phí bệnh tật cho xã hội.

Tăng cường i-ốt vào muối có hiệu quả phòng chống các rối loạn do thiếu iốt. Ngay từ giai đoạn đầu của bào thai, cơ thể thai nhi đã hoàn toàn chịu ảnh hưởng từ việc hấp thu iốt của bà mẹ. Vào tuần thứ 12 của thời kỳ thai nghén, thai nhi cần iốt để tự tổng hợp hoóc-môn giáp nhằm duy trì sự sống. Tùy từng giai đoạn khác nhau của đời người, khi thiếu iốt sẽ gây nên tác hại khác nhau, thiếu iốt trong thời kỳ bào thai sẽ gây xảy thai, đẻ non, con đần độn, thiếu năng trí tuệ, bướu cổ sơ sinh. Thiếu năng trí tuệ và đần độn ở trẻ là tổn thương vĩnh viễn không thể hồi phục được. Ở các lứa tuổi khác, thiếu iốt có thể gây nên bướu cổ và các biến chứng: thiếu năng giáp, suy giảm khả năng lao động, ảnh hưởng đến phát triển sức khỏe. Ở cộng đồng thiếu I ốt, chỉ số thông minh IQ bị giảm 10% so với cộng đồng tương đồng không bị thiếu iốt. Iốt không những đóng vai trò phát triển trí tuệ mà còn góp phần phát triển thể lực, thiếu iốt cùng các vi chất khác cũng là một trong các nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi. Tạp chí Lancet 2008 và 2013 khẳng định sử dụng muối iốt là 1 trong 13 can thiệp hàng đầu nhằm giảm lệ suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi. Việc sử dụng muối iốt thường xuyên và lâu dài là một biện pháp đơn giản và hiệu quả để phòng, chống rối loạn do thiếu iốt. Việc quy định bắt buộc “muối dùng để ăn trực tiếp, dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường I-ốt” là cần thiết vì nếu không bắt buộc muối dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường i-ốt thì trên thị trường sẽ xuất hiện 02 loại muối như hiện nay là muối i-ốt và muối thường và như vậy sẽ không thể đạt được các mục tiêu theo khuyến cáo của WHO (Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng muối i ốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh $\geq 90\%$; mức trung vị i-ốt niệu 10-19mcg /dl; tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-10 tuổi $<5\%$). Chúng ta đã có bài học từ Nghị định số 163/2005/NĐ-CP và đang phải báo động về tình trạng thiếu hụt i-ốt đã quay trở lại Việt Nam.

Việc ban hành chính sách sẽ góp phần hạn chế và từng bước tiến đến giải quyết dứt điểm các vấn đề nêu trên.

1.2.3. Tác động về tâm lý:

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 1.920 người (mỗi tỉnh là 240 người) cho thấy:

- Có 1,674 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 87,19 %.

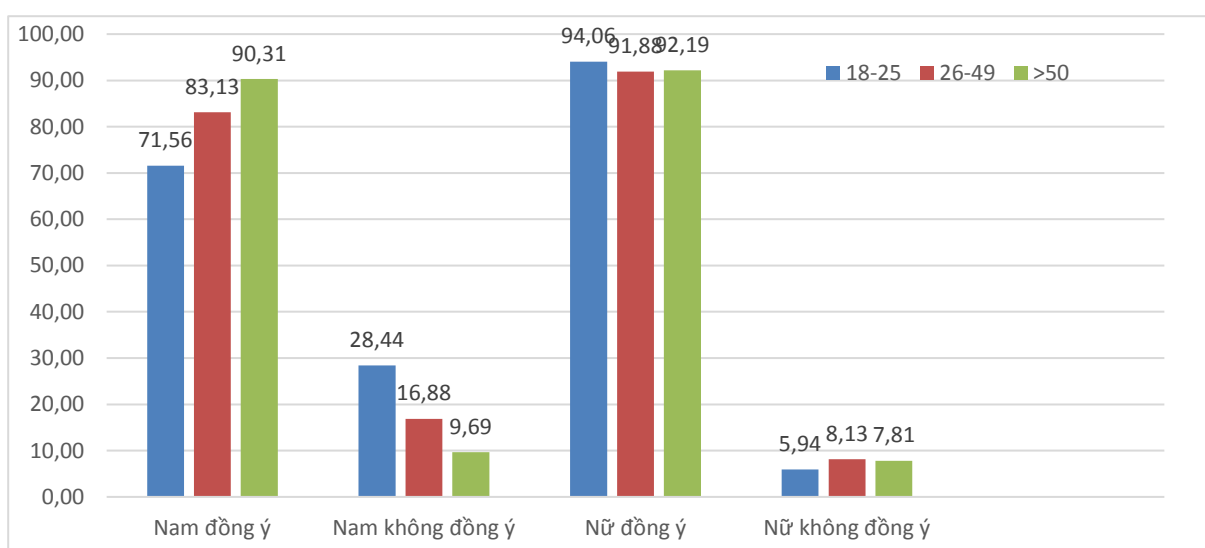
- Có 246 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 12,81%.

Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ 18 đến 25 (Lựa chọn phương án không quan tâm đến chính sách).

Bảng 1. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về dinh dưỡng theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	18-25		26-49		>50	
	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Nam	229	91	266	54	289	31
Nữ	301	19	294	26	295	25

Biểu 1. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới



1.3. Tác động về giới:

Các nghiên cứu khoa học hiện nay cũng như kinh nghiệm tổ chức thực hiện của các nước trong khu vực Châu Á cho thấy các biện pháp tác động nhằm cải thiện thể lực và tầm vóc thông qua việc cung cấp vi chất và sữa học đường chỉ hướng đến chỉ số cơ thể của từng đối tượng và thường tác động theo độ tuổi chứ không có quy định hay hướng dẫn can thiệp theo giới.

Do vậy, chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện đánh giá tác động chính sách, cơ quan đánh giá đã thực hiện việc đánh giá tác động về tâm lý theo giới, kết quả đánh giá cho thấy tỷ lệ nữ giới đồng ý với việc ban hành chính sách cao hơn so với tỷ lệ nam giới. Điều này hoàn toàn phù hợp với tâm lý về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người nội trợ.

1.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Dự kiến chính sách sẽ đưa ra quy định mang tính bắt buộc thực hiện nhưng không làm phát sinh các thủ tục hành chính do chính sách hướng tới việc ban hành các quy chuẩn kỹ thuật quốc gia chứ không nhằm mục đích cấp phép hay phê duyệt từ cơ quan quản lý Nhà nước. Do vậy, không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

1.5.1. Đối với hệ thống pháp luật trong nước:

Do không làm phát sinh thêm quyền và nghĩa vụ mới của công dân mà chỉ cụ thể hóa thêm quyền được bảo vệ sức khỏe nên nếu áp dụng chính sách mới này thì không trái với Hiến pháp cũng như hệ thống pháp luật hiện hành.

Tuy nhiên, để bảo đảm tính đồng bộ của hệ thống pháp luật thì việc ban hành sinh sách này sẽ thay thế quy định về bổ sung vi chất vào thực phẩm tại Luật an toàn thực phẩm. Theo đó, Luật an toàn thực phẩm sẽ chỉ quy định về vấn đề an toàn của thực phẩm và không bao gồm các quy định về sử dụng thực phẩm.

1.5.2. Đối với hệ thống pháp luật quốc tế:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

1.5.3. Kinh nghiệm pháp luật quốc tế:

Nhiều nước trong cộng đồng Châu Âu đã ban hành chính sách liên quan đến dinh dưỡng trong trường học với mục tiêu tăng cường môi trường ăn uống lành mạnh trong nhà trường.

Hiện nay, 28 thành viên trong liên minh Châu Âu đã ban hành lời khuyên dinh dưỡng trong trường học. Slovenia ban hành luật dinh dưỡng trong trường học vào năm 2010 trong đó quy định rõ tiêu chuẩn thực phẩm sử dụng trong trường học, cấm máy bán hàng tự động, cấm bán thức ăn đồ uống trong khuôn viên trường học. Bulgaria, Estonia, Hungary ban hành quy chuẩn cho bữa ăn học đường. Latvia cấm bán đồ uống có đường và chất tạo ngọt nhân tạo trong trường học. Đa số các thành viên trong liên minh Châu Âu tham gia vào kế hoạch hành động với mục tiêu cung cấp rau quả miễn phí cho học sinh. Nhiều bằng chứng khoa học cho thấy việc cung cấp rau quả cho trường học có ảnh hưởng tích cực đến khẩu phần ăn hàng ngày của học sinh. Những chương trình như vậy giúp vượt qua rào cản để rau quả luôn có sẵn trong trường học và khuyến khích học sinh hình thành thói quen ăn uống lành mạnh. Các quy chuẩn về thức ăn trong trường học đã được chứng minh có hiệu quả làm giảm tiêu thụ những đồ ăn có nhiều chất béo bão hòa, đường, muối và dẫn đến việc cải thiện khẩu phần ăn ở các trường tiểu học với sự gia tăng tiêu thụ những thực phẩm có nhiều dưỡng chất hơn.

Tại Nhật Bản, luật bữa ăn học đường được ban hành từ năm 1954 với mục tiêu vì sự phát triển lành mạnh về thể chất và tinh thần của học sinh. Tính đến tháng 5 năm 2009, khoảng 10 triệu học sinh Nhật tham gia vào chương trình bữa trưa học đường. Chính chương trình này còn là một hoạt động giáo dục. Học sinh được học cách ăn uống hợp lý và học văn hoá thực phẩm thông qua việc học thực đơn của mỗi bữa ăn. Theo cách này, hệ thống chương trình bữa trưa học đường của Nhật Bản thực sự cần thiết cho việc bồi dưỡng tinh thần và thể chất lành mạnh cho thế hệ tương lai của đất nước.

Chương trình sữa học đường đã được triển khai tại nhiều nước trên thế giới từ nhiều năm nay. Thành công nhất trong khu vực là chương trình sữa học đường của Nhật Bản, Trung Quốc và Thái Lan. Độ tuổi uống sữa thường từ 5-13 tuổi, có nơi đến 14 tuổi. Tại hội nghị sữa học đường lần thứ 10 được tổ chức tại Côn Minh, Trung Quốc vào tháng 4-2005 với hơn 165 quốc gia trên thế giới đã đến dự hội nghị và học tập kinh nghiệm của Trung Quốc, kể cả các nước phát triển như Mỹ, Canada, Nhật, Đức, Thụy Điển, Đan Mạch....

Đại diện tổ chức Nông Lương Liên hiệp quốc (FAO) đã đánh giá, thông qua các chương trình sữa học đường tại Bangladesh, Myanmar, Thái Lan và Trung Quốc đã không chỉ đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em ở các nước này, mà còn góp phần tăng cường mức tiêu thụ sữa và các cơ hội nâng cao thu nhập hỗ trợ kinh tế gia đình, thúc đẩy phát triển chăn nuôi bò sữa, tạo việc làm ổn định cho các doanh nghiệp quy mô vừa và nhỏ. Trên tầm vĩ mô, Chương trình sữa học đường đã hỗ trợ mục tiêu phát triển kinh tế xã hội của đất nước, giúp làm giảm nghèo và phát triển bền vững, ổn định an ninh lương thực thực phẩm gia đình. Góp phần phát triển lực lượng lao động tương lai có kiến thức và khỏe mạnh; tạo thị trường liên tục cho sản xuất nông nghiệp cũng như những sản phẩm dịch vụ công nghiệp liên quan.

2. Đánh giá tác động của giải pháp 1.2:

2.1. Tác động về kinh tế:

2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

2.1.1.1. Đối với giải pháp về bảo đảm chế độ dinh dưỡng:

a) Về hướng dẫn về khẩu phần ăn phù hợp cho từng đối tượng, vùng, miền:

Việc thực hiện chính sách sẽ làm tăng chi của Nhà nước do phải đầu tư cho hoạt động nghiên cứu, đánh giá để có cơ sở cho việc hướng dẫn khẩu phần ăn. Tuy nhiên, trên thực tế về cơ bản Bộ Y tế đã có hướng dẫn về khẩu phần ăn nên phần chi phí phát sinh sẽ chủ yếu phục vụ cho việc nghiên cứu, cập nhật các khẩu phần ăn. Ước tính chi phí bình quân cho hoạt động này là khoảng 20 tỷ đồng/năm và chi phí cho tổng điều tra 05 năm/lần là khoảng 300 tỷ.

b) Về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em sơ sinh không có sữa mẹ:

Việc thực hiện chính sách về cơ bản không làm phát sinh chi phí cho Nhà nước mà còn góp phần tăng thu thuế do nội dung của quy định sẽ hướng về việc tạo cơ chế cho việc thành lập các ngân hàng sữa mẹ tại cơ sở sản khoa, trong đó chi phí đầu tư ngân hàng sẽ được hình thành từ nguồn quỹ đầu tư của các đơn vị và cho phép được thu mua sữa từ người hiến để bán lại cho người có nhu cầu (chi phí bán được tính theo quy định của pháp luật về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh) đồng thời có cơ chế cho phép các cơ sở được miễn giảm đối với đối tượng chính sách, các chi phí miễn giảm được tính vào chi phí hợp lệ của đơn vị khi khai báo và tính thuế.

c) Về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em tuổi học đường (6-16 tuổi):

Nếu thực hiện chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ em tuổi học đường thông qua chương trình sữa học đường thì ước tính một năm Nhà nước sẽ phải chi khoảng 1,980 tỷ/năm.

Cách tính: Hiện nay các quốc gia có chính sách về sữa học đường thường áp dụng chính sách này cho nhóm trẻ em từ 5 đến 14 tuổi và Nhà nước sẽ hỗ trợ chi phí cho đối tượng là trẻ em thuộc hộ nghèo.

Nếu tính số lượng học sinh phổ thông của Việt Nam hiện nay sẽ có khoảng 13 triệu trẻ em, trong đó theo thống kê của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thì hiện nay Việt Nam có gần 1,1 triệu hộ nghèo²⁸ đồng thời nếu giả định mỗi hộ nghèo có khoảng 1,5 trẻ trong độ tuổi 5-14 tuổi và mỗi học sinh phổ thông sử dụng 110ml sữa/ngày thì số lượng sữa tiêu thụ trong 01 năm là khoảng 1,65 triệu học sinh x 300 ngày/năm là x 1 hộp sữa dung tích 110 ml/ngày = 495 triệu hộp sữa năm. Nếu theo tính giá trung bình cao của 1 hộp sữa tươi có dung tích 110ml là 4.000 đồng/hộp thì tổng số tiền mà Nhà nước sẽ phải chi là 1,980 tỷ/năm.

Tuy nhiên, bên cạnh việc tăng chi thì việc ban hành chính sách sẽ hỗ trợ Nhà nước tăng thu ngân sách từ thuế do chính sách sẽ làm tăng thêm số lượng cũng như số đối tượng sử dụng sản phẩm hàng hóa trên thị trường.

2.1.1.2. Đối với giải pháp cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm

Việc thực hiện chính sách về cơ bản không làm phát sinh chi phí cho Nhà nước mà còn góp phần làm giảm chi từ ngân sách Nhà nước cho việc giải quyết các hậu quả do các bệnh liên quan đến dinh dưỡng.

Ví dụ: Như đã phân tích ở trên, chế độ dinh dưỡng không hợp lý là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh về tiểu đường.

Trên thế giới, theo báo cáo GBD năm 2017 của Tổ chức Y tế thế giới thì gánh nặng chi phí cho đái tháo đường ước tính 1,3 nghìn tỷ USD năm 2015 và tăng lên đến 2,5 nghìn tỷ USD vào năm 2030.

²⁸ Quyết định số 71/QĐ-BLĐTĐ ngày 19 tháng 01 năm 2023 về việc công bố kết quả rà soát hộ nghèo, hộ cận nghèo năm 2022 theo chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2022 - 2025

Tại Việt Nam chi phí điều trị đái tháo đường do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả năm 2020 là gần 3.000 tỷ đồng²⁹ chiếm tỷ lệ 2,8% trong tổng chi của Quỹ bảo hiểm y tế (104.220 tỷ đồng) và theo báo cáo về tình hình quản lý sử dụng Quỹ bảo hiểm y tế thì ngân sách Nhà nước chiếm khoảng 40% tổng số tiền đóng bảo hiểm. Như vậy, riêng chi phí Nhà nước phải bỏ ra là khoảng trên 1.750 tỷ đồng.

2.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:

Việc thực hiện chính sách sẽ cơ bản không tác động bất lợi đối với cơ sở y tế mà thậm chí còn giúp cơ sở y tế có một số lợi ích như: có căn cứ rõ ràng hơn để tính toán chi phí cho chế độ dinh dưỡng của người bệnh nội trú. Riêng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân có thể sử dụng việc xây dựng và đáp ứng các tiêu chuẩn về chế độ dinh dưỡng để quảng cáo cho hoạt động của mình.

Tuy nhiên, việc áp dụng chính sách có thể sẽ phát sinh chi phí đầu tư cho các cơ sở y tế liên quan đến việc chuẩn hóa hệ thống cung cấp khẩu phần ăn cho người bệnh điều trị nội trú.

2.1.3. Tác động đối với doanh nghiệp:

Việc thực hiện chính sách sẽ làm không làm tăng chi của doanh nghiệp do việc ban hành các hướng dẫn về khẩu phần ăn chủ yếu mang tính chuyên môn và có tính chất khuyến cáo, không bắt buộc áp dụng do vậy cơ bản không tác động bất lợi đối với doanh nghiệp mà thậm chí còn giúp doanh nghiệp có một số lợi ích như:

2.1.3.1. Đối với giải pháp về bảo đảm chế độ dinh dưỡng:

- Đối với doanh nghiệp kinh doanh thực phẩm sẽ có thông tin để xây dựng chiến lược kinh doanh phù hợp, đặc biệt là các doanh nghiệp kinh doanh sữa và các thực phẩm là thành phần của các khẩu phần ăn; như đã phân tích tại phần tác động với Nhà nước, các doanh nghiệp kinh doanh sữa có thể tăng doanh thu thêm khoảng trên 1.900 tỷ đồng từ việc cung cấp sữa cho đối tượng được Nhà nước hỗ trợ.

