

Một số vấn đề về người cao tuổi trong bối cảnh già hóa dân số

Vũ Thị Minh Thu*

Nhận ngày 02 tháng 3 năm 2024. Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 5 năm 2024.

Tóm tắt: Nhiều quốc gia trên thế giới đã quan tâm nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe đối với người cao tuổi bệnh mạn tính để có nhận thức và cơ sở xây dựng chính sách cho nhóm người cao tuổi này. Việt Nam là quốc gia đang trong quá trình già hóa dân số nhanh, điều đáng quan tâm là nhóm người cao tuổi có tỷ lệ ốm đau cao hơn nhiều so với nhóm khác do sự gia tăng các bệnh mạn tính theo tuổi tác. Trong những năm qua Việt Nam đã ban hành quy định pháp luật và văn bản chính sách nhằm đảm bảo chăm sóc sức khỏe đối với người cao tuổi. Tuy nhiên, vấn đề chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi có bệnh mạn tính chưa được chú ý nhiều trong nghiên cứu và hoạch định chính sách. Dựa vào nguồn tài liệu thứ cấp, bài viết nghiên cứu một số kinh nghiệm trên thế giới về hệ thống y tế chăm sóc sức khỏe, nguồn lực tài chính, người thân trong gia đình và nhóm người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, và gợi mở chính sách cho Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số nhanh ở Việt Nam.

Từ khóa: Người cao tuổi có bệnh mạn tính, già hóa dân số, Việt Nam.

Phân loại ngành: Xã hội học

Abstract: Many countries in the world have paid attention to research on healthcare for the elderly with chronic diseases in order to obtain the knowledge of and a basis for developing policies for them. Vietnam has been in the process of rapid aging population, and, due to the increase of age-related chronic diseases, the fact that the elderly have a much higher prevalence of diseases than other groups of people has been an issue of concern. In recent years, Vietnam has issued legal regulations and policy documents to ensure healthcare for the elderly. However, the issue of healthcare for the elderly with chronic diseases has not been paid much attention to in research and policymaking. Based on sources of secondary materials, this article researches a number of global experiences on the healthcare systems, financial resources, family members and the elderly with the chronic diseases, and suggested some policies for the country in the context of rapid aging population.

Keywords: The elderly with chronic diseases, aging population, Vietnam.

Subject classification: Sociology

1. Mở đầu

“Sức khỏe là vốn quý nhất của con người”, là yếu tố quyết định đến chất lượng cuộc sống, đến sự phát triển toàn diện của nền kinh tế, văn hóa và xã hội của các quốc gia. Tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân, mỗi cộng đồng bị chi phối bởi các yếu tố về con người, hệ thống y tế, các hình thức chữa bệnh, môi trường tự nhiên, kinh tế, xã hội, chính trị và văn hóa tại cộng đồng, địa phương hay quốc gia mà họ sinh sống. Những yếu tố này tương tác với nhau, tác động lên sức khỏe cả về thể chất, tinh thần và xã hội, đồng thời hình thành nên các hành vi sức khỏe của mỗi người trong cuộc đời mình.

* Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.
Email: vthmthu@gmail.com

Việt Nam là quốc gia đang trong quá trình già hóa dân số nhanh, điều đáng quan tâm là nhóm người cao tuổi có tỷ lệ ốm đau cao hơn nhiều so với nhóm khác do sự gia tăng các bệnh mạn tính theo tuổi tác, các chấn thương và tai nạn, đồng thời với sự hạn chế trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì nhiều lý do khác nhau về địa lý, kinh tế, xã hội, tâm lý. Mặc dù tuổi thọ của người Việt Nam được xem là khá cao so với các nước có cùng điều kiện về kinh tế - xã hội, tuổi thọ trung bình gần 73 tuổi, song tuổi thọ khỏe mạnh lại chưa cao, trung bình mỗi người cao tuổi ở Việt Nam phải chịu 14 năm bị bệnh tật trong tổng số 73 năm trong cuộc sống của mình (Quốc hội, 2009).

Những quy định của pháp luật về đảm bảo chăm sóc sức khỏe đối với người cao tuổi sẽ thực sự đi vào cuộc sống khi các cơ quan nhà nước, các tổ chức cộng đồng có kế hoạch, chiến lược cụ thể được xây dựng trên cơ sở sự thấu hiểu quan điểm về tuổi già và sức khỏe, nhận thức về nguy cơ bệnh tật, cách thức và nguyên nhân chi phối cách thức chăm lo sức khỏe của người cao tuổi trước và sau khi đến thăm khám ở các cơ sở y tế,... Tuy nhiên, vấn đề chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi có bệnh mạn tính chưa được chú ý nhiều trong nghiên cứu và đánh giá nhằm phân tích các yếu tố xã hội ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của người cao tuổi bệnh mạn tính trong bối cảnh đô thị hóa, công nghiệp hóa và hội nhập quốc tế của Việt Nam.

