

KHẢ NĂNG SẴN SÀNG CHI TRẢ CHO DỊCH VỤ CHĂM SÓC DÀI HẠN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM

Phí Mạnh Phong¹, Phạm Thanh Hà², Giang Thanh Long³

Tóm tắt: Nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình (PCS) năm 2021 để phân tích khả năng sẵn sàng chi trả cho các loại hình dịch vụ chăm sóc dài hạn của người cao tuổi ở Việt Nam. Kết quả cho thấy có 37,04% người cao tuổi và gia đình họ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn khi cần. Các nhóm có điều kiện kinh tế, xã hội, sức khỏe tốt hơn có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn. Tuổi, giới tính, khu vực sống, dân tộc, tình trạng hôn nhân, trình độ giáo dục, tình trạng sức khỏe tự đánh giá, tình trạng sức khỏe chức năng là các nhân tố tác động đến khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn của người cao tuổi và gia đình họ ở Việt Nam. Một số hàm ý chính sách được rút ra từ những kết quả phân tích.

Từ khóa: Dịch vụ chăm sóc dài hạn; Nhu cầu chăm sóc dài hạn; Người cao tuổi; Sẵn sàng chi trả; Việt Nam.

WILLINGNESS TO PAY FOR LONG-TERM CARE SERVICES AMONG OLDER PEOPLE IN VIETNAM

Abstract: The paper uses data from the 2021 Population Change and Family Planning Survey (PCS) to analyze the willingness to pay for various types of long-term care services among older persons in Vietnam. The results illustrate that 37.04% of older individuals and their families are willing to pay for long-term care services when needed. Higher willingness to pay is observed among groups with better economic, social, and health conditions. Factors such as age, gender, area of residence, ethnicity, marital status, education level, self-rated health, and functional health status significantly influence the willingness to pay for long-term care services among older persons and their families in Vietnam. Several policy implications are released from the findings.

Keywords: Long-term care services; Long-term care needs; Older persons; Willingness to pay; Vietnam.

Nộp bản thảo: 18/5/2025

Chấp nhận đăng: 20/10/2025

1. Đặt vấn đề

Nhiều quốc gia trên thế giới đang trải qua quá trình già hóa dân số, khu vực châu Á - Thái Bình Dương không phải là ngoại lệ, là khu vực có tốc độ già hóa dân số đáng báo động. Trong khi các quốc gia phát triển ở ngoài khu vực mất 60 năm để có cơ cấu dân số già nhưng theo dự báo các nước khu vực châu Á - Thái Bình Dương sẽ chỉ mất trung bình 27 năm để trở thành các quốc gia

¹TS, Trường Đại học Mở - Địa chất, email liên hệ: phimanhphong@gmail.com.

²Cử nhân, Học viên cao học MDE khóa 30, Đại học Kinh tế Quốc dân.

³GS.TS, Trường Đại học kinh tế Quốc dân.

có cơ cấu dân số già (ILO, 2024). Già hóa dân số làm gia tăng các vấn đề sức khỏe như khuyết tật chức năng, gánh nặng bệnh tật, đặc biệt là các bệnh mạn tính và thương tật. Chính vì vậy, ngày càng nhiều người cao tuổi gặp khó khăn hoặc hoàn toàn không thể tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày của cá nhân như ăn uống, tắm giặt, vệ sinh, thay quần áo, đi lại, do đó nhu cầu chăm sóc dài hạn ngày càng tăng (WHO, 2015).

Là quốc gia có mức thu nhập trung bình, dân số khoảng hơn 101 triệu người, do tỷ suất sinh giảm và tuổi thọ gia tăng, Việt Nam đang trải qua giai đoạn già hóa dân số với tốc độ rất nhanh. Dự báo người cao tuổi (người từ 60 tuổi trở lên) sẽ chiếm hơn 25% dân số vào năm 2045 so với chỉ 12% năm 2020. Cùng với quá trình già hóa dân số, Việt Nam chứng kiến sự thay đổi mô hình bệnh tật với sự gia tăng của các bệnh mạn tính, các vấn đề sức khỏe liên quan đến tuổi già như suy giảm chức năng, thương tật, mất trí nhớ (ADB, 2022). Như đã đề cập ở trên, trong điều kiện đó nhu cầu chăm sóc dài hạn của người cao tuổi sẽ ngày càng tăng.

