

**BỘ Y TẾ**

**CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA  
VỀ DINH DƯỠNG  
2001-2010**

HÀ NỘI - 2001

*Hà Nội, ngày 22 tháng 02 năm 2001*

**QUYẾT ĐỊNH CỦA THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ**  
**Về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng**  
**giai đoạn 2001-2010**

**THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ**

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 30 tháng 9 năm 1992;  
Căn cứ Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 30 tháng 6 năm 1989;  
Theo đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1.**

Phê duyệt **Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001 - 2010** với những nội dung chủ yếu sau:

**1. Mục tiêu:**

*a) Mục tiêu tổng quát*

Đảm bảo đến năm 2010, tình trạng dinh dưỡng của nhân dân được cải thiện rõ rệt, các gia đình trước hết là trẻ em và bà mẹ được nuôi dưỡng và chăm sóc hợp lý, bữa ăn của người dân ở tất cả các vùng đủ hơn về số lượng, cải thiện hơn về chất lượng, đảm bảo về an toàn vệ sinh. Hạn chế các vấn đề sức khỏe mới nảy sinh có liên quan tới dinh dưỡng.

*b) Mục tiêu cụ thể*

– **Người dân được nâng cao về kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý**

Chỉ tiêu:

- + Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành dinh dưỡng đúng cho trẻ ốm tăng từ 20,2% năm 2000 lên 40% vào năm 2005 và 60% vào năm 2010.
- + Tỷ lệ bà mẹ cho con bú sữa mẹ hoàn toàn 4 tháng đầu: từ 31,1% năm 2000 lên 45% vào năm 2005 và 60% vào năm 2010.
- + Tỷ lệ nữ thanh niên được huấn luyện về dinh dưỡng và kiến thức làm mẹ đạt 25% vào năm 2005 và 40% vào năm 2010.

– **Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em và bà mẹ**

Chỉ tiêu:

- + Tỷ lệ suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước mỗi năm giảm 1,5% để giảm còn dưới 25% vào năm 2005 và dưới 20% vào năm 2010.
- + Tỷ lệ suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước: giảm mỗi năm 1,5%.
- + Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500 gam giảm còn 7% vào năm 2005 và 6% vào năm 2010.
- + Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tính chung toàn quốc giảm mỗi năm 1%.
- + Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi thừa cân duy trì ở mức dưới 5%.

– **Giải quyết về cơ bản tình trạng thiếu vitamin A, thiếu Iốt và giảm đáng kể tình trạng thiếu máu dinh dưỡng**

Chỉ tiêu:

- + Tỷ lệ khô loét giác mạc hoạt tính do thiếu vitamin A ở trẻ dưới 5 tuổi luôn ở mức thấp hơn ngưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng.
- + Giảm tình trạng thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng: Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi có hàm lượng vitamin A huyết thanh thấp: dưới 8% vào năm 2005 và dưới 5% vào năm 2010.
- + Thanh toán cơ bản các rối loạn do thiếu Iốt: Đến năm 2005, tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-12 tuổi dưới 5%; ổn định cung cấp muối Iốt trong toàn quốc

- với trên 90% hộ gia đình sử dụng muối Iốt; mức Iốt nước tiểu đạt 10-20 mcg/dl.
- + Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ có thai ở tất cả các vùng có chương trình: xuống 30% vào năm 2005 và 25% vào năm 2010.
  - **Giảm tỷ lệ hộ gia đình có mức năng lượng ăn vào thấp**
    - Chỉ tiêu:*
    - + Tỷ lệ hộ có mức năng lượng ăn vào bình quân đầu người dưới 1800 Kcal từ 15% năm 2000 xuống dưới 10% vào năm 2005 và xuống dưới 5% vào năm 2010.
  - **Cải thiện rõ rệt tình trạng vệ sinh an toàn thực phẩm**
    - Chỉ tiêu:*
    - + Giảm 25% số vụ ngộ độc thực phẩm hàng loạt (có trên 30 người mắc/vụ) vào năm 2005 và giảm 35% vào năm 2010 (so với năm 1999).
    - + Giảm 10% số ca tử vong do ngộ độc thực phẩm vào năm 2005 và giảm 30% vào năm 2010 (so với năm 1999).
    - + Giảm tỷ lệ ô nhiễm vi sinh vật thức ăn đường phố, thực phẩm chế biến sẵn.

## **2. Các giải pháp và chính sách chủ yếu:**

- a) *Các giải pháp can thiệp nhằm cải thiện dinh dưỡng và chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm:*
- Giáo dục và phổ cập kiến thức dinh dưỡng cho toàn dân
  - Đảm bảo an ninh thực phẩm ở cấp hộ gia đình
  - Phòng chống suy dinh dưỡng protein-năng lượng ở trẻ em và bà mẹ
  - Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng
  - Phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng
  - Lồng ghép hoạt động dinh dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu
  - Đảm bảo chất lượng và vệ sinh an toàn thực phẩm
  - Theo dõi, đánh giá, giám sát dinh dưỡng
  - Xây dựng mô hình điểm để rút kinh nghiệm chi đạo
- b) *Các chính sách có liên quan chặt chẽ đến dinh dưỡng:*
- Đảm bảo an ninh lương thực quốc gia

- Thúc đẩy xoá đói giảm nghèo
- Cải thiện cơ sở hạ tầng, dịch vụ thiết yếu cho công tác chăm sóc bà mẹ, trẻ em.

*c) Các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng*

- Đưa chỉ tiêu dinh dưỡng vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội của địa phương
- Các chính sách hỗ trợ cho chăm sóc dinh dưỡng
- Xã hội hoá công tác dinh dưỡng

*d) Đầu tư để thực hiện chiến lược*

- Đầu tư ngân sách nhà nước để thực hiện chiến lược
- Phát huy nội lực và huy động cộng đồng
- Tăng cường hợp tác quốc tế về dinh dưỡng.

**3. Kế hoạch thực hiện chiến lược:**

*a) Giai đoạn 1 (2001-2005)*

- Triển khai các hoạt động trọng tâm nhằm cải thiện dinh dưỡng, chú trọng công tác giáo dục, huấn luyện, phát triển nhân lực và bổ sung các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng.
- Tiếp tục triển khai các chương trình mục tiêu.

*b) Giai đoạn 2 (2006-2010):*

- Tiếp tục các hoạt động giai đoạn trước, thể chế hoá việc chỉ đạo của nhà nước đối với công tác dinh dưỡng, duy trì bền vững, đánh giá toàn diện việc thực hiện Chiến lược.

**Điều 2.**

Bộ Y tế là cơ quan chủ trì thực hiện Chiến lược, phối hợp với các Bộ: Kế hoạch và Đầu tư, Tài chính, Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Giáo dục và Đào tạo, Tư pháp, Lao động-Thương binh và Xã hội, Thương mại, Văn hoá-Thông tin, Khoa học-Công nghệ và Môi trường, Ủy ban bảo vệ và Chăm sóc trẻ em Việt nam, Ủy ban quốc gia dân số và Kế hoạch hoá gia đình, Tổng cục Thống kê và cơ quan liên quan xây dựng kế hoạch, hướng dẫn kiểm tra, giám sát và tổng hợp tình hình thực hiện Chiến lược hàng năm để báo cáo Thủ tướng Chính phủ; tổ chức sơ kết thực hiện Chiến lược vào năm 2005 và tổng kết việc thực hiện Chiến lược vào năm 2010.

Viện Dinh dưỡng là cơ quan thường trực giúp Bộ Y tế chỉ đạo và triển khai về chuyên môn kỹ thuật, tổ chức kiểm tra giám sát, định kỳ đánh giá việc thực hiện chiến lược.

Trong suốt quá trình thực hiện Chiến lược, phải luôn chú trọng đến việc phát triển năng lực đi đôi với việc xác định phương hướng đầu tư các nguồn lực một cách có hiệu quả nhất để đảm bảo sự phát triển bền vững của Chiến lược.

### **Điều 3.**

Hàng năm, trên cơ sở khả năng của ngân sách nhà nước và tiến độ thực hiện chiến lược, Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Đầu tư sẽ dành một khoản kinh phí từ ngân sách của nhà nước (cả vốn trong nước và ngoài nước), để đảm bảo cho việc triển khai các hoạt động của chiến lược đúng mục đích và đạt kết quả.

### **Điều 4.**

Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ trong phạm vi, chức năng nhiệm vụ của mình có trách nhiệm phối hợp với Bộ Y tế để thực hiện các nhiệm vụ, mục tiêu của Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010.

### **Điều 5.**

Quyết định này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày kể từ ngày ký.

### **Điều 6.**

Các Bộ trưởng và Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Đề nghị Hội Liên hiệp phụ nữ Việt nam và các cơ quan liên quan phối hợp với Bộ Y tế thi hành quyết định này.

**THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ**

**PHAN VĂN KHẢI**

*(Đã ký)*

**CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA  
VỀ DINH DƯỠNG 2001-2010**  
(Ban hành kèm theo Quyết định số 21/2001/QĐ-TTg  
ngày 22 tháng 2 năm 2001 của Thủ tướng Chính phủ)

## MỤC LỤC

NỘI DUNG		Trang
<b>PHẦN MỞ ĐẦU</b>		10
<b>PHẦN 1 THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG</b>		11
I	TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG HIỆN NAY	11
II	TÌNH HÌNH THỰC HIỆN KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VỀ DINH DƯỠNG (KHQGDD) 1996-2000	16
III	NHỮNG TỒN TẠI	17
IV	NHỮNG THÁCH THỨC	18
V	HIỆU QUẢ KINH TẾ XÃ HỘI	18
<b>PHẦN 2 CÁC QUAN ĐIỂM VÀ ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH</b>		19
I	CÁC QUAN ĐIỂM	19
II	CÁC ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH	19
<b>PHẦN 3 MỤC TIÊU</b>		20
I	MỤC TIÊU TỔNG QUÁT	20
II	MỤC TIÊU CỤ THỂ	20
<b>PHẦN 4 CÁC GIẢI PHÁP CHIẾN LƯỢC</b>		22
I	CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP CẢI THIỆN DINH DƯỠNG VÀ CHẤT LƯỢNG VSATTP	22
II	CÁC LĨNH VỰC CÓ LIÊN QUAN CHẶT CHẼ ĐẾN DINH DƯỠNG	27
III	CÁC CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ CHO DINH DƯỠNG	28
IV	ĐẦU TƯ ĐỂ THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC	29
V	TỔ CHỨC VÀ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH	29



