

BỘ Y TẾ

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

Số: 7668/BYT-TCDS

V/v triển khai thực hiện Chiến lược
DS-SKSS 2011-2020

Hà Nội, ngày 29 tháng 11 năm 2011

Kính gửi: Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương

Ngày 14 tháng 11 năm 2011, Thủ tướng Chính phủ ban hành quyết định số 2013/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

Để triển khai thực hiện Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020, Bộ Y tế đề nghị Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là cấp tỉnh) tập trung chỉ đạo Sở Y tế, các Sở, ngành có liên quan triển khai thực hiện những công việc sau:

1. Tổ chức quán triệt đầy đủ các quan điểm, mục tiêu, nhiệm vụ và giải pháp của Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 trong các cơ quan hành chính nhà nước, các đoàn thể xã hội từ tỉnh đến cơ sở nhằm góp phần thực hiện tốt các mục tiêu, yêu cầu của Nghị quyết 47-NQ/TW và Kết luận 44-KL/TW của Bộ Chính trị, Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ XI, Nghị quyết 31/NQ-CP của Chính phủ và Nghị quyết Đại hội Đảng bộ tỉnh/thành phố nhiệm kỳ 2010-2015;

2. Tổ chức tuyên truyền, phổ biến rộng rãi Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 bằng nhiều hình thức phong phú. Huy động các cơ quan thông tấn báo chí, ban ngành và các tổ chức xã hội đẩy mạnh tuyên truyền, vận động và giáo dục về dân số, sức khỏe sinh sản/kế hoạch hóa gia đình phù hợp với đặc điểm kinh tế-xã hội của địa phương và các tầng lớp nhân dân nhằm nâng cao nhận thức và chuyển đổi hành vi trong thực hiện chính sách, pháp luật về dân số-kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản.

3. Xây dựng “Kế hoạch hành động của tỉnh giai đoạn 2011-2015” để thực hiện Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam nhằm cụ thể hóa các mục tiêu, chỉ tiêu, nhiệm vụ và giải pháp của tỉnh, phù hợp với tình hình thực tiễn về dân số, sức khỏe sinh sản và điều kiện kinh tế xã hội của tỉnh. Nội dung hướng dẫn xây dựng Kế hoạch hành động của tỉnh giai đoạn 2011-2015 thực hiện Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam gửi kèm theo.

4. Sửa đổi, bổ sung, bãi bỏ, ban hành mới các văn bản quy phạm pháp luật, văn bản quản lý điều hành cho phù hợp với mục đích yêu cầu và các nhiệm vụ được xác định tại Nghị quyết số 47-NQ/TW, Kết luận số 44-KL/TW của Bộ Chính trị, Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ XI và Nghị quyết Đại hội Đảng bộ tỉnh, Nghị quyết số 31/NQ-CP của Chính phủ, Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

5. Đầu tư phát triển mạng lưới cung cấp dịch vụ dân số-kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe sinh sản:

a) Tăng cường năng lực, củng cố, hoàn thiện mạng lưới cung cấp dịch vụ dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản có trọng tâm, phù hợp với thực tế của địa phương. Tổ chức cung cấp dịch vụ theo phân cấp, phân tuyến kỹ thuật, kết hợp với ưu tiên xây dựng và hỗ trợ hệ thống chuyên tuyến thích hợp.

b) Triển khai các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản/ kế hoạch hóa gia đình: Thường xuyên cập nhật các quy định, quy trình, hướng dẫn chuyên môn kỹ thuật đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản từ tuyến tỉnh đến cơ sở; bổ sung nguồn lực, nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ cán bộ cung cấp dịch vụ dân số và chăm sóc sức khỏe sinh sản theo phân cấp và phân tuyến kỹ thuật; nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị cho các điểm cung cấp dịch vụ, ưu tiên tuyến cơ sở và khu vực khó khăn trên địa bàn tỉnh.

c) Hoàn thiện hệ thống hậu cần phương tiện tránh thai và hàng hóa sức khỏe sinh sản. Củng cố, nâng cấp hệ thống dự trữ, bảo quản, cung cấp phương tiện tránh thai, thuốc, vật tư, hóa chất, sinh phẩm thiết yếu phục vụ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản/kế hoạch hóa gia đình. Tăng cường công tác dự báo, chủ động cân đối đủ nhu cầu phương tiện tránh thai và hàng hóa sức khỏe sinh sản.

d) Mở rộng và từng bước nâng cao chất lượng cung cấp các dịch vụ tư vấn và kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân, sàng lọc và chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.

