



TẠP CHÍ

NGUỒN NHÂN LỰC VÀ AN SINH XÃ HỘI

TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG - XÃ HỘI

ISSN 2815 - 5610

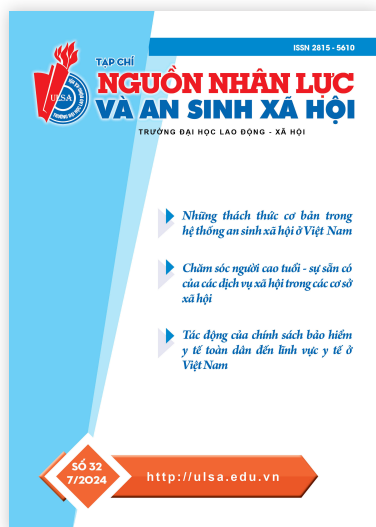
- ▶ *Những thách thức cơ bản trong hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam*
- ▶ *Chăm sóc người cao tuổi - sự sẵn có của các dịch vụ xã hội trong các cơ sở xã hội*
- ▶ *Tác động của chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đến lĩnh vực y tế ở Việt Nam*

**SỐ 32
7/2024**

<http://ulsa.edu.vn>

**TẠP CHÍ NGUỒN NHÂN LỰC
VÀ AN SINH XÃ HỘI**

*Journal of Human Resources and
Social Protection*



Tạp chí ra hàng tháng
Số 32 - Tháng 07/2024

TỔNG BIÊN TẬP

PGS. TS. Lê Thanh Hà
PHÓ TỔNG BIÊN TẬP
TS. Doãn Thị Mai Hương

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

PGS. TS. Lê Thanh Hà
GS.TS. Trần Ngọc Anh
GS.TS. Phạm Quang Trung
GS.TS. Ngô Thăng Lợi
GS.TS. Nguyễn Hữu Minh
GS.TS. Đinh Văn Sơn
TS. Doãn Thị Mai Hương
PGS. TS. Đỗ Thị Tươi
TS. Nguyễn Trung Hải (79)

THƯ KÝ TÒA SOẠN

TS. Nguyễn Xuân Hường

Tòa soạn: số 43 Trần Duy Hưng,
phường Trung Hòa, quận Cầu Giấy,
Thành phố Hà Nội

Điện thoại: 024.35564584

Email: phongkhhtqt@ulsa.edu.vn

Giấy phép xuất bản số:

438/GP-BTTTT ngày 13 tháng 7 năm 2021

Chế bản và in tại Công ty TNHH In Vietcolor

TRONG SỐ NÀY:

- 2** Những thách thức cơ bản trong hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam

Nguyễn Trung Hải (76), Nguyễn Thị Vĩnh Hà

- 10** Chăm sóc người cao tuổi - sự sẵn có của các dịch vụ xã hội trong các cơ sở xã hội

Nguyễn Trung Hải (79)

- 20** Tác động của chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đến lĩnh vực y tế ở Việt Nam

Phạm Thị Thu Trang

- 29** Thực trạng đời sống người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay và khuyến nghị chính sách

Phạm Hồng Trang

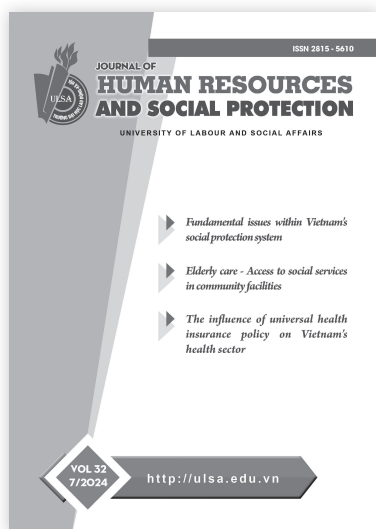
- 39** Xây dựng mô hình nghiên cứu nhân tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh các doanh nghiệp sản xuất mực in

Phạm Thị Thúy Vân, Đinh Xuân Quang

- 48** Tác động của các yếu tố đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống của người tiêu dùng trẻ

**Lê Thị Thuận, Trịnh Thùy Giang, Khuất Thị Tú,
Nguyễn Thị Tuyền, Thạch Thị Thanh Thảo**

**JOURNAL OF HUMAN
RESOURCES AND SOCIAL
PROTECTION**



Monthly Publication
Vol 32 - 07/2024

EDITOR-IN-CHIEF

Asso. Prof. Dr. Le Thanh Ha

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Dr. Doan Thi Mai Huong

EDITORIAL BOARD

Asso. Prof. Dr. Le Thanh Ha

Prof. Dr. Tran Ngoc Anh

Prof. Dr. Pham Quang Trung

Prof. Dr. Ngo Thang Loi

Prof. Dr. Nguyen Huu Minh

Prof. Dr. Dinh Van Son

Dr. Doan Thi Mai Huong

Asso. Prof. Dr. Do Thi Tuoi

Dr. Nguyen Trung Hai (79)

EDITORIAL SECRETARY

Dr. Nguyen Xuan Huong

Journal Office:

No.43 Tran Duy Hung Road,

Trung Hoa Ward, Cau Giay Distr., Hanoi.

Tel: +84 (0) 24 35564584

Email: phongkhhtqt@ulsa.edu.vn

Publishing License

No. 438/GP-BTTTT dated 13th July 2021

Printed at Vietcolor Ltd. Company.

TABLE OF CONTENTS:

- 2** *Fundamental issues within Vietnam's social protection system*
Nguyen Trung Hai (76), Nguyen Thi Vinh Ha
- 10** *Elderly care - Access to social services in community facilities*
Nguyen Trung Hai (79)
- 20** *The influence of universal health insurance policy on Vietnam's health sector*
Pham Thi Thu Trang
- 29** *The present state of elderly life in Vietnam and Policy recommendations*
Pham Hong Trang
- 39** *Developing a research model on factors influencing the business outcomes of ink manufacturers*
Pham Thi Thuy Van, Dinh Xuan Quang
- 48** *The Influence of Various Factors on the Purchasing Decisions of Young Consumers in Traditional Markets*
Le Thi Thuan, Trinh Thuy Giang, Khuat Thi Tu, Nguyen Thi Tuyen, Thach Thi Thanh Thao

NHỮNG THÁCH THỨC CƠ BẢN TRONG HỆ THỐNG AN SINH XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

TS. Nguyễn Trung Hải (76)

Trường Đại học Lao động - Xã hội

haitc08ulsa@gmail.com

ThS. Nguyễn Thị Vinh Hà

Viện Khoa học Lao động và Xã hội, Bộ LĐ-TB&XH

haminhchauhuy2003@yahoo.fr

Tóm tắt: Bài viết đặt mục tiêu tập trung vào nhận diện những thách thức cơ bản trong hệ thống an sinh xã hội (ASXH) ở Việt Nam liên quan đến nguồn lực tài chính, phạm vi bao phủ và chất lượng dịch vụ ASXH. Thách thức về nguồn lực tài chính ASXH đó là tỷ lệ người cao tuổi (NCT) ngày càng cao kéo theo nhu cầu hỗ trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe ngày càng lớn, nguồn thu từ đóng góp của người lao động và doanh nghiệp còn hạn chế, sự phân bổ ngân sách giữa các chương trình, chính sách ASXH chưa hợp lý. Thách thức về phạm vi bao phủ của hệ thống ASXH đến từ tỷ lệ tham gia BHXH còn thấp, việc tiếp cận các dịch vụ ASXH còn gặp nhiều khó khăn. Thách thức về chất lượng dịch vụ ASXH là do chất lượng một số dịch vụ ASXH như y tế, giáo dục, chăm sóc NCT chưa đáp ứng mong đợi của người dân, tình trạng thiếu hụt nhân lực chuyên môn cao và thiếu thốn cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho các hoạt động ASXH. Bài viết được thực hiện bằng phương pháp nghiên cứu tài liệu và phương pháp phân tích.

Từ khóa: Thách thức, an sinh xã hội, hệ thống

FUNDAMENTAL ISSUES WITHIN VIETNAM'S SOCIAL PROTECTION SYSTEM

Abstract: This article seeks to examine the fundamental challenges faced by the social protection system in Vietnam, particularly concerning financial resources, coverage, and the quality of social protection services. A significant issue regarding the financial resources of social insurance is the rising proportion of elderly individuals, which results in a heightened demand for social support and healthcare services. This situation is compounded by limited revenue generated from contributions by employees and businesses, as well as the allocation of budgetary resources across various programs, indicating that the current social insurance policy may not be adequately structured. The issue of social insurance system coverage is primarily attributed to the low participation rates, which hinder access to social insurance services that continue to encounter numerous obstacles. Furthermore, the quality of social protection services is challenged by inadequacies in essential areas such as health, education, and care, which fail to meet public expectations. This situation is exacerbated by a shortage of highly skilled professionals and insufficient facilities and equipment necessary for effective social protection initiatives. The study employs a literature review and analytical methods to explore these issues.

Keywords: Challenge, social protection, system

Mã bài báo: JHS - 200

Ngày nhận bài sửa: 06/06/2024

Ngày nhận bài: 10/05/2024

Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Ngày nhận phản biện: 23/05/2024

1. Đặt vấn đề

Hệ thống ASXH là một mạng lưới các chính sách, chương trình và biện pháp do Nhà nước ban hành và thực hiện nhằm đảm bảo mức sống tối thiểu, bảo đảm đời sống cơ bản cho người có thu nhập thấp, người nghèo, NCT neo đơn, trẻ em mồ côi, trẻ em lang thang, người tàn tật, người bị bệnh hiểm nghèo, nạn nhân chất độc da cam và những đối tượng đặc thù khác. Tại Nghị quyết Trung ương số 42-NQ/TW ngày 24/11/2023 về tiếp tục đổi mới, nâng cao chất lượng chính sách xã hội, đáp ứng yêu cầu sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc trong giai đoạn mới, hệ thống ASXH bao gồm: (1) Các trụ cột về thị trường lao động (việc làm, đào tạo nghề, thu nhập, hỗ trợ giảm nghèo); (2) Các trụ cột về bảo hiểm xã hội bắt buộc, tự nguyện và thất nghiệp; (3) Các trụ cột về bảo hiểm y tế, hỗ trợ chăm sóc sức khỏe; (4) Các trụ cột về trợ giúp xã hội thường xuyên, đột xuất, chăm sóc xã hội; và (5) Các trụ cột về dịch vụ xã hội cơ bản (y tế, giáo dục, văn hóa, thông tin, nước sạch và nhà ở). Được cấu trúc theo các thành tố khác nhau, hệ thống ASXH theo đó đóng vai trò quan trọng trong đời sống xã hội theo các khía cạnh thu hẹp khoảng cách thu nhập giữa các nhóm xã hội, góp phần tạo ra một xã hội công bằng, văn minh, nâng cao sức khỏe và đời sống tinh thần của người dân, tạo điều kiện cho họ tham gia tích cực vào các hoạt động kinh tế - xã hội, thúc đẩy sự phát triển của đất nước.

Trong những năm vừa qua, việc thực hiện các chính sách thuộc hệ thống ASXH ở nước ta đã đạt được những thành tựu ấn tượng. Tỷ lệ nghèo theo chuẩn quốc gia giảm từ 37,2% năm 1993 xuống còn 9,54% năm 2011 và 2,75% năm 2022. Số hộ nghèo giảm từ 6,6 triệu hộ năm 1993 xuống còn 1,0 triệu hộ năm 2022 (UNDP, 2022). Tính đến hết tháng 10/2021, cả nước có khoảng 14,2 triệu người tham gia BHXH bắt buộc, khoảng 1,2 triệu người tham gia BHXH tự nguyện và 12,5 triệu người tham gia bảo hiểm thất nghiệp (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 2021). Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 56% xuống còn 19% trong giai đoạn 1990-2020 (Bộ Y tế, 2023). Tỷ lệ biết chữ ở người từ 15 tuổi trở lên đạt 95,5% vào năm 2019 (Giáo dục Việt Nam, 2019). Nhờ thành tựu đó, Việt Nam được đánh giá cao về thực hiện công tác ASXH.

Tuy nhiên, thực tế xã hội cũng phản ánh những

thách thức mà hệ thống ASXH ở nước ta đang đối diện liên quan đến nguồn lực tài chính, phạm vi bao phủ và chất lượng dịch vụ (Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, 2021; Hà, 2018; Thành, 2022; Vinh, 2017). Nội dung 4.1, 4.2 và 4.3 dưới đây đề cập đến những thách thức này.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tài liệu nhằm:

- Thu thập và phân tích các văn bản chính sách, báo cáo, nghị quyết của Đảng, Nhà nước về an sinh xã hội ở Việt Nam.

- Tham khảo các bài báo khoa học, tài liệu chuyên ngành được đăng tải trên cơ sở dữ liệu khoa học như Google Scholar, ResearchGate, thư viện trực tuyến của các trường đại học về lĩnh vực an sinh xã hội ở Việt Nam với những thành tựu và thách thức đang đối diện

- Tra cứu số liệu thống kê từ các nguồn chính thống, như: Tổng cục Thống kê, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo, từ các ấn phẩm khoa học có uy tín.

Phương pháp phân tích nhằm:

- Phân tích nội dung các văn bản chính sách, báo cáo, nghị quyết, các bài báo, tài liệu khoa học về những thách thức cơ bản trong hệ thống ASXH.

- Phân tích số liệu thống kê thu thập được.
- Rút ra kết luận về những thách thức cơ bản trong hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam.

3. Tổng quan nghiên cứu

Về thành tựu

Báo cáo của Ngân hàng Thế giới năm (2016, 2021) về “ASXH ở Việt Nam: Thành tựu và thách thức” và “Tác động của bảo hiểm xã hội đối với phúc lợi hộ gia đình ở Việt Nam” đã cho thấy những thành tựu nổi bật của Việt Nam trong lĩnh vực giảm nghèo, các chính sách ASXH đã mở rộng độ bao phủ và nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân. Các chính sách BHXH có tác động tích cực đến phúc lợi hộ gia đình ở Việt Nam, đặc biệt là đối với các hộ gia đình có thu nhập thấp và trung bình (WB, 2016, 2021).

Trong bài viết về “Vai trò của ASXH trong việc giảm nghèo ở Việt Nam”, Hà (2018) đã điểm qua những thành tựu đạt được của hệ thống ASXH. Nội dung bài viết cho thấy các chương trình ASXH đã cung cấp đa dạng các gói hỗ trợ tài chính cho các nhóm đối tượng dễ bị tổn thương (chẳng hạn như

người già, người khuyết tật và hộ gia đình có thu nhập thấp), cung cấp sự bảo vệ chống lại các rủi ro khác nhau (chẳng hạn như bệnh tật, thất nghiệp, tuổi già) và thúc đẩy hòa nhập xã hội bằng cách đảm bảo rằng mọi người đều có quyền tiếp cận các dịch vụ và lợi ích thiết yếu. Các gói hỗ trợ này giúp cho đối tượng thụ hưởng được đáp ứng các nhu cầu cơ bản, giúp các cá nhân, gia đình duy trì sinh kế, giảm thiểu nguy cơ rơi vào nghèo đói, trao quyền cho các cá nhân và thúc đẩy họ tham gia đầy đủ hơn vào xã hội.

Tuấn &Huế (2023) trong bài viết “những đổi mới về chính sách an sinh xã hội” cũng đã điểm qua những thành tựu đạt được của hệ thống ASXH, trong đó nhấn mạnh (1) chính sách trợ giúp xã hội đã bao phủ hầu hết các nhóm đối tượng ở mọi lứa tuổi, từng bước đáp ứng các nhu cầu cơ bản của đối tượng, tạo thành lưới ASXH rộng khắp, đan xen, (2) diện bao phủ BHXH ngày càng mở rộng, (3) các chính sách về giảm nghèo được quan tâm đặc biệt và đem lại hiệu quả thiết thực, (4) một số chính sách đặc thù cho vùng DTTS đã được triển khai có kết quả tích cực, (5) các dịch vụ xã hội cơ bản được chú trọng đầu tư.

Về thách thức

Thành (2022) trong bài viết “Ba thách thức cần giải quyết của hệ thống ASXH Việt Nam” đã tổng hợp ý kiến từ các chuyên gia tham dự hội thảo khoa học “Những vấn đề lý luận - thực tiễn qua 10 năm thực hiện Nghị quyết Trung ương 5 khóa XI về một số vấn đề chính sách xã hội giai đoạn 2012-2020” do Ngân hàng Thế giới (WB) phối hợp với Hội đồng Lý luận Trung ương tổ chức ngày 30/9/2022. Từ sự tổng hợp đó, tác giả nêu bật ba thách thức cơ bản cho hệ thống ASXH Việt Nam hiện nay, đó là: (1) Thách thức liên quan đến việc làm phi chính thức. Thách thức này đề cập đến tỷ lệ lao động phi chính thức cao khiến họ không được tham gia BHXH, BHYT, dẫn đến nguy cơ thiếu hụt nguồn lực cho hệ thống ASXH và khả năng bảo vệ người lao động khi gặp rủi ro; (2) Thách thức liên quan đến già hóa dân số, bởi tỷ lệ NCT ngày càng tăng, đặt gánh nặng lên hệ thống ASXH, đặc biệt là hệ thống bảo hiểm hưu trí; và (3) Thách thức liên quan đến biến đổi khí hậu làm gia tăng thiên tai, dịch bệnh, gây thiệt hại về người và tài sản, ảnh hưởng đến đời sống của người dân và hoạt động của hệ thống ASXH.

Nghiên cứu của Tuấn & Huế (2023) cũng chỉ ra những thách thức khá tương đồng, đó là: vấn đề nhà

ở, tình trạng thất nghiệp, phân hóa giàu nghèo, rủi ro và xung đột xã hội, vấn đề già hóa dân số nhanh, tỷ trọng việc làm trong khu vực phi chính thức cao và các vấn đề an ninh phi truyền thống đang tác động mạnh mẽ đến đời sống của người dân, làm nảy sinh nhiều vấn đề xã hội trong bối cảnh hiện nay.

Vinh (2017), trong bài viết “ASXH ở Việt Nam: Những thành tựu, thách thức và định hướng phát triển” cũng chỉ ra một số thách thức cơ bản đối với hệ thống ASXH ở Việt Nam, đó là các chính sách được xây dựng dựa vào ngân sách nhà nước, khả năng huy động nguồn lực từ các nhóm xã hội chưa cao. Một số chỉ tiêu không hoàn thành so với mục tiêu, như: Tỷ lệ việc làm trong nông nghiệp, tỷ lệ tham gia BHXH, bảo hiểm thất nghiệp; một số chỉ tiêu về y tế, giáo dục. Chất lượng thực hiện các mục tiêu chưa cao, như: Kết quả giảm nghèo chưa vững chắc, chênh lệch giàu - nghèo giữa các vùng, nhóm dân cư có xu hướng gia tăng, tỷ lệ tham gia BHXH, BHYT tăng chậm. Hệ thống chính sách ASXH còn chồng chéo, trùng lặp. Một số chương trình ASXH chưa thực sự hiệu quả, như chương trình đào tạo nghề cho lao động nông thôn, các chương trình trợ giúp xã hội còn phân tán về đối tượng và kinh phí. Phạm vi bao phủ của chính sách ASXH còn hẹp, thiếu tài chính và sự phân bổ tài chính chưa hợp lý giữa các chương trình.

Những báo cáo, nghiên cứu nêu trên đã điểm qua một số thành tựu và hạn chế cơ bản của hệ thống ASXH ở Việt Nam. Kế tiếp những hướng nghiên cứu này, nội dung bài viết tập trung vào ba thách thức cơ bản liên quan đến nguồn lực tài chính, phạm vi bao phủ và chất lượng dịch vụ ASXH.

4. Nội dung

4.1. Thách thức về nguồn lực tài chính

- Thách thức từ áp lực gia tăng do tỷ lệ NCT ngày càng cao, nhu cầu hỗ trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe ngày càng lớn.

Theo số liệu của Tổng cục Thống kê (2021), tỷ lệ NCT ở nước ta (tính theo mốc tuổi 65) dự kiến sẽ tăng từ 11,86% năm 2019 lên 17% vào năm 2030 và đạt 25% năm 2050. Dự báo này cho thấy Việt Nam đang trên lộ trình chuyển đổi từ quốc gia già hóa dân số sang quốc gia có dân số già và siêu già. Điều này dẫn đến nhu cầu về chi hỗ trợ xã hội dành cho NCT thông qua hệ thống ASXH sẽ tăng cao trong những năm tiếp theo, trong đó có những khoản chi trợ cấp thường xuyên, trợ cấp vé xe buýt, hỗ trợ NCT có hoàn cảnh khó khăn...

Khi tỷ lệ NCT tăng cao thì chi phí hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho nhóm dân số này cũng tăng theo. Dẫn báo cáo của Bộ Y tế cho thấy, nhiều NCT thường mắc nhiều bệnh mãn tính, như: tim mạch, tiểu đường, huyết áp cao... Chi phí điều trị cao cho những loại bệnh này, cũng tạo thêm áp lực lên hệ thống ASXH. Chỉ tính riêng trong năm 2023, quỹ BHYT đã chi trả hơn 100.000 tỷ đồng cho việc khám chữa bệnh BHYT, trong đó NCT chiếm tỷ trọng lớn (Thời báo Tài chính, 2023). Song song với đó, tỷ lệ NCT tăng lên cũng dẫn đến nhu cầu về dịch vụ chăm sóc tại nhà, tại viện dưỡng lão của NCT tăng theo mà nhiều hộ gia đình không có khả năng chi trả. Số liệu thống kê của Viện Khoa học Lao động và Xã hội (2019) phản ánh, chỉ có khoảng 10.000 NCT được hưởng dịch vụ chăm sóc tại viện dưỡng lão, số còn lại phụ thuộc vào gia đình và cộng đồng. Ngoài ra, nhiều NCT cũng cần được đảm bảo về ăn uống, sinh hoạt, vui chơi giải trí..., song với mức lương hưu hiện hưởng còn thấp, nhiều người không đủ nguồn lực tài chính tự lo cho cuộc sống.

Do đó, tỷ lệ NCT gia tăng cùng với nhu cầu hỗ trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe ngày càng lớn đã tạo áp lực ngày càng cao lên ngân sách chi đảm bảo ASXH. Điều đó dẫn đến nguy cơ thiếu hụt nguồn lực của các quỹ bảo hiểm, làm tăng nguy cơ suy giảm chất lượng dịch vụ. Thực tế đó buộc Chính phủ cần nhắc phân bổ nguồn lực cho các lĩnh vực thuộc hệ thống ASXH và các lĩnh vực khác như giáo dục, y tế, quốc phòng, an ninh... Tuy nhiên, điều này cũng dẫn đến nguy cơ thiếu hụt nguồn lực cho các dịch vụ công cộng khác nếu dành quá nhiều ngân sách cho ASXH.

- Thách thức do nguồn thu từ đóng góp của người lao động và doanh nghiệp còn hạn chế, chưa đáp ứng đủ nhu cầu chi cho các hoạt động ASXH.

Số liệu thống kê của BHXH Việt Nam cho thấy, cả nước có khoảng 18,26 triệu người tham gia BHXH vào năm 2023, đạt 39,25% lực lượng lao động trong độ tuổi (Dương, 2024). Theo diễn giải của một số nghiên cứu, thực tế này phần nào phản ánh nhận thức của một số người lao động về tầm quan trọng của BHXH, BHYT còn hạn chế. Nhiều người lao động làm việc trong khu vực phi chính thức, không tham gia BHXH, BHYT (Linh và nnk, 2024). Hệ quả là một lượng lớn người lao động không tham gia đóng góp BHXH, BHYT, dẫn đến thiếu hụt nguồn thu cho hệ thống ASXH. Điều này khiến cho quỹ BHXH, BHYT có độ tích lũy thấp. Trong khi đó, nhu cầu chi

cho các hoạt động ASXH ngày càng tăng cao, bao gồm chi trợ cấp cho NCT, người tàn tật, trẻ em mồ côi, chi phí đầu tư cho giáo dục, y tế, đào tạo nghề cho các nhóm xã hội đặc thù, chi đầu tư cho các chương trình hỗ trợ người nghèo, người cận nghèo...

Hệ lụy của tình trạng thiếu hụt nguồn thu có thể dẫn đến nguy cơ một số chương trình ASXH mới có thể khó được triển khai, một số chương trình ASXH phải thu hẹp quy mô, giảm mức hỗ trợ cho các đối tượng thụ hưởng, đặc biệt là những người có hoàn cảnh khó khăn, dù rằng điều đó khiến cho đời sống vật chất và tinh thần của các nhóm xã hội này bị ảnh hưởng tiêu cực, người lao động có thể trở nên bất an, giảm năng suất lao động.

Thực tế này cho thấy, với nguồn thu từ đóng góp của người lao động và doanh nghiệp còn hạn chế hiện nay thì việc thiếu hụt nguồn lực chi cho các hoạt động ASXH là điều cần được cảnh báo.

- Thách thức do sự phân bổ ngân sách chưa hợp lý giữa các chương trình, chính sách thuộc hệ thống ASXH.

Hệ thống ASXH được thiết kế như một kênh đầu tư cho sự phát triển ổn định và bền vững của xã hội. Điều đó có nghĩa hệ thống này cần phải đáp ứng nhu cầu của nhiều nhóm đối tượng xã hội, như: NCT, người nghèo, người tàn tật, trẻ em... Nhu cầu của mỗi nhóm đối tượng này lại khác nhau, đòi hỏi cần có sự phân bổ ngân sách hợp lý để đảm bảo đáp ứng đầy đủ nhu cầu cho các đối tượng. Tuy nhiên, trong thực tế, sự phân bổ ngân sách cho các chương trình, chính sách thuộc hệ thống ASXH chưa thực sự hợp lý (Vinh, 2019).

Hậu quả của việc phân bổ ngân sách chưa hợp lý có thể dẫn đến tình trạng thiếu hụt nguồn lực cho một số chương trình, chính sách ASXH quan trọng, ảnh hưởng đến hiệu quả hoạt động của hệ thống ASXH. Khi nguồn lực tập trung vào những chương trình, chính sách kém hiệu quả hoặc không phù hợp với nhu cầu thực tế thì các chương trình, chính sách quan trọng khác lại thiếu đi nguồn lực để triển khai, dẫn đến giảm sút hiệu quả chung của hệ thống ASXH. Việc phân bổ ngân sách không cân bằng có thể khiến một số nhóm đối tượng, khu vực địa lý không được hưởng đầy đủ các dịch vụ ASXH thiết yếu. Khi nguồn lực được phân bổ cho những chương trình, chính sách có thiết kế, triển khai không hợp lý, thiếu sự giám sát chặt chẽ, dễ dẫn đến tình trạng lãng phí, thất thoát ngân sách. Việc thiếu sự phối hợp, liên kết giữa các chương trình ASXH do phân bổ ngân

sách riêng biệt có thể dẫn đến trùng lặp hoạt động, lãng phí nguồn lực. Khi nguồn lực bị gò bó vào các chương trình, chính sách hiện có, việc điều chỉnh, thích ứng với những thay đổi về nhu cầu thực tế của xã hội trở nên khó khăn khiến hệ thống ASXH thiếu đi sự linh hoạt, có thể cản trở việc triển khai hiệu quả các chương trình, chính sách ASXH mới. Khi một số nhóm đối tượng, khu vực địa lý không được hưởng đầy đủ các dịch vụ ASXH do phân bổ ngân sách chưa hợp lý thì có thể dẫn đến tình trạng mâu thuẫn, bất bình đẳng gia tăng trong xã hội. Việc thực hiện các chương trình, chính sách ASXH không hiệu quả do thiếu nguồn lực cũng có thể ảnh hưởng đến hiệu quả công tác tuyên truyền, vận động, khiến người dân thiếu hiểu biết, thiếu sự quan tâm tham gia vào hệ thống ASXH. Khi hệ thống ASXH không đáp ứng đầy đủ nhu cầu của người dân do phân bổ ngân sách bất hợp lý có thể dẫn đến gia tăng nhu cầu hỗ trợ từ ngân sách nhà nước trong tương lai.

4.2. Thách thức về phạm vi bao phủ của hệ thống an sinh xã hội

- Thách thức do tỷ lệ tham gia BHXH còn thấp

BHXH đóng vai trò quan trọng trong việc huy động nguồn lực cho hệ thống ASXH. Tuy nhiên, theo số liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, tỷ lệ tham gia BHXH của lực lượng lao động trong độ tuổi còn thấp, đặc biệt là ở khu vực phi chính thức và vùng sâu vùng xa. Nhóm người tham gia BHXH bắt buộc chiếm 39,25% lực lượng lao động trong độ tuổi vào năm 2023 (Bảo hiểm xã hội Việt Nam, 2024). Tỷ lệ tham gia BHXH của người lao động ở khu vực phi chính thức chỉ đạt khoảng 2,1% với loại hình tự nguyện và 0,1% với loại hình bắt buộc vào năm 2022 (Tổng cục Thống kê, 2022).

Khi tỷ lệ tham gia BHXH thấp, gánh nặng chi trả cho các chế độ ASXH như trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp NCT neo đơn, hỗ trợ người tàn tật... sẽ dồn lên ngân sách nhà nước. Điều này có thể dẫn đến tình trạng thiếu hụt ngân sách, ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các chương trình phát triển kinh tế - xã hội khác. Khi không tham gia BHXH, người lao động cũng không được hưởng các chế độ hỗ trợ như: BHYT, dẫn đến khó khăn khi chi trả chi phí khám chữa bệnh, đặc biệt là các bệnh hiểm nghèo. Họ cũng không được hưởng chế độ bảo hiểm hưu trí khiến nhiều người không có nguồn thu nhập ổn định khi về già. Đồng thời, họ cũng không được hưởng chế độ BHTN, chế độ áp dụng cho người lao động mất đi

nguồn hỗ trợ tài chính khi mất việc làm. Điều này có thể dẫn đến tình trạng gia tăng bất bình đẳng xã hội, gia tăng tệ nạn xã hội và ảnh hưởng đến sự ổn định của xã hội.

- Thách thức do việc tiếp cận các dịch vụ thuộc hệ thống ASXH còn gặp nhiều khó khăn, thủ tục hành chính rườm rà.

Việc tiếp cận các dịch vụ hỗ trợ thuộc hệ thống ASXH đóng vai trò quan trọng đảm bảo đời sống tối thiểu cho người dân, đặc biệt là những đối tượng yếu thế. Tuy nhiên, việc tiếp cận các dịch vụ này còn gặp nhiều khó khăn. Dẫn nghiên cứu từ nhiều tác giả (Vinh, 2019; Tuấn & Huế, 2023; WB, 2016), cũng như rà soát văn bản chính sách, nội dung thông tin, truyền thông cho thấy, thông tin về các dịch vụ ASXH thường phân tán trên nhiều nguồn khác nhau khiến người dân gặp khó khăn trong tìm kiếm và tiếp cận thông tin chính thống, đầy đủ. Nhiều tài liệu hướng dẫn, quy định liên quan đến các dịch vụ ASXH chưa được cập nhật thường xuyên dẫn đến tình trạng thông tin lỗi thời, gây khó khăn cho người dân trong thực hiện thủ tục hành chính. Một số tài liệu hướng dẫn được viết bằng ngôn ngữ chuyên ngành, khó hiểu đối với người dân có trình độ học vấn thấp, khiến họ không thể hiểu rõ các quy định và thủ tục cần thiết. Việc tiếp cận dịch vụ ASXH thường đòi hỏi người dân phải thực hiện nhiều thủ tục phức tạp, qua nhiều cấp trung gian, tốn nhiều thời gian và chi phí. Để được hưởng các dịch vụ thuộc hệ thống ASXH, người dân cần phải cung cấp nhiều loại giấy tờ khác nhau, một số loại giấy tờ gặp khó khăn trong xin cấp hoặc xác nhận. Quá trình xét duyệt hồ sơ xin hưởng các dịch vụ ASXH thường mất nhiều thời gian, người dân phải chờ đợi lâu, ảnh hưởng đến đời sống của họ. Theo đó, khó khăn trong việc tiếp cận thông tin và thủ tục hành chính rườm rà khiến nhiều người dân, đặc biệt là những đối tượng yếu thế, không được hưởng thụ các dịch vụ ASXH mà họ có quyền được hưởng. Tình trạng đó có nguy cơ tạo ra những luồng dư luận tiêu cực và có thể gây ra nhiều bức xúc cho xã hội.

4.3. Thách thức về chất lượng dịch vụ thuộc hệ thống an sinh xã hội

- Thách thức do chất lượng một số dịch vụ thuộc hệ thống ASXH, như: y tế, giáo dục, chăm sóc NCT chưa đáp ứng mong đợi của người dân.

Chất lượng một số dịch vụ thuộc hệ thống ASXH tại Việt Nam, bao gồm y tế, giáo dục và chăm sóc

NCT, đang ngày càng trở thành một vấn đề nhức nhối, gây ra nhiều thách thức cho cá nhân, gia đình, cộng đồng và xã hội.

Về lĩnh vực y tế, nhiều bệnh viện, đặc biệt là ở khu vực nông thôn, thiếu trang thiết bị y tế hiện đại, dẫn đến khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh. Nhiều cơ sở y tế, nhất là ở tuyến huyện, xã thiếu trang thiết bị y tế hiện đại, xuống cấp. Điều kiện vệ sinh môi trường tại một số cơ sở y tế chưa đảm bảo. Tình trạng quá tải của đội ngũ nhân viên y tế cũng được ghi nhận mà điều đó ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh. Số liệu thống kê của Bộ Y tế cho thấy, mật độ bác sĩ trung bình mới đạt 8,3 bác sĩ/vạn dân (dưới mức khuyến nghị của WHO là 10 bác sĩ/vạn dân). Mật độ điều dưỡng viên là 10,6 điều dưỡng viên/vạn dân (dưới mức khuyến nghị của WHO là 25 điều dưỡng viên/vạn dân). Sự phân bố y tế chưa đồng đều, tập trung ở thành phố, khu vực kinh tế phát triển, thiếu hụt ở vùng sâu, vùng xa. Ngoài ra, chi phí khám chữa bệnh ngày càng tăng, đặc biệt là chi phí cho thuốc men và dịch vụ y tế cao cấp, gây khó khăn cho người dân, đặc biệt là người nghèo (Bộ Y tế, 2022).

Về lĩnh vực giáo dục, kết quả rà soát một số nghiên cứu và phản ánh từ các phương tiện truyền thông cho thấy chất lượng giáo dục giữa các trường học, khu vực còn có sự chênh lệch lớn, ảnh hưởng đến cơ hội học tập và phát triển của học sinh. Chất lượng giáo dục ở các trường dân tộc thiểu số, vùng sâu, vùng xa còn hạn chế. Mức đầu tư cho giáo dục/học sinh ở khu vực thành phố thường cao hơn khu vực nông thôn. Nhiều địa phương thuộc vùng sâu, vùng xa còn thiếu nguồn lực đầu tư cho giáo dục dẫn đến chất lượng giáo dục chưa được đảm bảo, chất lượng đội ngũ giáo viên chưa đồng đều. Nhiều trường học ở vùng khó khăn còn thiếu giáo viên nên xảy ra tình trạng nhiều giáo viên phải giảng dạy nhiều môn cùng một lúc, trong đó có thể có những môn học nằm ngoài chuyên môn đào tạo của họ. Cùng với đó, số lượng học sinh trên lớp quá đông, ảnh hưởng đến chất lượng dạy và học. Nhiều trường học ở vùng khó khăn còn thiếu phòng học, phải học tạm trong nhà tranh, vách đất. Theo đó, chênh lệch về điểm thi giữa các vùng, miền, giữa các trường còn cao. Hơn thế, chi phí cho giáo dục ngày càng tăng, đặc biệt là chi phí cho sách vở, học phí và các hoạt động ngoại khóa. Điều đó gây ra nhiều khó khăn kinh tế cho nhiều gia đình, nhất là hộ nghèo, cận nghèo hoặc có hoàn cảnh khó khăn (Luong &

Dajaeghere, 2024; Yen & Hoi, 2023).

Về lĩnh vực chăm sóc NCT, số liệu của Tổng cục Thống kê (2021) cho thấy trong khi tỷ lệ NCT ngày càng tăng, đạt 11,3 triệu NCT vào năm 2023, dự kiến đạt 19 triệu vào năm 2030 và 28 triệu vào năm 2050 thì số lượng cơ sở chăm sóc NCT còn thấp, không đủ đáp ứng nhu cầu của NCT. Kết quả nghiên cứu của Viện Khoa học Lao động - Xã hội (2021) cho thấy, một số cơ sở chăm sóc NCT có chất lượng chăm sóc chưa tốt, thiếu sự quan tâm và chăm sóc chu đáo cho NCT. Do thiếu cơ sở chăm sóc NCT, gánh nặng chăm sóc NCT dồn lên vai các thành viên trong gia đình, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ. Nhiều NCT do thiếu sự quan tâm và hỗ trợ từ cộng đồng nên có mức độ tham gia xã hội thấp, dẫn đến nguy cơ cô đơn và trầm cảm cao. Điều này cũng tạo thách thức không nhỏ đến việc cung cấp dịch vụ chăm sóc NCT, nhất là dịch vụ được triển khai tại các cơ sở bảo trợ xã hội.