## MỤC LỤC CHI TIẾT

NỘI DUNG	Trang
PHẦN MỞ ĐẦU	10
<b>PHẦN 1 THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG</b>	<b>11</b>
I. TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG HIỆN NAY	11
1. Tình hình an ninh lương thực và bữa ăn của nhân dân	11
2. Suy dinh dưỡng trẻ em (SDD) và bà mẹ	12
3. Tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng	13
3.1 Thiếu Vitamin A	13
3.2 Thiếu máu do thiếu sắt	13
3.3 Thiếu Iốt	14
4. Tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em	14
5. Tình hình vệ sinh an toàn thực phẩm	15
6. Một số bệnh mãn tính có liên quan tới dinh dưỡng	15
Béo phì	15
Tiểu đường	16
Tim mạch	16
Ung thư	16
II. TÌNH HÌNH THỰC HIỆN KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VỀ DINH DƯỠNG (KHQGDD) 1996-2000	16
III. NHỮNG TỒN TẠI	17
IV. NHỮNG THÁCH THỨC	18
V. HIỆU QUẢ KINH TẾ XÃ HỘI	18
<b>PHẦN 2 CÁC QUAN ĐIỂM VÀ ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH</b>	<b>19</b>
I. CÁC QUAN ĐIỂM	19
II. CÁC ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH	19
<b>PHẦN 3 MỤC TIÊU</b>	<b>20</b>
I. MỤC TIÊU TỔNG QUÁT	20
II. MỤC TIÊU CỤ THỂ	20
<u>Mục tiêu 1.</u> Người dân được nâng cao về kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý	20
<u>Mục tiêu 2.</u> Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em và bà mẹ	20
<u>Mục tiêu 3.</u> Giải quyết về cơ bản tình trạng thiếu vitamin A, thiếu Iốt và giảm đáng kể tình trạng thiếu máu dinh dưỡng	21
<u>Mục tiêu 4.</u> Giảm tỷ lệ hộ gia đình có mức năng lượng ăn vào thấp	21
<u>Mục tiêu 5.</u> Cải thiện rõ rệt tình trạng Vệ sinh An toàn thực phẩm	21

<b>PHẦN 4</b>	<b>CÁC GIẢI PHÁP CHIẾN LƯỢC</b>	<b>22</b>
I.	CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP CẢI THIỆN DINH DƯỠNG VÀ CHẤT LƯỢNG VSATTP	22
	1. Giáo dục và phổ cập kiến thức dinh dưỡng cho toàn dân	22
	1.1 <i>Huấn luyện dinh dưỡng phổ cập</i>	22
	1.2 <i>Giáo dục truyền thông dinh dưỡng</i>	22
	1.3 <i>Đào tạo cán bộ và nghiên cứu khoa học</i>	23
	2. Đảm bảo an ninh thực phẩm ở cấp hộ gia đình	23
	3. Phòng chống suy dinh dưỡng protein-năng lượng ở trẻ em và bà mẹ	24
	4. Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng	24
	5. Phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng.	25
	6. Lồng ghép hoạt động dinh dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu	25
	7. Đảm bảo chất lượng và vệ sinh an toàn thực phẩm	25
	8. Theo dõi, đánh giá, giám sát dinh dưỡng	26
	9. Xây dựng mô hình điểm để rút kinh nghiệm chỉ đạo	26
II.	CÁC LĨNH VỰC CÓ LIÊN QUAN CHẶT CHẼ ĐẾN DINH DƯỠNG	27
	1. Đảm bảo An ninh lương thực quốc gia	27
	2. Thúc đẩy xoá đói giảm nghèo	27
	3. Cải thiện cơ sở hạ tầng, dịch vụ thiết yếu cho công tác chăm sóc bà mẹ, trẻ em.	27
	<i>Cung cấp nước sạch, vệ sinh môi trường</i>	27
	<i>Hệ thống nhà trẻ</i>	27
	<i>Nâng cấp các trạm y tế ở các xã khó khăn.</i>	27
III.	CÁC CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ CHO DINH DƯỠNG	28
	1. Đưa chỉ tiêu dinh dưỡng vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội của địa phương	28
	2. Hoàn thiện các chính sách hỗ trợ cho chăm sóc dinh dưỡng	28
	3. Xã hội hoá công tác dinh dưỡng	28
IV.	ĐẦU TƯ ĐỂ THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC	29
	1. Đầu tư ngân sách nhà nước để thực hiện chiến lược	29
	2. Phát huy nội lực và huy động cộng đồng	29
	3. Hợp tác quốc tế về Dinh dưỡng	29
V.	TỔ CHỨC VÀ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH	29
	1. Về tổ chức	29
	2. Nhiệm vụ của các ngành	30
	3. Trách nhiệm của các địa phương	31
	4. Cơ chế phối hợp	31
	5. Kế hoạch thực hiện	32

## PHẦN MỞ ĐẦU

Thoát khỏi nạn đói đã từ lâu là ước mơ của loài người. Tại hội nghị thượng đỉnh về dinh dưỡng họp tại Roma tháng 12/1992, đại diện của 159 nước đã tuyên bố quyết tâm thanh toán nạn đói và đẩy lùi các bệnh suy dinh dưỡng. Hội nghị cũng khẳng định “*nạn đói và suy dinh dưỡng không thể nào chấp nhận được trong một thế giới mà ở đó có đầy đủ kiến thức và của cải vật chất để thanh toán thảm họa này của loài người*”. Tuyên ngôn thế giới về nhân quyền tại điều 25 đã nhấn mạnh “*tất cả mọi người đều có quyền được sống đầy đủ, kể cả quyền được ăn uống, được chăm lo sức khỏe*”.

Ở Việt nam, nhiều năm qua Đảng và Nhà nước đã đặc biệt quan tâm tới yếu tố con người trong chiến lược phát triển xã hội, coi con người vừa là chủ thể sáng tạo, vừa là mục tiêu phấn đấu cao nhất. Để xây dựng nguồn nhân lực đáp ứng được các yêu cầu của sự nghiệp công nghiệp hoá, hiện đại hoá đất nước thì việc nâng cao sức khỏe-trong đó yếu tố nền tảng là cải thiện dinh dưỡng là cần thiết và cấp bách. Nghị quyết Đại hội VIII của Đảng đã chỉ rõ “*Thực hiện chương trình dinh dưỡng quốc gia, giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi từ 42% xuống dưới 30% năm 2000, không còn suy dinh dưỡng nặng, đưa tỷ lệ dân số có mức ăn dưới 2100 Kcal xuống dưới 10%...*”. Luật bảo vệ sức khoẻ nhân dân đã khẳng định trách nhiệm của Nhà nước, của các cấp chính quyền trong chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân, trong đó có chăm sóc dinh dưỡng. Nghị quyết 37/CP ngày 20/6/1996 của Chính phủ về Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân đã nêu ra các chỉ tiêu cơ bản về sức khoẻ của nhân dân ta đến năm 2020 “*Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm còn 15% vào năm 2020 và chiều cao trung bình của thanh niên Việt nam đạt 1m65 vào năm 2020*”.

Ngày 16 tháng 9 năm 1995, Thủ tướng Chính phủ có quyết định phê duyệt bản Kế hoạch Hành động Quốc gia về Dinh dưỡng (KHQGDD) 1996-2000. Đây là văn kiện đầu tiên về chiến lược dinh dưỡng ở nước ta, trong đó Chính phủ yêu cầu chính quyền các cấp có trách nhiệm đưa các mục tiêu dinh dưỡng, xoá nạn đói và giảm suy dinh dưỡng vào kế hoạch phát triển kinh tế - văn hoá xã hội dài hạn và hàng năm của cấp mình. Đến nay, nhiều mục tiêu quan trọng mà bản kế hoạch đề ra đã đạt được và hoạt động dinh dưỡng đã từng bước được xã hội hoá.

Thế kỷ 21 với những thách thức gay gắt, sự nghiệp phát triển đất nước trong giai đoạn tới đòi hỏi những phấn đấu cao hơn thông qua việc xây dựng và thực thi các chiến lược phát triển bền vững, trong đó chiến lược

dinh dưỡng là một thành tố quan trọng. Chiến lược dinh dưỡng mang tính toàn diện, đảm bảo cho mọi gia đình, mọi người có được một chế độ ăn uống hợp lý, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, nâng cao chất lượng giống nòi; tạo ra nguồn nhân lực đáp ứng nhu cầu trong thời kỳ đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước. Bản chiến lược này là sự tiếp tục KHQGDD giai đoạn 1996-2000 và thể hiện sự kiên trì của Chính phủ nhằm thực hiện các mục tiêu đó.

## PHẦN 1

# THỰC TRẠNG TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG

### I. TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG HIỆN NAY

#### 1. Tình hình an ninh lương thực và bữa ăn của nhân dân

Thành tựu quan trọng trong thời gian vừa qua là tình trạng đói ăn đã giảm đi trên diện rộng. Hiện nay, cả nước còn khoảng 1,4 triệu hộ còn đói ăn so với 3,8 triệu hộ năm 1992. Năm 1999, tổng sản lượng lương thực quy thóc đạt 32,8 triệu tấn, đạt được chỉ tiêu đề ra, các loại thực phẩm sản xuất đa dạng hơn. So sánh mức ăn của đầu thập kỷ và cuối thập kỷ 90 cho thấy nạn đói giập vụn cần trợ cấp hoặc bị đứt bữa ở các địa phương đã giảm đi rõ rệt. Ở khu vực đồng bằng nông thôn, mức ăn là 2062 Kcal đầu người/ngày (điều tra điểm) so với mức ăn trung bình cả nước năm 1990 là 1940 Kcal. So với 10 năm trước đây, bữa ăn của người Việt nam có tăng hơn về lượng thịt, mỡ, đậu phụ, đường và quả chín. Tỷ lệ hộ gia đình có mức bình quân năng lượng thấp đã giảm hẳn ở hầu hết các tỉnh đồng bằng và khu vực thành phố.