6. Tiếp tục ổn định, kiện toàn tổ chức bộ máy cơ quan chuyên trách làm công tác dân số-kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe sinh sản các cấp, đặc biệt là đội ngũ viên chức y tế, dân số cấp xã, cộng tác viên dân số và kế hoạch hóa gia đình, y tế thôn bản. Tăng cường, củng cố Ban chỉ đạo công tác dân số-kế hoạch hóa gia đình các cấp tỉnh, huyện, xã; phân công cụ thể nhiệm vụ và nâng cao tinh thần trách nhiệm của các ngành thành viên Ban Chỉ đạo trong các chương trình phối hợp hành động thực hiện Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

Trong quá trình thực hiện, nếu có khó khăn vướng mắc, đề nghị các cơ quan, tổ chức phản ánh về Bộ Y tế (Tổng cục Dân số-KHHGĐ và Vụ Sức khỏe Bà mẹ -Trẻ em)/.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Phó thủ tướng Nguyễn Thiện Nhân (để báo cáo);
- Bộ trưởng Nguyễn Thị Kim Tiến (để báo cáo);
- Sở Y tế các tỉnh/thành phố;
- Chi cục DS-KHHGĐ các tỉnh/thành phố;
- Các Vụ, Cục, Tổng cục, VPB, Thanh tra Bộ;
- Lưu: VT, TCDS (15b).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Việt Tiến

HƯỚNG DẪN

Xây dựng kế hoạch hành động thực hiện
Chiến lược Dân số và Sức khỏe Sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2015
(Kèm theo công văn số 7668 /BYT-TCDS, ngày 29 tháng 11 năm 2011 của Bộ Y tế)

I. MỤC TIÊU

1. Xây dựng được một Kế hoạch hành động nhằm giải quyết các vấn đề ưu tiên của lĩnh vực dân số, sức khỏe sinh sản (sau đây viết tắt là DS, SKSS) bao gồm cả kế hoạch hóa gia đình (sau đây viết tắt là KHHGD) trong 5 năm tới, thích ứng với sự chuyển đổi nhân khẩu học và nhu cầu chăm sóc SKSS ngày càng tăng; cụ thể hóa các mục tiêu, chỉ tiêu, nhiệm vụ và giải pháp đã được xác định trong Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 (sau đây viết tắt là Chiến lược) bằng những mục tiêu, chỉ tiêu, nhiệm vụ và giải pháp thực hiện Chiến lược của tỉnh cho phù hợp với tình hình thực tiễn về sự chuyển đổi nhân khẩu học và nhu cầu chăm sóc SKSS của tỉnh giai đoạn 2011-2015, tầm nhìn đến 2020;

II. YÊU CẦU

1. Văn bản Kế hoạch hành động của tỉnh cần thể hiện đầy đủ và cụ thể hóa các mục tiêu, chỉ tiêu, nhiệm vụ, giải pháp và cơ chế vận hành nhằm giải quyết các vấn đề ưu tiên của tỉnh về DS, SKSS trong giai đoạn 2011-2015 thích ứng với sự chuyển đổi nhân khẩu học và nhu cầu chăm sóc SKSS ngày càng tăng của địa phương.

2. Lựa chọn và sắp xếp theo thứ tự những vấn đề ưu tiên của lĩnh vực DS, SKSS dựa vào bằng chứng thực tiễn về sự chuyển đổi nhân khẩu học và nhu cầu chăm sóc SKSS ngày càng tăng của mỗi địa phương để đảm bảo rằng, việc giải quyết các lĩnh vực ưu tiên trong 5 năm tới có tác động mạnh đến sự phát triển kinh tế và cải thiện chất lượng dân số của mỗi địa phương.

3. Để giải quyết có hiệu quả các vấn đề ưu tiên của lĩnh vực DS, SKSS đòi hỏi phải có sự tham gia của các cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội và của các tầng lớp dân cư. Vì vậy, Kế hoạch hành động thực hiện Chiến lược của tỉnh phải huy động được cả hệ thống chính trị, cộng đồng dân cư và mỗi người dân tích cực hưởng ứng và thực hiện chính sách, pháp luật về DS, SKSS.

III. MỘT SỐ NỘI DUNG CẦN PHÂN TÍCH KHI XÂY DỰNG KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

1. Quy mô và tốc độ tăng dân số

Phân tích để làm rõ những đặc trưng về kết quả giảm mức sinh, mức chết, và tuổi thọ trung bình, tốc độ giảm sinh và tăng dân số qua từng giai đoạn, ảnh hưởng của đà tăng dân số - quy mô của dân số đoàn hệ sinh ra trong thập niên 1980-90 (8X, 9X) nhóm tuổi 20-29 và tỷ suất sinh đặc trưng (mức đóng góp thực tế vào quy mô dân số, thời gian ảnh hưởng), sự khác biệt về mức sinh giữa các địa bàn trong tỉnh, sự thay đổi mô hình sinh và chuyển đổi nhận thức về quy mô gia đình lý tưởng. Trên cơ sở đó dự báo xu thế mức sinh, tăng trưởng dân số giai đoạn 2011-2015, tầm nhìn đến 2020.

Lưu ý: Cần thận trọng khi xác định chỉ tiêu giảm sinh hàng năm. Đối với các tỉnh có mức sinh cao thì cần ưu tiên giảm sinh nhanh để đạt mức sinh thay thế. Ngược lại đối với các tỉnh có mức sinh khá thấp (TFR dưới 1,8 con) thì cần ưu tiên giải quyết các vấn đề cơ cấu, chất lượng DS, trong khi phải quan tâm duy trì mức sinh thấp hợp lý và có những giải pháp cụ thể và có những giải pháp để thực hiện. Theo quy ước, mức sinh thay thế khi TFR = 2,1 con, dưới mức sinh thay thế được gọi là mức sinh thấp. Khi xác định mức giảm sinh cần phân tích các yếu tố tác động đến mức sinh, cần chú ý cơ cấu tuổi và giới của dân số, đặc biệt là quy mô của nhóm dân số trong độ tuổi 20-29; mô hình và xu hướng di cư, đô thị hóa nhằm đảm bảo tính khả thi trong quá trình thực hiện.

