

Country Report

VIETNAM

Independent semi-annual information on politics,
economy and society of a country in transition

No1 | 2020



Vietnam as an Ageing Society

Phiên bản tiếng Việt từ trang 129



THANH NIEN PUBLISHING HOUSE

Add: 64 Ba Trieu, Ha Noi City | Tel: (024) 62631704

Website: nxbthanhvien.vn | **Email:** info@nxbthanhvien.vn

Branch: 145 Pasteur, Ward 6, District 3, Ho Chi Minh City | Điện thoại: (028) 39106963

Country Report Vietnam

Independent semi-annual information on politics, economy and society of a country in transition Vietnam as an ageing society.

Responsible for Publication:

Director - Chief editor: Le Thanh Ha

Editor: Nguyen Tien Thang

In cooperation with Hanns Seidel Foundation

Unit 703, Opera Business Center, 60 Ly Thai To, Hanoi, Vietnam

Cover design & Layout: Green Media Trading JSC.,

Print-run 200, format 20,8 x 29,5 cm, at Ha Phat printing JSC.,
Add: No.6 Ngoc Ha, Doi Can Ward, Ba Dinh District, Ha Noi City.

Publishing licence: 4467-2020/CXBIPH/10-114/TN

Printing & Deposting duty copies in 1/2021.

All rights, including the right of reproduction, dissemination and translation, reserved. The copyright and responsibility for publishing of this publication lies with the editors of the report.

While the Hanns Seidel Foundation provided financial and technical support to this publication, the opinions expressed in the contributions to this publication are the personal opinions by the named authors only and do not necessarily reflect the official views of the Hanns Seidel Foundation, the University of Social Science and Humanities, and/or Justus-Liebig University Giessen.

About the Hanns Seidel Foundation

The Hanns Seidel Foundation (HSF) is a German political foundation and was established in Munich (Germany) in 1967. Currently, HSF implements over 80 projects in 60 countries around the globe. HSF is committed to democracy, peace, and development. The work of HSF is based on a human ideal that includes free personality, development, and autonomy as well as social responsibility and solidarity. HSF has been involved in projects in Vietnam for three decades. Since the establishment of a representative office in Hanoi in 2011, HSF has been strengthening its cooperation with Vietnamese partners for a social, economic and institutional development that focuses specifically on social protection as well as on sustainable development and inclusive governance.

Follow HSF Vietnam on Facebook for more information and regular updates about our work: <https://www.facebook.com/HSF.Vietnam>



Michael Siegner

Resident Representative of the Hanns Seidel Foundation in Vietnam

Foreword

While walking through the streets of Hanoi, it is almost impossible not to explore something new every week. Hardly any other country has been changing and developing as rapidly as Vietnam in the last decade. Since the so-called Doi Moi reform policy, initiated in 1986, Vietnam has experienced remarkable economic growth that has had a lasting effect on society. Together with the changes in the economic sphere came new challenges in the context of social protection and social security. The importance of traditional social safety nets connected to families and relatives has slowly declined. While living standards and economic opportunities have improved for the vast majority of the Vietnamese population, a myriad of challenges remain.

Against this background, the work of the Hanns Seidel Foundation (HSF) in Vietnam has been emphasizing the need for suitable policies enhancing social inclusion and social security. For over 10 years, HSF Vietnam has cooperated with various stakeholders on international best practices and policy recommendations in the context of social policy. This edited volume provides a new layer of HSF's engagement. While HSF will continuously work with think tanks and the stakeholders relevant for social policy, we are delighted to support a broader academic debate revolving around issues that are at the nexus of sustainable and equitable social development. This Country Report on Social Policy in Vietnam is the product of this support and I would like to thank the University of Social Science and Humanities Hanoi (USSH) and the Justus-Liebig University Gießen (JLU) for the excellent cooperation. This Country Report aims to produce academic but policy-oriented research on Social Policy in Vietnam, while targeting a broader audience of interested stakeholders through brief yet comprehensive introduction papers on timely topics that focus on the various challenges for an overall social security framework in Vietnam.

I would like to thank everyone who has been involved in the success of this volume. Here I would like to specifically thank PD Dr. Detlef Briesen of the JLU Gießen and Prof. Dr. Pham Quang Minh of the USSH for the overall coordination of the project. Further, I would like to thank Dr. Nguyen Thi Thuy Trang of the USSH for the constant support and all authors who contributed to the volume. Finally, a special thanks goes to Magdalena Knödler for all the work and energy that you put into this project.



Michael Siegner

Editorial



Detlef Briesen



Pham Quang Minh

Vietnam is a country in Southeast Asia that has undergone extensive political, social, and economic changes over the past three decades. The country has also found a new place as a regional middle power in foreign policy. However, this enormous rise from the group of the world's poorest countries to a new "tiger economy" is counterbalanced by a huge information deficit: Vietnam is still often identified abroad with its painful past, and at home, outdated communication structures still hinder a better level of information. We want to help remedy this deficit: For this reason, the University of Social Science and Humanities, Hanoi, Vietnam National University (USSH), and the Justus Liebig University of Giessen (JLU), Germany, are now publishing a country report on Vietnam twice a year, starting with this issue.

In future, our Country Report Vietnam will address important problem areas and fundamental questions of contemporary Vietnam in thematic issues, such as "Vietnam as an ageing society" in this first issue. Many non-insiders will be surprised to learn here that the general ageing process of the population, which one would rather expect to find in Europe or Japan, has long since reached Vietnam. It will pose considerable challenges for national social policy in the future. Hence, our country report is directed both to experts and to a broader audience, which is also generally more interested in Vietnam today. The Country Report will therefore be published here and in the future in two languages, English and Vietnamese, and in a third part will also contain selected information from the ongoing social monitoring as well as references to events and publications.

Our country report is independent, it is based on the scientific information obligations of the participating universities. This does not mean, however, that support from donors has not been or will not have to be obtained in the future. Especially for this issue, and two following ones on environmental policy and parliamentary government work, we would therefore like to thank the Hanns-Seidel-Foundation, Munich, Germany (HSS), for its generous support. In the future, other institutions may also become involved in our work if they appreciate our independence in the same exemplary way as Hanns-Seidel-Foundation.

Hanoi/Giessen in December 2020.

Detlef Briesen

Pham Quang Minh

<https://www.ussh.vnu.edu.vn>

<https://www.uni-giessen.de>

Contents

BASIC ARTICLE: Social Policy in Vietnam for an Ageing Population	11
Detlef Briesen/Pham Quang Minh	
Demographic Change in Vietnam	21
Nguyen Duc Vinh	
Elderly People and the Pension in Vietnam	33
Nguyen Tuan Anh/Nguyen Thi Kim Nhung	
Ageing and Health	45
Nguyen Thu Huong	
Social Care in Vietnam – a General Overview	59
Nguyen Thi Thai Lan	
The Role of Social Organizations in Implementing Social Welfare Policies toward the Elderly in Vietnam	69
Nguyen Huu Minh/Le Thuy Hang	
Changing Images of Old Age	83
Nguyen Thi Thuy Hang/Dang Anh Dung	
Ethnic Minorities and Social Policy in Vietnam	95
Vu Dinh Muoi	
Population Policy in Transition	103
Luu Bich Ngoc	
Monitoring, Publications and Events	117
Nguyen Thi Thuy Trang	

BASIC ARTICLE:

Social Policy in Vietnam for an Ageing Population

● Detlef Briesen/Pham Quang Minh

1. The Demographic Transition, a Challenge for Social Policy

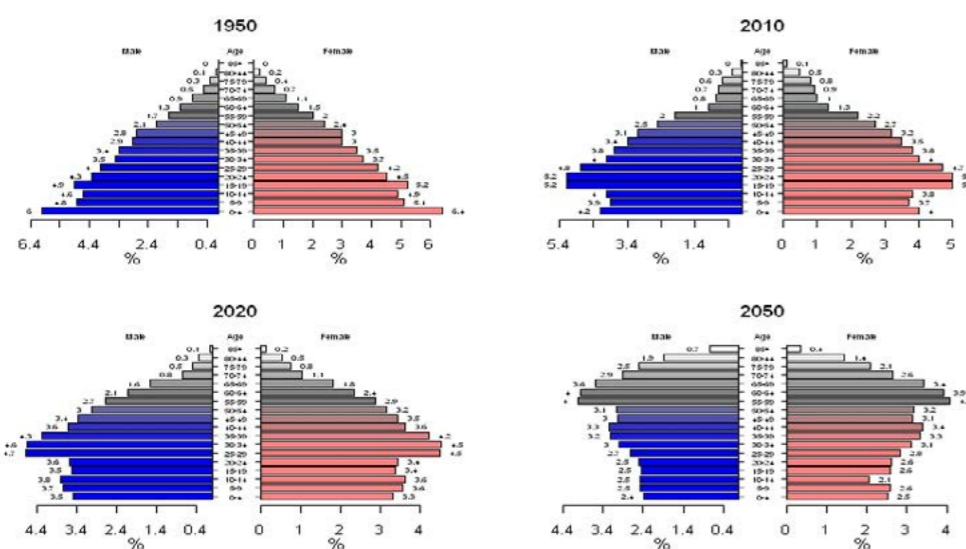
The first issue of the Country Report deals with a central area of domestic policy, the state's contribution to social security for the population through an active social policy. In more detail, this issue of the Report examines a new socio-political challenge for Vietnam, the increasing number of senior citizens. There are only two data on this: While in 1979 just under 7% of Vietnam's population was 60 years and older, conservative estimates suggest that this figure will rise to 26% in 2049. This volume is devoted to a new problem for Vietnam. It is the result of rapid social change which has taken place in Vietnam over the last 30 years, particularly in three areas:

- Vietnam's economic performance has increased enormously since the mid-1980s. The country has developed considerably: from one of the poorest in the world to a member of what the World Bank calls the Low Middle Income Countries. Large sections of the population have benefited from this economic growth.
- Parallel to the increasing prosperity, the living conditions of the Vietnamese have changed significantly. Improvements in nutrition, housing and health care have led to the Vietnamese reaching a higher average age.
- At the same time, the family structure has changed; many families today have far fewer children. As a result, the relationship between the individual age groups or the composition of society in terms of the various age groups has changed: The percentage of young people has fallen, and the percentage of old people has increased rapidly.

In the future, it is expected that the relationship between age groups will change not only relative to each other but also in absolute terms. In not too distant future fewer and fewer young people will be facing a growing number of old people. Such a change can best be illustrated by comparing past, present and future so-called age pyramids.



Vietnam's Population Pyramid in 1950, 2010, 2020 and 2050¹



Vietnam is thus in a process that international research refers to as demographic transition. This denotes a three-stage, demographic transition process that has taken place or is taking place according to the same pattern all over the world. The starting point for this development is Western Europe, from where the demographic transition first spread to other industrialised countries and has now reached East and South-East Asia.

1. The starting point of the demographic transition is the historical societies of Western Europe in the early 18th century. Until then, the population grew only very slowly, if at all. Although there were many more births than today, there were also much higher death rates, especially due to exorbitant mortality among infants and young children, infectious diseases even among the older population, and periodic famines. Hardly anyone became much older than 60 years.
2. In the second half of the 18th century, the population in Western Europe began to increase, initially because the marriage regulations of feudal society were no longer observed. It was only after 1850 that the general quality of life was improved through secured or better food, clothing, and housing and finally through medical care. This led above all to the fact that more children than before survived the critical period until the age of 6. As the birth rate remained high, the population began to grow. However, a higher age beyond the seventh decade of life was rarely reached.
3. After the Second World War, living conditions of people in the industrialised countries continued to improve. As a result, the average age of the population has now risen steadily. However, especially since the 1960s, fewer and fewer children have been born because of changes in women's understanding of their roles. Since then, this decline in births has led to ever higher proportions of ever older people in the total population. Depending on the country, not only is the total population stagnating, but in many cases a drastic shrinking of the population is to be expected.

This global demographic transition has now reached Vietnam, albeit with a significant historical lag, particularly in relation to Western Europe. In fact, for some years now, the demographic change has been taking place nowhere in South East Asia as rapidly as in Vietnam. Over the next 30 years it is therefore likely that the proportion of Vietnamese aged over 60 years or over 80 years will increase significantly. This transition from an on average young and growing population to an on average older and perhaps even declining population is an ambivalent process: It opens new opportunities, but also poses numerous challenges for Vietnam. New concepts are needed: to name but a few, for employment, pension system, social life, health care and nursing. It is therefore more than advisable that Vietnam develops an innovative social policy for an ageing society to a greater extent than in hitherto. This draws attention to the objectives and instruments of modern social policy and how an innovative policy coping with ageing can be integrated into the social policy activities in Vietnam to date.

To begin with, here in this basic article, essential information is therefore provided on the possibilities of state social policy in general and on its specific features in Vietnam. This information is of central importance for understanding a social policy which in future will have to focus more on the needs of older people, better: or for a society as a whole, which will have significantly different structures than those of today.

The Vietnamese population: Rapid growth of the "oldest old"

Age group (% total population)	1979	1989	1999	2009	2019	2029	2039	2049
60-64	2.28	2.40	2.31	2.26	4.29	5.28	5.80	7.04
65-69	1.90	1.90	2.20	1.81	2.78	4.56	5.21	6.14
70-74	1.34	1.40	1.58	1.65	1.67	3.36	4.30	4.89
75-79	0.90	0.80	1.09	1.40	1.16	1.91	3.28	3.87
80+	0.54	0.70	0.93	1.47	1.48	1.55	2.78	4.16
Total	6.96	7.20	8.11	8.69	11.78	16.66	21.37	26.10

Source: Population and Housing Census 1979, 1989, 1999, and 2009; GSO (2010)

2. Public Social Policy – Definitions and General Principles

State social policy, and especially its consequences for sub-sectors of society, are highly controversial in political discourse in many countries. There is no doubt that there are undesirable developments based on social policy measures. However, pure cost-benefit analyses, on which many critical contributions to the debate are based, do not accurately depict the most important social effects of social policy: For the main lines of the discussion on social policy, whether covert or overt, are ideologically oriented. The question is to what extent social conditions should be regulated by the market or the state. However, it is precisely in this alternative that there is a strong argument for state social policy, because its most important goal is to guarantee security. However, *security* is a central good that markets can neither provide nor, according to the ideas of the *market radicals*, should provide at all: Social security is an economic good that eludes the functional logic of markets.

Irrespective of all the criticism, which is partly justified, social policy is thus an important and highly relevant area of state action in terms of public policy. Its starting point is the use of certain political instruments to improve living conditions, i.e. the economic and social position of groups of people who are regarded as weak. Weakness is defined either in absolute terms, for example regarding life risks, or in relation to various population groups, for example as marginalised in respect of economic income or social standing. Weakness or disadvantage of individual population groups results in social inequality, a basic characteristic of human societies. Today, the main objective of state social policy is to reduce or balance this inequality. Its historical background is the fundamental economic, social, and political changes that took place worldwide since the late 18th century. Three factors were important for the emergence of public social policy in particular:

- Traditional forms of social solidarity – such as guilds, extended families, or charitable religious institutions – were destroyed or proved to be no longer effective enough.
- New social issues related to life risks and marginalisation were emerging, such as the industrial and colonial agricultural workforce in Western Europe and South-East Asia, today people in precarious employment and the chronically ill or urban poor and the population in remote areas.
- Modern state with its manifold tasks and extensive resources was established; the fact that social policy has become one of its most important tasks in many countries was due to a corresponding politicisation of the population. It politically asserted its claims to more comprehensive participation and services, in Western Europe against the authoritarian state, in Vietnam against the usurpation of state power by France.



State social policy is thus, on the one hand, a consequence of the emergence of modern states with industrial and service societies, and on the other hand a basic prerequisite for their existence. Social policy aims at more than just the sheer balance of life risks and disadvantages. For, as today's conditions in some countries show – without successful social policy, considerable social distortions are created:

- The existence of people without income or income opportunities, of children, senior citizens, the sick, disabled, and unemployed, is not secure.
- There is no social justice, because without social equalisation extreme differences in income and wealth develop.
- Without state regulation, market failure and gaps in provision occur, especially in private security systems against life risks.

The examples show that without state social policy, extreme social divisions endanger the social peace in a society. From a socio-political point of view, peace is a highly valuable good; in international terminology it is therefore considered one of the most important final or primary objectives of social policy. Other final goals include ensuring minimum social standards and enforcing social justice. In the Federal Republic of Germany, for example, the following final objectives have been defined to realise the societal model of the welfare state:

- Securing and increasing material freedom by securing individual employment opportunities, a system of social security and a policy of poverty reduction,
- implementation of social justice through initial and distributive justice,
- securing social peace by balancing social inequalities.

