**BỘ Y TẾ**

**BÁO CÁO ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH**

**TRONG ĐỀ NGHỊ XÂY DỰNG LUẬT DỰ PHÒNG VÀ KIỂM SOÁT BỆNH TẬT**

***Hà Nội, tháng 7/2017***

# PHẦN I TỔNG QUAN VỀ DỰ PHÒNG VÀ KIỂM SOÁT BỆNH TẬT

## I. BỐI CẢNH XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH VỀ DỰ PHÒNG VÀ KIỂM SOÁT BỆNH TẬT

Sau 25 năm thực hiện Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII và các chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân đã đạt được những kết quả to lớn, góp phần quan trọng vào sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

Việt Nam đã đạt được thành tựu quan trọng về chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là tăng tuổi thọ và thực hiện thành công nhiều mục tiêu phát triển thiên niên kỷ. Năm 2015, tuổi thọ trung bình của người dân đạt 73,3 tuổi. Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi đã giảm còn 14,7‰ và tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng thể nhẹ cân giảm còn khoảng 14,1%. Việt Nam cũng đã kiểm soát hiệu quả các dịch bệnh truyền nhiễm, ngăn chặn không để dịch xâm nhập và không để dịch lớn xảy ra; được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận đạt tiêu chuẩn cơ quan quản lý quốc gia về vắc xin; đồng thời đã phát triển được nhiều kỹ thuật cao, công nghệ mới trong lĩnh vực khám, chữa bệnh.

Tuy nhiên, chúng ta cũng đang phải đối mặt với nhiều thách thức mới trong việc cải thiện các chỉ số sức khỏe, kiểm soát bệnh tật và chăm sóc sức khỏe nhân dân:

**1. Thứ nhất là chất lượng sống của người dân còn hạn chế do bệnh tật:**

Người dân Việt Nam có tuổi thọ tương đối cao nếu so với các quốc gia có cùng mức sống, nhưng lại có số năm sống với bệnh tật nhiều. Theo số liệu của Tổ chức Y tế thế giới, trong 10 quốc gia Đông Nam Á, tuổi thọ nam giới Việt Nam đứng thứ 5 và tuổi thọ phụ nữ Việt Nam đứng thứ hai, tuy nhiên số năm sống có bệnh tật lại cao so với các nước. Mỗi người Việt Nam trung bình có tới 10 năm phải sống với bệnh tật vì vậy ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống và làm giảm số năm sống khỏe mạnh. Một số yếu tố quan trọng dẫn đến số năm sống với bệnh tật của người dân Việt Nam còn ở mức cao là do:

### *1.1. Về vấn đề dinh dưỡng:*

Theo số liệu của giám sát dinh dưỡng năm 2014, tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi là thể nhẹ cân 14,5%, thể thấp còi 24,9%, thể gày còm 6,8%, thừa cân béo phì 4,8%. Vẫn có 11 tỉnh có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi cao trên 30% là mức cao có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, tập trung ở các tỉnh miền núi phía bắc và tây nguyên. Tỷ lệ thiếu vi chất ở trẻ em và phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ cao trên 20%, ở nông thôn cao hơn ở thành thị. Trong khi đó, thừa cân béo phì tăng nhanh từ 0,6% năm 2000 lên 4,8% năm 2014 kèm theo sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm liên quan đến dinh dưỡng.

*1.1.1. Tình hình suy dinh dưỡng:*

Nghiên cứu theo dõi chiều sâu về sự phát triển trẻ em từ sơ sinh đến 18 tuổi của Viện Dinh dưỡng cho thấy: mức tăng cân của trẻ em Việt Nam trong 3 tháng đầu không khác với tiêu chuẩn quốc tế, thậm chí còn cao hơn, nhưng sau đó kém dần. Có hai thời kỳ sự thua kém biểu hiện cao nhất: từ 6-12 tháng và 6-11 tuổi (lứa tuổi tiểu học). Hơn 10 năm qua, tỷ lệ thiếu dinh dưỡng trong đó có suy dinh dưỡng thể thấp còi đã giảm rõ rệt, nhưng tốc độ giảm khác nhau giữa các vùng trong cả nước. Khu vực thành thị có tốc độ giảm nhanh nhất về tỷ lệ suy dinh dưỡng ở 3 thể. Khu vực miền núi có tốc độ giảm suy dinh dưỡng thấp nhất. Số trẻ em phục hồi dinh dưỡng đã tăng lên đáng kể từ năm 2010. Tuy nhiên, nhìn chung, thấp còi vẫn còn rất phổ biến trong tất cả các vùng, đặc biệt là ở các vùng miền núi và nông thôn. Tỷ lệ trẻ 0,5 đến 11 tuổi nhẹ cân và thấp còi trên toàn quốc lần lượt từ 30,8% và 34,7% vào năm 2000 giảm xuống còn 21,5% và 26,0% năm 2010, đến năm 2011 tỷ lệ này là 18,2% và 15,1%.

*1.1.2. Tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng:*

a) Thiếu hụt I ốt:

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính có khoảng 1,6 tỷ người đang sinh sống trong khu vực thiếu hụt I ốt, trong đó tỷ lệ mắc bệnh toàn cầu là 12%. Số người bị mắc bệnh bướu cổ nhiều nhất ở các nước Châu Á, Châu Phi. Tại Đông Nam Á có khoảng 175 triệu người bướu cổ, chiếm 16,7% tổng số bị bướu cổ của thế giới. Việt Nam là nước nằm trong khu vực thiếu iốt. Năm 1993, Việt Nam điều tra dịch tễ học tình trạng thiếu I ốt và kết quả cho thấy 94% dân số nằm trong vùng thiếu I ốt, tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-12 tuổi là 22,4%, trung vị I ốt niệu là 3,2mcg/dl.

b) Thiếu vitamin A:

Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra tình trạng vitamin A ở trẻ em dưới 5 tuổi năm 2000 cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng ở trẻ em, biểu hiện bằng nồng độ vitamin A huyết thanh thấp, dao động ở mức 10-25%, tỷ lệ thấp ở những vùng có độ bao phủ viên nang vitamin A cao, tỷ lệ này cao hơn ở những vùng núi có độ bao phủ viên nang thấp. Ngay tại một số vùng thành phố, vào thời điểm trước chiến dịch uống vitamin A, tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng vẫn dao động xung quanh 10% (thuộc mức trung bình về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng). Kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010 của Viện Dinh dưỡng cho thấy khoảng 14,2% trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu vitamin A tiền lâm sàng. Tình trạng thiếu vitamin A tiền lâm sàng vẫn còn ở mức ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng. Tỷ lệ thiếu Vitamin A tiền lâm sàng có sự chênh lệch giữa các vùng, một số địa phương miền núi, tỷ lệ này lên tới trên 20%, xếp ở mức nặng về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng theo phân loại của WHO. Tỷ lệ vitamin A trong sữa mẹ thấp vẫn ở mức 35%, chứng tỏ khẩu phần ăn của cộng đồng chưa đáp ứng nhu cầu vitamin A.

c) Thiếu máu:

Kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010 của Viện Dinh dưỡng cho thấy 36,5% phụ nữ có thai, 28,8% phụ nữ không có thai, 29,2% trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi (xấp xỉ 45%), sau đó giảm dần. Các khu vực Nam miền Trung, miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, tỷ lệ thiếu máu vẫn ở mức cao. Đồng bằng sông Cửu Long, Đồng bằng sông Hồng và vùng thành phố có tỷ lệ thiếu máu thấp hơn các vùng khác, tuy nhiên vẫn ở mức >20%. Kết quả Điều tra tình trạng thiếu máu của phụ nữ và trẻ em 6-59 tháng do Viện Dinh dưỡng tiến hành năm 2014 cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai là 31,9%, phụ nữ không có thai 24,4% và trẻ em dưới 5 tuổi 27,7%.

d) Thiếu kẽm:

Thiếu kẽm ở Việt nam cũng là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Kết quả điều tra về tình trạng dinh dưỡng tại 6 tỉnh ở Việt Nam năm 2010 cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai bị thiếu kẽm là 90%, ở trẻ em dưới 5 tuổi là 81,2% và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là 65%. Kết quả Điều tra tình trạng thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6-59 tháng do Viện Dinh dưỡng tiến hành năm 2014 cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ có thai là 82,5%, phụ nữ không có thai 60,7% và trẻ em dưới 5 tuổi là 68,3%. Như vậy, tỷ lệ thiếu kẽm ở Việt Nam rất cao so với ngưỡng phân loại của Nhóm tư vấn Quốc tế về kẽm (IZINC) khi tỷ lệ thiếu kẽm ở cộng đồng trên 20% được xác định là vấn đề thiếu kẽm có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng.

*1.1.3. Tình trạng béo phì:*

Trước năm 1985, tỷ lệ thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học Việt Nam hầu như không đáng kể. Trong những năm gần đây, tỷ lệ thừa cân béo phì có xu hướng tăng nhanh, đặc biệt ở các thành phố lớn. Theo kết quả của tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010: Tỷ lệ thừa cân béo phì của trẻ 5-19 tuổi chung trên toàn quốc là 11,7%, tỷ lệ này chiếm 9,3% ở nông thôn, 19,8% ở thành phố và lên đến 31,9% ở các thành phố trực thuộc trung ương. Kết quả điều tra tại 6 tỉnh thuộc 3 miền Bắc, Trung, Nam năm 2011 cho thấy có đến 29% trẻ 0,5 đến 11,9 tuổi ở thành phố thừa cân béo phì và 5,6% trẻ 0,5 đến 11,9 tuổi thừa cân béo phì ở vùng nông thôn.