2. Cơ cấu dân số

Cơ cấu tuổi: Cần phân tích thực trạng cơ cấu dân số của tỉnh đang trong giai đoạn cơ cấu “dân số trẻ”, cơ cấu “dân số vàng”, hay giai đoạn “già hóa dân số” để xác định nhiệm vụ và ưu tiên đầu tư cho nhóm dân số nào trong việc hoạch định chính sách phát triển kinh tế xã hội của địa phương.

Cơ cấu giới: Xác định tỷ số giới tính của các nhóm dân số, đặc biệt là tỷ số giới tính trong nhóm trẻ 0-4 để có giải pháp can thiệp, xử lý bằng được tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh.

Cơ cấu dân số nông thôn-thành thị: So sánh quy mô dân số nông thôn-thành thị, thực chất của đô thị hoá để xác định yêu cầu quản lý dân số và cung cấp dịch vụ xã hội cơ bản tại các vùng được “đô thị hoá”.

3. Phân bố dân cư

Thực trạng di cư có kế hoạch, di cư tự do, di cư trong nước và quốc tế; dịch chuyển lao động giữa các vùng, các địa bàn trong tỉnh; ảnh hưởng của di cư đối với phân bố dân cư của tỉnh/thành phố; thực trạng quy hoạch và phát triển các khu vực kinh tế tác động đến phân bố lại dân cư; yêu cầu đặt ra đối với quản lý dân số và cung cấp dịch vụ dân số-sức khỏe sinh sản cho nhóm dân số lưu động (di biến động thường xuyên).

4. Chất lượng dân số

Chất lượng dân số là tập hợp các thuộc tính về bản chất liên quan đến tình trạng sức khỏe, trình độ giáo dục, văn hoá, trình độ khoa học kỹ thuật, cơ cấu, kỹ năng nghề nghiệp, xã hội và tính năng động của dân số.

Chất lượng dân số phản ánh các đặc trưng về thể chất, trí tuệ, tinh thần và đạo đức của một cộng đồng dân cư.

Thể chất: Phân tích kết quả giảm mức chết trẻ sơ sinh, chết trẻ em, chết mẹ, thực trạng dinh dưỡng, chiều cao cân nặng và sức bền, tuổi thọ khoẻ mạnh, số năm ốm đau bệnh tật, trung bình, xu thế bệnh tật, các xu thế hành vi ảnh hưởng đến sức khoẻ.

Trí tuệ: Số năm học trung bình theo giới, tỷ lệ nữ vị thành niên học PTTH, chất lượng nguồn nhân lực/lao động có trình độ và kỹ năng nghề nghiệp, khả năng hội nhập thị trường lao động, đời sống xã hội trong nước và quốc tế của lực lượng lao động trẻ.

Tinh thần: Thực trạng đời sống văn hoá tinh thần, khả năng tiếp cận và chia sẻ thông tin, một số biểu hiện của “vấn nạn”, suy thoái đạo đức, trách nhiệm công dân trong đời sống gia đình và xã hội.

Những hạn chế tồn tại trong thực hiện các chức năng của gia đình, nhất là trong các loại hình gia đình thiếu bền vững như “gia đình không đầy đủ”, “gia đình không hôn thú”, “gia đình kết hôn cận huyết”, “gia đình tạm”, “gia đình vị thành niên”, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng dân số, chất lượng cuộc sống của cá nhân và gia đình.

5. Sức khoẻ sinh sản (SKSS)

SKSS là một bộ phận của sức khoẻ nói chung, là trạng thái hoàn toàn khoẻ mạnh về thể chất, tinh thần, xã hội và không chỉ là không có bệnh hoặc không bị dị tật liên quan đến hệ thống sinh sản, chức năng và quá trình sinh sản. Các thành tố của SKSS bao gồm:

- a) Làm mẹ an toàn bao gồm chăm sóc trước, trong và sau sinh, chăm sóc sơ sinh, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- b) Kế hoạch hóa gia đình.
- c) Giảm phá thai và phá thai an toàn.
- d) Dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn đường sinh sản/bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm cả HIV/AIDS.
- đ) Chăm sóc SKSS vị thành niên và thanh niên.
- e) Dự phòng, sàng lọc, và điều trị ung thư đường sinh sản; Dự phòng và điều trị vô sinh.
- g) Chăm sóc SKSS nam giới, SKSS người cao tuổi.

6. Kế hoạch hoá gia đình (KHHGD)

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới thì KHHGD bao gồm những vấn đề thực hiện giúp cho các cá nhân hay các cặp vợ chồng để đạt được những mục tiêu sau đây:

- Tránh những trường hợp có thai và sinh con ngoài mong muốn, dự định.

- Điều hoà khoảng cách giữa các lần sinh.
- Chủ động thời điểm sinh con cho phù hợp với tuổi của bố, mẹ.

