

## **LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA NĂM 2019**

- **Những nội dung cơ bản của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019**
- **Quy định về cấm bán lẻ đồ uống có cồn trên mạng Internet – Kinh nghiệm thế giới và đề xuất chính sách với Việt Nam**
- **Quản lý đồ uống có nồng độ cồn thấp hướng đến khách hàng tiềm năng là vị thành niên – Kinh nghiệm thế giới và đề xuất chính sách với Việt Nam**
- **Hậu quả của rượu bia đối với hộ gia đình tại Việt Nam**
- **Tổng quan tài liệu trong nước về tình trạng nghiện Internet của vị thành niên**
- **Đánh giá thực trạng quản lý chất lượng dịch vụ tại một số bệnh viện mắt của Việt Nam**

## **NHÌN RA THẾ GIỚI**

- **Tổng quan thế giới về tình trạng nghiện Internet của vị thành niên**

## **GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI**

## **TIN TỨC**



#### TỔNG BIÊN TẬP

GS. TS. Lê Quang Cường

#### PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh

#### BAN BIÊN TẬP

TS. Trần Thị Mai Oanh

TS. Nguyễn Khánh Phương

TS. Khương Anh Tuấn

#### TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu - Mai Dịch

Cầu Giấy - Hà Nội

Tel: (024) 3846 1590

(024) 3823 4167

Fax: (024) 3823 2448

Email: tapchichinhhsachyte@hspi.org.vn

#### Giấy phép xuất bản số:

197/GP-BTTTT cấp ngày 23/6/2014

In 2.000 cuốn khổ 20,5x29,5

#### Chế bản in tại:

Công ty Hoàng Minh

# MỤC LỤC

Trang

## LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA NĂM 2019

- Những nội dung cơ bản của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 **4**  
*ThS. Vũ Thúy Nga*
- Quy định về cấm bán lẻ đồ uống có cồn trên mạng Internet – Kinh nghiệm thế giới và đề xuất chính sách với Việt Nam **13**  
*TS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh & CS*
- Quản lý đồ uống có nồng độ cồn thấp hướng đến khách hàng tiềm năng là vị thành niên – Kinh nghiệm thế giới và đề xuất chính sách với Việt Nam **26**  
*TS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh & CS*
- Hậu quả của rượu bia đối với hộ gia đình tại Việt Nam **38**  
*TS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh, ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Vũ Thị Mai Anh, ThS. Hoàng Ly Na, ThS. Tường Duy Trinh, CN. Vũ Mạnh Cường và CS*
- Tổng quan tài liệu trong nước về tình trạng nghiện Internet của vị thành niên **51**  
*CN. Vũ Mạnh Cường*
- Đánh giá thực trạng quản lý chất lượng dịch vụ tại một số bệnh viện mắt của Việt Nam **56**  
*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, ThS. Vũ Thị Mai Anh & CS*

---

## NHÌN RA THẾ GIỚI

- Tổng quan thế giới về tình trạng nghiện Internet của vị thành niên **73**  
*CN. Vũ Mạnh Cường*

---

## GIỚI THIỆU CHÍNH SÁCH MỚI

- Những điểm mới trong quy định đấu thầu thuốc tại các cơ sở Y tế công lập **84**  
*ThS. Nguyễn Kim Anh*
- Từ 1/1/2020: Bổ sung nội dung phòng chống tác hại của rượu, bia khi thi lý thuyết để cấp bằng lái xe **85**  
*Nguyễn Phương Thảo*

	<b>Trang</b>
▪ Chuẩn năng lực cơ bản của dược sĩ Việt Nam <i>ThS. Nguyễn Hải Hà</i>	<b>86</b>
▪ Bộ Y tế ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về bụi - giá trị giới hạn tiếp xúc cho phép bụi tại nơi làm việc <i>ThS. Lê Kim Oanh</i>	<b>87</b>

---

## **TIN TỨC**

▪ Quốc hội thông qua Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia <i>Lý Mai Hà</i>	<b>88</b>
▪ Công bố Lệnh của Chủ tịch nước về Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia <i>Nguyễn Phương Thảo</i>	<b>89</b>
▪ Kế hoạch triển khai thi hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia trong ngành Y tế <i>ThS. Nguyễn Kim Anh</i>	<b>90</b>
▪ Bộ Y tế triển khai Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia <i>ThS. Nguyễn Hải Hà</i>	<b>91</b>
▪ Bộ Y tế chủ trì soạn thảo nghị định quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia <i>Hoàng Văn Nhật</i>	<b>93</b>
▪ Lộ trình sửa đổi chính sách và cắt giảm thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế <i>Lý Mai Hà</i>	<b>94</b>

# NHỮNG NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA NĂM 2019

*ThS. Vũ Thúy Nga<sup>1</sup>*

*Ngày 14/06/2019, Quốc hội khóa XIV kỳ họp thứ 7 đã thông qua Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia số 44/2019/QH14. Luật này gồm 07 Chương và 36 Điều và có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2020. Luật này cũng sửa đổi, bổ sung quy định của một số luật khác, đó là: Luật Giao thông đường bộ số 23/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 35/2018/QH14; Luật Giao thông đường thủy nội địa số 23/2004/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 48/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13 và Luật số 35/2018/QH14 và Luật Thương mại số 36/2005/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 05/2017/QH14. Tạp chí Chính sách Y tế xin giới thiệu những nội dung cơ bản của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019.*

## 1. Tên gọi của Luật

Tên gọi phòng, chống tác hại của rượu, bia đã khái quát nội dung của Luật một cách ngắn gọn, dễ hiểu, dễ tuyên truyền, phổ biến; thể hiện rõ mục tiêu, quan điểm của Luật là điều chỉnh, phòng ngừa và tăng cường nhận thức cho người dân ngay từ khi tiếp cận rượu, bia đã phải tự ý thức được tác hại do sử dụng rượu, bia có thể gây ra đối với sức khỏe, xã hội, kinh tế để điều chỉnh hành vi cho phù hợp. Tên gọi của Luật kết hợp giữa “phòng” và “chống” tác hại của rượu, bia, trong đó “phòng” là chính, do vậy, bên cạnh một số quy định mang tính “chống” tác hại của rượu, bia, phần lớn các quy định của Luật nghiêng về các giải pháp phòng ngừa tác hại của rượu, bia.

## 2. Chính sách của Nhà nước trong phòng, chống tác hại của rượu, bia

Các chính sách của Nhà nước trong phòng,

chống tác hại của rượu, bia gồm: (1) Thực hiện đồng bộ các biện pháp phòng, chống tác hại của rượu, bia; (2) Ưu tiên hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông; giảm tính sẵn có, dễ tiếp cận của rượu, bia; giảm tác hại của rượu, bia; tăng cường quản lý sản xuất rượu thủ công; thực hiện các biện pháp phòng, chống tác hại của rượu, bia đối với trẻ em, học sinh, sinh viên, thanh niên, phụ nữ mang thai; (3) Bảo đảm nguồn lực cho công tác phòng, chống tác hại của rượu, bia; chú trọng các hoạt động phòng, chống tác hại của rượu, bia của y tế cơ sở và ở cộng đồng; huy động xã hội hóa các hoạt động phòng, chống tác hại của rượu, bia; (4) Khuyến khích nghiên cứu khoa học, phát triển công nghệ và ứng dụng công nghệ cao, công nghệ tiên tiến, công nghệ mới nhằm giảm tác hại của rượu, bia; (5) Khen thưởng tập thể, cá nhân có thành tích trong phòng, chống tác hại của rượu, bia (Điều 3).

<sup>1</sup> Tạp chí Chính sách y tế

### **3. Quyền và nghĩa vụ của cá nhân, tổ chức trong phòng, chống tác hại của rượu, bia**

Theo Điều 4, cá nhân, tổ chức có quyền và nghĩa vụ trong phòng, chống tác hại của rượu, bia như sau: (1) Được sống trong môi trường không chịu ảnh hưởng bởi tác hại của rượu, bia; (2) Được cung cấp thông tin phù hợp, chính xác, khách quan, khoa học, đầy đủ về rượu, bia, nguồn gốc, xuất xứ, chất lượng và tác hại của rượu, bia; (3) Phản ánh, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về phòng, chống tác hại của rượu, bia; tố cáo việc cơ quan, người có thẩm quyền không xử lý hành vi vi phạm pháp luật về phòng, chống tác hại của rượu, bia; (4) Tuân thủ quy định của pháp luật về phòng, chống tác hại của rượu, bia.

### **4. Các hành vi bị nghiêm cấm trong phòng, chống tác hại của rượu, bia**

Điều 5 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 quy định các hành vi bị nghiêm cấm trong phòng, chống tác hại của rượu, bia nhằm hạn chế về đối tượng, độ tuổi, thời gian uống rượu, bia; hạn chế mức độ tiếp cận của rượu, bia; hạn chế tình trạng rượu, bia giả, kém chất lượng, nhập lậu; hướng đến làm giảm tỷ lệ và mức tiêu thụ rượu, bia trong cán bộ, công chức, viên chức, người lao động trong các cơ quan, tổ chức, sĩ quan, hạ sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, chiến sĩ, người làm việc trong lực lượng vũ trang nhân dân, học sinh, sinh viên, trẻ em, người chưa thành niên, người tham gia giao thông; góp phần cải thiện và bảo đảm sức khỏe cộng đồng, giúp Nhà nước tiết kiệm một phần chi phí dự phòng dùng để chăm sóc, khắc phục sức khỏe cho nhân dân do sử dụng rượu, bia, giảm chi phí phòng ngừa và giải quyết hậu quả của tai nạn giao thông, tăng

năng suất lao động, tạo môi trường làm việc văn minh, hiệu quả, kỷ cương, kỷ luật, bảo đảm an toàn lao động.

Cụ thể, các hành vi bị nghiêm cấm trong phòng, chống tác hại của rượu, bia gồm: (1) Xúi giục, kích động, lôi kéo, ép buộc người khác uống rượu, bia; (2) Người chưa đủ 18 tuổi uống rượu, bia; (3) Bán, cung cấp, khuyến mại rượu, bia cho người chưa đủ 18 tuổi; (4) Sử dụng lao động là người chưa đủ 18 tuổi trực tiếp tham gia vào việc sản xuất, mua bán rượu, bia; (5) Cán bộ, công chức, viên chức, người lao động trong các cơ quan, tổ chức, sĩ quan, hạ sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, chiến sĩ, người làm việc trong lực lượng vũ trang nhân dân, học sinh, sinh viên uống rượu, bia ngay trước, trong giờ làm việc, học tập và nghỉ giữa giờ làm việc, học tập; (6) Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn; (7) Quảng cáo rượu có độ cồn từ 15 độ trở lên; (8) Cung cấp thông tin không chính xác, sai sự thật về ảnh hưởng của rượu, bia đối với sức khỏe; (9) Khuyến mại trong hoạt động kinh doanh rượu, bia có độ cồn từ 15 độ trở lên; sử dụng rượu, bia có độ cồn từ 15 độ trở lên để khuyến mại dưới mọi hình thức; (10) Sử dụng nguyên liệu, phụ gia, chất hỗ trợ chế biến không được phép dùng trong thực phẩm; nguyên liệu, phụ gia thực phẩm, chất hỗ trợ chế biến thực phẩm không bảo đảm chất lượng và không rõ nguồn gốc, xuất xứ để sản xuất, pha chế rượu, bia; (11) Kinh doanh rượu không có giấy phép hoặc không đăng ký; bán rượu, bia bằng máy bán hàng tự động; (12) Kinh doanh, tàng trữ, vận chuyển rượu, bia giả, nhập lậu, không bảo đảm chất lượng, không rõ nguồn gốc, xuất xứ, nhập lậu rượu, bia; (13) Các hành vi bị nghiêm cấm khác liên quan đến rượu, bia do luật định.

## 5. Biện pháp giảm mức tiêu thụ rượu, bia

Tại Chương II, các biện pháp giảm mức tiêu thụ rượu, bia được quy định trong Luật gồm: (1) Thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia; (2) Địa điểm không được uống rượu, bia; (3) Quản lý việc khuyến mại rượu, bia; (4) Quản lý việc quảng cáo rượu, bia; (4) Quản lý việc tài trợ kinh doanh rượu, bia. Trong đó, Luật quy định về quản lý việc khuyến mại, quảng cáo rượu, bia theo hướng đối với rượu, bia có độ cồn càng cao thì quản lý việc khuyến mại càng chặt vì rượu, bia chứa cồn là chất gây nghiện, có ảnh hưởng đến sức khỏe con người ở các mức độ khác nhau tùy theo độ cồn được đưa vào cơ thể. Cụ thể như sau:

### 5.1. Thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia

#### 5.1.1. Mục đích, yêu cầu trong thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia

Theo Điều 6, thông tin, giáo dục, truyền thông nhằm nâng cao nhận thức, định hướng hành vi, thay đổi thói quen có hại để phòng, chống tác hại của rượu, bia đối với sức khỏe con người, gia đình, cộng đồng, an toàn giao thông, trật tự, an toàn xã hội, kinh tế và các vấn đề xã hội khác.

Việc thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia phải bảo đảm các yêu cầu sau đây: (1) Chính xác, khách quan và khoa học; (2) Thường xuyên; phù hợp, dễ tiếp cận và hiệu quả đối với từng đối tượng, trình độ, lứa tuổi, giới tính; phù hợp với truyền thống, văn hóa, bản sắc dân tộc, tôn giáo và phong tục tập quán; chú trọng đối với học sinh, sinh viên, thanh niên, phụ nữ mang thai và cá nhân, tổ chức, hộ gia đình sản xuất rượu thủ công.

#### 5.1.2. Nội dung thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia

Theo Điều 7, nội dung thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia gồm: (1) Chính sách, pháp luật của Nhà nước về phòng, chống tác hại của rượu, bia; các hành vi bị nghiêm cấm trong phòng, chống tác hại của rượu, bia; các chế tài xử phạt và vận động cá nhân, tổ chức tuân thủ quy định của pháp luật về phòng, chống tác hại của rượu, bia; (2) Quyền, nghĩa vụ của cá nhân và trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, gia đình, cộng đồng trong phòng, chống tác hại của rượu, bia; (3) Tác hại của rượu, bia; tác hại của rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm; các mức độ nguy cơ khi uống rượu, bia; các biện pháp giảm tác hại của rượu, bia; (4) Bệnh, tình trạng sức khỏe, đối tượng không nên uống rượu, bia; độ tuổi không được uống rượu, bia; (5) Kỹ năng từ chối uống rượu, bia; kỹ năng nhận biết và ứng xử, xử trí khi gặp người say rượu, bia, người nghiện rượu, bia; (6) Vận động hạn chế uống rượu, bia và không điều khiển phương tiện giao thông, vận hành máy móc sau khi uống rượu, bia; (7) Hướng dẫn hộ gia đình, cá nhân sản xuất rượu thủ công bảo đảm an toàn thực phẩm theo quy định của pháp luật; (8) Tuyên truyền, vận động, hướng dẫn hộ gia đình, cá nhân sản xuất rượu thủ công làm thủ tục cấp giấy phép sản xuất, đăng ký với Ủy ban nhân dân cấp xã việc bán rượu cho cơ sở có giấy phép sản xuất rượu để chế biến lại, kê khai việc sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh.

#### 5.1.3. Hình thức thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia

Hình thức thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia gồm: (1)

Thực hiện trực tiếp; tư vấn, hướng dẫn tìm hiểu pháp luật; cung cấp, phổ biến tài liệu; (2) Thông qua phương tiện thông tin đại chúng, loa truyền thanh, mạng Internet, pa-nô, áp-phích, tranh cổ động; (3) Thi tuyên truyền, tìm hiểu; (4) Chiến dịch truyền thông; (5) Lòng ghép trong việc giảng dạy, học tập tại cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân; trong hoạt động văn hóa, nghệ thuật, thể thao; trong hoạt động của cơ quan, tổ chức, cộng đồng và các thiết chế văn hóa, thể thao cơ sở (Điều 8).

### *3.1.4. Trách nhiệm trong thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia*

Cơ quan, tổ chức, cá nhân có trách nhiệm thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông quy định tại các điều 6, 7 và 8 của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019. Luật giao Chính phủ quy định trách nhiệm thực hiện thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia và việc hạn chế sử dụng hình ảnh diễn viên uống rượu, bia trong tác phẩm điện ảnh, sân khấu, truyền hình.

### **5.2. Địa điểm không uống rượu, bia**

Theo Điều 10, địa điểm không uống rượu, bia là các địa điểm mà việc sử dụng rượu, bia có thể tác động đến cộng đồng, ảnh hưởng trực tiếp đến các nhóm đối tượng cần được bảo vệ như: người dưới 18 tuổi, người bệnh, học sinh, sinh viên và gây ảnh hưởng đến chất lượng lao động, nghiêm trọng hơn đó là ảnh hưởng đến thể hệ tương lai của đất nước. Cụ thể, Luật quy định các địa điểm không uống rượu, bia, gồm: (1) Cơ sở y tế; (2) Cơ sở giáo dục trong thời gian giảng dạy, học tập, làm việc; (3) Cơ sở, khu vực chăm sóc, nuôi dưỡng, vui chơi, giải trí dành cho người chưa đủ 18 tuổi; (4) Cơ sở cai nghiện, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường

giáo dưỡng, cơ sở giam giữ phạm nhân và cơ sở giam giữ khác; (5) Cơ sở bảo trợ xã hội; (6) Nơi làm việc của cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, đơn vị sự nghiệp công lập trong thời gian làm việc, trừ địa điểm được phép kinh doanh rượu, bia; (7) Các địa điểm công cộng theo quy định của Chính phủ.

### **5.3. Quản lý việc khuyến mại rượu, bia**

Luật cấm khuyến mại trong hoạt động kinh doanh rượu, bia có độ cồn từ 15 độ trở lên; sử dụng rượu, bia có độ cồn từ 15 độ trở lên để khuyến mại dưới mọi hình thức (khoản 9 Điều 5); còn đối với rượu, bia có độ cồn dưới 15 độ thì tổ chức, cá nhân thực hiện khuyến mại phải tuân thủ các quy định của Luật này và quy định khác của pháp luật về khuyến mại (Điều 11).

### **5.4. Quản lý việc quảng cáo rượu, bia**

Hoạt động quảng cáo rượu, bia chỉ hướng tới những điểm nổi trội của sản phẩm, có thể khiến người tiêu dùng chưa có cách nhìn toàn diện về rượu, bia, thậm chí ảnh hưởng đến quyền được tiếp nhận thông tin khách quan về rượu, bia. Bên cạnh đó, tuy việc kiểm soát quảng cáo rượu, bia có thể gây tổn thất về nguồn thu từ quảng cáo nhưng xét về khía cạnh sức khỏe, đây là biện pháp được các nghiên cứu chứng minh là hiệu quả, ít tốn kém nhằm giảm tiêu thụ, giảm tác hại của rượu, bia và được Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo nên áp dụng như là biện pháp ưu tiên.

Theo đó, Luật cấm quảng cáo rượu có độ cồn từ 15 độ trở lên (khoản 7 Điều 5) và quy định cụ thể về quản lý đối với rượu có độ cồn dưới 5,5 độ, rượu có độ cồn từ 5,5 độ đến dưới 15 độ và bia có độ cồn từ 5,5 độ trở lên. Cụ thể như sau:

#### *5.4.1. Quản lý việc quảng cáo rượu, bia có độ cồn dưới 5,5 độ*

Theo Điều 12, tổ chức, cá nhân thực hiện quảng cáo rượu, bia phải tuân thủ các quy định của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 và quy định khác của pháp luật về quảng cáo. Quảng cáo không thể hiện các nội dung sau đây: (1) Có thông tin, hình ảnh nhằm khuyến khích uống rượu, bia; thông tin rượu, bia có tác dụng tạo sự trưởng thành, thành đạt, thân thiện, hấp dẫn về giới tính; hướng đến trẻ em, học sinh, sinh viên, thanh niên, phụ nữ mang thai; (2) Sử dụng vật dụng, hình ảnh, biểu tượng, âm nhạc, nhân vật trong phim, nhãn hiệu sản phẩm dành cho trẻ em, học sinh, sinh viên; sử dụng người chưa đủ 18 tuổi hoặc hình ảnh của người chưa đủ 18 tuổi trong quảng cáo rượu, bia.

Không thực hiện quảng cáo trên các phương tiện quảng cáo trong trường hợp sau đây: (1) Sự kiện, phương tiện quảng cáo, sản phẩm dành cho người chưa đủ 18 tuổi, học sinh, sinh viên, thanh niên, phụ nữ mang thai; (2) Phương tiện giao thông; (3) Báo nói, báo hình ngay trước, trong và ngay sau chương trình dành cho trẻ em; trong thời gian từ 18 giờ đến 21 giờ hằng ngày, trừ trường hợp quảng cáo có sẵn trong các chương trình thể thao mua bản quyền tiếp sóng trực tiếp từ nước ngoài và trường hợp khác theo quy định của Chính phủ; (4) Phương tiện quảng cáo ngoài trời vi phạm quy định về kích thước, khoảng cách đặt phương tiện quảng cáo tính từ khuôn viên của cơ sở giáo dục, cơ sở, khu vực chăm sóc, nuôi dưỡng, vui chơi, giải trí dành cho người chưa đủ 18 tuổi.

Quảng cáo phải có cảnh báo để phòng, chống tác hại của rượu, bia. Quảng cáo trên báo điện tử, trang thông tin điện tử, phương

tiện điện tử, thiết bị đầu cuối và thiết bị viễn thông khác phải có hệ thống công nghệ chặn lọc, phần mềm kiểm soát tuổi của người truy cập để ngăn ngừa người chưa đủ 18 tuổi tiếp cận, truy cập, tìm kiếm thông tin về rượu, bia.

Luật giao Chính phủ quy định chi tiết điểm d khoản 3, khoản 4 và khoản 5 Điều 12 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019.

#### *5.4.2. Quản lý việc quảng cáo rượu có độ cồn từ 5,5 độ đến dưới 15 độ và bia có độ cồn từ 5,5 độ trở lên (Điều 13)*

Tổ chức, cá nhân thực hiện quảng cáo rượu có độ cồn từ 5,5 độ đến dưới 15 độ và bia có độ cồn từ 5,5 độ trở lên phải tuân thủ quy định tại Điều 12 của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 và không quảng cáo trong trường hợp sau đây: (1) Trong các chương trình, hoạt động văn hóa, sân khấu, điện ảnh, thể thao; (2) Trên các phương tiện quảng cáo ngoài trời, trừ biển hiệu của cơ sở kinh doanh rượu, bia.

#### **5.5. Quản lý việc tài trợ của tổ chức, cá nhân kinh doanh rượu, bia**

Tài trợ là hình thức hỗ trợ bằng tiền mặt, sản phẩm hay một dịch vụ nào đó của doanh nghiệp cho các cơ quan, tổ chức, cá nhân, đồng thời là một hình thức quảng cáo, tiếp thị của doanh nghiệp. Rượu, bia là mặt hàng không khuyến khích tiêu dùng, nên cần có quy định để quản lý hoạt động tài trợ của tổ chức, cá nhân sản xuất, kinh doanh rượu, bia. Do đó, Điều 14 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 quy định tổ chức, cá nhân kinh doanh rượu, bia thực hiện tài trợ phải tuân thủ các quy định của pháp luật có liên quan đến việc tài trợ và không được tài trợ bằng sản phẩm rượu, bia.



## 6. Biện pháp quản lý việc cung cấp rượu, bia

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 phân biệt rượu thành 02 loại theo hoạt động sản xuất rượu (rượu công nghiệp, rượu thủ công) để có biện pháp quản lý việc cung cấp rượu cho phù hợp. Đối với rượu thủ công, Luật quy định về các biện pháp quản lý rượu thủ công khác nhau tùy theo mục đích sản xuất rượu thủ công (để kinh doanh, để bán cho cơ sở có giấy phép sản xuất rượu để chế biến lại, không kinh doanh). Trong đó, Luật tăng cường quản lý việc cung cấp, kinh doanh rượu thủ công, bao gồm cả rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh từ khâu sản xuất, lưu thông đến tiêu thụ, giúp cơ quan Nhà nước nắm được thông tin chính xác, đầy đủ về tình hình sản xuất, kinh doanh rượu thủ công, làm giảm tình trạng các cơ sở sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh nhưng lại đưa ra bán trên thị trường dẫn đến tình trạng cạnh tranh không lành mạnh, thực hiện thu đủ các loại thuế đối với hoạt động sản xuất, kinh doanh rượu thủ công nhằm mục đích kinh doanh, quản lý được chất lượng rượu thủ công, bảo đảm an toàn thực phẩm, bảo vệ sức khỏe người tiêu dùng.

Tại Chương III, các biện pháp quản lý việc cung cấp rượu, bia được quy định trong Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 gồm: (1) Quản lý kinh doanh rượu; (2) Điều kiện bán rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử; (3) Biện pháp quản lý đối với sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh; (4) Bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm đối với rượu, bia; (5) Địa điểm không được bán rượu, bia; (6) Phòng ngừa và xử lý rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm; rượu, bia nhập lậu, không rõ nguồn gốc, xuất xứ. Cụ thể như sau:

### 6.1. Quản lý kinh doanh rượu

Theo Điều 15, điều kiện để được cấp phép sản xuất rượu công nghiệp có độ cồn từ 5,5 độ trở lên gồm: (1) Doanh nghiệp được thành lập theo quy định của pháp luật; (2) Có dây chuyền máy móc, thiết bị công nghiệp, quy trình công nghệ sản xuất rượu đáp ứng quy mô dự kiến sản xuất; (3) Bảo đảm điều kiện về an toàn thực phẩm và bảo vệ môi trường theo quy định của pháp luật; (4) Có nhân viên kỹ thuật có trình độ, chuyên môn phù hợp với ngành, nghề sản xuất rượu.

Điều kiện để được cấp phép sản xuất rượu thủ công có độ cồn từ 5,5 độ trở lên nhằm mục đích kinh doanh, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 Điều 15 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 gồm: (1) Doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã hoặc hộ kinh doanh được thành lập theo quy định của pháp luật; (2) Bảo đảm điều kiện về an toàn thực phẩm theo quy định của pháp luật.

Điều kiện đối với hộ gia đình, cá nhân sản xuất rượu thủ công có độ cồn từ 5,5 độ trở lên bán cho cơ sở có giấy phép sản xuất rượu để chế biến lại gồm: (1) Có hợp đồng mua bán với cơ sở có giấy phép sản xuất rượu và có đăng ký với Ủy ban nhân dân cấp xã nơi có cơ sở sản xuất; (2) Bảo đảm điều kiện về an toàn thực phẩm theo quy định của pháp luật.

Điều kiện cấp phép để được mua bán rượu có độ cồn từ 5,5 độ trở lên gồm: (1) Đăng ký kinh doanh theo quy định của pháp luật; (2) Đáp ứng điều kiện theo từng loại hình mua bán rượu.

Luật giao Chính phủ quy định chi tiết Điều 15 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 và quy định việc quản lý kinh doanh rượu có độ cồn dưới 5,5 độ.

## **6.2. Điều kiện bán rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử**

Để phù hợp với hình thức thương mại hiện đại, phổ biến trong tương lai, Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 cho phép bán rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử (Điều 16) nhưng phải đáp ứng những điều kiện sau: (1) Đáp ứng quy định tại khoản 4, khoản 5 Điều 15 và Điều 18 của Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019; (2) Đáp ứng điều kiện theo quy định của pháp luật về thương mại điện tử; (3) Thực hiện biện pháp theo quy định của Chính phủ để ngăn ngừa người chưa đủ 18 tuổi tiếp cận, truy cập, tìm kiếm thông tin và mua rượu, bia; (4) Áp dụng hình thức thanh toán không dùng tiền mặt.

## **6.3. Biện pháp quản lý đối với sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh**

Theo Điều 17, biện pháp quản lý đối với sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh gồm: (1) Hộ gia đình, cá nhân sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh phải có bản kê khai gửi Ủy ban nhân dân cấp xã về lượng rượu được sản xuất, phạm vi sử dụng, cam kết bảo đảm an toàn thực phẩm và không bán rượu ra thị trường theo mẫu do Bộ trưởng Bộ Công Thương quy định. Việc kê khai không phải nộp phí, lệ phí; (2) Ủy ban nhân dân các cấp hướng dẫn việc thực hiện các quy định của pháp luật về an toàn thực phẩm; báo cáo sản lượng và tình hình bảo đảm an toàn thực phẩm đối với sản xuất rượu thủ công không nhằm mục đích kinh doanh trên địa bàn.

## **6.4. Bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm đối với rượu, bia**

Rượu, bia được kinh doanh, lưu hành tại Việt Nam phải bảo đảm tiêu chuẩn, quy chuẩn

kỹ thuật, chất lượng sản phẩm, hàng hóa và an toàn thực phẩm theo quy định của pháp luật (Điều 18).

## **6.5. Địa điểm không bán rượu, bia**

Điều 19, Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 đã quy định về các đối tượng, trường hợp bị cấm uống rượu, bia tại Điều 5; quy định về địa điểm không uống rượu, bia tại Điều 10. Tiếp theo đó, Luật quy định về các địa điểm không bán rượu, bia, gồm: (1) Cơ sở y tế; (2) Cơ sở giáo dục; (3) Cơ sở, khu vực chăm sóc, nuôi dưỡng, vui chơi, giải trí dành cho người chưa đủ 18 tuổi; (4) Cơ sở cai nghiện, cơ sở giáo dục bắt buộc, trường giáo dưỡng, cơ sở giam giữ phạm nhân và cơ sở giam giữ khác; (5) Cơ sở bảo trợ xã hội; (6) Nơi làm việc của cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, đơn vị sự nghiệp công lập, trừ địa điểm được phép kinh doanh rượu, bia.

## **6.6. Phòng ngừa và xử lý rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm; rượu, bia nhập lậu, không rõ nguồn gốc, xuất xứ**

Điều 20 quy định các biện pháp phòng ngừa và xử lý rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm; rượu, bia nhập lậu, không rõ nguồn gốc, xuất xứ gồm: (1) Rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm và rượu, bia nhập lậu, không rõ nguồn gốc, xuất xứ đều bị tịch thu, xử lý theo quy định của pháp luật; (2) Tổ chức, cá nhân có trách nhiệm phối hợp, tham gia với cơ quan có thẩm quyền trong phòng, chống rượu, bia giả, không bảo đảm chất lượng, an toàn thực phẩm và rượu, bia nhập lậu, không rõ nguồn gốc, xuất xứ; (3) Bộ Công Thương, Bộ Y tế,

trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình, hướng dẫn việc bổ sung chất chỉ thị màu vào các sản phẩm cồn không dùng trong thực phẩm để phân biệt với cồn thực phẩm và phòng ngừa pha chế rượu từ sản phẩm cồn không được phép dùng trong thực phẩm.

## **7. Biện pháp giảm tác hại của rượu, bia**

Các biện pháp giảm tác hại của rượu, bia được quy định trong Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 gồm: (1) Phòng ngừa tai nạn giao thông liên quan đến sử dụng rượu, bia; (2) Phòng ngừa, can thiệp và giảm tác hại của việc uống rượu, bia đối với sức khỏe; (3) Tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia; (4) Biện pháp phòng ngừa tác hại của rượu, bia tại cộng đồng; (5) Chăm sóc, hỗ trợ, bảo vệ trẻ em, phụ nữ và các đối tượng yếu thế khác để phòng ngừa, giảm tác hại của rượu, bia. Cụ thể như sau:

### **7.1. Phòng ngừa tai nạn giao thông liên quan đến sử dụng rượu, bia**

Nhằm giảm tỷ lệ tai nạn giao thông liên quan đến rượu, bia, Điều 21 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 quy định hành vi “Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn” là bị nghiêm cấm (khoản 6 Điều 5); đồng thời, quy định các biện pháp phòng ngừa tai nạn giao thông liên quan đến sử dụng rượu, bia như sau: (1) Người điều khiển phương tiện giao thông không uống rượu, bia trước và trong khi tham gia giao thông; (2) Người đứng đầu cơ sở kinh doanh vận tải, chủ phương tiện giao thông vận tải có trách nhiệm chủ động thực hiện biện pháp phòng ngừa, phát hiện, ngăn chặn người điều khiển phương tiện vận tải uống rượu, bia ngay trước và trong khi tham gia giao thông;

(3) Cơ quan, người có thẩm quyền có trách nhiệm kiểm tra nồng độ cồn trong máu, hơi thở của người điều khiển phương tiện giao thông đang tham gia giao thông hoặc gây ra tai nạn giao thông; (4) Bộ Giao thông vận tải có trách nhiệm xây dựng nội dung và tổ chức việc đào tạo về phòng, chống tác hại của rượu, bia trong chương trình đào tạo cấp bằng, chứng chỉ, giấy phép điều khiển phương tiện giao thông thuộc phạm vi quản lý.

### **7.2. Phòng ngừa, can thiệp và giảm tác hại của việc uống rượu, bia đối với sức khỏe**

Điều 22 quy định các biện pháp phòng ngừa, can thiệp và giảm tác hại của việc uống rượu, bia đối với sức khỏe gồm: (1) Tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia cho người đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế; (2) Sàng lọc, phát hiện sớm yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe của người uống rượu, bia; người mắc bệnh, rối loạn chức năng do uống rượu, bia; người nghiện rượu, bia; (3) Can thiệp giảm tác hại cho người có yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe, phụ nữ mang thai có hội chứng hoặc nguy cơ ngộ độc rượu ở thai nhi; phòng, chống nghiện và tái nghiện rượu, bia; (4) Chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng cho người mắc bệnh, rối loạn chức năng có liên quan đến uống rượu, bia.

Cơ sở y tế thực hiện các biện pháp nêu trên theo hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật của Bộ Y tế.

### **7.3. Tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia**

Tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia gồm các nội dung sau đây: (1) Thông tin, kiến thức, pháp luật về phòng, chống tác hại

của rượu, bia; (2) Biện pháp giảm tác hại của rượu, bia; kỹ năng từ chối uống rượu, bia; kỹ năng nhận biết và ứng xử, xử trí khi gặp người say rượu, bia, người nghiện rượu, bia (Điều 23).

Việc tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia tập trung vào các đối tượng sau đây: (1) Người thường xuyên uống rượu, bia; (2) Người nghiện rượu, bia; (3) Thành viên gia đình có người thường xuyên uống rượu, bia, người nghiện rượu, bia; (4) Trẻ em, học sinh, sinh viên, thanh niên, phụ nữ mang thai; (5) Người bị ảnh hưởng bởi tác hại của rượu, bia.

Ủy ban nhân dân cấp xã chủ trì phối hợp với Ủy ban Mặt trận Tổ quốc Việt Nam cùng cấp và các tổ chức thành viên của Mặt trận hướng dẫn, tạo điều kiện cho hoạt động tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia trên địa bàn. Nhà nước tạo điều kiện và khuyến khích tổ chức, cá nhân thực hiện tư vấn về phòng, chống tác hại của rượu, bia cho thành viên trong cộng đồng. Cơ quan, tổ chức, cá nhân thực hiện hoạt động tư vấn quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 23 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 phù hợp với chức năng, nhiệm vụ được giao.

#### **7.4. Biện pháp phòng ngừa tác hại của rượu, bia tại cộng đồng**

Các biện pháp phòng ngừa tác hại của rượu, bia tại cộng đồng gồm: (1) Tuyên truyền, vận động các gia đình, thành viên thuộc tổ chức, cộng đồng tham gia tuyên truyền và thực hiện quy định của pháp luật về phòng, chống tác hại của rượu, bia; (2) Lồng ghép hoạt động phòng, chống tác hại của rượu, bia vào các phong trào, hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể thao, xây dựng đời sống văn hóa và hoạt động khác tại cộng đồng; (3) Vận động, khuyến khích

quy định trong hương ước, quy ước việc hạn chế hoặc không uống rượu, bia tại đám cưới, đám tang, lễ hội trên địa bàn dân cư; (4) Vận động cá nhân, tổ chức không sử dụng sản phẩm rượu, bia không rõ nguồn gốc, xuất xứ, chưa được kiểm nghiệm an toàn thực phẩm; (5) Phát hiện, phản ánh người say rượu, bia, người nghiện rượu, bia để cảnh báo, phòng ngừa, xử lý hành vi gây ảnh hưởng đến trật tự, an toàn xã hội (Điều 24).

#### **7.5. Chăm sóc, hỗ trợ, bảo vệ trẻ em, phụ nữ và các đối tượng yếu thế khác để phòng ngừa, giảm tác hại của rượu, bia**

Theo Điều 25, các biện pháp chăm sóc, hỗ trợ, bảo vệ trẻ em, phụ nữ và các đối tượng yếu thế khác để phòng ngừa, giảm tác hại của rượu, bia gồm: (1) Tư vấn cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, phụ nữ mang thai, phụ nữ đang cho con bú về tác hại của rượu, bia đối với thai nhi, trẻ em; cho người bị ảnh hưởng bởi tác hại của rượu, bia khi sử dụng dịch vụ tại cơ sở y tế, cơ sở trợ giúp xã hội, cơ sở hỗ trợ nạn nhân bị bạo lực gia đình; (2) Can thiệp, hỗ trợ, áp dụng biện pháp cầm tiếp xúc, bảo đảm an toàn theo quy định của pháp luật về phòng, chống bạo lực gia đình đối với trẻ em, phụ nữ và các đối tượng yếu thế khác để không bị ảnh hưởng bởi tác hại của rượu, bia; (3) Các biện pháp ngăn chặn theo quy định của pháp luật.

Các biện pháp nêu trên phải được lồng ghép trong chương trình, kế hoạch, hoạt động có liên quan đến trẻ em, phụ nữ và các đối tượng yếu thế khác. Cơ quan, tổ chức, gia đình, cá nhân thực hiện quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 25 Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia năm 2019 phù hợp với chức năng, nhiệm vụ được giao./.

# QUY ĐỊNH VỀ CẤM BÁN LẺ ĐỒ UỐNG CÓ CỒN TRÊN MẠNG INTERNET – KINH NGHIỆM THẾ GIỚI VÀ ĐỀ XUẤT CHÍNH SÁCH VỚI VIỆT NAM

TS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>2</sup> & CS

*Bán đồ uống có cồn (ĐUCC) trên kênh bán hàng trực tuyến trên mạng Internet, qua email hay qua điện thoại thuộc nhóm các kênh bán hàng từ xa (Health Promotion Agency 2013). Bán đồ uống có cồn (ĐUCC) trên Internet là một phương thức kinh doanh ngày càng trở nên phổ biến. Kênh bán hàng này góp phần làm tăng tính sẵn có của ĐUCC (Leyshon 2017).*

*Ở các quốc gia mà việc kiểm soát mua và bán ĐUCC đối với vị thành niên/thanh niên (VTN/TN) - trong độ tuổi pháp luật không cho phép tại các điểm giao dịch trực tiếp được triển khai chặt chẽ, mua ĐUCC trên Internet là hình thức được VTN/TN ưa thích do họ có cơ hội mua được ĐUCC nhờ việc gian lận tuổi. Đến nay, hầu như chưa có biện pháp hữu hiệu để kiểm soát triệt để gian lận tuổi trong đặt và nhận hàng từ kênh bán lẻ này (Reznikov 2007) và bản thân doanh nghiệp cũng chưa tuân thủ quy định kiểm soát tuổi của người mua hàng (Williams and Ribisl 2012).*

*Dưới góc độ y tế công cộng và an ninh, an toàn xã hội, mối quan ngại lớn nhất hiện nay đối với việc cho phép bán ĐUCC trên Internet là tính khả thi trong triển khai thực hiện; các giải pháp được áp dụng có đủ mạnh để ngăn chặn triệt để tình trạng gian lận tuổi ở VTN/TN? Nếu không có giải pháp hữu hiệu để ngăn chặn tình trạng này thì việc cho phép bán ĐUCC trên Internet vô hình trung trở thành chính sách hậu thuẫn tăng tính sẵn có của ĐUCC cho VTN/TN, tiếp tay cho hành vi mua bán và sử dụng ĐUCC trái với quy định của pháp luật, làm gia tăng các hậu quả về sức khỏe và xã hội liên quan đến sử dụng ĐUCC.*

*Luật Phòng, chống tác hại của rượu bia cho phép bán rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử. Theo khoản 3 điều 16, Chính phủ được giao nhiệm vụ quy định các biện pháp để ngăn ngừa người chưa đủ 18 tuổi tiếp cận, truy cập, tìm kiếm thông tin và mua rượu, bia theo hình thức thương mại điện tử.*

*Nhóm nghiên cứu đã thực hiện tổng quan quốc tế, tài liệu được tìm kiếm từ các nguồn sau: PUBMED, Google scholar. Các từ khóa (key words) được sử dụng để tìm kiếm tài liệu bao gồm: Alcohol, online/ Internet/distance sale, ban\*, prohibit\*. Trong một số trường hợp, tên một số quốc gia có hệ thống QPPL kiểm soát rượu bia khá hoàn chỉnh được tìm kiếm chủ đích.*

*Báo cáo tổng quan này sẽ tổng hợp (1) thực trạng quy định về cấm bán ĐUCC trên internet và (2) các tồn tại thực tiễn trong triển khai quy định bán ĐUCC trên Internet tại Anh và Mỹ và Việt Nam; trên cơ sở đó, đề xuất một số phương án về quy định các biện pháp ngăn ngừa người chưa đủ 18 tuổi tiếp cận, truy cập và mua rượu bia trên mạng Internet.*

<sup>2</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

## I. PHÁT HIỆN CHÍNH

### 1. Lý do số đông người tiêu dùng muốn mua ĐUCC trên Internet

- Tính tiện lợi: hàng được giao đến nhà, nhanh chóng, thuận tiện
- Giá thành rẻ hơn so với các kênh bán hàng truyền thống do giảm được một số loại thuế và chi phí.
- VTN/TN có thể gian lận tuổi và mua được ĐUCC dễ dàng hơn so với mua ở kênh bán hàng truyền thống/trực tiếp.