Tuy nhiên, tình trạng an ninh lương thực ở nhiều vùng còn bấp bênh do chịu ảnh hưởng của thiên tai, lũ lụt bất thường. Đó là các tỉnh miền Trung, Tây nguyên và miền Núi phía Bắc với địa bàn rộng lớn và đông dân. Trong khi đó, ở khu vực đồng bằng sông Hồng và sông Cửu long, tổng diện tích gieo trồng cây lương thực tăng không nhiều, diện tích đất canh tác nông nghiệp bị thu hẹp. Điều này sẽ là thách thức đối với mục tiêu mở rộng phát triển nông nghiệp thời gian tới. Mặc dù có sự phát triển đa dạng hơn trong nông nghiệp, song cơ cấu sản xuất nông nghiệp trong những năm qua chưa thay đổi nhiều, lĩnh vực chế biến bảo quản nông sản, giá cả, thị trường còn gặp nhiều khó khăn. Các yếu tố của sản xuất thực phẩm của hộ gia đình và tập thể... không đồng đều và chưa bền vững.

Bên cạnh đó, do đòi hỏi của quá trình đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và do ảnh hưởng của xu hướng đô thị hóa, thị hiếu, quảng cáo...thói quen ăn uống của một bộ phận dân cư đã dần thay đổi.

Nhìn chung, tình trạng an ninh lương thực và bữa ăn của nhân dân đã có cải thiện rõ song vẫn tiềm ẩn nhiều yếu tố rủi ro ở nhiều địa phương. Tỷ lệ hộ đói nghèo trên tổng số hộ trong cả nước theo tiêu chuẩn hiện nay tuy đã giảm từ 20% (1995) xuống 11% (năm 2000) nhưng vẫn còn cao.

## **2. Suy dinh dưỡng trẻ em (SDD) và bà mẹ**

Tỷ lệ trẻ SDD đã giảm nhiều nếu tính từ 1985 (51,5%) đến 1995 (44,9%) mỗi năm giảm trung bình 0,66%. Từ năm bắt đầu KHQGDD (1995), chỉ sau 4 năm tỷ lệ SDD đã giảm xuống còn 36,7% (1999), trung bình mỗi năm giảm 2%, là tốc độ được quốc tế công nhận là giảm nhanh. Như vậy, mỗi năm đã đưa khoảng gần 200 ngàn trẻ dưới 5 tuổi thoát khỏi suy dinh dưỡng. Năm 2000, theo số liệu điều tra MICS của Tổng cục thống kê, tỷ lệ trên còn 33,1%.

Có thể nói thành tựu giảm nhanh tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em trong 5 năm qua rất đáng ghi nhận. Suy dinh dưỡng nặng đã giảm hẳn (0,8%) và SDD ở nước ta hiện nay chủ yếu là thể nhẹ và thể vừa. Tuy nhiên, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nước ta vẫn ở mức rất cao so với quy định của Tổ chức Y tế thế giới. Mặt khác, mặc dù tỷ lệ trẻ em bị thấp còi đã giảm nhanh trong những năm qua song vẫn còn ở mức khá cao (38,6%), những vùng có tỷ lệ trẻ nhẹ cân cao cũng là những vùng có tỷ lệ thấp còi cao. Tỷ lệ SDD có sự khác biệt giữa các vùng sinh thái, giữa các tỉnh. Tỷ lệ SDD cân nặng theo tuổi thấp nhất là ở thành phố Hồ Chí Minh (18,1%) và Hà nội (21%), trong khi đó có tỉnh, tỷ lệ SDD còn trên 50%. Cụ thể, vùng có tỷ lệ SDD thấp nhất là vùng *Đông Nam bộ* - trong đó có TP HCM - (29,6%); sau đó là vùng *Đồng bằng Sông Cửu long* (32,3%); vùng *Đồng bằng Sông Hồng* (33,8%); vùng *Duyên Hải Nam Trung bộ* (39,2%); vùng *Đông bắc* (40,9%); vùng *Tây bắc* (41,6%); vùng *Bắc Trung bộ* (39,2%) và cao nhất là vùng *Tây nguyên* (49,1%). Ở Việt nam không có sự khác biệt rõ ràng về giới đối với mức độ SDD. Nhóm tuổi bị ảnh hưởng nhiều nhất là 6-24 tháng tuổi, đây là nhóm tuổi bắt đầu chuyển từ chế độ bú sữa mẹ sang chế độ ăn sam, nếu chế độ ăn sam không đúng sẽ tác động rất lớn đến tình trạng dinh dưỡng ở nhóm tuổi này.

Các nguyên nhân của SDD là phức hợp từ nguyên nhân trực tiếp là ăn uống, bệnh tật đến các yếu tố về chăm sóc và nguyên nhân gốc rễ là sự nghèo đói. Tuy vậy, mức độ tác động của các yếu tố khác nhau theo vùng: Vùng Trung bộ, Tây nguyên và miền núi phía Bắc: vấn đề an ninh lương

thực nổi lên hàng đầu; Vùng đồng bằng nông thôn khác: vấn đề chăm sóc (trong đó có cách nuôi dưỡng trẻ) nổi lên hàng đầu; Vùng đô thị lớn: vấn đề bệnh tật từ nhỏ dẫn tới SDD nổi lên hàng đầu. Sở dĩ như vậy là vì ở thành thị vấn đề thiếu ăn không còn phổ biến và chất lượng chăm sóc trẻ tốt hơn, trong khi nhiều địa phương ở khu vực nông thôn thì vấn đề chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ còn nhiều hạn chế. Điều này đòi hỏi các chiến lược tác động khác nhau theo từng khu vực và từng giai đoạn. Gần đây, tổng kết của Viện Nghiên cứu Chiến lược và Chính sách Dinh dưỡng quốc tế (IFPRI) cho thấy học vấn của người phụ nữ đóng góp 43% đối với SDD, trong khi an ninh thực phẩm đóng góp 26,1% đối với SDD. Điều này cho thấy yếu tố về cách nuôi dưỡng, cách chăm sóc (thể hiện qua trình độ học vấn của người phụ nữ) có vai trò quan trọng đối với SDD.

Thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ, thể hiện bằng chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp (<18,5), năm 1977 là 38% và gần đây là 32%. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ phản ánh những vấn đề tồn tại trong chăm sóc phụ nữ, đồng thời có liên quan tới tỷ lệ suy dinh dưỡng bào thai.

### **3. Tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng**

#### **3.1. Thiếu Vitamin A:**

Thành tựu nổi bật trong 5 năm qua là việc triển khai có hiệu quả chương trình Vitamin A, đẩy lùi được bệnh mù dinh dưỡng mà trước đây hàng năm có khoảng 5 đến 7 ngàn trẻ bị đe dọa mù vĩnh viễn do thiếu vitamin A. Tỷ lệ khô loét giác mạc hoạt tính dẫn tới mù loà từ chỗ 7 lần cao hơn so với ngưỡng quy định của Tổ chức Y tế thế giới, nay giảm xuống thấp hơn mức có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Hàng năm có khoảng 94-97% trẻ em trong độ tuổi từ 6-36 tháng được uống viên nang Vitamin A liều cao định kỳ 6 tháng một lần. Hiện nay, thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng vẫn còn cao (10,8% ở trẻ em và trên 50% ở bà mẹ nuôi con bú). Thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng có liên quan tới bệnh tật và tử vong. Nguyên nhân chính dẫn đến thiếu Vitamin A là do khẩu phần ăn còn ít các loại thực phẩm giàu Vitamin A, lượng dầu ăn và chất béo còn thấp.

#### **3.2. Thiếu máu do thiếu Sắt:**

Là vấn đề thiếu vi chất dinh dưỡng quan trọng hàng đầu hiện nay. Nhóm đối tượng có nguy cơ cao là phụ nữ tuổi sinh đẻ và trẻ em (53% phụ nữ có thai, 40% phụ nữ không có thai và 60% trẻ em dưới 2 tuổi bị thiếu máu do thiếu sắt). Nguyên nhân chính của thiếu máu do thiếu sắt là khẩu phần ăn còn thiếu các thực phẩm giàu chất sắt, đặc biệt là các thức ăn nguồn gốc động vật. Mặt khác, tỷ lệ nhiễm giun móc khá cao đóng góp vào

nguyên nhân thiếu máu do thiếu sắt. Chương trình phòng chống thiếu máu do thiếu sắt được triển khai với 2 hoạt động là bổ sung viên sắt-acid folic; giáo dục truyền thông kết hợp với phòng chống nhiễm giun. Ở nơi có chương trình, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ hạ xuống còn 25%. Tuy nhiên, chương trình mới triển khai giới hạn ở 1282 xã trong toàn quốc.

### **3.3. Thiếu Iốt:**

Các bệnh rối loạn do thiếu Iốt khá phổ biến ở nước ta. Chương trình quốc gia phòng chống thiếu Iốt đã đạt được mục tiêu đề ra đến năm 2000 (dựa trên chỉ số Iốt niệu). Mặc dù vậy, còn hơn 1/4 trẻ em tuổi học đường bị bướu cổ ở các mức độ (số liệu 1999). Tỷ lệ bướu cổ phụ thuộc vào điều kiện địa lý, vùng sinh thái. Khoảng 30% số hộ gia đình ở vùng đồng bằng sông Cửu long có chỉ số Iốt niệu thấp (<10mcg/dl). Việc phòng chống thiếu Iốt và bệnh bướu cổ cũng đã được triển khai rộng. Việc toàn dân sử dụng muối Iốt đã được đưa vào Nghị định của Chính phủ, hiện có khoảng 61% dân số trong toàn quốc sử dụng muối Iốt.

Như vậy, chương trình phòng chống thiếu vitamin A và phòng chống các rối loạn do thiếu Iốt đã thu được kết quả đáng khích lệ, cần tiếp tục duy trì củng cố trong những năm tới. Hiệu quả của 2 chương trình trên đã được quốc tế công nhận và đánh giá cao. Trong khi đó, chương trình phòng chống thiếu máu do thiếu sắt còn đi sau, cần được quan tâm triển khai mạnh mẽ trong thời gian tới.

## **4. Tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em**

Số liệu mới đây cho thấy mức tăng cân trong thời kỳ có thai ở phụ nữ nông thôn còn thấp phản ánh chất lượng chăm sóc thai nghén còn hạn chế, trung bình tăng 8 kg trong thời kỳ mang thai (năm 1985 là 6 kg), trong khi đó phụ nữ có thai ở Hà nội tăng trung bình được 10,6 kg (năm 1985 là 8,5kg). Có khoảng 40% bà mẹ không được chăm sóc thai sản và không được theo dõi cân nặng trong quá trình mang thai. Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ đã có nhiều tiến bộ. Tuy nhiên mới có 31,1% bà mẹ cho con bú hoàn toàn trong 4 tháng đầu và 20,2% bà mẹ đã có kiến thức thực hành nuôi dưỡng hợp lý khi trẻ bị bệnh (số liệu năm 2000). Mặc dù đã có sự cải thiện về đời sống nói chung, song trên thực tế, phụ nữ, nhất là ở nông thôn, thường phải lao động rất vất vả, ngay cả khi có thai hoặc cho con bú. Hầu hết phụ nữ không được chia sẻ gánh nặng nội trợ gia đình, chăm sóc con cái. Thời gian nghỉ trước và sau đẻ ngắn là một cản trở quan trọng đối với việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, ăn bổ sung của trẻ, và quỹ thời gian chăm sóc trẻ.