- Thách thức do thiếu hụt nhân lực chuyên môn cao trong lĩnh vực ASXH.

Theo thống kê của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội năm 2021 (VOV giao thông, 2022), tỷ lệ nhân viên công tác xã hội đạt chuẩn chỉ chiếm khoảng 20-30%. Điều này đồng nghĩa với việc thiếu hụt nghiêm trọng nguồn nhân lực chuyên môn cao trong lĩnh vực này và có thể dẫn đến tình trạng quá tải cho cán bộ hiện có, ảnh hưởng đến chất lượng cung cấp dịch vụ thuộc hệ thống ASXH. Dự báo đến năm 2030, Việt Nam cần thêm khoảng 100.000 nhân viên công tác xã hội để đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng. Nhu cầu này xuất phát từ nhiều yếu tố như: Già hóa dân số, tỷ lệ người khuyết tật gia tăng, các vấn đề xã hội diễn biến phức tạp.

Tình trạng thiếu hụt nhân lực chuyên môn cao trong hệ thống ASXH có thể làm giảm chất lượng cung cấp dịch vụ ASXH, gây khó khăn trong việc triển khai các chính sách ASXH, làm tăng nguy cơ xảy ra các vấn đề xã hội như bạo lực gia đình, trẻ em bỏ học, mại dâm... Điều đó đặt ra nhiều thách thức lớn, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của người dân và sự phát triển bền vững của xã hội, như:

- Hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân: Khi thiếu hụt nhân lực, các cơ quan, tổ chức cung cấp dịch vụ ASXH sẽ gặp khó khăn trong đáp ứng nhu cầu của người dân, đặc biệt là những nhóm yếu thế như NCT, trẻ em, người khuyết tật, hộ nghèo... Điều đó có nguy cơ dẫn đến tình trạng thiếu hụt dịch

vụ, thủ tục rườm rà, thời gian chờ đợi lâu.

- Giảm hiệu quả giải quyết các vấn đề xã hội: Thiếu chuyên môn dẫn đến việc nhiều cán bộ, nhân viên không thể đánh giá chính xác tình trạng, nhu cầu của người dân, từ đó có thể đưa ra các giải pháp hỗ trợ ASXH không phù hợp, hiệu quả thấp. Khi không được hỗ trợ kịp thời và đầy đủ thì các vấn đề xã hội, như: Bạo lực gia đình, mại dâm, trẻ em lang thang... có nguy cơ gia tăng, ảnh hưởng đến an ninh trật tự và sự phát triển chung của cộng đồng.

- Quá tải công việc: Khi thiếu hụt nhân lực trong hệ thống ASXH, gánh nặng công việc sẽ dồn lên vai đội ngũ nhân viên hiện có, khiến họ phải làm việc liên tục với cường độ cao, dẫn đến tình trạng căng thẳng, mệt mỏi, ảnh hưởng đến sức khỏe và hiệu quả công việc. Khi phải làm việc quá tải, nhân viên có thể mắc sai sót trong quá trình cung cấp dịch vụ, dẫn đến giảm chất lượng và ảnh hưởng đến niềm tin của người dân. Mức độ làm việc quá tải cộng với chế độ đãi ngộ chưa thỏa đáng có thể khiến nhân viên giỏi, có kinh nghiệm tìm kiếm cơ hội việc làm ở những nơi khác. Điều đó càng góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu hụt nhân lực.

- Hạn chế khả năng hỗ trợ người dân tham gia thị trường lao động: Khi không được hỗ trợ đầy đủ về kỹ năng, tư vấn nghề nghiệp, giới thiệu việc làm... người dân, đặc biệt là những nhóm yếu thế, sẽ gặp khó khăn trong việc tìm kiếm việc làm, hòa nhập thị trường lao động, dẫn đến gánh nặng cho ngân sách nhà nước chi đảm bảo ASXH.

- Thách thức do cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho các hoạt động ASXH còn thiếu thốn, đặc biệt ở các địa bàn vùng sâu vùng xa.

Báo cáo tình hình thực hiện công tác ASXH năm 2021 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội cho thấy, tỷ lệ hộ nghèo ở miền núi lên tới 23,72%, ở vùng đặc biệt khó khăn lên tới 31,57%. Tỷ lệ thiếu nhà ở miền núi là 17,33%, ở vùng đặc biệt khó khăn là 28,87%. Tỷ lệ dân số không có nước sạch sinh hoạt hợp vệ sinh ở miền núi cao chiếm 22,13%, ở vùng đặc biệt khó khăn là 41,57%.

Nghiên cứu “Đánh giá thực trạng đảm bảo ASXH cho người dân tộc thiểu số Việt Nam” của Viện Khoa học Xã hội, Học viện Khoa học Xã hội Việt Nam (2020) cho thấy, tỷ lệ trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia ở miền núi là 56,2%, ở vùng đặc biệt khó khăn là 38,9%, thấp hơn nhiều so với tỷ lệ trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia toàn quốc (82,1%). Số giường bệnh

trên 1 vạn dân ở miền núi đạt 7,8 giường, ở vùng đặc biệt khó khăn là 5,6 giường, thấp hơn nhiều so với số giường bệnh trên 1 vạn dân toàn quốc (32,3 giường). Tỷ lệ học sinh bỏ học ở miền núi là 15,7%, ở vùng đặc biệt khó khăn là 22,1%, cao gấp 2,2 lần so với tỷ lệ học sinh bỏ học toàn quốc (7,9%).

Báo cáo “Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác tuyên truyền cổ động trực quan trên địa bàn tỉnh Phú Thọ” của Sở Văn hóa, Thể thao và Du lịch tỉnh Phú Thọ (2023) phản ánh số lượng xã có nhà văn hóa ở miền núi là 60%, ở vùng đặc biệt khó khăn là 40%. Tuy nhiên, 30% nhà văn hóa ở miền núi và 50% nhà văn hóa ở vùng đặc biệt khó khăn xuống cấp, 80% nhà văn hóa ở miền núi và 90% nhà văn hóa ở vùng đặc biệt khó khăn thiếu trang thiết bị phục vụ tuyên truyền.

Thực tế trên cho thấy, những thách thức do cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ các hoạt động ASXH còn thiếu thốn, đặc biệt ở các địa bàn vùng sâu vùng xa. Điều đó có thể gây ra tình trạng hạn chế tiếp cận hệ thống ASXH của người dân bởi các địa bàn vùng sâu vùng xa thường thiếu hụt các cơ sở y tế như bệnh viện, trạm y tế, dẫn đến khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh. Nhiều trẻ em vùng sâu vùng xa khó có cơ hội học tập do thiếu trường học, đặc biệt là trường mầm non và phổ thông trung học. Nhiều NCT neo đơn, trẻ em mồ côi, người khuyết tật... không được đáp ứng nhu cầu chăm sóc do sự thiếu thốn về số lượng và yếu kém về chất lượng của các trung tâm bảo trợ xã hội.

5. Kết luận

Hệ thống ASXH ở Việt Nam được thiết kế nhằm đảm bảo sự phát triển an toàn và ổn định của xã hội, chăm sóc các bộ phận dân cư yếu thế. Mặc dù đạt nhiều thành tựu được quốc tế công nhận, song bản thân nó cũng có những thách thức phải đối diện, tập trung vào: Tình trạng gia tăng tỷ lệ người cao tuổi dẫn đến nhu cầu hỗ trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe của nhóm xã hội này ngày càng lớn. Nguồn thu từ đóng góp của người lao động và doanh nghiệp còn thấp, phân bổ ngân sách giữa các chương trình, chính sách ASXH chưa hợp lý. Tỷ lệ tham gia BHXH của người lao động chưa cao. Nhiều người dân còn gặp khó khăn trong tiếp cận hệ thống ASXH. Chất lượng một số dịch vụ thuộc hệ thống ASXH, như: y tế, giáo dục, chăm sóc NCT chưa đáp ứng mong đợi của người dân. Thiếu hụt nhân lực chuyên môn cao trong hệ thống ASXH dẫn đến hạn chế chất lượng, hiệu quả

cung cấp dịch vụ. Nhiều địa bàn chưa được đầu tư đầy đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cho các hoạt động ASXH. Để khắc phục những thách thức nêu trên, hệ thống ASXH trong giai đoạn tới cần tập trung vào: (1) Phát triển mô hình chăm sóc NCT tại cộng đồng, mở rộng dịch vụ y tế cho NCT; (2) Tăng cường nguồn thu và phân bổ ngân sách hợp lý thông qua mở rộng diện bao phủ BHXH; (3) Tăng cường công tác quản lý thu, chi BHXH, phân bổ ngân sách ASXH hợp lý; (4) Nâng cao tỷ lệ tham gia BHXH,

đặc biệt ở khu vực phi chính thức bằng chính sách hỗ trợ đóng BHXH; (5) Tăng cường thanh tra, kiểm tra việc chấp hành pháp luật về BHXH, cải thiện thủ tục tham gia BHXH; (6) Giảm thiểu khó khăn trong tiếp cận dịch vụ ASXH bằng những hoạt động phổ cập thông tin về ASXH, đơn giản hóa thủ tục hành chính, mở rộng mạng lưới cung cấp dịch vụ ASXH; và (7) Nâng cao chất lượng dịch vụ ASXH thông qua các biện pháp đầu tư nâng cao chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. (2021). *Toàn ngành Bảo hiểm xã hội Việt Nam: Chuẩn bị các kịch bản, giải pháp để sẵn sàng tăng tốc và bứt phá hoàn thành nhiệm vụ*. <https://baohiemxahoi.gov.vn/tintuc/Pages/linh-vuc-bao-hiem-xa-hoi.aspx?CateID=0&ItemID=17626>.
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam. (2024). *Toàn ngành Bảo hiểm xã hội Việt Nam nỗ lực, có nhiều đóng góp tích cực vào công tác an sinh xã hội cho người dân*. <https://baohiemxahoi.gov.vn/tintuc/Pages/hoat-dong-he-thong-bao-hiem-xa-hoi.aspx?CateID=0&ItemID=22987&OItem=date>.
- Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. (2021). *Báo cáo tình hình thực hiện công tác an sinh xã hội*. Hà Nội.
- Bộ Y tế. (2023). *Cần thiết cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi vùng khó khăn*. Hà Nội.
- Bộ Y tế (2022). *Quy hoạch mạng lưới cơ sở y tế thời kỳ 2021-2030, tầm nhìn đến năm 2050*. Hà Nội.
- Dương, N. (2024). *10 dấu ấn nổi bật năm 2023 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam*. <https://vneconomy.vn/10-dau-an-noi-bat-nam-2023-cua-bao-hiem-xa-hoi-viet-nam.htm>.
- Giáo dục Việt Nam. (2019). *Tỷ lệ dân số từ 15 tuổi trở lên biết đọc, biết viết tăng mạnh*. <https://giaoduc.net.vn/ty-le-dan-so-tu-15-tuoi-tro-len-biet-doc-biet-viet-tang-manh-post200335.gd>.
- Hà, N.T.T. (2018). *Vai trò của an sinh xã hội trong việc giảm nghèo ở Việt Nam*. Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam.
- Linh, M., Nga, N.T & Hải, N.T. (2024). Nhận thức của người lao động trong các doanh nghiệp vừa và nhỏ ngoài nhà nước ở Hà Nội về bảo hiểm xã hội bắt buộc. *Tạp chí Kinh tế và Dự báo* số 3 (866), tr. 156-159.
- Luong,P&DeJaeghere,J.(2024).EquityinVietnam'sEducation System. 221-234. doi: 10.4324/9781003298700-17.
- Sở Văn hóa, Thể thao và Du lịch tỉnh Phú Thọ. (2023). *Thực trạng cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ công tác tuyên truyền cổ động trực quan trên địa bàn tỉnh Phú Thọ*. Phú Thọ.
- Thành, Đ. (2022). Ba thách thức cần giải quyết của hệ thống an sinh xã hội Việt Nam. *Tạp chí Kiểm toán online*. <http://baokiemtoan.vn/ba-thach-thuc-can-giai-quyet-cua-he-thong-an-sinh-xa-hoi-viet-nam-20197.html>.
- Thời báo Tài chính. (2023). *Quỹ Bảo hiểm y tế chỉ hơn 100 nghìn tỷ đồng cho khám chữa bệnh mỗi năm*. <https://thoibaotaichinhvietnam.vn/quy-bao-hiem-y-te-chi-hon-100-nghin-ty-dong-cho-kham-chua-benh-moi-nam-133607.html>.
- Tổng cục Thống kê. (2021). *Báo cáo Quốc gia về già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*. Hà Nội.
- Tổng cục Thống kê. (2022). *Tổng quan về lao động có việc làm phi chính thức ở Việt Nam*. NXB Thanh Niên. Hà Nội.
- Tuấn, B.S & Huế, Đ.T.K. (2023). Những đổi mới về chính sách an sinh xã hội. *Tạp chí Xây dựng Đảng online*. <https://www.xaydungdang.org.vn/nhan-quyen-va-cuoc-song/nhung-doi-moi-ve-chinh-sach-an-sinh-xa-hoi-20259>.
- UNDP. (2022). *Thúc đẩy giảm nghèo nhanh và bền vững theo mọi chiều cạnh và mọi nơi ở Việt Nam - Báo cáo nghèo đa chiều Việt Nam năm 2021*. Hà Nội.
- Vinh, Đ.Q. (2017). *An sinh xã hội ở Việt Nam: Những thành tựu, thách thức và định hướng phát triển*, Viện Khoa học Lao động và Xã hội. Hà Nội.
- Yen, N.T & Hoi, N.V. (2023). Ensuring Equality in Education Access: The Dynamics and Challenges for Vietnamese Ethnic Minority Girls. *The Journal of Contemporary Sociological Issues*, 3(1):89-89. doi: 10.19184/csi.v3i1.31549

CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI - SỰ SẴN CỐ CỦA CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI TRONG CÁC CƠ SỞ XÃ HỘI

TS. Nguyễn Trung Hải (79)
Trường Đại học Lao động - Xã hội
hainguyentrong1979@gmail.com

Tóm tắt: Trong những năm qua, nâng cao hiệu quả dịch vụ xã hội (DVXH) ở cộng đồng cho người cao tuổi (NCT) là vấn đề luôn được Đảng và Nhà nước dành sự quan tâm đặc biệt. Quan điểm này đã được cụ thể hóa trong các văn bản pháp luật và dần được hoàn thiện hơn, phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước và môi trường luật pháp quốc tế. Đảng, Nhà nước ta luôn cho rằng đây là nhiệm vụ cấp thiết hiện nay khi xu hướng già hóa dân số ở Việt Nam hiện nay đang dần trở nên rõ nét. Bài viết đã phân tích một số nội dung liên quan tới việc cung cấp dịch vụ xã hội cho NCT như độ bao phủ, loại hình và cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội, các gói và phương pháp cung cấp dịch vụ xã hội... Kết quả cho thấy, việc cung cấp dịch vụ xã hội cho NCT đã có những bước tiến đáng kể hướng tới việc đáp ứng nhu cầu cho NCT và dựa vào cộng đồng. Tuy nhiên, các dịch vụ cần đa dạng, toàn diện và cần chuyên nghiệp hơn nữa để có thể mang lại hiệu quả trong việc đáp ứng nhu cầu cho NCT tại cộng đồng.

Từ khóa: Cơ sở xã hội, dịch vụ xã hội, loại hình dịch vụ xã hội, Người cao tuổi.

ELDERLY CARE - ACCESS TO SOCIAL SERVICES IN COMMUNITY FACILITIES

Abstract: In recent years, enhancing the efficacy of community social services for the elderly has consistently been a matter of significant concern for both the Party and the State. This perspective has been formalized in legal documents and has seen progressive refinement, aligning with the socio-economic development of the nation and the international legal framework. Our Party and State firmly recognize that addressing this issue is of paramount importance, particularly as the phenomenon of population aging in Vietnam becomes increasingly evident. The article has examined various aspects concerning the delivery of social services for the elderly, including coverage, types of services, facilities for service provision, as well as the packages and methods employed in delivering these services. The findings indicate that the delivery of social services to the elderly has progressed considerably in addressing their needs and engaging the community. Nevertheless, it is essential for these services to be varied, all-encompassing, and more professionally executed to effectively fulfill the requirements of the elderly within the community.

Keywords: Social facilities, social services, types of social services, the elderly.

Mã bài báo: JHS - 201
Ngày nhận bài sửa: 11/06/2024

Ngày nhận bài: 03/05/2024
Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Ngày nhận phản biện: 14/05/2024

1. Tính cấp thiết

Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn “già hóa dân số” từ năm 2011 và là một trong các quốc gia có tốc độ già hóa nhanh trên thế giới (Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, 2017). “Trong giai đoạn 2009-2019, số lượng người cao tuổi (NCT) tăng từ 7,45 triệu lên 11,41 triệu, tương ứng với tăng từ 8,68% lên 11,86% tổng dân số. Dự báo số lượng NCT sẽ đạt 17,28 triệu người (chiếm 16,5% tổng dân số) vào năm 2029; 22,29 triệu người (chiếm 20,21% tổng dân số) vào năm 2038; 28,61 triệu người (chiếm 24,88% tổng dân số) vào năm 2049 và 31,69 triệu người (chiếm 27,11% tổng dân số) vào năm 2069 (Tổng cục thống kê, 2021). Hiện nay, vẫn còn có bộ phận không nhỏ có cuộc sống khó khăn do không có tích lũy cho tuổi già. Một bộ phận NCT vẫn phải tự mưu sinh kiếm sống, một số chưa được tư vấn chăm sóc sức khỏe, một số ít chưa được người thân quan tâm, một số NCT cô đơn, không nơi nương tựa, họ đang rất cần sự quan tâm giúp đỡ từ Nhà nước, gia đình và cộng đồng (Cục Bảo trợ xã hội, 2016).

Ở một chiều cạnh khác, sự phát triển kinh tế mạnh mẽ và hội nhập quốc tế ở Việt Nam trong những năm qua đòi hỏi phải nâng cao hiệu quả dịch vụ xã hội cho NCT tại cộng đồng (Nga, 2019). Một xã hội không thể được đánh giá là tiến bộ nếu không đảm bảo về an sinh cho người dân, không có dịch vụ xã hội trợ giúp các nhóm đối tượng có nhu cầu đặc biệt. Ngoài việc sinh sống tại gia đình, mô hình chăm sóc NCT hiện nay ở nước ta chủ yếu thực hiện tại các trung tâm tập trung, mô hình chăm sóc tại cộng đồng chưa thực sự phát triển (Hậu và Huấn, 2010). Đây là thực tế cần thay đổi bởi nguồn lực duy trì hoạt động của các trung tâm bảo trợ xã hội (BTXH) chủ yếu lấy từ ngân sách Nhà nước. Số lượng đối tượng ngày càng tăng mà ngân sách có hạn, vì thế đời sống vật chất, tinh thần của NCT đang sinh sống ở các trung tâm của Nhà nước còn nhiều khó khăn, thiếu thốn. Các trung tâm chăm sóc NCT của khu vực tư nhân có quy mô hạn chế. Do đó, để bắt kịp với quá trình hội nhập quốc tế về mặt an sinh xã hội, Việt Nam cần phải phát triển hệ thống dịch vụ xã hội tương đồng với khu vực và thế giới (Hữu, 2017).

Mặc dù có vai trò quan trọng như trên song việc nghiên cứu về phát triển dịch vụ xã hội cho NCT ở cộng đồng đang có nhiều khoảng trống. Trong giới hạn của nghiên cứu, bài viết này sẽ tìm hiểu về sự sẵn có của các dịch vụ xã hội trong các cơ sở chăm sóc NCT, tập trung phân tích nguyên nhân và đánh giá về hiện trạng này.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích tài liệu thứ cấp như hệ thống văn bản pháp lý: (Hiến pháp năm 1946, Hiến pháp năm 1959, Hiến pháp năm 1992), các

chính sách, pháp lệnh: (Pháp lệnh Người cao tuổi số 23/2000/PL-UBTVQH10, Luật Người cao tuổi năm 2010, Luật Hôn nhân và Gia đình 2014...), các Nghị định, Thông tư: (NĐ 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 về chính sách trợ giúp các đối tượng BTXH và bổ sung, sửa đổi bằng NĐ 13/2010 ngày 27/02/2010; Nghị định số 06/2011/NĐ-CP ngày 14/01/2011 quy định chi tiết và hướng dẫn một số điều của Luật Người cao tuổi như: trợ cấp cho NCT, mừng thọ NCT, tạo điều kiện phát huy vai trò, mai táng, phụng dưỡng, khám chữa bệnh; Thông tư số 17/2011/TT-BLĐTBXH quy định hồ sơ, thủ tục thực hiện trợ cấp xã hội hàng tháng, hỗ trợ chi phí mai táng và tiếp nhận NCT vào cơ sở BTXH)... liên quan đến NCT, các báo cáo: (UNFPA, Già hóa dân số và NCT ở Việt Nam. Thực trạng, dự báo và một số vấn đề chính sách. Tháng 7/2011), (MOLISA. 2015. Báo cáo tình hình thực hiện Luật Người cao tuổi năm 2011-2015)

Phương pháp phỏng vấn sâu: Phương pháp này được thực hiện đối với 9 NCT (mỗi địa bàn 3 NCT), 12 cán bộ chăm sóc/cung cấp dịch vụ trực tiếp (mỗi cơ sở 2 cán bộ), 9 người thân/gia đình của NCT (mỗi địa bàn 3 người thân của NCT) và 6 cán bộ quản lý trực tiếp (mỗi cơ sở 1 cán bộ) các dịch vụ xã hội cho NCT nhằm tìm hiểu quá trình triển khai, vận hành và cũng như các thuận lợi, khó khăn của việc tiếp cận các dịch vụ xã hội dành cho họ nhằm có cái nhìn khách quan về các dịch vụ xã hội cho NCT. Địa bàn triển khai nghiên cứu: Tại các cơ sở công lập và ngoài công lập ở thành phố Hà Nội, Quảng Ninh và Yên Bái.

3. Cơ sở lý luận

3.1. Tổng quan nghiên cứu

Năm 2000, nghiên cứu của nhà tâm lý học người Đức Martin Pinquart cho thấy, NCT cảm thấy được thỏa mãn và hạnh phúc hơn khi sống trong mối quan hệ bạn bè vì họ có cùng nhóm tuổi và thường chia sẻ những đặc điểm cá nhân, các kinh nghiệm quần thể và phong cách sống. Hơn nữa, họ luôn đem đến nguồn vui cho nhau, thường xuyên giao lưu và cùng nhau nghỉ về quá khứ tốt đẹp.

Van Solinge và Henkens (2008) đã nghiên cứu sự hài lòng của 559 cặp vợ chồng trong quá trình chuyển đổi của họ từ công việc đến nghỉ hưu. Sự mất hẳn hay sự suy giảm các nguồn lực vật chất (sức khỏe và thu nhập) góp phần vào sự không hài lòng khi nghỉ hưu. Các kết quả của nghiên cứu này cung cấp bằng chứng thực nghiệm cho thấy hai khái niệm là “sự điều chỉnh” (adjustment) và “sự hài lòng” (satisfaction) có liên quan đến sự nghỉ hưu, nhưng không giống nhau. Các kết quả của nghiên cứu này cho thấy, rõ ràng việc kiểm soát các quyết định nghỉ hưu có tầm quan trọng trong quá trình điều chỉnh và sự hài lòng với nghỉ hưu.

Bài viết của Etzersdorfer (2008) đã đưa ra một cái nhìn tổng quan về các khía cạnh quan trọng nhất của sự can thiệp khủng hoảng, với sự nhấn mạnh đặc biệt vào sự can thiệp khủng hoảng với NCT. Lần đầu tiên, một tổng quan phát triển của sự can thiệp khủng hoảng được đưa ra, trong đó có một số các khái niệm chính, với sự nhấn mạnh đặc biệt về khía cạnh tâm lý của sự can thiệp khủng hoảng. Sau đó, một trường hợp ví dụ lâm sàng của một can thiệp khủng hoảng với một người phụ nữ cao tuổi sau sự cố gắng tự tử được đưa ra và thảo luận. Đặc thù của sự can thiệp khủng hoảng với NCT được nhấn mạnh: đây là yêu cầu cần thiết để đáp ứng cho việc NCT thường ít tìm đến các dịch vụ hỗ trợ khủng hoảng tâm lý, vì thế mà họ đại diện cho các nhóm có nguy cơ. Trong một nghiên cứu của tổ chức Allianz trên 3257 người có độ tuổi từ 44-75 vào năm 2010, kết quả bất ngờ được tìm thấy là có 92% người Mỹ tin rằng có một cuộc khủng hoảng tuổi về hưu đang xảy ra ở nước họ và họ không được chuẩn bị trước.

Năm 2012, Ủy ban thượng viện Mỹ về sức khỏe, giáo dục, lao động và lương hưu xuất bản tài liệu “Khủng hoảng tuổi về hưu và kế hoạch để giải quyết nó”. Tài liệu đề cập đến sự khủng hoảng tuổi về hưu bao gồm: sự mất an toàn khi về hưu, sự phá vỡ của ghế ba chân. Bên cạnh đó, ba trụ cột tạo nên sự an toàn khi về hưu là lương hưu, vị thế trong gia đình và an sinh xã hội. Khi một trong ba điều này bị ảnh hưởng không tốt thì cảm giác an toàn khi về hưu cũng bị ảnh hưởng và tạo ra khủng hoảng thực sự. Từ những phân tích này, tài liệu cung cấp hai nhóm giải pháp cho người nghỉ hưu là: xây dựng lại nguồn lương hưu và nâng cao an sinh xã hội.

Tổng kết một số mô hình chăm sóc NCT tại cộng đồng, tác giả Long (2013) đã phân ra một số loại hình như sau:

a) Một số mô hình chăm sóc NCT của Nhà nước: Mô hình này bao gồm dịch vụ chăm sóc NCT qua hệ thống y tế (Linh và đồng sự, 2009); Trung tâm Bảo trợ xã hội dành cho NCT theo các tiêu chuẩn cụ thể hỗ trợ giảm bớt khó khăn cho các nhóm NCT nghèo và dễ bị tổn thương (Đắc, 2010); Trung tâm Dịch vụ chăm sóc người lớn tuổi Đà Nẵng do Sở Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT.

b) Các mô hình chăm sóc tư nhân có sự đóng góp cá nhân và huy động nguồn lực của xã hội

c) Mô hình chăm sóc NCT của đoàn thể, hội: Câu lạc bộ liên thế hệ với mục đích nâng cao nhận thức về sức khỏe, chăm sóc tại nhà chăm sóc sức khỏe cho NCT

Nhìn chung, các nghiên cứu và bài viết phân tích về những hạn chế trong các dịch vụ chăm sóc NCT ở Việt

Nam đều có nhận định là hiện nay các dịch vụ còn “thiếu” và “yếu”.

Theo Hoa (2016) trong bài viết “Tổng quan về NCT Việt Nam hiện nay”, đã phân tích và đưa ra những hạn chế của các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cho NCT bao gồm: i) tỷ lệ NCT có thể bảo hiểm y tế chỉ đạt 60%; ii) các dịch vụ chăm sóc NCT hiện nay phụ thuộc nhiều vào BTXH, chưa có các dịch vụ chuyên nghiệp có liên quan đến CTXH. Hiện nay, các hoạt động chăm sóc chủ yếu ở trung tâm BTXH cho những NCT cô đơn, không nơi nương tựa; cung cấp trợ cấp hàng tháng cho NCT từ 85 tuổi trở lên; các hoạt động đoàn thể tại các câu lạc bộ NCT, nhà văn hóa, các chương trình trên báo đài...; chăm sóc NCT theo hình thức dịch vụ tại một vài trung tâm chăm sóc tư nhân, tuy nhiên chưa phổ biến và chi phí dịch vụ còn cao so với thu nhập của đại đa số NCT; iii) Các tổ chức hội NCT đã được hình thành và phát triển nhưng thực chất các hoạt động vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của NCT.

Tương tự, tác giả Long (2013) cũng chung quan điểm về những điểm yếu trong những mô hình chăm sóc tại cộng đồng hiện nay như: i) hệ thống chăm sóc chưa phát triển theo nhu cầu; ii) một số dịch vụ theo yêu cầu thì chi phí quá cao; iii) đối tượng hỗ trợ và iv) yếu trong cơ chế quản lý. Các tác giả cũng phân tích thách thức về nhu cầu chăm sóc ngày càng lớn, thiếu nhân lực và đầu tư cơ sở vật chất. UNFPA trong báo cáo năm 2011 “Già hóa dân số và NCT ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách” đã có khuyến nghị quan trọng: “Việt Nam cần mở rộng các dịch vụ chăm sóc NCT với sự tham gia tích cực, chủ động của mọi thành phần xã hội... Nhà nước cần đẩy mạnh các hoạt động hỗ trợ cụ thể cho các trung tâm BTXH và các trung tâm chăm sóc, nuôi dưỡng NCT do tư nhân cung cấp..., khuyến khích chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng và mở rộng dịch vụ chăm sóc NCT tại nhà” bên cạnh các khuyến nghị liên quan đến tăng cường chăm sóc sức khỏe, thực hiện việc xây dựng, vận động và thực hiện chính sách, giải quyết động bộ chính sách tăng trưởng kinh tế với đảm bảo an sinh xã hội, việc làm cho NCT v.v... (UNFPA, 2011)

Vai trò của môi trường xã hội, trong đó đặc biệt là gia đình trong chăm sóc NCT được tác giả Khâm (2014) phân tích có vai trò quan trọng. Hơn ai hết, những thành viên trong gia đình sống cùng NCT là những người chăm sóc cận kề và tuyệt vời nhất đối với họ. Điều này được chứng minh trong kết quả điều tra của Hội Liên hiệp phụ nữ Việt Nam (2012), tỷ lệ người giúp đỡ, chăm sóc NCT lúc ốm đau là vợ/chồng, con, cháu (lên đến 95%, trong đó cao nhất là con gái (26,8%), vợ/chồng: 26%; con trai: 21,7%, và con dâu: 15,3%).

Bên cạnh đó, vai trò của cộng đồng như các tổ chức chính trị, xã hội, đoàn thể, nhóm, các mô hình chăm sóc tại cộng đồng đã có những đóng góp hiệu quả và được đánh giá cao. Đơn cử như hơn 500 câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau với 4000 hội viên (Ủy ban quốc gia về NCT Việt Nam, 2014 hay mô hình Tư vấn, chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng do Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình triển khai ở 316 xã/phường thuộc 29 tỉnh/thành phố (nhà nước và chính sách an sinh xã hội cũng được nhấn mạnh trong việc chăm sóc NCT (Ủy ban quốc gia về NCT Việt Nam, 2013).

Tổng quan các nghiên cứu về NCT nêu trên cho thấy, nhiều NCT tiếp tục đối diện với những khó khăn trong cuộc sống, cần tiếp cận dịch vụ xã hội để có được điểm tựa tinh thần và vật chất cho những năm tháng cuối đời; đồng thời cũng cho thấy có nhiều mô hình dịch vụ xã hội dành cho NCT. Tuy nhiên, nhiều một bộ phận NCT không thể tiếp cận và sử dụng các dịch vụ này. Do vậy, việc nghiên cứu về các cơ sở cung cấp dịch vụ có ý nghĩa thiết thực trong giai đoạn hiện nay.

3.2. Cách tiếp cận nghiên cứu

Tiếp cận dựa trên điểm mạnh: Là khả năng đối phó và giải quyết tốt với các tình huống vấn đề trong cuộc sống của mỗi cá nhân. Theo quan điểm tiếp cận dựa trên điểm mạnh mỗi cá nhân, gia đình, cộng đồng trong bất cứ hoàn cảnh khó khăn nào vẫn chứa đựng trong họ những sức mạnh nhất định. Trong những tình huống khó khăn nhất định như: Bị tổn thương, bị khủng hoảng tâm lý, bị ốm, phải đấu tranh... là những cơ hội, nguồn lực cho điểm mạnh phát triển (Tuấn, 2009). Trong bất cứ môi trường sống nào cũng chứa đựng đầy những nguồn lực vấn đề làm làm thế nào để nhìn nhận, khơi gợi và huy động nguồn lực để giải quyết các vấn đề của cá nhân. Con người luôn có bản năng để vươn lên sự sống. Do đó, trong bất cứ hoàn cảnh nào, cá nhân, gia đình luôn phải vận động để tìm đến cách thức sống tốt nhất cho họ điều này còn được gọi là bản năng sống. NCT tiếp cận dựa trên điểm mạnh là việc nhìn nhận NCT với những kinh nghiệm, trải nghiệm, vốn sống quý giá để đóng góp cho xã hội. Vì vậy, cần tôn trọng và đảm bảo các dịch vụ xã hội cho NCT được sống được cống hiến đó là nguồn nhân lực quá giá cho xã hội.

Tiếp cận dựa trên nhu cầu: Theo tác giả Maslow, về căn bản, nhu cầu của con người được chia làm hai nhóm chính: nhu cầu cơ bản (basic needs) và nhu cầu bậc cao (meta needs). Nhu cầu cơ bản liên quan đến các yếu tố thể lý của con người như mong muốn có đủ thức ăn, nước uống, được ngủ nghỉ... Những nhu cầu cơ bản này đều là các nhu cầu không thể thiếu hụt, vì nếu con người không được đáp ứng đủ những nhu cầu này, họ sẽ không tồn tại

được nên họ sẽ đấu tranh để có được những nhu cầu này. Các nhu cầu cao hơn nhu cầu cơ bản trên được gọi là nhu cầu bậc cao. Những nhu cầu này bao gồm nhiều nhân tố tinh thần như sự đòi hỏi công bằng, an tâm, vui vẻ, địa vị xã hội, sự tôn trọng, vinh danh với một cá nhân... Các nhu cầu cơ bản thường được ưu tiên chú ý trước so với những nhu cầu bậc cao này. Với một người bất kỳ, nếu thiếu ăn, thiếu uống... họ sẽ không quan tâm đến các nhu cầu về vẻ đẹp, sự tôn trọng... Tiếp cận theo thuyết nhu cầu cần xem xét đến nhu cầu của NCT. Với sự thay đổi của tuổi tác, nhu cầu của NCT sẽ khác với nhu cầu của giới trẻ. Vì vậy, trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội cho NCT tại cộng đồng chúng ta cần quan tâm xem xét đến các nhu cầu của NCT như: Nhu cầu được quan tâm, chia sẻ, nhu cầu được chơi thể thao, văn nghệ, nhu cầu được thể hiện bản thân với những trải nghiệm của cuộc đời mình. Căn cứ theo nhu cầu để hoạch định và triển khai các dịch vụ xã hội tại cộng đồng đáp ứng đúng nhu cầu của NCT. Tạo cơ hội cho NCT sống vui, sống khỏe, sống có ích, đóng góp tích cực cho gia đình cộng đồng và xã hội.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Độ bao phủ của cơ sở xã hội chăm sóc người cao tuổi

Theo thống kê, tính đến cuối năm 2018, thành phố Hà Nội có 617.510 hộ gia đình có NCT, trong đó có 871.268 NCT, chiếm 11,62% tổng dân số của thành phố. Còn đối với Quảng Ninh, tính đến cuối năm 2018, Quảng Ninh có 133.574 NCT, trong số đó có khoảng gần 70% NCT đã được lương hưu và trợ cấp. Cụ thể, có 10.014 NCT đang hưởng trợ cấp người có công với cách mạng, 60.783 NCT hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và có 21.669 NCT đang hưởng trợ cấp xã hội hằng tháng tại cộng đồng theo Luật Người cao tuổi. Mặc dù không có số lượng nhiều như Quảng Ninh và Hà Nội, tuy nhiên số lượng NCT ở Yên Bái cũng khá cao. Theo báo cáo 6 tháng đầu năm 2019, toàn tỉnh Yên Bái hiện có 80.583 NCT, trong đó 79.677 hội viên NCT. Như vậy, có thể thấy số lượng NCT ở 3 địa bàn nghiên cứu là khá cao. Cùng với việc phân tích về những nhu cầu của NCT ở các bảng biểu trên cho thấy việc cần phải có các cơ sở chuyên biệt đáp ứng nhu cầu cho NCT là rất cần thiết. Tuy nhiên, dường như độ bao phủ của các dịch vụ này tại 3 địa bàn nghiên cứu là chưa đáng kể. Kết quả nghiên cứu cho thấy Hà Nội là có số lượng các cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội cho NCT tương đối nhiều so với Quảng Ninh và Yên Bái. Hiện tại, ở Hà Nội có khoảng 10 cơ sở tư nhân và 3 cơ sở công lập cung cấp các dịch vụ xã hội chuyên biệt cho NCT nhưng vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu của NCT.