### 2. Quy định cấm bán lẻ ĐUCC trên Internet tại một số quốc gia

Kết quả tìm kiếm chưa đầy đủ cho thấy 4 quốc gia sau đây áp dụng quy định cấm bán ĐUCC trên internet trên phạm vi toàn quốc hoặc ở một số tiểu bang, gồm Đài Loan, Nga, Ba Lan và Mỹ.

#### 2.1. Đài Loan

Ngày 28/6/2016, Bộ Tài chính Đài Loan đã chính thức thông báo rằng Chính phủ nước này quyết định rút Dự thảo luật về bãi bỏ quy định cấm bán đồ uống có cồn trên Internet ra khỏi chương trình nghị sự. Tại thời điểm đó, Dự Luật đã được Nội các thông qua và trình Quốc hội. Lý do chính của việc dừng thông qua dự thảo Luật là các quan ngại rằng việc cho phép bán đồ uống có cồn trên Internet sẽ làm gia tăng (1) tình trạng nghiện ĐUCC, (2) ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe và đe dọa an toàn của người dân, đặc biệt là vấn đề tai nạn giao thông và bạo lực gia đình và (3) gia tăng tình trạng sử dụng đồ uống có cồn ở VTN/TN do

thực tiễn cho thấy kiểm soát tuổi mua ĐUCC trên mạng Internet đang gặp nhiều khó khăn. Chính phủ đã nhận được ý kiến bày tỏ quan ngại và các chiến dịch phản đối việc bãi bỏ quy định này từ các tổ chức bảo vệ người tiêu dùng, của các nhóm bảo vệ quyền gia đình, các tổ chức phòng chống lại bạo lực gia đình và sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông. Do đây là vấn đề gây nhiều tranh cãi và thiếu sự đồng thuận chung, Bộ Tài Chính - cơ quan thường trực soạn thảo Dự Luật - quyết định sẽ dừng đề án Luật này (Blythe 2016).

#### 2.2. Nga

Năm 2007, Chính phủ Liên bang ban hành Nghị định 612 áp dụng quy định cấm mọi hình thức bán đồ uống có cồn trên Internet (Komonov 2018). Năm 2013, Nga quy định cấm mọi hình thức quảng cáo ĐUCC. Chính sách kiểm soát ĐUCC ở Nga được điều chỉnh liên tục, theo hướng nới lỏng và thắt chặt theo từng giai đoạn và tình hình thực tế.

Tuy nhiên, hiện nay, vẫn tồn tại tình trạng các cửa hàng bán sản phẩm có chất lượng kém hơn hàng chính hãng và giá rẻ hơn các sản phẩm chính hãng trên Internet và chủ yếu là bán với số lượng lớn (Neufeld, Lachenmeier et al. 2017).

Từ 1/1/2019, quy định cấm bán ĐUCC trên Internet sẽ được điều chỉnh đối với kênh phân phối bán sỉ. Theo đó, mặt hàng được phép bán sỉ sẽ bao gồm: rượu vang, nước hoa quả pha rượu, sâmpanh, bia và meads. Rượu mạnh có thể được phép bán sỉ trên Internet từ năm 2020. Quy định cấm bán lẻ ĐUCC trên Internet vẫn được duy trì.

### 2.3. Mỹ

Ở Mỹ, luật pháp liên bang rất hiếm khi quy định về phân phối hàng hóa. Thông lệ, chính quyền các tiểu bang sẽ quy định về phân phối và kinh doanh hàng hóa. Tuy nhiên, với ĐUCC, Luật liên bang quy định về sản xuất và kinh doanh sản phẩm này.

Năm 1920, Quốc hội Liên bang Hoa Kỳ đã ban hành Tu Chính Án thứ 18 cấm mọi hình thức sản xuất, vận chuyển và mua bán ĐUCC trên toàn nước Mỹ. Suốt 13 năm sau đó, cả nước Mỹ đã trải qua thời kỳ mà ĐUCC được xem là một loại hàng quốc cấm. Tuy nhiên, lệnh cấm này đã được hủy bỏ vào năm 1933 bởi Tu Chính Án thứ 21 với sự đồng ý của 36 tiểu bang. Từ đó, Chính phủ giao quyền kiểm soát việc sản xuất hoặc mua bán ĐUCC cho chính quyền mỗi tiểu bang. Do ảnh hưởng của thời kỳ cấm ĐUCC trước đó, nhiều tiểu bang vẫn tiếp tục duy trì luật cấm bán ĐUCC trong một thời gian dài sau khi Tu Chính Án thứ 21 được ban hành. Mississippi là tiểu bang sau cùng tại Hoa Kỳ hủy bỏ lệnh cấm vào năm 1966, và tiểu bang Kansas cũng chỉ bắt đầu cho phép mở các quán rượu bia tại nơi công cộng từ năm 1987.

Căn cứ theo quy định của Tu Chính Án thứ 21, mỗi tiểu bang đều ban hành luật riêng nhằm kiểm soát việc mua bán ĐUCC trong phạm vi tiểu bang. 19 tiểu bang vẫn theo đuổi chính sách độc quyền trong việc bán và phân phối ĐUCC, trong đó có 9 tiểu bang còn trực tiếp điều hành các cửa hàng bán ĐUCC. Tất cả các tiểu bang đều thống nhất quy định người bán ĐUCC chỉ được bán sau khi được cấp giấy phép kinh doanh ĐUCC.

*Danh sách các tiểu bang cấm phân phối ĐUCC qua giao dịch trực tuyến theo loại hình*

*sản phẩm theo thông tin từ Cty Finewine&spirit (Finewine&spirit 2014):*

- Cấm đối với cả rượu vang và rượu mạnh: Alabama, Alaska, Connecticut, Illinois, Iowa, Kentucky, Louisiana, Massachusetts, Mississippi, North Dakota, and Oklahoma;
- Chỉ cấm với rượu mạnh: Arkansas, Delaware, Hawaii, Maine, Maryland, New York, Texas, Utah, Virginia và Wisconsin.

Dưới đây là quy định về cấm giao ĐUCC trực tiếp (direct shipment) cho khách hàng ở Mỹ tại thời điểm tháng 12/2016 (NCSL 2016):

*Trong số 54 tiểu bang, vùng lãnh thổ và khối thịnh vượng chung, ba tiểu bang Alabama, Oklahoma và Utah đặc biệt nghiêm cấm việc giao hàng trực tiếp đồ uống có cồn tới người tiêu dùng. Mississippi, Guam, Puerto Rico và Quần đảo Virgin không có đạo luật quy định cho phép giao hàng trực tiếp. Massachusetts và Pennsylvania đã có các đạo luật phán quyết vi hiến bởi các tòa án tiểu bang ở các bang đó.*

*Delaware: Các đơn đặt hàng được xử lý và giao hàng bởi các nhà bán buôn được cấp phép.*

*Arizona, Arkansas, Georgia, Kentucky và South Carolina: cho phép rượu vang được vận chuyển vào tiểu bang khi được khách hàng đến và đặt mua tại chỗ tại nhà máy rượu. Rhode Island cho phép ĐUCC được vận chuyển nếu có đến mua tại chỗ.*

*Năm bang Arizona, Florida, Hawaii, Nebraska, New Hampshire và Quận Columbia: cho phép vận chuyển trực tiếp tất cả các loại ĐUCC theo quy định. Tám tiểu bang cho phép vận chuyển trực tiếp bia và rượu theo quy định: Delkn, Massachusetts, Montana, North Dakota, Ohio, Oregon, Vermont và Virginia.*

*Các tiểu bang còn lại chỉ cho phép giao rượu vang trực tiếp cho khách.*

#### **2.4. Ba Lan**

Ở Ba Lan việc bán ĐUCC trên Internet có thể được xem là bất hợp pháp vì pháp luật quy định ĐUCC chỉ được bán tại các địa điểm được cấp phép. Đến nay, Luật ĐUCC ở Ba Lan chưa đề cập đến cấp phép bán ĐUCC trên Internet. Vì vậy, nếu ai đó bị phát hiện bán ĐUCC trên Internet thì bị coi là bất hợp pháp và có thể bị xử lý hành chính hoặc hình sự (CBI 2016).

#### **2.5. Nỗ lực luật hóa cấm mua bán ĐUCC trên Internet giữa các nước thành viên EU**

Cùng với các quốc gia khác trong khu vực như Phần Lan và Na Uy, Chính phủ Thụy Điển theo đuổi trường phái nhà nước độc quyền phân phối ĐUCC<sup>3</sup> nhằm hạn chế đến mức thấp nhất các ảnh hưởng bất lợi đối với sức khỏe do ĐUCC gây ra. ĐUCC được phân phối bởi Công ty Systembolaget AB với hệ thống gồm 450 cửa hàng. Đây là công ty duy nhất được phép bán ĐUCC có độ cồn từ 3.5 độ trở lên ở Thụy Điển. Người dân có thể đặt hàng trên Internet trên hệ thống bán hàng của công ty nhưng hàng sẽ không được chuyển đến nhà mà sẽ được chuyển đến một trong 470 điểm giao hàng/trung chuyển của công ty gần khu vực họ sinh sống (Johan 2019).

Năm 2018, Thụy Điển tiếp tục đề xuất quy định nhằm cấm các nhà phân phối ĐUCC trên Internet ở các nước thuộc **EU giao hàng** cho người dân đang cư trú tại Thụy Điển (Gunnilstam 2018). Theo đó, người dân có thể

đặt hàng nhưng phải tự tìm cách vận chuyển về nước và vẫn phải chịu thuế nhập khẩu và các khoản thuế khác. Điều này sẽ làm tăng giá thành lên ngang bằng hoặc thậm chí đắt hơn mua trong nước, từ đó hạn chế việc mua ĐUCC trên mạng Internet từ các nước EU. Chính phủ Thụy Điển vẫn tiếp tục trình dự thảo này mặc dù những năm trước đây, Tòa EU đã tuyên là người dân cư trú tại Thụy Điển được phép mua ĐUCC từ các nước khác.

### **3. Quy định quản lý mua bán ĐUCC trên Internet và bất cập trong triển khai**

#### **3.1. Quy định về quản lý mua bán ĐUCC trên Internet**

Một khảo sát trên 30.000 người trả lời tại 63 quốc gia cho thấy bình quân khoảng 8% người tiêu dùng mua ĐUCC trên kênh Internet. Trong đó, các quốc gia dẫn đầu về tỷ lệ người tiêu dùng mua ĐUCC trên Internet là Trung Quốc (27%), Nhật Bản (22%) và Anh (21%). Nhiều quốc gia cho phép bán ĐUCC trên Internet với các chế tài kiểm soát về (1) Cấp phép bán online, (2) Tuổi của người mua, (3) Phương thức thanh toán và (4) Địa điểm nhận hàng.

##### **3.1.1. Cấp phép kinh doanh ĐUCC online**

Hoạt động bán ĐUCC trên Internet chỉ áp dụng đối với các đối tượng đáp ứng các điều kiện về kinh doanh ĐUCC và có giấy phép kinh doanh ĐUCC online.

##### **3.1.2. Kiểm soát tuổi của người mua**

Kiểm soát tuổi của người mua theo quy định của pháp luật sở tại: Các trang điện tử bán hàng

<sup>3</sup> Thông qua công ty Systembolaget AB với hệ thống gồm >450 cửa hàng; là công ty duy nhất được phép bán ĐUCC có độ cồn từ 3.5 độ trở lên ở Thụy Điển.



có công cụ xác minh độ tuổi người mua hàng và người giao hàng kiểm tra giấy tờ tùy thân để xác minh độ tuổi người nhận hàng; yêu cầu có chữ ký xác nhận của người nhận hàng.

### 3.1.3. Phương thức thanh toán:

Việc thanh toán cho các giao dịch mua bán phải được thực hiện bằng thẻ thanh toán ngân hàng hoặc chuyển khoản; quy định thanh toán bằng credit card khá phổ biến. Đây là hình thức giúp nhà nước quản lý chặt chẽ hơn về nghĩa vụ đóng thuế của các bên liên quan. Ngoài ra, biện pháp này cũng có thể hạn chế trẻ em vì thông thường trẻ em chưa được phép đứng tên chủ thẻ.

### 3.1.4. Địa điểm nhận hàng

Nhiều quốc gia châu Âu cho phép hàng được giao đến nhà người mua. Tại một số bang của Mỹ, người mua phải đến các cửa hàng tiện lợi gần nơi ở để nhận hàng; trong trường hợp này hàng không được phép ship đến nhà. Quy định yêu cầu có một bên trung gian thứ ba trong khâu nhận hàng được xem là một phương pháp nhằm tăng tính minh bạch trong quản lý. Tuy nhiên, đối với khách hàng, quy định này giảm tính tiện lợi của việc mua ĐUCC online.

### 3.1.5. Lượng ĐUCC được mua trên website

Với rượu vang, một số bang của Mỹ quy định 1 năm doanh nghiệp được cấp phép bán hàng theo phương thức giao hàng không được giao quá 108 lít rượu cho 1 cá nhân. Cá nhân đó không được sử dụng rượu vang đặt để kinh doanh (Wilconsin Department of Revenue 2019).

## 3.2. Bất cập trong triển khai thực hiện liên quan đến xác định tuổi của người đặt và nhận hàng tại Anh và Mỹ

Chúng tôi chủ đích lựa chọn Mỹ vì quy phạm pháp luật và chế tài xử phạt các hành vi vi phạm pháp luật ở Mỹ nghiêm khắc, doanh nghiệp ở Mỹ có động lực để áp dụng các kỹ thuật kiểm soát tuổi của người mua nhằm hạn chế liên đới trách nhiệm.

### 3.2.1 Bất cập trong triển khai thực hiện ở Anh

Theo Luật Cấp phép kinh doanh ĐUCC (hiệu lực từ năm 2005), độ tuổi được phép mua ĐUCC ở Anh là 18 tuổi trở lên. Khách hàng có hình thức trông giống người dưới 21 tuổi được yêu cầu phải chứng minh đủ tuổi khi muốn mua ĐUCC. ĐUCC được bán online với điều kiện đơn vị bán hàng trên trang điện tử phải có giấy phép kinh doanh, có quy trình kiểm tra tuổi của người mua; người giao hàng có trách nhiệm xác định người nhận hàng đã đủ tuổi theo quy định. Hàng được giao tận nhà người mua (Luật Cấp phép 2003). Sau 10, năm triển khai, Hạ viện Anh đã yêu cầu đánh giá việc triển khai Luật Cấp phép kinh doanh trong đó có kênh bán lẻ ĐUCC trên Internet (HOUSE OF LORDS 2017).

Các nghiên cứu và báo cáo giám sát từ phía cảnh sát cho biết việc xác định tuổi của người mua ĐUCC vẫn gặp nhiều khó khăn và vẫn không hiệu quả. Ở xứ Wales, **khảo sát đối với trẻ em 14-17 tuổi cho thấy 15% trẻ em có ý định mua ĐUCC online đã mua thành công do rất dễ dàng vượt qua các bước xác định độ tuổi.** Báo cáo của cảnh sát vùng Nam xứ Wales cho thấy nhiều đơn vị giao hàng (đặc biệt là siêu thị) không tuân thủ quy trình kiểm tra tuổi của người ký nhận hàng (Leyschon 2017). Một nghiên cứu trên **105 website bán ĐUCC online cho thấy các phương pháp xác minh độ tuổi mà nhà phân phối thực hiện không có khả năng ngăn chặn việc bán hàng cho trẻ VTN. Từ thông tin quảng bá của nhiều nhà**

*cung cấp, hình thức giao hàng của một số doanh nghiệp còn bất hợp pháp hoặc trái với chính sách của công ty giao hàng* (Williams and Schmidt 2014).

Báo cáo đánh giá triển khai Luật nhận định rằng *thách thức lớn nhất trong thời gian tới là phương pháp xác minh tuổi của người mua hàng. Hầu như chưa có giải pháp triệt để khắc phục tình trạng này. Hạ viện Anh đã yêu cầu tăng cường giám sát chặt chẽ hơn việc tuân thủ quy định pháp luật hiện hành về bán ĐUCC trên Internet* (HOUSE OF LORDS 2017).

### 3.2.2. Mỹ

*Tuổi được phép mua ĐUCC là 21 tuổi trở lên.*

Ở những bang cho phép bán online, điểm tương đồng trong quy định quản lý mua bán là: (1) Nhà cung ứng sản phẩm bia, rượu vang, rượu mạnh... chỉ được bán trên Internet khi được cấp giấy phép kinh doanh trên Internet; (2) Đơn vị bán hàng phải áp dụng một số quy trình nhằm xác định tuổi của khách hàng trước lúc diễn ra giao dịch. Các đơn vị cung cấp dịch vụ ship hàng phải kiểm tra tuổi của người nhận. Hàng chỉ được giao khi có chữ ký của người nhận là người đủ 21 tuổi trở lên. (3) Thanh toán bằng thẻ hoặc chuyển khoản. (4) Kênh phân phối ĐUCC và địa điểm nhận hàng: Không được phân phối qua đường bưu điện. Một số bang cho phép hàng được giao đến tận nhà; một số bang yêu cầu nhận ở cửa hàng tiện lợi. Điều tra online của Harri Poll năm 2016 trên 2,060 người tuổi 21+ cho thấy 12% người uống ĐUCC thường xuyên đã có ít nhất 1 lần mua qua kênh trực tuyến trong 6 tháng qua; 50% trong số họ phải đến cửa hàng tiện lợi nhận hàng (Hines 2017).

*Tuy nhiên, tình trạng gian lận tuổi vẫn phổ biến.* Một nghiên cứu năm 2006 cho thấy rằng hơn 500.000 thanh thiếu niên đã mua được ĐUCC trực tuyến. Ngoài ra, hơn ba triệu thanh thiếu niên biết bạn bè cùng độ tuổi của mình đã mua thành công ĐUCC qua trang trực tuyến (Mitti H 2006). Năm 2012, nghiên cứu của ĐH Bắc California cho thấy người dưới tuổi được phép mua ĐUCC (18-20 tuổi) vẫn có thể vượt qua quy định kiểm tra tuổi dễ dàng: cứ 100 đơn hàng đặt trên kênh trực tuyến thì 46% đơn hàng thành công, 26% bị từ chối ở khâu xác minh tuổi (Williams and Ribisl 2012). *Thanh thiếu niên Mỹ dưới 21 tuổi có thể tìm đến kênh bán hàng trên Internet để mua ĐUCC và đã vượt qua được các bước kiểm soát tuổi dễ dàng hơn so với giao dịch trực tiếp tại các cửa hàng, nơi mà họ khó tiếp cận được với ĐUCC do khó gian lận tuổi hơn.*

Các công ty lớn như Safeway, Albertson, Costco đều có các trang web nhận giao bia, rượu, rượu mạnh tại nhà. Ngoài ra nhiều doanh nghiệp trực tuyến nhỏ hơn đang đáp ứng nhu cầu ĐUCC cho người tiêu dùng Mỹ trong đó có lượng khách hàng tiềm năng VTN/TN (Reznikov 2007).

Một số bang áp dụng mức phạt nặng đối với doanh nghiệp (DN) kinh doanh ĐUCC trực tuyến nhưng không thiết lập được hệ thống kiểm soát tuổi phù hợp rất cao (ví dụ như Massachuset). Ngoài bị phạt tiền, nếu VTN sau khi uống ĐUCC xong bị các hậu quả như chấn thương thì doanh nghiệp này sẽ chịu trách nhiệm hình sự (Consumer Affair 2004, (Reznikov 2007).

Phương pháp xác minh tuổi thông dụng nhất DN sử dụng là chỉ đăng cảnh báo khách hàng phải đủ tuổi mới được phép đặt hàng. Sau khi

khách hàng xác định đủ tuổi thì được phép đặt hàng. Khách hàng được yêu cầu thanh toán bằng thẻ. Tuy nhiên, một điều tra cho thấy 28% người trong độ tuổi 16-22 có thể thanh toán ngân hàng. Các công quản lý thẻ cũng cho biết việc sở hữu thẻ không có nghĩa là khách hàng đã đủ tuổi/là người trưởng thành. Quan ngại về trách nhiệm pháp lý, các doanh nghiệp kinh doanh ĐUCC trực tuyến bắt đầu sử dụng các kỹ thuật xác minh độ tuổi khác.

**Một số phương án về kỹ thuật xác minh độ tuổi khác** (Reznikov 2007) :

Phương pháp phổ biến nhất được sử dụng là **đảm bảo rằng ĐUCC được giao cho người đủ tuổi theo quy định của pháp luật**. Một số cửa hàng như Safeway có mạng lưới lái xe của chính công ty đóng vai trò giao hàng và kiểm tra tuổi của người nhận, nhờ vậy giảm được gian lận tuổi ở khâu nhận hàng. Tuy nhiên, hầu hết các doanh nghiệp không có khả năng tự giao hàng vì khách hàng ở xa. Thay vào đó, họ chọn giải pháp trả thêm phí cho các công ty vận chuyển như UPS và FedEx để xác minh rằng người nhận đã ngoài 21 tuổi trước khi thực hiện giao hàng. Việc trả thêm khoản phí này làm tăng phí giao dịch tổng thể và giảm thu nhập của doanh nghiệp.

Tuy nhiên, ở một số bang, ngay cả chấp nhận thêm khoản phí này cũng không giúp DN việc tránh được liên đới trách nhiệm. Tòa án một số bang vẫn quy trách nhiệm pháp lý cho DN bán ĐUCC nếu phát hiện VTN/TN chưa đủ tuổi có được đồ uống. Các công ty vận chuyển như FedEx cũng xây dựng các điều khoản với các điều kiện đặc biệt là “trách nhiệm đảm bảo tuân thủ luật và quy định hiện hành thuộc về doanh nghiệp/cá nhân bán hàng ĐUCC trực tuyến”. Vẫn xảy ra khả năng trẻ có được rượu

mạnh, ngay cả khi người giao hàng yêu cầu có chữ ký người lớn do người giao hàng không có kinh nghiệm trong việc phân biệt giữa ID thật và ID giả, hoặc thậm chí đã kiểm tra ID nhưng thất bại. Yêu cầu của tòa án là DN phải khoanh vùng, thấy trước được các trường hợp có khả năng gian lận tuổi và áp dụng biện pháp ngăn chặn ở cấp độ cao hơn. **Như vậy DN không thể chuyển trách nhiệm pháp lý cho công ty vận chuyển ở bước nhận hàng.**

Những năm 2007, một số DN tìm đến giải pháp hệ thống xác minh tuổi trực tuyến khác, thí dụ như **hệ thống xác minh ngày sinh “BirthDateVerifier.com”** vốn được sử dụng bởi các công ty vận hành trang web giải trí dành cho người lớn. Hệ thống mới được cấp bằng sáng chế này yêu cầu người dùng tạo một bản khai điện tử tuyên thệ rằng họ đủ tuổi hợp pháp. Không giống như các trang web chỉ yêu cầu nhấp chuột xác nhận “click vào đây nếu bạn đủ 18/21 tuổi” khác, với hình thức này, nếu khách hàng gian lận tuổi thì họ sẽ phải gánh chịu hậu quả pháp lý theo quy chiếu tại Đạo luật chữ ký điện tử “E-Sign” và Đạo luật “Tuyên bố Unsworn”. Vì vậy, VTN sẽ phải sẵn sàng đối mặt với phán quyết trọng tội liên bang về tội khai man để có quyền truy cập vào trang web.

Mặc dù Công cụ xác minh ngày sinh này không làm tăng đáng kể chi phí của một giao dịch, nó vẫn không phải là một hệ thống xác minh tuổi khả thi cho DN. VTN biết mình có nguy cơ bị kết tội khi họ trực tiếp đến mua ĐUCC từ các cửa hàng rượu truyền thống vì hành vi đó là trái luật ở tất cả các tiểu bang. Nhưng khả năng bị buộc tội đó không ngăn cản các cá nhân chưa đủ tuổi cố gắng mua rượu. Hơn nữa, mặc dù VTN là một trong những bên vi phạm pháp luật, các tiểu bang vẫn áp đặt trách nhiệm dân sự và hình sự

đổi với các cửa hàng rượu. Vì lý do này, BirthDateVerifier sẽ không là lựa chọn phù hợp cho DN bán ĐUCC trên mạng.

Một số công ty có thể cung cấp dịch vụ cho DN ĐUCC, theo đó các khách hàng tương lai ***cung cấp tên, ngày sinh, số điện thoại và bốn chữ số cuối của số an sinh xã hội và đối chiếu với các bản ghi công cộng (public record)***, ví dụ như cơ sở dữ liệu của phòng tín dụng để kiểm tra tuổi của cá nhân. Mặc dù đây là một bước đi đúng hướng, vẫn xảy ra các trường hợp gian lận. Nhiều trẻ VTN được truy cập số an sinh xã hội cha mẹ của họ và có thể dễ dàng cung cấp thông tin này. Để làm cho hệ thống hiệu quả hơn, DN bán ĐUCC sẽ phải yêu cầu khách hàng sử dụng cùng một thẻ tín dụng của người có số an sinh đã khai báo để mua hàng. Với phương pháp này, cách duy nhất một VTN có thể mua được ĐUCC là ăn cắp thẻ tín dụng của cha mẹ. Mặc dù đây là một nỗ lực tốt của DN, cần lưu ý là chỉ một lỗi trong quy trình xác minh tuổi cũng có thể dẫn đến hậu quả. Vào thời điểm một phụ huynh phát hiện ra hóa đơn thẻ tín dụng của họ có khoản tiền mua ĐUCC thì VTN có thể đã say và bị chấn thương do uống ĐUCC.

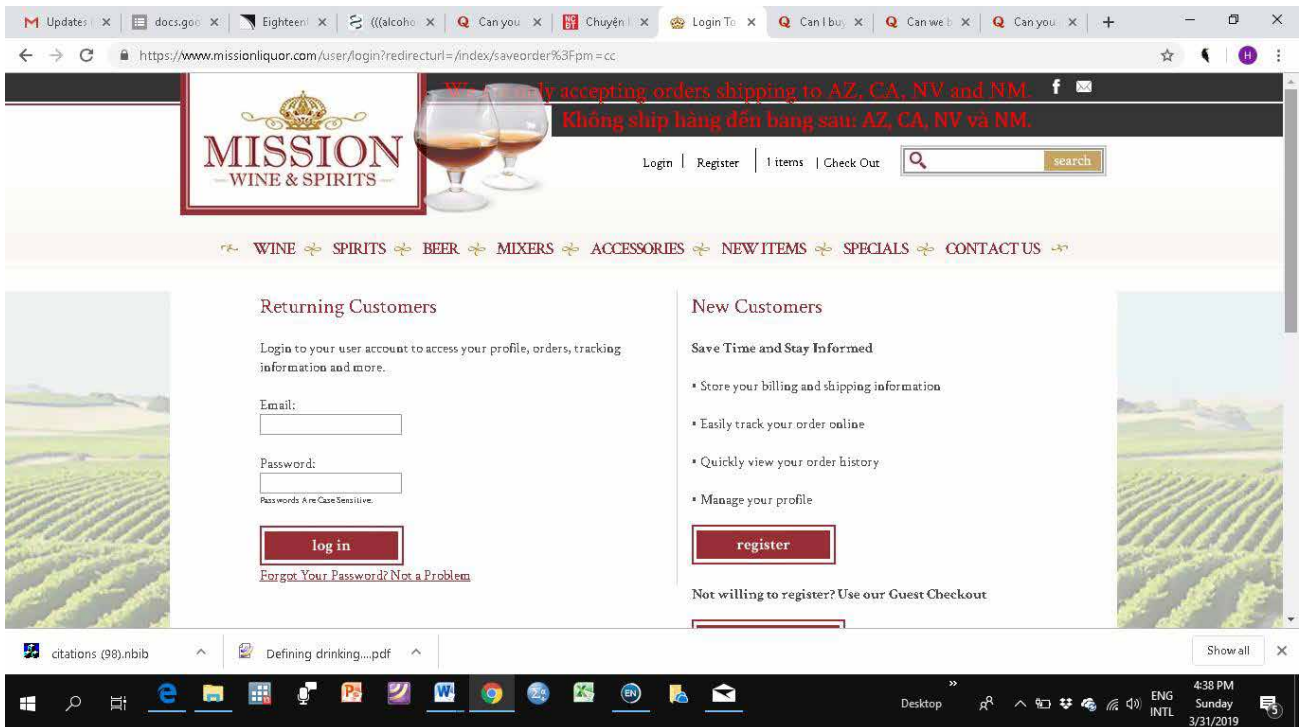
Một giải pháp khác chặt chẽ hơn là sau khi khách hàng cung cấp tên và địa chỉ, họ sẽ phải ***trả lời đúng câu hỏi bí mật mà họ đã khai trong các bản ghi làm thẻ tín dụng*** trước đó. Với phương án này, trẻ khó trả lời đúng câu

hỏi bí mật mà cha mẹ/chủ thẻ tín dụng đã khai. Giá thành của phương pháp này cũng rẻ hơn so với phương án thuê người giao hàng xem ID cá nhân để xác nhận tuổi.

Sử dụng ***chỉ số sinh học và chữ ký điện tử*** là 2 công nghệ khác hỗ trợ hữu hiệu hơn việc xác định tuổi. Quét mã vân tay là giải pháp đã được đề xuất. Tuy nhiên, đây là giải pháp không thực tiễn vì tính hấp dẫn của mua hàng qua kênh giao dịch trực tuyến là ***sự tiện lợi***. Yêu cầu phải cung cấp chữ ký điện tử vốn mang tính riêng tư khiến khách hàng không cảm thấy tiện lợi.

***Vì lý do tiện lợi, khách hàng có xu hướng từ chối kênh mua hàng với các thủ tục họ cảm thấy bất tiện. Ở Mỹ các tiểu bang khác nhau có quy định pháp lý khác nhau và doanh nghiệp cũng đáp ứng ở các mức khác nhau với quy định xác định tuổi người mua hàng.***

Chúng tôi đã truy cập 2 website bán rượu vang và rượu mạnh ở Mỹ. Hiện các websites này sử dụng phương pháp thông dụng nhất là khách hàng tự xác định đủ tuổi hợp pháp và người giao hàng sẽ kiểm tra thẻ căn cước/giấy phép lái xe lúc nhận hàng. Website rượu vang và rượu mạnh ở Nam California hiển thị tên các bang không cho phép mua rượu mạnh trực tuyến bằng màu đỏ để khách hàng nhận biết (hình 5)



Hình 5: Thông tin các bang không được phép giao nhận rượu mạnh.

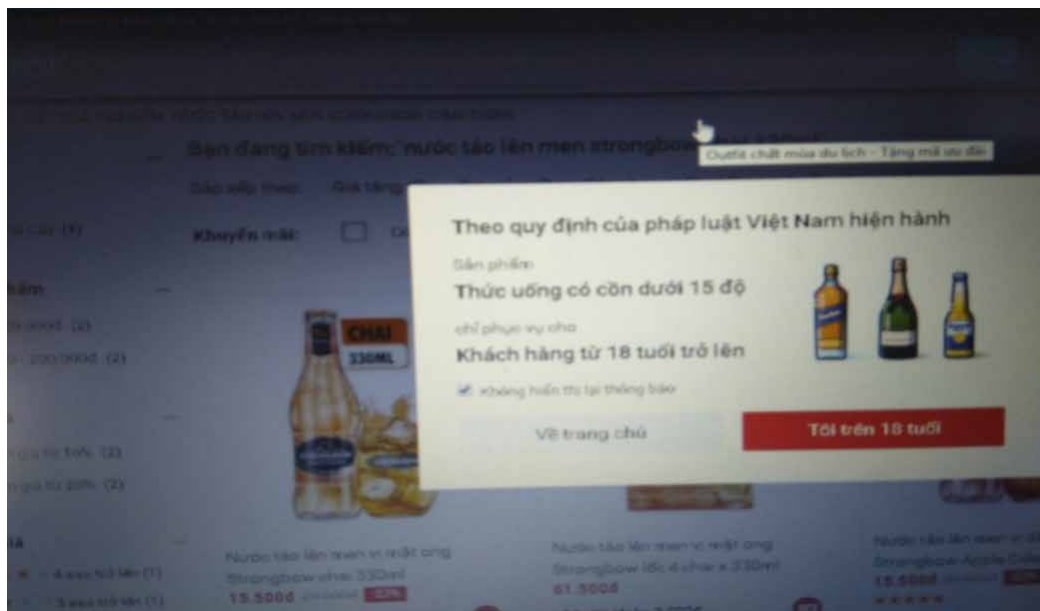
#### 4. Thực trạng bán rượu trên 15% trên Internet ở Việt Nam: trường hợp 2 kênh bán hàng trên Internet

Chúng tôi đã truy cập trang điện tử bán hàng ở Việt Nam của hai nhà phân phối là Adayroi (<https://www.adayroi.com>) và một địa chỉ bán rượu có tên miền là: <https://www.sieuthiruoungoai.com>. Kết quả như sau:

❖ Với website bán hàng Adayroi:

Chỉ hiển thị sản phẩm ĐUCC dưới 15 độ, gồm (1) rượu vang, (2) bia và (3) các dòng sản phẩm nước hoa quả lên men có nồng độ cồn khoảng 5 độ. Chúng tôi chưa tìm thấy sản phẩm có độ cồn trên 15 độ trên website này.

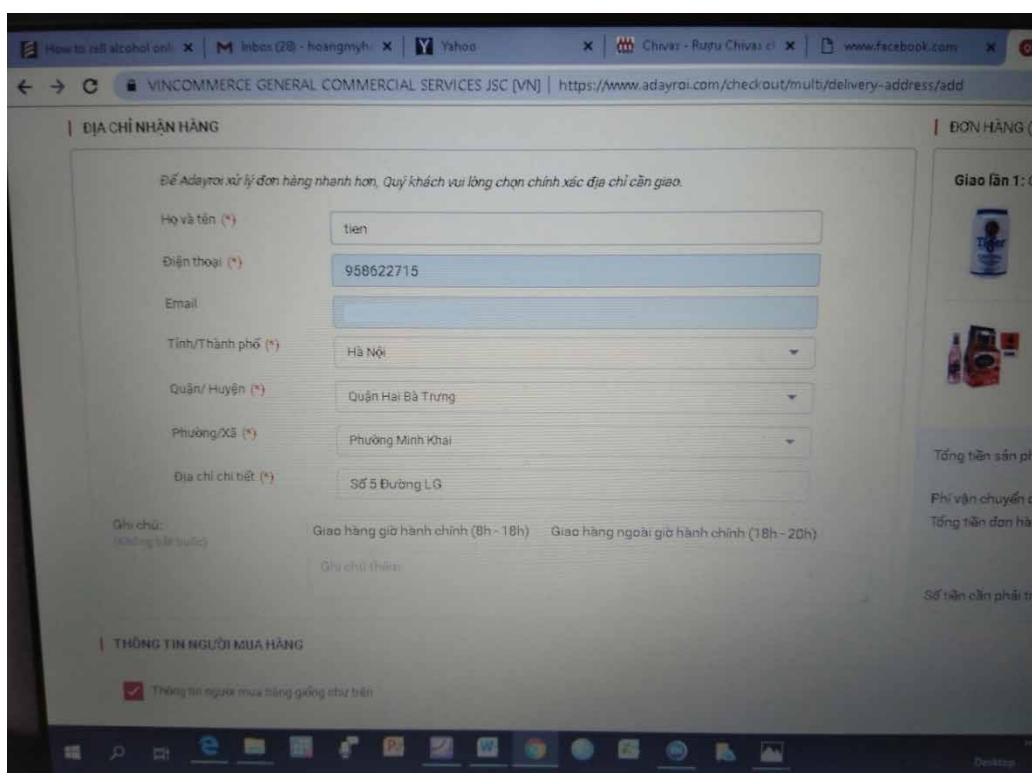
**Xác minh tuổi của người mua hàng:**  
Website hiển thị dòng chữ: Theo quy định của pháp luật Việt Nam hiện hành, sản phẩm thức uống có độ cồn dưới 15 độ chỉ phục vụ cho khách hàng từ 18 tuổi trở lên và hiển thị nút Tôi trên 18 tuổi (hình 1).



Hình 1: Khách hàng tự xác minh tuổi hợp pháp bằng: click biểu tượng

**Phương thức thanh toán và địa chỉ giao hàng:** Sau khi người mua hàng xác nhận trên 18 tuổi bằng cách nhấn vào nút tương ứng, giao diện chọn số lượng và phương thức thanh

toán sẽ xuất hiện. Phương thức thanh toán có thể là tiền mặt, chuyển khoản hoặc thanh toán trực tuyến. Khách hàng nhận hàng tại địa điểm đăng ký mong muốn (hình 2)



Hình 2: Phương thức thanh toán và địa chỉ nhận hàng

## ❖ Tại địa chỉ sieuthiruoungoai:

Trang chủ của Website có hình ảnh của nhiều dòng sản phẩm rượu mạnh trên 15% độ cồn và rượu vang cùng với giá tiền, thông tin về hotline của DN. Theo chỉ dẫn, chúng tôi đặt mua 1 chai rượu Chivas. Các bước đặt hàng

thuận tiện, phương thức thanh toán bằng tiền mặt và hàng sẽ được ship về nhà. Khách hàng được yêu cầu cung cấp số điện thoại để đơn vị vận chuyển liên lạc. Thư xác nhận đơn hàng được gửi đến email của khách hàng. (Xem hình 3 và 4).

The image shows two screenshots. The top screenshot is a browser view of the website 'www.sieuthiruoungoai.com/order/paymentreturn/Cod/VSO290'. The page displays order details for 'Rượu Chivas Royal salute 21 years' with a price of 2,800,000 VND. It also features a 'Hot deal' for 'Rượu Heo Dưng Mãnh Shahnazaryan 2019' at 1,290,000 VND. The bottom screenshot is an email from 'Siêu Thị Rượu Ngoại' to 'Hoang', confirming the order and providing the website URL and order details.

**Thông tin đơn hàng**

**Thông tin chung:**

- Mã đơn hàng: VSO290
- Ngày đặt: 31/03/2019
- Tình trạng đơn hàng:
- Phương thức thanh toán: Thanh toán khi nhận hàng

**Thông tin người đặt hàng:**

- Tên: Hoang
- Email: hoang@siethiruoungoai.com
- Điện thoại: 0958622715
- Địa chỉ: P.901 A14 Nguyen Quy Duc Thanh Xuan Bac, Thanh Xuan

Sản phẩm	Số lượng	Giá	Thành tiền
Rượu Chivas Royal salute 21 years	1	2,800,000 VND	2,800,000 VND
<b>Tổng:</b>			<b>2,800,000 VND</b>

**Hot deal**

**Rượu Heo Dưng Mãnh Shahnazaryan 2019**  
1,290,000 đ (giảm từ 1,700,000 đ)

**Hot deal**

**Rượu Heo Dưng Mãnh Shahnazaryan 2019**  
1,290,000 đ (giảm từ 1,700,000 đ)

**YAHOO! MAIL**

Find messages, documents, photos or people

Compose Back Archive Move Delete Spam Settings

Inbox 999+

Unread Starred Drafts 2 Sent Archive Spam Deleted Items Less Views Hide Photos Documents Travel Tutorials

• Thông tin đặt hàng: VSO290 Yahoo/inbox

Siêu Thị Rượu Ngoại <smtp@siethiruoungoai.com> To: Hoang, Ban quản lý Đơn hàng 31 Mar at 04:59

Kính chào Quý khách Hoang,

Cảm ơn Quý khách đã mua sắm tại website Siêu Thị Rượu Ngoại!

Siêu Thị Rượu Ngoại vừa nhận được đơn hàng của Quý khách và đang tiến hành xác nhận thông tin.

**Xác nhận đơn hàng từ website <https://www.sieuthiruoungoai.com/>**

**Mã đơn hàng: VSO290**

- Thời gian đặt hàng: 31/03/2019 04:58
- Phương thức thanh toán: Thanh toán khi nhận hàng

Sau đây là chi tiết đơn hàng:

**Thông tin người đặt hàng**

Họ và tên: Hoang

Hình 3 & 4: Xác nhận đơn hàng trên trang bán hàng điện tử và email.

## II. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

### 1. Kết luận

Số lượng quốc gia quy định cấm bán ĐUCC trên internet không nhiều. Ở những nước này (Nga, Đài Loan), DN tiếp tục đề xuất bãi bỏ quy định cấm bán/cấm bán lẻ ĐUCC trên Internet nhưng Chính phủ chưa đồng thuận vì các quan ngại ảnh hưởng bất lợi đến y tế công cộng, đặc biệt là tăng tính sẵn có của ĐUCC và tính dễ tiếp cận đối với VTN/TN.

Với một số quốc gia/tiểu bang/vùng lãnh thổ theo đuổi chính sách nhà nước độc quyền trong việc bán/phân phối ĐUCC và/hoặc điều hành các cửa hàng bán ĐUCC (Thụy Điển và một số tiểu bang của Mỹ), người dân được mua ĐUCC trên mạng Internet nhưng Chính phủ *cấm giao hàng trực tiếp* đến nhà; hàng được giao tại các cửa hàng bán lẻ hoặc các điểm giao nhận theo quy định của Chính phủ.