- Đối với các doanh nghiệp kinh doanh dịch vụ giáo dục: có căn cứ rõ ràng hơn để tính toán chi phí cho bữa ăn của học sinh nội trú, có thể sử dụng việc xây dựng và đáp ứng các tiêu chuẩn về khẩu phần ăn, chế độ dinh dưỡng để quảng cáo cho hoạt động của mình.

²⁹ Báo cáo của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tại Hội thảo Quản lý bệnh đái tháo đường năm 2020

- Đối với nhóm các cơ sở giáo dục có tổ chức học bán trú:

Nếu áp dụng quy định về bữa ăn học đường và sữa học đường thì về cơ bản không làm tăng chi phí của các cơ sở giáo dục do hiện nay các cơ sở giáo dục bán trú vẫn đang thực hiện các nội dung này nhưng sẽ phải tăng chi đầu tư nhân lực để thực hiện việc sắp xếp, tính toán chế độ dinh dưỡng đối với từng bữa ăn.

2.1.3.2. Đối với giải pháp cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm:

Cơ sở sản xuất thực phẩm bao gói sẵn, trong đó bao gồm cả các cơ sở sản xuất sữa tươi) cũng chịu ảnh hưởng của chính sách do sẽ phải đầu tư cho việc tính toán mức độ calo mà sản phẩm thực phẩm mang lại đồng thời phải in thêm một dòng thông tin về giá trị dinh dưỡng (calo) trên nhãn mác của sản phẩm.

Tuy nhiên, mức tăng chi phí là không đáng kể: nếu in bổ sung thông tin với mức 1.000 nhãn/lần in thì mức chi phí là khoảng 100 đồng/nhãn.

2.1.4. Tác động đối với người dân:

Người dân sẽ phải tăng chi phí cho việc thực hiện chính sách sữa học đường và nếu tính theo giả định mỗi một trẻ em sẽ sử dụng 110 ml sữa tươi/ngày thì một năm chi phí mà gia đình sẽ phải bỏ ra cho một trẻ em trong 01 năm là 300 ngày/năm là x 4.000 đồng một hộp sữa có dung tích 110 ml = 1,200,000 đồng/năm.

Đối với nhóm các chính sách về bổ sung vi chất vào thực phẩm: như đã nêu trên chính sách làm tăng không đáng kể giá thành sản phẩm và qua đánh giá cho thấy người dân có thể chấp nhận mức tăng giá này.

2.1.5. Tác động về kinh tế đối với xã hội:

Thiếu vi chất dinh dưỡng tạo gánh nặng quốc gia về sức khỏe và kinh tế. Trên thế giới 2 tỷ người bị thiếu vi chất dinh dưỡng; 136.000 phụ nữ và trẻ em tử vong hàng năm do thiếu máu, thiếu sắt; 190 triệu trẻ em trước tuổi học đường bị thiếu vitamin A; 1,1 triệu người tử vong hàng năm do thiếu vitamin A và kẽm; 300.000 trẻ đẻ ra bị dị tật bẩm sinh do bà mẹ thiếu folate. Thiếu dinh dưỡng ở châu Á và châu Phi làm giảm 11% tổng sản phẩm quốc nội (GDP).

Các vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là thiếu iốt, vitamin A, sắt và kẽm như đề cập ở trên gây tổn thất nhiều chi phí cho xã hội. Hiện nay, ở Việt Nam, tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi là 30/1000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ trẻ em chết dưới 5 tuổi là 39/1000 trẻ đẻ sống, tỷ lệ trẻ sơ sinh chết là 7,5/1000 trẻ sinh sống và tỷ lệ chết mẹ là 95/100.000 trẻ đẻ sống, tỷ số rủi ro tương đối của các trường hợp tử vong do thiếu vitamin A nhẹ ở trẻ trên 6 tháng tuổi là 1,75.

Trong số 1.600 trường hợp tử vong mẹ hàng năm có 192 (12%) trường hợp liên quan đến thiếu máu do thiếu sắt. Thiếu máu không chỉ gây tác hại đối với sức khỏe, năng lực trí tuệ mà còn ảnh hưởng tới phát triển kinh tế của đất nước do năng suất lao động kém và những chi phí do bệnh tật - hậu quả của tình trạng thiếu máu thiếu sắt.

Theo tính toán của các nhà kinh tế, khắc phục tình trạng thiếu Iốt, vitamin A và sắt có thể nâng cao được chỉ số thông minh (IQ) của cộng đồng tới 10-15 điểm, giảm tử vong bà mẹ khoảng 1/3, giảm tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh xuống 40% và tăng khả năng lao động khoảng gấp rưỡi.

Thiếu sắt cũng gây ra một hậu quả tương tự: giảm khả năng lao động do giảm khả năng trí tuệ khi còn nhỏ, mất mát khả năng lao động của lực lượng lao động trí óc và của lực lượng lao động chân tay sẽ gây tổn thất là 228 triệu đô la một năm và 2.408 triệu đô la trong 10 năm tới nếu tình hình không được cải thiện.

Việc không ban hành chính sách sẽ không giải quyết được các vấn đề về sức khỏe nêu trên.

2.2. Tác động về xã hội:

2.2.1. Về tác động chung:

Việc áp dụng chính sách không chỉ đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em mà còn góp phần tăng cường mức tiêu thụ sữa và các cơ hội nâng cao thu nhập hỗ trợ kinh tế gia đình, thúc đẩy phát triển chăn nuôi bò sữa, tạo việc làm ổn định cho các doanh nghiệp quy mô vừa và nhỏ. Trên tầm vĩ mô, Chương trình sữa học đường đã hỗ trợ mục tiêu phát triển kinh tế xã hội của đất nước, giúp làm giảm nghèo và phát triển bền vững, ổn định an ninh lương thực thực phẩm gia đình.

Góp phần phát triển lực lượng lao động tương lai có kiến thức và khỏe mạnh; tạo thị trường liên tục cho sản xuất nông nghiệp cũng như những sản phẩm dịch vụ công nghiệp liên quan.

2.2.2. Tác động về sức khỏe:

Hậu quả của thiếu các vi chất dinh dưỡng đã được biết rõ. Các hậu quả dễ nhận thấy như thiếu iốt gây bướu cổ; thiếu vitamin A gây bệnh khô mắt, mù dinh dưỡng; thiếu sắt gây bệnh thiếu máu dinh dưỡng; thiếu folate gây dị dạng ống thần kinh, tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và huyết áp; thiếu kẽm làm tăng biến chứng trong thời kỳ thai nghén, cản trở sự phát triển trí lực và thể lực ở trẻ em, làm giảm khả năng đáp ứng miễn dịch, tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng.

Thiếu vi chất dinh dưỡng còn gây nhiều hậu quả tiềm ẩn trầm trọng khác. Iốt rất cần để tổng hợp ra nội tiết tố (hoóc-môn) giáp trạng, là hoóc-môn đóng vai trò quan trọng trong cơ thể. Thiếu iốt dẫn đến thiếu hoóc-môn giáp gây ra nhiều rối loạn khác nhau gọi chung là “các rối loạn do thiếu iốt”: bướu cổ, chậm phát triển trí tuệ, chiều cao, chậm phát triển sinh dục, đần độn, điếc, lác mắt, liệt cứng chi, sảy thai tự nhiên, đẻ non, thai chết lưu... Hậu quả nghiêm trọng nhất của thiếu iốt là ảnh hưởng tới phát triển của bào thai. Thiếu iốt ở phụ nữ trong thời gian mang thai có thể gây sảy thai, thai chết lưu, đẻ non, mẹ thiếu iốt nặng, trẻ sinh ra có thể bị đần độn do tổn thương não vĩnh viễn. Thiếu iốt liên tục ở trẻ em và thanh thiếu niên, sẽ gây giảm khả năng trí tuệ, giảm chỉ số thông minh, kể cả chậm phát triển thể chất, suy dinh dưỡng, lùn, kém hoạt động...

Thiếu vitamin A tiền lâm sàng được xác nhận là nguyên nhân làm tăng cao tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và làm chậm phát triển ở trẻ em. Thiếu máu thiếu sắt làm tăng nguy cơ tai biến sản khoa và tử vong đối với bà mẹ mang thai, giảm khả năng lao động và giảm phát triển trí tuệ ở trẻ em. Theo tính toán, trong số 1.600 trường hợp tử vong mẹ hàng năm có 192 (12%) trường hợp liên quan đến thiếu máu do thiếu sắt. Ngoài ra, thiếu máu còn ảnh hưởng tới phát triển kinh tế của đất nước do làm giảm năng suất lao động và tăng chi phí do bệnh tật gây ra do thiếu máu thiếu sắt.

Thiếu kẽm làm chậm phát triển thể chất đặc biệt là ảnh hưởng đến phát triển chiều cao ở trẻ em. Nặng hơn, trẻ sẽ có biểu hiện suy dinh dưỡng, lùn, chậm dậy thì, thiếu năng sinh dục và chậm phát triển tâm thần vận động. Nam giới có thể mất khả năng sinh sản. Phụ nữ có thai bị thiếu kẽm sẽ tăng nguy cơ các biến chứng trong thai kỳ như bào thai chậm phát triển, chuyển dạ kéo dài, trẻ sinh ra sẽ nhẹ cân và dễ sinh non và bị giảm đáng kể chức năng miễn dịch.

Thiếu folate là nguyên nhân của một số dị dạng ống thần kinh. Thiếu folate cũng được coi là yếu tố nguy cơ của các bệnh về tim mạch và huyết áp. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy bổ sung axit folic vào khẩu phần ăn hàng ngày đã làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, huyết áp, cũng như tử vong do bệnh tim mạch trên cộng đồng, giảm chi phí bệnh tật cho xã hội.

Tăng cường i-ốt vào muối có hiệu quả phòng chống các rối loạn do thiếu iốt. Ngay từ giai đoạn đầu của bào thai, cơ thể thai nhi đã hoàn toàn chịu ảnh hưởng từ việc hấp thu iốt của bà mẹ. Vào tuần thứ 12 của thời kỳ thai nghén, thai nhi cần iốt để tự tổng hợp hoóc-môn giáp nhằm duy trì sự sống. Tùy từng giai đoạn khác nhau của đời người, khi thiếu iốt sẽ gây nên tác hại khác nhau, thiếu iốt trong thời kỳ bào thai sẽ gây xảy thai, đẻ non, con đần độn, thiếu năng trí tuệ, bướu cổ sơ sinh.

Thiếu năng trí tuệ và đần độn ở trẻ là tổn thương vĩnh viễn không thể hồi phục được. Ở các lứa tuổi khác, thiếu iốt có thể gây nên bướu cổ và các biến chứng: thiếu năng giáp, suy giảm khả năng lao động, ảnh hưởng đến phát triển sức khỏe.

Ở cộng đồng thiếu I ốt, chỉ số thông minh IQ bị giảm 10% so với cộng đồng tương đồng không bị thiếu iốt. Iốt không những đóng vai trò phát triển trí tuệ mà còn góp phần phát triển thể lực, thiếu iốt cùng các vi chất khác cũng là một trong các nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi.

Tạp chí Lancet 2008 và 2013 khẳng định sử dụng muối iốt là 1 trong 13 can thiệp hàng đầu nhằm giảm lệ suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi. Việc sử dụng muối iốt thường xuyên và lâu dài là một biện pháp đơn giản và hiệu quả để phòng, chống rối loạn do thiếu iốt.

Việc quy định bắt buộc “muối dùng để ăn trực tiếp, dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường I-ốt” là cần thiết vì nếu không bắt buộc muối dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường i-ốt thì trên thị trường sẽ xuất hiện 02

loại muối như hiện nay là muối i-ốt và muối thường và như vậy sẽ không thể đạt được các mục tiêu theo khuyến cáo của WHO (Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng muối i-ốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh $\geq 90\%$; mức trung vị i-ốt niệu 10-19mcg /dl; tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-10 tuổi $<5\%$). Chúng ta đã có bài học từ Nghị định số 163/2005/NĐ-CP và đang phải báo động về tình trạng thiếu hụt i-ốt đã quay trở lại Việt Nam.

Việc không ban hành chính sách sẽ không giải quyết được các vấn đề về sức khỏe nêu trên.

1.2.3. Tác động về tâm lý:

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 1.920 người (mỗi tỉnh là 240 người) cho thấy:

- Có 1,674 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 87,19 %.

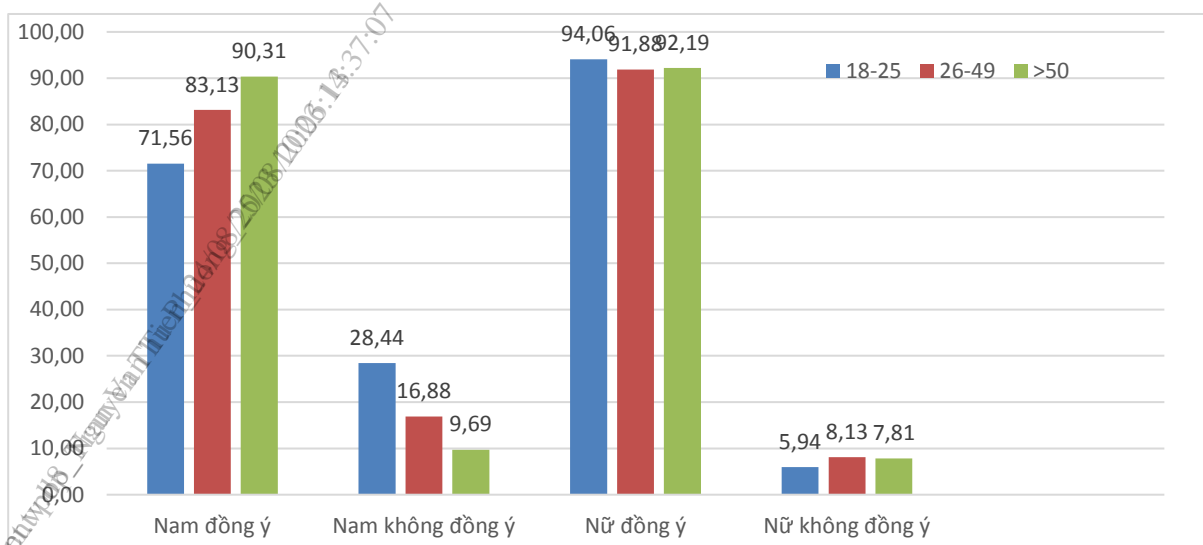
- Có 246 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 12,81%.

Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ 18 đến 25 (Lựa chọn phương án không quan tâm đến chính sách).

Bảng 1. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về dinh dưỡng theo tuổi và giới

Giới \ Tuổi	18-25		26-49		>50	
	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Nam	229	91	266	54	289	31
Nữ	301	19	294	26	295	25

Biểu 1. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới



2.3. Tác động về giới:

Các nghiên cứu khoa học hiện nay cũng như kinh nghiệm tổ chức thực hiện của các nước trong khu vực Châu Á cho thấy các biện pháp tác động nhằm cải thiện thể lực và tầm vóc thông qua việc cung cấp vi chất và sửa học đường chỉ hướng đến chỉ số cơ thể của từng đối tượng và thường tác động theo độ tuổi chứ không có quy định hay hướng dẫn can thiệp theo giới.

Do vậy, chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện đánh giá tác động chính sách, cơ quan đánh giá đã thực hiện việc đánh giá tác động về tâm lý theo giới, kết quả đánh giá cho thấy tỷ lệ nữ giới đồng ý với việc ban hành chính sách cao hơn so với tỷ lệ nam giới. Điều này hoàn toàn phù hợp với tâm lý về nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người nội trợ.

2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Dự kiến chính sách sẽ đưa ra quy định mang tính bắt buộc thực hiện nhưng không làm phát sinh các thủ tục hành chính do chính sách hướng tới việc ban hành các quy chuẩn kỹ thuật quốc gia chứ không nhằm mục đích cấp phép hay phê duyệt từ cơ quan quản lý Nhà nước. Do vậy, không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

2.5.1. Đối với hệ thống pháp luật trong nước:

Do không làm phát sinh thêm quyền và nghĩa vụ mới của công dân mà chỉ cụ thể hóa thêm quyền được bảo vệ sức khỏe nên nếu áp dụng chính sách mới này thì không trái với Hiến pháp cũng như hệ thống pháp luật hiện hành.

Tuy nhiên, để bảo đảm tính đồng bộ của hệ thống pháp luật thì việc ban hành sinh sách này sẽ thay thế quy định về bổ sung vi chất vào thực phẩm tại Luật an toàn thực phẩm. Theo đó, Luật an toàn thực phẩm sẽ chỉ quy định về vấn đề an toàn của thực phẩm và không bao gồm các quy định về sử dụng thực phẩm.

2.5.2. Đối với hệ thống pháp luật quốc tế:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

2.5.3. Kinh nghiệm pháp luật quốc tế:

Nhiều nước trong cộng đồng Châu Âu đã ban hành chính sách liên quan đến dinh dưỡng trong trường học với mục tiêu tăng cường môi trường ăn uống lành mạnh trong nhà trường.

Hiện nay, 28 thành viên trong liên minh Châu Âu đã ban hành lời khuyên dinh dưỡng trong trường học. Slovenia ban hành luật dinh dưỡng trong trường học vào năm 2010 trong đó quy định rõ tiêu chuẩn thực phẩm sử dụng trong trường học, cấm máy bán hàng tự động, cấm bán thức ăn đồ uống trong khuôn viên trường học. Bulgaria, Estonia, Hungary ban hành quy chuẩn cho bữa ăn học đường. Latvia cấm bán đồ uống có đường và chất tạo ngọt nhân tạo trong trường học. Đa số các thành viên trong liên minh Châu Âu tham gia vào kế hoạch hành động với mục tiêu cung cấp rau quả miễn phí cho học sinh. Nhiều bằng chứng khoa học cho thấy việc cung cấp rau quả cho trường học có ảnh hưởng tích cực đến khẩu phần ăn hàng ngày của học sinh. Những chương trình như vậy giúp vượt qua rào cản để rau quả luôn có sẵn trong trường học và khuyến khích học sinh hình thành thói quen ăn uống lành mạnh.

