

**BỘ Y TẾ
TỔNG CỤC DÂN SỐ
VÀ KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH**

QUỸ DÂN SỐ LIÊN HỢP QUỐC

**BÁO CÁO TỔNG QUAN
VỀ
CHÍNH SÁCH CHĂM SÓC NGƯỜI GIÀ
THÍCH ỨNG VỚI THAY ĐỔI CƠ CẤU TUỔI TẠI VIỆT NAM**

Nhóm nghiên cứu:
PGS. TS. PHẠM THẮNG
Viện trưởng Viện Lão khoa Quốc gia, Bộ Y tế
TS. ĐỖ THỊ KHÁNH HỖ
Phó viện trưởng Viện Lão khoa Quốc gia, Bộ Y tế
Email: vienlaokhoa@vnn.vn

Hà Nội-2009

I. GIÀ HÓA DÂN SỐ: VẤN ĐỀ TOÀN CẦU TRONG THẾ KỶ 21

1. Xu hướng già hóa trên thế giới

Già hoá dân số đánh dấu thành công của chuyển đổi nhân khẩu học nhờ kết hợp giảm nhanh, giảm mạnh mức chết và mức sinh trong đó giảm mức sinh là yếu tố quyết định nhất dẫn đến làm thay đổi cơ cấu tuổi, phân bố dân số của từng nhóm tuổi (*tỷ lệ người trưởng thành và người cao tuổi tăng lên trong cơ cấu dân số, tỷ lệ dân số trẻ so với tổng dân số giảm rõ rệt*) và tuổi trung vị của dân số không ngừng tăng lên. Để xem xét đánh giá vấn đề dân số già hóa, các nhà nhân khẩu học dựa vào các chỉ số như tuổi thọ bình quân, tỷ lệ dân số 60 tuổi trở lên, 65 tuổi trở lên, tuổi trung vị¹...

Ở hầu hết các nước phát triển, từ 65 tuổi trở lên được coi là người cao tuổi. Tuy nhiên với nhiều nước đang phát triển thì mốc tuổi này không phù hợp. Hiện tại chưa có một tiêu chuẩn thống nhất cho các quốc gia, tuy nhiên Liên Hợp quốc chấp nhận mốc để xác định dân số già là từ 60 tuổi trở lên trong đó phân ra làm ba nhóm: Sơ lão (60-69 tuổi), trung lão (70-79 tuổi) và đại lão (từ 80 tuổi trở lên).

Ở Việt Nam, Pháp lệnh người cao tuổi quy định những người từ 60 tuổi trở lên được coi là người cao tuổi. Khái niệm người cao tuổi được sử dụng thay cho người cao tuổi vì thực tế nhiều người từ 60 tuổi trở lên, vẫn còn hoạt động, vì vậy cụm từ "người cao tuổi" bao hàm tính kính trọng, động viên hơn so với cụm từ "người cao tuổi". Tuy nhiên về khoa học thì người cao tuổi hay người cao tuổi đều được dùng với ý nghĩa như nhau. Trong báo cáo này, những người từ 60 tuổi trở lên được coi là người cao tuổi.

Già hoá diễn ra khi mức sinh giảm trong khi triển vọng sống duy trì không đổi hoặc tăng lên ở các độ tuổi già. Trong giai đoạn 1950-2005, không chỉ mức tử vong sơ sinh giảm mà mức tử vong ở tất cả những nhóm tuổi khác cũng giảm. Mức sinh giảm ở hầu hết các nước trên thế giới. Thế kỷ XX đã chứng kiến một cuộc cách mạng về tăng tuổi thọ. Tuổi thọ bình quân của thế giới đã tăng thêm 20 năm, dự kiến đạt mức 67,2 tuổi năm 2010 và 75,4 tuổi vào năm 2050. Kết quả là

¹ Tuổi trung vị là tuổi chia dân số thành hai nhóm bằng nhau về lượng; có nghĩa là một nửa số dân thuộc nhóm trẻ hơn và một nửa già hơn độ tuổi đó.

dân số của nhiều quốc gia sẽ già hoá nhanh chóng và số lượng quốc gia phải đối mặt với thực trạng này ngày càng tăng. Thành tựu này cùng với kết quả tăng trưởng dân số trong nửa đầu của thế kỷ XXI, dự báo trong giai đoạn 2005-2050, một nửa lượng dân số gia tăng là do tăng số người trên 60 tuổi (60⁺), số trẻ em dưới 15 tuổi sẽ giảm nhẹ. Dân số 60⁺ của thế giới sẽ tăng gấp ba từ 673 triệu (246 triệu sống ở các quốc gia phát triển) năm 2005 lên 2 tỷ vào năm 2050 (406 triệu ở các quốc gia phát triển). Tỷ lệ người cao tuổi tăng từ 10% năm 1998 lên 15% năm 2025.

Già hoá dân số sẽ trở thành một vấn đề lớn ở các nước đang phát triển, nơi mà dân số sẽ bị già hoá nhanh chóng trong nửa đầu của thế kỷ XXI. Các nước đang phát triển sẽ là nơi có tỉ lệ người cao tuổi tăng cao nhất và nhanh nhất, theo dự báo số người cao tuổi ở khu vực này sẽ tăng gấp 4 lần trong vòng 50 năm tới. Tỷ lệ người cao tuổi theo dự báo sẽ tăng từ 8% lên 19% vào năm 2025, trong khi đó tỷ lệ trẻ em sẽ giảm từ 33% xuống 22%. Hơn một nửa dân số tuổi 80⁺ sống ở những nước đang phát triển, dự báo sẽ tăng lên 71% vào năm 2050². Tốc độ già hóa tại các nước đang phát triển ngày càng nhanh hơn tại các nước phát triển (ví dụ Pháp mất khoảng 75 năm còn ở Singapore chỉ mất 19 năm), dẫn đến xảy ra nguy cơ “Già trước khi giàu” chứ không phải “Giàu trước khi già”.

Tuổi trung vị của thế giới dự báo sẽ tăng từ 28₂₀₀₅ lên 38₂₀₅₀. Điều quan trọng hơn là nhóm dân số già nhất (80⁺) tăng nhanh hơn nhiều. Nếu dân số 60⁺ dự kiến tăng gấp ba vào năm 2050 thì nhóm dân số này tăng xấp xỉ 5 lần, từ 88 triệu năm 2005 lên 402 triệu năm 2050³.

Trong số người cao tuổi thì phụ nữ nhiều hơn nam giới. Tuổi càng tăng, sự khác biệt này càng lớn. Hiện trạng của phụ nữ già ở khắp nơi trên thế giới đòi hỏi sự ưu tiên trong các hành động chính sách. Sự lão hoá tác động lên phụ nữ và nam giới một cách không giống nhau. Ý thức được điều này là yếu tố cần thiết để đảm bảo sự bình đẳng nam nữ một cách đầy đủ và phát triển các biện pháp hiệu quả nhằm giải quyết vấn đề. Do vậy, điều quan trọng là đưa sự khác nhau về giới vào tất cả các chính sách, chương trình và luật pháp.

² Liên Hợp Quốc, Triển vọng dân số thế giới phiên bản 2006

³ Liên Hợp Quốc, Triển vọng dân số thế giới phiên bản 2006

Có sự khác biệt lớn về phân bố dân số giữa các nước phát triển và đang phát triển. Trong khi phần lớn người cao tuổi ở các nước phát triển sống ở thành thị, thì phần lớn người cao tuổi ở các nước đang phát triển sống tại khu vực nông thôn. Theo dự báo, đến năm 2025, 82% dân số ở các nước phát triển sẽ sống ở thành thị, trong khi đó ở các nước đang phát triển tỷ lệ này chưa đến 50%.

Có sự khác nhau đáng kể giữa các nước phát triển và đang phát triển về kiểu hộ gia đình mà trong đó người cao tuổi sinh sống. Ở các nước đang phát triển phần lớn người cao tuổi sống trong gia đình có nhiều thế hệ. Sự khác biệt này ngụ ý rằng các hoạt động chính sách đối với người cao tuổi sẽ không giống nhau giữa các nước đã và đang phát triển.

2. Xu hướng già hóa tại Việt Nam:

Già hoá dân số sẽ là một thách thức lớn mà Việt Nam sẽ phải đối mặt trong thời gian tới. Do những thành tựu đạt được trong lĩnh vực y tế và kế hoạch hoá gia đình, mức sinh của nước ta đã giảm mạnh từ trung bình 4,8 con ₁₉₇₉ xuống 2,33 con ₁₉₉₉, và 2,07 con ₂₀₀₇ và nâng tuổi thọ bình quân của Việt Nam từ 68,6 tuổi ₁₉₉₉ lên 72,2 tuổi ₂₀₀₅, dự kiến sẽ là 75 tuổi vào năm 2020.⁴

Việt Nam sẽ bước vào giai đoạn “dân số già” vào năm 2017⁵. Người cao tuổi không ngừng tăng lên cả về số tương đối và số tuyệt đối. Tỷ lệ người cao tuổi (60⁺) trong tổng dân số đã tăng từ 6,9% ₁₉₇₉ lên 9,45% ₂₀₀₇,⁶ xấp xỉ ngưỡng dân số già theo qui định của thế giới. Tỷ lệ này dự kiến là 11,24% vào năm 2020 và sẽ tăng lên tới 28,5% năm 2050⁷ thuộc vào mức cao trong khối ASEAN sau Xinh-ga-po (39,8%), Thái Lan (29,8%)⁸.

Nếu trong 10 năm (1979-89) số người cao tuổi chỉ tăng lên 930 nghìn người thì trong 10 năm sau, số người cao tuổi tăng thêm là 1,55 triệu người.

⁴ Tổng cục Dân số, Bộ y tế

⁵ Một quốc gia bước vào giai đoạn già hoá khi tuổi trung vị tăng lên và tỷ lệ dân số trẻ giảm đi

⁶ Tổng cục Thống kê, Tổng điều tra dân số 1979, Điều tra biến động dân số 1/4/2007.

⁷ Ủy ban Dân số, gia đình và trẻ em, Dự báo dân số, gia đình và trẻ em Việt Nam đến 2025, Hà Nội, 6/2006

⁸ Liên Hợp Quốc, Báo cáo triển vọng dân số thế giới phiên bản 2006

Bảng 1: Người cao tuổi ở Việt Nam: Số lượng và tỷ lệ ⁹

Năm	Số dân (triệu người)	Số người trên 60 tuổi (triệu người)	Tỷ lệ người trên 60 tuổi (%)
(1)	(2)	(3)	(4) = (3): (2)
1979	53,74	3,71	6,90
1989	64,41	4,64	7,20
1999	76,32	6,19	8,12
2007	85,1549	8,05	9,45
2020	99,003	11,125	11,24

Tuổi trung vị của dân số Việt Nam cũng tăng nhanh từ 18,3 tuổi ₁₉₇₉, lên 20,2 tuổi ₁₉₈₉, 23,2 tuổi ₁₉₉₉. Đến năm 2005, tuổi trung vị là 25,5 tuổi đánh dấu thời điểm Việt Nam chấm dứt giai đoạn “dân số trẻ”. Dự báo tuổi trung vị của dân số Việt Nam sẽ đạt mức 32,3 tuổi năm 2020 và 42,4 tuổi năm 2050¹⁰.

