

ĐẨY MẠNH CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

ĐẶNG MINH CHÂU
Học viện Cảnh sát nhân dân

Nhận bài ngày 06/4/2026. Sửa chữa xong 16/5/2026. Duyệt đăng 23/5/2026.

Abstract

Vietnam is undergoing a demographic transition with one of the fastest aging populations in the world, posing unprecedented challenges to its social security system and healthcare management. This article analyzes the current state of healthcare for the elderly in Vietnam from the perspective of public policy and social development management. Based on identifying bottlenecks in basic healthcare infrastructure, long-term care models, and financial resources, this article proposes solutions to improve healthcare for the elderly in Vietnam today.

Keywords: Care, elderly, health, situation, solutions, Vietnam.

1. Đặt vấn đề

Thế kỷ XXI chứng kiến cuộc dịch chuyển nhân khẩu học sâu sắc nhất trong lịch sử nhân loại khi xu hướng già hóa dân số diễn ra trên quy mô toàn cầu. Tại Việt Nam, tiến trình này không còn là dự báo tương lai mà đã trở thành một thực tế khách quan, hiện hữu với tốc độ chuyển đổi thuộc nhóm nhanh nhất thế giới. Chính thức bước vào giai đoạn “già hóa” (aging) từ năm 2011, Việt Nam chỉ mất khoảng 23 đến 25 năm để chuyển sang giai đoạn “dân số già” (aged) vào năm 2035. Khoảng thời gian này ngắn hơn rất nhiều so với các quốc gia phát triển như Pháp (115 năm), Thụy Điển (85 năm) hay Hoa Kỳ (69 năm). Điểm đặc thù mang tính thách thức cốt lõi của mô hình già hóa tại Việt Nam là quy luật xu hướng “già trước khi giàu”. Khác với các nước phương Tây phát triển hệ thống an sinh xã hội dựa trên nền tảng kinh tế thịnh vượng, Việt Nam đối mặt với làn sóng già hóa khi nền kinh tế mới ở ngưỡng thu nhập trung bình thấp, tích lũy quốc gia và các thiết chế quản trị xã hội chưa kịp chuyển đổi toàn diện để thích ứng. Về mặt y tế, sự thay đổi tháp tuổi cấu trúc dân số kéo theo sự dịch chuyển mô hình bệnh tật từ các bệnh nhiễm trùng sang gánh nặng bệnh tật kép. Người cao tuổi (NCT) tại Việt Nam hiện nay có tuổi thọ bình quân cao (khoảng 73,7 tuổi) nhưng số năm sống khỏe mạnh lại khá thấp (chỉ đạt khoảng 64 tuổi) (Công Khải, 2025). Trung bình một NCT phải gánh chịu từ 3 đến 5 bệnh lý mãn tính, chủ yếu là các bệnh không lây nhiễm nguy hiểm như tim mạch, đái tháo đường, ung thư, xương khớp và các hội chứng sa sút trí tuệ. Điều này tạo ra áp lực tài chính y tế khổng lồ, bởi chi phí điều trị cho một NCT cao gấp 7 đến 8 lần so với người trẻ tuổi. Trong bối cảnh đó, các cơ chế chính sách hiện hành đang bộc lộ những khoảng trống lớn: hệ thống y tế cơ sở quá tải và thiếu năng lực quản lý bệnh dài hạn; mạng lưới an sinh xã hội dựa vào gia đình truyền thống đang bị suy giảm nghiêm trọng do tác động của đô thị hóa và xu hướng thu hẹp quy mô gia đình hạt nhân; các mô hình xã hội hóa y tế tư nhân vẫn thiếu cơ chế khuyến khích đủ mạnh.

2. Nội dung nghiên cứu

2.1. Thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay

2.1.1. Những kết quả đạt được trong công tác chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi

Hoàn thiện hệ thống thể chế, chính sách và hành lang pháp lý làm bệ đỡ quản lý: Tư duy hoạch định chính sách đã có sự chuyển biến rõ rệt từ việc xem NCT là đối tượng nhận cứu trợ thụ động sang cách tiếp cận dựa trên quyền, khẳng định vai trò chủ thể và nguồn lực quý giá của NCT đối với sự phát triển