Theo truyền thống của người Việt cũng như nhiều quốc gia khác chịu ảnh hưởng của tư tưởng Nho giáo, gia đình là nhân tố quan trọng trong chăm sóc người cao tuổi. Nghĩa vụ, trách nhiệm chăm sóc người cao tuổi thuộc về các thành viên gia đình không chỉ được giới hạn ở các chuẩn mực văn hóa, đạo đức mà còn được thể chế hóa bởi các quy định của pháp luật. Điều 10, mục 1, chương 2 của Luật Người cao tuổi do Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ban hành quy định con, cháu và người thân khác có nghĩa vụ phụng dưỡng cho người cao tuổi trong gia đình. Điều trên hàm ý các thành viên trong gia đình là người chăm sóc chính cho người cao tuổi. Cũng giống nhiều quốc gia ở châu Á khác, người chăm sóc chính trong gia đình thuộc về phụ nữ (Vũ C.N và cộng sự, 2020). Kết quả một nghiên cứu cho thấy, 43,13%, 42,44%, 37,04%, 34,67%, 19,38% người cao tuổi cho rằng họ nhận được sự chăm sóc tương ứng từ con gái, vợ/chồng, con trai, con dâu, cháu gái của họ và chỉ có 1,92% người cao tuổi nhận sự chăm sóc từ người làm thuê (Giang Thanh Long và cộng sự, 2023).

Tuy nhiên, hình thức chăm sóc truyền thống do các thành viên gia đình đảm nhận ngày càng suy giảm do quy mô gia đình ngày càng nhỏ, con cái di cư để tìm kiếm việc làm, sự tham gia của phụ nữ vào thị trường lao động chính thức ngày càng tăng (Glinskya và Feng, 2018). Số lượng người cao tuổi tăng nhanh trong khi các điều kiện kinh tế - xã hội thay đổi sâu sắc đang làm suy giảm sự chăm sóc từ gia đình dành cho người cao tuổi ở các quốc gia châu Á (Mason, 1992). Trong điều kiện đó, một hình thức chăm sóc khác - dịch vụ chăm sóc đang trở nên vô cùng cần thiết. Tuy nhiên, chúng ta biết rất ít về khả năng sẵn sàng chi trả của các gia đình cho dịch vụ chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam.

Sử dụng dữ liệu từ Cơ sở quan sát nhân khẩu FilaBavi (2007) (ở huyện Ba Vì trước 1/7/2025, thành phố Hà Nội), Lê Văn Hội và cộng sự (2012) đã phát hiện thấy tỷ lệ người cao tuổi mong muốn được sử dụng miễn phí dịch vụ chăm sóc cao gấp ba lần so với người sẵn sàng chi trả toàn bộ chi phí. Gia đình sẵn sàng chi trả nhiều hơn cho loại hình trung tâm chăm sóc ban ngày và trung tâm dưỡng lão so với người cao tuổi, trong khi người cao tuổi sẵn sàng chi trả nhiều hơn cho dịch vụ chăm sóc tại nhà cao hơn so với gia đình họ. Bộ Y tế và nhóm đối tác (2020) sử dụng dữ liệu đại diện quốc gia Điều tra về người cao tuổi và Bảo hiểm y tế xã hội (OP & SHI) cho thấy có 39,3% người cao tuổi và gia đình họ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn. Tuy nhiên, nghiên cứu thứ nhất chỉ sử dụng dữ liệu từ một huyện, còn nghiên cứu thứ hai chỉ dừng ở thống kê

mô tả mà chưa đi sâu phân tích các nhân tố tác động đến khả năng chi trả.

Để lấp đầy khoảng trống nghiên cứu nêu trên, nghiên cứu này sử dụng dữ liệu đại diện quốc gia (PCS 2021) để phân tích các nhân tố tác động đến khả năng sẵn sàng chi trả cho các loại hình dịch vụ chăm sóc dài hạn của người cao tuổi ở Việt Nam.

