

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ MÔ HÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI VÀ VẤN ĐỀ ĐẶT RA ĐỐI VỚI CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM TRONG BỐI CẢNH GIÀ HÓA DÂN SỐ

NGUYỄN THANH THỦY^(*)

Tóm tắt: Già hóa dân số đang diễn ra trên phạm vi toàn cầu với tốc độ nhanh và tác động tới mọi mặt của đời sống xã hội. Cùng với đó là sự thay đổi về cấu trúc gia đình với mô hình gia đình hạt nhân là chủ yếu đã tác động tới việc chăm sóc người cao tuổi hiện nay. Phát triển các mô hình chăm sóc người cao tuổi tại cộng đồng đang trở thành một nhu cầu tất yếu khi thiết chế gia đình đã có những thay đổi trong khi hệ thống an sinh xã hội chưa đảm bảo độ bao phủ. Trên cơ sở tìm hiểu và đánh giá một số mô hình chăm sóc người cao tuổi trong nước và quốc tế, thông qua phương pháp tổng quan tài liệu, bài viết đặt ra những vấn đề đối với việc chăm sóc người cao tuổi trong bối cảnh già hóa dân số ở Việt Nam hiện nay.

Từ khóa: người cao tuổi, mô hình chăm sóc, già hóa dân số.

Abstract: Population aging is taking place on a global scale at a rapid pace and affects all aspects of social life. Along with that is the change in family structure, in which the nuclear family model has become predominant, that affects the care of the elderly today. Developing models of elderly care in the community is becoming an inevitable need when the family institution has changed but the social security system has not yet ensured coverage. On the basis of studying and evaluating a number of domestic and international models of elderly care, through a document review method, the article poses problems for the care of the elderly in the context of population aging in Vietnam today.

Keywords: elderly, model of caregiving, population aging.

Ngày nhận bài: 26/12/2022; ngày gửi phản biện: 27/12/2022; ngày duyệt đăng bài: 02/3/2023.

1. Mở đầu

Việt Nam với tốc độ già hóa dân số cao nhất trong khu vực được dự báo sẽ trở thành nước có dân số già vào năm 2038 với tỉ lệ người từ 60 tuổi trở lên đạt trên 20% (Ban chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương, 2019). Cũng theo dự báo, đến năm 2069, tỉ lệ người cao tuổi (NCT) sẽ chiếm trên 27% tổng dân số và sự gia tăng của dân số cao tuổi chủ yếu do sự gia tăng của nhóm trung lão và đại lão (UNFPA, 2021). Già hóa dân số nhanh như hai thập niên qua là một thách thức về đáp ứng chính sách đối với Nhà nước và về sự thích ứng của toàn xã hội nói chung, của nhóm dân số cao tuổi nói riêng (Đặng Thị Việt Phương, Nguyễn Thanh Thủy, 2022). Quyết định số

^(*) Viện Xã hội học, Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam.

403/QĐ-BYT ngày 20/01/2021 đã chỉ rõ “Già hóa dân số diễn ra với tốc độ nhanh đặt ra những thách thức rất lớn về sự cần thiết phải thay đổi hệ thống an sinh xã hội, lao động việc làm, giao thông, vui chơi giải trí, v.v. đặc biệt là hệ thống chăm sóc sức khỏe NCT ở nước ta” (VCCI và UNFPA, 2021). Hơn lúc nào hết, NCT nói riêng và toàn xã hội nói chung phải đối mặt với thực tế rằng già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng và tạo nên một áp lực lớn cho hệ thống an sinh xã hội quốc gia vốn còn hạn chế về độ bao phủ.

Trong khi đó, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ NCT sống một mình hoặc chỉ sống với vợ/chồng đã tăng lên (UNFPA, 2021; Vũ C.N, Trần T.M, Đặng T.L, Chei C-L, và Saito Y, 2020; Giang Thanh Long, 2012). Nguyên nhân giải thích cho thực trạng này được cho là do vị thế kinh tế của NCT đã được cải thiện (Giang Thanh Long; Wade D. Pfau, 2007) hay bởi vấn đề di cư (VNCA, UNFPA, 2019; Nguyen và Tran, 2016). Mô hình sống chung với con cái của NCT như là một chuẩn mực ở những giai đoạn trước (John Knodel và Truong Si Anh, 2002) đã thay đổi và các điều kiện về kinh tế, xã hội cũng tác động tới cấu trúc của các gia đình hiện nay (Nguyễn Thị Thuý Hằng và Dang Anh Dung, 2020). Nếu như ở giai đoạn trước, tính ổn định của khuôn mẫu sống chung cùng gia đình, con cái khiến Nhà nước cũng giảm bớt các chính sách xác định trách nhiệm cơ bản của mình đối với việc đảm bảo phúc lợi cho công dân, trong đó bao gồm cả NCT (John Knodel và Truong Si Anh, 2002). Tuy nhiên đến giai đoạn hiện nay, việc ngày càng nhiều NCT lựa chọn cuộc sống độc lập với con cháu cùng với sự biến đổi của cấu trúc gia đình đang đặt ra nhiều vấn đề cho việc lựa chọn mô hình sống phù hợp đối với NCT.

Trong bối cảnh đó, việc đưa ra nhiệm vụ phát triển mạnh các loại hình dịch vụ đáp ứng nhu cầu của NCT theo hướng hợp tác công tư, khuyến khích khu vực tư nhân đầu tư và phát triển các cơ sở, loại hình dịch vụ, chăm sóc NCT đang là những hướng đi đã được đưa ra thông qua hệ thống các chính sách thời gian qua (Nguyễn Thanh Thủy, 2021). Phát triển các mô hình chăm sóc NCT tại cộng đồng đang trở thành nhu cầu tất yếu khi thiết chế gia đình đã có những thay đổi trong khi hệ thống an sinh xã hội chưa đảm bảo độ bao phủ. Trên cơ sở tìm hiểu và đánh giá một số mô hình chăm sóc NCT trong nước và quốc tế thông qua phương pháp tổng quan tài liệu, bài viết đặt ra một số vấn đề đối với việc chăm sóc NCT trong bối cảnh già hóa dân số ở Việt Nam hiện nay.

2. Một số mô hình chăm sóc người cao tuổi trong nước và quốc tế hiện nay

2.1. Mô hình quốc tế

Hệ thống chăm sóc NCT của nước Mỹ là mô hình kết hợp giữa nhà nước, xã hội và gia đình như ở Việt Nam, trong đó xã hội giữ vai trò chủ yếu - nhất là đối với NCT nghèo (Võ Thuần, Phạm Văn Tư, 2018). Tương tự như Nhật Bản, Việt Nam là một trong những nước có tốc độ già hóa dân số cao trên thế giới. Và quá trình già hóa dân số của Việt Nam hiện tại cũng giống như Nhật Bản đã từng trải qua trong quá khứ (Truong Thi Yen, Huynh Thi Anh Phuong, 2021). Bên cạnh đó, tuy là những nước có nền kinh tế thuộc nhóm những nước phát triển nhất trên thế giới nhưng thực tế cho thấy nước Mỹ và Nhật Bản không trông cậy hoàn toàn vào sự hỗ trợ từ Nhà nước để đảm bảo cho việc chăm sóc NCT. Họ đã có những định hướng trong việc phát huy vai trò trợ giúp của

gia đình và cộng đồng xã hội đối với việc chăm sóc NCT. Do vậy, với tư cách là một nền kinh tế đang phát triển, sự bao phủ của hệ thống an sinh xã hội của Nhà nước còn hạn chế, cùng với sự tương đồng về hệ thống chăm sóc NCT, Việt Nam rất cần tìm hiểu và vận dụng các kinh nghiệm từ mô hình chăm sóc NCT của nước Mỹ và Nhật Bản một cách linh hoạt, chủ động nhằm đáp ứng bối cảnh già hóa dân số ở Việt Nam đang diễn ra với tốc độ cao như hiện nay.