Nhịp độ già hoá dân số ở nước ta trong thập niên 90 thế kỷ XX và 10 năm đầu của thế kỷ XXI đã nhanh hơn nhiều so những năm 1980 (từ 25% lên 33% và 35%), cao hơn nhịp độ tăng dân số (dân số tăng 20% và dân số già tăng 25% giai đoạn 1979-89; còn trong giai đoạn 1989-99 các tỷ lệ tương ứng là 18% và 33%). Nếu nhìn toàn bộ thời kỳ từ 1979 đến 2007, dân số tăng lên 1,61 lần còn dân số cao tuổi tăng 2,17 lần¹¹. Tốc độ già hoá của dân số nước ta khoảng 35 năm (tỷ lệ người cao tuổi từ 7% năm 1990 tăng lên 14% năm 2025).

So sánh tỷ lệ dân số nhóm 60⁺ và tỷ lệ dân số trẻ (0-14) cũng cho thấy rõ xu hướng già hoá của dân số Việt Nam. Chỉ số này đã tăng gần gấp rưỡi trong giai đoạn 1989-99 và gần gấp đôi trong 10 năm tiếp theo. Nếu mức sinh tiếp tục giảm, cùng với sự giảm của tỷ lệ chết và mức tăng tuổi thọ trung bình thì nguy cơ già hóa sẽ gia tăng ngày càng nhanh.

Bảng 2: Chỉ số già hoá của Việt Nam qua các năm ¹²

Năm	1979	1989	1999	2007
Chỉ số già hoá (%)	16	17	24	37
% (60+): % (0-14)				

⁹ Nguyễn Đình Cừ, Tạp chí Cộng sản số 24 (168) năm 2008.

¹⁰ Liên Hợp Quốc, Báo cáo triển vọng dân số thế giới phiên bản 2008

¹¹ Nguyễn Đình Cừ, Tạp chí Cộng sản số 24 (168) năm 2008

¹² Tổng cục thống kê, Tổng điều tra dân số các năm 1979, 1989, 1999 và Điều tra biến động dân số 1/4/2007

So với năm 1979, tỷ số phụ thuộc trẻ đã giảm mạnh tới hơn một nửa từ 84,2% xuống còn 39,2% vào năm 2007. Trong cùng thời kỳ, tỷ số phụ thuộc già tăng lên không nhiều từ 13,8% lên 14,5%. Điều đó có nghĩa là tốc độ già hoá dân số nhanh hơn tốc độ tăng của dân số trong độ tuổi lao động, số người sẽ đóng góp chủ yếu cho khối của cải vật chất của xã hội, đổi mới khoa học và công nghệ trong các ngành nghề kinh tế, dịch vụ (tỷ lệ dân số trong độ tuổi lao động của Việt Nam tăng từ 50% năm 1979 lên 65% năm 2007, tăng thêm 15%)¹³.

Trong bảng 3, cơ cấu giới tính của người cao tuổi nước ta có sự chênh lệch lớn. Năm 1999, trong tổng số 6.136.399 người cao tuổi thì có 2.523.211 cụ ông và 3.613.188 cụ bà. Nói cách khác, cứ 100 cụ ông thì có tới 143 cụ bà. Khi so sánh ở từng nhóm tuổi thì thấy số cụ bà tăng dần lên theo từng nhóm tuổi, cứ 100 cụ ông thì có từ 129 (60-64) đến 238 (85⁺) cụ bà. Như vậy, Việt Nam cũng theo qui luật chung, tỷ số giới tính (nam/nữ) của dân số càng ở các nhóm tuổi cao càng giảm.

Bảng 3: Số cụ bà tương ứng với 100 cụ ông chia theo nhóm tuổi¹⁴

Nhóm tuổi	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Số lượng cụ bà so với 100 cụ ông	129	126	141	167	190	238

Bảng 4 cho thấy tình trạng sống không có vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao 61,01%, trong đó số phụ nữ già cô đơn cao hơn nhiều so với nam giới. Năm 1989, cả nước có 300 ngàn cụ ông goá vợ, còn cụ bà thì có tới 1,4 triệu người goá chồng, gấp 4,5 lần so với cụ ông. Năm 1999, con số này đã tăng hơn nhiều, cả nước có 354,6 ngàn cụ ông goá vợ trong khi có 1,9 triệu cụ bà goá chồng, nhiều gấp 5,4 lần so với cụ ông, chưa kể số phụ nữ cao tuổi sống ly hôn, ly thân khoảng 45 nghìn người, cao gấp 2 lần so với nam giới. Sự gia tăng tỷ lệ phụ nữ và những người goá chồng tương ứng từ 56,81% và 33,9% (năm 1992/93) lên 58,42% và

¹³ Nguyễn Đình Cừ, Tạp chí Cộng sản số 24 (168) năm 2008

¹⁴ Tổng cục thống kê, Tổng điều tra dân số 1999

36,9% (năm 2004). Đặc biệt, tỷ lệ người cao tuổi sống cô đơn tăng từ 3,47% (năm 1992/93) lên 5,62% (năm 2004). Tình trạng này phổ biến với người cao tuổi sống ở nông thôn và người cao tuổi là phụ nữ. Khoảng 80% người cao tuổi sống cô đơn là phụ nữ và cũng khoảng 80% trong số họ sống ở nông thôn. Trong điều kiện yếu thế vốn có về mọi mặt của phụ nữ già so với nam giới cùng độ tuổi thì tình trạng này đòi hỏi các nhà hoạch định chính sách xã hội phải chú tâm hơn nữa trong việc đưa ra các chính sách phúc lợi xã hội có hiệu quả, ví dụ như các chương trình giáo dục và tạo thu nhập cho phụ nữ già (UNDP, 2002).

Bảng 4: Tỷ lệ người cao tuổi sống cô đơn theo giới tính và theo khu vực¹⁵

Năm	1992/93	1997/98	2002	2004
Nam	15,49	18,4	24,32	18,84
Nữ	84,51	81,6	75,68	81,16
Nông thôn	80	82,91	82,85	77,94
Thành thị	20	17,09	17,15	22,06

Người cao tuổi phân bố không đều, tập trung tại 3 vùng có đông dân cư nhất trong cả nước là Đồng bằng sông Hồng (27,17%), Đồng bằng sông Cửu Long (19,05%) và Bắc Trung Bộ (15,01%)¹⁶. Trong 10 năm (1989- 99), số lượng người cao tuổi ở các vùng đều tăng.

Do đặc điểm cư dân nước ta sống tập trung tại khu vực nông thôn nên đại đa số người cao tuổi sống tại nông thôn. Số người cao tuổi ở nông thôn cao hơn gấp 3,5 lần khu vực thành thị. Tuy nhiên, do tác động của quá trình đô thị hoá, tỷ lệ dân số già ở khu vực nông thôn đã giảm dần, từ 77,81%₁₉₉₉ xuống 76,83%₂₀₀₂ và 73,33%₂₀₀₄.

¹⁵ Giang Thanh Long và Wade Donald Pfau. Tổng quan về dân số cao tuổi ở Việt Nam trong giai đoạn chuyển đổi kinh tế.

¹⁶ Tổng cục thống kê, Tổng điều tra dân số 1999

Bảng 5: Phân bố dân số già theo vùng¹⁷

Vùng	1989	Tỷ lệ	1999	Tỷ lệ
Cả nước	4.600.990	100	6.136.399	100
ĐB sông Hồng	1.252.905	27,23	1.666.999	27,17
Đông Bắc	474.949	10,32	638.361	10,40
Tây Bắc	102.207	2,22	134.880	2,20
Bắc Trung Bộ	732.302	15,92	920.973	15,01
Duyên hải Nam trung Bộ	441.017	9,59	595.318	9,70
Tây Nguyên	125.834	2,73	206.130	3,36
Đông Nam Bộ	575.291	12,50	804.520	13,11
ĐB sông Cửu Long	896.485	19,48	1.169.218	19,05

Bảng 6 : Số người cao tuổi chia theo nhóm tuổi khu vực thành thị và nông thôn¹⁸

Nhóm tuổi	Thành thị			Nông thôn		
	Tổng số	Nam	Nữ	Tổng số	Nam	Nữ
60-64	409,484	179,982	229,502	1,347,824	589,726	758,098
65-69	367,000	164,733	202,267	1,279,775	560,867	718,908
70-74	262,578	111,897	150,681	947,926	388,625	559,301
75-79	170,797	63,805	106,992	650,952	243,264	407,688
80-84	89,323	30,036	59,287	328,921	114,167	214,754
85+	62,432	17,505	44,927	228,787	68,614	160,173
Tổng số	1,361,614	567,958	793,656	4,784,185	1,965,263	2,818,922

3. Một số vấn đề đặt ra khi dân số già

Sự thay đổi cơ cấu dân số toàn cầu theo hướng già hoá tác động sâu sắc tới mọi khía cạnh của cá nhân, cộng đồng, của từng quốc gia và cộng đồng quốc tế; liên quan đến mọi mặt của đời sống loài người: Xã hội, kinh tế, chính trị, văn hoá, tâm lý và tinh thần. Dân số già hoá nhanh cũng sẽ gây những ảnh hưởng

¹⁷ Tổng cục thống kê, Tổng điều tra dân số các năm 1989,1999

¹⁸ Tổng cục thống kê, Tổng điều tra dân số 1999

tương tự như tăng trưởng dân số nhanh, tạo áp lực cho hệ thống cơ sở hạ tầng hiện có, hệ thống dịch vụ sức khỏe, giao thông đi lại, quan hệ gia đình, tâm lý, lối sống cũng như hệ thống hưu trí cho người cao tuổi; chắc chắn sẽ làm cho những vấn đề kinh tế-xã hội, môi trường thêm trầm trọng và có nhiều biến động không thể lường trước; kết quả là lại làm nảy sinh những vấn đề dân số mới.