2. Dữ liệu

2.1. Dữ liệu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021 (PCS2021), được tiến hành theo Quyết định số 1903/QĐ-TCTK ngày 30 tháng 12 năm 2020 của Tổng cục trưởng Tổng cục Thống kê. Đây là cuộc điều tra hằng năm, thu thập các thông tin về dân số Việt Nam, bao gồm các đặc điểm cơ bản của dân số, biến động dân số và các biện pháp kế hoạch hóa gia đình được sử dụng. Mẫu của cuộc điều tra năm 2021 là 1.083.160 người. Lần đầu tiên nội dung về người cao tuổi và các vấn đề liên quan được đưa vào PCS 2021. Số mẫu quan sát cuối cùng của PCS 2021 có 148.413 người cao tuổi (người từ 60 tuổi trở lên). Có nhiều thông tin về người cao tuổi trong PCS 2021 liên quan đến nhân khẩu học cũng như tình trạng sức khỏe tự đánh giá, tình trạng khuyết tật các chức năng, tình trạng các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADLs), và tình trạng nhận chăm sóc, nhu cầu về các loại hình dịch vụ chăm sóc, lý do lựa chọn và khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc. Đây là các thông tin đã được chuẩn hóa và được sử dụng rộng rãi bởi các tổ chức trong nước và quốc tế (như Tổng cục Thống kê, Trung ương Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam, Quỹ dân số Liên Hợp Quốc) trong các cuộc điều tra về y tế và xã hội - nhân khẩu học, cho phép nhóm tác giả trả lời câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Biến số

Biến phụ thuộc: PCS 2021 có câu hỏi thu thập thông tin để phân tích về khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn. Người cao tuổi được hỏi: “Nếu cần chăm sóc dài hạn, bác và gia đình có sẵn sàng chi trả cho dịch vụ này không?” Họ sẽ có một trong hai lựa chọn, đó là: (i) “Có”; (ii) “Không”.

Biến độc lập: Có hai nhóm biến độc lập được sử dụng, bao gồm nhóm biến về các đặc điểm nhân khẩu - xã hội và nhóm biến về các đặc điểm sức khỏe của người cao tuổi. Nhóm biến số về đặc điểm nhân khẩu - xã hội bao gồm tuổi, giới tính, nơi sống, dân tộc, tình trạng hôn nhân và trình độ giáo dục cao nhất. Biến tuổi được chia thành 3 nhóm nhỏ (60-69, 70-79, 80 tuổi trở lên). Giới tính là biến nhị phân xác định người cao tuổi là nam hay nữ. Nơi sống cũng là biến nhị phân xác định người cao tuổi đang sống ở thành thị hay nông thôn tại thời điểm được phỏng vấn. Dân tộc là biến nhị phân, xác định người cao tuổi thuộc dân tộc Kinh hay dân tộc thiểu số khác. Tình trạng hôn nhân được chia thành ba nhóm: đang có vợ/chồng, góa và nhóm khác (chưa kết hôn/ly dị/ly thân). Trình độ giáo dục cao nhất là biến nhị phân cho biết người cao tuổi có trình độ giáo dục thấp hơn tiểu học (chưa từng đến trường/chưa hoàn thành chương trình tiểu học) và từ tiểu học trở lên.

Các đặc điểm về sức khỏe được mô tả theo tình trạng sức khỏe tự đánh giá, tình trạng khuyết tật chức năng, tình trạng khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADLs): (i) Tình trạng sức khỏe tự đánh giá được chia thành ba nhóm gồm sức khỏe kém, sức khỏe bình thường và sức khỏe tốt; (ii) Về khuyết tật chức năng, trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng định nghĩa của