2.1.1 Mô hình chăm sóc người cao tuổi ở Mỹ

Ở Mỹ, hệ thống chăm sóc NCT là sự kết hợp giống như mô hình chăm sóc NCT ở Việt Nam bao gồm: gia đình, xã hội (cộng đồng) và nhà nước. Trong khi việc chăm sóc NCT được coi như là một trách nhiệm mang tính cá nhân của chính những NCT, của những người con đối với cha mẹ, của vợ/chồng đối với nhau, thì với trách nhiệm của cộng đồng, nhà nước được thể hiện qua các chương trình chăm sóc NCT của Chính phủ như: Chương trình An sinh xã hội, Medicare, Medicaid, Cơ quan khu vực về NCT, v.v.. Tuy nhiên, sự tham gia của các nhóm này đến đâu luôn là vấn đề có tính tranh luận (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

Medicare là chương trình bảo hiểm y tế liên bang dành cho người Mỹ từ 65 tuổi trở lên, độ bao phủ của hệ thống bảo hiểm Medicare chiếm tới 94% NCT Mỹ. Tuy nhiên, chương trình này không bao gồm bảo hiểm dịch vụ cho các chăm sóc điều dưỡng dài hạn, các cơ sở sinh hoạt được hỗ trợ hay các chăm sóc giám hộ (Little và Morley, 2022; Bartek Woroniecki, 2020). Chi phí trung bình hàng năm về dịch vụ chăm sóc tại nhà cho một trợ lý y tế năm 2020 là 54.912 đô la và chi phí trung bình cho một phòng riêng trong viện dưỡng lão là 105.850 đô la (Petersen, 2021). Điều này trở thành một vấn đề lớn đối với những NCT có thu nhập thấp.

Medicaid là chương trình bảo hiểm y tế của chính phủ và tiểu bang dành cho những người có mức thu nhập thấp (trị giá tài sản ít hơn 2.000 đô la). Với chương trình này, những NCT có mức thu nhập thấp có thể được chăm sóc ở nhà điều dưỡng, chăm sóc dài hạn hoặc chăm sóc sức khỏe tại nhà nhờ vào các chương trình Medicaid của tiểu bang cung cấp. Tuy nhiên, nhu cầu được hưởng dịch vụ chăm sóc này là rất lớn. Kể cả khi đủ điều kiện được hưởng chương trình của Medicaid thì danh sách chờ đợi cũng lên tới 800.000 người và thời gian chờ đợi trung bình là hơn ba năm (Petersen, 2021).

Tại Mỹ, ngày càng nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò và tầm quan trọng cần được công nhận của “người chăm sóc tại gia” đối với những NCT (Little và Morley, 2022; Terry Fulmer và cộng sự, 2021; National Academies of Sciences, Engineering và Medicine, 2016; CMS, 2016; Grabowski và cộng sự, 2015). Có một thực tế hiện nay, Medicare và các ưu đãi tài chính được chi trả khác đều khuyến khích thời gian nằm viện ngắn hơn với mong muốn ngăn ngừa các thành viên trong gia đình có thể hỗ trợ người lớn tuổi tại nhà và quản lý việc chuyển từ bệnh viện về nhà và quay lại. Các nhà cung cấp dịch vụ mong đợi những người chăm sóc tại gia có thể xử lý các quy trình và thiết bị kỹ thuật cho người lớn tuổi tại nhà, chẳng hạn như đặt ống cho ăn và dẫn lưu, ống thông và mở khí quản, đồng thời quản lý và theo dõi tình trạng của họ (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Vai trò của người chăm sóc tại gia càng trở nên

quan trọng hơn trong bối cảnh những chăm sóc gia đình tiềm năng đang bị thu hẹp: các gia đình có ít con hơn, người lớn tuổi sống độc thân nhiều hơn, con cái trưởng thành sống xa cha mẹ, v.v.. Medicaid kì vọng với người chăm sóc tại gia, sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà thì sẽ giảm sử dụng viện dưỡng lão, phòng cấp cứu và chăm sóc bệnh nhân nội trú tại bệnh viện. Nhiều tiểu bang tại Mỹ đánh giá những người chăm sóc tại gia như một phần của quá trình phát triển các kế hoạch chăm sóc dịch vụ và hỗ trợ dài hạn đối với NCT.

Bên cạnh đó, lão hóa tại chỗ đang được coi là một xu hướng trong quan điểm và định hướng, hành động về chăm sóc NCT tại Mỹ nói riêng và tại khu vực Bắc Mỹ nói chung. Theo đó, mục tiêu lão hóa tại chỗ là ở trong môi trường chăm sóc ít hạn chế nhất càng lâu càng tốt và điều này đã được chứng minh là cải thiện sức khỏe tâm thần, thúc đẩy chức năng, tăng cường sự riêng tư và khuyến khích quyền tự chủ đối với NCT. Phối hợp các nguồn lực cộng đồng, chẳng hạn như vận chuyển, có thể thuê những người chăm sóc tại nhà, thường được tài trợ bởi cá nhân hoặc gia đình. Và việc những lợi ích và dịch vụ sẵn có có thể được cung cấp cho NCT ngay tại nhà hay việc họ có thể tiết kiệm bằng cách đầu tư sửa chữa căn nhà của mình cho phù hợp thay vì đến sống ở những viện dưỡng lão là những vấn đề mà nhiều NCT chưa hình dung được (Little và Morley, 2022). Đối với những người không còn khả năng sống độc lập một cách an toàn, các mô hình cho phép lão hóa tại chỗ trong môi trường chăm sóc tại viện dưỡng lão giống như ở nhà đã được phát triển và triển khai trên khắp Bắc Mỹ (Kane và et. al, 2007).

Đạo luật Chronic cho phép hỗ trợ chăm sóc những người lớn tuổi bị bệnh mãn tính bằng cách tăng cường các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, mở rộng mô hình Độc lập tại nhà phổ biến và củng cố các chương trình dành cho nhu cầu đặc biệt của Medicare Advantage. Cùng với đó, chi tiêu cho Medicare của Mỹ chiếm 15% tổng chi tiêu, quỹ này dự kiến sẽ cạn kiệt vào năm 2026, thêm nữa việc chi tiêu cho các quỹ/chương trình Medicare và An sinh xã hội dự kiến sẽ tăng từ 9,1% GDP năm 2023 lên 11,5% năm 2035 và 12,1% năm 2097 (Social Security Administration, 2023). Thực tế này cho thấy việc thúc đẩy các hình thức chăm sóc NCT tại gia được coi là một giải pháp phù hợp. Trong đó mô hình lão hóa tại chỗ một mặt đem lại cho NCT cảm giác thân thuộc, giúp cải thiện sức khỏe và tinh thần. Mặt khác cũng giúp giảm các chi phí tại khu vực công được coi là sự san sẻ cần thiết cho các chương trình chăm sóc y tế hiện nay. Bên cạnh đó, việc huy động sự trợ giúp từ cán bộ cộng đồng (Wallace and et. al, 2018) cũng là một trong những giải pháp, đặc biệt trong bối cảnh thiếu nhân lực cho nhân viên y tế, nhất là sau những tác động của đại dịch COVID-19. Thực tế hiện nay cho thấy, hệ thống y tế của Mỹ sẽ cần phải dựa nhiều hơn vào các chương trình trợ giúp từ cộng đồng và gia đình đối với vấn đề chăm sóc NCT.

2.1.2. Mô hình chăm sóc người cao tuổi ở Nhật Bản

Là một đất nước có tốc độ già hóa dân số nhanh khi Nhật Bản chỉ mất 20 năm để chuyển sang xã hội già hóa thì Pháp mất 100 năm và Anh mất 50 năm, do vậy, đòi hỏi phải xây dựng hệ thống chăm sóc NCT phù hợp. Tại Nhật Bản, hệ thống chăm sóc NCT được thể hiện qua việc xây dựng các chính sách về bảo hiểm và trợ giúp xã hội.

Bảo hiểm xã hội là loại hình bảo hiểm được Chính phủ quy định bắt buộc nhằm có những hỗ trợ tài chính cho người tham gia khi họ bị ốm đau, thương tật, sinh con, tuổi già, thất nghiệp, v.v. trong đó bảo hiểm hưu trí được coi là chính sách quan trọng nhất đảm bảo quyền lợi cho NCT. Với bảo hiểm việc làm, giúp NCT có khả năng chống đỡ những rủi ro về thất nghiệp khi họ được coi là nhóm yếu thế trong xã hội, đặc biệt trong vấn đề tìm việc làm (Trần Thị Lệ Hằng, 2021).