However, the primary objectives do not yet indicate how they can be achieved in practice. Therefore, another term widely used in research is that of (secondary) instrumental goals based on impact assumptions. Such instrumental goals include, for example

- Protection and restoration of health through worker protection and health insurance,
- creation, safeguarding and improvement of professional and earning capacity as a basis for self-responsible livelihood security through education and labour market policy,
- ensuring human dignity and the conditions for the free development of the personality through housing, youth, and old-age policy,
- social security against life risks by ensuring a humane minimum subsistence level,
- balancing differences in income and wealth through a policy of social redistribution, for example through education, family, wealth, and housing policy.

State social policy has a wide range of instruments at its disposal to achieve such instrumental goals. As a rule, they are legally based on laws and regulations. A distinction can be made in particular:

- regulatory social policy, i.e. the legally defined protection of employees, children, young people, mothers, and severely disabled persons,
- targeted state intervention in markets, especially in the labour and housing markets,
- measures to promote social balance, for example through education and property policy,
- the achievement of general socio-political objectives, by promoting low-income groups, those less well educated, families, women, and minorities,
- and particularly social security systems against life risks.

In general, the latter social security systems are the focus of state social policy. Social security systems against life risks are defined by an international convention, the International Labour Organisation (ILO) Convention No 102 on Social Security (Minimum Standards) of 1952,² which is considered to be the most important convention on social security as it is the only international instrument based on fundamental principles of social security and sets globally agreed minimum standards for all nine areas of protection against life risks. These areas are:

- medical care, sickness benefit, unemployment benefit, retirement pension, benefits in the event of accidents at work, for families, for pregnancy, for invalidity and for survivors.

A modern social policy seeks to achieve these instrumental objectives as a matter of priority, which encounters different difficulties from one country to another.

3. Social Policy in Vietnam since Doi Moi

This is also reflected in Vietnam's social policy. Until the end of the 1980s, the Socialist Republic of Vietnam faced considerable social challenges arising from the legacy of the colonial period, the Second World War and the three wars in Indochina. After almost 50 years of war, large parts of Vietnam were destroyed, and the population suffered socially, economically, healthily, and psychologically from the consequences of the fighting. However, with the gradual abandonment of economic policies modelled on those of the Eastern bloc, initiated by the so-called Doi Moi reforms of 1986, significant economic and social change began. It also brought about profound changes in social policy, moving away from addressing the needs of the population in war and post-war times to the challenges of a dynamic society in a process of rapid economic growth. Since the early 1990s, Vietnamese social policy has been concerned with nothing less than developing new concepts in a

largely changed environment: from a war economy to international integration, from a socialist state economy to a so-called socialist market economy, from the social misery of the war and post-war period to the increased level of prosperity that has become more and more apparent, especially in the last decade. In view of such major challenges – changes in the labour market, changes in the social structure, the emergence of new social strata, the decline in the importance of the extended family – the Vietnamese government has become much more active in the area of socio-political reforms, especially since around 2010.

The basic approach to social policy in Vietnam today, as in other countries where proactive social policy exists, is characterised by a mixture of various final and instrumental objectives and social policy instruments. The most important principle is the move away from the concept of (emergency) care by the state towards, if possible, helping people to help themselves. As is widely accepted internationally, Vietnam's most important final socio-political goal is to enable the population to protect itself against life risks. The above-mentioned ILO agreement was the inspiration for this, although Vietnam has not yet signed this convention as of 05.09.2020. Nevertheless, the 5th Plenum of the XI Central Committee of the Communist Party of Vietnam expressed exactly this socio-political concept in its resolution *Some Social Policies for 2012–2020* – direct help where necessary, help to self-help whenever possible:

“Social security policy is a system of policies and programs implemented by the state and social forces to ensure minimum income and poverty reduction, health care and access to education and on the enjoyment of benefits for all members of society, by enhancing the capacity of individual, household and community self-sufficiency through the management and control of the risks due to unemployment, old age, illness, natural disasters, negative impact of market economy ... that lead to decrease or loss of income and reduced access to basic services.”³

Taking up the terminology introduced above, it can be assumed that state social policy in Vietnam is in theory guided by the following primary objectives:⁴

- to safeguard fundamental rights and human development,
- to be both a goal and a driving force for economic growth and sustainable development,
- to ensure social justice and social consensus,
- to place particular emphasis on addressing the most pressing problems of the societal changes currently underway,
- be geared to the global objective of international integration.

Since the 2010s, attempts have been made to define these final goals more precisely through instrumental targets and to develop new social policy instruments for this purpose. The instrumental objectives of social policy are at the same time linked to general development policy objectives. This results from Vietnam's status as a middle-low-income country, i.e. a country which, in terms of its level of development, lies between the NICs and the developing countries. In this respect, instrumental goals are particularly noteworthy:

- Increasing employment opportunities, securing minimum income, and reducing poverty for workers at risk through individual and family support in the form of product development, credit support, job creation and the provision of labour market information.
- To expand opportunities for workers to participate in the social security policy system and to provide unemployment insurance if income is reduced or lost due to risk, illness, accident work, and old age.
- Providing regular assistance to people in special circumstances and emergency assistance to counter unforeseen or uncontrollable risks (crop failure, natural disasters, earthquakes, war, hunger, and poverty) through cash and in-kind benefits provided by the State.

- Better access to basic social services such as education, health, housing, clean water and improved environmental conditions and better information systems.⁵

Even if these underlying principles of social policy in Vietnam are not completely identical with the concepts of subsidiarity in the Federal Republic of Germany because of the divergences in the political systems, certain parallels can be seen in the approach. For these instrumental goals can be systematised even further. The concept of social policy in Vietnam is based on three priority areas: risk management, redistribution of income and measures to improve social cohesion. The focus in Vietnam is on dealing with risks,

- by preventing life risks and natural disasters,
- by limiting the consequences of such risks through welfare state and non-private sector approaches
- and finally, by overcoming life risks, such as poverty and age-related disadvantages, through welfare state measures.



In addition, there is still the instrumental objective of redistributing income in favour of disadvantaged groups, for example through social insurance schemes in the event of unemployment, illness, and old age. Finally, measures to improve social cohesion in the context of a dynamically developing market economy play a role which tends to increase social inequality in the country. For this reason, Vietnam's social policy over the last two decades has focused mainly on the following areas:

- Introduction of or reforms in social security, such as health, poverty, accidents at work and old age,
- labour market policy,
- and on assistance in emergency situations, for example as result of natural disasters, as well as for certain marginalised groups, especially those living in chronic poverty, i.e. above all social policy for the country's ethnic minorities.

The individual social reforms in Vietnam, especially since the 2010s, cannot be discussed in detail here. However, a broad range of instruments in the areas of the labour market, social insurance, food aid, school education, health care, housing, water supply and information technology should be mentioned. On the other hand, several social policy reform laws were adopted, in particular a series of amendments in the areas of disability (2010), labour (2012) and employment (2013), health insurance (2013) and social security (2014).⁶

Reforms for a more comprehensive social policy for Vietnam's older population are now on the political agenda. This is another reason why we have published this Country Report.



4. Conclusion: Social Policy for Vietnam as an Ageing Society

State social policy is an essential guarantee of a peaceful social order. Maintaining this order is a task which is constantly being faced by political actors in new ways: For the processes of social change that have not ended since the dawn of modernity are constantly generating new and different social challenges. A new challenge for Vietnam is the foreseeable ageing of the population within the framework of a process which international research calls demographic change. This raises the question of how the three fundamental final goals of an innovative social policy regarding the ageing population can be achieved in Vietnam:

- How can social security in old age be guaranteed? How can poverty in old age be successfully combated? How can the care of Vietnam's elderly people be ensured in the long term?
- How can social justice be maintained in the face of demographic transition? How can life opportunities and burdens be shared fairly between younger and older people?
- How can social inequalities between poorer and richer people, between urban and rural areas and between majorities and minorities be balanced?

At present, initial answers to these questions are already available in Vietnam. This first issue of the Country Report cannot therefore draw on well-established research, but rather takes a cautious look at a complex field of study that is new to Vietnam. The following articles therefore attempt to provide a more in-depth picture of Vietnam in those key areas that are intensively discussed in the international debate on the ageing society. These include:

- the exact course of the demographic transition,
- securing income, health care and care in old age,
- the institutions concerned with old people and the ageing of society,
- the change in ideas about ageing,
- the particular problems of the urban-rural divide and ethnic minorities,
- and the shift towards an innovative senior citizens' policy for Vietnamese society.

All these articles illuminate important aspects of a complex socio-political topic and can be read independently of each other.

¹ <https://www.google.com/search?biw=1366&bih=657&tbm=isch&sa=1&ei=JRQoXNial83t-QbSho7YAg&q>.

² https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205340/lang--en/index.htm

³ Central Committee of the Communist Party of Vietnam (2012). Resolution No. 15/NQ-TU, 01/6/2012 On some social policies for the period 2012-2020, Hanoi.

⁴ Le Quoc Ly (ed.) (2010): Social Security Policy - Current Situation and Solutions. Hanoi. p.22.

⁵ <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=24185>.

⁶ http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=163542; http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=171410; http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=178127.



PD Dr. Dr. Detlef Briesen

Contemporary History

Department of History and Cultural Studies

Justus-Liebig Universität, Gießen

DAAD Counselor Vietnam

Email: detlef.briesen@geschichte-uni.giessen.de



Prof. Dr. Pham Quang Minh

Chair of Department of International Development Studies

Faculty of International Studies

VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi

Email: minhpq@ussh.edu.vn

Demographic Change in Vietnam

● Nguyen Duc Vinh

1. Introduction

Vietnam is a tropical country in Southeast Asia with a total area of 330,000 square kilometres which shares boundaries with China, Laos, and Cambodia. The country is composed of 58 provinces and 5 centrally-governed cities (Hanoi, Ho Chi Minh City, Can Tho, Da Nang and Hai Phong), which are grouped into 6 regions, including Northern Midlands and Mountains, Red River Delta, North Central and Central Coast, Central Highlands, Southeast, and Mekong River Delta. The total population of Vietnam in 1970 was about 43.4 million, with an annual growth rate of 2.6% and a fertility rate of more than 6 children per woman. Since the launch of economic and political reform (named Doi Moi) in 1986, Vietnam has achieved remarkable economic growth, transforming one of the world's poorest nations into a lower middle-income country. Between 2002 and 2018, for example, GDP per capita increased by 2.7 times. Poverty rates fell sharply from over 70 percent to below 6 percent, corresponding to the poverty escape of more than 45 million people.

Over the past five decades, especially since the national reunification in 1975, Vietnam has undergone a demographic transition with dramatic declines in both mortality and fertility and increasing migration. As fertility dropped much later than mortality, the total population of Vietnam increased sharply to 52.7 million at the Census 1979, and 96.2 million at the 2019 Census, ranking Vietnam the 15th most populous country in the world.¹ The population in Vietnam is more

concentrated in the Southeast (with Ho Chi Minh City) and the Red River Delta (with Hanoi) than in other regions. The population density grew from 160 persons/km² in 1979 to 291 persons/km²

in 2019, one of the highest population densities in the region. The regional population density in 2019 varies widely, from only 132 persons/km² in the Northern Midlands and Mountains to 761 persons/km² in the Southeast and 1064 persons/km² in the Red River Delta.²

The age-sex structure of the population has markedly changed with falling proportion of children and increasing proportion of the elderly. Examining these demographic and economic changes would provide significant socio-economic policy implications. This chapter presents the main features of demographic change in Vietnam over the last 50 years and shows how Vietnam is gradually evolving from a young to an old society.

The age-sex structure of the population has markedly changed with falling proportion of children and increasing proportion of the elderly. Examining these demographic and economic changes would provide significant socio-economic policy implications. This chapter presents the main features of demographic change in Vietnam over the last 50 years and shows how Vietnam is gradually evolving from a young to an old society.



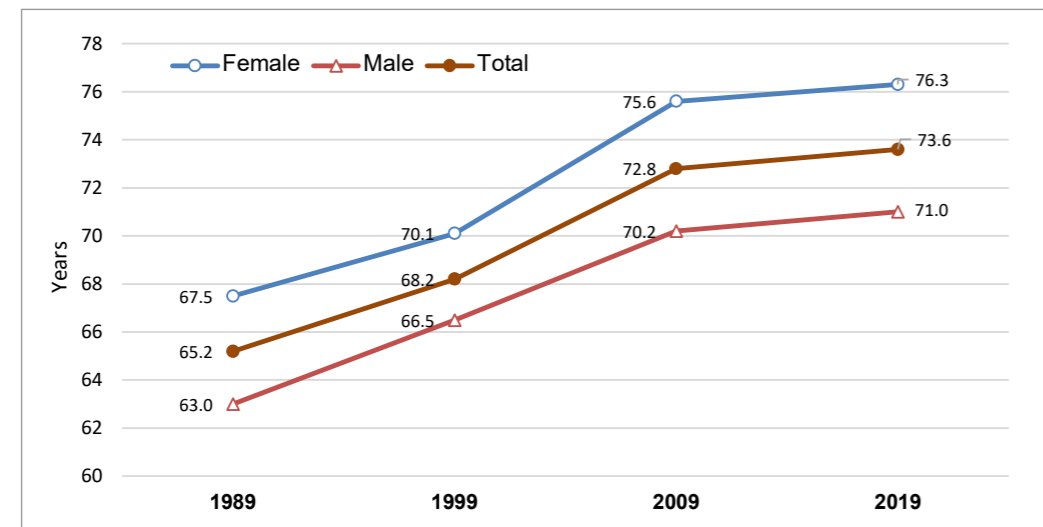
2. Main Features of Demographic Change

2.1 Mortality and Life Expectancy

In any population, mortality closely reflects the quality of life and the level of socio-economic development. In populations with high fertility, the decrease in mortality is one of the driving forces behind fertility decline. One of key indicators of mortality is the infant mortality rate (IMR), which is measured by the number of children who die before their first birthday per 1,000 live births in a given period, often 12 months. IMR reduction has been a target in every socio-economic development strategy of Vietnam in the last several decades.

In fact, with the improvement of primary health care, nutrition and living conditions, especially immunization for children, the infant mortality rate in Vietnam has dropped sharply from more than 55‰ in 1970 to 46‰ in 1989, 36.7‰ in 1999 and only 16‰ in 2009. In the last decade, however, the IMR declined with slower pace, to 14‰ in 2019. Therefore, it seems to be more challenging to meet the target of reducing IMR to less than 10‰ by 2030 according to Government’s Decision No.662/QĐ-TTg dated 10 May 2017 on national action plan to implement the 2030 program for sustainable development. Besides, IMR is often quite different across regions and provinces. In 2019 for instance, IMR varies widely from 8.2 ‰ in urban areas to 16.7‰ in rural areas, from 8.1‰ in the Southeast to 23.4‰ in the Central Highlands, and from 7.2‰ in Dong Nai province to 39,6‰ in Lai Chau province.

Figure 1: Life expectancy at birth in Vietnam, 1989–2019



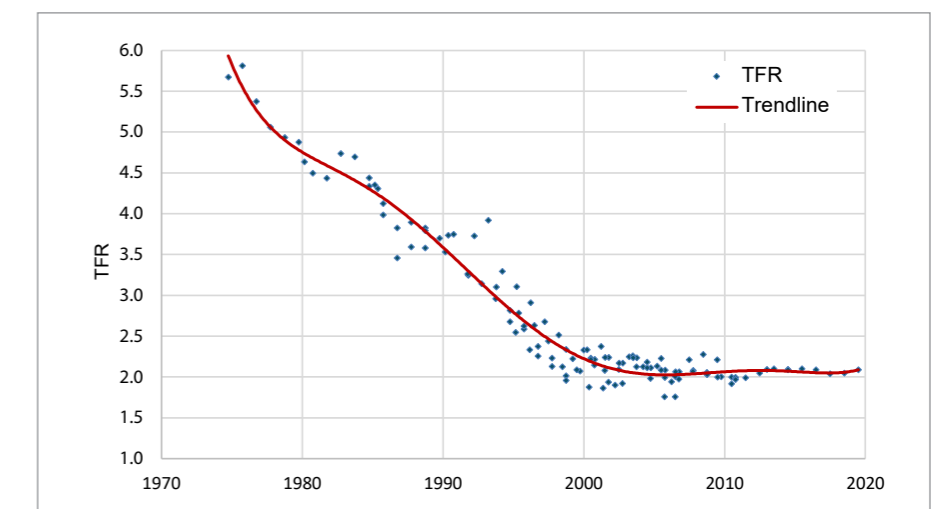
Source: GSO, 2020.