Tổng cục Thống kê (GSO) về người cao tuổi khuyết tật (GSO, 2018), cụ thể, một người được coi là có khuyết tật chức năng khi nếu họ lựa chọn “rất khó khăn” hoặc “không thể thực hiện” một trong các chức năng sau: (i) khả năng nhìn (ngay cả khi đeo kính), khả năng nghe (ngay cả khi đeo máy trợ thính), (iii) đi lại (đi bộ hay trèo cầu thang), nhận thức (ghi nhớ và tập trung), và giao tiếp bằng ngôn ngữ thường dùng (hiểu nhau trong giao tiếp). Một người cao tuổi được coi là có ít nhất một khuyết tật chức năng nếu họ có một hay nhiều hơn một khuyết tật nêu trên. PCS 2021 có nhiều câu hỏi thu thập các thông tin để đánh giá tình trạng khuyết tật chức năng của người cao tuổi; (iii) Về tình trạng khó khăn trong ADLs: Các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ADLs) bao gồm các hoạt động: (i) ăn uống, (ii) thay quần áo, (iii) tắm và rửa, (iv) đứng dậy khi đang nằm, và (v) sử dụng nhà vệ sinh (đại, tiểu tiện). PCS 2021 thu thập thông tin về mức độ khó khăn của người cao tuổi khi thực hiện ADLs đã đề cập ở trên bằng cách lựa chọn một trong các phương án sau: (i) hoàn toàn không thấy khó khăn, (ii) khó khăn một chút, (iii) rất khó khăn, (iv) không thể thực hiện với các hoạt động trên. Một người cao tuổi được coi là có khó khăn trong ADLs khi họ thấy rất khó khăn hoặc không thể thực hiện được ít nhất một trong các hoạt động trên.

3. Kết quả và thảo luận

3.1. Kết quả

Bảng 1 mô tả các đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Theo nhóm tuổi, nhóm 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,42%), kế đến là nhóm 70 - 79 chiếm 24,90%, nhóm 80 tuổi trở lên chiếm 15,68%. Nhóm nam cao tuổi chiếm 42,18%, tương ứng nhóm nữ cao tuổi 57,82%. Xét theo dân tộc, nhóm người cao tuổi dân tộc Kinh chiếm đến 89,77% trong khi nhóm người cao tuổi dân tộc thiểu số chiếm 10,23%. Có đến 63,28% người cao tuổi sống ở khu vực nông thôn, tương ứng có 36,72% người cao tuổi sống ở khu vực thành thị. Xét theo tình trạng hôn nhân, 67,81% người cao tuổi đang có vợ/chồng, 27,73% người cao tuổi góa, 4,46% người cao tuổi ở tình trạng khác (ly thân/ly dị/chưa kết hôn). Có 22,82% người cao tuổi chưa từng đến trường/chưa học hết tiểu học, tương ứng có 77,18% người cao tuổi có trình độ từ tiểu học trở lên.

Xét theo các đặc điểm về sức khỏe, 37,95% người cao tuổi tự đánh giá có sức khỏe tốt/rất tốt, 46,14% người cao tuổi tự đánh giá có sức khỏe bình thường và chỉ có 15,91% trong số họ tự đánh giá có sức khỏe kém/rất kém. Bên cạnh đó, 11,7% người cao tuổi có ít nhất 01 khuyết tật chức năng (nghe, nhìn, vận động, ghi nhớ/tập trung, giao tiếp) tương ứng 88,3% người cao tuổi không có bất kỳ khuyết tật chức năng nào. Có 6,32% người cao tuổi gặp ít nhất 01 khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày (ăn, mặc/cởi quần áo, tắm/rửa, ngồi dậy khi đang nằm, đi đại/tiểu tiện), tương ứng 93,68% người cao tuổi không có bất kỳ khó khăn nào trong ADLs.