Các quy chuẩn về thức ăn trong trường học đã được chứng minh có hiệu quả làm giảm tiêu thụ những đồ ăn có nhiều chất béo bão hòa, đường, muối và dẫn đến việc cải thiện khẩu phần ăn ở các trường tiểu học với sự gia tăng tiêu thụ những thực phẩm có nhiều dưỡng chất hơn.

Tại Nhật Bản, luật bữa ăn học đường được ban hành từ năm 1954 với mục tiêu vì sự phát triển lành mạnh về thể chất và tinh thần của học sinh. Tính đến tháng 5 năm 2009, khoảng 10 triệu học sinh Nhật tham gia vào chương trình bữa trưa học đường. Chính chương trình này còn là một hoạt động giáo dục. Học sinh được học cách ăn uống hợp lý và học văn hoá thực phẩm thông qua việc học thực đơn của mỗi bữa ăn. Theo cách này, hệ thống chương trình bữa trưa học đường của Nhật Bản thực sự cần thiết cho việc bồi dưỡng tinh thần và thể chất lành mạnh cho thế hệ tương lai của đất nước.

Chương trình sữa học đường đã được triển khai tại nhiều nước trên thế giới từ nhiều năm nay. Thành công nhất trong khu vực là chương trình sữa học đường của Nhật Bản, Trung Quốc và Thái Lan. Độ tuổi uống sữa thường từ 5-13 tuổi, có nơi đến 14 tuổi. Tại hội nghị sữa học đường lần thứ 10 được tổ chức tại Côn Minh, Trung Quốc vào tháng 4-2005 với hơn 165 quốc gia trên thế giới đã đến dự hội nghị và học tập kinh nghiệm của Trung Quốc, kể cả các nước phát triển như Mỹ, Canada, Nhật, Đức, Thụy Điển, Đan Mạch....

Đại diện tổ chức Nông Lương Liên hiệp quốc (FAO) đã đánh giá, thông qua các chương trình sữa học đường tại Bangladesh, Myanmar, Thái Lan và Trung Quốc đã không chỉ đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em ở các nước này, mà còn góp phần tăng cường mức tiêu thụ sữa và các cơ hội nâng cao thu nhập hỗ trợ kinh tế gia đình, thúc đẩy phát triển chăn nuôi bò sữa, tạo việc làm ổn định cho các doanh nghiệp quy mô vừa và nhỏ. Trên tầm vĩ mô, Chương trình sữa học đường đã hỗ trợ mục tiêu phát triển kinh tế xã hội của đất nước, giúp làm giảm nghèo và phát triển bền vững, ổn định an ninh lương thực thực phẩm gia đình. Góp phần phát triển lực lượng lao động tương lai có kiến thức và khỏe mạnh; tạo thị trường liên tục cho sản xuất nông nghiệp cũng như những sản phẩm dịch vụ công nghiệp liên quan.

3. Đánh giá tác động của giải pháp 1.3:

3.1. Tác động về kinh tế:

3.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Nhà nước không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư của Nhà nước để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

3.1.2. Tác động đối với cơ sở y tế:

Cơ sở y tế không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư về cả kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

3.1.3. Tác động đối với doanh nghiệp:

Cơ sở y tế không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư về cả kinh phí và nhân lực để phục vụ cho việc thực hiện chính sách.

3.1.4. Tác động đối với người dân:

Người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

3.2. Tác động về xã hội:

3.2.1. Về tác động chung:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về dinh dưỡng như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách bao gồm:

- Không khắc phục được tình trạng thấp còi của người Việt Nam: Do chậm phát triển nên so với chuẩn quốc tế, tầm vóc nam thanh niên 18 tuổi của ta thua kém 13,1cm (163,7cm và 176,8cm), tầm vóc nữ thanh niên thua kém 10,7cm (153cm và 163,7cm). So với Nhật Bản, Singapore, Thái Lan, tầm vóc thân thể của thanh niên ta đều thua kém rõ rệt.

- Không hạn chế được các bệnh không lây nhiễm như tim mạch, đái tháo đường, tăng huyết áp, suy dinh dưỡng...

3.2.2. Tác động về tâm lý:

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 1.920 người (mỗi tỉnh là 240 người) cho thấy:

- Có 246 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 12,81%.

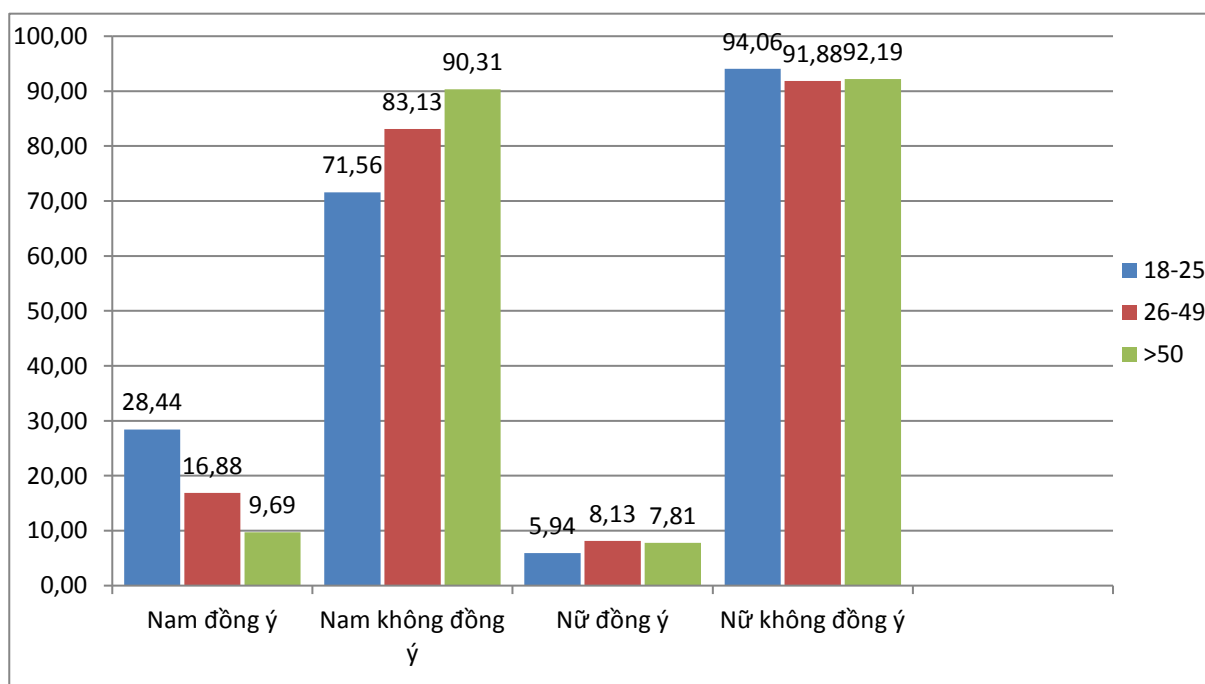
- Có 1,674 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 87,19 %.

Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ trên 50 tuổi.

Bảng 2. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về dinh dưỡng theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	18-25		26-49		>50	
	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Nam	91	229	54	266	31	289
Nữ	19	301	26	294	25	295

Biểu 2. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới



3.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

3.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Do không làm phát sinh thêm chính sách mới nên không thực hiện việc đánh giá tác động đối với hệ thống pháp luật trong nước và quốc tế.

4. Kết luận:

4.1. Đối với giải pháp 1:

4.1.1. Về kinh tế:

a) Tác động tích cực:

- Nhà nước sẽ phải tăng đầu tư khoảng 1,900 tỷ/năm cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước còn tăng thu thuế và giảm chi từ ngân sách.

- Doanh nghiệp sẽ phải tăng chi phí đầu tư cho việc thực hiện chính sách. Các chi phí này sẽ được tính vào trong giá thành sản phẩm và qua đánh giá cho thấy mức tăng giá của sản phẩm được người dân chấp nhận.

- Người dân sẽ phải tăng chi phí cho việc thực hiện chính sách nhưng người dân có thể chấp nhận được mức tăng chi phí này.

b) Tác động tiêu cực:

Việc quy định bắt buộc 04 loại thực phẩm tăng cường các vi chất dinh dưỡng có thể dẫn đến tình trạng là các doanh nghiệp sẽ phải tăng thêm chi phí sản xuất do đầu tư trang thiết bị, quản lý, giám sát và kết quả là tăng giá thành sản phẩm. Điều này ảnh hưởng đến sức mua của người tiêu dùng đặc biệt là người tiêu dùng thu nhập thấp. Bên cạnh đó, việc tăng cường vi chất dinh dưỡng vào dầu thực vật, nước tương, bột mì gây ra những thay đổi bất lợi về thời gian sử dụng của sản phẩm.

4.1.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực:

Việc áp dụng chính sách không chỉ đem lại lợi ích trong việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của trẻ em mà còn góp phần tăng cường mức tiêu thụ sữa và các cơ hội nâng cao thu nhập hỗ trợ kinh tế gia đình, thúc đẩy phát triển chăn nuôi bò sữa, tạo việc làm ổn định cho các doanh nghiệp quy mô vừa và nhỏ.

Trên tầm vĩ mô, Chương trình sữa học đường đã hỗ trợ mục tiêu phát triển kinh tế xã hội của đất nước, giúp làm giảm nghèo và phát triển bền vững, ổn định an ninh lương thực thực phẩm gia đình. Bên cạnh đó, có thể thấy rằng việc bắt buộc tăng cường vi chất vào thực phẩm sẽ góp phần phòng, chống rối loạn do thiếu vi chất dinh dưỡng, nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân và cải thiện sức khỏe cộng đồng;

Giảm được gánh nặng về chi phí quản lý và chi phí bệnh tật cho nhà nước, tăng năng suất lao động của người dân, góp phần vào sự nghiệp phát triển kinh tế - xã hội của đất nước

Người dân có thể dễ dàng tiếp cận được với nhiều sản phẩm thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng hơn, không phải đắn đo lựa chọn giữa các sản phẩm về tiêu chí sức khỏe, giá cả hay các vấn đề khác;

Tạo điều kiện để doanh nghiệp tham gia cùng nhà nước trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, phù hợp với xu hướng toàn cầu hóa và phát huy trách nhiệm xã hội của doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Việc ban hành chính sách cần bảo đảm tính linh hoạt bởi nếu 100% các sản phẩm đều phải bổ sung vi chất thì có thể dẫn đến tình trạng không phù hợp với một số đối tượng mà vì lý do sức khỏe không thể sử dụng được các sản phẩm có hàm lượng vi chất cao.

4.1.3. Về giới:

Giải pháp này về cơ bản không có tác động về giới.

4.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.2. Đối với giải pháp 2:

4.2.1. Về kinh tế:

- Nhà nước sẽ phải tăng đầu tư khoảng 3,200 tỷ/năm cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách.

Bên cạnh đó, về lâu dài Nhà nước sẽ phải tăng chi để giải quyết các hậu quả do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần sự cần thiết. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách cũng sẽ giúp Nhà nước còn tăng thu thuế và giảm chi từ ngân sách.

Doanh nghiệp sẽ được hưởng lợi từ việc ban hành chính sách do tăng đối tượng sử dụng sản phẩm và dịch vụ liên quan đến chính sách.

Người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

4.2.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực:

Không làm xáo trộn hoạt động của các doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Không giải quyết được một cách triệt để các tồn tại, bất cập về vấn đề dinh dưỡng như đã phân tích ở phần trên.

4.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.3. Đối với giải pháp 3:

4.3.1. Về kinh tế:

Nhà nước, cơ sở y tế và người dân không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải tăng chi để giải quyết các hậu quả do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần sự cần thiết.

Doanh nghiệp cũng không phải chịu tác động của việc thực hiện chính sách.

4.3.2. Về xã hội:

a) Tác động tích cực: Không làm xáo trộn hoạt động của các doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực: Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về vấn đề dinh dưỡng như đã phân tích ở phần trên.

4.3.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.3.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.3.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

1. Về giải pháp:

So sánh ba giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có liên quan đến quyền của được bảo vệ sức khỏe của công dân vì vậy theo quy định của Hiến pháp năm 2013 thì thẩm quyền ban hành chính sách thuộc Quốc hội.

Mục 3.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ BA VỀ PHÒNG, CHỐNG CÁC RỐI LOẠN SỨC KHỎE TÂM THẦN

I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẮT CẬP

Các rối loạn tâm thần khá phổ biến trên toàn thế giới, cứ 1 trong 4 người bị ảnh hưởng bởi các rối loạn tâm thần hay thần kinh tại một thời điểm nào đó trong cuộc đời họ.

Theo báo cáo năm 2001 của WHO có khoảng 450 triệu người bị ảnh hưởng do các rối loạn này. Khảo sát sức khỏe tâm thần thế giới được thực hiện ở 28 quốc gia ở tất cả các khu vực trên thế giới cho thấy tỉ lệ hiện mắc các rối loạn tâm thần tăng từ nhóm trẻ nhất 18-29 tuổi đến nhóm 30-44 tuổi, sau đó giảm dần, có khi giảm đáng kể, ở độ tuổi già nhất (trên 60 tuổi). Tỉ lệ rối loạn khí sắc và lo âu cao hơn ở phụ nữ trong khi tỉ lệ rối loạn sử dụng chất và xung động lại cao hơn ở nam giới.

Tỉ lệ hiện mắc tổng thể giữa các nước có sự chênh lệch khá lớn, từ 4,3% ở Thượng Hải đến 26,4% ở Mỹ. Kết quả khảo sát cũng cho thấy rối loạn lo âu và khí sắc là phổ biến nhất. Hiện nay, rối loạn tâm thần và lạm dụng chất rất phổ biến trên thế giới. Năm 2008, WHO ước tính có hơn 150 triệu người bị trầm cảm, khoảng 125 triệu người bị ảnh hưởng bởi các rối loạn liên quan đến sử dụng rượu, hơn 50 triệu người động kinh và 24 triệu người mắc bệnh Alzheimer. Tại khu vực Tây Thái Bình Dương, ước tính có khoảng 100 triệu người có các rối loạn về tâm thần và trong đó khoảng 2% dân số mắc các rối loạn tâm thần nặng như tâm thần phân liệt, sa sút trí tuệ và chậm phát triển tâm thần nặng.

Các rối loạn tâm thần và các rối loạn liên quan sử dụng chất gây nghiện có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của cá nhân, gia đình và xã hội.

Theo một thống kê ở Hoa Kỳ năm 2014, có khoảng 9.8 triệu người từ 18 tuổi trở lên có các rối loạn tâm thần nghiêm trọng, khoảng 15.7 triệu người (18 tuổi trở lên) và 2.8 triệu người (từ 12 tuổi đến 17 tuổi) đã có một giai đoạn trầm cảm điển hình trong năm trước.

Trong đó có 22.5 triệu người tuổi từ 12 trở lên báo cáo cần phải điều trị cai rượu và và rối loạn liên quan sử dụng chất ma túy. Dự đoán đến năm 2020, các rối loạn về tâm thần và sử dụng chất gây nghiện có thể sẽ vượt qua tất cả các bệnh cơ thể để trở thành nguyên nhân chính gây ra rối loạn hoạt năng trên toàn thế giới.

Bên cạnh đó, việc sử dụng các chất ma túy ngày càng tăng. Nếu như thời gian trước đây, sử dụng các chất dạng opioid chiếm ưu thế thì ngày nay các chất ma túy mới, ma túy tổng hợp như ATS, Cần sa, ketamin, khí cười được mọi người sử dụng nhiều hơn, nhiều trường hợp các đối tượng sử dụng đa chất cùng với nhau. Các rối loạn tâm thần liên quan đến sử dụng các chất ma túy rất đa dạng. Hay gặp là rối loạn loạn thần với hoang tưởng ghen tuông, hoang tưởng bị hại, bị theo dõi.... Bệnh nhân có thể xuất hiện ảo giác nghe thấy hoặc nhìn thấy những điều không có thực. Nhiều bệnh nhân có hội chứng cai rượu với biến chứng mê sảng, co giật nếu không được điều trị kịp thời rất nguy hiểm đến tính mạng do rối loạn điện giải, rối loạn chức năng gan thận. Ban đầu nhiều đối tượng sử dụng chất với mục đích giải trí tìm kiếm những cảm giác mới, những niềm vui mới, nhưng sau khi sử dụng rất nhiều đối tượng có rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, và rối loạn trầm cảm. Trường hợp rối loạn trầm cảm nặng, bệnh nhân có thể xuất hiện ý tưởng hoặc hành vi tự sát.

Những rối loạn tâm thần liên quan đến lối sống, đến sử dụng các chất kích thích, nghiện game thường hay gặp ở nhóm đối tượng tuổi trẻ. Trong đó nhóm tuổi học sinh thường liên quan đến chơi game, vào internet nhiều. Nguy cơ sử dụng các chất gây nghiện hay gặp ở nhóm học sinh, sinh viên, những trẻ em có rối loạn nhân cách, những đối tượng ham chơi, bỏ học, những đối tượng trong gia đình có người sử dụng chất gây nghiện, ở những vùng miền giáp biên giới, khu đô thị, khu kinh tế phát triển chất gây nghiện dễ có điều kiện xâm nhập vào và rất sẵn trên thị trường. Ngoài ra những người có rối loạn tâm thần như rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu cũng dễ có nguy cơ sử dụng các chất gây nghiện.

Khoảng 75% người rối loạn tâm thần không được tiếp cận các dịch vụ theo nhu cầu của họ mà phần lớn trong số đó tập trung ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Có khoảng 35,5% đến 50,3% bệnh nhân nặng ở các nước phát triển, 76,3% đến 85,4% ở các nước kém phát triển không được điều trị trong 12 tháng trước thời điểm nghiên cứu.