Hoạt động chăm sóc sức khỏe trẻ em qua các chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu đã có những tiến bộ đáng kể. Tuy nhiên, những điều kiện thiết yếu của chăm sóc như nước sạch, công trình vệ sinh, hệ thống nhà trẻ còn nhiều bất cập. Đến nay mới khoảng 30% dân số nông thôn được dùng nước sạch, tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh còn thấp (khoảng 20%), và hệ thống nhà trẻ mới đảm bảo 8,68% trẻ trong độ tuổi đi nhà trẻ. Điều kiện vệ sinh ảnh hưởng tới bệnh tật của trẻ, tỷ lệ nhiễm giun cao (70-90% bị nhiễm giun đũa, giun tóc), ước tính một trẻ dưới 5 tuổi bị tiêu chảy trung bình 2 lần trong năm. Điều này còn liên quan đến thực hành chăm sóc vệ sinh tại gia đình.

## **5. Tình hình vệ sinh an toàn thực phẩm**

Tháng 2/1999 Thủ tướng chính phủ ký quyết định thành lập Cục quản lý Chất lượng Vệ sinh an toàn thực phẩm (CLVSATTP). Sự ra đời của một cơ quan quản lý nhà nước chịu trách nhiệm quản lý CLVSATTP có ý nghĩa quan trọng trong việc điều phối liên ngành để triển khai có hiệu quả chương trình VSATTP ở Việt nam. Vào tháng 4 hàng năm tổ chức "Tháng hành động Vì CLVSATTP" trong toàn quốc (từ 15 tháng 4 đến 15 tháng 5 hàng năm). Tuy nhiên công tác này còn gặp nhiều khó khăn. Hệ thống quản lý Chất lượng An toàn thực phẩm theo HACCP (Phân tích mối nguy hại và các điểm kiểm soát trọng yếu), GMP (Thực hành sản xuất tốt) ở các cơ sở sản xuất, chế biến, bảo quản cung ứng thực phẩm mới chỉ triển khai ở quy mô hạn chế.

Các cơ sở chế biến thực phẩm thiếu các điều kiện và kiến thức về vệ sinh an toàn thực phẩm. Các sản phẩm, nhất là thực phẩm chế biến sẵn, có thể là nguồn gây bệnh. Các vụ ngộ độc thức ăn ở nhiều địa phương còn xảy ra. Theo số liệu của Bộ Y tế, trong năm 1999 có 327 vụ ngộ độc thức ăn với 7576 người mắc, trong đó có 72 trường hợp bị tử vong. Nguyên nhân của các vụ ngộ độc thức ăn: 50% do ô nhiễm vi sinh vật, 11% do nhiễm hóa chất, 6% do độc tố tự nhiên, 34% không rõ nguyên nhân. Có tới 60% thức ăn đường phố được phát hiện có ô nhiễm vi sinh vật. Thêm vào đó, các quy định còn chưa hoàn chỉnh và ý thức của người sản xuất cũng như kiến thức của người tiêu dùng về mức nguy hại đối với sức khỏe con người khi vi phạm các quy định về vệ sinh an toàn thực phẩm còn hạn chế. Việc thực hiện các văn bản pháp lệnh của nhà nước về vệ sinh an toàn thực phẩm còn chưa triệt để, sự phối hợp đồng bộ của các ngành liên quan còn chưa chặt chẽ.



## 6. Một số bệnh mãn tính có liên quan tới dinh dưỡng

Có bằng chứng cho thấy những năm gần đây các bệnh mãn tính liên quan đến dinh dưỡng có xu hướng gia tăng như *Béo phì*, *Tim mạch*, *Tiểu đường* và *Ung thư*. Vai trò của chế độ ăn đã được chứng minh là đặc biệt quan trọng trong các bệnh trên.

**Béo phì:** Béo phì có nguy cơ gia tăng ở khu vực các thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh. Tỷ lệ thừa cân và béo phì của nhóm 4-5 tuổi ở thành phố Hồ Chí Minh là 2.5%, ở Hà Nội trên 1%. Tỷ lệ thừa cân và béo phì của nhóm tuổi 6-11 tuổi ở nội thành thành phố Hồ Chí Minh là 12%, ở nội thành Hà Nội là 4%. Tỷ lệ này của người trưởng thành ở Hà Nội: nam là 15%, nữ là 19%.

**Tiểu đường:** Tỷ lệ mắc hiện nay ở Hà Nội là 1%, ở thành phố Hồ Chí Minh là 2.5%, ở Huế là 1%. Bằng chứng cho thấy có sự liên quan giữa tỷ lệ mắc tiểu đường với lối sống và cách ăn uống ở các đô thị lớn. Số liệu theo dõi trong bệnh viện cho thấy số bệnh nhân tiểu đường, kể cả thể không phụ thuộc Insulin (type II) tăng lên rõ rệt.

**Tim mạch:** Có sự liên quan chặt chẽ giữa thừa cân và bệnh tăng huyết áp ở người trên 60 tuổi. Gần đây số trường hợp đột quỵ tăng gấp 3 lần so với 10 năm trước. Tỷ lệ bị nhồi máu cơ tim hiện nay tăng gấp 6 lần so với thập kỷ 60.

**Ung thư:** Trên 35% các trường hợp ung thư được phát hiện là có liên quan đến chế độ ăn, đặc biệt là chế độ ăn nhiều chất béo, đạm động vật, và nhiễm hóa chất bảo vệ thực vật, các loại hạt có nhiễm độc tố Aflatoxin.

## II. TÌNH HÌNH THỰC HIỆN KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG QUỐC GIA VỀ DINH DƯỠNG (KHQGDD) 1996-2000

Kế hoạch hành động quốc gia về dinh dưỡng là bản kế hoạch liên ngành, trong đó Viện Dinh dưỡng được giao là đầu mối theo dõi dưới sự chỉ đạo của Bộ Kế hoạch-Đầu tư và Bộ Y tế. Bảy tiểu ban giúp việc có trách nhiệm theo dõi từng nội dung ưu tiên mà kế hoạch đề ra, đồng thời trực tiếp tổ chức các hoạt động thí điểm nhằm đúc rút kinh nghiệm chỉ đạo. Từng giải pháp đã có sự đầu tư ưu tiên của nhà nước để thực hiện mục tiêu cụ thể như Phòng chống SDD trẻ em; Phòng chống các rối loạn do thiếu Iốt; An ninh thực phẩm... Trong khi đó, các hoạt động khác chủ yếu dựa vào nguồn huy động của cộng đồng và hỗ trợ quốc tế. Công tác giáo dục truyền thông và huấn luyện liên ngành cho các cấp được tổ chức có hiệu quả, do đó đã thúc đẩy các mặt hoạt động của Kế hoạch.

Đánh giá kết quả tổng hợp về việc thực hiện các mục tiêu cho thấy:

- Vấn đề dinh dưỡng được xã hội quan tâm và được nhìn nhận đầy đủ hơn. Nhận thức và thực hành của người dân về dinh dưỡng đã nâng cao đáng kể.
- Tỷ lệ SDD trẻ em: 33,1% vào năm 2000. Mặc dù chưa đạt so với mục tiêu đề ra là xuống dưới 30%, song mức giảm SDD trong thời gian qua là khá nhanh (2%/năm).
- Giảm có ý nghĩa tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng: đạt được mục tiêu phòng chống thiếu vitamin A và Iốt đến năm 2000; chương trình phòng chống thiếu máu dinh dưỡng đạt mục tiêu trong phạm vi 1282 xã có triển khai chương trình.
- Giảm đáng kể số hộ có mức năng lượng khẩu phần ăn vào bình quân đầu người dưới 1800 Kcal: từ 22,5% xuống 15%. Chưa đạt so với mục tiêu đề ra là dưới 10% vào năm 2000.

Bản KHQGDD 1996-2000 thực chất là văn bản đường lối với các chiến lược chủ đạo về dinh dưỡng ở nước ta. Chính vì vậy, chúng ta đã nhận được sự hỗ trợ quốc tế để triển khai nhiều hoạt động có kết quả. Các vấn đề mà 7 tiểu ban của Kế hoạch này theo dõi đã quan tâm một cách toàn diện từ nguyên nhân gốc rễ đến nguyên nhân tiềm tàng và nguyên nhân trực tiếp của SDD. Nhờ có KHQGDD 96-2000, các chỉ tiêu dinh dưỡng được theo dõi có hệ thống, nhiều chỉ tiêu đã được ghi trong mục tiêu phát triển kinh tế-xã hội của các địa phương.

### III. NHỮNG TỒN TẠI

- Tỷ lệ SDD xuất phát điểm ở mức cao; An ninh lương thực hộ gia đình ở những vùng khó khăn chưa đảm bảo; Kiến thức, thực hành chăm sóc dinh dưỡng còn hạn chế, trong khi công tác giáo dục truyền thông dinh dưỡng chưa đến tận hộ gia đình, chưa tác động đến toàn xã hội. Mặt khác việc giáo dục dinh dưỡng làm thay đổi tập quán ăn uống không hợp lý cũng không phải là dễ dàng.
- Nhận thức của nhiều ngành, nhiều cấp về tầm quan trọng của vấn đề dinh dưỡng cũng như trách nhiệm của các lực lượng xã hội đối với vấn đề cải thiện tình trạng dinh dưỡng còn chưa đầy đủ.
- Các giải pháp can thiệp và tổ chức triển khai, cơ chế điều hành chưa đồng bộ và chưa thích hợp với từng vùng khác nhau. Thiếu cán bộ để triển khai các hoạt động dinh dưỡng ở cơ sở.

- Nguồn ngân sách của nhà nước đầu tư cho dinh dưỡng còn hạn hẹp, trong khi đó chưa phát huy hết tiềm năng và sự tham gia của cộng đồng cho công tác này.
- Phối hợp liên ngành còn chưa chặt chẽ, chưa đồng bộ, thiếu các chính sách hỗ trợ cần thiết. Nhiều nội dung vẫn triển khai theo *trục dọc* và chưa được quán triệt xuống các địa phương để các cấp chính quyền coi đây là trách nhiệm thực hiện và điều phối chung.
- Chưa quan tâm nhiều đến công tác dinh dưỡng cho các đối tượng, lứa tuổi, ngành nghề khác nhau cũng như vấn đề ăn-điều trị trong hệ thống bệnh viện.