Các quốc gia đã nhận thức được những gánh nặng, áp lực ghê gớm do dân số già hoá và viễn cảnh suy giảm quy mô dân số trong tương lai đối với nền kinh tế và xã hội. Đã có nhiều quốc gia có phản ứng tích cực nhằm làm đảo chiều mức sinh đang giảm xuống quá nhanh mà kết quả đạt được không đáng là bao. Trong tương lai các nhà hoạch định chính sách sẽ còn phải chịu nhiều áp lực hơn nữa nhằm đảm bảo rằng thách thức của xã hội già hóa không trở thành khủng hoảng¹⁹. Đây sẽ không chỉ là khó khăn thách thức đối với nhà nước, xã hội, gia đình mà cả với mỗi cá nhân người cao tuổi.

a) Công tác lập kế hoạch, hoạch định chính sách

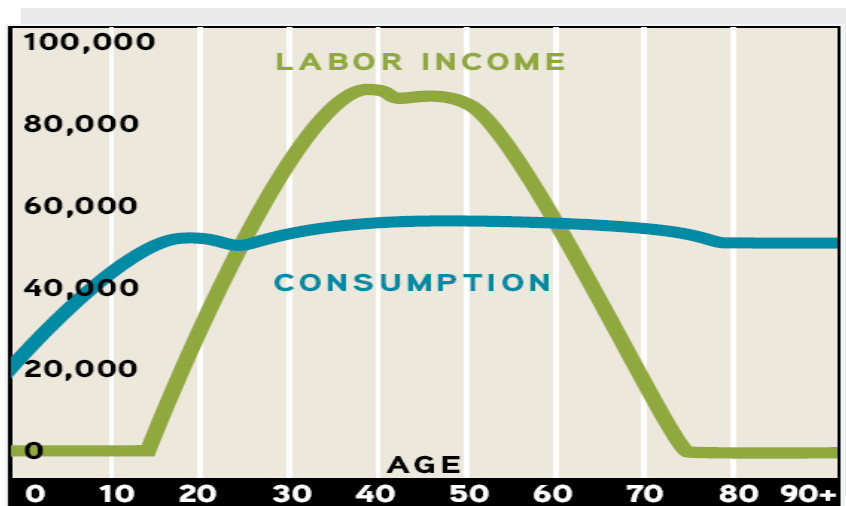
Việc sống khỏe, sống thọ không chỉ là mong ước cơ bản của con người mà còn là một trong những trụ cột chính của phát triển. Sức khỏe yếu làm suy yếu quốc gia ở tất cả các cấp độ, thúc đẩy và góp phần làm quốc gia tụt hậu. Trong bối cảnh già hoá dân số, số người cao tuổi sẽ ngày càng một nhiều hơn. Việc tiếp tục duy trì một dân số khỏe mạnh sẽ trở thành thách thức đối với các nhà lập kế hoạch và hoạch định chính sách. Những mô hình lập kế hoạch và chính sách phát triển hiện tại có tính khả thi và thích ứng cao, nhanh chóng đáp ứng các điều kiện thực tế. Sở dĩ như vậy vì hầu hết là các mô hình ngắn hạn, hiệu lực của kế hoạch, chính sách thường trong một thời gian ngắn. Để giải quyết những thách thức của già hoá dân số không thể chỉ là những kế hoạch, chính sách ngắn hạn mà cần có tầm nhìn dài, ít nhất vài chục năm.

Trong quá trình lập kế hoạch, các nhà kinh tế tập trung vào quy mô và tốc độ tăng trưởng dân số, mà bỏ qua những thay đổi trong phân bố cơ cấu tuổi. Mỗi nhóm tuổi của dân số có những hành vi khác nhau, với những hệ quả kinh tế rõ ràng: Nhóm dân số trẻ đòi hỏi đầu tư chiều sâu cho y tế và giáo dục, nhóm dân số mới bước vào tuổi lao động cung ứng nguồn lao động và tăng tích lũy và nhóm

¹⁹ Ngày càng có nhiều phụ nữ tham gia lực lượng lao động, đồng thời cha mẹ già không sống cùng con cháu. Truyền thống của người Nhật là các thành viên gia đình thường chăm sóc cha mẹ già đang bị đe dọa (xem Bloom, Nadakumar, Bhanalka (2001), ibid: 12.

người cao tuổi đòi hỏi chăm sóc sức khỏe và thu nhập từ lương hưu. Khi qui mô của mỗi nhóm dân số thay đổi tương quan với những biến động dân số, thì những đòi hỏi của những hành vi kinh tế của những nhóm này cũng thay đổi theo. Các nhà hoạch định chính sách có quan điểm khá cởi mở về phát triển và mối quan hệ phức tạp giữa phát triển kinh tế và phát triển con người cần phải xem xét những tác động của thay đổi cơ cấu tuổi khi quyết định tương lai của quốc gia²⁰.

Hình 1 : Vòng đời kinh tế của một người lao động Thái Lan điển hình²¹
Thu nhập và tiêu dùng bình quân đầu người hàng năm (baht)



Hình 1 cho thấy khoảng cách giữa thu nhập và tiêu dùng của dân số tuổi 60+. Để có một dân số khỏe mạnh phải sớm xây dựng kế hoạch, trước tuổi nghỉ hưu nhiều năm, để có thể duy trì mức sống trong nhiều thập niên sau khi nghỉ hưu²². Lương hưu lại càng quan trọng hơn đối với gia đình quy mô nhỏ và bệnh tật do đô thị hoá. Để chuẩn bị tốt cho một xã hội già hóa thì cần phải tạo ra khoảng cách càng lớn càng tốt – cả về chiều cao và chiều rộng – giữa thu nhập và tiêu dùng trong khoảng tuổi từ 25 – 60. Điều này đòi hỏi cần phải có các chính sách về tạo việc làm, nâng cao chất lượng lao động, nâng cao hiệu suất lao động, từ đó nâng cao mức tiết kiệm, dự trữ cả ở cấp quốc gia cũng như ở hộ gia đình để

²⁰ Văn phòng Nghiên cứu Kinh tế Quốc gia (NBER) David E. Bloom, David Canning, Jaypee Sevilla, Tài liệu làm việc 8685: Tăng trưởng kinh tế và chuyển đổi nhân khẩu học

²¹ Lee R, Mason A, eds. Lợi tức nhân khẩu học là gì? Tài chính và Phát triển. 2006:43(3). <http://www.imf.org/>

²² Lee, Mason và Miller, 1998

chuẩn bị tốt cho giai đoạn già hóa. Theo khuyến nghị của các chuyên gia kinh tế và nhân khẩu học, khi tiến hành phân tích, đánh giá để ban hành những quyết sách về cơ cấu đầu tư, tích lũy quốc gia, quỹ phúc lợi xã hội, cơ chế huy động nguồn lực để đáp ứng nhu cầu khác nhau của các nhóm dân số, đặc biệt là các nhóm dân số dễ bị tổn thương bao gồm cả dân số già, các nhà hoạch định chính sách cần nghiên cứu việc kéo dài thêm thời gian lao động trên cơ sở tính toán những thành tố của hệ thống lương hưu²³.

Với Việt Nam, để thích ứng với già hoá dân số, việc chuẩn bị các điều kiện cần và đủ để đáp ứng nhu cầu của dân số già trong 1-2 thập niên tới sẽ là một thách thức rất lớn đối với các nhà lập kế hoạch và hoạch định chính sách khi Việt Nam đẩy mạnh thực hiện xã hội hoá các dịch vụ y tế trong môi trường chính sách của nền kinh tế thị trường có sự quản lý của nhà nước và định hướng xã hội chủ nghĩa.

b) Tiết kiệm/tích lũy

Với các nước phát triển, quá trình già hoá dân số diễn ra từ từ, nhưng các nước này cũng đã vấp phải những thách thức nảy sinh từ mối quan hệ giữa quy mô dân số già ngày càng tăng, quy mô dân số lao động giảm dần tạo thêm áp lực cho quốc gia và người lao động khi phải cân đối nguồn lực cho tiết kiệm bảo hiểm tuổi già thông qua hệ thống an sinh xã hội.

Lương hưu là một thách thức đặc biệt vì hiện nay tại nhiều nước trả lương hưu từ nguồn thuế thu được. Theo tính toán để có thể trang trải các dịch vụ chăm sóc trong suốt những năm tuổi già với mức như hiện tại, người lao động Nhật Bản sẽ phải dành ít nhất 35% thu nhập để tiết kiệm, tích lũy. Do quy mô dân số hưởng lương hưu tăng lên, ngân sách dành cho Quỹ lương hưu tăng lên và có khả năng chiếm đến 20% GDP của Nhật Bản vào năm 2030 trong bối cảnh tỷ lệ dân số 60⁺ gần bằng tỷ lệ dân số lao động, khoảng 45% tổng dân số. Đây sẽ là thách thức dài hạn với nền kinh tế và kìm hãm tốc độ tăng trưởng kinh tế. Tăng trưởng kinh tế của một xã hội già sẽ ngày càng một suy giảm ảnh hưởng trực tiếp đến các quỹ phúc lợi xã hội.

²³ Văn phòng Nghiên cứu Kinh tế Quốc gia (NBER) David E. Bloom, David Canning, Jaypee Sevilla, Tài liệu làm việc 8685: Tăng trưởng kinh tế và chuyển đổi nhân khẩu học

Với các nước đang phát triển cùng một lúc phải đương đầu với hai thách thức: Đầu tư cho phát triển và thích ứng với già hoá dân số. Vì thế mà cải cách chế độ hưu trí là vấn đề ưu tiên nhất ở các quốc gia đang phát triển. Hệ thống trả lương hưu linh hoạt - người nghỉ hưu có thể nhận lương hưu ở bất cứ nơi nào - một hệ thống chủ yếu lấy từ nguồn thu của Chính phủ, đang ngày càng trở nên khó bền vững và chuyển đổi nhân khẩu học sẽ khiến cho xu thế toàn cầu của hệ thống trả lương hưu dựa hoàn toàn vào Quỹ sẽ ngày một khó khăn hơn. Trong hệ thống hoàn toàn dựa vào Quỹ, cá nhân tiết kiệm để dành chi trả cho lương hưu của mình, và từ khi phần lớn các quốc gia thực hiện một phần chương trình bảo hiểm hưu trí bắt buộc, đã làm tăng quỹ dự trữ của quốc gia. Hệ thống hưu trí dựa hoàn toàn vào Quỹ đã bộc lộ những vấn đề nội tại, dĩ nhiên, các hệ thống này đã đòi hỏi các quốc gia phải có hệ thống tài chính phát triển đủ để cung cấp những phương tiện dự trữ có chất lượng cao và Chính phủ phải có đủ năng lực để điều tiết các thể chế tài chính này để quản lý được Quỹ hưu trí này. Cải cách chế độ hưu trí là vấn đề đặc biệt quan trọng đối với phụ nữ vì họ sẽ sống thọ hơn đàn ông ở tất cả các quốc gia trên thế giới. Đặc biệt số lượng phụ nữ có tuổi sẽ nhiều hơn nhiều so với đàn ông có tuổi và số lượng càng chênh lệch ở những nhóm tuổi cao hơn.²⁴

Ở Việt Nam, vào năm 2005 hơn 73% người cao tuổi sống ở nông thôn, là nông dân và làm nông nghiệp. Trong tổng số người cao tuổi chỉ có khoảng 16-17% người cao tuổi hưởng chế độ lương hưu hoặc mất sức, hơn 10% các cụ hưởng trợ cấp xã hội dành cho những đối tượng có công với nước²⁵. Như vậy còn trên 70% người cao tuổi sống bằng lao động của mình, bằng nguồn hỗ trợ của con cháu và gia đình. Trong khi đó năng suất và hiệu suất lao động ở nông thôn, nông nghiệp còn rất thấp, ít có tiết kiệm để chi tiêu khi tuổi già.