### *1.2. Hoạt động thể lực:*

Theo khuyến cáo của WHO về hoạt động thể lực, trong một tuần điển hình, bao gồm cả hoạt động thể lực trong công việc, trong thời gian di chuyển và vui chơi giải trí, một người trưởng thành cần có ít nhất:

• 150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình, hoặc:

• 75 phút hoạt động thể lực ở cường độ mạnh, hoặc:

• Hoạt động thể lực kết hợp cường độ trung bình và cường độ mạnh đạt ít nhất 600 MET-phút.

Từ kết quả phân tích cho thấy gần 1/3 dân số (28,1%) thiếu hoạt động thể lực, tức là không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO (hoạt động thể lực cường độ trung bình ít nhất 150 phút trong một tuần hoặc tương đương). Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực thấp hơn ở nam giới (20,2%; 95%CI: 17,8-22,6) so với nữ giới **(**35,7%; 95%CI: 32,7-38,7).

Bảng 1. Tỷ lệ hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo của WHO (những người có hoạt động thể lực dưới 150 phút ở cường độ trung bình trong một tuần, hoặc tương đương) phân theo giới và nhóm tuổi

|  |
| --- |
| **Hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo của WHO**  |
| **Nhóm tuổi** | **Nam** |  | **Nữ** |  | **Tổng** |
| n  | % Không đáp ứng được | 95% CI |  | n  | % Không đáp ứng được | 95% CI |  | n  | % Không đáp ứng được | 95% CI |
| 18-29 | 306 | 18,2 | 13,5-22,8 |  | 367 | 48,9 | 42,5-55,3 |  | 673 | 33,4 | 29,1-37,7 |
| 30-49 | 767 | 19,8 | 16,3-23,2 |  | 1009 | 31,8 | 28,4-35,2 |  | 1776 | 25,8 | 23,1-28,5 |
| 50-69 | 548 | 24,1 | 20,0-28,1 |  | 664 | 26,0 | 21,8-30,2 |  | 1212 | 25,1 | 22,1-28,1 |
| **18-69** | **1621** | **20,2** | **17,8-22,6** |  | **2040** | **35,7** | **32,7-38,7** |  | **3661** | **28,1** | **25,9-30,2** |

Phân tích sâu hơn cho biết hoạt động thể lực do công việc chiếm tỷ trọng lớn nhất trong hoạt động thể lực hàng ngày (hơn 2/3), trong khi hoạt động thể thao, đi lại và giải trí chiếm tỷ trọng rất thấp.

## 2. Thứ hai là sự gia tăng nhanh của gánh nặng bệnh không lây nhiễm:

Việt Nam đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm. Gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm đang chiếm tới trên 2/3 tổng gánh nặng bệnh tật và tử vong toàn quốc (tính bằng DALYs) và các bệnh này là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Theo Tổ chức Y tế thế giới, năm 2012 cả nước có khoảng 520.000 ca tử vong các loại trong đó 73% là tử vong là do bệnh không lây nhiễm, tức là cứ 10 người chết thì có 7 người chết do các bệnh không lây nhiễm chủ yếu là các bệnh tim mạch (33%), ung thư (18%), đái tháo đường (3%) và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (7%).

Theo thống kê của Bộ Y tế, mỗi năm các bệnh không lây nhiễm đã cướp đi mạng sống của khoảng 400.000 người Việt Nam. Các bệnh không lây nhiễm như đái tháo đường, tim mạch, tăng huyết áp, ác rối loạn tâm thần, ung thư, bệnh phối tắc nghẽn mãn tính,… không những ảnh hưởng đến tuổi thọ mà còn ảnh hưởng đến chất lượng sống của người dân. Theo Báo cáo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015 cho thấy ước tính trung bình mỗi năm nước ta có khoảng 12 triệu người mắc tăng huyết áp, gần 3 triệu người bị bệnh đái tháo đường, 2 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và có khoảng 125.000 ca mắc mới ung thư. Các bệnh không lây nhiễm gây ra 72% các trường hợp tử vong hằng năm và trong số này có đến 40% tử vong trước 70 tuổi. Chi phí điều trị bệnh không lây nhiễm cao gấp 40 đến 50 lần so với các bệnh lây nhiễm do đòi hỏi kỹ thuật cao, thuốc điều trị đắt tiền, thời gian điều trị lâu, dễ biến chứng. Các bệnh không lây nhiễm hầu hết là bệnh mạn tính, có thể gây tàn phế nặng nề nếu không được phát hiện sớm và quản lý điều trị lâu dài. Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim và các bệnh tim mạch khác làm cho hàng trăm ngàn người bị liệt, tàn phế và mất sức lao động mỗi năm. Đái tháo đường nằm trong 10 nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu ở cả nam và nữ giới, gây các biến chứng về tim mạch, tổn thương thần kinh, suy thận, nhiễm trùng và gây tổn thương bàn chân có thể dẫn đến phải cắt cụt chi.

Các bệnh không lây nhiễm đang là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng quá tải tại các bệnh viện, gây thiệt hại, ảnh hưởng lớn đến phát triển kinh tế, xã hội, do bệnh phải điều trị suốt đời làm tăng chi phí y tế, giảm năng xuất lao động và sản phẩm xã hội, ảnh hưởng nặng nề tới sức khỏe cộng đồng và kinh tế của nhiều hộ gia đình.

## 3. Thứ ba là sự gia tăng các yếu tố nguy cơ về môi trường:

Môi trường sống ở Việt Nam nhiều nơi đang bị ô nhiễm nặng bởi các chất thải sinh hoạt, sản xuất, bên cạnh đó ở một số vùng khó khăn nhiều hộ gia đình còn chưa tiếp cận được với các điều kiện vệ sinh cơ bản như nước sạch, nhà tiêu hợp vệ sinh… Các vấn đề này đã tác động trực tiếp đến sức khoẻ của mỗi người dân và cộng đồng. Ngoài những nguyên nhân khách quan thì còn có yếu tố chủ quan là ý thức giữ gìn vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường của người dân còn hạn chế. Nhiều hành vi có lợi cho sức khỏe chưa được người dân quan tâm và thực hiện thường xuyên dẫn đến nguy cơ bùng phát các dịch bệnh truyền nhiễm nguy hiểm và gia tăng các bệnh tật. Bên cạnh đó, biến đổi khí hậu và các hiện tượng thời tiết cực đoan như nắng nóng, hạn hán, bão lụt… ảnh hưởng đến sức khỏe của nhiều cộng đồng dân cư, góp phần làm gia tăng các trường hợp nhập viện.

## 4. Thứ tư là công tác kiểm soát bệnh truyền nhiễm còn bất cập

### *4.1. Nhận thức của người dân:*

Nhận thức của người dân tại một số nơi về bệnh truyền nhiễm và các biện pháp phòng chống bệnh truyền nhiễm còn nhiều hạn chế, chưa tuân thủ các quy định, các khuyến cáo của cơ quan y tế về vệ sinh phòng bệnh. Ví dụ, tại các tỉnh đồng bằng sông Cửu Long, việc hình thành các khu dân cư vượt lũ với khả năng cung cấp nước sinh hoạt còn hạn chế nên người dân vẫn tích trữ nước trong chum, vại, bể nước không có nắp đậy kín tạo điều kiện cho muỗi sinh sản và phát triển. Các chiến dịch vệ sinh môi trường, diệt loăng quăng, bọ gậy chủ động phòng chống sốt xuất huyết, tay chân miệng và các dịch bệnh khác được tổ chức nhưng còn mang tính hình thức, hiệu quả chưa cao vì không được duy trì thường xuyên. Hoặc do tập quán về chôn cất tại một số địa phương nên mặc dù đã được vận động, tuyên truyền về công tác vệ sinh trong mai trong nhưng vẫn diễn ra các tình trạng chôn cất tại vườn nhà, thi thể không được chôn cất đúng thời gian quy định, việc mai táng đối với bệnh nhân bị bệnh truyền nhiễm chưa được thực hiện theo đúng quy định. Bên cạnh đó, sự hợp tác của người dân trong các hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm còn thấp chỉ có 20,5% cán bộ được hỏi cho rằng hầu hết người dân đã tự giác khai báo dịch và có tới 71,8% cán bộ được hỏi cho rằng chỉ 1 số ít người dân thực hiện và có 7,7% cán bộ được hỏi cho rẳng hầu hết người dân không thực hiện. Việc hợp tác trong việc thực hiện các biện pháp chống dịch cũng chưa cao, ví dụ, trong công tác chống dịch sốt xuất huyết, người không hợp tác phun hoá chất diệt muỗi, diệt loăng quoăng, bọ gậy nên kết quả thực hiện công tác này chưa cao. Trong khi, dịch bệnh diễn biến phức tạp, nhiều dịch bệnh mới phát sinh, dịch Cúm A (H1N1) đã bùng phát và lây lan ra cộng đồng. Nhiều bệnh truyền nhiễm nguy hiểm gây dịch có nguy cơ bùng phát trở lại (Tả, Sốt xuất huyết). Môi trường khí hậu biến đổi, tình trạng ô nhiễm môi trường trầm trọng, đặc biệt ô nhiễm do quản lý và sử dụng hóa chất, các chất thải trong sinh hoạt, sản xuất và bệnh viện chưa được xử lý tốt.