Đối với vấn đề chăm sóc sức khỏe NCT, Nhật Bản đã xây dựng chiến lược chính sách dành cho NCT với 3 hình thức: bảo hiểm sức khỏe toàn dân, bảo hiểm chăm sóc dài hạn và chăm sóc tích hợp dựa vào cộng đồng. Để đảm bảo chế độ bảo hiểm sức khỏe toàn dân, Nhật Bản đã luôn nỗ lực tìm kiếm nguồn kinh phí để duy trì. Có thể kể đến như: Đảm bảo độ bao phủ bảo hiểm y tế với hệ thống bảo hiểm xã hội hiện hành; Ban hành hệ thống bảo hiểm y tế cho người già từ 75 tuổi trở lên vào năm 2008 (người trên 75 tuổi sẽ được tự động chuyển từ chế độ bảo hiểm sang chế độ y tế dành cho NCT). Đồng thời, thiết lập một hệ thống điều chỉnh tài chính của các công ty bảo hiểm nhằm điều chỉnh sự mất cân đối giữa các doanh nghiệp bảo hiểm do sự phân bổ không đồng đều NCT từ 65 đến 74 tuổi (T. Suzuki, 2018).

Trong bối cảnh mô hình gia đình hạt nhân ngày càng phổ biến thì hình thức bảo hiểm chăm sóc dài hạn được coi là rất phù hợp với Nhật Bản. Đối tượng tham gia bảo hiểm chăm sóc dài hạn tại Nhật Bản là những người trên 65 tuổi (nhóm được bảo hiểm thứ nhất) và người từ 40 đến 64 tuổi (nhóm được bảo hiểm thứ hai). Bên cạnh đó, người nước ngoài cư trú ở đây trên 3 tháng, có địa chỉ nơi ở cũng được tham gia loại hình bảo hiểm này. Chế độ thụ hưởng của chính sách này khá đa dạng nhưng sẽ không có các dịch vụ chăm sóc y tế. Những dịch vụ mà người tham gia được hưởng lợi, bao gồm: Dịch vụ tại nhà (chăm sóc ghé thăm, chăm sóc ban ngày, đến ở và chăm sóc trong thời gian ngắn, v.v.); Dịch vụ tại cơ sở chăm sóc; Dịch vụ tại địa phương (Truong Thi Yen, Huynh Thi Anh Phuong, 2021). Để duy trì nguồn ngân sách cho chương trình này thì mọi người dân từ 40 tuổi trở lên đều có nghĩa vụ phải tham gia loại bảo hiểm này và nó được tính dựa trên xếp hạng phí bảo hiểm chăm sóc y tế công cộng của mỗi người. Cùng với chính sách này, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản (MHLW) đã đề xuất chính sách y tế chưa từng có được gọi là “Tầm nhìn chăm sóc sức khỏe khu vực” nhằm tạo điều kiện cho các chăm sóc tại nhà thay vì phải tới các bệnh viện. Theo đó, Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản đã thúc đẩy việc sử dụng giường bệnh hiệu quả, hạn chế tăng giường bệnh và nhấn mạnh dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà và viện dưỡng lão để khuyến khích NCT không đến bệnh viện (MHLW, 2019). Tuy nhiên, nó cũng đặt ra vấn đề về sự thiếu hụt số lượng bác sĩ chăm sóc tại nhà. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, nhu cầu về bác sĩ chăm sóc tại nhà ở Nhật Bản vào năm 2040 sẽ tăng từ 1,6 -1,7 lần so với con số hiện nay (Iwata, H., Matsushima, M., Wantanabe, T và cộng sự, 2020).

Mô hình chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng đã được xây dựng với bốn trụ cột chính: sự tự giúp đỡ được cung cấp bởi cá nhân hoặc gia đình của người cao tuổi (Jijo); Viện trợ lẫn nhau được cung cấp thông qua mạng lưới không chính thức của các tình nguyện viên y tế cơ sở (Go-jo); Chăm sóc liên kết xã hội được cung cấp bởi các

chương trình an sinh xã hội như bảo hiểm chăm sóc dài hạn (Kyo-jo); Chăm sóc chính phủ được cung cấp bởi các dịch vụ phúc lợi xã hội và y tế công cộng hoặc hỗ trợ công từ nguồn thu thuế (Ko-jo) (K. Sudo và cộng sự, 2018). Theo đó, mô hình này tập trung hai vấn đề chính, đó là sức mạnh cộng đồng và điều phối việc tích hợp chăm sóc lâm sàng với các dịch vụ an sinh xã hội (Truong Thi Yen, Huynh Thi Anh Phuong, 2021). Với mô hình này, một mặt xây dựng cộng đồng thân thiết đồng thời tạo dựng sự hỗ trợ có tính độc lập nhưng vẫn khẳng định được giá trị của NCT. Theo đó, NCT sẽ trở thành thành viên tham gia xã hội tích cực và dễ dàng tiếp cận sự trợ giúp từ những người khác liên quan đến khả năng tự lực tốt (O. Nummela và cộng sự, 2009). NCT sẽ được hỗ trợ để làm những công việc được trả lương, từ đó giúp khuyến khích họ duy trì sức khỏe tinh thần và thể chất trong cuộc sống hàng ngày (Truong Thi Yen, Huynh Thi Anh Phuong, 2021). Mô hình dưỡng lão của Nhật Bản hiện nay có 2 mô hình chính bao gồm: viện dưỡng lão (có phí và không phí) và dịch vụ ngoại trú (chăm sóc NCT đi về trong ngày). Trong đó viện dưỡng lão không mất phí, có 3 loại hình gồm: (i) Cơ sở hỗ trợ chăm sóc dạng đặc biệt - NCT cần chăm sóc ở mức độ 3¹ mới được vào đây; (ii) Cơ sở chăm sóc trung gian giữa bệnh viện và cơ sở chăm sóc đặc biệt - cơ sở này thường giúp NCT phục hồi khả năng để quay trở lại với cuộc sống; (iii) Viện dưỡng lão - NCT muốn vào được đây để hưởng sự chăm sóc phải có giấy chẩn đoán của bác sĩ và dành cho NCT cần chăm sóc ở mức độ 2. Với mô hình viện dưỡng lão có phí phù hợp với nhiều đối tượng và nhiều mức độ bao gồm cả mức độ nặng nhất là mức độ 5. Với dịch vụ ngoại trú, là dịch vụ NCT vẫn sống tại nhà của mình, nhưng ban ngày thì đến viện dưỡng lão để được cung cấp các dịch vụ như: Ăn uống, tắm giặt, tập thể dục, vui chơi, tắm suối, xông hơi, v.v.. Thông thường, buổi sáng viện sẽ đưa ô tô đến nhà đón các cụ tới viện và chiều tối sẽ đưa về nhà của họ. Về số lượng ngày đến viện thì gia đình có thể tự quyết định và cũng có thể sử dụng 2 - 3 nơi khác nhau tùy ý.

Để đảm bảo tính bền vững cho hệ thống chăm sóc NCT, bên cạnh các chính sách chăm sóc sức khỏe cho NCT, Nhật Bản chú trọng đến việc giảm áp lực tài chính cho hệ thống ngân sách của Chính phủ như: huy động sự tham gia của cộng đồng nhằm thúc đẩy trợ giúp lẫn nhau cũng như sự tự lực của chính NCT, thiết lập hệ thống tài chính hỗ trợ điều tiết các công ty bảo hiểm, tạo cơ hội cho NCT có việc làm và được trả lương, v.v.. Qua đó giúp họ có thể chủ động với quá trình già hóa của chính mình, đồng thời giúp giảm gánh nặng ngân sách quốc gia.

¹ Ở Nhật Bản, tình trạng NCT cần chăm sóc trong sinh hoạt hàng ngày được chia thành 5 mức độ: Mức độ 1 thường chăm sóc những NCT có chiều hướng bị bệnh về hành vi, suy giảm nhận thức. Mức độ 2 là những người cần chăm sóc ở mức độ 1 nhưng cần giúp đỡ khi vận động (đứng dậy và đi lại). Mức độ 3 là những NCT không tự làm được những việc đơn giản quanh mình như thay quần áo, lau dọn nhà cửa, đi vệ sinh, v.v.. Mức độ 4 là những người cần chăm sóc ở mức độ 3 nhưng nặng hơn khi họ không đứng dậy được hay có vấn đề về hành vi. Mức độ 5 là nặng nhất để chỉ những người cần giúp đỡ về mọi mặt trong sinh hoạt cá nhân hàng ngày, khó giao tiếp do suy giảm khả năng nhận thức.