Như vậy, KHHGD là sự cố gắng có ý thức của các cặp vợ chồng nhằm điều chỉnh số con và khoảng cách giữa các lần sinh. KHHGD không những chỉ bao hàm việc lựa chọn sử dụng các biện pháp tránh thai nhằm tránh mang thai ngoài ý muốn mà còn là những cố gắng của các cặp vợ chồng để có thai và sinh con.

7. Nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD

Nhu cầu chưa được đáp ứng về KHHGD được biểu thị bằng số phụ nữ có hoạt động tình dục nhưng không muốn sinh con hoặc chưa muốn sinh con trong thời gian ít nhất là 2 năm (giãn khoảng cách sinh) nhưng chưa hoặc không sử dụng bất kỳ một biện pháp tránh thai nào kể cả biện pháp hiện đại và biện pháp truyền thống, không phân biệt lý do hay nguyên nhân; kết quả là hàng năm có nhiều người sinh con ngoài ý muốn (ngoài kế hoạch) và phá thai. Chính xác hơn là những phụ nữ đó thực tế có hoạt động tình dục và có khả năng thụ thai nhưng chưa sử dụng biện pháp tránh thai. KHHGD giúp giảm chết mẹ thông qua việc giảm số lần mang thai, giảm phá thai, giảm số phụ nữ có nguy cơ cao mang thai và sinh con cũng như các nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản khác.

Mặc dù tỷ lệ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ (15-49 tuổi) đang sử dụng biện pháp tránh thai hiện nay đã khá cao nhưng vẫn còn rất nhiều người chưa được đáp ứng nhu cầu KHHGD.

8. Một số hạn chế trong việc thực hiện chức năng của gia đình

Còn có sự khác biệt trong việc thực hiện gia đình ít con giữa các vùng, miền, giữa các dân tộc... Ngoài ra, do phong tục tập quán, do nhận thức những gia đình sinh con một bề (chỉ có con trai hoặc toàn con gái) cố gắng sinh thêm con. Hoặc cũng có gia đình đã có đủ trai gái, nay do kinh tế gia đình khá giả muốn có thêm con cho "vui cửa vui nhà" .v.v., đã làm cho tỉ lệ sinh con thứ ba trở lên vẫn là một thách thức.

Mong muốn có con trai để “nối dõi tông đường”, là chỗ dựa lúc tuổi già... còn khá phổ biến khiến cho tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh chung trên phạm vi cả nước và đặc biệt ở một số tỉnh ngày càng trầm trọng.

Việc nuôi dưỡng, chăm sóc người cao tuổi, người không có khả năng lao động trong gia đình gặp khó khăn. Tuổi thọ bình quân ở nước ta ngày một tăng cao, số lượng người cao tuổi tăng nhanh. Gia đình vẫn là chỗ dựa chủ yếu của người cao tuổi. Người cao tuổi cần được phát huy vai trò để tiếp tục có những đóng góp cho cộng đồng và xã hội đồng thời cũng cần sự quan tâm, chăm sóc, đáp ứng những nhu cầu về vật chất và tình cảm. Tuy nhiên do con cái lại mãi lo kiếm sống, làm giàu, không phải lúc nào những nhu cầu của người cao tuổi cũng được đáp ứng thích đáng.

Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020 hướng đến mục tiêu hỗ trợ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng.

IV. CẤU TRÚC CỦA KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

1. Tên văn bản: Kế hoạch hành động giai đoạn 2011- 2015 của tỉnh/ thành phố.....thực hiện Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam.

2. Cấu trúc văn bản:

Phần mở đầu:

Xác định vị trí, vai trò của Kế hoạch hành động của tỉnh/thành phố trực thuộc Trung ương trong việc thực hiện chính sách dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản, triển khai thực hiện kế hoạch phát triển kinh tế xã hội giai đoạn 2011-2015 của địa phương cũng như mối quan hệ với Chiến lược Dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

A. Phần thứ nhất: Đánh giá kết quả thực hiện Chiến lược Dân số Việt Nam và Chiến lược Quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010 tại tỉnh

1. Kết quả đạt được

Đánh giá kết quả thực hiện mục tiêu, các chỉ tiêu kế hoạch, giải pháp, cơ chế và tổ chức thực hiện. So sánh với kế hoạch, chỉ tiêu đề ra, so với kết quả chung của cả nước để thấy mức độ đạt được của địa phương. Đánh giá thuận lợi, khó khăn, những hạn chế, từ đó rút ra nguyên nhân và bài học kinh nghiệm cho việc xây dựng kế hoạch hành động và tổ chức thực hiện kế hoạch hành động trong thời gian tới.

1.1.Kết quả thực hiện mục tiêu

1.2. Kết quả thực hiện các giải pháp:

- Truyền thông, vận động chuyển đổi hành vi
- Mạng lưới và chất lượng cung cấp dịch vụ.
- Thực hiện chính sách chế độ,
- Đầu tư kinh phí và sử dụng kinh phí
- Xã hội hoá
- Nâng cao năng lực quản lý và tổ chức thực hiện: Tổ chức bộ máy, đội ngũ làm công tác DS-KHHGD, chăm sóc SKSS các cấp từ tỉnh đến cơ sở; đào tạo tập huấn chuyên môn nghiệp vụ; nghiên cứu, thông tin, số liệu, cơ sở dữ liệu...
- Lãnh đạo, chỉ đạo, thực hiện nhiệm vụ quản lý nhà nước (Xây dựng văn bản quy phạm pháp luật; xây dựng chiến lược, chương trình, kế hoạch; xây dựng các định mức, tiêu chuẩn; kiểm tra, thanh tra, giám sát).