Điều này càng rõ nét hơn nếu như nhìn vào địa bàn Quảng Ninh và Yên Bái. Cả hai địa bàn này chỉ có duy nhất

một cơ sở công lập cung cấp dịch vụ xã hội dành riêng cho NCT và không có cơ sở tư nhân nào cung cấp dịch vụ xã hội riêng cho NCT. Theo Quyết định 32/2010 và Quyết định 112/2021 của Chính phủ thì đến nay hầu hết các địa phương đều có trung tâm CTXH. Ở 3 địa bàn nghiên cứu cũng đều có một trung tâm CTXH cấp tỉnh/thành phố. Cá biệt ở Quảng Ninh còn có 4 văn phòng CTXH cấp huyện, 8 văn phòng CTXH cấp xã. Có thể nói, sự ra đời của các trung tâm CTXH đã mang lại nhiều thay đổi tích cực và đóng góp nhiều vào đời sống xã hội thông qua các dịch vụ chuyên nghiệp. Tuy nhiên, các trung tâm CTXH này cung cấp dịch vụ cho tất cả các người dân khi có nhu cầu. Do đó, các dịch vụ chuyên sâu cho NCT vẫn còn hạn chế. Tương tự như vậy, ở địa phương nào cũng có hội người cao tuổi ở mỗi xã/phường nhưng các dịch vụ của hội NCT chỉ khu trú với các hoạt động vui chơi giải trí, thăm hỏi... Các dịch vụ chuyên sâu không được triển khai nên NCT sẽ gặp nhiều khó khăn khi họ có những nhu cầu cần đến các hoạt động trị liệu hoặc dịch vụ chuyên nghiệp dành riêng cho NCT.

Một yếu tố nữa cần lưu ý là số lượng các cơ sở cung cấp dịch vụ đang không đủ để đáp ứng được số lượng NCT. Theo tính toán sơ bộ đối với các cơ sở chuyên sâu dành riêng cho NCT như Trung tâm Bảo trợ xã hội 3 thì công năng tiếp nhận NCT là khoảng 100. Công năng của một cơ sở tư nhân trung bình cũng chỉ khoảng 100 x 10 cơ sở: 1000 NCT. So với tổng số NCT của Hà Nội là 871.268 người thì rõ ràng nhu cầu của NCT hiện nay là rất lớn và còn thiếu hụt rất nhiều các cơ sở cung

cấp dịch vụ chuyên nghiệp cho NCT. Mặc dù số lượng NCT ít hơn ở Quảng Ninh và Yên Bái, tuy nhiên các cơ sở cung cấp dịch vụ ở hai cơ sở này cũng ít hơn nhiều so với Hà Nội. Do đó, đây là tình trạng chung liên quan tới sự thiếu hụt về độ bao phủ của các cơ sở cung cấp dịch vụ cho NCT.

Ngoài ra, hiện có mạng lưới cộng tác viên CTXH được hình thành sau khi Quyết định 32/2010 của Chính phủ. Đây là đội ngũ cán bộ cung cấp dịch vụ rất hữu ích cho các người dân có nhu cầu nói chung và NCT nói riêng vì đội ngũ cán bộ này được đào tạo (ít nhất là qua các lớp tập huấn về CTXH) và họ là người sát với địa bàn nhất. Tuy nhiên, mạng lưới cộng tác viên CTXH không phải địa bàn nào cũng có. Ở Hà Nội và Yên Bái hiện nay chưa có đội ngũ cộng tác viên CTXH. Đối với Quảng Ninh là một địa bàn được đánh giá phát triển rất tốt mạng lưới cộng tác viên CTXH. Qua đánh giá sơ bộ thì hiện có khoảng 60 cộng tác viên CTXH tại địa bàn tỉnh. Xét theo định mức một cộng tác viên CTXH sẽ hỗ trợ khoảng 15-20 đối tượng. Vậy ở Quảng Ninh với khoảng 60 cộng tác viên CTXH thì cũng chỉ hỗ trợ khoảng hơn 1000 đối tượng ở các nhóm có nhu cầu trợ giúp khác nhau, trong khi riêng với nhóm NCT ở Quảng Ninh thì đã có đến 133.574 người.

4.2. Loại hình dịch vụ và cơ sở xã hội chăm sóc Người cao tuổi

Đối với các cơ sở xã hội chăm sóc NCT trong phạm vi nghiên cứu của đề tài ở đây bao gồm các cơ sở công lập, các cơ sở tư nhân, hội NCT và mạng lưới cộng tác viên CTXH tại cộng đồng.

Bảng 1. Loại hình dịch vụ và cơ sở cung cấp dịch vụ cho người cao tuổi

LOẠI HÌNH DỊCH VỤ	CƠ SỞ CÔNG LẬP			CƠ SỞ TƯ NHÂN	HỘI NCT
	Trung tâm BTXH	Trung tâm CTXH	Mạng lưới CTV CTXH		
DV hỗ trợ y tế chăm sóc sức khỏe	Có			Có	
DV hỗ trợ vui chơi giải trí	Có			Có	Có
DV hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng;	Có			Có	
DV tham vấn tâm lý cho NCT		Có			
DV tư vấn pháp lý/chính sách		Có			
Dịch vụ huy động nguồn lực		Có	Có		
DV biện hộ, bảo đảm quyền lợi		Có			
DV truyền thông giảm kỳ thị	Có	Có	Có	Có	
DV hỗ trợ thực hiện các hoạt động về tín ngưỡng/tâm linh	Có			Có	Có
DV hỗ trợ tạo việc làm		Có	Có		
Dịch vụ khác (học tập)		Có			

Nguồn: Khảo sát của đề tài nghiên cứu

Các cơ sở công lập chăm sóc NCT trước hết phải kể đến các trung tâm BTXH ở các địa phương. Trên thực tế, trước kia các trung tâm BTXH chỉ chăm sóc và nuôi dưỡng các nhóm đối tượng thuộc diện BTXH gồm trẻ em, người khuyết tật, người tâm thần, lang thang, NCT... thuộc diện theo chính sách. Như vậy, ngay cả khi NCT ngoài cộng đồng có nhu cầu, các cơ sở trung tâm BTXH có khả năng đáp ứng nhu cầu thì hai bên cũng không đến được với nhau vì các cơ sở BTXH chỉ được cho phép chăm sóc NCT theo quy định. Hay nói cách khác, NCT ở cộng đồng không đủ điều kiện để tham gia và nhận dịch vụ tại các cơ sở BTXH. Nếu muốn cung cấp các dịch vụ cho NCT ngoài cộng đồng thì các cơ sở BTXH phải được sự phê duyệt của Hội đồng nhân dân cấp tỉnh. Tuy nhiên, một trong những rào cản và vướng mắc của các cơ sở này là do các cơ sở không có căn cứ pháp lý để đưa ra các mức phí dịch vụ phù hợp. Gần đây, Thông tư 02/2018/TT-BLĐTBXH được ban hành quy định về định mức kinh tế - kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá dịch vụ trợ giúp xã hội. Đây là một văn bản pháp lý rất hữu ích gỡ nút cho vướng mắc trên. Do đó, một số trung tâm BTXH nhận thấy nhu cầu lớn về dịch vụ xã hội của NCT tại cộng đồng nên đã làm đề án trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh/thành phố để được cho phép cung cấp dịch vụ tự nguyện dành cho NCT. Điểm mạnh của các cơ sở BTXH công lập đội ngũ cán bộ ở nhiều lĩnh vực khác nhau như điều dưỡng, y tế, phục hồi chức năng, CTXH... nên có thể cung cấp được nhiều dịch vụ đa dạng. Hơn nữa, các cơ sở này thường có không gian nên có thể cung cấp nhiều gói dịch vụ khác nhau như chăm sóc NCT toàn thời gian, dài hạn tại cơ sở, có thể cung cấp cả các dịch vụ bán thời gian, ngắn hạn... Các cơ sở công lập này cũng được Nhà nước hỗ trợ một phần kinh phí và được hưởng nhiều chính sách nên ở một mức độ nhất định giá dịch vụ cũng khá cạnh tranh so với các cơ sở tư nhân. Tuy nhiên, hạn chế của các cơ sở công lập là sự linh hoạt chưa cao do chịu sự ràng buộc của các văn bản pháp lý. Ngoài ra, cũng giống các cơ sở khác, các dịch vụ chuyên sâu về lĩnh vực y tế, trị liệu tâm lý hoặc sự nối kết với cộng đồng cũng chưa cao.

Một loại hình cơ sở xã hội chăm sóc NCT khác cũng thuộc cơ sở công lập là các trung tâm CTXH. Kể từ khi Đề án 32/2010 của Chính phủ ra đời, hầu hết các địa phương đã thành lập trung tâm CTXH. Cách thức hình thành các trung tâm CTXH này thông thường theo hai dạng. Thứ nhất là thành lập mới các trung tâm CTXH và dạng thứ hai là chuyển đổi chức năng và tên gọi của các cơ sở BTXH thành trung tâm CTXH hoặc trung tâm cung cấp dịch vụ CTXH và BTXH. Với loại hình trung tâm CTXH thành lập mới, thông thường cơ sở vật chất

và đội ngũ cán bộ còn hạn chế, do đó việc cung cấp dịch vụ cho NCT chưa được chuyên sâu cũng như chưa có các gói dịch vụ chăm sóc NCT toàn thời gian tại cơ sở. Cụ thể, trong nghiên cứu này là các trung tâm CTXH tại Quảng Ninh và trung tâm CTXH tại Hà Nội. Đối với loại hình trung tâm CTXH thứ hai, do chuyển đổi chức năng và tên gọi, do đó các trung tâm này vẫn kế thừa được cơ sở vật chất và nguồn nhân lực của trung tâm BTXH cũ. Chính vì vậy, sau khi được tỉnh phê duyệt, các trung tâm này đã hình thành các dịch vụ chăm sóc NCT có nhu cầu tự nguyện vào chăm sóc trong các cơ sở này. Nói cách khác, tên các cơ sở có thể khác nhau nhưng các gói dịch vụ và loại hình chăm sóc của những trung tâm này khá tương đồng với các trung tâm BTXH. Cụ thể, trong nghiên cứu này đó là Trung tâm CTXH tại Yên Bái.

Một loại hình khác trực tiếp và rất gần gũi với NCT đó là hội người cao tuổi. Thông thường, mỗi xã phường đều thành lập hội NCT theo quyết định số 972/QĐ-BNV năm 2017 về điều lệ sửa đổi bổ sung của hội NCT. Khi tham gia vào hội, NCT được hội hướng dẫn, tạo điều kiện để hưởng mọi quyền lợi theo quy định của Luật Người cao tuổi và các văn bản quy phạm pháp luật khác về chế độ, chính sách đối với NCT; Thực hiện quyền dân chủ, bình đẳng trong sinh hoạt, hoạt động xây dựng hội, trong việc phê bình, chất vấn, giám sát các cơ quan lãnh đạo hoặc cá nhân lãnh đạo của hội về những vấn đề liên quan đến NCT và hội NCT; Thảo luận và biểu quyết các chủ trương công tác của hội, ứng cử, đề cử và bầu cử các cơ quan lãnh đạo của hội theo quy định của Điều lệ hội; Được hội tạo điều kiện để chăm sóc và phát huy khả năng của mình; được bảo vệ khi quyền và lợi ích hợp pháp bị xâm phạm; được giúp đỡ khi gặp khó khăn, hoạn nạn; được tổ chức các hoạt động văn hóa văn nghệ vui chơi giải trí, thăm hỏi khi ốm đau; được chúc thọ, mừng thọ khi đến tuổi quy định; được phúng viếng, tiễn đưa khi qua đời. Hội NCT là một cơ sở, tổ chức gần gũi và sát nhất với NCT, các dịch vụ triển khai ở Hội NCT chưa thực sự là các dịch vụ chuyên sâu và chuyên nghiệp do tính chất đây phần lớn là các hoạt động tự nguyện và không mất kinh phí. Hơn nữa, đây là các hoạt động thăm hỏi, chia sẻ và vui chơi giải trí thông thường nên hiệu quả chỉ ở mức nhất định. Các dịch vụ can thiệp chuyên sâu cũng như hỗ trợ lâu dài là không thực hiện được.

Cùng với sự phát triển của xã hội, các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ cũng được đa dạng hóa. Quan điểm của chúng ta cũng rất rõ ràng trong việc xã hội hóa các loại hình cơ sở chăm sóc và trợ giúp các nhóm đối tượng yếu thế trong đó có NCT. Chính vì vậy, loại hình cơ sở tư nhân trong chăm sóc và cung cấp dịch vụ cho NCT hiện nay đang bắt đầu phát triển lớn mạnh. Các cơ sở này cung

cấp dịch vụ chuyên sâu và dành riêng cho NCT có điều kiện và có nhu cầu được chăm sóc. Với các cơ sở tư nhân được đầu tư, cơ sở vật chất ở đây là khá tốt và được đầu tư chuyên sâu dành riêng cho NCT nên bản thân NCT được hưởng lợi nhiều từ việc này. Ngoài ra, do đây là các cơ sở tư nhân nên cơ chế và cơ cấu vận hành khá linh hoạt và có thể đáp ứng nhanh với đòi hỏi và sự thay đổi của xã hội. Các loại hình dịch vụ ở đây cũng đa dạng và chuyên sâu trong lĩnh vực y tế, dinh dưỡng, vui chơi giải trí... Tuy nhiên, các dịch vụ sâu về lĩnh vực CTXH, sinh kế việc làm hay các vấn đề về dịch vụ tư vấn chính sách còn hạn chế. Các dịch vụ tham vấn tâm lý cũng không được thực hiện mà ở các cơ sở này chỉ dừng lại ở các hoạt động trò chuyện, chia sẻ thông thường. Hiện nay, trong 3 địa bàn nghiên cứu thì chỉ duy nhất Hà Nội là có thành lập các cơ sở tư nhân cung cấp dịch vụ xã hội dành riêng cho NCT, các địa bàn như Quảng Ninh và Yên Bái chưa có loại hình cơ sở này. Lý giải cho điều này, các chuyên gia cho rằng việc thành lập các cơ sở tư nhân đòi hỏi việc huy động vốn nhiều để xây dựng cơ sở vật chất. Hơn nữa, với những địa phương mà mức sống của người dân nói chung và NCT nói riêng chưa cao thì việc “kinh doanh” trong lĩnh vực này chưa phải là một cách thức kinh doanh thu hút được sự quan tâm của người đầu tư.

Mạng lưới cộng tác viên CTXH được thành lập kể từ sau Quyết định 32/2010 về việc phát triển nghề CTXH giai đoạn 2010-2020. Tiếp đó, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội ban hành Thông tư số 07/2013/TT-BLĐTBXH quy định tiêu chuẩn nghiệp vụ cộng tác viên CTXH xã, phường, thị trấn. Theo quy định này, ở mỗi xã phường cần hình thành đội ngũ cộng tác viên CTXH với các nhiệm vụ chăm sóc, trợ giúp các nhóm đối tượng yếu

thế trong đó có NCT. Tùy vào những trường hợp cụ thể, cộng tác viên CTXH sẽ là người cung cấp các dịch vụ xã hội ban đầu trực tiếp cho NCT ở cộng đồng. Ngoài ra, vai trò của cộng tác viên CTXH cũng rất quan trọng vì họ là những cán bộ ở cộng đồng nên việc phát hiện ra những trường hợp khẩn cấp hoặc cần hỗ trợ ngay, đánh giá và đưa ra những phương án can thiệp phù hợp. Ngay cả khi đội ngũ này chưa đủ chuyên môn để can thiệp sâu thì họ vẫn có thể thực hiện vai trò kết nối, chuyển gửi những NCT tới các cơ quan cung cấp dịch vụ phù hợp. Cuối cùng, vai trò của cộng tác viên CTXH rất quan trọng đối với những dịch vụ hỗ trợ NCT hòa nhập cộng đồng, theo dõi để đánh giá và đảm bảo sự hiệu quả các dịch vụ cho NCT ở cộng đồng một cách bền vững.

4.3. Các gói dịch vụ và phương pháp cung cấp dịch vụ cho Người cao tuổi

Bảng 2 cho thấy, không có một loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ nào có những gói dịch vụ toàn diện tại gia đình, cộng đồng và cơ sở chăm sóc. Đối với gói dịch vụ toàn thời gian, do đây là gói dịch vụ đòi hỏi cần phải có đội ngũ cán bộ chuyên sâu cũng như cơ sở vật chất và không gian đảm bảo mới có thể đảm bảo cung cấp gói dịch vụ này. Vì vậy, ngoài những cơ sở tư nhân thì trong khối các cơ sở công lập, chỉ có những cơ sở BTXH hoặc CTXH được phê duyệt chức năng cung cấp dịch vụ tự nguyện cho NCT mới thực hiện được gói dịch vụ này. Ngay cả các trung tâm CTXH hỗn hợp do điều kiện cơ sở vật chất và đội ngũ cán bộ không đủ điều kiện nên việc cung cấp dịch vụ cũng chỉ là bán thời gian hoặc ngắn hạn nếu như NCT ở trong điều kiện cần can thiệp khẩn cấp hoặc cần nơi tạm lánh an toàn, tránh khỏi bị bạo hành hay trong thời gian tìm lại gia đình.

Bảng 2. Gói dịch vụ và phương pháp cung cấp dịch vụ cho người cao tuổi

	CÁC GÓI DỊCH VỤ				
	Toàn thời gian		Bán thời gian		
	Tại cơ sở	Gia đình/CĐ			
Trung tâm BTXH	Có				
Trung tâm CTXH				Có	
Các cơ sở tư nhân	Có				
Mạng lưới cộng tác viên CTXH				Có	
Hội NCT				Có	
	PHƯƠNG PHÁP CUNG CẤP DỊCH VỤ				
	Cơ sở	Gia đình	Cộng đồng	Mạng internet	Điện thoại
Trung tâm BTXH	Có				Có
Trung tâm CTXH		Có	Có		Có
Các cơ sở tư nhân	Có				Có
Mạng lưới cộng tác viên CTXH		Có	Có		
Hội NCT		Có	Có		

Nguồn: Khảo sát của đề tài nghiên cứu

Trên thực tế, những cơ sở công lập chăm sóc NCT toàn thời gian được thành lập căn cứ vào các tiêu chí theo Nghị định 103 của Chính phủ nên có những quy định rất cụ thể về cơ sở vật chất, đội ngũ cán bộ, không gian phòng ở phục vụ cho các nhóm đối tượng yếu thế trong đó có NCT. Mặc dù có những lợi thế nhất định trong việc cung cấp các gói dịch vụ cũng như các loại hình dịch vụ cũng khá đa dạng cho NCT. Tuy nhiên, điểm hạn chế của những cơ sở này là việc cung cấp các dịch vụ chủ yếu được thực hiện tại cơ sở chăm sóc. Các dịch vụ ngoài cộng đồng hay tại gia đình là hầu như chưa thực hiện được.

Ngay cả đối với các cơ sở tư nhân thì việc cung cấp dịch vụ ở gia đình và cộng đồng cũng không được thực hiện (ngoại trừ những hoạt động liên quan tới việc tuyên truyền và marketing về cơ sở). Lý do được đưa ra là vì các cơ sở tư nhân hiện nay đang chú trọng khá nhiều tới các hoạt động chăm sóc thể chất, dinh dưỡng và vui chơi giải trí tại cơ sở nên hầu hết cán bộ nhân viên là thực hiện nhiệm vụ này, có muốn cũng không có người để thực hiện dịch vụ ngoài cơ sở. Mặc dù các cơ sở tư nhân là khá linh hoạt và chủ động trong việc thuê cán bộ, nhân viên. Tuy nhiên, nếu thuê thêm cán bộ nhân viên để cung cấp dịch vụ ngoài cộng đồng và tại gia đình thì họ lại tính đến yếu tố kinh tế giống như các cơ sở công lập. Các yếu tố khác liên quan tới thông tin về nhu cầu dịch vụ cũng như cần một số văn bản pháp lý hoặc đôi khi phải làm việc với chính quyền địa phương để được cung cấp dịch vụ ngoài cộng đồng, gia đình cũng là một trong những rào cản đối với việc cung cấp dịch vụ ngoài cơ sở. Hiện nay, cơ sở của chúng tôi chỉ tập trung chăm sóc NCT tại cơ sở. Các dịch vụ của chúng tôi khá đa dạng và linh hoạt nên hầu hết có thể đáp ứng được nhu cầu của NCT. Chúng tôi cũng đang xem xét đến việc cung cấp các dịch vụ ngoài cơ sở nhưng cần tính toán thêm các yếu tố đi kèm vì thực hiện các hoạt động ngoài cơ sở cũng phức tạp lắm (PVS, lãnh đạo cơ sở tư nhân, Hà Nội). Đây là một trong những hạn chế khá lớn trong việc cung cấp dịch vụ vì các cơ sở này mới chỉ đáp ứng được nhu cầu tự nguyện của NCT. Tuy nhiên, những nhu cầu liên quan tới việc cung cấp dịch vụ tại gia đình và cộng đồng của NCT là chưa được đáp ứng. Điều này rất quan trọng vì một trong những rào cản lớn trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ là quan điểm và nhận thức của NCT, gia đình, cộng đồng liên quan tới việc đưa NCT vào trung tâm, cơ sở chăm sóc. Phần này sẽ được phân tích một cách cụ thể trong những nội dung dưới đây.

Đối với các trung tâm CTXH cung cấp dịch vụ hỗn hợp cho các nhóm đối tượng khác nhau trong đó có

NCT thì các dịch vụ cung cấp ở đây hầu hết là các dịch vụ ngắn hạn. Các trung tâm CTXH này được thành lập mới nên cơ sở vật chất và đội ngũ cán bộ là khá hạn chế cũng như không được đào tạo chuyên sâu trong việc chăm sóc và cung cấp dịch vụ toàn thời gian tại cơ sở. Đơn cử như Trung tâm CTXH Hà Nội, hiện nay cơ sở vật chất, phòng ốc của trung tâm dành cho cán bộ làm việc còn hạn chế nên cũng không thể chăm sóc NCT toàn thời gian tại cơ sở. Ngay cả những trường hợp cần bảo vệ khẩn cấp thì trung tâm cũng gặp khó khăn. *Thứ nhất, trung tâm chưa thực hiện được chức năng nuôi dưỡng thể nên khi có NCT trong trường hợp khẩn cấp (ốm yếu, suy kiệt sức khỏe, người già lang thang ngoài đường...) thì trung tâm chưa có những nơi mà theo quy định của nhà nước để hỗ trợ nơi ở tạm thời trong vòng 5 ngày, nhưng vì điều kiện vật chất của trung tâm chưa cho phép nên phải gửi các trung tâm khác, ví dụ như Trung tâm Bảo trợ xã hội 1. Thế nhưng, hằng ngày trong thời gian đó phải làm những việc những vấn đề liên quan đến NCT như tham vấn, kết nối tìm người thân và các vấn đề khác thì đó cũng là một rào cản vì đối tượng ở một nơi mà mình lại ở một nơi nên không thể trực tiếp làm được (PVS, lãnh đạo Trung tâm CTXH, Hà Nội).* Thực tế địa điểm của trung tâm CTXH Hà Nội hiện nay nằm chung trong khuôn viên của một cơ sở đoàn thanh niên nên việc cung cấp dịch vụ gặp nhiều khó khăn và thông thường là những hoạt động ngắn hạn tại cơ sở. Mặc dù trung tâm có thực hiện những hoạt động cung cấp dịch vụ ngoài cộng đồng và tại gia đình nhưng hầu như đây là những dịch vụ truyền thông, tuyên truyền về các vấn đề của NCT, trung tâm cũng không thực hiện được các dịch vụ chuyên sâu cho NCT kể cả những dịch vụ thông qua đường dây tư vấn hotline hay cung cấp dịch vụ qua mạng.

Đối với mạng lưới cộng tác viên CTXH và hội NCT, các phương pháp cung cấp dịch vụ chủ yếu là tại cộng đồng và tại gia đình của họ. Tuy nhiên, như theo đánh giá và phân tích ở trên, các dịch vụ ở đây là bán thời gian và chủ yếu là các hoạt động thăm hỏi lúc ốm đau, tư vấn chăm sóc sức khỏe, y tế, vui chơi giải trí... đối với hội NCT. Với mạng lưới cộng tác viên CTXH, căn cứ theo Thông tư 07/2013, nhiệm vụ của cộng tác viên CTXH trong việc cung cấp dịch vụ cho các nhóm đối tượng nói chung và cho NCT nói riêng là: Thu thập, tiếp nhận thông tin, yêu cầu trợ giúp của đối tượng trên địa bàn để báo cáo lãnh đạo; Sàng lọc, phân loại đối tượng; Giới thiệu chuyển tuyến đối tượng đến các cơ sở BTXH, trung tâm CTXH, cơ sở y tế - phục hồi chức năng, cơ sở giáo dục - đào tạo và các cơ sở khác phù hợp; Theo dõi, đánh giá diễn biến tình trạng sức khỏe, quan hệ gia đình, xã hội và các nhu cầu trợ giúp của đối tượng, để

xuất cấp có thẩm quyền thực hiện hoặc các biện pháp trợ giúp kịp thời, phù hợp, trực tiếp giải quyết, như: Tư vấn, tham vấn, trị liệu, hòa giải, giáo dục thuyết phục, ngăn chặn, cách ly; Tham gia triển khai thực hiện các chính sách, chương trình trợ giúp cho đối tượng, nhóm đối tượng trên địa bàn; Kiểm tra, giám sát, rà soát; Tham gia các cuộc điều tra, khảo sát về lao động - người có công và xã hội do cấp trên tổ chức tại địa bàn (nếu có); Tham gia các hoạt động giáo dục, truyền thông nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi của người dân nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động trợ giúp xã hội tại cộng đồng... Tuy nhiên, qua đánh giá sơ bộ, mạng lưới cộng tác viên CTXH ở đây do còn thiếu về số lượng và bản thân đội ngũ cán bộ này còn chưa được đào tạo một cách bài bản, nhiều khi họ chỉ làm một thời gian sau đó do chế độ ưu đãi thấp nên họ lại chuyển đi vị trí khác. Người mới được tuyển vào thay thế nên chuyên môn lại chưa có... Những điều đó dẫn đến việc các dịch vụ mà họ cung cấp mặc dù được triển khai ở cộng đồng, gia đình nhưng chỉ là những dịch vụ hỗ trợ ban đầu và chuyển tuyến là chính.

Một lưu ý nữa trong bảng 2 cho thấy, hiện nay phương pháp cung cấp dịch vụ xã hội thông qua mạng internet là còn chưa được thực hiện. Trên thực tế, với xu hướng phát triển xã hội theo định hướng 4.0 hiện nay thì rất nhiều các hoạt động, chương trình, dịch vụ được triển khai qua mạng xã hội. Việt Nam cũng được đánh giá là một trong những quốc gia có tỷ lệ người dùng điện thoại di động cao trong khi đó mạng 3G và 4G hiện đã phủ sóng rộng cũng như chi phí không quá cao. Mặc dù NCT có khó khăn hơn người trẻ tuổi khi dùng các công nghệ thông tin internet nhưng việc truy cập thông thường là không quá khó khăn. Ở các quốc gia trên thế giới, một số dịch vụ đã được triển khai qua mạng xã hội và có hiệu ứng tích cực do chi phí thấp và khả năng tiếp cận dễ dàng. Như vậy, việc triển khai các dịch vụ xã hội cần hướng tới theo phương pháp này. Ngoài ra, phương pháp cung cấp dịch vụ qua điện thoại cũng khá phát triển và dễ tiếp cận. Mặc dù qua bảng tổng hợp thì các trung tâm công lập và tư nhân dành riêng cho NCT đã triển khai dịch vụ này qua mạng, nhưng trên thực tế các dịch vụ này chủ yếu là cung cấp thông tin giới thiệu về cơ sở, giải đáp thắc mắc về các dịch vụ... Chỉ có trung tâm CTXH tổng hợp mới cung cấp một số dịch vụ chuyên sâu như tư vấn chính sách, giáo dục hay cung cấp thông tin kết nối cho NCT. Do đó, cần phát triển mạnh hơn nữa phương pháp cung cấp dịch vụ này.

5. Bàn luận về kết quả nghiên cứu

5.1. Một số điểm tích cực

NCT và gia đình ngày càng quan tâm hơn tới việc

được cung cấp dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu của họ (đặc biệt là với NCT sức khỏe yếu và những gia đình do điều kiện không đủ thời gian chăm sóc các cụ). Số lượng NCT tiếp cận và sử dụng dịch vụ xã hội đang ngày càng tăng lên kể cả ở các cơ sở công lập và tư nhân.

Các cấp lãnh đạo và ban ngành đã có sự quan tâm nhiều hơn tới việc phát triển dịch vụ xã hội ở cộng đồng cho NCT.

Quy mô và chất lượng của các cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội ở cộng đồng cho NCT đang ngày càng gia tăng đối với cả các cơ sở của Nhà nước và tư nhân từ đó tạo điều kiện để NCT dễ dàng tiếp cận hơn.

Chất lượng dịch vụ từng bước được nâng cao, tạo sự thu hút và lòng tin đối với NCT và gia đình của NCT.

Việc truyền thông về dịch vụ cũng từng bước được quan tâm thể hiện trong kế hoạch hàng năm của các cơ sở cũng như việc lồng ghép truyền thông trong các chương trình khác.

Đội ngũ cán bộ từng bước được quan tâm đào tạo nâng cao năng lực để đáp ứng nhu cầu được cung cấp dịch vụ xã hội của NCT.

Quan điểm và nhận thức của cộng đồng đã có sự chuyển đổi tích cực hơn đối với vấn đề chăm sóc của NCT.

5.2. Một số điểm hạn chế

Cơ chế đối với các cơ sở công lập cung cấp dịch vụ xã hội còn chưa linh hoạt. Hiện nay, các cơ sở công lập muốn nâng mức phí đối với những NCT muốn được chăm sóc đặc biệt (1 nhân viên 1 NCT) thì phải làm các thủ tục xin phép khá mất thời gian.

Một số dịch vụ còn chưa được cung cấp một cách chuyên nghiệp do cơ chế hoạt động còn mang tính tự nguyện (hội NCT). Ngoài ra, một số dịch vụ cũng chưa được biết đến nhiều do còn mới và đội ngũ cán bộ cũng chưa có đủ năng lực để đảm nhận thực hiện các dịch vụ này (Ví dụ mạng lưới cộng tác viên CTXH).

Chưa có cơ sở cung cấp được gói dịch vụ toàn diện chuyên sâu bao gồm (Thể chất - Tâm lý - Xã hội) cũng như các phương pháp cung cấp dịch vụ như dịch vụ tại cơ sở, tại gia đình/cộng đồng và dịch vụ bán thời gian.

Rào cản về văn hóa/ quan điểm về NCT được chăm sóc dài hạn trong các cơ sở còn tồn tại khá nặng nề, đặc biệt là ở các địa bàn nông thôn, miền núi.

Các dịch vụ chuyên sâu về tâm lý - xã hội còn khá hạn chế.

Nhiều dịch vụ còn chưa thực sự chủ động tiếp cận tới NCT, chưa có những dịch vụ cung cấp tại gia đình của NCT.

Đối với một số dịch vụ chuyên sâu, giá dịch vụ còn khá cao đặc biệt là những dịch vụ được cung cấp bởi

các cơ sở tư nhân. Điều này tác động tới quyết định của NCT liên quan tới việc có tiếp cận và sử dụng dịch vụ hay không.

Nhiều NCT còn chưa biết, chưa rõ ràng về thông tin liên quan tới dịch vụ và cơ sở cung cấp dịch vụ nên việc tiếp cận còn gặp nhiều khó khăn.

Việc truyền thông của các cơ sở về dịch vụ còn chưa thực sự hiệu quả. Nhiều NCT và gia đình còn hạn chế các thông tin nên không biết cách nào để tiếp cận dịch vụ.

Độ bao phủ của dịch vụ còn hạn chế. Các cơ sở cung cấp dịch vụ chủ yếu chỉ tập trung ở các thành phố lớn và ở một số địa điểm. Việc mở rộng hoặc hình thành mới

các cơ sở cung cấp dịch vụ cũng gặp nhiều khó khăn.

Những dịch vụ vui chơi giải trí, thể thao... khá phổ biến nhưng hình thành và triển khai còn chưa chuyên nghiệp.

Đội ngũ cán bộ nhiệt tình, tuy nhiên chuyên môn đào tạo còn chưa thực sự đúng với dịch vụ cung cấp do đó hạn chế hiệu quả của dịch vụ. Việc chất lượng dịch vụ hạn chế sẽ ảnh hưởng tới việc truyền thông và tác động chưa tích cực tới quyết định lựa chọn tiếp cận dịch vụ của NCT và gia đình.

Chính sách hỗ trợ trong việc phát triển dịch vụ xã hội cho NCT đối với các cơ sở tư nhân còn hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Báo cáo Cục BTXH. (2016). *Kết quả của Hội nghị chuyên đề về Bảo trợ xã hội tại Quy Nhơn. Tháng 12 năm 2016.*
- Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2017). *Hội nghị tổng kết năm 2017 Ủy ban Quốc gia về NCT Việt Nam*
- Bộ Y tế. (2017). *Quyết định số 7618/QĐ-BYT: Phê duyệt Đề án chăm sóc sức khỏe NCT giai đoạn 2017-2025.*
- Chính phủ. (2012). *Quyết định số 1781/QĐ-TTg ngày 22 tháng 11 năm 2012 Phê duyệt Chương trình hành động quốc gia về NCT Việt Nam giai đoạn 2012-2020.*
- Chính phủ. (2016). *Quyết định số 1533/QĐ-TTg, ngày 2/8/2016 phê duyệt Đề án nhân rộng mô hình câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau giai đoạn 2016-2020.*
- Etzersdorfer, E. (2008). Crisis intervention with elderly people. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 29-37.
- Harkin, C. T. (2012). *The Retirement Crisis and a Plan to Solve It.* US Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions, Washington, DC.
- Hậu, T. & Huân, Đ. M. (2010). *Dịch vụ xã hội ở nước ta đến năm 2020 - Định hướng và giải pháp phát triển.*
- Hậu, N. H. (2017). *Nghiên cứu đánh giá hệ thống chăm sóc xã hội ở Việt Nam.*
- Nga, Đ. T. (2019). *Chăm sóc, phát huy vai trò NCT ở nước ta trong giai đoạn hiện nay.*
- Pinquart M. (2000). Influences of Socioeconomic Status, Social Network and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis, *Psychology and Aging*, Volum 15, Number 2.
- Quốc hội. (2010). *Luật Người cao tuổi*
- Tổng cục Thống kê. (2021). *Báo cáo Già hóa dân số và NCT ở Việt Nam. 2504-2021/CXBIPH/56-90/TN - ISBN: 978-604-334-955-9*
- Tuấn, T. Đ. (2009). *Công tác Xã hội lý thuyết và thực hành*, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.
- Ủy ban về các vấn đề xã hội. (2015). *Báo cáo số 4314/BC-UBVDDXH về kết quả giám sát tình hình thực hiện chính sách, pháp luật đối với NCT*, Hà Nội.
- Van Solinge, H., & Henkens, K. (2008). Adjustment to and satisfaction with retirement: two of a kind? *Psychology and aging*, 23(2), 422.

TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN ĐẾN LĨNH VỰC Y TẾ Ở VIỆT NAM

ThS. Phạm Thị Thu Trang
Trường Đại học Lao động - Xã hội
thutrangphamulsa@gmail.com

Tóm tắt: Bài viết đề cập đến tác động tích cực và tiêu cực của chính sách bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân ở Việt Nam. Tác động tích cực của chính sách này đã góp phần: (1) Nâng cao tỷ lệ người tham gia BHYT đi khám chữa bệnh (KCB) tại các cơ sở y tế; (2) Gia tăng mức độ sử dụng dịch vụ y tế (DVYT) dự phòng (như tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ), (3) Giảm tỷ lệ người dân tự chi trả cho chi phí y tế, thu hẹp khoảng cách giàu nghèo trong lĩnh vực y tế, và (4) Thúc đẩy phát triển hệ thống y tế. Tác động tiêu cực của chính sách đó là làm gia tăng: (1) Tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế; và (2) Nguy cơ lạm dụng DVYT. Để thực hiện bài viết, nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu tài liệu nhằm tìm kiếm kết quả công bố của những cơ quan chức năng cũng như của các báo cáo, bài viết khoa học được đăng tải trên những địa chỉ tin cậy.

Từ khóa: bảo hiểm y tế toàn dân, lĩnh vực y tế, tác động

THE INFLUENCE OF UNIVERSAL HEALTH INSURANCE POLICY ON VIETNAM'S HEALTH SECTOR

Abstract: The article examines both the advantages and disadvantages of the universal health insurance policy implemented in Vietnam. Among the benefits of this policy are: (1) a rise in the proportion of health insurance holders seeking medical examinations and treatments at healthcare facilities; (2) an enhancement in the utilization of preventive health services, including vaccinations and regular health check-ups; (3) a decrease in the number of individuals incurring out-of-pocket health expenses, thereby reducing disparities between affluent and impoverished populations within the healthcare sector; and (4) a boost to the overall development of the health system. The adverse effects of that policy include: (1) Increased overcrowding in healthcare facilities; and (2) Heightened risk of misuse of health services. To implement the article, the research team employed a document research method to identify results published by relevant authorities, along with scientific reports and articles from credible sources.