Thách thức lớn nhất mà các nước cho phép bán ĐUCC gặp phải là chưa có biện pháp hữu hiệu nhằm kiểm soát gian lận tuổi ở VTN/TN ở cả bước đặt hàng và nhận hàng. Bên cạnh đó, quan ngại của DN về (1) chi phí để triển khai các kỹ thuật công nghệ cao, (2) tính bảo mật thông tin cá nhân và (3) khả năng suy giảm tính tiện lợi cho khách hàng người lớn là lý do khiến DN có thể không tuân thủ các yêu cầu nhằm kiểm soát gian lận tuổi. Kết quả nghiên cứu và thanh tra giám sát của cơ quan chức năng cho thấy VTN/TN ở tuổi không được phép mua rượu bia đã mua được rượu bia từ kênh bán hàng này. Tình trạng này xảy ra phổ biến ngay ở cả những quốc gia có quy định chặt chẽ về trách nhiệm pháp lý của các bên liên quan trong mua/bán đồ uống có cồn trên Internet.

Ở Việt Nam, quy định cấm bán rượu trên 15% độ cồn trên Internet là phù hợp với định hướng hạn chế trẻ VTN/TN tiếp cận loại đồ uống có cồn này.

Hiện nay, đối với sản phẩm bia và rượu có độ cồn dưới 15% được phép kinh doanh trên mạng Internet, quy trình xác định độ tuổi rất đơn giản, không yêu cầu xác nhận độ tuổi ở khâu nhận hàng. Trẻ em hoàn toàn có thể mua được bia và rượu dưới 15 độ từ các kênh bán hàng chính thống.

Một số kênh bán hàng vi phạm pháp luật (bán rượu trên 15%) vẫn hoạt động công khai.

### 2. Đề xuất

- Tỷ lệ VTN/TN Việt Nam tiếp cận Internet rất cao. Quy định chặt chẽ về quản lý kinh doanh và mua bán rượu trên Internet là giải pháp hữu hiệu hạn chế tính sẵn có của rượu bia đối với VTN/TN. Ngay cả các quốc gia có hạ tầng phát triển (luật pháp nghiêm minh, hệ thống giao hàng và kênh thanh toán hiện đại) cũng chưa có giải pháp hữu hiệu để hạn chế triệt để tình trạng VTN/TN dưới độ tuổi hợp pháp mua được ĐUCC.
- Cần tăng nặng chế tài xử phạt đối với các chủ thể vi phạm pháp luật về bán rượu trên 15% trên Internet; có cơ chế khuyến khích sự giám sát của người dân. Nếu triển khai triệt để quy định này sẽ góp phần kiểm soát thuế, giảm tình trạng rượu bất hợp pháp, kém chất lượng.
- Với bia và rượu dưới 15%, cần xây dựng quy định kiểm soát tuổi của người nhận hàng để góp phần hạn chế tình trạng VTN/TN gian lận tuổi; tăng nặng chế tài xử phạt đối với các chủ thể vi phạm quy định này.
- Cần xây dựng các quy phạm chặt chẽ về trách nhiệm của các bên liên quan trong bước xác nhận tuổi mua và giao nhận rượu bia đối với kênh bán rượu bia từ xa khác: như qua thư tín (email) và điện thoại./.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Blythe, W. (2016). Taiwan shifts stance, bans online sales of alcohol. Meet Startup @TW, 2019 Business Next Publishing Corp.
2. CBI (2016). Market Channels and Segment for wine in Poland. Neitherland, Dutch Ministry of Foreign Affairs.
3. Finewine&spirit (2014) “Can you buy alcohol online.”
4. Gunnilstam, J. (2018). Swedish Government to Outlaw Online Alcohol. Economy.
5. Health Promotion Agency (2013). National guidance on remote sales of alcohol.
6. Hines, N. (2017). “One in Ten Alcohol Buyers Purchase Alcohol Online.” from One in Ten Alcohol Buyers Purchase Alcohol Online.
7. HOUSE OF LORDS, U. (2017). Report of session 2016-2017. The licensing Act 2003: post-legislative Scrutiny, House of Lords.
8. Johan, B (2019). Private communication
9. Komonov, M. (2018). How to sell alcohol online in Russia (or not). PracticalEcommercial. Michigan, Confluence Distribution, Inc. .
10. Leyshon, M. (2017). “Online alcohol sales are booming, but what are the implications?” IAS Blogposts <http://www.ias.org.uk/Blog/Online-alcohol-sales-are-booming-but-what-are-the-implications.aspx>.
11. NCSL(2016). Direct shipment of alcohol statutes. National Conference of State Legislatures. <http://www.ncsl.org/research/financial-services-and-commerce/direct-shipment-of-alcohol-state-statutes.aspx>
12. Neufeld, M., D. W. Lachenmeier, S. G. Walch and J. Rehm (2017). “The internet trade of counterfeit spirits in Russia - an emerging problem undermining alcohol, public health and youth protection policies?” F1000Res 6: 520.
13. Reznikov, B. (2007). ““Can I see some ID”? Age verification requirements for the online liquor store.”
14. Wilconsin Department of Revenue (2019). Alcohol Beverage Laws for Retailers Licensee Responsibilities. Department of Revenue. Wilconsin.
15. Williams, R. S. and K. M. Ribisl (2012). “Internet alcohol sales to minors.” Arch Pediatr Adolesc Med 166(9): 808-813.
16. Williams, R. S. and A. Schmidt (2014). “The sales and marketing practices of English-language internet alcohol vendors.” Addiction 109(3): 432-439.

## QUẢN LÝ ĐỒ UỐNG CÓ NỒNG ĐỘ CỒN THẤP HƯỚNG ĐẾN KHÁCH HÀNG TIỀM NĂNG LÀ VỊ THÀNH NIÊN – KINH NGHIỆM THẾ GIỚI VÀ ĐỀ XUẤT CHÍNH SÁCH VỚI VIỆT NAM

TS.Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>4</sup> & CS

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoài các dòng sản phẩm truyền thống gồm bia, rượu vang và rượu mạnh, thị trường đồ uống có cồn thế giới còn có một số dòng sản phẩm với độ cồn thấp mà ngành công nghiệp hướng đến khách hàng tiềm năng là vị thành niên và thanh niên (VTN/TN). Các đồ uống này gồm có 2 nhóm chính là cider và alcopops.

Cider (nước/rượu hoa quả lên men có độ cồn thấp) là đồ uống xuất hiện từ trước công nguyên. Alcopops - phổ biến dưới dạng đồ uống có độ ngọt cao, có cồn được pha chế sẵn trước khi đóng gói - xuất hiện từ cuối những năm 1990, có tên gọi xuất xứ kết hợp giữa 2 từ alcohol (cồn) và pop (nước ngọt có ga như Coca-cola hay Pepsi). Tuy nhiên, hiện nay, ngoài nước ngọt có ga pha chế với cồn, khái niệm alcopops còn bao gồm các loại thức uống pha chế với cồn khác. Để tiện cho việc theo dõi, chúng tôi sử dụng tên gốc trong tiếng Anh “**alcopops**” trong bài viết này.

Chưa đầy 10 năm sau khi ra đời, các dòng “alcopops” đã nhận được sự chú ý của người tiêu dùng, **đặc biệt là giới trẻ**. Ngành công nghiệp đồ uống chú trọng phát triển dòng sản phẩm này, với hơn 100 thương hiệu trên thị trường hiện nay (Precieuse, Kumar et al. 2018). Các bằng chứng khoa học cho thấy alcopops và nước/rượu hoa quả lên men độ

cồn thấp ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của VTN/TN và là mối nguy hại đặc biệt đối với các nỗ lực giảm bền vững mức sử dụng đồ uống có cồn (ĐUCC) ở nhiều nước. Vì vậy, các đồ uống này được đưa vào kiểm soát chặt chẽ ở nhiều nước phát triển ở châu Âu và châu Úc.

Hiện nay, alcopops đại diện cho một phân khúc quan trọng và mới của thị trường ĐUCC trên toàn thế giới (Precieuse, Kumar et al. 2018). Các chính sách quản lý chặt chẽ đã khiến lượng tiêu thụ suy giảm nhanh và duy trì ở mức ổn định ở một số nước phát triển (Skov, Chikritzhs et al. 2011). Thị trường nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp hoặc tương đối thấp đang có tốc độ tăng trưởng cao nhất so với các loại đồ uống có cồn khác (Singh 2018). Các quốc gia đang phát triển (trong đó có Việt Nam) đang là hoặc được xác định là thị trường chiến lược tiềm năng của cả 2 loại đồ uống này.

Ở Việt Nam, báo cáo mới nhất của Bộ Công Thương chưa đề cập đến thị phần của hai loại đồ uống có cồn này. Quan sát thị trường trong nước, một số thương hiệu nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp và alcopops nhập khẩu đã xuất hiện và được giới trẻ ưa chuộng.

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia cấm người chưa đủ 18 tuổi uống rượu, bia và bán rượu, bia cho người chưa đủ 18 tuổi. Theo khoản 5 Điều 15, Chính phủ được giao nhiệm

<sup>4</sup> Khoa Xã hội học y tế- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Bộ Y tế

vụ quy định các biện pháp Quản lý kinh doanh đồ uống có cồn thực phẩm với độ cồn dưới 5,5 độ, được sản xuất từ quá trình lên men từ một hoặc hỗn hợp của các loại nguyên liệu chủ yếu gồm tinh bột của ngũ cốc, dịch đường của cây, hoa, củ quả hoặc là đồ uống được pha chế từ cồn thực phẩm.

Nhóm nghiên cứu đã thực hiện tổng quan quốc tế về đồ uống có độ cồn thấp, sử dụng tài liệu được tìm kiếm từ các nguồn sau: PUBMED, Google scholar. Các từ khóa (key words) được sử dụng để tìm kiếm tài liệu bao gồm: *cider, alcopops/ Ready-to-drink/ flavoured alcoholic beverages/ pre-mix beverage, alcohol, classification, consequences, minor/ young people*. Bài tổng quan này sẽ cung cấp một số bằng chứng về tác hại liên quan đến các loại thức uống này, các chính sách kiểm soát đã được sử dụng, cách thức phân loại đồ uống dựa trên nguồn gốc cồn có trong sản phẩm. Trên cơ sở đó, báo cáo đề xuất một số phương án phân loại và quản lý đối với các loại hình đồ uống có cồn nồng độ thấp này.

## II. CÁC PHÁT HIỆN CHÍNH

### 1. Nguồn gốc của cồn có trong nước/rượu hoa quả lên men có nồng độ cồn thấp và alcopops

#### ➤ Với nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp

Đồ uống này được sản xuất bằng cách lên men một phần hoặc lên men toàn bộ nước ép hoa quả (táo, lê và các loại trái cây khác) cho đến khi độ cồn đạt ở mức mong muốn, thường dao động từ 1,2% đến 8,5% (ở Anh) hoặc cao hơn, ở mức 3,5-12% (ở các nước khác). Việc thêm hay bổ sung rượu chưng cất vào sản phẩm bị nghiêm cấm (Singh 2018). Như vậy cồn có trong nước/rượu hoa quả được tạo ra

nhờ quá trình lên men tự nhiên dịch đường phần lớn có từ hoa quả.

#### ➤ Với Alcopops

**Độ cồn của alcopops giao động từ 4-8%. Một số sản phẩm có độ cồn lên đến 12,5%.**

Các sản phẩm Alcopops đầu tiên được sản xuất theo cách thức khá giống với nước ngọt có ga đó là nước có ga, nước hoa quả, nước tăng lực được pha với hương liệu đậm đặc. **Điểm khác biệt là dung dịch này sẽ được pha thêm rượu trước khi đóng chai** (Mosher, 2009). Rượu được sử dụng để pha là rượu ở dạng nguyên chất, có thể là rượu mạnh như rượu vodka, rượu gin, rượu whisky, rượu tequila và rượu rum. Các thương hiệu nổi tiếng nhất của dòng sản phẩm này là Bacardi Breezer (thành phẩm từ rượu rum với nhiều hương vị trái cây khác nhau) và Smirnoff Ice (vodka hương vị chanh). Hầu hết sản phẩm theo cách điều chế này có vị ngọt, trừ một số sản phẩm có vị chua nổi trội hơn vì trong thành phần có hương liệu chanh.

Một số dòng Alcopops có độ cồn tương đối cao được sản xuất từ **mạch nha (malt)** với quy trình: nấu malt, lên men, lọc bỏ vị đắng, mùi và màu (của bia), sục khí cacbon, làm ngọt, tạo hương vị. Sản phẩm được pha thêm rượu chưng cất/ rượu vang hoặc các phụ gia có chứa rượu nhằm làm dung môi hòa tan các axit có chức năng tách, lọc bỏ vị đắng, mùi và màu của bia (Precieuse, Kumar et al. 2018, Villa 2019). Sản phẩm cuối cùng sẽ không còn hương vị của bia mà là hương vị mới. Như vậy, với quy trình này, **ngoài cồn (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH) được tạo ra từ lên men nguyên liệu chính là malt, trong dung dịch thu được còn có cồn rượu được pha vào từ rượu mạnh hoặc rượu vang.**

## 2. Các tên gọi khác của alcopops và nội hàm của khái niệm

Ngoài tên gọi xuất xứ là alcopops (thông dụng ở Anh), trong y văn, loại đồ uống này còn một số tên gọi khác như sau (WHO 2001, Huckle, Sweetsur et al. 2008, Gale, Muscatello et al. 2015, Precieuse, Kumar et al. 2018):

- “Ready made/Pre-mix alcoholic beverages” và “alcoholic beverage under the form of ready to drink (RTD)”: Đồ uống có cồn pha chế sẵn (thường được sử dụng ở Úc và NewZealand).
- Flavoured alcoholic beverages: Đồ uống có cồn có hương liệu.
- Highly sweetened pre-mixed spirit-based drinks: đồ uống có độ ngọt cao pha chế sẵn với rượu mạnh.

Một số học giả châu Âu tách các sản phẩm có độ cồn cao  $\geq 15\%$  được chế biến từ đồ uống có ga hoặc nước hoa quả pha với rượu mạnh thành nhóm riêng với tên gọi là high-strength pre-mixes: Đồ uống có cồn pha chế sẵn với độ cồn cao (Anderson, Suhrcke et al. 2012).

Khi dịch sang tiếng Việt khái niệm alcopops, để đảm bảo thể hiện đầy đủ nội hàm của khái niệm này, chúng tôi đề xuất diễn đạt như sau: ***đồ uống có cồn được pha chế sẵn trước khi đóng gói.***

## 3. Tác hại của alcopops và nước/rượu hoa quả lên men có độ cồn thấp

Rượu hoa quả lên men đã xuất hiện từ trước công nguyên và rất phổ biến ở Châu Âu. Tốc độ tăng trưởng kép của đồ uống này trên toàn cầu ở mức  $>5-6\%$  (Allied Analytics LLP 2018, Singh 2018). Những năm 1980 trở lại đây, nhà sản xuất đã giảm độ cồn, điều chế thêm hương

vị, màu sắc, sử dụng các chiến lược quảng cáo phù hợp với thị hiếu của VTN/TN (AICV 2018, Singh 2018). Các sản phẩm có độ cồn cao hơn cũng được người tiêu dùng, đặc biệt là nữ giới dưới 30 tuổi ưa chuộng (VicHealth 2014).

Năm 2001, trong báo cáo chuyên đề “Đồ uống có cồn và VTN/TN”, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã khẳng định ***alcopops là sản phẩm chiến lược mà ngành công nghiệp ĐUCC hướng đến người tiêu dùng trẻ*** (WHO 2001).

Mặc dù ngành công nghiệp thuyết phục dư luận là họ chỉ sản xuất và tiếp thị alcopops cho người trong độ tuổi hợp pháp nhưng các nghiên cứu ở Mỹ cho thấy đây là đồ uống thông dụng ở VTN/TN dưới 21 tuổi, 50% trẻ em uống alcopop trong khi ở người lớn, tỷ lệ chỉ là 20% (Ruggieri 2015) Những đặc điểm sau của alcopops khiến các chuyên gia và tổ chức trong lĩnh vực y tế công cộng, sức khỏe, bảo vệ phụ nữ và trẻ em đặc biệt quan ngại trước sự phát triển của dòng sản phẩm này:

- 1) Alcopops là sản phẩm chứa cồn; phần lớn sản phẩm có nồng độ ở mức 4-8% (Precieuse, Kumar et al. 2018), gần bằng hoặc cao hơn nồng độ cồn có trong các sản phẩm bia phổ biến. Một số sản phẩm có độ cồn cao lên đến 12-14% (Ruggieri 2015).
- 2) Ngoài cồn, hầu hết các dòng sản phẩm alcopops có ***hàm lượng đường cao***, nhiều sản phẩm dưới dạng đồ uống năng lượng/tăng lực có ***chứa caffeine với độ cồn tương đối cao*** (Mart 2011, Precieuse, Kumar et al. 2018). Caffein che giấu tác dụng ức chế lên thần kinh trung ương của cồn, khiến người uống cảm thấy tỉnh táo hơn so với khi uống ĐUCC mà thành phần không có caffeine; cảm giác say và gây buồn ngủ của cồn đến chậm hơn. Kết quả là, họ có thể

uống nhiều hơn. Họ cảm thấy tỉnh táo hơn mặc dù thực tế họ đã say (Marczinski and Fillmore 2014). Caffeine không tác dụng lên quá trình chuyển hóa cồn ở gan, không làm giảm nồng độ cồn trong máu, vì vậy thực chất không giúp cơ thể thoát khỏi nguy cơ có hại của cồn (US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture 2015). Việc caffeine làm cho người uống uống nhiều cồn vào cơ thể hơn, say hơn nhưng không nhận thức được điều đó sẽ khiến họ có các hành vi gây nguy hiểm không chỉ đối với bản thân họ mà còn cho cả những người xung quanh, đặc biệt khi người uống tham gia giao thông hoặc các hoạt động đòi hỏi có sự tỉnh táo, tập trung (Roemer and Stockwell 2017).

3) Sản phẩm được VTN/TN, đặc biệt là trẻ em gái ưa thích (Siegel, Ayers et al. 2015, EASPAD 2016, Precieuse, Kumar et al. 2018) do có các đặc tính sau (WHO 2001, Leeming, Hanley et al. 2002, Metzner and Kraus 2008, Anderson, Suhrcke et al. 2012, Precieuse, Kumar et al. 2018):

- Đa số có vị ngọt và hương liệu thơm, phù hợp với vị giác của trẻ; vị ngọt lấn át khiến cho trẻ không có cảm giác trong thức uống có cồn. So với bia có vị đắng vốn không được trẻ và VTN/TN thích thì alcopops là đồ uống có mùi hương và vị thân thiện với trẻ em nhỏ và trẻ em gái (EASPAD 2016, Precieuse, Kumar et al. 2018).
- Trẻ ít gặp phải các triệu chứng không thoải mái (nóng bừng trong cơ thể, chóng mặt, say) như khi uống bia, rượu, vì vậy trẻ ở các độ tuổi rất nhỏ cũng dễ dàng thích ứng (Leeming, Hanley et al. 2002).

- Được đóng gói, tiếp thị hướng đến khách hàng là VTN/TN, nữ giới: sản phẩm đẹp mắt, hợp thời trang của giới trẻ, màu sắc và cách trang trí nhãn hiệu “bắt mắt”, kiểu chai ngộ nghĩnh, xinh xắn, trông giống các chai nước ngọt thông thường, thông điệp quảng cáo là sản phẩm thân thiện với trẻ em (Leeming, Hanley et al. 2002).

4) Độ cồn nhẹ hơn các dòng sản phẩm truyền thống, tên gọi không chứa cồn (không có từ bia, rượu), nếm không thấy vị cồn nên nhiều VTN/TN nhầm tưởng là đồ uống thông thường, uống sẽ không bị say. Thậm chí trẻ nhỏ cũng sử dụng đồ uống này (Leeming, Hanley et al. 2002); hoặc trẻ ít cảm giác có lỗi khi uống. 91% VTN/TN trong 1 nghiên cứu ở Úc không biết rằng các alcopops dưới dạng nước ngọt có ga pha cồn có chứa cồn (Clemons 2014).

5) Tại các nước phát triển, giá thành rẻ hơn bia, rượu (WHO 2001, Ruggieri 2015, Wall, Casswell et al. 2017).

6) Kênh quảng cáo phổ biến trên internet gồm Facebook, Youtube, Twitter, Instagram là các mạng xã hội và giới trẻ truy cập và tương tác thường xuyên (Mart 2011, Anderson, Suhrcke et al. 2012, Ruggieri 2015). Thậm chí các link quảng cáo một số alcopops dưới dạng nước uống tăng lực có cồn còn dẫn dắt trẻ đến các trò chơi mạo hiểm.

7) Được quảng bá như là sản phẩm thay thế bia, rượu; là thức uống tăng lực, thức uống năng lượng (Precieuse, Kumar et al. 2018).

Do alcopop và nước/rượu hoa quả lên men có chứa cồn - chất kích thích và gây nghiện - nên sử dụng 2 loại đồ uống này có thể ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe và gây ra các vấn

đề xã hội khác đối với người uống, người xung quanh và cộng đồng giống như các sản phẩm rượu bia truyền thống. Vì vậy, từ năm 2007, **2 nhóm sản phẩm này đã chính thức được đưa vào danh sách 5 loại ĐUCC cần được giám sát trong các cuộc điều tra về sử dụng ĐUCC ở học sinh phổ thông tại 35 nước châu Âu**, đó là alcopops, cider, bia, rượu vang và rượu mạnh (EASPAD 2016).

Nghiêm trọng hơn, các bằng chứng khoa học từ nhiều nghiên cứu khẳng định cả các loại đồ uống này là thủ phạm khiến trẻ em:

- (1) Dễ dàng **tiếp cận với ĐUCC lần đầu tiên, làm trẻ hóa tuổi bắt đầu sử dụng ĐUCC** (Metzner and Kraus 2008).
- (2) **Cách thức uống nguy hại hơn, bao gồm tần suất uống thường xuyên hơn, uống nhiều trong mỗi lần uống hơn, say thường xuyên hơn** (Metzner and Kraus 2008, Kraus, Metzner et al. 2010, Black, Michalova et al. 2014).
- (3) VTN/TN, nữ giới **sẽ dễ dàng chuyển tiếp sang sử dụng bia rượu** một khi đã dùng các sản phẩm này (Precieuse, Kumar et al. 2018).

**Tuổi sử dụng càng sớm các khiến nguy cơ phụ thuộc ĐUCC càng cao; cách thức uống nguy hại khiến cho các tác hại đối với sức khỏe, hậu quả xã hội cấp tính và mạn tính trở nên nặng nề hơn.** Các hậu quả sức khỏe và xã hội cấp tính là VTN/TN thường gặp khi uống các đồ uống này bao gồm: say rượu, chấn thương giao thông, bạo lực cá nhân, quan hệ tình dục ngoài ý muốn, suy giảm khả năng lao động/học tập, suy giảm chức năng xã hội và tâm thần và tử vong (Kraus, Metzner et al. 2010, Anderson, Suhrcke et al. 2012). Đây là những hậu quả phổ biến ở VTN/TN hơn ở người lớn (Kraus, Metzner et al. 2010).

Ngoài ra, người sử dụng alcopops mà thành phần có chứa caffeine có nguy cơ chịu các hậu quả nói trên cao hơn, đặc biệt là chấn thương (Roemer and Stockwell 2017). Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ đã cảnh báo và yêu cầu nhà sản xuất không sử dụng caffeine trong điều chế alcopops (Ruggieri 2015). Lượng đường khá lớn trong 2 đồ uống này là nguy cơ gây bệnh béo phì ở VTN/TN (Singh 2018). Uống nhiều nước/rượu hoa quả lên men có thể làm suy giảm mật độ xương, mất khoáng chất, là nguy cơ gây các bệnh như, bệnh răng miệng, liệt dạ dày (Allied Analytics LLP 2018).

## 2. Đáp ứng của chính phủ một số quốc gia trong quản lý alcopops và nước/rượu hoa quả lên men và hiệu quả của chính sách

Những năm 2000, sự bùng nổ của alcopops đã đe dọa nỗ lực nhằm giảm tình trạng sử dụng mới, ngăn chặn việc trẻ hóa tuổi bắt đầu sử dụng và giảm lượng tiêu thụ đồ uống có cồn ở VTN/TN ở nhiều nước phát triển (Metzner and Kraus 2008). Chính vì vậy, nhiều quốc gia phát triển đã áp dụng các chính sách kiểm soát chặt chẽ với các đồ uống này như Úc, Đức, Anh và một số bang ở Mỹ (Precieuse, Kumar et al. 2018). Các chính sách có hiệu quả nhất bao gồm tăng giá, hạn chế tính sẵn có và hạn chế quảng cáo đồ uống này (Skov, Chikritzhs et al. 2011, Ruggieri 2015), trong đó chính sách thuế là công cụ hiệu quả cao nhất.

Chính sách thuế đặc biệt hơn đối với sản phẩm đặc thù (additional levie on specific products) đã được sử dụng ở nhiều nước với mục đích nhằm giảm tình trạng sử dụng alcopops ở VTN/TN (WHO 2018) và góp phần giảm sử dụng ĐUCC ở mức có hại trên toàn quốc. Các quốc gia tiên phong là Đức, Thụy

Điền, Úc. Năm 2008, Chính phủ Úc đã tăng mức thuế tiêu thụ đặc biệt với alcopops từ 35,7% lên 70%. Kết quả là 1 năm sau, lượng alcopops tiêu thụ đã giảm 30%, góp phần làm giảm 1,5% lượng ĐUCC tiêu thụ bình quân đầu người của Úc (Skov, Chikritzhs et al. 2011).

Những nỗ lực này cũng đã mang đến một số kết quả khả quan ở các nước phát triển khác. Năm 2003, tỷ lệ học sinh trong độ tuổi 15-16 ở 35 nước châu Âu đã uống alcopops trong lần uống gần đây nhất giao động từ 6- đến 69%. Năm 2015, tỷ lệ sử dụng đã giảm đáng kể. Tại Liechtenstein, quốc gia có tỷ lệ học sinh 16 tuổi+ sử dụng alcohol cao nhất thì chỉ ở mức 39% (EASPAD 2016). Nhóm quốc gia có tỷ trọng cồn nguyên chất tiêu thụ ở từ alcopop cao nhất là Cyprus, Phần Lan, Ý và Liechtenstein: >25% lượng cồn nguyên chất mà các em đã uống trong năm là từ các sản phẩm alcopops (EASPAD 2016).

Tại Đan Mạch, Ireland, Na Uy, Thụy Điển và Estonia, cồn nguyên chất từ nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp chiếm xấp xỉ 25% lượng cồn các em tiêu thụ trong năm 2016 (EASPAD 2016).

Chính sách quản lý chặt chẽ đã khiến lượng tiêu thụ alcopops ở các quốc gia phát triển suy giảm và duy trì ổn định (Skov, Chikritzhs et al. 2011). Ở New Zealand, lượng cồn nguyên chất tiêu thụ năm 2013 của cả nước từ alcopops đã giảm xuống còn 13% (Wall, Casswell et al. 2017). Sau khi đạt mức bão hòa tại thị trường các nước phát triển, ngành công nghiệp ĐUCC chuyển sang khách hàng chiến lược là VTN/TN ở các nước đang phát triển, nơi chưa có/thiếu hành lang pháp lý mạnh mẽ trong kiểm soát ĐUCC (Precieuse, Kumar et al. 2018). Báo cáo phân tích thị trường của Công ty Allied

Market research cho thấy thị trường chiến lược của nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp là các nước đang phát triển ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương và Mỹ La tinh (Singh 2018), trong đó có Việt Nam (Gwynn 2018).

#### ❖ *Kinh nghiệm trong phân loại quản lý alcopops tại Mỹ*

Ở Mỹ, luật pháp liên bang áp thuế suất đối với bia thấp hơn so với rượu vang và rượu mạnh và không quy định mức trần phụ gia hương liệu có trong bia. Các nhà sản xuất đã nhanh chóng nhận ra rằng alcopops sản xuất từ mạch nha (malt) (malt flavour alcopops) chỉ chịu mức thuế tương đương với bia, trong khi đó alcopops có cồn pha chế từ rượu mạnh hoặc rượu vang bị đánh thuế cao hơn. Vì vậy, sau công đoạn lên men malt, họ đã thêm vào dung dịch một axit, thường là axit citric pha loãng trong ethanol đến mức bão hòa - thường là 10% và ở trạng thái này hỗn hợp này sẽ không bị xem là ethanol mà là hương liệu axit citric. Nhờ đó, độ cồn sẽ tăng lên và giảm thiểu được càng nhiều hương vị mạch nha hoặc bia càng tốt. Sau vài năm, Cục Thương mại và Thuế ĐUCC và Thuốc lá đã phát hiện ra khe hở pháp lý này. Quy định mới là alcopops được sản xuất từ mạch nha/malt có thêm hương liệu chỉ được phân loại vào nhóm bia nếu độ cồn đến từ lên men malt chiếm  $\geq 51\%$  tổng lượng cồn có trong đồ uống đó (Villa 2019). Trước đó, do chưa luật hóa quy định doanh nghiệp phải công bố thông tin về thành phần các chất có trong alcopops nên cơ quan quản lý không nắm được nguồn gốc cồn có trong các sản phẩm. Quy định hiện hành là nếu sản phẩm chứa cồn có nguồn gốc từ rượu thì phải thể hiện thông tin đó và độ cồn tương ứng trên nhãn (Ruggieri 2015).

Chính quyền một số bang ở Mỹ áp dụng các giải pháp chặt chẽ trong quản lý alcopops với mục tiêu giảm tình trạng uống nhiều trong một lần uống. Chẳng hạn như ở Utah, tất cả các alcopop, kể cả alcopop chế biến từ mạch nha pha thêm rượu chưng cất đều được xếp vào nhóm rượu chưng cất và áp thuế mức cao. Trước tình trạng người tiêu dùng sẽ uống nhiều hơn (trong một lần uống) khi sử dụng các dòng alcopops được đóng gói với dung tích lớn độ cồn cao và giá rẻ, một số bang đang đề xuất cấm bán đồ uống này (Ruggieri 2015).

### 3. Phân loại alcopops và nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp

#### 3.1. Nước hoa quả lên men độ cồn thấp

- ❖ Theo sản phẩm, được chia làm 3 nhóm: hương táo, hương trái cây và hương lê.
- ❖ Theo màu sắc: được chia làm nhóm có màu và không màu (màu trắng). Dòng sản phẩm

màu trắng có độ cồn cao hơn, giá thành rẻ hơn (>7,5%).

- ❖ Theo loại có ga hoặc không có gas.

#### 3.2. Alcopops được phân loại theo nhiều cách thức khác nhau:

- ❖ Alcopops có thể được phân loại làm 3 nhóm là (1) đồ uống mạch nha có hương vị, (2) cocktail pha sẵn và (3) nhóm độ cồn cao với dung tích chai/lon lớn.

Các nhóm thương hiệu theo cách phân loại này được liệt kê trong Bảng 1. Các thương hiệu phổ biến là Bacardi Silver và Mike Hard Lemonade, Sky Blue, SmirnoffIce, Stolichnaya Citrona, Captain Morgan Gold, Four loko.

Nhóm alcopops giá rẻ hơn và có độ cồn cao (12.5%) như FourLoko, Blast by Colt 45 xuất hiện muộn hơn, cuối những năm 2010.

**Bảng 1. Phân loại alcopops theo thành phần chính**

Đồ uống mạch nha pha chế với hương liệu	Cốc-tai pha sẵn	Size lớn, độ cồn cao hơn
Bacardi malt beverage Bartles and Jaymes wine Mike's Smirnoff malt beverage Smirnoff tea hard eced teas Zima malt beverage Peels malt beverage Smirnoff raw tea beverage Liquid charge	American sweetheart cocktails Christian brothers holiday Dirty blonde cocktails Jack Daniel's cocktails Montebello long island iced tea Mr. boston egg nog Sweet Mongolia cocktails Southern confort cocktails UV cocktails Jeremiah weed half and half Firefly cocktails Hula girl cocktails Icebox cocktails	Evil eye Four loko Joose Max Sparks malt beverage Four MaXed Blast by colt 45 Tilt
<i>Source: Fortunato et al.</i>		

Nguồn: (Precieuse, Kumar et al. 2018)



❖ *Phân loại theo thành phần có hoặc không chứa caffeine*

Nhóm có chứa caffeine thường gồm các nhãn hiệu sau: Tilt, Bud extra, Spykes, Four loko, Rock star, Red bull, Sparkscla, Zima,

Blast, Jungle joose, Moonshot. Nhóm không chứa caffeine gồm một số thương hiệu như Bacardi breezer, Smirnoff ice.

❖ *Phân loại theo tập đoàn/công ty chủ sở hữu thương hiệu*

**Bảng 2: Phân loại alcopops theo tập đoàn/công ty chủ sở hữu**

	Công ty	Thương hiệu
1	Bacardi & Co ltd	Aristoff, Bacardi, William Lawson, Bacardi and cola, Bacardi breezer, metz, Bacardi silver
2	Diageo Plc	Smirnoff, Smirnoff ice (original, pineapple, wild grape, mango, passion fruit, raspberry, strawberry), Gordon's, ursusroter
3	Heineken NV	Gosser, Kaiser, Hartwall, original gin long drink, otto, panach, soprani
4	Altia Oyj	Gin lemon, karpalet, puolukka vodka cocktail, gin long drink, olvilonkero
5	Carlsberg A/S	Force 4, D-light, utenos, xide
6	Belvedere SA	Pitterson, sobieski

Nguồn: (Anderson, Suhrcke et al. 2012) (Precieuse, Kumar et al. 2018)

✓ *Phân loại theo xuất xứ loại cồn có trong sản phẩm (Anderson, Suhrcke et al. 2012)*

- Cồn được pha chế là từ rượu mạnh/chung cất.
- Cồn được pha chế là từ rượu vang.
- Cồn có trong đồ uống có nguồn gốc từ lên men mạch nha.

**4. Thị trường Alcopops và nước/rượu hoa quả lên men Việt Nam**

Các báo cáo của Bộ chủ quản chưa đề cập đến thị phần của hai loại đồ uống có cồn này tại thị trường trong nước. Chưa có thông tin về doanh nghiệp trong nước sản xuất các sản phẩm nước hoa quả lên men có độ cồn từ 3% hoặc alcopops.

Đối với nước/rượu hoa quả lên men, hiện nay, sản phẩm nhập khẩu phổ biến là nước táo lên men có độ cồn 4,5% (Strongbow cider) của Công ty Heineken, gia nhập thị trường Việt Nam vào cuối năm 2015 (Ha 2016). Giám đốc toàn cầu sản phẩm nước/rượu hoa quả lên men của Heineken, bà Saron Walsh nhận định Việt Nam là cơ hội hoàn hảo để phát triển thị trường dòng nước/rượu hoa quả lên men này vì người dân Việt Nam thích uống bia và các thức uống ngọt, ướp lạnh hoặc kèm với đá (Gwynn 2018). Trước đó các hãng Brunty (Anh) Margner (Ailen) cũng đã giới thiệu các sản phẩm nước/bia hoa quả lên men Brunty nồng độ 4,5-5,2% và đồ uống lên men Marger độ cồn 4,5% vào thị trường Việt Nam (Auchan 2019).

Đối với Alcopop Bảng 1 và 2 cho thấy nhiều thương hiệu alcopops thuộc các công ty đang chiếm thị phần đồ uống có cồn đáng kể ở Việt Nam như: Smirnoff, Bacardi, Heiniken, Calberge, Diego. Một số dòng alcopops nhập khẩu này xuất hiện ở thị trường Việt Nam như thức uống có cồn 5% Siminoff-ice có ga (Diego) (Auchan 2019).

Với hơn 25 triệu khách hàng tiềm năng là VTN/TN và thị trường đồ uống tăng trưởng nhanh, Việt Nam là thị trường màu mỡ của 2 nhóm ĐUCC alcopops và nước/rượu hoa quả lên men độ cồn thấp. Cùng với việc Việt Nam gia nhập Hiệp định tự do thương mại Việt Nam-EU và TTP, giá của các sản phẩm rượu bia và ĐUCC sẽ giảm trong trung hạn (7-10 năm) do các khoản thuế được xóa bỏ. Tương lai gần, nhiều thương hiệu alcopops và cider sẽ được giới thiệu vào thị trường nước ta.

### III. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

#### 1. Kết luận

1) Alcopops và nước/rượu hoa quả lên men có độ cồn thấp là ĐUCC rất nguy hại đối với VTN/TN:

- Với hương vị phù hợp với vị giác và sở thích của trẻ em nên được xem là **thủ phạm dẫn lối** trẻ nhỏ, VTN/TN đặc biệt là nữ giới uống ĐUCC lần đầu tiên, làm trẻ hóa tuổi bắt đầu sử dụng ĐUCC.
- Về cách thức uống, so với bia và rượu truyền thống, cả hai loại đồ uống này là sản phẩm khiến cách thức uống ĐUCC ở VTN/TN trở nên nguy hại hơn: tần suất uống thường xuyên hơn, uống nhiều trong mỗi lần uống hơn, say thường xuyên hơn, đặc biệt là đồ uống alcopops.

- Là sản phẩm trung gian hướng VTN/TN chuyển tiếp sang sử dụng bia và rượu khi họ trưởng thành.
- Đa số sản phẩm có giá thành rẻ hơn so với bia và rượu.

2) Do chứa cồn - chất kích thích và gây nghiện - nên sử dụng alcopops và nước/rượu hoa quả lên men có độ cồn thấp có thể ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của người sử dụng và gây ra các vấn đề xã hội khác giống như các sản phẩm rượu bia truyền thống. Ngoài ra, caffeine có trong nhiều sản phẩm alcopops khi kết hợp với cồn làm tăng nguy cơ bị chấn thương cho người sử dụng và người xung quanh. Hàm lượng đường cao có thể dẫn đến một số bệnh lý khác.

3) Nguồn gốc của cồn (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH) trong alcopops phần lớn là từ rượu vang hoặc rượu chưng cất, một số dòng alcopops chứa cồn hình thành từ quá trình lên men mạch nha; cồn trong nước/rượu lên men hình thành từ quá trình lên men dịch đường chủ yếu từ hoa quả.

4) Nhiều nước phát triển đã áp dụng các chính sách quản lý chặt chẽ (tăng giá, hạn chế tính sẵn có, hạn chế quảng cáo) đối với các đồ uống này, đặc biệt là alcopops. Mức tiêu thụ alcopops ở những nước này đã giảm nhanh chóng và hiện duy trì ở mức ổn định.

5) Các nước đang phát triển chưa hoàn thiện hành lang pháp lý về quản lý chặt chẽ ĐUCC là thị trường chiến lược của alcopops và nước/rượu hoa quả lên men nồng độ thấp trong thời gian tới.

6) Chưa có số liệu về thị phần của alcopops và nước/rượu hoa quả lên men nồng độ thấp trên thị trường ĐUCC ở Việt Nam. Một số

sản phẩm hiện có độ cồn từ 3% trở lên là sản phẩm nhập khẩu.

## 2. Đề xuất

1) Cần bổ sung các quy định sau trong quản lý đồ uống có cồn < 5,5% mà không phải là bia ở nước ta:

- Doanh nghiệp phải thể hiện thông tin về xuất xứ cồn và độ cồn của tất cả các sản phẩm có chứa cồn với hàm lượng từ 0,5% trở lên trên nhãn sản phẩm.
- Áp dụng tất cả các biện pháp quản lý như với bia, rượu truyền thống đối với các dòng sản phẩm alcopops và nước/rượu hoa quả lên men có độ cồn  $\geq 0,5\%$  trở lên; thậm chí áp dụng các chế tài mạnh hơn với sản phẩm có khung độ cồn tương đương nhằm hạn chế việc sử dụng ở trẻ và VTN/TN.

- Cấm sản xuất và nhập khẩu các sản phẩm alcopops có chứa caffeine theo khuyến cáo của Cục Quản lý thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ.

- Bộ Công Thương xây dựng và báo cáo các chỉ số về sản xuất, nhập khẩu, xuất khẩu, kinh doanh, tiêu thụ alcopops và nước/rượu hoa quả lên men hàng năm.

2) Các điều tra về thực trạng sử dụng ĐUCC ở VTN/TN và người trưởng thành bổ sung các sản phẩm này trong danh sách ĐUCC cần giám sát.