### *4.2. Về tiêm chủng mở rộng:*

Về hình thức cung ứng dịch vụ tiêm chủng mở rộng: Các vắc xin tiêm chủng mở rộng hiện nay được giao và thực hiện bởi các cơ sở y tế nhà nước. Trạm Y tế xã, phường trực tiếp tiêm chủng các loại vắc xin thuộc tiêm chủng mở rộng và tiến hành tiêm vào một số ngày cố định trong tháng. Riêng vắc xin viêm gan B sơ sinh do các cơ sở y tế có phòng sinh đảm nhiệm và tiêm cho trẻ trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Việc tổ chức thực hiện, triển khai giám sát Chương trình tiêm chủng mở rộng chủ yếu do hệ y tế dự phòng thực hiện dẫn tới hạn chế việc tiếp cận dịch vụ đối với người dân, tăng gánh nặng cho cán bộ y tế tuyến cơ sở thực hiện tiêm chủng. Đồng thời hình thức này đã không huy động và khuyến khích các cơ sở y tế khác tham gia công tác tiêm chủng mở rộng trong đó đáng chú ý là các cơ sở bệnh viện, y tế công lập tuyến tỉnh, huyện cũng như y tế tư nhân... trong khi các cơ sở này hoàn toàn có khả năng triển khai việc tiêm chủng cho trẻ em, phụ nữ có thai cũng như các đối tượng khác. Trên thế giới hiện nay nhiều nước thực hiện tiêm chủng hàng ngày cho trẻ em do tất cả các cơ sở y tế đủ điều kiện tiêm chủng tiến hành tiêm. Chính hình thức tiêm chủng như hiện nay thể hiện sự bao cấp quá lớn của Nhà nước do đó khó khăn cho việc đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, hỗ trợ người trực tiếp làm công tác tiêm chủng cũng như công tác tuyên truyền... đặc biệt duy trì tiêm chủng lâu dài. Trong khi đó, giá tiêm chủng chưa bảo đảm tính đúng, tính đủ các yếu tố chi phí do đó, chưa thu hút các cơ sở y tế tiến hành hoạt động tiêm chủng bắt buộc và chưa bảo đảm đồng bộ, thống nhất với giá dịch vụ y tế khác.

Việc quản lý đối tượng tiêm chủng rất khó khăn đặc biệt là đối tượng tiêm chủng mở rộng nhưng sử dụng vắc xin dịch vụ dẫn đến khó xác định chính xác tỷ lệ tiêm chủng. Bên cạnh đó, việc chưa xác định rõ hệ thống tổ chức tiêm chủng bắt buộc và chưa có quy định trách nhiệm trong việc tổ chức tiêm chủng bắt buộc của các cơ sở y tế nên còn gây khó khăn trong việc triển khai trong hoạt động tiêm chủng bắt buộc.

Về bồi thường khi sử dụng các vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng: Mặc dù Khoản 6 Điều 30 Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm đã quy định về việc bồi thường nếu xảy ra tai biến ảnh hưởng nghiêm trong đến sức khỏe hoặc gây thiệt hại đến tính mạng của người được tiêm chủng. Tuy nhiên, việc triển khai trong thực tế hiện này còn gặp nhiều khó khăn, một số trường hợp tiến hành bồi thường trên cơ sở thỏa thuận giữa gia đình nạn nhân và cơ sở y tế, tạo ra các tiền lệ không tốt trong việc thực hiện bồi thường. Đây là một trong những vấn đề y tế công cộng trong quá trình triển khai đã có những bất cập do vậy cần phải có cơ chế chính sách đảm bảo công bằng cho người được tiêm chủng. Đây là đạo lý của Nhà nước ta trong việc đảm bảo an sinh xã hội và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

### *4.3. Về nhân lực:*

Việc thiếu hụt cán bộ còn diễn ra khá nghiêm trọng trong toàn bộ hệ thống phòng, chống bệnh truyền nhiễm: Số cán bộ công tác tại các cơ sở y tế dự phòng của 63 tỉnh, thành phố trên cả nước khoảng 7.400 người. Trong đó số nhân lực được đào tạo chuyên ngành y chiếm khoảng 67%, các chuyên ngành khác chiếm 33%. Tỷ lệ cán bộ có trình độ bác sĩ y khoa hoặc y tế dự phòng chiếm 25% trong tổng số cán bộ y tế dự phòng làm việc tại tuyến tỉnh. So sánh với Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV về định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, trong đó quy định bộ phận chuyên môn ngành Y cần đạt tới 80 - 85% và tỷ lệ có trình độ bác sĩ trên 30% số nhân lực công tác tại các đơn vị y tế dự phòng, cho thấy có sự bất hợp lý về cơ cấu cán bộ trong các đơn vị y tế dự phòng tuyến tỉnh và tình trạng thiếu hụt nhân lực có trình độ Bác sĩ. Nếu phân tích theo lĩnh vực chuyên ngành công tác thì sự mất cân đối càng rõ nét hơn. Trong khi có trên 49% số cán bộ làm việc tại các Trung tâm y tế dự phòng, khoảng 21% tại các Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS thì chỉ có khoảng 9,5% làm việc tại các Trung tâm Phòng chống Sốt rét, khoảng 4,2% làm việc tại các Trung tâm Kiểm dịch Y tế quốc tế và chưa tới 3% ở các Trung tâm Sức khỏe môi trường. Như vậy nếu xét theo số lượng nhân lực thì tổng số cán bộ y tế dự phòng ở tuyến tỉnh mới chỉ đáp ứng xấp xỉ 60% so với nhu cầu được quy định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV (12.800 người). Còn cần bổ sung cho các cơ sở y tế dự phòng tuyến tỉnh trên cả nước khoảng 5.300 cán bộ, chiếm 40% so với nhu cầu định mức tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV. Tổng số cán bộ hiện đang công tác tại cơ sở y tế của 696 huyện, thị trên toàn quốc là 7.400 người. Trong đó trên 77% số cán bộ có trình độ chuyên môn nghiệp vụ là trung cấp y, trong khi tỷ lệ bác sỹ chỉ chiếm khoảng 11%. Nếu so sánh với nhu cầu số lượng nhân lực quy định cho tuyến huyện tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV (là trên 24.900 người) thì số nhân lực còn thiếu hụt ở tuyến huyện khoảng 17.500 người, chiếm tới 70% tổng nhân lực theo nhu cầu cho các Trung tâm y tế tuyến huyện.

### *4.4. Về nguồn tài chính:*

Chi đầu tư cho công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm thấp và không ổn định. Nghị quyết số 18/2008/QH12 của Quốc hội quy định: “Tăng tỷ lệ chi ngân sách hằng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước. Dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng” tuy nhiên qua 9 năm thực hiện thì cho thấy chi cho y tế dự phòng trong tổng chi ngân sách nhà nước cho y tế thấp và không ổn định; chưa thực hiện đúng. Ngân sách đầu tư cho y tế dự phòng so với tổng chi y tế toàn xã hội thì chỉ có khoảng 27,9% năm 2011[[1]](#footnote-1). Nếu không có ngân sách từ các chương trình mục tiêu quốc gia, hầu như các đơn vị y tế dự phòng không thể thực hiện được các nhiệm vụ chuyên môn và chống dịch sẽ không hiệu quả, bởi phần ngân sách cấp đã phải dành tới 70 - 90% là chi lương, phụ cấp và duy trì các hoạt động thường xuyên. Với nguồn kinh phí hạn hẹp này, các đơn vị y tế dự phòng đặc biệt là tuyến tỉnh và huyện hầu như không có đủ kinh phí để triển khai các hoạt động phòng, chống dịch chủ động.

Các thách thức cũng như tồn tại nêu trên có nhiều nguyên nhân nhưng nguyên nhân chủ yếu là do chưa có một hành lang pháp lý đủ mạnh và mang tính tổng thể, toàn diện, cụ thể như sau:

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 và (5) pháp luật về kinh tế y tế.

- Đối với hệ thống pháp luật về phòng bệnh: Hệ thống này gồm Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm; Luật an toàn thực phẩm 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 và bảo đảm an toàn thực phẩm mà chưa đề cập đến việc phòng, chống các bệnh không lây nhiễm cũng như vấn đề sử dụng thực phẩm một cách khoa học.

- 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 chưa đề cập đến các hoạt động can thiệp như khám dự phòng, quản lý sức khỏe tại cộng đồng. Bên cạnh đó, hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh cũng chưa có các quy định cụ thể về trách nhiệm tư vấn sức khỏe cho các đối tượng không phải là người có bệnh nhưng có nhu cầu được tư vấn về sức khỏe.

- 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. 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 5 (tháng 5/2018) cũng chủ yếu đề cập đến các biện pháp nâng cao chất lượng dân số dưới giác độ y tế như tầm soát bệnh trước sinh, trước hôn nhân… chứ chưa đề cập đến các nội dung chăm sóc sức khỏe mang tính xã hội.

- 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 36/2016/NĐ-CP ngày 15/5/2016 của Chính phủ quy định về quản lý trang thiết bị y tế, Nghị định số 93/2016/NĐ-CP ngày 01/7/2016 của Chính phủ 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 gốm 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.

- Đối với hệ thống pháp luật về kinh tế y tế: Hệ thống pháp luật này gồm Luật bảo hiểm y tế, Nghị định 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 của Chính phủ về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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).