Keywords: Universal health insurance, health sector, impact

Mã bài báo: JHS - 202
Ngày nhận bài sửa: 10/06/2024

Ngày nhận bài: 16/05/2024
Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Ngày nhận phản biện: 28/05/2024

1. Đặt vấn đề

Bảo hiểm y tế được hiểu là một hình thức BHXH do Nhà nước tổ chức, thực hiện không vì mục đích lợi nhuận, hướng mục tiêu huy động sự đóng góp của cộng đồng, chia sẻ rủi ro bệnh tật và giảm bớt gánh nặng tài chính cho mỗi người dân khi ốm đau, bệnh tật, tai nạn. Chính sách BHYT tương tự được hiểu là tập hợp các quy định, hướng dẫn và biện pháp do Nhà nước ban hành để triển khai và quản lý nhằm đảm bảo quyền được chăm sóc sức khỏe của mọi công dân. Theo đó, BHYT toàn dân là một chính sách quan trọng của Đảng và Nhà nước, góp phần đảm bảo quyền lợi cơ bản về y tế cho người dân, nâng cao chất lượng DVYT, góp phần đảm bảo an sinh xã hội (Quốc Hội, 2008; Hà và nnk, 2021; Bộ Y tế, 2023-2024).

Tại Việt Nam, chính sách BHYT được triển khai thí điểm tại một số địa phương vào năm 1990. Đến năm 1995, cơ quan BHXH Việt Nam được thành lập, đánh dấu một bước ngoặt quan trọng trong tổ chức, quản lý và thực hiện chính sách BHYT. Năm 2006, Luật Bảo hiểm y tế ra đời đánh dấu một bước tiến nữa trong quy định thực hiện chính sách BHYT bắt buộc. Đến năm 2008, BHYT toàn dân chính thức được thừa nhận thông qua Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 do Quốc Hội ban hành ngày 14 tháng 11 năm 2008 với mục tiêu đảm bảo mọi người dân đều có quyền tiếp cận DVYT chất lượng cao. Trước giai đoạn thực hiện chính sách này, chỉ khoảng 30% dân số nước ta tham gia BHYT. Nhiều người dân, đặc biệt là người nghèo, không có khả năng chi trả chi phí khám, chữa bệnh, dẫn đến tình trạng “tự chữa”, “bỏ bệnh”, cho dù xét về mặt quyền con người, quyền công dân thì mọi người dân đều có quyền được tiếp cận DVYT chất lượng cao, an toàn, hiệu quả. Tuy nhiên, do chưa tham gia BHYT nên nhiều người không được tiếp cận DVYT kịp thời, hiệu quả.

Kể từ năm 2008, khi chính sách BHYT toàn dân chính thức được thừa nhận thì mục tiêu của chính sách là đảm bảo mọi người dân đều có quyền tiếp cận DVYT chất lượng cao. Lộ trình này được thực hiện theo 3 giai đoạn cụ thể. Giai đoạn 2008-2010 thực hiện mở rộng đối tượng tham gia BHYT. Giai đoạn 2011-2015 hướng tới nâng cao chất lượng

DVYT. Giai đoạn 2016-2020 tập trung hoàn thiện hệ thống BHYT, tiến tới BHYT toàn dân. Nhờ đó, chất lượng DVYT được nâng cao, độ bao phủ của hệ thống BHYT ngày càng được mở rộng, đạt 93,35% vào năm 2023 (Bộ Y tế, 2023).

Sự thành công cùng những hạn chế trong việc thực hiện chính sách BHYT toàn dân cho thấy chính sách này đã tạo ra những tác động tích cực và tiêu cực đến lĩnh vực y tế ở Việt Nam. Do đó, việc nghiên cứu đánh giá tác động của BHYT toàn dân trở nên cần thiết.

2. Tổng quan nghiên cứu:

Những tác động tích cực của chính sách BHYT toàn dân

Trong bài viết “Chính sách Bảo hiểm y tế đã thực sự đi vào cuộc sống của mỗi người dân”, hay bài viết “Bảo hiểm y tế toàn dân góp phần giữ vững an sinh” các tác giả đã chỉ ra tác động tích cực của chính sách BHYT trong định hướng đảm bảo sự công bằng về CSSK cho người dân, góp phần đảm bảo an sinh xã hội. Với độ bao phủ BHYT lên tới trên 93% dân số, chính sách BHYT đã thực sự đi vào cuộc sống. Kết quả này là thành công của ngành BHXH và toàn xã hội trong việc CSSK nhân dân. Nội dung bài viết cho thấy quyền lợi khám chữa bệnh (KCB) của người dân có thẻ BHYT đã được đảm bảo ở mức độ cao, đạt nhiều tiến bộ, trung bình có hơn 100 triệu lượt người KCB BHYT/1 năm. Cơ chế hỗ trợ chi phí KCB và CSSK từ Quỹ BHYT đã góp phần giảm bớt gánh nặng tài chính về y tế cho người dân, nhất là nhóm xã hội có thu nhập thấp hơn so với mức trung bình (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 2024; Tiến, 2023).

Cũng trong bài viết “Bao phủ bảo hiểm y tế tăng nhanh và bền vững” và bài viết “Đánh giá tác động của chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đến chi phí KCB của người cao tuổi tại Việt Nam”, các tác giả đã chỉ ra tác động tích cực của chính sách BHYT toàn dân làm gia tăng tỷ lệ người dân tiếp cận thẻ BHYT để được CSSK tích cực, kịp thời. Bài viết chỉ ra, trước khi Ban Bí thư ban hành Chỉ thị số 38, năm 2008, toàn quốc chỉ có 39,7 triệu người tham gia bảo hiểm y tế BHYT. Đến năm 2023, cả nước đã có hơn 93,3 triệu người tham gia, tiệm cận với mục tiêu BHYT toàn dân. Nội dung bài viết cũng

cho thấy sau 15 năm triển khai, Chỉ thị số 38 đã thực sự đi vào cuộc sống, tạo sự chuyển biến mạnh mẽ về nhận thức và hành động trong lãnh đạo, chỉ đạo và thực hiện chính sách BHYT từ Trung ương đến địa phương. Hệ thống KCB BHYT được tổ chức tốt từ trung ương đến địa phương đã tạo thuận lợi cho người dân trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ KCB BHYT (Bộ Y tế, 2024; Diem và nnk, 2020).

Cử & Hưng (2019) trong bài viết “Một số giải pháp hướng tới mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân” đăng trên Tạp chí Cộng sản, Sơn (2020) trong bài viết “Vai trò của bảo hiểm y tế trong CSSK nhân dân” đăng trên thời báo Nhân dân cũng cho thấy tác động tích cực của chính sách BHYT toàn dân trong việc nâng cao nhận thức nhân dân về tham gia BHYT. Nội dung bài viết cho thấy công tác quản lý nhà nước về BHYT được tăng cường, công tác tuyên truyền ngày càng có chiều sâu, số người tham gia BHYT gia tăng nhanh. Qua đó, công tác mở rộng độ bao phủ của BHYT ngày càng tiến triển. Trên 70% người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại y tế cơ sở. Gần 90% trạm y tế xã thực hiện KCB BHYT. Trong 5 tháng đầu năm 2019, tổng số thu lên tới trên 136 nghìn tỷ đồng, đạt 37,8% so với kế hoạch. Số lượt KCB BHYT tại y tế cơ sở chiếm khoảng 70%.

Tác động tích cực của chính sách BHYT toàn dân còn một số tác giả khác đề cập thêm ở những phương diện khác, thể hiện ở nội dung công tác tổ chức KCB và thanh toán chi phí đã được cải thiện đáng kể. Người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội, người có công, trẻ em dưới 6 tuổi đã được quan tâm trong tiếp cận và thụ hưởng các DVYT theo quy định. Quyền lợi của người tham gia BHYT được bảo đảm. Chất lượng DVYT ngày càng được cải thiện. Quỹ BHYT góp phần tạo ra nguồn tài chính ổn định cho công tác KCB, bảo đảm quyền lợi của người tham gia BHYT... (Anh, 2024; Ngân hàng Thế giới, 2021).

Những điểm hạn chế của chính sách BHYT toàn dân

Các nghiên cứu, bài viết của Bộ Y tế (2024), Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (2024), Cử & Hưng (2019), Anh (2024), Somanathan et al. (2014),

Ngân hàng Thế giới (2021)... cũng đã chỉ ra những điểm còn hạn chế của chính sách BHYT toàn dân, trong đó có thể liệt kê một số điểm cơ bản, đó là việc xác định đối tượng tham gia BHYT là hộ gia đình dường như chưa tương thích với việc phân nhóm đối tượng tham gia theo “trách nhiệm đóng BHYT”. Một số DVYT thuộc phạm vi KCB chưa được quy định trong phạm vi hưởng BHYT. Quy định về gói DVYT cơ bản do Quỹ BHYT chi trả chưa nêu rõ khái niệm, chưa sát thực tiễn đặc thù của xã hội, chưa thể hiện tính chất của gói DVYT cơ bản là phải đặt trong sự cân đối về phạm vi quyền lợi và khả năng chi trả của Quỹ BHYT...

Từ thực tiễn nêu trên, nội dung bài viết dưới đây được chúng tôi tập trung đề cập đến những tác động tích cực và tiêu cực của chính sách BHYT toàn dân đến lĩnh vực y tế ở Việt Nam theo các phương diện kế tiếp, đó là những tác động tích cực góp phần: Nâng cao tỷ lệ người tham gia BHYT đi KCB tại các cơ sở y tế; làm gia tăng mức độ sử dụng DVYT dự phòng (như tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ); làm giảm tỷ lệ người dân tự chi trả cho chi phí y tế, thu hẹp khoảng cách giàu nghèo trong lĩnh vực y tế; và thúc đẩy phát triển hệ thống y tế; Cùng những tác động tiêu cực góp phần làm gia tăng tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế; và gia tăng nguy cơ lạm dụng DVYT.

3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tài liệu nhằm:

Thu thập và phân tích các văn bản chính sách, báo cáo, nghị quyết của Đảng, Nhà nước về BHYT toàn dân.

Tham khảo các bài báo khoa học, sách chuyên ngành về lĩnh vực BHYT ở Việt Nam.

Tra cứu số liệu thống kê từ các nguồn chính thống như Tổng cục Thống kê, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, từ các ấn phẩm khoa học có uy tín.

Phương pháp phân tích, so sánh nhằm:

Phân tích nội dung các văn bản chính sách, báo cáo, nghị quyết về BHYT.

Phân tích số liệu thống kê thu thập được.

So sánh mức độ tiếp cận và thụ hưởng chính sách BHYT toàn dân

Rút ra kết luận về những tác động tích cực/tiêu cực của chính sách BHYT toàn dân ở Việt Nam.

4. Nội dung nghiên cứu

4.1. Chính sách bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam

Hệ thống văn bản quy định về chính sách BHYT tại Việt Nam bao gồm nhiều thể loại khác nhau, được ban hành bởi các cơ quan có thẩm quyền theo từng giai đoạn, trong đó có những văn bản quan trọng, như:

Luật Bảo hiểm y tế năm 2008 (sửa đổi, bổ sung năm 2014) là văn bản pháp luật cao nhất quy định về chính sách BHYT, bao gồm các quy định về mục tiêu, đối tượng tham gia, mức đóng, quyền lợi, nghĩa vụ, trách nhiệm của các bên liên quan, quản lý quỹ BHYT.

Luật Bảo hiểm y tế được quy định tại văn bản hợp nhất số 28/VBHN-VPQH ban hành ngày 07/12/2020 đã bổ sung, sửa đổi một số nội dung quan trọng của Luật Bảo hiểm y tế năm 2008, nhằm hoàn thiện hệ thống pháp luật về BHYT, đáp ứng yêu cầu phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

Nghị định số 146/2018/NĐ-CP hướng dẫn chi tiết thi hành Luật Bảo hiểm y tế năm 2008 (đã được sửa đổi, bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP).

Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 146/2018/NĐ-CP, nhằm cụ thể hóa một số nội dung mới của Luật Bảo hiểm y tế năm 2023.

...

Kết quả rà soát hệ thống các văn bản pháp lý cho thấy chính sách BHYT toàn dân ở Việt Nam tập trung vào bảo đảm mọi người dân đều có quyền tiếp cận DVYT, hướng tới giảm bớt gánh nặng tài chính về chi phí y tế cho các hộ gia đình, đồng thời thúc đẩy tiến bộ, công bằng xã hội và đảm bảo an sinh xã hội. Trên cơ sở đó, chính sách BHYT toàn dân tập trung vào các nhóm xã hội, đó là:

Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng, gồm: Người lao động trong các doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, kinh doanh. Chủ sở hữu, người quản lý, người lao động trong các doanh nghiệp tư nhân. Người lao động tự do, hộ kinh doanh cá thể.

Nhóm do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng, gồm: Học sinh, sinh viên đang theo học tại các trường phổ thông, trường đại học, cao đẳng, trung cấp. Người cao tuổi không có khả năng lao động, mất sức lao động. Người tàn tật, người mắc bệnh hiểm nghèo. Trẻ em dưới 6 tuổi.

Nhóm do ngân sách nhà nước đóng, gồm: Người có công với cách mạng, nạn nhân chất độc da cam/lửa phốt pho. Người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo. Người dân tộc thiểu số.

Nhờ việc đẩy mạnh thực hiện chính sách BHYT toàn dân, độ bao phủ BHYT ở nước ta đã đạt kết quả tích cực. Số người tham gia BHYT tăng nhanh và bền vững, từ mức 46,10% năm 2006 lên 93,35% năm 2023. Theo đó, số lượt người đi KCB BHYT tăng nhanh qua từng năm, lên tới trên 174 triệu lượt người năm 2023. Nhờ kết quả này, chỉ số bao phủ DVYT thiết yếu ở nước ta đạt mức cao hơn mức trung bình trong khu vực và toàn cầu.

Bảng 1. Tỷ lệ bao phủ BHYT và số lượt người đi KCB BHYT ở Việt Nam

Năm	Số lượt người đi KCB BHYT (triệu người)	Tỷ lệ bao phủ BHYT/tổng dân số	Tốc độ tăng trưởng so với năm trước
2006	28,1	46,10%	-
2007	37,4	51,20%	5,10%
2008	48,2	57,00%	5,80%
2009	57,5	64,70%	7,70%
2010	68,2	68,50%	3,80%
2011	77,3	71,80%	3,30%
2012	86,4	74,80%	3,00%
2013	95,8	77,50%	2,70%
2014	105,4	80,20%	2,70%
2015	115,3	82,90%	2,70%
2016	125,8	85,60%	2,70%
2017	136,7	88,30%	2,70%
2018	148,2	90,20%	1,90%
2019	159,8	91,50%	1,30%
2020	164,2	92,04%	0,54%
2021	155,3	92,81%	0,77%
2022	169,8	93,20%	0,39%
2023	174	93,35%	0,15%

Nguồn: Bảo hiểm xã hội Việt Nam, 2024

4.2. Phân tích tác động tích cực của bảo hiểm y tế đối với mức độ sử dụng dịch vụ y tế

Việc thực hiện chính sách BHYT toàn dân đã đem lại nhiều tác động tích cực đối với lĩnh vực y tế ở Việt Nam, đó là chúng góp phần: (1) Nâng cao tỷ lệ người tham gia BHYT đi KCB tại các cơ sở y tế; (2) Gia tăng mức độ sử dụng DVYT dự phòng (như tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ), (3) Giảm tỷ lệ người dân tự chi trả cho chi phí y tế, thu hẹp khoảng cách giàu nghèo trong lĩnh vực y tế, và (4) Thúc đẩy phát triển hệ thống y tế. Nội dung 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3 và 4.2.4 dưới đây lần lượt đề cập đến những tác động này.

4.2.1. Tác động nâng cao tỷ lệ người tham gia bảo hiểm y tế đi khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế

Kể từ khi thực hiện chính sách BHYT toàn dân, nước ta chứng kiến sự gia tăng mạnh mẽ số lượng người dân được cấp thẻ BHYT, theo đó, số lượng người dân được CSSK tích cực tăng cao. Số liệu thống kê Bộ Y tế cho thấy năm 2023, số lượt KCB BHYT tại các cơ sở y tế tăng 19% so với năm 2022, đạt 174 triệu lượt. Tỷ lệ người tham gia BHYT đi KCB ít nhất 1 lần trong năm đạt 67%, tăng 4% so với năm 2022. Riêng quý 1 năm 2024, số lượt KCB BHYT tại các cơ sở y tế đạt 44,3 triệu lượt, tăng 8,6% so với cùng kỳ năm 2023. Doanh thu chi trả cho KCB BHYT theo đó đạt 31.612 tỷ đồng, tăng 15,2% so với cùng kỳ năm 2023 (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, 2024).

Trên thực tế, kết quả khảo sát do Viện Quản lý Y tế thực hiện vào năm 2023 cho thấy có tới 85% người tham gia BHYT đã sử dụng thẻ BHYT để đi KCB trong năm 2022, đa số đánh giá cao vai trò của BHYT trong việc bảo đảm sức khỏe cho người dân, đồng thời hài lòng với việc sử dụng thẻ BHYT để đi KCB.

Dẫn theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả (Bộ Y tế, 2023; Hà và nnk, 2021; Diễm và nnk, 2021), tỷ lệ người dân tham gia BHYT đi KCB tại các cơ sở y tế tăng cao là nhờ chính sách BHYT toàn dân đã góp phần làm giảm gánh nặng tài chính. Về nguyên tắc, BHYT giúp chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí KCB, do đó người dân giảm thiểu nhiều lo lắng tài chính khi đi KCB. Đặc

biệt, đối với người nghèo, người có thu nhập thấp, BHYT giúp họ có điều kiện tiếp cận dễ dàng hơn với DVYT mà trước đây khó có thể chi trả. Thông qua đó, chính sách BHYT toàn dân cũng góp phần nâng cao nhận thức cho người dân về tầm quan trọng của việc CSSK. Nhiều người hiểu rằng, việc đi KCB định kỳ và phát hiện sớm bệnh tật sẽ giúp tiết kiệm chi phí điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.2.2. Tác động gia tăng mức độ sử dụng dịch vụ y tế dự phòng

DVYT dự phòng được đề cập trong bài viết này bao gồm tiêm chủng và khám sức khỏe định kỳ. Theo số liệu thống kê của Bộ Y tế, tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ cho trẻ em dưới 5 tuổi tăng từ 85% vào năm 2006 (trước khi triển khai BHYT) lên 95% vào năm 2023. Tỷ lệ tiêm chủng vắc-xin HPV cho nữ giới từ 9 đến 26 tuổi cũng tăng từ mức 20% vào năm 2014 (khi bắt đầu triển khai tiêm vắc-xin HPV bằng BHYT) lên 78% vào năm 2023 (Bộ Y tế, 2023).

Song song với đó, kết quả khảo sát của Viện Quản lý Y tế cũng cho thấy tỷ lệ người dân đi khám sức khỏe định kỳ ít nhất 1 lần trong năm tăng từ 35% vào năm 2010 (trước khi triển khai BHYT chi trả cho khám sức khỏe định kỳ) lên 62% vào năm 2023. Trong số những người đi khám sức khỏe định kỳ, tỷ lệ người hài lòng với chất lượng DVYT đạt 90% (Viện Quản lý Y tế, 2023).

Thực tế này được giải thích là do BHYT chi trả cho các dịch vụ tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ, điều đó giúp người dân giảm bớt gánh nặng tài chính. Nhờ vậy, nhiều người, đặc biệt là người nghèo, người có thu nhập thấp, có điều kiện tiếp cận và sử dụng DVYT dự phòng dễ dàng hơn. Nhiều người dân cũng qua đó hiểu rằng, việc sử dụng DVYT dự phòng giúp phát hiện sớm bệnh tật, điều trị kịp thời và tiết kiệm chi phí điều trị hơn so với việc điều trị bệnh khi đã phát triển nặng. Do đó, nhận thức của người dân về tầm quan trọng của tiêm chủng trong việc phòng ngừa bệnh được nâng cao và chủ động sử dụng các dịch vụ này để bảo vệ sức khỏe bản thân và gia đình (Bộ Y tế, 2023; Diễm và nnk, 2020).

4.2.3. Tác động giảm tỷ lệ người dân tự chi trả cho chi phí y tế, thu hẹp khoảng cách giàu nghèo trong lĩnh vực y tế

Việc triển khai chính sách BHYT toàn dân với những thành tựu đạt được trong suốt quá trình từ 2006 đến nay, trên thực tế đã góp phần tác động mạnh mẽ làm giảm tỷ lệ người dân phải tự chi trả chi phí y tế. Thực tế này được minh chứng qua những số liệu dưới đây:

Theo số liệu thống kê của Bộ Y tế, năm 2023, tỷ lệ chi trả cho chi phí y tế từ nguồn BHYT đạt 62,3%, tăng 10,2% so với năm 2022, tỷ lệ chi trả cho chi phí y tế từ nguồn hộ gia đình giảm xuống còn 37,7%, tương ứng với mức giảm 6,8 điểm % so với năm 2022 (Bộ Y tế, 2023).

Theo số liệu thống kê của BHXH Việt Nam, trong quý 1 năm 2024, tổng chi phí chi trả cho KCB BHYT đạt 31.612 tỷ đồng, tăng 15,2% so với cùng kỳ năm 2023. Trong đó, chi phí chi trả cho KCB nội trú đạt 22.134 tỷ đồng, tăng 17,5% so với cùng kỳ năm 2023 (BHXH Việt Nam, 2024).

Kết quả Tổng điều tra chi tiêu hộ gia đình năm 2020 của Tổng cục Thống kê cũng cho thấy tỷ lệ chi trả cho chi phí y tế của hộ gia đình giảm từ 5,7% năm 2014 xuống còn 4,9% năm 2020 (Tổng cục Thống kê, 2020).

Theo kết quả khảo sát của Viện Quản lý Y tế, có tới 82% người tham gia BHYT cho biết họ đã tiết kiệm được chi phí y tế nhờ sử dụng thẻ BHYT. Trong số những người tiết kiệm được chi phí y tế nhờ BHYT, 75% cho biết họ tiết kiệm được từ 20% đến 50% chi phí y tế (Viện Quản lý Y tế, 2023).

Trên thực tế, giải thích cho tác động tích cực này đó là mục tiêu chính của BHYT là bảo đảm an sinh xã hội, giúp người dân có điều kiện tiếp cận DVYT chất lượng cao với chi phí hợp lý. Để đạt mục tiêu này, BHYT cần chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí KCB cho người tham gia. Do vậy, khi tham gia BHYT, người dân được hưởng các quyền lợi về KCB, bao gồm: (1) Chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí KCB theo quy định, (2) Được hưởng các DVYT theo danh mục được bảo hiểm, (3) Được hưởng chế độ thai sản, chế độ ốm đau, chế độ tai nạn lao động... Mức chi trả cho

từng trường hợp KCB được xác định dựa trên mức độ bệnh tật, phương pháp điều trị, cơ sở y tế KCB, mức giá DVYT. Nhờ vậy, người tham gia BHYT chỉ phải đóng một phần chi phí KCB, phần còn lại sẽ do quỹ BHYT chi trả.

Cũng theo cơ chế đó, khoảng cách bất bình đẳng trong tiếp cận DVYT được thu hẹp, nhiều người dân, đặc biệt là người nghèo, cận nghèo, nhờ được bao phủ bởi hệ thống BHYT mà có cơ hội tiếp cận DVYT chất lượng cao, nhiều người có thu nhập thấp dễ dàng hơn trong tiếp cận DVYT, nhất là những người không có khả năng chi trả chi phí y tế cao, dẫn đến tình trạng trì hoãn KCB, bỏ dở điều trị, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống.

4.2.4. Tác động phát triển hệ thống y tế

Nhờ triển khai chính sách BHYT toàn dân đạt kết quả tích cực nên nhu cầu sử dụng DVYT tăng cao, từ mức 28,1 triệu lượt người sử dụng thẻ BHYT đi KCB vào năm 2006 lên 174 triệu lượt người vào năm 2023. Thực tế đó dẫn tới nhu cầu cần thực hiện nhiều dự án đầu tư phát triển hệ thống y tế. Trên thực tế, trước khi thực hiện chính sách BHYT toàn dân, hệ thống y tế nước ta còn nhiều hạn chế về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị. Thông qua các hoạt động đầu tư mà những hạn chế đó dần được cải thiện. Nhiều bệnh viện được xây dựng mới, nâng cấp, nhiều trang thiết bị y tế được hiện đại hóa, mua mới. Số lượng giường bệnh tại các bệnh viện đã tăng từ 8 giường/vạn dân vào năm 2006 lên 13 giường/vạn dân vào năm 2023 (Bộ Y tế, 2023).

Các hoạt động đầu tư của Nhà nước và xã hội dưới tác động của việc triển khai hiệu quả chính sách BHYT toàn dân cũng qua đó góp phần nâng cao chất lượng DVYT. Theo nghiên cứu của Somanathan và nnk (2014) hay báo cáo của Bộ Y tế (2023), khái quát lại cho thấy, trước khi thực hiện chính sách BHYT toàn dân, chất lượng DVYT tại một số cơ sở y tế còn chưa cao. Trước thực tế đó, các cơ sở y tế đã chú trọng đầu tư nâng cao trình độ chuyên môn của đội ngũ y, bác sĩ, áp dụng nhiều kỹ thuật y tế tiên tiến, cải thiện thái độ phục vụ. Nhờ vậy, kết quả khảo sát của Viện Quản

lý Y tế (2023) đã phản ánh tỷ lệ hài lòng của người dân đối với chất lượng DVYT đã tăng từ 70% vào năm 2006 lên 85% vào năm 2023.

Cũng thông qua tác động của chính sách BHYT toàn dân mà chính sách đào tạo nguồn nhân lực y tế được chú trọng. Tình trạng thiếu hụt nguồn nhân lực y tế chất lượng cao, đặc biệt là bác sĩ chuyên khoa được giảm thiểu. Số lượng các trường đại học, cao đẳng đào tạo y tế theo đó được mở rộng, số lượng sinh viên ngành y cũng tăng lên. Số lượng bác sĩ chuyên khoa đã tăng từ 8 bác sĩ/vạn dân vào năm 2006 lên 15 bác sĩ/vạn dân vào năm 2023 (Bộ Y tế, 2023).

Trên thực tế, do nhu cầu xã hội tăng cao nhờ chính sách BHYT toàn dân nên chi đầu tư phát triển hệ thống y tế ở nước ta đã tăng từ mức 4% GDP lên 5% GDP trong giai đoạn từ năm 2006 đến năm 2023, hệ thống y tế nước ta theo đó cũng có sự phát triển vượt bậc (Viện Quản lý Y tế, 2023).

4.3. Phân tích tác động tiêu cực của bảo hiểm y tế đối với mức độ sử dụng dịch vụ y tế

Ngoài những tác động tích cực, chính sách BHYT toàn dân cũng tạo ra những tác động tiêu cực nhất định đến lĩnh vực y tế tại Việt Nam, như góp phần làm: (1) Gia tăng tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế; và (2) Gia tăng nguy cơ lạm dụng DVYT. Nội dung 4.3.1 và 4.3.2, dưới đây lần lượt đề cập đến những tác động tiêu cực này.

4.3.1. Tác động làm gia tăng tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế

Trong giai đoạn vừa qua, nhiều phương tiện truyền thông đại chúng phản ánh, nhu cầu sử dụng DVYT tăng cao do việc triển khai chính sách BHYT toàn dân. Tỷ lệ bệnh nhân đến KCB tại các cơ sở y tế tăng cao. Số liệu của Bộ Y tế phản ánh, số lượt KCB tại các bệnh viện tuyến cuối vào năm 2023 tăng 20% so với năm 2019. Cũng theo nghiên cứu của Viện Quản lý Y tế (2023), chính sách BHYT toàn dân đã góp phần làm tăng số lượng bệnh nhân đến KCB tại các bệnh viện tuyến cuối từ 20% đến 30%. Thực tế đó dẫn đến tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế, đặc biệt là các bệnh viện tuyến cuối.

Sự gia tăng đột biến đó khiến cho thời gian chờ đợi KCB tại các bệnh viện tuyến cuối kéo dài,

trung bình là 2 tiếng, thời gian chờ đợi nhập viện là 3 ngày, điều đó ảnh hưởng đến chất lượng DVYT và sự hài lòng của người bệnh. Song song với đó, tình trạng thiếu hụt giường bệnh tại các bệnh viện tuyến cuối cũng trở nên phổ biến, dẫn đến tình trạng quá tải, tỷ lệ sử dụng giường bệnh tại các bệnh viện tuyến cuối đạt 110% (Bộ Y tế, 2023). Cũng theo đó, số lượng bệnh nhân tăng cao dẫn đến áp lực công việc lên đội ngũ nhân viên y tế tại các bệnh viện tuyến cuối gia tăng, ảnh hưởng đến chất lượng DVYT và sức khỏe của y, bác sĩ (Bộ Y tế, 2023; Viện Quản lý Y tế, 2023).

4.3.2. Tác động làm gia tăng nguy cơ lạm dụng dịch vụ y tế

Khi độ bảo phủ BHYT được mở rộng, một số người có thể lợi dụng BHYT để đi KCB không cần thiết, dẫn đến lãng phí nguồn lực y tế. Dữ liệu thống kê của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam năm 2023 cho thấy tỷ lệ sử dụng DVYT cao bất thường bởi tình trạng một bộ phận dân số (khoảng 10% người tham gia BHYT) có thể đã lợi dụng chế độ BHYT để đi KCB nhiều lần trong một thời gian ngắn, vượt quá mức bình quân chung, cho dù điều đó không thực sự cần thiết. Tình trạng sử dụng DVYT không hợp lý cũng được ghi nhận. Một số người có thể lợi dụng BHYT để yêu cầu thực hiện các xét nghiệm, điều trị không cần thiết, chỉ nhằm mục đích kiếm lợi hoặc hưởng thụ DVYT cao cấp. Một số người có thể yêu cầu bác sĩ kê đơn thuốc đắt tiền, thực hiện các xét nghiệm y tế không cần thiết, hoặc nhập viện để điều trị những bệnh nhẹ có thể điều trị ngoại trú. Thực tế xã hội cho thấy gian lận trong thanh toán BHYT cũng là một trong những tác động tiêu cực. Phản ánh của nhiều phương tiện truyền thông đã nêu rõ thực trạng một số cơ sở y tế có thể gian lận trong thanh toán BHYT, kê khống giá dịch vụ, kê đơn thuốc giả, hoặc thực hiện các thủ thuật y tế không cần thiết để trục lợi từ BHYT. Một số bệnh viện có thể kê khống giá DVYT cao gấp nhiều lần so với giá thực tế, hoặc kê đơn thuốc giả, thuốc hết hạn sử dụng cho người bệnh. Việc lạm dụng DVYT theo đó có thể dẫn đến tình trạng quá tải tại các cơ sở y tế, ảnh hưởng đến chất lượng DVYT cho những người thực sự cần thiết. Với

lượng bệnh nhân quá tải, bác sĩ nhiều khi không có đủ thời gian thăm khám và tư vấn cẩn thận cho người bệnh, dẫn đến sai sót trong chẩn đoán và điều trị.

5. Kết luận

Chính sách BHYT toàn dân đã có tác động tích cực đến lĩnh vực ở Việt Nam, thể hiện qua các khía cạnh như:

Làm gia tăng tỷ lệ bao phủ DVYT bởi BHYT giúp người dân, đặc biệt là người nghèo, người có thu nhập thấp, có điều kiện tiếp cận DVYT dễ dàng hơn. Nhờ vậy, tỷ lệ bao phủ DVYT ở Việt Nam đã tăng cao.

Nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của việc CSSK bởi cơ chế bảo vệ của BHYT đã khuyến khích người dân đi khám sức khỏe định kỳ và phát hiện sớm bệnh tật, góp phần nâng cao ý thức CSSK cộng đồng. Nhờ vậy, người dân chủ động CSSK bản thân và gia đình tốt hơn, góp phần giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do bệnh tật.

Giảm tỷ lệ tự chi trả cho chi phí y tế, giảm bất bình đẳng trong tiếp cận DVYT thông qua cơ chế BHYT chi trả một phần hoặc toàn bộ chi phí KCB

cho người tham gia, giúp giảm gánh nặng tài chính cho người dân. Nhờ vậy, tỷ lệ tự chi trả cho chi phí y tế của người dân đã giảm xuống, góp phần bảo đảm an sinh xã hội, giảm bất bình đẳng.

Thúc đẩy phát triển hệ thống y tế, đặc biệt là ở khu vực nông thôn và vùng sâu vùng xa. Do đó, người dân có điều kiện tiếp cận DVYT chất lượng cao hơn, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống.

Tuy nhiên, BHYT cũng còn một số hạn chế như: Nhu cầu KCB tăng cao gây áp lực lên hệ thống y tế, dẫn đến tình trạng quá tải, chờ đợi lâu. Chất lượng DVYT chưa đồng đều. Tình trạng gian lận trong lĩnh vực y tế phát triển, gây ảnh hưởng đến hiệu quả sử dụng quỹ BHYT.

Thực tế này cho thấy cần có giải pháp để khắc phục những hạn chế nhằm phát huy hơn nữa hiệu quả chính sách BHYT toàn dân theo định hướng (1) Nâng cao đầu tư cho cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế, đào tạo nhân lực y tế; Thực hiện đồng bộ, mạnh mẽ các biện pháp chống gian lận trong lĩnh vực y tế; (3) Nâng cao ý thức người dân về sử dụng BHYT hợp lý, như sử dụng BHYT đúng mục đích, đúng quy định, góp phần giảm chi phí cho quỹ BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Anh, N. (2024). *Một số vướng mắc, bất cập cần được điều chỉnh trong Luật Bảo hiểm y tế, thời báo Nhân dân*, <https://nhandan.vn/mot-so-vuong-mac-bat-cap-can-duoc-dieu-chinh-trong-luat-bao-hiem-y-te-post796845.html>.

Anh, V.T., Hằng, L.T.T & Nguyệt, N.T.M. (2019). Hiệu quả của chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đối với việc nâng cao chất lượng dịch vụ KCB ở tuyến cơ sở. *Tạp chí Dược học*, 43(6), 789-794.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam. (2023, 2024). *Báo cáo kết quả thực hiện bảo hiểm y tế*.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam. (2024). *Chính sách Bảo hiểm y tế đã thực sự đi vào cuộc sống của mỗi người dân*, <https://baohiemxahoi.gov.vn/chidaodieuhanh/pages/thong-tin-bao-chi.aspx?ItemID=23257&CateID=125>.

Bộ y tế. (2023). *Báo cáo đánh giá tác động chính sách của Dự án sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế*.

- Bộ Y tế. (2024). *Bao phủ bảo hiểm y tế tăng nhanh và bền vững*, https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/bao-phu-bao-hiem-y-te-tang-nhanh-va-ben-vung.
- Chính phủ. (2018). *Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của luật bảo hiểm y tế*.
- Chính phủ (2023). *Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 146/2018/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của luật bảo hiểm y tế*.
- Cử, L.X & Hùng, P.H. (2019). Một số giải pháp hướng tới mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân, *Tạp chí Cộng sản online*, <https://www.tapchicongsan.org.vn/web/guest/chuong-trinh-muc-tieu-y-te-dan-so/-/2018/515708/mot-so-giai-phap-huong-toi-muc-tieu-bao-hiem-y-te-toan-dan.aspx>
- Diêm, Đ.T.N., Hà, P.T.T & Lan, N.T.P. (2020). Đánh giá tác động của chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đến chi phí KCB của người cao tuổi tại Việt Nam. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Y Dược*, 20(2), 234-240.
- Hà, N.T., Hà, P.T.T & Thủy, N.T.T. (2021). Phân tích tác động của chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đến nhu cầu KCB của người dân tại Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y tế Công cộng*, 25(3), 213-220.
- Ngân hàng Thế giới. (2021). *Bảo hiểm y tế ở Việt Nam: Thách thức và cơ hội*, <https://www.worldbank.org/vi/country/vietnam/publication/moving-toward-universal-coverage-of-social-health-insurance-in-vietnam>
- Quốc Hội. (2008). *Luật Bảo hiểm Y tế số 25/2008/QH12 ban hành ngày 14 tháng 11 năm 2008*. Hà Nội.
- Somanathan A., Ajay T, Hương, Đ.L., Kari L. H & Hernan L. F-P. (2014). *Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam: Đánh giá và Giải pháp. Định hướng trong phát triển*. Washington, DC: World Bank. Doi: 10.1596/978-1-4648-0261-4.
- Sơn, T. (2020). *Vai trò của bảo hiểm y tế trong chăm sóc sức khỏe nhân dân, thời báo Quân đội Nhân dân*, <https://www.qdnd.vn/y-te/tin-tuc/vai-tro-cua-bao-hiem-y-te-trong-cham-soc-suc-khoe-nhan-dan-624543>.
- Tiến, M.V. (2023). *Bảo hiểm y tế toàn dân góp phần giữ vững an sinh*.
- Tổ chức Y tế Thế giới (2021). *Báo cáo tình hình y tế thế giới 2020 - Bảo hiểm y tế: Đã đến lúc hành động, WHO Results Report 2020-2021*.
- Tổng cục Thống kê. (2020). *Tổng điều tra chi tiêu hộ gia đình năm 2020*.