3) Thông tin giáo dục truyền thông: cập nhật và tuyên truyền về tác hại tiềm ẩn của các đồ uống alcopops và nước/rượu hoa quả lên men mới xuất hiện./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AICV (2018). European cider trend 2018, The European cider & fruit Wine Association.
2. Allied Analytics LLP (2018). Overview report: Cider Market by Product, Distribution Channel and Packaging - Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2017-2023.
3. Anderson, P., M. Suhreke and C. Brookes (2012). An overview of the market for alcoholic beverages of potentially particular appeal to minors.
4. Auchan. (2019). “Đồ uống khác.” from <http://shop1080.com/nuoc-ep-dau-len-men-xuat-xu-anh-quoc-52-330ml.html>
5. <https://auchan.vn/do-uong-len-men-magners-original-irish-cider-chai-330ml-p37928.html>
6. <https://auchan.vn/thuc-uong-co-con-smirnoff-ice-co-gas-chai-275ml-p13735.html>.
7. Black, H., L. Michalova, J. Gill, C. Rees, J. Chick, F. O’May, R. Rush and B. McPake (2014). “White cider consumption and heavy drinkers: a low-cost option but an unknown price.” *Alcohol Alcohol* 49(6): 675-680.
8. Clemons, R. (2014). Alcopops taste test. Can you taste the spirits in an alcopop?, CHOICE.
9. EASPAD, g. (2016). ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
10. Gale, M., D. J. Muscatello, M. Dinh, J. Byrnes, A. Shakeshaft, A. Hayen, C. R. MacIntyre, P. Haber, M. Cretikos and P. Morton (2015). “Alcopops, taxation and harm: a segmented time series analysis of emergency department presentations.” *BMC Public Health* 15: 468.
11. Gwynn, S. (2018). How Strongbow hopes to crack new markets with global campaign.
12. Ha, H. (2016). “Bia Heineken Việt Nam mang hương vị táo tới Triển lãm Quốc tế Đồ uống Việt Nam 2016.” from [http://www.vba.com.vn/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27882:bia-heineken-vit-nam-mang-hng-v-tao-ti-trin-lam-quc-t-ung-vit-nam-2016&catid=143:tp-chi-thang-92016&Itemid=343](http://www.vba.com.vn/index.php?option=com_content&view=article&id=27882:bia-heineken-vit-nam-mang-hng-v-tao-ti-trin-lam-quc-t-ung-vit-nam-2016&catid=143:tp-chi-thang-92016&Itemid=343).
13. Huckle, T., P. Sweetsur, S. Moyes and S. Casswell (2008). “Ready to drinks are associated with heavier drinking patterns among young females.” *Drug Alcohol Rev* 27(4): 398-403.
14. Kraus, L., C. Metzner and D. Piontek (2010). “Alcopops, alcohol consumption and alcohol-related problems in a sample of German adolescents: is there an alcopop-specific effect?” *Drug Alcohol Depend* 110(1-2): 15-20.
15. Leeming, D., M. Hanley and S. LYTTLE (2002). “Young People’s Images of Cigarettes, Alcohol and Drugs “ *Drugs: Education, Prevention & Policy* 9(2): 169-185.
16. Marczinski, C. A. and M. T. Fillmore (2014). “Energy drinks mixed with alcohol: what are the risks?” *Nutr Rev* 72 Suppl 1: 98-107.
17. Mart, S. M. (2011). “Alcohol marketing in the 21st century: new methods, old problems.” *Subst Use Misuse* 46(7): 889-892.
18. Metzner, C. and L. Kraus (2008). “The impact of alcopops on adolescent drinking: a literature review.” *Alcohol Alcohol* 43(2): 230-239.
19. Precieuse, K., V. Kumar, S. Suri, Y. Gat and K. A. (2018). “Alcopops: a global perspective on the new category of alcoholic beverage.” *Drugs and Alcohol Today Vol. 18(Issue: 4): 272-280.*

20. Roemer, A. and T. Stockwell (2017). “Alcohol Mixed With Energy Drinks and Risk of Injury: A Systematic Review.” *J Stud Alcohol Drugs* 78(2): 175-183.
21. Ruggieri, L. (2015). *Alcopops: sweet, cheap and dangerous to use*. California, Alcohol Justice.
22. Siegel, M., A. J. Ayers, W. DeJong, T. S. Naimi and D. H. Jernigan (2015). “Differences in alcohol brand consumption among underage youth by age, gender, and race/ethnicity - United States, 2012.” *J Subst Use* 20(6): 430-438.
23. Singh, S. (2018). *Overview report. Cider Market by Product (Apple Flavored, Fruit Flavored, and Perry), Distribution Channel (On-trade and Off-trade), and Packaging (Draught, Cans, Glass Bottles, Plastic Bottles, and Others) - Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2017-2023*. UK, Allied Market Research.
24. Skov, S. J., T. N. Chikritzhs, K. Kypri, P. G. Miller, W. D. Hall, M. M. Daube and A. R. Moodie (2011). “Is the “alcopops” tax working? Probably yes but there is a bigger picture.” *Med J Aust* 195(2): 84-86.
25. US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture (2015). *2015-2020 Dietary Guidelines for American*. US Department of Health and Human Services and US Department of Agriculture. Wasington DC.
26. VicHealth (2014). *YOUNG CIDER DRINKERS PRONE TO BINGEING, SURVEY OF 6000 AUSSIES SHOWS*, VicHealth.
27. Villa, K. (2019). *The Oxford Companion to Beer definition of flavored malt beverage*. *Craft Beer and Brewing Magazine*. Colorado.
28. Wall, M., S. Casswell and L. C. Yeh (2017). “Purchases by heavier drinking young people concentrated in lower priced beverages: Implications for policy.” *Drug Alcohol Rev* 36(3): 352-358.
29. WHO (2001). *Global alcohol status: Alcohol and young people*. Geneva, WHO.
30. WHO (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva, WHO.

## HẬU QUẢ CỦA RƯỢU BIA ĐỐI VỚI HỘ GIA ĐÌNH TẠI VIỆT NAM

*TS. Hoàng Thị Mỹ Hạnh<sup>5</sup>, ThS. Vũ Thị Minh Hạnh<sup>6</sup>,  
ThS. Vũ Thị Mai Anh<sup>5</sup>, ThS. Hoàng Ly Na<sup>5</sup>, ThS. Tường Duy Trinh<sup>7</sup>,  
CN. Vũ Mạnh Cường<sup>5</sup> và CS*

### TÓM TẮT:

*Nhằm cung cấp bằng chứng về các hậu quả xã hội của sử dụng rượu bia đối với hộ gia đình, năm 2017, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã triển khai nghiên cứu “Hậu quả của sử dụng rượu bia đối với hộ gia đình tại Việt Nam”. Nghiên cứu được thực hiện tại 8 tỉnh, thành phố. Kết quả nghiên cứu cho thấy:*

*Trong 12 tháng qua, 88,5% và 46,2% hộ gia đình có ít nhất một người uống rượu bia và một người uống rượu bia ở mức nguy hại; 41,7% hộ gia đình có ít nhất một người uống rượu bia ở mức nguy hại là trụ cột kinh tế của gia đình. Gần 27% hộ tự báo cáo đã trải qua ít nhất một trong số 15 hậu quả gây ra bởi người uống rượu bia là người trong hoặc ngoài gia đình; 25% hộ chịu tác hại từ người trong gia đình gây ra; 3% chịu tác hại do người ngoài hộ gia đình gây ra.*

*Trong số các hộ gia đình có hai thành viên trở lên và có ít nhất một người uống rượu bia, 29% hộ đã chịu ít nhất một tác hại từ việc uống rượu bia của thành viên trong hộ; 11% đến 16% hộ đã gặp phải các vấn đề gia đình nghiêm trọng gồm: bạo lực gia đình, người uống rượu bia không đủ sức khỏe hoặc không muốn lao động tạo thu nhập; hôn nhân và các mối quan hệ trong gia đình bị ảnh hưởng.*

*Từ góc độ hộ gia đình, việc có thành viên trong hộ sử dụng rượu bia ở mức nguy hại liên quan chặt chẽ đến nguy cơ chịu tác hại nói chung; Hộ gia đình ở các vùng kém phát triển về kinh tế - xã hội hơn, đặc biệt là hộ mà chủ hộ là người dân tộc thiểu số, chịu hậu quả nhiều hơn hộ gia đình ở vùng Đồng bằng sông Hồng, sông Cửu Long và Nam Trung Bộ.*

*So với các loại hình hậu quả khác, bạo lực gia đình liên quan đến rượu bia là loại hình hậu quả chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố hơn và tương đồng với xu hướng bất bình đẳng về kinh tế xã hội trong tác hại của rượu bia ở nhiều nước, đó là xuất hiện nhiều hơn ở hộ gia đình có hoàn cảnh kinh tế - xã hội thấp hơn (mức sống, giáo dục, dân tộc, mức phát triển kinh tế - xã hội của khu vực sinh sống).*

**Từ khóa:** hộ gia đình, rượu bia, hậu quả/ tác hại.

<sup>5</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>6</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>7</sup> Phòng Thông tin - Thư viện, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng rượu bia không hợp lý không chỉ dẫn đến các hậu quả về sức khỏe đối với người sử dụng mà còn gây ra nhiều hậu quả xã hội khác, đặc biệt đối với gia đình và cộng đồng [1, 2]. Từ năm 2008 đến nay, nghiên cứu về tác hại của rượu bia đến người xung quanh cho thấy việc sống cùng một thành viên sử dụng nhiều rượu bia có thể làm tăng nguy cơ chịu một số tác hại liên quan đến rượu bia từ người xung quanh của các mối cá nhân [3-6].

Chiến lược phòng ngừa và giảm thiểu tác hại của rượu bia toàn diện bao gồm các biện pháp can thiệp không chỉ hướng tới cá nhân người uống, mà còn đối với gia đình và cộng đồng xung quanh [7, 8]. Tuy nhiên, trong 5 thập kỷ qua, nghiên cứu dịch tễ học về cách thức sử dụng rượu bia và các tác hại liên quan chủ yếu được phân tích từ góc độ cá nhân, đặc biệt là cá nhân người sử dụng rượu bia. Đối với hộ gia đình, việc phòng ngừa và khắc phục các hậu quả của rượu bia đòi hỏi có sự chia sẻ nguồn lực của toàn gia đình, đặc biệt là ở các quốc gia có độ bao phủ an sinh xã hội thấp. Bằng chứng về mức độ và các yếu tố liên quan đến tác hại của rượu bia ở cấp độ gia đình là cơ sở để thiết kế các biện pháp phòng ngừa và giảm thiểu tác hại liên quan đến rượu bia mang tính tổng thể.

Việt Nam đang phải đối mặt với sự gia tăng nhanh chóng về mức độ tiêu thụ rượu trên đầu người, từ 3,8 lít cồn nguyên chất trong giai đoạn 2003-2005 lên 8,3 lít giai đoạn 2015-2017, mức cao thứ 2 ở Đông Nam Á, thứ 3 ở Châu Á [9]. Tỷ lệ người trưởng thành uống rượu bia và sử dụng rượu bia ở mức nguy hại tăng nhanh sau 5 năm 2010 - 2015 [10, 11]. Tác hại đối với sức khỏe [12] và tác hại từ việc sử dụng rượu bia của những người xung quanh

đối với trẻ em và người trưởng thành ở mức cao so với nhiều quốc gia khác [4, 13]. Năm 2017, Viện Chiến lược và Chính sách y tế triển khai Nghiên cứu “*Hậu quả của sử dụng rượu bia đối với hộ gia đình tại Việt Nam*” nhằm cung cấp bằng chứng về mức độ phổ biến và ước tính tổn thất về kinh tế của việc sử dụng rượu bia và một số hậu quả liên quan đối với hộ gia đình trong xây dựng và vận động Dự thảo Luật Phòng chống tác hại của rượu bia. Bài báo này giới thiệu một phần kết quả của Nghiên cứu nêu trên, với mục tiêu ước tính tỷ lệ hộ gia đình gặp phải một số hậu quả từ việc sử dụng rượu bia của thành viên trong và ngoài hộ gia đình trong 12 tháng qua và xác định các yếu tố liên quan.

## II. PHƯƠNG PHÁP

### Thiết kế, cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Điều tra hộ gia đình này là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu cụm 4 giai đoạn phân tầng theo khu vực thành thị và nông thôn. *Giai đoạn 1*, 6 tỉnh được chọn ngẫu nhiên từ sáu vùng kinh tế - xã hội, cùng với hai thành phố đô thị lớn là Hà Nội và Hồ Chí Minh được chọn chủ đích nhằm bao phủ các thành phố đông dân nhất cả nước. *Giai đoạn 2*, ở mỗi tỉnh/ thành phố được chọn, chọn 5 xã (nông thôn) và 5 phường/thị trấn theo phương pháp chọn mẫu xác suất với quy mô dân số (số hộ gia đình của xã/phường). *Giai đoạn 3*, tại mỗi cụm xã/phường được chọn, chọn ngẫu nhiên ba thôn/làng/tổ dân phố. *Cuối cùng*, tại mỗi thôn/tổ dân phố khối được chọn, chọn 10 hộ theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

Áp dụng công thức tính mẫu một tỷ lệ, cỡ mẫu ước tính là 2400 hộ, với giả định tỷ lệ hộ

gia đình chịu tác hại của rượu bia từ 1,5- 15%, sai số chấp nhận d từ 0.007 đến 0.021; hiệu lực thiết kế DE=2 và tỷ lệ phiếu không hoàn thành/hợp lệ là 4%.

Tổng cộng, 2.400 hộ gia đình đã được chọn từ 16 tầng nông thôn/ thành thị. Khi một hộ gia đình từ chối tham gia hoặc không có người trả lời (n = 239), hộ gia đình tiếp theo được chọn thay thế. 2.394 cuộc phỏng vấn trực tiếp đã được hoàn thành.

Nghiên cứu được phê duyệt đạo đức bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y tế công cộng, Việt Nam và Đại học Hoàng tử Songkla, Thái Lan. Các cuộc phỏng vấn chỉ tiến hành khi có sự chấp thuận tham gia của đại diện hộ gia đình.

### **Đo lường đặc điểm sử dụng rượu bia và các hậu quả liên quan đến rượu bia của HGD**

**Về đặc điểm sử dụng rượu bia của hộ gia đình:** 5 chỉ số đo lường gồm hộ gia đình có ít nhất 1 người (1) sử dụng rượu bia trong năm qua và (2) trong tháng qua (*có sử dụng rượu bia= có ít nhất một lần uống từ 10g cồn nguyên chất trở lên trong 1 lần uống trong thời gian hồi cứu*); (3) sử dụng rượu bia ở mức nguy hại (*có ít nhất 1 lần uống từ 60 gam cồn nguyên chất trở lên trong 30 ngày qua*), có ít nhất 1 người trụ cột kinh tế; (4) sử dụng rượu bia trong năm qua và (5) sử dụng rượu bia ở mức nguy hại.

Một thành viên am hiểu về mức độ sử dụng rượu bia của các thành viên trong hộ sẽ trả lời một số câu hỏi (từ bộ câu hỏi WHO STEP 3.1 [14] để xác định đặc điểm sử dụng rượu bia của từng thành viên từ 11 tuổi trở lên của hộ. Trong trường hợp người đại diện không nắm được

thông tin đặc điểm uống rượu bia của thành viên vắng mặt, điều tra viên tiếp tục liên hệ với hộ gia đình để xác nhận câu trả lời.

**Mười lăm loại hình tác hại của rượu bia** được phân thành 5 nhóm: (1) tác hại có thể dẫn đến chi phí cho các hộ gia đình; (2) bạo lực giữa các cá nhân - gồm bạo lực do thành viên trong hộ và bạo lực do người ngoài hộ gây ra, (3) ảnh hưởng đến hôn nhân và các mối quan hệ gia đình - gồm ly hôn/ly thân... (4) uống rượu bia không hoàn thành vai trò gia đình và (5) cơ hội phát triển bị mất đi (Chi tiết xem bảng 2). Với từng tác hại, hộ gia đình báo cáo trong 12 tháng qua đã trải nghiệm ít nhất một lần tác hại được xác định là đã chịu hậu quả đó. Hộ gia đình xác nhận đã trải nghiệm ít nhất một trong 15 tác hại được xác định là hộ gia đình chịu ít nhất 1 tác hại của rượu bia.

### **Thu thập, quản lý và phân tích số liệu**

Tại mỗi hộ, người cung cấp thông tin chính là 01 đại diện của hộ gia đình - người nắm thông tin chủ yếu của hộ. Điều tra viên sử dụng máy tính bảng để phỏng vấn trên phiếu nhập đã được lập trình nhằm hạn chế tối đa tình trạng missing thông tin.

Đơn vị phân tích là hộ gia đình. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 13.1. Mô hình hồi quy logistic theo phương pháp backward được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ chịu tác hại từ việc sử dụng rượu bia của hộ gia đình. Do xác suất chọn hộ khác nhau theo tầng chọn mẫu nên tất cả các phân tích đều được gia quyền nhằm tránh sai lệch so với thực trạng của quần thể. Kết quả trình bày trong báo cáo này tính trên 24.280.319 hộ gia đình trong mẫu đã gia quyền.



### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm của hộ gia đình

##### 1.1 Đặc điểm kinh tế - xã hội của các hộ gia đình

2/3 ba số hộ ở nông thôn; 11,3% là hộ nghèo và cận nghèo; 18,2% có chủ hộ là nữ; 10,7% hộ có chủ hộ đã hoàn thành ít nhất là giáo dục đại học; 87,6% có chủ hộ là người Kinh. Quy mô hộ trung bình là 4,1 người.

Trong nghiên cứu này, một số hậu quả thuộc phạm vi gia đình (chỉ xuất hiện ở gia đình có từ hai người trở lên trong đó có ít nhất 1 người uống rượu bia trong 12 tháng qua, chiếm 87,9% mẫu nghiên cứu đã gia quyền). Các phân tích đa biến nhằm xác định yếu tố ảnh hưởng được thực hiện trong nhóm hộ gia đình này. Đặc điểm kinh tế, xã hội của các hộ này cũng được mô tả trong Bảng 1.

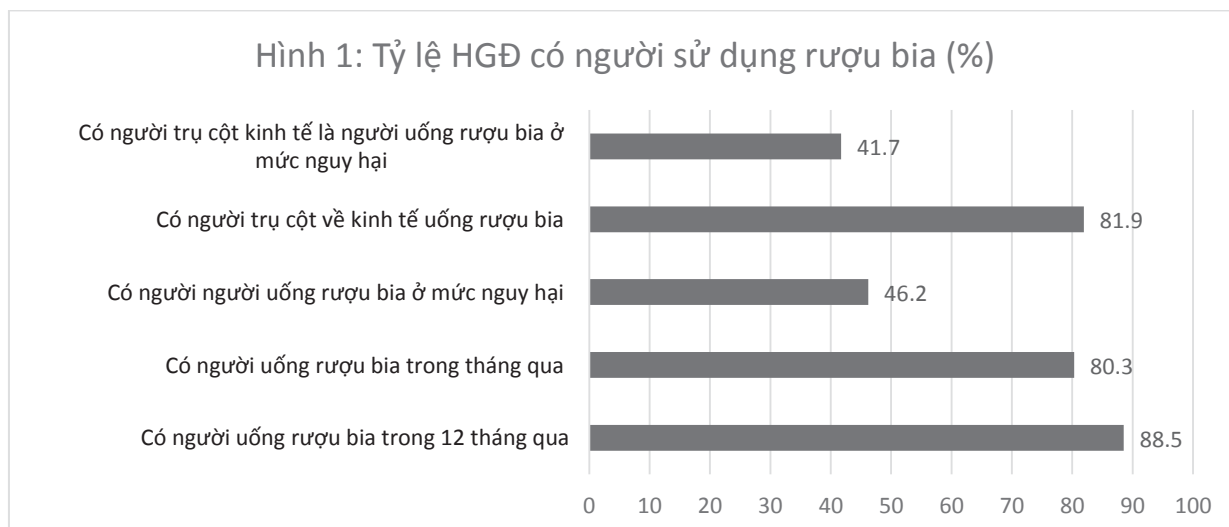
**Bảng 1. Đặc điểm của hộ gia đình trong mẫu nghiên cứu và hộ gia đình (HGD) có người sử dụng rượu bia (RB) trong 12 tháng qua (%)**

Đặc điểm của HGD	Tất cả HGD (%)	HGD có ít nhất 2 người trong đó có 1 người sử dụng RB (%)
<b>Mức sống theo phân loại của chính quyền địa phương</b>		
Nghèo/Cận nghèo	11,3	10,4
Khác (khá giả hơn)	88,7	89,6
<b>Học vấn của chủ hộ</b>		
Cấp 1 hoặc thấp hơn	32,0	31,0
Cấp 2/cấp 3	57,3	58,7
Cao đẳng trở lên	10,7	10,3
<b>Dân tộc của chủ hộ</b>		
Kinh	87,6	87,0
Khác	12,4	13,0
<b>Giới tính của chủ hộ</b>		
Nữ	18,2	16,5
Nam	81,8	83,5
<b>Quy mô hộ (bình quân)</b>		
Số nhân khẩu	4,17	4,28
Số nam giới 18 tuổi trở lên	1,52	1,58
Số nữ giới 18 tuổi trở lên	1,56	1,56
Số trẻ em dưới 18 tuổi	1,1	1,15
<b>Vùng</b>		
1-Đồng bằng sông Hồng	23,9	23,7
2-Trung du và miền núi phía Bắc	12,1	12,6
3-Bắc Trung bộ và DH miền Trung	21,3	22,4
4-Tây Nguyên	5,6	5,4
5-Đông Nam bộ	18,1	17,3
6-Đồng bằng sông Cửu Long	19,1	18,7

### 1.2 Đặc điểm sử dụng rượu bia của hộ gia đình

Tỷ lệ hộ gia đình có người sử dụng rượu bia trong 12 tháng qua, trong tháng qua và có người trụ cột về kinh tế hộ sử dụng rượu bia rất

cao (tương ứng 88,5, 80,3 và 81,9%). Ngoài ra, 46,2 và 41,7% hộ có người sử dụng ở mức nguy hại và có người trụ cột kinh tế là người sử dụng rượu bia ở mức nguy hại (Hình 1)



## 2. Mức độ phổ biến của tác hại của rượu bia đối với hộ gia đình

### 2.1 Tỷ lệ hộ gia đình chịu tác hại của rượu bia

Bảng 2 mô tả tỷ lệ hộ gia đình phải chịu hậu quả liên quan đến rượu bia theo 5 nhóm tác hại cũng như chi tiết đối với từng loại tác hại trong 12 tháng qua.

Nhóm tác hại phổ biến nhất là người uống rượu bia không thể hoàn thành/thực hiện vai trò

đối với gia đình của họ (với 16,6% HGD chịu ảnh hưởng này), đặc biệt là vai trò kiếm sống và các công việc nhà khác (lần lượt là 12,2 và 14,7%); Tiếp theo là nhóm hậu quả ảnh hưởng đến hôn nhân/ mối quan hệ gia đình (13,1%) và bạo lực cá nhân (11,4%). Gần 7% hộ phải đối mặt với tác hại có thể dẫn đến tổn thất về kinh tế và chi phí hộ (chấn thương không gây tử vong đã xảy ra với 3,8% hộ gia đình). Nhóm tác hại ít xảy ra nhất (dưới 1%) là cơ hội học tập, công việc bị ảnh hưởng.

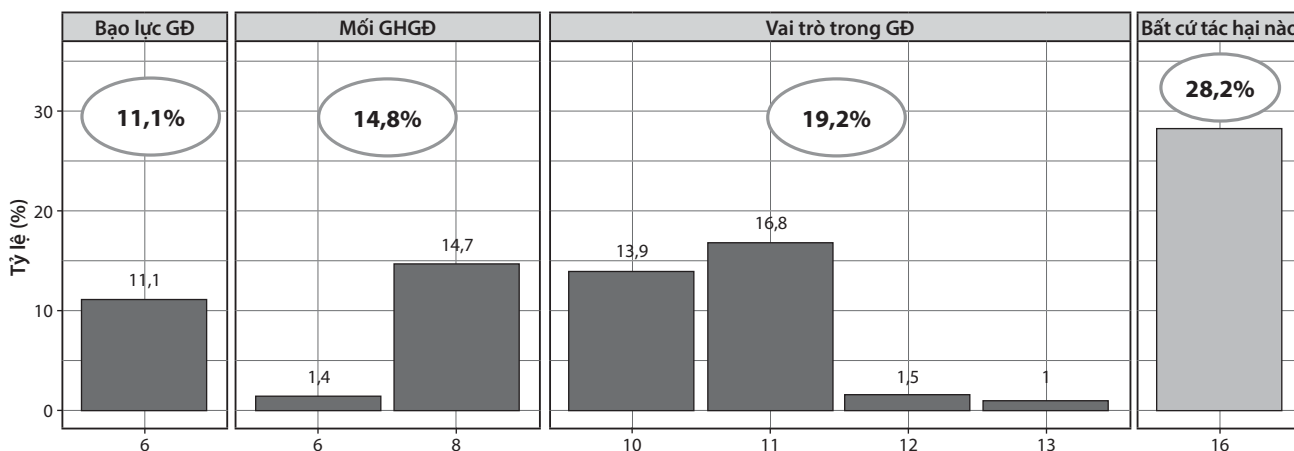
**Bảng 2. Tỷ lệ HGD chịu các tác hại của rượu bia 12 tháng qua**

STT	Hậu quả từ việc sử dụng rượu bia của người trong/ngoài HGD	%	95% CI
	<b>Tác hại có thể dẫn đến chi phí cho hộ gia đình</b>	<b>6,9</b>	<b>(5.7, 8.4)</b>
1	Thương tích không tử vong (hậu quả cấp tính về sức khỏe)	3,8	(2.9, 5.1)
2	Tai nạn không gây thương tích nhưng dẫn đến thiệt hại về tài sản hoặc tài chính (bao gồm cả trường hợp người say rượu bia gây thiệt hại về tài sản/đồ dùng gia đình)	2,1	(1.4, 3.0)
3	Người uống rượu trong gia đình đã gây thương tích hoặc tai nạn cho người ngoài và phải trả tiền đền bù	0,3	(0.1, 0.5)
4	Thành viên hộ uống rượu bia vi phạm luật pháp và phải chi trả các khoản phí pháp lý, tiền phạt	0,5	(0.23, 0.9)
5	Dành thời gian lao động có thu nhập để chăm sóc người say rượu bia	2,3	(1.5, 3.4)
	<b>Bạo lực cá nhân</b>	<b>11,4</b>	<b>(9.0, 14.2)</b>
6	Bạo lực gia đình	1,9	(1.4, 2.4)
7	Bạo lực do người ngoài gia đình gây ra	9,7	(7.4, 12.6)
	<b>Ảnh hưởng đến hôn nhân/ mối quan hệ gia đình</b>	<b>13,1</b>	<b>(10.7, 16.0)</b>
8	Ly hôn/ly thân	1,3	(0.9, 1.9)
9	Quan hệ giữa các thành viên bị ảnh hưởng (cãi vã, không nói chuyện, không gặp nhau, không ăn cùng nhau)	13,0	(10.5, 15.8)
	<b>Người uống rượu bia không thực hiện trách nhiệm gia đình:</b>	<b>16,6</b>	<b>(14.0, 20.3)</b>
10	Không muốn, không đủ sức khỏe để kiếm sống	12,2	(10.0, 14.9)
11	Không muốn/không đủ sức khỏe để đảm đương công việc gia đình	14,7	(12.1, 17.8)
12	Gia đình không còn đủ tiền mua lương thực, thực phẩm vì việc uống rượu bia của thành viên trong hộ	1,3	(0.8, 2.2)
13	Các khoản chi thiết yếu dành cho trẻ em bị ảnh hưởng do chi phí tiêu dùng rượu bia	0,9	(0.5, 1.5)
	<b>Cơ hội phát triển bị ảnh hưởng</b>	<b>0,8</b>	<b>(0.04, 1.4)</b>
14	Thành viên HGD phải bỏ học vì không có khả năng chi trả học phí/khoản đóng góp do việc sử dụng rượu bia hoặc hậu quả liên quan đến sử dụng rượu bia do người trong/ngoài HGD gây ra	0,2	(0.07, 0.5)
15	Thành viên HGD bị sa thải, mất việc làm/bỏ việc vì uống nhiều rượu bia	0,6	(0.3, 1.2)
	<b>Ít nhất 1 hậu quả (1+)</b>	<b>26,6</b>	<b>(22.7, 30.8)</b>

### 2.3. Các vấn đề gia đình do thành viên hộ uống rượu bia gây ra

Trong số hộ gia đình có từ 2 thành viên trở lên và ít nhất một thành viên uống rượu bia, 28,2% hộ cho biết đã xuất hiện một hoặc nhiều

vấn đề gia đình liên quan đến rượu bia. Các vấn đề nghiêm trọng như người uống rượu bia gây bạo lực gia đình, không muốn, không đủ sức khỏe để kiếm sống khá phổ biến, xảy ra ở 11,1 và 13,9% HGD.



8- Ly hôn/ly thân; 9- Quan hệ giữa các thành viên bị ảnh hưởng, 10- Không muốn, không đủ sức khỏe để kiếm sống, 11- Không muốn/không đủ sức khỏe để đảm đương công việc gia đình, 12- Gia đình không còn đủ tiền mua lương thực, thực phẩm vì việc uống rượu bia của thành viên trong hộ; 13- Các khoản chi thiết yếu dành cho trẻ em bị ảnh hưởng do phải chi phí tiêu dùng rượu bia

**Hình 2: Tỷ lệ hộ gia đình báo cáo gặp phải các vấn đề gia đình do thành viên hộ uống rượu bia gây ra**

### 3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ chịu tác hại từ việc sử dụng rượu bia

Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa địa bàn cư trú (thành thị/nông thôn), quy mô hộ, số lượng nam giới hay nữ giới trong hộ với nguy cơ chịu ảnh hưởng bất cứ tác hại nào hay nhóm tác hại nào của rượu bia đối với hộ gia đình. Bảng 3 phản ánh các yếu tố liên quan đến 4 hậu quả/nhóm hậu quả (1) chịu ít nhất 1 trong 15 hậu quả, (2) chịu tác hại có thể dẫn đến chi phí cho HGD, (3) bạo lực gia đình và (4) người uống rượu bia trong hộ không đủ sức khỏe/không muốn lao động để tạo thu

nhập. Hai vấn đề gia đình (bạo lực gia đình và (4) người uống rượu bia trong hộ không đủ sức khỏe/không muốn lao động để tạo thu nhập) được phân tích trên mẫu là các hộ gia đình có 2 người trở lên và ít nhất 1 người trong hộ có uống rượu bia trong 12 tháng qua.

Có 6 yếu tố ảnh hưởng đến khả năng xuất hiện bạo lực gia đình do thành viên hộ gây ra đó là mức sống, học vấn của chủ hộ, số người cao tuổi trong hộ, có người uống rượu bia ở mức nguy hại trong hộ và dân tộc của chủ hộ và vùng kinh tế - xã hội hộ sinh sống, trong đó mối liên quan giữa đặc điểm dân tộc của chủ hộ (Kinh/người dân tộc thiểu số) và bạo lực

gia đình còn tùy thuộc khu vực kinh tế - xã hội. Bạo lực gia đình có nguy cơ xuất hiện nhiều hơn ở hộ gia đình nghèo/cận nghèo, chủ hộ có học vấn thấp, hộ người Kinh hoặc dân tộc thiểu số ở 3 vùng kém phát triển hơn (Trung du miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, Bắc Trung Bộ & DH miền Trung); ở 3 vùng này, bạo lực gia đình xảy ra nhiều hơn ở hộ người DTTS so với hộ người Kinh trên cùng địa bàn. Có người cao tuổi là yếu tố bảo vệ hộ gia đình trước bạo lực gia đình liên quan đến rượu bia.

Với 2 nhóm tác hại (1) Chịu ít nhất 1 trong 15 hậu quả, (2) chịu tác hại có thể dẫn đến chi phí cho hộ gia đình hai yếu tố học vấn của chủ hộ, số người cao tuổi trong hộ và mức sống

không ảnh hưởng đến nguy cơ chịu tác hại này; 3 yếu tố liên quan là có người uống rượu bia ở mức nguy hại trong hộ, dân tộc của chủ hộ và khu vực kinh tế - xã hội hộ cư trú, với xu hướng tương quan tương đồng như đối với bạo lực gia đình.

Ngoài 2 yếu tố “dân tộc của chủ hộ” và “vùng kinh tế xã hội”, có người uống rượu bia ở mức nguy hại cũng là yếu tố dự báo việc xuất hiện tình trạng người uống rượu bia trong hộ không đủ sức khỏe/không muốn lao động để tạo thu nhập; tuy nhiên mối liên quan này bị ảnh hưởng bởi mức sống: chỉ xuất hiện đối với hộ có mức sống khá giả hơn.

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ chịu tác hại - Kết quả Hồi quy đa biến theo phương pháp back-ward**

YẾU TỐ	Bất cứ tác hại nào		Tác hại tài chính		Bạo lực gia đình		Không đủ sức khỏe/ không muốn lao động	
	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh	OR hiệu chỉnh
<b>Mức sống:</b> Khác (ref)								
Nghèo/Cận nghèo								
<b>Học vấn của chủ hộ:</b> Cao đẳng + (ref)								
Cấp 2/Cấp 3								
Tiểu học hoặc thấp hơn								
<b>Số người cao tuổi</b>								
Vùng KT/XH và dân tộc của chủ hộ: chủ hộ người Kinh ở ĐBSH (ref)	1**	1***	1***	1***	1***	1***	1*	1*
20- Chủ hộ người Kinh ở Trung du MNPB	3,66 (1,88, 7,14)	4,80 (1,36, 16,94)	4,80 (1,36, 16,94)	4,71 (1,91, 11,60)	4,71 (1,91, 11,60)	4,71 (1,91, 11,60)	8,65 (1,69,44,18)	8,65 (1,69,44,18)
21- Chủ hộ người DTTS ở Trung du MNPB	3,52 (1,83, 6,77)	6,10 (1,98, 18,77)	6,10 (1,98, 18,77)	8,78 (3,6, 21,36)	8,78 (3,6, 21,36)	8,78 (3,6, 21,36)	8,41 (1,58,44,79)	8,41 (1,58,44,79)
30- Chủ hộ người Kinh ở BTB và DHMT	2,33 (1,00, 5,42)	3,73 (1,26, 11,03)	3,73 (1,26, 11,03)	6,63 (2,53, 17,39)	6,63 (2,53, 17,39)	6,63 (2,53, 17,39)	4,38 (,84, 22,80)	4,38 (,84, 22,80)
31- Chủ hộ người DTTS ở BTB và DHMT	18,9 (7,80, 45,65)	16,69 (5,61, 49,66)	16,69 (5,61, 49,66)	28,27 (12,70, 63,0)	28,27 (12,70, 63,0)	28,27 (12,70, 63,0)	8,93(1,70, 46,93)	8,93(1,70, 46,93)
40- Chủ hộ người Kinh ở Tây Nguyên	2,36 (1,07, 5,22)	2,86 (0,80, 10,23)	2,86 (0,80, 10,23)	8,34 (3,33, 20,90)	8,34 (3,33, 20,90)	8,34 (3,33, 20,90)	4,15 (,77, 22,35)	4,15 (,77, 22,35)
41- Chủ hộ người DTTS ở Tây Nguyên	9,56 (3,90, 23,43)	12,12 (4,12, 35,69)	12,12 (4,12, 35,69)	36,0 (12,3, 106,10)	36,0 (12,3, 106,10)	36,0 (12,3, 106,10)	9,23(1,80, 47,22)	9,23(1,80, 47,22)
50- Chủ hộ người Kinh ở Đông Nam Bộ	1,47 (0,73, 2,95)	2,86 (0,95, 8,60)	2,86 (0,95, 8,60)	3,0 (1,25, 7,30)	3,0 (1,25, 7,30)	3,0 (1,25, 7,30)	1,05 (0,21, 5,31)	1,05 (0,21, 5,31)
51- Chủ hộ người DTTS ở Đông Nam Bộ	1,97 (0,22, 17,32)	1,26 (0,10, 16,53)	1,26 (0,10, 16,53)	2,59 (0,43, 15,70)	2,59 (0,43, 15,70)	2,59 (0,43, 15,70)	0,55 (0,03, 9,41)	0,55 (0,03, 9,41)
60- Chủ hộ người Kinh ở ĐBSCL	1,56 (0,68, 3,58)	2,17 (0,61, 7,74)	2,17 (0,61, 7,74)	3,07(1,28, 7,38)	3,07(1,28, 7,38)	3,07(1,28, 7,38)	2,81 (0,59, 13,31)	2,81 (0,59, 13,31)
<b>Người uống RB ở mức nguy hại:</b> Không (ref)	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***	1***
Có	6,71 (4,73, 9,52)	3,3 (2,06, 5,31)	3,3 (2,06, 5,31)	4,31(2,54, 7,34)	4,31(2,54, 7,34)	4,31(2,54, 7,34)	7,61 (3,09, 18,76)	7,61 (3,09, 18,76)
<b>Người uống RB ở mức nguy hại và mức sống:</b> <i>Hộ khá giả hơn không có người uống nguy hại (ref)</i>								
Hộ khá giả hơn có người uống nguy hại								
Hộ nghèo/cận nghèo không có người uống nguy hại								
Hộ nghèo/cận nghèo có người uống nguy hại								

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hộ gia đình có thành viên uống rượu bia trong tháng trước, uống rượu bia ở mức nguy hại rất cao, tương đồng với hình thái uống rượu bia ở cấp độ cá nhân trong cuộc Điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam năm 2015 với 80% nam giới trưởng thành và 12% nữ giới trưởng thành là những người uống rượu vào tháng trước và 44,2% nam giới là người uống ở mức nguy hại [11].

Tỷ lệ hộ gia đình chịu tác hại do người trong và ngoài hộ uống rượu bia gây là khá lớn. Trong 15 loại hậu quả, tỷ lệ hộ gia đình gặp phải các vấn đề xã hội và gia đình ở mức nghiêm trọng khá cao như bạo lực gia đình (9,7% tổng số mẫu và 11,1% gia đình có ít nhất một người uống rượu bia); người uống rượu bia không thể/không muốn lao động tạo thu nhập (12,2% trong tổng thể hộ gia đình và 17% gia đình có người uống rượu bia).

Mặc dù một số hậu quả về mặt xã hội trong nghiên cứu này chỉ xuất hiện trong phạm vi gia đình, do thành viên hộ gia đình sử dụng rượu bia gây ra cho thành viên khác trong hộ nhưng lại tác động bất lợi đến toàn xã hội. Cụ thể: tỷ lệ không nhỏ các hộ gia đình có ít nhất một người uống rượu bia không muốn/không có đủ sức khỏe để làm việc tạo thu nhập đã ảnh hưởng đến lực lượng và năng suất lao động của toàn xã hội. Ngoài ra, vấn đề này cũng đòi hỏi Chính phủ phải đáp ứng nhu cầu phúc lợi và an sinh xã hội đối với nạn nhân của các chất gây nghiện. Kết quả nghiên cứu cũng gợi ý vẫn còn gánh nặng vô hình khác như chất lượng cuộc sống của gia đình và các nạn nhân, đặc biệt là bản thân người mẹ bị bạo lực gia đình hoặc con của họ bị bạo lực gia đình, vợ hoặc chồng của

những người nghiện rượu bia đến mức không làm việc để tạo thu nhập cho gia đình [15]. Với 2% hộ gia đình có thành viên phải chịu các hình thức bạo lực cá nhân nghiêm trọng (đe dọa và tấn công dẫn đến ảnh hưởng về sức khỏe tâm thần hoặc thể chất) cũng phản ánh mối lo ngại về an ninh công cộng và tội phạm liên quan đến rượu bia đang ngày càng phổ biến. Những hậu quả này cũng yêu cầu cần phát triển các dịch vụ hỗ trợ nạn nhân của các ngành chức năng như y tế, công an, bảo trợ xã hội.

Chúng tôi chưa tìm thấy công bố nghiên cứu về mức độ phổ biến của các hậu quả của rượu bia từ góc độ hộ gia đình. So với nghiên cứu ở cấp độ cá nhân năm 2012, tỷ lệ tổn hại ở cấp độ hộ gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương hoặc cao hơn đối với hai hậu quả sau: Ảnh hưởng đến hôn nhân/mối quan hệ gia đình (13.1 so với 8.1%); Không muốn/không đủ sức khỏe để đảm đương công việc gia đình (14,7 so với 14,4%) [16].

Phát hiện của nghiên cứu này phù hợp với xu hướng về tình trạng bất bình đẳng kinh tế và xã hội trong tác hại của sử dụng rượu bia. Điều kiện kinh tế - xã hội (mức sống, dân tộc, giáo dục) thấp là yếu tố làm gia tăng nguy cơ chịu một số hậu quả liên quan đến rượu bia [4, 17, 18, 19]. Ở góc độ hộ gia đình, có người uống rượu bia ở mức nguy hại là yếu tố dự báo mạnh mẽ nguy cơ chịu các tác hại nêu trên, với OR hiệu chỉnh dao động từ 4 -7. Phát hiện này cũng tương đồng với kết luận của nhiều nghiên cứu ở cấp độ cá nhân rằng có một thành viên sử dụng nhiều rượu bia trong gia đình làm tăng nguy cơ chịu tác hại của cá nhân đó: như tác hại đối với trẻ em ở Úc, các vấn đề gia đình (đánh nhau, ảnh hưởng đến hôn nhân, gặp phải khó khăn tài chính) ở Mỹ, bạo lực giữa bạn đời và không

đảm bảo an ninh lương thực gia đình ở Brazil, tác hại từ việc sử dụng rượu bia của người xung quanh ở các quốc gia trong dự án hợp tác nghiên cứu WHO/ThaiHealth [3, 20-22].

Bạo lực gia đình là hậu quả chịu tác động của nhiều yếu tố liên quan nhất, trong đó phần lớn là các yếu tố về điều kiện kinh tế - xã hội như được tổng kết trong các phân tích trên phương diện cá nhân. Nghiên cứu này bổ sung thêm một yếu tố từ góc độ hộ gia đình: người cao tuổi là yếu tố bảo vệ gia đình khỏi nguy cơ bạo lực gia đình liên quan đến rượu bia. Có thể lý giải điều này trong bối cảnh văn hóa, xã hội của Việt Nam: tiếng nói của người cao tuổi (ông bà) trong các gia đình nhiều thế hệ được con cháu tôn trọng và tuân thủ.

Ngoài sai số nhớ lại (recall bias), nghiên cứu này có một số hạn chế khác. Cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn để ước tính các hậu quả với tỷ lệ hiện mắc thấp (<1,5%). Mức độ phổ biến của bạo lực gia đình liên quan đến rượu bia có thể chưa được phản ánh đầy đủ do 40,7% số người được hỏi là nam giới trong khi tỷ lệ nam

giới xác nhận có hậu quả này trong gia đình mình (7,6%) thấp hơn nhiều so với người trả lời là nữ (13,5%) (OR = 1,8, p = 0,028).