Email: dangminhchau88@gmail.com

đất nước. Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật đã tạo ra một khung khổ toàn diện, phủ rộng từ Trung ương đến địa phương, quy định rõ trách nhiệm của các cơ quan quản lý, gia đình và cộng đồng. Ví dụ: Ban Chấp hành Trung ương Đảng đã ban hành Nghị quyết số 21-NQ/TW về công tác dân số trong tình hình mới, đặt ra mục tiêu cốt lõi là chủ động thích ứng với già hóa dân số. Cụ thể hóa tinh thần đó, Quyết định số 1579/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt *Chương trình Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030* đã đặt ra các chỉ tiêu định lượng rất rõ ràng: Phấn đấu 95% NCT có thể bảo hiểm y tế, 95% NCT được lập hồ sơ theo dõi sức khỏe điện tử, và 100% khi ốm đau được tiếp cận các dịch vụ y tế (Đoàn Văn Bình, 2024). Tại các địa phương, Hội đồng nhân dân và Ủy ban nhân dân các tỉnh/thành phố (như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Quảng Ninh) đều ban hành các kế hoạch hành động riêng, bố trí ngân sách địa phương để hiện thực hóa các chỉ tiêu này, chứng minh sự đồng bộ trong việc thực thi thể chế từ vĩ mô đến vi mô.

Đột phá trong diện bao phủ bảo hiểm y tế và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế công: Việc mở rộng nhanh chóng diện bao phủ của bảo hiểm y tế (BHYT) trong nhóm đối tượng NCT, giúp giảm thiểu đáng kể rủi ro tài chính khi đối mặt với bệnh tật. Nhà nước đã thực hiện chính sách hỗ trợ 100% mức đóng BHYT cho các đối tượng NCT đặc thù, đồng thời cải tiến quy trình khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập để ưu tiên cho người cao tuổi. Việc tổ chức khám sức khỏe định kỳ và lập hồ sơ quản lý sức khỏe tại chỗ đã giúp phát hiện sớm, kiểm soát tốt các bệnh lý nguy hiểm, từ đó kéo dài số năm sống khỏe mạnh cho người dân. Ví dụ: Tính đến nay, tỷ lệ NCT có thẻ BHYT tại Việt Nam đã đạt trên 95%, cơ bản hoàn thành mục tiêu phổ cập sớm hơn dự kiến. Những đối tượng từ 80 tuổi trở lên không có lương hưu hoặc trợ cấp BHXH đều được ngân sách nhà nước hỗ trợ mua thẻ BHYT miễn phí 100%. Tại bệnh viện các tuyến, quy trình tiếp đón đã có sự thay đổi mang tính nhân văn: triển khai khu vực khám riêng, ưu tiên xét nghiệm và phát thuốc cho NCT từ 75 tuổi trở lên. Điển hình như tại các trạm y tế phường/xã của thành phố Đà Nẵng, việc phối hợp với các bệnh viện quận để tổ chức “Ngày hội khám sức khỏe miễn phí” định kỳ 2 lần/năm cho NCT đã trở thành hoạt động nền nếp, giúp hàng ngàn cụ già phát hiện sớm các chứng bệnh về tăng huyết áp và đực thủy tinh thể để kịp thời can thiệp.

Sự hình thành và phát triển của hệ thống mạng lưới Lão khoa chuyên sâu. Về mặt hạ tầng kỹ thuật và tổ chức ngành Y tế, Việt Nam đã đạt được những bước tiến quan trọng trong việc định hình hệ thống y tế chuyên khoa dành riêng cho người già. Nhận thức được tính chất phức tạp của mô hình bệnh tật kép ở NCT, ngành Y tế đã không còn lồng ghép điều trị chung mà tách biệt thành hệ thống Lão khoa từ tuyến Trung ương đến tuyến tỉnh. Sự đầu tư bài bản này giúp nâng cao năng lực chẩn đoán, điều trị chuyên sâu, đặc biệt là trong lĩnh vực phục hồi chức năng và điều trị các hội chứng suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ do tuổi tác (Hoa Nguyễn, 2025). Ví dụ: Bệnh viện Lão khoa Trung ương đã phát triển trở thành viện chuyên khoa đầu ngành với quy mô hiện đại, không chỉ đảm nhiệm chức năng điều trị mà còn là trung tâm nghiên cứu khoa học, đào tạo và chuyển giao kỹ thuật lão khoa cho toàn quốc. Đến nay, hơn 80% các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh/thành phố trên cả nước đã thành lập khoa Lão độc lập hoặc bố trí số giường bệnh ưu tiên dành riêng cho NCT tại khoa Nội. Các kỹ thuật tiên tiến như phẫu thuật thay khớp háng, đặt stent mạch vành hay điều trị đột quỵ cho các bệnh nhân trên 80 tuổi trước đây vốn được coi là rủi ro cao thì nay đã được thực hiện an toàn và thường quy tại nhiều bệnh viện tỉnh như Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh hay Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ mang lại cơ hội hồi phục thể chất thần kỳ cho nhiều NCT.