2. Hạn chế, bất cập

Xuất phát từ khái quát tình hình DS, chăm sóc SKSS, trọng tâm là sức khỏe bà mẹ trẻ em, KHHGD, dự phòng và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản để làm rõ những hạn chế, bất cập do nguyên nhân khách quan và chủ quan.

3. Nguyên nhân

3.1. Nguyên nhân đạt được kết quả

3.2. Nguyên nhân của hạn chế bất cập

Khái quát từ đánh giá tình hình thực tế để xác định nguyên nhân của những hạn chế bất cập mang tính chủ quan cần có giải pháp trong thời gian tới.

B. Phần thứ hai: Kế hoạch hành động giai đoạn 2011-2015

1. Cơ sở pháp lý và những vấn đề cần giải quyết

1.1. Cơ sở pháp lý

- Nghị quyết số 31/NQ-CP ngày 18/8/2010 của Chính phủ .

- Quyết định số 2013/QĐ-TTg ngày 14 tháng 11 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020.

- Nghị quyết, quyết định... của Tỉnh ủy, Hội đồng nhân dân tỉnh, Ủy ban nhân dân tỉnh thực hiện Kết luận số 44-KL/TW của Bộ Chính trị, Nghị quyết số 31/NQ-CP ngày 18/8/2010 của Chính phủ.

1.2. Những vấn đề cần giải quyết trong giai đoạn 2011-2015

Lựa chọn những vấn đề dân số, sức khỏe sinh sản của tỉnh/thành phố cần giải quyết trên cơ sở những vấn đề đã được nêu trong Chiến lược quốc gia và thực tế tình hình DS, SKSS của địa phương, làm rõ những nét khác biệt, thực trạng của địa phương. Nếu không giải quyết vấn đề thì hậu quả sẽ ra sao? tác động tiêu cực đến phát triển kinh tế và đời sống xã hội ở mức độ nào? Dự báo tác động của Kế hoạch hành động đối với các vấn đề của địa phương.

Chuyển sang giai đoạn 2011-2020, chương trình DS-KHHGD cần tập trung nâng cao chất lượng chương trình, đáp ứng tốt hơn nhu cầu KHHGD nói riêng và chăm sóc SKSS nói chung của người dân cụ thể là: Tập trung cho các vùng có tỷ lệ sử dụng biện pháp tránh thai thấp; đa dạng hoá phương tiện tránh thai gắn với mạng lưới cung cấp có hiệu quả, tiện lợi; đảm bảo tự do lựa chọn của mọi khách hàng có nhu cầu; khuyến khích khu vực tư nhân cung cấp dịch vụ; Chính phủ tập trung hỗ trợ cho nhóm khách hàng có thu nhập thấp; tăng cường lồng ghép KHHGD với các vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em; giảm phá thai (do mang thai ngoài ý muốn hoặc vỡ kế hoạch); bảo đảm khả năng tiếp cận các dịch vụ SKSS vị thành niên, bao gồm cả các dịch vụ KHHGD cho vị thành niên và thanh niên; tái cơ cấu/tổ chức lại mạng lưới cung cấp dịch vụ KHHGD cho nhóm dân số có thu nhập thấp, nhanh chóng mở rộng đối tượng có hoạt động tình dục (vị thành niên và thanh niên, người trưởng thành chưa kết hôn).

2. Mục tiêu

2.1. Mục tiêu tổng quát

Mục tiêu tổng quát mô tả kết quả mong đợi chung, bao trùm của Kế hoạch hành động, là kết quả bao trùm được cấu thành bởi các mục tiêu cụ thể.

2.2. Mục tiêu cụ thể

Mục tiêu cụ thể mô tả chi tiết định hướng cho một kết quả cụ thể. Các mục tiêu cụ thể phải: Chi tiết, rõ ràng, định lượng được, có tính khả thi, dựa trên các nhu cầu đã xác định, bao gồm kế hoạch thời gian.

Do có sự khác biệt rõ nét về tình trạng dân số và sức khỏe sinh sản giữa các vùng, tỉnh nên thứ tự ưu tiên giải quyết các vấn đề cần bám sát thực trạng của địa phương.

Về dân số:

+ Đối với những tỉnh mức sinh còn cao, trên mức sinh thay thế, cần xác định chỉ tiêu giảm sinh và giảm tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên cho từng năm và thời gian đạt mức sinh thay thế chung cho toàn tỉnh. Cải thiện sức khỏe bà mẹ, trẻ em, giảm tỷ lệ chết mẹ, chết trẻ em dưới 1 tuổi, dưới 5 tuổi, tỷ lệ suy dinh dưỡng là những biện pháp khá hiệu quả để chuyển đổi hành vi sinh nhiều con/sinh con dự trữ, đặc biệt là đối với nhóm dân cư nghèo, trình độ dân trí thấp.