Bên cạnh đó, hoạt động bảo vệ sức khỏe còn chịu sự điều chỉnh của một số luật khác như Luật bảo vệ môi trường; Luật tài nguyên nước; Luật thể dục, thể thao; Luật an toàn vệ sinh lao động, Bộ luật Lao động… và các văn bản hướng dẫn các luật này. Qua rà soát cho thấy:

- Luật bảo vệ môi trường đề cập đến các hoạt động liên quan đến bảo vệ môi trường đất, nước và không khí dưới giác độ phòng, chống các hành vi có khả năng làm ảnh hưởng đến môi trường theo nguyên lý môi trường tốt sẽ tác động tốt đến sức khỏe con người. Tuy nhiên, Luật bảo vệ môi trường mới tiếp cận dưới góc độ phòng, chống hành vi các hành vi mang tính đơn lẻ của tổ chức, cá nhân mà chưa đề cập đến tính cộng hưởng của quần thể các cá thể đạt yêu cầu. Bên cạnh đó, trong báo cáo đánh giá tác động môi trường thì các nội dung đánh giá về sức khỏe còn khá sơ sài và thiếu sự tham gia của các cơ quan y tế trong quá trình xem xét trước phê duyệt.

- Luật thể dục, thể thao có hai nội dung chính là thể dục, thể thao quần chúng và thể dục, thể thao chuyên nghiệp. Tuy nhiên, tại các quy định về thể dục, thể thao quần chúng mới chỉ đề cập đến các quy định mang tính khuyến khích, tạo điều kiện mà thiếu các quy định mang tính cụ thể nhằm tạo điều kiện cho người dân được vận động thể lực một cách hợp lý, khoa học.

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy việc ban hành các chính sách pháp luật về dự phòng và kiểm soát bệnh tật là hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

## II. MỤC TIÊU XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH

## 1. Mục tiêu tổng quát:

Nâng cao sức khoẻ cả về thể chất và tinh thần, tầm vóc, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người Việt Nam.

## 2. Mục tiêu cụ thể:

2.1. 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.

2.2. Hoàn thiện thể chế về phòng, chống bệnh truyền nhiễm theo hướng sửa đổi, bổ sung các quy định về giám sát bệnh truyền nhiễm, kiểm dịch y tế biên giới, an toàn sinh học, công bố dịch. Tuy nhiên, do chỉ chỉnh sửa về kỹ thuật như đã nêu trong Báo cáo đánh giá 09 năm thực hiện Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm nên không làm phát sinh chính sách mới.

2.3. Quản lý sức khỏe cho tất cả người dân.

## 3. Các chính sách để thực hiện mục tiêu:

### *3.1. Các chính sách để thực hiện mục tiêu cụ thể thứ nhất:*

a) Bảo đảm chế độ dinh dưỡng hợp lý.

b) Bảo đảm hoạt động vân động nâng cao thể lực.

c) Kiểm soát yếu tố nguy cơ gây rối loạn tâm thần.

### *3.2. Các chính sách để thực hiện mục tiêu cụ thể thứ hai:*

Lập hồ sơ sức khỏe đối với từng người dân.

# PHẦN IIĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH

## Mục 1.ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ NHẤT

## I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Theo số liệu của giám sát dinh dưỡng năm 2014, tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi là thể nhẹ cân 14,5%, thể thấp còi 24,9%, thể gầy còm 6,8%, thừa cân béo phì 4,8%. Vẫn có 11 tỉnh có tỷ lệ suy dinh dưỡng thấp còi cao trên 30% là mức cao có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng, tập trung ở các tỉnh miền núi phía bắc và tây nguyên. Tỷ lệ thiếu vi chất ở trẻ em và phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ cao trên 20%, ở nông thôn cao hơn ở thành thị. Trong khi đó, thừa cân béo phì tăng nhanh từ 0,6% năm 2000 lên 4,8% năm 2014 kèm theo sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm liên quan đến dinh dưỡng.

## 1. Tình hình suy dinh dưỡng:

Nghiên cứu theo dõi chiều sâu về sự phát triển trẻ em từ sơ sinh đến 18 tuổi của Viện Dinh dưỡng cho thấy: mức tăng cân của trẻ em Việt Nam trong 3 tháng đầu không khác với tiêu chuẩn quốc tế, thậm chí còn cao hơn, nhưng sau đó kém dần. Có hai thời kỳ sự thua kém biểu hiện cao nhất: từ 6-12 tháng và 6-11 tuổi (lứa tuổi tiểu học). Hơn 10 năm qua, tỷ lệ thiếu dinh dưỡng trong đó có suy dinh dưỡng thể thấp còi đã giảm rõ rệt, nhưng tốc độ giảm khác nhau giữa các vùng trong cả nước. Khu vực thành thị có tốc độ giảm nhanh nhất về tỷ lệ suy dinh dưỡng ở 3 thể. Khu vực miền núi có tốc độ giảm suy dinh dưỡng thấp nhất. Số trẻ em phục hồi dinh dưỡng đã tăng lên đáng kể từ năm 2010. Tuy nhiên, nhìn chung, thấp còi vẫn còn rất phổ biến trong tất cả các vùng, đặc biệt là ở các vùng miền núi và nông thôn. Tỷ lệ trẻ 0,5 đến 11 tuổi nhẹ cân và thấp còi trên toàn quốc lần lượt từ 30,8% và 34,7% vào năm 2000 giảm xuống còn 21,5% và 26,0% năm 2010, đến năm 2011 tỷ lệ này là 18,2% và 15,1%.

## 2. Tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng:

a) Thiếu hụt I ốt:

Muối iốt rất tốt trong việc phòng chống rối loạn do thiếu iốt vì iốt là một trong những nguyên tố vi lượng rất quan trọng đối với cơ thể, thiếu iốt sẽ gây ra những hậu quả lớn, ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, sự phát triển của giống nòi và kinh tế - xã hội. 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 kì 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 kì bào thai sẽ gây xảy thai, đẻ non, con đần độn, thiểu năng trí tuệ, bướu cổ sơ sinh. Thiểu 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: thiểu 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. Tuy nhiên, các rối loạn do thiếu iôt hoàn toàn có thể phòng tránh nếu cơ thể được bổ sung iốt đều đặn hàng ngày.

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính có khoảng 1,6 tỷ người đang sinh sống trong khu vực thiếu hụt iốt, trong đó tỷ lệ mắc bệnh toàn cầu là 12%. Số người bị mắc bệnh bướu cổ nhiều nhất ở các nước Châu Á, Châu Phi. Tại Đông Nam Á có khoảng 175 triệu người bướu cổ, chiếm 16,7% tổng số bị bướu cổ của thế giới. Việt Nam là nước nằm trong khu vực thiếu iốt. Năm 1993, Việt Nam điều tra dịch tễ học tình trạng thiếu iốt và kết quả cho thấy 94% dân số nằm trong vùng thiếu iốt, tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-12 tuổi là 22,4%, trung vị iốt niệu là 3,2mcg/dl.

b) Thiếu vitamin A:

Thiếu vitamin A làm giảm sức đề kháng của cơ thể đối với bệnh tật, ảnh hưởng đến tăng trưởng và phát triển. Nhiễm trùng, suy dinh dưỡng và thiếu vitamin A là một vòng xoắn bệnh lý làm tăng nguy cơ tử vong. Thiếu vitamin A ở mức độ nặng sẽ gây nên các tổn thương ở mắt, được gọi là bệnh “khô mắt”, nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến hậu quả mù vĩnh viễn.

Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra tình trạng vitamin A ở trẻ em dưới 5 tuổi năm 2000 cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng ở trẻ em, biểu hiện bằng nồng độ vitamin A huyết thanh thấp, dao động ở mức 10-25%, tỷ lệ thấp ở những vùng có độ bao phủ viên nang vitamin A cao, tỷ lệ này cao hơn ở những vùng núi có độ bao phủ viên nang thấp. Ngay tại một số vùng thành phố, vào thời điểm trước chiến dịch uống vitamin A, tỷ lệ thiếu vitamin A tiền lâm sàng vẫn dao động xung quanh 10% (thuộc mức trung bình về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng). Kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010 của Viện Dinh dưỡng cho thấy khoảng 14,2% trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu vitamin A tiền lâm sàng. Tình trạng thiếu vitamin A tiền lâm sàng vẫn còn ở mức ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng. Tỷ lệ thiếu Vitamin A tiền lâm sàng có sự chênh lệch giữa các vùng, một số địa phương miền núi, tỷ lệ này lên tới trên 20%, xếp ở mức nặng về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng theo phân loại của WHO. Tỷ lệ vitamin A trong sữa mẹ thấp vẫn ở mức 35%, chứng tỏ khẩu phần ăn của cộng đồng chưa đáp ứng nhu cầu vitamin A.

c) Thiếu máu:

Thiếu máu thiếu sắt là loại thiếu vi chất dinh dưỡng có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng quan trọng hàng đầu hiện nay. Người ta ước tính toàn thế giới có tới hơn 2 tỷ người bị thiếu sắt, trong số này, một tỷ hai trăm triệu người có biểu hiện thiếu máu. Thiếu máu hay gặp ở các nước đang phát triển. Các đối tượng có nguy cơ cao bị thiếu máu là phụ nữ có thai, phụ nữ tuổi sinh đẻ và trẻ nhỏ. Thiếu máu chỉ là giai đoạn cuối cùng của một quá trình thiếu sắt tương đối dài với nhiều ảnh hưởng bất lợi với sức khỏe, thể lực và số người bị thiếu sắt chưa bộc lộ thiếu máu cao hơn nhiều so với người bị thiếu máu thực sự. Thiếu sắt gây thiếu máu dinh dưỡng, ảnh hưởng đến sự phát triển thể lực, trí tuệ, giảm khả năng lao động, học tập. Kết quả Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2010 của Viện Dinh dưỡng cho thấy 36,5% phụ nữ có thai, 28,8% phụ nữ không có thai, 29,2% trẻ em dưới 5 tuổi bị thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu cao nhất ở trẻ em dưới 24 tháng tuổi (xấp xỉ 45%), sau đó giảm dần. Các khu vực Nam miền Trung, miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, tỷ lệ thiếu máu vẫn ở mức cao. Đồng bằng sông Cửu Long, Đồng bằng sông Hồng và vùng thành phố có tỷ lệ thiếu máu thấp hơn các vùng khác, tuy nhiên vẫn ở mức >20%. Kết quả Điều tra tình trạng thiếu máu của phụ nữ và trẻ em 6-59 tháng do Viện Dinh dưỡng tiến hành năm 2014 cho thấy tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai là 31,9%, phụ nữ không có thai 24,4% và trẻ em dưới 5 tuổi 27,7%.