## **V. KẾT LUẬN**

Từ góc độ hộ gia đình, các hậu quả xã hội liên quan đến rượu bia xảy ra khá phổ biến ở Việt Nam với hơn 1/4 hộ gia đình trải nghiệm ít nhất một tác hại. Với hộ gia đình có hai thành viên trở lên và có ít nhất một người uống rượu bia, hơn 28% hộ đã xảy ra các vấn đề gia đình bởi việc uống rượu bia của thành viên trong hộ. Ít nhất 6,9% hộ gia đình gặp phải các tác hại có thể gây tổn thất kinh tế và tài chính. Hộ gia đình có người uống rượu bia ở mức nguy hại, hộ gia đình ở các vùng kinh tế - xã hội bất lợi hơn (hộ người Kinh và đặc biệt là người dân tộc thiểu số) là đối tượng cần được can thiệp nhằm dự phòng và hỗ trợ giảm tác hại liên quan. Nghiên cứu góp phần minh chứng rượu bia đã và đang đe dọa hạnh phúc và sự phát triển bền vững của các hộ gia đình, là rào cản kìm hãm sự phát triển bền vững của xã hội.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva; 2018.
2. WHO. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva; 2014.
3. Callinan S, Rankin G, Room R, Stanesby O, Rao G, Waleewong O, et al. Harms from a partner's drinking: an international study on adverse effects and reduced quality of life for women. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019;45(2):170-8.
4. Laslett AM, Rankin G, Waleewong O, Callinan S, Hoang HT, Florenzano R, et al. A Multi-Country Study of Harms to Children Because of Others' Drinking. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(2):195-202.
5. Ramstedt M, Sundin E, Moan IS, Storvoll EE, Lund IO, Bloomfield K, et al. Harm Experienced from the Heavy Drinking of Family and Friends in the General Population: A Comparative Study of Six Northern European Countries. *Subst Abuse*. 2015;9(Suppl 2):107-18.
6. Callinan S. Alcohol's harm to others: An international collaborative project. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2016.
7. WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva; 2010.
8. Babor T. Alcohol: no ordinary commodity--a summary of the second edition. *Addiction*. 2010;105(5):769-79.
9. WHO. Total consumption, projected estimates for 2016 by country. The World Health Organization: Geneva, Switzerland, WHO; 2018.
10. Van Bui T, Blizzard CL, Luong KN, Van Truong NL, Tran BQ, Otahal P, et al. Alcohol Consumption in Vietnam, and the Use of 'Standard Drinks' to Measure Alcohol Intake. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(2):186-95.
11. MOH. National survey on the risk factors of non-communicable disease (STEPS) Viet Nam 2015. Hanoi; 2016.
12. IHME. IHME data- GBD Results Tool. 2018.
13. Stanesby O, Callinan S, Graham K, Wilson IM, Greenfield TK, Wilsnack SC, et al. Harm from Known Others' Drinking by Relationship Proximity to the Harmful Drinker and Gender: A Meta-Analysis Across 10 Countries. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(9):1693-703.
14. WHO. The STEPS Instrument and Support Materials. Geneva, Switzerland, WHO2011. Available from: <http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/en/>.
15. Chand P CS. Distressing behaviors of alcohol dependence patients: A study from India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2010;3(1):12-5.
16. Hanh HTM, Hanh VTM. Harms to others from drinking in Vietnam. Report to ThaiHealth/WHO project. Ha Noi, Viet Nam: Health Strategy and Policy Institute; 2015.
17. Grittner U, Kuntsche S, Graham K, Bloomfield K. Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):597-605.
18. Waleewong O, Laslett AM, Chenhall R, Room R. Harm from others' drinking-related aggression, violence and misconduct in five Asian countries and the implications. *Int J Drug Policy*. 2018;56:101-7.
19. Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, Gray L, Leyland AH. Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*. 2017;2(6):e267-e76.

20. Moraes CL, Marques ES, Reichenheim ME, Ferreira MF, Salles-Costa R. Intimate partner violence, common mental disorders and household food insecurity: an analysis using path analysis. *Public Health Nutr.* 2016;19(16):2965-74.
21. Abramsky T WC, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen H, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health.* 2011.
22. Greenfield TK, Karriker-Jaffe KJ, Kaplan LM, Kerr WC, Wilsnack SC. Trends in Alcohol's Harms to Others (AHTO) and Co-occurrence of Family-Related AHTO: The Four US National Alcohol Surveys, 2000-2015. *Subst Abuse.* 2015;9(Suppl 2):23-31.

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU TRONG NƯỚC VỀ TÌNH TRẠNG NGHIỆN INTERNET CỦA VỊ THÀNH NIÊN

CN. Vũ Mạnh Cường<sup>8</sup>

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong vài thập kỷ gần đây, Internet đã trở thành một phần thiết yếu trong đời sống xã hội, là công cụ rất quan trọng trong giao tiếp và tương tác xã hội. Từ khi xuất hiện đến nay, số lượng người sử dụng Internet gia tăng ngày càng nhanh cùng với hành vi sử dụng Internet trong một thời gian dài, với tần suất cao dẫn đến tình trạng nghiện Internet. Nghiện Internet là một trạng thái sức khỏe mới và được định nghĩa bởi sự rối loạn của hàng loạt các vấn đề liên quan đến hành vi và kiểm soát. Nghiện Internet để lại những hậu quả trước mắt và lâu dài cho cá nhân người sử dụng và xã hội. Đối với cá nhân, nghiện Internet có thể tăng nguy cơ mắc các bệnh về mắt, béo phì. Ngoài ra, nghiện Internet còn ảnh hưởng không nhỏ đến các sinh hoạt cá nhân, kết quả học tập, làm việc của người sử dụng. Đối với xã hội, người nghiện Internet tìm mọi cách để có thể tiếp cận và vô tình hoặc cố ý gây nên các hành động vi phạm pháp luật [2] [4].

Bài báo này trình bày tổng quan tài liệu trong nước về tình trạng nghiện Internet của vị thành niên.

## 1. Thực trạng nghiện Internet của vị thành niên

Theo báo cáo của Điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ 2 (SAVY 2), 61% người trả lời trong độ tuổi từ 15-24 có sử dụng Internet (trong đó 11% đối tượng sử dụng Internet tại nhà), cao hơn rất nhiều so với báo cáo SAVY 1 (chỉ có 17,3% thanh thiếu niên sử dụng Internet). Nếu ở SAVY 1 bình quân 3 ngày những người có sử dụng Internet mới dành khoảng 1 giờ để truy cập, thì ở SAVY 2 mỗi ngày mỗi người có sử dụng Internet đã dành hơn một giờ để vào mạng Internet [10]. Năm 2014, nghiên cứu của

Nguyễn Thị Mai Phương tại trường THPT Kim Thành, Hải Dương chỉ ra rằng 97% học sinh THPT đã và đang sử dụng Internet, 57,8% học sinh biết đến và sử dụng Internet ở độ tuổi dưới 12. Đa số đều sử dụng Internet thường xuyên, tỷ lệ truy cập Internet hàng ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (45,1%), sử dụng hầu hết các ngày trong tuần 3-5 ngày (21,5%) [11].

Tuy vậy, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng nghiện Internet ở đối tượng vị thành niên, đặc biệt là học sinh THPT. Các nghiên cứu chủ yếu dừng lại ở thống kê thực trạng sử dụng, mục đích sử dụng Internet, nghiện game online của vị thành niên và học sinh THPT,

<sup>8</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

hoặc nghiện Internet ở nhóm đối tượng lớn tuổi hơn (sinh viên). Ở đối tượng sinh viên, Nguyễn Thị Minh Phương (2014) thực hiện nghiên cứu cắt ngang trên 357 sinh viên trường Đại học Ngoại thương, sử dụng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet của Young (IAT,  $\geq 25$  điểm: nghiện Internet). Kết quả cho thấy 40,3% sinh viên bị nghiện Internet, trung bình mỗi người sử dụng Internet 3,03 giờ/ngày [12].

Năm 2011, Lê Minh Công sử dụng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet (IAT,  $\geq 31$  điểm: nghiện Internet) và bộ câu hỏi chẩn đoán nghiện Internet của Young (IADQ,  $\geq 5/8$  triệu chứng: nghiện Internet), thực hiện nghiên cứu trên 391 học sinh THCS tại TP. Biên Hòa. Kết quả cho thấy tỷ lệ nghiện Internet ở học sinh THCS là 12,3%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nghiện Internet giữa khối trường dân lập và công lập, giữa nam và nữ [5]. Cũng theo tác giả này khi mở rộng nghiên cứu trên đối tượng là học sinh THCS và THPT, sinh viên và thanh thiếu niên trong cộng đồng của tỉnh Đồng Nai vào năm 2013, tỷ lệ nghiện Internet là 10,09%, trong đó tỷ lệ nghiện Internet ở thành thị cao gần gấp 2 lần so với nông thôn và miền núi (11,56%/5,95% và 5,75%). Trong 72,8% đối tượng nghiện Internet thì nam cao gấp 3 lần so với nữ [6].

Năm 2015, Trần Xuân Bách và cộng sự sử dụng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet của Young được hiệu chỉnh bởi Pawlikowski (bao gồm 12 câu hỏi,  $\geq 36$  điểm: nghiện Internet) đo lường trên 566 thanh thiếu niên trong độ tuổi 15-25 ở 2 trường đại học và 2 trường THPT, phát hiện thấy 21,2% thanh thiếu niên nghiện Internet, trong đó tỷ lệ nghiện Internet của nam cao hơn so với nữ (23,6%/19,7%). Những người có mức sống của gia đình thấp/rất thấp có tỷ lệ nghiện Internet cao hơn 2,2 lần so với

nhóm có mức sống của gia đình trung bình/cao (61,3%/ 27,9%) [1].

### ***1.1.1. Tác hại của nghiện Internet tới vị thành niên***

*Ảnh hưởng về thể chất:* Nghiên cứu của Lê Minh Công và cộng sự đã chỉ ra một số triệu chứng về sức khỏe thể chất do nghiện Internet như: đau nhức mắt, mỏi lưng, mệt mỏi và khó ngủ. 92,3% người nghiện Internet báo cáo thường xuyên bị các tình trạng đau nhức mắt và 96,7% thường xuyên bị mệt mỏi, mỏi lưng. Tỷ lệ người nghiện Internet gặp khó khăn khi ngủ ở mức rất cao (97,5%). Những người nghiện Internet thường cắt giảm thời gian ăn, ngủ hay học tập để có thời gian nhiều hơn cho Internet. Thời gian gần đây xuất hiện không ít những trường hợp vị thành niên, thanh niên ngất bên máy tính phải vào nhập viện trong tình trạng kiệt sức do sử dụng Internet trong thời gian quá lâu [9].

Đồng quan điểm với kết quả nghiên cứu trên, Melvyn W.B. Zhang và cộng sự nhận thấy những người nghiện Internet gặp khó khăn về giấc ngủ nhiều hơn so với những người không nghiện Internet. Trung bình 1 người nghiện Internet đang gặp khó khăn về giấc ngủ trung bình 2-3 lần mỗi tuần. Những người nghiện Internet có xu hướng đánh giá mức độ nghiêm trọng của các vấn đề liên quan đến giấc ngủ gần đây nhất cao hơn so với người không nghiện Internet [7].

Ngoài ra, nghiên cứu của Trần Xuân Bách và cộng sự trên thanh thiếu niên Việt Nam chỉ ra rằng người nghiện Internet gặp các vấn đề về tự chăm sóc bản thân, khó thực hiện công việc hàng ngày. Vì thế, nghiện Internet là yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống liên quan đến

sức khỏe (HRQOL) nghèo ở thanh thiếu niên Việt Nam [1].

Có thể thấy rằng, một số ảnh hưởng về mặt thể chất của nghiện Internet đã được chỉ ra trong các nghiên cứu tại Việt Nam, như đau nhức mắt, mệt mỏi, mỏi lưng, gặp các vấn đề khi ngủ ảnh hưởng tới việc tự chăm sóc bản thân và thực hiện các công việc hàng ngày.

Ảnh hưởng về tinh thần: Bên cạnh các ảnh hưởng về mặt thể chất, nghiện Internet còn ảnh hưởng tới tinh thần của người sử dụng, đặc biệt trong lứa tuổi vị thành niên. Kết quả nghiên cứu của Lê Minh Công và cộng sự chỉ ra rằng những người nghiện Internet có xu hướng muốn ở một mình, ngại giao tiếp với người khác, vì vậy họ cũng ít gặp gỡ bạn bè và tham gia các hoạt động xã hội hơn. Họ cảm thấy lo lắng, bồn chồn khi không được sử dụng Internet và dễ nổi cáu với những người xung quanh. Hơn thế nữa, nghiện Internet có thể còn làm tăng nguy cơ mắc các chứng rối loạn khác như trầm cảm. Trong nghiên cứu của Trần Xuân Bách và cộng sự (2015), những người nghiện Internet thường xuyên bị lo lắng và dễ bị trầm cảm hơn so với nhóm không nghiện Internet ( $p < 0,05$ ) [1].

Ảnh hưởng về các khía cạnh xã hội: Nghiên cứu của Lê Minh Công và cộng sự chỉ ra rằng nghiện Internet ảnh hưởng nghiêm trọng tới việc học tập của người sử dụng, đặc biệt là học sinh. 59% người nghiện Internet có các triệu chứng kém tập trung trong học tập dẫn tới việc giảm sút học lực (53,8%) [5].

Ngoài ra các nghiên cứu cũng nhắc tới việc này sinh hình thức tội phạm mới hacker, dùng trộm tài khoản, đánh cắp thông tin [2] [12]. Nhiều đối tượng nhất là những người chưa đi làm, việc sử dụng Internet là khá tốn kém có thể vượt quá khả năng chi trả của bản

thân [12]. Để có thể duy trì được việc sử dụng Internet hàng ngày, nhiều học sinh đã sử dụng các cách bất hợp pháp như dùng trộm tài khoản của người khác. Có thể các em không ý thức được việc làm của mình trái với pháp luật và có thể sẽ dẫn tới những hành vi nguy hại hơn trong tương lai.

### **1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng nghiện Internet của vị thành niên**

Yếu tố cá nhân: Các rối loạn tâm lý của vị thành niên là một chỉ báo quan trọng và cũng là yếu tố nguy cơ của nghiện Internet. Những người có dấu hiệu trầm cảm, cô đơn dễ bị nghiện Internet hơn những người khác. Bởi những người cảm thấy cô đơn có thể tìm đến Internet như một chỗ nương tựa, nơi mà người đó có thể tạo lập ra thế giới riêng, Càng ngày các mối quan hệ trong thế giới thực mờ nhạt dần dần làm cho họ càng cảm thấy cô đơn và tập trung hơn vào thế giới ảo [5] [6].

Thêm vào đó, những người thiếu tự tin dễ bị nghiện Internet hơn, do họ thường ít giao tiếp với người xung quanh, hạn chế tham gia các hoạt động tập thể. Từ đó, họ cảm thấy bị cô lập, xa lánh và tìm đến Internet như một cách để giải thoát, tại đây họ có thể giải bày tâm sự hay bày tỏ ý kiến của bản thân mà không sợ bị lộ danh tính, không bị chỉ trích [6].

Yếu tố gia đình, bạn bè: Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Giang và cộng sự (2010) khi so sánh giữa hai nhóm bị quản lý và không bị quản lý sử dụng Internet và chơi game online, kết quả cho thấy việc không quản lý là một yếu tố nguy cơ đối với chơi game online quá mức. Đặc biệt với nhóm học sinh nam, nhóm không chịu sự quản lý của phụ huynh có nguy cơ chơi quá mức gấp 3,3 lần so với nhóm

bị quản lý [8]. Mặt khác, việc không được hướng dẫn sử dụng Internet hợp lý có thể xuất phát từ sự thiếu hiểu biết của phụ huynh về Internet [12]. Sự thiếu hiểu biết này làm giảm đi khả năng trao đổi giữa phụ huynh và con cái về những vấn đề liên quan tới Internet (những điều nên tránh khi truy cập Internet, cách tìm kiếm thông tin hiệu quả). Nhiều bậc phụ huynh chỉ suy nghĩ rằng cho con tiếp cận với Internet từ sớm là tạo điều kiện cho con phát triển, mở rộng kiến thức mà không biết đến những tác động tiêu cực của nó và bản thân họ lại không có khả năng kiểm soát con cái sử dụng Internet một cách hiệu quả.

Một điều đáng quan tâm là những đối tượng dễ mắc nghiện Internet là những người có gia đình không hòa thuận và ít khi được bố mẹ quan tâm. Khi gặp phải những hoàn cảnh như vậy, họ sẽ cảm thấy cô đơn, không thể tin ai để có thể giải bày, chia sẻ những vấn đề của bản thân, khiến họ tìm tới Internet để được giải tỏa những nỗi niềm của bản thân, thoát khỏi cuộc sống thực tại [5] [6] [9] [12].

Ngoài ra, sự rủ rờ và áp lực từ bạn bè ảnh hưởng lớn tới tình trạng nghiện Internet ở vị thành niên. Một cá nhân có thể bị mất liên lạc hoặc xa cách với bạn bè khi không tham gia sử dụng Internet cùng, cũng đồng nghĩa với việc không khẳng định được bản thân với bạn bè [5] [6] [8] [13].

*Yếu tố khác:* Ngày nay, khi mạng Internet, máy tính nối mạng, smartphone ngày càng trở nên quen thuộc đối với con người, chất lượng

mạng ngày càng được nâng cấp, sự gia tăng nhanh chóng các nhà cung cấp và kinh doanh vụ Internet làm cho vị thành niên tiếp cận dễ dàng hơn với Internet. Có thể thấy rằng quanh các trường học là rất nhiều quán điện tử Internet hoạt động liên tục tạo điều kiện cho học sinh tiếp cận bất cứ khi nào.

Việc quản lý Internet đã bắt đầu được quan tâm khi một số quy định pháp luật được đưa ra. Nghị định 72/2013/NĐ-CP ngày 15/07/2013 của Chính phủ nhằm quản lý việc cung cấp sử dụng Internet và thông tin trên mạng. Trong đó quy định về quyền và nghĩa vụ của các bên tham gia, quản lý cung cấp sử dụng Internet. Bên cạnh đó, nghị định cũng nêu lên các hành vi bị cấm khi sử dụng Internet [3]. Các quy định đã có nhưng việc giám sát thực hiện các quy định còn lỏng lẻo, chưa có chế tài đủ mạnh dẫn đến việc thực hiện chưa tốt. Nghiên cứu của Trần Thị Minh Đức và cộng sự (2013) cho thấy trong 4468 thanh thiếu niên ở 6 thành phố lớn của Việt Nam có 63,7% đối tượng đã từng chơi các game bạo lực, 27% thường xuyên và 21,3% thi thoảng bị áp lực về thời gian, sức khỏe, các hoạt động hàng ngày hay giao tiếp. Nghiên cứu cũng cho thấy 47,3% đối tượng chơi game 18+ khi dưới 18 tuổi, thậm chí 19,8% người chơi có độ tuổi dưới 16. Điều này cho thấy công tác quản lý còn thiếu chặt chẽ đặc biệt là những game bạo lực. Bên cạnh đó việc truy cập các ấn phẩm đồi trụy thông qua mạng Internet rất dễ dàng, không cần biết danh tính đã tác động không nhỏ đến việc sử dụng Internet của vị thành niên và thanh niên [13].

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bach Xuan Tran et al (2017), A study on the influence of internet addiction and online interpersonal influences on health-related quality of life in young Vietnamese, BMC Public Health. 2017; 17: 138
2. Bùi Hoài Sơn (2007), Phương tiện truyền thông mới và những thay đổi văn hóa xã hội ở Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học xã hội
3. Chính phủ (2013), Nghị định số 72/2013/NĐ-CP ngày 15/07/2013 về quản lý, cung cấp, sử dụng dịch vụ Internet và thông tin trên mạng
4. Đào Lê Hòa An (2013), Nghiên cứu về hành vi sử dụng Facebook của con người – Một thách thức mới cho tâm lý học hiện đại, Tạp chí khoa học đại học Sư phạm Tp.Hồ Chí Minh, 49, tr. 15-21
5. Lê Minh Công (2011), “Tình trạng nghiện Internet ở học sinh trung học cơ sở tại thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai”, Tạp chí Y tế Công cộng. 28(28), tr. 70-78
6. Lê Minh Công (2012), Xác định tỷ lệ và một số biểu hiện tâm lý của thanh thiếu niên nghiện Internet theo mức độ trầm trọng của Young, Tạp chí Tâm lý học, số 2(2/2014)
7. Melvyn W.B. Zhang et al (27), Internet addiction and sleep quality among Vietnamese youths, Asian Journal of Psychiatry, 28, pg. 15-20
8. Nguyễn Hoàng Giang, Đỗ Trà My, Lương Minh Tân (2010), Thực trạng chơi game online và một số yếu tố liên quan tới tình trạng chơi game online quá mức của học sinh 3 trường trung học cơ sở tại Hà Nội năm 2009, Đại học Y tế Công cộng
9. Nguyễn Ngọc Diệp và Trần Thị Minh Đức (2012), “Các kiểu sử dụng Internet và tương lai của vị thành niên”, Tâm lý học, 6(159), tr. 13-24
10. Nguyễn Thị Mai Hương và Nguyễn Đình Anh (2010), Báo cáo chuyên đề thanh thiếu niên Việt Nam với việc tiếp cận và sử dụng các phương tiện truyền thông đại chúng, Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên lần thứ 2, Hà Nội
11. Nguyễn Thị Mai Phương (2014), Thực trạng, ảnh hưởng và một số yếu tố liên quan đến sử dụng Internet của học sinh trường trung học phổ thông Kim Thành, Hải Dương năm 2014, Đại học Y tế Công cộng
12. Nguyễn Thị Minh Phương, Nguyễn Thái Quỳnh Chi (2001), Nghiên cứu ảnh hưởng của internet và truyền thông mới đến trẻ em (qua nghiên cứu trường hợp tại Hà Nội), Viện Xã hội học, Hà Nội
13. Trần Thị Minh Đức (2013), Áp lực của game bạo lực đến tâm lý của người chơi, Tâm lý học 6(171), tr. 19-29

## ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN MẮT CỦA VIỆT NAM

*ThS. Vũ Thị Minh Hạnh<sup>9</sup>, ThS. Vũ Thị Mai Anh<sup>10</sup> & CS*

### TÓM TẮT

Nhằm đánh giá thực trạng triển khai quản lý chất lượng và kết quả đạt được trong cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt sau 4 năm can thiệp của Orbis (tháng 10/2014 - 9/2018) cùng những khó khăn, thách thức hiện nay và đề xuất giải pháp tăng cường hiệu quả quản lý chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt với Orbis và các đối tác ở Việt Nam trong thời gian tới, Viện Chiến lược và Chính sách y tế (CL&CSYT) đã tiến hành nghiên cứu “Đánh giá thực trạng quản lý chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt tại một số bệnh viện mắt của Việt Nam”. Nghiên cứu này được thực hiện dưới sự tài trợ của Tổ chức Orbis tại 3 bệnh viện (BV) Mắt có nhận được sự hỗ trợ của Orbis trong tăng cường quản lý chất lượng chăm sóc mắt (BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định) và 4 BV Mắt không nhận được sự hỗ trợ của Orbis (BV Mắt Phú Thọ, BV Mắt Đà Nẵng, BV Mắt Cần Thơ và BV Mắt TP HCM).

*Kết quả nghiên cứu cho thấy:*

- *Quản lý chất lượng (QLCL) BV là một chủ trương lớn của Bộ Y tế được chỉ đạo triển khai thực hiện tại tất cả các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) trong cả nước.*
- *Orbis đã có những đóng góp quan trọng, kịp thời và thiết thực trong việc vận động chính sách giúp tạo ra khuôn mẫu, thước đo chung đầu tiên về chất lượng BV và chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt cho các cơ sở KCB trong phạm vi toàn quốc.*
- *Orbis cũng đã có những hỗ trợ kỹ thuật rất kịp thời, hữu hiệu đối với BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định thông qua nhiều hoạt động về đào tạo nâng cao năng lực, về đánh giá thực trạng chất lượng cung cấp bằng chứng cho lập Kế hoạch quản lý chất phù hợp, khả thi ...*
- *Những ích lợi mà Orbis đã mang lại cho 3 BV Mắt là đối tác rất có giá trị, bao gồm: 1) Nhận thức, thái độ và năng lực thực hiện QLCL của lãnh đạo, nhân viên y tế (NVYT) tại các BV Mắt được Orbis hỗ trợ đã có nhiều chuyển đổi tích cực giúp thực thi có hiệu quả hơn; 2) Nhận rõ những bất cập cần cải thiện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt (Orbis đã mời các chuyên gia quốc tế trực tiếp đánh giá chất lượng của BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế và BV Mắt Bình Định); 3) Hướng dẫn phương thức triển khai thực hiện QLCL dịch vụ chăm sóc mắt có hiệu quả hơn, bao gồm 7 bước; 4) Giúp tăng cường mối liên kết giữa các khoa/phòng của các*

<sup>9</sup> Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách y tế

<sup>10</sup> Phó trưởng khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách y tế



*BV trong cung cấp dịch vụ thông qua việc xây dựng các quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ; 5) Chỉ số chất lượng BV, chỉ số chất lượng dịch vụ CSM tại các BV do Orbis hỗ trợ kỹ thuật đã có nhiều chuyển biến rõ rệt, với mức tăng cao hơn so với các BV khác.*

**Từ khóa:** *thực trạng, quản lý chất lượng dịch vụ, chăm sóc mắt, bệnh viện, Việt Nam*

## 1. Đặt vấn đề

Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt của các cơ sở y tế hiện nay, đặc biệt là với các đơn vị y tế tuyến cơ sở còn có khoảng cách rất lớn so với nhu cầu chăm sóc mắt trong cộng đồng. Trong bối cảnh ngành Y tế đang đẩy mạnh việc nâng cao chất lượng dịch vụ của các cơ sở y tế, hướng tới sự hài lòng của người bệnh thì việc tăng cường cung cấp các dịch vụ cùng với việc quản lý tốt chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt là hết sức quan trọng đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc mắt trên toàn quốc. Nâng cao chất lượng chăm sóc mắt cũng là vấn đề then chốt đối với việc tồn tại và phát triển của những cơ sở này trong bối cảnh thay đổi về phương thức quản lý các đơn vị sự nghiệp y tế theo phương châm quản lý dịch vụ công, đẩy mạnh tự chủ, cổ phần hóa và hạch toán giá dịch vụ.

Trong thời gian vừa qua, công tác chăm sóc mắt, phòng chống mù lòa tại Việt Nam cũng đã nhận được sự quan tâm, hỗ trợ của các tổ chức phi chính phủ, trong đó có Orbis trong việc cam kết tăng cường chất lượng chăm sóc cho ngành y tế mắt tại Việt Nam. Từ năm 2014, chương trình hỗ trợ của Orbis đã triển khai những hoạt động góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ nhãn khoa tại Việt Nam (trước hết tập trung vào dịch vụ chăm sóc mắt trẻ em) thông qua việc thí điểm mô hình quản lý chất lượng cho hệ thống chăm sóc mắt quốc gia và vận động chính sách về QLCL trong lĩnh vực chăm sóc mắt tại Việt Nam.

Từ năm 2015, Orbis đã hỗ trợ kỹ thuật để triển khai thí điểm mô hình QLCL chăm sóc mắt tại 3 BV: BV Mắt TƯ Việt Nam, BV Mắt Huế và BV Mắt Bình Định; đồng thời cũng đã tiến hành một số hoạt động nhằm nâng cao nhận thức của các bên liên quan về chăm sóc mắt, về sự cần thiết áp dụng hệ thống QLCL quốc gia trong chăm sóc mắt. Sau 4 năm với những nỗ lực can thiệp của Orbis Việt Nam, cần thiết phải tiến hành khảo sát đánh giá tác động của những hỗ trợ kỹ thuật đối với việc cải thiện QLCL chăm sóc mắt không chỉ với các BV đối tác mà còn cả với phạm vi cấp quốc gia nhằm đề xuất các giải pháp tiếp tục thúc đẩy tăng cường QLCL dịch vụ chăm sóc mắt tại các cơ sở y tế trên toàn quốc. Được sự tài trợ của Orbis Việt Nam, Viện Chiến lược và Chính sách y tế đã tiến hành “*Đánh giá thực trạng quản lý chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt tại một số bệnh viện mắt của Việt Nam*”. Bài báo này sẽ trình bày kết quả của nghiên cứu trên về thực trạng triển khai QLCL và kết quả đạt được trong cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt sau 4 năm can thiệp của Orbis (từ tháng 10/2014 – 9/2018).

## 2. Đối tượng, địa bàn và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng, địa bàn nghiên cứu

Từ tháng 12/2018 - 6 /2019, nhóm nghiên cứu đã khảo sát tại 3 BV Mắt có nhận được sự hỗ trợ của Orbis trong tăng cường QLCL chăm sóc mắt (BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế, BV Mắt

Bình Định) và 4 BV Mắt không nhận được sự hỗ trợ của Orbis (BV Mắt Phú Thọ, BV Mắt Đà Nẵng, BV Mắt Cần Thơ và BV Mắt TP HCM).

Đối tượng nghiên cứu: 1) *Nhóm các nhà hoạch định chính sách ở cấp TU* (Lãnh đạo Bộ Y tế, Cục Quản lý KCB; Đại diện Văn phòng Orbis tại Việt Nam); 2) *Nhóm cung cấp dịch vụ* (Lãnh đạo các BV mắt; Nhân viên Phòng/đơn vị QLCL; NVYT được đào tạo về QLCL dịch vụ chăm sóc mắt; NVYT của BV tham gia vào quy trình QLCL dịch vụ chăm sóc mắt); 3) *Nhóm hưởng lợi* (Bệnh nhân sử dụng dịch vụ tại các cơ sở chăm sóc mắt).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng kết hợp hai phương pháp nghiên cứu là định lượng và định tính. Nhóm nghiên cứu đã thu thập thông tin bằng *biểu mẫu thống kê* về quá trình triển khai những hoạt động nhằm tăng cường cải thiện QLCL dịch vụ chăm sóc mắt và những kết quả đạt được tại 7 BV; *phỏng vấn sâu 19 cuộc* và *thảo luận nhóm 14 cuộc* với các nhóm đối tượng am hiểu về chủ đề nghiên cứu tại các địa bàn nghiên cứu; *phỏng vấn bằng phiếu hỏi* về sự hài lòng của 322 người bệnh/người nhà người bệnh và 325 NVYT tại 7 BV; *quan sát bằng bảng kiểm theo 83 tiêu chí* mà Bộ Y tế đã quy định về chất lượng dịch vụ tại 7 BV.

### 3. Kết quả nghiên cứu

#### 3.1. Thực trạng triển khai quản lý chất lượng bệnh viện và vai trò của Orbis trong vận động chính sách cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt

##### 3.1.1. Ban hành chính sách QLCL BV và vai trò của Orbis trong vận động chính sách

❖ *Ban hành văn bản quy phạm pháp luật về QLCL BV trong toàn Ngành*

Thảm nhuần tầm quan trọng của QLCL dịch vụ y tế đối với quá trình đổi mới hệ thống y tế ở Việt Nam; năm 2013, Bộ Y tế đã ban hành **Thông tư số 19/2013/TT-BYT** về Hướng dẫn thực hiện QLCL dịch vụ KCB tại các BV trong phạm vi cả nước. Thông tư đã quy định chi tiết về nguyên tắc, nội dung và phương thức triển khai thực hiện QLCL dịch vụ KCB. Thông tư là nền tảng pháp lý quan trọng đầu tiên của hoạt động QLCL dịch vụ y tế ở Việt Nam [3]. Ngay sau đó, Bộ Y tế đã ban hành **Quyết định số 4858/2013/QĐ-BYT** quy định Bộ Tiêu chí chất lượng BV Việt Nam, phiên bản 1.0. Bộ tiêu chí này có 83 tiêu chí đã tạo ra khuôn mẫu chung về chất lượng để tất cả các BV trong cả nước cùng phấn đấu để hướng tới [2]. Sau 3 năm triển khai thực hiện; đến cuối năm 2016, Bộ Y tế tiếp tục ban hành **Quyết định số 6858/2016/QĐ-BYT** quy định Bộ Tiêu chí chất lượng BV Việt Nam, phiên bản 2.0 trên cơ sở điều chỉnh bổ sung một số nội dung của Bộ Tiêu chí chất lượng BV Việt Nam, phiên bản 1.0 [5].

**Có thể thấy,** sau khi Thông tư 19/2013/TT-BYT được ban hành, hoạt động QLCL dịch vụ KCB đã được đồng loạt triển khai thực hiện tại tất cả các BV trong cả nước. Việc đo lường kết quả thực hiện 83 tiêu chí chất lượng BV cũng đã trở thành hoạt động thường niên trong toàn Ngành và là tiêu chí quan trọng đánh giá kết quả, hiệu quả hoạt động, bình xét danh hiệu thi đua hàng năm của từng BV trong cả nước.

❖ *Những đóng góp của Orbis trong vận động chính sách QLCL dịch vụ chăm sóc mắt*

Chỉ sau 6 tháng kể từ khi Thông tư 19/2013/TT-BYT được ban hành; từ tháng 6 – 9/2014, Orbis Việt Nam đã xúc tiến việc vận động Orbis quốc tế và Orbis Ấn Độ quan tâm hỗ trợ, chia sẻ kinh nghiệm về QLCL BV cho các đối

tác Việt Nam trong đó có Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế - đơn vị chịu trách nhiệm quản lý nhà nước và tham mưu ban hành các chính sách có liên quan đến lĩnh vực này. Đặc biệt, từ tháng 11/2016- 8/2018, Orbis Việt Nam đã trực tiếp hỗ trợ cho việc xây dựng và ban hành Bộ chỉ số chất lượng chăm sóc mắt được áp dụng rộng rãi trong phạm vi cả nước.

**Như vậy**, với sự hỗ trợ của Orbis, lần đầu tiên ở Việt Nam các BV Mắt đã có được chuẩn mực chung, thước đo chung về chất lượng dịch vụ. Sự đồng hành của Orbis cùng Bộ Y tế và mạng lưới các cơ sở chăm sóc mắt trong toàn quốc là rất kịp thời và có ý nghĩa thiết thực đối với việc vận động chính sách về QLCL dịch vụ y tế trong đó có dịch vụ chăm sóc mắt.

### 3.1.2. *Quá trình triển khai thực hiện QLCL dịch vụ KCB tại các BV Mắt và vai trò của Orbis trong hỗ trợ kỹ thuật*

#### 3.1.2.1. Thực trạng triển khai QLCL tại các BV Mắt:

##### ➤ *Phổ biến, quán triệt về việc triển khai thực hiện QLCL dịch vụ chăm sóc mắt*

Có 6/7 BV Mắt được khảo sát đã tiến hành phổ biến, quán triệt đến toàn thể lãnh đạo, viên chức, người lao động trong đơn vị về sự cần thiết và phương thức thực hiện QLCL BV. Hình thức phổ biến rất đa dạng, phong phú, bao gồm: Tổ chức hội nghị chuyên đề, lồng ghép trong giao ban BV, lồng ghép trong sinh hoạt chuyên môn, đăng tải trên mạng nội bộ, phát tài liệu về các đơn vị... Tuy nhiên, tại thời điểm khảo sát chỉ có BV Mắt – Răng Hàm Mặt, TP. Cần Thơ là chưa triển khai phổ biến chủ trương QLCL trong toàn đơn vị.

##### ➤ *Kiến toàn mạng lưới quản lý chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt*

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Thông tư số 19/2013/TT-BYT, mạng lưới QLCL BV đã được thiết lập và kiện toàn tại 7 BV thuộc địa bàn khảo sát. Cụ thể:

**Thành lập Phòng/Tổ QLCL:** 7/7 BV đã thành lập Phòng/Tổ QLCL, tuy nhiên có sự khác biệt giữa các BV về mô hình tổ chức và thời điểm thành lập. Trong 7 BV chỉ có duy nhất BV Mắt TP. Hồ Chí Minh, đơn vị QLCL là bộ phận độc lập trực thuộc Ban Giám đốc tương đương với các Khoa/Phòng khác trong BV. Các BV còn lại, bộ phận QLCL có vị thế thấp hơn, trực thuộc 1 phòng chức năng nào đó (Phòng KHTH hoặc là Phòng Điều dưỡng). Đa số nhân lực của bộ phận QLCL là kiêm nhiệm chỉ có BV Mắt TƯ, BV Mắt TP.HCM, BV Mắt Bình Định là có nhân viên chuyên trách tuy nhiên số lượng nhân lực cả chuyên trách và kiêm nhiệm hiện cũng đang rất khác nhau giữa các BV, không dựa theo quy mô giường bệnh. Chẳng hạn như BV Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ chỉ có 60 giường bệnh (Mắt: 45 giường bệnh, Răng Hàm Mặt: 15 giường bệnh) mà Tổ QLCL có 8 thành viên trong khi BV Mắt Bình Định có 110 giường bệnh thực kê mà chỉ có 3 thành viên, BV Mắt Huế có 96 giường bệnh thực kê cũng chỉ có 4 thành viên.

**Thành lập Hội đồng QLCL:** Hội đồng QLCL cũng đã được thành lập tại cả 7/7 BV thuộc địa bàn khảo sát cùng với thời điểm thành lập bộ phận thường trực (Phòng/Tổ QLCL). Hội đồng bao gồm các thành viên trong Ban Giám đốc BV và lãnh đạo các Khoa/Phòng trong toàn BV. Hội đồng có quy chế hoạt động với sự phân công trách nhiệm cụ thể cho từng thành viên và được kiện toàn hàng năm.

**Thành lập Mạng lưới QLCL:** Mạng lưới QLCL cũng được thành lập cùng với thời điểm ra đời của bộ phận thường trực (Phòng/

Tổ QLCL) và Hội đồng QLCL. Tùy theo quy định từng BV mà mỗi khoa/phòng sẽ huy động từ 1 – 2 nhân viên y tế tham gia kiêm nhiệm vào mạng lưới này. Kết quả khảo sát tại các BV cho thấy, sự ra đời và duy trì hoạt động của bộ phận thường trực về QLCL cùng Hội đồng QLCL và Mạng lưới QLCL đã góp phần tạo dựng, thu hút sự quan tâm và đồng thuận trong toàn đơn vị cùng hướng tới một mục tiêu chung là cải tiến chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt. Tuy nhiên, hiệu quả đạt được trong thực tế là rất khác nhau tùy thuộc vào mô hình tổ chức và quy chế hoạt động của mạng lưới này trong từng BV.

➤ *Tập huấn luyện nâng cao năng lực về QLCL dịch vụ chăm sóc mắt:*

**Đối với thành viên của Phòng/Tổ QLCL:** 7/7 BV được khảo sát đều đã tập huấn cho nhân viên tham gia bộ phận thường trực về QLCL BV. Các lớp tập huấn có thể do cán bộ của Sở Y tế, Bộ Y tế, Trường Đại học Y tế Công cộng hoặc do chuyên gia quốc tế trực tiếp giảng dạy (với 3 BV Mắt được hưởng lợi từ Orbis). Đồng thời các BV Mắt cũng đã tiến hành tập huấn cho bộ phận thường trực QLCL về 10 tiêu chí chất lượng của dịch vụ chăm sóc mắt (trừ BV Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ).

**Đối với thành viên tham gia Hội đồng QLCL và Mạng lưới QLCL:** 6/7 BV đã được tập huấn về QLCL BV và chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt, trừ BV Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ. BV Mắt TP. Hồ Chí Minh đã mời giảng viên của Trường Đại học Y tế Công cộng, chuyên gia của Cục Quản lý KCB vào giảng bài. BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế và BV Mắt Bình Định được Orbis hỗ trợ mời chuyên gia của Bộ Y tế và chuyên gia quốc tế tập huấn.

**Đối với NVYT trong BV:** Một số BV Mắt được khảo sát cũng đã tiến hành tập huấn về

QLCLBV cho nhân viên trong đơn vị theo phương thức TOT.

Có thể thấy, hoạt động tập huấn về QLCL BV và chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt đã được các BV Mắt chú trọng thực hiện trong những năm gần đây với nhiều hình thức, nội dung đa dạng, phong phú nhằm nâng cao kiến thức, tạo sự chuyển đổi về thái độ, hành vi của các bộ phận và cá nhân trong toàn BV đối với việc cải tiến chất lượng vì sự hài lòng của người bệnh và sự phát triển vị thế, thương hiệu của từng đơn vị. Đáng chú ý, với các BV được Orbis hỗ trợ, hoạt động tập huấn về QLCL BV được thực hiện với nội dung toàn diện và cụ thể hơn với sự tham gia giảng dạy, chia sẻ kinh nghiệm của cả chuyên gia trong nước và chuyên gia quốc tế ngay tại môi trường BV và ở các BV nước ngoài.

➤ *Đánh giá hiện trạng, phát hiện những bất cập về chất lượng dịch vụ CSM*

Để triển khai thực hiện có hiệu quả việc QLCL dịch vụ chăm sóc mắt, cần thiết phải xây dựng được kế hoạch khả thi trên cơ sở nhận diện và phân tích thấu đáo về những hạn chế, bất cập mà đơn vị đang gặp phải. Trong số 7 BV chỉ có 3 BV được Orbis hỗ trợ mời chuyên gia quốc tế đến đánh giá chất lượng và chỉ ra những bất cập cụ thể cần phải được cải tiến với từng tiêu chí trong Bộ chỉ số CLB (BV Mắt trung ương, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định). Đây sẽ là căn cứ hữu hiệu giúp 3 BV lập kế hoạch QLCL phù hợp với nhu cầu cần cải tiến trong thực tế của từng đơn vị. Các BV không được hưởng lợi từ Orbis thường lập kế hoạch QLCL hàng năm dựa trên những phản ánh của người bệnh thông qua kết quả đo lường hài lòng.