THỰC TRẠNG ĐỜI SỐNG NGƯỜI CAO TUỔI Ở VIỆT NAM HIỆN NAY VÀ KHUYẾN NGHỊ CHÍNH SÁCH

TS. Phạm Hồng Trang

Trường Đại học Lao động - Xã hội

hongtrangctxh@gmail.com

Tóm tắt: Các dự báo dân số của Tổng cục Thống kê (2016) cho giai đoạn 2014-2049 cho thấy dân số Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn “bắt đầu già hóa” từ trước năm 2014 và chỉ cần 20-21 năm để đưa tỷ lệ người cao tuổi (NCT) lên 14% và giai đoạn 2021-2037 được coi là thời gian quá độ để chuyển từ “già hóa dân số” sang “dân số già”. Nhiều NCT đang phải đối mặt với các khó khăn trong hoạt động sinh hoạt hàng ngày do lão hóa và có nhu cầu về sinh kế. Bài viết này khái quát về quy mô, cơ cấu NCT ở Việt nam hiện nay, phân tích thực trạng đời sống NCT trên 3 lĩnh vực gồm: Nơi ở và người chăm sóc, việc làm và thu nhập, tình trạng chăm sóc sức khỏe để phát hiện những nhu cầu, làm căn cứ trong khuyến nghị chính sách với NCT. Theo kết quả nghiên cứu, đa phần NCT Việt Nam đang sống cùng gia đình, một tỷ lệ nhỏ sống cô đơn tại nhà mình hoặc trong các trung tâm tập trung; nguồn sống của NCT Việt Nam khá đa dạng, nhiều người lao động cao tuổi vẫn đang làm việc và vẫn mong muốn được đi làm; hệ thống chăm sóc sức khỏe còn một số hạn chế... Đây là căn cứ cho các khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao đời sống NCT ở Việt Nam trong bối cảnh hiện nay.

Từ khóa: Đời sống, người cao tuổi, chính sách

THE PRESENT STATE OF ELDERLY LIFE IN VIETNAM AND POLICY RECOMMENDATIONS

Abstract: The population projections provided by the General Statistics Office (2016) for the years 2014 to 2049 indicate that Vietnam's population officially commenced the “starting to age” phase prior to 2014. It is anticipated that within 20 to 21 years, the proportion of elderly individuals (NCT) will reach 14%. The period from 2021 to 2037 is identified as a transitional phase, marking the shift from “population aging” to “aging population.” Numerous elderly individuals are encountering challenges in their daily activities due to the effects of aging and their livelihood requirements. This article presents a comprehensive examination of the demographics and organization of the elderly population in Vietnam today. It evaluates the current circumstances of older individuals across three key domains: housing and caregiving, employment and income, and healthcare status, in order to identify their needs and inform policy recommendations. The findings indicate that the majority of elderly Vietnamese reside with their families, while a minority live independently or in care facilities. The resources available to the elderly in Vietnam are notably varied, with many still engaged in the workforce and expressing a desire to continue working; The healthcare system exhibits certain deficiencies, etc. These insights serve as a foundation for policy suggestions aimed at enhancing the quality of life for the elderly in Vietnam within the present context.

Keywords: Life, the elderly, policy.

Mã bài báo: JHS - 203

Ngày nhận bài sửa: 12/06/2024

Ngày nhận bài: 10/05/2024

Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Ngày nhận phản biện: 22/05/2024

1. Dẫn nhập

Theo Tổng cục Thống kê, số lượng NCT của Việt Nam năm 2019 là 11,41 triệu (chiếm 11,86% tổng dân số) thì số lượng NCT năm 2021 là 12,58 triệu (chiếm 12,80% tổng dân số). Như vậy, trong giai đoạn 2019-2021, tổng dân số tăng thêm 2,07 triệu người thì dân số cao tuổi tăng thêm 1,17 triệu người (chiếm 56,52%). Theo dân tộc, cả nước có 11,29 triệu NCT dân tộc Kinh (chiếm 89,75%) và 1,29 triệu NCT dân tộc khác (chiếm 10,25%). Trong số 12,58 triệu NCT, có 4,62 triệu NCT sống ở khu vực thành thị (chiếm 36,72%) và 7,96 triệu NCT sống ở khu vực nông thôn (chiếm 63,28%). Càng cao tuổi, NCT càng có xu hướng sống ở nông thôn nhiều hơn. Xét theo giới tính, trong tổng số 12,58 triệu NCT Việt Nam thì có 5,30 triệu nam giới (chiếm 42,18%) và 7,28 triệu phụ nữ (chiếm 57,82%). Ở tất cả các nhóm tuổi (60-64, 65-69..., từ 80 trở lên), ở độ tuổi càng cao, mức độ nữ hóa càng rõ. Một trong nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này có thể là do sự khác biệt về tỷ suất chết giữa nam giới và phụ nữ cao tuổi càng lớn khi tuổi càng cao. (Tổng cục Thống kê, 2021)

Cùng với những biến đổi về kinh tế - xã hội, NCT ở Việt Nam hiện nay có những đặc điểm khác với NCT những thời kỳ trước. Đời sống kinh tế cải thiện đã giúp cho hầu hết NCT được chăm sóc tốt hơn về dinh dưỡng, sự tiến bộ của y học hiện đại và đất nước không còn chiến tranh giúp cho tuổi thọ trung bình nâng lên. Đặc biệt, với sự phát triển vượt bậc của khoa học công nghệ đã làm thay đổi đáng kể phương tiện giải trí, đời sống tinh thần và cách thức chăm sóc NCT. Quá trình hội nhập quốc tế trên nhiều lĩnh vực vừa là thời cơ, vừa là thách thức với vấn đề việc làm, sinh kế của NCT và gia đình họ. Tuy nhiên, đời sống NCT Việt Nam còn nhiều khó khăn. Một NCT mắc nhiều loại bệnh mạn tính, chi phí y tế và gánh nặng chăm sóc gấp 7-10 lần người trẻ. Trong khi đó, thu nhập trung bình của NCT chỉ khoảng 538.000 đồng/tháng, chủ yếu từ bảo trợ xã hội, lương hưu; chỉ có 62,79% NCT có bảo hiểm y tế (Anh, 2023). Trước thực tế này, nghiên cứu về đời sống NCT trên các lĩnh vực cơ bản như nơi ở, người chăm sóc, việc làm, thu nhập, chăm sóc sức khỏe... để rút ra những khuyến nghị chính sách nhằm nâng cao đời sống cho NCT là có ý nghĩa thực tiễn trong giai đoạn hiện nay.

2. Cơ sở lý luận và tổng quan nghiên cứu

2.1. Cơ sở lý luận

Theo tổ chức Y tế Thế giới, tùy thuộc tuổi thọ khác nhau mà các quốc gia đưa ra những mốc tuổi khác nhau để quy định về NCT. Tại các quốc gia chậm phát triển, độ tuổi này được xác định từ đủ 50. Trong khi đó, tại các quốc gia phát triển, độ tuổi này được xác định từ đủ 65 (Sanjeeve Sabharwal, 2015). Đối với các quốc gia đang phát triển, độ tuổi này thường được xác định từ đủ 60. Theo Luật NCT Việt Nam (2009), NCT là người từ đủ 60 tuổi trở lên.

Về phân loại NCT, có một số tiêu chí như phân loại theo độ tuổi, giới tính, dân tộc và khu vực cư trú. Xét về độ tuổi, NCT được phân loại theo ba nhóm gồm: Nhóm sơ lão (60-69 tuổi), nhóm trung lão (70-79 tuổi) và nhóm đại lão (từ 80 tuổi trở lên) (Tổng cục Thống kê, 2021).

Đời sống là tình trạng tồn tại của con người, là toàn bộ những điều kiện sinh hoạt của con người trong xã hội. Trong bài viết này, đời sống NCT được hiểu là tình trạng tồn tại của NCT về mặt sức khỏe, sự chăm sóc, điều kiện kinh tế và các điều kiện sinh hoạt thiết yếu khác. Chính sách của Nhà nước về NCT là các văn bản pháp quy có tính bắt buộc thực hiện, nhằm bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp cũng như quy định trách nhiệm của NCT.

Đời sống NCT, đảm bảo an sinh cho NCT là vấn đề được Đảng, Nhà nước quan tâm từ những ngày đầu lập nước. Điều này được thể hiện thông qua các văn bản quy phạm pháp luật như:

Hiến pháp nước CHXHCN Việt Nam qua các thời kỳ đều có đề cập tới việc trợ giúp NCT: Hiến pháp năm 1946 Điều 14 quy định: “Những công dân già cả hoặc tàn tật không làm được việc thì được giúp đỡ”; Hiến pháp 1959 Điều 32 quy định: “Giúp đỡ người già, người đau yếu và tàn tật. Mở rộng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm sức khỏe và cứu trợ xã hội...”; Hiến pháp 1992 Điều 64 quy định: “Con cái có trách nhiệm kính trọng và chăm sóc ông bà, cha mẹ...”; Điều 87 quy định: “Người già được Nhà nước và xã hội giúp đỡ”; Hiến pháp 2013 Điều 37: “NCT được Nhà nước, gia đình và xã hội tôn trọng, chăm sóc và phát huy vai trò trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc”.

Các văn bản pháp luật cũng thể hiện sự quan tâm, ưu tiên của Nhà nước với NCT. Luật Hôn nhân và gia đình (2014), quy định những nội dung cụ thể trong

lĩnh vực hôn nhân và gia đình, trong đó có những quy định có liên quan đến NCT. Khoản 2 Điều 71 quy định: “Con có nghĩa vụ và quyền chăm sóc, nuôi dưỡng cha mẹ, đặc biệt khi cha mẹ mất năng lực hành vi dân sự, ốm đau, già yếu, khuyết tật; trường hợp gia đình có nhiều con thì các con phải cùng nhau chăm sóc, nuôi dưỡng cha mẹ”.

Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân (1989) quy định những nội dung cụ thể về quyền của công dân và nghĩa vụ của các cơ quan, tổ chức trong việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân trong đó NCT là một đối tượng được đặc biệt quan tâm. Khoản 1 Điều 41 của Luật này quy định: “NCT được ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh, được tạo điều kiện thuận lợi để đóng góp cho xã hội phù hợp với sức khỏe của mình”.

Bộ luật Lao động (2012), sửa đổi (2019) quy định tiêu chuẩn lao động; quyền, nghĩa vụ, trách nhiệm của người lao động, người sử dụng lao động, tổ chức đại diện tập thể lao động, tổ chức đại diện người sử dụng lao động trong quan hệ lao động và các quan hệ khác liên quan trực tiếp đến quan hệ lao động; quản lý nhà nước về lao động. Trong Bộ luật này cũng có các nội dung liên quan đến NCT: Khoản 2, Điều 166: “Người lao động cao tuổi được rút ngắn thời giờ làm việc hằng ngày hoặc được áp dụng chế độ làm việc không trọn thời gian”. Khoản 3, Điều 167: “Không được sử dụng người lao động cao tuổi làm những công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm có ảnh hưởng xấu tới sức khỏe, trừ trường hợp đặc biệt theo quy định của Chính phủ”. Khoản 4, Điều 167: “Người sử dụng lao động có trách nhiệm quan tâm chăm sóc sức khỏe của người lao động cao tuổi tại nơi làm việc”.

Bộ luật Hình sự (1999) có các điều quy định các nội dung liên quan đến NCT: Điều 151, chương XV của Bộ luật Hình sự quy định: “Tội ngược đãi hoặc hành hạ ông bà, cha mẹ, vợ chồng, con, cháu hoặc người có công nuôi dưỡng mình” và Điều 152 quy định “Tội từ chối hoặc trốn tránh nghĩa vụ cấp dưỡng”. Bên cạnh đó, luật cũng quy định tình tiết tăng nặng khi phạm tội với “người già yếu” hoặc tình tiết giảm nhẹ khi người phạm tội là “người già”. Điều 130 Bộ luật Hình sự (2015), sửa đổi bổ sung năm 2017 quy định: “Người nào đối xử tàn ác, thường xuyên ức hiếp, ngược đãi hoặc làm nhục người lệ thuộc mình làm người đó tự sát, thì bị phạt tù từ 02 năm đến 07 năm” (Khoản 1, Điều 130).

Luật NCT gồm 6 chương, 3 điều được Quốc hội thông qua năm 2009. Luật này quy định về quyền và nghĩa vụ của NCT; trách nhiệm của gia đình, Nhà nước và xã hội trong việc phụng dưỡng, chăm sóc và phát huy vai trò NCT; Hội NCT Việt Nam. Luật NCT thể hiện rất rõ nét tính ưu việt cũng như truyền thống “uống nước nhớ nguồn” của xã hội ta: NCT được Nhà nước, các tổ chức, đoàn thể chúc thọ, mừng thọ theo quy định; được chăm sóc sức khỏe thông qua việc định kỳ khám, chữa bệnh tại các cơ sở y tế, đặc biệt ưu tiên cho người đủ 80 tuổi trở lên; Người đủ 80 tuổi trở lên không có lương hưu và bảo hiểm xã hội sẽ được trợ cấp hàng tháng, được hưởng bảo hiểm y tế, được hỗ trợ chi phí mai táng khi chết. Các cơ quan nhà nước có trách nhiệm tạo điều kiện tốt nhất để NCT phát huy vai trò phù hợp với khả năng của mình thông qua việc bày tỏ ý kiến, nguyện vọng, kiến nghị, việc trực tiếp cống hiến trong khoa học, sản xuất, kinh doanh...

Các văn bản dưới luật quy định về trợ giúp NCT trong các lĩnh vực khác như: Chính sách bảo trợ xã hội (Nghị định 102/NĐ năm 2021); Thông tư 35/2011/TT-BYT Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe NCT;; Quyết định số 554/QĐ-TTg năm 2015 lấy Tháng 10 hàng năm là “Tháng hành động vì NCT Việt Nam”; Chương trình hành động quốc gia về NCT Việt Nam giai đoạn 2012-2020, giai đoạn 2021-2030; Thông tư 71/2011/TT-BGTVT quy định về hỗ trợ NCT khi tham gia giao thông v.v... Hệ thống chính sách về NCT nêu trên là nền tảng cốt lõi để Nhà nước, chính quyền địa phương và gia đình NCT thực hiện việc chăm lo cho đời sống NCT ở mức tốt nhất có thể.

2.2. Tổng quan nghiên cứu

Nghiên cứu liên quan đến thực trạng đời sống NCT ở các khía cạnh khác nhau đã được khá nhiều tác giả quan tâm.

Về khía cạnh nơi ở và người chăm sóc, trong xã hội truyền thống, NCT trên thế giới nói chung thường nhận được sự quan tâm, chăm sóc của con, cháu, bởi đây là chuẩn mực đạo đức, chuẩn mực xã hội. Thông thường, con gái hoặc con dâu dành nhiều thời gian quan tâm, thăm hỏi, động viên, săn sóc và con/cháu trai chịu trách nhiệm nuôi dưỡng ông/bà, cha/mẹ (Denis Mannaerts, 2016). Kết quả nghiên cứu về “Các mối quan hệ trong gia đình ở Việt Nam: một số vấn đề cần quan tâm” của Minh, N.H (2012), nghiên cứu “Chăm sóc NCT ở Việt Nam” của Ngọc và cộng sự

(2016) cho thấy trong cuộc sống của xã hội hiện nay, quy mô hộ gia đình có xu hướng thu hẹp và nhiều NCT dần cảm thấy cô đơn ngay trong ngôi nhà của mình, bởi cảm giác trống vắng khi không thấy con/cháu vây quanh. Nghiên cứu của Khâm (2014) cho thấy sự quan tâm, chăm sóc đời sống tinh thần cho con, cháu luôn có ý nghĩa to lớn với NCT. Sự quan tâm, chăm sóc tận tụy, chu đáo về mặt tinh thần của con, cháu sống cùng dành cho NCT có ý nghĩa quan trọng hơn so với sự chu cấp về vật chất. Đa số NCT cảm thấy thoải mái với cuộc sống chung và hài lòng với sự chăm sóc, phụng dưỡng đó - theo nghiên cứu của Huệ (2017).

Kết quả nghiên cứu “Hướng tới cuộc sống khỏe mạnh và năng động cho NCT ở Việt Nam” của Ngân hàng Thế giới (2016), nghiên cứu “Cơ sở khoa học của việc xây dựng sản phẩm an sinh xã hội ở Việt Nam trong thời gian tới” của Diệp và cộng sự (2015) nhấn mạnh tỷ lệ phụ thuộc kinh tế của NCT Việt Nam lên tới 40% tổng dân số nhóm NCT. Đến tuổi 80 trở lên thì trung bình 2/3 NCT sống phụ thuộc hoàn toàn vào kinh tế của con, cháu. Điều này tạo ra nhiều áp lực kinh tế lên vai các thế hệ trẻ và thúc đẩy nhiều NCT tiếp tục có nhu cầu làm việc. Nghiên cứu của Thắng và Hỷ (2009), Khâm (2014), Ngân hàng Thế giới (2016), Bộ Y tế (2017) cũng lập luận cho thấy những năm tháng sống trong ốm, đau, bệnh tật triển miên đã đẩy nhiều NCT vào cảnh nghèo, do đó nhu cầu việc làm của NCT là hiện hữu ở nhiều gia đình.

Hữu và cộng sự (2023) với bài viết “*Thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở NCT tại thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2017*”, Thắng và cộng sự (2018) “*Chất lượng cuộc sống ở NCT tại hai huyện Tiền Hải, Thái Bình và Thanh Bình, Đồng Tháp*” đã mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của NCT tại địa bàn nghiên cứu. Kết quả cho thấy, chất lượng cuộc sống của NCT chỉ đạt mức trung bình, do đó khuyến cáo cần tăng cường công tác chăm sóc sức khỏe cho NCT đặc biệt NCT có hoàn cảnh khó khăn, tuổi cao mà chưa được trợ cấp, vận động NCT nên khám sức khỏe định kỳ 2 lần/năm. Như vậy, các nghiên cứu mới tập trung tìm hiểu thực trạng sức khỏe, đời sống vật chất của NCT ở địa bàn cụ thể, chưa đề cập đến toàn diện các vấn đề như người chăm sóc NCT, mong muốn và khả năng sử dụng các dịch vụ chăm sóc, vấn đề việc làm...

Một số công trình có liên quan đến kiến nghị chính sách nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT. Lương (2011) với luận án tiến sĩ “*Nghiên cứu chất lượng cuộc sống NCT và thử nghiệm giải pháp can thiệp ở huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương*” đã đánh giá thực trạng chất lượng cuộc sống NCT và các yếu tố ảnh hưởng tại địa bàn nghiên cứu. Nghiên cứu này đã xây dựng được bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống của NCT ở Việt Nam, đánh giá các nội dung sức khỏe, tâm lý, tài chính, xã hội, tín ngưỡng và môi trường. Đề tài kiến nghị biện pháp can thiệp không chỉ tập trung vào sức khỏe mà còn triển khai toàn diện trên nhiều khía cạnh như cách sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng, quan hệ với gia đình, xã hội v.v... Luận án tiến sĩ của Hoàng (2013) đã khẳng định bản chất chăm sóc NCT là đáp ứng 8 nhu cầu cơ bản của NCT (sức khỏe, ăn mặc, ở, đi lại, học tập, vui chơi giải trí, thông tin, giao tiếp; Bốn nguồn lực chăm sóc NCT gồm: (1) Người cao tuổi/gia đình/người thân, (2) Khu vực Nhà nước và dịch vụ công, (3) Tổ chức tự nguyện và các tổ chức phi chính phủ, (4) Khu vực tư nhân không độc lập mà tác động hỗ trợ lẫn nhau. Trong đó, chăm sóc không chính thức của NCT/gia đình/người thân đóng vai trò trung tâm, chăm sóc chính thức của Nhà nước và cộng đồng đóng vai trò hỗ trợ. Cùng với quá trình phát triển, sự thu hẹp quy mô gia đình truyền thống làm suy yếu hình thức chăm sóc không chính thức đòi hỏi tăng cường vai trò chăm sóc chính thức của Nhà nước và cộng đồng. Tác giả đã đề xuất hệ thống 10 tiêu chí đánh giá thực trạng chất lượng chăm sóc NCT phân theo 3 nhóm: Chăm sóc sức khỏe, chăm sóc đời sống vật chất, chăm sóc đời sống tinh thần và phát huy vai trò NCT. Những nghiên cứu này mặc dù đã có đóng góp nhất định trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống của NCT, song chưa đưa ra mô hình cụ thể nào có khả năng khắc phục những trở ngại về nguồn lực chăm sóc NCT hiện nay ở Việt Nam.

Bài viết này khái quát về quy mô, cơ cấu NCT ở Việt Nam hiện nay, phân tích thực trạng đời sống NCT trên 3 lĩnh vực cơ bản nhất gồm: Nơi ở và người chăm sóc, việc làm và thu nhập, tình trạng chăm sóc sức khỏe để phát hiện những nhu cầu, làm căn cứ trong khuyến nghị chính sách với NCT.

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này chủ yếu sử dụng phương pháp phân tích tài liệu, sử dụng các tài liệu sơ cấp như:

Hiến pháp nước CHXHCN Việt Nam năm 1946, năm 1959, năm 1992, năm 2013; Luật Hôn nhân và gia đình 2014, Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân 1989, Bộ luật Lao động 2012 sửa đổi 2019, Bộ luật Hình sự 1999, 2015, sửa đổi bổ sung năm 2017, Luật Người cao tuổi 2009; Nghị định 102/NĐ năm 2021, Thông tư 35/2011/TT-BYT, Quyết định số 554/QĐ-TTg năm 2015, Thông tư 71/2011/TT-BGTVT v.v...; sử dụng các tài liệu thứ cấp là thống kê, báo cáo chính thống của các cơ quan, tổ chức như Tổng cục Thống kê, UNFPA, ILO, Bộ Y tế để rút ra những đặc điểm của NCT về số lượng, cơ cấu, đặc điểm nhà ở, thu nhập, việc làm... Một số nghiên cứu chính thống đã được công bố của các tác giả khác ở trong nước và nước ngoài được sử dụng để củng cố cho nhận định, kết luận của người nghiên cứu về thực trạng đời sống NCT ở Việt Nam hiện nay. Từ những phát hiện trong phần khảo sát thực trạng mang tính gợi suy, tác giả tham khảo thêm kinh nghiệm quốc tế từ Hàn Quốc và từ những kết quả nghiên cứu của chính tác giả về dịch vụ xã hội trợ giúp NCT để đề xuất những khuyến nghị nhằm nâng cao đời sống NCT ở Việt Nam. Kinh nghiệm quốc tế từ Hàn Quốc được tác giả thu nhận qua tài liệu thuộc chương trình hợp tác tăng cường năng lực cho cán bộ Chính phủ Việt Nam về chính sách việc làm cho người khuyết tật giữa Bộ Việc làm và Lao động Hàn Quốc và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội Việt Nam năm 2023. Nghiên cứu của tác giả về nhu cầu, loại hình sử dụng dịch vụ xã hội của NCT được thực hiện năm 2023 với phương pháp thu thập thông tin là phỏng vấn sâu 20 NCT (10 NCT tại quận Hoàn Kiếm, Hà Nội và 10 NCT tại huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình). Một số kết quả từ nghiên cứu này về nhu cầu, rào cản sử dụng dịch vụ xã hội của NCT được sử dụng để đề xuất những khuyến nghị chính sách.

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Thực trạng nơi ở và người chăm sóc Người cao tuổi

Theo báo cáo của Tổng cục Thống kê, phần lớn NCT đang có vợ/chồng (67,81%) hoặc góa vợ/chồng (27,73%), trong khi các tình trạng hôn nhân khác (như độc thân, ly thân, ly dị) chiếm tỷ lệ không đáng kể. Nhóm đại lão (từ 80 tuổi trở lên) có tỷ lệ góa vợ/ chồng cao gấp bốn lần so với người ở nhóm tuổi sơ lão (60-69) và tỷ lệ góa chồng của phụ nữ cao tuổi cao gấp hơn bốn lần tỷ lệ góa vợ của nam giới cao

tuổi. Trong số những người đang góa vợ/chồng, phụ nữ cao tuổi chiếm tới hơn 85,21% ở tất cả các nhóm tuổi (Tổng cục Thống kê, 2021). Xét dưới góc độ chăm sóc NCT, đây là thực trạng đáng quan tâm vì việc phải sống một mình do góa vợ/chồng, trong đó phụ nữ chiếm tỷ lệ lớn khiến cho NCT nói chung và đặc biệt là phụ nữ nói riêng có thể gặp nhiều vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần.

Xét theo vai trò là chủ hộ và quan hệ với chủ hộ của NCT, kết quả cho thấy có 58,64% NCT đang là chủ hộ gia đình; 28,27% NCT là vợ hoặc chồng của chủ hộ; 10,63% NCT là bố hoặc mẹ của chủ hộ, trong khi các mối quan hệ khác (như là con đẻ của chủ hộ; không có quan hệ gia đình...) chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ.

Có 4,43 triệu NCT sống độc thân hoặc sống trong hộ gia đình mà chỉ có NCT sống với NCT khác hoặc chỉ có NCT sống với trẻ em dưới 15 tuổi. Trong số những trường hợp NCT sống độc thân này, khoảng 74% NCT sống gần con (trong đó 57,65% sống cùng thôn/xóm và 16,36% NCT sống cùng xã/phường) (Tổng cục Thống kê, 2021). Đây là một trong những yếu tố quan trọng để NCT có thể nhận được sự hỗ trợ từ các con hoặc người thân (như anh/chị/em ruột, cháu, chắt hoặc người thân khác) bởi vì khoảng cách từ nơi ở của NCT tới nơi những người này ở càng gần thì càng tốt. Cũng trong số này, có sự khác biệt rõ rệt giữa NCT sống ở thành thị và nông thôn: khoảng 78% NCT nông thôn sống gần con, trong khi tỷ lệ này của NCT thành thị khoảng 61%. Xu hướng sống gần con tăng dần theo độ tuổi: khoảng 87% NCT nhóm đại lão (từ 80 tuổi trở lên) sống gần con, trong khi tỷ lệ này của nhóm trung lão (70-79 tuổi) là gần 76% và nhóm sơ lão (60-69 tuổi) là khoảng 68%. Đặc biệt, khoảng 73% NCT nhóm đại lão có con sống rất gần nhà (cùng thôn/xóm).

Suy nghĩ, quan điểm, thái độ của cộng đồng về vấn đề “NCT nên sống cùng con cháu hay nên sống trong trung tâm dưỡng lão” có sự khác biệt đáng kể giữa những khu vực sinh sống. Những người sống ở thành phố và ở khu đô thị có cái nhìn tiến bộ và NCT thành thị dễ dàng thích nghi hơn với cuộc sống trong trung tâm dưỡng lão hơn những NCT sống ở nông thôn. Nghiên cứu của Viện Chiến lược và chính sách y tế (2012) cho thấy, ngoài định kiến xã hội, tập quán sinh hoạt thì yếu tố kinh tế cũng là rào cản lớn đối với thái độ, nhu cầu của NCT và gia đình khi họ muốn sống ở

trung tâm dưỡng lão (UNFPA, 2014). Để vào sống ở đây, họ phải đóng góp một khoản kinh phí không nhỏ và không phải ai cũng có thể có được. Do đó, mô hình sống trong trung tâm dưỡng lão chỉ thực sự đáp ứng nhu cầu của một đại bộ phận dân chúng có tiền.

4.2. Thực trạng việc làm và thu nhập

Nguồn sống của NCT Việt Nam khá đa dạng: Từ lao động của chính bản thân NCT (30%), lương hưu trợ cấp và của cải tích lũy từ khi còn trẻ và do con cháu chu cấp (39,3%). Tại khu vực thành thị, lương hưu hoặc trợ cấp là nguồn sống chính của 35,6% NCT, trong khi chỉ có 21,9% NCT ở nông thôn được hưởng lương hưu hoặc trợ cấp và có tới 35,2% NCT ở nông thôn phải tự lao động để kiếm sống (Quỳnh, 2020). Nhiều người lao động cao tuổi vẫn đang làm việc và vẫn mong muốn được đi làm. Hiện nay, cứ 10 lao động lớn tuổi tại các đô thị thì có 7 lao động làm việc trong khu vực phi chính thức. Với tuổi nghỉ hưu như hiện nay thì rất nhiều NCT vẫn còn sức khỏe và khả năng để làm những công việc phù hợp mang lại thu nhập cho bản thân, gia đình.

Đời sống của người cao tuổi còn khó khăn, gần một nửa chưa được bất kỳ trợ cấp nào từ chính sách an sinh xã hội, hệ thống mạng lưới chăm sóc NCT ở nước ta hiện còn thiếu về số lượng, hạn chế về chất lượng, chưa đủ khả năng đáp ứng được nhu cầu.

Năm 2015, chỉ có 26,0% NCT có lương hưu. Nghiên cứu của UNFPA và ILO cho thấy tỷ lệ NCT ở nước ta có lương hưu là khá thấp (chỉ chiếm khoảng 1/4 số NCT). Nếu tính thêm số người được hưởng các loại trợ cấp xã hội khác có thêm khoảng 1,586 triệu người, trong đó có 97.000 người ở độ tuổi 60-79; nhóm từ 80 tuổi trở lên là trên 1,48 triệu. Nếu tính cả những người được nhận lương hưu và các loại trợ cấp xã hội khác thì có 43,8% số NCT có lương hưu và trợ cấp xã hội (UNFPA, 2014). Tuy nhiên, mức thu nhập từ các loại trợ cấp xã hội cho NCT ở nước ta còn khá thấp.

Một điều đáng quan tâm nữa đối với thu nhập ở nhóm NCT ở nước ta đó là, có đến 57,0% NCT không được nhận bất kỳ hỗ trợ thu nhập nào từ các chương trình của Chính phủ. Trong nhóm NCT không nhận được sự hỗ trợ nào, nhóm tuổi 60-64 chiếm tỷ lệ 78,0%; nhóm tuổi 65-69 chiếm tỷ lệ 73,0%; nhóm tuổi 75-79 chiếm tỷ lệ 72,0%; nhóm tuổi 70-74 chiếm tỷ lệ 64,0% (UNFPA, 2014). Bên cạnh đó, còn có sự khác

biệt trong thu nhập giữa những NCT sống ở thành thị và nông thôn; giữa những người sống ở đồng bằng và miền núi; giữa nam và nữ; cũng như giữa dân tộc Kinh với các dân tộc thiểu số khác.

Cùng với việc chất lượng cuộc sống ngày càng nâng lên, những người đến độ tuổi nghỉ hưu vẫn mong muốn được tiếp tục đi làm. Mặt khác, hiện nay cũng có một bộ phận không nhỏ NCT không có lương hưu, họ vẫn phải đi làm để có tiền trang trải cuộc sống. Điều này đã dẫn đến một xu hướng khá phổ biến gần đây trên thị trường lao động là NCT ngày càng chiếm tỉ lệ cao hơn.

4.3. Thực trạng chăm sóc sức khỏe

Khảo sát về NCT và bảo hiểm y tế năm 2019 của Bộ Y tế và các tổ chức khác (Bộ Y tế, 2021) có 10% NCT tự đánh giá có sức khỏe “tốt” hoặc “rất tốt”; 52% tự đánh giá sức khỏe ở mức “kém” hoặc “rất kém”; và 38% tự đánh giá sức khỏe ở mức “bình thường”. Có 11,70% NCT (tương đương với khoảng 1,47 triệu NCT) có ít nhất một khuyết tật về chức năng (nhìn; nghe; đi bộ hoặc bước lên cầu thang; ghi nhớ hoặc tập trung chú ý; và giao tiếp bằng ngôn ngữ thông thường). Có 6,32% NCT (tương đương với gần 796 ngàn NCT) rất khó khăn hoặc không thể thực hiện được ít nhất một trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Bên cạnh các đặc trưng trên, nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng sức khỏe của NCT có quan hệ chặt chẽ với tình trạng hôn nhân và sắp xếp cuộc sống của họ nghiên cứu của Terrawichichainan và cộng sự 2015 cho Myanmar, Thái Lan và Việt Nam; Giang Thanh Long và cộng sự 2019, 2020 cho Việt Nam; Loichinger & Pothisiri 2018 cho Thái Lan; và Boro và cộng sự 2021 cho NCT Ấn Độ. Những NCT “đang có vợ/chồng” - cả nam giới và phụ nữ có tỷ lệ đánh giá sức khỏe “rất tốt/tốt” cao hơn những người “góa vợ/chồng” hoặc có tình trạng hôn nhân “khác” (độc thân, ly thân hoặc ly dị).

Trong số những NCT cần hỗ trợ trong các hoạt động hàng ngày, có khoảng 80% đã nhận được hỗ trợ. Người càng cao tuổi thì tỷ lệ nhận được hỗ trợ trong sinh hoạt hàng ngày càng cao (tương ứng cho các nhóm sơ lão, trung lão và đại lão là 71,03%; 76,97% và 83,61%). Nam giới và NCT dân tộc Kinh có tỷ lệ nhận được hỗ trợ cao hơn tương ứng phụ nữ và NCT dân tộc khác. Đáng chú ý, NCT ở nông thôn có tỷ lệ nhận

được hỗ trợ cao hơn NCT ở thành thị và điều này có thể được giải thích bằng một thực tế là ở nông thôn thì tỷ lệ gia đình có con cái sống gần với bố mẹ cao tuổi hoặc hai vợ chồng cao tuổi cao hơn ở thành thị.

Việc chăm sóc NCT phần lớn vẫn do người thân trong gia đình (vợ/ chồng, các con và các cháu) thực hiện, trong khi chăm sóc tại cộng đồng hoặc tại cơ sở chăm sóc còn hết sức hạn chế. NCT càng cao tuổi thì tỷ lệ được vợ/chồng chăm sóc càng thấp (tương ứng cho nhóm 60-69; 70-79; và 80+ là 60,75%; 36,69%; và 11,70%) và tỷ lệ nam giới cao tuổi được vợ chăm sóc cao hơn rất nhiều tỷ lệ phụ nữ cao tuổi được chồng chăm sóc (tương ứng là 52,34% và 10,67%). Trong số các con, con trai có tỷ lệ trợ giúp NCT cao hơn con gái, nhưng con rể có tỷ lệ trợ giúp NCT thấp hơn rất nhiều so với con dâu. Tỷ lệ NCT được chăm sóc bởi người làm thuê/người chăm sóc trong gia đình, cán bộ y tế hoặc nhân viên nhà dưỡng lão rất thấp. Kết quả này thể hiện một thực tế là việc thuê người chăm sóc tại nhà hoặc gửi NCT vào các trung tâm dưỡng lão chưa phải là việc phổ biến ở Việt Nam. Chăm sóc cho NCT vẫn do người trong gia đình, cụ thể là vợ/chồng hoặc con, cháu NCT, thực hiện là chính. Tuy nhiên, phần lớn những người chăm sóc này không được đào tạo bài bản về kỹ năng hoặc được hướng dẫn cụ thể về chăm sóc NCT (Giang, 2021). Hơn nữa, xu hướng quy mô gia đình Việt Nam đang chuyển dần từ gia đình truyền thống sang gia đình hạt nhân, tình trạng NCT sống không có vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao đã dẫn đến thiếu hụt nhân lực chăm sóc NCT.

Gánh nặng bệnh tật của người Việt Nam lớn, thời gian đau ốm trong cả cuộc đời khoảng 15,3 năm. Hiện nay, NCT đang phải đối diện với gánh nặng bệnh tật kép, trung bình 1 NCT Việt Nam mắc 3 bệnh với khoảng 95% NCT có bệnh, chủ yếu là bệnh mãn tính không lây truyền. Trong khi đó, hệ thống chăm sóc sức khỏe NCT chưa đáp ứng những nhu cầu ngày càng tăng của NCT (Bộ Y tế, 2018).

Thực tế cho thấy, hệ thống cơ sở chăm sóc sức khỏe NCT bước đầu được hình thành và phát triển từ Trung ương cho tới địa phương. Nhiều mô hình chăm sóc NCT dựa vào cộng đồng được nhân rộng. Tuy nhiên, hệ thống chăm sóc sức khỏe cho NCT hiện vẫn chưa bắt kịp với sự chuyển đổi nhân khẩu học mạnh mẽ này. Hiện cả nước chỉ có 49/63 bệnh viện tỉnh, thành phố có khoa Lão, 3 cơ sở đào tạo bộ môn Lão

khoa (Bộ Y tế, 2018). Khoa Lão vừa điều trị bệnh, vừa điều trị phục hồi chức năng cho NCT nên không chỉ cần thuốc men, trang thiết bị y tế mà cả chế độ dinh dưỡng, luyện tập cũng phải được lưu ý.