2.2. Mô hình trong nước

Theo Mô hình Pijl's "welfare diamond" - ("Kim cương phúc lợi của Pijl") năm 1994 thì trách nhiệm và nguồn lực chăm sóc NCT tập trung vào 4 nhóm nhân tố: (i) NCT/gia đình/người thân; (ii) Khu vực nhà nước và dịch vụ công; (iii) Tổ chức tự nguyện và các tổ chức phi chính phủ; (iv) Khu vực tư nhân/thị trường. Ở Việt Nam, theo Bùi Thị Thanh Hà (2015), Võ Thuần, Phạm Văn Tư (2018) thì các mô hình chăm sóc NCT có thể phân chia thành 3 nhóm: (i) Trung tâm bảo trợ xã hội là mô hình do Nhà nước trợ cấp hoàn toàn; (ii) Mô hình nhà dưỡng lão tư nhân; và (iii) Mô hình chăm sóc NCT được thực hiện bởi người thân trong gia đình, họ hàng và làng xóm. Với mỗi mô hình sẽ đáp ứng nhu cầu và hoàn cảnh chăm sóc khác nhau dành cho NCT. Tuy nhiên, trong bối cảnh hiện nay, chúng tôi nhận thấy rằng nếu nhìn từ sự tác động của các chủ thể: Nhà nước, gia đình, cộng đồng và thị trường thì các mô hình chăm sóc NCT có thể bao gồm các hình thức sau: (i) Hình thức chăm sóc NCT có sự bảo trợ của Nhà nước; (ii) Hình thức nhà dưỡng lão tư nhân; (iii) Hình thức chăm sóc NCT tại cộng đồng.

2.2.1. Hình thức chăm sóc NCT có sự bảo trợ của Nhà nước

Với hình thức này có thể kể đến các trung tâm, tổ chức hỗ trợ, chăm sóc NCT có sự bảo trợ của Nhà nước như: hội NCT các cấp, các trung tâm bảo trợ xã hội, trung tâm trợ giúp NCT và phát triển cộng đồng, v.v.. Đặc trưng chung của các tổ chức thuộc mô hình này là đa phần đều có sự chỉ đạo cũng như đầu tư của Nhà nước thông qua các địa phương như nguồn vốn, cơ sở vật chất, cơ sở hạ tầng, v.v. và cũng tùy mỗi loại hình tổ chức mà sự đầu tư và hình thức đầu tư của Nhà nước khác nhau.

Cả nước hiện có 11,4 triệu NCT, chiếm gần 12% tổng số dân. Bình quân mỗi năm tổ chức Hội NCT kết nạp thêm 43.000 hội viên mới. So với đầu nhiệm kì Đại hội V, tổng số hội viên có 9,7 triệu người, tăng thêm 1,1 triệu hội viên. Hoạt động của Hội bên cạnh việc tuyên truyền các chủ trương, chính sách còn tập trung trong một số hoạt động: (i) Tạo việc làm, thu nhập: cả nước có hơn 6,5 triệu NCT đang trực tiếp tham gia lao động, sản xuất, kinh doanh, trong đó có 99.905 NCT làm chủ các cơ sở sản xuất, doanh nghiệp. (ii) Chăm sóc sức khỏe NCT: hàng năm, trên 1,9 triệu lượt NCT được tuyên truyền, phổ biến kiến thức chăm sóc sức khỏe, khoảng 3 triệu NCT được lập hồ sơ theo dõi sức khỏe, gần 4 triệu NCT được khám sức khỏe định kì, có trên 95% NCT có thể bảo hiểm y tế. (iii) Tham gia xã hội: hiện cả nước có 656.000 NCT tham gia công tác Đảng, chính quyền, mặt trận, đoàn thể, thanh tra nhân dân, hòa giải cơ sở, có 300.150 NCT tham gia các tổ an ninh nhân dân phòng, chống tội phạm, giữ gìn trật tự ở cơ sở. Hiện nay, cả nước có 77.149 câu lạc bộ (CLB) của NCT ở cơ sở với nhiều loại hình hoạt động văn hóa, văn nghệ, thể dục thể thao khác nhau, thu hút trên 2,5 triệu NCT tham gia (Hội Người cao tuổi Việt Nam, 2021). Những hoạt động của Hội NCT ngày càng đa dạng hóa với các hình thức hoạt động, từ đó thu hút sự tham gia đông đảo của hội viên. Hoạt động của Hội mang nhiều ý nghĩa trợ giúp xã hội và có ảnh hưởng tốt đối với cộng đồng (Bé Quỳnh Nga, 2007).

Mô hình trung tâm trợ giúp NCT và Phát triển cộng đồng (CASCD) thuộc Trung ương Hội NCT Việt Nam tập trung xây dựng các mô hình chăm sóc NCT tại nhà và

cộng đồng với hơn 200 CLB NCT và mạng lưới tình nguyện viên (Bùi Thị Thanh Hà, 2015). Mục tiêu của mô hình này nhằm trợ giúp trực tiếp cho NCT ở gia đình và cộng đồng. Ngoài việc chăm sóc NCT dựa vào con cháu, người thân trong gia đình, còn có sự hỗ trợ của các cá nhân khác trong cộng đồng, các tình nguyện viên phổ biến những kiến thức cần thiết về chăm sóc sức khỏe cho NCT, vận động, tìm kiếm những nguồn trợ giúp cho NCT có hoàn cảnh khó khăn. Hơn nữa, tình nguyện viên kịp thời phát hiện những nhu cầu cụ thể của NCT, làm cầu nối với chính quyền và có giải pháp cho các vấn đề đặt ra đối với NCT. Tuy nhiên, các hoạt động của mô hình này chưa hiệu quả khi cam kết của địa phương, sự phối kết hợp của các cơ quan chức năng và tổ chức đoàn thể còn chưa cao, kinh phí hạn hẹp, không được phân bổ qua ngân sách nên các hoạt động còn hạn chế, đặc biệt việc nâng cao kỹ năng cho nhóm thực hiện chăm sóc (Giang Thanh Long, 2013).

Các trung tâm bảo trợ xã hội chăm sóc NCT không chỉ cung cấp chỗ ăn, ở đầy đủ mà còn tạo cơ hội cho NCT được tham gia, hòa nhập xã hội. Các trung tâm tạo cơ hội học nghề, tạo việc làm cho NCT giúp họ trở thành người có ích trong xã hội. Các hoạt động trợ giúp, tư vấn, dạy nghề, hướng dẫn NCT tham gia vào các công việc phù hợp với khả năng từ đó giúp họ có thể tham gia, tự giải quyết các vấn đề của mình. Thống kê của Cục Bảo trợ xã hội cho thấy, hiện nay có khoảng 10 nghìn NCT đang được nuôi dưỡng, chăm sóc tại các cơ sở trợ giúp xã hội. Mục tiêu đặt ra trong thời gian tới là bảo đảm cho 87% NCT có hoàn cảnh khó khăn được trợ giúp xã hội, phụng dưỡng, chăm sóc (Đỗ Thị Phương, 2022). Trong điều kiện cơ sở vật chất của các trung tâm bảo trợ xã hội xuống cấp, thiếu trang thiết bị hỗ trợ, chăm sóc NCT, sự hạn chế của kinh phí trong bối cảnh tình hình kinh tế lạm phát đang là một trong những nguyên nhân khiến cho các trung tâm bảo trợ này chưa thể chăm sóc được nhiều NCT.

2.2.2. Hình thức nhà dưỡng lão tư nhân

Ở Việt Nam hiện nay, mô hình các cơ sở chăm sóc NCT tư nhân đã xuất hiện khá phổ biến, có thể kể đến như: trung tâm chăm sóc NCT Bách niên Thiên Đức, trung tâm chăm sóc NCT OriHome; trung tâm nuôi dưỡng, chăm sóc NCT Phù Đồng; Viện dưỡng lão Tuyết Thái; Viện dưỡng lão Ngũ Phúc; v.v..