As mortality declined, the life expectancy at birth in Vietnam has significantly improved, from less than 60 years in 1970 to 72.8 years in 2009 and 73.6 years in 2019. According to United Nations (2019), the life expectancy at birth of Vietnam in the period 2015–2020 is far behind Singapore, slightly lower than those of Thailand, Malaysia and Brunei, but higher than all other countries in Southeast Asia. In 2018, among 193 members of the United Nations, Vietnam has life expectancy at birth ranking 77th despite having GDP per capita ranking 129th,³ indicating that Vietnam’s achievement in life expectancy outperformed its success in economic development. This achievement was primarily attributable to the improvement of primary health care, immunization, nutrition and living conditions, which are effective in prevention and treatment of infectious diseases. However, the slow increase of life expectancy in the period 2009–2019 suggests that further ascent of life expectancy to more than 80 years as in many developed countries seems to be very challenging because it requires more effective solutions for non-infectious diseases.

2.2 Fertility

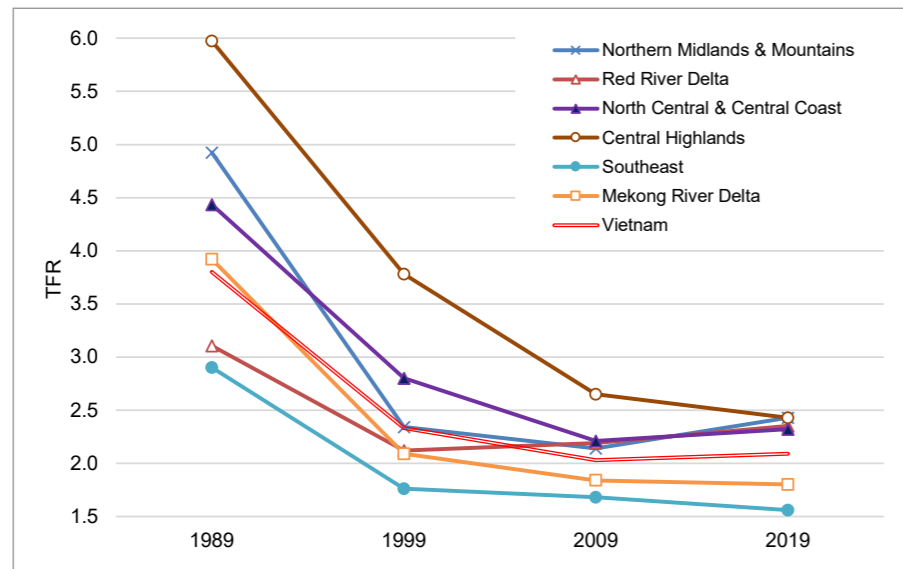
One of the most important demographic changes in Vietnam over the past several decades has been the decline in fertility, that was primarily attributable to the improvement of child survival, family planning programs, socio-economic development, or the process of modernization in general. The total fertility rate (TFR), or the average number of live births a woman would have in her lifetime given prevailing birth rates, dropped substantially from more than 6 births in 1970 to the replacement rate (2.1 births per woman) in 2005 and since then has been relatively stable around this level. The TFR at 2.1 children per woman is often considered as the optimal level because it leads to a stable population, while a higher TFR causes population growth and a lower TFR leads to declining and Ageing population. Global experience shows that, fertility remaining at the replacement level for more than a decade in Vietnam is a rare phenomenon as in many other countries, TFR continued to decline after reaching the replacement level.⁴

Figure 2: The decline of total fertility rate in Vietnam, 1975–2019



Source: United Nations (2019)

Figure 3: The decline of TFR in 7 regions, 1989–2019



Source: GSO, 2020.

Fertility rates have markedly declined in all regions, provinces, urban and rural areas but like the situation of mortality, there are wide regional disparities. Since 2005, the TFR in rural areas has been always significantly higher than that in urban areas and the difference in 2019 is more than 0.4. The total fertility rates in the Southeast and in the Mekong River Delta have been below the replacement level since 2005. In 2019, the TFRs were 1.83 in urban areas, 2.26 in rural areas, less than 2.0 in 21 provinces, between 2.0 and 2.5 in 30 provinces, and higher in 12 provinces. The province with the highest TFR is Ha Tinh (2.83), nearly double the TFR of Ho Chi Minh City (1.39)⁵ A recent survey on fertility in several provinces of Vietnam shows that about two thirds of people in the sample intend to have 2 children, the other one third intend to have less than 2 children or more than 2 children.⁶ The two-child family size has become popular but not a standard in the society. Thus, the replacement fertility rate maintained in Vietnam over the past 15 years is a combination of traditional, modern, and postmodern trends.

2.3 Migration and Urbanization

After the national reunification, about one million refugees/boat people left Vietnam in the period 1975–1989.⁷ The Vietnamese government also sent some hundreds of thousands of people to Eastern Europe for contract labour in the 1980s. However, in the last two decades with impressive international integration and economic growth, international migration has significantly developed in both quantity and forms, including labour, study, marriage, business, and medical treatment. Net migration rate is defined by the mean number of immigrants minus the number of out-migrants per 100 thousand people in a given period. The United Nations (2019) estimated Vietnam’s net migration rate at -3.2‰ in the period 1975–1980, about -1‰ in the period 1980–1995, -1.9‰ in the period 2005–2010 and -0.8‰ in the period 2015–2020. Four Southeast Asian countries with lower net migration rates in the period 2015–2020 are Timor Leste (-4.3‰), Cambodia (-1.9‰), Laos (-2.1‰) and Myanmar (-3‰). Vietnam’s census data also revealed the shift of international immigrants from 65.9 thousand in 1984–1989 and 41 thousand in 2004–2009 to 229 thousand in 2014–2019.⁸

Table 1: Migration status of population in Vietnam through 4 censuses, 1989–2019

	1989	1999	2009	2019
<i>Quantity (1000 persons):</i>				
Intra-district migration	--	1342.6	1618.2	2418.5
Inter-district migration	1067.3	1137.8	1708.4	1199.0
Inter-provincial migration	1349.3	2001.4	3397.9	2816.1
International migration	65.9	70.4	41.0	229.0
Total	2482.5	4552.2	6765.5	6662.6
Population aged 5+	54297.6	69045.5	78452.9	88382
<i>Percentage (%):</i>				
Intra-district migration	--	1.9	2.0	2.7
Inter-district migration	2.0	1.7	2.2	1.4
Inter-provincial migration	2.5	2.9	4.3	3.2
International migration	0.1	0.1	0.1	0.2
Total	4.6	6.6	8.6	7.5
Population aged 15+	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: (BCĐTĐTDS, 2019:101).

Internal migration is strongly related to the urbanization and industrialization in Vietnam. According to census data, the number of internal migrants (who lived in a different commune/ward in Vietnam 5 years preceding the census) increased from 4.48 million in 1999 to 6.72 million in 1999 and slightly declined to 6.43 million in 2019. These figures account for the migration rates of 6.5‰, 8.5‰ and 7.3‰ respectively. The major migration flows remain across the last three decades. In the period 2014–2019, they are the flows from Mekong River Delta (710 thousand), North Central & Central Coast (384 thousand) and Red River Delta (112 thousand) to the Southeast, and from the North Central & Central Coast (107 thousand) and the Northern Midlands & Mountains (209 thousand) to the Red River Delta. Most of the migrants are in the main

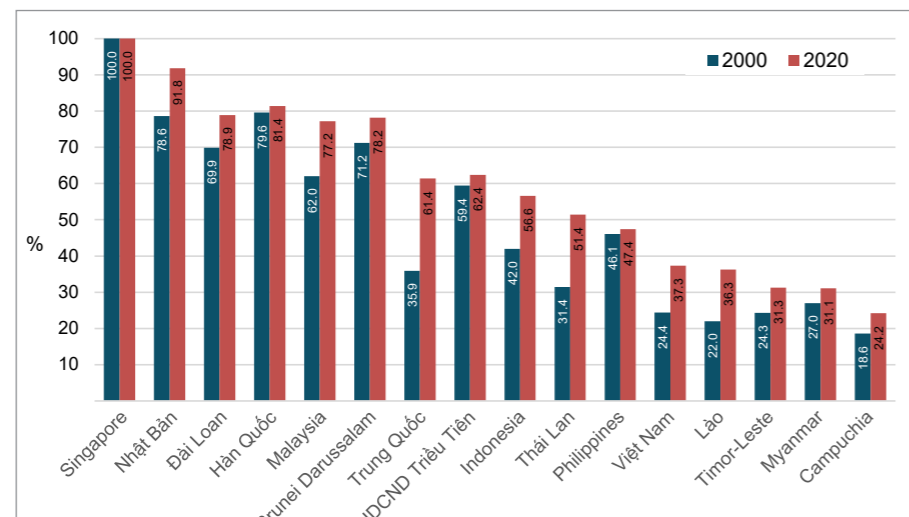
working age (from 20 to 39). The main reasons for inter-provincial migration include *Finding or starting a new job* (55.5%), *Following family, moving to a new house* (20.3%), *Schooling* (12.8%) and *Marriage* (10.1%). In the period 1999–2009, migration growth in the context of a strong economic development motivated by the economic restructuring from agriculture to industry and services as well as the expansion of industrial and export processing zones. In the period 2009–2019, the implementation of target programs and socio-economic projects in localities, typically the program of new rural construction, has narrowed the economic gap between urban and rural areas, and within regions, thereby slightly reducing internal migration in this period.⁹ Nevertheless, this argument needs more evidence to confirm.

Internal migration in the period 2014–2019 contributed to the increase of 1.2 million people (or 3.5%) for total urban population, which are much lower than the corresponding figures in the period 2004–2009 (1.6 million people and 8.3%). Besides, administrative decisions of the government to change some rural areas to urban areas in the period 2014–2019 have contributed 1.4 million people, or 12.3% of total urban population in 2019. In general, the proportion of urban population in Vietnam increased gradually from 19.2% in 1979 to 20.1% in 1989, 23.7% in 1999, 29.6% in 2009 and 34.4% in 2019. The urbanization in Vietnam will continue increasing in line with the process of economic development. However, current level of urbanization in Vietnam is not only very low in comparison to many other countries in the region, but also far below the target of 45% in 2020 set by the National Urban Development Program.¹⁰ Among regions in 2019, the proportion of urban population is highest in the Southeast (64.8%), then the Red River Delta (35.9%) and lowest in the Northern Midlands & Mountains (18.2%). Provincial levels of urbanization vary extensively from less than 11% in Ben Tre and Thai Binh to more than 79% in Ho Chi Minh City, Binh Duong and Da Nang.

The decline of fertility and mortality in the last five decades has substantially changed the age-sex structure of the population in Vietnam, which can be seen very clearly from the population pyramids in Figures 5. The age pyramid of the population in 1979 is typical for populations with high fertility and mortality, where the base was very wide, and the band width fell quickly across older age groups. After a decade, in 1989, the population pyramid has a large body and slightly narrowed base. Because the total fertility rate had fallen but the number of women in reproductive ages had expanded significantly, the number of births increase, and children aged 0–4 were more numerous than in the cohort aged 5–9. The population pyramid in 1999 reflects the demographic transition with rapid declines in both fertility and mortality. The base of the pyramid had narrowed substantially. The pyramid body narrows slowly because of the sharp decline in mortality as well as increases in life expectancy.

In 2009, the age pyramid corresponds to the post demographic transition with low fertility and low mortality and the initial signs of an ageing population. Fertility had fallen substantially in the 15 years before the census, narrowing all three bottom bands. Mortality also declined and the pyramid body is narrowing towards the base. In 2019, when the large cohort born in the period 1985–1994 entered the main reproductive age, the base of the population pyramid expanded slightly in the last two bands. The pyramid body was more narrowed than in 2009. The projected population pyramid in 2029 clearly reflects an ageing population with narrowed body and base, when the proportion of the elderly exceeds 12% of total population.

Figure 4: The proportions of urban population in Vietnam and some other Countries/territories in Asia, 2000 and 2020



Source: United Nations (2019)

2.4 Population Structure and Ageing

Some important indicators on population structure and ageing are:

- Child dependency ratio indicates the number of children (aged 0–15 years) for every 100 people in working age (aged 15–64).
- Old-age dependency ratio indicates the number of elderly (aged 65+) for every 100 people in working ages (aged 15–64).
- Total dependency ratio is the sum of child dependency ratio and old-age dependency ratio, indicating the number of dependent people need to be supported by every 100 people in working ages.
- The ageing index indicates the number of elderly (aged 65+ years) for every 100 children aged 0–14 years.

Figure 5: Vietnam population pyramids, 1979–2029

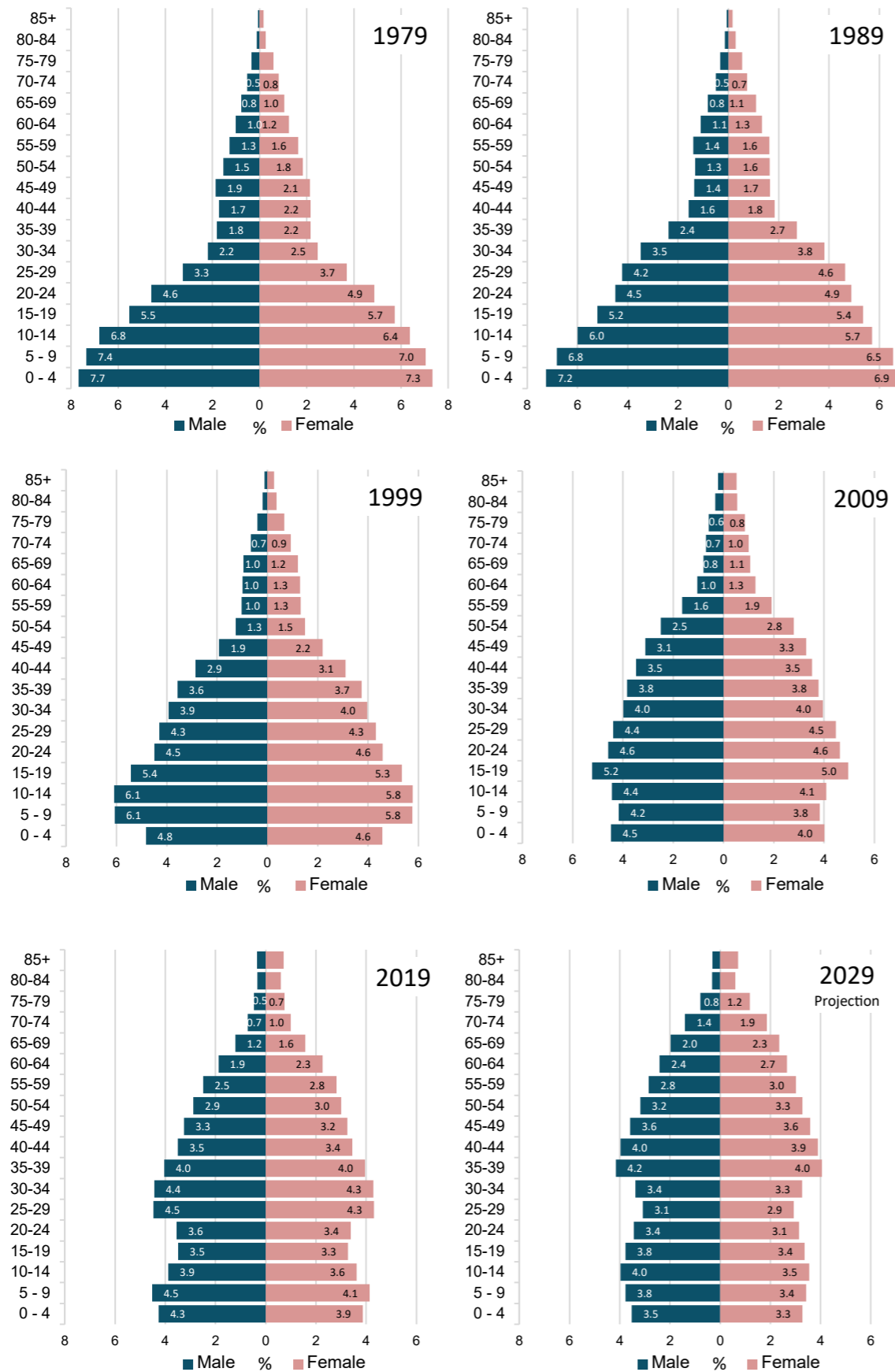
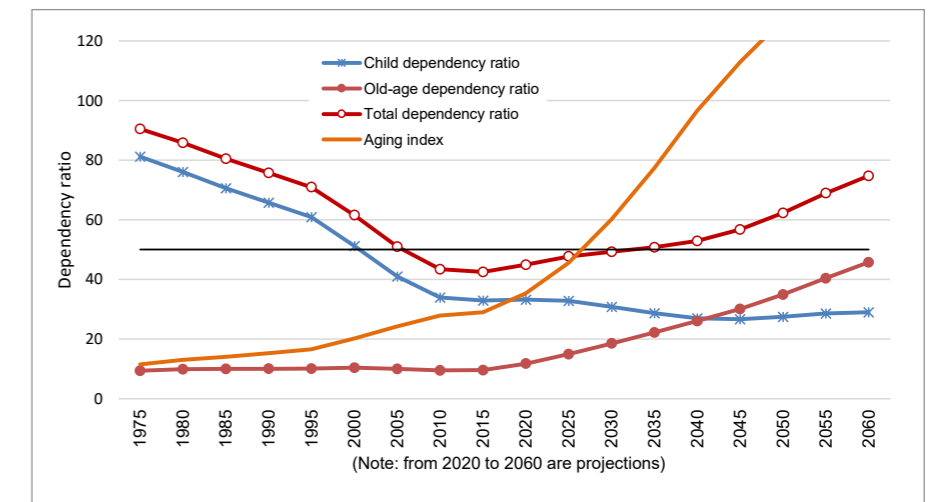


Figure 6: Dependency ratios and ageing index of the population in Vietnam, 1975–2060



Source: United Nations (2019)

Figure 6 presents the dependency ratios and ageing index of the population of Vietnam in the period 1975–2060 (from 2020 to 2060 is projected). The child dependency ratio of Vietnam declined rapidly in the period 1975–2010, but slowly in the period 2010–2045 and barely afterward. On the other hand, the old-aged dependency ratio remained at 10 before 2015, then increases rapidly to 15 in 2025, 26 in 2040 and nearly 46 in 2060. Correspondingly, the total dependency ratio dropped from more than 90 in 1975 to 50 in about 2005 and lowest at 42.5 in 2015. In the period from 2005 to about 2035, every two working-age persons were available to support one non-working-age person. That is the era of *golden population structure or demographic dividend*, which lasts only about 3 decades in Vietnam. After 2035 the total dependency ratio of Vietnam will increase quickly to 62.3 in 2050 and nearly 75 in 2060, indicating that for every 4 working-age persons there will be 3 non-working-age persons.