5. Trao đổi và khuyến nghị

Về vấn đề nơi ở và người chăm sóc, kết quả khảo sát với NCT về nơi mà họ muốn được chăm sóc khi có nhu cầu của Tổng cục Thống kê (2021) cho thấy phần lớn NCT vẫn muốn được chăm sóc tại nhà (86,83%) và NCT cần được chăm sóc có tỷ lệ mong muốn được chăm sóc tại nhà rất cao (89,69%). Tuổi càng cao thì tỷ lệ mong muốn được chăm sóc tại nhà càng lớn. Việc lựa chọn được chăm sóc ở các cơ sở chăm sóc (kể cả nội trú và bán trú) chiếm tỷ lệ rất nhỏ. Như vậy, chăm sóc tại gia đình vẫn là chăm sóc chủ yếu mà NCT mong đợi và điều này có nghĩa là cải thiện chất lượng chăm sóc tại gia đình sẽ là chìa khóa cải thiện chăm sóc NCT. Tuy nhiên, với xu hướng quy mô gia đình càng nhỏ do số con ít hơn, chăm sóc NCT từ gia đình sẽ phải được thay thế bằng các loại hình chăm sóc khác với nguồn lực từ Nhà nước và cộng đồng. Tác giả khuyến nghị cần linh hoạt, đa dạng trong loại hình chăm sóc NCT. Cụ thể, nên sắp xếp thứ tự ưu tiên các hình thức chăm sóc như sau:

NCT được sống trong ngôi nhà của mình, con cháu và những người có nghĩa vụ phụng dưỡng chăm sóc.

Trường hợp gia đình neo người hoặc bận đi làm sẽ sử dụng dịch vụ chăm sóc theo giờ được cung cấp bởi các tổ chức, cơ sở dịch vụ xã hội.

Với trường hợp NCT sống cô đơn không nơi nương tựa, chính quyền địa phương cần có giải pháp chăm sóc thay thế để đảm bảo an sinh tuổi già cho họ như tìm người nhận chăm sóc, phụng dưỡng tại cộng đồng, có hỗ trợ kinh phí từ ngân sách Nhà nước/địa phương.

Trường hợp NCT cô đơn, nghèo mà không có người thân, không có người nhận chăm sóc tại cộng đồng như chăm sóc tại nhà với người chăm sóc chuyên nghiệp, chăm sóc tại cộng đồng hoặc chăm sóc tại nhà dưỡng lão ở địa phương thì cán bộ chính sách cần làm hồ sơ để chuyển gửi vào sống trong các nhà xã hội, cơ sở chăm sóc tập trung. Cần nâng cao chất lượng các cơ sở bảo trợ xã hội, nhà xã hội do Nhà nước, địa phương quản lý. Tăng cường kiểm tra giám sát chất lượng dịch vụ tại các cơ sở dưỡng lão tư nhân.

Mặc dù nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc ngày càng tăng song khả năng chi trả cũng là vấn đề. Khảo sát về việc NCT và gia đình sẵn sàng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc cho thấy có 37,04% ý kiến trả lời sẽ chi trả. Nam giới, NCT dân tộc Kinh và NCT ở thành thị có tỷ lệ sẵn sàng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc cao hơn tương ứng phụ nữ, NCT dân tộc khác và NCT ở nông thôn (Tổng cục Thống kê, 2021). Như vậy, phát triển các dịch vụ xã hội chăm sóc NCT là nhu cầu đã và đang có xu hướng gia tăng trong xã hội hiện đại. Tuy nhiên, để khắc phục rào cản về văn hóa, khả năng chi trả thì cần tăng cường tuyên truyền về lợi ích của các dịch vụ chăm sóc chuyên nghiệp, đa dạng hóa các gói dịch vụ với nhiều mức kinh phí khác nhau để có thể mở rộng đối tượng khách hàng.

Về vấn đề việc làm và thu nhập, người lao động cao tuổi thường hạn chế về sức khỏe do tuổi cao. Sự lão hóa xuất hiện ở từng người với từng thời điểm khác nhau, có người tuổi chưa cao nhưng cơ thể đã già và ngược lại, nhiều người tuổi già nhưng cơ thể chưa “già”. Tuy nhiên, theo quy luật thông thường, tuổi càng nhiều thì hệ thống miễn dịch càng suy giảm, dẫn đến nhiều bệnh tật phát sinh, làm ảnh hưởng đến trí tuệ, khả năng lao động của NCT. Người lao động cao tuổi xuất hiện những biểu hiện của sự suy giảm các chức năng tâm sinh lý và chức năng làm việc, các phản xạ chậm hơn và có phần kém đi. Mặc dù vậy, nhiều NCT do tình trạng sức khỏe còn tốt hoặc/và do hoàn cảnh, họ vẫn mong muốn được tham gia thị trường lao động để tiếp tục cống hiến, để có thêm thu nhập (Trang, 2021). Một bộ phận người lao động cao tuổi có trình độ chuyên môn cao thích ứng với các loại công việc đòi hỏi kinh nghiệm, trình độ khoa học kỹ thuật hay trình độ quản lý, không phù hợp với các công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm. Do vậy, cần có sự khai thác hợp lý giá trị sức lao động của đối tượng này. Bên cạnh đó, phần lớn NCT có trình độ chuyên môn hạn chế hoặc trí tuệ sa sút, sức khỏe giảm thì những công việc lao động giản đơn lại phù hợp với họ. Tuy nhiên, những việc này thường có thu nhập thấp và không ổn định.

Thời gian quá độ từ già hóa dân số sang dân số già nhanh sẽ khiến cho Việt Nam phải đối mặt với tình trạng thiếu lao động. Hơn nữa, để thỏa mãn nhu cầu được làm việc của NCT thì Chính phủ cần có chính sách thúc đẩy, tạo điều kiện cho NCT lao động với công việc phù hợp khả năng, sức khỏe. Ngoài nhóm

NCT có trình độ chuyên môn cao, cần chú trọng các ngành, lĩnh vực mà đào tạo thông qua thực hành là chủ yếu nhằm tiết kiệm được một nguồn lực lớn cho đào tạo. Vì NCT khó cạnh tranh với lực lượng lao động trẻ, Nhà nước cần ban hành cơ chế, quy định mang tính pháp lý về những ưu tiên, ưu đãi khi doanh nghiệp thuê lao động là NCT (đảm bảo quy định của Luật Lao động về điều kiện làm việc). Tuyên truyền, phổ biến cho người lao động cao tuổi hiểu về quyền lợi của mình khi tham gia lao động cũng là một biện pháp bảo đảm an sinh cho họ. Do NCT chủ yếu sống tại cộng đồng nên xem xét xây dựng hội nhóm, liên minh NCT ở từng vùng, miền để hỗ trợ nhau trong tìm việc làm, cùng nhau phát triển sản xuất, kinh doanh.

Vì đặc điểm chung của NCT là suy giảm sức khỏe, đã hết tuổi lao động nên rất cần đến chính sách bảo trợ xã hội, bảo hiểm hưu trí, bảo hiểm y tế. Đây là “khiên chắn” cần thiết để bảo vệ NCT trước những rủi ro cuộc sống, đặc biệt là NCT cô đơn, nghèo. Do vậy, Nhà nước cần thực hiện nhiều biện pháp tổng hợp để mở rộng độ bao phủ 100% của các chính sách này, nâng mức trợ cấp để thực sự có ý nghĩa đảm bảo nhu cầu tối thiểu của NCT.

Về vấn đề chăm sóc sức khỏe, kết quả khảo sát thực trạng cho thấy luôn cần thiết chăm sóc toàn diện sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Với tỷ lệ NCT ngày càng tăng trong cơ cấu dân số, Nhà nước cần chú trọng phát triển các chuyên khoa lão, bệnh viện, trung tâm phục hồi chức năng để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT. Có chính sách phát triển, bồi dưỡng nhân lực y tế chuyên chăm sóc NCT. Hiện nay, ở Nhật Bản, Hàn Quốc và nhiều quốc gia khác đã sử dụng robot, thiết bị điện tử trong phục vụ sinh hoạt hàng ngày cho những NCT bị khuyết tật, suy giảm chức năng (Bộ Việc làm, 2023). Mặc dù chi phí cho dịch vụ này khá cao song trong tương lai đây vẫn là một xu thế chung cần phát triển do những tiện ích của nó mang lại. Công nghệ thông tin cần được sử dụng triệt để dưới nhiều hình thức đa dạng nhằm nâng cao hiệu quả công tác theo dõi, thống kê, báo cáo và đặc biệt là kết nối, huy động nguồn lực trợ giúp NCT trong những tình huống khẩn cấp.

Về sức khỏe tinh thần, khảo sát cho thấy hiện nay đã có nhiều hình thức giải trí cho NCT như: Sinh hoạt câu lạc bộ, tham gia các tổ chức chính trị - xã hội, hội nhóm ở địa phương, giải trí qua các phương tiện truyền

thông như tivi, đài, các ứng dụng internet v.v... Tuy nhiên, một số NCT cô đơn, nghèo đang sống tại cộng đồng lại ít có điều kiện tham gia các hoạt động chăm sóc tinh thần này. Vì vậy, cần phát huy vai trò của các tổ chức chính trị - xã hội, đoàn thể ở địa phương trong việc chăm sóc đời sống tinh thần cho NCT cô đơn, tiếp tục phát huy vai trò của câu lạc bộ liên thế hệ.

6. Kết luận

NCT là những người đã có nhiều cống hiến cho sự phát triển của mỗi gia đình nói riêng và toàn xã hội nói chung. Họ là lớp người có uy tín, có vai trò quan

trọng trong giáo dục lý tưởng, truyền thống văn hóa, đạo đức và tri thức cho thế hệ sau. Ngày nay, do nhiều nguyên nhân chủ quan và khách quan, đời sống của một bộ phận NCT ở Việt Nam còn chưa được đảm bảo. Vì vậy, Nhà nước, chính quyền địa phương và các tổ chức, đoàn thể tại cộng đồng cần thực hiện các giải pháp đồng bộ nhằm đảm bảo nơi ở và người chăm sóc phù hợp cho NCT, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho họ, đồng thời tạo việc làm cho những NCT còn khả năng lao động và có nhu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Anh, N.T (2023). *Tiêu điểm cải thiện chất lượng sống cho NCT*. Kỷ yếu Hội nghị Lão khoa Quốc gia 2023.
- Boro, B., Srivastava. S., & Saikia N. (2021). *Is there an association between change in old-age living arrangements and older adults' psychological health and subjective well-being in India? Evidence from a cross-sectional study*. Ageing International (2021). <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09470-6>
- Bộ Việc làm và Lao động Hàn Quốc. (2023). *Tài liệu tăng cường năng lực cho cán bộ Chính phủ Việt Nam về chính sách việc làm cho người khuyết tật*.
- Bộ Y tế. (2017). *Hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam*. Bộ Y tế, Hà Nội.
- Bộ Y tế. (2018). *Việt Nam còn nhiều thách thức trong công tác chăm sóc sức khỏe NCT*. Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế
- Bộ Y tế, Ngân hàng Phát triển Châu Á, Quỹ Nhật Bản dành cho giảm nghèo và Viện Nghiên cứu Y - Xã hội học. (2021). *Khảo sát về NCT và bảo hiểm y tế năm 2019: Các kết quả chủ yếu*.
- Denis Mannaerts. (2016). *La solitude, l'isolement et la personne âgée*. Cultures&Santé, Bruxelles.
- Diệp, D.M và cộng sự. (2015). *Cơ sở khoa học của việc xây dựng sản an sinh xã hội ở Việt Nam trong thời gian tới*. NXB Lao động - Xã hội, Hà Nội.
- Giang, T.L, Thu, Đ.T. (2019). *Chính sách an sinh xã hội đối với xu hướng già hóa dân số ở Việt Nam*. *Tạp chí Nghiên cứu lập pháp*.
- Giang, T.L., V.D. Duong & Y.J. Kim. (2019). *Factors associated with perceived health status of the Vietnamese older people*. Population Ageing 12, 95-108.
- Giang, T.L., N.T. Nguyen, T.T.Nguyen, H.Q.Le, & N.T.T, Tran. (2020). *Social support effect on health of older people in Vietnam: Evidence from a national survey on aging*. Ageing International 45 (4): 344-360
- Giang, T.L., & D.T. Bui. (2021). *Developing a diversified and resilient aged care service delivery system in Vietnam: Case studies of Quang Nam and Can Tho*. Hanoi: The World Bank.
- Hoàng, P.V. (2013). *Một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc NCT Việt Nam*. Luận án tiến sĩ Quản trị nhân lực, Đại học Kinh tế Quốc dân.
- Huệ, N.T. (2017). *Chăm sóc NCT ở Việt Nam: thực trạng và giải pháp*. NXB Lao động - Xã hội, Hà Nội.
- Hữu, L.M và cộng sự. (2023). *Nghiên cứu thực trạng chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở NCT tại thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2017*. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 27, 28-34.
- Loichinger, E. & W. Pothisiri. (2018). *Health prospects of older persons in Thailand: The role of education*. Asian Population Studies, 14:3, 310-329
- Lương, D.H. (2011). *Nghiên cứu chất lượng cuộc sống NCT và thử nghiệm giải pháp can thiệp ở huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
- Minh, N.H. (2010). *Các mối quan hệ trong gia đình ở Việt Nam: một số vấn đề cần quan tâm*. *Tạp chí Xã hội học* (4-120), tr. 91-100.
- Ngân hàng Thế giới. (2016). *Hướng tới cuộc sống khỏe mạnh và năng động cho NCT ở Việt Nam*. Ngân hàng Thế giới tại Việt Nam, Hà Nội.
- Ngọc, T.T.B, Galina A. Baryshevab, Lyubov S. Shpekht. (2016). *The Care of Elderly People in Vietnam*. Future Academy.uk, Unites Kingdom.

- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam. (2009). *Luật số: 39/2009/QH12 ngày 23 tháng 11 năm 2009, Luật Người cao tuổi*.
- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam. (1999). *Luật số: 37/2009/QH12 ngày 19 tháng 06 năm 2009, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Hình sự số: 15/1999/QH10*.
- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam. (2015). *Luật số: 100/2015/QH13 ngày 27 tháng 11 năm 2015, Bộ luật Hình sự*.
- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam. (2017). *Luật số: 12/2017/QH14 ngày 20 tháng 6 năm 2017, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Hình sự số 100/2015/QH13*.
- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam. (2014). *Luật số: 52/2014/QH13 ngày 19 tháng 06 năm 2014, Luật Hôn nhân và gia đình*.
- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam. (2019). *Bộ luật số: 45/2019/QH14 ngày 20 tháng 11 năm 2019, Bộ luật Lao động*.
- Quỳnh, T.N. (2020). Người cao tuổi ngày càng chiếm tỉ lệ cao hơn trên thị trường lao động, *Báo Lao động*.
- Khâm, L.V, (2014), Vấn đề về NCT ở Việt Nam hiện nay. *Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam* (7-80), tr. 77-86.
- Sanjeeve Sabharwal, Helen Wilson, Peter Reilly, and Chinmay M. Gupte ,(2015). *Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research*. National library of Medicine, USA
- Teerawichitchainan, B., W. Pothisiri, and T.L. Giang. (2015). How do living arrangements and intergenerational support matter for psychological health of elderly parents? Evidence from Myanmar, Vietnam, and Thailand. *Social Science & Medicine* 136-137: 106-116.
- Thắng, P và Hỷ, Đ.T.K. (2009). *Chính sách chăm sóc Người cao tuổi thích ứng với cơ cấu tuổi tại Việt Nam*. Bộ Y tế và Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình, Hà Nội.
- Thắng, N.T, và cộng sự. (2018). Chất lượng cuộc sống ở NCT tại hai huyện Tiên Hải, Thái Bình và Thanh Bình, Đồng Tháp. *Tạp chí y tế công cộng* số 47/2018.
- Tổng cục Thống kê. (2016). *Dự báo dân số Việt Nam, giai đoạn 2014-2049*.
- Tổng cục Thống kê. (2021). *Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình năm 2021*.
- Trang, P.H. (2021). Già hóa dân số và vấn đề Người cao tuổi tham gia lao động. *Tạp chí Nguồn nhân lực và An sinh xã hội*, số 01, 2021.
- UNFPA. (2011). *Già hóa dân số và Người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*.
- UNFPA và ILO. (2014). *Bảo đảm thu nhập cho Người cao tuổi ở Việt Nam: Lương hưu xã hội*, Hà Nội.
- Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. (2012). *Tìm hiểu nhận thức, thái độ và nhu cầu sống trong các trung tâm dưỡng lão của Người cao tuổi Việt Nam*. Đề tài 2012, Hà Nội.

XÂY DỰNG MÔ HÌNH NGHIÊN CỨU NHÂN TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ KINH DOANH CÁC DOANH NGHIỆP SẢN XUẤT MỰC IN

TS. Phạm Thị Thúy Vân

Trường Đại học Lao động - Xã hội

phamvan0279@gmail.com

Đinh Xuân Quang

Học viên cao học lớp CH22D1 Trường Đại học Lao động - Xã hội

quangasianink@gmail.com

Tóm tắt: Mục đích của nghiên cứu này là xác định mô hình nghiên cứu các nhân tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của các doanh nghiệp sản xuất mực in tại Việt Nam, đây là khung lý thuyết cho các nghiên cứu tiếp theo về vấn đề này. Thông qua các phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng, tác giả đã xác định mô hình các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của các doanh nghiệp sản xuất mực in gồm có 6 nhân tố, bao gồm năng lực chiến lược, năng lực nghiên cứu và phát triển, năng lực quản lý, đổi mới tổ chức sinh thái, đổi mới quy trình sinh thái, đổi mới sản phẩm sinh thái. Thang đo các biến nghiên cứu đã được phát triển phù hợp với bối cảnh ngành sản xuất mực in tại Việt Nam. Trong tương lai, cần có những nghiên cứu thực tiễn trên diện rộng để khẳng định thêm về tính ứng dụng của mô hình nghiên cứu mà tác giả đã đề xuất.

Từ khóa: Kết quả kinh doanh; năng lực động; đổi mới môi trường

DEVELOPING A RESEARCH MODEL ON FACTORS INFLUENCING THE BUSINESS OUTCOMES OF INK MANUFACTURERS

Abstract: This study aims to establish a research model on the factors influencing the business outcomes of ink manufacturers in Vietnam, serving as a theoretical framework for future investigations into this topic. Utilizing both qualitative and quantitative research methodologies, the author has identified a model comprising six factors that influence the business outcomes of ink manufacturing companies. These factors include strategic capacity, research and development capacity, management capacity, as well as the renovation of ecological organizations, innovation in ecological processes, and the development of ecological products. The measurement scale for the research variables has been tailored to fit the specific context of the ink industry in Vietnam. Moving forward, it is recommended that extensive practical studies be conducted to validate the applicability of the research model put forth by the author.

Keywords: Business outcomes; dynamic capability; environmental innovation

Mã bài báo: JHS - 204

Ngày nhận bài sửa: 15/06/2024

Ngày nhận bài: 18/05/2024

Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Ngày nhận phản biện: 30/05/2024

1. Đặt vấn đề

Ngành mực in một trong những ngành công nghiệp hỗ trợ cho nhiều ngành công nghiệp khác có tốc độ tăng trưởng mạnh trên thế giới. Ở Việt Nam, tốc độ tăng trưởng trung bình của ngành lên đến hơn 20% trong suốt một thập kỷ qua. Hiện nay, ngành Mực in tại có nhiều thuận lợi và khó khăn. Thuận lợi như: Môi trường tương đối ổn định, Việt Nam được coi là công xưởng gia công in hoặc xuất khẩu lượng lớn thành phẩm bao bì đi các nước trên thế giới; Tiềm năng phát triển cao mang tính lâu dài, được sự quan tâm định hướng của Nhà nước về quy hoạch phát triển ngành sơn và mực in đến 2020 tầm nhìn 2030 (QĐ 1008/QĐ-BCT -8/2/2014); Nhiều cơ sở in đầu tư đổi mới công nghệ, đáp ứng yêu cầu của đối tác nước ngoài. Bên cạnh đó, khó khăn do sự tác động của môi trường như: Sự cạnh tranh ngày càng cao; Máy móc công nghệ chủ yếu phải nhập khẩu, nguyên liệu nhập trên 75% và giá nguyên liệu không ổn định; Trình độ quản lý chưa chuyên nghiệp vì chủ yếu là các doanh nghiệp sản xuất mực in có quy mô nhỏ và vừa.

Đối với các loại mực in đang phổ biến trên thị trường hiện nay, thành phần chính để tổng hợp sản xuất bao gồm các chất vô cơ như: thuốc nhuộm, nhựa, dầu lanh, dầu khoáng và nhiều chất phụ gia... Tuy nhiên, các chất này đều không thân thiện với môi trường. Vì thế, mực in được xếp vào danh mục các chất thải nguy hại. Mỗi năm, thế giới tiêu tốn khoảng hơn 550 triệu lít dầu thô để sản xuất mực phục vụ ngành in ấn. Với tốc độ tiêu thụ như trên, ngành công nghiệp này cùng với nhiều hoạt động khác của con người đã góp phần làm gia tăng lượng khí CO₂ gây hiệu ứng nhà kính của trái đất. Hơn thế, việc sử dụng các loại mực in không có nguồn gốc hoặc các loại có chất lượng thấp còn dẫn đến nồng độ phát thải Crom cao, gây ảnh hưởng đến sức khỏe người tiêu dùng và nghiêm trọng hơn là có thể gây ra bệnh ung thư. Do đó, việc ưu tiên dùng các công nghệ và sản phẩm thân thiện với môi trường đang ngày càng phát triển ở nhiều lĩnh vực, trong đó có ngành công nghiệp in ấn.

Hiện nay, có 3 loại “Mực Xanh”, loại mực thân thiện với môi trường, bao gồm các loại mực in gốc nước (water-based), mực in UV và mực in cồn (alcohol). Mực in gốc nước hiện được sử dụng rộng rãi trong in Flexo cho bao bì thực phẩm, dược phẩm và thuốc lá. Nếu các kỹ thuật ứng dụng được cải tiến

thêm, nó được tiên đoán sẽ dần thay thế mực in gốc dung môi (Solvent-based). Mực in gốc đậu nành hay mực in gốc thực vật, ngày nay đã được sử dụng phổ biến tại Hoa Kỳ và Nhật Bản. Mực in gốc đậu nành và thực vật dễ dàng tách ra khỏi vật in, đây là điều đặc biệt quan trọng trong việc tái chế giấy. Mực in gốc dầu mỏ (Petroleum-based) có hàm lượng 30-35% hợp chất hữu cơ dễ bay hơi (VOCs), trong khi đó mực in gốc đậu nành, chất VOCs chỉ ở mức 0-5%. Tại những nước phát triển, mực in gốc hợp chất thơm (aromatic based) bị cấm triệt để dùng trong bao bì thực phẩm. Tại Anh quốc, mực in gốc dung môi xem là bất hợp pháp khi sử dụng in màng dùng trong bao bì thực phẩm kể từ tháng 6/2000. Tại Hoa Kỳ, cơ quan bảo vệ môi trường (EPA) phản đối quyết liệt việc sử dụng mực in gốc dung môi, và chỉ có mực in flexo gốc nước mới được chấp nhận đủ điều kiện dùng cho bao bì dược phẩm và thực phẩm.

Năm 1994, đạo luật mực in thực vật (Hoa Kỳ) bắt buộc hợp đồng của các cơ quan chính phủ và các nhà in phải ưu tiên dùng mực in gốc dầu thực vật hơn mực in gốc dầu mỏ bay hơi, ở bất kỳ lúc nào có thể được. Đây là nỗ lực nhằm giảm lượng khí thoát ra từ hợp chất hữu cơ bay hơi và gây nguy hiểm ô nhiễm cho bầu khí quyển. Như vậy, xu hướng sản xuất mực in ở Việt Nam và trên thế giới hiện nay là theo hướng thân thiện với môi trường.

Bên cạnh đó, trong bối cảnh kinh doanh hiện nay, lợi thế cạnh tranh là mục tiêu của các tổ chức doanh nghiệp và cũng là yếu tố quyết định đến kết quả hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp. Việc nghiên cứu sâu về các nhân tố tác động đến kết quả kinh doanh là động lực giúp doanh nghiệp đưa ra các phương án thích hợp trong kinh doanh, giúp doanh nghiệp gia tăng năng lực cạnh tranh, nâng cao hiệu quả kinh doanh cho các doanh nghiệp sản xuất mực in Việt Nam.

2. Cơ sở lý luận về các nhân tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của doanh nghiệp sản xuất mực in

2.1. Kết quả kinh doanh của doanh nghiệp

Kết quả hoạt động sản xuất kinh doanh của doanh nghiệp là những gì mà doanh nghiệp đạt được sau một quá trình sản xuất kinh doanh nhất định, kết quả cần đạt cũng là mục tiêu cần thiết của doanh nghiệp. Kết quả hoạt động sản xuất kinh doanh của một doanh nghiệp được thể hiện qua những đại lượng cân đo đong đếm được như số sản phẩm tiêu thụ mỗi

loại, doanh thu, lợi nhuận, thị phần... và cũng có thể là các đại lượng chỉ phản ánh mặt chất lượng hoàn toàn có tính chất định tính như uy tín của doanh nghiệp.

Có nhiều quan điểm khác nhau về kết quả kinh doanh của doanh nghiệp.

Thứ nhất, kết quả kinh doanh là thành tích của doanh nghiệp đạt được ở trong quá khứ, nó thể hiện sự thành công của doanh nghiệp và được phản ánh của các hệ thống chỉ tiêu (Irawan và cộng sự, 2019). Kết quả hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp không chỉ là thành tích trong quá khứ của doanh nghiệp, mà còn bao gồm khả năng tiềm tàng để đạt được thành công các mục tiêu trong tương lai. Kết quả hoạt động xác định mức độ hiệu lực và hiệu quả so với quy định các chỉ số hoạt động của một tổ chức (Rogers và cộng sự, 1998). Kết quả hoạt động là thành công liên quan đến một mục tiêu tổ chức đạt được trong một khoảng thời gian nhất định, chẳng hạn như tại một thời điểm hoặc trong một khoảng thời gian dài (Lee và Huang, 2012). Khái niệm về kết quả hoạt động gắn liền với sự tăng trưởng và phát triển của một tổ chức (Ahmed và Shafiq, 2014).

Thứ hai, kết quả kinh doanh cấu thành bởi các hành vi liên quan đến các mục tiêu của doanh nghiệp. Kết quả hoạt động là một thực tế khách quan tồn tại cung cấp đánh giá khách quan và chủ quan. Kết quả hoạt động của doanh nghiệp cấu thành tất cả các hành vi liên quan đến các mục tiêu của tổ chức tùy thuộc vào mức độ đóng góp của cá nhân cho tổ chức. Việc nâng cao kết quả hoạt động của doanh nghiệp là mục tiêu trọng tâm của mọi nhà quản lý hướng đến. Để thành công trong việc nâng cao kết quả hoạt động, doanh nghiệp cần thiết lập một chỉ số đo lường toàn diện, cung cấp người quản lý và nhân viên với những định hướng và mục tiêu rõ ràng của doanh nghiệp (Cascio, 2006).

Thứ ba, theo quan điểm của các nhà đầu tư thì kết quả hoạt động của doanh nghiệp chính là giá trị mà họ nhận được từ việc họ đầu tư vào doanh nghiệp, từ việc so sánh giữa những gì mà họ nhận được so với những gì mà họ đã bỏ ra (Alchian & Demsetz, 1972). Giá trị được tạo ra đó bao gồm cả giá trị tài chính và giá trị phi tài chính.

Như vậy, có thể hiểu kết quả hoạt động kinh doanh là phạm trù kinh tế đo lường sự tồn tại và phát triển bền vững của doanh nghiệp thông qua giá trị mà doanh nghiệp tạo ra. Giá trị doanh nghiệp tạo ra là giá trị tăng thêm từ các khoản đầu

tư của cổ đông hay chính là giá trị tăng thêm từ những nguồn lực mà doanh nghiệp bỏ ra. Giá trị có thể được kết hợp cả mục tiêu tài chính và mục tiêu phi tài chính.

2.2. Tổng quan nghiên cứu về các nhân tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của doanh nghiệp

Các nhân tố năng lực động

Năng lực được hiểu là khả năng của doanh nghiệp trong việc tích hợp, xây dựng và cấu hình lại các năng lực bên trong và bên ngoài để giải quyết các môi trường thay đổi nhanh chóng. Theo Nguyễn Đức Hòa (2021) thì năng lực là “khả năng liên kết các nguồn lực để cùng phục vụ cho một mục đích chung”. Các nguồn lực hữu hình và vô hình được coi là yếu tố then chốt tạo lập năng lực cho doanh nghiệp. Sự liên kết một cách có mục đích giữa các nguồn lực hữu hình và nguồn lực vô hình tạo nên các năng lực cho doanh nghiệp. Năng lực được hình thành trên cơ sở thu nhận, phát triển và phối kết hợp các thông tin, dữ liệu và những tri thức chung của tập thể người lao động trong doanh nghiệp.

Năng lực động đã được nhiều nghiên cứu đề cập tới. Trước tiên, tính “động” đã được Teece & Pisano (1994) lần đầu đề cập đến để làm rõ đặc điểm thay đổi của môi trường kinh doanh của doanh nghiệp, tính “động” là “khả năng làm mới các năng lực để đạt được sự đồng dư với môi trường thay đổi”. Như vậy, tính “động” bao gồm những thay đổi và biến động xuất phát từ cả các yếu tố bên ngoài và các điều kiện nội bộ bên trong của doanh nghiệp. Sự thay đổi của các yếu tố bên ngoài được xem là những thay đổi mang tính khách quan, mà thông qua đó các hoạt động trong nội bộ DN cần chủ động, linh hoạt và biến đổi nhằm thích ứng tốt nhất với các điều kiện “động” từ bên ngoài đó.

Lý thuyết về năng lực động được bắt nguồn từ quan điểm tiếp cận nguồn lực RBV của Barney (1991) và đặt trong điều kiện biến động của môi trường của Teece & Pisano (1994). Lý thuyết năng lực động kế thừa quan điểm phát triển nguồn lực để tạo lập lợi thế cạnh tranh cho doanh nghiệp trên cơ sở nuôi dưỡng, phát triển các năng lực cốt lõi để thích nghi với các thay đổi từ bên ngoài. Nếu như lý thuyết RBV tập trung vào việc khai thác các năng lực đặc biệt để tạo lập lợi thế cạnh tranh thì lý thuyết năng lực động đã phát triển và mở rộng các năng lực đặc biệt này để đảm bảo khả năng phúc đáp nhanh chóng với những yếu tố khách quan từ bên ngoài.

Các nghiên cứu trước đây trong các lĩnh vực khác nhau đã vận dụng lý thuyết năng lực động để làm rõ sự ảnh hưởng của năng lực động đến kết quả kinh doanh, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra rằng năng lực động có tác động tích cực đến kết quả kinh doanh của doanh nghiệp (Nguyễn Đức Hòa, 2021; Bleadly và cộng sự, 2018; Zott, 2003). Theo lý thuyết năng lực động giúp doanh nghiệp tạo ra lợi thế cạnh tranh và duy trì lợi thế cạnh tranh trong môi trường luôn biến đổi (Ambrosini và Bowman, 2009; Helfat và cộng sự, 2007; Menon & Yao, 2017).

Năng lực động là một loại năng lực và là một nguồn lực đặc biệt, do đó cũng là nền tảng hình thành lợi thế cạnh tranh và hiệu quả cho hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp theo mô hình V.R.I.N (giá trị, hiếm có, khó thay thế, khó bắt chước) của Barney (1991). Năng lực động tạo ra tính linh hoạt cho doanh nghiệp để đối phó với áp lực và nắm lấy cơ hội của thị trường. Tuy nhiên, trong môi trường biến động, nguồn lực đủ 4 yếu tố trên không thực sự bền vững qua thời gian, vì vậy lợi thế cạnh tranh từ nguồn lực này sẽ không bền vững.

Năng lực động của doanh nghiệp được đề cập tới 3 khía cạnh, đó là năng lực chiến lược; năng lực nghiên cứu phát triển và năng lực quản lý (Hòa, 2021).

(1) Năng lực chiến lược

Năng lực chiến lược là nền tảng cho năng lực cốt lõi của doanh nghiệp, năng lực này thay đổi cần có thời gian và nguồn lực đáng kể.

Khả năng đổi mới cũng có thể được hiểu là một dạng năng lực chiến lược của tổ chức. Cụ thể hơn, có sự liên quan giữa sự đổi mới với các chiến lược tổ chức, để tạo ra giá trị cho công ty cho người tiêu dùng và cho các bên liên quan khác. Nó thường diễn ra một cách có chủ đích, có hệ thống và sử dụng một hoặc nhiều mô hình để phát triển đổi mới căn bản hoặc gia tăng.

(2) Năng lực nghiên cứu phát triển

Khả năng nghiên cứu phát triển của một doanh nghiệp có thể được coi là một chuỗi các hệ thống hữu cơ mà đầu vào - quá trình - đầu ra được kết nối với nhau. Khi các nguồn lực nghiên cứu và phát triển được sử dụng làm đầu vào, nó sẽ dẫn đến việc cải thiện hiệu suất thông qua quá trình chuyển đổi. Do đó, mặc dù việc đầu tư vào nghiên cứu và phát triển để tối đa hóa hiệu suất là rất quan trọng nhưng việc tận dụng các thành phần đầu vào thông qua các quy trình nghiên cứu và phát triển cũng rất quan trọng.

Nghĩa là, khả năng nghiên cứu và phát triển tổng thể của doanh nghiệp sẽ đảm bảo rằng có mối liên kết giữa hoạt động đầu tư vào nghiên cứu và phát triển và kết quả hoạt động của doanh nghiệp.

Khả năng nghiên cứu và phát triển của một doanh nghiệp có thể được định nghĩa là khả năng tích hợp chiến lược nghiên cứu và phát triển, thực hiện dự án, quản lý danh mục dự án, chỉ tiêu cụ thể, năng lực nghiên cứu và phát triển có thể được chia phần lớn thành năng lực bên trong cho nghiên cứu và phát triển và bên ngoài.

Theo lý thuyết quản trị chiến lược, khả năng nghiên cứu và phát triển của một doanh nghiệp có thể được nâng cao bằng cách kết hợp năng lực nội bộ của doanh nghiệp với các nguồn tri thức bên ngoài.

Khả năng nghiên cứu và phát triển trong lĩnh vực công nghệ mới là một thành phần thiết yếu tạo nên kết quả hoạt động tối ưu của một doanh nghiệp. Khả năng nghiên cứu và phát triển có thể được hiểu là phương tiện năng động để nâng cao năng lực của một công ty thông qua việc tạo ra và sử dụng kiến thức, từ đó duy trì hoặc đạt được khả năng cạnh tranh trên thị trường.

(3) Năng lực quản lý

Khả năng quản lý là một trong những khả năng đầu tiên được tạo ra cho một tổ chức. Khả năng này được phát triển và chính thức hóa trong thời gian tổ chức hoạt động. Có thể nói khả năng quản lý tạo ra tất cả các khả năng khác trong tổ chức.

Năng lực quản lý cung cấp cách tiếp cận tổng hợp để quản lý doanh nghiệp. Khả năng quản lý được tạo ra xung quanh công việc của người quản lý được thực hiện ở mọi nhóm trong doanh nghiệp. Năng lực quản lý là khả năng kết hợp và tận dụng các nguồn lực bên trong và bên ngoài nhằm mục đích tạo ra giá trị mới cho các bên liên quan và tối đa hóa lợi thế cạnh tranh.

Năng lực quản lý đóng một vai trò quan trọng trong bất kỳ loại tổ chức nào, là yếu tố cốt lõi trong mỗi doanh nghiệp, không thể có được trong thời gian ngắn và sẽ cho phép tổ chức phát triển tùy thuộc vào việc sử dụng năng lực này.

Các nhân tố đổi mới môi trường

Đổi mới môi trường là một kiểu đổi mới bao gồm việc sử dụng các quy trình, kỹ thuật, hệ thống và sản phẩm mới hoặc đã được sửa đổi để tránh, giảm tác hại đến môi trường (Hall và cộng sự, 2013; Horbach, 2008; Hòa, 2021) và được chia thành ba khía cạnh: đổi mới tổ chức sinh thái, đổi mới quy trình sinh thái và đổi mới sản phẩm sinh thái.

(1) *Đổi mới tổ chức sinh thái* là việc sử dụng hiệu quả các nguồn lực trong việc cập nhật các quá trình sản xuất để giảm ô nhiễm môi trường.

(2) *Đổi mới sản phẩm sinh thái* đề cập đến việc sử dụng hàng hóa hoặc dịch vụ mới hoặc được cải thiện đáng kể về mặt bảo tồn tài nguyên và bảo vệ môi trường.