+ Đối với những tỉnh có mức sinh thấp, cần chuyển trọng tâm sang nâng cao chất lượng dân số, giải quyết những vấn đề dân số khác liên quan đến cơ cấu dân số, phân bố dân cư và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản đồng thời duy trì mức sinh thấp hợp lý (nhằm sớm ổn định quy mô và cơ cấu dân số của tỉnh) thông qua các biện pháp đảm bảo sự bền vững của Chương trình DS-KHHGD.

Về sức khỏe sinh sản:

+ Đối với các tỉnh, khu vực miền núi, những nơi có tỷ số chết mẹ, tỷ suất chết trẻ em cao cần tập trung ưu tiên cho công tác CSSK bà mẹ, trẻ sơ sinh nhằm giảm hơn nữa tử vong mẹ, tử vong trẻ em, tử vong sơ sinh.

+ Ở các địa bàn khác tập trung vào cải thiện chất lượng chăm sóc, chất lượng dịch vụ, đồng thời mở rộng triển khai các thành tố khác của SKSS. Đẩy mạnh công tác truyền thông vận động, truyền thông chuyển đổi hành vi nhằm nâng cao nhận thức, thay đổi hành vi của cấp ủy, chính quyền các cấp và cộng đồng về công tác chăm sóc SKSS.

2.3. Các chỉ báo kiểm định mục tiêu

Lưu ý khi xác định các chỉ báo kiểm định mục tiêu:

- Cần sử dụng số liệu đầu vào từ nguồn thông tin số liệu thống kê chính thức gồm (1) Số liệu Tổng điều tra dân số và nhà ở; (2) số liệu điều tra chọn mẫu đủ đại diện cho tỉnh; (3) số liệu báo cáo thống kê của ngành.

- Xác định chỉ báo cho hai thời kỳ 2011-2015 và 2016-2020 trong tương quan với các mục tiêu quốc gia trong Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản

2011-2020 và cam kết của Việt Nam với cộng đồng quốc tế về thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ.

3. Các giải pháp

Đây là phần quan trọng nhất, có nhiều cách trình bày khác nhau như: Giải pháp chung và các giải pháp cụ thể; hoặc các giải pháp theo thứ bậc của từng giải pháp, từ giải pháp chung đến các giải pháp cụ thể và các hoạt động chi tiết; hoặc các hoạt động thực hiện kế hoạch. Trong *Kế hoạch hành động của tỉnh*, cần cụ thể hoá những nhiệm vụ cần thực hiện (phù hợp với điều kiện thực tế của địa phương) để hoàn thành các mục tiêu đã đặt ra.

3.1. Lãnh đạo, tổ chức và quản lý

a) Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy Đảng, chính quyền

b) Hoàn thiện hệ thống tổ chức bộ máy

c) Nâng cao hiệu lực, hiệu quả quản lý công tác DS-SKSS

- Hiệu lực quản lý (ban hành văn bản quy phạm pháp luật; xây dựng chương trình, kế hoạch; thanh tra, kiểm tra, giám sát thực hiện; thu thập, lập báo cáo đánh giá tình hình thực hiện).

- Hiệu quả quản lý chương trình, dự án (nghiên cứu thử nghiệm, bảo đảm các yếu tố đầu vào, giải quyết các khó khăn vướng mắc, nghiệm thu kết quả).

3.2. Truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi

a) Cung cấp thông tin cho lãnh đạo.

b) Truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng.

c) Tuyên truyền vận động trực tiếp của đội ngũ CTV, cán bộ y tế thôn bản, cán bộ trạm y tế xã, cơ quan DS, chăm sóc SKSS tỉnh, huyện và các ngành đoàn thể.

d) Mở rộng các hình thức tư vấn của cán bộ các cơ sở dịch vụ, các trung tâm tư vấn tỉnh, huyện (tư vấn trực tiếp, điện thoại, thư, phát thanh truyền hình, internet và tư vấn tại cộng đồng).

đ) Giáo dục trong và ngoài nhà trường, trường chính trị, trường chuyên nghiệp, trường của các ngành, đoàn thể.

e) Cung cấp trang thiết bị truyền thông, sản phẩm và tài liệu truyền thông.

3.3. Dịch vụ DS, chăm sóc SKSS

Dịch vụ dân số

a) Mở rộng và kiện toàn mạng lưới cung cấp dịch vụ DS.

- Bổ sung, nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, dụng cụ y tế, bổ sung nhân lực, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, kỹ năng thực hành cho các cán bộ cung cấp dịch vụ DS, đảm bảo cung cấp dịch vụ theo phân cấp và phân tuyến kỹ thuật.

- Tăng cường khả năng cung cấp dịch vụ DS của đội ngũ CTV, y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản.

- Hỗ trợ và tạo điều kiện cho các cơ sở tư nhân, các tổ chức phi chính phủ tham gia cung cấp dịch vụ DS.

- Mở rộng mạng lưới sàng lọc trước sinh, sơ sinh trên cơ sở đào tạo kỹ thuật, bổ sung trang thiết bị và thực hiện đúng quy trình kỹ thuật đã ban hành.

- Mở rộng dịch vụ tư vấn và kiểm tra sức khỏe tiền hôn nhân.

b) Hoàn thiện phương thức cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ cho các nhóm đối tượng đặc thù

- Tổ chức các đội lưu động cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ tại địa bàn chiến dịch và ở các vùng sâu, vùng xa, miền núi, hải đảo.