Figure 6 also shows that the ageing index of Vietnam has gradually increased since the 1970s but accelerated sharply since 2015. That means that the population of Vietnam has been in a process of rapid ageing and will become an aged population quickly. Vietnam is one of the countries with highest paces of population ageing. The duration needed to increase the proportion of elderly from 7% to 14% of total population in Vietnam will be only in two decades, shorter than in most other countries, such as Sweden (85 years), Australia (73 years), Poland (74 years), China (27 years), Japan (26 years), Thailand (22 years). It will be an enormous challenge for Vietnam with regard to its socio-economic development levels as well as capacity of adapting to ageing population.¹¹ Labour productivity in Vietnam is still low and most of the elderly still rely on family or relatives without social insurance. Thus, population ageing has become an urgent issue in Vietnam.

3. Conclusion

Over the past five decades, Vietnam has undergone a demographic transition with dramatic changes in mortality, migration and population structure. Vietnam has achieved remarkable improvement in life expectancy, which was primarily attributable to the improvement of primary health care, immunization, nutrition and living conditions, which are effective in prevention and treatment of infectious diseases. However, recent slow increase of life expectancy suggests that further ascent of life expectancy to more than 80 years seems to be very challenged because it requires more effective solutions for non-infectious diseases.

The decline of fertility to the replacement level is one of the most important demographic changes in Vietnam over the past several decades, that was primarily attributable to the improvement of child survival, family planning programs, socio-economic development, and the process of modernization. The total fertility rate remaining at the replacement level in the past 15 years without strong policy intervention is another success. However, fertility rate varies widely across regions and provinces, indicating that the fertility at the replacement level is not a result of a social norm but rather a combination of different trends. Value of children still remains strongly in the society but further process of modernization may generate more discouraging than encouraging factors on fertility. Therefore, it is necessary to have intervention policies too firmly

maintain the replacement fertility rate before below-replacement fertility becomes a new social norm. Although the total fertility rate has declined to the replacement level, Vietnam's population is already extensive, leading to very high population density, especially in major cities. This situation generates enormous pressure on the environment as well as the goal of sustainable development.

In Vietnam, internal migration is strongly related to the urbanization and industrialization, which have been gradually developed over the last several decades. However, current level of urbanization in Vietnam is still very low in comparison to many others countries as well the target set by the National urban development program. In addition, internal migration declined slightly in recent years. The situation suggests further research on the relation between internal migration and urbanization in the context of economic development in Vietnam.

The decline of fertility and mortality the past five decades have substantially changed the age structure of the population in Vietnam, generating the demographic dividend and more importantly, a rapid population ageing, which occurs faster than in most other countries in the world. It will be a big challenge for Vietnam with regard to its socio-economic development levels as well as to its capacity of coping with the emerging problems of an ageing population.

- ¹ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.
- ² BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.
- ³ UNDP (2019): Human Development Report 2019. New York: United Nations Development Programme.
- ⁴ United Nations (2019): World Population Prospects: The 2019 Revision, Volume I: Comprehensive Tables. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/399.
- ⁵ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.
- ⁶ Nguyen Duc Vinh (2020): 'Thực trạng và các yếu tố tác động đến dự định về số con tại một số tỉnh thành ở Việt Nam', Sociological Review, 2.
- ⁷ Banister, J. (1993): Vietnam Population Dynamics and Prospects. Berkeley: University of California.
- ⁸ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.
- ⁹ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.
- ¹⁰ Government (2012).
- ¹¹ UNFPA (2011): Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách. Hà Nội: Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam.



Assoc. Prof. Dr. Nguyen Duc Vinh

Director, Institute of Sociology, Vietnam Academy of Social Sciences
Graduated Ph.D in Demography at Australian National University (ANU) in 2006, Associate Professor in sociology at Graduate Academy of Social Sciences since 2018,

Fields of interest: Population and development, mortality, fertility, migration, health sociology, labor force, social change, research methods.

Email: vinhxhh@gmail.com



Elderly People and the Pension in Vietnam

● Nguyen Tuan Anh/Nguyen Thi Kim Nhung

1. Introduction

The Vietnamese State pays great attention to social security for the elderly. This is concretized through many official documents. The Constitutions of the Democratic Republic of Vietnam and the Socialist Republic of Vietnam have provisions related to social security for the elderly. For example, Article 14 of the 1946 Constitution states that "Assistance is provided to those who are elderly or disabled and cannot work."¹ Article 32 of the 1959 Constitution clearly states: "Helping the elderly, the sick and the disabled. Expand social insurance, health insurance and social relief."² Article 64 of the 1992 Constitution emphasizes that "Children have the responsibility to respect and take care of their grandparents and parents" and Article 87 states: "The elderly are one of the population groups that the government and society have responsibility to help."³ Article 37 of the 2013 Constitution states: "Elderly people are respected, cared for and their role is promoted by the State, family and society for their role in the cause of national construction and defence."⁴

Among the laws directly related to the elderly, the most important law is the Law on the elderly passed by the XII National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam at its 6th session on November 23, 2009. This Law includes 6 chapters and 31 articles providing for the rights and obligations of elderly people; responsibilities of the family, the State and society in caring for and promoting the role of the elderly and Vietnam Association of the Elderly.⁵ Along with the Law on the Elderly, many other laws such as the Civil Law, the Labour Law, the Marriage, and Family Law, along with decrees and circulars have created a fairly comprehensive network of policies on social security for the elderly in Vietnam.

Regarding pensions, since 1960 the government has designed a social insurance system for workers. The first document on the regulations on social

insurance is Decree 218/CP dated December 27, 1961⁶ on the Provisional regulation on social insurance regimes for civil servants and public employees, which replaces all previous regulations. After the first and systematic document on social insurance was issued in 1961, the Law on Social Insurance was enacted in 2006, and then many documents have been issued to stipulate regulations on social insurance. On September 26, 2006, the Law on Social Insurance was passed by the National Assembly and this law took effect on January 1, 2007.⁷ After the Law on Social Insurance was passed, many other documents were also issued to implement the Law on Social Insurance. In the Social Insurance regimes, the retirement regime is a long-term social security scheme that plays an important role in the system of Social Insurance. Under the current regulations,⁸ men aged 60 and over and women aged 55 and older can receive a pension when meeting the requirement of the duration of making social insurance payment.

In the current context in Vietnam, population ageing is taking place, therefore it is crucial to discuss pensions using different approaches. In fact, Vietnam started to enter the population ageing period in 2011. Population ageing comes with many problems of the elderly. Pension is one of the major problems, directly affecting the physical and mental well-being of the elderly today. Therefore, this article focuses on understanding the situation of retirement in Vietnam. The objective of the paper is to contribute to portraying the real situation of pension in Vietnam and identifying current problems facing current pensioners and non-pensioners. This has important implications for social security of the elderly in particular, and the country's socio-economic development in general.

2. Population Ageing and the Elderly in Vietnam

Article 2 of the Law on the Elderly, enacted by the National Assembly of Vietnam in 2009, stipulates that the elderly are citizens from full 60 years of age.⁹ The data of the population censuses of 1979, 1989, 1999, 2009 show an increase in the number of elderly people in Vietnam as follows.

Table 1: Migration status of population in Vietnam through 4 censuses, 1989–2019

Year	Population (million people)			Percentage (%) of the whole population			
	Total	0–14	15–59	60+	0–14	15–59	60+
1979	53.74	23.40	26.63	3.71	41.80	51.30	6.90
1989	64.38	24.98	34.76	4.64	39.20	53.60	7.20
1999	76.33	25.56	44.58	6.19	33.00	58.90	8.10
2009	85.79	21.45	56.62	7.72	25.00	66.00	9.00

(Source: National population census in 1979, 1989, 1999, 2009 (UNFPA 2011))

The above data shows that after 30 years, from 1979 to 2009, the number of elderly people in Vietnam increased from 3.71 million in 1979 (accounting for 6.90% of the total population) to 7.72 million people in 2009 (accounting for 9.0% of the total population). According to the General Director of the General Department of Population, in 2011, the rate of people over 65 years old in Vietnam reached 7%; the rate of people aged 60 and over has reached 10%. Therefore, according to the UN convention, Vietnam has entered the ageing population period since 2011.¹⁰ According to the ILO report in Hanoi, it is forecasted that the number

of people over 60 years old in 2030 will be 18%, and by 2050 the number of people over 60 will be over 30% (International Labour Organization 2017). According to statistics of the National Population and Housing Census in 2019, the proportion of the population under 15 years old is 24.3%, from 15 years old to 64 years old is 68%; from 65 years and over is 7.7%.¹¹ Over the past twenty years (1999–2019), the variation in the proportion of the population by three age groups, including: under 15 years old, from 15 years old to 64 years old, and from 65 years old and over, is as follows:

Table 2: Proportion of population by age group 1999 – 2019

	1999	2009	2019
Proportion of population under 15 years old	33.1	24.5	24.3
Proportion of population from 15 years old to 64 years old	61.1	69.1	68.0
Proportion of population from 65 years old and above	5.8	6.4	7.4

(Source: Central Steering Committee for the Population and Housing Census 2019: 62)

The above data shows that in the past 20 years, the proportion of people over 65 years old in Vietnam has increased significantly, from 5.8% in 1999 to 7.4% in 2019. Although the proportion of the elderly has increased, currently, Vietnam is still in the period of golden population structure because for every two people of working age, there is one dependent person.¹² However, it has been predicted that by 2040, the period of golden population structure will end. In short, the increase in the number of elderly people in Vietnam is an issue that is worth paying attention to for the time being and in the future.¹³

Elderly people in Vietnam are facing many problems, from economic, physical, and mental health problems to other aspects of social life. One of these issues that deserves attention is the monthly income of the elderly. This is a factor contributing to or inhibiting the activities of improving the quality of life of the elderly. Regarding income, in Vietnam today, a large proportion of the elderly are still working to generate income. Specifically, nearly 46% of people between the ages of 60 and 64; nearly 30% of people aged 70 to 79 and about 10% of people aged 80 and over are still working.¹⁴ Another dimension of income is poverty. According to the assessment of the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs (based on the poverty criteria with an income of 1 million VND/person/month or less in rural areas and 1.3 million VND/person/month or less in urban areas), the poverty rate of people over 65 years old is 16.1% (compared with the national near-poverty rate at 14.5%) and increases to 17.1% for people over 70 years old. Furthermore, among 65–69 year olds, 48% of women and 35% of men are no longer participating in the labour force, and this proportion rises to 91% of female and 85% of male for the group of people who are over 80 years old.¹⁵

It follows that Vietnam has entered the period of population ageing. In addition, a part of the elderly is still working to generate income, and a significant part of the elderly is poor. Therefore, in the next sections, we will discuss an overview of the current situation of retirement in Vietnam and issues related to retirement. In addition, the elderly group without pensions will also be mentioned.



3. Scale of Coverage of pension and types of pension

First and foremost, about the size of pension coverage, one of the issues worth considering for the elderly today is that many older people do not have a monthly pension. The ILO report estimates that in 2017 only 7% of the population over 65 could access social insurance for retirement, and this figure does not include civil servants who retired before 1995 and received a pension from the state budget.¹⁶ The 2019 annual report of the Institute of Labour Science and Social Affairs also shows that among more than 13.4 million elderly people nationwide (aged 60 and more), the number of people receiving monthly pensions and social insurance benefits from the state budget and the social insurance fund only accounts for about 23.52%. The number of people receiving regular social assistance accounts for about 12.05% (1.61 million people). Meanwhile, up to 64.42% of the elderly have neither pensions nor other benefits.¹⁷ The above data reflect several notable points. First, the scale of pension coverage among the elderly in Vietnam is limited. In other words, a large proportion of the elderly in Vietnam does not have pensions or regular state budget support. Second, a large proportion of the elderly without pensions may have to rely on children, family,

relatives or continue to work to make a living. In fact, the material life of many elderly people in Vietnam (especially in rural areas) relies on their children and on their own work for a living.

Regarding the types of pensions, currently, Vietnam has three types as follows: pensions from the State budget, pensions from the Vietnam Social Insurance Fund; and pensions in the form of social pensions coming from the state budget.

The first is pension from the State budget. This is the pension of the elderly group who retired before 1995. Their pension is paid by the State budget.¹⁸ According to the 2019 Annual Report of the Institute of Labour Science and Social Affairs, among more than 13.4 million elderly people nationwide (aged 60 and over), there are 711,540 people receiving pensions from the budget, accounting for 5.31%.¹⁹ Thus, the proportion of the elderly receiving pensions from the State budget accounts for a small percentage among the elderly only.

Second is the pension from the Vietnam Social Insurance Fund. Those who have paid social insurance premiums for 20 years or more and reach the retirement age are entitled to a pension from the Vietnam Social Insurance Fund.²⁰ The report on the results of the monitoring and administration work in 2019 and orientation for 2020 of the Vietnam Social Insurance²¹ does not separate the number of pensioners from the state budget, the number of people receiving a pension from the Vietnam Social Insurance Fund, and the number of people receiving monthly social insurance benefits. Therefore, if we include all three groups, the Vietnam Social Insurance report shows that in 2019, the whole country has about 3.1 million people enjoying monthly pensions and social insurance benefits.²² In 2019, social insurance expenditure from the State budget was 46,360 billion VND and social insurance expenditure from the social insurance fund was 171,948 billion VND.²³ This data reflect some main points. Firstly, the number of people receiving pensions from social insurance is not much in the total number of elderly people. Second, the average amount that a person receives as monthly pension or social insurance benefit is

not much. Basing on the above figures, we can calculate that the average amount that a person receives as pension or social insurance allowance per month is less than 6 million VND.