#### IV. NHỮNG THÁCH THỨC

- Tăng trưởng kinh tế: Năm 1999, mức tăng GDP đạt 4,5%. Tuy rằng hiện nay mức tăng GDP đã có xu hướng đi lên, nhưng không đồng đều. Tình trạng thiếu việc làm có thể tăng cao và số người ở giới hạn *ngưỡng nghèo* còn nhiều.
- Tình trạng mất an ninh lương thực vẫn có thể tiếp tục đe dọa ở nhiều vùng do ảnh hưởng của thiên tai bất thường tác động xấu tới sản xuất và môi trường.
- Sức ép tăng dân số còn tiếp tục: Dự báo năm 2005 khoảng 85 triệu người, đến năm 2010 khoảng 93 triệu người.
- Các điều kiện hạ tầng đảm bảo cho chất lượng của công tác chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng như nước sạch, hệ thống nhà trẻ, công trình vệ sinh gia đình, vệ sinh môi trường, vệ sinh an toàn thực phẩm, tập quán canh tác, mạng lưới y tế...còn chưa đáp ứng kịp yêu cầu. Hiểu biết, quan niệm về *chăm sóc* trong cộng đồng còn hạn chế.
- Một số tập quán lạc hậu ảnh hưởng trực tiếp tới thực hành dinh dưỡng của bà mẹ và trẻ em nhỏ còn tồn tại ở nhiều vùng. Trong khi đó, sự thiếu hiểu biết và thực hành về dinh dưỡng hợp lý của một bộ phận cư dân đô thị làm tăng tình trạng thừa dinh dưỡng cùng với các bệnh mãn tính có liên quan tới ăn uống.
- Mạng lưới triển khai: còn thiếu cán bộ dinh dưỡng.
- Nguồn kinh phí đầu tư còn hạn hẹp, trong khi mỗi năm cả nước có thêm gần một triệu trẻ ra đời, đòi hỏi tăng đầu tư cho công tác chăm sóc dinh dưỡng.

## V. HIỆU QUẢ KINH TẾ XÃ HỘI

Theo tính toán của Ngân hàng Thế giới, đối với nước ta, các bệnh suy dinh dưỡng đã làm giảm khoảng 2,4% mức gia tăng GDP hằng năm nếu chỉ đơn thuần tính đến lý do làm giảm năng xuất lao động. Sự thiệt hại này còn chưa kể đến giảm sút về tri thức do thiếu dinh dưỡng trong thời kỳ thơ ấu hoặc do chi phí cho chăm sóc nuôi nấng. Những thiệt hại về kinh tế do SDD chủ yếu là vì năng xuất lao động kém ở người trưởng thành do đã bị SDD. Trong đó, thiệt hại về kinh tế do SDD Protein-năng lượng (PEM) chiếm 0,3%, do thiếu i-ốt (IDD) là 1,0% và do thiếu máu thiếu sắt là 1,1% của GDP.

*Phân tích Chi phí-Lợi ích:* Xét về mặt kinh tế, đầu tư cho dinh dưỡng có tỷ xuất lợi ích kinh tế cao. Theo tính toán, nếu chi phí 1 tỷ đồng cho phòng chống SDD, sẽ mang lại lợi ích là 8,56 tỷ đồng. Nếu chi phí 1 tỷ đồng cho phòng chống thiếu máu do thiếu sắt sẽ mang lại lợi ích là 5,38 tỷ đồng (tính toán của Ngân hàng Thế giới cho nước ta). Bên cạnh đó, đầu tư cho dinh dưỡng không chỉ là một can thiệp mang tính lợi ích lớn về kinh tế, mà đây còn là đầu tư có hiệu quả do giảm chi phí cho tử vong do SDD. Giảm đói nghèo sẽ dẫn tới giảm SDD, ngược lại giảm SDD sẽ chủ động góp phần giảm đói nghèo.

## PHẦN 2

# CÁC QUAN ĐIỂM VÀ ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH

### I. CÁC QUAN ĐIỂM

- Đầu tư cho dinh dưỡng là đầu tư cho nguồn nhân lực có đủ sức khoẻ, trí tuệ phục vụ sự nghiệp công nghiệp hoá hiện đại hoá đất nước, do đó cũng là đầu tư cho phát triển.
- Đầu tư cho dinh dưỡng góp phần đảm bảo sự công bằng xã hội, nâng cao và đồng đều chất lượng của dân số nước ta trong thế kỷ tới. Đầu tư cho dinh dưỡng là thực hiện quyền của trẻ em, thực hiện bình đẳng về giới và tạo cơ hội cho mọi người dân có ý nghĩa thúc đẩy mọi người, mọi gia đình cùng tham gia.

- Hoạt động cải thiện dinh dưỡng là một hoạt động liên ngành, đòi hỏi sự chỉ đạo và là trách nhiệm của nhà nước cũng như của cộng đồng, của gia đình và của toàn xã hội

## II. CÁC ĐỊNH HƯỚNG CHÍNH

- Hoạt động dinh dưỡng cần được thực hiện trên phạm vi cả nước, lấy hoạt động *giáo dục hiểu biết về dinh dưỡng* và *hướng dẫn kỹ năng thực hành dinh dưỡng* cho mọi người làm nội dung chính.
- Giải quyết các vấn đề *sức khoẻ có liên quan đến dinh dưỡng* là nội dung quan trọng của Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng 2001-2010.
- Công tác dinh dưỡng cần được xã hội hoá cao và cần những nỗ lực lâu dài. Có kế hoạch đào tạo cán bộ dinh dưỡng và xây dựng cơ chế phối hợp liên ngành có hiệu quả từ trung ương đến địa phương.
- Hoạt động can thiệp cần được xây dựng với nội dung và giải pháp cụ thể phù hợp dựa trên sự phân tích tình hình ở từng địa phương.
- Tăng cường hợp tác quốc tế trong triển khai Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng.

## PHẦN 3 MỤC TIÊU

### I. MỤC TIÊU TỔNG QUÁT

Đảm bảo đến năm 2010, tình trạng dinh dưỡng của nhân dân được cải thiện rõ rệt, các gia đình trước hết là trẻ em và bà mẹ được nuôi dưỡng và chăm sóc hợp lý, bữa ăn của người dân ở tất cả các vùng đủ hơn về số lượng, cải thiện hơn về chất lượng, đảm bảo về an toàn vệ sinh. Hạn chế các vấn đề sức khoẻ mới nảy sinh có liên quan tới dinh dưỡng.

### II. MỤC TIÊU CỤ THỂ

#### **Mục tiêu 1. Người dân được nâng cao về kiến thức và thực hành dinh dưỡng hợp lý**

*Chỉ tiêu:*

- Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành dinh dưỡng đúng cho trẻ ốm tăng từ 20,2% năm 2000 lên 40% vào năm 2005 và 60% vào năm 2010.
- Tỷ lệ bà mẹ cho con bú sữa mẹ hoàn toàn 4 tháng đầu từ 31,1% năm 2000 lên 45% vào năm 2005 và 60% vào năm 2010.
- Tỷ lệ nữ thanh niên được huấn luyện về dinh dưỡng và kiến thức làm mẹ đạt 25% vào năm 2005 và 40% vào năm 2010.

## **Mục tiêu 2. Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em và bà mẹ**

### *Chỉ tiêu:*

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước mỗi năm giảm 1,5% để giảm còn 25% vào năm 2005 và dưới 20% vào năm 2010.
- Tỷ lệ suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tính chung cả nước giảm mỗi năm 1,5%.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng dưới 2500 gam giảm còn 7% vào năm 2005 và 6% vào năm 2010.
- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tính chung toàn quốc giảm mỗi năm 1%.
- Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi thừa cân dưới 5%.

## **Mục tiêu 3. Giải quyết về cơ bản tình trạng thiếu vitamin A, thiếu Iốt và giảm đáng kể tình trạng thiếu máu dinh dưỡng**

### *Chỉ tiêu:*

- Tỷ lệ khô loét giác mạc hoạt tính do thiếu vitamin A ở trẻ dưới 5 tuổi luôn ở mức thấp hơn ngưỡng có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng.
- Giảm tình trạng thiếu vitamin A thể tiền lâm sàng: Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi có hàm lượng vitamin A huyết thanh thấp dưới 8% vào năm 2005 và dưới 5% vào năm 2010.
- Thanh toán cơ bản các rối loạn do thiếu Iốt: Đến năm 2005, tỷ lệ bướu cổ trẻ em 8-12 tuổi dưới 5%; ổn định cung cấp muối Iốt trong toàn quốc với trên 90% hộ gia đình sử dụng muối Iốt; mức Iốt nước tiểu đạt 10-20 mcg/dl.
- Tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ có thai ở tất cả các vùng có chương trình xuống 30% vào năm 2005 và 25% vào năm 2010.

## **Mục tiêu 4. Giảm tỷ lệ hộ gia đình có mức năng lượng ăn vào thấp**

Chỉ tiêu:

- Tỷ lệ hộ có mức năng lượng ăn vào bình quân đầu người dưới 1800 Kcal từ 15% năm 2000 xuống 10% vào năm 2005 và xuống dưới 5% vào năm 2010.

**Mục tiêu 5. Cải thiện rõ rệt tình trạng Vệ sinh An toàn thực phẩm**

Chỉ tiêu:

- Giảm 25% số vụ ngộ độc thực phẩm hàng loạt (có trên 30 người mắc/vụ) vào năm 2005 và giảm 35% vào năm 2010 (so với năm 1999).
- Giảm 10% số ca tử vong do ngộ độc thực phẩm vào năm 2005 và giảm 30% vào năm 2010 (so với năm 1999).
- Giảm tỷ lệ ô nhiễm vi sinh vật thức ăn đường phố, thực phẩm chế biến sẵn.