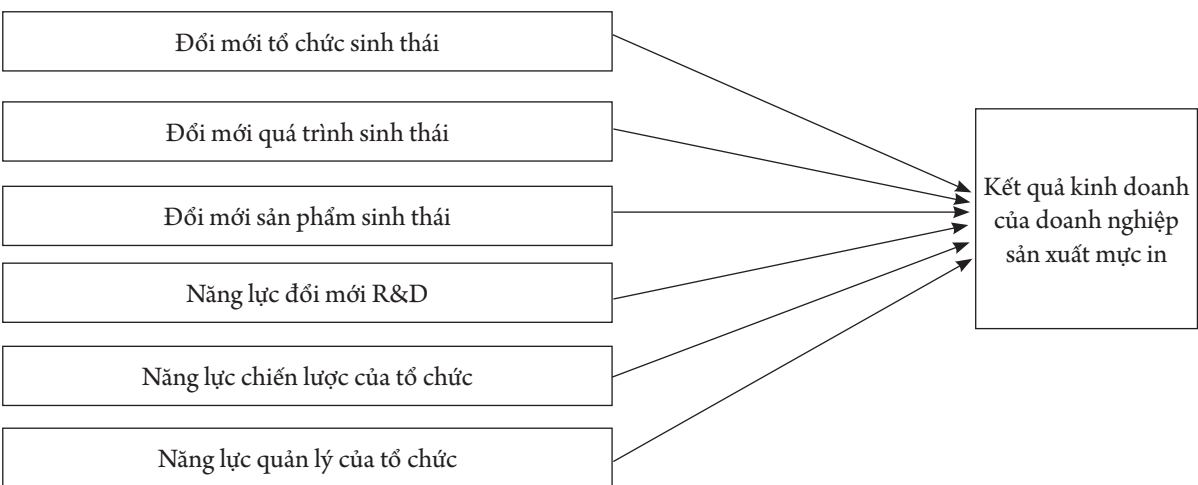
(3) *Đổi mới quy trình sinh thái* sử dụng quy trình sản xuất và luôn đổi mới quy trình sản xuất của doanh nghiệp để giảm ô nhiễm môi trường.

Nhiều nghiên cứu đã khẳng định đổi mới môi trường có tác động tích cực đến kết quả hoạt động của doanh nghiệp (Hòa, 2021; Kammerer, 2009; Tidd và cộng sự, 2008; Eiadat và cộng sự, 2008; Brunnermeier & Cohen, 2003). Đổi mới môi trường là kết quả tích cực của hoạt động quản lý trong doanh nghiệp, đồng thời thúc đẩy kết quả hoạt động của

doanh nghiệp. Đổi mới môi trường có thể tạo ra lợi ích cho tổ chức, giảm thiểu các tác động tiêu cực đến doanh nghiệp. Khi doanh nghiệp hoạt động trong môi trường cạnh tranh gay gắt, các doanh nghiệp cần trau dồi năng lực cạnh tranh của từng nhân viên và thúc đẩy sự đổi mới của nhân viên. Vì sự đổi mới có thể tạo ra lợi thế cạnh tranh cho doanh nghiệp, các doanh nghiệp có thể dễ dàng thích nghi và cải thiện kết quả hoạt động trong dài hạn. Do đó, môi trường tổ chức sáng tạo có thể gián tiếp giúp giảm ô nhiễm môi trường trong suốt vòng đời sản phẩm, là một lợi thế giúp doanh nghiệp tham gia vào thị trường, gia tăng dòng tiền và nâng cao kết quả hoạt động của doanh nghiệp (Kammerer, 2009; Lin và cộng sự, 2014; Hòa, 2021).

2.3. Mô hình các nhân tố tác động đến kết quả kinh doanh của doanh nghiệp sản xuất mực

Hình 1. Mô hình nghiên cứu dự kiến



Nguồn: Nhóm Tác giả đề xuất

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp nghiên cứu lý luận

Nghiên cứu áp dụng phương pháp tổng quan tài liệu (Literatura Review). Tác giả tiến hành tổng quan các công trình nghiên cứu trước đây có liên quan đến chủ đề của bài báo, để xem vấn đề này đã được nghiên cứu ở khía cạnh nào; sử dụng phương pháp nghiên cứu như thế nào, kết quả chính của các nghiên cứu là gì, hạn chế của các nghiên cứu trước, những vấn đề cần tiếp tục nghiên cứu. Tác giả đã tìm kiếm những công trình nghiên cứu trước đây trong các cơ sở dữ

liệu lớn, có độ tin cậy cao. Thông tin thu thập được trong quá trình nghiên cứu tổng quan được tổng hợp vào bảng tổng quan tài liệu theo các cột, với các nội dung định sẵn. Kết quả của giai đoạn này là tác giả hình thành nên mô hình nghiên cứu dự kiến.

3.2. Các phương pháp nghiên cứu thực tiễn

3.2.1. Phương pháp nghiên cứu định tính

Các mục tiêu của nghiên cứu định tính bao gồm: Thứ nhất, phỏng vấn sâu nhằm kiểm tra và sàng lọc các biến độc lập trong mô hình lý thuyết tác giả đã đề xuất và xác định sơ bộ mối quan hệ giữa các biến độc

lập và biến phụ thuộc. Các cuộc phỏng vấn sâu này sẽ giúp tác giả khẳng định được những nhân tố phù hợp với bối cảnh nghiên cứu ngành sản xuất mực in tại Việt Nam. *Thứ hai*, phỏng vấn sâu nhằm kiểm tra sự hợp lý của thang đo. Thang đo được tác giả đưa ra trong nghiên cứu là những thang đo đã được công nhận và sử dụng tại Việt Nam. Tuy nhiên, trong điều kiện nghiên cứu của bài báo, những thang đo này cũng cần được xem xét để điều chỉnh và bổ sung cho phù hợp với bối cảnh cụ thể của ngành sản xuất mực in Việt Nam. Bên cạnh đó, trong quá trình phỏng vấn sâu này, tác giả cũng mong muốn được các đối tượng phỏng vấn cho ý kiến hoàn thiện về cấu trúc câu và từ ngữ được dùng trong những câu hỏi sẽ được dùng trong phiếu điều tra định lượng sau này. *Thứ ba*, phỏng vấn sâu nhằm đề xuất các định hướng nâng cao kết quả kinh doanh của các doanh nghiệp sản xuất mực in tại Việt Nam.

Để đo lường các biến trong mô hình nghiên cứu dự kiến trên, tác giả dựa trên thang đo các biến dựa trên nghiên cứu của Hòa (2021) để phát triển thang đo các biến cho mô hình nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu trong lĩnh vực dệt may Việt Nam, có cùng bối cảnh nghiên cứu với nghiên cứu này.

Đối tượng phỏng vấn sâu của đề án bao gồm 3 nhà nghiên cứu trong lĩnh vực Quản trị kinh doanh và 5 nhà quản trị tại các doanh nghiệp sản xuất mực in tại Việt Nam.

Dựa trên mục tiêu nghiên cứu định tính, tác giả thiết kế một dàn bài thảo luận bao gồm nhiều câu hỏi mở với nội dung liên quan đến mô hình nghiên cứu và thang. Các cuộc phỏng vấn được thực hiện tại nơi làm việc của đối tượng phỏng vấn hoặc qua điện thoại. Mỗi cuộc phỏng vấn trung bình dài 30 phút cho tất cả các câu hỏi trong bảng hỏi. Kỹ thuật thực hiện là quan sát và thảo luận tay đôi. Nội dung các cuộc phỏng vấn được ghi âm, được lưu trữ và mã hóa trong máy tính. Nội dung này được gõ bằng và phân tích để đưa ra kết luận. Kết luận được đưa ra dựa trên sự tổng hợp quan điểm chung của các đối tượng phỏng vấn có cách nhìn tương tự nhau. Kết quả tìm được sẽ được so sánh với mô hình lý thuyết ban đầu để xác định mô hình chính thức cho nghiên cứu.

3.2.2. Nghiên cứu định lượng sơ bộ

Mục tiêu nghiên cứu sơ bộ để đánh giá thử độ tin cậy của thang đo và loại bỏ những biến quan sát không phù hợp.

Điều tra được thực hiện với 80 đối tượng điều tra là các nhà quản trị của doanh nghiệp sản xuất mực in được chọn ra theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên. Kết quả nghiên cứu sơ bộ sẽ được làm dữ liệu để đánh giá thử độ tin cậy các biến quan sát của các nhân tố kết quả kinh doanh của doanh nghiệp.

Độ tin cậy của thang đo được đánh giá thông qua hệ số Cronbach Alpha. Các thang đo có hệ số Cronbach Alpha từ 0,6 trở lên được coi là chấp nhận được. Các thang đo có Cronbach Alpha từ 0,7 đến 0,8 là sử dụng được. Các thang đo có độ tin cậy từ 0,8 đến gần 1 là thang đo lường tốt. Hệ số tương quan biến tổng cho biết quan hệ của biến quan sát với trung bình các biến trong thang. Hệ số tương quan biến tổng $< 0,3$ thì biến được coi là biến rác và cần loại khỏi thang đo (J. F. Hair và cộng sự, 2010).

4. Kết quả nghiên cứu

4.1. Kết quả nghiên cứu định tính

Trong quá trình thảo luận, tất cả các chuyên gia đều đưa ý kiến nhận xét của cá nhân về các nhân tố mà các tác giả đề xuất, phân tích đặc điểm của từng nhân tố và mức độ phù hợp của chúng trong bối cảnh nghiên cứu của đề tài. 08/08 người tham gia trả lời phỏng vấn cho rằng mô hình nghiên cứu đề xuất dựa trên mô hình là hợp lý.

Các nhà nghiên cứu cũng đã đưa ra một số ý kiến về chỉnh sửa thang đo. Kết quả nghiên cứu này được đưa vào nghiên cứu định lượng sơ bộ.

4.2. Kết quả nghiên cứu định lượng sơ bộ

Từ thang đo đã được đề xuất sau nghiên cứu định tính. Số phiếu phát ra là 80, số phiếu thu về 76, trong phiếu điều tra sau khi thu về, có 4 phiếu không điền đầy đủ các thông tin quan trọng nên tác giả loại 4 phiếu này, giữ lại 76 phiếu chiếm tỉ lệ 95% số phiếu phát ra để đưa vào nghiên cứu định lượng sơ bộ.

Kết quả kiểm định độ tin cậy của các thang đo sơ bộ được thể hiện trong bảng 1 như sau:

Bảng 1. Kiểm định độ tin cậy của các thang đo sơ bộ (N=76)

Mã hóa	Thang đo	Tương quan biến - tổng	Cronback Alpha nếu loại bỏ
Kết quả hoạt động kinh doanh được đo lường bằng 5 biến quan sát, Cronback Alpha tổng =0.855			
KQ1	Trong ba năm qua, sự thay đổi về khả năng sinh lời của tài sản đã được cải thiện rõ rệt	0.75	0.85
KQ2	Trong ba năm qua, sự thay đổi về lợi nhuận sau thuế đã được cải thiện rõ rệt	0.72	0.86
KQ3	Trong ba năm qua, sự thay đổi về mức độ tăng trưởng đã được cải thiện rõ rệt	0.67	0.87
KQ4	Trong ba năm qua, sự thay đổi trong khả năng sinh lời của vốn chủ sở hữu đã được tăng lên rất nhiều	0.77	0.85
KQ5	Trong ba năm qua, sự thay đổi về năng suất lao động đã tăng lên rất nhiều	0.72	0.86
Đổi mới tổ chức sinh thái được đo lường bằng 8 biến quan sát, Cronback Alpha tổng =0.931			
TCST1	Doanh nghiệp xây dựng hệ thống quản lý ISO 9001-2015	0.70	0.93
TCST2	Doanh nghiệp thường sử dụng các hệ thống mới để quản lý đổi mới sinh thái	0.80	0.92
TCST3	Doanh nghiệp thường thu thập thông tin về các xu hướng đổi mới sinh thái	0.68	0.93
TCST4	Doanh nghiệp quan tâm và cập nhật liên tục các yêu cầu mới liên quan đến hệ sinh thái	0.76	0.92
TCST5	Doanh nghiệp thường xuyên cập nhật các kiến thức về các hệ sinh thái mới	0.77	0.92
TCST6	Doanh nghiệp đầu tư nhiều nguồn lực cho đổi mới hệ sinh thái	0.83	0.92
TCST7	Doanh nghiệp bố trí nhân viên theo dõi và báo cáo các diễn biến của hệ sinh thái	0.76	0.92
TCST8	Doanh nghiệp sẵn sàng tập trung nguồn lực về đào tạo, chuyển đổi cho phù hợp khi có yêu cầu của đổi mới sinh thái	0.82	0.92
Đổi mới quá trình sinh thái được đo lường bằng 7 biến quan sát, Cronback Alpha tổng = 0.878			
QTST1	Công nghệ sản xuất của doanh nghiệp luôn hài hòa môi trường	0.58	0.87
QTST2	Doanh nghiệp thường sử dụng các quy trình sản xuất mới để không gây ô nhiễm môi trường	0.74	0.85
QTST3	Doanh nghiệp thường xuyên cập nhật các quy trình sản xuất để chống ô nhiễm môi trường	0.57	0.87
QTST4	Doanh nghiệp thường xuyên đưa các công nghệ mới và sản xuất gia công để tiết kiệm năng lượng	0.66	0.86
QTST5	Doanh nghiệp luôn cải tiến thiết bị và công nghệ đảm bảo môi trường làm việc và chất lượng sản phẩm đáp ứng các tiêu chuẩn của khách hàng về an toàn thực phẩm	0.68	0.86
QTST6	Doanh nghiệp sản xuất trên thiết bị kín giảm thiểu bao hơi	0.74	0.85
QTST7	Doanh nghiệp đầu tư nghiên cứu thay thế nguyên liệu mới	0.66	0.86

Mã hóa	Thang đo	Tương quan biến - tổng	Cronback Alpha nếu loại bỏ
<i>Đổi mới sản phẩm sinh thái được đo lường bằng 5 biến quan sát, Cronback Alpha tổng =0.920</i>			
SPST1	Sản phẩm của doanh nghiệp đạt các tiêu chuẩn VN và quốc tế về hàm lượng kim loại nặng, DOT, MOT và các tiêu chuẩn của EU đảm bảo an toàn thực phẩm	0.80	0.90
SPST2	Doanh nghiệp thường nhấn mạnh việc phát triển các sản phẩm sinh thái mới thông qua công nghệ mới để dễ dàng tái chế các thành phần của chúng	0.81	0.90
SPST3	Doanh nghiệp thường nhấn mạnh việc phát triển các sản phẩm sinh thái mới thông qua công nghệ mới để giảm thiểu bay hơi	0.77	0.91
SPST4	Doanh nghiệp thường nhấn mạnh tái chế các dung môi và sản phẩm phát sinh trong sản xuất	0.85	0.89
SPST5	Doanh nghiệp thường nhấn mạnh việc đầu tư hệ thống xử lý nước thải giảm thiểu bay hơi	0.77	0.91
<i>Năng lực đổi mới R&D được đo lường bằng 4 biến quan sát, Cronback Alpha tổng =0.893</i>			
NLDM1	Doanh nghiệp có khả năng đánh giá điểm mạnh điểm yếu của mình	0.74	0.87
NLDM2	Doanh nghiệp có khả năng định hướng và thời gian cho R&D	0.75	0.87
NLDM3	Doanh nghiệp có thể linh hoạt trong việc phát triển sản phẩm hoặc công nghệ mới	0.76	0.86
NLDM4	Doanh nghiệp luôn quan tâm và đầu tư cho hoạt động R&D	0.81	0.84
<i>Năng lực chiến lược được đo lường bằng 7 biến quan sát, Cronback Alpha tổng = 0.940</i>			
NLCL1	Doanh nghiệp có tuyên bố sứ mệnh và tầm nhìn trong nội bộ và ra bên ngoài	0.80	0.93
NLCL2	Doanh nghiệp có năng lực cạnh tranh trong tương lai	0.83	0.93
NLCL3	Doanh nghiệp có khả năng hoạch định chiến lược hiệu quả	0.84	0.93
NLCL4	Các nhà lãnh đạo doanh nghiệp có đặc điểm khởi nghiệp (đổi mới sáng tạo)	0.74	0.94
NLCL5	Doanh nghiệp có khả năng tạo sức mạnh tổng hợp giữa các cán bộ quản lý và nhân viên	0.79	0.93
NLCL6	Doanh nghiệp luôn luôn đưa ra các chiến lược mới	0.83	0.93
NLCL7	Doanh nghiệp luôn quan tâm đến việc đào tạo cho các nhà lãnh đạo cấp cao	0.80	0.93
<i>Năng lực quản lý được đo lường bằng 6 biến quan sát, Cronback Alpha tổng =0.946</i>			
NLQL1	Quan điểm làm việc của doanh nghiệp với khách hàng, đối tác, nhân viên là cùng đồng hành, hợp tác, chia sẻ	0.78	0.94
NLCL2	Doanh nghiệp có thể linh hoạt để hiểu nhu cầu cụ thể của khách hàng	0.84	0.94
NLCL3	Doanh nghiệp có khả năng giao tiếp linh hoạt và phối hợp hiệu quả giữa các bộ phận	0.88	0.93
NLCL4	Doanh nghiệp giúp nhân viên cân bằng giữa cuộc sống công việc và gia đình	0.84	0.94
NLCL5	Doanh nghiệp phối hợp với cộng đồng để đáp ứng nhu cầu chung	0.82	0.94
NLCL6	Doanh nghiệp luôn đảm bảo cân bằng kinh tế, xã hội và môi trường	0.87	0.93

Nguồn: Kết quả phân tích từ dữ liệu điều tra của tác giả

Kết quả phân tích Bảng 1 cho thấy tất cả các thang đo sơ bộ có giá trị Cronbach's Alpha tổng >0.7 và hệ số tương quan biến-tổng >0.3 do đó các thang đo sơ bộ đảm bảo độ tin cậy và có thể sử dụng khảo sát để thu thập dữ liệu cho nghiên cứu chính thức (Hair và cộng sự, 2010).

5. Kết luận

Kết quả của nghiên cứu này nhấn mạnh vào việc xây dựng mô hình nghiên cứu các nhân tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của doanh nghiệp sản xuất mực in ở Việt Nam. Nghiên cứu đã làm rõ mô hình

nghiên cứu các nhân tố ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của các doanh nghiệp sản xuất mực in gồm có 6 nhân tố, bao gồm năng lực chiến lược, năng lực nghiên cứu và phát triển, năng lực quản lý, đổi mới tổ chức sinh thái, đổi mới quy trình sinh thái, đổi mới sản phẩm sinh thái. Thang đo các biến nghiên cứu đã được phát triển phù hợp với bối cảnh ngành sản xuất mực in tại Việt Nam.

Trong tương lai cần có những nghiên cứu thực tiễn trên diện rộng để khẳng định thêm về tính ứng dụng của mô hình nghiên cứu mà tác giả đã đề xuất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ahmed, & Saima Shafiq, M. (2014). The Impact of Organizational Culture on Organizational Performance: A Case Study on Telecom Sector. *Global Journal Of Management And Business Research*.
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>
- Bleady, A., Hafiez Ali Hasaballah, A., & Balal Ibrahim, S. (2018). Dynamic capabilities theory: Pinning down a shifting concept. In *Article in Academy of Accounting and Financial Studies Journal*. <https://www.researchgate.net/publication/325257001>
- Brunnermeier & Cohen (2003) Brunnermeier, S. B., & Cohen, M. A. (2003). Determinants of environmental innovation in US manufacturing industries. *Journal of Environmental Economics and Management*, 45(2), 278-293. [https://doi.org/10.1016/S0095-0696\(02\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S0095-0696(02)00058-X)
- Cascio, 2006 Cascio, W. F. (2006). Global Performance Management Systems. In *Handbook of Research in International Human Resource Management*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781845428235.00016>
- Chakravarthy, 1986; Chakravarthy, B. S. (1986). Measuring strategic performance. *Strategic Management Journal*, 7(5), 437-458. <https://doi.org/10.1002/smj.4250070505>
- Cho & Pucik, 2005 Cho, H.-J., & Pucik, V. (2005). Relationship between innovativeness, quality, growth, profitability, and market value. *Strategic Management Journal*, 26(6), 555-575. <https://doi.org/10.1002/smj.461>
- Eiadat và cộng sự (2008) Eiadat, Y., Kelly, A., Roche, F., & Eyadat, H. (2008). Green and competitive? An empirical test of the mediating role of environmental innovation strategy. *Journal of World Business*, 43(2), 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.jwb.2007.11.012>
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis. Seventh Edition*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey
- Hòa, N.Đ. (2021). Ảnh hưởng của yếu tố văn hóa đến kết quả kinh doanh của các công ty dệt may Việt Nam. Luận án tiến sĩ, trường Đại học Kinh tế quốc dân
- Irawan, D., Bastian, E., & Hanifah, I. A. (2019). Knowledge Sharing, Organizational Culture, Intellectual Capital, and Organizational Performance. *Journal of Accounting and Investment*, 20(3). <https://doi.org/10.18196/jai.2003128>
- Kammerer (2009) Kammerer, D. (2009). The effects of customer benefit and regulation on environmental product innovation. *Ecological Economics*, 68(8-9), 2285-2295. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2009.02.016>
- Lin và cộng sự, 2014; Lin, M.-J. J., & Chang, C.-H. (2009). The positive effect of green relationship learning on green innovation performance: The mediation effect of corporate environmental ethics. *PICMET '09 - 2009 Portland International Conference on Management of Engineering & Technology*, 2341-2348. <https://doi.org/10.1109/PICMET.2009.5261824>
- Rogers, E. W., & Wright, P. M. (1998). Measuring organizational performance in strategic human resource management: Problems, prospects and performance information markets. *Human Resource Management Review*, 8(3), 311-331. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(98\)90007-9](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(98)90007-9)
- Tidd và cộng sự. (2008). Exile, Language, and Trauma in Recent Autobiographical Writing by Jorge Semprun. *The Modern Language Review*, 103(3), 697. <https://doi.org/10.2307/20467906>
- Teece và Pisano (1994) Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509-533. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199708\)18:73.O.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199708)18:73.O.CO;2-Z)
- Zott, C. (2003). Dynamic capabilities and the emergence of intraindustry differential firm performance: insights from a simulation study. *Strategic Management Journal*, 24(2), 97-125. <https://doi.org/10.1002/smj.288>

TÁC ĐỘNG CỦA CÁC YẾU TỐ ĐẾN HÀNH VI LỰA CHỌN MUA SẴM TẠI CÁC CHỢ TRUYỀN THỐNG CỦA NGƯỜI TIÊU DÙNG TRẺ

ThS. Lê Thị Thuận

Trường Đại học Công nghiệp Dệt May Hà Nội

thuanlt@hict.edu.vn

TS. Trịnh Thùy Giang

Trường Đại học Công nghiệp Dệt May Hà Nội

Khuất Thị Tú

DHMar1K6, Trường Đại học Công nghiệp Dệt May Hà Nội

khuattu103@gmail.com

Nguyễn Thị Tuyền

DHMar1K6, Trường Đại học Công nghiệp Dệt May Hà Nội

Thạch Thị Thanh Thảo

DHMar1K6, Trường Đại học Công nghiệp Dệt May Hà Nội

Tóm tắt: Sự phát triển công nghệ và xu hướng tiêu dùng thông minh từ các kênh mua sắm hiện đại như siêu thị, cửa hàng tiện lợi, sàn thương mại điện tử... đang đe dọa sự tồn tại và phát triển của chợ truyền thống. Do vậy, việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến thói quen, xu hướng tiêu dùng và sự lựa chọn mua sắm của người tiêu dùng trẻ tại các chợ truyền thống ở huyện Gia Lâm, Hà Nội và thị xã Thuận Thành, Bắc Ninh là cần thiết. Nghiên cứu này dựa trên mô hình hồi quy và dữ liệu khảo sát 680 người tiêu dùng trẻ để phân tích ảnh hưởng của các yếu tố đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống của người tiêu dùng trẻ. Kết quả nghiên cứu chỉ ra: (i) gia đình, (ii) chất lượng sản phẩm, (iii) địa phương, (iv) văn hóa xã hội, (v) chấp nhận giá và (vi) dịch vụ hỗ trợ là các yếu tố tác động thuận chiều đến quyết định mua sắm tại các chợ truyền thống của người tiêu dùng trẻ tại hai địa phương là Gia Lâm và Thuận Thành.

Từ khóa: Chất lượng sản phẩm; địa phương; gia đình; hành vi lựa chọn mua sắm; văn hóa xã hội

THE INFLUENCE OF VARIOUS FACTORS ON THE PURCHASING DECISIONS OF YOUNG CONSUMERS IN TRADITIONAL MARKETS

Abstract: The advancement of technology and the rise of smart consumption patterns through contemporary retail platforms, including supermarkets, convenience stores, and e-commerce websites, pose a significant challenge to the survival and growth of traditional markets. Therefore, it is essential to investigate the factors influencing the shopping habits, consumption trends, and purchasing decisions of young consumers in the traditional markets of Gia Lam district in Hanoi and Thuan Thanh town in Bac

Ninh. This research utilizes a regression model alongside survey data collected from 680 young consumers to examine the impact of various factors on the shopping behavior of young individuals at traditional markets. The findings indicate that (i) family influence, (ii) product quality, (iii) locality, (iv) socio-cultural aspects, (v) price tolerance, and (vi) support services significantly enhance the shopping choices of young consumers in the two regions of Gia Lam and Thuan Thanh.

Keywords: Product quality; locality; family; shopping behaviour; socio-cultural aspects.

Mã bài báo: JHS - 205

Ngày nhận bài sửa: 10/06/2024

Ngày nhận bài: 15/05/2024

Ngày duyệt đăng: 20/06/2024

Ngày nhận phản biện: 26/05/2024

1. Giới thiệu

Đi chợ là một câu nói cửa miệng và thói quen của người Việt Nam. Đi chợ được hiểu là đi chợ truyền thống, tại đây mọi người có thể mua được tất cả mọi thứ từ nhu cầu thiết yếu, các loại rau củ, thịt cá, đến bánh kẹo, đồ khô, quần áo, giày dép... Chúng ta có thể trực tiếp lựa chọn mặt hàng mong muốn, mặc cả (trao đổi giá) với người bán để trả giá phù hợp và thanh toán bằng tiền mặt một cách nhanh chóng. Không chỉ là nơi trao đổi mua bán, chợ còn là nơi để mọi người gặp gỡ, trò chuyện, chia sẻ câu chuyện của mình. Thậm chí, một số chợ còn gắn liền với lịch sử và là điểm nhấn của địa phương. Do đó, đi chợ không chỉ để mua bán hàng hóa mà còn là để giao lưu, gặp gỡ và gắn kết cộng đồng. Tuy nhiên, thói quen mua sắm và xu hướng tiêu dùng luôn luôn biến động theo sự thay đổi của sự phát triển công nghệ, kinh tế dẫn đến sự ra đời của các kênh mua sắm hiện đại khác như siêu thị, cửa hàng tiện lợi, sàn thương mại điện tử (TMĐT)... tạo ra sự cạnh tranh gay gắt với chợ truyền thống. Chính vì vậy, việc tìm hiểu thông tin và kịp thời nắm bắt xu thế này rất quan trọng.

Đại dịch COVID-19 đã tạo ra sự thay đổi mạnh mẽ trong hành vi của người tiêu dùng (NTD), xã hội hướng đến mua sắm online nhiều hơn, tốc độ dịch chuyển từ hành vi mua sắm offline sang online không ngừng gia tăng. “Làn sóng” này vẫn chưa hạ nhiệt ngay cả khi đại dịch đã kết thúc. Cục Thương mại và điện tử số (2023) chỉ ra quy mô thị trường TMĐT Việt Nam năm 2023 đạt 20 tỷ USD, tăng 25% so với năm 2022 và với tỷ lệ người mua sắm trực tuyến trên dân số đạt 80%, tăng 10% so với năm 2022. Tốc độ tăng trưởng TMĐT của Việt Nam được xếp vào nhóm 10 quốc gia có tốc độ tăng trưởng TMĐT hàng đầu thế

giới (tính đến tháng 12/2023 theo Statista). Đồng thời, việc phát triển mua sắm online đã đẩy nhanh sự suy giảm của thương mại truyền thống và càng đánh dấu sự trỗi dậy mạnh mẽ của TMĐT.

Cũng theo Nielsen, tính đến hết năm 2022, Việt Nam có trên 6.740 cửa hàng tiện lợi và hệ thống cửa hàng bán lẻ này dự báo sẽ còn tăng trưởng mạnh. Trong số đó, không thể không nhắc tới chuỗi cửa hàng tiện lợi Circle K, Winmart, Thế giới di động, Coop Mart... Khách hàng giờ đây ưu tiên sự thuận tiện, an toàn thực phẩm, không bán hàng nhái - hàng giả, niêm yết giá nên họ lựa chọn mua sắm tại các cửa hàng tiện lợi, siêu thị mini ở các địa điểm gần nhà hơn. Đây là lý do khiến các siêu thị mini, cửa hàng tiện lợi ngày càng được người tiêu dùng ưa chuộng. Vì vậy, đang có sự cạnh tranh ngày càng lớn giữa loại hình chợ truyền thống (chợ dân sinh) và cửa hàng tiện lợi. Do đó, cần có những giải pháp nhất định để cả hai loại cùng tồn tại và phát huy thế mạnh riêng của mình.

Chợ truyền thống với nhiều nét đẹp văn hóa đặc sắc, ấn tượng của mỗi vùng miền, địa phương và có lợi thế nhờ thói quen tiêu dùng cũng như không gian mở đặc biệt với sự đa dạng mặt hàng, hình thức bán hàng và giá thành thường rẻ hơn so với các loại hình bán hàng khác. Tuy nhiên, NTD hiện nay đang dần thay đổi thói quen mua sắm tại các siêu thị, cửa hàng tiện lợi, mua sắm online... Theo Q&Me thống kê thì “cửa hàng mặt phố chiếm tới 62%, chợ truyền thống chiếm 12% và năm 2019 thị phần này đã giảm tương ứng là 55%, và 9% và họ cũng được dự báo, thị phần sẽ giảm về 51% và 6% trong năm 2025”. Có thể thấy, chợ truyền thống đã và đang mất dần đi và nó không còn hấp dẫn như trước với một số lý do được NTD đưa ra như: hàng giả, hàng nhái, vấn đề an toàn vệ

sinh thực phẩm, hàng kém chất lượng. Ngoài ra, NTD ngày càng có yêu cầu cao hơn về chất lượng cuộc sống và họ mong đợi “chợ” phải đáp ứng được những mong muốn về tính tiện lợi, tiết kiệm, sạch sẽ và bảo vệ sức khỏe. Nếu như trước kia họ phải đi rất xa để tìm kiếm hàng hóa thì giờ đây đã xuất hiện các siêu thị, cửa hàng tiện lợi... Thậm chí, chỉ cần ở trong nhà họ cũng mua được hàng qua các sàn TMĐT. Do vậy, chợ truyền thống đã và đang bị đe dọa bởi hệ thống siêu thị, sàn TMĐT nhiều và tăng với tốc độ chóng mặt.

Chợ truyền thống - mô hình kinh doanh thương mại mang giá trị văn hóa lâu đời và nét đẹp truyền thống tại Việt Nam nếu không có sự cải tiến, thay đổi và làm hài lòng khách hàng thì sẽ bị thay thế và dần mất đi nét đẹp đặc trưng trong giá trị văn hóa nước nhà trước sự thay đổi thói quen và hành vi mua sắm của NTD, đặc biệt là giới trẻ hiện nay.

Hành vi lựa chọn nơi mua sắm của NTD trẻ đã nhận được sự quan tâm sâu sắc từ các nhà nghiên cứu trong nước như Dung & Thanh (2011); Đạo (2012); Hải & Duy (2014); Phán và nnk., (2021); Hạnh (2023)... Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện đang tập trung vào một số khía cạnh và đặc thù địa phương và cũng chưa phản ánh hết các yếu tố tác động đến hành vi lựa chọn nơi mua sắm của NTD đặc biệt là NTD trẻ.

NTD trẻ thường dễ dàng tiếp cận các thay đổi công nghệ, có xu hướng chi tiêu phóng khoáng hơn so với thế hệ trước. Và khi còn thơ bé, NTD trẻ hay bố mẹ đi chợ và từ đó hình thành một lối mòn trong hành vi của họ. Vì vậy, khi siêu thị, trung tâm thương mại nổi lên sẽ kích thích sự tò mò, khiến họ muốn đến trải nghiệm và khám phá hơn thay vì tiếp tục mua sắm ở chợ truyền thống.

Chính vì thế, việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi lựa chọn chợ truyền thống là nơi mua sắm của NTD trẻ cần được quan tâm và nghiên cứu. Những nghiên cứu này, có thể giúp các tiểu thương hiểu và có chiến lược nhằm thu hút, thúc đẩy thói quen mua sắm của NTD trẻ. Với NTD trẻ sẽ chủ yếu hướng tới sự gia tăng ý thức tự hào, bảo tồn nét đẹp văn hóa tiêu dùng và lòng yêu nước. Vì vậy, nghiên cứu này đã đề xuất 6 nhóm yếu tố tác động tới hành vi lựa chọn chợ truyền thống là nơi

mua sắm của NTD trẻ. Nghiên cứu được thực hiện tại huyện Gia Lâm - Hà Nội và thị xã Thuận Thành - Bắc Ninh.

2. Bối cảnh nghiên cứu

Huyện Gia Lâm, Hà Nội và thị xã Thuận Thành, Bắc Ninh là hai địa phương nằm ở ngoài trung tâm Thủ đô. Hai huyện này đều có vị trí địa lý trọng yếu, đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành và phát triển kinh tế khu vực, đóng góp GDP cho thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Ninh, đặc biệt là phát triển bản sắc địa phương thông qua các chợ truyền thống. Hai huyện đều nằm ở trong khu vực Đồng bằng sông Hồng, nơi có địa hình tương đối bằng phẳng, thuận tiện cho việc giao thông đi lại và tiếp cận người mua sắm. Gia Lâm và Thuận Thành là hai khu vực liên kề có đường ranh giới chung tạo điều kiện thuận cho việc giao lưu văn hóa, xã hội và kinh tế. Theo báo cáo hiện nay, huyện Gia Lâm có 116 chợ lớn nhỏ và 19 chợ lớn nhỏ của thị xã Thuận Thành. Hầu hết các chợ này đều hoạt động dựa trên nhu cầu NTD sinh sống tại đó. Các chợ truyền thống ở hai địa phương này có quy mô vừa và nhỏ, buôn bán các sản vật địa phương, phục vụ nhu cầu mua sắm hàng ngày của người dân địa phương. Với sự xuất hiện của sàn TMĐT, hệ thống siêu thị... đã đe dọa rất lớn đến chợ truyền thống ở huyện và thị xã này. Vì vậy, cần có giải pháp kịp thời giúp giữ chân khách hàng, thu hút khách hàng đặc biệt NTD trẻ đồng thời duy trì bảo tồn nét văn hóa của địa phương nói riêng và của cả nước nói chung.

3. Cơ sở lý thuyết và mô hình nghiên cứu

Theo Tuấn (2015) thì “Chợ truyền thống là khái niệm để chỉ một loại hình kinh doanh được phát triển dựa trên những hoạt động thương mại mang tính truyền thống, được tổ chức tại một điểm theo quy hoạch, đáp ứng nhu cầu mua bán, trao đổi hàng hóa - dịch vụ và nhu cầu tiêu dùng của khu vực dân cư”

Theo Thông tư số 07/2011/TT-BCT quy định danh mục hàng tiêu dùng để phục vụ việc xác định thời hạn nộp thuế nhập khẩu. Hàng tiêu dùng là những sản phẩm được NTD bình thường mua để tiêu dùng, còn được gọi là hàng hóa cuối cùng. Hàng hóa tiêu dùng là kết quả cuối cùng của quá trình sản xuất và chế tạo và là những gì người tiêu dùng sẽ thấy được lưu trữ trên kệ hàng. Quần áo, thực phẩm và đồ

trang sức... đều là những ví dụ về hàng tiêu dùng.

Theo Thông (2018), NTD trẻ nằm trong độ tuổi từ 18 đến 24 -25, tức là từ khi cá nhân có tư cách công dân độc lập và có thể tự chịu trách nhiệm với hành động của chính mình, cho đến khi lập gia đình và sẽ chịu thêm trách nhiệm với gia đình của mình nữa. Mỗi cá nhân dựa trên hoàn cảnh bản thân có thể lựa chọn ở với gia đình, một số có thể sống xa gia đình ở cùng những người bạn, một số có thể ở riêng. Do vậy, họ có cách chi tiêu mua sắm lựa chọn khác nhau. Lứa tuổi này thường xuyên có mâu thuẫn giữa khả năng tài chính còn thấp và bị phụ thuộc với nhu cầu mua sắm rất cao.

Hành vi NTD còn được hiểu là hành động của NTD liên quan tới việc mua sắm và tiêu dùng sản phẩm/ dịch vụ: tìm kiếm, lựa chọn, mua sắm, tiêu dùng sản phẩm, dịch vụ để thỏa mãn nhu cầu, từ đó đưa ra đánh giá và loại bỏ sản phẩm/ dịch vụ (Kotler & Amrstrong, 2012). Hành vi lựa chọn mua sắm, tiêu dùng là sự tương tác không ngừng biến đổi giữa sự cảm thụ và nhận thức, hành vi và yếu tố môi trường thông qua đó con người thực hiện các hành vi trao đổi (Hiệp hội Marketing Mỹ - AMA). Thuật ngữ này diễn tả hành vi mà NTD thể hiện khi tìm kiếm, mua sắm, sử dụng, đánh giá và loại bỏ sản phẩm so với kỳ vọng của bản thân. Nó có thể bao gồm các quyết định diễn ra trước, trong và sau khi các hành động đó xảy ra (Egel & Blackwell, 1973, 1992). Hành vi lựa chọn mua sắm hàng tiêu dùng là một giai đoạn trong hành vi NTD. Vì thế, hành vi lựa chọn mua sắm hàng tiêu dùng trong nghiên cứu này đề cập tới quá trình NTD trẻ hướng tới quyết định mua, sử dụng hay loại bỏ sản phẩm dưới sự tác động vô hình hay hữu hình từ các yếu tố môi trường, tâm lý, nhận thức hành vi.