➤ *Xây dựng kế hoạch QLCL dịch vụ chăm sóc mắt, xác định các lĩnh vực trọng tâm cần ưu tiên*

Kết quả khảo sát cho thấy, kế hoạch QLCL được các BV xây dựng hàng năm trên cơ sở chính sách chất lượng đã được từng BV xác định và phổ biến, quán triệt trong toàn đơn vị. Chẳng hạn như, BV Mắt Bình Định đã xác định tôn chỉ về chất lượng của BV là “*An toàn, hiệu quả, chất lượng với đội ngũ nhân viên chuyên nghiệp, môi trường thân thiện*”.

Thời điểm ban hành kế hoạch QLCL tại các BV gắn liền với thời điểm ra đời của các Phòng/Tổ QLCL, Hội đồng QLCL và Mạng lưới QLCL. Trong số 7 BV được khảo sát, BV Mắt TƯ và BV mắt TP. Hồ Chí Minh đã có hơn 6 năm ban hành kế hoạch QLCL (2014 – 2019). BV Mắt Đà Nẵng, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định đã ban hành kế hoạch QLCL của 4 năm (2016 – 2019), BV Mắt Phú Thọ đã ban hành kế hoạch QLCL trong 2 năm (2018 – 2019) và BV Mắt Cần Thơ mới ban hành kế hoạch QLCL trong 1 năm (2019).

Nội dung của kế hoạch QLCL tại mỗi BV tùy theo bối cảnh thực tế của đơn vị mà có thể không đồng nhất giữa các năm do việc xác định nhiệm vụ trọng tâm khác nhau để đáp ứng nhu cầu cần cải tiến chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt. Chẳng hạn như với *BV Mắt TP. Hồ Chí Minh*, trên cơ sở phân tích những vấn đề không hài lòng của người bệnh được đo lường vào cuối năm 2018 đã xác định 5 giải pháp trọng tâm cần thực hiện trong kế hoạch QLCL năm 2019, đó là: (1) Nâng cao kỹ năng giao tiếp, không để nhân viên y tế lôi kéo người bệnh ra các cơ sở KCB ngoài công lập, (2) Cải tiến quy trình KCB, đơn giản hóa thủ tục hành chính, rút ngắn thời gian chờ đợi, (3) Đảm bảo an ninh trật tự trong BV, (4) Nhà vệ sinh sạch sẽ, (5) Chủ động duy trì việc thường xuyên xin ý kiến người bệnh.

Với 3 BV được Orbis hỗ trợ, kế hoạch QLCL chú trọng đến các lĩnh vực cần phải cải tiến theo những khuyến nghị đã được đề xuất trong Báo cáo đánh giá chất lượng do nhóm chuyên gia quốc tế thực hiện.

➤ *Ban hành các quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ (SOPs):*

Kết quả khảo sát cho thấy, hiện chỉ có 3 BV Mắt được Orbis hỗ trợ kỹ thuật là triển khai được hoạt động này mặc dù vẫn còn nhiều khó khăn, trở ngại. Trong đó BV Mắt Bình Định đã xây dựng và ban hành được 35 quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ, BV Mắt Huế đã xây dựng và ban hành được 24 quy trình. BV Mắt TƯ đã xây dựng được một số quy trình chuẩn và đang chờ kết quả thẩm định để ban hành. Với 4 BV còn lại hiện đang áp dụng các quy trình chuẩn về chuyên môn kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành và chưa có cách tiếp cận về xây dựng quy trình chuẩn trong quản lý dịch vụ.

➤ *Giám sát, đánh giá:*

Cùng với những nỗ lực trong triển khai thực hiện QLCL, các BV Mắt được khảo sát cũng đã chú trọng đến việc giám sát, đánh giá đối với lĩnh vực hoạt động này. Có 4 BV đã thành lập Tổ giám sát thực hiện QLCL, đó là: BV Mắt TƯ, BV Mắt Đà Nẵng, BV Mắt Bình Định và BV Mắt TP. Hồ Chí Minh. Các BV còn lại có tiến hành giám sát, đánh giá về QLCL nhưng lồng ghép trong giám sát các hoạt động khác của đơn vị. Định kỳ giám sát, đánh giá của các BV về QLCL thường được thực hiện theo quý.

**Tóm lại**, trong những năm gần đây thực hiện chủ trương của Bộ Y tế, mạng lưới các cơ sở KCB trong cả nước trong đó có các BV Mắt đã tích cực triển khai hoạt động QLCL. Sự cần thiết và phương thức thực hiện QLCL đã được phổ biến, quán triệt sâu rộng đến các bộ phận

trong từng BV. Mô hình tổ chức và nhân lực thực thi hoạt động này đã ngày càng được kiện toàn và tăng cường. Hoạt động đào tạo, tập huấn nâng cao năng lực cũng đã được nhiều BV Mắt đặc biệt chú trọng. Việc xây dựng kế hoạch QLCL hàng năm được thực hiện trên cơ sở phân tích bối cảnh và nhu cầu thực tiễn của từng BV.

**Đáng chú ý**, với 3 BV Mắt được Orbis hỗ trợ kỹ thuật, việc triển khai hoạt động QLCL đa dạng, bài bản và hữu hiệu hơn, nhất là đối với hoạt động tập huấn nâng cao năng lực, đánh giá thực trạng cung cấp bằng chứng cho lập kế hoạch và xây dựng quy trình chuẩn trong quản lý dịch vụ (SOPs).

### 3.1.2.2. Vai trò của Orbis trong hỗ trợ kỹ thuật

- *Những hoạt động hỗ trợ của Orbis đối với các BV Mắt là đối tác*

Orbis đã tổ chức các khóa tập huấn về đánh giá chất lượng do giảng viên của BV Dr. Schroff và của Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế trình bày vào tháng 11/2015; Tổ chức Hội thảo Lập kế hoạch đánh giá chất lượng cho 3 BV Mắt với sự hỗ trợ kỹ thuật từ chuyên gia của BV Dr. Schroff và của Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế vào tháng 12/2015; Tổ chức Hội thảo về xây dựng quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ chăm sóc mắt cho BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định và BV Mắt Bà Rịa – Vũng Tàu với sự hỗ trợ kỹ thuật từ chuyên gia của BV Dr. Schroff và của Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế vào tháng 6/ 2015.

- *Nâng cao nhận thức thông qua việc trang bị kiến thức* cho lãnh đạo BV, bộ phận chuyên trách về QLCL và lãnh đạo các khoa/phòng của BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định về QLCL BV và sự cần thiết

phải cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt cũng như phương thức thực hiện, đặc biệt là đối với việc xây dựng các quy trình chuẩn trong quản lý dịch vụ (SOPs) mà cho đến nay Bộ Y tế vẫn chưa có văn bản hướng dẫn nên các BV Mắt khác vẫn chưa có cách hiểu đúng về khái niệm này nên chưa triển khai thực hiện được. Nhiều BV hiện đang còn có sự nhầm lẫn, chưa phân định được sự khác nhau giữa 2 khái niệm: quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ và quy trình chuẩn về chuyên môn kỹ thuật.

- *Giúp các BV Mắt là đối tác nhận rõ những bất cập cần cải thiện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt.* Orbis đã mời các chuyên gia quốc tế trực tiếp đánh giá chất lượng của BV Mắt TƯ, BV Mắt Huế và BV Mắt Bình Định. Báo cáo đánh giá chất lượng và khuyến nghị đã được phản ánh lại với từng BV. Cụ thể: (1) BV Mắt TƯ: Cần chuẩn bị phác đồ và quy trình chuyên môn cho tất cả các khoa lâm sàng và phi lâm sàng; cần xây dựng cơ chế giám sát phát hiện sai sót, cần xây dựng các chỉ số quản lý thực hành, cần thực hiện đúng quy định về phân loại rác thải, NVYT chưa tuân thủ hướng dẫn vệ sinh tay... (2) BV Mắt Huế: Chưa có quy trình hướng dẫn, xử trí tình huống khẩn cấp; cần xây dựng cơ chế giám sát sai sót; cần xây dựng các chỉ số quản lý thực hành; một số dụng cụ chưa được chuẩn bị sẵn sàng trong phòng mổ; chưa có văn bản quy định về thực hành an toàn,... (3) BV Mắt Bình Định: Cần đào tạo thường xuyên, định kỳ cho nhân viên kiểm soát nhiễm khuẩn, cần xây dựng các chỉ số để đo lường hiệu suất hoạt động của BV, phân loại và xử lý rác thải chưa đúng quy định, chưa có hướng dẫn sách tra cứu tên biệt dược...

Như vậy, đây sẽ là những bằng chứng quan trọng giúp từng BV xác định được những giải pháp trọng tâm trong lập kế hoạch QLCL phù hợp với yêu cầu của đơn vị mình.

- *Hướng dẫn phương thức triển khai thực hiện QLCL dịch vụ chăm sóc mắt có hiệu quả hơn*, bao gồm 7 bước: 1) Đánh giá thực trạng; (2) Xác định tầm nhìn về QLCL; (3) Kiện toàn cơ cấu tổ chức; (4) Đào tạo nâng

cao năng lực; (5) Xây dựng quy trình chuẩn; (6) Thực hiện 10 chỉ số về chất lượng dịch vụ CSM; (7) Xây dựng cơ chế giám sát, đánh giá, phản hồi kết quả giám sát...

- *Giúp tăng cường mối liên kết giữa các khoa/phòng của các BV trong cung cấp dịch vụ thông qua việc xây dựng các quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ.*

**\*\*)** “... Nhờ có sự hỗ trợ của Orbis mà hoạt động quản lý chất lượng của BV vừa đảm bảo cả chiều rộng, chiều sâu mà lại đi vào giải quyết được các vấn đề thực chất hơn...”

*(Ý kiến trong thảo luận nhóm Lãnh đạo BV và lãnh đạo khoa/phòng BV Mắt Bình Định)*

Kết quả khảo sát cho thấy, **Orbis có vai trò quan trọng trong hỗ trợ kỹ thuật về QLCL đối với 3 BV được hưởng lợi.** Hoạt động QLCL ở những BV này được thực hiện bài bản hơn, phong phú và hữu hiệu hơn so với các BV khác thuộc địa bàn nghiên cứu, nhất về tập huấn nâng cao năng lực, lập kế hoạch QLCL dựa trên bằng chứng và xây dựng quy trình chuẩn SOPs...

### **3.2. Sự chuyển biến về chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt và những đóng góp của Orbis**

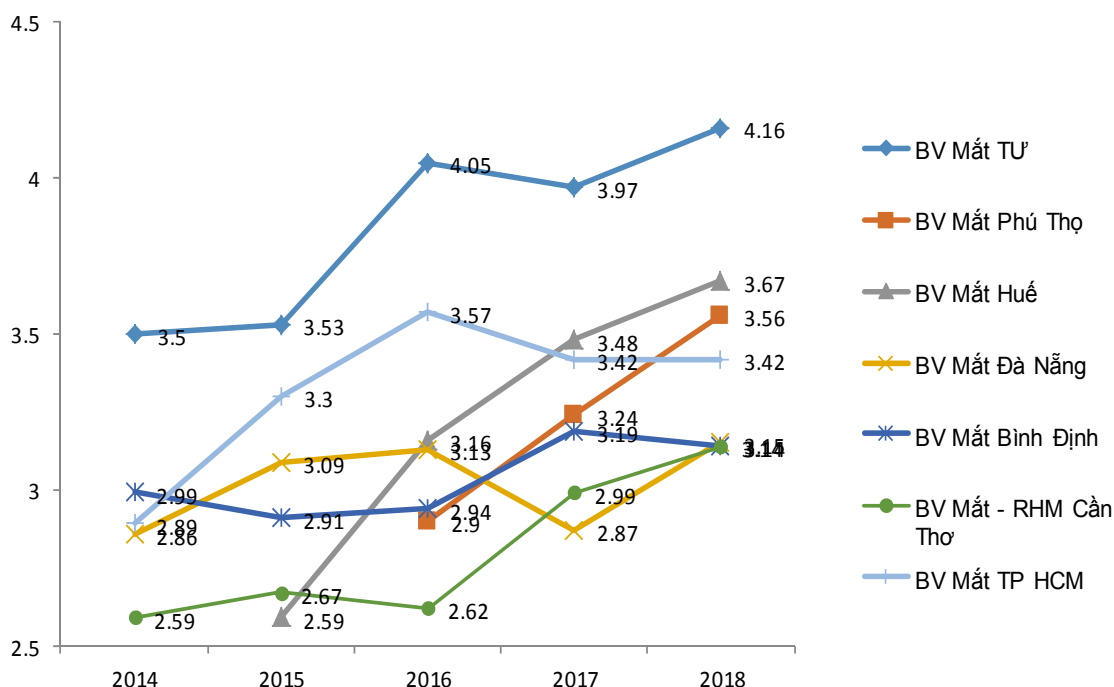
#### **3.2.1. Sự chuyển biến về chất lượng BV và chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt**

- *Thay đổi về các chỉ số chất lượng BV qua các năm*

Kết quả chấm điểm chất lượng BV hàng năm theo Bộ tiêu chí chất lượng BV Việt Nam qua các năm đã có sự chuyển biến rất rõ rệt nhất là với các BV được Orbis hỗ trợ về kỹ thuật (biểu đồ 1).

Điểm chất lượng BV của tất cả 7 BV Mắt đều có sự gia tăng qua các năm, đặc biệt các

BV Mắt được hỗ trợ của Orbis có mức độ tăng cao hơn so với những BV còn lại. BV Mắt Huế dù xuất phát điểm thấp, năm 2015 điểm chất lượng BV là 2,59 đến năm 2018 đã tăng lên 3,67 (tăng lên 1,08 điểm, gấp 1,4 lần). BV Mắt trung ương tăng từ 3,53 (năm 2014) lên 4,16 (năm 2018) và hiện là BV Mắt có điểm chất lượng cao nhất. BV Mắt Bình Định tăng từ 2,99 (năm 2014) lên 3,14 (năm 2016). Cùng với BVĐK tỉnh, BV Mắt Bình Định là đơn vị có số điểm chất lượng cao nhất của tỉnh Bình Định. Những bệnh viện khác cũng có sự gia tăng điểm chất lượng qua các năm. Chẳng hạn như BV Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ, dù còn có những hạn chế nhất định về điều kiện cơ sở vật chất, nhân lực, tuy nhiên điểm chất lượng BV cũng đã tăng từ 2,59 (năm 2014) lên 3,14 (năm 2018). BV Mắt Phú Thọ tăng từ 2,9 (năm 2016) lên 3,67 (năm 2018). BV Mắt Đà Nẵng và BV Mắt TP Hồ Chí Minh có mức độ gia tăng chậm hơn so với các BV Mắt khác. Đến năm 2018, tất cả các BV Mắt đều có điểm chất lượng ở mức >3,1.



**Biểu đồ 1. Điểm chất lượng BV của các BV Mắt qua các năm**

➤ *Kết quả đạt được của những chỉ số về chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt*

Kết quả đạt được về những chỉ số chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt (10 chỉ số theo Quyết định số 5066/QĐ-BYT của Bộ Y tế) của các BV Mắt thuộc địa bàn nghiên cứu năm 2018 như sau (biểu đồ 2):

Tỷ lệ cán bộ y tế được đào tạo, cập nhật chuyên môn liên tục theo quy định, trừ BV Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ chỉ đạt mức 80,06%, 6 BV còn lại đều đạt mức >85% theo yêu cầu của Bộ Y tế. Một số BV như BV Mắt Phú Thọ, BV Mắt TP Hồ Chí Minh tỷ lệ này đạt mức tối đa là 100%.

Về tỷ lệ hồ sơ bệnh án hoàn thiện các yêu cầu cơ bản theo quy chế hồ sơ bệnh án, BV Mắt Huế là thấp nhất với tỷ lệ là 85,09%, tuy nhiên đây cũng mức cao hơn so với yêu cầu của Bộ Y tế. 6 BV còn lại đều đạt ở mức >90%.

Tỷ lệ ca phẫu thuật sử dụng đúng hướng dẫn thực hiện bằng kiểm an toàn phẫu thuật khi tiến hành phẫu thuật, chỉ riêng BV Mắt TP Hồ Chí Minh là chưa đạt được theo yêu cầu của Bộ Y tế (74,6%) với số lượng phẫu thuật bình quân lên tới 400 ca/ngày. Năm 2018, BV đã xác định đây là vấn đề ưu tiên cần phải giải quyết và đưa vào tiêu chí thi đua, khen thưởng. Các BV còn lại, trừ BV Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ không cung cấp thông tin, tỷ lệ này đều đạt mức 100%, tuân thủ theo như yêu cầu của Bộ Y tế.

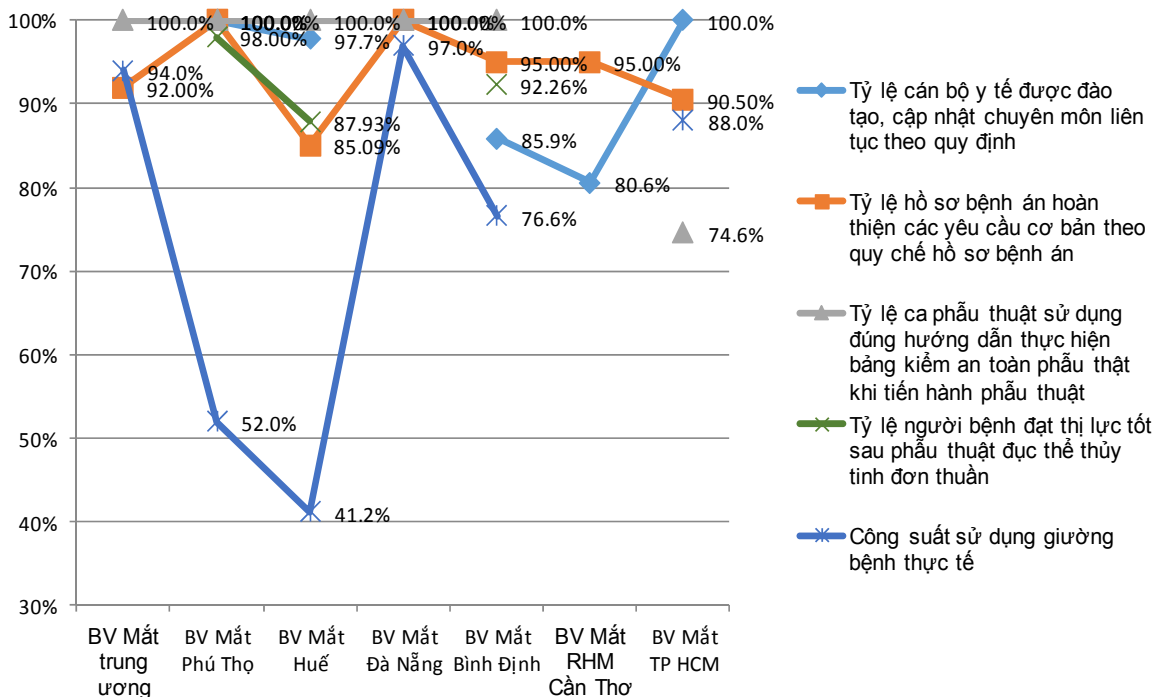
Với chỉ số đầu ra, tỷ lệ viêm mủ nội nhãn sau phẫu thuật ở BV Mắt TƯ là 0,038%, BV Mắt TP Hồ Chí Minh là 0,04%, BV Mắt Phú Thọ, BV Mắt Huế và BV Mắt Bình Định đều ở mức 0% - thấp hơn so với mức khuyến cáo của WHO (0,08%). Cả 7 BV Mắt đều không xảy ra sự cố y khoa nghiêm trọng.

Tỷ lệ người bệnh đạt thị thực tốt sau phẫu thuật thể thủy tinh đơn thuần, BV Mắt Phú



Thọ đạt mức 98% và BV Mắt Huế đạt mức 87,93%, BV Mắt Bình Định đạt mức 92,26% - đều cao hơn mức 80% theo khuyến cáo của WHO. Nhiều BV, đặc biệt là những BV tuyến TU không cung cấp được số liệu về chỉ số này bởi bất cập trong việc người bệnh không quay lại tái khám tại BV sau khi phẫu thuật, do vậy không thể đánh giá được kết quả sau phẫu thuật.

Về công suất sử dụng giường bệnh, chỉ số này rất khác nhau giữa các BV – thấp nhất là BV Mắt Huế với công suất sử dụng giường bệnh thực tế đạt 41,2%. BV Mắt Phú Thọ công suất sử dụng giường bệnh cũng chỉ đạt mức 52%. Các BV Mắt trung ương, BV Mắt Đà Nẵng, BV Mắt TP. Hồ Chí Minh đều có mức công suất sử dụng giường bệnh rất cao với chỉ số lần lượt là 94%, 97% và 88%.



**Biểu đồ 2. Thực trạng một số chỉ số chất lượng dịch vụ CSM, 2018**

Kết quả về tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ KCB và tỷ lệ hài lòng của NVYT tại 7 BV như sau: 3 BV có nhận được sự hỗ trợ của Orbis đều có tỷ lệ hài lòng của người bệnh và tỷ lệ hài lòng của NVYT đạt mức cao trên mức yêu cầu của Bộ Y tế. BV Mắt TU có tỷ lệ hài lòng của người bệnh là 87,6%; tỷ lệ hài lòng của NVYT là 91,2%. BV Mắt Huế, tỷ lệ này lần lượt là 84,2% và 97,2%; BV Mắt Bình Định là 83,1% và 88,2%. BV Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ có tỷ lệ hài lòng của người bệnh

và của NVYT là thấp nhất trong số 7 BV khảo sát – tỷ lệ hài lòng của người bệnh là 78,5% và tỷ lệ hài lòng của NVYT là 78,8%.

➤ *Sự ghi nhận của nhân viên y tế và người bệnh*

Với nỗ lực của các BV trong việc cải tiến chất lượng BV hướng tới sự hài lòng của người bệnh, những chuyển biến tích cực từ phía BV đã được người bệnh, NVYT trong BV và các cấp quản lý ghi nhận.

- *Ghi nhận của NVYT:* Sau 4 năm triển khai thực hiện cải tiến chất lượng BV, NVYT tại các BV đều đánh giá cao những thay đổi tích cực về chất lượng BV, cả trong chất lượng chuyên môn và trong những điều kiện hỗ trợ hướng tới người bệnh, đặc biệt là với những BV có nhận được sự hỗ trợ của Orbis.

*\*) “... Sự thay đổi về chất lượng BV so với những năm trước thể hiện rất rõ. Bệnh nhân được chăm sóc nhiều hơn, với những điều kiện tốt hơn. Khu vực Phòng Khám giờ có đủ ghế ngồi chờ, có quạt mát, có ti vi, giường chiếu sạch sẽ hơn, quang cảnh bệnh viện xanh hơn, đẹp hơn. Chất lượng từng dịch vụ có tiêu chí để đo lường rất rõ ràng. Trước đây mình cứ nói là nâng cao chất lượng dịch vụ nhưng chẳng biết nó là cái gì, làm như thế nào... Bây giờ đã xây dựng được chuẩn rồi cứ thế mà làm theo thôi. Chẳng hạn như cấp thuốc trước tiện thao tác nào làm thao tác đó nhưng bây giờ bắt buộc phải làm theo trình tự và anh em trong Khoa ai cũng làm giống như ai, theo 1 thước đo chung...”*

*(Ý kiến của Lãnh đạo Khoa Dược, BV Mắt Huế)*

- *Ghi nhận của người bệnh:* Tại hầu hết các BV, thông tin liên quan đến quy trình, thủ tục, thời gian và địa điểm khám chữa bệnh ngày càng được niêm yết rõ ràng bằng hệ thống các biển báo chỉ dẫn và sự hỗ trợ trực tiếp của NVYT. Tại các khu vực khám chữa bệnh của nhiều BV đã sử dụng các bảng điện tử, sơ đồ,... để công khai các thông tin có liên quan đến giá viện phí, quy trình khám chữa bệnh, nội quy bệnh viện, giúp tăng tính tiếp cận cho người bệnh trong quá trình sử dụng dịch vụ.
- Qua khảo sát, đa số bệnh nhân đã ghi nhận những thay đổi tích cực về minh bạch thông tin, thủ tục hành chính, quy trình KCB cũng như điều kiện vệ sinh, môi trường cảnh quang tại các bệnh viện... Tại hầu hết các BV, tỷ lệ hài lòng của người bệnh với dịch vụ do BV cung cấp đều ở mức cao hơn so với yêu cầu của Bộ Y tế.

*\*) “...BV sạch, đẹp, nhà vệ sinh như ở sân bay, có vòi nước tự động, có chậu hoa trong phòng, NVYT nhiệt tình, trình độ chuyên môn cao, tổ chức tốt quy trình khám bệnh mặc dù bệnh nhân đông nhưng phân chia về các phòng khám rất nhanh, rất chuyên nghiệp nên không phải chờ đợi lâu ... Hành lang bố trí nhiều ghế, quạt trần mát mẽ, cây cối treo trên tường. Người nhà bệnh nhân ngồi chờ rất mát và thoải mái. Điều đó cho thấy BV thực sự quan tâm đến bệnh nhân, làm mọi cách để giúp người dân...”*

*(Ý kiến của người bệnh ngoại trú, BV Mắt trung ương)*

➤ *Ghi nhận của các cấp quản lý:*

Những thay đổi trong chất lượng BV cũng được các cấp quản lý đánh giá cao, thể hiện qua kết quả chấm điểm chất lượng BV được nâng dần lên qua các năm. Đặc biệt với BV có nhận được sự hỗ trợ của Orbis, điểm chất lượng BV có mức độ gia tăng cao hơn so với BV không được nhận hỗ trợ và có sự thay đổi

trong xếp hạng BV (BV Mắt Huế có mức tăng cao nhất, sau 4 năm điểm chất lượng BV tăng 1,08 điểm, BV Mắt Bình Định là đơn vị có điểm chất lượng cao nhất trong tỉnh. BV Mắt Huế được tăng từ hạng III lên hạng II. BV Bình Định cũng đã hoàn tất hồ sơ trình xin phê duyệt nâng hạng BV).

*“... Chấm điểm chất lượng của BV cách đây vài năm chỉ đạt ở mức 2.0 sau đó được nâng dần lên mức 3.0, năm 2018 BV cùng với BV Đa khoa tỉnh được Sở Y tế chấm đạt mức gần 3.2, cao nhất trong mạng lưới các cơ sở KCB của toàn tỉnh...”*

*(Ý kiến của nhân viên quản lý chất lượng, BV Mắt Bình Định)*

3.2.2. *Những đóng góp của Orbis*

3.2.2.1. Với mạng lưới các cơ sở chăm sóc mắt trong toàn quốc

➤ *Hỗ trợ của Orbis đối với việc xây dựng và ban hành Bộ chỉ số chất lượng chăm sóc mắt trong toàn quốc*

- Tổ chức Hội thảo xây dựng Bộ chỉ số chất lượng chăm sóc mắt cho các BV Mắt ở Việt Nam với sự hỗ trợ kỹ thuật từ chuyên gia của BV Dr. Schroff và của Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế vào tháng 11/2016.
- Hỗ trợ Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế xây dựng 10 chỉ số chất lượng chăm sóc mắt từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 9 năm 2017 và tiến hành thử nghiệm tại 4 BV (BV Mắt trung ương, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định, BV Mắt Bà Rịa – Vũng Tàu) từ tháng 10/2017 - 3/2018.
- Hỗ trợ ban hành Bộ chỉ số chất lượng chăm sóc mắt áp dụng trên phạm vi toàn quốc vào ngày 16/8/2018.

➤ *Ý nghĩa của những hoạt động nêu trên*

Với những hoạt động hữu ích nêu trên, Orbis đã giúp cho mạng lưới các cơ sở chăm sóc mắt trong cả nước lần đầu tiên có được khuôn mẫu chung, tiêu chí chung về chất lượng dịch vụ cần phải hướng đến. Đồng thời cũng đã giúp cụ thể hóa các quy định về QLCL BV của Bộ Y tế vào lĩnh vực chăm sóc mắt phù hợp và khả thi hơn.

*Với các BV được hưởng lợi:* Với những hỗ trợ kỹ thuật hữu hiệu, Orbis đã giúp cho các BV được hưởng lợi nhất là những BV mới được thành lập có được những bước tiến nhảy vọt về chất lượng dịch vụ và được các cấp có thẩm quyền ghi nhận, thể hiện qua chấm điểm chất lượng BV hàng năm. Chẳng hạn như tại BV Mắt Huế, kết quả chấm điểm hài lòng sau 2 năm đã tăng lên tới 1,08 điểm (từ 2,59 năm 2016 lên 3,67 năm 2018) – mức tăng cao nhất trong số 7 BV được khảo sát. BV Mắt TƯ cũng có mức tăng cao: 0,51 điểm (từ 3,53 lên 4,14) trong khi BV Mắt Đà Nẵng chỉ tăng 0,06 trong cùng kỳ (từ 3,09 lên 3,15).

Orbis đã có nhiều đóng góp hữu ích thiết thực, giúp nâng cao khả năng cung cấp dịch vụ, nâng cao chất lượng dịch vụ, góp phần giúp BV được nâng hạng, nâng cao uy tín, vị thế, phát triển thương hiệu của những các cơ sở chăm sóc mắt được hưởng lợi. Với sự hỗ trợ có hiệu quả của Orbis, BV Mắt Huế đã được nâng từ BV hạng III lên BV hạng II, công suất sử dụng GB cao nhất trong các BV được khảo sát (137%), tỷ lệ hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế cao hơn nhiều so với mức quy định (84,2% và 97,2%). BV Mắt Bình Định cũng đã hoàn tất các thủ tục đề xuất nâng hạng BV từ hạng III lên hạng II trình cấp có thẩm quyền phê duyệt.

### **3.3. Bài học kinh nghiệm và khó khăn, bất cập trong triển khai thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt**

#### **3.3.1. Bài học kinh nghiệm**

##### **✓ Với Orbis:**

- Chủ động tìm hiểu chủ trương, nhu cầu cần hỗ trợ của Bộ Y tế - cơ quan QLNN về lĩnh vực này, tranh thủ sự hỗ trợ kỹ thuật của các đối tác quốc tế có bối cảnh và nhu cầu phù hợp với Việt Nam.
- Kết nối và tạo dựng sự phối hợp nhịp nhàng giữa Bộ Y tế với các BV Mắt để xây dựng Bộ chỉ số chất lượng CSM áp dụng trong phạm vi toàn quốc tương thích với Bộ chỉ số về chất lượng BV theo quy định chung của Ngành.

##### **✓ Với các BV là đối tác:**

- Sự cam kết mạnh mẽ, sự vào cuộc quyết liệt, bền bỉ của lãnh đạo BV.
- Nhân lực chuyên trách về QLCL phải có năng lực: hiểu biết về các công cụ

QLCL, biết xây dựng văn bản hướng dẫn, biết xử lý sự cố, nhạy bén, có kỹ năng tham mưu, thuyết phục, được tham gia vào tất cả các Hội đồng của BV để đảm bảo QLCL được thực hiện đồng bộ trong tất cả các lĩnh vực của đơn vị. Đây chính là xương sống của QLCL.

- Linh hoạt trong áp dụng kinh nghiệm thế giới, kinh nghiệm trong nước vào thực tiễn BV.
- Tổ chức mạng lưới thực hiện QLCL phải được kiện toàn thường xuyên, phải đảm bảo tính chính danh – “Danh chính ngôn thuận”.
- Kế hoạch QLCL phải đảm bảo tính khả thi, phù hợp với nhu cầu cần cải tiến chất lượng BV của đơn vị và phải chi tiết, cụ thể đến từng khoa, phòng.
- Giám sát đánh giá phải được chú trọng tiến hành với nhiều hình thức. Cần phải có công cụ giám sát và phản hồi kết quả giám sát đến các bên có liên quan.
- QLCL BV là tiêu chí quan trọng trong bình xét thi đua khen thưởng đối với các đơn vị, cá nhân trong bệnh viện.

Trong số các bài học kinh nghiệm trên, có 4 bài học kinh nghiệm mấu chốt là: (1) Động lực cải thiện chất lượng BV của Lãnh đạo BV, lãnh đạo các khoa, phòng và NVYT; (2) Kế hoạch QLCL phải khả thi, thiết thực với từng bộ phận; (3) Giám sát đánh giá thường xuyên; (4) Khen thưởng kịp thời, phân minh.

#### **3.3.2. Khó khăn, bất cập trong QLCL BV và chất lượng dịch vụ CSM**

##### **➤ Bất cập từ các quy định hiện hành:**

- Quy định đồng nhất về cơ cấu tổ chức giữa các loại hình BV là không phù hợp

- (Bộ Y tế quy định đã là BV hạng I phải có Thiết chế Dinh dưỡng độc lập, không phù hợp với BV Mắt).
- Quy định về quy trình mổ đục thủy tinh thể bắt buộc phải làm tổng phân tích nước tiểu là không cần thiết, làm tăng chi phí cho cả BV và người bệnh, tăng thời gian chờ đợi trong KCB...
  - Chưa có quy định khác biệt về quy trình gây mê và gây tê trước khi phẫu thuật.
  - Một số loại thuốc điều trị chuyên khoa nằm ngoài danh mục thuốc kinh doanh bình thường dẫn đến tình trạng khan hiếm đáng lo ngại (thuốc điều trị nấm mắt).
  - Chi tiêu tầm soát 100% các ca mổ nội nhãn trong năm để so sánh thị lực trước và sau khi phẫu thuật là rất không khả thi với những BV Mắt ở tuyến cuối (BV Mắt TP. Hồ Chí Minh 1 ngày phẫu thuật bình quân 400 ca, BN sau phẫu thuật không quay trở lại tái khám tại BV).
- *Bắt cập từ phía các BV Mắt:*
- Mô hình tổ chức chưa phù hợp: Khoa Dinh dưỡng hiệu quả hoạt động thấp, bộ phận QLCL tại nhiều BV chưa phải là đơn vị độc lập trực thuộc Ban Giám đốc.

*“...BV Mắt không giống với BV khác. BN nội trú ít, hội chẩn liên quan đến điều trị dinh dưỡng không quá cần thiết. Nếu sinh ra 1 khoa dinh dưỡng ở BV Mắt, cử BS về đây ngồi nhưng lại đi mổ phaco thì rất lãng phí...”*

*(Ý kiến trong TLN Lãnh đạo BV và Lãnh đạo khoa/phòng BV Mắt Bình Định)*

- Thiếu nhân lực y tế với cả bác sỹ (BS) và điều dưỡng (quy định 2,1 BS/giường bệnh khó đạt được).
- Thiếu kiến thức về QLCL BV, đặc biệt là kiến thức về xây dựng quy trình chuẩn (SOPs).
- Quá tải BV tại những BV Mắt tuyến cuối làm cho lãnh đạo các khoa, phòng và NVYT không có đủ thời gian để tuân thủ quy trình QLCL (các BV đều chưa tuân thủ đầy đủ vệ sinh tay theo khuyến cáo của WHO).
- Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, kinh phí đầu tư cho QLCL hạn hẹp, nhất là trong bối cảnh tự chủ BV.
- NVYT có thói quen làm việc theo kinh nghiệm, ít chú trọng đến quy trình.
- Thiếu sự hưởng ứng nhiệt tình, có trách nhiệm của Lãnh đạo các khoa chuyên môn trong BV.
- Tâm thế làm việc bất an của không ít NVYT trong thời gian gần đây do: tình trạng bạo hành NVYT ngày càng tăng, quy định ngặt nghèo về các thủ tục thanh toán BHYT (> 1/2 thời gian NVYT phải dành để hoàn thiện hồ sơ để đáp ứng quy định BHYT), bắt cập trong chính sách đãi ngộ đối với NVYT.
- Việc cải tiến chất lượng còn thiếu kịp thời, kể cả với những BV được hưởng lợi

của Orbis. Nhiều bất cập về chất lượng đã được các chuyên gia của BV Dr. Schroff chỉ ra nhưng đến nay vẫn chưa được khắc phục do thiếu kinh phí, thiếu sự cam kết vào cuộc quyết liệt.

- Nhiều tiêu chí về chất lượng BV còn chưa được cải tiến như mong đợi.
- Vẫn còn một số bất cập khiến người bệnh và người nhà người bệnh chưa hài lòng (BS tư vấn cho BN không đầy đủ khiến BN lo âu về bệnh...).

➤ *Bất cập từ phía người bệnh/thân nhân người bệnh:*

- Kỳ vọng lớn về mọi phương diện khi tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, nhất là với các BV Mắt tuyến cuối.
- Thiếu sự cảm thông, chia sẻ với điều kiện hạn hẹp của nhiều BV Mắt.
- Nhận thức, thái độ, thói quen về các hành vi trong sử dụng dịch vụ còn nhiều hạn chế.
- Sự bất hợp tác với cơ sở khám chữa bệnh và NVYT.

➤ *Bất cập từ phía Orbis:*

- Mặc dù Orbis đã có những hỗ trợ kỹ thuật rất hữu hiệu và quan trọng đối với các BV được hưởng lợi trong giai đoạn bắt đầu triển khai thực hiện QLCL song còn thiếu sự giám sát, đánh giá thường xuyên để rút kinh nghiệm và có những điều chỉnh kịp thời về giải pháp khắc phục.
- Thiếu sự phối hợp chặt chẽ với các cơ quan quản lý Nhà nước về y tế trên địa bàn trong hướng dẫn và giám sát triển khai thực hiện QLCL.

- Hỗ trợ thử nghiệm Bộ chỉ số chất lượng CSM chưa đủ thời gian, chưa nhận được sự hợp tác có hiệu quả của các BV Mắt được lựa chọn nên chưa bộc lộ được tính thiếu khả thi của một vài chỉ số.

## 4. Kết luận và khuyến nghị

### 4.1. Kết luận

- QLCL BV đã được triển khai thực hiện tại tất cả các cơ sở KCB trong cả nước.
- Orbis đã có những đóng góp quan trọng, kịp thời và thiết thực trong việc vận động chính sách giúp tạo ra khuôn mẫu, thước đo chung đầu tiên về chất lượng BV và chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt cho các cơ sở KCB trong phạm vi toàn quốc. Đồng thời Orbis cũng đã có những hỗ trợ kỹ thuật rất kịp thời, hữu hiệu đối với 3 VB Mắt (BV Mắt TU, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định) thông qua nhiều hoạt động về đào tạo nâng cao năng lực, về đánh giá thực trạng chất lượng cung cấp bằng chứng cho lập Kế hoạch quản lý chất lượng phù hợp, khả thi...
- Orbis đã mang lại cho BV Mắt TU, BV Mắt Huế, BV Mắt Bình Định những ích lợi rất có giá trị như: Nhận thức, thái độ và năng lực thực hiện QLCL của lãnh đạo, NVYT tại 3 BV Mắt trên đã có nhiều chuyển đổi tích cực giúp thực thi có hiệu quả hơn; Nhận rõ những bất cập cần cải thiện nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt; Hướng dẫn phương thức triển khai thực hiện QLCL dịch vụ chăm sóc mắt có hiệu quả hơn; Giúp tăng cường mối liên kết giữa các khoa/phòng của các BV trong cung cấp dịch vụ thông qua việc xây dựng các quy trình chuẩn về quản lý dịch vụ. Đặc biệt, chỉ số chất lượng BV, chỉ số chất lượng dịch

vụ CSM tại các BV này đã có nhiều chuyển biến rõ rệt, với mức tăng cao hơn so với các BV khác.

#### 4.2. Khuyến nghị

- **Với Cục Quản lý KCB, Bộ Y tế:** Cục Quản lý KCB cần ban hành các văn bản hướng dẫn chi tiết hơn về tổ chức mạng lưới, nhân lực thực hiện quản lý chất lượng BV; cơ chế phối hợp giữa các khoa, phòng trong BV; quy trình thực hiện (7 bước) và cách thức xây dựng các quy trình chuẩn (SOPs) cho tất cả các BV trong toàn quốc... Đồng thời, Cục nên tham mưu đề Bộ Y tế điều chỉnh những bất cập trong một số quy định hiện hành và tăng cường hoạt động giám sát, đánh giá hỗ trợ cầm tay chỉ việc đối với các BV trong triển khai hoạt động QLCL; giám sát, đánh giá áp dụng triển khai Bộ chỉ số chất lượng dịch vụ chăm sóc mắt để kịp thời điều chỉnh những nội dung còn bất cập.
- **Với các BV Mắt:** Các BV Mắt cần đảm bảo duy trì thường xuyên sự cam kết mạnh mẽ, sự vào cuộc quyết liệt của lãnh đạo BV đối với QLCL; Tiếp tục quán triệt về sự cần thiết, cách thức thực hiện QLCL đến mọi bộ phận, mọi NVYT trong BV; Lựa chọn mô hình tổ chức, điều động nhân lực chuyên trách phù hợp cả về số lượng, năng lực cũng như trong triển khai hoạt động QLCL; Nâng cao năng lực QLCL BV; Chú trọng giám sát, đánh giá tiến trình triển khai thực hiện

QLCL; Ban hành Quy định về khen thưởng, xử lý vi phạm; Quan tâm đầu tư kinh phí trong điều kiện có thể để triển khai QLCL; và tăng cường truyền thông cho nhân viên y tế và người bệnh, thân nhân người bệnh về QLCL BV.