Việt Nam chưa có các nghiên cứu đầy đủ về các rối loạn tâm thần, cho đến nay mới chỉ có một cuộc khảo sát dịch tễ học được tiến hành vào đầu năm 2000 của bệnh viện Tâm thần Trung ương I trên phạm vi toàn quốc. Kết quả cho thấy 14.9% dân số mắc 10 rối loạn tâm thần phổ biến nhất, tương đương khoảng 13 triệu người đang có nhu cầu về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là lạm dụng rượu (5,3%), trầm cảm (2,8%) và lo âu (2,7%). Gần 3 triệu người mắc các rối loạn tâm thần nghiêm trọng điển hình (tâm thần phân liệt, trầm cảm, rối loạn lưỡng cực và các biểu hiện nghiêm trọng khác về lo âu và trầm cảm).

Theo điều tra quốc gia dựa vào cộng đồng trên 5.584 vị thành niên và thanh niên ở độ tuổi 14-25 năm 2003 do Bộ Y tế và Tổng Cục Thống kê hợp tác tiến hành với sự hỗ trợ kỹ thuật và tài chính của WHO và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc UNICEF, 25% các đối tượng cảm thấy buồn chán hoặc không có khả năng hoạt động, họ không thể tham gia vào các hoạt động thường ngày của họ và họ thấy khó khăn khi thực hiện các hoạt động. Nhóm nam thanh niên có tỉ lệ tự tử cao nhất, đặc biệt ở độ tuổi 18-21, chiếm 6,4% ở khu vực thành thị và 4,1% ở nông thôn.

Theo báo cáo kết quả điều tra của Bệnh viện Tâm thần trung ương 1, trong thời gian 02 năm từ 2000 - 2001, Trần Văn Cường và cộng sự điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại 08 điểm của các vùng sinh thái khác nhau, tỷ lệ hiện mắc 10 loại bệnh lý tâm thần thường gặp là 14,8% dân số, một số tỷ lệ mắc các bệnh tâm thần cụ thể như sau:

Bảng 6. Điều tra dịch tễ 10 bệnh tâm thần tại 08 vùng sinh thái ở Việt Nam

STT	Rối loạn	Tỷ lệ	Số bệnh nhân
1	Bệnh tâm thần phân liệt (F20)	0,47%	400.000
2	Động kinh (G40)	0,33%	240.000

STT	Rối loạn	Tỷ lệ	Số bệnh nhân
3	Rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não (F07.2)	0,51%	
4	Chậm phát triển tâm thần (F70 – F73)	0,61%	
5	Trầm cảm (F32)	2,8%	2.300.000
6	Lo âu (F41)	2,7%	
7	Lạm dụng và nghiện rượu (F10.1)	5,3%	
8	Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên (F91.0)	0,9%	
9	Mất trí tuổi già (F00-F04):	0,88%	
10	Ma túy (F11)	0,3%	
	Tổng cộng	14,8%	

Rối loạn tâm thần gây ra khoảng 14% gánh nặng bệnh tật toàn, cầu đồng thời gây nghèo đói cho cá nhân và gia đình, cản trở đến sự phát triển kinh tế quốc gia. Ước tính tác động toàn cầu về sản lượng kinh tế mất đi do rối loạn tâm thần sẽ lên tới 17.000 tỷ USD trong 20 năm tới. Tương tự thế giới, tại Việt Nam, theo nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật và thương tích năm 2008, các rối loạn tâm thần kinh là những nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh tật. Gần 15% dân số (tương đương khoảng 13,5 triệu người) Việt Nam đang mắc các rối loạn tâm thần phổ biến và khoảng 3 triệu người mắc các rối loạn tâm thần nặng. Tuy nhiên, theo thống kê của WHO, tại hầu hết các nước có thu nhập thấp và trung bình, sự đầu tư nguồn lực tài chính, cơ sở vật chất và nhân lực cho sức khỏe tâm thần còn rất hạn chế thông thường chiếm dưới 2% chi phí y tế nói chung của họ.

Những tác động về kinh tế xã hội của bệnh tâm thần làm cản trở việc đạt được các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ.

Theo dự báo trong 20 năm tới, bốn nhóm bệnh không lây nhiễm chính (tim mạch, ung thư, đái tháo đường, và hô hấp mãn tính) và các bệnh tâm thần sẽ lấy đi của nền kinh tế toàn cầu khoảng 47 nghìn tỉ USD và của các nước đang phát triển khoảng 21 nghìn tỉ USD [31]. Năm 2007, khu vực công của Thái Lan đã chi 21% tổng chi phí điều trị nội trú cho 5 nhóm bệnh này. Một nghiên cứu gần đây của trường đại học Harvard, Mỹ ước tính tổng chi phí cho 5 nhóm bệnh này trong giai đoạn 2012-2030 của Trung Quốc là 27,8 tỉ USD và của Ấn Độ là 6,2 tỉ USD (theo tỉ giá USD năm 2010). Với 2 quốc gia này, chi phí cho các rối loạn tâm thần đứng thứ hai sau các bệnh tim mạch.

II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Nâng cao sức khỏe tâm thần, dự phòng các rối loạn tâm thần, đảm bảo cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế, xã hội hiệu quả và công bằng, bảo vệ quyền con người, thúc đẩy sự hồi phục, giảm bệnh tật, tử vong, tàn tật cho người có rối loạn tâm thần.

III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. Giải pháp 1:

Quy định về kiểm soát yếu tố nguy cơ tại cộng đồng, bao gồm: (1) kiểm soát yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần liên quan đến lối sống thông qua việc ban hành các điều kiện nhằm hạn chế tiếp cận với yếu tố nguy cơ và (2) cung cấp dịch vụ tư vấn, dự phòng và hỗ trợ.

2. Giải pháp 2:

Giữ nguyên như hiện nay.

IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

1. Đánh giá tác động của giải pháp 1:

1.1. Tác động về kinh tế:

1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Chính sách này về cơ bản không làm tăng chi từ ngân sách của Nhà nước mà còn có thể góp phần tăng thu cho ngân sách do để thực hiện chính sách có thể bao gồm cả việc ban hành các chính sách về thuế hoặc phí đối với các dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần.

Hiện nay, Chính phủ trợ cấp hoàn toàn cho các bệnh viện tâm thần song chỉ chi trả cho việc kiểm soát và thuốc điều trị đối với hai bệnh là động kinh và tâm thần phân liệt. Các rối loạn tâm thần khác do người bệnh tự chi trả. Riêng đối với chương trình Mục tiêu Quốc gia của Bộ Y tế về sức khỏe tâm thần, thuốc điều trị được phát miễn phí cho bệnh nhân với tổng chi phí khoảng 30 tỷ đồng/năm.

Việc thực hiện chính sách còn giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị các rối loạn tâm thần mà như nghiên cứu tại Anh cho thấy chi phí cho chăm sóc sức khỏe tâm thần năm 2009-2010 là 105 tỷ bảng Anh bao gồm chi phí cho chăm sóc y tế và xã hội và chi phí mất đi trong sản xuất và chi phí nhân lực.

1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

Chính sách có thể sẽ gây tác động đến các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần (không bao gồm hàng hóa là rượu, bia và thuốc lá vì các hàng hóa này đã được điều chỉnh bởi Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá và Luật phòng, chống tác hại của rượu, bia). Tuy nhiên, mức độ tác động phụ thuộc và việc Quốc hội, Chính phủ quyết định mức thuế suất hoặc phí sẽ áp dụng với các loại hình kinh doanh dịch vụ này.

1.1.3. Tác động đối với người dân:

Chính sách có thể sẽ gây tác động đến người dân sử dụng dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần (không bao gồm hàng hóa là rượu, bia và thuốc lá vì các hàng hóa này đã được điều chỉnh bởi Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá và Luật phòng, chống tác hại của rượu, bia). Tuy nhiên, mức độ tác động phụ thuộc và việc Quốc hội, Chính phủ quyết định mức thuế suất hoặc phí sẽ áp dụng với các loại hình kinh doanh dịch vụ này.

1.2. Tác động về xã hội:

Việc thực hiện chính sách có trị to lớn về xã hội bởi nếu có sức khỏe tinh thần tốt thì không chỉ là không có bệnh về tâm thần mà còn là việc con người sẽ có trạng thái khỏe mạnh về mặt tâm trí, có thể được mô tả bởi 5 khía cạnh cơ bản sau:

- Khả năng tận hưởng cuộc sống: đó là khả năng sống với hiện tại, và trân trọng những gì mình có; khả năng học được kinh nghiệm từ quá khứ và lên kế hoạch cho tương lai mà không trần trở, dấn sâu vào những kỉ niệm đau buồn sự nổi tiếc hay những điều không thể thay đổi hoặc dự đoán được trong tương lai.

- Khả năng phục hồi: khả năng bình phục sau những trải nghiệm khó khăn hoặc những sự kiện đau buồn trong cuộc sống như trải qua mất mát, đổ vỡ, thất nghiệp... Khả năng chống chọi với những đau khổ tâm lý trong những sự kiện đó mà không mất đi sự lạc quan cũng như niềm tin của bạn.

- Khả năng cân bằng: khả năng thiết lập một sự cân bằng trước rất nhiều phương diện của cuộc sống như thể chất, tâm lý, tinh thần, xã hội và kinh tế.

- Khả năng phát triển cá nhân: khả năng tự nhận biết năng lực và sở thích của cá nhân, nuôi dưỡng những tài năng của mình để đạt được sự phát triển tối đa.

- Sự linh hoạt: khả năng thích nghi trong những tình huống mới, khả năng tự điều chỉnh mong đợi của mình về cuộc sống, về chính bản thân mình và về người khác - để giải quyết vấn đề gặp phải và để cảm thấy dễ chịu hơn.

Khi đạt được sự thoải mái và cân bằng về mặt tinh thần, con người sẽ có khả năng hưởng thụ cuộc sống, hòa mình vào môi trường và các mối quan hệ. Con người sẽ trở nên sáng tạo, ham học hỏi, khám phá những điều mới và chấp nhận mạo hiểm đồng thời có khả năng ứng phó tốt hơn với những khó khăn trong cuộc sống và công việc. Đạt được trạng thái khỏe mạnh về mặt tinh thần cũng giúp con người có những quyết định sáng suốt và hợp lý hơn trong các tình huống. Không những thế, còn xây dựng và duy trì được những mối quan hệ lâu dài, sâu sắc và thân thiết, đáp ứng những nhu cầu về tinh thần.

Bên cạnh đó, việc thực hiện chính sách sẽ góp phần làm giảm gánh nặng không chỉ về mặt kinh tế mà cả các yếu tố khác như các tổn thương tâm lý do hậu quả của các hành vi của người mắc các rối loạn tâm thần mang lại.

1.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

1.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

2. Đánh giá tác động đối với giải pháp 2:

2.1. Tác động về kinh tế:

2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Tương tự như giải pháp 1, hiện nay, Chính phủ trợ cấp hoàn toàn cho các bệnh viện tâm thần song chi trả cho việc kiểm soát và thuốc điều trị đối với hai bệnh là động kinh và tâm thần phân liệt. Các rối loạn tâm thần khác do người bệnh tự chi trả. Riêng đối với chương trình Mục tiêu Quốc gia của Bộ Y tế về sức khỏe tâm thần, thuốc điều trị được phát miễn phí cho bệnh nhân với tổng chi phí khoảng 30 tỷ đồng/năm.

2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

Chính sách không tác động một cách trực tiếp đến doanh nghiệp do không làm tăng chi phí của doanh nghiệp nhưng do tỷ lệ người lao động mắc các rối loạn tâm thần cần điều trị là 15% nên vẫn có tác động gián tiếp đến doanh nghiệp bởi khi người lao động mắc các rối loạn tâm thần thì sức lao động sẽ giảm sút mà chủ sử dụng lao động vẫn phải trả lương cho thời gian người lao động đi điều trị các rối loạn tâm thần.

2.1.3. Tác động đối với người dân:

Việc thực hiện chính sách này không tác động trực tiếp đến người dân do họ không phải tăng chi do thực hiện chính sách do tỷ lệ người lao động mắc các rối loạn tâm thần cần điều trị là 15% nên vẫn có tác động gián tiếp đến các gia đình và bản thân người mắc các rối loạn tâm thần bởi khi có người mắc các rối loạn tâm thần thì dẫn đến gia đình phải tăng các chi phí cho các chăm sóc y tế, bản thân người đó có thể giảm thậm chí mất cơ hội học tập, làm việc.

2.2. Tác động về xã hội:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập của tình trạng sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay.

2.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Do không thay đổi chính sách nên không có tác động đến hệ thống pháp luật.

3. Kết luận:

3.1. Đối với giải pháp 1:

a) Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 30 tỷ đồng/năm cho việc cung cấp dịch vụ điều trị một số bệnh tâm thần. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị các rối loạn tâm thần mà như nghiên cứu tại Anh cho thấy chi phí cho chăm sóc sức khỏe tâm thần năm 2009-2010 là 105 tỷ bảng Anh bao gồm chi phí cho chăm sóc y tế và xã hội và chi phí mất đi trong sản xuất và chi phí nhân lực.

Việc thực hiện chính sách có thể sẽ làm tăng thu cho ngân sách do để thực hiện chính sách có thể bao gồm cả việc ban hành các chính sách về thuế hoặc phí đối với các dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần.

Chính sách có thể sẽ gây tác động đến các doanh nghiệp cung cấp và người dân sử dụng dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần (không bao gồm hàng hóa là rượu, bia và thuốc lá vì các hàng hóa này đã được điều chỉnh bởi Luật phòng, chống tác hại của thuốc lá và Luật phòng, chống tác hại của rượu, bia).

Tuy nhiên, mức độ tác động phụ thuộc và việc Quốc hội, Chính phủ quyết định mức thuế suất hoặc phí sẽ áp dụng với các loại hình kinh doanh dịch vụ này.

b) Về xã hội: Nâng cao sức khỏe sức khỏe cho người dân.

c) Về giới: Giải pháp này không có tác động về giới.

d) Về thủ tục hành chính: Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật: Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

3.2. Đối với giải pháp 2:

a) Về kinh tế: Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 30 tỷ đồng/năm cho việc cung cấp dịch vụ điều trị một số bệnh tâm thần.

b) Về xã hội: Không khắc phục được các tồn tại, bất cập của tình trạng sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay.

c) Về giới: Giải pháp này không có tác động về giới.

d) Về thủ tục hành chính: Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật: Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

1. Về giải pháp:

So sánh hai giải pháp cho thấy cả hai giải pháp đều có tác động đến Nhà nước nhưng giải pháp thứ nhất sẽ góp phần khắc phục được các tồn tại, bất cập của tình trạng sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay đồng thời sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị các rối loạn tâm thần mà như nghiên cứu tại Anh cho thấy chi phí cho chăm sóc sức khỏe tâm thần năm 2009-2010 là 105 tỷ bảng Anh bao gồm chi phí cho chăm sóc y tế và xã hội và chi phí mất đi trong sản xuất và chi phí nhân lực.

Bên cạnh đó, việc thực hiện chính sách có thể sẽ làm tăng thu cho ngân sách do để thực hiện chính sách có thể bao gồm cả việc ban hành các chính sách về thuế hoặc phí đối với các dịch vụ hoặc hàng hóa có liên quan đến yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần.

Do vậy, việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế.

2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có ảnh hưởng rất lớn đến xã hội, quyền được chăm sóc khỏe của công dân theo Hiến pháp năm 2015 cũng như các cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế liên quan đến việc thực hiện Mục tiêu thiên niên kỷ nên theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 15 Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật thì thuộc thẩm quyền ban hành của Quốc hội (Quốc hội ban hành luật để quy định chính sách cơ bản về văn hóa, giáo dục, y tế, khoa học, công nghệ, môi trường).

Mục 4.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ TƯ VỀ PHÒNG, CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm hiện nay tập trung vào 07 nội dung chính:

- (1) Phòng, chống các yếu tố nguy cơ.
- (2) Phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm.
- (3) Dự phòng cho người nguy cơ cao.
- (4) Chăm sóc, điều trị, phục hồi chức năng cho người mắc bệnh.
- (5) Quản lý bệnh không lây nhiễm.

Nhìn nhận thực tế cho thấy, cùng với xu hướng toàn cầu hóa, đô thị hóa, thay đổi môi trường và thói quen sống, các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm đang ở mức cao và có chiều hướng gia tăng. Có thể thấy thực trạng này qua kết quả Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) năm 2021 do Bộ Y tế chủ trì thực hiện, cụ thể:

- Có 20,8% dân số Việt Nam từ 15 tuổi trở lên hiện đang hút thuốc, bao gồm 41,1% nam giới và 0,6% nữ giới. Khoảng 1/3 dân số (37,3%) đã từng tiếp xúc với khói thuốc.

- Gần 2/3 nam giới (64,2%), 1/10 nữ giới (9,8%) hiện có uống rượu, bia. Khoảng 14,7% số người uống rượu, bia ở mức nguy hại (trong 30 ngày qua có ít nhất 1 lần uống từ 6 đơn vị cồn trở lên) và tỷ lệ này ở nam giới (28,5%) cao hơn nhiều lần so với nữ giới (1,0%).

- Khoảng 59% dân số ăn thiếu rau và trái cây so với khuyến nghị là mỗi người cần ăn ít nhất 5 suất (tương đương với 400g) mỗi ngày.

- Tỷ lệ dân số luôn luôn hoặc thường xuyên thêm muối, mắm hoặc gia vị mặn vào thức ăn khi nấu ăn hoặc trong khi ăn là 78,2%. Có 8,7% luôn luôn hoặc thường xuyên ăn thức ăn chế biến sẵn có hàm lượng muối cao. Trung bình một người trưởng thành tiêu thụ 8,1g muối trong một ngày.

- Mức độ hoạt động thể lực của người dân còn thấp. Gần 1/4 dân số (22,2%) thiếu hoạt động thể lực (không đạt mức theo khuyến nghị của WHO).

- Gần 1/5 dân số (19,5%) bị thừa cân (BMI ≥ 25 kg/m²), trong đó có 2,1% béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²).