Thực tế cho thấy hệ thống chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam, vốn được xây dựng chủ yếu để chẩn đoán, điều trị và chăm sóc hướng tới những người bệnh với những tình trạng bệnh lý cấp tính. Thực tế này đang đặt ra nhiều câu hỏi và cần triển khai các hướng nghiên cứu liên quan nhằm trả lời thấu đáo cho các vấn đề có liên quan đến nhóm người cao tuổi mắc bệnh mạn tính. Trong khi đó, trên thế giới đã có một số lượng đáng kể công trình nghiên cứu về tình trạng bệnh mạn tính và sức khỏe của người cao tuổi.

Bài viết này nghiên cứu nguồn tài liệu thứ cấp là các công trình nghiên cứu trong và ngoài nước trong thời gian gần đây, từ tiếp cận xã hội học, phân tích kết quả đóng góp của các nghiên cứu trên thế giới và một số nghiên cứu ở Việt Nam đã phát hiện về các khía cạnh liên quan người cao tuổi và bệnh mạn tính, nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, vai trò của gia đình trong chăm sóc người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, những gánh nặng tài chính và nguy cơ nghèo khó của gia đình người cao tuổi có bệnh mạn tính; trên cơ sở tổng quan phân tích kết quả đạt được, chỉ ra hạn chế và khoảng trống của các nghiên cứu còn bỏ ngỏ, bài viết đề xuất hướng nghiên cứu tiếp theo cần sớm quan tâm trong bối cảnh già hóa dân số ở Việt Nam đang diễn ra nhanh.

2. Vấn đề với người cao tuổi

Các bệnh mạn tính là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các nước có thu nhập cao và là một vấn đề ngày càng gia tăng ở các nơi khác trên thế giới (Beaglehole R et al., 2011; Boutayeb A, 2006). Những người lớn tuổi có tỷ lệ mắc bệnh mạn tính cao hơn, đặc biệt là ở nhóm người nghèo (Rechel B et al., 2013; Abel T Morabia A, 2006). Bệnh mạn tính ở người cao tuổi không chỉ là vấn đề sức khỏe của cá nhân người mắc bệnh mà còn tạo ra những gánh nặng về vật chất và tinh thần cho hộ gia đình, cho hệ thống y tế và toàn xã hội. Có rất nhiều chủ đề có liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi có bệnh mạn tính đã được nghiên cứu.

2.1. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi

Trong mối quan hệ với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tất cả các bằng chứng đều chỉ ra rằng, ở những người cao tuổi có bệnh mạn tính, các kịch bản chăm sóc bệnh nhân nội và

ngoại trú phức tạp hơn (G. Anderson, 2010). Người cao tuổi mắc bệnh mãn tính có nhu cầu ngày càng tăng đối với các dịch vụ của bác sĩ, điều này ảnh hưởng không tương xứng đến việc sử dụng dịch vụ của các bác sĩ chuyên khoa (B. Starfield et al., 2005; G. C. Xakellis, 2005). Ngoài ra, bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh mãn tính gặp nhiều bác sĩ (G. Anderson, 2010) và đối mặt với nhiều vấn đề hơn trong mỗi lần gặp gỡ (J. W. Beasley et al., 2004). Họ sử dụng nhiều thuốc theo toa hơn đáng kể và chi phí thuốc theo toa cao hơn (E. D. Moxey et al., 2003; C. Mueller et al., 1997; U. Sambamoorthi et al., 2003). Những người sử dụng nhiều loại thuốc (polypharmacy) có nhiều nguy cơ bị các tác dụng phụ của thuốc (T. K. Gandhi et al., 2003; H. Y. Lin et al., 2008). Trong khi các tác dụng phụ của thuốc gây ra chi phí đáng kể cho hệ thống chăm sóc sức khỏe (M. Akazawa et al., 2010; M. M. Burton et al., 2007). Trong các phân tích đã điều chỉnh, các biện pháp cho bệnh mãn tính thường có tác động mạnh hơn nhiều đến kết quả của dịch vụ chăm sóc sức khỏe so với các yếu tố tạo tiền đề và tạo điều kiện.

Các nghiên cứu kiểm soát nhiều biến số nhân khẩu học, kinh tế - xã hội và cơ địa đã quan sát thấy không có sự thay đổi về hướng tác động của bệnh mãn tính đối với kết quả sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, tuổi và bố trí cuộc sống (tức là sống một mình) có quan hệ tích cực đến việc sử dụng bệnh viện, tức là những người ở một mình có xu hướng sử dụng dịch vụ bệnh viện nhiều hơn (R. Ionescu-Ittu et al., 2007); (J. Librero et al., 1999). Tương tự, nhóm nữ giới và nhóm có bảo hiểm bổ sung thì liên quan đến việc gia tăng sử dụng thuốc kê đơn (C. Fahlman et al., 2006; Sambamoorthi et al., 2003), sự gia tăng này là độc lập với số lượng bệnh mãn tính mà họ mắc phải.