d) Thiếu kẽm:

Thiếu kẽm ở Việt nam cũng là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Kết quả điều tra về tình trạng dinh dưỡng tại 6 tỉnh ở Việt Nam năm 2010 cho thấy tỷ lệ phụ nữ có thai bị thiếu kẽm là 90%, ở trẻ em dưới 5 tuổi là 81,2% và phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là 65%. Kết quả Điều tra tình trạng thiếu một số vi chất dinh dưỡng của phụ nữ và trẻ em 6-59 tháng do Viện Dinh dưỡng tiến hành năm 2014 cho thấy tỷ lệ thiếu kẽm ở phụ nữ có thai là 82,5%, phụ nữ không có thai 60,7% và trẻ em dưới 5 tuổi là 68,3%. Như vậy, tỷ lệ thiếu kẽm ở Việt Nam rất cao so với ngưỡng phân loại của Nhóm tư vấn Quốc tế về kẽm (IZINC) khi tỷ lệ thiếu kẽm ở cộng đồng trên 20% được xác định là vấn đề thiếu kẽm có ý nghĩa sức khoẻ cộng đồng.

## 3. Tình trạng béo phì:

Trước năm 1985, tỷ lệ thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học Việt Nam hầu như không đáng kể. Trong những năm gần đây, tỷ lệ thừa cân béo phì có xu hướng tăng nhanh, đặc biệt ở các thành phố lớn . Theo kết quả của tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010: Tỷ lệ thừa cân béo phì của trẻ 5-19 tuổi chung trên toàn quốc là 11,7%, tỷ lệ này chiếm 9,3% ở nông thôn, 19,8% ở thành phố và lên đến 31,9% ở các thành phố trực thuộc trung ương. Kết quả điều tra tại 6 tỉnh thuộc 3 miền Bắc, Trung, Nam năm 2011 cho thấy có đến 29% trẻ 0,5 đến 11,9 tuổi ở thành phố thừa cân béo phì và 5,6% trẻ 0,5 đến 11,9 tuổi thừa cân béo phì ở vùng nông thôn.

## 4. Tình hình cung cấp thông tin dinh dưỡng:

Ghi nhãn dinh dưỡng là việc cung cấp thông tin về thành phần dinh dưỡng của các sản phẩm thực phẩm, thường được áp dụng phổ biến cho các thực phẩm được bao gói (pre-packaged) và đồ uống, nhưng dưới nhiều hình thức khác nhau. Các hình thức ghi nhãn dinh dưỡng đa dạng bao gồm loại và số lượng chất dinh dưỡng được ghi nhãn, giá trị tham chiếu được sử dụng, thông tin được xuất hiện ở mặt trước hay mặt sau của bao gói và việc ghi nhãn có cung cấp các hướng dẫn phiên giải ý nghĩa cho người tiêu dùng hay không (hệ thống ghi nhãn bằng màu “traffic light”, bằng biểu tượng “healthy logo” hay so sánh đáp ứng % nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị).

Hiện nay Luật an toàn thực phẩm mới chỉ quy định về việc bảo đảm an toàn thực phẩm mà chưa có quy định về việc cung cấp thông tin liên quan đến các giá trị dinh dưỡng, hàm lượng calo trong sản phẩm thực phẩm.

## II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Khắc phục được các bất cập về chế độ dinh dưỡng góp phần 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.

## III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

**1. Giải pháp 1:**Ban hành các quy định về chế độ bảo đảm dinh dưỡng (bao gồm chế độ ăn học đường đối với các cơ sở giáo dục bán trú, nội trú, chương trình sữa học đường và 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 mỳ 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; nước tương (xì dầu) phải tăng cường sắt) và cung cấp thông tin về giá trị dinh dưỡng của sản phẩm thực phẩm.

**2. Giải pháp 2:**Giữ nguyên như quy định hiện hành.

## 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:*

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 và việc ban hành chính sách sẽ hỗ trợ tăng thu thuế và giảm chi từ ngân sách, cụ thể như sau:

- Đối với nhóm các chính sách về quy định bữa ăn học đường và sữa học đường: Nhà nước cũng sẽ có phần 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.

- Đối với chính sách 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 iốt. 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 iốt trên thị trường. Do vậy, cần thiết phải thay đổi phương thức quản lý cũ trong sản xuất muối iốt 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; chuyển 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 iốt 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.

*1.1.2. 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.

*1.1.3. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Đối với nhóm các chính sách về bữa ăn học đường và sữa học đường:

- Đối với cơ sở sản xuất sữa tươi:

Các cơ sở sản xuất sữa tươi được hưởng lợi từ việc ban hành chính sách do chính sách sẽ làm tăng thêm số lượng cũng như số đối tượng sử dụng sản phẩm hàng hóa trên thị trường với tổng số doanh thu dự kiến là 15,600 tỷ đồng.

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. Nếu tính số lượng học sinh phổ thông của Việt Nam hiện nay sẽ có khoảng 13 triệu trẻ em, trong đó học sinh tiểu học là 7,8 triệu; trung học cơ sở là 5,2 triệu và giả định là mỗi học sinh phổ thông sử dụng 110ml sữa/ngày thì số lượng sữa tiêu thụ trong 01 năm là khoảng 13 triệu học sinh x 300 ngày/năm là x 110 ml/ngày = 3,9 triệu lít 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 các cơ sở sản xuất sữa tươi có thể thu được trong một năm là khoảng 15,600 tỷ đồng.

- 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.

b) Đối với nhóm chính sách về bổ sung vi chất vào thực phẩm:

- *Về tăng cường iốt vào muối*:

+ Về kỹ thuật tăng cường: Kinh nghiệm Việt Nam đã thực hiện thành công tăng cường iốt 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 iốt 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 iốt 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 iốt với giá thành khoảng 200 triệu, khấu hao trong vòng 7-10 năm (máy công suất lớn)[[2]](#footnote-2).

+ Về chi phí giá thành sản phẩm:

Chi phí giá muối iốt thành phẩm không tăng nhiều so với muối thường:

Chi phí đầu tư máy trộn muối iốt 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 KIO3: 70 đồng/kg muối[[3]](#footnote-3)

Như vậy, kinh phí tăng thêm cho 01 kg muối iốt (so với muối không trộn iốt): 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 iốt. Hiện nay, hầu hết các nhà máy muối iốt 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 Chi 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 Tiến 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 iốt 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 của Chính Phủ tại Nam Định, Ninh Thuận, TP. 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 iốt 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 mỳ 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 mỳ. 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 mỳ 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 mỳ, các nhà máy sẽ cần mua thiết bị với giá khoảng 5.000 USD (khoảng 110.000.000 đồng, 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 mỳ (QCVN)

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

Như vậy giá sắt và kẽm tăng cường trong 01kg bột mỳ là: 22,1 đồng.

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

Giá thành tăng thêm cho 01 kg bột mỳ (trong đó có tính đến chi phí đầu tư trang thiết bị) khoảng: 32,1 đồng/kg.

+ Về tính sẵn có của nguồn nguyên liệu:

 Ở Việt Nam không trồng được lúa mỳ nên 100% nguyên liệu lúa để sản xuất bột mỳ đều phải nhập khẩu, nguồn nhập khẩu chính từ các nước Úc, Mỹ, Ấn Độ, Trung Quốc. Vì vậy, chất lượng và giá bột mỳ sản xuất trong nước phụ thuộc khá nhiều vào nguồn lúa nguyên liệu[[4]](#footnote-4).

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

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 Tiến 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 x163.000 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)[[5]](#footnote-5).

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...

*- Về tăng cường sắt vào nước tương:*

+ Về kỹ thuật tăng cường: Quy trình sản xuất nước tương bổ sung sắt tương đối đơn giản. Nước tương thành phẩm được đưa vào thùng khuấy và trộn với sắt theo tỷ lệ đã tính trước. Hàm lượng sắt trong nước tương khá ổn định, gần như không thay đổi theo thời gian bảo quản (12 tháng).

+ Về chi phí đầu tư trang thiết bị đối với doanh nghiệp: Nếu thực hiện bắt buộc tăng cường sắt vào nước, các nhà máy chỉ cần mua thêm thiết bị khuấy trộn với giá khoảng 100 triệu/1cái (theo số liệu của Công ty Nestle Việt Nam).

+ Về chi phí giá thành sản phẩm:

Giá sắt EDTA: 105.000 đồng/kg

Liều lượng bổ sung sắt: 250 mg sắt/kg nước tương

Như vậy giá sắt trong 01 kg nước tương là: 26,25 đồng.

Chi phí máy móc, nhân công ước khoảng: 2,03 đồng/01 kg nước tương

Kinh phí tăng thêm cho 01 kg nước tương được tăng cường ước khoảng: 28,28 đồng/kg.

+ Về tính sẵn có của nguồn nguyên liệu:

Nguyên liệu chính để sản xuất nước tương là hạt đậu nành hoặc khô đậu nành được trồng khá phổ biến tại Việt Nam. Do vậy nguồn nguyên liệu là sẵn có cho sản xuất sản phẩm nước tương (xì dầu). Theo số liệu thống kê, tổng sản lượng nước tương nước ta đạt khoảng 100 triệu lít/năm, trong đó riêng thành phố Hồ Chí Minh sản xuất khoảng 65-70 triệu lít và có khoảng 50 nhà sản xuất nước tương.