Người cao tuổi ở các trung tâm thường được chia thành hai nhóm: Nhóm những NCT bị bệnh nặng không thể đi lại được, cần chăm sóc về dinh dưỡng và y tế bởi các bác sĩ và các điều dưỡng viên nhằm phục hồi sức khỏe cho NCT bằng các liệu pháp y học tương tự như tại các bệnh viện; Nhóm thứ hai là những NCT còn sức khỏe, có thể đi lại thì ngoài việc được chăm sóc về dinh dưỡng, y tế, họ còn được thụ hưởng dịch vụ tư vấn, tham vấn bởi các nhân viên y tế, nhân viên công tác xã hội. Họ tham gia các hoạt động giải trí như xem ti vi, sinh hoạt tập thể và tham gia các câu lạc bộ theo sở thích, yêu cầu. Cuối tuần, hoặc mỗi tháng, 1 - 2 lần con cháu và người thân trong gia đình vào thăm họ và có thể ở lại cùng họ để trò chuyện, hoặc được con cháu đón về gia đình vào ngày nghỉ (Võ Thuần, Phạm Văn Tư, 2018).

Theo Nguyễn Tuấn Ngọc (2022), hiện tại, một số trung tâm dưỡng lão đều có các mô hình phù hợp với nhiều gia đình từ chăm sóc ban ngày, chăm sóc trong tuần, chăm sóc tại nhà và ở cố định tại Trung tâm. Tuy nhiên, làm sao để xu thế mới không phá vỡ

cấu trúc gia đình truyền thống vẫn đang là điều cần phải suy nghĩ. Với quan niệm như vậy, hiện nay, các trung tâm dưỡng lão tư nhân đã có những đầu tư trang thiết bị, cơ sở vật chất không chỉ đảm bảo cho NCT có điều kiện tốt mà còn hướng tới cả đối tượng là con cháu của những NCT như một sự thu hút, khuyến khích gia đình giữ mối liên hệ thường xuyên với NCT. Có thể kể đến các tiện ích như bể bơi, sân quần vợt, khu vui chơi, giải trí, v.v. đang được các trung tâm thiết kế và xây dựng như là một trong những dịch vụ đi kèm.

Kinh phí vẫn là một trong những vấn đề chính tác động tới khả năng tham gia của NCT đối với loại hình dịch vụ này, đặc biệt là nhóm NCT có điều kiện kinh tế trung bình. Với mức chi phí dao động trên dưới 10 triệu/tháng (hạng trung) thì mức này vẫn được coi là khá cao so với mức sống của NCT hiện nay nói riêng và mức sống của các gia đình Việt Nam nói chung. Nguyễn Ngọc Quỳnh (2022) chỉ ra rằng, nguồn thu nhập chính của NCT từ làm việc chiếm 29% và số NCT không nhận được bất kì khoản lương hưu nào là 76%. Và những NCT làm việc trong môi trường ít có được hỗ trợ từ lưới an sinh với những công việc thỏa thuận miệng hoặc không có hợp đồng lao động (Đặng Thị Việt Phương, Nguyễn Thanh Thủy, 2022). Theo Tổng cục Thống kê (2021), thu nhập bình quân một người một tháng trong cả nước là 4,2 triệu đồng. Do vậy, với mức phí dịch vụ như hiện nay thì phần lớn NCT sử dụng mô hình nhà dưỡng lão tư nhân đa phần đều là những gia đình có kinh tế khá. Trong bối cảnh Việt Nam là nước có quá trình già hóa diễn ra rất nhanh, do vậy sự chuẩn bị cho tuổi già để có thể tham gia được loại hình dịch vụ chăm sóc này cần có một kế hoạch dài hơi.

2.2.3. Hình thức chăm sóc NCT tại cộng đồng

Các tổ chức xã hội tại cộng đồng thu hút sự tham gia của NCT đồng thời đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc NCT như tổ hòa giải, các CLB, các tổ chức là nơi NCT đến sinh hoạt, giải trí (Nguyễn Hữu Minh, Lê Thụy Hằng, 2020). Trong sự đa dạng của các tổ chức thì những tổ chức mang tính chất đáp ứng sở thích, đem lại giá trị tinh thần thu hút sự tham gia của khá nhiều NCT: như một phường cờ ở thôn hiện có gần một nửa số thành viên tuổi từ 70 đến 80. Một CLB xe đạp thôn có 87 thành viên hầu hết đều là NCT, có cụ 83 tuổi vẫn tham gia CLB (Đặng Thị Việt Phương, Bùi Quang Dũng, 2011). Theo LSAHV (2020) cho thấy, NCT nữ và những người ở độ tuổi từ 70 - 79 có xu hướng tham gia nhiều hơn vào các tổ chức tôn giáo so với các nhóm khác. Trong khi đó với các tổ chức phi tôn giáo, các tổ chức cho người về hưu và cựu chiến binh lại thu hút số lượng thành viên lớn nhất (85,6% NCT). Cùng với đó là trung tâm cộng đồng hoặc các CLB xã hội hoặc giải trí cũng chiếm tỉ lệ nhất định (6%).

Bên cạnh đó, các tổ chức, cơ sở tôn giáo cũng đóng góp quan trọng vào việc đảm bảo an sinh xã hội cho NCT. Hoạt động thường được các tổ chức tôn giáo quan tâm là chăm lo cho những người già cô đơn không nơi nương tựa. Có thể nêu ví dụ về các cơ sở dưỡng lão và hoạt động bảo trợ xã hội từ hai tôn giáo lớn ở Việt Nam là Công giáo và Phật giáo. Theo Ngô Hữu Thảo (2018), trong giai đoạn từ năm 2007 - 2012, Giáo hội Phật giáo có trên 20 cơ sở nhà dưỡng lão, nuôi dưỡng trên 1.000 NCT. Đến năm 2015, các cơ sở nuôi dưỡng 1.459 NCT. Một số chùa không có nhà dưỡng lão song vẫn nhận, chăm sóc

người già cô đơn. Đó là chưa kể đến việc Giáo hội Phật giáo đã vận động tài chính, xây nhà tình nghĩa, ủng hộ nuôi dưỡng các bà mẹ Việt Nam anh hùng, thăm hỏi, hỗ trợ cho những NCT tại nhà dưỡng lão, ủng hộ quỹ bảo thọ, v.v.. Tương tự, đối với Công giáo, có nhiều cơ sở chăm sóc NCT của các tổ chức, cá nhân thuộc Giáo hội Công giáo Việt Nam đã được các bộ, ngành, địa phương cấp phép hoạt động (Đào Thị Đạm, 2020).

Mô hình câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau bắt đầu được xây dựng thí điểm tại một số địa phương từ năm 2010 nhờ sự trợ giúp kỹ thuật của Tổ chức hỗ trợ NCT quốc tế và sự tài trợ của một số dự án, Hội Liên hiệp phụ nữ, Hội NCT. Mỗi CLB được hỗ trợ ban đầu số tiền hoặc hiện vật trị giá từ 50 -100 triệu đồng để làm quỹ cho các thành viên vay để chăn nuôi/kinh doanh tăng thu nhập, với lãi suất tối đa là 1%/ tháng. Toàn bộ số tiền lãi được nộp trở lại vào quỹ này để duy trì các hoạt động chung. Đến cuối năm 2020, có 61/63 tỉnh, thành phố đã triển khai Đề án với gần 3.500 CLB liên thế hệ tự giúp nhau được thành lập, thu hút trên 170.000 người tham gia (trong đó có trên 130.000 NCT). Xây dựng CLB liên thế hệ tự giúp nhau trở thành nhiệm vụ tập trung, thường xuyên của các cấp Hội, sân chơi bổ ích cho NCT, tạo điều kiện để NCT sống vui, sống khỏe; NCT hoàn cảnh khó khăn có cơ hội cải thiện cuộc sống.