**PHẦN 4**

**CÁC GIẢI PHÁP CHIẾN LƯỢC**

**I. CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP NHẪM CẢI THIỆN DINH DƯỠNG VÀ CHẤT LƯỢNG VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM (VSATTP)**

**1. Giáo dục và phổ cập kiến thức dinh dưỡng cho toàn dân**

**1.1 Huấn luyện dinh dưỡng phổ cập**

- Huấn luyện cho mạng lưới cán bộ làm công tác dinh dưỡng (kiến thức dinh dưỡng, lập kế hoạch, kỹ năng thực hành, truyền thông) nhằm giúp tuyến dưới biết cách xây dựng kế hoạch về dinh dưỡng và đủ khả năng triển khai.
- Huấn luyện và hướng dẫn dinh dưỡng hợp lý cho các đối tượng khác nhau (thanh nữ, người mẹ, nam giới, người cao tuổi, phụ nữ, giáo viên, học sinh...) với tài liệu phổ thông, kiến thức tối thiểu về dinh dưỡng phù hợp cho từng đối tượng.
- Kết hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo, hoàn thiện và đưa nội dung giáo dục dinh dưỡng vào trường học.
- Tổ chức hoạt động tư vấn dinh dưỡng hợp lý tại cơ sở cho các đối tượng khác nhau, nhấn mạnh tới các nội dung: Dinh dưỡng hợp lý; Vệ sinh an toàn thực phẩm; Dinh dưỡng bệnh lý; Dinh dưỡng bà mẹ trẻ em;

Dinh dưỡng người cao tuổi...Các chuyên đề thông tin về dinh dưỡng (như giao lưu giữa các nhà dinh dưỡng với nhân dân).

## **1.2 Giáo dục truyền thông dinh dưỡng**

- Giáo dục đại chúng: Xây dựng chuyên mục dinh dưỡng trên các phương tiện thông tin đại chúng ở các cấp. Đối tượng giáo dục là toàn dân, không chỉ quan tâm tới phụ nữ mà cả nam giới. Cán bộ lãnh đạo, hội viên các đoàn thể xã hội, giáo viên, học sinh cũng là những đối tượng truyền thông quan trọng.
- Tổ chức các hoạt động động viên toàn xã hội tham gia là rất cần thiết như tổ chức: Ngày vì chất dinh dưỡng, Tuần lễ Dinh dưỡng và phát triển, Ngày chăm sóc bà mẹ và phòng chống SDD, Tuần lễ nuôi con bằng sữa mẹ, Câu lạc bộ các xã có tỷ lệ SDD dưới 30%, Tháng hành động vì chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm, Ngày toàn dân dùng muối Iốt...
- Giáo dục trực tiếp, đưa thông tin tới gia đình: Do cán bộ ở cơ sở tiến hành dựa theo tài liệu hướng dẫn về nội dung và phương pháp.
- Tổ chức bữa ăn gia đình hợp lý, tiết kiệm, gồm 4 món: *Cơm, rau, món giàu đạm* (đậu phụ, vừng lạc, thịt cá, trứng), *món canh*. Chú ý chế biến các món ăn hợp khẩu vị dân tộc, phối hợp nhiều loại thực phẩm trong bữa ăn, dùng thêm các cây rau gia vị gây kích thích ăn ngon miệng.
- Hướng dẫn ăn uống hợp lý cho các đối tượng, lứa tuổi, ngành nghề khác nhau. Quan tâm đến ăn uống của các đối tượng lao động, ăn uống ở khu vực tập thể, trường học. Xây dựng và triển khai chương trình "Bữa ăn trường học" nhằm nâng cao thể lực của học sinh, thông qua bữa ăn dinh dưỡng hợp lý, cân đối.
- Thiết kế, cung cấp tài liệu và phương tiện truyền thông. Phổ biến thông tin định kỳ xuống tận xã.

## **1.3 Đào tạo cán bộ và nghiên cứu khoa học**

- Cần đào tạo và đào tạo lại cho cán bộ làm dinh dưỡng với các hình thức thích hợp, trước mắt huấn luyện bổ túc, tại chức cho các cán bộ dinh dưỡng ở tỉnh, huyện, xã để lập kế hoạch, quản lý, triển khai, theo dõi, đánh giá các chương trình dinh dưỡng. Nghiên cứu đào tạo cử nhân dinh dưỡng cho tuyến Huyện. Tiếp tục mở các lớp cao học dinh dưỡng và đào tạo tiến sĩ dinh dưỡng ở trong nước và ngoài nước.
- Mở rộng công tác nghiên cứu về dinh dưỡng và thực phẩm: Chú ý tới lĩnh vực Chất lượng vệ sinh an toàn trong công nghệ chế biến, bảo quản



thực phẩm, lưu thông phân phối; Các thức ăn có tác dụng điều trị và phòng bệnh; Món ăn truyền thống-văn hóa ẩm thực; Mối liên quan giữa dinh dưỡng, bệnh tật và sức khỏe; Các vấn đề dinh dưỡng trong thời kỳ chuyển tiếp.

## **2. Đảm bảo an ninh thực phẩm ở cấp hộ gia đình**

Đây là giải pháp cực kỳ quan trọng, trước hết đối với những vùng xảy ra khan hiếm thực phẩm, vùng nghèo, người dân có thu nhập thấp. Căn cứ vào điều kiện cụ thể, hướng dẫn, phổ cập kiến thức về kỹ thuật VAC và tạo điều kiện cho các gia đình phát triển hệ sinh thái VAC để tạo nguồn thực phẩm tại chỗ. Vận động sản xuất và sử dụng các sản phẩm có giá trị dinh dưỡng cao như đậu, lạc, vừng, đậu tương...vào bữa ăn. Hỗ trợ vốn cho hộ nghèo tạo công ăn việc làm tăng thu nhập. Tăng cường các dịch vụ bảo đảm cho sản xuất nông nghiệp tại chỗ như nâng cao chất lượng giống cây, con, hạn chế sử dụng hoá chất, tăng cường phân hữu cơ, sinh học, phát triển công nghệ chế biến sau thu hoạch, bảo quản tại chỗ, quy mô nhỏ tại hộ gia đình, tìm thị trường tiêu thụ sản phẩm. Các thực phẩm không là nguồn gây bệnh. Đảm bảo các thành viên trong hộ gia đình có cơ hội ngang nhau tiếp cận với thực phẩm.

## **3. Phòng chống suy dinh dưỡng protein-năng lượng ở trẻ em và bà mẹ**

- Do tầm quan trọng của vấn đề, phòng chống suy dinh dưỡng protein-năng lượng là một mục tiêu trong hệ thống các mục tiêu về sức khỏe và được Nhà nước hỗ trợ kinh phí. Phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em cần được triển khai trong phạm vi toàn quốc.
- Thực hiện tiếp cận chăm sóc trẻ em tại hộ gia đình theo phương châm dự phòng. Giáo dục kiến thức dinh dưỡng cho nữ sắp đến tuổi lấy chồng. Đầu ra của các hoạt động là cải thiện được thực hành chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ, ưu tiên chăm sóc trẻ em giai đoạn ngay từ khi sinh ra đến 2 tuổi. Chiến lược chăm sóc bao gồm các nhân tố then chốt là: cải thiện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ, bú sữa mẹ hoàn toàn trong 4 tháng đầu; ăn bổ sung hợp lý từ tháng thứ 5; chế biến thực phẩm tại địa phương, gia đình; thực hành vệ sinh; tăng thời gian cho chăm sóc trẻ cùng với việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của người mẹ trước và trong khi có thai cũng như sau đẻ, nâng cao kiến thức thực hành chăm sóc cho mọi thành viên trong gia đình.. Hoạt động hướng dẫn thực hành cách nuôi dưỡng trẻ; theo dõi tăng trưởng trẻ em và theo dõi chăm sóc bà mẹ cần được triển khai thành thạo và có hiệu quả ở các xã.

- Tùy theo tình hình của từng vùng mà tập trung các hoạt động ưu tiên. Nếu như đại bộ phận vùng nông thôn nơi tình trạng thiếu ăn đã bớt gay gắt thì tập trung hơn vào hoạt động chăm sóc trẻ, thực hành nuôi dưỡng và phòng chống các bệnh nhiễm khuẩn. Trong khi đó, ở các vùng còn khó khăn thì tập trung hơn cho hoạt động phục hồi dinh dưỡng, hướng dẫn cho gia đình có con SDD dựa vào khả năng của gia đình để phục hồi dinh dưỡng, phát triển “ô dinh dưỡng”, hệ sinh thái vườn-ao-chuồng (VAC) gia đình cung cấp thực phẩm tại chỗ. Hướng dẫn, làm mẫu để các gia đình tự làm.
- Cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ đòi hỏi phải nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, giải quyết tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng, huấn luyện kỹ năng dinh dưỡng cho người mẹ, tìm giải pháp giảm gánh nặng lao động nữ, xây dựng và thực thi các chính sách bảo vệ bà mẹ, bảo vệ nguồn sữa mẹ, chế độ thai sản..., nâng cao vị thế của người phụ nữ trong gia đình.

#### **4. Phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng**

**Phòng chống thiếu vitamin A.** Về cơ bản lâu dài, cần giải quyết bằng biện pháp đa dạng hoá bữa ăn. Tiếp tục duy trì bổ sung vitamin A liều cao cho trẻ từ 6-24 tháng tuổi và bà mẹ sau đẻ trong phạm vi toàn quốc. Từ năm 2006 việc bổ sung vitamin A đại trà chỉ áp dụng ở những vùng khó khăn và duy trì bổ sung vitamin A cho trẻ bị bệnh. Nghiên cứu tăng cường vi chất vào thực phẩm song song với biện pháp đa dạng hoá bữa ăn, khuyến khích nuôi trồng và ăn các thực phẩm giàu Vitamin A từ VAC gia đình.

**Phòng chống thiếu máu dinh dưỡng.** Mở rộng bổ sung sắt/acid folic theo hướng dự phòng cho phụ nữ 15-35 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú. Nghiên cứu sản xuất sirô sắt cho trẻ suy dinh dưỡng. Hướng dẫn và giáo dục cộng đồng chủ động tiếp cận các nguồn viên sắt/acid folic khác nhau trên thị trường. Chú trọng tới giải pháp tăng cường sắt vào thực phẩm và giải pháp đa dạng hoá bữa ăn. Ở những vùng nhiễm giun móc cao cần tổ chức hoạt động tẩy giun định kỳ kết hợp với vệ sinh môi trường. Phòng chống thiếu máu cần được triển khai trong phạm vi toàn quốc.

**Phòng chống thiếu Iốt.** Đã là một chương trình Mục tiêu riêng. Cần duy trì triển khai Mục tiêu này với các giải pháp: Vận động toàn dân sử dụng muối Iốt song song với tăng cường kiểm tra, giám sát từ khâu sản xuất, phân phối và sử dụng muối Iốt.