Third is the social retirement pension. Decree No. 6/2011 / ND-CP of the Government *Detailing and guiding the implementation of a number of articles of the Law on the Elderly* stipulates that beneficiaries of social pensions include:

- people from 60 to 79 years of age who are poor and live alone or with an elderly spouse and have no children or relatives to support;
- people aged 80 and over without a contribution-based pension.²⁴

According to estimates by the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, in 2018, the whole country had about 2.1 million people receiving social retirement pension.²⁵ If we look only into the group receiving social pensions aged 80 and more, currently, there are about 1.7 million elderly people in this social group enjoying a social pension with the rate of 270,000 VND/month.²⁶ It is noteworthy that some provinces with high budget surpluses may adjust the age of enjoying social retirement to 70–75 years old. In addition, the 60–79-year-old group living alone below the poverty line may also enjoy a higher level of social pension.²⁷

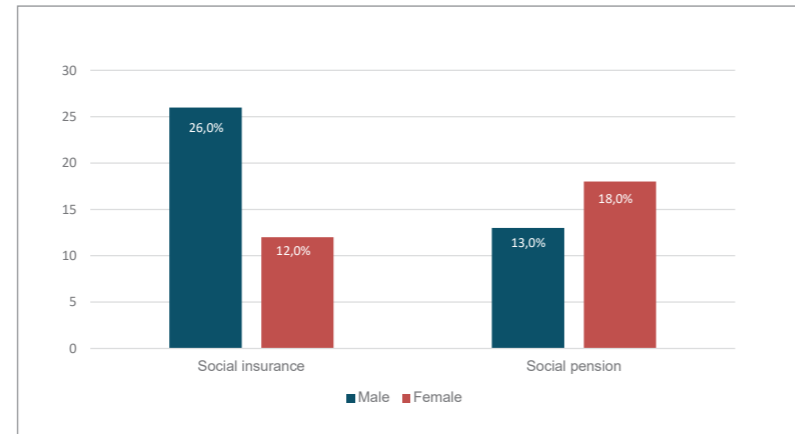
In general, if compared with the near-poverty standard in the period 2016–2020 in Decision 59/2015 / QD-TTg on the promulgation of the multidimensional poverty line (1,000,000 VND/month in rural areas and 1,300,000 VND/month in urban areas),²⁸ the income of the elderly is not high. Meanwhile, according to the General Statistics Office, the minimum standard of living for a person in 2020 is 2 million/month in urban areas and 1.5 million/month in rural areas.²⁹ In fact, the elderly may experience physical and mental health problems, so older age groups spend more on health care compared to other age groups. As a result, a part of the elderly, especially the group with little pension, may experience financial difficulties after retirement.



4. Social Structure of Pension Groups

This section discusses the social structure of pensioners in terms of gender, ethnicity, location of residence, and subgroup of rich and poor. First, in terms of gender, there is a difference in the proportion of men and women enjoying a monthly pension among the age group of 65 years and over. This difference is shown in the chart below.

Figure 1: Proportion of pension benefits by gender



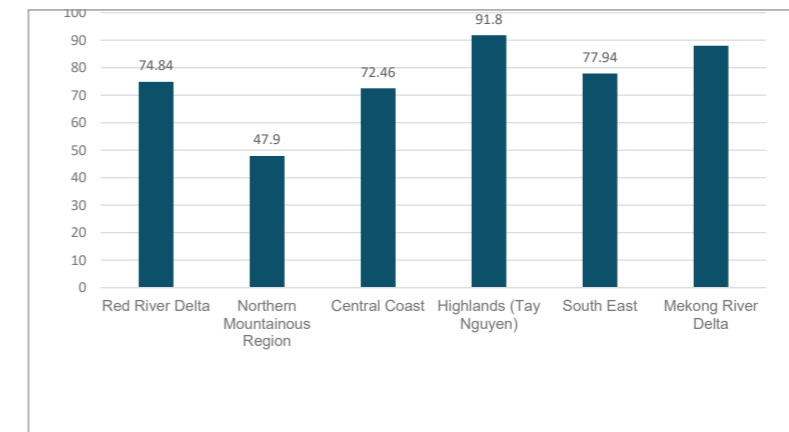
(Source: Kidd, Gelders and Tran Anh 2019: 11)

The above data shows that for the group receiving pension from the social insurance fund, the percentage of men over 65 years old with a pension is 26%. Meanwhile, the percentage of women over 65 years old enjoying pension from the social insurance fund is only 12%. Thus, for the group of people aged 65 and over, the rate of men receiving social insurance is more than twice the rate of women enjoying social insurance. For the elderly group enjoying social pension, the rate of female enjoying social pension is higher than the rate of male enjoying social pension. Specifically, in the male group, the percentage of people receiving social pension is only 13%; among female groups, the proportion of women enjoying social retirement is 18%.

Second, in terms of geography, the region with the lowest pension coverage is the Mekong River Delta (20%), and the Red River Delta has the highest coverage (44%). Seniors are more likely to enjoy pension in urban areas than in rural areas (46% compared to 27%).³⁰ If we only look at the group of elderly receiving social pension, the coverage of social pension for this target group has increased over the years ever since there were government's support policies. In particular, this rate was 62.99% in Hanoi and Ho Chi Minh City, 88.29% in other urban areas and 78.32% in rural areas.³¹ The chart below reflects more specifically the regional social structure of the group of people over the age of 80 receiving social assistance.



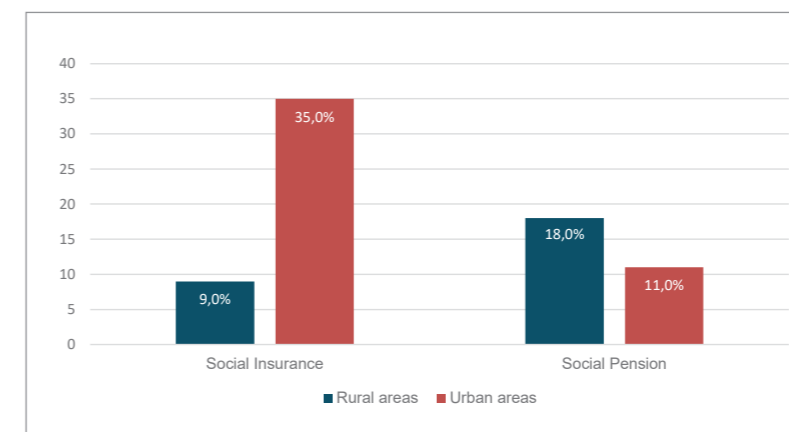
Figure 2: Proportion of people aged 80 and over enjoying social pensions by region



(Source: International Labor Organization and United Nations Population Fund 2014)

If classified by rural and urban criteria, the percentage of men and women enjoying social insurance and social pension benefits is as follows.

Figure 3: Proportion of elderly people enjoying retirement by rural and urban areas



(Kidd, Gelders and Tran Anh 2019: 11)

The above data shows that the proportion of elderly people in urban areas enjoying benefits from the social insurance fund is higher than the proportion of elderly people in rural areas (35% compared to 9%). In the meantime, the proportion of the rural elderly enjoying social pension is higher than that of the elderly in urban areas (18% compared to 11%). These data show that more urban workers join social insurance schemes than rural workers. Consequently, when

the employees retire, the proportion of the urban elderly receiving benefits from the social insurance fund is higher than the rural elderly. Meanwhile, there are many disadvantaged groups in rural areas such as the poor, the near-poverty, and the elderly, especially people over 80 years old without income, because they worked mainly in agricultural production.

Third, in terms of living standards, the pension coverage varies between the poor and the rich. Specifically, only 20% of the poorest elderly have a pension. Meanwhile, 69% of the richest 5% of the population has a pension.³² Thus, a large proportion of the elderly belong to the group of rich pensioners; and conversely a large proportion of the poor does not have a pension at all. This clearly mirrors the widening gap in income and in social security between the rich and poor elderly groups.

Fourth, according to ethnicity criteria, the percentage of ethnic minorities receiving pension is still at a very modest level. Specifically, only 20% of the 65-year-old group and 51% of the over-80 group have a pension.³³ This suggests that a portion of the elderly belonging to an ethnic minority group may face difficulties due to lack of pensions. Therefore, policies should focus on supporting ethnic minority groups more and ensuring to shorten the regional gap in receiving pensions.

5. Conclusion

The above sections have presented an overview of the elderly group and the current retirement situation in Vietnam. In general, the elderly group and the current pension situation in Vietnam have some points worth noting as follows.

First, Vietnam is in the process of population ageing. The year 2011 is the time when Vietnam passed the stage of golden population structure and entered the population ageing stage. This historical process poses several problems for the country's socio-economic development in terms of improving the people's lives, for example improving the lives of workers in the context of population ageing. In particular, the pension for the elderly is a very important issue because income in old age is a fundamental factor determining the quality of life of many elderly people.

Second, currently Vietnam has three types of pensions: pensions from the Vietnam Social Insurance Fund, pensions from the state budget, and pensions in the form of allowance for people over 80 years old who do not receive the two before-mentioned types

of pensions. The important point here is that in terms of the size of pension coverage, the data presented above indicate that the proportion of the elderly in Vietnam with a pension is limited. Specifically, about two-thirds of the elderly in Vietnam do not have a pension at all. As a result, the material lives of many of the elderly without pensions relies on support from children, family, or relatives. In addition, many elderly people without pensions must continue to work to make a living.

Third, regarding people over 80 years old who enjoy pensions in the form of social assistance, it is worth noting that the amount of subsidy for people over 80 years old is still extremely limited. Specifically, this subsidy is only about one fifth of the income of people classified as poor. Therefore, there is still a certain gap between the amount of social pension which people over 80 years old receive and their need to secure their lives.

Fourth, in terms of the social structure of the pension group, in terms of gender, the percentage of men enjoying social insurance is more than twice than that of women; the proportion of women enjoying social pension is higher than that of men enjoying social pension. In terms of residential areas, the region with the lowest pension coverage is the Mekong River Delta; the region with the highest pension coverage is the Red River Delta; and the proportion of elderly people enjoying retirement in urban areas is higher than in the countryside. In terms of the rich and poor differentiation, a large proportion of rich elderly belong to the group of pensioners and a large proportion of people in the poor group do not have pensions at all. According to ethnicity criteria, the proportion of ethnic minorities receiving pensions is limited.



¹ National Assembly (1946): The Constitution of the Democratic Republic of Vietnam (The National Assembly of the Democratic Republic of Vietnam passed on November 9, 1946). Office of the National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam: Legal documents system (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=290&type=html&searchType=fulltext&searchText=>).

² National Assembly (1959): Constitution of the Democratic Republic of Vietnam. Office of the National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam: Legal documents system (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=1011&type=html&searchType=fulltext&searchText=>).

³ National Assembly (1992): Constitution of the Socialist Republic of Vietnam in 1992. Office of the National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam: Legal documents system (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=2394&type=html&searchType=fulltext&searchText=>).

⁴ National Assembly (2013): Constitution of the Socialist Republic of Vietnam. Office of the National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam: Legal documents system (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=27597&type=html&searchType=fulltext&searchText=>).

⁵ National Assembly (2009): Law on the Elderly. Vietnam National Committee on the Elderly (<http://vnca.molisa.gov.vn/?page=document>).

⁶ Vietnam Government (1961): Decree promulgating provisional regulations on social insurance regimes for State workers and employees. Law Library (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/Nghi-dinh-218-CP-dieu-le-tam-thoi-ve-cac-che-do-bao-hiem-xa-women-with-workers-staff-from-Nha-Nuoc-21108.aspx>).

⁷ National Assembly (2006): Law on Social Insurance of the National Assembly of the Socialist Republic of Vietnam. Web portal of the Government of the Socialist Republic of Vietnam (http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=28955). The current Law on Social Insurance was enacted in 2014: National Assembly (2014): Law on Social Insurance. Law Library (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/Luat-Bao-hiem-xa-hoi-2014-259700.aspx>).

⁸ National Assembly (2012): Labour Code. Law Library (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Bo-Luat-lao-dong-2012-142187.aspx>). National Assembly (2019): Labour Code. Law Library (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Bo-Luat-lao-dong-2019-333670.aspx>).

⁹ National Assembly (2009): Law on the Elderly. Vietnam National Committee on the Elderly (<http://vnca.molisa.gov.vn/?page=document>).

¹⁰ Thuy Ha (2013): Taking initiative with population ageing. Online newspaper Government of the Socialist Republic of Vietnam (<http://baodientu.chinhphu.vn/Doi-song/Chu-dong-voi-giai-doan-gia-hoa-dan-so/181955.vgp>).

¹¹ Central Steering Committee for Population and Housing Census (2019): Results of the Population and Housing Census at 0:00, April 1, 2019. Hanoi: Statistical Publishing House. 62.

¹² Central Steering Committee for Population and Housing Census (2019): Results of the Population and Housing Census at 0:00, April 1, 2019. Hanoi: Statistical Publishing House. 62.

¹³ Central Steering Committee for Population and Housing Census (2019): Results of the Population and Housing Census at 0:00, April 1, 2019. Hanoi: Statistical Publishing House. 62.

¹⁴ Giang Thanh Long (2019): Increase the retirement age. Vnexpress.net (<https://vnexpress.net/tang-tuoi-huu-3927141.html>).

¹⁵ Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf).

¹⁶ Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). 9-10.

¹⁷ Institute of Labour Science and Social Affairs (2020): Labour and social trends in Vietnam: Annual Report 2019. Hanoi: Science and Technology Publishing House. 87.

¹⁸ Vietnam Government (2016): Decree regulating pensions, disability benefits, monthly benefits and benefits for preschool teachers who worked before 1995. Law Library (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Nghi-dinh-55-2016-ND-CP-dieu-chinh-muc-luong-huu-tro-cap-mat-labor-labor-workers-workers-mam-non-314549.aspx>).

¹⁹ Institute of Labour Science and Social Affairs (2020): Labour and social trends in Vietnam: Annual Report 2019. Hanoi: Science and Technology Publishing House. 86–87.

²⁰ ILO Office in Vietnam (2019): Building a comprehensive pension system for Vietnam: Implementing Resolution 28 / NQ-TW. ILO office in Vietnam (https://www.ilo.org/hanoi/Whatwedo/Publications/WCMS_729375/lang-en/index.htm).

²¹ Vietnam Social Insurance (2020): Report on the results of direction and administration in 2019, directions and tasks for 2020.

²² Vietnam Social Insurance (2020): Report on the results of direction and administration in 2019, directions and tasks for 2020. 2.

²³ Vietnam Social Insurance (2020): Report on the results of direction and administration in 2019, directions and tasks for 2020. 2.

²⁴ Vietnam Government (2011): Decree No. 6/2011 / ND-CP of the Government: detailing and guiding the implementation of a number of articles of the Law on the Elderly. Web portal of the Government of the Socialist Republic of Vietnam (http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=98694).

²⁵ Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). 10.

²⁶ Tran Hong Hanh (2019): Development of social pension funds in the context of population ageing in Vietnam. Finance Magazine (<http://tapchitaichinh.vn/bao-hiem/phat-trien-quy-huu-tri-xa-hoi-trong-boi-can-hoa-dan-so-o-viet-nam-311994.html>).

²⁷ Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). 9.

²⁸ Vietnam Government (2015): Decision No. 59/2015 / QD-TTg of the Prime Minister: Promulgating multidimensional poverty standards applicable to the period 2016 - 2020. Web portal of the Government of the Socialist Republic of Vietnam (http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=182199).

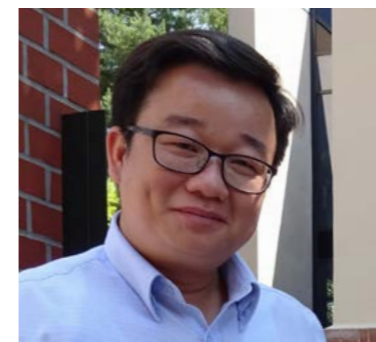
²⁹ Giang Thanh Long/Do Thi Thu (2019): Social security policies for population ageing trends in Vietnam. Legislative studies (<http://www.lapphap.vn/Pages/TinTuc/206834/Chinh-sach-an-sinh-xa-hoi-doi-voi-xu-huong-gia-hoa-dan-so-o-Viet-Nam.html>).

³⁰ Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labour Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). 11.

³¹ International Labour Organization/United Nations Population Fund (2014): Security for people with income in Vietnam: Social pensions. ILO, UNIFA (https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ILO_UNFPA_Policy_Brief_Social_Pensions_Viet.pdf).

³² Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labor Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). 12.

³³ Kidd, Stephen/Gelders, Bjorn/Tran Anh (2019): Potential impacts of social retirement in Vietnam. International Labor Organization (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). 11.



Assoc. Prof. Dr. Nguyen Tuan Anh

Vice Dean of Faculty of Sociology

Executive Editor - VNU Journal of Social Sciences and Humanities; member of the Editorial Board, Journal of Vietnamese Studies (University of California Press).

VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi

Email: xhhanh@gmail.com



Dr. Nguyen Thi Kim Nhung

Lecturer

Faculty of Sociology

VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi

Fields of interest: Social policy, social welfare, environmental sociology, sustainable development.

Email: kimnhung86@gmail.com

Ageing and Health

● Nguyen Thu Huong

1. Introduction

As an old Vietnamese saying goes *Khôn đâu tới trẻ, khỏe đâu tới già* (Young people are never wise, older people never strong), health in the elderly has been “historically conceptualized from a medical perspective and focused on the absence of disease and disease-related disability”.¹ The World Health Organization Ottawa Charter for Health Promotion, for its part, defines health as a “resource for everyday life, not the objective of living,” emphasising “social and personal resources, as well as physical capacities.”² Access to health services is perceived to be important for maintaining health.