Do mối quan hệ chặt chẽ với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, những người lớn tuổi có bệnh mãn tính có xu hướng sử dụng càng nhiều các dịch vụ này hơn. Một số nghiên cứu bao gồm đã quan sát thấy mối quan hệ đường cong (gần hàm mũ), trong đó chi tiêu tăng gấp đôi với mỗi một bệnh mãn tính bổ sung (C. Hoffman et al., 1996; K. M. Schneider et al., 2009; J. L. Wolff et al., 2002). Nói chung, bệnh nhân cao tuổi càng có nhiều bệnh mãn tính thì chi phí y tế bổ sung càng cao. Điều này cho thấy rằng, chi phí không chỉ đơn giản tăng lên theo dạng cộng tổng đơn thuần mà các bệnh mãn tính có thể tương tác theo một cách nào đó để làm cho chi phí tăng theo cấp số nhân. Do đó, bệnh nhân có nhiều bệnh mãn tính, đồng thời có thể có nguy cơ phải chịu các chi phí bổ sung rất cao khi họ mắc thêm một hoặc nhiều loại bệnh khác. Nhất thiết, nhóm các cá nhân có nhiều bệnh mạn tính đồng thời đã tiêu tốn một tỷ lệ lớn trong tổng số quỹ, dẫn đến sự phân bổ không đồng đều các nguồn lực chăm sóc sức khỏe sẵn có (K. M. Schneider et al., 2009; J. L. Wolff et al., 2002).

2.2. Gia đình trong chăm sóc người cao tuổi bệnh mạn tính

Rất nhiều quốc gia trên thế giới đang đối mặt với tình trạng già hóa dân số, và với tỉ lệ những người cao tuổi có bệnh mãn tính đang tăng lên (Suzman R and Beard J., 2011; Chatterji S et al., 2015). Thực tế này sẽ làm leo thang gánh nặng cho sức khỏe cộng đồng ở các nước đang phát triển (Donkor ES, 2018). Mặt khác, điều này cũng đồng nghĩa với sự gia tăng áp lực cho các thành viên trong những hộ gia đình có người cao tuổi mắc các loại bệnh này. Tổ chức Y tế thế giới WHO báo cáo rằng khoảng 5-8% dân số trên 60 tuổi bị sa sút trí tuệ (WHO, 2020). Tỷ lệ sống sót ngày càng tăng sau khi bị những đột quỵ liên quan đến tim mạch đã làm tăng tỷ lệ mắc bệnh suy tim ở người lớn tuổi. Những trạng thái mạn tính này có liên quan đến suy giảm tình trạng chức năng và chất lượng cuộc sống thấp hơn ở người lớn tuổi (Díez-Villanueva P and Alfonso F., 2016).

Sự phức tạp của việc chăm sóc cần thiết cho người lớn tuổi mắc bệnh mạn tính làm tăng mức độ cần thiết phải chuyển từ chăm sóc cấp tính sang chăm sóc tại nhà (Kogan AC

et al., 2016). Đặc biệt ở các quốc gia chịu ảnh hưởng nhiều từ văn hóa truyền thống, ngày càng nhiều người đảm nhận nhiệm vụ chăm sóc cha mẹ già hoặc các thành viên cao tuổi khác trong gia đình của họ mà mắc các loại bệnh mãn tính khác nhau (Xiaocang Xu et al., 2019). Chăm sóc người lớn tuổi tại nhà sử dụng các nguồn lực vật chất, tài chính và tâm lý xã hội của những người chăm sóc trong gia đình (Garlo K et al., 2012). Người thân, bạn đời, bạn bè hoặc hàng xóm có mối quan hệ cá nhân quan trọng sẽ cung cấp nhiều sự trợ giúp cho người lớn tuổi hoặc người lớn mắc bệnh mạn tính (Ringer T et al., 2017).

Ở các nước phát triển, người lớn tuổi nhận được an sinh xã hội và chăm sóc chính thức tại các cơ sở chăm sóc có chuyên môn được bảo hiểm. Ngược lại ở các nước đang phát triển, đặc biệt là ở các nước châu Á, hiếm thấy một chương trình chăm sóc sức khỏe theo một tiến trình hoàn chỉnh cũng như đi kèm với các hỗ trợ và bảo hiểm có mức thanh toán cao cho người lớn tuổi, điều này dẫn đến chi phí chăm sóc sức khỏe leo thang cùng với thời gian nằm viện và do đó xu hướng chăm sóc tại nhà trở nên phổ biến (Adhikari RD and Hui F., 2020). Điều này đã khiến việc chăm sóc gia đình trở thành tiêu chuẩn ở hầu hết các nước đang phát triển, đặc biệt là ở các nước châu Á.