#### **5. Phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng**

- Tổ chức giám sát tốt tình hình và xu hướng của các bệnh mãn tính không lây liên quan đến dinh dưỡng (Béo phì, Tim mạch, Cao huyết áp, Tiểu đường và một số bệnh ung thư...)
- Xây dựng lời khuyên dinh dưỡng hợp lý cho người Việt nam 2001-2010.
- Củng cố mạng lưới ăn điều trị ở các bệnh viện. Đảm bảo các đối tượng bệnh lý khác nhau được phục vụ chế độ ăn thích hợp.
- Nghiên cứu sản xuất và đưa vào tiêu dùng thức ăn chức năng (gồm thức ăn chữa bệnh, thức ăn kiêng...)

## **6. Lồng ghép hoạt động dinh dưỡng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu**

Thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng, tăng cường hiệu quả của chương trình lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh tại cộng đồng, đặc biệt là tiêu chảy, viêm phổi (IMCI). Phòng chống các bệnh nhiễm ký sinh trùng đường ruột. Khuyến khích nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 4 tháng đầu, cho ăn bổ sung hợp lý từ tháng thứ 5. Chú ý chăm sóc trẻ em đặc biệt khó khăn. Chăm sóc sức khỏe sinh sản phối hợp với chăm sóc và giáo dục dinh dưỡng. Giáo dục sức khỏe phối hợp với giáo dục lối sống lành mạnh.

## **7. Đảm bảo chất lượng và vệ sinh an toàn thực phẩm**

- Đây là một lĩnh vực quan trọng được nhà nước hỗ trợ nằm trong chương trình Mục tiêu riêng. An toàn vệ sinh thực phẩm có liên quan chặt chẽ tới dinh dưỡng. Các giải pháp chính tập trung vào các điểm sau đây:
- Xây dựng hệ thống pháp luật đồng bộ về thực phẩm, ban hành pháp lệnh thực phẩm và các văn bản quy phạm pháp luật, kể cả các văn bản kỹ thuật để làm cơ sở pháp lý cho công tác thanh tra kiểm tra chất lượng VSATTP. Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng và vệ sinh an toàn thực phẩm trên cơ sở áp dụng các quy định của ủy ban tiêu chuẩn hóa về thực phẩm thế giới (Codex) và phù hợp với điều kiện Việt Nam. Xây dựng các labô *chuẩn* kiểm nghiệm chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm ở Trung ương và các Trung tâm y học dự phòng cấp tỉnh. Kiểm soát chất lượng và vệ sinh thực phẩm xuất khẩu, nhập khẩu, thức ăn đường phố. Hướng dẫn các cơ sở sản xuất, chế biến, cung ứng thực phẩm áp dụng HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point: Phân tích các mối nguy hại và điểm kiểm soát trọng yếu) và GMP (Good Manufacturing Practices: Thực hành sản xuất tốt).
- Thực hiện sản xuất thực phẩm an toàn giữ gìn môi trường và nguồn nước sạch. Phối hợp với ngành nông nghiệp, kiểm soát việc kinh doanh, phân phối và sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật trong nông nghiệp, tăng

cường công tác thanh tra kiểm tra vệ sinh thú y và các loại thực phẩm bán ra trên thị trường.

- Giáo dục người tiêu dùng kiến thức cơ bản về vệ sinh an toàn thực phẩm. Đào tạo cán bộ kiểm nghiệm và thanh tra chất lượng, vệ sinh thực phẩm.
- Các hoạt động trên cần được triển khai với sự hợp tác liên ngành. Hoạt động dinh dưỡng và VSATTP cần được triển khai đi đôi với nhau một cách đồng bộ.

## **8. Theo dõi, đánh giá, giám sát dinh dưỡng**

Xây dựng hệ thống giám sát dinh dưỡng, theo dõi các hoạt động và đánh giá tình trạng dinh dưỡng, phối hợp với Tổng cục thống kê xây dựng ngân hàng số liệu về dinh dưỡng. Hàng năm các tỉnh tiến hành điều tra để có số liệu cụ thể về tình trạng dinh dưỡng ở tỉnh mình. Năm 2005 và 2010 sẽ tiến hành Tổng điều tra dinh dưỡng trong toàn quốc và của từng tỉnh. Chú ý có số liệu ở các xã nghèo, vùng sâu, vùng xa để đề xuất các giải pháp đặc thù. Phối hợp với Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn xây dựng bảng cân đối về lương thực-thực phẩm cho toàn quốc.

## **9. Xây dựng mô hình điểm để rút kinh nghiệm chỉ đạo**

- Xây dựng mô hình “cải thiện dinh dưỡng bền vững”, ở đó thực hiện một tiếp cận can thiệp toàn diện đó là tiếp cận “*An ninh đời sống*”. Đây là một tổ hợp các tác động bao gồm các vấn đề từ *An ninh sức khỏe, Dinh dưỡng, Kinh tế, Văn hoá, Gia đình, Giáo dục, Xã hội, Môi trường và cơ sở hạ tầng*. Mô hình này triển khai ở một số huyện thí điểm.
- Xây dựng mô hình cải thiện dinh dưỡng cho một số đối tượng lao động, ngành nghề, cơ sở sản xuất và bệnh viện; Chăm sóc các đối tượng có nguy cơ cao (bà mẹ, trẻ nhỏ); Mô hình cải thiện dinh dưỡng ở địa bàn khó khăn.

## II. CÁC LĨNH VỰC CÓ LIÊN QUAN CHẶT CHẼ ĐẾN DINH DƯỠNG

### 1. **Đảm bảo An ninh lương thực quốc gia**

Nhà nước cần có chính sách và giải pháp đa dạng hoá sản xuất nông nghiệp, tăng năng suất, sản lượng, hạ giá thành. Chuyển đổi cơ cấu vật nuôi cây trồng, đáp ứng nhu cầu thực phẩm phù hợp với từng vùng sinh thái. Kế hoạch sản xuất cần dựa trên nhu cầu đảm bảo an ninh lương thực vĩ mô đi đôi với việc điều tiết thị trường, vận dụng hợp lý chính sách giá cả. Có chính sách đầu tư cho chế biến, bảo quản nông sản, vận động sản xuất thực phẩm an toàn.

### 2. **Thúc đẩy xoá đói giảm nghèo**

Đây là một trong những chính sách lớn của Đảng và nhà nước ta có tác động quan trọng đối với dinh dưỡng. Đối với những khu vực bị đe dọa mất an ninh lương thực, tỷ lệ SDD cao thì cần có sự hỗ trợ có trọng tâm của nhà nước về cơ sở hạ tầng và đầu tư sản xuất thực phẩm. Đối với khu vực đô thị, cần tập trung cho những khu nghèo, các nhóm nguy cơ, giúp tạo công ăn việc làm, tăng thu nhập để có khả năng tiếp cận thực phẩm. Lồng ghép mục tiêu dinh dưỡng với chương trình mục tiêu xoá đói giảm nghèo.

### 3. **Cải thiện cơ sở hạ tầng, dịch vụ thiết yếu cho công tác chăm sóc bà mẹ, trẻ em.**

- **Cung cấp nước sạch, vệ sinh môi trường.** Đây là những nội dung thiết yếu có liên quan tới chăm sóc dinh dưỡng. Mở rộng diện dân số được tiếp cận với nước sạch, giải quyết vấn đề vệ sinh môi trường ở các khu vực trọng tâm.
- **Hệ thống nhà trẻ.** Cần có chính sách và giải pháp cụ thể khôi phục và nâng cao chất lượng hệ thống nhà trẻ mẫu giáo ở khu vực nông thôn, có sự hỗ trợ của nhà nước và đóng góp của nhân dân.
- **Nâng cấp các trạm y tế ở các xã khó khăn.** Là yếu tố đảm bảo sự lồng ghép có hiệu quả giữa chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc dinh dưỡng ở địa phương.

### III. CÁC CHÍNH SÁCH HỖ TRỢ CHO DINH DƯỠNG

#### 1. Đưa chỉ tiêu dinh dưỡng vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội của địa phương

Các chỉ tiêu dinh dưỡng thể hiện kết quả và những thành tựu toàn diện của phát triển kinh tế xã hội trong từng giai đoạn. Do đó, cần phải xem đây là chỉ tiêu phấn đấu của cấp ủy Đảng và chính quyền địa phương các cấp. Chiến lược dinh dưỡng muốn đạt mục tiêu phải trở thành pháp lệnh của chính quyền, của kế hoạch các cấp. Để thực hiện có kết quả chiến lược, đòi hỏi tất cả các xã, huyện, tỉnh đưa chỉ tiêu giảm suy dinh dưỡng và chỉ tiêu thanh toán tình trạng thiếu ăn, đảm bảo VSATTP vào kế hoạch phát triển kinh tế-xã hội hàng năm của địa phương. Từ đó, mỗi cấp cần chủ động xây dựng kế hoạch và giải pháp phù hợp phấn đấu thực hiện kế hoạch.

#### 2. Hoàn thiện các chính sách hỗ trợ cho chăm sóc dinh dưỡng

- Nhà nước cần có quy định và hỗ trợ về chế độ nghỉ đẻ, thai sản cho bà mẹ, bảo vệ nguồn sữa mẹ đặc biệt đối với phụ nữ nông thôn. Tạo điều kiện để các bà mẹ có đủ thời gian chăm sóc con.
- Tiếp tục thực hiện, bổ sung, hoàn chỉnh các chính sách về phụ nữ, bảo vệ và chăm sóc trẻ em, chính sách chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng cho người nghèo, các chính sách và quy định về phúc lợi xã hội.
- Các chính sách nhằm tạo môi trường pháp lý cho hoạt động tăng cường vi chất dinh dưỡng vào thực phẩm để phòng chống thiếu vi chất dinh dưỡng.
- Các chính sách về kiểm soát thanh tra việc chấp hành các văn bản quy phạm pháp luật về chất lượng vệ sinh an toàn thực phẩm.
- Chính sách hỗ trợ mạng lưới cán bộ triển khai hoạt động dinh dưỡng ở cơ sở.