- Khoảng 44,1% người trưởng thành có mức cholesterol toàn phần trong máu cao $\geq 5,0$ mmol/L hoặc hiện đang dùng thuốc điều trị tăng cholesterol.

- Nhìn chung 15,3% dân số từ 40-69 tuổi có nguy cơ cao $\geq 20\%$ trong vòng 10 năm tới bị các biến cố tim mạch như đột quỵ và nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, chỉ có 40,8% trong số những người có nguy cơ cao này được tư vấn và dùng thuốc để phòng ngừa bệnh.

Số liệu về mô hình tử vong cũng cho thấy gánh nặng bệnh tật do các bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ trọng cao nhất, 73,66% số ca mắc và 78,6% số ca tử vong năm 2020.

Tuy nhiên, hiện nay việc thực hiện các biện pháp về sàng lọc, phát hiện và quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm chưa đáp ứng yêu cầu, cụ thể:

- Còn thiếu các biện pháp cung cấp thông tin, hướng dẫn người dân biết tự đánh giá nguy cơ, chủ động thường xuyên đi kiểm tra sức khỏe, đo huyết áp, xét nghiệm đường máu, khám sàng lọc một số bệnh không lây nhiễm.

- Sàng lọc, phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm mới chủ yếu thông qua các chương trình, dự án, chưa mang tính thường xuyên, chủ yếu dựa vào nguồn kinh phí nhà nước nên rất hạn chế. Trong giai đoạn 2020-2021 do tập trung phòng, chống dịch COVID-19 nên hoạt động sàng lọc rất hạn chế. Tỷ lệ người được khám sàng lọc để phát hiện sớm bệnh còn quá thấp: số liệu ước tính chưa đầy đủ qua hệ thống báo cáo thống kê y tế cho thấy năm 2021 trong số người từ 18 tuổi trở lên: có khoảng 15,2 triệu người/lượt người được đo huyết áp; 2,9 triệu người/lượt người được xét nghiệm đường máu; 336.000 người được khám sàng lọc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản và khoảng 380.000 người được khám sàng lọc các loại ung thư.

- Công tác theo dõi và dự phòng cho người nguy cơ cao, người tiền bệnh chưa được triển khai hiệu quả, rộng khắp ở cộng đồng, đặc biệt là dịch vụ tư vấn, dự phòng cho người thừa cân, béo phì, quản lý người có nguy cơ tim mạch; tư vấn cai nghiện thuốc lá, sàng lọc và can thiệp giảm tác hại do uống rượu, bia. Những hoạt động này chủ yếu do các chương trình, dự án thực hiện hoặc phụ thuộc vào nguồn ngân sách nhà nước nên không có hoặc rất thiếu kinh phí.

- Tỷ lệ phát hiện và quản lý điều trị chưa đáp ứng được yêu cầu: Ước tính toàn quốc mới phát hiện dưới 50% số người mắc tăng huyết áp, đái tháo đường; quản lý điều trị được khoảng dưới 30% số mắc bệnh. Đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mới phát hiện sớm khoảng 31% và đưa vào quản lý điều trị khoảng 39% số đã phát hiện.

Bên cạnh đó, dị tật ở thai nhi là vấn đề khiến các bậc cha mẹ tương lai lo lắng bởi bệnh không chỉ ảnh hưởng tới sức khỏe và tương lai của đứa trẻ mà còn gây gánh nặng cho xã hội. Hầu hết những dị tật bẩm sinh đó đều có thể khám, sàng lọc, phát hiện và can thiệp sớm. Sàng lọc trước sinh là phương pháp hiện đại giúp phát hiện sớm những dị tật bẩm sinh ở thai nhi ngay khi còn trong bụng mẹ. Từ đó sẽ giúp bác sĩ có thể đưa ra hướng can thiệp hay điều trị.

Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 1,5 triệu trẻ chào đời, trong đó có từ 2-3% (40.000 trẻ) bị bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh như mắc bệnh Down (chậm phát triển trí tuệ); dị tật ống thần kinh; thiếu men G6PD; tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh; thalassemia (tan máu bẩm sinh)... và trong số trẻ mắc dị tật bẩm sinh, rất ít trường hợp dị tật được sàng lọc trước sinh và sơ sinh.

II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Không chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh không lây nhiễm, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước.

III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. Giải pháp 1:

Ban hành các quy định về phòng, chống bệnh không lây nhiễm về:

- (1) Hướng dẫn cách xác định nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm;
- (2) Tổ chức khám sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý một số bệnh mạn tính; sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh;
- (3) Tổ chức các hoạt động dự phòng, quản lý bệnh không lây nhiễm.

2. Giải pháp 2:

Ban hành các quy định về phòng, chống bệnh không lây nhiễm về:

- (1) Hướng dẫn cách xác định nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm;
- (2) Lồng ghép hoạt động phát hiện bệnh không lây nhiễm trong hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, khám sức khỏe định kỳ;
- (3) Tổ chức các hoạt động dự phòng, quản lý bệnh không lây nhiễm.

3. Giải pháp 3:

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không ban hành quy định ở cấp độ Luật mà tổ chức triển khai thực hiện theo các chương trình, đề án do Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ phê duyệt.

IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

1. Đánh giá đối với phương án 1

1.1. Tác động về kinh tế

1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

a) Tác động tích cực:

Giảm chi phí điều trị biến chứng do các bệnh không lây nhiễm gây ra mà chỉ tính chi phí điều trị đái tháo đường do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả năm 2020 là gần 3.000 tỷ đồng³⁰ chiếm tỷ lệ 2,8% trong tổng chi của Quỹ bảo hiểm y tế (104.220 tỷ đồng) và theo báo cáo về tình hình quản lý sử dụng Quỹ bảo hiểm y tế thì ngân sách Nhà nước chiếm khoảng 60% tổng số tiền đóng bảo hiểm. Như vậy, riêng chi phí Nhà nước phải bỏ ra là khoảng trên 1.750 tỷ đồng.

³⁰ Báo cáo của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tại Hội thảo Quản lý bệnh đái tháo đường năm 2020

Việc thực hiện giải pháp sẽ làm tăng thu cho Nhà nước do các cơ sở y tế tăng thu dịch vụ cũng đồng nghĩa với việc tăng mức nộp thuế.

b) Tác động tiêu cực:

(1) Tăng chi ngân sách khoảng 1.648 - 1.798 tỷ đồng/năm, trong đó:

- Chi phí chi sàng lọc tăng huyết áp, đái tháo đường khoảng 373 tỷ đồng/năm.

Phương pháp tính chi phí sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường:

Tổng số lượt sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường

Từ tổng quan tài liệu và tham vấn ý kiến chuyên gia, nghiên cứu đề xuất việc sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường là sàng lọc cơ hội tại tuyến xã, khám sàng lọc cơ hội tại Trạm y tế xã đối với các đối tượng có nguy cơ tăng huyết áp và đái tháo đường khi đến Trạm y tế xã khám bệnh, chữa bệnh. Đối với tăng huyết áp, tiến hành khám sàng lọc cơ hội tại Trạm y tế xã, tất cả các đối tượng từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Trạm y tế xã.

Quy trình khám sàng lọc: Khám, đo huyết áp 3 lần mỗi lần cách nhau 5 phút, lấy kết quả trung bình 2 lần đo cuối, bác sỹ tư vấn và kết luận. Đối với đái tháo đường, tiến hành khám sàng lọc cơ hội tại Trạm y tế xã, tất cả các đối tượng từ 30 tuổi trở lên đến khám tại Trạm y tế xã.

Quy trình khám sàng lọc: Phỏng vấn bằng phiếu hỏi, xác định các đối tượng nguy cơ tiền đái tháo đường, tiến hành đo đường máu mao mạch trên các đối tượng này, bác sỹ tư vấn và kết luận.

Đối với tăng huyết áp, người có nguy cơ là thành viên bảo hiểm y tế từ 18 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ khoảng 70% dân số. Đối với đái tháo đường, người có nguy cơ là thành viên bảo hiểm y tế từ 30 tuổi trở lên chiếm 55% dân số.³¹ Số liệu Bảo hiểm xã hội cho thấy tổng số lượt khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã năm 2017 là 33,430,765. Theo đó, số người là đối tượng sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 20,041,743 và 14,859,975.

Đơn giá lượt sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã

Năm 2019, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã tiến hành nghiên cứu đánh giá tác động ngân sách của Gói Dịch vụ y tế cơ bản trong đó bao gồm sàng lọc bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã.

³¹ GSO, 2018

Bảng 5: Đơn giá lượt sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã

Đơn vị: Đồng

Chi phí	THA	ĐTĐ phiếu	ĐTĐ XN mao
			mạch
Chi nhân sự	9,370	5,722	6,509
Chi thiết bị, vật tư tiêu hao	104	93	7,110
Chi hành chính	234	143	163
Tổng chi 1 lần sàng lọc	9,708	5,958	13,782

Kết hợp số lượt khám và chi phí sàng lọc 1 lượt cho kết quả ước tính chi phí gói sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường là 373 tỷ đồng (Bảng 7).

Bảng 6: Tổng chi phí thực hiện sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã

Đơn vị: đồng

Loại sàng lọc	Tổng chi phí
THA	219,621,742,855
ĐTĐ	153,458,662,341
Tổng chi gói sàng lọc	373,080,405,196

Ước tính hiện nay ngân sách Nhà nước đóng hoặc hỗ trợ mức đóng cho người tham gia bảo hiểm y tế khoảng 60% tổng nguồn thu của Bảo hiểm xã hội. Do vậy, nếu đưa chi phí này vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế sẽ tăng chi từ ngân sách Nhà nước 223,8 tỷ đồng/năm.

- Chi phí sàng lọc trước sinh và sau sinh khoảng 1.275 - 1.425 tỷ đồng/năm.

Phương pháp tính chi phí sàng lọc trước sinh và sau sinh:

Để đo lường tác động kinh tế của giải pháp này, nghiên cứu ước tính chi phí thực hiện sàng lọc trước sinh và sau sinh tại Việt Nam.

Trước hết, nghiên cứu tiến hành tổng quan tài liệu quốc tế về kinh nghiệm các nước trong việc đưa dịch vụ sàng lọc trước sinh và sau sinh vào các chương trình y tế do ngân sách Nhà nước hoặc bảo hiểm y tế chi trả. Kết quả cho thấy dịch vụ sàng lọc này đã được đưa vào chương trình tài trợ của Chính phủ ở nhiều nước.

Tại châu Âu, sàng lọc trước sinh bao gồm các bệnh sau:

- Tầm soát hội chứng Down
- Chỉ định chẩn đoán di truyền tế bào trước khi sinh
- Tầm soát phát hiện dị thường bằng siêu âm

Tại các nước đang phát triển, một số bệnh thường gặp được đưa vào chương trình sàng lọc trước sinh bao gồm:

- Sàng lọc trước sinh không xâm lấn cho hội chứng Down
- Các dịch vụ sinh sản về di truyền (tư vấn di truyền, chẩn đoán trước khi sinh)
- Chẩn đoán trước triệu chứng các tình trạng trội của NST

Đối với trẻ sơ sinh, tại Úc hơn 99% trẻ sơ sinh được khám sàng lọc trong khoảng 25 điều kiện di truyền và trao đổi chất. Ở Úc, các chương trình sàng lọc trẻ sơ sinh được tài trợ bởi chính quyền tiểu bang và lãnh thổ và hoạt động độc lập với nhau. Mỗi bang và vùng lãnh thổ đưa ra quyết định của riêng mình liên quan đến sàng lọc, bao gồm những điều kiện nào để sàng lọc.

Tại Mỹ, các bệnh phổ biến được sàng lọc sơ sinh là Suy giáp bẩm sinh (Congenital Hypothyroidism), Xơ nang (Cystic Fibrosis), Thiếu hụt Dehydrogenase acyl-CoA chuỗi trung bình (Medium-Chain Acyl-CoA Dehydrogenase Deficiency), Phenylketon niệu (Phenylketonuria) và Tăng sản sinh tuyến thượng thận bẩm sinh (Congenital Adrenal Hyperplasia).

Dựa trên kết quả tổng quan quốc tế và tham vấn chuyên gia, nghiên cứu đề xuất các xét nghiệm sàng lọc trước sinh bao gồm:

- Siêu âm sàng lọc hình thái 4D
- Xét nghiệm máu Double Test và Triple Test
- Xét nghiệm sàng lọc mới NIPT

Đối với sàng lọc sơ sinh, nghiên cứu đề xuất tiến hành xét nghiệm máu gót chân phát hiện sớm các bệnh tật: Suy giáp bẩm sinh, Thiếu men G6PD, Tăng sinh tuyến thượng thận bẩm sinh

Việc ước tính chi phí sàng lọc trước sinh và sau sinh trên đây cần các thông tin/số liệu sau đây:

- Số phụ nữ đang độ tuổi sinh sản
- Tỷ suất sinh thô hàng năm
- Đơn giá xét nghiệm sàng lọc

Số liệu nhân khẩu học được lấy theo số liệu của Tổng cục Thống kê cho biết Việt Nam có khoảng 1,5 triệu trẻ sinh mỗi năm (Bảng 7).

Bảng 7. Số liệu nhân khẩu học về tỷ suất sinh và sinh thô hàng năm

Năm	Tổng số	Nam	Nữ	Tỷ suất sinh thô (‰)	Sinh thô
2001	78,621	38,656	39,964	18.6	1,462
2002	79,538	39,112	40,426	19	1,511
2003	80,467	39,535	40,932	17.5	1,408
2004	81,436	40,042	41,394	19.2	1,564
2005	82,392	40,522	41,871	18.6	1,532
2006	83,311	40,999	42,312	17.4	1,450
2007	84,219	41,447	42,771	16.9	1,423
2008	85,119	41,956	43,163	16.7	1,421
2009	86,025	42,523	43,502	17.6	1,514

Năm	Tổng số	Nam	Nữ	Tỷ suất sinh thô (‰)	Sinh thô
2010	87,067	43,063	44,004	17.1	1,489
2011	88,146	43,619	44,527	16.6	1,463
2012	89,203	44,168	45,035	16.9	1,508
2013	90,191	44,686	45,506	17	1,533
2014	91,204	45,213	45,991	17.2	1,569
2015	92,229	45,754	46,475	16.2	1,494
2016	93,251	46,295	46,956	16	1,492
2017	94,286	46,848	47,438	14.9	1,405
2018	95,385	47,427	47,958	14.6	1,393
Est. 2019	96,484	48,018	48,466	16.3	1,573

Nguồn: GSO, 2019

Chi phí sàng lọc trước sinh

Tùy theo phương pháp sàng lọc áp dụng và loại cơ sở cung cấp dịch vụ, đơn giá sàng lọc trước sinh được ước tính như sau:

- Siêu âm sàng lọc hình thái 4D hiện có chi phí khoảng 300.000 VNĐ trở lên, có thể khác nhau ở các bệnh viện và phòng khám.

- Xét nghiệm máu Double Test và Triple Test có chi phí khoảng 400.000 VNĐ thực hiện.

- Xét nghiệm sàng lọc mới NIPT có chi phí từ 6 triệu trở lên tùy vào cơ sở và gói xét nghiệm. Với xét nghiệm NIPT kết quả âm tính, mẹ sẽ không cần làm xét nghiệm sàng lọc bổ sung nữa.

Nhìn chung, một gói sàng lọc trước sinh cơ bản có giá khoảng 450.000đ. Do đó, ước tính nhanh tổng chi phí sàng lọc trước sinh khoảng 675 tỷ đồng.

Chi phí sàng lọc sơ sinh

Như trình bày ở trên, xét nghiệm máu gót chân phát hiện sớm các bệnh tật được đề xuất cho sàng lọc sau sinh. Đơn giá hiện tại của xét nghiệm này dao động từ 400.000 đ đến 500.000 đ tương ứng sàng lọc 3 hoặc 5 bệnh sơ sinh. Như vậy, chi phí thực hiện sàng lọc sau sinh dao động từ 600 - 750 tỷ đồng mỗi năm.

Ước tính hiện nay ngân sách Nhà nước đóng hoặc hỗ trợ mức đóng cho người tham gia bảo hiểm y tế khoảng 60% tổng nguồn thu của Bảo hiểm xã hội. Do vậy, nếu đưa chi phí này vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế sẽ tăng chi từ ngân sách Nhà nước 765 - 855 tỷ đồng/năm.

1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

Doanh nghiệp sẽ giảm bớt gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến vấn đề này mà cụ thể là người lao động sẽ phải nghỉ phép để chăm sóc cho thân nhân hoặc phải kiếm thêm việc làm để có thu nhập chi trả cho việc khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân và từ đó sẽ làm giảm sức lao động của bản thân người lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất, hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Về cơ bản việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh chi phí cho doanh nghiệp vì chi phí này do ngân sách Nhà nước hoặc Quỹ Bảo hiểm y tế bảo đảm.

1.1.3. Tác động đối với cơ sở y tế:

a) Tác động tích cực:

Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng thời mở rộng phạm vi cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Về cơ bản việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh chi phí cho cơ sở y tế vì chi phí này do ngân sách Nhà nước hoặc Quỹ Bảo hiểm y tế bảo đảm.

1.1.4. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh do việc sàng lọc, phát hiện sớm các bệnh sẽ giúp giảm chi phí điều trị mà chỉ tính riêng chi phí điều trị các biến chứng do đái tháo đường gây ra đã lên tới 3,000 tỷ/năm.

Hoặc đối với chi phí chăm sóc y tế đối với bệnh Down: theo nghiên cứu của CDC Hoa Kỳ, gia đình có trẻ mắc bệnh có nguy cơ phải chịu những gánh nặng về nhu cầu và chi phí chăm sóc như:

- Ở nhóm trẻ 0 - 4 tuổi có bảo hiểm, chi phí chăm sóc y tế trung bình cho trẻ mắc bệnh cao hơn 12 lần so với trẻ cùng tuổi khỏe mạnh.

- Đối với trẻ sơ sinh mắc bệnh, trung bình những trẻ sinh ra bị dị tật tim có chi phí chăm sóc sức khỏe cao hơn gấp 5 lần so với trẻ mắc hội chứng Down không bị dị tật tim.