Phát huy hiệu quả các mô hình chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng và xã hội hóa. Trong bối cảnh nguồn lực ngân sách nhà nước có hạn, việc huy động sức mạnh của các tổ chức chính trị - xã hội, đặc biệt là Hội Người cao tuổi đã tạo ra một mạng lưới an sinh tự nguyện, linh hoạt và giàu tính nhân văn. Các mô hình này không chỉ hỗ trợ về mặt y tế mà còn giải quyết tốt các nhu cầu về tinh thần, tâm lý học và giao lưu xã hội của người già, ngăn ngừa tình trạng cô đơn và trầm cảm tuổi già. Ví dụ: Mô hình Câu lạc bộ (CLB) Liên thế hệ tự giúp nhau (ISHC) là một điểm sáng được cộng đồng quốc tế (như Tổ chức Y tế Thế giới và HelpAge International) đánh giá rất cao. Hiện nay, cả nước đã xây dựng được hơn 4.000 CLB hoạt động hiệu quả tại khắp các tỉnh thành. Tại một CLB tiêu biểu ở huyện Hải Hậu, tỉnh Nam Định, định kỳ hàng tháng, các thành viên được các nhân viên y tế thôn bản đến đo huyết áp, thử đường huyết miễn phí và cùng nhau tham gia các bài thể dục dưỡng sinh kinh lạc. Ngoài ra, các thành viên trẻ tuổi trong CLB còn tình nguyện đến nhà hỗ trợ dọn dẹp, nấu ăn và chăm sóc y tế tại chỗ cho

những cụ già neo đơn, mất sức lao động. Mô hình này đã chứng minh được hiệu quả vượt trội trong việc tối ưu hóa nguồn lực xã hội hóa tại chỗ, giảm tải áp lực cực lớn cho hệ thống bệnh viện tuyến trên.

2.1.2. Những tồn tại, hạn chế trong công tác chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi

Sự quá tải của hệ thống y tế cơ sở trong quản lý bệnh lý mãn tính dài hạn: Hạn chế lớn nhất và mang tính hệ thống hiện nay nằm ở năng lực của hệ thống y tế cơ sở (bao gồm y tế tuyến huyện và trạm y tế xã, phường, thị trấn) nơi được quy định là “người gác cổng” và là bệ đỡ gần dân nhất. Về mặt lý thuyết, trạm y tế xã có vai trò quản lý, sàng lọc và điều trị ban đầu cho NCT. Tuy nhiên, trên thực tế, năng lực của tuyến này đang bộc lộ khoảng cách rất lớn so với nhu cầu thực tiễn. Phần lớn các trạm y tế cơ sở đều rơi vào tình trạng thiếu hụt danh mục thuốc điều trị chuyên sâu, trang thiết bị chẩn đoán cơ bản lạc hậu và thiếu cơ chế tài chính linh hoạt. Điều này dẫn đến việc NCT không tin tưởng vào chất lượng y tế tuyến dưới, gây ra làn sóng vượt tuyến lên các bệnh viện trung ương, làm trầm trọng thêm tình trạng quá tải và lãng phí nguồn lực quốc gia (Ngọc Nhân, 2013). Ví dụ: Tại một số trạm y tế xã thuộc các huyện miền núi tỉnh Thanh Hóa hoặc khu vực Tây Nguyên, danh mục thuốc BHYT cấp phát cho các bệnh mãn tính của NCT như tăng huyết áp, đái tháo đường chỉ giới hạn ở các dòng thuốc thế hệ cũ, hàm lượng thấp. Khi cụ già cần các loại thuốc điều trị kết hợp hoặc kiểm soát biến chứng tim mạch hiện đại, trạm y tế không có sẵn để cung cấp. Thêm vào đó, máy móc tại đây thường chỉ dừng lại ở máy đo huyết áp cơ và máy đo đường huyết cầm tay; các thiết bị chuyên sâu hơn như máy siêu âm doppler mạch máu hay máy xét nghiệm sinh hóa máu đều thiếu hoặc không có người vận hành. Hậu quả là các cụ già 70-80 tuổi phải lặn lội hàng chục cây số lên bệnh viện tuyến tỉnh chỉ để xếp hàng chờ đợi lấy một đơn thuốc định kỳ, vừa gây kiệt sức cho người bệnh, vừa làm thâm hụt quỹ BHYT tuyến trên.