Trách nhiệm hiếu thảo là trách nhiệm chính của con cái trưởng thành trong các xã hội châu Á. Người lớn tuổi từ châu Á lo sợ sự kỳ thị của xã hội khi được coi là “bị gia đình bỏ rơi” nếu được đưa vào các cơ sở chăm sóc người cao tuổi (Xie H et al., 2016). Cơ cấu gia đình mở rộng ở hầu hết các nước châu Á, tạo điều kiện cho những người chăm sóc gia đình chia sẻ trách nhiệm chăm sóc. Tuy nhiên, những thay đổi về kinh tế - xã hội và nhân khẩu học đã thay thế cuộc sống gia đình mở rộng bằng gia đình hạt nhân, làm gia tăng trách nhiệm của những người chăm sóc trong mô hình gia đình này. Ba biểu hiện chính của sự hình thành gia đình (độc thân, hôn nhân và ly hôn) cho thấy các gia đình châu Á đã trải qua những thay đổi về cấu trúc. Trì hoãn hôn nhân lâu hơn và gia tăng ly hôn là những đặc điểm nổi bật (Quah SR. Major, 2003).

Những trải nghiệm về việc chăm sóc trở thành thông lệ và gây căng thẳng cho những người chăm sóc. Sự phụ thuộc ngày càng tăng của người nhận sự chăm sóc vào người chăm sóc có thể làm tổn hại thêm đến sức khỏe thể chất, tài chính và tâm lý xã hội của người chăm sóc họ. Những trải nghiệm này của người chăm sóc được gọi là “gánh nặng của người chăm sóc” (Garlo K et al., 2012). Gánh nặng mà người chăm sóc phải gánh chịu có thể là khách quan về thể chất và tài chính (Wolff JL et al., 2017). Nhận thức chủ quan của họ đã được thể hiện dưới dạng đau buồn, lo lắng và tự buộc tội (Xie H et al., 2016).

2.3. Gánh nặng tài chính và nguy cơ nghèo khó với người cao tuổi

Các bệnh mạn tính có thể dẫn đến gia tăng chi phí chăm sóc sức khỏe đột biến và gây ra gánh nặng tài chính đáng kể. Ngược lại, gánh nặng tài chính do phải chạy chữa những bệnh tật nghiêm trọng cũng có thể dẫn đến bệnh mạn tính (Rechel B et al., 2013; Kawabata K et al., 2002). Những hộ gia đình gặp phải tình trạng chi tiêu cho y tế trầm trọng có thể phải đối mặt với đói nghèo và cần phải cắt giảm các loại chi tiêu khác như thực phẩm, giáo dục,... hoặc sử dụng các cơ chế đối phó như tiết kiệm hoặc vay tiền (Flores G et al., 2008). Theo cách này, các thành viên của các hộ gia đình đó trở nên dễ bị mắc thêm các bệnh mạn tính hoặc các bệnh đi kèm có liên quan (Wagstaff A and Eozenou PH-V, 2014). Điều này cho thấy mối quan hệ giữa các bệnh mạn tính và chi phí y tế mà NCT phải đối mặt. Nếu họ gặp khó khăn về tài chính chi trả khám chữa bệnh mạn tính thì có thể dẫn đến tình hình bệnh tật ngày càng nặng hơn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống tuổi già.

Những khoản chi tiêu chính cho y tế là một chỉ báo được đề cập trong các trường hợp khi các khoản chi trả từ tiền túi vượt quá một tỷ trọng ngưỡng nhất định trong tổng chi tiêu

cho thực phẩm hoặc phi thực phẩm của các hộ gia đình (Wagstaff A and Eozenou PH-V, 2014). Các ngưỡng được sử dụng để đánh giá sự khác biệt trong các nghiên cứu thường được dùng là 10-25% tổng chi tiêu của tiêu dùng hoặc 25-40% chi tiêu phi thực phẩm (Smith O and Nguyen SN, 2013). Các nghiên cứu trước đây cũng đã sử dụng các chỉ số khác nhau về sự giàu có như: chi tiêu, thu nhập, tiêu dùng.

Một cách tiếp cận khác để đánh giá gánh nặng tài chính do chi trả tiền túi cho y tế là đo lường tỷ lệ hộ gia đình rơi xuống dưới mức nghèo quốc gia do kết quả của các chi trả này, được gọi là tác động làm nghèo đi của chi tiêu cho y tế (WHO, 2005). Các tài liệu hiện có cho thấy rằng đánh giá tác động của bệnh tật qua chi báo tỷ lệ chi tiêu chính là một thước đo thích hợp hơn cho gánh nặng tài chính của chi tiêu từ cho y tế ở các nước phát triển (các nước châu Âu hoặc Hoa Kỳ), trong khi tiếp cận về tình trạng nghèo khó được sử dụng nhiều hơn để đánh giá gánh nặng tài chính ở các nước đang phát triển (Wagstaff A and Eozenou PH-V, 2014).