Theo đánh giá của Viện Nghiên cứu Y - Xã hội học (Liên hiệp các hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam), CLB là mô hình có tác động toàn diện tới NCT và cộng đồng. Các thành viên được vay vốn và chuyển giao khoa học kỹ thuật có thể tăng 50% thu nhập sau ba năm, góp phần giảm nghèo cho NCT và gia đình; sức khỏe của thành viên tốt lên do rèn luyện và có kiến thức tự chăm sóc; các hoạt động của CLB có sức lan tỏa trong cộng đồng, v.v.. NCT khi tham gia mô hình này đều có việc làm và thu nhập ổn định, được tập huấn kiến thức khoa học - kỹ thuật tiên tiến về chăn nuôi, trồng trọt, giới thiệu các ngành nghề phù hợp với sức khỏe, các thành viên CLB liên thế hệ tự giúp nhau còn được hỗ trợ về vốn vay để phát triển sản xuất, được các tình nguyện viên chăm sóc sức khỏe thường xuyên, giao lưu giải trí văn hóa - văn nghệ; tổ chức các buổi truyền thông, tập huấn nâng cao nhận thức về chính sách (Nguyễn Văn Đồng, 2017).

Khó khăn chủ yếu hiện nay trong việc triển khai các hoạt động của CLB đó là nguồn lực tài chính còn hạn chế để có thể duy trì hoạt động bền vững. Các nhân viên và tình nguyện viên làm việc trên cơ sở nhiệt tình và kinh nghiệm nhưng còn thiếu các kỹ năng chuyên môn (Nguyễn Hữu Minh, Lê Thuý Hằng, 2020). Thêm nữa, cần đẩy mạnh phát triển các hoạt động của mô hình liên thế hệ tự giúp nhau theo chiều sâu, trong đó phối hợp vai trò cộng tác từ nhiều phía như: gia đình, chính quyền địa phương, các tổ chức, ban ngành, đoàn thể, cộng tác viên, tình nguyện viên trong và ngoài mô hình. Trong đó chú trọng vai trò của gia đình và lấy vai trò của gia đình làm trung tâm, bởi việc chăm sóc NCT là trách nhiệm đặc biệt của gia đình, nhằm tạo nền tảng vững chắc cho hoạt động chăm sóc, hỗ trợ lâu dài (Nguyễn Văn Đồng, 2017). CLB liên thế hệ tự giúp nhau đã đem lại quyền và lợi ích thiết thực cho các thành viên với 8 mảng hoạt động rất toàn diện. Tuy nhiên, vấn đề minh bạch tài chính trong quá trình hoạt động của CLB là vấn đề cần được quan tâm hơn, đặc biệt khi dự án rút đi.

3. Một số vấn đề đặt ra đối với chăm sóc NCT ở Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số

Việt Nam là một trong những nước có tỉ lệ già hóa nhanh nhất thế giới, do vậy, sự chuẩn bị cho tuổi già là một vấn đề rất quan trọng và cần được quan tâm. Tuy nhiên, những hạn chế nhận thức cùng với điều kiện phát triển kinh tế xã hội giữa các vùng còn nhiều khoảng cách dẫn tới nhiều người chưa chuẩn bị tốt điều kiện và cơ hội cho tuổi già của mình. Do vậy, cần có những chính sách hỗ trợ của Nhà nước một cách trực tiếp hay các chủ trương xã hội hóa các dịch vụ chăm sóc NCT là điều cần thiết.

Mô hình gia đình hạt nhân đang ngày càng phổ biến ở Việt Nam và cùng với đó là thực tế nhiều NCT có nhu cầu muốn sống cùng vợ/chồng hoặc một mình thay vì sống cùng con cháu như trước kia. Khi đó, những hỗ trợ an sinh từ gia đình sẽ giảm đi thì lại đòi hỏi cộng đồng cũng như nhà nước phải có những bảo trợ tốt hơn. Đồng thời, đó cũng là lí do cho sự ra đời những công việc mới, những nghề nghiệp đảm nhiệm những việc mà trước kia gia đình đã đảm trách (Teramoto, 2015). Sự phát triển của những công việc có liên quan đến việc chăm sóc NCT là một nhu cầu tất yếu. Tuy nhiên, thực tiễn tại Việt Nam cho thấy số lượng và chất lượng của đội ngũ cán bộ này còn “thiếu và yếu”. Ngoài các kiến thức, kĩ năng về nhu cầu dinh dưỡng cũng như cách phòng ngừa bệnh tật, bảo vệ sức khỏe cho NCT, nhân viên chăm sóc phải biết cách quan tâm đến nhu cầu tâm lí và sinh lí của NCT một cách phù hợp. Hiện nay, nghề chăm sóc NCT đã có mã ngành nghề đăng kí kinh doanh (nhóm 87302 - hoạt động chăm sóc sức khỏe người già) nhưng chưa có mã ngành nghề đào tạo. Nghề chăm sóc NCT cần phải được đào tạo chuẩn mực, chuyên nghiệp và cần được quy định là một nghề chính thức có chứng chỉ, có mã vạch đào tạo để thu hút nguồn nhân lực này cho việc mở rộng các trung tâm chăm sóc NCT (Nguyễn Tuấn Ngọc, 2022). Đào tạo và chuẩn hóa nhân viên chăm sóc, gắn bó trực tiếp với NCT trong nước là một nhu cầu cấp thiết. Đặc biệt, trong bối cảnh rất nhiều chương trình đào tạo nhân viên chăm sóc y tế có trình độ đề xuất khẩu lao động sang Nhật Bản, Đức, v.v. (Nguyễn Thanh Thủy, 2022).

Sự ra đời ngày càng nhiều trung tâm dưỡng lão thời gian qua cho thấy nhu cầu của xã hội đối với vấn đề này. Tuy nhiên, các trung tâm dưỡng lão đa phần có mức kinh phí khá cao so với mức sống hiện nay và tập trung chủ yếu ở các thành phố lớn. Trong khi đó, các trung tâm bảo trợ xã hội tại các địa phương chủ yếu tập trung cho nhóm đối tượng NCT neo đơn hoặc không nơi nương tựa. Thực tế này cho thấy đang có một khoảng trống trong hệ thống chăm sóc NCT có mức thu nhập trung bình và thấp. Việc xây dựng các quy định pháp lí và một hệ thống cơ sở hạ tầng kĩ thuật, dịch vụ xã hội hoàn thiện bao gồm hệ thống nhà dưỡng lão là cần thiết khi Việt Nam đang chuyển dần sang một xã hội già hóa. Xã hội hóa các nguồn lực từ cộng đồng để xây dựng các trung tâm chăm sóc NCT đi kèm với những ưu đãi về giảm thuế cho doanh nghiệp, tiền thuê đất, thuế đất để các nhà đầu tư có thể đưa ra một chi phí hợp lí dành cho NCT mà vẫn đảm bảo có lãi được coi là những gợi ý phù hợp. Mặt khác, trong các khu đô thị mới hiện nay, đa phần các quy định bắt buộc dành quỹ đất cho trường học, bệnh viện, công viên trong khi quỹ đất cho “nhà già” chưa được quan tâm. Do vậy, nếu có quỹ đất

dành cho “nhà già” sẽ tạo động lực cho các trung tâm/viện dưỡng lão thành lập nhiều hơn, từ đó có mức chi phí phù hợp hơn với các nhóm NCT.

Đặc biệt, cần quan tâm đến việc đa dạng hóa các mô hình chăm sóc NCT nhằm đáp ứng các nhóm NCT với các mức tài chính khác nhau. Mô hình viện dưỡng lão bán trú (theo ngày) có thể là một mô hình cần được xem xét và phát triển hơn bởi các lý do sau: (1) Với mô hình này, NCT không bị tách rời khỏi gia đình - điều này đặc biệt quan trọng và phù hợp với xã hội Việt Nam còn khá nặng về truyền thống lễ giáo “trẻ cậy cha, già cậy con”; (2) Tạo cho NCT tâm lý thoải mái khi hàng ngày được giao lưu, tiếp xúc với mọi người; (3) NCT được hưởng sự chăm sóc y tế thường xuyên và phù hợp nhằm giảm các nguy cơ về sức khỏe; (4) Mức kinh phí thấp hơn so với mô hình dưỡng lão khép kín; (5) Gia đình có thành viên là NCT yên tâm làm việc hơn so với việc để NCT ở nhà một mình hoặc giao cho những người chăm sóc không có chuyên môn nghiệp vụ.