Nghiên cứu này kế thừa thuyết hành động hợp lý (TRA) của hai tác giả Ajzen & Fishbein (1967) với hai yếu tố ảnh hưởng đến xu hướng tiêu dùng là “thái độ về hành vi” - đánh giá tích cực hoặc tiêu cực của NTD về một hành vi (thuộc tính của các sản phẩm như chất lượng, thương hiệu...) và “yếu tố chuẩn chủ quan” của khách hàng - có thể được đo lường thông qua những người xung quanh, những người có ảnh hưởng tới NTD trẻ như gia đình, bạn bè, đồng nghiệp (những người xung quanh đánh giá như thế nào về

sản phẩm, có thích họ mua sản phẩm đó hay không). Cũng trong nghiên cứu này, nhóm tác giả đề xuất một yếu tố dùng để đánh giá chuẩn chủ quan, đó là mức độ ảnh hưởng của những người có liên quan (gia đình) đến xu hướng hành vi của NTD và động cơ thúc đẩy NTD làm theo những người có liên quan.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng kế thừa Thuyết hành vi dự định (TPB) được phát triển bởi Ajzen (1991) đã bổ sung thêm một nhân tố - “yếu tố kiểm soát hành vi cảm nhận”. Yếu tố kiểm soát hành vi cảm nhận cho biết việc thực hiện hành vi là dễ hay khó. Điều này phụ thuộc vào các nguồn lực hiện có cũng như các cơ hội để thực hiện hành vi.

Có thể thấy, các công trình nghiên cứu trước đây đã đưa ra được một số yếu tố nhất định ảnh hưởng tới hành vi mua sắm của NTD như chất lượng sản phẩm, giá cả, ý kiến cá nhân, nhóm tham khảo... Tuy nhiên, mỗi nghiên cứu hiện đang chỉ dừng lại tại vùng miền, thành phố nhất định với những nét riêng, đặc trưng. Chính vì vậy, vẫn còn nhiều khoảng trống cho nhóm nghiên cứu khi tiếp cận về hành vi lựa chọn chợ truyền thống là nơi mua sắm của NTD trẻ hiện nay. Do đó, việc nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống của NTD trẻ tại huyện Gia Lâm - Hà Nội và thị xã Thuận Thành - Bắc Ninh mong muốn đóng góp một phần vào việc phát triển, lưu giữ bản sắc kinh doanh truyền thống và làm tôn lên nét đẹp hành vi của giới trẻ hiện nay.

Nghiên cứu tập trung vào 6 nhóm yếu tố chính (chất lượng sản phẩm, chấp nhận giá, gia đình, địa phương, văn hóa xã hội và yếu tố dịch vụ hỗ trợ) để phân tích sự ảnh hưởng tích cực của các nhóm yếu tố này tới hành vi lựa chọn mua sắm tại chợ truyền thống của NTD trẻ tại huyện Gia Lâm, Hà Nội và thị xã Thuận Thành, Bắc Ninh

* Chất lượng sản phẩm

Theo Philip Kotler (2002), người làm kinh doanh nghiên cứu hành vi người tiêu dùng với mục đích nhận biết nhu cầu, sở thích, thói quen của họ. Theo Ngọc và Hào (2018) đã đưa ra yếu tố “chất lượng” có sự tương đồng với yếu tố “sản phẩm”. Nghiên cứu cũng cho thấy “sản phẩm” có ảnh hưởng mạnh nhất đến quyết định chọn địa điểm mua sắm và đây là mối quan tâm hàng đầu của người tiêu dùng. Theo mô

hình TPB của Ajzen (1991), một trong các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của người tiêu dùng là kiểm soát hành vi. “Kiểm soát hành vi cảm nhận phản ánh việc dễ dàng hay khó khăn khi thực hiện hành vi, điều này phụ thuộc vào sự sẵn có của các nguồn lực và các cơ hội để thực hiện hành vi”. Theo Đạo (2012), sự hiểu biết (kinh nghiệm) có ảnh hưởng đến phần lớn hành vi của con người. Chất lượng sản phẩm hay còn mang nghĩa là nhận thức về chất lượng là yếu tố ảnh hưởng đầu tiên trong mô hình nghiên cứu cùng với các giả thuyết được đưa ra. Giả thuyết H1 được đưa ra như sau:

(H1): Chất lượng sản phẩm tác động tích cực đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống.

*** Chấp nhận giá**

Giá trị hay giá cả được hiểu là sự cân bằng nhận thức của NTD về giữa lợi ích của một dịch vụ mang lại và chi phí tiền tệ để sử dụng chúng. Còn theo Hải và Duy (2014), giá cả có tác động thuận chiều tới quyết định chọn địa điểm mua sắm hàng hóa của NTD. Giá trị giá cả ảnh hưởng tích cực khi NTD trẻ nhận thấy lợi ích họ nhận được nhiều hơn chi phí mà họ phải bỏ ra. Chấp nhận giá là một trong những khía cạnh của nhận thức. Nó phản ánh thái độ đối với giá của khách hàng. Mức thay đổi trong giá chấp nhận tùy thuộc vào cảm nhận của NTD... đối với mức giá đưa ra liệu có công bằng không. Nếu mức giá công bằng được đưa ra thì NTD sẽ chấp nhận và ngược lại (Zeithaml, 1984, 1988). Cũng có một số tác giả cho rằng chấp nhận giá là mức độ sẵn lòng chi trả cho sản phẩm hay dịch vụ (Ali & Mohammad, 2014). Các tác giả này đo lường mức độ chấp nhận giá của người tiêu dùng theo cách lựa chọn và đánh giá cảm nhận của họ chứ không dựa vào so sánh mức giá tham chiếu và giá thực tế nên có thể được dùng cho nhiều hoàn cảnh nhiều chủng loại sản phẩm khác nhau. Giả thuyết H2 được đưa ra như sau:

(H2): Chấp nhận giá tác động tích cực đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống.

*** Gia đình**

Theo Thông (2018) thành viên trong một gia đình có thể có nhiều thế hệ gắn bó với nhau, ảnh hưởng trực tiếp với nhau về nếp sống, cách thức sinh hoạt, quan niệm về cuộc sống và rất nhiều điều khác nữa, tạo nên “bản sắc gia đình”. Sự chăm sóc, nuôi

nấng, dạy dỗ của thế hệ trước truyền cho thế hệ sau từ khi còn là thai nhi cho đến khi trưởng thành và hơn nữa, có ảnh hưởng rất sâu sắc và căn bản đến sự hình thành quan điểm, lối sống và các định hướng giá trị của một cá nhân”. Đồng thời, gia đình như một đơn vị tiêu dùng sau cùng, cùng kiếm tiền và tiêu tiền để phục vụ cho cuộc sống chung với nhau với nhiều hơn một cá nhân liên quan đến và tham gia vào các bước của quá trình thông qua quyết định mua. Giả thuyết H3 của nhóm tác giả đưa ra như sau:

(H3): Gia đình tác động tích cực đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống.

*** Địa phương**

Theo Philip Kotler (2002), thuật ngữ “lãnh thổ” trong marketing lãnh thổ mang tính chất bao trùm, rộng lớn. Nó được thay thế lẫn nhau trong các khái niệm marketing thành thị, marketing địa phương, marketing vùng... Theo đó, trong nghiên cứu này, nhóm tác giả sử dụng yếu tố địa lý với ý nghĩa vị trí lãnh thổ thể hiện tính hấp dẫn của lãnh thổ và khoảng cách đến thị trường tiêu thụ, nó liên quan tới giá thuê và việc sử dụng đất. Việc phân phối được diễn ra khi khách hàng thực hiện hành vi tiêu dùng sản phẩm trong khu vực, nó mang tính địa phương, hình ảnh, niềm tin, ý tưởng về địa phương, sản phẩm của địa phương. Ngoài ra, nó còn liên quan tới tính gắn kết về thuộc tính lợi thế, ưu thế về tự nhiên, lịch sử cùng cơ sở hạ tầng mang lại sức hấp dẫn và hình ảnh địa phương tăng lên. Giả thuyết H4 của nhóm tác giả đưa ra như sau:

(H4): Địa phương tác động tích cực đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống.

*** Văn hóa - xã hội**

Theo Tổng thư ký UNESCO Federico Mayor (1992) thì văn hóa là tổng thể sống động các hoạt động sáng tạo của cá nhân hoặc cộng đồng trong quá khứ và hiện tại. Qua thời gian sẽ hình thành nên các giá trị, truyền thống và thị hiếu... xác định những đặc tính riêng của mỗi dân tộc, mỗi cá nhân. Văn hóa được xem là một loại nhân tố môi trường ảnh hưởng mạnh mẽ đến hành vi tiêu dùng cá nhân theo 2 cấp độ: (1) định hướng mục tiêu của NTD và (2) phản ánh bởi hệ thống giá trị, điều chỉnh một số hành vi tiêu dùng mang tính biểu tượng là chủ yếu. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này, giả thuyết H5 được nhóm nghiên cứu đưa vào là:

(H5): Văn hóa - xã hội tác động tích cực đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống.

*** Dịch vụ hỗ trợ**

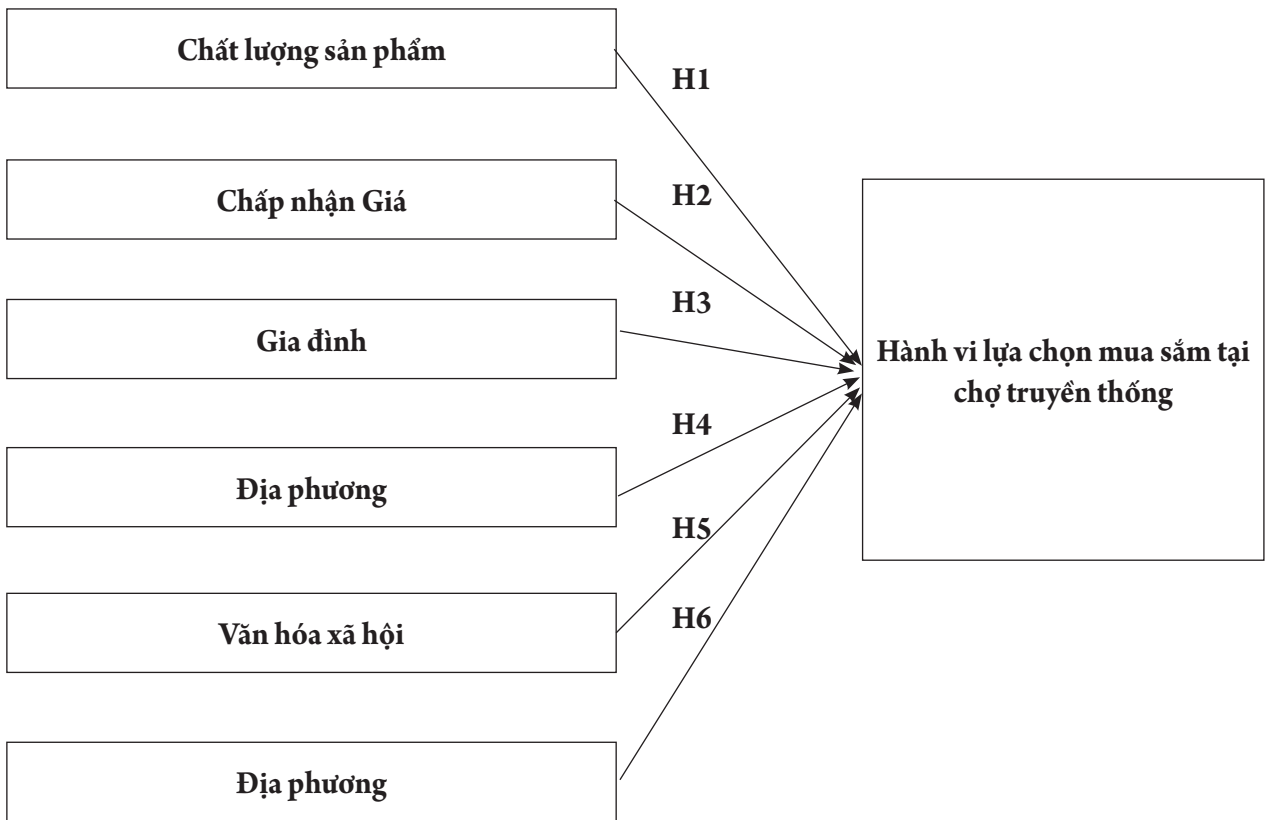
Mỗi khu vực, địa phương đều có thể mạnh riêng trong việc bảo tồn, phát huy giá trị văn hóa của mình. Chính quyền địa phương cũng ban hành nhiều cơ chế, chính sách hỗ trợ cho các hộ kinh doanh, tiểu thương thực hiện an sinh xã hội, tạo điều kiện cho các hộ kinh doanh ổn định, phát triển thương hiệu cá nhân, thương hiệu địa phương... Nhờ đó, mỗi chợ

địa phương đều có những sản phẩm địa phương đặc trưng, độc đáo. Bởi vậy, bên cạnh các yếu tố chính thì các yếu tố hỗ trợ như cơ sở vật chất, an ninh an toàn, khu vực chợ sạch sẽ, an toàn... cũng là yếu tố ảnh hưởng tới hành vi lựa chọn đi chợ của người tiêu dùng. Nghiên cứu đưa ra giả thuyết H6 như sau:

H6: Dịch vụ hỗ trợ có tác động tích cực đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống.

Từ những nội dung trình bày ở trên, mô hình nghiên cứu lý thuyết được đề xuất như hình 1 dưới đây

Hình 1. Mô hình lý thuyết



Nguồn: Nhóm tác giả đề xuất

4. Phương pháp nghiên cứu

4.1. Nghiên cứu tài liệu

Số liệu thứ cấp sử dụng trong đề tài được thu thập từ các sách báo, các công trình nghiên cứu có liên quan đã công bố. Thu thập tài liệu, số liệu, các báo cáo về tình hình kinh tế xã hội của huyện Gia Lâm, Hà Nội và thị xã Thuận Thành, Bắc Ninh. Thu thập các thông tin từ các loại sách báo, mạng Internet, các trang Web có bài viết hành vi lựa chọn

mua sắm của người tiêu dùng. Các đề tài nghiên cứu khác có liên quan.

Việc thiết kế bảng hỏi được dựa trên các nghiên cứu liên quan và có sự điều chỉnh phù hợp với nội dung và bối cảnh nghiên cứu. Nghiên cứu này có sự kế thừa và điều chỉnh thang đo của một số tác giả sau. Bảng 1 thể hiện nguồn gốc thang đo được kế thừa và phát triển để phù hợp với bối cảnh nghiên cứu về hành vi lựa chọn của người tiêu dùng trẻ tại huyện Gia Lâm và thị xã Thuận Thành:

Bảng 1. Bảng các thang đo yếu tố ảnh hưởng tới hành vi lựa chọn mua sắm tại chợ truyền thống

STT	Mã hóa	Nội dung thang đo	Tham khảo
1	SP	Chất lượng sản phẩm	Ngọc & Hào (2018)
2	G	Chấp nhận giá	Ali & Mohammad (2014)
3	GD	Gia đình	Thông (2018)
4	DP	Địa phương	Kotler (2002), Thông (2018)
5	VH	Văn hóa xã hội	Thông (2018)
6	HT	Dịch vụ hỗ trợ	Thang đo phát triển

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

4.2. Nghiên cứu định lượng

Dữ liệu được thu thập từ nhóm NTD có độ tuổi từ 16 đến 25 tuổi tại thị xã Thuận Thành và huyện Gia Lâm trong 02 tháng với 25 chỉ báo.

Quy mô mẫu: Tổng thể đối tượng của cuộc nghiên cứu này là những NTD có độ tuổi từ 16 đến 25, là những NTD trẻ hiện đang sinh sống và làm việc trên địa bàn huyện Gia Lâm và thị xã Thuận Thành.

Kích thước mẫu: Phương pháp chọn mẫu được sử dụng là thuận tiện phi xác suất để chọn. Các đơn vị mẫu là nhóm thanh niên trẻ từ 16 đến 25 tuổi trên địa bàn tại thị xã Thuận Thành và huyện Gia Lâm. Quy mô mẫu tối thiểu của nghiên cứu này là $26 \times 5 = 130$ quan sát.

Thiết kế bảng hỏi: Kế thừa từ những công trình nghiên cứu trước, nhóm nghiên cứu đã thiết

kế bảng hỏi để thu thập dữ liệu về sự ảnh hưởng của các yếu tố đến hành vi lựa chọn mua sắm tại các chợ truyền thống của giới trẻ hiện nay. Các yếu tố được lựa chọn là chất lượng sản phẩm, chấp nhận giá, gia đình, địa phương, văn hóa xã hội và dịch vụ hỗ trợ và hành vi lựa chọn mua sắm là biến phụ thuộc.

5. Kết quả nghiên cứu

Do đã chọn lọc đối tượng khảo sát nên mẫu nghiên cứu tập trung là NTD trẻ từ 16 đến 25 tuổi, do vậy thu nhập của họ nằm trong khoảng từ 2-5 triệu đồng. Mức thu nhập này là tương đối và phù hợp với mức thu nhập bình quân trong khu vực. Và hành vi lựa chọn chợ truyền thống cũng phù hợp hơn với NTD trẻ tại hai khu vực nghiên cứu.

Bảng 2. Bảng mô tả mẫu nghiên cứu

Chỉ số	Thuộc tính	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nữ	449	66
	Nam	231	34
Tuổi	16-20	178	26,2
	20-25	502	73,8
Nơi sống	Thị xã Thuận Thành, Bắc Ninh	331	48,7
	Huyện Gia Lâm, Hà Nội	349	51,3
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	81	11,9
	Học sinh, sinh viên	334	49,1
	Cán bộ, công nhân viên chức	146	21,5
	Lao động phổ thông	119	17,5

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

5.1. Phân tích hệ số tin cậy Cronbach's Alpha

Sau khi phân tích Cronbach's Alpha lần 1, các biến bị loại : A6, B4 do có tương quan với biến tổng nhỏ hơn 0,3. Kết quả kiểm định lần 2, các

thang đo trên đều có hệ số Cronbach's Alpha khá cao ($> 0,6$), hệ số tương quan biến tổng lớn hơn 0,3 (Bảng 2), do đó, được sử dụng cho phân tích EFA tiếp theo.

Bảng 3. Kết quả phân tích Cronbach's alpha và tương quan biến tổng

Biến quan sát	Cronbach's Alpha	Hệ số tương quan biến tổng nhỏ nhất	Số biến quan sát
Sản phẩm	0,874	0,567	5
Chấp nhận Giá	0,769	0,521	3
Gia đình	0,869	0,697	4
Địa phương	0,847	0,665	3
Văn Hóa	0,851	0,644	4
Yếu tố hỗ trợ	0,862	0,643	4
Hành vi lựa chọn mua sắm tại chợ truyền thống	0,835	0,5673	4

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

Kết quả trên bảng 3 cho thấy các thang đo các biến độc lập và biến phụ thuộc thông qua hệ số

Cronbach's Alpha đều đảm bảo độ tin cậy, hội tụ và phù hợp sử dụng cho các phân tích tiếp theo.

Bảng 4. Ma trận xoay 6 nhóm biến độc lập

Biến quan sát	Hệ số tải nhân số					
	1	2	3	4	5	6
A1	,790					
A2	,744					
A3	,740					
A4	,707					
A5	,678					
B1		,677				
B2		,666				
B3		,661				
C1			,640			
C2			,635			
C3			,566			
C4			,826			
D1				,795		
D2				,681		

D3				,657		
E1					,771	
E2					,737	
E3					,627	
E4						,575
F1						,652
F2						,547
F3						,544
F4						,656
Chi số KMO	0,934					
Giá trị p	0,000					
Phương sai trích tích lũy (%)	66,778					

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

5.2. Phân tích nhân tố khám phá EFA

Kiểm định Bartlett's trong phân tích nhân tố ảnh hưởng cho thấy $\text{sig} = 0,000$, hệ số KMO là 0,934 (giữa 0,5 và 1), các biến quan sát trong tổng thể có mối tương quan với nhau và dữ liệu hoàn toàn phù hợp với phân tích nhân tố (EFA).

Kết quả phân tích EFA cho thấy, với phương pháp trích nhân tố principal component, phép quay Varimax cho phép trích được 6 nhân tố từ 19 biến quan sát và phương sai trích tích lũy được 66,778% (đạt yêu cầu $> 50\%$).

Bảng 5. Kết quả phân tích nhân tố phụ thuộc

Biến quan sát	Hệ số tải nhân tố
Q1	0,780
Q2	0,777
Q3	0,772
Q4	0,722
Phương sai trích (%)	58,272

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

Kết quả phân tích tại bảng 5 cho thấy, với phương pháp trích nhân tố principal component, phép quay Varimax cho phép trích được 1 nhân tố từ 4 biến quan sát và phương sai trích tích lũy được 58,272% ($> 50\%$). Do vậy yếu tố phụ thuộc này đạt yêu cầu.

5.3. Phân tích tương quan

Ma trận tương quan ở bảng 5 trình bày các hệ số tương quan Person (r) giữa các biến nghiên cứu và mức ý nghĩa của từng hệ số đó. Mức ý nghĩa của các hệ số rất nhỏ ($\text{sig} = 0 < 0,05$) nên các hệ số tương quan có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Tương quan giữa các yếu tố lựa chọn chợ truyền thống của NTD trẻ và hành vi lựa chọn mua sắm

		D	Q	A	B	C	E	F
D	Pearson Correlation	1	,767**	,749**	,795**	,820**	,724**	,783**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	680	680	680	680	680	680	680
Q	Pearson Correlation	,767**	1	,712**	,746**	,721**	,576**	,698**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	680	680	680	680	680	680	680
A	Pearson Correlation	,749**	,712**	1	,768**	,654**	,569**	,688**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	680	680	680	680	680	680	680
B	Pearson Correlation	,795**	,746**	,768**	1	,810**	,690**	,782**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	680	680	680	680	680	680	680
C	Pearson Correlation	,820**	,721**	,654**	,810**	1	,813**	,834**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	680	680	680	680	680	680	680
E	Pearson Correlation	,724**	,576**	,569**	,690**	,813**	1	,792**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	680	680	680	680	680	680	680
F	Pearson Correlation	,783**	,698**	,688**	,782**	,834**	,792**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	680	680	680	680	680	680	680
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

5.4. Phân tích hồi quy tuyến tính

Bảng 7. Mức độ giải thích của mô hình

Mô hình	R	R ²	R ² hiệu chỉnh	Sai số ước lượng	Hệ số Durbin-Waston
1	0,885a	0,782	0,782	0,355	1,911
Biến độc lập: A, B, C, D, E, F					
Biến phụ thuộc: Q					

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

Bảng 7 cho thấy R² hiệu chỉnh bằng 0,782 có nghĩa là 78,2% sự biến thiên của Q (Hành vi lựa chọn mua sắm) được giải thích bởi sự biến thiên của 6 biến độc lập A, B, C, D, E, F. Ngoài ra, kiểm định Durbin-Watson (d) cho thấy kết quả d=1,911 (1 < d < 3), vì vậy không có tương quan giữa các phần dư.

Bảng 8. Mức độ phù hợp của mô hình: Phân tích phương sai ANOVA

Mô hình		Tổng bình phương	Bậc tự do (df)	Trung bình bình phương	F	Sig.
1	Hồi quy	305,618	6	50,936	403,295	,000b
	Phần dư	85,000	673	,126		
	Tổng	390,618	679			
Nguồn: Kết quả phân tích dữ liệu khảo sát a. Biến phụ thuộc: Q						
b. Biến độc lập: hằng số A, B, C, D, E, F.						

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

Trong bảng phân tích phương sai, trị số F có mức ý nghĩa với Sig= 0,000 (<0,05), mô hình hồi quy tuyến tính đưa ra là phù hợp với dữ liệu thực tế thu nhập được và các biến đưa vào đều có ý nghĩa trong thống kê với mức ý nghĩa 95%.

Bảng 9. Thống kê phân tích các hệ số hồi quy

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	0,217	0,067		3,227	0,001		
	D	0,182	0,026	0,212	7,020	0,000	0,356	2,809
	A	0,194	0,027	0,217	7,201	0,000	0,355	2,815
	B	0,089	0,036	0,094	2,486	0,013	0,228	4,391
	C	0,263	0,038	0,289	6,936	0,000	0,186	5,364
	E	0,107	0,031	0,115	3,455	0,001	0,291	3,436
	F	0,077	0,036	0,080	2,122	0,034	0,226	4,424

Nguồn: Dữ liệu phân tích của nhóm tác giả

Hệ số phóng đại phương sai VIF (Variance Infation factor) đạt giá trị lớn nhất là 5,364 (nhỏ hơn 10) cho thấy các biến độc lập không có hiện tượng đa cộng tuyến.

Biểu đồ tần số của phần dư chuẩn hóa cho thấy phân phối chuẩn của phần dư xấp xỉ chuẩn Mean = 2,57E-16 (giá trị trung bình gần bằng 0) và có độ lệch chuẩn = 0,996 (gần bằng 1), giả thuyết phân phối chuẩn của phần dư không bị sai phạm. Biểu đồ tần số P-P cho thấy các điểm của phần dư

phân tán không cách xa mà phân tán ngẫu nhiên xung quanh đường chéo (đường thẳng kỳ vọng), giả định về phân phối chuẩn của phần dư được thoả mãn. Đồ thị phân tán có sự phân tán đều, giả định phương sai không đổi của mô hình hồi quy không bị vi phạm. Qua các kết quả kiểm định trên cho thấy các giả định của hàm hồi quy tuyến tính không bị vi phạm và mô hình hồi quy đã xây dựng là phù hợp với tổng thể. Mô hình hồi quy chưa chuẩn hóa có dạng như sau:

$$Q=0,217+0,263C+0,194A+0,182D+0,107E+0,089B+0,077F$$

Viết lại mô hình theo nội dung các yếu tố mã hóa

$$Y=0,217+0,263GD+0,194SP+0,182DP+0,107VH+0,089G+0,077HT$$

Trong đó:

GD: Gia đình

SP: Chất lượng sản phẩm

DP: Địa phương

VH: Văn hóa xã hội

G: Chấp nhận Giá

HT: Dịch vụ hỗ trợ

Y: Hành vi lựa chọn mua sắm

6. Kết luận

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các thang đo khảo sát có độ tin cậy tương đối cao, các câu hỏi đều khá rõ nghĩa và dễ hiểu. Chính vì vậy, kết quả nghiên cứu đều khẳng định 6 nhóm giả thuyết đưa ra và được chấp nhận. Điều này cho thấy, NTD trẻ vẫn rất quan tâm tới lựa chọn chợ truyền thống là nơi mua sắm. Có thể thấy, nhóm yếu tố có ảnh hưởng đến hành vi lựa chọn chợ truyền thống của NTD trẻ tại huyện Gia Lâm - Hà Nội và thị xã Thuận Thành - Bắc Ninh theo mức độ ảnh hưởng giảm dần từ nhóm yếu tố gia đình ($H3=0,289$), chất lượng sản phẩm ($H1=0,217$), địa phương ($H4=0,212$), văn hóa xã hội ($H5=0,115$), chấp nhận Giá ($H2=0,036$), dịch vụ hỗ trợ ($H6=0,08$).

Dựa vào kết quả này, nhóm nghiên cứu cũng đề xuất một số giải pháp phát triển đồng bộ cho các tiểu thương tại các chợ truyền thống. Để có thể thu hút khách hàng trẻ tới chợ, các hộ kinh doanh cần chú trọng vào chất lượng sản phẩm, nguồn gốc sản

phẩm, đảm bảo giá thành phù hợp với mức độ an toàn vệ sinh thực phẩm, bán hàng có thương hiệu... Cùng với đó là sự thay đổi và hỗ trợ từ phía chính quyền địa phương về các cơ sở hạ tầng, thanh toán không dùng tiền mặt, giao hàng tại nhà... cũng như kiểm soát về chất lượng, giá cả sản phẩm đặc sản địa phương. Ngoài ra, cần đảm bảo sự an ninh, an toàn cho NTD trẻ khi đi mua sắm tại chợ.

Hiện nay, với sự lên ngôi của thế hệ “gen Z”, việc tiêu dùng không chỉ dừng lại ở nhu cầu vật chất, mà còn mở rộng sang việc tìm kiếm những trải nghiệm ý nghĩa và sự thỏa mãn tinh thần. Vì vậy, các tiểu thương cũng cần phải tập trung vào việc kết hợp giữa chất lượng sản phẩm và chiến lược tiếp thị, đa dạng hình thức thanh toán và chăm sóc khách hàng, cùng với việc nhấn mạnh vào việc mang lại một giá trị văn hóa dân tộc riêng kết hợp với văn hóa cá nhân. Sự trung thành và độc đáo trong thiết kế là những yếu tố then chốt giúp thương hiệu gìn giữ được sự ủng hộ từ NTD và củng cố vị thế của mình trên thị trường đầy cạnh tranh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ajzen, I. & Fishbein M. (1969, 1975). *Belief, attitude, intention and behavior. An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc
- Ajzen. (1991). *The theory of Planned behavior, Organization behavior human decision process* (pp. 50)
- Ali & Mohammad. (2014). The effect of perceived price fairness through satisfaction and loyalty on international tourist's price acceptance of Islamic Iranian art product. *Education, Business and Society, contemporary middle eastern*
- Cục thương mại điện tử và kinh tế số. (2023). *Sách trắng thương mại điện tử Việt Nam năm 2023*. <https://valoma.vn/wp-content/uploads/2024/05/BCTMDT2023-file-31-1-pdf.pdf>
- Cổng thông tin điện tử huyện Gia Lâm. <http://gialam.hanoi.gov.vn>
- Cổng thông tin điện tử tỉnh Bắc Ninh. <https://bacninh.gov.vn>
- Dung, N.T.P., & Thanh, B.T.K. (2011). So sánh hành vi lựa chọn nơi mua sắm của người tiêu dùng đối với loại hình siêu thị và chợ truyền thống: Trường hợp ngành hàng tiêu dùng tại thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ*
- Đạo, T.M. (2012). *Giáo trình Marketing căn bản*. NXB Đại học Kinh tế quốc dân, Hà Nội
- Egel, J. & Blackwell. (1973, 1992). *Consumer behavior*. 2nd Holt, Rinehart & Winston, New York

- Kotler. (2002). *Marketing Asian places*, Singapore
- Kotler & Armstrong. (2012). *Nguyên lý tiếp thị*. NXB Lao động xã hội
- Hải, L.T.Đ., & Duy, V.L. (2014). Phân tích hành vi mua sắm của người tiêu dùng ở chợ truyền thống và siêu thị tại thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ*, 30, 1-7
- Hạnh, N.T.H. (2023). *Giải pháp đưa chợ truyền thống hội nhập sản thương mại điện tử*. Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh
- Ngọc, N.V., & Hào, V.D.N. (2018). Các yếu tố ảnh hưởng đến sự lựa chọn giữa siêu thị và chợ truyền thống của người tiêu dùng Nha Trang, *Tạp chí Công thương*. <https://tapchicongthuong.vn/cac-yeu-to-anh-huong-den-su-lua-chon-giua-sieu-thi-va-cho-truyen-thong-cua-nguoi-tieu-dung-nha-trang-54322.htm>
- Nghiên cứu thị trường Việt Nam Q&Me: <https://qandme.net/vi/baibaocao/bao-cao-tong-hop-kinh-te-thi-truong-vietnam-nam-2021.html>
- Phán, N.T., và nnk. (2021). Phân tích các nhân tố ảnh hưởng đến hành vi lựa chọn chợ truyền thống và siêu thị: trường hợp nghiên cứu NTD sản phẩm rau ở thành phố Huế. *Tạp chí khoa học quản lý và kinh tế*, trường Đại học Kinh tế, đại học Huế, 18
- Thông, V.H. (2014, 2018). *Hành vi người tiêu dùng*. Nhà xuất bản Đại học Kinh tế Quốc dân.
- Tuấn, N.A. (2015). *Giải pháp phát triển chợ truyền thống tại thành phố Đà Nẵng*. Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Kinh tế, Đại học Đà Nẵng
- Zeithaml. (1984). Issues in conceptualizing and measuring consumer response to price. *NA Advances in consumer research*, 11
- Zeithaml. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a mean end model and synthesis of evidence. *The Journal of marketing*.

QUY ĐỊNH BÀI VIẾT GỬI ĐĂNG TRÊN TẠP CHÍ NGUỒN NHÂN LỰC VÀ AN SINH XÃ HỘI CỦA TRƯỜNG ĐẠI HỌC LAO ĐỘNG – XÃ HỘI

I. HÌNH THỨC CỦA BÀI BÁO

- Bài viết bằng tiếng Việt, soạn thảo trên Word, font Times New Roman (Unicode); cỡ chữ 12; trên khổ giấy A4; lề trên, dưới, trái, phải: 2,54 cm; giãn dòng: 1,5 lines. Mật độ chữ bình thường, không được nén hoặc kéo giãn khoảng cách giữa các chữ.
- Nội dung bài viết cô đọng, súc tích, theo cấu trúc của bài báo khoa học; không quá 15 trang đánh máy giấy A4 (bao gồm cả bảng biểu, hình vẽ, chú thích, tài liệu tham khảo).

II. KẾT CẤU VÀ CÁC THÀNH PHẦN NỘI DUNG CỦA BÀI BÁO

- 1. Tên bài báo:** tên bài báo cần phải ngắn gọn (không nên quá 20 chữ/words), rõ ràng và phải phản ánh nội dung chính của bài báo. Tên bài báo phải viết chữ in hoa, cỡ chữ 12, in đậm, căn giữa trang.
- 2. Tên tác giả, cơ quan công tác, địa chỉ email** (Trường hợp có nhiều tác giả cũng nêu đầy đủ).
- 3. Tóm tắt bài viết:** phần tóm tắt bài báo gồm 2 phần tiếng Việt và tiếng Anh. Tóm tắt bằng tiếng Việt có độ dài từ 150 đến 250 từ, phản ánh khái quát những nội dung chính trong bài báo và thể hiện rõ những kết quả, đóng góp, điểm mới của bài báo.
- 4. Từ khóa:** từ khóa là những từ được cho là quan trọng đối với nội dung nghiên cứu đặc trưng cho chủ đề của bài viết đó. Tác giả đưa ra một số từ khóa (khoảng 3 - 6 từ khóa) của bài viết. Từ khóa có cỡ chữ 12, chữ thường, cách mỗi từ là dấu phẩy.
- 5. Nội dung bài báo:** có thể có hình thức khác nhau nhưng đảm bảo các nội dung sau: Giới thiệu; Tổng quan nghiên cứu và hoặc cơ sở lý thuyết; Phương pháp nghiên cứu; Kết quả nghiên cứu (Thực trạng vấn đề nghiên cứu); Kết luận hoặc /và giải pháp/khuyến nghị/hàm ý và Tài liệu tham khảo.

III. CÁC QUY ĐỊNH VỀ KỸ THUẬT TRÌNH BÀY

1. Quy định về đánh số đề mục

Trong phần nội dung chính của bài viết, các đề mục lớn phải là chữ in đậm, căn trái và được đánh số liên tục theo chữ số Ả-rập. Các tiểu mục cấp 1 (ví dụ: 1.1) là chữ in đậm và nghiêng. Các tiểu mục cấp 2 (ví dụ: 1.1.1) là chữ in nghiêng nhưng không in đậm.

2. Quy định về trình bày bảng biểu, hình vẽ, ký hiệu, công thức

Quy định trình bày bảng, hình vẽ

- Các bảng dữ liệu trình bày trong bài báo được ghi thống nhất là Bảng. Các bảng dữ liệu phải là định dạng bảng (table) trong phần mềm Microsoft Word.
- Các đồ thị, biểu đồ, sơ đồ trong bài báo được ghi thống nhất là Hình.
- Các bảng/hình trong bài báo phải được dẫn nguồn.

3. Quy định về trình bày trích dẫn, tài liệu tham khảo

Việc trích dẫn tài liệu tham khảo được thể hiện ở trích dẫn trong bài và tài liệu tham khảo. Tạp chí áp dụng cách trích dẫn kiểu APA.

IV. HÌNH THỨC GỬI BÀI, NHẬN BÀI

Bài viết gửi về Ban Biên tập theo địa chỉ email: tapchinguonnhanluc@ulsa.edu.vn

- Quy định thể lệ viết bài Tạp chí, tác giả vui lòng xem chi tiết tại website của Trường: <http://ulsa.edu.vn/>