 Nguồn cung Sắt EDTA, 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 Tiến Hoàng, Công ty hóa chất Việt Mỹ, Công ty Trường Phú, Công ty Hải Châu, Công ty cổ phần Á Châu...

c) Đối với chính sách cung cấp thông tin dinh dưỡng:

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.

*1.1.4. Tác động đối với người dân:*

Người dân sẽ gần như không phải tăng chi phí cho việc áp dụng chính sách bữa ăn học đường nhưng 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 tỏng 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.

### *1.2. 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.

Tăng cường iốt vào muối có hiệu quả phòng chống các rối loạn do thiếu iốt. 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 iốt” là cần thiết vì nếu không bắt buộc muối dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường iốt thì trên thị trường sẽ xuất hiện 02 loại muối như hiện nay là muối iốt 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 iốt đủ tiêu chuẩn phòng bệnh ≥ 90%; mức trung vị iốt 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 của Chính phủ và đang phải báo động về tình trạng thiếu hụt iốt đã quay trở lại Việt Nam.

Tăng cường sắt vào bột mỳ có hiệu quả phòng chống thiếu máu do thiếu sắt là loại thiếu máu dinh dưỡng hay gặp nhất. Tăng cường kẽm vào bột mỳ giúp phòng, chống một số rối loạn chuyển hóa, cải thiện tăng trưởng góp phần nâng cao tầm vóc con người. Việc sử dụng bột mỳ có tăng cường sắt, kẽm thường xuyên và lâu dài là một biện pháp đơn giản và hiệu quả trong việc phòng chống, giảm chứng thiếu máu do thiếu sắt và phòng chống rối loạn chuyển hóa do thiếu kẽm. Việc quy định bắt buộc *“bột mỳ dùng trong chế biến thực phẩm phải tăng cường sắt và kẽm”* là cần thiết vì nếu chỉ quy định tăng cường sắt và kẽm vào bột mỳ thông thường thì sẽ không hiệu quả vì bột mỳ không phải là nguyên liệu thực phẩm mà người dân Việt Nam hay tiêu thụ, trong khi đó thực phẩm làm từ bột mỳ thì được tiêu thụ rộng rãi như bánh mỳ, mỳ ăn liền (mỳ tôm), các loại bánh quy...

Tăng cường vitamin A vào dầu thực vật để phòng, chống khô mắt, mù lòa, còi cọc, suy dinh dưỡng và tăng cường sức đề kháng. Việc sử dụng dầu thực vật có tăng cường vitamin A thường xuyên và lâu dài là một biện pháp đơn giản và hiệu quả trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và làm chậm phát triển ở trẻ em và cải thiện tình trạng sức khỏe của người dân. Việc quy định bắt buộc *“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”* là cần thiết vì đây là các sản phẩm được sản xuất nhiều trong nước với quy mô tập trung và là sản phẩm được nhiều người dân tiêu thụ. Việc quy định bắt buộc tăng cường vitamin A vào các loại dầu thực vật này sẽ đạt được hiệu quả cao trong công tác phòng chống các bệnh do thiếu vitamin A. Còn đối với các loại dầu thực vật khác như dầu oliu, dầu hướng dương.. chủ yếu được nhập khẩu với số lượng nhỏ và giá thành đắt, chỉ một số ít bộ phận người dân có thu nhập cao tiêu thụ. Do vậy sẽ không đưa vào quy định bắt buộc tăng cường vitamin A đối với nhóm dầu thực vật này.

Tăng cường sắt vào nước tương có hiệu quả phòng, chống thiếu máu do thiếu sắt. Việc sử dụng nước tương có tăng cường sắt thường xuyên và lâu dài là một biện pháp đơn giản và hiệu quả trong việc phòng chống, giảm chứng thiếu máu do thiếu sắt. Việc quy định bắt buộc *“Nước tương (xì dầu) phải tăng cường sắt”* là cần thiết vì đây là các sản phẩm được sản xuất tương đối tập trung tại Việt Nam, chủ yếu từ các nhà máy sản xuất với quy mô lớn. Do vậy, việc thực hiện tăng cường sắt vào nước tương (xì dầu) sẽ dễ dàng thực hiện và bảo đảm độ bao phủ rộng, ít tốn kém hơn cho các cơ sở sản xuất. Khi tăng cường sắt vào nước tương cũng không làm thay đổi màu sắc của sản phẩm vì bản thân nước tương đã có màu sẫm. Hiện nay, nước tương được người dân sử dụng nhiều làm nước chấm và chế biến thực phẩm. Do vậy quy định bắt buộc tăng cường sắt vào nước tương sẽ đạt hiệu quả cao trong phòng chống các bệnh do thiếu sắt gây ra.

*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 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:*

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:*

*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.

*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.

*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.

*2.1.3. 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.

*2.1.4. 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.

### *2.2. Tác động về xã hội:*

*2.2.1. 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, dái tháo đường, tăng huyết áp, suy dinh dưỡng…

*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 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**

### *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 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 1.1:*

*3.1.1. Về kinh tế:*

a) Tác động tích cực:

- Nhà nước, cơ sở y tế không phải tăng chi kinh phí cho các hoạt động phục vụ việc tổ chức thực hiện chính sách mà 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: Không có.

*3.1.2. 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. 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.

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 khoẻ 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, phát huy xu hướng toàn cầu hóa và trách nhiệm xã hội của doanh nghiệp.

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 mỳ gây ra những thay đổi bất lợi về thời gian sử dụng của sản phẩm.

Hiện nay trên thế giới mới chỉ có Trung Quốc là quốc gia tiến hành thử nghiệm, triển khai và đánh giá nước tương tăng cường sắt đối với 10.000 phụ nữ và trẻ em thuộc nhóm nguy cơ cao bị thiếu máu. Còn lại chưa có quốc gia nào tiến hành tăng cường sắt vào nước tương[[6]](#footnote-6).

*3.1.3. Về giới:* Giải pháp này 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 1.2:*

*3.2.1. Về kinh tế:*

Nhà nước, cơ sở y tế 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.

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.

*3.2.2. 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.

*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 việc lựa chọn giải pháp 1.1 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 2.ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH THỨ HAI

## I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP

Thiếu vận động thể lực gây tăng nguy cơ mắc đột quỵ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường, trầm cảm và một số loại ung thư, là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong trên toàn cầu. Một người ít vận động sẽ tăng 20 - 30% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân. Tăng cường vận động thể lực sẽ giúp kiểm soát cân nặng, giảm thừa cân béo phì và các rối loạn chuyển hóa, tăng cường hiệu quả điều trị bệnh. Năm 2015, Việt Nam có gần 1/3 dân số trưởng thành thiếu vận động thể lực theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới (vận động cường độ trung bình mỗi ngày 30 phút và ít nhất 150 phút trong một tuần hoặc tương đương). Tình trạng thiếu vận động thể lực phổ biến hơn ở khu vực thành thị (37,3%) so với khu vực nông thôn (23%).

Ngoài ra, do thiếu vận động nên tố chất thể lực (đặc biệt là sức bền và sức mạnh) của thanh niên Việt Nam vào loại kém và rất kém so với Nhật Bản hoặc so với chuẩn quốc tế.

Tăng cường vận động thể lực có thể được thực hiện bằng nhiều hình thức gồm: (1) vận động thông qua các công việc, sinh hoạt hằng ngày (lao động, làm những công việc chân tay ở nhà hoặc ngoài trời…), (2) hoạt động đi lại (đi bộ, đi xe đạp, leo cầu thang…), (3) vui chơi giải trí (trò vui chơi có tính chất vận động, khiêu vũ, thể dục nhịp điệu…) và (4) hoạt động thể dục, thể thao. Vận động bằng đi bộ, đi xe đạp, rèn luyện thể dục thường xuyên là các loại hình đơn giản, thuận tiện, dễ áp dụng và có thể phù hợp với nhiều đối tượng trong cộng đồng, được khuyến cáo áp dụng ở hầu hết các quốc gia.

Theo khuyến cáo của WHO về hoạt động thể lực, trong một tuần điển hình, bao gồm cả hoạt động thể lực trong công việc, trong thời gian di chuyển và vui chơi giải trí, một người trưởng thành cần có ít nhất:

• 150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình, hoặc:

• 75 phút hoạt động thể lực ở cường độ mạnh, hoặc:

• Hoạt động thể lực kết hợp cường độ trung bình và cường độ mạnh đạt ít nhất 600 MET-phút.

Từ kết quả phân tích cho thấy gần 1/3 dân số (28,1%) thiếu hoạt động thể lực, tức là không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO (hoạt động thể lực cường độ trung bình ít nhất 150 phút trong một tuần hoặc tương đương). Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực thấp hơn ở nam giới (20,2%; 95%CI: 17,8-22,6) so với nữ giới **(**35,7%; 95%CI: 32,7-38,7).