BẢNG 1. ĐẶC ĐIỂM CỦA MẪU NGHIÊN CỨU

Đặc điểm	Số quan sát	Tỷ lệ (%)
	148.413	100
Tuổi		
60 - 69	87.220	59,42
70 - 79	37.308	24,90
80+	23.885	15,68

Giới tính		
Nam	62.495	42,18
Nữ	85.918	57,82
Dân tộc		
Kinh	125.368	89,77
Thiểu số	23.045	10,23
Khu vực		
Thành thị	60.389	36,72
Nông thôn	88.024	63,28
Tình trạng hôn nhân		
Đang có vợ/chồng	100.258	67,81
Góa	42.212	27,73
Khác	5.943	4,46
Trình độ giáo dục		
Không đến trường/Chưa hết tiểu học	36.202	22,82
Tiểu học trở lên	112.211	77,18
Sức khỏe tự đánh giá		
Rất tốt/tốt	53.543	37,95
Bình thường	70.119	46,14
Kém/rất kém	24.751	15,91
Khuyết tật chức năng		
Không	130.004	88,30
Có	18.409	11,70
Khó khăn ADL		
Không	138.432	93,68
Có	9.981	6,32

Nguồn: Tính toán từ dữ liệu PCS, 2021.

Bảng 2 mô tả tỷ lệ người cao tuổi sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc khi có nhu cầu. Kết quả chung cho thấy, 37,04% người cao tuổi sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc. Tỷ lệ nam cao tuổi sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc cao hơn so với nữ cao tuổi (38,05% so với 36,30%, với

$P < 0,0001$). Tỷ lệ người cao tuổi sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc ở thành thị cao hơn so với ở nông thôn (41,90% so với 34,21%, với $P < 0,0001$). Nhóm người cao tuổi dân tộc Kinh có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn đáng kể so với dân tộc thiểu số (38,16% so với 27,14%, với $P < 0,0001$). Với tình trạng hôn nhân, tỷ lệ sẵn sàng chi trả của nhóm đang có vợ/chồng, góa và khác (ly thân/ly dị/chưa kết hôn) lần lượt là 37,78%, 35,88% và 32,85%, $P < 0,0001$. Phân tích theo trình độ giáo dục, nhóm có trình độ giáo dục từ tiểu học trở lên (38,58%) cao hơn so với nhóm chưa hết tiểu học (31,81)%, với $P < 0,0001$.

Với các biến số liên quan đến sức khỏe của người cao tuổi, nhóm có sức khỏe tự đánh giá tốt hơn có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn, nhóm có sức khỏe rất tốt/tốt, bình thường và kém/rất kém có tỷ lệ sẵn sàng chi trả tương ứng là 39,38%, 36,08% và 34,22%, nhóm không có khuyết tật chức năng lại có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn nhóm có khuyết tật chức năng (39,43% so với 35,6% với $P < 0,0001$), tương tự nhóm không có khó khăn trong ADLs lại có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn nhóm có khó khăn trong ADLs (39,09% so với 37,18%), với $P < 0,0001$. Kết quả phân tích tỷ lệ trên theo tuổi không có ý nghĩa thống kê.

BẢNG 2. TỶ LỆ NGƯỜI CAO TUỔI SẴN SÀNG CHI TRẢ NẾU CẦN DỊCH VỤ CHĂM SÓC DÀI HẠN (%)

Đặc điểm	Tỷ lệ sẵn sàng chi trả (%)	Giá trị P
Chung	37,04	
Tuổi		0,1660
60 - 69	36,94	
70 - 79	37,14	
80+	37,21	
Giới tính		0,0000
Nam	38,05	
Nữ	36,30	
Nơi sống		0,0000
Thành thị	41,90	
Nông thôn	34,21	
Dân tộc		0,0000
Kinh	38,16	
Thiểu số	27,14	
Tình trạng hôn nhân		0,0000
Đang có vợ/chồng	37,78	
Góa	35,88	
Khác	32,85	
Trình độ giáo dục		0,0000
Chưa hết tiểu học	31,81	
Hết tiểu học trở lên	38,58	
Tình trạng sức khỏe		0,0000

Tốt	39,38	
Bình thường	36,08	
Kém	34,22	
Khuyết tật chức năng		0,0000
Có	35,60	
Không	39,43	
Khó khăn ADLs		0,0000
Có	37,18	
Không	39,09	

Nguồn: Tính toán từ dữ liệu PCS, 2021.