In Vietnam, people aged 60 and over account for 12.7% of the total population according to a National Survey on Population Change.³ It is estimated that there are 12.22 million people of this age group in 2019.⁴ By 2038, 20% of the entire population will be made up of the elderly and this ratio will increase to 25% by 2049. The average life expectancy for Vietnamese is 73.6 years (71 years for males and 76 years for females) according to the 2019 Vietnam Population and Housing Census. This underlines a gender imbalance (more elderly women than men), with rising widowhood and celibacy among the elderly. Ensuring sufficient health care services and social support provisions for the elderly population has become a challenge to Vietnam, which has now reached lower middle-income country status.



Earlier on, health care for the rapid ageing population was institutionalized by the National Action Plan on the Elderly for the 2012 – 2020 period (Decision No. 1781/QĐ-TTg/2012), serving as a mechanism to ensure the rights of the elderly to health. More lately, the National Proposal on Health Care for the Elderly up to 2030 has been approved by the Prime Minister’s Decision No. 1579/QĐ-TTg/2020. The national proposal serves as the key policy framework for overall coordination of health services for the elderly, aiming to achieve the Sustainable Development Goals, and particularly Goal 3 *Good Health and Well-being*.

Based on a desk study of existing literature on ageing related issues in the country, this thematic brief aims to review key indicators that focus on health status and health care needs of the elderly. By highlighting health as a fundamental and holistic attribute that enables older people to achieve things that are important to them, this brief draws attention to the need of understanding health in older age in terms of dynamic change, rather than a static sense. Having recognized that functional status and health status are both highly related to the quality of life, and especially so for the elderly, this brief limits its analysis and recommendations to the four main areas. The next section discusses some key issues of general health in older people including the prevalence of non-communicable diseases, reproductive and sexual health as well abuse and violence against older people. Section 3 explores how health system responses to ageing. Section 4 focuses on health insurance coverage. The concluding section provides implications for developing policies and interventions that are responsive to the health care and medical needs of the elderly population.

2. Health Status of the Elderly

2.1 Prevalence of Non-Communicable Diseases

The four main non-communicable diseases (NCDs) – cardiovascular diseases, diabetes, cancer, and chronic respiratory diseases – are the leading causes of premature mortality (between 30 and 70 years of age) worldwide. Therefore, the Sustainable Development Goals have cemented the importance of NCDs on the 2030 international agenda (Goal 3), aiming to reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases in all countries.

It was estimated that NCDs accounted for about 79% of all deaths in Vietnam by 2019 (Nhân Dân Newspaper 25 October 2019). Morbidity among the older population can mainly be ascribed to NCDs which account for an estimated 87–89% of the disability-adjusted life years and 86–88% of deaths by age group.⁵ Hypertension, diabetes, cancer and chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) are the main NCDs.

Among elderly Vietnamese, the most common NCDs are cardiovascular disease, diabetes, kidney disease, and cancer.⁶ A 2015 national survey on NCD risk factors completed by 3,758 participants across Vietnam⁷ shows that the prevalence of hypertension, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma was 36.5% in the 60 to 64 age group, remarkably higher in men (35.6%) than women (28.5%).

Table 1: How NCD care varies by socioeconomic factors for older people

	NCD	Hypertensions	Diabetes
Sex			
Male	35.6	77.3	32.4
Female	28.5	75.2	39.7
Age group			
50–54	29.3	85.0	27.7
55–59	28.5	58.4	40.8
60–64	36.5	84.7	39.2
65–69	33.8	80.5	34.5
Education			
Primary	26.6	79.2	24.3
Secondary	24.4	75.8	46.1
High school	53.1	70.0	43.8
College/University	38.6	78.6	40.5
Wealth quintile			
Lowest	34.8	75.7	27.9
Second	28.0	80.2	18.1
Third	22.0	60.5	57.6
Fourth	35.8	78.5	38.6
Highest	36.5	77.7	48.0
Living area			
Urban	40.2	80.7	46.2
Rural	26.2	71.9	26.1
Ethnicity			
Kinh (population majority)	32.5	75.9	36.3
Other groups	24.3	80.9	32.2
Overall	31.7	76.3	36.0

Source: 2015 Vietnam National Survey on NCD risk factors, quoted in HelpAge International 2019:12

Hypertension

The same survey shows that the overall prevalence of hypertension increases with age, from 33.9% among participants aged 50 to 54, to 48.7% among those aged 65 to 69. The rate was more common among older people in urban (43.2%) than in rural areas (38.6%). There was a noticeable difference in prevalence by gender, with more men (45.5%) than women (35.4%) suffering from the condition.

There are variations in hypertension control. Even though nearly half of the people aged 65 to 69 had hypertension, the proportion in whom this is controlled was 15.5%, hardly above the 13.5% seen for the younger group aged 50 to 54, where just over a third of the people had hypertension.⁸ The treatment rate was slightly lower in men (14.1%) than in women (14.7%), and significantly higher in urban versus rural areas (17.9% and 12.4% respectively).

Diabetes

It is estimated that in 2015, over 3.5 million Vietnamese adults were living with diabetes.⁹ The prevalence of diabetes is especially high among the elderly. According to the results of the community diabetes screening programs during 2011–2013 with 5,602 men and 10,680 women in North Vietnam aged 30–69 years,¹⁰ 12.8% of males and 10.9% of females over the age of 60 years had diabetes. Type 2 diabetes mellitus was the most common form of metabolic disorder and was disproportionately prevalent in different geographic regions throughout Vietnam.¹¹

The data on NCD management for older people revealed in the 2015 national survey on risk factors also suggests variation in access to care for diabetes. There was a notable disparity in diabetic management between urban and rural dwellers (46.2% versus 26.1%). One possibility is that diagnosis and treatment are available only at district-level hospitals. From gender perspectives, the rates of access to medicines for the condition were lower among women aged 50 to 69, compared with of males (69.7% and 82.3% respectively). Notably, rural older women encounter various barriers to accessing needed health care given cultural, financial, awareness, and transportation barriers that they have to face.

Chronic obstructive pulmonary disease

It is estimated that nearly 10% of the population suffer from respiratory diseases, with 4.2% of people above 40 years old affected by chronic obstructive pulmonary disease (COPD) due to the high smoking rate and continued exposure to other risk factors.¹²

According to a research on COPD (n=1500; aged 23–72), the prevalence among adults in Northern Vietnam was 7.1% and was considerably higher among men than women.¹³ In the same study, of 684 participants ages >50 years, 23.5% of men and 6.8% of women had COPD. Among smokers aged >60 years (all men), 47.8% had COPD. None of the women with COPD had been smokers. This finding indicates that increasing age and smoking, the latter among men only, are the most important determinants of COPD.

Another recent study among 302 COPD outpatients (with a mean age of 63.9 years) in Hanoi has found that COPD are often associated with muscle depletion that is caused by increased rate of protein degradation and decreased rate of protein synthesis.¹⁴ More importantly, this becomes worse with ageing. Whereas recent nutrition guidelines for elderly recommend high energy and protein diets, most of the study participants (more than 80%) did not meet their energy and protein requirements. When the elderly are at risk of malnutrition, they double the likelihood of a hip fracture or institutionalization, and is an important predictor of weakness syndrome in older people.¹⁵

Asthma

Asthma is a disease characterized by chronic airway inflammation, leading to intermittent symptoms of wheeze, dyspnoea, cough and chest tightness in combination with variable expiratory airway obstruction. The prevalence of asthma in Vietnam among adults aged 21–70 years has been estimated at 3.9%–5.6%.¹⁶ It is worth noting that asthma, with increasing age, becomes more difficult to differentiate adult onset asthma from other diagnoses such as COPD or Asthma-COPD overlap syndrome, leading to frequent under or misdiagnosis.¹⁷ Moreover, it has been observed that the knowledge of asthma self-management of adult patients in Vietnam is low, and that this knowledge is correlated with education level.

2.2 Sexual and Reproductive Health and Rights

There are sexual and reproductive health and rights (SRHR) issues relevant to the older population, particularly older women. Studies in developing countries have found that as women grow older, they are at risk from symptoms associated with hormonal changes, gynaecological malignancies, osteoporosis, cervical and breast cancers, and various genitourinary conditions.¹⁸ Older men, on the other hand, have reductions in their testosterone levels and sperm production gradually becomes lower. As a result of these low levels, they experience a decrease in lean body mass, body hair, skin alterations, erectile dysfunction, and increase in visceral fat and obesity.¹⁹

Moreover, continuing sexual activity has been proven a key element of Quality of Life for the elderly.²⁰ Available evidence suggests that more than 80% of men and 65% of women remain sexually active in old age.²¹ Nevertheless, in many cultures, sexual activity is considered as inappropriate or indecent for older people. Standard health check-ups for older people often exclude screening for sexual and reproductive health issues. This oversight is increasingly worrisome given the rise in new HIV infections among adults aged 50 and older in recent years, with most transmissions stemming from individuals unaware of their HIV-positive status.²²

There is paucity of data on sexual and reproductive health of the elderly in Vietnam. Sex-disaggregated data remain a far cry, consequently impeding the elderly's access to preventive services and care for sexually transmitted infections, as well SRHR research, policies, and programmes. In a qualitative study exploring quality of life among the elderly in three communes of Hải Dương province, the issue of sexual activity in older people was downplayed in in-depth interviews and focus-group discussions with local residents; if anything, this was considered more of an issue in urban areas.²³ Some research participants even considered issues related to sexual activity in the elderly as inappropriate, morally.

2.3 Abuse and Violence Against Older People

According to the latest report of UNFPA and Viet Nam National Committee on Ageing (VNCA), elder abuse can take many forms: verbal abuse (shouting, insults and use of bad language) or physical abuse (beating, pushing, slapping); or emotional abuse such as bullying, infringement of independence or privacy; financial neglect; inadequate attention to health care and diet; and extortion.²⁴ A 2017 World Health Organization study estimated that about 16% of people aged 60 years and older had been subjected to some form of abuse including sexual abuse, typically committed by people in a position of trust including health care providers and family members.²⁵ All types of elder abuse have a negative impact on the health and wellbeing of older people, yet data on its prevalence in Vietnam and effective interventions for addressing the abuse of elderly people are currently very limited.²⁶

By law, the 2015 Penal Code (amended in 2017) has criminalized various forms of the elder abuse and mistreatment (Article 185). Similarly, the Law on the Elderly (No. 39/QH12/2009) illegalized violence, abuse, neglect and/or discrimination against the elderly (Article 9). In 2012, 11.6% of older people reported having ever experienced abuse from their offspring, and 38% subjected to humiliation and conflict over the past 12 months.²⁷ The latest national study on violence against women among the population aged 15 to 64 years in Vietnam indicates that women over the age of 44 experienced the highest lifetime prevalence of emotional violence.²⁸



3. Health Service Provision

Since 2002 Vietnam has been one of the signatories of the Madrid International Plan of Action on Ageing, and has become the first country in Southeast Asia to establish a National Programme for the prevention and control of NCDs for 2002 – 2010 (Decision No. 77/QĐ-TTg/2002). The principle affirming older people’s equal and universal access to health care has been mainstreamed in numerous key strategies, legislations, and policies. Notably, the 2013 National Constitution underscores the rights and dignity of older people (Article 37). The Law on the Elderly stipulates clearly that people aged 80 and over are prioritized for medical examination, instructing hospitals to organize gerontology departments, or set aside a number of beds for elderly patients (Article 12). At grassroots level, commune, ward, or township health stations to send health workers to conduct medical examination and treatment at places of residence of lonely and seriously ill elderly persons (Article 13). At national level, Ministry of Health has the mandate to formulate and organize the implementation on programme of prevention, examination treatment for heart diseases, diabetes, Alzheimer and other chronic diseases, reproductive health diseases affecting the elderly (Article 29).

Following the Elder Law, the Prime Minister’s Decree No 13/NĐ-CP/2010 stipulated that disabled elderly are provided monthly cash benefit, as well as free health insurance. The National Programme of Actions on Ageing, period 2012–2020 (Decree No.1781/NĐ-CP/2012) went further to set the target of having 100 percent of sick elderly people to be examined and treated by 2015. Besides, the National Strategy on the Protection, Care and Improvement of the People’s Health during 2011–2020 with the vision to 2030 (Decision No. 122/QĐ-TTg/2013) aimed to improve health care for the elderly. The National Strategy of Social Security (2011–2020) underlines the needs of building up comprehensive social security mechanisms, health care and social assistance for elderly to better address their economic, social risks and health. The Strategy of Population and Reproductive Health (2011–2020) focuses on some priorities, including strengthening elderly primary health care system. The Strategy for Family Development (2020 –

vision 2030) focuses on strengthening interfamily relationships, household economy development, family data base, family research and assessment which includes attention to elderly matters in the family.²⁹ Recently, the Ministry of Health has issued the Decision No. 7618/2016 approving the national proposal on Healthcare for the Elderly for the period of 2017–2025. This national proposal serves as the key policy framework for overall coordination of health services for the elderly, aiming to achieve the Sustainable Development Goals, and particularly Goal 3 *Good Health and Well-being*.

Despite progressive record of promoting the older people’s right to health, the biggest challenge has been on the implementation of legislation and policy. It is important to note that the current National Strategy for 2015–2025 targets the prevention and control of cancer, cardiovascular diseases, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma and other NCDs. However, the targets on control of diabetes exclude older people aged 70 and older by focusing only on the population aged 30 to 69.³⁰ Information dissemination of policies and legislation on older people has not been made timely.³¹ Moreover, there is no data that provide details of these health care programmes, the coverage of older person through these initiatives, the geographic reach of the services, and the range of services that are available including sexual and reproductive health services.³² It has observed that primary health care is provided by health communes but only a small low proportion of the elderly has health insurance cards registered for medical examination and treatment. Poor transportation, shortage of equipment at medical facilities and the negative attitudes and behaviours of medical staff also discourage older persons from accessing health services. Disparities in health and health care are widening between socio-economic groups, as well as between rural and urban areas. In particular, the rural elderly have less access to health care than those in urban areas. Among disadvantaged groups, older people living alone, with lowest wealth and with social health insurance had highest probability of reporting at least one NCD for both urban and rural areas.³³



Table 2: How in-patient experience at district hospitals varies by age

Age	Received daily check-ups (%)	Received explanation about diagnosis (%)	Received physician advice on what to do (%)	Treated with disrespect (%)	Confirmed facility was clean (%)	Confirmed facility had sufficient equipment (%)	Confirmed facility equipment functioned well (%)
50	97.8	94.4	94.8	1.8	93.6	95.1	96.6
50–54	100.0	93.1	94.8	3.4	96.6	92.0	89.8
55–59	97.7	97.7	97.7	0.0	97.7	92.7	92.1
60–64	100.0	93.5	95.7	4.3	97.8	93.2	92.1
65–69	98.0	98.0	93.9	0.0	98.0	94.7	97.1
70–74	97.8	95.7	93.5	4.3	97.8	100.0	100.0
75–79	97.4	94.9	97.4	2.6	89.7	93.3	100.0
80+	98.2	83.6	87.3	0.0	96.4	95.2	97.3
Overall	98.1	94.0	94.5	1.9	94.7	94.8	96.0

Source: World Bank Group/Vietnam Ministry of Health 2015, quoted in HelpAge International 2019: 22

4. Health Insurance Coverage

The Elder Law provides general eligibility criteria for people entitled to social patronage policies (e.g., health insurance and costs, monthly social relief allowances and payment of funeral and burial costs) including those who are over 80 years of age and who have no retirement pension, monthly social insurance allowance or monthly social allowance (Article 17). Notably, Vietnam enshrined universal social health insurance (SHI) coverage in the Decision No. 122/QĐ-TTg/2013, approving the National Strategy to protect, care, and improve public health during 2011–2020. The national SHI targets were set to obtain over 90% coverage by 2020 and 95% coverage by 2025. Since then health insurance development has become more intensified, covering 86.9% of the population in 2018. The proportion of women with medical insurance is slightly

higher than that of men, 56.11% versus 52%.³⁴ In recent years, the provision of free health insurance for the poor and ethnic minorities contributed significantly to the willingness to seek help from healthcare services. There are existing mechanisms to ensure older people can access services without financial burden.