c) Nguồn nhân lực

Như trên đã trình bày do mức sinh tiếp tục giảm và sẽ giữ ở mức thấp đồng thời tuổi thọ tiếp tục tăng lên dẫn đến tốc độ già hoá của dân số Việt Nam sẽ tăng lên nhanh hơn sau khi tỷ lệ tăng trưởng dân số bằng 0 (zêrô). Sau đó quy mô dân số của Việt Nam giảm, đồng thời dân số lao động cũng giảm. Hiện tại tốc độ

²⁴ Văn phòng Nghiên cứu Kinh tế Quốc gia (NBER) David E. Bloom, David Canning, Jaypee Sevilla, Tài liệu làm việc 8685: Tăng trưởng kinh tế và chuyển đổi nhân khẩu học

²⁵ Vấn đề dân số hôm nay. Số 1, Quý 1/1999.

chuyển sang thế giới hiện đại đã diễn ra khá nhanh, kể cả những thay đổi cơ bản trong các hình thái gia đình và xã hội. Khi Việt Nam bước vào giai đoạn dân số già, chi phí-cơ hội của mỗi vị trí việc làm trong một nền kinh tế tri thức ứng dụng công nghệ hiện đại sẽ thay đổi theo hướng tăng lên, tạo áp lực lớn trong việc tuyển dụng và thực hiện chính sách đãi ngộ đối với những người cung cấp dịch vụ chăm sóc người cao tuổi, đặc biệt là nhóm dân số già phải phụ thuộc hoàn toàn vào hỗ trợ chăm sóc bên ngoài do không còn khả năng tự chăm sóc. Nhu cầu cán bộ điều dưỡng chăm sóc người cao tuổi sẽ tăng đột biến trong bối cảnh lực lượng lao động giảm và phụ nữ ngày một tham gia tích cực hơn trong các hoạt động kinh tế xã hội.

Nếu như trong gia đình truyền thống có nhiều thế hệ chung sống, người cao tuổi thường được con cháu chăm sóc thì với gia đình hạt nhân mà cả hai vợ chồng đều đi làm, ít có điều kiện để chăm sóc bố mẹ già. Mặc dù khối tài sản gia tăng của cha mẹ họ có thể giúp họ có điều kiện tốt về tiền bạc để chăm sóc, nếu như không thể chăm sóc trực tiếp, nhưng việc tìm người hỗ trợ chăm sóc không phải dễ dàng gì. Việc tan rã của hình thái gia đình mở rộng, người cao tuổi không còn được con cháu chăm sóc, vì thế nhà nước cần phải chuẩn bị để lấp khoảng trống này.

d) Chi phí cho chăm sóc người cao tuổi

Xu hướng số người cao tuổi tăng lên sẽ làm tăng gánh nặng kinh tế, xã hội để duy trì ổn định cuộc sống khỏe mạnh của nhóm người cao tuổi. Ngay cả khi tỷ lệ phụ thuộc trẻ em giảm đi cũng không thể bù đắp những chi phí xã hội tăng lên, do chi phí cho người cao tuổi lớn hơn nhiều so với chi phí cho trẻ em. Nhu cầu chăm sóc người cao tuổi (y tế, xã hội, tài chính) sẽ là một thách thức lớn. Người cao tuổi có nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhiều hơn. Chi phí chăm sóc người cao tuổi cao gấp 7-8 lần so với chăm sóc trẻ em.

Vấn đề cung cấp tài chính cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ càng trở nên quan trọng nhất là với những quốc gia đang trong quá trình chuyển đổi cơ cấu bệnh tật sang các bệnh mãn tính (ví dụ như tiểu đường, các bệnh về tim, ung thư). Những thay đổi này sẽ làm thay đổi cơ cấu tiêu dùng và tăng quy mô chi tiêu cho chăm sóc sức khỏe. Số liệu của các quốc gia công nghiệp giàu có cho thấy chi phí cho chăm sóc sức khỏe bình quân đầu người dành cho người cao tuổi tăng gấp ba

so với người lao động trưởng thành. Phí dịch vụ có xu hướng tăng do ứng dụng ngày một nhiều hơn những công nghệ hiện đại. Với các quốc gia đang phát triển, cần phải tiến tới một hệ thống gắn lợi ích của cá nhân với khả năng đóng góp của người đó.

Mức chi ngân sách bình quân đầu người cho y tế là nguyên nhân chính khiến cho diện phủ hạn chế của các dịch vụ y tế cơ bản ở các quốc gia đang phát triển. Trong năm 2004, chi phí y tế trung bình đầu người là 91 đôla Mỹ tại các quốc gia đang phát triển và 15 đôla Mỹ ở các quốc gia chậm phát triển (Ngân hàng thế giới, 2007). Hiện nay, tổng chi cho y tế ở Việt Nam khoảng 5-6% GDP và tính theo đầu người khoảng 45 USD/người/năm. Tuy nhiên, chi công chỉ chiếm khoảng 30% tổng chi y tế, là một tỷ lệ thấp so với các nước có thu nhập thấp và trung bình trên thế giới. Ở nhiều quốc gia đang phát triển, tình hình diễn biến xấu đi do thiếu khả năng đóng góp từ các nguồn lực khác và ngày càng thiếu cán bộ y tế hơn do lương thấp không đủ sống, điều kiện làm việc thiếu thốn và cán bộ y tế gia nhập vào các luồng di cư quốc tế, chủ yếu là xuất khẩu lao động.

Việt Nam đang trong tiến trình hoàn thiện nền kinh tế thị trường đồng thời đẩy mạnh thực hiện chủ trương xã hội hoá công tác y tế, thu hút các thành phần kinh tế tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Người cao tuổi là một trong những nhóm đối tượng dễ bị tổn thương nhất trong xã hội. Nếu như công tác chăm sóc sức khoẻ cho người cao tuổi không được quản trị tốt bằng những cơ chế chính sách rõ ràng, cụ thể, minh bạch phù hợp với điều kiện thực tế của Việt Nam và khả năng chi trả của người cao tuổi thì kết quả không chỉ là làm giảm chất lượng dân số mà còn làm cho chất lượng cuộc sống của người cao tuổi vốn đã hạn chế lại càng thêm khó khăn.

đ) Nguy cơ dễ bị tổn thương của người cao tuổi

Người cao tuổi sẽ phải đối mặt với nhiều vấn đề tiềm ẩn, bao gồm cả nghèo đói do phải dành toàn bộ nguồn thu hạn chế của mình cho các dịch vụ chăm sóc nói chung và chăm sóc sức khoẻ nói riêng. Đói nghèo làm tăng độ nhạy của bệnh tật, ngược lại bệnh tật là nguyên nhân chính của đói nghèo. Sức khoẻ kém có thể dẫn đến nghèo khổ và kìm hãm con người trong nghèo đói kể cả ở cấp độ gia đình và quốc gia.

Hiện tại, tỷ lệ đói nghèo ở người cao tuổi Nhật Bản là trên 18%. Ở Việt Nam do phần lớn người cao tuổi sống cùng gia đình con cháu nên chưa có số liệu đánh giá tỷ lệ đói nghèo ở người cao tuổi. Song nhìn chung đời sống vật chất của người cao tuổi Việt Nam còn rất khó khăn. Kết quả của một đề tài nghiên cứu năm 2000 của Vụ các vấn đề xã hội của Quốc hội cho thấy 60% số cụ được hỏi cho là khó khăn trong đời sống vật chất, 37% cho là trung bình, 1% dư dật. Tỷ lệ người cao tuổi sống ở Hà Nội cảm thấy không thoải mái cao gấp 5 lần so với tỷ lệ người cao tuổi ở Thanh Hoá mặc dù mức sống ở Hà Nội cao hơn Thanh Hoá. Đa phần người cao tuổi là phụ nữ, những người này thường phải chịu tác động gấp đôi vì những bất bình đẳng giới trong lao động, thu nhập và thụ hưởng các dịch vụ xã hội.

Các nhu cầu về dịch vụ sức khoẻ, chăm sóc và an sinh xã hội cho dân số già sẽ là một thách thức lớn đối với Việt Nam chỉ sau 20 năm nữa. Đáng lưu ý là do mức sinh cao trong quá khứ nên dân số cao tuổi sẽ có qui mô rất lớn trong khi vào thời điểm đó nước ta vẫn chưa thực sự là một nước công nghiệp phát triển. Nguồn lực kinh tế- xã hội có thể không cho phép gánh chịu và đáp ứng được đòi hỏi cần thiết của một dân số già. Đó là những thách thức với Việt Nam trong giai đoạn tới đòi hỏi phải có sự chuẩn bị của mỗi gia đình và toàn xã hội nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân, đặc biệt là người cao tuổi.

II. Những thách thức của dân số già trong công tác chăm sóc sức khỏe

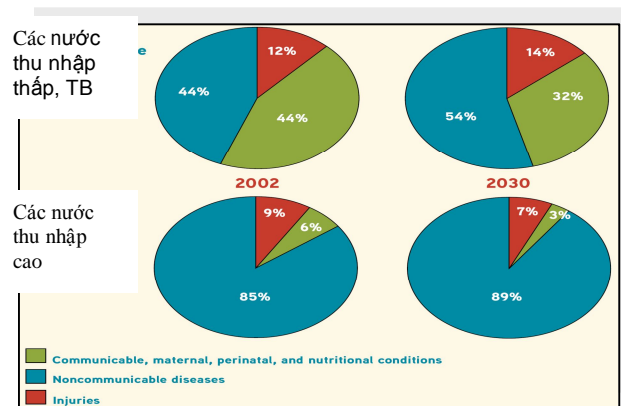
Tuổi thọ bình quân của Việt Nam đạt 72,2 tuổi năm 2005, là mức khá cao so với điều kiện của nền kinh tế Việt Nam. Tuy nhiên, tuổi thọ bình quân khoẻ mạnh khá thấp chỉ đạt 58,2 tuổi và xếp thứ 116 so với 174 nước trên thế giới. Bình quân mỗi người dân có tới 14 tuổi là ốm đau, bệnh tật so với 72,2 tuổi sống. Một số dịch bệnh vẫn còn xảy ra, tình trạng bệnh tật, nhất là bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục HIV/AIDS vẫn rất đáng lo ngại.