Để xác định các nhân tố tác động đến khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc của người cao tuổi, mô hình hồi quy logistic được sử dụng để xác định tỷ số chênh lệch (OR). Bảng 3 mô tả kết quả hồi quy logistic, trong đó xác định tỷ số chênh lệch (OR) và mức ý nghĩa thống kê.

Kết quả cho thấy, nhóm tuổi càng cao thì khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc càng cao, nhóm tuổi 70 - 79 và nhóm 80 tuổi trở lên có khả năng sẵn sàng chi trả cao hơn nhóm tham chiếu (60 - 69) lần lượt là 5% và 14,5%, với $P < 0,001$. Nhóm nam cao tuổi, ở thành thị, dân tộc Kinh, nhu cầu chăm sóc không được đáp ứng có khả năng sẵn sàng chi trả cao hơn nhóm tham chiếu tương ứng lần lượt là 2,5%, 32,2%, 46%, với $P < 0,001$. Nhóm cao tuổi đang có vợ/chồng có xác suất sẵn sàng chi trả cao hơn 3% và 16,2% so với nhóm góa và khác (ly thân/ly dị, chưa kết hôn) tương ứng, với $P < 0,001$. Nhóm cao tuổi với trình độ học vấn từ tiểu học trở lên có khả năng sẵn sàng chi trả cao hơn 21,3% so với nhóm có trình độ chưa hết tiểu học. Với các biến số về sức khỏe, nhóm cao tuổi có sức khỏe tốt có khả năng chi trả cao hơn so với nhóm có sức khỏe bình thường và nhóm có sức khỏe kém tương ứng là 12% và 20%. Nhóm cao tuổi có khó khăn với ADLs có xác suất sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc cao hơn nhóm không có khó khăn là 14,9% trong khi nhóm có khuyết tật chức năng thì khả năng sẵn sàng chi trả lại thấp hơn 10,26% so với nhóm không có khuyết tật chức năng, với $P < 0,001$.

BẢNG 3. TỶ SỐ CHÊNH LỆCH TRONG MÔ HÌNH HỒI QUY LOGISTIC ƯỚC LƯỢNG XÁC SUẤT SẴN SÀNG CHI TRẢ CHO DỊCH VỤ CHĂM SÓC DÀI HẠN CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

Biến số	Tỷ số chênh lệch (OR)	Giá trị P
Tuổi		
60 - 69 (tham chiếu)		
70 - 79	1,050	0,000
80+	1,145	0,000
Giới tính		
Nam	1,025	0,000
Nữ (tham chiếu)		
Nơi sống		
Thành thị	1,322	0,000

Nông thôn (tham chiếu)		
Dân tộc		
Kinh	1,460	0,000
Thiểu số (thiểu số)		
Tình trạng hôn nhân		
Đang có vợ/chồng (tham chiếu)		
Góa	0,970	0,000
Khác	0,838	0,000
Trình độ giáo dục		
Chưa hết tiểu học	0,787	0,000
Hết tiểu học trở lên (tham chiếu)		
Tình trạng sức khỏe		
Tốt (tham chiếu)		
Bình thường	0,880	0,000
Kém	0,800	0,000
Khó khăn ADLs		
Có	1,149	0,000
Không		
Khuyết tật chức năng		
Có	0,8974	0,000
Không (tham chiếu)		

Nguồn: Tính toán từ dữ liệu PCS, 2021.