Mức chi trả tiền túi cao cho chăm sóc sức khỏe, chủ yếu là đặc điểm của các nước có thu nhập thấp và trung bình, có thể khiến các hộ gia đình gặp phải thảm họa tài chính (Xu K et al., 2007). Gia đình bệnh nhân cũng đang đảm nhận nhiều công việc chăm sóc hơn, điều này có thể làm giảm thu nhập của họ, nếu họ phải cắt giảm giờ làm việc hoặc ngừng việc hoàn toàn (Glendinning C et al., 2009). Những cá nhân đã từ bỏ công việc để cung cấp dịch vụ chăm sóc có thể trở nên phụ thuộc tài chính vào người nhận dịch vụ chăm sóc, điều này có thể gây ra lo lắng khi bệnh nhân cần chuyển đến một cơ sở chăm sóc khác (Glendinning C, 1990). Những người gặp khó khăn trong việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc được biết là đã từ bỏ hoặc trì hoãn việc điều trị cần thiết.

Người lớn tuổi có thể gặp rủi ro đặc biệt từ do các tác động từ chi phí liên quan đến bệnh tật. Trung bình, 13,5% người trên 65 tuổi ở các nước phát triển thuộc nhóm OECD sống trong tình trạng nghèo về thu nhập (tức là thu nhập của họ thấp hơn 50% mức trung bình của cả nước), so với 10,6% của dân số nói chung, điều này có thể nghiêm trọng hơn ở các nước đang phát triển và các nước nghèo (OECD, 2011). Khi tuổi thọ tăng lên, có nhiều khả năng phát triển các nhu cầu phức tạp hơn và yêu cầu chăm sóc sức khỏe và xã hội trong thời gian dài (Bardsley M et al., 2010). Chúng ta cần hiểu được những ai là người có nguy cơ cao nhất phải trải qua những hậu quả bất lợi của các chi phí liên quan đến bệnh tật là một bước thiết yếu để đảm bảo tài chính được bảo vệ sức khỏe. Việc xác định các nhóm dân số dễ bị tổn thương có thể cung cấp thông tin về các chính sách hỗ trợ và giải pháp thích hợp, đồng thời có thể cho phép nhằm mục tiêu các biện pháp can thiệp ở những đối tượng cần nhất.

3. Vấn đề với người cao tuổi ở Việt Nam

Dân số Việt Nam đã đạt xấp xỉ 100 triệu người vào năm 2021 (UN, 2021), trong đó thống kê năm 2019 cho thấy có 7,7% dân số Việt Nam là trên độ tuổi 65, tăng 1,3% so với năm 2009. Chỉ số già hóa năm 2019 là 48,8%, tăng lên khoảng 13% so với năm 2009 (Tổng cục thống kê, 2019). Điều này thấy và mức độ già hóa dân số đang tăng và sẽ được dự báo tiếp tục tăng lên trong tương lai. Bên cạnh đó, tỉ lệ mắc bệnh mãn tính trong dân số Việt Nam cũng đang có xu hướng gia tăng, theo (Bộ Y tế, 2009) tỷ lệ nhập viện do các bệnh mạn tính tăng từ 39% năm 1986 lên 66,2% năm 2008 và tử vong do bệnh mạn tính tăng từ 42% năm 1986 lên 63,3% năm 2009. Những người lớn tuổi có tỉ lệ mắc bệnh mãn tính cao hơn (Rechel B et al., 2013), theo khảo sát của Viện Lão khoa trung ương, trung bình mỗi người cao tuổi mắc ba bệnh mãn tính, những bệnh nhân của bệnh viện này mắc từ 5-6 loại bệnh khác nhau. Điều này làm cho các triệu chứng là khó chẩn đoán hơn và tỉ lệ biến chứng cũng tăng lên (Tran Thi Bích Ngọc et al., 2016). Sự tăng lên về số lượng người cao tuổi cũng như tỉ lệ mắc bệnh mãn tính nhìn chung trong tổng dân số như đã đề cập ở trên tất yếu sẽ kéo theo những vấn đề về chăm sóc sức khỏe cho họ.