2.1. Thách thức thứ nhất: Gánh nặng bệnh tật kép.

Khi các quốc gia tiến hành công nghiệp hoá, việc thay đổi lối sống và việc làm chắc chắn sẽ dẫn đến những thay đổi về mô hình bệnh tật. Những thay đổi này thấy rõ nhất ở những nước đang phát triển. Ở các quốc gia phát triển, mỗi

quan tâm hàng đầu về sức khoẻ là phòng ngừa và điều trị các bệnh mãn tính (như tim mạch, ung thư, tiểu đường, rối loạn chuyển hoá, Alzheimer); là những lối sống thiếu lành mạnh (nghiện hút, lạm dụng rượu bia...); là tăng hiệu quả chăm sóc nội trú, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu có hiệu quả chi phí cao, dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi. Trong khi đó, ở các quốc gia đang phát triển thì một mặt phải tiếp tục giải quyết các bệnh lây nhiễm, suy dinh dưỡng và tai biến sinh kỳ, mặt khác phải đương đầu với sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh không lây truyền trong điều kiện hệ thống chăm sóc sức khoẻ còn thiếu thốn đủ bề. “Gánh nặng bệnh tật kép” này sẽ đe dọa các nguồn ngân sách vốn đã eo hẹp của các quốc gia đang trong quá trình chuyển đổi nền kinh tế (Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế, 2004).

Hình 2 : Gia tăng gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm mãn tính 2002-2003



Việc chuyển từ mô hình trội các bệnh lây nhiễm sang mô hình trội các bệnh không lây nhiễm diễn ra nhanh nhất ở các nước đang phát triển, trong đó các bệnh mãn tính như bệnh tim mạch, ung thư và trầm cảm nhanh chóng trở thành nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tàn phế. Xu hướng này sẽ tiếp tục diễn ra trong những thập niên sắp tới. Năm 2002, 56% gánh nặng bệnh tật ở các nước đang phát triển và công nghiệp mới là do các bệnh không lây nhiễm, rối loạn tâm thần và thương tật. Năm 2030, tỷ lệ này tăng lên đến 68%.

Tại Việt Nam, có 4 nhóm bệnh không lây nhiễm chủ yếu, đó là: Bệnh tim mạch, ung thư, đái tháo đường (type 2), động kinh và trầm cảm. Các bệnh này nói riêng và bệnh không lây nhiễm nói chung đang ngày càng tăng trong khi tỷ lệ

tử vong do bệnh lây nhiễm giảm. Cụ thể là nếu như năm 1996 bệnh lây nhiễm chiếm tỷ lệ mắc là 37%, trong đó chết là 33%; bệnh không lây nhiễm theo thứ tự là 50% - 43%, thì đến năm 2005, bệnh lây nhiễm giảm còn 25% - 16%; còn các bệnh không lây nhiễm tăng tỷ lệ người mắc lên 62%, trong đó chết là 61%.

Theo Bộ Y tế (Vụ Điều trị), trong những năm gần đây, tỷ lệ người mắc các bệnh không lây nhiễm phải nhập viện có xu hướng tăng cao. Số nhập viện điều trị các bệnh không lây nhiễm (huyết áp, tim mạch, các bệnh về nội tiết...) chiếm tới 61% (năm 2001 tỷ lệ này là 54%). Trong khi tỷ lệ các bệnh do nguyên nhân lây nhiễm đang giảm mạnh thì ngược lại tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm lại gia tăng đến mức báo động. Điều đáng nói là những bệnh này có liên quan mật thiết tới lối sống như hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia, dinh dưỡng bất hợp lý và ít vận động. Báo cáo tổng kết 5 năm hoạt động chương trình phòng chống một số bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2002 - 2006 đã cho thấy điều đó.

Theo kết quả điều tra toàn quốc, trong khoảng 82 triệu người Việt Nam thì có tới 6,7 triệu người bị tăng huyết áp. Tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường là 2,7%, tại các thành phố lớn là 4,4%. Trong đó, 64% người mắc bệnh đái tháo đường không được phát hiện. Với bệnh ung thư, mỗi năm có khoảng 100.000 - 150.000 bệnh nhân ung thư mới mắc và 75.000 người chết vì ung thư và con số này có xu hướng ngày càng gia tăng. Về bệnh tâm thần, tỷ lệ mắc bệnh động kinh trong cộng đồng chiếm khoảng 0,33% dân số và tỷ lệ trầm cảm là 2,8% dân số.

Bệnh không lây nhiễm có chung các yếu tố nguy cơ và các yếu tố nguy cơ này được chia thành 3 nhóm: Nhóm thứ nhất là các yếu tố nguy cơ về hành vi lối sống bao gồm hút thuốc lá, lạm dụng rượu, chế độ dinh dưỡng không hợp lý (như ăn ít rau, nhiều thịt) và thói quen ít vận động. Nhóm thứ hai là các yếu tố môi trường bao gồm môi trường tự nhiên, môi trường chính trị, môi trường xã hội, môi trường kinh tế. Nhóm thứ ba là các yếu tố nguy cơ không thay đổi được như tuổi, giới tính, chủng tộc...

Điều đáng nói là các nguy cơ bệnh không lây nhiễm tăng dần theo tuổi do sự phơi nhiễm trong một thời gian dài của các cơ quan bộ phận chức năng của cơ thể và giảm khả năng hệ thống miễn dịch. Các bệnh không lây nhiễm thường có thời gian tiềm tàng kéo dài với các tình trạng tiền bệnh như thừa cân, béo phì, tăng huyết áp, rối loạn glucose máu và một số rối loạn chuyển hóa khác.

Bảng 7. Tỷ lệ một số bệnh tim mạch thường gặp, theo nhóm tuổi

		Nhóm tuổi		p
		60-74	≥ 75	
Tăng huyết áp	n	391/930	202/370	< 0,001
	%	42,0%	54,6%	
Suy vành	n	89/898	36/360	> 0,05
	%	9,9%	10,0%	
Suy tim	n	51/900	35/366	< 0,05
	%	5,7%	9,6%	
Suy tĩnh mạch	n	149/897	54/366	> 0,05
	%	16,6%	14,8%	

Bảng 8. Tỷ lệ một số bệnh tâm thần kinh thường gặp, theo nhóm tuổi

		Nhóm tuổi		p
		60-74	≥75	
Sa sút tâm thần	n	24/617	12/123	< 0,01
	%	3,9%	9,8%	
Parkinson	n	12/924	3/354	> 0,05
	%	1,3%	0,8%	
Trầm cảm	n	7/846	7/309	< 0,05
	%	0,8%	2,3%	

Bệnh không lây nhiễm nói chung đang gây ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của xã hội. Bệnh không chỉ có tỷ lệ tử vong cao mà tỷ lệ tàn tật cũng rất lớn. Mặc dù tỷ lệ tử vong do bệnh tăng dần theo tuổi nhưng tỷ lệ tử vong ở nhóm người trẻ tuổi cũng không phải là ít.

Bảng 9. Tỷ lệ một số bệnh nội tiết-chuyển hoá thường gặp, theo tuổi

		Nhóm tuổi		p
		60-74	≥75	
Đái tháo đường	n	51/896	15/4,2	p>0,05
	%	5,7%	4,2%	
Rối loạn lipid máu	n	432/869	132/356	p<0,001
	%	48,2%	37,1%	
Rối loạn đường huyết đói	n	61/896	24/356	p>0,05
	%	6,8%	6,7%	
Béo phì	n	201/919	32/358	p<0,001
	%	22,0%	8,9%	

Ở Việt Nam, bệnh không lây nhiễm còn nghiêm trọng hơn do bệnh nhân thường đến bệnh viện để khám và điều trị ở giai đoạn muộn. Trong khi đó, các biện pháp phòng chống bệnh tật còn hạn chế do nhận thức chưa cao. Bên cạnh đó, người bệnh cũng không được theo dõi và điều trị có hệ thống do dịch vụ khám chữa bệnh chưa đáp ứng được nhu cầu.

2.2. Thách thức thứ hai: Tăng nguy cơ tàn phế.

Ở các nước phát triển cũng như đang phát triển, bệnh mãn tính là nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tàn phế và giảm chất lượng sống. Khả năng sống độc lập của người cao tuổi bị đe dọa khi tình trạng tàn phế về thể lực hoặc tâm thần của họ gây trở ngại trong sinh hoạt hàng ngày. Nhiều người trở nên tàn phế ở tuổi già do cơ chế "hao mòn" của quá trình lão hoá (ví dụ như thoái khớp) hoặc do khởi phát một bệnh mãn tính vốn đã có thể phòng ngừa được (ví dụ ung thư phổi, đái tháo đường và bệnh mạch ngoại vi) hoặc do bệnh mang đặc tính thoái hoá (ví dụ sa sút trí tuệ). Dường như tàn phế nặng về thể lực và nhận thức tăng mạnh ở nhóm tuổi rất già. Điều này đặc biệt có ý nghĩa khi xu hướng chung của thế giới cho thấy nhóm tuổi từ 80 trở lên là nhóm dân số tăng nhanh nhất.

Những tàn phế khác thường gặp ở tuổi già là mất thị lực và thính lực. Trên toàn thế giới hiện có khoảng 180 triệu người bị tàn phế về thị giác, 45 triệu trong số đó bị mù hoàn toàn. Phần lớn những người này là người cao tuổi bởi vì suy giảm thị lực và mù tăng rõ theo tuổi. Nhìn chung trên toàn thế giới có khoảng 4% người từ 60 tuổi trở lên bị mù, 60% trong số họ sống ở vùng Cận Sahara Châu Phi, Trung Quốc và Ấn Độ. Nguyên nhân chính gây mù và giảm thị lực ở người cao tuổi là đục thủy tinh thể (gần 50% các trường hợp mù), tăng nhãn áp, thoái hoá điểm vàng và bệnh võng mạc do đái tháo đường (TCYTTG, 1977).

Theo thống kê của Bệnh viện Mắt Trung ương, tại Việt Nam có tới 70% số người mù là do đục tinh thể. Đáng nói là có tới 35% người mù do đục thủy tinh thể không biết bản thân bị bệnh hoặc đây là bệnh có thể chữa được. Theo nghiên cứu của Viện Lão khoa Quốc gia, ở người cao tuổi: 76,7 % có giảm thị lực; 60,1% bị mắc bệnh giác mạc; 57,9 % đục thủy tinh thể, 50,5 % có bệnh mi-giác mạc; 9,0% có tật khúc xạ.

Bảng 10. Tỷ lệ một số bệnh về mắt thường gặp, theo nhóm tuổi

		Nhóm tuổi		p
		60-74	>=75	
Tật khúc xạ	n	553/855	116/295	<0,001
	%	64,7%	39,3%	
Bệnh mi-kết mạc	n	482/925	171/367	< 0,05
	%	52,1%	46,6%	
Bệnh giác mạc	n	518/911	248/363	< 0,001
	%	43,1%	68,3%	
Đục thủy tinh thể	n	456/925	292/367	< 0,001
	%	49,3%	79,6%	
Giảm thị lực	n	563/801	291/313	<0,001
	%	70,3%	93,0%	

Giảm thính lực là một trong những loại tàn phế thường gặp nhất, đặc biệt là ở người cao tuổi. Theo ước tính trên toàn thế giới khoảng hơn 50% những người độ tuổi từ 65 trở lên là bị giảm thính lực ở những mức độ khác nhau (TCYTTG, 2002a). Giảm thính lực cản trở cho giao tiếp. Tình trạng này có thể gây bối rối, tự ti, ngại tiếp xúc và cách ly xã hội (Pal, 1974, Wilson, 1999). Theo nghiên cứu của Viện Lão khoa Quốc gia, 40,11 % người cao tuổi có giảm thính lực.