Nevertheless, under the Health Insurance Law, some health check-up services for early detection of non-symptomatic NCDs are not covered by health insurance.³⁵ This highlights inequality within the older population in relation to access to services. Older people are generally more likely to be excluded if they have low levels of education or income, live in rural areas, or belong to ethnic minority groups. Thus, chronic diseases normally are detected at an older age and a late stage of progression.³⁶



Table 3: How social health insurance coverage varies by socioeconomic factors for older people

	2010 (%)	2012 (%)	2014 (%)
Sex			
Male	62.2	65.4	71.7
Female	59.0	64.0	72.6
Marital status			
Single	54.3	62.0	73.2
Married	59.2	62.3	70.1
Widow or widower	66.2	73.6	80.1
Divorced	44.8	59.3	60.8
Education			
Less than primary	57.0	62.1	69.3
Primary	55.9	58.2	66.3
Secondary	70.0	75.9	77.6
College/University	92.5	93.2	93.7
Wealth quintile			
Lowest	68.3	73.5	78.7
Second	51.8	58.7	65.1
Third	55.1	57.5	65.0
Fourth	59.5	63.4	71.3
Highest	66.5	69.9	79.6
Living area			
Urban	64.4	71.3	75.9
Rural	58.5	61.7	70.3
Overall	60.4	64.6	72.2

Source: Vietnam Living Standard Surveys, quoted in HelpAge International 2019: 8

In Vietnam, Community Health Centres (CHCs) have traditionally been responsible for the implementation of national target programmes tackling hypertension, diabetes, and cancer. As of 2014, about 80% of the CHCs were participating in the national insurance system, enabling sustainability, and widening participation. At some CHCs under the pilot of the Action Program (No. 1379/CTr-BYT/2017) on application of Family Doctor Principle at primary health care services in Hanoi, the number of out-patients (diabetes and hypertension) has been on the rise.³⁷ Nevertheless, the 2015 Vietnam District and Commune Health Facility Survey suggests that commune health stations are limited to being able to describe any medication beyond a few days required for acute care treatment and need to refer patients to the district hospital for diagnosis as well as on-going management of a chronic disease.³⁸ These findings reflect the historical role of commune health stations, which have traditionally focused on maternal and child health and are less equipped, lack of well-trained personnel, inadequate sanitary conditions and have largely not been given the mandate, according to policy and regulations of the health sector, to address the growing profile of NCD.³⁹ Furthermore, most CHCs did not provide preventive services for early detection and management of long-term treatment of patients with NCDs (especially hypertension and diabetes) in the community. Available evidence suggests that rural elderly women with limited mobility are likely dependent on family members, male family members in particular, in relation to, accompaniment in travelling to the healthcare centres and in managing healthcare.⁴⁰ Living at a distance from CHCs demotivated rural elderly women to access health care services as it involved time, money, transportation and accompaniment. Specifically, rural elderly women with a disability may find it difficult to travel to healthcare services especially when the transportation was not available and no accompany. Therefore, the issue of distance and transportation along with social exclusion is a vital determinant in using CHC, especially in remote and mountainous areas. This goes back to the vital role of rural road improvement on the increase of healthcare access among rural population, particularly older women.

5. Conclusion

In addressing the challenges of a rapid ageing population, especially the health of older people, the Government of Vietnam has adopted a holistic approach in various areas including public health insurance, free health care targeted at identified groups of the elderly, and social security. The contextual analysis of this thematic brief highlights inequalities within the older population regarding access to health insurance coverage, health services based on age, education, income, gender, and ethnicity. Notably, older women usually face social and economic inequalities and barriers of access to healthcare services. In addition, the sexual and reproductive health rights of older people are neglected and stigmatised due to stereotypes surrounding ageing. Data on violence on, neglect and abuse of older persons is scarce. The complexity of the challenge requires diverse and complementary responses. Ultimately, a strategic focus on the rights to health for the elderly is critical to achieve the goal of leaving no one behind in a growing nation to which the Government of Vietnam has made strong commitments.



- ¹ Giummarra, M. J./Haralambous, B./Moore, K./Nankervis, J. (2007): The concept of health in older age: Views of older people and health professionals. In: *Australian Health Review* 31 (4), 642–650.642
- ² World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. 2.
- ³ General Statistics Office of Vietnam (2018): *Results of the National Survey on Population Change as of 01 April 2017*. Hanoi: GSO.
- ⁴ General Statistics Office of Vietnam (2019): *Results of the 2019 Vietnam Population and Housing Census*. Hanoi: GSO.
- ⁵ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing (2019): *Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam*. Hanoi: UNFPA.
- ⁶ Nguyen Thi Thanh Huong et al. (2012): Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural–urban dialogue. In: *Global Health Action* 5:1, 18874, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18874>. Le V Hoi/Nguyen TK Chuc/Lindholm, Lars (2011): Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC Public Health* 10:549 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/549>.
- ⁷ HelpAge International (2019): *Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people*. London: HelpAge International.
- ⁸ HelpAge International (2019): *Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people*. London: HelpAge International.13.
- ⁹ Nguyen Thi Thu Huong et al. (2018): Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. In: *Patient Preference and Adherence* 12: 1347–1354.
- ¹⁰ Pham, Ngoc Minh/Eggleston, Niels H. (2016): Prevalence and determinants of diabetes and prediabetes among Vietnamese adults. In: *Diabetes Research and Clinical Practice* 113: 116–124.
- ¹¹ Nguyen Thi Thu Huong et al. (2018): Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. In: *Patient Preference and Adherence* 12: 1347–1354.
- ¹² Nguyen Tu Son et al. (2018): Pharmacists’ training to improve inhaler technique of patients with COPD in Vietnam. In: *International Journal of COPD* 13:1863–1872.
- ¹³ Hoang Thi Lam/Ekerljung, Linda/ Nguyen Van Tuong/Ronmark, Eva/Larsson,Kjell/Lundback, Bo (2014): Prevalence of COPD by disease severity in men and women in northern Vietnam. In: *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 11 (5): 575–581.
- ¹⁴ Nguyen Ha Thanh et al. (2019): Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. In: *International Journal of COPD* 14: 215–226.
- ¹⁵ Nguyen Dang Thoai et al. (2020): Evaluation of malnutrition among elderly people above 75 years of age. In: *Journal of Critical Reviews* 7 (4): 74–77.
- ¹⁶ Nguyen Tu Son et al. (2018): Pharmacists’ training to improve inhaler technique of patients with COPD in Vietnam. In: *International Journal of COPD* 13:1863–1872.
- ¹⁷ Enilari, O./ Sinha, S. (2019): The Global Impact of Asthma in Adult Populations. In: *Annals of Global Health* 85 (1): 2, 1–7. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2412>.
- ¹⁸ Elias, Christopher/Sherris, Jacqueline (2003): Reproductive and sexual health of older women in developing countries. *BMJ* 327: 64-65 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.64>
- ¹⁹ Banke-Thomas, Aduragbemi/Comfort, Z. Olorunsaiye/Sanni, Yaya (2020): Leaving no one behind also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health. In: *Reproductive Health* 17 (101), 1–3.
- ²⁰ Nguyen Thi Thanh Huong et al. (2012): Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural–urban dialogue. In: *Global Health Action* 5:1, 18874, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18874>.

²¹ Banke-Thomas, Aduragbemi/Comfort, Z. Olorunsaiye/Sanni, Yaya (2020): Leaving no one behind also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health. In: *Reproductive Health* 17 (101), 1–3.

²² Racherla, Sai Jyothirmai (2019): Older women's health and well-being in Asia and the Pacific region. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women.

²³ Nguyen Thi Thanh Huong et al. (2012): Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural–urban dialogue. In: *Global Health Action* 5:1, 18874, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18874>.

²⁴ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing (2019): Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA. 29.

²⁵ Banke-Thomas, Aduragbemi/Comfort, Z. Olorunsaiye/Sanni, Yaya (2020): “Leaving no one behind” also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health.” In: *Reproductive Health* 17 (101), 1–3.

²⁶ Racherla, Sai Jyothirmai (2019): Older women's health and well-being in Asia and the Pacific region. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. 18.

²⁷ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing (2019): Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA. 30–31.

²⁸ MOLISA, GSO and UNFPA (2020): Results of the National Study on Violence against Women in Viet Nam 2019. In: *Journey for Change*. Hanoi: UNFPA.

²⁹ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing (2019): Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA. 35.

³⁰ HelpAge International (2019): Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people. London: HelpAge International.

³¹ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing (2019): Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA. 35.

³² Racherla, Sai Jyothirmai (2019): Older women's health and well-being in Asia and the Pacific region. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women.

³³ Le Duc Dung/Leon-Gonzalez, Roberto/Thanh Long Giang/Anh Tuyet Nguyen (2020): Socio-economic-related health inequality in non-communicable diseases among older people in Viet Nam. *Ageing & Society*, 1–28. doi:10.1017/S0144686X19001843.

³⁴ Food and Agriculture Organization of the United Nations (2019): Country gender assessment of agriculture and the rural sector in Viet Nam.

³⁵ HelpAge International (2019): Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people. London: HelpAge International.

³⁶ Le Duc Dung/Giang Thanh Long (2016): Gender differences in prevalence and associated factors of multi-morbidity among older persons in Vietnam. In: *International Journal on Ageing in Developing Countries* 1 (2): 113–132.

³⁷ UN Women (2020): Summary Report of the independent gender assessment of National Target Program on New Rural Development 2010–2020. Consultation Workshop 11 June 2020, Pan Pacific Hotel, Hanoi.

³⁸ World Bank (2016): Quality and Equity in Basic Health Care Services in Vietnam: Findings from the 2015 Vietnam District and Commune Health Facility Survey. Hanoi: World Bank.

³⁹ World Bank (2016): Quality and Equity in Basic Health Care Services in Vietnam: Findings from the 2015 Vietnam District and Commune Health Facility Survey. Hanoi: World Bank.

⁴⁰ UN Women (2020): Summary Report of the independent gender assessment of National Target Program on New Rural Development 2010–2020. Consultation Workshop 11 June 2020, Pan Pacific Hotel, Hanoi.



Dr. Nguyen Thu Huong

Senior lecturer of the Faculty of Anthropology,
VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi

Her research interests lie at the intersection of gendered violence, climatic catastrophes, digitalization, inclusive development and other human security issues in Vietnam and the Philippines (since 2014).

Email: huongnt11@ussh.edu.vn

Social Care in Vietnam – a General Overview

● Nguyen Thi Thai Lan

1. Introduction

The concept of social care is defined differently in the context of Vietnam. It sometimes is understood as social protection, as social assistance, or as social welfare services.¹ Hence, in this section, social care is a broad concept that covers the whole social service system for vulnerable people and people in need of social services.

The Doi Moi reforms introduced in the mid 1980s marked a turning point not only in restructuring the economy but also in the development of social policy and programs in Vietnam.² After 30 years of this reform, remarkable economic growth and poverty reduction have occurred, and services for vulnerable groups, including children and families, principally health and education, have evolved to the point that near universal access has been achieved.³ However, the country social service system has been facing many difficulties and challenges resulted from the economic growth such as the raising number of vulnerable people, inequality in accessing to social services, widening gap between the rich and the poor.⁴

With the estimation of 28% of the total population needs social services, there is a high demand for the development of this system in Vietnam. Originally all the social protection services were provided by government, gradually there has been a participation of non-public sector in this sector, however, the current social service system cannot afford to the reality needs. This system has been challenged by the lack of indigenized service models, shortage of quantity and quality of social service workforce, limitation in infrastructure for a wider coverage of service users. This section presents different social elements that have significant impacts on the social services. In addition, it describes the current situation of service users and social service system. Finally, it analyses the challenges as well as the opportunities for the development of social service system in the locality.



2. Social Issues and Problems

Economic Growth and Poverty Reduction

Vietnam has made substantial progress in its human development and economic growth in the last thirty years. Vietnam's Human Development Index increased from 0.475 in 1990 to 0.693 in 2018, and is nearing the High Human Development threshold of 0.7,⁵ while the country's annual economic growth rate averaged 6.2% in the period 2012-2017,⁶ higher than for other ASEAN countries (5.3%). Vietnam has also been remarkably successful in reducing poverty, with a dramatic decrease in the poverty rate from 57% in 1990 to approximately 14% in 2014 (based on the income poverty line), or 11% in 2016 (multi-dimensional poverty line).⁷ However, the multi-dimensional poverty level and the speed of reduction vary across regions. In addition, vulnerable groups continue to be left behind with a rising gap between the living standards of the "Kinh and Hoa" (majority groups) and the ethnic minority groups in spending and income level.⁸

Ageing

Vietnam is ranked in the group of countries with fast ageing population in the world, even more than many developing countries.⁹ According to the General Statistics Office (2018), by 2038, the population aged 60 and over will be more than 21 million people, accounting for 20% of the total population. This figure will increase to 27 million, accounting for 25% of the total population until 2050. The quality of life of the elderly is low both physically and mentally. Hence, the number of persons in need of social care is huge, about 4 millions in 2019 and will be up to 10 million in 2035.¹⁰

Urbanisation and Migration

Vietnam is undergoing rapid urbanisation with 43% of the total population now living in urban areas. In the past ten years, the average annual growth rate of the urban population was 5%, which was six times faster than in rural areas. The country also faces a shrinking youth population, thus, increasing the pressure to enhance workforce productivity and

to attract labour from the villages to meet demand in the industrialized centres. Internal migration has been the main reason for the increase in the urban labour force in Vietnam with an average annual increase of 2.5% in the period 2012-2017.¹¹

Rising Inequality

Rising inequality threatens not only continued economic progress. Millions of vulnerable and disadvantaged people such as ethnic minorities, small-scale farmers, migrant workers and women are still living in poverty, lack access to information and are excluded from services and political decision-making. The GINI coefficient in Vietnam increased from 0.38 in 2005 to 0.44 in 2016, and is one of the largest increases amongst ASEAN member states.¹² Income disparity is widening between the 20% richest households and 20% of the poorest ones (9.8 times monthly income higher in 2016).¹³

Violence Against Women and Children

Most recently, a national study conducted by the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs (MOLISA), General Statistics Office (GSO) and UNFPA (2019), investigated violence against women in Vietnam within families, workplaces and other public spaces. The study found that 63% of ever-married/partnered Vietnamese women had experienced physical, sexual, psychological (including emotional and controlling behaviours) and/or economic violence during their lifetime, and 32% had experienced these types of violations in the last 12 months, of which emotional abuse was most prevalent (47%). Notably, an increase in those reporting they had experienced sexual violence during their lifetime was found between 2010 and 2019 (from 10% to 13%), including sexual abuse of girls under 15 years (4.4%). While there is a slight decrease in the overall rate of violence found in the 2010 and 2019 studies, the 2019 study reveals that violence against women and children has had severe impact on women's health, dignity, security, upward social mobility and economic productivity.¹⁴



New and Emerging Threats: Online Abuse, Climate Change, Pandemics

Globalisation has brought many benefits to Vietnam and at the same time, increased global connectedness is generating new and emerging threats to people's well-being in the form of online risks, and the impacts of climate change, global economic shocks, and health pandemics.

Although the Internet is bringing substantial benefits to children and young people, studies in Vietnam are also identifying negative consequences on adolescents' health, education, social interaction, mental and behavioural disorders.¹⁵ A forum conducted by MOLISA and UNICEF East Asia - Pacific Region (2016) reported on the growing prevalence of child abuse in the internet environment with more than 10,000 online instances of child abuse found in the five-year period 2011-2015.¹⁶ Vietnam is one of the twenty countries in the world predicted to be most heavily impacted by climate change, poor air quality and environmental pollution (UNDP 2019). In addition, climate changes also causes impacts on children's learning process, psychological well-being and school performance.¹⁷ Vietnam's initial response to the Covid-19 pandemic has been rapid and effective, rating as one of the most successful interventions of any country.¹⁸ Nevertheless, short- and long-term consequences have been found, such as disrupted education, loss of access to basic social services, impacts on mental health, increased domestic violence and a high risk of falling into poverty.

3. The Need of Social Care Services

The need of social care services is relatively high in Vietnam with an estimate of about 28 % of the total population need social services. They are 11.3 million elderly people, 6.2 million people with disabilities, 1.4 million children with special circumstances, about 9,6% of poor households, more than 180,000 people infected with HIV are detected, nearly 170,000 drug addicts, more than 15,000 sex workers, about 2.7 million social protection beneficiaries are eligible for monthly subsidies policy; 22% of families experienced violence and 21.1% of women experienced violence at different levels; households facing difficult circumstances due to natural disasters, floods, etc.¹⁹

3.1 The Social Care System

Social care services system consists of three service providing types:

- i) institutional care: providing care, nurturing services and professional and specialized social work services at social support institutions;
- ii) community -based social services: providing care, nurturing services, and professional and specialized social work services at communities; and
- (iii) providing care at social homes, day-care, and other forms of care.²⁰

Social care services include normal care services carried by social carers and carers at families and social support institutions; professional social work services served by social workers at multiple service providers at communities, schools, hospitals, courts, and social work centres.