Hiện nay, các chi trả của bảo hiểm đối với NCT được thực hiện khi họ đến các bệnh viện công khám và chữa bệnh. Tuy nhiên, với những NCT sống ở các viện/trung tâm dưỡng lão tư nhân khi không có khả năng tự đến các bệnh viện công thì chi phí thăm khám tại chỗ hoặc đưa NCT đến các bệnh viện tư để chữa trị thì sẽ do chính NCT và gia đình họ chi trả. Điều này sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới chi phí chăm sóc NCT, do vậy, rất cần xây dựng hệ thống bảo hiểm chăm sóc sức khỏe đối với NCT tại các nhà dưỡng lão tư nhân nhằm hỗ trợ họ giảm chi phí.

4. Kết luận

Già hóa dân số là xu hướng chung của toàn cầu, do vậy, việc xây dựng các mô hình chăm sóc NCT phù hợp với bối cảnh kinh tế, văn hóa, xã hội của mỗi quốc gia là rất cần thiết. Với tốc độ già hóa dân số nhanh như hiện nay thì việc chăm sóc NCT không chỉ trông chờ vào sự bao phủ của hệ thống an sinh xã hội Nhà nước mà cần huy động sự tham gia của các bên. Vai trò của gia đình, cộng đồng và nhân viên chăm sóc vẫn được coi là những nhân tố chủ yếu có tính quyết định đến chất lượng chăm sóc NCT hiện nay. Tuy nhiên, khi cấu trúc gia đình hạt nhân ngày càng phổ biến thì xu hướng phát triển các nhân viên chăm sóc NCT ngày càng gia tăng thay vì mở rộng các bệnh viện để đáp ứng nhu cầu chăm sóc. Cũng giống như Mỹ hay Nhật Bản, ở Việt Nam, nhu cầu nhân viên chăm sóc NCT chuyên nghiệp tiếp tục gia tăng. Đã có rất nhiều chương trình đào tạo y tá, nhân viên chăm sóc được mở ra tại các trường nghề thời gian qua, nhưng đa phần đều tập trung cho các chương trình xuất khẩu lao động (Nguyễn Thanh Thủy, 2022). Do vậy, đào tạo phát triển nhân viên chăm sóc NCT trong nước với tư cách như một loại hình dịch vụ đáp ứng nhu cầu xã hội là một hướng đi cần có chiến lược lâu dài trong bối cảnh già hóa dân số của Việt Nam đang diễn ra với tốc độ nhanh. Dù việc chăm sóc NCT diễn ra ở gia đình, cộng đồng hay các trung tâm chăm sóc thì xu hướng để NCT được lão hóa trong môi trường thân thuộc sẽ giúp họ cảm thấy thoải mái hơn và tăng hiệu quả chăm sóc. Qua đó hướng tới quá trình già hóa chủ động và tích cực của NCT.

Vai trò của các viện/trung tâm dưỡng lão là không thể phủ nhận và là xu hướng phát triển tất yếu trong chăm sóc NCT tại Việt Nam. Tuy nhiên, để mô hình này có thể

mở rộng đối tượng tham gia thì rất cần những hỗ trợ từ chính sách để giảm bớt chi phí vận hành cho các trung tâm/viện, từ đó giảm chi phí cho NCT. Trong đó, mô hình dưỡng lão bán trú được coi là lựa chọn phù hợp với điều kiện kinh tế của nhiều NCT và gia đình của họ. Bên cạnh đó, quan niệm và lối sống của người dân Việt Nam về trách nhiệm của con cái trong chăm sóc, phụng dưỡng cha mẹ “Sáng cơm, trưa cháo, chiều trà/Chăm cha, chăm mẹ, tuổi già xa xăm” vốn là một trong những trở ngại lớn khi các trung tâm dưỡng lão tư nhân mới ra đời. Do vậy, mô hình dưỡng lão bán trú sẽ góp phần giải quyết những vấn đề mà NCT và gia đình của họ đang gặp phải trong việc tìm kiếm cách thức chăm sóc NCT một cách phù hợp.

Nhìn từ mô hình chăm sóc NCT qua quỹ Medicare của Mỹ và hình thức bảo hiểm chăm sóc dài hạn của Nhật Bản cho thấy, Nhà nước vẫn sẽ đóng vai trò chủ đạo và thống nhất quản lý an sinh xã hội cho NCT bằng việc hoạch định và xây dựng các chính sách. Đặc biệt, sự can thiệp vào thị trường với những biện pháp khác nhau nhằm khắc phục những khiếm khuyết của thị trường, bảo đảm sự công bằng trong thụ hưởng từ tăng trưởng kinh tế đối với mọi người dân nhất là NCT của Nhật Bản là một gợi ý tốt cho Việt Nam. Trong đó, hình thức bảo hiểm chăm sóc dài hạn là một trong những cách thức hỗ trợ có hiệu quả đối với NCT và nó càng có ý nghĩa đối với những NCT ở Việt Nam khi sống trong các trung tâm/viện dưỡng lão tư nhân mà nhiều khoản chi trả không được bảo hiểm y tế bao phủ hết. Việc điều hành hệ thống điều chỉnh tài chính các công ty bảo hiểm nhằm đảm bảo tính bền vững cho các doanh nghiệp phát triển đã giúp hệ thống bảo hiểm của Nhật Bản đảm bảo độ bao phủ và hỗ trợ tốt tới mọi NCT. Đây cũng được coi là một gợi ý tốt đối với việc quản lý quỹ bảo hiểm xã hội của Việt Nam, đặc biệt trong bối cảnh quỹ bảo hiểm xã hội của chúng ta đã từng gặp rủi ro khi sử dụng quỹ đầu tư tài chính và nguy cơ âm quỹ sẽ xảy ra vào năm 2049.

Tài liệu tham khảo

1. Ban chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương. 2019. *Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 1/4/2019*. Nxb. Thống kê. Hà Nội.
2. Bartek Woroniecki. 2020. “North American Trends in Elderly Care”. February, 2, 2020, (<https://www.skedulo.com/resources/blog/north-american-trends-in-elderly-care>).
3. CMS. 2016. “Medicare-Medicaid Coordination Office fiscal year 2015 report to Congress”, (https://www.cms.gov/Medicare-Medicaid-Coordination/Medicare-and-MedicaidCoordination/Medicare-Medicaid-Coordination-Office/Downloads/MMCO_2015_RTC.pdf).
4. Nguyen V. C., and Tran T. T. 2016. “The Impact of Domestic Remittances on Left-Behind Older People in Vietnam”. *Journal of Economics and Development*, Vol. 18, No. 3, pp. 30 - 40.
5. Nguyễn Văn Đồng. 2017. “Mô hình liên thế hệ tự giúp nhau của người cao tuổi và vai trò của công tác xã hội”. Tạp chí *Khoa học Đại học Mở Thành phố Hồ Chí Minh*, số 13 (1).