#### 3. Xã hội hoá công tác dinh dưỡng

Xã hội hoá công tác dinh dưỡng cần phải được coi là một giải pháp chiến lược mang tính liên ngành cao với sự tham gia của nhiều lực lượng xã hội. Hoạt động dinh dưỡng cần có sự quan tâm và trách nhiệm trước hết là của các nhà lãnh đạo cộng đồng. Hoạt động liên ngành là cốt lõi của xã hội hoá công tác dinh dưỡng. Muốn phối hợp liên ngành có kết quả, Chính phủ phải phân công trách nhiệm cụ thể cho từng ngành, đồng thời mỗi ngành đều quan tâm tới các mục tiêu đầu ra là cải thiện tình trạng dinh dưỡng trong việc chỉ đạo, tổ chức thực hiện nhiệm vụ của mình. Chính quyền các cấp cần có kế hoạch hỗ trợ một cách hệ thống và huy động mọi lực lượng

xã hội tham gia. Cần làm cho mỗi gia đình, mỗi người dân hiểu và hưởng ứng một cách chủ động.

#### IV. ĐẦU TƯ ĐỂ THỰC HIỆN CHIẾN LƯỢC

##### 1. Đầu tư từ ngân sách nhà nước

Hàng năm kế hoạch ngân sách Nhà nước sẽ bố trí nguồn kinh phí đầu tư cho các hoạt động nêu trong chiến lược. Tiếp tục kế hoạch ngân sách đối với các *Chương trình Mục tiêu* đang thực hiện như: Mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em; Mục tiêu phòng chống các rối loạn do thiếu Iốt; Mục tiêu vệ sinh an toàn thực phẩm; Và các mục tiêu y tế quốc gia khác. Ngân sách nhà nước giữ vai trò chủ đạo và được bố trí ưu tiên cho các vùng khó khăn ...

##### 2. Phát huy nội lực và huy động cộng đồng

Huy động nguồn của các ngành, các địa phương, các tổ chức xã hội, các doanh nghiệp đóng góp vào việc thực hiện Chiến lược dinh dưỡng. Huy động cộng đồng và các gia đình tham gia tích cực vào các hoạt động dinh dưỡng và VSATTP. Muốn huy động có hiệu quả, cần có thông tin rộng rãi về dinh dưỡng và VSATTP để mọi người cùng quan tâm.

##### 3. Tăng cường hợp tác quốc tế về Dinh dưỡng

Mở rộng hợp tác quốc tế song phương, đa phương, với các tổ chức quốc tế, các Chính phủ, tổ chức phi Chính phủ trong lĩnh vực dinh dưỡng.

Sử dụng có hiệu quả các nguồn hợp tác quốc tế, phối hợp với nguồn huy động tại chỗ.

#### V. TỔ CHỨC VÀ PHỐI HỢP LIÊN NGÀNH

##### 1. Về tổ chức

- Chính phủ giao cho Bộ Y tế là cơ quan chủ trì, chịu trách nhiệm cùng các Bộ, Ban, Ngành, Đoàn thể, phối hợp với các tổ chức quốc tế xây dựng chiến lược, đồng thời chỉ đạo và điều phối, đánh giá kết quả thực hiện chiến lược.
- Viện Dinh dưỡng là cơ quan thường trực giúp Bộ Y tế triển khai về chuyên môn kỹ thuật, tổ chức kiểm tra giám sát, định kỳ đánh giá việc thực hiện chiến lược.
- Trong suốt quá trình thực hiện Chiến lược, phải luôn chú trọng đến việc phát triển năng lực đi đôi với việc xác định phương hướng đầu tư các nguồn lực một cách có hiệu quả nhất để đảm bảo sự phát triển bền vững của Chiến lược.

- Thành lập Ban chỉ đạo Chiến lược Dinh dưỡng ở mỗi cấp hành chính. Ban chỉ đạo Trung ương do Bộ trưởng Bộ Y tế làm trưởng ban, ở địa phương các cấp do Phó Chủ tịch phụ trách Văn Xã làm trưởng ban, thành viên gồm ngành Y tế (thường trực), Kế hoạch-Đầu tư, Giáo dục, Nông nghiệp, UBBVCSTE, Tài chính, Hội LHPN và các Ban, Ngành, đoàn thể xã hội khác.

## **2. Nhiệm vụ của các ngành**

**Bộ Y tế:** Phối hợp để xây dựng chiến lược, xây dựng kế hoạch, chương trình, dự án về dinh dưỡng, trình Chính phủ phê duyệt, xây dựng kế hoạch hàng năm, chủ trì điều phối thực hiện, đánh giá tổng kết kết quả thực hiện chiến lược.

**Bộ Kế hoạch-Đầu tư:** Đưa vào kế hoạch chung, kể cả các đầu tư hỗ trợ quốc tế, theo dõi, giám sát thực hiện.

**Bộ Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn:** Căn cứ vào bảng nhu cầu dinh dưỡng, xây dựng kế hoạch và giải pháp của ngành Nông nghiệp đảm bảo an ninh thực phẩm ở quy mô quốc gia và hộ gia đình. Chỉ đạo việc chế biến thực phẩm tại địa phương, hỗ trợ cho phát triển hệ sinh thái VAC gia đình, giám sát dự báo về mất an ninh lương thực. Đẩy mạnh chương trình cung cấp nước sạch nông thôn. Chú ý chỉ đạo sản xuất thực phẩm an toàn, có quy định và kiểm tra việc sử dụng hóa chất trong nông nghiệp. Thực phẩm không được là nguồn gây bệnh.

**Bộ Giáo dục-Đào tạo:** Hoàn thiện mục tiêu, nội dung chương trình giáo dục dinh dưỡng ở các cấp từ mầm non đến đại học. Củng cố và nâng cao chất lượng hệ thống nhà trẻ (đặc biệt là khu vực nông thôn) và các nhà ăn tập thể ở trường học.

**Ủy ban Bảo vệ và Chăm sóc Trẻ em Việt nam:** Phối hợp với Bộ Y tế và các ngành liên quan xây dựng chiến lược. Hỗ trợ để có những chính sách thúc đẩy việc thực hiện các mục tiêu dinh dưỡng nói chung và dinh dưỡng trẻ em nói riêng. Chỉ đạo UBBVCSTE các địa phương phối hợp trong việc thực hiện và giám sát chiến lược dinh dưỡng.

**Bộ Tài chính:** Cân đối đảm bảo tài chính cho các chương trình dinh dưỡng đã được duyệt, theo dõi giám sát thực hiện.

**Bộ Tư pháp:** Phối hợp với các ngành nghiên cứu đề xuất Chính phủ ban hành các văn bản quy phạm pháp luật và các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng và VSATTP.



**Hội Liên Hiệp Phụ Nữ Việt Nam (LHPNVN):** Phổ biến các kiến thức về dinh dưỡng cho các hội viên và các bà mẹ, vận động cộng đồng cùng tham gia.

Phối hợp chặt chẽ với ngành y tế triển khai các hoạt động chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng. Triển khai các hoạt động cụ thể góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng.

**Bộ Lao động-Thương binh-Xã hội:** Thực hiện chương trình xoá đói giảm nghèo, chú trọng tới hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng và an ninh lương thực, xây dựng các chính sách hỗ trợ người nghèo, vùng nghèo và hỗ trợ khẩn cấp.

**Bộ Thương mại:** Tổ chức quản lý, lưu thông, phân phối và xuất nhập khẩu lương thực thực phẩm trên cơ sở tính toán có lợi nhất nhằm đảm bảo dinh dưỡng, đảm bảo vi chất dinh dưỡng. Cân đối xuất nhập khẩu nhằm đảm bảo an ninh lương thực quốc gia.

**Bộ Văn hoá-Thông tin:** Tổ chức các hoạt động thông tin, truyền thông một cách phong phú, sinh động, hấp dẫn để truyền bá kiến thức về dinh dưỡng hợp lý. Ưu tiên cho các thông tin quảng cáo về dinh dưỡng.

**Bộ Khoa học-Công nghệ và Môi trường:** Hỗ trợ các nghiên cứu về dinh dưỡng và VSATTP

**Ủy ban Quốc gia Dân số-Kế hoạch hoá gia đình:** Thực hiện KHHGD đi đôi với nâng cao chất lượng dân số, trong đó dinh dưỡng là một thành tố quan trọng. Chỉ đạo để cộng tác viên dân số đảm nhiệm thêm nhiệm vụ về dinh dưỡng.

**Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam, Hội Nông dân Việt Nam, Hội VACVINA, Hội Cựu chiến binh, Đoàn TNCS HCM**

Phổ biến các kiến thức về dinh dưỡng cho các thành viên, hội viên. Phối hợp chặt chẽ với ngành Y tế trong việc thực hiện xã hội hóa công tác dinh dưỡng.

### **3. Trách nhiệm của các địa phương**

Chủ tịch UBND tỉnh, thành phố trực thuộc TƯ có trách nhiệm tổ chức thực hiện chiến lược trong phạm vi địa phương.

### **4. Cơ chế phối hợp**

- Trên cơ sở mục tiêu và chiến lược chung, các Bộ, Ngành, Đoàn thể xã hội căn cứ vào chức năng nhiệm vụ của mình để xây dựng kế hoạch cụ

thể. Kế hoạch thực hiện vừa đáp ứng với nhiệm vụ thường xuyên của các Bộ Ngành đồng thời đáp ứng theo những mục tiêu của chiến lược đề ra.

- Định kỳ 3 tháng một lần, Bộ Y tế với tư cách là cơ quan chủ trì, tổ chức kiểm điểm các hoạt động thực hiện mục tiêu với sự tham gia của các Bộ, Ngành có liên quan.
- Định kỳ 6 tháng một lần, các địa phương có trách nhiệm báo cáo kết quả thực hiện với Bộ Y tế. Bộ Y tế tổng hợp báo cáo với Thủ tướng Chính phủ về tiến độ và kết quả thực hiện.
- Cần đẩy mạnh sự phối hợp liên ngành ở các địa phương, đồng thời có liên hệ chặt chẽ với Ban chỉ đạo chiến lược ở Trung ương.

## **5. Kế hoạch thực hiện**

- Giai đoạn 1 (2001-2005): Triển khai các hoạt động trọng tâm nhằm cải thiện dinh dưỡng, chú trọng công tác giáo dục, huấn luyện, phát triển nhân lực và bổ sung các chính sách hỗ trợ cho dinh dưỡng. Tiếp tục triển khai các chương trình mục tiêu.
- Giai đoạn 2 (2006-2010): Tiếp tục các hoạt động giai đoạn trước, thể chế hoá việc chỉ đạo của Nhà nước đối với công tác dinh dưỡng, duy trì bền vững, đánh giá toàn diện việc thực hiện Chiến lược.