3.2. Thảo luận

Mục tiêu của nghiên cứu này là phân tích khả năng sẵn sàng chi trả của người cao tuổi cho dịch vụ chăm sóc. Kết quả phân tích cho thấy 37,04% người cao tuổi và gia đình họ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc nếu cần. Kết quả trên khá tương đồng với kết quả phân tích của Bộ Y tế và nhóm đối tác (2020) khi có 39,3% người cao tuổi và gia đình sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc nếu cần. Như vậy, chỉ gần 4 người trong số 10 người cao tuổi và gia đình họ sẵn sàng chi trả cho dịch vụ khi có nhu cầu, khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Hội và cộng sự (2012) với tỷ lệ người cao tuổi yêu cầu dịch vụ miễn phí cao hơn gấp ba lần tỷ lệ người cao tuổi sẵn sàng chi trả toàn bộ chi phí dịch vụ. Thực trạng này phản ánh khả năng chi trả của người cao tuổi và gia đình họ còn khiêm tốn ở Việt Nam, bắt nguồn từ thu nhập còn thấp. Nghiên cứu của Vũ C.N và cộng sự (2020) chỉ ra rằng 31,9% gia đình người cao tuổi có thu nhập đủ cho sinh hoạt và tiết kiệm được một ít, trong khi gần 49,9% cho rằng thu nhập của gia đình chỉ đủ trang trải chi phí sinh hoạt, 10,3% gia đình người cao tuổi có một số khó khăn và 4,4% gia đình gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu khác cũng cho thấy, chỉ gần 30% người cao tuổi có lương hưu, khoảng 60% người cao tuổi cho rằng thu nhập của họ không đủ cho nhu cầu cuộc sống (Bộ Y tế và nhóm đối tác, 2018).

Phân tích theo các đặc điểm nhân khẩu và xã hội, nam giới có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn nữ giới, kết quả này có thể bắt nguồn từ tình trạng kinh tế của gia đình nam cao tuổi tốt hơn của nữ cao tuổi khi tỷ lệ hộ gia đình có đủ thu nhập và để dành một ít, đủ để chi trả chi phí mà không gặp khó khăn, gặp một chút khó khăn, gặp khó khăn đáng kể của nam cao tuổi là 34,5%, 49,3%, 9%, 4,2% trong khi của nữ giới tương ứng là 29,9%, 50,4%, 11,4%, 4,5%. Các nhóm có điều kiện kinh tế - xã hội tốt hơn thường có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn như ở thành thị, dân tộc Kinh, học vấn từ tiểu học trở lên so với ở nông thôn, dân tộc thiểu số, học vấn chưa hết tiểu học tương ứng. Thậm chí, nhóm không có khuyết tật chức năng, không có khó khăn ADLs có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn so với nhóm có khuyết tật chức năng, có khó khăn ADLs tương ứng, nhóm có tình trạng sức khỏe tự đánh giá tốt hơn cũng có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cao hơn. Thực trạng này có thể cũng bắt nguồn từ điều kiện kinh tế, nhóm hộ gia đình có người cao tuổi có khó khăn trong ADLs hay bị khuyết tật chức năng có điều kiện kinh tế kém hơn nên mặc dù có thể tình trạng sức khỏe kém và cần chăm sóc nhiều hơn nhưng do điều kiện kinh tế kém hơn nên khả năng sẵn sàng chi trả thấp hơn.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra các nhân tố ảnh hưởng đến khả năng sẵn sàng chi trả của người cao tuổi và gia đình. Các nhân tố nhóm tuổi, giới tính, nơi sống, dân tộc, tình trạng hôn nhân, trình độ giáo dục, tình trạng sức khỏe tự đánh giá, tình trạng sức khỏe chức năng đều tác động đến khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc. Nhóm tuổi càng cao thì khả năng sẵn sàng chi trả càng cao có thể phản ánh thực tế tuổi càng cao thì nhu cầu dịch vụ chăm sóc càng lớn. Người cao tuổi với các đặc điểm là nam giới, sống ở thành thị, dân tộc Kinh đều có xác suất sẵn sàng chi trả cao hơn nhóm tham chiếu tương ứng. Kết quả trên có thể phản ánh nhóm nam giới, thành thị, dân tộc Kinh thường có điều kiện kinh tế tốt hơn so với các nhóm tương ứng là nữ giới, nông thôn, dân tộc thiểu số nên xác suất sẵn sàng chi trả cao hơn (Trung ương Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam, 2012; Bộ Y tế và nhóm đối tác, 2020).