Khoảng trống trong hệ thống dịch vụ chăm sóc dài hạn (Long-term Care). Việt Nam đang trải qua tốc độ đô thị hóa nhanh chóng, kéo theo sự chuyển dịch cấu trúc gia đình từ mô hình truyền thống “tứ đại đồng đường” (nhiều thế hệ sống chung) sang mô hình gia đình hạt nhân (chỉ có bố mẹ và con cái). Khi con cái phải tham gia vào thị trường lao động với áp lực cạnh tranh khốc liệt, họ không còn thời gian và kỹ năng y tế để chăm sóc bố mẹ già bị mất sức lao động hoặc mắc bệnh hiểm nghèo. Trong khi đó, hệ thống dịch vụ hỗ trợ bên ngoài như viện dưỡng lão, trung tâm chăm sóc ban ngày (daycare) có tích hợp y tế lại cực kỳ khan hiếm và phân hóa sâu sắc, chưa trở thành một ngành công nghiệp dịch vụ an sinh xã hội chính thức. Ví dụ: Thực trạng tại các đô thị lớn như Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh cho thấy, số lượng các trung tâm dưỡng lão công lập có khả năng tiếp nhận NCT rất ít và hầu như chỉ ưu tiên cho đối tượng chính sách, người già neo đơn có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn. Ngược lại, các viện dưỡng lão tư nhân có cơ sở vật chất hiện đại, có bác sĩ và điều dưỡng chăm sóc 24/7 lại có mức chi phí dao động từ 15 đến 30 triệu đồng/tháng. Đây là mức chi phí vượt quá khả năng tài chính của đại đa số gia đình tầng lớp lao động trung lưu tại Việt Nam. Kết quả là xuất hiện một khoảng trống lớn: hàng triệu NCT bị rơi vào tình trạng “bị bỏ lại ở nhà một mình” trong các căn hộ, tự xoay sở với bệnh tật, đối mặt với nguy cơ tai biến, té ngã nguy hiểm mà không có sự giám sát y tế chuyên nghiệp.

Khủng hoảng thiếu và yếu của nguồn nhân lực chuyên khoa Lão và Chăm sóc viên: Lão khoa là một chuyên ngành cực kỳ phức tạp vì cơ thể người già có những biến đổi sinh lý đặc thù, được động học thay đổi và thường mắc đa bệnh lý cùng lúc, đòi hỏi người thầy thuốc phải có tư duy toàn diện và sự kiên nhẫn cao. Tuy nhiên, hệ thống giáo dục và đào tạo y khoa tại Việt Nam trong nhiều thập kỷ qua chưa chú trọng đúng mức đến chuyên ngành này. Số lượng bác sĩ, điều dưỡng được đào tạo bài bản về Lão khoa và Phục hồi chức năng chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ (Nguyễn Phương Nhung, 2024). Đáng ngại hơn, xã hội Việt Nam hiện nay hoàn toàn thiếu vắng đội ngũ “Chăm sóc viên chuyên nghiệp” (Caregivers) được cấp chứng chỉ hành nghề, dẫn đến việc chăm sóc NCT chủ yếu dựa vào kinh nghiệm tự phát của người thân hoặc lao động phổ thông giúp việc nhà.

Áp lực tài chính y tế và sự chậm trễ của các mô hình bảo hiểm rủi ro dài hạn: Như đã phân tích, mô hình “già trước khi giàu” khiến phần lớn NCT Việt Nam bước vào tuổi già mà không có tích lũy tài chính lớn, không có lương hưu (hiện chỉ có khoảng 30% NCT có lương hưu hoặc trợ cấp BHXH hàng tháng). Chi phí y tế cho NCT cao gấp nhiều lần người trẻ, trong khi nguồn thu của quỹ BHYT dựa trên mức đóng còn khá thấp. Sự mất cân đối này tạo ra nguy cơ mất an toàn cho quỹ an sinh. Đồng thời, thị trường tài chính Việt Nam hiện nay vẫn chưa định hình được các sản phẩm bảo hiểm chăm sóc dài hạn (Long-

term care insurance) thương mại để người dân có thể mua từ khi còn trẻ nhằm tích lũy cho tuổi già, dẫn đến việc “bẫy nghèo đói do chi phí y tế” luôn rình rập các gia đình có người già đau ốm.