- Tổ chức các hình thức cung cấp dịch vụ DS-KHHGĐ cho người nhập cư, khu công nghiệp và đặc biệt là các hình thức thân thiện cho vị thành niên và thanh niên.

c) Đẩy mạnh tiếp thị xã hội các PTTT và dịch vụ KHHGĐ

- Tăng nhanh số lượng PTTT qua kênh tiếp thị xã hội.

- Thử nghiệm và triển khai mở rộng TTXH về dịch vụ KHHGĐ (đặc biệt ở những tỉnh có mức sinh thấp).

- Chuyển hướng đầu tư cho các cơ sở cung cấp dịch vụ DS-SKSS sang cho đối tượng được hưởng chính sách (bao gồm từ chính sách, phương thức quản lý đối tượng sử dụng và cơ chế quản lý tài chính cho đối tượng thụ hưởng).

d) Hoàn thiện hệ thống hậu cần

- Củng cố, nâng cấp hệ thống bảo quản, cung cấp PTTT và thuốc vật tư, hóa chất, sinh phẩm phục vụ chăm sóc SKSS/KHHGĐ cấp tỉnh, huyện.

Dịch vụ SKSS.

a) Làm mẹ an toàn bao gồm chăm sóc trước, trong và sau sinh, chăm sóc sơ sinh, phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Kế hoạch hành động cần chú trọng đến các giải pháp nhằm giảm sự khác biệt về tình trạng sức khỏe bà mẹ giữa các vùng:

- Cập nhật các văn bản chính sách, quy chuẩn chuyên môn kỹ thuật (phân tuyến kỹ thuật, hướng dẫn quốc gia về dịch vụ chăm sóc SKSS, các quy trình, hướng dẫn kỹ thuật về chăm sóc sản khoa và sơ sinh thiết yếu, cấp cứu sản khoa và sơ sinh;

- Kiện toàn mạng lưới hộ sinh tuyến xã và thôn bản. Nhân rộng các mô hình phù hợp với các điều kiện cụ thể của địa phương, nhằm tăng cường khả năng tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ ở các vùng điều kiện kinh tế xã hội khó khăn. Ở những nơi không kết hợp được với y tế thôn bản thì đào tạo cô đỡ thôn

bản. Ở những nơi kết hợp được với y tế thôn bản, đào tạo đội ngũ y tế thôn bản hiện có biết đỡ đẻ thường, đỡ đẻ an toàn. Mở rộng mô hình chuyển tuyến dựa vào cộng đồng tại những vùng khó khăn;

- Mở rộng và nâng cao chất lượng cấp cứu sản khoa và chăm sóc sản khoa thiết yếu tùy theo từng tuyến: tuyến huyện thực hiện được đầy đủ chức năng chăm sóc sản khoa thiết yếu toàn diện: mổ đẻ, truyền máu; tuyến xã thực hiện chăm sóc sản khoa thiết yếu cơ bản. Chuẩn bị nguồn lực, trang thiết bị, thuốc và các kế hoạch phù hợp với thay đổi của mô hình bệnh tật cũng như đối phó với bệnh dịch nguy hiểm, thiên tai thảm họa có thể xảy ra tại địa phương;

- Tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục, tư vấn về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh. Nâng cao nhận thức của cộng đồng về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trước, trong và sau khi sinh.

b) Kế hoạch hóa gia đình.

- Tăng cường năng lực (quy trình kỹ thuật, cơ sở hạ tầng) của mạng lưới cung cấp dịch vụ KHHGD. Lòng ghép cung cấp dịch vụ KHHGD với dịch vụ chăm sóc SKSS;

- Bổ sung nhân lực, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ, kỹ năng thực hành cho nhân viên cung cấp dịch vụ KHHGD;

c) Phá thai an toàn.

- Bổ sung, cập nhật quy chuẩn kỹ thuật về phá thai an toàn;

- Kiện toàn mạng lưới các cơ sở cung cấp dịch vụ phá thai;

- Nâng cao chất lượng dịch vụ thông qua việc cung cấp dịch vụ phá thai an toàn và cung cấp biện pháp tránh thai sau phá thai để tránh phá thai lặp lại: đào tạo cán bộ, cung cấp trang thiết bị, thuốc. Tăng cường quản lý, giám sát chuyên môn kỹ thuật đối với các cơ sở phá thai (kể cả tư nhân);

- Nâng cao nhận thức cho cộng đồng về hậu quả của có thai ngoài ý muốn và phá thai thông qua hoạt động truyền thông giáo dục chuyển đổi hành vi tới các đối tượng đích.

d) Dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn đường sinh sản/bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm cả HIV/AIDS.