- **Với Orbis:** Tổ chức Orbis cần tiếp tục hỗ trợ cho vận động chính sách giúp triển khai có hiệu quả hơn QLCL BV: sửa đổi, điều chỉnh các nội dung còn bất cập trong quy định hiện hành, ban hành Hướng dẫn chi tiết về mô hình tổ chức, nhân lực, cơ chế phối kết hợp giữa các khoa phòng, quy trình thực hiện QLCL BV, cách thức xây dựng các quy trình chuẩn (SOPs)... Bên cạnh đó, Orbis cần tiếp tục hỗ trợ tổ chức các khóa tập huấn nâng cao năng lực về QLCL cho các BV Mắt trong cả nước, đặc biệt là về kỹ năng xây dựng các quy trình chuẩn (SOPs). Đồng thời, Orbis nên tăng cường phối hợp với cơ quan quản lý Nhà nước về y tế các cấp trong giám sát, đánh giá tiến trình triển khai thực hiện QLCL và hỗ trợ nâng cao năng lực thông qua hình thức giám sát cầm tay chỉ việc tại các BV được hưởng lợi cũng như tăng cường phối hợp với cơ quan quản lý Nhà nước về y tế các cấp trong giám sát, đánh giá việc áp dụng Bộ chỉ số về chất lượng chăm sóc mắt tại các BV Mắt trong cả nước để kịp thời điều chỉnh cho phù hợp và khả thi hơn./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Mắt trung ương, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2007), Đánh giá nguồn lực và ảnh hưởng của các yếu tố kinh tế, xã hội đối với công tác chăm sóc mắt, phòng chống mù lòa.
2. Bộ Y tế (2015), Đánh giá nhanh về các bệnh gây mù lòa có thể phòng tránh được ở Việt Nam năm 2015 (RAAB).
3. Bộ Y tế (2013), Quyết định số 4858/2013/QĐ-BYT ngày 3/12/2013 quy định Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 1.0.
4. Bộ Y tế (2016), Quyết định số 6858/2016/QĐ-BYT ngày 18/11/2016 quy định Bộ Tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam, phiên bản 2.0
5. Bộ Y tế (2013), Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2017 về Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại các bệnh viện.
6. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 5066/QĐ-BYT ngày 16/8/2018 Ban hành Bộ chỉ số đo lường chất lượng dịch vụ chăm sóc Mắt.
7. Brent C. James (1989), Quality management for health services delivery, Chicago: The Hospital Research and Educational Trust of American Hospital Association.
8. Christian Gronroos (1984), A Service Quality Model and its Marketing Implications European Journal of Marketing, 18(4): 36-44.
9. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
10. Institute of Medicine – Committee on Quality of Health Care in American (2001), Crossing the Quality Chasm: A New Health system for the 21st Century, Washington, DC, National Academies Press
11. Orbis International, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2014), Đánh giá thực trạng chăm sóc mắt trẻ em ở Việt Nam.



# TỔNG QUAN THẾ GIỚI VỀ TÌNH TRẠNG NGHIỆN INTERNET CỦA VỊ THÀNH NIÊN

CN.Vũ Mạnh Cường<sup>11</sup>

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện Internet là một vấn đề mới xuất hiện trong bối cảnh bùng nổ công nghệ thông tin. Một trong những nhà khoa học tiên phong trong công cuộc tìm hiểu về những ảnh hưởng của Internet với con người, Brenner (1996) đã đưa ra nhận định xã hội đang chuyển từ công nghiệp sang công nghệ thông tin làm thay đổi cách thức tương tác giữa con người và trong tương lai thì nghiện Internet có thể sẽ là hành vi thường thấy [10]. Nghiện Internet ở những người sử dụng, đặc biệt ở vị thành niên, là một vấn đề sức khỏe tâm thần mới nổi đang được nhiều nước quan tâm và nghiên cứu.

Bài báo này trình bày tổng quan tài liệu thế giới về tình trạng nghiện Internet của vị thành niên.

## 1. Khái niệm nghiện Internet

Goldberg (1995) đã đưa ra định nghĩa: “Nghiện Internet được xác định như một chứng đánh bạc bệnh lý, trong đó người dùng Internet không thể kiểm soát được bản thân khi nào nên sử dụng hay ngừng kết nối với Internet và luôn muốn tăng thời gian sử dụng bất chấp những hậu quả gây nên bởi sử dụng Internet quá nhiều” [16].

Năm 1996 Griffiths lại cho rằng hành vi nghiện Internet có 6 tiêu chuẩn để đánh giá như một tình trạng nghiện thông thường như sau [18]: Sự nổi bật, Thay đổi cảm xúc, Sức chịu đựng, Triệu chứng rút lui, Xung đột, Sự tái phát.

Đến năm 1998, Kiberly Young một nhà tâm lý học đã cho rằng: “Nghiện Internet là một khái niệm rộng bao gồm hàng loạt các vấn

đề hành vi và rối loạn kiểm soát”. Young đã phân thành 5 nhóm chính mà theo đó người sử dụng Internet có thể gặp phải những nguy cơ sau: Nghiện tình dục trên mạng (sử dụng quá mức các trang web người lớn về tình dục), nghiện giao tiếp trên mạng (tham gia quá mức trong các mối quan hệ trực tuyến, thậm chí là quan hệ ảo), đánh bạc, mua sắm trực tuyến, tìm kiếm thông tin trên mạng một cách thôi thúc (sử dụng quá mức trong việc lướt web hay tìm các cơ sở dữ liệu), chơi trò chơi trực tuyến quá mức [3].

## 2. Công cụ đánh giá tình trạng nghiện Internet

Theo Tổng quan hệ thống của Kuss và cộng sự, với 68 nghiên cứu về nghiện Internet trên thế giới trong thập kỷ vừa qua cho thấy các thang đo nghiện Internet chủ yếu được phát

<sup>11</sup> Khoa Xã hội học y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

triển từ các triệu chứng của chứng đánh bạc bệnh lý được đề cập đến trong cuốn cẩm nang hướng dẫn và thống kê chứng rối loạn tâm thần phiên bản 4 của Hiệp hội tâm thần học Hoa Kỳ (DSM-IV), tập trung chính trong 3 nhóm công cụ/thang đo: Thang đo trắc nghiệm nghiện Internet, Bộ câu hỏi chẩn đoán nghiện Internet và thang đo nghiện Internet của Chen [13]. Tới thời điểm hiện tại chưa có **bộ công cụ chuẩn (gold standard)** về đánh giá và phân loại nghiện Internet trên thế giới [13].

### **2.1. Bộ câu hỏi chẩn đoán nghiện Internet (Internet Addiction Diagnostic Questionnaire) và Thang đo trắc nghiệm nghiện Internet (Internet Addiction Test)**

Bộ câu hỏi chẩn đoán nghiện Internet (IADQ) bao gồm 8 câu hỏi do bản thân đối tượng tự báo cáo dựa trên các chẩn đoán triệu chứng của chứng đánh bạc bệnh lý. Các nội dung của Bảng tiêu chuẩn bao gồm: (1) mối bận tâm với Internet, (2) nói dối/che giấu hành vi sử dụng Internet, (3) không tuân thủ các giới hạn về thời gian sử dụng Internet, (4) mất thích thú với các hoạt động khác, (5) trốn tránh xã hội, gia đình và bạn bè, (6) rối loạn tâm lý do sử dụng Internet, (7) sử dụng Internet như là một cách giải thoát khỏi đời thực, (8) tiếp tục sử dụng Internet bất chấp hậu quả. Nghiện Internet được xác định khi có từ 5 triệu chứng trở lên [3].

Thang đo trắc nghiệm nghiện Internet (IAT) là một thang đo gồm 20 câu hỏi do bản thân đối tượng tự đánh giá tình trạng nghiện Internet của chính mình dựa trên các tiêu chí về sự phụ thuộc và chứng đánh bạc bệnh lý. Các tiêu chí bao gồm: sự mất kiểm soát, bỏ mặc cuộc sống thường ngày, các mối quan hệ và hoạt động vui chơi giải trí thay thế, hành vi và sự nhận thức, hậu quả, sự thay đổi cảm xúc và sự lừa gạt. Tất cả các tiêu chí được đánh giá theo thang

điểm Likert từ 0 (không bao giờ) đến 5 (luôn luôn), cho phép đánh giá một chiều hơn là phân loại. Các điểm số được tính từ IAT khoảng từ 20 đến 100 điểm, điểm số càng cao thì nghiện Internet càng nặng. Cách phân loại tình trạng nghiện Internet được xác định như sau: sử dụng Internet ở mức bình thường (0-30 điểm), nghiện Internet nhẹ (30-49 điểm), nghiện Internet ở mức vừa (50-79 điểm), nghiện Internet ở mức nặng (80-100 điểm) [3]. Tuy nhiên, điểm xác định tình trạng nghiện Internet (cut-off) không có tiêu chuẩn thống nhất chung vì không dựa trên các nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng [13].

### **2.2. Thang đo nghiện Internet của Chen (Chen's Internet Addiction Scale)**

Thang đo nghiện Internet của Chen (CIAS) bao gồm 26 câu hỏi do bản thân đối tượng tự đánh giá, được chia theo thang điểm Likert ở 4 mức, nhằm đánh giá các triệu chứng chính của nghiện Internet, sức chịu đựng, lạm dụng sử dụng cũng như các ảnh hưởng xấu đến các hoạt động xã hội, các mối quan hệ, thể chất và sự quản lý thời gian. Ngoài ra, thang đo hỏi về số lượng giờ trực tuyến hàng tuần và thâm niên sử dụng Internet [12]. Các điểm xác định nghiện Internet khác nhau giữa các nghiên cứu, dao động trong khoảng 57-68 điểm. Tính đồng nhất của CIAS ở mức cao, với giá trị Cronbach's alpha nằm trong khoảng 0,79 – 0,93 [12].

## **3. Thực trạng nghiện Internet của vị thành niên**

Tại Cremona, Ý, Poli R và Agrimi E (2012) sử dụng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet của Young (IAT) điều tra trên 2533 học sinh THPT, kết quả chỉ ra rằng 5,8% học sinh nghiện Internet, trong đó tỷ lệ nghiện Internet ở mức nặng là 0,79%. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ nghiện Internet giữa nam và nữ [29].

Trong nghiên cứu của Siomos và cộng sự (2008) được thực hiện trên 2.200 học sinh (12-18 tuổi) đến từ 85 trường học tại Thessaly, Hy Lạp. Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện Internet của Young (IADQ), kết quả cho thấy 8,2% học sinh nghiện Internet, chủ yếu ở nam giới chơi game online [32].

Tại châu Á, Khảo sát hành vi nguy cơ vị thành niên châu Á (Asian Adolescent Risk Behavior Survey) sử dụng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet của Young (IAT) và thang đo nghiện Internet của Chen (CIAS) sàng lọc và so sánh tỷ lệ sử dụng Internet và nghiện Internet ở 5.366 vị thành niên (VTN) trong độ tuổi từ 12-18 tại 6 nước (Trung Quốc, Hồng Kông, Nhật Bản, Hàn Quốc, Malaysia và Philippines) trong năm học 2012-2013. Kết quả khảo sát cho thấy tình trạng nghiện Internet hiện đang diễn ra phổ biến ở VTN, theo IAT tỷ lệ nghiện Internet thấp nhất ở Hàn Quốc (1,2%) và cao nhất ở Philippines theo (5%), theo CIAS tỷ lệ nghiện Internet thấp nhất ở Nhật Bản (6,2%) và cao nhất ở Philippines (21%). Tỷ lệ VTN sở hữu điện thoại thông minh trung bình là 62%, thấp nhất ở Trung Quốc (41%) và cao nhất ở Hàn Quốc (84%). Tỷ lệ chơi game online dao động trong khoảng 11%-39% [27].

Năm 2009, Lam và cộng sự sử dụng thang đo trắc nghiệm Internet (IAT) điều tra trên 1.618 VTN tại thành phố Quảng Châu, Trung Quốc, phát hiện thấy 10,8% VTN nghiện Internet, trong đó tỷ lệ nghiện Internet ở mức nặng là 0,6% [21]. Tại Đài Loan, một quốc gia có nền văn hóa tương đồng với Trung Quốc, theo kết quả từ hai nghiên cứu của Lin và Ko, tỷ lệ VTN nghiện Internet ở mức khá cao, tương đồng giữa 2 bộ công cụ, 23,4% (IADQ) và 18,8% (CIAS) [19] [25].

Nghiên cứu của Yadav P và cộng sự (2013) về tình trạng nghiện Internet ở 552 học sinh

lớp 11 và lớp 12 tại Ấn Độ, tác giả sử dụng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet (IAT) cho thấy tỷ lệ nghiện Internet là 11,8% [39]. Một nghiên cứu khác được thực hiện ở 836 học sinh lớp 8-11 của 5 trường học tại Vadodara, Ấn Độ, Prabhakaran MC và cộng sự cũng sử dụng thang đo IAT cho thấy tỷ lệ học sinh bị nghiện Internet là 8,7%, chủ yếu ở nam giới (73%). Đa số người nghiện Internet sở hữu thiết bị cá nhân để truy cập Internet (80,32%), trong đó sử dụng điện thoại chiếm tỷ lệ cao nhất (77,8%). Mục đích chính sử dụng Internet của họ là chat (68,3%), mua sắm trực tuyến (55,6%) và xem phim (52,4%) [30].

Năm 2013, Alfred D. Waldo điều tra trên 1059 học sinh năm đầu tại 8 trường trung học phổ thông tại thành phố Baguio (Philippines), bằng thang đo trắc nghiệm nghiện Internet của Young. Trung bình độ tuổi người trả lời là 16,45 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy 39,12% học sinh nghiện Internet (40% nam; 38,3% nữ), 46,8% học sinh sử dụng trên Internet trên 7 giờ/ngày. Hai mục đích sử dụng Internet chính là game là 40,8%, mạng xã hội/chat là 40,6% [6].

#### 4. Tác hại của nghiện Internet tới VTN

Internet ảnh hưởng tiêu cực đến cá nhân khi sử dụng quá mức hay nghiện Internet. Những ảnh hưởng này bao gồm các tác động về thể chất, tinh thần và các khía cạnh xã hội.

##### *Ảnh hưởng về thể chất*

Nghiên cứu của Law Pui Man Sally (2006) đã tổng kết một số dấu hiệu của nghiện Internet với một số triệu chứng về sức khỏe thể chất như: tăng huyết áp, bệnh tim mạch, khó khăn trong việc ghi nhớ, thiếu tập trung, đau đầu, đau bụng, đau mỏi cơ, giảm khả năng nhìn, mệt mỏi do thiếu ngủ, bỏ ăn/ăn không đúng giờ... Những người nghiện Internet thường sử dụng rất nhiều

thời gian của mình để phục vụ các mục đích khác nhau trên mạng. Vì vậy, họ thường cắt giảm thời gian của các hoạt động thể thao, hay ăn, ngủ để có nhiều thời gian hơn cho Internet [24].

Khi cố gắng giảm hay ngừng sử dụng Internet, có thể xuất hiện các dấu hiệu như: run, rùng mình, lo lắng, chú ý hay vô ý vận động ngón tay theo kiểu đánh máy... Thêm vào đó, nghiên cứu của Cao và Su (2007) áp dụng bộ câu hỏi xác định tình trạng sức khỏe thể lực và những khó khăn, kết quả là những học sinh nghiện Internet có nhiều vấn đề về thể chất và gặp nhiều khó khăn hơn nhóm đối chứng [11]. Ngoài ra, những đối tượng này thường xuyên bị ám ảnh bởi Internet, thiếu tập trung nên có thể gặp phải những chấn thương do vô ý gây nên [20].

Việc sử dụng Internet trong một thời gian dài và tần suất cao sẽ dẫn đến sự rối loạn chuyển hóa cơ thể do tác nhân ánh sáng gây nên. Khi tốc độ ánh sáng quá lớn thì sẽ tác động đến hoàng điểm. Hoàng điểm sẽ kích thích các võng mạc bắt buộc phải hoạt động vượt công suất. Khi việc lạm dụng Internet cứ kéo dài và cơ thể đã quen với việc kích thích ánh sáng đó sẽ gây ra trạng thái lệ thuộc vào sự kích thích ánh sáng liên tục. Lúc này các ham muốn sẽ kích thích người bệnh muốn tiếp tục chơi, dẫn đến việc gặp khó khăn về giấc ngủ [3]. Theo thống kê, ở Hàn Quốc trong năm 2007 đã có 10 trường hợp đột tử bên máy tính do gián đoạn tuần hoàn máu vì ngồi chơi game quá lâu [5].

Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người nghiện Internet có nguy cơ bỏ bữa cao và sử dụng thức ăn nhanh cao hơn so với nhóm không nghiện Internet. Như vậy, những người nghiện Internet vừa đối mặt với tình trạng thừa cân do sử dụng thức ăn nhanh, vừa thiếu chất dinh dưỡng do bỏ bữa. Ngoài ra trong nghiên cứu về tình trạng sử dụng

facebook, Wolniczak J và cộng sự nhận thấy có mối liên quan đến tiêu chuẩn cơ thể của các bạn nữ. Cụ thể, các bạn nữ chịu ảnh hưởng rất lớn từ những hình ảnh bạn bè chia sẻ trên facebook từ đó có thể dẫn đến bỏ ăn, nhịn ăn để cơ thể bản thân giống như ảnh [38].

### Ảnh hưởng về tinh thần

Một số nghiên cứu đã nhận thấy những vấn đề về mặt tinh thần do nghiện Internet mang lại như gây rối loạn thần kinh chức năng. Nhiều đối tượng thất bại trong việc giảm hoặc ngừng sử dụng Internet, họ cảm thấy lo lắng, bối rối khi không được trực tuyến (online) [9], luôn ám ảnh về Internet khi không được sử dụng, có thể xuất hiện cảm giác bồn chồn, dễ nổi cáu với người xung quanh. Và người đó cần được sử dụng Internet như một cách để giải tỏa, thoát khỏi các vấn đề trong cuộc sống với lượng thời gian tăng dần [16] [2] [24]. Hơn thế nữa, nghiện Internet có thể còn làm tăng nguy cơ mắc các chứng rối loạn khác như trầm cảm. Trong nghiên cứu của Bai, Lin và Chen (2001), tỷ lệ mắc trầm cảm trong nhóm nghiện Internet cao hơn hẳn so với nhóm khác (58% so với 26%) [9]. Khi áp dụng thang đo nghiện Internet kết hợp với thang đo trầm cảm của Beck và thang đo trầm cảm của Zung, Young (1998) đã nhận thấy mối liên quan giữa trầm cảm và nghiện Internet. Mối liên quan thể hiện rằng, các mức độ trầm cảm từ nhẹ đến trung bình tỷ lệ thuận với mức độ sử dụng Internet của các đối tượng nghiên cứu [3]. Nghiên cứu trường hợp tại Hy Lạp của Tsitsika A và cộng sự chỉ ra rằng vị thành niên nghiện Internet có khả năng mắc bệnh liên quan đến tâm thần cao hơn 3,89 lần so với những người không nghiện Internet (bao gồm các bệnh trầm cảm, tự kỷ,...) [37].

Theo kết quả nghiên cứu phân tích tổng hợp của Roger C Ho (2014) dựa trên các nghiên cứu cắt ngang và nghiên cứu thuần tập để kiểm

tra mối tương quan giữa nghiện Internet và các bệnh liên quan đến tâm thần, những người nghiện Internet có nguy cơ mắc rối loạn tăng động giảm chú ý gấp 2,85 lần so với những người không nghiện Internet. Ngoài ra, nguy cơ bị trầm cảm và rối loạn lo âu của nhóm nghiện Internet lần lượt cao gấp 2,8 lần và 2,7 lần so với nhóm không nghiện Internet [31].

Những người nghiện Internet thường thiếu khả năng kiểm soát hành vi của chính bản thân mình, dẫn đến các hành vi tự tử. Nghiên cứu của Lin IH và cộng sự về mối liên quan giữa nghiện Internet và ý định tự tử trên 9510 học sinh từ 12-18 tuổi tại Đài Loan, chỉ ra rằng sau khi kiểm soát các ảnh hưởng của đặc điểm nhân khẩu học, trầm cảm, hỗ trợ gia đình và lòng tự trọng, nghiện Internet có mối liên quan đến ý định tự tử và nỗ lực tự tử của họ. Những người nghiện trò chơi trực tuyến, tán gẫu/kết bạn trực tuyến, xem phim và đánh bạc trực tuyến là nhóm nguy cơ tự tử cao nhất [26].

#### *Ảnh hưởng về các khía cạnh xã hội*

Một số nghiên cứu đã nêu lên một tác động tiêu cực của Internet, là người sử dụng có thể bị lạm dụng những thông tin không lành mạnh (tình dục, bạo lực) [35] và có thể ảnh hưởng tới sự hình thành nhân cách, phẩm chất đạo đức đặc biệt với đối tượng VTN, những người đang trong quá trình đi tìm cái “tôi” của bản thân. Với đặc điểm tâm lý của VTN là tò mò, thích khám phá cái mới thì việc bị lạm dụng những thông tin như vậy là điều tất yếu xảy ra. Điều đó có thể dẫn tới một hậu quả nữa là việc thực hiện các hành vi nguy cơ với sức khỏe như quan hệ tình dục không an toàn. Nghiên cứu của Tsitsika A và cộng sự trên 129 vị thành niên tại Hy Lạp đã cho thấy ảnh hưởng chức năng gia đình bị suy giảm, kết quả học vấn kém ở nhóm nghiện Internet. Bên cạnh đó, 2/3 VTN nghiện Internet

đã có các hành vi nguy cơ cao (như lạm dụng rượu bia, sử dụng ma túy, quan hệ tình dục không an toàn,...) [37].

Một đặc điểm nhận biết nghiện Internet được nhiều công trình nghiên cứu đề cập đến đó là đối tượng luôn muốn tăng lượng thời gian sử dụng Internet để có được cảm giác thỏa mãn và thoát khỏi các vấn đề trong cuộc sống thực tại, luôn bị ám ảnh về Internet khi không được sử dụng [15] [17] [24]. Một lượng đáng kể thời gian được dùng cho Internet và những hoạt động liên quan tới nó như tìm kiếm các phần mềm mới, ... và người dùng thường sử dụng Internet lâu hơn so với thời gian dự kiến ban đầu. Việc tăng dần thời gian sử dụng cũng đồng nghĩa với việc giảm thời gian cho các hoạt động quan trọng khác. Để có thể tăng thời gian sử dụng mà không bị gián đoạn thì ban đêm là một thời điểm phù hợp. Sử dụng Internet vào ban đêm có thể làm cho người sử dụng cảm thấy mệt mỏi, thức dậy muộn, đi học muộn có thể bỏ học dẫn tới thành tích học tập giảm sút. Thực tế cho thấy rằng những trẻ nghiện Internet có khả năng sắp xếp và quản lý thời gian kém hơn so với những trẻ bình thường [11]. Kết quả là những thành tích trong học tập, công việc có thể bị phá hoại vì nghiện Internet, kéo theo những hậu quả về kinh tế, xã hội cho bản thân người nghiện và gia đình họ.

Ảnh hưởng của nghiện Internet, game bạo lực và game sex không chỉ dừng lại ở sự bỏ bê, sao nhãng học hành mà còn sao nhãng trong việc giao tiếp, quan tâm, yêu thương người thân và gia đình, nghiêm trọng hơn là sự vô cảm. Trong nghiên cứu tiến hành năm 2008 tại Mỹ, Danah Boyd cho biết các hoạt động trên mạng xã hội đã trở thành một phần quan trọng trong cuộc sống hàng ngày của vị thành niên và thanh niên Mỹ, chúng được coi như nơi hình thành bản ngã và xã hội hóa với bạn cùng trang lứa.

Bên cạnh đó, tác giả còn nhấn mạnh rằng cuộc sống xoay quanh nhà trường, gia đình khiến cho trẻ có nhu cầu được nối mạng mở rộng mối quan hệ cũng như trở thành thành viên của nhiều nhóm không chính thức hơn [14]. Việc quá tập trung vào thế giới ảo, coi đó như là một thế giới riêng của mình, người nghiện Internet thường có xu hướng giảm giao tiếp, tương tác với những người trong cuộc sống thực như bạn bè, người thân, đồng nghiệp,... mà sống thu mình lại trong thế giới ảo. Hậu quả có thể thấy được là việc mất đi các mối quan hệ có trong thế giới thực [14] [4]. Việc ít giao tiếp với gia đình, bạn bè, đồng nghiệp càng làm cho người nghiện Internet cảm thấy cô đơn. Mặt khác, trong thế giới ảo, người đó đã tạo dựng được những mối quan hệ mới mà bản thân họ cho là có ý nghĩa. Do đó, khi càng cảm thấy cô đơn, họ càng tập trung vào thế giới ảo, nơi mà những cảm xúc của họ được thỏa mãn [4].

## 5. Các yếu tố ảnh hưởng với tình trạng nghiện Internet của vị thành niên

VTN được coi là giai đoạn của sự phát triển và hoàn thiện bản thân của mỗi cá nhân; tò mò, đầy hoài bão, luôn muốn tìm hiểu, thử thách với những cái mới. Trong quá trình đi tìm bản sắc của cá nhân, bên cạnh những yếu tố thuộc về cá nhân, gia đình và bạn bè, và các yếu tố khác ảnh hưởng rất nhiều tới việc thực hiện hành vi của cá nhân và điều đó cũng tương tự với hành vi sử dụng Internet, hay nghiện Internet.

### *Yếu tố cá nhân*

Những khía cạnh cá nhân bao gồm giới tính, mục đích sử dụng Internet, những vấn đề rối loạn tâm lý, kỹ năng giao tiếp,... có ảnh hưởng tới tình trạng nghiện Internet ở vị thành niên.

Theo báo cáo tổng quan hệ thống từ 68 nghiên cứu của D. J. Kuss và cộng sự (2014) cho thấy các đặc điểm nhân khẩu học như nam giới, sống cô đơn, di cư, đang học THPT và chi phí dành cho sinh hoạt cá nhân hàng tháng hơn 100 RMB là các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng nghiện Internet ở VTN [13].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra sự khác biệt về giới trong hành vi sử dụng và nguy cơ nghiện Internet. Những kết quả này đều cho thấy nam thường sử dụng Internet nhiều hơn nữ, do đó nguy cơ nghiện cũng cao hơn [9] [27]. Có thể thấy rằng, ở giai đoạn VTN và TN thì sự hình thành và phân biệt về khái niệm giới khá rõ ràng, nam thường hiếu động, thích thử những thứ mới lạ hơn nữ. Do đó, cũng là dễ hiểu với kết quả trên. Bên cạnh đó, cũng có sự khác biệt về tuổi đối với nguy cơ nghiện Internet. Những người trẻ tuổi thường dễ bị ảnh hưởng bởi Internet hơn những người trưởng thành [19] [26].

Hơn thế nữa các yếu tố về hành vi sử dụng Internet có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng nghiện Internet ở VTN, như: tuổi bắt đầu sử dụng Internet, sử dụng Internet nhằm giải trí (game online, mạng xã hội), tần suất và thời lượng sử dụng Internet, địa điểm sử dụng Internet (ở nhà, ở quán cà phê). Mục đích sử dụng Internet ngày nay rất đa dạng bao gồm mua sắm, giải trí, kinh doanh buôn bán trên mạng, tán gẫu và tìm kiếm thông tin du lịch, phục vụ cho học tập (tài liệu, thông tin học bổng). Trong đó, giải trí và tán gẫu qua các trang mạng xã hội (Facebook, Twitter,...) là những hình thức có thể dẫn tới nghiện Internet [8]. Một trong những ứng dụng nổi của Internet trong lĩnh vực giải trí là game online. Với những đặc trưng cuốn hút người chơi bằng đồ họa đẹp mắt, thứ hạng trong game, các phần thưởng,... dễ dẫn tới việc chơi nhiều giờ liên

tục đề có thể đạt được và duy trì những thành tích trong game. Thêm vào đó, thâm niên sử dụng Internet càng lâu thì thời gian sử dụng Internet mỗi tuần càng nhiều. Đặc biệt là nhóm có thâm niên trên 5 năm sử dụng Internet nhiều hơn 3,8 giờ/tuần so với nhóm dưới 2 năm [28].

Thời điểm sử dụng Internet cũng có thể là yếu tố nguy cơ của nghiện Internet. Tại những thời điểm đáng lẽ phải sử dụng cho mục đích khác như học tập, nghỉ ngơi, ăn uống,... nhưng lại được dùng cho Internet. Đặc biệt là vào ban đêm, thời điểm ít bị kiểm soát và gián đoạn bởi các hoạt động khác, sẽ làm cho người dùng khó xác định khoảng thời gian nên dùng lại. Cũng với hoạt động chơi game online, nếu chơi vào ban đêm sẽ có nguy cơ chơi game quá mức gấp 10 lần so với thời điểm khác. Bên cạnh đó, địa điểm sử dụng Internet cũng được nhắc đến như là một yếu tố ảnh hưởng tới lượng thời gian sử dụng Internet. Trong đó, truy cập Internet tại các địa điểm công cộng như quán Internet dễ dẫn đến việc sử dụng Internet ở mức cao (11-20 giờ/tuần) [8].

Armstrong (2000) và Windyanto (2004) cho rằng việc tìm kiếm cảm giác mới lạ dẫn đến vị thành niên nghiện Internet. Vì vậy người nghiện Internet còn chịu sự tác động của những rối loạn tâm lý, kỹ năng giao tiếp. Vị thành niên nghiện Internet ở mức độ cao thường tự đánh giá bản thân thấp hơn ở nhóm vừa và nhóm không nghiện. Đồng thời nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nhóm nghiện Internet luôn cô đơn, ít giao tiếp xã hội hơn nhóm không nghiện. Chính vì thế nhóm nghiện Internet ngày càng nghèo đi các kỹ năng xã hội, giảm chất lượng cuộc sống [7] [22]. Điều này một lần nữa được khẳng định trong nghiên cứu của Stefan Stieger (2010), tác giả đã chứng minh sự nhút nhát, mong muốn tìm kiếm cảm xúc

và trạng thái cô đơn có liên quan với nghiện Internet [34]. Nghiên cứu Zegarra Zamalloa CO và Cuba Fuentes MS trên 179 vị thành niên tại thị trấn Condevilla, Peru, trong đó 49,2% là nam giới, độ tuổi trung bình của người trả lời là 13 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy 12,9% vị thành niên nghiện Internet, giới ( $p=0,016$ ) và thiếu kỹ năng giao tiếp ( $p=0,004$ ) là hai yếu tố liên quan chính dẫn đến nghiện Internet [40].

Các tài liệu còn cho thấy hội chứng tự kỷ (ASD) và rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD) là những yếu tố nguy cơ gây nghiện Internet. Nghiên cứu của So R và cộng sự tại Nhật Bản trên 132 vị thành niên bị hội chứng tự kỷ và rối loạn tăng động giảm chú ý cho biết tỷ lệ nghiện Internet ở vị thành niên bị hội chứng tự kỷ, rối loạn tăng động giảm chú ý và hội chứng tự kỷ kết hợp rối loạn tăng động giảm chú ý lần lượt là 10,8%, 12,5% và 20%. Tác giả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và can thiệp của nghiện Internet khi các chuyên gia chăm sóc sức khỏe tâm thần thấy vị thành niên bị hội chứng tự kỷ và rối loạn tăng động [33].

#### Yếu tố gia đình, bạn bè

Ngày nay, khi xã hội ngày càng phát triển, do đó nhiều bậc phụ huynh sẵn sàng tạo điều kiện cho con cái được tiếp cận những cái mới một cách thuận tiện và dễ dàng nhất, đặc biệt là Internet. Tuy nhiên, các bậc phụ huynh lại thường bận rộn với công việc, ít có thời gian quan tâm tới việc sử dụng Internet của con cái và không đưa ra các quy định sử dụng Internet tại nhà dễ dẫn đến việc sử dụng Internet quá mức và nghiện Internet. Sự thiếu hiểu biết này làm giảm đi khả năng trao đổi giữa phụ huynh và con cái về những vấn đề liên quan tới Internet (những điều nên tránh khi truy cập Internet,

cách tìm kiếm thông tin hiệu quả). Nhiều bậc phụ huynh chỉ suy nghĩ rằng cho con tiếp cận với Internet từ sớm là tạo điều kiện cho con phát triển, mở rộng kiến thức mà không biết đến những tác động tiêu cực của nó và bản thân họ lại không có khả năng kiểm soát con cái sử dụng Internet một cách hiệu quả [25] [35].

VTN sử dụng Internet nhiều thường bị phụ huynh chỉ trích, điều này càng làm cho các mối quan hệ trong thế giới thực bị mờ nhạt và yếu dần đi, trong khi các mối quan hệ trong thế giới ảo ngày càng phát triển và cho người dùng một cảm giác thỏa mãn [11]. Thêm vào đó, người nghiện Internet có thể cảm thấy khó có thể tin ai để giải bày tâm sự của bản thân như là Internet có thể làm cho họ, cảm giác cô đơn, xa cách với môi trường xã hội càng làm cho VTN bị phụ thuộc hơn vào thế giới ảo [34] [35].

Một điều đáng quan tâm nữa là, những đối tượng dễ mắc nghiện Internet là những người có gia đình không hòa thuận, ít khi được bố mẹ quan tâm và có bố mẹ thường xuyên đi làm xa nhà. Trong nghiên cứu 1102 đối tượng thanh niên của Tozzi và cộng sự (2013), những người không sống cùng bố mẹ, thu nhập của bố mẹ ở mức thấp có nguy cơ nghiện trò chơi trực tuyến cao hơn rất nhiều so với nhóm còn lại [36]. Khi phân tích hồi quy logistic trong nghiên cứu tại Trung Quốc (2009) cũng cho thấy tình cảnh cha mẹ ly thân, nỗi nhớ nhà liên quan đáng kể với nghiện Internet ( $p < 0,01$ ) [25]. Điều này cũng dễ hiểu khi phải chứng kiến cảnh chung sống không hòa thuận của bố mẹ, thường xuyên cãi vã và thậm chí là có cuộc sống ly thân và ly dị, đặc biệt trong giai đoạn VTN cần vai trò định hướng của bố mẹ và có thể giải thích những thắc mắc liên quan đến giai đoạn dậy thì.

Ngày nay, việc sử dụng các tiện ích của Internet để liên lạc đã trở nên phổ biến, tạo nên mạng xã hội trên Internet. Một cá nhân có thể bị mất liên lạc hoặc xa cách với bạn bè khi không tham gia cùng. Thêm vào đó, hoạt động giải trí đặc biệt là game online cần có sự tham gia nhiều người, nên dễ dẫn đến VTN chơi game do áp lực của nhóm và muốn chứng tỏ bản thân không thua kém bạn bè. Nghiên cứu của Laura Widyanto đã chứng minh các chức năng gây nghiện chủ yếu trên Internet là mạng xã hội, tán gẫu, sau đó là trò chơi trực tuyến. Vì vậy bạn bè sử dụng Internet càng cao dẫn đến thời lượng sử dụng Internet càng cao [23]. Lượng bạn bè trực tuyến là yếu tố làm tăng nguy cơ nghiện Internet của đối tượng được chứng minh trong nghiên cứu của Ceyhan (2008) và Demetrovics (2008) [1] [41].

#### *Yếu tố khác*

Ngày nay, khi mạng Internet, máy tính nối mạng, smartphone ngày càng trở nên quen thuộc đối với con người, chất lượng mạng ngày càng được nâng cấp, dẫn đến tỷ lệ người sử dụng và thời lượng sử dụng mạng ngày càng nhiều hơn. Song song với các yếu tố cá nhân, gia đình, bạn bè, yếu tố chất lượng mạng, sự bao phủ của mạng, việc quản lý của các cơ quan có thẩm quyền có tác động không nhỏ đến tình trạng nghiện Internet của đối tượng [15].

Việc sử dụng mạng dễ dàng hơn khi có sự góp mặt của hệ thống mạng 3G, wifi và các thiết bị cầm tay thông minh. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào chỉ ra mối quan hệ trực tiếp giữa chất lượng mạng và sự bao phủ của mạng tới tình trạng nghiện Internet, chủ yếu các yếu tố này được xem là yếu tố gián tiếp thông qua yếu tố thời lượng sử dụng của đối tượng tăng.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ceyhan A. Aykut and Ceyhan Esra (2008), Loneliness, depression and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use, *CyberPsychology & Behavior*, 11(6), pp. 699-701
2. Jarungyod Arunyanak (2004), Internet addiction, Communication Arts Faculty of Sripratum University Chonburi Campus, 55-60
3. Kimberly S. Young (1998), "Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder", *CyberPsychology & Behavior* (1), pp. 237-244
4. Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukonpadhyay, T., & Scherlis, W. (1998), Internet paradox: A social technology that reduces social involvement and psychological well-being, *American Psychologist*, 53(9), 1017-1031
5. Ahn DH (2007), "Korean policy on treatment and rehabilitation for adolescents' Internet addiction", International Symposium on the Counselling and Treatment of Youth Internet Addiction, Nation Young Commission, Seoul, Korea
6. Alfred D. Waldo (2014), Correlates of Internet Addiction among Adolescents, *Psychology*, 5, 1999-2008
7. Armstrong, L., Phillips, J., & Saling, L., (2000), Potential determinants of heavier internet usage, *International Journal of Human-Computer Studies*, 53(4), 537-550
8. Artemis T & Elena C et al (2008), Internet use and misuse: a multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents, *European Journal of Pediatrics*, Vol. 168, No. 6:655-665
9. Bai YM, Lin CC, Chen JY (2001), Internet addiction disorder among clients of a virtual clinic, *Psychiatr Serv* 52(10):1397
10. Brenner (1996), An initial report on the online assessment of Internet addiction: The first 30 days of the Internet usage survey
11. Cao, F. & Su, L. (2007), Internet addiction among Chinese adolescents, prevalence and psychological features. *Child Care Health Dev* 33(3): 275-281
12. Chen SH, Weng LC, Su YJ, Wu HM, Yang PF (2003). Development of Chinese Internet Addiction Scale and its psychometric study. *Chinese Journal of Psychology*; 45:279-94
13. D. J. Kuss et al (2014), Internet Addiction: A Systematic Review of Epidemiological Research for the Last Decade, *Current Pharmaceutical Design*, 20, 000-000
14. Danah Michele Boyd (2008), Taken Out of Context: American Teen Sociality in Networked Publics
15. Ferris Jennifer (2002), Internet addiction disorder: Causes, symptoms and consequences
16. Goldberg (1995), Internet addiction disorder
17. Griffiths, M. (1998). Internet addiction: Does it really exist, *Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implications* (pp. 61-75), San Diego: Academic Press
18. Griffiths, M.D. (1996), Internet addiction: An issue for clinical psychology?, *Clinical Psychology Forum*, 97, pp. 32-36
19. Ko CH, Yen JY, Liu SC, Huang CF, Yen CF. The associations between aggressive behaviors and Internet addiction and online activities in adolescents. *J Adolescent Health* 2009; 44: 598-605

20. Kuss DJ, Van Rooij A, Shorter GW, Griffiths MD, Van De Mheen D (2013). Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computer in Human Behavior*; 29(5): 1987-96
21. Lam, L. T., Peng Z., Mai, J., Jing, J. (2009), The association between Internet addiction and self-injurious behavior among adolescents, *Injury prevention*, 15:403-408
22. Laura Widyanto and Mary McMurrin (2004), The Psychometric Properties of the Internet Addiction Test, *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), pp. 443-450
23. Laura Widyanto et al (2008), The Psychometric Properties of the Internet Related Problem Scale: A Pilot study", *Internet Journal Mental Health Addiction*, 6, pp. 205-213
24. Law Pui Man Sally (2006), Prediction of Internet addiction for undergraduates in Hong Kong, Hong Kong Baptist University, Hong Kong
25. Lin C-H, Lin S-L, Wu C-P. The effects of parental monitoring and leisure boredom on adolescents' Internet addiction. *Adolescence*2009 Win; 44(176): 993-1004
26. Lin IH et al (2014), The association between suicidality and Internet addiction and activities in Taiwanese adolescents, *Compr Psychiatry*, 55(3):504-10
27. Mak KK, Lai CM, Watanabe H, Kim DI, Bahar N, Ramos M, Young KS, Ho RC, Aum NR, Cheng C. Epidemiology of internet behaviors and addiction among adolescents in six Asian countries. *Cyberpsychology Behav Social Netw*. 2014;17(11):720–728
28. Nie, N., Erbring, L. (2000), Internet and society: A preliminary report
29. Poli R, Agrimi E (2012). Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population. *Nordic Journal of Psychiatry*; 66(1): 55-9
30. Prabhakaran MC et al (2016), Factors associated with internet addiction among school-going adolescents in Vadodara, *J Family Med Prim Care*. 5(4):765-769
31. Roger C Ho et al (2014), The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis, *BMC Psychiatry*, 14:183
32. Siomos K, Floros G, Fisoun V, Evaggelia D, Farkonas N, Sergeantani E, Lamprou M, Geroukalis D (2012). Evolution of Internet addiction in Greek adolescent students over a two-year period: the impact of parental bonding. *European child & adolescent psychiatry*; 21(4): 211-9
33. So R et al (2017), The Prevalence of Internet Addiction Among a Japanese Adolescent Psychiatric Clinic Sample With Autism Spectrum Disorder and/or Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study, *J Autism Dev Disord.*, 47(7):2217-2224
34. Stefan Stieger and Christoph Burger (2010), Implicit and Explicit Self-Esteem in the Context of Internet Addiction, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(6), pp. 681-688
35. Subramaniam Mythily et al (2008), Prevalence and Correlates of Excessive Internet Use among Youth in Singapore, *Ann Acad Med Singapore* 2008, 37:9-14
36. Tozzi L et al (2013), Gambling among youths in Switzerland and its association with other addictive behaviours. A population-based study, *Swiss Medical Weekly*
37. Tsitsika A et al (2011), Determinants of Internet addiction among adolescents: a case-control study, *ScientificWorldJournal*, 11:866-74
38. Wolniczak J et al (2013), Association between Facebook Dependence and Poor Sleep Quality: A Study in a Sample of Undergraduate Students in Peru, *PloSone*, 8(3)

39. Yadav P, Banwari G, Parmar C, Maniar R (2013) Internet addiction and its correlates among high school students: a preliminary study from Ahmedabad, India. *Asian J Psychiatr.* 6(6):500-5
40. Zegarra Zamalloa CO and Cuba Fuentes MS (2017), Frequency of Internet addiction and development of social skills in adolescents in an urban area of Lima, *Medwave.* 17(1)
41. Zsolt Demetrovics, Beatrix Szeredi and Sándor Roozssa (2008), “The three-factor model of Internet addiction: The development of the Problematic Internet Use Questionnaire”, *Behavior Research Methods.* 2(40)

## NHỮNG ĐIỂM MỚI TRONG QUY ĐỊNH ĐẤU THẦU THUỐC TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP

*ThS. Nguyễn Kim Anh<sup>12</sup>*

Ngày 11/7/2019, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 15/2019/TT-BYT quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở Y tế công lập. Thông tư này cơ bản sẽ giải quyết được các vướng mắc trong quá trình lựa chọn nhà thầu tại các đơn vị mua sắm tập trung, các cơ sở khám chữa bệnh được đơn giản hóa, công khai, minh bạch và đạt hiệu quả kinh tế.