Mặt khác, y tế Việt Nam hiện tại sử dụng ba nguồn tài chính để chi trả cho các chi phí y tế, bao gồm: Ngân sách quốc gia, hệ thống bảo hiểm y tế và tiền túi của bệnh nhân. Ngân sách quốc gia đóng vai trò như là một nguồn tài chính quan trọng để đảm bảo y tế công cộng, chiếm khoảng 25% tổng chi phí y tế. Hệ thống bảo hiểm y tế cũng có những bước phát triển đáng kể, tỉ lệ phủ trên tổng dân số từ 16% năm 2002 tăng lên 60% năm 2010 và 90,8% năm 2020 (Bộ Y tế, 2020). Tuy nhiên, bảo hiểm y tế chỉ đóng góp vào khoảng 25% trong tổng chi phí chi y tế và tiền túi của bệnh nhân vẫn chiếm tỉ trọng lớn nhất trong cơ cấu chi phí, khoảng 48,8% (Bộ Y tế, 2015), thực tế này kéo theo những gánh nặng tài chính khi trong hộ gia đình có người cao tuổi mắc các bệnh mãn tính. Những chủ đề trong các vấn đề này được đề cập trong các nghiên cứu ở Việt Nam hầu hết là tương tự như các chủ đề các nghiên cứu quốc tế đã tìm ra mà đã được đề cập đến ở các phần trên, bao gồm: Các gánh nặng tài chính, nhiệm vụ chăm sóc của thành viên gia đình và mối liên hệ giữa bệnh mãn tính và việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Trong một nghiên cứu trường hợp về vấn đề tài chính trong các hộ gia đình có người cao tuổi mắc bệnh mãn tính (Hoang Van Minh and Bach Xuan Tran, 2012) tìm thấy rằng, tỉ lệ sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của những hộ có người cao tuổi mắc bệnh mãn tính là cao hơn hẳn, chi phí dành cho y tế của những hộ này cũng là khoảng 5.700.000 VND/tháng (hơn gấp đôi với những hộ không có người mắc bệnh mãn tính). Nghiên cứu này kết luận rằng, các bệnh mãn tính ở người cao tuổi đã ảnh hưởng đáng kể đến tình trạng tài chính của hộ gia đình do họ buộc phải sử dụng thêm các dịch vụ y tế cho người bị ốm, các nghiên cứu của (Bộ Y tế, 2003; Binh TV et al., 2002; Cockram CS et al., 2006) cũng đưa ra những kết luận tương tự. Điều này thậm chí đẩy một số hộ gia đình vào tình cảnh “túng quẫn” về kinh tế và trong nhiều trường hợp phải sử dụng các cơ chế ứng phó như vay tiền bạn bè và hàng xóm (Hien PT, 2004).

Wagstaff A., 2021 nhận thấy rằng các hộ gia đình Việt Nam đã phải giảm chi tiêu cho lương thực thực phẩm khi thu nhập bị giảm và chi phí chăm sóc y tế tăng thêm vì có người thân mắc bệnh mạn tính (Tran Thi Bich Ngoc et al., 2016) cho rằng, những sự chăm sóc cho người cao tuổi mắc bệnh mãn tính đến từ người thân trong gia đình vẫn là hiệu quả nhất. Trong một nghiên cứu khác về nhiệm vụ chăm sóc người cao tuổi có bệnh mạn tính. Theo Đặng Thanh Nhân, 2019 phát hiện thấy, khi mắc bệnh mạn tính, những người cao tuổi mặc dù vẫn nhận được chăm sóc từ người thân trong gia đình nhưng tỉ lệ người bệnh chủ động tự chăm sóc bản thân bằng các biện pháp khác nhau ngày càng tăng lên. Điều này theo tác giả là vì những người bệnh tự đánh giá rằng họ có hiểu biết sâu sắc hơn những người khác về bệnh tật của mình, do đó họ muốn tự mình chăm sóc bản thân trong khả năng có thể vì họ cho rằng đó là cách tốt nhất.

Về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi có bệnh mạn tính. Trong nhiều lĩnh vực, việc giảm hỗ trợ tài chính của hệ thống y tế nhà nước làm tăng tỷ trọng của dịch vụ y tế trong cơ cấu chi phí của người cao tuổi và gia đình của họ. Ngoài ra, các bằng chứng chỉ ra rằng xu hướng lập gia đình lớn tuổi, sinh ít con, sống một mình sau ly hôn (tỷ lệ người cao tuổi sống một mình là 14,2%) càng làm trầm trọng thêm vấn đề tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi trong tương lai. Thu nhập của người già rất thấp, nhất là ở nông thôn, miền núi, phần lớn không có lương hưu, tiền tiết kiệm, trong khi nhu cầu chăm sóc sức khỏe, xã hội là rất lớn. Theo một cuộc khảo sát do Viện Lão hóa Quốc gia thực hiện tại 3 thành phố lớn là Hà Nội, Huế và Bà Rịa - Vũng Tàu, nguyên nhân chính dẫn đến việc không có dịch vụ chăm sóc y tế cho người cao tuổi là do nguồn lực tài chính hạn hẹp (45,3%), khó khăn trong việc di chuyển vào một thành phố (17,3%), chất lượng cơ sở y tế địa phương thấp

(16,5%) và khác (20,9%). Từ 53,5% đến 73,5% người cao tuổi thường xuyên mắc bệnh; thời gian bị bệnh thông thường là 2,4 ngày mỗi tháng (Jonathan Mwangi et al., 2015).

4. Kết luận

Có thể nói, vấn đề chăm sóc sức khỏe người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, liên quan đến hệ thống y tế, nguồn lực tài chính và vai trò của gia đình trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Điều đáng quan tâm là các nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra hệ thống y tế, đội ngũ bác sĩ, thuốc thang và mức độ tiếp cận sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi có bệnh mạn tính; gia đình cũng đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc người cao tuổi có bệnh mạn tính. Ở Việt Nam cũng đã chỉ ra các chiều cạnh liên quan đến gánh nặng tài chính, vai trò của các thành viên gia đình trong việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; mối liên hệ giữa bệnh mạn tính và việc sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi.

Việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi khi đau ốm, từ góc nhìn xã hội học để tìm hiểu về các yếu tố khác nhau, đặc biệt là yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi sau khi điều trị bệnh mạn tính ở các cơ sở y tế. Nhiều vấn đề với người cao tuổi cần được tiếp tục nghiên cứu sâu hơn như hệ thống chính sách, tài chính cho việc khám chữa bệnh, cơ sở y tế, đội ngũ bác sĩ và nhân viên y tế, thói quen, tình trạng sức khỏe, người thân và cộng đồng của người cao tuổi có bệnh mạn tính, v.v.. Đặc biệt, trong bối cảnh già hóa dân số và số người cao tuổi mắc bệnh mạn tính gia tăng nhanh ở Việt Nam. Cần tiếp tục nghiên cứu sâu hơn về việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi có bệnh mạn tính của gia đình, cộng đồng, cơ sở y tế sẽ cung cấp nhận thức mới giúp cho hệ thống y tế, cộng đồng và gia đình có phương thức điều trị và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tốt hơn, có cuộc sống vui khỏe và tiếp tục đóng góp sức lực vào cuộc sống của gia đình và cộng đồng.

Tài liệu tham khảo

- Adhikari RD & F. Hui. (2020). Ageing persons and rising responsibilities of family caregivers: minireview. *Glob. J. Aging Geriatr. Res*, 1, 1-2.
- Akazawa, M. Imai H., Igarashi A. & Tsutani K. (2010). Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 8, 146-160.
- Anderson G. (2010). *Chronic care: Making the case for ongoing care* [Online]. Available: <http://www.rwjf.org/files/research/50968chronic.care.chartbook.pdf> Accessed 03/07/2022.
- Abel T Morabia A. (2006). The WHO report “Preventing chronic diseases: a vital investment” and us. *Sozialund Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*.
- Bardsley M, Georgiou T & J Dixon. (2010). *Social Care and Hospital Use at the End of Life*. London, The Nuffield Trust.
- Beaglehole R, Bonita R, Horton R Adams C, Alleyne G Asaria P & al et. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*, 377(9775), 1438-47.
- Burton M. M., Hope C., Murray M. D., Hui S. & Overhage J. M. (2007). The cost of adverse drug events in ambulatory care. *AMIA Annual Symposium Proceedings*.
- Boutayeb A. (2006). The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Transactions of the Royal society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(3), 191.
- Bình TV, Uoc HK & CS Cockram. (2002). The prevalence of diabetes and IGT in Vietnam. Results of a national survey conducted in 2002. *18th International Diabetes Federation Congress*. Paris.
- Bộ Y tế. (2003). *Vietnam National Health Survey 2001-2002*.
- Bộ Y tế (2009). *Niên giám thống kê y tế*.
- Bộ Y tế (2015). *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015 Bộ y tế*.
- Bộ Y tế. (2020). Hết năm 2020, có 87,96 triệu người tham gia BHYT, bao phủ 90,85% dân số. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/het-nam-2020-co-87-96-trieu-nguoi-tham-gia-bhyt-bao-phu-90-85-dan-so.