Các biến chứng do huyết áp tăng thường rất nặng nề như tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận, mù lòa... ảnh hưởng lớn đến người bệnh, gây tàn phế và trở thành gánh nặng với gia đình và xã hội.

Bảng 11. Tỷ lệ một số bệnh về tai-mũi-họng thường gặp theo nhóm tuổi

		Nhóm tuổi		p
		60-74	>=75	
Giảm thính lực	n	292/926	224/362	<0,001
	%	31,5%	61,9%	
Rối loạn tiền đình	n	67/926	12/362	< 0,01
	%	7,2%	3,3%	
Viêm mũi dị ứng	n	36/926	7/362	>0,05
	%	3,9%	1,9%	
Viêm họng mạn	n	156/925	33/362	< 0,001
	%	16,9%	9,1%	

Bệnh đái tháo đường là bệnh nguy hiểm đe dọa tính mạng và gây ra nhiều biến chứng. Những biến chứng của bệnh đái tháo đường thường rất phổ biến như bệnh mạch vành, các bệnh mạch máu ngoại vi, đột quỵ, bệnh lý thần kinh do đái tháo đường, cắt đoạn chi, suy thận và mù mắt. Các biến chứng này thường dẫn đến tàn phế và giảm tuổi thọ.

Tỷ lệ dân số Việt Nam bị tàn tật, khuyết tật với các mức độ khác nhau chiếm tới 6,3% dân số, có 1,5% dân số bị thiếu năng về trí tuệ, không đủ khả năng tự sinh hoạt và nuôi sống bản thân, trong đó số trẻ bị dị tật bẩm sinh chiếm tới 1,5-3% và xu hướng tiếp tục gia tăng do điều kiện sống, môi trường độc hại, lối sống hoặc phong tục, tập quán lạc hậu. Chưa có biện pháp hiệu quả ngăn chặn tình trạng gia tăng số mới bị tàn tật, khuyết tật do tai nạn và cũng như chưa có biện pháp phát hiện và điều trị sớm dị tật bẩm sinh. Khi về già những người bị tàn phế sẽ có thêm những trở ngại nữa liên quan với quá trình lão hoá. Ví dụ những rối loạn vận động do bệnh bại liệt lúc bé có thể càng trầm trọng hơn ở tuổi già. Hiện nay có nhiều người trẻ bị tàn phế về trí tuệ vẫn sống đến già, sống sót cả sau khi bố mẹ đã chết. Nhóm này đòi hỏi sự quan tâm đặc biệt từ phía các nhà hoạch định chính sách.

2.3. Thách thức thứ ba: Nhu cầu chăm sóc lớn trong khi điều kiện hỗ trợ còn hết sức hạn chế

Khi dân số già đi, một trong những thách thức lớn của chính sách chăm sóc người cao tuổi là cân đối giữa tự chăm sóc (người cao tuổi tự chăm sóc mình), chăm sóc không chính thức (người nhà và bạn bè) và chăm sóc chính thức (các dịch vụ y tế và xã hội). Chăm sóc chính thức bao gồm cả chăm sóc sức khỏe ban đầu, chủ yếu tại cộng đồng và chăm sóc tại các cơ sở y tế hoặc nhà dưỡng lão.

Trên toàn thế giới, việc chăm sóc người cao tuổi chủ yếu là do cá nhân người cao tuổi hoặc những người chăm sóc không chính thức gồm người thân, bạn bè và hàng xóm (chủ yếu là phụ nữ) cung cấp phần lớn sự hỗ trợ và chăm sóc cho người cao tuổi. Kể cả khi đã có các dịch vụ chăm sóc chính thức thích hợp, chăm sóc không chính thức vẫn đóng vai trò chủ yếu (TCYTTG, 2000c). Song hầu hết các quốc gia lại đầu tư nguồn lực tài chính theo hướng ngược lại, nghĩa là phần lớn kinh phí dành cho chăm sóc người cao tuổi tại cơ sở y tế và Việt Nam không phải là ngoại lệ. Cần bảo đảm sự tiếp cận bình đẳng đối với hệ thống

chăm sóc chính thức qua các dịch vụ y tế và xã hội. Ở nhiều nước, người cao tuổi nghèo và người cao tuổi sống ở nông thôn hiếm khi hoặc không thể tiếp cận được tới dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Tại nhiều vùng, giảm hỗ trợ của chính phủ đối với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu dẫn tới thực trạng là trút sự căng thẳng về tài chính lên người cao tuổi và gia đình họ, có thể gây xung đột giữa các thế hệ.

Điều đáng lo ngại là tại nhiều nước xu hướng tỷ lệ dân số không kết hôn, kết hôn và sinh con muộn có chiều hướng gia tăng ở cả nam và nữ dẫn đến mức sinh giữ ở mức thấp hơn mức sinh thay thế. Số con trung bình của lớp người cao tuổi trong tương lai giảm rõ rệt, góp phần làm giảm sự hỗ trợ từ phía gia đình (Wolf, 2001).

Nhu cầu chăm sóc y tế và xã hội của người cao tuổi Việt Nam là rất lớn trong khi những điều kiện tự thân của người cao tuổi Việt Nam có những đặc trưng rất hạn chế. Ví dụ như: Tỷ lệ người cao tuổi sống độc thân tương đối cao ở cả 3 miền Bắc, Trung, Nam- 14,2% dẫn đến hạn chế cả về hỗ trợ kinh tế, tinh thần từ phía gia đình, người thân và không có người trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày. Về tình trạng kinh tế, thu nhập của người cao tuổi còn rất thấp, hầu như không có nguồn tiết kiệm tích lũy từ lúc còn trẻ khỏe hơn. Tình hình đặc biệt khó khăn ở các vùng nông thôn và miền núi. Theo con số điều tra của Viện Lão khoa Quốc gia tại ba địa bàn Hà Nội, Thừa Thiên Huế và Bà Rịa-Vũng Tàu, trong nhiều lý do khiến người cao tuổi không được khám chữa bệnh, lý do chính là không đủ khả năng kinh tế (45,3%), điều kiện đi lại khó khăn 17,3%, điều kiện y tế địa phương không đáp ứng được 16,5%, còn lại là các lý do khác 20,9%.

Bệnh tật ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày chiếm một tỷ lệ rất cao, từ 53,5 đến 73,5%. Tỷ lệ này khác nhau giữa các lứa tuổi, giữa nam và nữ, giữa các vùng nghiên cứu. Số ngày ốm trung bình của một cụ già trong tháng là 2,04 ngày. Cao nhất ở Phương Mai là 2,83 ngày, rồi đến Phú Xuân là 1,64 ngày, cuối cùng là Hoà Long là 1,48 ngày. Tương tự số ngày nằm viện trung bình trong tháng là 0,77 ngày, cao nhất ở Phương Mai (1,32 ngày), Hoà Long (0,53 ngày), Phú Xuân (0,43 ngày). Do tình hình sức khỏe và bệnh tật, có 24,9% các cụ phải mời bác sỹ đến khám tại nhà (chủ yếu là ở Phương Mai 49%, Phú Xuân 16,4%, Hoà Long 21,7%). Đa số người cao tuổi dùng thuốc theo đơn, tỷ lệ này cao nhất ở Phương

Mai 54,1%, Phú Xuân 27%, Hoà Long 24,3%. Nhìn chung khi cần thiết thì hầu hết các cụ đều có thể tự uống (97,8%) chỉ có 1,8% là cần giúp đỡ ít nhiều, 0,4% là không thể tự uống thuốc được.

Khả năng đọc cũng rất kém chủ yếu là ở vùng nông thôn. Chỉ có 64,9% các cụ có thể đọc được, còn lại là không thể. Trong 3 vùng thì Phương Mai là tỷ lệ các cụ đọc được là cao nhất 90,2%. Thấp nhất là Phú Xuân chỉ có 32,8%. Tỷ lệ các cụ ông còn đọc được cao hơn so với các cụ bà 80,3% so với 47,2%. Tuổi càng cao thì khả năng đọc càng giảm. Ở nhóm 60-70 tuổi có 80,3% các cụ có thể đọc được nhưng ở nhóm trên 75 tuổi thì còn 55,3%.

Tình hình sử dụng dụng cụ trợ giúp là rất lớn: 72% người cao tuổi thường xuyên sử dụng kính, 1,9% dùng máy trợ thính, 0,9% dùng các dụng cụ trợ giúp khác. Các dụng cụ trợ giúp còn thiếu: 68% thiếu kính, 13,9% thiếu máy trợ thính, 4,0% là thiếu các dụng cụ khác. Lý do thiếu dụng cụ trợ giúp có nhiều chủ yếu là quá đắt 67% ở Phương Mai, 93,5% ở Phú Xuân, và 57% ở Hoà Long cho rằng vì quá đắt không đủ tiền mua.

Về sức khỏe răng miệng, 59,5% người cao tuổi gặp khó khăn khi nhai. Tỷ lệ này cao nhất ở Phú Xuân 76,3%, Hoà Long 57,2% thấp nhất là Phương Mai 48,1%. 12,9% các cụ có đeo răng giả. Tỷ lệ đeo răng giả cao nhất ở Phương Mai 29,3%, có lẽ do có điều kiện kinh tế nên có điều kiện làm răng giả. Tỷ lệ này thấp nhất là ở Phú Xuân chỉ có 2,1%.

2.4. Thách thức thứ tư: Phụ nữ đối mặt với nhiều nguy cơ khi có tuổi.

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ lao động nữ tham gia trực tiếp vào các hoạt động kinh tế tương đối cao song chủ yếu ở thị trường lao động phổ thông, không chính thức nên tỷ lệ thực hiện bảo hiểm xã hội thấp, kể cả bảo hiểm y tế. Những khó khăn kinh tế kéo dài luôn đặt phụ nữ Việt Nam vào thế buộc phải lựa chọn hy sinh lợi ích của bản thân vì sự phát triển của con cái và gia đình ngay cả khi đã có tuổi. Lao động cực nhọc hơn, nhiều giờ hơn, thu nhập thấp hơn, chi tiêu cho nhu cầu cá nhân ít hơn, kể cả nhu cầu chăm sóc sức khỏe.