Cụ thể, một số điểm mới trong Thông tư này được quy định như sau: Việc phân chia các nhóm thuốc tại các gói thầu theo tiêu chí kỹ thuật được xây dựng chặt chẽ, minh bạch và yêu cầu cao hơn nhằm mục tiêu lựa chọn được các thuốc chất lượng, giá cả phù hợp. Đồng thời, góp phần thực hiện Đề án “Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam” cho thuốc sản xuất tại Việt Nam có thể tham dự tất cả các nhóm nếu đáp ứng tiêu chí kỹ thuật, trong đó thuốc sản xuất tại Việt Nam có thể tham dự thầu cùng thuốc của các nước châu Âu, Mỹ, Nhật...

Ngoài ra, việc phân chia nhóm thuốc để khuyến khích gia công, chuyển giao công nghệ các thuốc nước ngoài để sản xuất tại Việt Nam, đặc biệt là các thuốc biệt dược gốc, thuốc phát minh, vắc xin, sinh phẩm.

Tiếp theo, bổ sung các quy định để khuyến khích đầu tư, nâng cao chất lượng thuốc cổ truyền, vị thuốc cổ truyền, dược liệu thông qua tiêu chí kỹ thuật GACP (Thực hành tốt trồng trọt và thu hái dược liệu), khuyến khích đầu tư nâng cấp để thực hiện nguyên tắc, tiêu chuẩn GMP. Trường hợp, vị thuốc cổ truyền, dược liệu chưa đáp ứng tiêu chuẩn GACP thì các cơ sở

y tế vẫn có thể lựa chọn được các vị thuốc cổ truyền, dược liệu theo các nhóm khác để đảm bảo nhu cầu điều trị.

Cùng với đó, công tác lựa chọn nhà thầu tại các cơ sở y tế, các đơn vị mua sắm thuốc tập trung công khai, minh bạch hơn như quy định việc ghi dạng bào chế thuốc khi xây dựng kế hoạch lựa chọn nhà thầu để khuyến khích dạng bào chế hiện đại, thuốc công nghệ cao khắc phục lạm dụng dạng bào chế không phổ biến, đồng thời đảm bảo thống nhất cách ghi dạng bào chế; quy định việc phân cấp phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu một số gói thầu sẽ giúp các cơ sở y tế chủ động mua thuốc cấp cứu, chống độc, thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần tiền chất, thuốc cần mua gấp, thuốc mua với giá trị nhỏ,... để kịp thời phục vụ người bệnh.

Tiếp tục đẩy mạnh công tác cải cách thủ tục hành chính tại các cơ quan quản lý, bên cạnh việc quy định rõ mẫu hồ sơ trình duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu, thông tư còn quy định rõ về thời gian, trình tự, thủ tục thực hiện việc thẩm định và phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu. Qua đó đã rút ngắn thời gian tổ chức lựa chọn nhà thầu của đơn vị.

Cuối cùng, bổ sung quy định tăng tính cạnh tranh trong đấu thầu như quy định rõ yêu cầu về doanh thu, số năm báo cáo tài chính và hợp đồng tương tự theo hướng ưu tiên nhà thầu mới thành lập đủ năng lực, kinh nghiệm tham dự thầu.

Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 1/10/2019../.

<sup>12</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## TỪ 1/1/2020: BỔ SUNG NỘI DUNG PHÒNG CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA KHI THI LÝ THUYẾT ĐỀ CẤP BẰNG LÁI XE

*Nguyễn Phương Thảo<sup>13</sup>*

Thông tư 38/2019/TT-BGTVT do Bộ Giao thông Vận tải ban hành ngày 08/10/2019 bổ sung thêm nhiều nội dung mới khi đào tạo, sát hạch, cấp giấy phép lái xe cơ giới đường bộ.

Cụ thể, theo quy định mới, kể từ ngày 1/12/2019, khi tham gia đào tạo lái xe hạng B1, B2, C và nâng hạng giấy phép lái xe, học viên thay vì chỉ học nội dung đạo đức người lái xe và văn hóa giao thông sẽ phải học đạo đức, văn hóa giao thông và phòng, chống tác hại của rượu, bia khi tham gia giao thông. Trong đó, nội dung phòng chống tác hại của rượu, bia khi tham gia giao thông chiếm thời gian 2 tiết.

Tổng cục Đường bộ Việt Nam có trách nhiệm ban hành nội dung giảng dạy về phòng, chống tác hại của rượu, bia khi tham gia giao thông và hướng dẫn thực hiện thống nhất trong

cả nước trước ngày 1/12/2019.

Thông tư quy định, kể từ ngày 1/5/2020, các cơ sở đào tạo ứng dụng công nghệ để nhận dạng và theo dõi thời gian học lý thuyết môn học pháp luật giao thông đường bộ đối với học viên học lái xe ô tô (trừ hạng B1). Sử dụng phần mềm mô phỏng các tình huống giao thông để đào tạo lái xe ô tô từ 1/1/2021.

Trung tâm sát hạch lái xe lắp camera giám sát phòng sát hạch lý thuyết, sân sát hạch lái xe trong hình và truyền dữ liệu về Tổng cục Đường bộ Việt Nam và Sở Giao thông vận tải từ ngày 1/1/2020; sử dụng phần mềm mô phỏng các tình huống giao thông để sát hạch lái xe từ ngày 1/1/2021.

Thông tư có hiệu lực từ ngày 1/12/2019./.

<sup>13</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## CHUẨN NĂNG LỰC CƠ BẢN CỦA DƯỢC SĨ VIỆT NAM

*ThS. Nguyễn Hải Hà<sup>14</sup>*

Ngày 15/10/2019, Bộ Y tế ban hành Quyết định 4815/QĐ-BYT về việc phê duyệt Chuẩn năng lực cơ bản của dược sĩ Việt Nam.

Theo Quyết định 4815/QĐ-BYT, Chuẩn năng lực cơ bản của Dược sĩ Việt Nam được đặt ra trong 07 lĩnh vực bao gồm: Sử dụng thuốc hợp lý; Cung ứng thuốc; Bào chế, sản xuất thuốc và nguyên liệu làm thuốc; Đảm bảo chất lượng thuốc, nguyên liệu làm thuốc; Tổ chức và quản lý; Năng lực giao tiếp – cộng tác; Hành nghề chuyên nghiệp và có đạo đức.

Cụ thể, ở lĩnh vực hành nghề chuyên nghiệp và có đạo đức phải đáp ứng được các tiêu chuẩn: hành nghề theo quy định của pháp luật; hành nghề theo quy tắc đạo đức nghề nghiệp; hành nghề phù hợp với hoàn cảnh và điều kiện thực tế; học tập suốt đời.

Về năng lực giao tiếp - cộng tác phải đáp ứng được các tiêu chuẩn: giao tiếp có hiệu quả; xây dựng được mối quan hệ thân thiện, hợp tác, tin tưởng với người bệnh, người chăm sóc, khách hàng, đồng nghiệp và cộng đồng; cộng tác có hiệu quả với đồng nghiệp và đối tác.

Về tổ chức và quản lý phải có kỹ năng lập kế hoạch; tổ chức làm việc hiệu quả; thông tin và ra quyết định; kỹ năng giám sát và đánh giá.

Đảm bảo chất lượng thuốc, nguyên liệu làm thuốc phải đảm bảo tiêu chuẩn quản lý chất lượng thuốc, nguyên liệu làm thuốc; đảm bảo chất lượng thuốc trong sản xuất và cung ứng; tham gia nghiên cứu đảm bảo chất lượng thuốc, nguyên liệu làm thuốc.

Ở lĩnh vực bào chế, sản xuất thuốc và nguyên liệu làm thuốc phải đáp ứng tiêu chuẩn sản xuất, phát triển nguyên liệu làm thuốc; bào chế, sản xuất thuốc.

Lĩnh vực cung ứng thuốc, chuẩn năng lực cơ bản dược sĩ Việt Nam thì dược sĩ phải thực hiện được lựa chọn thuốc; thực hiện được mua sắm thuốc hợp lý và phù hợp với các quy định; thực hiện phân phối, cấp phát và tồn trữ thuốc; thực hiện quản lý sử dụng thuốc.

Về sử dụng thuốc hợp lý, chuẩn năng lực cơ bản dược sĩ Việt Nam yêu cầu dược sĩ tham gia xây dựng kế hoạch điều trị cho người bệnh; triển khai kế hoạch điều trị cho người bệnh; theo dõi, giám sát việc sử dụng thuốc trên người bệnh; tham gia các hoạt động thúc đẩy sử dụng thuốc hợp lý tại cơ sở y tế.

Trong từng lĩnh vực trên, người dược sĩ cần đáp ứng các tiêu chuẩn cụ thể khác như: Hành nghề theo quy định pháp luật; Luôn đặt sự an toàn, lợi ích của người bệnh lên trên hết; Tôn trọng, bảo vệ quyền của người bệnh và khách hàng; Thận trọng, tỉ mỉ, chính xác trong khi hành nghề; Coi trọng việc kết hợp kiến thức y dược học hiện đại với y dược học cổ truyền; Thấu cảm, thương lượng và giải quyết những băn khoăn, lo lắng của người bệnh;...

Bên cạnh đó, dược sĩ phải đáp ứng các tiêu chí liên quan đến việc triển khai kế hoạch điều trị cho người bệnh; Thực hiện quản lý sử dụng thuốc; Thực hiện phân phối, cấp phát và tồn trữ thuốc; Có khả năng thực hiện được việc tổ chức và pha chế một số thuốc tại cơ sở điều trị./.

<sup>14</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## BỘ Y TẾ BAN HÀNH QUY CHUẨN KỸ THUẬT QUỐC GIA VỀ BỤI - GIÁ TRỊ GIỚI HẠN TIẾP XÚC CHO PHÉP BỤI TẠI NƠI LÀM VIỆC

*ThS.Lê Kim Oanh<sup>15</sup>*

Ngày 21/3/2019, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư 02/2019/TT-BYT ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về bụi - giá trị giới hạn tiếp xúc cho phép 05 yếu tố bụi tại nơi làm việc.

Quy chuẩn này áp dụng cho các cơ quan quản lý nhà nước về môi trường; các cơ quan, tổ chức thực hiện quan trắc môi trường lao động; các tổ chức, cá nhân có các hoạt động phát sinh bụi tại nơi làm việc và các tổ chức, cá nhân có liên quan.

Theo Thông tư này, các cơ sở có người lao động tiếp xúc với bụi phải định kỳ quan trắc lao động, đánh giá yếu tố bụi tối thiểu một lần trong năm.

QCVN 02: 2019/BYT ban hành kèm theo Thông tư 02 đề cập đến 5 loại bụi tại nơi làm việc là: bụi amiăng, bụi silic, bụi không chứa silic, bụi bông và bụi than.

Người sử dụng lao động phải thực hiện ngay các biện pháp cải thiện điều kiện lao động và bảo vệ sức khỏe người lao động nếu nồng độ bụi tại nơi làm việc vượt giá trị giới hạn tiếp xúc cho phép của quy chuẩn này.

Thông tư 02/2019/TT-BYT có hiệu lực từ ngày 22/9/2019./.

<sup>15</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## QUỐC HỘI THÔNG QUA LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA

*Lý Mai Hà<sup>16</sup>*

Ngày làm việc cuối cùng tại Kỳ họp thứ 7 Quốc hội khóa XIV, sáng ngày 14/6, dưới sự điều hành của Phó Chủ tịch Thường trực Quốc hội Tòng Thị Phóng, Quốc hội đã biểu quyết thông qua Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia.

Với 408/450 đại biểu Quốc hội tham gia biểu quyết tán thành, chiếm 84,30% tổng số đại biểu Quốc hội, Quốc hội đã chính thức thông qua Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia. Đây là đạo luật mang ý nghĩa xã hội và tính nhân văn cao, với mục tiêu cao nhất cả trước mắt và lâu dài là định hướng hành vi, thay đổi thói quen có hại, góp phần quan trọng nâng cao thể chất, tinh thần, tuổi thọ và chất lượng cuộc sống của người dân.

Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia số 44/2019/QH14 quy định về các biện pháp phòng, chống tác hại của rượu, bia và đồ uống có cồn khác (trong Luật này gọi chung là rượu, bia) bao gồm: kiểm soát giảm mức tiêu thụ rượu, bia; kiểm soát việc cung cấp rượu, bia; giảm tác hại của rượu, bia; điều kiện bảo đảm cho hoạt động phòng, chống tác hại của rượu, bia; quản lý nhà nước và trách nhiệm của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong phòng, chống tác hại của rượu, bia.

Luật này gồm 07 Chương và 36 Điều. Luật này cũng sửa đổi, bổ sung quy định của một số luật khác, đó là: Luật Giao thông đường bộ số 23/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một

số điều theo Luật số 35/2018/QH14; Luật Giao thông đường thủy nội địa số 23/2004/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 48/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13 và Luật số 35/2018/QH14 và Luật Thương mại số 36/2005/QH11 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 05/2017/QH14.

Để Luật đi vào cuộc sống, Ủy ban Thường vụ Quốc hội cũng đề nghị Chính phủ ngay sau khi Luật được thông qua cần chỉ đạo công tác thông tin, tuyên truyền rộng khắp để mọi người dân, gia đình, cơ quan, tổ chức hiểu rõ và thực hiện đầy đủ, chính xác quy định của Luật, đồng thời khẩn trương ban hành các văn bản quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật này và các quy định của Luật Giao thông đường bộ, Luật Giao thông đường thủy nội địa và Luật Thương mại được sửa đổi tại Luật này; chú trọng củng cố, nâng cao năng lực cho người làm công tác phòng, chống tác hại của rượu, bia và bố trí, huy động đủ nguồn lực cho việc tổ chức thi hành Luật.

Bên cạnh đó, tiếp tục tâm tâm triển khai tốt việc thực hiện pháp luật về an toàn giao thông, trật tự an toàn xã hội, phòng, chống bạo lực gia đình... để ngăn chặn có hiệu quả và xử lý nghiêm minh các hành vi vi phạm liên quan đến rượu, bia; nghiên cứu, đề xuất sửa đổi các quy định pháp luật có liên quan để xây dựng cơ chế đồng bộ, hữu hiệu trong phòng, chống tác hại của rượu, bia vì sức khỏe của người dân và an toàn của cộng đồng./.

<sup>16</sup> Văn phòng Bộ Y tế



## CÔNG BỐ LỆNH CỦA CHỦ TỊCH NƯỚC VỀ LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA

*Nguyễn Phương Thảo<sup>17</sup>*

Sáng 4/7, Văn phòng Chủ tịch nước tổ chức họp báo công bố Lệnh của Chủ tịch nước về công bố 7 luật vừa được Quốc hội thông qua tại kỳ họp thứ 7, trong đó có “Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia”. Chủ nhiệm Văn phòng Chủ tịch nước Đào Việt Trung chủ trì cuộc họp báo.

7 luật được công bố gồm: Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Kinh doanh bảo hiểm, Luật Sở hữu trí tuệ sẽ có hiệu lực thi hành từ ngày 1/11/2019; Luật Quản lý thuế có hiệu lực thi hành từ ngày 1/7/2020; Luật Đầu tư công 2019 có hiệu lực thi hành ngày 1/1/2020; Luật Kiến trúc có hiệu lực thi hành từ 1/7/2020; Luật Giáo dục 2019 có hiệu lực thi hành từ 1/7/2020; Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia có hiệu lực thi hành từ ngày 1/1/2020; Luật Thi hành án hình sự 2019 có hiệu lực thi hành từ ngày 1/1/2020.

Tại buổi họp báo công bố lệnh của Chủ tịch nước, đại diện Bộ Y tế đã trình bày tóm tắt Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia, trong đó có quy định người điều khiển phương tiện giao thông không được uống rượu, bia. Trả lời câu hỏi của phóng viên về các biện pháp của Bộ Y tế để sớm đưa Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia đi vào cuộc sống cũng như việc điều chỉnh các quy định tại Luật Giao thông đường bộ cho phù hợp, Thứ trưởng Bộ Y tế Trương Quốc Cường cho rằng, việc Quốc hội thông qua Luật vào thời điểm này là rất phù hợp, kịp thời,

tạo điều kiện cho Bộ Y tế trong việc chăm sóc sức khỏe của người dân. Thứ trưởng Bộ Y tế Trương Quốc Cường nhấn mạnh: “*Tuy vậy, để luật sớm đi vào cuộc sống là điều không đơn giản, cần có sự phối hợp chặt chẽ của các ban, ngành liên quan. Ngoài biện pháp tăng cường truyền thông nhằm thay đổi hành vi của người dân thì việc áp dụng chế tài đối với cá nhân vi phạm là rất quan trọng. 13 hành vi bị nghiêm cấm sẽ có chế tài tương ứng, đặc biệt là chế tài bảo vệ đối tượng dễ bị tổn thương như trẻ dưới 18 tuổi, phụ nữ, người già. Để đảm bảo tính đồng bộ của pháp luật, sắp tới cơ quan chức năng sẽ sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Giao thông đường bộ*”.

Việc xây dựng, ban hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia là một yêu cầu cấp thiết để góp phần hạn chế ảnh hưởng tiêu cực do tác hại của rượu, bia gây ra đối với cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội, bảo đảm sự phát triển bền vững của đất nước. Việc xây dựng Luật dựa trên các quan điểm ưu tiên bảo vệ sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi người dân, gia đình và xã hội, là nguồn lực quý giá trong phát triển bền vững đất nước; giảm gánh nặng bệnh tật, tử vong do sử dụng rượu, bia gây ra. Ngoài ra, phòng ngừa và giảm bớt các hậu quả về xã hội (tai nạn giao thông, bạo lực gia đình, tội phạm, thương tích, an ninh trật tự, bất bình đẳng giới, đói nghèo) và gánh nặng kinh tế để khắc phục hậu quả do sử dụng rượu, bia gây ra.../.

<sup>17</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## KẾ HOẠCH TRIỂN KHAI THI HÀNH LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA TRONG NGÀNH Y TẾ

*ThS.Nguyễn Kim Anh<sup>18</sup>*

Ngày 01/8/2019, Bộ Y tế có Quyết định số 3400/QĐ-BYT ban hành kế hoạch triển khai thi hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia trong ngành Y tế.

Theo đó, Kế hoạch xác định cụ thể các nội dung công việc, tiến độ, thời hạn hoàn thành và trách nhiệm của cơ quan, tổ chức có liên quan trong việc tổ chức triển khai thi hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia bảo đảm tính kịp thời, đồng bộ, thống nhất và hiệu quả. Xác định trách nhiệm của các Vụ, Cục, Tổng cục, Văn phòng Bộ, Thanh tra Bộ và Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương trong việc tiến hành các hoạt động triển khai thi hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia trên phạm vi cả nước.

Đối với địa phương, Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm tham mưu cho Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương ban hành Kế hoạch tổ chức thực hiện Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia tại địa phương (Luật); kiến toàn Ban Chỉ đạo liên ngành về phòng, chống tác hại của rượu, bia hoặc lồng ghép hoạt động phòng, chống tác hại của rượu, bia trong nhiệm vụ

của các Ban Chỉ đạo liên ngành phù hợp hiện có tại địa phương. Đồng thời, tổ chức tuyên truyền, phổ biến nội dung của Luật và các văn bản quy định chi tiết Luật bằng các hình thức phù hợp với điều kiện, tình hình thực tế của địa phương và từng đối tượng, địa bàn (thông qua lồng ghép chuyên đề trong các hội nghị, lớp tập huấn, cập nhật kiến thức pháp luật mới theo kế hoạch công tác phổ biến, giáo dục pháp luật); Tổ chức đưa các hoạt động thông tin, giáo dục truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia và việc tổ chức thực hiện Luật vào các kế hoạch, hoạt động truyền thông hằng năm của Sở Y tế, phối hợp với các cơ quan thông tin, báo chí trong và ngoài ngành Y tế tại địa phương thường xuyên, chủ động thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia và việc tổ chức thực hiện Luật.

Trung tâm Truyền thông và Giáo dục sức khỏe tỉnh, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh xây dựng kế hoạch truyền thông hằng năm và thường xuyên, chủ động thông tin, giáo dục, truyền thông về phòng, chống tác hại của rượu, bia và việc tổ chức thực hiện Luật.

Quyết định có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký./.

<sup>18</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## BỘ Y TẾ TRIỂN KHAI LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA

*ThS.Nguyễn Hải Hà<sup>19</sup>*

Ngày 16/10, tại Hà Nội, Bộ Y tế đã tổ chức Hội nghị triển khai Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia nhằm giới thiệu nội dung cơ bản của luật, chỉ đạo của Chính phủ, hướng dẫn của Bộ Y tế về việc triển khai thực hiện Luật, đặc biệt là các công việc mà các Bộ, Ngành, Cơ quan, địa phương cần phải làm và duy trì trong thời gian tới cũng như các kinh nghiệm quốc tế trong triển khai các luật về phòng, chống tác hại của rượu, bia. Đồng thời, đây cũng là dịp để các Bộ, Ngành, địa phương có thể trao đổi, giải đáp, chia sẻ thông tin và thảo luận để đề xuất được những giải pháp nhằm triển khai luật đạt hiệu quả cao nhất.

Phát biểu tại Hội nghị, Bộ trưởng Bộ Y tế, Trưởng Ban Bảo vệ Chăm sóc sức khỏe cán bộ Trung ương Nguyễn Thị Kim Tiến cho biết: Việt Nam thuộc nhóm quốc gia có tỷ lệ nam giới uống rượu bia cao nhất thế giới và tỷ lệ uống rượu bia ngày càng gia tăng. Do những ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và gây ra các vấn đề xã hội nghiêm trọng nên rượu, bia là loại hàng hóa được hầu hết các quốc gia đưa vào kiểm soát chặt chẽ và không khuyến khích tiêu dùng. Tổ chức Y tế thế giới đã phê chuẩn Chiến lược toàn cầu nhằm giảm tác hại của việc sử dụng đồ uống có cồn vào năm 2010. Tại Việt Nam, ngày 12/2/2014, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 244/QĐ/TTg

phê duyệt Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020. Theo Bộ trưởng Nguyễn Thị Kim Tiến, việc ban hành Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia là một yêu cầu cấp thiết để phòng, chống các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm, phòng, chống tai nạn giao thông, bạo lực, tội phạm, góp phần hạn chế gánh nặng do tác hại của rượu, bia gây ra đối với cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội, bảo đảm sự phát triển bền vững của đất nước. Đồng thời, góp phần thực hiện các giải pháp đề ra tại Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới “Thực hiện đồng bộ các giải pháp nhằm giảm tiêu thụ rượu, bia, thuốc lá”; “Tăng thuế tiêu thụ đặc biệt đối với các hàng hóa có hại cho sức khỏe như đồ uống có cồn, có ga, thuốc lá để hạn chế tiêu dùng” cũng như hoàn thành các mục tiêu phát triển bền vững mà Việt Nam cam kết với Liên Hợp quốc. Đây là lần đầu tiên Việt Nam có một luật điều chỉnh đầy đủ, hoàn chỉnh đối với vấn đề phòng, chống tác hại của rượu, bia, đồng thời, đây cũng là đạo luật khó do liên quan đến thói quen, hành vi tiêu dùng của người dân vì vậy để đạo luật này đi vào cuộc sống, bảo đảm tính khả thi và hiệu quả thì công

<sup>19</sup> Văn phòng Bộ Y tế

tác tuyên truyền, phổ biến, triển khai Luật là hết sức quan trọng.

Trước đó, Chính phủ đã giao Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng dự án Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia. Sau 7 năm nghiên cứu, xây dựng, ngày 14/6/2019, Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia đã được Quốc hội khóa XIV thông qua.

Tại Hội nghị, đại diện Bộ Y tế cho biết, Bộ đang trong quá trình xin ý kiến về việc mở rộng địa điểm những nơi cấm bán và sử dụng rượu bia như công viên, nhà chờ xe buýt, trạm dừng nghỉ trên đường cao tốc... để quy định trong Nghị định thực hiện Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia./.

## BỘ Y TẾ CHỦ TRÌ SOẠN THẢO NGHỊ ĐỊNH QUY ĐỊNH CHI TIẾT MỘT SỐ ĐIỀU VÀ BIỆN PHÁP THI HÀNH LUẬT PHÒNG, CHỐNG TÁC HẠI CỦA RƯỢU, BIA

*Hoàng Văn Nhật<sup>20</sup>*

Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định ban hành Danh mục và phân công cơ quan chủ trì soạn thảo văn bản quy định chi tiết thi hành các luật được Quốc hội khóa XIV thông qua tại Kỳ họp thứ 7.

Theo đó, Thủ tướng đã phân công 8 Bộ chủ trì soạn thảo 43 văn bản quy định chi tiết thi hành 7 Luật: Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Kinh doanh bảo hiểm, Luật Sở hữu trí tuệ; Luật Đầu tư công (sửa đổi); Luật Thi hành án hình sự (sửa đổi); Luật Phòng, chống tác hại của rượu, bia; Luật Kiến trúc; Luật Giáo dục (sửa đổi); Luật Quản lý thuế (sửa đổi).

Cụ thể, Bộ Tài chính chủ trì soạn thảo 6 Nghị định và 9 Thông tư; Bộ Kế hoạch và Đầu tư 4 Nghị định; Bộ Công an 7 Nghị định và 4 Thông tư; Bộ Quốc phòng 2 Thông tư; Bộ Y tế 1 Nghị định; Bộ Công Thương 1 Nghị định và 1 Thông tư; Bộ Xây dựng 1 Nghị định và 2 Thông tư; Bộ Giáo dục và Đào tạo 5 Nghị định.

Về Luật Phòng chống tác hại của rượu, bia đã được Quốc hội thông qua, có hiệu lực từ 1/1/2020, Thủ tướng phân công Bộ Y tế soạn thảo Nghị định quy định chi tiết một số điều và

biện pháp thi hành Luật Phòng chống tác hại của rượu, bia (khoản 2 Điều 9, khoản 7 Điều 10, khoản 6 Điều 12, khoản 3 Điều 26), trình Chính phủ tháng 11/2019.

Thủ tướng yêu cầu Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang bộ chủ trì soạn thảo văn bản có trách nhiệm trực tiếp phụ trách, chỉ đạo và chịu trách nhiệm trước Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ về chất lượng, tiến độ xây dựng, ban hành văn bản quy định chi tiết; bảo đảm chất lượng, tiến độ xây dựng các nghị định quy định chi tiết các nội dung được luật giao, trình Chính phủ. Đồng thời, ban hành các thông tư quy định chi tiết các nội dung được luật giao, bảo đảm có hiệu lực cùng thời điểm có hiệu lực của luật, không để tình trạng chậm, nợ ban hành văn bản; phối hợp chặt chẽ với Bộ Tư pháp, Văn phòng Chính phủ trong quá trình xây dựng, ban hành văn bản; thường xuyên đôn đốc, kiểm điểm làm rõ trách nhiệm của từng cơ quan, đơn vị và người đứng đầu được phân công xây dựng, trình văn bản; công khai nội dung công việc, tiến độ, kết quả cụ thể từng giai đoạn trên Cổng Thông tin điện tử của Bộ, cơ quan ngang Bộ.../.

<sup>20</sup> Văn phòng Bộ Y tế

## LỘ TRÌNH SỬA ĐỔI CHÍNH SÁCH VÀ CẮT GIẢM THỦ TỤC HÀNH CHÍNH TRONG LĨNH VỰC Y TẾ

Lý Mai Hà<sup>21</sup>

*Hiện nay, Bộ Y tế đang xem xét trình sửa đổi Luật Khám chữa bệnh, Luật Bảo hiểm xã hội (BHXH), Luật Bảo hiểm y tế (BHYT), Nghị định số 85/2015/NĐ-CP, Nghị định số 109/2016 ngày 1/7/2016, Nghị định số 155/2018/NĐ-CP, thời gian thực hành đối với cấp chứng chỉ hành nghề của bác sỹ; hướng dẫn cụ thể hơn về thực hiện cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập. Về lộ trình thực hiện sửa đổi các luật, nghị định trên, Bộ Y tế cho biết:*

**Về việc sửa Luật Khám bệnh, chữa bệnh,** Bộ Y tế được Quốc hội giao xây dựng Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi và trình Quốc hội trong năm 2020: Hiện nay Bộ Y tế đang xây dựng dự thảo và sẽ trình đúng tiến độ vào năm 2020.

**Về việc sửa Luật BHYT,** Luật sửa đổi bổ sung Luật BHYT số 46/QH13 được ban hành tháng 6/2014 và có hiệu lực từ 1/1/2015: Hiện nay, Bộ Y tế đang tổng hợp, đánh giá kết quả thực hiện Luật BHYT, đồng thời nghiên cứu, bổ sung cơ sở lý luận và những kinh nghiệm, bài học trong nước và trên thế giới để làm cơ sở xây dựng Luật BHYT sửa đổi. Quá trình này đang được thực hiện theo chương trình sửa Luật BHYT.

**Về việc sửa Nghị định số 85/2015/NĐ-CP ngày 15/10/2015** và hướng dẫn tự chủ, thực hiện Quyết định số 695/QĐ-TTg ngày 21/5/2015 của Thủ tướng Chính phủ ban hành kế hoạch triển khai thực hiện Nghị định số

16/2015/NĐ-CP ngày 14/02/2015 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ của các đơn vị sự nghiệp công lập, trong đó có giao cho các Bộ phải xây dựng, trình Chính phủ ban hành Nghị định quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công theo từng lĩnh vực. Từ năm 2016 đến nay, Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Tài chính, Bộ Nội vụ và các cơ quan liên quan xây dựng dự thảo Nghị định quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập thuộc lĩnh vực y tế - dân số thay thế Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 của Chính phủ. Đến nay, Bộ Y tế đã trình Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành Nghị định quy định về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp thuộc lĩnh vực y tế - dân số (thay thế Nghị định số 85). Sau khi tiếp thu ý kiến của các thành viên Chính phủ, Bộ Y tế đã có Báo cáo trình Thủ tướng Chính phủ về việc tiếp thu, giải trình ý kiến của thành viên Chính phủ đối với dự thảo Nghị định quy định cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập thuộc lĩnh vực y tế - dân số (thay thế Nghị định số 85).

**Về việc sửa Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 1/7/2016** và quy định về cấp chứng chỉ hành nghề, hiện nay thực hiện Kế hoạch của Chính phủ và Quốc hội, Bộ Y tế đang khẩn trương phối hợp với các Bộ, ngành và các cơ quan liên quan tiến hành sửa đổi, bổ sung Luật Khám bệnh, chữa bệnh để trình Quốc hội xem xét và phê duyệt năm 2020, theo đó dự kiến Ban soạn thảo sẽ đề xuất bổ sung, sửa đổi các quy định liên quan đến:

<sup>21</sup> Văn phòng Bộ Y tế

- Cấp chứng chỉ hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, thời gian thực hành để cấp chứng chỉ hành nghề.
- Cấp giấy phép tạm thời cho các đối tượng là người nước ngoài đến khám bệnh chữa bệnh nhân đạo, chuyển giao kỹ thuật, đào tạo thực hành tại Việt Nam. Giao Bộ Y tế xem xét, thừa nhận chứng chỉ hành nghề đã được cấp bởi một số nước khác.
- Bổ sung một số đối tượng, chức danh nghề nghiệp tham gia khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được cấp chứng chỉ hành nghề như: kỹ sư xạ trị, kỹ sư vật lý y học, cử nhân khúc xạ...
- Quy định về hướng dẫn thực hành và các cá nhân, cơ sở có đủ điều kiện để hướng dẫn và chứng nhận quá trình thực hành làm cơ sở để cấp chứng chỉ hành nghề.
- Xem xét để bổ sung các quy định để khuyến khích, tạo điều kiện cho người chịu trách nhiệm chuyên môn của trạm y tế xã yên tâm công tác.

Sau khi Luật Khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi được thông qua, Bộ Y tế sẽ tiếp tục xem xét, sửa đổi, bổ sung các Nghị định hướng dẫn Luật như Nghị định 109/2016/NĐ-CP, Nghị định 155/2018/NĐ-CP và các văn bản hướng dẫn khác.

**Về việc sửa Nghị định số 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018, thực hiện Nghị quyết**

01/NQ-CP ngày 1/1/2018 của Chính phủ về nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu thực hiện Kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội và dự toán ngân sách nhà nước năm 2018, Nghị quyết số 19-2018/NQ-CP ngày 15/5/2018 của Chính phủ về tiếp tục thực hiện những nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu cải thiện môi trường kinh doanh, nâng cao năng lực cạnh tranh quốc gia năm 2018 và những năm tiếp theo, Bộ Y tế đã rà soát các điều kiện đầu tư, kinh doanh, thủ tục hành chính trong lĩnh vực y tế và xây dựng dự thảo Nghị định để cắt giảm, đơn giản hóa điều kiện đầu tư kinh doanh.

Ngày 12/11/2018 Chính phủ đã ban hành Nghị định số 155/2018/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế. Nghị định đã cắt giảm, đơn giản hóa các điều kiện đầu tư kinh doanh và thủ tục hành chính thuộc các lĩnh vực: An toàn thực phẩm; Khám chữa bệnh; Dược - Mỹ phẩm; Y dược cổ truyền; Hóa chất chế phẩm diệt côn trùng, diệt khuẩn dùng trong gia dụng và y tế; Phòng chống bệnh truyền nhiễm; Phòng, chống HIV/AIDS; Sức khỏe sinh sản. Đối với lĩnh vực trang thiết bị y tế: Chính phủ đã ban hành Nghị định số 169/2018/NĐ-CP ngày 31/12/2018 Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 36/2016/NĐ-CP ngày 15/5/2016 về quản lý trang thiết bị y tế.

Kết quả thực hiện của Bộ Y tế như sau:

	Trước cắt giảm, đơn giản hóa	Đã cắt giảm, đơn giản hóa	Sau cắt giảm, đơn giản hóa	Tỷ lệ cắt giảm, đơn giản hóa (%)
Điều kiện kinh doanh	2.005	1.392	629	69.43
Thủ tục hành chính	233	177	161	75.97

Ngày 21/6/2016, Bộ Y tế đã có Văn bản số 3488/BYT-TB-CT gửi Văn phòng Chính phủ, Bộ Kế hoạch và Đầu tư báo cáo kết quả rà soát về điều kiện kinh doanh và thủ tục hành chính.

Thực hiện Nghị quyết số 02/NQ-CP ngày 1/1/2019 của Chính phủ về tiếp tục thực hiện những nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu cải thiện môi trường kinh doanh, nâng cao năng lực

cạnh tranh quốc gia năm 2019 và định hướng đến năm 2021, Bộ Y tế hiện đang tiếp tục rà soát, trình Chính phủ bãi bỏ, đơn giản hóa các điều kiện kinh doanh không rõ ràng, không cụ thể, không khả thi. Nội dung này đang giao cho Vụ Pháp chế là đơn vị đầu mối thực hiện theo Kế hoạch số 231/KH-BYT ngày 08/3/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc triển khai thực hiện Nghị quyết số 02/NQ-CP/.



## THẺ LỆ VIẾT VÀ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

Bài gửi đăng Tạp chí Chính sách Y tế là bài chưa đăng và chưa gửi đăng ở bất kỳ tạp chí nào khác. Bài gửi đăng tạp chí bằng bản in và bản điện tử trình bày theo cỡ chữ 13 Times New Roman, dùng bộ mã Unicode.

Tên bài báo ngắn gọn (không quá 2 dòng), súc tích, cô đọng nêu bật được nội dung của bài báo, không bị lặp từ; và được viết chữ in hoa, đậm.

Dung lượng bài viết từ 4 - 12 trang in khổ A4, có danh mục tài liệu tham khảo (gồm các tài liệu tham khảo sử dụng cho bài viết). Tài liệu tham khảo trình bày theo cỡ chữ 11 Times New Roman được đánh số đặt trong dấu ngoặc vuông theo thứ tự xuất hiện trong bài báo và được ghi trong danh mục tài liệu tham khảo theo quy cách sau:

Đối với các tài liệu là bài báo trong tạp chí: tên tác giả, tên bài báo, tên tạp chí (in nghiêng), tập, năm xuất bản, trang đầu của bài báo.

Đối với các tài liệu là sách: tên tác giả, tên sách (in nghiêng), nhà xuất bản, nơi xuất bản, năm xuất bản.

Các thuật ngữ tiếng Việt theo từ điển Bách khoa Việt Nam, chữ viết tắt phải có chú thích lần đầu. Có chú thích đầy đủ các bản đồ, sơ đồ, hình vẽ, bảng biểu. Tên bản đồ, sơ đồ, hình vẽ nằm phía dưới hình, tên bảng biểu nằm phía trên.

### I. Với các công trình nghiên cứu khoa học

- Tên người tham gia nhóm nghiên cứu:* theo thứ tự lần lượt tương ứng với mức độ đóng góp của mỗi thành viên.
- Tóm tắt kết quả nghiên cứu:* Tóm tắt nêu mục tiêu, phương pháp nghiên cứu và những phát hiện chính từ kết quả nghiên cứu với độ dài tối đa là 350 từ (in nghiêng).

Cuối phần Tóm tắt phải có từ khóa.

VD: Tên bài báo: “Đặc điểm của quá trình già hóa dân số ở Việt Nam”.

Từ khóa: Đặc điểm, quá trình già hóa dân số, Việt Nam

- Đặt vấn đề nghiên cứu:* Nêu ngắn gọn, rõ ràng tầm quan trọng, sự cần thiết và mục đích của nghiên cứu với độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

#### 4. *Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*

- Trình bày đối tượng nghiên cứu cụ thể, rõ ràng, phân biệt rõ đối tượng nghiên cứu và khách thể nghiên cứu.
- Trình bày rõ ràng, ngắn gọn các phương pháp nghiên cứu song phải đủ thông tin để người đọc hiểu được quy trình triển khai nghiên cứu: xác định cỡ mẫu, tiêu chí chọn mẫu, cách thức chọn mẫu, phương pháp thu thập thông tin, phương pháp xử lý thông tin, đạo đức nghiên cứu và hạn chế của nghiên cứu.
- Độ dài từ 1/2 đến 2/3 trang A4.

#### 5. *Kết quả và bàn luận:*

- Đối với bài báo đăng Tạp chí, cần nêu những kết quả và bàn luận chính của nghiên cứu sao cho đáp ứng được mục tiêu của bài báo (không cần viết lại toàn bộ kết quả nghiên cứu của đề tài). Trình bày kết quả trong bài báo không quá 5 bảng và hình vẽ, mỗi bảng tối đa 10 dòng, 6 cột, có tên bảng, tên hình và chú thích rõ nguồn viện dẫn; kết quả đã trình bày bảng thì không trình bày lại bằng hình vẽ. Phần bàn luận giải thích và nêu ý nghĩa của những thông tin trong kết quả thu được, so sánh với các nghiên cứu khác liên quan; ưu điểm, hạn chế của nghiên cứu (nếu có).
- Có thể gộp kết quả và bàn luận thành 1 mục chung hoặc tách thành 2 mục riêng.
- Độ dài 5 - 6 trang A4.

#### 6. *Kết luận và khuyến nghị:*

Kết luận ngắn gọn theo từng mục tiêu của nghiên cứu đã được phê duyệt, không liệt kê lại toàn bộ kết quả nghiên cứu. Đề xuất khuyến nghị dựa trên kết quả nghiên cứu; khuyến nghị cần có đối tượng, có địa chỉ cụ thể và có tính khả thi.

### II. Các bài trao đổi - quản lý, hoặc các bài viết tổng hợp, chuyên sâu:

- Có nội dung tập trung theo chủ đề, hoặc chuyên sâu liên quan đến chính sách y tế
- Có tài liệu tham khảo có độ tin cậy.

*Bài không được đăng, Tạp chí không trả lại bản thảo.*

**Địa chỉ liên hệ:** *Tạp chí Chính sách Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*

*Ngõ 196 Hồ Tùng Mậu, phường Mai Dịch, quận Cầu Giấy, TP. Hà Nội*

**ĐT:** 024.3823 4167; **máy lẻ:** 5445

**Email:** tapchichinhsachyte@hspi.org.vn