Bảng 3. Tỷ lệ hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo của WHO (những người có hoạt động thể lực dưới 150 phút ở cường độ trung bình trong một tuần, hoặc tương đương) phân theo giới và nhóm tuổi

|  |
| --- |
| **Hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo của WHO**  |
| **Nhóm tuổi** | **Nam** |  | **Nữ** |  | **Tổng** |
| n  | % Không đáp ứng được | 95% CI |  | n  | % Không đáp ứng được | 95% CI |  | n  | % Không đáp ứng được | 95% CI |
| 18-29 | 306 | 18,2 | 13,5-22,8 |  | 367 | 48,9 | 42,5-55,3 |  | 673 | 33,4 | 29,1-37,7 |
| 30-49 | 767 | 19,8 | 16,3-23,2 |  | 1009 | 31,8 | 28,4-35,2 |  | 1776 | 25,8 | 23,1-28,5 |
| 50-69 | 548 | 24,1 | 20,0-28,1 |  | 664 | 26,0 | 21,8-30,2 |  | 1212 | 25,1 | 22,1-28,1 |
| **18-69** | **1621** | **20,2** | **17,8-22,6** |  | **2040** | **35,7** | **32,7-38,7** |  | **3661** | **28,1** | **25,9-30,2** |

Phân tích sâu hơn cho biết hoạt động thể lực do công việc chiếm tỷ trọng lớn nhất trong hoạt động thể lực hàng ngày (hơn 2/3), trong khi hoạt động thể thao, đi lại và giải trí chiếm tỷ trọng rất thấp.

Đánh giá từ báo cáo của Bộ Giáo dục và Đào tạo cho thấy: Tính đến năm 2016, cả nước có trên 95% số trường học thực hiện chương trình giáo dục thể chất chính khóa, 75% số trường có hoạt động thể dục, thể thao ngoại khóa với 71% trong tổng số 14,9 triệu học sinh phổ thông tham gia.

Các hoạt động thể dục, thể thao còn mang tính phong trào, chưa chú trọng vào việc rèn luyện kỹ năng, thói quen luyện tập thể thao thường xuyên của số đông học sinh. Môn học thể dục còn cứng nhắc, chưa đáp ứng theo sở thích, năng khiếu của học sinh, sinh viên. Cơ sở vật chất phục vụ hoạt động tập luyện thể dục, thể thao còn thiếu thốn, chưa được quan tâm đầu tư. Hiện chỉ có 6,3% trường phổ thông có nhà tập hoặc nhà thi đấu thể thao; 0,4% có bể bơi; 15% có sân tập.

## II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Mục tiêu là giảm tỷ lệ người dân thiếu vận động thể lực, tăng tỷ lệ trẻ em, học sinh được vận động thể lực đủ thời gian. Khuyến khích duy trì vận động thể lực thường xuyên bằng nhiều hình thức phù hợp với cộng đồng để đạt được mức khuyến nghị.

## III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

**1. Giải pháp 1:** Quy định cụ thể về nội dung của hoạt động vận động thể lực và điều kiện bảo đảm cho hoạt động vận động thể lực, bao gồm:

- Nâng thời lượng giáo dục thể chất chính khóa và khuyến khích các hoạt động giáo dục thể chất ngoại khóa đồng thời đổi mới nội dung, phương pháp giáo dục thể chất.

- Quy định về yêu cầu bảo đảm cơ sở vật chất phục vụ cho các hoạt động vận động thể lực tại các trường học và cộng đồng dân cư.

**2. Giải pháp 2:** 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:*

Tổng số trường học từ mầm non đến đại học là 43.874 trường, trong đó có: 14.203 trường mầm non, 15.277 trường tiểu học, 10.878 trường trung học cơ sở, phổ thông cơ sở, 2.767 trường trung học phổ thông; 313 trường trung cấp chuyên nghiệp, 217 trường cao đẳng, 219 trường đại học, trong đó trường công lập là chủ yếu (chiếm 93,6%). Hiện nay hầu như toàn bộ các trường công lập đã hoạt động theo cơ chế tự chủ tuy nhiên số lượng cơ sở giáo dục thuộc loại tự chủ cả chi đầu tư và chi thường xuyên không nhiều (dưới 10%) và nếu trừ cả số cơ sở đã có cơ sở vật chất cho hoạt động thể lực (15% số trường có sân tập) đồng thời chỉ tập trung đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất cho các trường ở cấp trung học cơ sở và trung học phổ thông (thông do các nghiên cứu đều cho thấy đây là giai đoạn nền tảng và cần thiết nhất của phát triển thể chất) thì để thực hiện được chính sách Nhà nước vẫn phải phải chịu trách nhiệm đầu tư nâng cấp cơ sở vật chất cho hoạt động thể lực của ít nhất là 15.000 trường công lập.

Bên cạnh đó, nếu kết hợp giữa đầu tư chuẩn hóa cơ sở vật chất cho giáo dục thể chất đối với các cơ sở giáo dục với tận dụng các công trình thể dục thể thao trên địa bàn để phục vụ cho hoạt động giáo dục thể chất trong trường học (tương tự như mô hình giáo dục nghề hiện nay) thì chi phí mà Nhà nước sẽ phải bỏ ra cho việc thực hiện chính sách sẽ giảm đáng kể bởi theo thống kê hiện nay thì hầu hết các quận, huyện đều đã được Nhà nước đầu tư xây sân vận động và nhà thi đấu. Theo ước tính, mỗi một nhà thi cấp huyện có thể phục vụ hoạt động vận động thể lực cho khoảng 200 lượt học sinh/ngày (tối thiểu 04 lớp/ngày) và như vậy sẽ đáp ứng về cơ bản nhu cầu của các trường học trên địa bàn huyện.

Mặt khác, nếu đa dang hóa các hình thức giáo dục thể chất thì có nhiều hoạt động hoàn toàn có thể thực hiện tại trường học mà không cần sử dụng nhà thể chất chuyên nghiệp như khiêu vũ thể thao hoặc một môn thể dục dụng cụ đơn giản.

Như vậy, Nhà nước sẽ tập trung đầu tư chủ yếu cho các trường học có vị trí ở xa trung tâm huyện với tổng mức đầu tư ước tính khoảng 6.000 tỷ cho khoảng 200 trường.

Nhà nước không phải đầu tư kinh phí cho việc bảo đảm thực hiện vận động thể lực tại cộng đồng dân cư do chỉ thực hiện việc ban hành chính sách theo hướng ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về xây dựng trong đó giao cho các chủ đầu tư của các khu đô thị phải bảo đảm thực hiện theo các quy chuẩn này đồng thời đẩy mạnh việc thực hiện cơ chế xã hội hóa đối với các khu luyện tập thể dục, thể thao công cộng.

*1.1.2. Tác động đối với người dân:*

Người dân có thể sẽ bị ảnh hưởng của việc thực hiện chính sách bởi nếu thực hiện chính sách sẽ làm tăng chi phí học phí do các trường phải chi trả thêm chi phí cho việc thuê cơ sở vật chất, giáo viên để thực hiện việc tăng thời lượng vận động và các chủ đầu tư phải tăng chi phí xây dựng cho việc bảo đảm khoảng không gian cho người dân luyện tập thể dục, thể thao tại khu dân cư.

Tuy nhiên, theo nghiên cứu về hiệu quả điều trị quốc gia của Anh (NTORS-Study UK), ước tính cứ 01 đô la đầu tư vào chương trình dự phòng thì sẽ tiết kiệm được 07 đô la cho các chi phí điều trị.

### *1.2. Tác động về mặt xã hội:*

*1.2.1. Tác động chung:*

Trước kia, các danh y nước ta cũng đã nhận thức được tầm quan trọng của vận động thân thể đối với sức khoẻ con người. Tuệ Tĩnh khuyên mọi người muốn bảo dưỡng và tăng cường sức khoẻ thì phải giữ gìn tinh, khí, thần, tâm và vận động thân thể thì con người mới khoẻ mạnh. Hải Thượng Lãn Ông cũng nói lên sự cần thiết phải vận động thân thể để có sức khoẻ như: luyện thân, luyện khí làm cho khí huyết lưu thông, chân tay cứng cáp, tinh thần thoải mái.

Theo Chủ tịch Hồ Chí Minh, thể dục thể thao có tác dụng tăng cường sức đề kháng và năng lực thích ứng của cơ thể con người. Việc rèn luyện thân thể có tác dụng phòng bệnh và chữa bệnh rất tích cực, lấy lại sự cân bằng âm dương của cơ thể con người. Nếu con người không vận động, không rèn luyện thì khả năng thích nghi kém, tuổi thọ không thể kéo dài. Vận động và rèn luyện là để ngày càng hoàn thiện về thể chất, nâng cao thể lực, tinh thần thoải mái. Theo Người, rèn luyện thân thể kết hợp với giữ gìn vệ sinh càng có tác dụng trong việc phòng bệnh và nâng cao sức khoẻ con người. Khi cơ thể con người khoẻ mạnh thì sẽ vượt qua và đẩy lùi được bệnh tật, chống trả được vi trùng xâm nhập vào cơ thể; khi cơ thể lành mạnh, tinh thần sung mãn thì con người sẽ thích ứng được với những điều kiện thời tiết thay đổi. Cơ thể tốt, thần kinh tốt, tinh thần tốt thì tránh được mọi bệnh tật. Chính vì vậy, Người yêu cầu: "Phải tuyên truyền một cách thiết thực và rộng khắp trong nhân dân một phong trào thể dục vệ sinh".

Ngoài việc tăng cường sức đề kháng và năng lực thích ứng của cơ thể con người, thể dục thể thao có vai trò to lớn trong việc nâng cao sức khoẻ toàn diện cho con người. Sức khoẻ toàn diện là sự phát triển đầy đủ các tố chất thể lực như: Sức nhanh, sức mạnh, sức bền bỉ dẻo dai và sự khéo léo. Những yếu tố này chỉ có thể đạt được nhờ luyện tập thể dục thể thao thường xuyên. Khi con người có sức khoẻ toàn diện thì sẽ nâng cao được năng lực thể chất. Năng lực thể chất có vai trò hết sức quan trọng trong cuộc sống, trong lao động, trong công tác và trong học tập. Có năng lực thể chất tốt sẽ giúp cho con người vượt qua được mọi khó khăn, hoàn thành tốt được mọi công việc.