- Cockram CS, Van Binh T & G Galea. (2006). Diabetes prevention and control in Vietnam: a demonstration project in two provinces. *Pract Diabetes Int*, 23, 361: 4.
- Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T & Health Verdes E. (2015). Functioning, and disability in older adults-present status and future implications. *The Lancet*, 385-563.
- C. Fahlman, Lynn J., Doberman D., Gabel J. & Finch M. (2006). Prescription drug spending for beneficiaries in the last Medicare plus Choice year of life. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 884-893.
- C. Hoffman, Rice D. & Sung H. Y. (1996). Persons with chronic conditions: Their prevalence and costs. *Journal of the American Medical Association*, 276(18), 1473-1479.
- C. Mueller, Schur C. & O'Connell J. (1997). Prescription drug spending: The impact of age and chronic disease status. *American Journal of Public Health*, 87, 1626-1629.
- Díez-Villanueva P & F. Alfonso. (2016). Heart failure in the elderly. *J Geriatr Cardiol*, 13, 115.
- Donkor ES. (2018). Stroke in the 21st century: a snapshot of the burden, epidemiology, and quality of life. *Stroke Res Treat*.
- Đặng Thanh Nhân. (2019). The Role of the Family in Daily Care for the Elderly in Changing Rural Vietnam. *Wieś i Rolnictwo*, 3 (184), 95-119.
- Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O & E. Van Doorslaer. (2008). Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health economics*, 17(12), 1393-1412.
- Garlo K, O'leary JR, Van Ness PH & TR. Fried. (2012). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J. Am. Geriatr. Soc*, 58, 2315-2337.
- Glendinning C, Tjadens F, Arksey H, Morée M, Moran N & H. Nies. (2009). *Care provision within families and its socio-economic impact on care providers. Working Paper No. EU 2342*, Social Policy Research Unit |University of York.
- Glendinning C. (1990). Dependency and interdependency: the incomes of informal carers and the impact of social security. *Journal of Social Policy*, 19 (4), 469 - 97.
- H. Y. Lin, Liao C. C., Cheng S. H., Wang P. C. & Hsueh Y. S. (2008). Association of potentially inappropriate medication use with adverse outcomes in ambulatory elderly patients with chronic diseases: Experience in a Taiwanese medical setting. *Drugs & Aging*, 25, 49-59.
- Hien PT (2004). Health care expenditure among diabetes patients. Ha Noi: Institute for Health and Development.
- Hoang Van Minh & Tran Bach Xuan. (2012). Assessing the household financial burden associated with the chronic non-communicable diseases in a rural district of Vietnam. *Global Health Action*, 12.
- Jonathan Mwangi, Kulane Asli & Hoi Le Van. (2015). Chronic diseases among the elderly in a rural Vietnam: prevalence, associated socio-demographic factors and healthcare expenditures. *International Journal for equity in health*, 14, 134.
- J. Librero, Peiro S. & Ordinana R. (1999). Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: Length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52, 171-179.
- J. W. Beasley, Hankey T. H., Erickson R., Stange K. C., Mundt M. & Elliott M. (2004). How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Annals of Family Medicine*, 2, 405-410.
- Kawabata K, Xu K & G. Carrin. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8):612.
- Kogan AC, Wilber K & L. Mosqueda (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: a systematic literature review. *J Am Geriatr Soc*, 64, 1-7.
- Moxey, E. D. O'Connor J. P., Novielli K. D., Teutsch S. & Nash D. B. (2003). Prescription drug use in the elderly: A descriptive analysis. *Health Care Financing Review*, 24, 127-141.
- OECD. (2011). *Oldage income poverty Pensions at a Glance* [Online]. Available: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf> [Accessed 03/07/2022].

- Quah SR. Major (2003). *Trends affecting families in East and Southeast Asia*, National University of Singapore.
- R. Ionescu-Ittu, McCusker J., Ciampi A., Vadeboncoeur A. M., Roberge D. & Larouche D. (2007). Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 177, 1362-1368.
- Rechel B, Grundy E, Robine J-M, Cylus J, Mackenbach JP & C Knai (2013). Ageing in the European union. *The Lancet*, 381 (9874), 1312 - 22.
- Ringer T, Hazzan AA, Agarwal A, Mutsaers A & A Papaioannou. (2017). Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Syst. Rev*, 6, 55.
- Sambamoorthi, U. Shea, D., & Crystal S. (2003). Total and out-of-pocket expenditures for prescription drugs among older persons. *The Gerontologist*, 43, 345-359.
- Schneider K. M., O'Donnell B. E. & Dean D. (2009). Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 82.
- Smith O & SN Nguyen (2013). Getting better: improving health system outcomes in Europe and Central Asia| World Bank Publications.
- Starfield B., Lemke K. W., Herbert R., Pavlovich W. D. & Anderson G. (2005). Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Annals of Family Medicine*, 3, 215-222.
- Suzman R & J. Beard. (2011). Global Health and Aging. World Health Organization [Online]. Available: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.
- T. K. Gandhi, Weingart S. N., Borus J., Seger A. C., Peterson J. & Burdick E. (2003). Adverse drug events in ambulatory care. *New England Journal of Medicine*, 348, 1556-1564.
- Tổng cục Thống kê (2019). *Báo cáo tổng điều tra dân số và nhà ở 2019*.
- Tran Thi Bich Ngoc, Galina A. Barysheva & Shpekht Lyubov S. (2016). The Care of Elderly People in Vietnam. The European Proceeding of Social and Behavioural Sciences,
- UN. (2021). *UN Data for VietNam* [Online]. Available: <http://data.un.org/en/iso/vn.html>. Accessed 02/07/2022.
- Xakellis G. C. (2005). Are patients who use a generalist physician healthier than those who seek specialty care directly? *Family Medicine*. 37, 719-726.
- Xiaocang Xu , Xiuquan Huang, Xiaolu Zhang & Chen Linhong. (2019). Family Economic Burden of Elderly Chronic Diseases: Evidence from China. *Health Care*. 7 (99), 1-12.
- Xie H, Cheng C, Tao Y, Zhang J, Robert D Jia J & al. et (2016). Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 14, 99.
- Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P & T Evans (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26 (4). 972-83.
- Wagstaff A & PH-V Eozenou (2014). CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health | World Bank Policy Research Working Paper.
- Wagstaff A. (2021). The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *J Health Econ*, 26, 82-100.
- WHO. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure.
- WHO. (2020). *Newsroom Factsheet, Dementia* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Wolff JL, Mulcahy J, Huang J, Roth DL, Covinsky K & JD. Kasper. (2017). Family caregivers of older adults, 1999-2015: Trends in characteristics, circumstances, and role-related appraisal. *Gerontologist* 58, 1021-1052.