4. Kết luận

Chỉ có 37 người trong tổng số 100 người cao tuổi và gia đình sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn. Thực trạng này phản ánh khả năng chi trả của người cao tuổi và gia đình cho dịch vụ chăm sóc dài hạn ở Việt Nam còn khá thấp. Nhìn chung, các nhóm có điều kiện kinh tế tốt hơn (thường gắn với những đặc điểm nhân khẩu, xã hội đặc thù) có xác suất sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn cao hơn nhóm có điều kiện kinh tế kém hơn. Thông qua việc phân tích, đánh giá những nhân tố tác động đến khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn của người cao tuổi ở Việt Nam, nghiên cứu này có thể là tài liệu tham khảo cho việc xây dựng các mô hình chăm sóc dài hạn phù hợp, đặc biệt với điều kiện một nước có mức thu nhập trung bình thấp như Việt Nam. Trong tương lai, khi số lượng người cao tuổi ngày càng tăng, đặc biệt nhóm cao tuổi nhất (80 tuổi trở lên), những thay đổi trong các yếu tố kinh tế - xã hội khiến sự chăm sóc truyền thống của gia đình dành cho người cao tuổi giảm, khả năng chi trả của người cao tuổi và gia đình tăng lên thì nhu cầu dịch vụ chăm sóc sẽ ngày càng tăng. Vì vậy, cần thiết phải có các chính sách khuyến khích đầu tư vào lĩnh vực dịch vụ chăm sóc dài hạn và nâng cao khả năng chi trả cho người cao tuổi thông qua xây dựng và triển khai loại hình bảo hiểm chăm sóc dài hạn, trợ cấp... để nâng cao chất lượng cuộc sống và đảm bảo an sinh xã hội cho người cao tuổi.

Tài liệu tham khảo

1. Asian Development Bank (ADB) (2022). *Long-Term Care for Older People in Viet Nam: The Current Scenario, and Next Steps Toward a Healthy, Aging Population*. ADB (2022). Available online at <https://socialprotection.org/discover/publications/long-term-care-older-people-viet-nam-current-scenario-and-next-steps-toward>.
2. Bộ Y tế và Nhóm đối tác (2018). *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016: Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam*. Hà Nội: Nxb Y học.
3. Bộ Y tế và nhóm đối tác (2020). *Báo cáo khảo sát khả năng đáp ứng của chính sách bảo hiểm y tế với vấn đề già hóa dân số ở Việt Nam*.
4. Giang LT, Nguyen NT, Pham TTH and Phi PM (2023). *Factors associated with receipt of informal care among the Vietnamese older persons: Evidence from a national survey*. *Front. Public Health* 11:1065851. doi: 10.3389/fpubh.2023.1065851
5. Glinskya E, Feng Z (editors) (2018). *Options for Aged Care in China - Building an Efficient and Sustainable Aged Care System*. Washington, DC: World Bank (2018).
6. GSO (2016). *Vietnam: National Survey on People with Disabilities 2016*. Hanoi: Statistical Publishing House; General Statistics Office (2018).
7. Le Van Hoi, Nguyen Thi Kim Tien, Nguyen Van Tien, Dao Van Dung, Nguyen Thi Kim Chuc, Klas Goran Sahlen and Lars Lindholm. (2012). *Willingness to use and pay for options of care for community-dwelling older people in rural Vietnam*. *BMC Health Services Research*. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/36>
8. International Labor Organization (ILO) (2024). *Asia-Pacific Employment and Social Outlook 2024 Promoting decent work and social justice to manage ageing societies*. ILO (2024): DOI: <https://doi.org/10.54394/EZFF3499>
9. Mason, K. O. (1992). Family change and support of the elderly in Asia: What do we know? *Asia-Pacific population journal/United Nations*, 7(3), 13.
10. Trung ương Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam (2012). *Điều tra về NCT Việt Nam, năm 2011: Các kết quả chủ yếu*. Báo cáo nghiên cứu.
11. Vũ C.N, Trần T.M, Đặng T.L, Chei C-L, và Saito Y (eds.) (2020). *Người cao tuổi và Sức khỏe tại Việt Nam*. Jakarta: ERIA and Hà Nội: PHAD
12. World Health Organization (WHO) (2015). *World Report on Ageing and Health*. Available online at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (accessed February 28, 2024).