Các nhà sinh lý học cho rằng nếu con người ít vận động, sao nhãng luyện tập thể dục thể thao thì ở tuổi 30 có nguy cơ bị tổn thương ở khớp, tổn thương này tăng dần theo tuổi tác và sự suy thoái sẽ còn tăng nhanh đối với người không vận động và kéo theo sự già nua của cơ thể con người.

Các nghiên cứu của thế giới cho thấy, luyện tập thể dục thể thao có tác dụng làm tăng hệ thống miễn dịch (Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng những người lớn tuổi tập thể dục điều độ 6 giờ/tuần thì khả năng miễn dịch giống như lúc họ 20 tuổi); tốt cho tim mạch (Nghiên cứu ở Mỹ trên 936 phụ nữ có bệnh đau ngực hay hẹp động mạch thấy rằng những người có cân nặng quá cỡ thì có rất nhiều khả năng mắc bệnh tim mạch nhưng tỷ lệ này sẽ giảm đi nếu họ tập thể dục dù cân nặng không thay đổi) và có thể chống lại bệnh giảm trí nhớ (Nghiên cứu ở Honolulu nhận thấy rằng những người đi bộ ít hơn 400 mét/ngày hầu như có nguy cơ giảm trí nhớ gấp 2 lần về sau này).

Bên cạnh đó, những hoạt động thể chất giúp phòng tránh và ngăn chặn tiểu đường loại 2. Tập luyện đều đặn sẽ làm giảm đi những triệu chứng trầm cảm và lo âu, làm tăng lượng cholesterol 'tốt' và giảm lượng cholesterol 'xấu', làm giảm viêm đường hô hấp ở những người bị bệnh hen suyễn.

Việc thực hiện chính sách còn giúp tăng tần suất sử dụng các công trình thể thao công cộng mà Nhà nước đã đầu tư xây dựng và từ đó giúp tăng giá trị việc làm của đội ngũ huấn luyện viên, vận động viên chuyên nghiệp khi tham gia đào tạo.

*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 4. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về vận động thể lực 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 3. 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:*

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.

*2.1.2. 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.

### *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 gồm:

Thiếu vận động thể lực gây tăng nguy cơ mắc đột quỵ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường, trầm cảm và một số loại ung thư, là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong trên toàn cầu. Một người ít vận động sẽ tăng 20 - 30% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân. Ngoài ra, do thiếu vận động nên tố chất thể lực (đặc biệt là sức bền và sức mạnh) của thanh niên Việt Nam vào loại kém và rất kém so với Nhật Bản hoặc so với chuẩn quốc tế.

*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 2.560 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 5o tuổi.

***Bảng 5. Phân tích kết quả trả lời phỏng vấn về việc áp dụng các chính sách về vận động thể lực 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 4. 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 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 1.1:*

*3.1.1. Về kinh tế:*

a) Tác động tích cực:

Giải quyết được các bất cập, tồn tại liên quan đến vận động thể lực và giúp cải thiện tầm vóc, thể lực của người Việt Nam đồng thời góp phần làm giảm tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, tim mạch, đái tháo đường, hen suyễn… Theo nghiên cứu về hiệu quả điều trị quốc gia của Anh (NTORS-Study UK), ước tính cứ 01 đô la đầu tư vào chương trình dự phòng thì sẽ tiết kiệm được 07 đô la cho các chi phí điều trị.

Việc thực hiện chính sách còn giúp tăng tần suất sử dụng các công trình thể thao công cộng mà Nhà nước đã đầu tư xây dựng và từ đó giúp tăng giá trị việc làm của đội ngũ huấn luyện viên, vận động viên chuyên nghiệp khi tham gia đào tạo.

b) Tác động tiêu cực:

Nhà nước sẽ phải tăng đầu tư ước tính khoảng 6.000 tỷ cho khoảng 200 trường học có vị trí ở xa trung tâm huyện.

Người dân có thể sẽ bị ảnh hưởng của việc thực hiện chính sách bởi nếu thực hiện chính sách sẽ làm tăng chi phí học phí do các trường phải chi trả thêm chi phí cho việc thuê cơ sở vật chất, giáo viên để thực hiện việc tăng thời lượng vận động và các chủ đầu tư phải tăng chi phí xây dựng cho việc bảo đảm khoảng không gian cho người dân luyện tập thể dục, thể thao tại khu dân cư.

*3.1.2. Về xã hội:*

Ngoài việc tăng cường sức đề kháng và năng lực thích ứng của cơ thể con người, thể dục thể thao có vai trò to lớn trong việc nâng cao sức khoẻ toàn diện cho con người.

Các nghiên cứu của thế giới cho thấy, luyện tập thể dục thể thao có tác dụng làm tăng hệ thống miễn dịch (Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng những người lớn tuổi tập thể dục điều độ 6 giờ/tuần thì khả năng miễn dịch giống như lúc họ 20 tuổi); tốt cho tim mạch (Nghiên cứu ở Mỹ trên 936 phụ nữ có bệnh đau ngực hay hẹp động mạch thấy rằng những người có cân nặng quá cỡ thì có rất nhiều khả năng mắc bệnh tim mạch nhưng tỷ lệ này sẽ giảm đi nếu họ tập thể dục dù cân nặng không thay đổi) và có thể chống lại bệnh giảm trí nhớ (Nghiên cứu ở Honolulu nhận thấy rằng những người đi bộ ít hơn 400 mét/ngày hầu như có nguy cơ giảm trí nhớ gấp 2 lần về sau này).

Bên cạnh đó, những hoạt động thể chất giúp phòng tránh và ngăn chặn tiểu đường loại 2. Tập luyện đều đặn sẽ làm giảm đi những triệu chứng trầm cảm và lo âu, làm tăng lượng cholesterol 'tốt' và giảm lượng cholesterol 'xấu', làm giảm viêm đường hô hấp ở những người bị bệnh hen suyễn.

*3.1.3. Về giới:* Giải pháp này 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 1.2:*

*3.2.1. Về kinh tế:*

a) Tác động tích cực:

Không phát sinh chi phí đầu tư của Nhà nước cũng như của người dân.

b) Tác động tiêu cực:

Nhà nước 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.

*3.2.2. Về xã hội:*

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 gồm:

Thiếu vận động thể lực gây tăng nguy cơ mắc đột quỵ, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường, trầm cảm và một số loại ung thư, là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư của tử vong trên toàn cầu. Một người ít vận động sẽ tăng 20 - 30% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân. Ngoài ra, do thiếu vận động nên tố chất thể lực (đặc biệt là sức bền và sức mạnh) của thanh niên Việt Nam vào loại kém và rất kém so với Nhật Bản hoặc so với chuẩn quốc tế.

*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 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

## I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT 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 thâm 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 lịêt (F20) | 0,47% | 400.000 |
| 2 | Động kinh (G40) | 0,33% | 240.000 |
| 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 tuý (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 khoẻ tinh thần tốt thì không chỉ là không có bệnh về tâm thần mà còn là việc con người sẽ có trạng thái khoẻ 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 hoặch cho tương lai mà không trăn trở, dấn sâu vào những kỉ niệm đau buồn sự nối tiếc hay những điều không thể thay đổi hoặc dự đoán đuợc trong tương lai.

- Khả năng phục hồi: khả năng bình phục sau những trải nghiệm khó khăn hoặcnhững 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 rở 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 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.

*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 cugn 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 cugn 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 hướng 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

## 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 khoẻ 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 khoẻ chưa được khắc phục căn bản. Hệ thống tổ chức y tế dự phòng, y tế cơ sở và chăm sóc sức khoẻ 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 khoẻ 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 khoẻ 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. Ðể 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. Ðồng 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. Ðây 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 khẻo 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 sỹ gia đình. Để triển khai việc triển khai khám bệnh, lập sổ theo dõi sức khoẻ 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 có một mã số riêng, bác sỹ 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 sỹ 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 từ khi mới sinh và tích hợp dữ liệu về tình trạng sức khỏe của người dân trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về công dân.

**2. Giải pháp 2:** 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 sach 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 thiêp 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:*

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.

*2.1.2. 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 dẫn 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.

### *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 2.560 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 5o 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**

### *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 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 1.1:*

*3.1.1. 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 thẻ 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 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…

*3.1.2. 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.

*3.1.3. Về giới:* Giải pháp này không có tác động về giới.

*3.1.3. Về thủ tục hành chính:* Giải pháp này không có tác động về thủ tục hành chính.

*3.1.3. 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 1.2:*

*3.2.1. 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.

*3.2.2. 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.

*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 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 IIILẤY 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 quản 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 các Bộ, ngành liên quan trong đó có 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 CỔNG THÔNG TIN ĐIỆN TỬ

Dự thảo cũng đã được đăng tải trên Cổng 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 IVGIÁM 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.

1. Nguồn: tài khóa y tế quốc gia , 2009-2011 [↑](#footnote-ref-1)
2. Báo cáo Công ty TNHH một thành viên muối Việt Nam [↑](#footnote-ref-2)
3. Báo cáo Bệnh viện Nội tiết trung ương [↑](#footnote-ref-3)
4. *Theo số liệu thông kê ngành sản xuất bột mỳ của Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn* [↑](#footnote-ref-4)
5. *theo Viettrade* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Theo Tài liệu hướng dẫn của WHO về thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng* [↑](#footnote-ref-6)