2.2. Giải pháp đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay

2.2.1. Hoàn thiện thể chế, đổi mới tư duy hoạch định chính sách và kiến tạo đòn bẩy kinh tế

Việt Nam cần khẩn trương chấm dứt cách tiếp cận mang tính “cứu trợ, từ thiện” vốn xem NCT là đối tượng phụ thuộc, là gánh nặng của ngân sách quốc gia, để chuyển sang tư duy “già hóa chủ động” và “già hóa khỏe mạnh” theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Việc hoàn thiện hành lang pháp lý không chỉ dừng lại ở các tuyên bố chung chung mà phải được cụ thể hóa bằng các quy định có chế tài mạnh mẽ, phân định rõ trách nhiệm giữa các chủ thể: Nhà nước, doanh nghiệp, xã hội và gia đình. Đặc biệt, Nhà nước cần đóng vai trò “nhà kiến tạo”, ban hành các gói ưu đãi mang tính đột phá nhằm huy động tối đa nguồn vốn tư nhân tham gia vào thị trường an sinh xã hội cho người già, tạo ra một hệ sinh thái đa dạng thay vì gánh nặng đổ dồn lên vai hệ thống y tế công lập. Ví dụ: Trong quá trình nghiên cứu và sửa đổi Luật Người cao tuổi, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội phối hợp với Bộ Y tế cần bổ sung một chương riêng biệt về “Dịch vụ chăm sóc dài hạn và Khuyến khích xã hội hóa”. Cụ thể, chính sách cần quy định rõ: các doanh nghiệp đầu tư xây dựng viện dưỡng lão không vì lợi nhuận hoặc trung tâm y tế bán trú cho người già sẽ được miễn tiền sử dụng đất trong vòng 20-50 năm, áp dụng thuế suất thuế thu nhập doanh nghiệp ưu đãi (ở mức 10% suốt đời dự án thay vì 20% như thông thường) và được tiếp cận nguồn vốn vay ưu đãi từ Ngân hàng Phát triển Việt Nam (VDB). Đồng thời, Bộ Tài chính cần phối hợp với các tập đoàn bảo hiểm lớn (như Bảo Việt, Prudential) thiết kế và cấp phép cho các gói “Bảo hiểm chăm sóc dài hạn tự nguyện”. Đây là sản phẩm tài chính cho phép người dân tích lũy, đóng phí từ khi còn trẻ (khoảng 30-40 tuổi) để đổi lại quyền lợi được chi trả toàn bộ hoặc một phần chi phí an dưỡng, điều trị chuyên sâu tại các viện dưỡng lão khi bước sang tuổi 70, giải quyết triệt để bài toán rủi ro tài chính sụt giảm thu nhập lúc về già.

2.2.2. Hiện đại hóa trực y tế cơ sở và số hóa mô hình quản lý bệnh lý mãn tính

Y tế cơ sở là tuyến đầu tiếp cận trực tiếp với người dân, đóng vai trò quyết định trong việc giảm tải cho hệ thống tuyến trên. Giải pháp cốt lõi ở đây là phải thực hiện một cuộc cách mạng nâng cao năng lực cho các trạm y tế xã, phường, thị trấn cả về cơ sở vật chất, danh mục thuốc lẫn công nghệ quản lý. Trạm y tế cơ sở phải chuyển trạng thái hoạt động từ “chờ bệnh nhân đến” sang “chủ động quản lý và theo dõi liên tục” (Tạ Thị Hương, 2025). Việc ứng dụng công nghệ thông tin, xây dựng cơ sở dữ liệu lớn (Big Data) và số hóa hồ sơ sức khỏe điện tử cho người già là chìa khóa để tối ưu hóa nguồn lực y tế, giúp việc chẩn đoán, chuyển tuyến và cấp phát thuốc diễn ra một cách khoa học, chính xác và liền mạch. Ví dụ: Bộ Y tế có thể nhân rộng mô hình “Phòng khám bác sĩ gia đình” tích hợp số hóa đã thí điểm thành công. Cụ thể, tại tất cả các trạm y tế phường của thành phố Đà Nẵng, mỗi người cao tuổi sẽ được cấp một mã định danh y tế duy nhất gắn liền với Hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR). Khi các cụ đến khám, bác sĩ trạm y tế chỉ cần quét mã QR để nắm toàn bộ lịch sử bệnh án, các loại thuốc đã dị ứng và các chỉ số sinh tồn từ lần khám trước. Đối với những ca bệnh phức tạp, trạm y tế sẽ sử dụng phần mềm Telehealth kết nối trực tiếp với các chuyên gia đầu ngành tại Bệnh viện Đà Nẵng để hội chẩn trực tuyến ngay tại chỗ, giúp người bệnh không phải chuyển tuyến. Song song đó, danh mục thuốc BHYT tại trạm y tế xã phải được mở rộng, cho phép cấp phát các loại thuốc kiểm soát huyết áp và tiểu đường thế hệ mới với thời gian cấp phát kéo dài từ 2 đến 3 tháng/lần, giúp người già giảm bớt tần suất phải đi lại xếp hàng.