Một nghiên cứu khác đã sử dụng dữ liệu từ Điều tra Quốc gia về Trẻ em có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt (NSCSHN) để xem xét ảnh hưởng bệnh đối với gia đình, những kết quả được đưa ra:

- Gần 60% gia đình có trẻ mắc Down được chăm sóc sức khỏe tại nhà, gồm: thay băng, chăm sóc bằng thiết bị cho ăn hoặc thở, cho thuốc và các liệu pháp y tế.

- Hơn 40% gia đình có thành viên phải nghỉ việc để chăm sóc cho trẻ.

- Khoảng 40% gia đình phải chịu những gánh nặng tài chính có liên quan khác như chi phí.

b) Tác động tiêu cực:

Về cơ bản việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh chi phí cho cơ sở y tế vì chi phí này do ngân sách Nhà nước hoặc Quỹ Bảo hiểm y tế bảo đảm.

1.2. Tác động về xã hội

1.2.1. Tác động tích cực:

- Về việc làm: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động sẽ góp phần làm tăng chất lượng nguồn nhân lực cho thị trường lao động cũng như tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân. Bên cạnh đó, việc cho phép triển khai các dịch vụ tư vấn cũng sẽ góp phần gia tăng số lượng việc làm.

- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

- Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua việc giảm chi phí cho việc điều trị các bệnh, tật. Bên cạnh đó, việc tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

1.2.2. Tác động tiêu cực:

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh tác động tiêu cực.

1.3. Tác động về giới:

Việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi họ sẽ được bảo đảm quyền lợi ngay từ trong thời gian mang thai và sau khi sinh.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ là tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đối với đối tượng là nữ giới cao tuổi mà nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phụ nữ có khả năng mắc các bệnh mãn tính cao hơn và dễ rơi vào cảnh nghèo khó, bấp bênh hơn nam giới (VNAS 2011). Trong điều kiện đó, phụ nữ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Cuối cùng, phụ nữ nghỉ hưu sớm hơn nhưng sống lâu hơn nam giới, khiến họ dễ bị rơi vào cảnh góa bụa và lương hưu (nếu có) cũng không đủ chi trả cho nhu cầu. Do đó, các hỗ trợ khi về già đối với họ cũng hạn chế³².

1.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do đây là việc điều chỉnh các nội dung chuyên môn.

1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

³² Thông tin tóm tắt già hóa dân số nhanh chóng ở Việt Nam: thách thức và cơ hội do UNDP Việt Nam công bố năm 2016

2. Đánh giá đối với phương án 2

2.1. Tác động về kinh tế

2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

a) Tác động tích cực:

Giảm chi phí điều trị biến chứng do các bệnh không lây nhiễm gây ra mà chỉ tính chi phí điều trị đái tháo đường do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả năm 2020 là gần 3.000 tỷ đồng³³ chiếm tỷ lệ 2,8% trong tổng chi của Quỹ bảo hiểm y tế (104.220 tỷ đồng) và theo báo cáo về tình hình quản lý sử dụng Quỹ bảo hiểm y tế thì ngân sách Nhà nước chiếm khoảng 60% tổng số tiền đóng bảo hiểm. Như vậy, riêng chi phí Nhà nước phải bỏ ra là khoảng trên 1.750 tỷ đồng.

b) Tác động tiêu cực:

Mặc dù cũng có tác dụng làm giảm chi phí của Nhà nước điều trị biến chứng do các bệnh không lây nhiễm gây ra nhưng mức độ giảm sẽ không hiệu quả như việc chủ động sàng lọc trong cộng đồng.

2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

Doanh nghiệp sẽ giảm bớt gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến vấn đề này mà cụ thể là người lao động sẽ phải nghỉ phép để chăm sóc cho thân nhân hoặc phải kiếm thêm việc làm để có thu nhập chi trả cho việc khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân và từ đó sẽ làm giảm sức lao động của bản thân người lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất, hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Về cơ bản việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh chi phí cho doanh nghiệp vì chi phí này do ngân sách Nhà nước hoặc Quỹ Bảo hiểm y tế bảo đảm.

2.1.3. Tác động đối với cơ sở y tế:

a) Tác động tích cực:

Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng thời mở rộng phạm vi cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

³³ Báo cáo của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam tại Hội thảo Quản lý bệnh đái tháo đường năm 2020

b) Tác động tiêu cực:

Về cơ bản việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh chi phí cho cơ sở y tế vì chi phí này do ngân sách Nhà nước hoặc Quỹ Bảo hiểm y tế bảo đảm.

2.1.4. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh do việc sàng lọc, phát hiện sớm các bệnh sẽ giúp giảm chi phí điều trị mà chỉ tính riêng chi phí điều trị các biến chứng do đái tháo đường gây ra đã lên tới 3,000 tỷ/năm.

Hoặc đối với chi phí chăm sóc ý tế đối với bệnh Down: theo nghiên cứu của CDC Hoa Kỳ, gia đình có trẻ mắc bệnh có nguy cơ phải chịu những gánh nặng về nhu cầu và chi phí chăm sóc như:

- Ở nhóm trẻ 0 - 4 tuổi có bảo hiểm, chi phí chăm sóc y tế trung bình cho trẻ mắc bệnh cao hơn 12 lần so với trẻ cùng tuổi khỏe mạnh.

- Đối với trẻ sơ sinh mắc bệnh, trung bình những trẻ sinh ra bị dị tật tim có chi phí chăm sóc sức khỏe cao hơn gấp 5 lần so với trẻ mắc hội chứng Down không bị dị tật tim.

Một nghiên cứu khác đã sử dụng dữ liệu từ Điều tra Quốc gia về Trẻ em có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt (NSCSHN) để xem xét ảnh hưởng bệnh đối với gia đình, những kết quả được đưa ra:

- Gần 60% gia đình có trẻ mắc Down được chăm sóc sức khỏe tại nhà, gồm: thay băng, chăm sóc bằng thiết bị cho ăn hoặc thở, cho thuốc và các liệu pháp y tế.

- Hơn 40% gia đình có thành viên phải nghỉ việc để chăm sóc cho trẻ.

- Khoảng 40% gia đình phải chịu những gánh nặng tài chính có liên quan khác như chi phí.

b) Tác động tiêu cực:

Mặc dù cũng có tác dụng làm giảm chi phí của Nhà nước điều trị biến chứng do các bệnh không lây nhiễm gây ra nhưng mức độ giảm sẽ không hiệu quả như việc chủ động sàng lọc trong cộng đồng.

2.2. Tác động về xã hội

2.2.1. Tác động tích cực:

- Về việc làm: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động sẽ góp phần làm tăng chất lượng nguồn nhân lực cho thị trường lao động cũng như tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân. Bên cạnh đó, việc cho phép triển khai các dịch vụ tư vấn cũng sẽ góp phần gia tăng số lượng việc làm.

- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

- Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua việc giảm chi phí cho việc điều trị các bệnh, tật. Bên cạnh đó, việc tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

2.2.2. Tác động tiêu cực:

Mặc dù cũng có tác dụng làm giảm chi phí của Nhà nước điều trị biến chứng do các bệnh không lây nhiễm gây ra nhưng mức độ giảm sẽ không hiệu quả như việc chủ động sàng lọc trong cộng đồng.

2.3. Tác động về giới:

Việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi họ sẽ được bảo đảm quyền lợi ngay từ trong thời gian mang thai và sau khi sinh.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ là tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đối với đối tượng là nữ giới cao tuổi mà nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phụ nữ có khả năng mắc các bệnh mãn tính cao hơn và dễ rơi vào cảnh nghèo khó, bấp bênh hơn nam giới (VNAS 2011). Trong điều kiện đó, phụ nữ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Cuối cùng, phụ nữ nghỉ hưu sớm hơn nhưng sống lâu hơn nam giới, khiến họ dễ bị rơi vào cảnh góa bụa và lương hưu (nếu có) cũng không đủ chi trả cho nhu cầu. Do đó, các hỗ trợ khi về già đối với họ cũng hạn chế³⁴.

³⁴ Thông tin tóm tắt già hóa dân số nhanh chóng ở Việt Nam: thách thức và cơ hội do UNDP Việt Nam công bố năm 2016

2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do đây là việc điều chỉnh các nội dung chuyên môn.

2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, đặc biệt là Tuyên ngôn quốc tế nhân quyền; Công ước về các quyền dân sự và chính trị; Công ước quốc tế về các quyền kinh tế, văn hóa và xã hội.

3. Đánh giá đối với phương án 3

3.1. Tác động về kinh tế

3.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

a) Tác động tích cực:

Nhà nước không chịu tác động về kinh tế do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

Nhà nước tiếp tục phải đối mặt với các gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến bệnh không lây nhiễm mà một ví dụ điển hình là chi tính riêng chi phí điều trị mà chỉ tính riêng chi phí điều trị các biến chứng do đái tháo đường gây ra đã lên tới 3,000 tỷ/năm.

3.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

Doanh nghiệp sẽ không phải tăng chi do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

Doanh nghiệp sẽ tiếp tục phải đối diện với gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến vấn đề này mà cụ thể là người lao động sẽ phải nghỉ phép để chăm sóc cho thân nhân hoặc phải kiếm thêm việc làm để có thu nhập chi trả cho việc khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân và từ đó sẽ làm giảm sức lao động của bản thân người lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất, hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp.

3.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Tác động tích cực:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải chịu tác động như đối với doanh nghiệp đã được phân tích tại điểm a khoản 1.1.2 Mục này.

b) Tác động tiêu cực:

Không tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như giảm mức độ bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:

a) Tác động tích cực: Không tăng chi từ Quỹ do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

3.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực: Không tăng chi cho người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh.

3.2. Tác động về xã hội

3.2.1. Tác động tích cực:

Không mang lại tác động tích cực đối với xã hội.

3.2.2. Tác động tiêu cực:

- Về việc làm: Không làm tăng nguồn cung nhân lực cho thị trường lao động cũng như không tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân.

- Về sức khỏe: Không giúp người dân phát hiện để điều trị sớm bệnh, tật.

- Về giảm nghèo: Không có tác động đến giảm nghèo do không hạn chế chi từ tiền túi của những người dân do tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, không tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

3.3. Tác động về giới:

Việc ban hành chính sách sẽ tác động không có lợi đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi họ không được bảo đảm quyền lợi trong thời gian mang thai, nghỉ chế độ sản và nuôi con dưới 24 tháng tuổi.

3.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính.

3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Không phát sinh việc ban hành văn bản hướng dẫn đối với việc bổ sung thêm các phạm vi gồm sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh; sàng lọc một số bệnh lây truyền từ mẹ sang con đối với phụ nữ có thai; khám sức khỏe định kỳ; sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh mạn tính không lây.

4. Kết luận

4.1. Đối với giải pháp 1:

a) Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải bỏ ra khoảng 1.648 - 1.798 tỷ đồng/năm cho việc sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý một số bệnh mạn tính; sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị các bệnh không lây nhiễm gây ra mà chỉ tính chi phí điều trị đái tháo đường do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả năm 2020 là gần 3.000 tỷ đồng chiếm tỷ lệ 2,8% trong tổng chi của Quỹ bảo hiểm y tế (104.220 tỷ đồng) và theo báo cáo về tình hình quản lý sử dụng Quỹ bảo hiểm y tế thì ngân sách Nhà nước chiếm khoảng 60% tổng số tiền đóng bảo hiểm. Như vậy, riêng chi phí Nhà nước phải bỏ ra là khoảng trên 1.750 tỷ đồng.

Bên cạnh đó, nếu đưa chi phí này vào phạm vi thanh toán của Quỹ Bảo hiểm y tế thì thực chất Nhà nước sẽ chỉ tăng chi 988,8 - 1.078,8 tỷ đồng/năm.

Mức tăng chi phí 1.132 tỷ tương ứng với 1,03% tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2020. Mức tăng bình quân hàng năm của Quỹ bảo hiểm y tế trung bình trong giai đoạn 2014-2019 là 15,6%. Trong khi đó, mức tăng bình quân của chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong giai đoạn này là 20,4%. Tuy nhiên, mức tăng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ năm 2018 đã giảm xuống còn 11% và đến 2019 chỉ còn 5,2%. Như vậy, với việc kiểm soát mức tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả và duy trì mức tăng thu bảo hiểm y tế Quỹ bảo hiểm y tế hoàn toàn có thể cân đối được.

Việc thực hiện giải pháp làm tăng thu cho Nhà nước do các cơ sở y tế tăng thu dịch vụ cũng đồng nghĩa với việc tăng mức nộp thuế.

b) Về xã hội: Cải thiện sức khỏe người dân, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tăng cơ hội việc làm và góp phần giảm nghèo.

c) Về giới:

Việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi họ sẽ được bảo đảm quyền lợi trong thời gian mang thai, sau khi sinh con.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ là tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đối với đối tượng là nữ giới cao tuổi mà nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phụ nữ có khả năng mắc các bệnh mãn tính cao hơn và dễ rơi vào cảnh nghèo khó, bấp bênh hơn nam giới (VNAS 2011). Trong điều kiện đó, phụ nữ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Cuối cùng, phụ nữ nghỉ hưu sớm hơn nhưng sống lâu hơn nam giới, khiến họ dễ bị rơi vào cảnh góa bụa và lương hưu (nếu có) cũng không đủ chi trả cho nhu cầu. Do đó, các hỗ trợ khi về già đối với họ cũng hạn chế.

d) Về thủ tục hành chính: Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật: Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.2. Đối với giải pháp 2:

a) Về kinh tế: Nhà nước sẽ không phải bỏ ra khoảng 1.648 - 1.798 tỷ đồng/năm cho việc sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý một số bệnh mạn tính; sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh.

b) Về xã hội: Cải thiện sức khỏe người dân, nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tăng cơ hội việc làm và góp phần giảm nghèo. Tuy nhiên mức độ tác động sẽ thấp hơn giải pháp 1 và không khắc phục được một cách triệt để các tồn tại, bất cập của tình trạng sức khỏe tâm thần ở Việt Nam hiện nay.

c) Về giới: Cũng có tác động về giới như giải pháp 1 mức độ tác động sẽ thấp hơn giải pháp 1.

d) Về thủ tục hành chính: Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

đ) Về tác động đối với hệ thống pháp luật: Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.3. Đối với giải pháp 3:

4.3.1. Về kinh tế:

Nhà nước, Quỹ bảo hiểm y tế và người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

4.3.2. Về xã hội:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về quản lý sức khỏe của người dân Việt Nam như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

4.3.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.3.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.3.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

1. Về giải pháp:

So sánh hai giải pháp cho thấy cả hai giải pháp 1 và 2 đều có tác động đến Nhà nước nhưng giải pháp thứ nhất sẽ góp phần khắc phục được các tồn tại, bất cập của liên quan đến bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam hiện nay đồng thời sẽ giúp Nhà nước và xã hội giảm bớt chi phí điều trị bệnh không lây nhiễm và hậu quả do bệnh không lây nhiễm gây ra.

Bên cạnh đó, việc thực hiện chính sách có thể sẽ làm tăng thu cho ngân sách do các cơ sở y tế tăng thu dịch vụ cũng đồng nghĩa với việc tăng mức nộp thuế.

Do vậy, việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế.

2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có ảnh hưởng rất lớn đến xã hội, quyền được chăm sóc khỏe của công dân theo Hiến pháp năm 2015 cũng như các cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế liên quan đến việc thực hiện Mục tiêu thiên niên kỷ nên theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 15 Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật thì thuộc thẩm quyền ban hành của Quốc hội (Quốc hội ban hành luật để quy định chính sách cơ bản về văn hóa, giáo dục, y tế, khoa học, công nghệ, môi trường).

Mục 5.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ NĂM VỀ QUẢN LÝ SỨC KHỎE ĐỐI VỚI NGƯỜI DÂN

I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Việt Nam đã đạt được một số thành tựu quan trọng trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, tình trạng sức khỏe của người dân đã có nhiều cải thiện; công tác Y tế dự phòng được tăng cường, đã ngăn chặn được các bệnh dịch nguy hiểm, không để xảy ra dịch lớn; các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe như môi trường, thực phẩm, rèn luyện thân thể, đời sống tinh thần... được quan tâm hơn; năng lực và chất lượng khám, chữa bệnh được nâng lên, tiếp cận được hầu hết các kỹ thuật tiên tiến trên thế giới,... Tuy nhiên, công tác này vẫn còn đối mặt nhiều khó khăn, thách thức như chất lượng môi trường sống, làm việc, chế độ dinh dưỡng, rèn luyện thân thể, văn hoá tinh thần... ở nhiều nơi chưa được chú trọng, bảo đảm. Nhiều hành vi, thói quen ảnh hưởng xấu tới sức khỏe chưa được khắc phục căn bản.

Hệ thống tổ chức y tế dự phòng, y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu còn thiếu ổn định, hoạt động chưa thực sự hiệu quả. Chất lượng dịch vụ, nhất là ở tuyến dưới chưa đáp ứng yêu cầu.

Trước những thách thức trên đòi hỏi hệ thống y tế phải có những thay đổi phù hợp cả về tổ chức bộ máy, chức năng nhiệm vụ và khả năng cung ứng các dịch vụ. Trong khi đó, nguồn lực tài chính chưa đáp ứng yêu cầu phát triển y tế, chăm sóc sức khỏe nhân dân. Ngân sách nhà nước đầu tư cho y tế còn hạn hẹp, thu nhập của người dân còn thấp, tiềm lực kinh tế chưa đủ mạnh, trong khi nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng cao, đa dạng; yêu cầu đầu tư cho y tế lớn. Cơ chế tài chính y tế hiện nay chưa huy động được nhiều nguồn lực xã hội, chi tại y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu còn thấp, chưa động viên được toàn dân tham gia bảo hiểm y tế. Để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu, phát hiện sớm bệnh tật thì việc thiết lập hệ thống quản lý và chăm sóc sức khỏe toàn diện là hết sức cần thiết thông qua việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân gắn với mục tiêu thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân.