Phụ nữ có lợi thế hơn về tuổi thọ nhưng dường như họ lại phải hứng chịu nhiều hơn về bạo lực trong gia đình và phân biệt đối xử trong giáo dục, thu nhập, ăn uống, việc làm, chăm sóc sức khỏe, thừa kế, bảo hiểm xã hội và quyền lực

chính trị. Ngay cả khi thực hiện chức năng duy trì giống nòi, không phải phụ nữ nào cũng được chăm sóc chu đáo và có chế độ ăn đủ dinh dưỡng. Những bất lợi tích lũy này ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của phụ nữ, là nguy cơ gây tàn phế và là những nguyên nhân khiến cho phụ nữ dễ lâm vào cảnh nghèo, nhất là khi về già. Phụ nữ còn có nhiều cơ may hơn so với nam giới sống đến độ tuổi rất già (80+), độ tuổi mà tàn phế, bệnh tật rất phổ biến và hầu như không còn khả năng tự chăm sóc mình. Hầu hết người cao tuổi đều có nguyện vọng được chăm sóc tại nhà. Nhưng những người chăm sóc (thường là phụ nữ cao tuổi) cũng cần phải được hỗ trợ mới có thể đảm đương được công việc này. Nếu không bản thân họ cũng sẽ bị ốm. Trước nhất là họ cần được thông tin đầy đủ về tình huống mà họ phải đương đầu và họ có thể nhận được sự hỗ trợ từ các cơ sở chăm sóc sẵn có như thế nào.

Do vị thế bị coi là hạng thứ nên sức khỏe của phụ nữ già thường ít được quan tâm hoặc xem thường. Ngoài ra, nhiều phụ nữ có ít hoặc hoàn toàn không có thu nhập do những năm tháng cuộc đời phải đảm nhiệm vai trò nội trợ hoặc người chăm sóc không lương. Các kế hoạch dự kiến về chăm sóc của gia đình thường đạt được nhờ sự thiệt thòi về an ninh kinh tế và sức khỏe của phụ nữ khi già. Phụ nữ già sống một mình rất dễ rơi vào tình trạng nghèo khó và bị cô lập về mặt xã hội. Ở một số nền văn hoá các quan niệm, tục lệ hủ bại về mai táng và thừa kế có thể cướp đi của phụ nữ goá bụa tiền bạc, của cải, sức khỏe, sự độc lập và trong một số trường hợp, cả cuộc sống của họ nữa.

2.5. Thách thức thứ năm: Môi trường chính sách

Đảng và Nhà nước Việt Nam đã hết sức quan tâm đến công tác chăm sóc người cao tuổi. Khung pháp lý và các thiết chế bảo đảm các phúc lợi của người cao tuổi đã không ngừng được hoàn thiện đồng thời với quá trình phát triển kinh tế xã hội và nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân nói chung. Những văn bản quy phạm pháp luật đã được ban hành gồm:

- Quyết định số 485/QĐ-TTg ngày 30/3/2006 của Thủ tướng chính phủ về việc thành lập Viện Lão khoa Quốc gia thuộc Bộ Y tế;

- Quyết định số 1741/QĐ-BYT ngày 16/5/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Điều lệ Tổ chức và hoạt động của Viện Lão khoa Quốc gia;

- Quy hoạch tổng thể Viện Lão khoa Quốc gia đến năm 2010 và tầm nhìn đến 2020 đã được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt;

- Pháp lệnh người cao tuổi số 23/2000/PL-UBTVQH10 ngày 28/4/2000 do Ủy ban thường vụ Quốc hội ban hành;

- Nghị định số 30/2002/NĐ-CP ngày 26/3/2002 của Chính phủ Quy định và hướng dẫn một số điều của Pháp lệnh Người cao tuổi;

- Thông tư số 36/2005/TT-BLĐTBXH ngày 26/12/2005 hướng dẫn một số điều của Nghị định số 30/2002/NĐ-CP ngày 26/3/2002 của Chính phủ Quy định và hướng dẫn một số điều của Pháp lệnh Người cao tuổi;

- Thông tư số 02/2004/TT-BYT của Bộ Y tế ngày 20/01/2004 về việc hướng dẫn thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi;

- Nghị Quyết số 46/NQ-TW của Bộ chính trị ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới;

- Quyết định số 301/2005/QĐ-TTg ngày 21/11/2005 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chương trình hành động Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam giai đoạn 2005 - 2010;

- Nghị định số 69/2008/NĐ-CP ngày 30/5/2008 của Chính phủ về chính sách khuyến khích xã hội hoá đối với hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, dạy nghề, y tế, văn hoá, thể thao, môi trường;

- Quyết định số 1466/QĐ-TTg ngày 10/10/2008 của Thủ tướng Chính phủ về Danh mục chi tiết các loại hình, tiêu chí quy mô, tiêu chuẩn của các cơ sở thực hiện xã hội hóa trong lĩnh vực giáo dục - đào tạo, dạy nghề, y tế, văn hóa, thể thao, môi trường;

- Thông tư số 135/2008/TT-BTC ngày 31/12/2008 của Bộ Tài chính hướng dẫn Nghị định số 69/2008/NĐ-CP ngày 30/5/2008 của Chính phủ.

Môi trường chính sách hiện nay đã tạo rất nhiều điều kiện để nâng cao chất lượng sống, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Tuy nhiên, theo đánh giá của Viện chiến lược và chính sách y tế, Bộ Y tế, việc triển khai thực hiện các chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho thấy:

- Các chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi được ban hành đã thể hiện rõ được tính ưu việt của Đảng và Nhà nước. Người cao tuổi đã được quan

tâm chăm sóc tốt hơn. Điều này đặc biệt rõ nét đối với những người cao tuổi tàn tật, cô đơn không nơi nương tựa và người cao tuổi từ 90 tuổi trở lên.

- Việc tổ chức triển khai thực hiện Pháp lệnh người cao tuổi và một số chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở một số địa phương còn gặp nhiều khó khăn do:

+ Việc ban hành các văn bản hướng dẫn của các ngành có liên quan chưa kịp thời và chưa cụ thể, do vậy tuyến cơ sở còn gặp khó khăn trong triển khai thực hiện chính sách.

+ Thiếu sự phối hợp liên ngành trong triển khai thực hiện chính sách đặc biệt ở tuyến cơ sở do thiếu văn bản chỉ đạo hướng dẫn triển khai cụ thể của địa phương đối với từng cấp.

- Việc phổ biến văn bản chính sách ở tuyến xã chưa được thực hiện đầy đủ tới tất cả các đối tượng có liên quan.

- Việc triển khai thực hiện còn gặp nhiều khó khăn ở hầu hết các địa phương do thiếu kinh phí, nguồn nhân lực cũng như nhận thức về chính sách chưa đầy đủ của một số nhà lãnh đạo địa phương. Do vậy, quyền lợi của người cao tuổi chưa được đảm bảo như quy định.

- Thiếu sự gắn kết chặt chẽ giữa tổ chức Hội người cao tuổi các cấp trong triển khai thực hiện chính sách.

- Chưa có hoạt động kiểm tra giám sát quá trình triển khai thực hiện chính sách ở hầu hết các địa phương.

2.6. Thách thức thứ sáu: Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi còn hạn chế

Hiện nay, mạng lưới y tế của Việt Nam từ trung ương đến địa phương đã được củng cố. Nhiều dịch vụ y tế mới được nghiên cứu và đưa ra áp dụng trong thực tế. Những vấn đề như bảo hiểm y tế, nâng cao các hoạt động hỗ trợ cho việc chi trả của người dân đối với các dịch vụ y tế nhất là với những người nghèo, dân tộc thiểu số dành được sự quan tâm lớn của nhà nước. Các Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo cũng đã được thành lập đặc biệt dành cho vùng nông thôn và dân tộc thiểu số, có tác động tích cực tới việc chăm sóc sức khỏe cho người nghèo, nâng cao khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cũng như giảm gánh nặng tài chính cho người nghèo. Tuy nhiên, việc triển khai Quỹ khám chữa bệnh

còn gặp nhiều khó khăn do chất lượng dịch vụ y tế tuyến xã còn hạn chế, kiến thức về các vấn đề sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của người dân còn chưa đầy đủ, và hạn chế trong các hoạt động truyền thông...²⁶ Tình hình chăm sóc y tế còn yếu; mạng lưới y tế phục vụ người cao tuổi chưa có; số nhân viên y tế phục vụ tại cộng đồng vừa thiếu về số lượng vừa yếu về nghiệp vụ và kỹ năng trong khi nhu cầu chăm sóc y tế lại rất lớn. Theo con số điều tra của Viện Lão khoa Quốc gia tại ba địa bàn Hà Nội, Thừa Thiên Huế và Bà Rịa-Vũng Tàu, phần lớn người cao tuổi đều trả lời là không được bác sỹ và nhân viên y tế tới nhà khám, cụ thể là ở Phương Mai- Hà Nội là 51%, Phú Xuân-Thừa Thiên Huế là 83,6%, ở Hoà Long-Bà Rịa Vũng Tàu là 78,3%. Có tới 75,8% các cụ cho rằng mình cần được khám chữa bệnh tốt hơn so với hiện tại. Tỷ lệ này cao nhất ở Phương Mai 86,6%, Hoà Long 72,7% cuối cùng là Phú Xuân 68,2%.

Năm 2006, Viện Lão khoa Quốc gia đã tiến hành khảo sát điều tra các sở y tế trong toàn quốc. Kết quả cho thấy mới có 22,4% số tỉnh có bệnh viện có chuyên khoa Lão khoa với nguồn nhân lực gồm 139 bác sỹ, nghiên cứu viên và 237 điều dưỡng viên. Cả nước mới có 5 cơ sở chuyên chăm sóc y tế lâu dài cho người cao tuổi, hơn một nửa số tỉnh có cơ sở lưu trú cho đối tượng chính sách, người cao tuổi neo đơn không nơi nương tựa (trung tâm xã hội thuộc Bộ LĐ-TB-XH). Cả nước mới có 2 cơ sở đào tạo có bộ môn Lão khoa, số lượng các hình thức đào tạo chuyên đề, ngắn hạn, các công trình nghiên cứu cũng như các ấn phẩm chuyên ngành hầu như còn rất ít. Chăm sóc người cao tuổi là lĩnh vực liên ngành, nhưng hiểu biết của nhân viên y tế về các khía cạnh chính sách, chương trình và sự phối hợp giữa các cơ cấu tổ chức y tế và xã hội là còn hạn chế.

III. MỘT SỐ KHUYẾN NGHỊ, ĐỊNH HƯỚNG GIẢI PHÁP

3.1. Khuyến nghị 1: Tăng cường sức khỏe và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, phòng bệnh bao gồm ngăn ngừa và quản lý các loại bệnh thường xảy ra khi tuổi cao.

Tăng cường sức khỏe là quá trình giúp cho con người kiểm soát và cải thiện sức khỏe của bản thân. Đương nhiên quá trình này phải được tiến hành

²⁶ Viện chiến lược và chính sách y tế, Đàm Viết Cương và cộng sự, Đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo tại năm tỉnh miền núi phía bắc và Tây Nguyên (<http://www.hsipi.org.vn/vcl/vn/home/InfoDetail.jsp?area=1&cat=61&ID=1117>)

trong suốt cuộc đời. Ở đây, vai trò của bản thân người cao tuổi và gia đình là rất quan trọng. Tập luyện thích hợp, ăn uống điều độ, không hút thuốc, không uống rượu và sử dụng thuốc một cách khôn ngoan ở tuổi già có thể giúp ngăn ngừa bệnh tật và giảm chức năng, giúp kéo dài tuổi thọ và tăng chất lượng sống.