2.2.3. Đột phá trong đào tạo nguồn nhân lực chuyên khoa Lão và chuẩn hóa nghề Chăm sóc viên

Mọi chiến lược hay chính sách y tế đều sẽ thất bại nếu không có một đội ngũ nhân lực có đủ năng lực chuyên môn và tâm huyết để vận hành. Vì vậy, giải pháp cấp bách hiện nay là phải tái cấu trúc hệ thống đào tạo y khoa quốc gia nhằm bù đắp khoảng trống thiếu hụt nhân lực lão khoa. Điều này đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa Bộ Giáo dục và Đào tạo với Bộ Y tế để xây dựng các chương trình đào tạo chuẩn hóa, có chính sách thu hút sinh viên ngành y theo học chuyên ngành này. Đồng thời, Việt Nam cần chính thức công nhận và chuẩn hóa nghề “Chăm sóc viên NCT” (Caregiver) thành một mã ngành đào tạo nghề nghiệp độc lập trong hệ thống giáo dục nghề nghiệp quốc gia, tách biệt với lao động giúp việc gia đình thông thường. Ví dụ: Trường Đại học Y Hà Nội và Đại học Y Dược TP. Hồ Chí

Minh có thể tiên phong thành lập Khoa Lão khoa độc lập, bắt buộc đưa học phần “Lão khoa đại cương” vào chương trình đào tạo bác sĩ đa khoa hệ 6 năm. Nhà nước có thể áp dụng chính sách miễn hoặc giảm 50% học phí cho những sinh viên cam kết theo học chuyên khoa sâu về Lão khoa hoặc Phục hồi chức năng sau khi tốt nghiệp. Ở góc độ đào tạo nghề, Tổng cục Giáo dục nghề nghiệp (Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội) đã ban hành khung chương trình đào tạo “Chứng chỉ Chăm sóc viên chuyên nghiệp” ngắn hạn (từ 3 đến 6 tháng). Chương trình này sẽ đào tạo cho người lao động các kỹ năng y tế cơ bản như: kỹ thuật lật trở bệnh nhân chống loét tì đè, cách sử dụng máy hút đờm, kỹ năng sơ cứu khi người già bị hóc thức ăn, ngã quy và tâm lý học tiếp xúc với người sa sút trí tuệ. Các trung tâm dịch vụ việc làm sẽ kết nối đội ngũ có chứng chỉ này với các gia đình có nhu cầu, hình thành thị trường lao động chăm sóc sức khỏe minh bạch, chất lượng và an toàn.

2.2.4. Đa dạng hóa các mô hình chăm sóc sức khỏe tích hợp dựa vào cộng đồng và mô hình bán trú

Trước thực trạng quy mô gia đình đang thu hẹp, việc xây dựng các mô hình chăm sóc sức khỏe trung gian nơi kết hợp giữa sự chăm sóc của gia đình và hỗ trợ của kỹ thuật y tế cộng đồng là giải pháp có chi phí hợp lý và tính khả thi cao nhất đối với điều kiện kinh tế của Việt Nam. Chúng ta không thể xây dựng đủ số viện dưỡng lão nội trú cho tất cả người già nhưng chúng ta hoàn toàn có thể xây dựng mạng lưới hỗ trợ tại chỗ tại từng khu phố, từng thôn bản. Việc nhân rộng, nâng cấp các mô hình tự nguyện sẵn có và thí điểm các mô hình “Chăm sóc ban ngày” (Daycare) sẽ giúp NCT vừa nhận được sự giám sát y tế chuyên nghiệp, vừa không bị đứt gãy sợi dây tình cảm gắn kết với con cháu trong gia đình.

2.2.5. Đổi mới chiến lược truyền thông, loại bỏ định kiến tuổi tác và thúc đẩy y tế dự phòng tự thân

Cần phải đập tắt tư duy định kiến tuổi tác (Ageism) vốn xem người già là một nhóm người yếu thế, không còn khả năng đóng góp. Thay vào đó, truyền thông phải định vị NCT là một nguồn lực xã hội quan trọng “vốn xã hội” giàu kinh nghiệm, trí tuệ (Tùng Anh, 2024). Đồng thời, chiến lược truyền thông phải hướng tới việc xây dựng năng lực y tế dự phòng tự thân cho người dân từ khi còn trẻ, giúp họ hiểu rằng một tuổi già khỏe mạnh không phải là món quà ngẫu nhiên mang tính may rủi mà là kết quả của một quá trình đầu tư, rèn luyện lối sống và dinh dưỡng có ý thức suốt nhiều thập kỷ. Ví dụ: Bộ Thông tin và Truyền thông phối hợp với Hội Người cao tuổi Việt Nam triển khai chiến dịch truyền thông quốc gia với chủ đề “Già hóa chủ động - Khỏe mạnh từ gốc”. Chiến dịch này không sử dụng các bài viết lý thuyết khô khan mà tập trung xây dựng các nội dung số ngắn, trực quan phát trên các nền tảng mạng xã hội (Facebook, TikTok, YouTube) nơi mà nhiều NCT hiện nay đang sử dụng hàng ngày. Nội dung video sẽ xây dựng các tuyến nhân vật thực tế: các cụ già 75-80 tuổi vẫn làm chủ nông trang, tự tin tập các động tác yoga phức tạp, hoặc chia sẻ công thức nấu ăn giảm mặn, giảm dầu mỡ để bảo vệ hệ tim mạch. Đồng thời, phát động phong trào “Mỗi nhà văn hóa một câu lạc bộ dưỡng sinh”, hỗ trợ kinh phí để thuê huấn luyện viên chuyên nghiệp về hướng dẫn các bài tập Thái Cực Quyền, Dân vũ cho người già tại các quảng trường, công viên, biến việc rèn luyện sức khỏe tự thân trở thành một trào lưu văn hóa có tính tích cực và lan tỏa mạnh mẽ trong cộng đồng.