Việc lập hồ sơ sức khỏe bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe duy nhất và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia. Khi có hồ sơ sức khỏe, mỗi người dân khi cần khám chữa bệnh có thể dịch chuyển thông suốt trong hệ thống y tế, các thông tin đầy đủ về sức khỏe người bệnh được cung cấp cho bác sĩ một cách nhanh chóng, chính xác, tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị, giúp người bệnh được chăm sóc sức khỏe toàn diện, liên tục và phối hợp, phát hiện bệnh sớm, điều trị kịp thời khi bệnh còn ở giai đoạn sớm, hiệu quả điều trị cao, giảm bớt chi phí của mỗi người dân cho việc khám chữa bệnh. Đồng thời, thông qua đó, giúp cho việc quản lý quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả, ngành y tế hoạch định chính sách tốt hơn vì có những bằng chứng về thực tiễn.

Hồ sơ sức khỏe cá nhân cho nhân dân là giải pháp quan trọng cho việc quản lý để hoạch định chính sách và xây dựng kế hoạch cũng như triển khai các hoạt động can thiệp y tế, như tiêm chủng, hoạt động dinh dưỡng, yếu tố vi lượng, khám chữa bệnh... Bên cạnh đó, hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe toàn dân còn giúp quản lý tốt các nhóm bệnh, tình hình tử vong, các bệnh có yếu tố gia đình, liên quan môi trường sống, nguồn nước và các yếu tố vệ sinh khác. Việc chẩn đoán điều trị bệnh sớm sẽ giảm bớt chi phí bảo hiểm y tế, đồng thời khi thông tin người bệnh thông suốt thì việc quản lý chi phí bảo hiểm y tế sẽ dễ dàng hơn, hạn chế việc gian lận, lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Ngoài ra việc lập hồ sơ quản lý và chăm sóc sức khỏe là một trong những giải pháp tăng cường tính hấp dẫn của chính sách bảo hiểm y tế thông qua việc người dân được chăm sóc sức khỏe tại y tế cơ sở, bảo đảm mỗi người dân được cung cấp dịch vụ y tế, chăm sóc, định hướng, tư vấn ngay tại y tế cơ sở. Với hơn 11.400 trạm y tế cấp xã, trong đó 78% số trạm có bác sĩ làm việc là điều rất thuận lợi cho việc triển khai việc quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân. Đây là tuyến y tế gần dân nhất, nhanh nhất thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tuy nhiên, hiện tuyến y tế này vẫn chưa phát huy cao nhất hiệu quả do những khó khăn về cơ chế tài chính, khả năng cung ứng dịch vụ... Do đó, cùng với việc bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân để bảo đảm cơ chế tài chính, quyết tâm của Chính phủ thực hiện việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe sẽ tạo ra một cơ chế mới, khắc phục được khó khăn này, trở thành một trong những bước thực hiện bao phủ toàn diện về chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Từ năm 2017, dự kiến lập hồ sơ sức khỏe cá nhân mỗi người dân thông qua đó người dân sẽ được chăm sóc, định hướng, tư vấn sức khỏe ngay tại y tế cơ sở. Hiện, cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã lập dự toán kinh phí bổ sung năm 2017 trình Thủ tướng Chính phủ phê duyệt để lập hồ sơ sức khỏe cho những người đã tham gia bảo hiểm y tế; đối với những người chưa tham gia bảo hiểm y tế (khoảng 18% số dân), nguồn kinh phí sẽ do ngân sách địa phương hoặc các nguồn tài trợ chi trả... Việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân đã được triển khai thí điểm tại Phú Thọ, Bắc Ninh và Hà Nội. Phú Thọ triển khai thí điểm tại huyện Yên Lập với việc khám và lập hồ sơ sức khỏe cho hơn 90% số dân trên địa bàn. Tại Bắc Ninh đến nay đã có trên 50% số xã, phường đã khám và lập hồ sơ sức khỏe cho người dân trên địa bàn tỉnh. Tại Hà Nội, từ năm 2014 đã triển khai mô hình bác sĩ gia đình và thực hiện quản lý hơn 35.000 hồ sơ sức khỏe. Mục tiêu đến tháng 9 sẽ hoàn thành việc khám sức khỏe lần đầu và lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân cho tất cả người dân. Từ những kết quả ban đầu đáng khích lệ ở Bắc Ninh, Phú Thọ và Hà Nội mô hình sẽ được nhân rộng toàn quốc, giúp cho quá trình quản lý và chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người dân tại cộng đồng ngoài ra giúp cho việc quản lý quỹ bảo hiểm y tế và tăng sức hấp dẫn của chính sách bảo hiểm y tế.

Mục đích cuối cùng là tất cả người dân đều được lập hồ sơ, tư vấn, khám chữa bệnh, sau đó khám định kỳ hàng năm, thông qua các đơn vị y tế cơ sở bác sĩ gia đình. Để triển khai việc triển khai khám bệnh, lập sổ theo dõi sức khỏe cho tất cả người dân có những lợi thế bởi đã có dữ liệu dân cư thường xuyên được cập nhật, chỉ cần mở thêm trường thông tin về sức khỏe. Với việc nối mạng toàn hệ thống, sau này người dân khám bệnh ở đâu trên tại địa phương nào cũng sẽ được cập nhật vào hệ thống. Mỗi người có một mã số riêng, bác sĩ chỉ mở được các thông tin cá nhân được nếu người bệnh đồng ý để đảm bảo tính bảo mật. Cần kết nối các cơ sở khám, chữa bệnh ngoài công lập vào mạng chung, tiến tới quản lý chung toàn quốc. Bác sĩ kê đơn mới được mua thuốc để khắc phục tình trạng 75% người dân vẫn tự mua thuốc không cần đơn như hiện nay dẫn đến thực trạng khó quản lý giá, chất lượng thuốc và tình trạng kháng thuốc.

II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Quản lý toàn bộ thông tin về tình trạng sức khỏe của người dân Việt Nam từ đó hỗ trợ cho việc chăm sóc nâng cao sức khỏe, phòng bệnh và điều trị bệnh tật.

III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

1. Giải pháp 1:

Quy định việc lập hồ sơ sức khỏe cho người dân theo phương thức: (1) đối với công dân sinh sau ngày Luật có hiệu lực thì đưa các thông tin cơ bản về tình trạng sức khỏe vào Cơ sở dữ liệu quốc gia về công dân sau đó tiếp tục cập nhật thông tin về tình trạng sức khỏe của công dân đó sau mỗi lần khám bệnh hoặc khám sức khỏe; (2) đối với công dân sinh trước ngày Luật có hiệu lực thì thực hiện việc cập nhật thông tin về tình trạng sức khỏe của công dân đó sau mỗi lần khám bệnh hoặc khám sức khỏe.

2. Giải pháp 2:

Quy định việc lập hồ sơ sức khỏe cho người dân theo phương thức: (1) sau khi Luật có hiệu lực thì hành sẽ thực hiện việc khám sức khỏe cho toàn bộ người dân đã sinh trước ngày có Luật và (2) đối với công dân sinh sau ngày Luật có hiệu lực thì đưa các thông tin cơ bản về tình trạng sức khỏe vào Cơ sở dữ liệu quốc gia về công dân sau đó tiếp tục cập nhật thông tin về tình trạng sức khỏe của công dân đó sau mỗi lần khám bệnh hoặc khám sức khỏe.

3. Giải pháp 3:

Giữ nguyên như hiện nay.

IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP

1. Đánh giá tác động đối với giải pháp 1:

1.1. Tác động về kinh tế:

1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Dự kiến mức kinh phí khái toán cho việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân là khoảng 3.000 đồng/người cho việc lập sổ, 3.000 đồng/người cho các vật tư tiêu hao (các chi phí này chủ yếu phục vụ việc nhập dữ liệu vào hồ sơ sức khỏe và không gồm các chi phí khám, chẩn đoán vì các chi phí này được thanh toán thông qua cơ chế giá dịch vụ), thì tổng chi phí cho việc lập hồ sơ sức khỏe toàn dân là khoảng 564 tỷ đồng.

Nguồn kinh phí thực hiện được lấy từ hai nguồn: (1) Quỹ bảo hiểm y tế đối với những người có thẻ bảo hiểm y tế và (2) từ ngân sách nhà nước đối với những người không có thẻ bảo hiểm y tế. Trong đó nếu giả định Việt Nam đạt mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2020 (98% dân số) thì Nhà nước sẽ phải chi khoảng 11,3 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thẻ bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, về lâu dài Nhà nước sẽ giảm chi từ ngân sách do phải giảm chi để giải quyết hậu quả kinh tế - xã hội do bệnh tật để lại.

1.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:

Dự kiến mức kinh phí khái toán cho việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân là khoảng 3.000 đồng/người cho việc lập sổ, 3.000 đồng/người cho các vật tư tiêu hao (các chi phí này chủ yếu phục vụ việc nhập dữ liệu vào hồ sơ sức khỏe và không gồm các chi phí khám, chẩn đoán vì các chi phí này được thanh toán thông qua cơ chế giá dịch vụ), thì tổng chi phí cho việc lập hồ sơ sức khỏe toàn dân là khoảng 564 tỷ đồng.

Nguồn kinh phí thực hiện được lấy từ hai nguồn: (1) Quỹ bảo hiểm y tế đối với những người có thẻ bảo hiểm y tế và (2) từ ngân sách nhà nước đối với những người không có thẻ bảo hiểm y tế. Trong đó nếu giả định Việt Nam đạt mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2020 (98% dân số) thì Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi khoảng 552 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thẻ bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, việc áp dụng hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Quỹ bảo hiểm y tế giảm chi bởi khi người dân có hồ sơ sức khỏe thì mọi thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe sẽ được thể hiện trong hồ sơ từ đó sẽ :

- Hỗ trợ việc phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) và như vậy sẽ giảm vì bệnh ở giai đoạn sớm sẽ giảm chi phí điều trị (điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh thường không phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn).

- Cung cấp đầy đủ các thông tin về tiền sử bệnh tật của người dân tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị người bệnh, giúp họ được chăm sóc sức khỏe toàn diện và giảm chi phí do có thể tận dụng được các kết quả chẩn đoán cận lâm sàng như xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...

1.1.3. Tác động đối với người dân:

Tương tự như tác động về kinh tế đối Quỹ bảo hiểm y tế, người dân cũng được hưởng lợi nhiều về kinh tế từ việc thực hiện chính sách như giúp phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) và như vậy sẽ giảm chi phí đồng chi trả cho việc điều trị (điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh thường không phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn).

1.2. Tác động về mặt xã hội:

1.2.1. Tác động chung:

- Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia từ đó bảo đảm cho mọi người dân được quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục suốt đời, hỗ trợ phát hiện sớm và xử lý sớm các bệnh thông thường ngay tại tuyến khám chữa bệnh ban đầu, hạn chế biến chứng và diễn biến bệnh tật nặng, giúp giảm quá tải bệnh viện và giảm áp lực với ngành y tế.

- Việc tổng hợp, phân tích dữ liệu thông tin quản lý sức khỏe giúp việc hoạch định chính sách đối với ngành y tế cũng tốt hơn vì có những bằng chứng về thực tiễn: Với lượng thông tin được tập hợp từ hồ sơ sức khỏe cá nhân sẽ thể hiện được mô hình bệnh tật của quốc gia, giữa các vùng miền; có thể biết được kết quả của các hoạt động can thiệp y tế, can thiệp giảm tác hại (ví dụ tỷ lệ hút hoặc bỏ thuốc lá...) từ đó Nhà nước, ngành y tế và các bộ ngành liên quan có cơ sở đưa ra các giải pháp, chiến lược can thiệp. Đây sẽ là một kênh dữ liệu điều tra quốc gia với các chỉ số tin cậy về tình trạng sức khỏe người dân.

- Ngoài ra việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân còn giúp giảm các tai biến, nâng cao chất lượng sống. Thực tế, các bác sĩ của Hội Thầy thuốc trẻ từng có các đợt khám tình nguyện cho bà con các vùng khó khăn, qua đó, có địa phương, đoàn đã phát hiện khoảng 40% người dân trung, cao tuổi trong vùng có tăng huyết áp, nhưng hầu hết họ không biết mình cần điều trị, do hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế. Hay một số bệnh lý thường mà vừa qua nhiều người bị phát hiện muộn (như đái tháo đường), nếu được khám, quản lý sức khỏe thì sẽ điều trị sớm, thậm chí được ngăn chặn ngay từ khi có các yếu tố nguy cơ. Trong khi đó, nếu được theo dõi sức khỏe thường xuyên, các bệnh lý mãn tính đó sẽ được phát hiện kịp thời, cấp thuốc điều trị, giúp giảm các tai biến, nâng cao chất lượng sống cho người dân.

Do đó, hồ sơ theo dõi sức khỏe giúp mỗi người được theo dõi, chăm sóc sức khỏe trọn đời từ khi lọt lòng đến lúc nhắm mắt, chất lượng sống được nâng lên nhờ được chăm sóc y tế kịp thời. Ngoài những thông tin cơ bản về cá nhân, cập nhật diễn biến bệnh tật, hồ sơ còn có những ghi chú về: tình trạng dị ứng/mẫn cảm thuốc hay thực phẩm; bệnh lý bẩm sinh hay các yếu tố riêng khác giúp bác sĩ tiếp nhận đầy đủ, từ đó đảm bảo chính xác an toàn hơn khi đưa ra phác đồ điều trị.

1.2.2. Tác động về tâm lý:

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 2.600 người (mỗi tỉnh là 325 người) cho thấy:

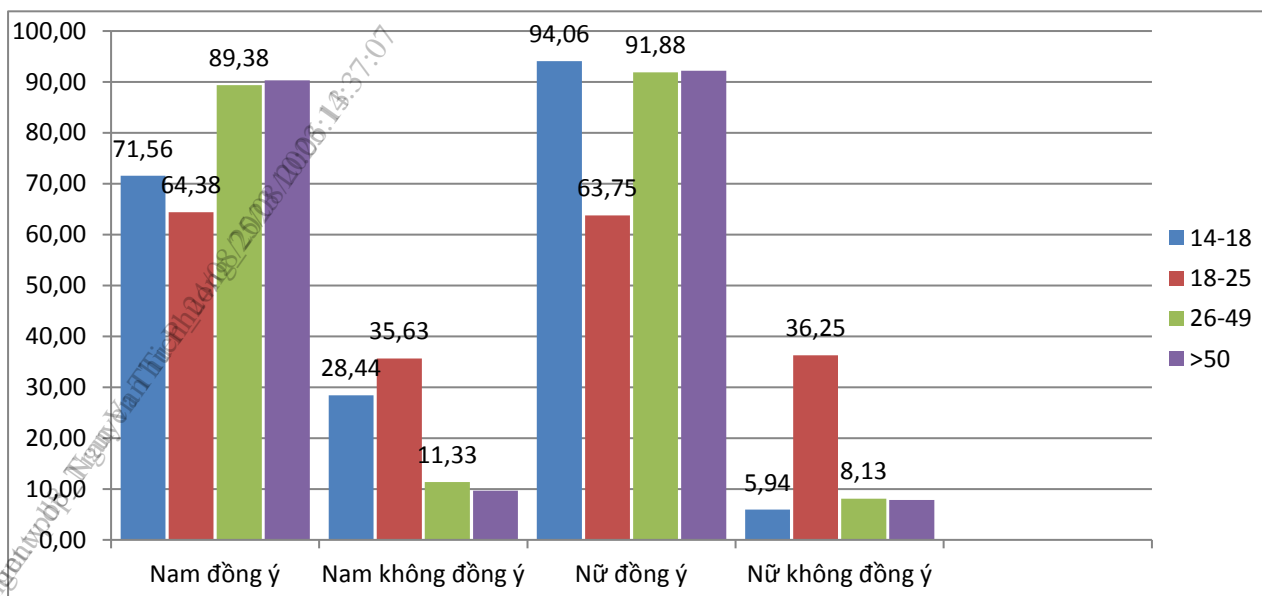
- Có 2,104 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 80,93 %.
- Có 496 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 19,07%.

Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ 18 đến 25 (Lựa chọn phương án không quan tâm đến chính sách).

Bảng 7. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về lập hồ sơ sức khỏe theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	14-18		18-25		26-49		>50	
	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Nam	229	91	206	114	286	34	289	31
Nữ	301	19	204	116	294	26	295	25

Biểu 5. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới



1.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

1.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Các giải pháp được đưa ra hoàn toàn phù hợp với hệ thống pháp luật hiện hành của Việt Nam cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết.

2. Đánh giá tác động đối với phương án 2:

2.1. Tác động về kinh tế:

2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Dự kiến mức kinh phí khái toán cho việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân là khoảng 3.000 đồng/người cho việc lập sổ, 3.000 đồng/người cho các vật tư tiêu hao (các chi phí này chủ yếu phục vụ việc nhập dữ liệu vào hồ sơ sức khỏe), 7.000 đồng/người chi phí tiền công khám, 34.000 đồng/người chi phí định nhóm máu, 30.000 đồng/người chi phí siêu âm tổng quát, thì tổng chi phí cho việc lập hồ sơ sức khỏe toàn dân là khoảng 7.238 tỷ đồng.

Nguồn kinh phí thực hiện được lấy từ hai nguồn: (1) Quỹ bảo hiểm y tế đối với những người có thẻ bảo hiểm y tế và (2) từ ngân sách nhà nước đối với những người không có thẻ bảo hiểm y tế. Trong đó nếu giả định Việt Nam đạt mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2020 (98% dân số) thì Nhà nước sẽ phải chi khoảng 144,8 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thẻ bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, về lâu dài Nhà nước sẽ giảm chi từ ngân sách do phải giảm chi để giải quyết hậu quả kinh tế - xã hội do bệnh tật để lại.