Những bệnh thường thấy ở người cao tuổi là các bệnh không lây truyền và chấn thương. Phòng bệnh bao gồm cả “cấp 1, tiên phát” (ví dụ tránh hút thuốc), “cấp 2, thứ phát” (khám sàng lọc để phát hiện sớm bệnh mãn tính) và “cấp ba” (quản lý lâm sàng thích hợp đối với các bệnh). Tất cả các cách thức phòng bệnh này giúp giảm nguy cơ bị tàn phế. Đối với mọi lứa tuổi, các chiến lược phòng bệnh- kể cả đối với các bệnh lây truyền - đều dẫn tới tiết kiệm được chi phí, tiền của. Tàn phế liên quan với tuổi già và bệnh mãn tính có thể phòng ngừa hoặc trì hoãn nếu như chấp thuận các hành vi, lối sống lành mạnh. Không hút thuốc lá, tăng vừa phải mức độ vận động cũng đã có thể làm giảm đáng kể nguy cơ mắc bệnh tim mạch và các bệnh khác.

- a) Đẩy mạnh các hoạt động *giáo dục truyền thông* để người cao tuổi có kiến thức tự tăng cường và chăm sóc sức khỏe; cải thiện chuẩn mực sống và tình trạng sức khỏe tốt hơn ngay từ khi còn trẻ. Tạo sự thay đổi trong nhận thức và hành vi hướng tới sự đồng thuận của dư luận và thực hành của cá nhân, tăng cường hỗ trợ của cộng đồng không chỉ về phòng ngừa tàn phế mà cả vấn đề giảm thiểu những rào cản mà người tàn phế thường phải đối mặt.
- b) Tăng cường quản lý và kiểm soát các bệnh mãn tính; ứng dụng các kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị sớm, điều trị lâu dài các bệnh mãn tính như tim mạch, tăng huyết áp, thoái khớp, tiểu đường, ung thư...
- c) Tăng cường hỗ trợ người cao tuổi sử dụng các dụng cụ trợ giúp - từ những dụng cụ cá nhân đơn giản như gậy, khung đỡ, tay vịn đến những công nghệ cho mọi người như điện thoại - làm giảm tính phụ thuộc của những người bị tàn phế.

3.2 Khuyến nghị 2: Đảm bảo cho mọi người cao tuổi có thể tiếp cận một cách bình đẳng với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

- a) Phân bổ bình đẳng các nguồn lực về y tế và phục hồi chức năng cho người cao tuổi, đặc biệt là người cao tuổi nghèo, ở khu vực nông thôn và vùng sâu vùng

xa, bao gồm các cách tiếp cận có thể chi trả được đối với những thuốc thiết yếu cũng như những biện pháp điều trị khác.

- b) Bảo đảm sự tiếp cận bình đẳng đối với hệ thống chăm sóc chính thức qua các dịch vụ y tế và xã hội.
- c) Tăng khả năng tiếp cận một cách bình đẳng với dịch vụ chăm sóc cho người cao tuổi nghèo, cũng như ở các vùng nông thôn, vùng xa bằng cách giảm hoặc miễn phí, cung cấp các chế độ bảo hiểm và những biện pháp hỗ trợ tài chính khác.
- d) Khẩn trương xây dựng và củng cố mạng lưới y tế chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, đặc biệt là mạng lưới kiểm soát các bệnh mãn tính ở người cao tuổi.

3.3. Khuyến nghị 3: Tăng cường năng lực quốc gia về chăm sóc sức khỏe người cao tuổi

- a) Ưu tiên đầu tư phát triển Viện Lão khoa Quốc gia, là cơ sở đầu ngành chuyên chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, chịu trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật cho toàn bộ hệ thống lão khoa trên phạm vi cả nước.
- b) Thiết lập mạng lưới lão khoa trên phạm vi toàn quốc, bao gồm việc thành lập và đưa vào hoạt động các khoa lão khoa tại các bệnh viện theo Thông tư số 02/2004/TT-BYT ban hành ngày 20/01/2004 về việc hướng dẫn thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi của Bộ Y tế.
- c) Đưa nhiệm vụ kiểm soát bệnh không lây truyền, mãn tính vào nội dung chăm sóc sức khỏe nhân dân tại tuyến cơ sở, gắn với các nhiệm vụ của công tác y tế dự phòng, dân số và kế hoạch hóa gia đình.
- d) Xây dựng các mô hình chuẩn *Chăm sóc cho người cao tuổi dựa vào cộng đồng*; từng bước phát triển mạng lưới và nâng cao năng lực chăm sóc người cao tuổi tại nhà (bao gồm các hình thức như tình nguyện viên/ cán bộ y tế cơ sở chăm sóc người cao tuổi tại nhà, chương trình hỗ trợ phục hồi chức năng, cung cấp dụng cụ trợ giúp, dịch vụ chăm sóc tạm thời, trung tâm chăm sóc ban ngày...)

- e) Từng bước xây dựng và quản lý thống nhất mạng lưới *Trung tâm điều dưỡng người cao tuổi* trên cơ sở nhu cầu thực tế và điều kiện cơ sở hạ tầng của từng địa phương.

3.4. Khuyến nghị 4: Tăng cường công tác đào tạo và nghiên cứu liên quan đến sức khỏe người cao tuổi

- a) Thành lập bộ môn Lão khoa tại các cơ sở đào tạo y khoa để phát triển chuyên ngành Lão khoa, đào tạo nguồn nhân lực cho tương lai.
- b) Xây dựng và tổ chức thực hiện các chương trình đào tạo *Điều dưỡng Lão khoa* phù hợp với nhu cầu nguồn nhân lực của mạng lưới chăm sóc người cao tuổi và điều kiện thực tế của vùng miền trong từng giai đoạn; đưa các nội dung về những nguyên tắc cơ bản, cách tiếp cận trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi vào các chương trình đào tạo sinh viên y khoa, y tá điều dưỡng cũng như những cán bộ y tế khác.
- c) Cung cấp thông tin và nội dung giáo dục về *già hoá tích cực* vào các chương trình đào tạo, tập huấn dành cho nhân viên dịch vụ dân số, y tế, xã hội và truyền thông.
- d) Xây dựng và tổ chức thực hiện các chương trình đào tạo *Người chăm sóc không chính thức*; cung cấp thông tin, tập huấn về cách thức chăm sóc người cao tuổi cho thành viên gia đình, bạn bè đồng niên và những người chăm sóc không chính thức khác.
- e) Thí điểm các mô hình cung ứng *Điều dưỡng Lão khoa* cho thị trường lao động quốc tế.
- f) Tăng cường nghiên cứu, giám sát thực hiện các chính sách để có những điều chỉnh thích hợp đồng thời đẩy mạnh nghiên cứu, thực hiện chuyển giao công nghệ quản lý và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi

3.5. Khuyến nghị 5: Xây dựng chính sách thích ứng với xã hội già

Trong bối cảnh đất nước còn nghèo; các chương trình bảo hiểm xã hội thiếu bền vững, phạm vi bao phủ hết sức hạn chế; đối tượng hưởng lợi của mạng an sinh xã hội chủ yếu là nhóm dân số làm việc trong khu vực nhà nước, khu vực kinh tế chính thức và sống ở khu vực thành thị. Chăm sóc sức khỏe và lương hưu

ở khu vực tư nhân dường như trở lên quan trọng hơn trong mối liên kết giữa khu vực công và khu vực tư nhân trong cung cấp dịch vụ y tế.

- a) Cải cách khu vực công sẽ tập trung vào chăm sóc sức khỏe, lương hưu và an sinh xã hội; triển khai các cơ chế chia sẻ trách nhiệm, hỗ trợ tài chính cho người cao tuổi, đặc biệt là những người đã thực hiện tốt chính sách dân số trong những thập niên vừa qua;
- b) Xác định và chuẩn hoá tốt hơn các công cụ đánh giá chức năng và mức độ tàn phế làm cơ sở để hoạch định chính sách và lập kế hoạch can thiệp trong y học và y tế.
- c) Xây dựng và tổ chức thực hiện các chính sách, chương trình, hợp tác quốc tế để có thể đương đầu với sự bùng nổ của các bệnh không lây truyền, mãn tính.
- d) Xây dựng và thực hiện **chương trình mục tiêu quốc gia về chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi**; xác định một số mục tiêu lượng hoá được, đặc trưng cho từng giới nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe người cao tuổi, giảm thiểu các bệnh mạn tính, tàn phế và tử vong khi bước vào tuổi già.
- e) Tập trung nỗ lực huy động sự tham gia của cộng đồng và xã hội trong các chương trình, dự án tăng cường sức khỏe, phòng bệnh, kiểm soát gánh nặng bệnh gắn với các hoạt động phát triển cộng đồng.
- f) Xây dựng và tổ chức thực hiện các chính sách khuyến khích các thành phần kinh tế, cộng đồng, gia đình và cá nhân chăm sóc người cao tuổi, tham gia dịch vụ bảo hiểm nhân thọ; xây dựng chính sách khuyến khích phụ nữ tham gia vào lực lượng lao động cũng như các chương trình tiết kiệm, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm y tế ...

3.6. Khuyến nghị 6: Xây dựng một xã hội hài hoà cho mọi lứa tuổi

- a) Tạo dựng môi trường thân thiện với người cao tuổi
 - Tạo điều kiện làm việc thuận lợi cho người chăm sóc người tàn phế (thời gian làm việc linh hoạt), lao động tuổi 60⁺ (nơi làm việc không có vật cản, thời gian làm việc linh hoạt).
 - Đảm bảo an toàn, thuận tiện cho người cao tuổi trong sinh hoạt, đi lại và sử dụng các dịch vụ.
 - Đảm bảo an ninh tài chính cho người cao tuổi có hoàn cảnh đặc biệt.

- Thực hiện chương trình học tập suốt đời, luyện tập phục hồi chức năng, vui chơi giải trí.
 - Hỗ trợ sử dụng các phương tiện, thiết bị, dụng cụ trợ giúp người cao tuổi.
 - Nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi ứng xử với người cao tuổi trong mọi tình huống.
- b) Củng cố hình ảnh của người cao tuổi trong xã hội hiện đại.
- Ghi nhận và tôn vinh những đóng góp của người cao tuổi với xã hội, gia đình.
 - Đề cao những tấm gương điển hình về người cao tuổi “sống vui, sống khỏe, sống có ích”, gia đình “ Ông bà cha mẹ mẫu mực, con cháu thảo hiền”.
 - Đẩy mạnh tuyên truyền, giáo dục đạo đức “Uống nước nhớ nguồn”.
 - Tăng cường mối liên kết giữa các thế hệ bằng các hoạt động phát triển, các sự kiện lớn tại cộng đồng.
- c) Tăng cường tuyên truyền, phổ biến, giáo dục, thực hiện nghiêm pháp luật và các quy định bảo vệ và chăm sóc người cao tuổi.