3. Kết luận

Chăm sóc sức khỏe cho NCT trong bối cảnh tốc độ già hóa dân số diễn ra vượt trội so với mức độ tăng trưởng kinh tế là một bài toán mang tính thời đại, tác động trực tiếp đến sự phát triển bền vững của quốc gia. Qua quá trình phân tích thực trạng có thể khẳng định rằng Việt Nam đang đứng trước một bước ngoặt lớn về mặt chính sách và quản trị xã hội. Những thành tựu bước đầu trong việc mở rộng diện bao phủ BHYT hay thí điểm các mô hình cộng đồng là rất đáng ghi nhận, song vẫn chưa đủ để lấp đầy những khoảng trống cấu trúc do gánh nặng bệnh tật kép và áp lực tài chính y tế mang lại. Do đặc thù “già trước khi giàu”, Việt Nam không thể rập khuôn nguyên bản các mô hình viện dưỡng lão hay hệ thống an sinh tốn kém của các quốc gia phương Tây phát triển. Thay vào đó, lối đi phù hợp và hiệu quả nhất là xây dựng một hệ sinh thái chăm sóc tích hợp, kết hợp hài hòa giữa ba trục cốt lõi: “Y tế chuyên sâu làm hạt nhân - Y tế cơ sở làm bệ đỡ - Nguồn lực cộng đồng, gia đình làm nền tảng”. Việc đẩy mạnh công tác này trong thời gian tới đòi hỏi một quyết tâm chính trị mạnh mẽ và tư duy đổi mới mang tính đột phá. Quá trình chuyển đổi cấu trúc phải được thực hiện đồng bộ, bắt đầu từ việc hoàn thiện hành lang pháp lý, sửa đổi Luật Người cao tuổi theo hướng tiếp cận dựa trên quyền, cho đến việc kiến tạo các đòn bẩy kinh

tế đủ mạnh để thu hút dòng vốn xã hội hóa từ khu vực tư nhân. Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe NCT không đơn thuần là một công tác nhân đạo, từ thiện hay cứu trợ xã hội thụ động mà chính là một khoản đầu tư phát triển dài hạn là thước đo cho mức độ văn minh và tiến bộ của một xã hội.

Tài liệu tham khảo

Công Khải (2025). *Hàn Quốc chi 4,6 tỉ USD chữa bệnh cho người già*. <https://tuoitre.vn/han-quoc-chi-4-6-ti-usd-chua-benh-cho-nguoi-gia-20250213144941192.htm>, ngày 13/02/2025.

Đoàn Văn Bình (2024). *Phát triển kinh tế bạc (Kỳ I): Xu hướng tất yếu của tương lai*. <https://diendandoanhnghiep.vn/phat-trien-kinh-te-bac-ky-i-xu-huong-tat-yeu-cua-tuong-lai-10135366.html>, ngày 07/6/2024.

Hoa Nguyễn (2025). *Chính sách đối với người cao tuổi của một số nước trên thế giới*. <https://hoinguoicaotuoitayninh.vn/chinh-sach-doi-voi-nguoi-cao-tuoi-cua-mot-so-nuoc-tren-the-gioi-2/>, ngày 05/3/2025.

Ngọc Nhân (2013). *Hệ thống bảo hiểm cho người cao tuổi ở Đức bộc lộ hạn chế*. <https://daibieunhandan.vn/he-thong-bao-hiem-cho-nguoi-cao-tuoi-o-duc-boc-lo-han-che-10131952.html>, ngày 07/3/2013.

Nguyễn Phương Nhung (2024). *Hoàn thiện pháp luật về quyền của người cao tuổi ở Việt Nam*. Luận án Tiến sĩ ngành: Lý luận và Lịch sử nhà nước và pháp luật, Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh, tr. 60-65.

Tạ Thị Hương (2025). *Chính sách y tế và chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi ở Singapore và gợi ý chính sách cho Việt Nam*. <https://www.quanlynhanuoc.vn/2025/08/19/chinh-sach-y-te-va-cham-soc-dai-han-cho-nguoi-cao-tuoi-o-singapore-va-goi-y-chinh-sach-cho-viet-nam/>, ngày 19/8/2025.