6. Đào Thị Đạm. 2020. “Vài nét về hiện trạng, nguồn lực của Công giáo trong các lĩnh vực y tế, giáo dục, từ thiện xã hội”, (http://btgcp.gov.vn/Plus.aspx/vi/News/38/0/262/0/15943/Vai_net_ve_hien_trang_nghuan_luc_cua_Cong_giao_trong_cac_linh_vuc_y_te_giao_duc_tu_thien_xa_hoi).
7. Grabowski, D. C., D. J. Caudry, K. M. Dean, and D. G. Stevenson. 2015. “Integrated payment and delivery models offer opportunities and challenges for residential care facilities”. *Health Affairs*, 34(10), pp.1650 - 1656.
8. Bùi Thị Thanh Hà. 2015. “Hạn chế và thách thức của công tác xã hội trong chăm sóc người cao tuổi hiện nay”. Tạp chí *Xã hội học*, số 4.
9. Nguyen Thi Thuy Hang, Dang Anh Dung. 2020. *Changing Images of Old Age*. In *Vietnam as an Ageing Society, Country Report Vietnam*, No1, Thanh nien publishing house.
10. Trần Thị Lệ Hằng. 2021. “Pháp luật an sinh xã hội đối với người cao tuổi ở Nhật Bản và những hàm ý chính sách với Việt Nam”. Tạp chí *Công thương*, số 13.
11. Hội Người cao tuổi Việt Nam. 2021. *Báo cáo tổng kết Hội Người cao tuổi trung ương giai đoạn 2016 - 2021*. Ban chấp hành trung ương, tháng 10/2021.
12. Iwata, H., Matsushima, M., Watanabe, T. et al. 2020. *BMC Health Serv Res* 20, 752, (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2>).
13. Kane RA, Lum TY, Cutler LJ, Degenholtz HB, Yu TC. 2007. “Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program”. *J Am Geriatr Soc*, 55: 832 - 9.
14. Knodel, J. E and Truong Si Anh. 2002. *Vietnam's Older Population: The View from the Census*. Michigan: PSC Research Report, Report No. 02-523.
15. K. Sudo, J. Kobayashi, S. Noda, Y. Fukuda, K. Takahashi. 2018. “Japan's Healthcare Policy for the Elderly Through the Concepts of Self-Help (Ji-jo), Mutual Aid (Go-jo), Social Solidarity Care (Kyo-jo), and Governmental Care (Ko-jo)”. *BioScience Trends Journal*, Vol. 12, No. 1, 2018, pp. 7-11, (<https://doi.org/10.5582/bst.2017.01271.2>).
16. Little, M. O and Morley, J. E. 2022. “Healthcare for older adults in North America: challengers, successes and opportunities”. *Age and Ageing* 2022, 51: 1- 6. Published by Oxford University Press of British Geriatrics, (<https://doi.org/10.1093/ageing/afac216>).
17. Giang Thanh Long. 2012. *Điều tra về người cao tuổi Việt Nam năm 2011: Các kết quả chủ yếu*. Trung ương Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam. Hà Nội.
18. Giang Thanh Long. 2013. “Tổng quan các mô hình chăm sóc tại cộng đồng cho người cao tuổi Việt Nam”. Bài viết trình bày tại Hội thảo *Thích ứng với già hóa dân số nhanh: Trao đổi kinh nghiệm quốc tế về các chính sách và hành động*.
19. Giang Thanh Long; Wade D. Pfau. 2007. “The Elderly Population in Vietnam During Economic Transformation: An Overview”. In G. T. (eds.), *Social Issues Under Economic Transformation and Integration in Vietnam* (pp. 185-210). Hanoi: Vietnam Development Forum (Vol.1).

20. MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan). 2019. "Community-oriented primary care", (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>).
21. Nguyen Huu Minh, Le Thuy Hang, 2020. "The Role of Social Organizations in Implementing Social Welfare Policies toward the Elderly in Vietnam". In *Vietnam as an Ageing Society, Country Report Vietnam*. No1, 2020. Thanh nien publishing house.
22. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2016. *Families Caring for an Aging America*. Washington, DC: The National Academies Press, (<https://doi.org/10.17226/23606>).
23. Bế Quỳnh Nga. 2007. *Các tổ chức xã hội tự nguyện ở nông thôn và vai trò trợ giúp xã hội trong bối cảnh nền kinh tế chuyển đổi (Nghiên cứu trường hợp xã Tân Lập, huyện Đan Phượng, tỉnh Hà Tây)*. Đề tài nghiên cứu cấp Viện. Viện Xã hội học. Hà Nội.
24. Nguyễn Tuấn Ngọc. 2022. "Thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại trung tâm chăm sóc người cao tuổi Bách niên Thiên Đức". Hội thảo Viện Xã hội học, tháng 6/2022.
25. O. Nummela, T. Sulander, A. Karisto. 2009. "Self-rated Health and Social Capital Among Aging People Across the Urban-Rural Dimension". *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 16, No. 2, pp. 189 - 194.
26. Petersen, A. H. 2021. "The Staggering, exhausting, invisible costs of caring for America's elderly", (<https://www.vox.com/the-goods/22639674/elder-care-family-costs-nursing-home-health-care>).
27. Đặng Thị Việt Phương, Bùi Quang Dũng. 2011. "Các tổ chức xã hội tự nguyện ở nông thôn đồng bằng sông Hồng: liên kết và trao đổi xã hội". Tạp chí *Xã hội học*, số 4 (116).
28. Đặng Thị Việt Phương, Nguyễn Thanh Thủy. 2015. "Vai trò của nhà nước trong việc đảm bảo an sinh xã hội ở Việt Nam". Tạp chí *Xã hội học*, số 2 (130).
29. Đặng Thị Việt Phương, Nguyễn Thanh Thủy. 2022. "Việc làm của người cao tuổi Việt Nam trong đại dịch COVID-19". Tạp chí *Phát triển bền vững Vùng*, quyển 12, số 2 (06/2022).
30. Đỗ Thị Phương. 2022. "Đẩy mạnh thực hiện chính sách trợ giúp xã hội", (http://bt.xh.gov.vn/danh-muc-tin/tin-tuc-hoat-dong/day-manh-thuc-hien-chinh-sach-tro-giup-xa-hoi_t114c28n1635).
31. Nguyễn Ngọc Quỳnh. 2022. "An sinh xã hội cho người cao tuổi ở Việt Nam: Xu hướng và khoảng trống". Báo cáo Hội thảo: *Đánh giá 10 năm thực hiện chính sách an sinh xã hội Việt Nam giai đoạn 2012 - 2020: Xu hướng và khoảng trống*. Hà Nội.
32. Quyết định số 403/QĐ-BYT ngày 20/01/2021 về Ban hành kế hoạch hành động thực hiện chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030.
33. Social Security administration. 2023. *A summary of the 2023 annual social security and medicare trust fund report*, (<https://www.ssa.gov/oact/trsum/>).

34. Teramoto Minoru. 2015. “Kinh nghiệm từ xã hội già hóa của Nhật Bản qua sách của Tominaga Kenichi”. Tạp chí *Khoa học xã hội thành phố Hồ Chí Minh*, số 2 (198).
35. Terry Fulmer và cộng sự. 2021. “Actualizing Better Health And Health Care For Older Adults”. *Health Affairs*, vol. 40, No. 2, (<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01470>).
36. Ngô Hữu Thảo. 2018. “Công tác bảo trợ xã hội của Phật giáo và một số vấn đề đặt ra hiện nay”, (<https://vbgh.vn/index.php?language=vi&nv=news&op=ban-tu-thien-xa-hoi/20-cong-tac-bao-tro-xa-hoi-cua-phat-giao-va-mot-so-van-de-dat-ra-hien-nay168.html>).
37. Tổng cục Thống kê. 2021. *Thông cáo báo chí về Kết quả Khảo sát mức sống dân cư năm 2020*.
38. Võ Thuấn, Phạm Văn Tư. 2018. “Tổng quan mô hình công tác xã hội với người cao tuổi ở Việt Nam”. Tạp chí *Khoa học Đại học Đà Lạt*, tập 8, số 4.
39. Nguyễn Thanh Thủy. 2021. “Đánh giá một số nhóm chính sách quan trọng dành cho người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay”. Tạp chí *Khoa học xã hội Việt Nam*, số 10.
40. Nguyễn Thanh Thủy. 2022. *Thực trạng hợp tác công tư trong đào tạo nghề tại các trường nghề công lập ở Hà Nội*. Báo cáo tổng hợp, đề tài cấp Viện Xã hội học. Hà Nội.
41. T. Suzuki. 2018. “Health Status of Older Adults Living in the Community in Japan: Recent Changes and Significance in the Super Aged Society”. *Geriatrics & Gerontology International Journal*, Vol. 15, No. 5, 2018, pp. 667 - 677.
42. UNFPA. 2021. *Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2019: Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*. Hà Nội.
43. VCCI và UNFPA. 2021. *Báo cáo Nghiên cứu thị trường các sản phẩm, dịch vụ chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam*. Thành phố Hồ Chí Minh.
44. VNCA, UNFPA. 2019. *Toward a Comprehensive National Policy For An Aging Vietnam*. Hanoi: VNCA & UNFPA Vietnam.
45. Vũ C.N, Trần T.M, Đặng T.L, Chei C-L, và Saito Y (eds.) (LSAHV). 2020. *Người cao tuổi và Sức khỏe tại Việt Nam*. Jakarta: ERIA and Hà Nội: PHAD.
46. Wallace C, Farmer J, McCosker A. 2018. “Community boundary spanners as an addition to the health workforce to reach marginalised people: a scoping review of the literature”. *Hum Res Health*, 16: 46, (<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0310-z>).
47. Truong Thi Yen, Huynh Thi Anh Phuong. 2021. “Health Care for the Elderly: Policy of Japan and Recommendation for Vietnam”. *VNU Journal of Science: Policy and Management Studies*, Vol. 37, No. 4, pp. 37 - 46, (<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4360>).