2.1.2. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:

Dự kiến mức kinh phí khái toán cho việc lập hồ sơ sức khỏe cá nhân là khoảng 3.000 đồng/người cho việc lập sổ, 3.000 đồng/người cho các vật tư tiêu hao (các chi phí này chủ yếu phục vụ việc nhập dữ liệu vào hồ sơ sức khỏe), 7.000 đồng/người chi phí tiền công khám, 34.000 đồng/người chi phí định nhóm máu, 30.000 đồng/người chi phí siêu âm tổng quát, thì tổng chi phí cho việc lập hồ sơ sức khỏe toàn dân là khoảng 7.238 tỷ đồng.

Nguồn kinh phí thực hiện được lấy từ hai nguồn: (1) Quỹ bảo hiểm y tế đối với những người có thẻ bảo hiểm y tế và (2) từ ngân sách nhà nước đối với những người không có thẻ bảo hiểm y tế. Trong đó nếu giả định Việt Nam đạt mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2020 (98% dân số) thì Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi khoảng 7.093 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thẻ bảo hiểm y tế.

Việc áp dụng hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Quỹ bảo hiểm y tế giảm chi bởi khi người dân có hồ sơ sức khỏe thì mọi thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe sẽ được thể hiện trong hồ sơ từ đó sẽ :

- Hỗ trợ việc phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) và như vậy sẽ giảm vì bệnh ở giai đoạn sớm sẽ giảm chi phí điều trị (điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh thường không phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn).

- Cung cấp đầy đủ các thông tin về tiền sử bệnh tật của người dân tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị người bệnh, giúp họ được chăm sóc sức khỏe toàn diện và giảm chi phí do có thể tận dụng được các kết quả chẩn đoán cận lâm sàng như xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...

2.1.3. Tác động đối với người dân:

Tương tự như tác động về kinh tế đối Quỹ bảo hiểm y tế, người dân cũng được hưởng lợi nhiều về kinh tế từ việc thực hiện chính sách như giúp phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) và như vậy sẽ giảm chi phí đồng chi trả cho việc điều trị (điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh thường không phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn).

2.2. Tác động về xã hội:

2.2.1. Về tác động chung:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về thể lực, tầm vóc con người Việt Nam như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

2.2.2. Tác động về tâm lý:

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 2.600 người (mỗi tỉnh là 325 người) cho thấy:

- Có 2,104 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 80,93 %.

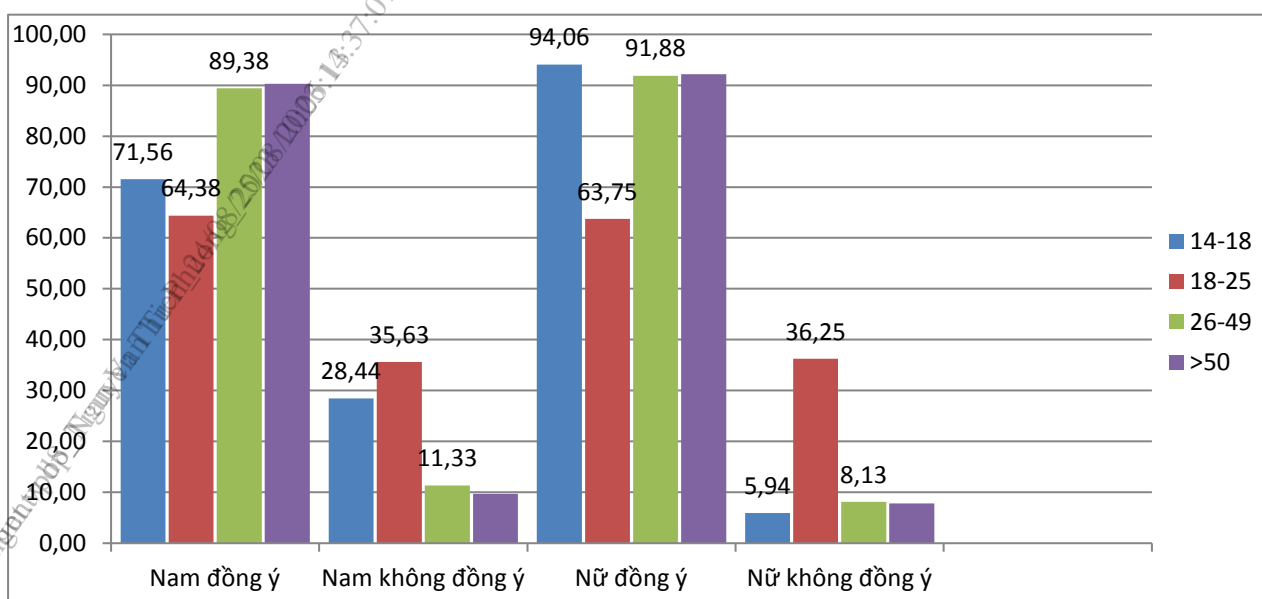
- Có 496 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 19,07%.

Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ 18 đến 25 (Lựa chọn phương án không quan tâm đến chính sách).

Bảng 7. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về lập hồ sơ sức khỏe theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	14-18		18-25		26-49		>50	
	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Nam	229	91	206	114	286	34	289	31
Nữ	301	19	204	116	294	26	295	25

Biểu 5. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới



2.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Do không làm phát sinh thêm chính sách mới nên không thực hiện việc đánh giá tác động đối với hệ thống pháp luật trong nước và quốc tế.

3. Đánh giá tác động đối với phương án 3:

3.1. Tác động về kinh tế:

3.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

Về ngắn hạn, Nhà nước không chịu tác động của chính sách này vì không làm tăng đầu tư của Nhà nước để phục vụ cho việc thực hiện chính sách. Tuy nhiên, về lâu dài Nhà nước sẽ phải tăng chi để giải quyết hậu quả kinh tế - xã hội do bệnh tật để lại.

3.1.2. Tác động đối với người dân:

Người dân sẽ vẫn phải chi trả một số chi phí do không phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) nên sẽ tăng chi phí đồng chi trả cho việc điều trị bởi việc điều trị ở giai đoạn muộn của bệnh thường sẽ phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn. Mặt khác, người dân vẫn phải chi trả một số chi phí do có thể không tận dụng được các kết quả chẩn đoán cận lâm sàng như xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...

Ngoài ra, về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

3.2. Tác động về xã hội:

3.2.1. Về tác động chung:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về thể lực, tầm vóc con người Việt Nam như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

3.2.2. Tác động về tâm lý:

Qua khảo sát tại 08 tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương đại diện cho 07 vùng kinh tế - xã hội gồm trung du và miền núi Bắc Bộ (Lai Châu), Bắc Trung Bộ (Nghệ An), Đồng bằng sông Hồng (Hà Nội, Quảng Ninh), Duyên hải Nam Trung Bộ (Đà Nẵng), Tây Nguyên (Đắk Lắk), Đông Nam Bộ (thành phố Hồ Chí Minh) và Đồng bằng sông Cửu Long (Cần Thơ) với tổng số người được phỏng vấn là 2.560 người (mỗi tỉnh là 320 người) cho thấy:

- Có 496 người đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 19,07%.

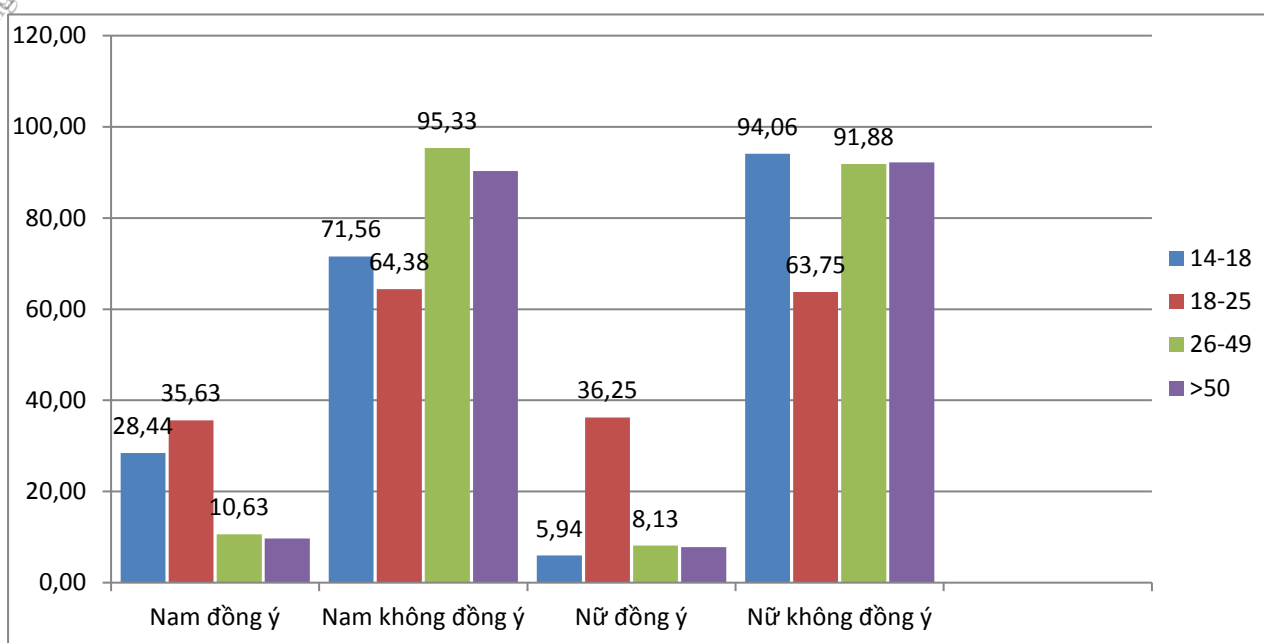
- Có 2,104 người không đồng ý với giải pháp này, chiếm tỷ lệ 80,93 %.

Trong đó số lượng người không đồng ý chiếm tỷ lệ cao nhất thuộc độ tuổi từ trên 50 tuổi.

Bảng 8. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về lập hồ sơ sức khỏe theo tuổi và giới

Tuổi \ Giới	14-18		18-25		26-49		>50	
	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý	Đồng ý	Không đồng ý
Nam	91	229	114	206	34	286	31	289
Nữ	19	301	116	204	26	294	25	295

Biểu 6. Kết quả phỏng vấn theo lứa tuổi và giới



3.3. Tác động về giới:

Do chính sách không có mục tiêu đặt ra các quy định riêng đối với từng giới nên không tác động đến giới.

3.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Do chính sách không có liên quan đến thủ tục hành chính nên không thực hiện việc đánh giá tác động về thủ tục hành chính.

3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

Do không làm phát sinh thêm chính sách mới nên không thực hiện việc đánh giá tác động đối với hệ thống pháp luật trong nước và quốc tế.

4. Kết luận:

4.1. Đối với giải pháp 1:

4.1.1. Về kinh tế:

Nhà nước sẽ phải chi khoảng 11,3 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, về lâu dài Nhà nước sẽ giảm chi từ ngân sách do tiết kiệm được các khoản chi để giải quyết hậu quả kinh tế - xã hội do bệnh tật để lại.

Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi khoảng 552 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, việc áp dụng hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Quỹ bảo hiểm y tế giảm chi bởi khi người dân có hồ sơ sức khỏe thì mọi thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe sẽ được thể hiện trong hồ sơ từ đó sẽ :

- Hỗ trợ việc phát hiện sớm bệnh tật (nếu có) và như vậy sẽ giảm vì bệnh ở giai đoạn sớm sẽ giảm chi phí điều trị (điều trị ở giai đoạn sớm của bệnh thường không phải dùng các dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn).

- Cung cấp đầy đủ các thông tin về tiền sử bệnh tật của người dân tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị người bệnh, giúp họ được chăm sóc sức khỏe toàn diện và giảm chi phí do có thể tận dụng được các kết quả chẩn đoán cận lâm sàng như xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...

4.1.2. Về xã hội:

Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia từ đó bảo đảm cho mọi người dân được quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục suốt đời, hỗ trợ phát hiện sớm và xử lý sớm các bệnh thông thường ngay tại tuyến khám chữa bệnh ban đầu, hạn chế biến chứng và diễn biến bệnh tật nặng, giúp giảm quá tải bệnh viện và giảm áp lực với ngành y tế.

Bên cạnh đó, việc lập hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Nhà nước, ngành y tế và các bộ ngành liên quan có cơ sở đưa ra các giải pháp, chiến lược can thiệp về y tế một cách hiệu quả và chính xác nhất.

4.1.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.1.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.1.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này hoàn toàn phù hợp với quy định của Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.2. Đối với giải pháp 2:

4.2.1. Về kinh tế:

Các lợi ích về mặt kinh tế của giải pháp này tương tự như giải pháp thứ nhất theo đó Nhà nước sẽ phải chi khoảng 144,8 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế và Quỹ bảo hiểm y tế sẽ phải chi khoảng 7.093 tỷ đồng cho việc lập hồ sơ sức khỏe của các đối tượng không có thể bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, mức chi đầu tư từ ngân sách cũng như từ nguồn Quỹ bảo hiểm y tế là rất lớn và tính khả thi cũng như tính phù hợp với thực tiễn không thực sự cao, cụ thể như sau:

- Việc sắp xếp để khám cho khoảng 94 triệu người dân Việt Nam trong một khoảng thời gian 12 tháng là vô cùng khó khăn và thiếu tính khả thi do khả năng đáp ứng của cơ sở y tế là có giới hạn. Bên cạnh đó, việc bắt buộc người dân phải đi khám sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến lao động, sản xuất và phát sinh chi phí đi lại để thực hiện việc khám.

- Dưới góc độ y tế thì việc theo dõi sức khỏe của một người phải là liên tục tuy nhiên nếu áp dụng phương thức này thì đối với trẻ em và người già là cũng không thực sự phù hợp do đối với các đối tượng này thì sự thay đổi về chỉ số sinh học là rất lớn và liên tục nên nếu khám tổng quát một lần nhưng sau đó khoảng trên 12 tháng mới khám lại thì các chỉ số cũ gần nhưng không có giá trị tham khảo.

4.2.2. Về xã hội:

Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia từ đó bảo đảm cho mọi người dân được quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục suốt đời, hỗ trợ phát hiện sớm và xử lý sớm các bệnh thông thường ngay tại tuyến khám chữa bệnh ban đầu, hạn chế biến chứng và diễn biến bệnh tật nặng, giúp giảm quá tải bệnh viện và giảm áp lực với ngành y tế. Bên cạnh đó, việc lập hồ sơ sức khỏe sẽ giúp Nhà nước, ngành y tế và các bộ ngành liên quan có cơ sở đưa ra các giải pháp, chiến lược can thiệp về y tế một cách hiệu quả và chính xác nhất.

4.2.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.2.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.2.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

4.3. Đối với giải pháp 3:

4.3.1. Về kinh tế:

Nhà nước, Quỹ bảo hiểm y tế và người dân tuy không bị tăng chi trong ngắn hạn nhưng về lâu dài sẽ phải chịu các chi phí do gánh nặng bệnh tật mang lại như đã phân tích ở phần trên.

4.3.2. Về xã hội:

Không giải quyết được các tồn tại, bất cập về quản lý sức khỏe của người dân Việt Nam như đã phân tích ở phần sự cần thiết ban hành chính sách.

4.3.3. Về giới:

Giải pháp này không có tác động về giới.

4.3.4. Về thủ tục hành chính:

Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

4.3.5. Về tác động đối với hệ thống pháp luật:

Giải pháp này không có tác động đối với hệ thống pháp luật hiện hành cũng như các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

V. KIẾN NGHỊ GIẢI PHÁP LỰA CHỌN

1. Về giải pháp:

So sánh ba giải pháp cho thấy việc lựa chọn giải pháp 1 là hoàn toàn phù hợp với quy định của pháp luật trong nước cũng như quốc tế đồng thời góp phần giải quyết được các tồn tại vướng mắc trong thực tế.

2. Thẩm quyền ban hành chính sách:

Do nội dung của chính sách được xác định có liên quan đến quyền của được bảo vệ sức khỏe của công dân vì vậy theo quy định của Hiến pháp năm 2013 thì thẩm quyền ban hành chính sách thuộc Quốc hội.

Phần III

LẤY Ý KIẾN

I. LẤY Ý KIẾN BẰNG VĂN BẢN:

1. Trong quá trình đánh giá, các phương án được lấy ý kiến của các đối tượng chịu sự tác động của chính sách thông qua các bảng hỏi. Đối tượng được hỏi bao gồm:

- a) Nhà quản lý: Lãnh đạo Bộ Y tế và lãnh đạo các Vụ, Cục có liên quan của Bộ Y tế; lãnh đạo Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.
- b) Nhân viên y tế: Các thầy thuốc, nhân viên y tế.
- c) Người dân theo từng nhóm tuổi và giới tính.

2. Dự thảo Báo cáo đánh giá tác động đã được gửi xin ý kiến của 63 Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và gửi xin ý kiến của Bộ Tư pháp, Bộ Ngoại giao, Bộ Nội vụ và Bộ Tài chính theo đúng quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật.

II. ĐĂNG TẢI TRÊN CÔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ

Dự thảo cũng đã được đăng tải trên Công thông tin điện tử của Chính phủ và Bộ Y tế.

III. HỘI THẢO GÓP Ý

Dự thảo Báo cáo cũng đã được tổ chức xin ý kiến bằng phương pháp tổ chức các hội thảo, bao gồm các đối tượng là nhà quản lý và nhân viên y tế.

IV. TIẾP THU VÀ GIẢI TRÌNH Ý KIẾN GÓP Ý

Trên cơ sở các ý kiến góp ý, Bộ Y tế đã hoàn chỉnh lại dự thảo báo cáo, trong đó do hầu hết các ý kiến đều góp ý về mặt kỹ thuật nên không thể hiện trên bản tổng hợp ý kiến góp ý và chỉ tổng hợp ý kiến góp ý của các Bộ, ngành.

Phần IV

GIÁM SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ

I. CƠ QUAN CHỊU TRÁCH NHIỆM TỔ CHỨC THI HÀNH CHÍNH SÁCH

1. Chính phủ.
2. Bộ Y tế.
3. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

II. CƠ QUAN CHỊU TRÁCH NHIỆM GIÁM SÁT, ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH

1. Quốc hội.
2. Chính phủ.
3. Bộ Y tế.
4. Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.