- Cập nhật chuyên môn kỹ thuật về dự phòng phát hiện và xử trí nhiễm khuẩn đường sinh sản/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, thực hiện liên kết các dịch phòng chống HIV/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và chăm sóc SKSS;

- Tổ chức mạng lưới khám phát hiện và điều trị sớm các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục;

- Nâng cao chất lượng dịch vụ, thông qua lồng ghép các dịch vụ chăm sóc SKSS, khám và điều trị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS;
- Tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục, tư vấn về phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục/HIV. Nâng cao nhận thức cho phụ nữ tuổi sinh đẻ về vệ sinh, phòng nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

đ) Chăm sóc SKSS vị thành niên và thanh niên

- Mở rộng mô hình cung cấp dịch vụ thân thiện với vị thành niên và thanh niên (VTN-TN);
- Tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục, tư vấn lồng ghép với cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thân thiện với VTN-TN (mở rộng mô hình góc thân thiện VTN-TN tại các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS).
- Triển khai các hoạt động theo dõi, giám sát, đánh giá dịch vụ sức khỏe thân thiện VTN và TN;

e) Dự phòng, sàng lọc, và điều trị ung thư đường sinh sản; Dự phòng và điều trị vô sinh:

- Cập nhật chuyên môn kỹ thuật về dự phòng phát hiện và xử trí ung thư đường sinh sản;
- Tổ chức mạng lưới khám phát hiện và điều trị sớm ung thư đường sinh sản. Mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ hỗ trợ vô sinh tại tỉnh: đào tạo cán bộ, cung cấp trang thiết bị;
- Nâng cao chất lượng dịch vụ thông qua việc đưa tầm soát ung thư vú, ung thư cổ tử cung trở thành thường quy. Đảm bảo nguồn lực phục vụ cho chẩn đoán và điều trị ung thư sinh sản.

g) Chăm sóc SKSS nam giới, SKSS người cao tuổi

- Cập nhật các quy trình kỹ thuật chăm sóc SKSS người cao tuổi;
- Kện toàn mạng lưới: bước đầu kiến tạo cơ sở hạ tầng CSSK sinh sản người cao tuổi. Phát triển khoa chăm sóc người cao tuổi ở các bệnh viện tỉnh. Triển khai rộng dịch vụ chăm sóc SKSS cho người cao tuổi: tư vấn về sức khỏe tình dục; điều trị các rối loạn tiền mãn kinh, mãn kinh, mãn dục nam;
- Lồng ghép tuyên truyền giáo dục với cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS cho người cao tuổi.

3.4. Xây dựng và hoàn thiện hệ thống chính sách DS-SKSS

- Xây dựng và hoàn thiện văn bản quy phạm pháp luật (tạo khung pháp lý cho việc thực hiện).
- Xây dựng chính sách khuyến khích, chế độ tài chính đối với các nội dung cụ thể.

3.5. Xã hội hóa, phối hợp liên ngành

a) Khuyến khích các cơ sở ngoài công lập tham gia cung cấp dịch vụ DS-SKSS.

b) Huy động cộng đồng, các tổ chức xã hội, nghề nghiệp.

c) Xác định lộ trình giảm mức độ bao cấp của ngân sách nhà nước cho các dịch vụ DS-SKSS.

d) Tăng cường phối hợp liên ngành trên cơ sở quy chế phối hợp.

đ) Hợp tác quốc tế trong việc nghiên cứu, thí điểm mô hình, xây dựng và thực hiện các chính sách, chương trình, dự án.

3.6. Đào tạo, nghiên cứu khoa học, thông tin số liệu và tài chính

a) Phổ cập trình độ trung cấp y tế dân số.

b) Đào tạo kiến thức cơ bản về DS-SKSS.

c) Tập huấn nghiệp vụ.

d) Nghiên cứu khoa học phục vụ quản lý.

đ) Thông tin số liệu chuyên ngành trên cơ sở tin học hoá và vận hành kho dữ liệu điện tử: Nâng cao chất lượng thu thập, cập nhật thông tin; xử lý và cung cấp thông tin; trao đổi và chia sẻ thông tin số liệu.

e) Huy động các nguồn vốn.

g) Sử dụng có hiệu quả nguồn vốn đầu tư.

4. Thời gian thực hiện

Thời gian thực hiện từ 2011-2015

5. Dự kiến tổng kinh phí đầu tư

5.1 Nhu cầu kinh phí

5.2 Nguồn kinh phí:

- Ngân sách Trung ương
- Ngân sách địa phương
- Vốn vay, viện trợ
- Các nguồn huy động

5.3 Giải pháp huy động vốn

Phân định cụ thể nội dung chi và mức chi của nguồn vốn Trung ương, ngân sách tỉnh, tạo cơ sở cho ngân sách các cấp và các ngành đoàn thể chi. Lồng ghép các hoạt động DS-SKSS vào chương trình hoạt động thường xuyên của các ngành đoàn thể, các chương trình/dự án thu chi phí dịch vụ DS-SKSS, bao gồm cả tư vấn, tài liệu, sản phẩm truyền thông.

6. Tổ chức thực hiện

Bao gồm tiến độ thực hiện, cơ chế thực hiện, trách nhiệm của chủ thể quản lý và đối tượng quản lý; lựa chọn biện pháp triển khai và các chỉ tiêu kế hoạch của mỗi cấp quản lý.

6.1 Theo dõi, giám sát, đánh giá kết quả thực hiện

- Xây dựng hệ thống theo dõi giám sát đánh giá

- Thu thập, cập nhật thông tin
 - Tổng hợp báo cáo, phổ biến thông tin kết quả thực hiện
- 6.2 Trách nhiệm cụ thể của các sở, ngành