Tùng Anh (2024). *Đài Loan dự kiến phân bổ 4 tỉ Tân Đài tệ cho việc chăm sóc người cao tuổi*. <https://ansinh.tapchikinhthetaichinh.vn/dai-loan-duy-kiem-phan-bo-4-ty-tan-dai-te-cho-viec-cham-soc-nguoi-cao-tuoi-133152.html>, ngày 18/12/2024.

NÂNG CAO HIỆU QUẢ SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP THẢO LUẬN NHÓM...
Tiếp theo trang 369

3. Kết luận

Nâng cao hiệu quả sử dụng phương pháp thảo luận nhóm trong giảng dạy môn Tư tưởng Hồ Chí Minh tại Học viện Tài chính - Phân hiệu tỉnh Hưng Yên không thuần túy là việc thay đổi kỹ thuật tổ chức lớp học mà là một cuộc cách mạng về tư duy quản lý giảng dạy và tiếp cận người học. Đối với SV - những người vốn nhạy bén với thực tế và tư duy định lượng, phương pháp thảo luận nhóm khi được đổi mới một cách khoa học sẽ trở thành cầu nối lý tưởng để đưa lý luận chính trị vào sâu trong nhận thức và hành động. Để phương pháp này đạt hiệu quả thực chất, triệt tiêu được tính hình thức và hiện tượng “ỷ lại”, đòi hỏi một quy trình đổi mới đồng bộ và quyết liệt. Từ khâu thiết kế chủ đề phải mang tính “mở”, gắn chặt lý luận với thực tiễn phát triển kinh tế - xã hội của địa phương Hưng Yên và đạo đức nghề nghiệp tài chính đến khâu kiểm soát quy mô nhóm và vận dụng linh hoạt các kỹ thuật dạy học tích cực (như kỹ thuật “bể cá”, kỹ thuật “mảnh ghép”), đặc biệt là việc ứng dụng công nghệ số cùng cơ chế đánh giá đa chiều, công bằng. Sự kết hợp này không chỉ giúp SV làm chủ kiến thức cốt lõi của môn học mà còn bồi dưỡng các kỹ năng thế kỷ XXI như tư duy phản biện, kỹ năng hợp tác và năng lực giải quyết vấn đề phức tạp. Trong toàn bộ tiến trình đó, vai trò của GV lý luận chính trị đã có sự dịch chuyển căn bản: từ người truyền thụ tri thức một chiều thành người thiết kế, trọng tài điều phối và định hướng tư tưởng. Khâu kết luận, chuẩn hóa kiến thức của GV ở cuối mỗi buổi thảo luận chính là “điểm neo” bảo đảm tính định hướng chính trị, uốn nắn kịp thời những nhận thức lệch lạc, đồng thời khơi dậy lòng yêu nước, ý thức trách nhiệm công dân một cách tự nhiên và bền vững.

Tài liệu tham khảo

Ban Bí thư (2014). *Kết luận số 94-KL/TW, ngày 28/3/2014 về việc tiếp tục đổi mới việc học tập lý luận chính trị trong hệ thống giáo dục quốc dân*.

Ban Chấp hành Trung ương (2018). *Chỉ thị số 23-CT/TW ngày 09/02/2018 về việc tiếp tục đổi mới, nâng cao chất lượng, hiệu quả học tập, nghiên cứu, vận dụng và phát triển chủ nghĩa Mác-Lênin, tư tưởng Hồ Chí Minh trong tình hình mới*.

Bùi Đình Phong (2017). *Hồ Chí Minh học - một số nội dung cơ bản*. NXB Lý luận chính trị.

Hoàng Chí Bảo (2005). *Tìm hiểu phương pháp Hồ Chí Minh*. NXB Lý luận chính trị.

Phạm Thị Thúy Vân (2019). *Giáo dục đạo đức Hồ Chí Minh cho sinh viên đại học ở nước ta hiện nay qua dạy học học phần “Tư tưởng Hồ Chí Minh”*. *Tạp chí Giáo dục*, số đặc biệt tháng 10, tr. 2-7.

Song Thành (chủ biên, 2008). *Hướng dẫn học tập môn Tư tưởng Hồ Chí Minh*. NXB Chính trị Quốc gia - Sự thật.

Vũ Thị Thủy, Phạm Thị Huyền (2020). *Vai trò của phương pháp thảo luận nhóm trong dạy học môn Tư tưởng Hồ Chí Minh theo định hướng phát triển năng lực*. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, Đại học Thái Nguyên, 225(04), 42-49.