Social service system originally is fully subsidised by the government and mainly carried out by the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, Ministry of Health, Ministry of Education, and other related mass organizations. Recently with a new changing trend, there has been more active involvement of non-public sector such as private social support centres, local NGOs and

INGOs. The current social service for vulnerable groups has been experienced at the rapid development during the period 2010 - 2020 after the government of Vietnam issued Decision 32 - a national project on the development of the social work profession. The social service delivery system has the participation of many government ministries, including the labour, invalids, and social sectors, medical, educational, judicial and spreading in political and social organizations as well as national and international NGOs. Social services cover many activities ranging from philanthropy, volunteering, to prevention, intervention, rehabilitation and development activities, especially their professional social work services such as counselling, working with individuals/case management, working with groups and community development.²¹

Social Care Services in Institutional Care Models (Social Protection/Support Centres)

Social protection/support institutions are public and non-public organizations classified into different categories of services providers. They are: general social protection institutions for all types of clients; social support institutions for elderly; social support institution for person with disabilities; social support institutions for mental health disorders; social support institutions for children, social work service centres and other social support types. Table below shows the figure of social service providers in the field of Labour, Invalids and Social Affairs.



Social service providers in the field of labor, invalids, and social affairs

Type of social service center	No
Social work service centers	25
Centers for mentally illness	31
Centers for lonely elderly	45
Centers for persons with disabilities	73
General social protection centers	102
Centers for vulnerable children	149
Centers for rehabilitation of drug abusers	105

Source: Department of Social protection, 2020; Department of Social Vices, 2019

Even though social services for vulnerable groups in the field of labour, invalids and social affairs have occupied the largest portion in providing social services, its coverage is still very limited. According the statistics from the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, this system could only serve about 46,000 vulnerable people, including 12,000 orphans and abandoned children; about 6,000 poor and lonely elderly people; over 10,000 people with severe disabilities; over 1,000 people with mental illness; 1,500 people infected with HIV / AIDS and over 6,000 other people. This is because this system is challenged by the following difficulties: the openness of mechanism and policy for social service providers to provide their services for the wider vulnerable groups that are not covered in social protection policies; the incomplete legal framework of the social work profession which is seen as the main sources of social services; the limited service models that located at grassroots level where majority of service users can access; the shortage of infrastructures and facilities to provide professional and specialized services.²²

Regarding to the quality of services, there are a number of factors that social service providers have to encounter in order to provide qualified professional services, such as the insufficient and unstable funding (especially with trial model of services); unclear regulations on service providers' positions, roles, functions, duties and responsibilities; lack of quantity and quality professional staff (skills, knowledge, not dedicated to the profession); not receiving timely and professional guidance and how to conduct the service delivery process; and the service users' unwillingness to actively participate in their problem solving process.²³

Community-based Social Services

Community-based orthopaedic and rehabilitation model for children and persons with disabilities: This model has been implemented in accordance with the programs introduced by the Labour, Invalids and Social Affairs system. To date there are 32 community-based rehabilitation institutions established and operated with the participation of hundreds of wards and there are thousands of children receiving orthopaedic and rehabilitation services. This model combines the rehabilitation of children in inter-communal health facilities or rehabilitation centres and capacity building for mothers so that these mothers can provide self-rehabilitation care for their children.²⁴

The model “temporary shelter” aiming at providing intervention and protection for women and children who are the victims of domestic violence also gets the interest from many local governments for implementation. This helps to ensure the safety for children and women subjected to violence in a state of emergency. The participating of wards in this model forms “temporary shelter homes” to support women and children who are victims of domestic violence can come and live in these homes. At these homes, they are protected by the local governments for their safety and emergence response. They then can receive appropriate intervene and support.

The model “peace house” that protects and cares for returned trafficked women and children conducted by the Women Association has been implemented. This has helped hundreds of returned trafficked children and women. When trafficked people return home, they are placed in the peace house and provided professional services such as counselling, psychosocial therapy and referred to health care, legal and other necessary services. This has supported them to integrate community confidently.

Counselling offices at communities, schools, hospitals: To present, there are 2,355 community counselling points (located at wards level), 4,203 counselling offices at school and hospitals established and put into operation but mostly in the south, especially in Ho Chi Minh City. These community counselling points generally have contributed very effectively in providing services in counselling, referral, and connecting timely services for clients. In recent years, the psychological counselling in schools also has grown stronger. This opens opportunities for the development of professional social work at schools.²⁵

Home and Day Care and other Forms of Social Service Models

Social home model mainly serves lonely elderly, children with special circumstances, people with severe disabilities, and the mental disorder people. It is supported by the State in terms of financial support for nurture and care. In addition, the ward government also invests in infrastructure and management of the care services.

Day care services provide care services for elderly people, people with disabilities, the sick people at families and hospitals. It is conducted in form of care service contract by individual caregivers negotiate directly with the clients’ families or through service providing institutions. These organizations will send their staff to provide care services based on the agreement. This model has appeared for decades in big cities such as Hanoi, Ho Chi Minh City, but the state is not interested in the management of services of social care.²⁶

Psychosocial therapy centres for children with autism are conducted by private sector (at present, there are only one public institution newly formed under the Labour Invalids and Social Affairs). Thousands of children have received timely treatment and support. These facilities offer social work services for children with service charge but with cheap prices, not including accurate and full-service price; for poor children who need psychosocial treatment it is still free.

Child protection system have been pilot implemented in 2008 at 28 districts in 15 provinces/cities under the cooperation between the Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs implemented and six international organizations (UNICEF Plan, Child Fund, World Vision and Save Children). To 2011 this model has become the national wide state child protection program. And to 2015 all provinces and cities have built their child protection system. One of the most important content of this program is to develop and child protection service delivery system to ensure the safety of children at 3 levels: Preventive, early detection and intervention and integration intervention to community for abused children, children in special difficult circumstances. Thanks to this child protection system, the status of child abuse, violence and trafficking is on the stable and decreasing trend.

National Hot line counselling 111 has been established to provide online counselling and supports for disadvantaged children. In 2018 more than 27,000 111 calls received with issues related to children: child abuse, trafficked children, kidnapping, psychological counselling for children.²⁷

4. Challenges

The implementation of social care policies has been achieved encouraging results in the recent years, but it still has some following limitations:

- First, legal framework and policies on the development of social care as well as social work are not completed and synchronized.
- Second, the operation of social care services in the community has not been paid adequate attention, thus the results achieved are quite modest and do not meet the needs.
- Third, the social care services at social support institutions are limited, are mainly conducted at the institution, and do not pay attention to promote community-based services.
- Fourth, there is a high rate of social support institutions that fail to meet regulations on minimum standards of environment, facilities, staff, and standards of care; the management of non-public social support institutions has not yet seriously carried out.
- Fifth, there is a lack of mechanisms to promote the non-public sector’s participation in the provision of services.
- Sixth, there is a shortage of qualified social service staff who are professionally trained.

5. Conclusion

As a developing country in the Southern East Asia with 30 years of changing its economic paradigm, Vietnam has been achieving significant improvements in economy for the well-being of its people. However, a significant portion of its population (28%) need social care services and is facing many social challenges that leave it behind the development. Thus, the social care system plays an imperative role in support of people to attain their well-being via various appropriate and accessible services. Despite important achievements and efforts have been gained in the past few decades in the development of social care services, there is a high need for reviewing and improving this system in legal framework, developing appropriate and indigenous service models, expanding the coverage, and enhancing human workforce.



¹ Huu, N. H./Lan, N.T.T (2016): Assessment of social care system in Vietnam. Hanoi, Vietnam: UNICEF-Vietnam. Loan, L. H (2020): International experience for the development of social work and recommendations for the period 2021-2030. conference presentation at Consultation workshop on Development of National Project on Social work profession 2021-2030, Ho Chi Minh City November 4-5, 2020.

² Evans, K./Rorris, A. (1994): The Vietnam National Programme of Action: a Decentralisation Study, UNICEF Innocenti Occasional Papers, Number 2, Innocenti Research Centre, Florence. London, J. (2014): Welfare Regimes in China and Vietnam, Journal of Contemporary Asia, Vol. 44(1): 84–107.

³ Diez, J. V. (2016): Vietnam 30 years after Doi Moi: achievements and challenges. In: Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie, 60(3), 121-133. VASS/MOLISA/UNDP (2018): Báo cáo nghèo đa chiều ở Việt Nam: Giảm nghèo ở tất cả các chiều cạnh để đảm bảo cuộc sống có chất lượng cho mọi người. Hanoi. Vietnam. UNICEF (2020): Key demographic indicators. <https://data.unicef.org/country/vnm/>.

⁴ Lan, N.T.T. (2015): Social work in Vietnam: International organisations and service professionalisation for disadvantaged children, PhD Thesis, UNSW Faculty of Arts and Social Sciences. OXFAM (2017): Even it up: How to tackle inequality in Vietnam. Labour and Social Publishing House. Hanoi. ILSSA/ILO (2018): Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2012-2017.

⁵ UNDP (2019): Human Development Report 2019: Inequalities in Human Development in the 21st century: Vietnam briefing note.

⁶ ILSSA/ILO (2018): Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2012-2017.

⁷ The multi-dimensional approach to poverty includes income/expenditure combined with access to five basic social services: health, education, housing, clean water, access to information. UNDP (2019): Human Development Report 2019: Inequalities in Human Development in the 21st century: Vietnam briefing note. MOLISA/UNDP/VASS (2017): Báo cáo nghèo đa chiều ở Việt nam: Giảm nghèo ở tất cả các chiều cạnh để đảm bảo cuộc sống có chất lượng cho mọi người.

⁸ MOLISA/UNDP/VASS (2017): Báo cáo nghèo đa chiều ở Việt nam: Giảm nghèo ở tất cả các chiều cạnh để đảm bảo cuộc sống có chất lượng cho mọi người.

⁹ UNFPA (2016): Thông tin tóm tắt: Già hoá dân số nhanh chóng ở Việt Nam “Thách thức và cơ hội”. https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PD_Factsheet_rapid%20population%20ageing%20in%20VNM_printed%20in%202016_Tieng%20Viet.pdf.

¹⁰ Quynh, N. N (2020): Social care for elderly: The need and roles of the social work profession. conference presentation at Consultation workshop on Development of National Project on Social work profession 2021-2030, Ho Chi Minh City November 4-5, 2020.

¹¹ GSO (2019): Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019: Tổ chức thực hiện và kết quả sơ bộ.

World Bank (2014): Vietnam Development report 2014: main report. ILSSA/ILO (2018): Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2012-2017.

¹² ASEAN/UNICEF (2019): Children in ASEAN: 30 years of the Convention on the Rights of the Child, UNICEF.

¹³ OXFAM (2017): Even it up: How to tackle inequality in Vietnam. Labour and Social Publishing House. Hanoi.

¹⁴ MOLISA/GSO/UNFPA (2020): Results of the National Study on Violence against Women in Vietnam 2019 - Journey for Change.

¹⁵ Linh, P. T. T (2017): Ảnh hưởng của mạng internet đối với giới trẻ: Cái nhìn từ phía khoa học thần kinh.

Duc, T. T. M./Thai, B. T. H (2013): Thanh thiếu niên chơi game bạo lực: Những phân tích về tâm lý-xã hội và một số giải pháp quản lý - giáo dục định hướng. VNU Journal of Science: Education Research, 29(1).

¹⁶ MOLISA and UNICEF EAPRO (2016): Forum on policies on protecting children on Internet environment. Hanoi, 29th March, 2016.

¹⁷ UNICEF (2018). Environment and climate change: Climate change and environmental degradation undermine the rights of every child. <https://www.unicef.org/environment-and-climate-change>

¹⁸ Fleming, S. (2020): Vietnam shows how you can contain COVID-19 with limited resources. World Economic Forum (<https://www.weforum.org/agenda/2020/03/vietnam-contain-covid-19-limited-resources/>).

¹⁹ MOLISA (2020): General report on Social Protection for 2019. Department of Social Protection.

²⁰ Huu, N. H./Lan, N.T.T (2016): Assessment of social care system in Vietnam. Hanoi, Vietnam: UNICEF-Vietnam.

²¹ MOLISA/UNFPA (2020): Report on the assessment of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, November 2020.

²² MOLISA/UNFPA (2020): Report on the assessment of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, November 2020.

²³ MOLISA/UNFPA (2020): Report on the assessment of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, November 2020.

²⁴ Huu, N. H (2019): Report on the development of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs.

²⁵ Huu, N. H./Lan, N.T.T (2016): Assessment of social care system in Vietnam. Hanoi, Vietnam: UNICEF-Vietnam.

²⁶ Huu, N. H (2019): Report on the development of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs.

²⁷ Hotline 111 (2020): Introduction. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs. <http://tongdai111.vn/sites/gioi-thieu>.



Assoc. Prof. Dr. Nguyen Thi Thai Lan

Social Work Lecturer VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi

Her main interests are: social work in child protection, social work indigenization and authentication, social care, social work research and social welfare.

Email: nguyenthailan74@gmail.com

The Role of Social Organizations in Implementing Social Welfare Policies toward the Elderly in Vietnam

● Nguyen Huu Minh/Le Thuy Hang

1. Introduction

Social policy is understood as the institutionalization and demonstration of the State solutions in solving social problems related to each group or the whole population. In Vietnam, the implementation of social policy is in line with the principles and policies of the Communist Party of Vietnam, which aim at equity, social progress and comprehensive human development.¹ The Resolution of the 6th National Congress of the Communist Party of Vietnam (1986) affirms: "Social policy covers all aspects of human life: working and living conditions, education and culture, family relations, class relations, ethnic relations... which are in line with the principles of Party and State in terms of the unity between economic policies and social ones."²

The role of social policy is most clearly demonstrated through social welfare's policies and solutions. Social welfare is the interventions of the state and society through a system of mechanisms, policies and social insurance, health insurance, and social assistance in order to achieve sustainable development goals, reduce and avoid risks, and recover from shocks caused by natural disasters, wars/conflict, and social upheaval. Through social welfare policies, the State redistributes incomes and services to vulnerable groups and low-income families, which contributes to poverty reduction and reducing the risks of falling back into poverty in order to reduce social inequality. As such, social welfare is both economical and humane.



Over the past decade, Vietnamese society has experienced an increasingly ageing population. With the total population of over 96 million (2019), Vietnam has had more than 10% of people aged 60 years or above since 2012.³ On the one hand, this phenomenon has reflected the increased living standards of people. On the other hand, it has raised new questions concerning solutions for meeting the needs of the elderly. Taking care of the elderly is one of the tasks of the State's social welfare policy.

There are four institutions involved in the elder care: state, social organizations, family, and market (or private healthcare organizations).⁴ This paper focuses on analysing the participation of social organizations in caring for the elderly in Vietnam in the context of population ageing. However, in reality, the participation of social organizations is not separate from the system of the State's policies. In addition, many operations that belong to the State's policies are carried out with the participation of social organizations. Therefore, the paper will also take into account the principles and policies of the State. The paper is based on the analysis of national statistics and other studies.

2. Social Organization and the Implementation of Social Policy

Social organization is understood as a set of links including individuals in order to achieve specific yet non-profit purposes and identified as a component of social structure. In the current political system of Vietnam, each type of social organization plays a role in promoting the mastery of people as well as developing and protecting the country. In Vietnam, apart from the Communist Party, there are two kinds of social organizations, namely socio-political organizations, and other social organizations (including socio-professional organizations, community-based organizations, and other organizations).

Socio-political organizations (also known as mass organizations) consists of the Vietnam Fatherland Front, Vietnam Farmer's Union, Vietnam Women's Union, Vietnam Veteran's Union, the Ho Chi Minh Communist Youth Union, and Vietnam General Confederation of Labour. According to the 2013 Constitution,⁵ the role of socio-political organization is "to represent and protect the lawful and legitimate rights and interests of their members." Article 9 of the 2013 Constitution defines: The Vietnam Fatherland Front is a political alliance and a voluntary union of the political organization, socio-political organizations and social organizations, and prominent individuals representing their classes, social strata, ethnicities or religions and overseas Vietnamese. According to the Decision No. 31/2011/QĐ-TTg of the Prime Minister dated June 2nd, 2011,⁶ mass organizations oversee the implementation of the regulations on social welfare, including receiving feedback from people; directly collecting information and documents to review, monitor and detect unlawful acts of companies, organizations, agencies, and individuals towards the implementation of the regulations on social welfare; and directly giving recommendations for the

presidents of the People's Council, the People's Committee, and the authorized organizations.

Over the past two decades, socio-political organizations target their activities towards poverty reduction, charity, self-governance, and career guidance, which are highly appreciated by the people.⁷ In addition to the implementation of the operations launched by the State, socio-political organizations have also run thousands of plans and credit programs for the poor, strengthening grassroots democracy, boosting economy, and struggling for gender equality, etc.⁸ These socio-economic operations are performed in a flexible way which are suitable for the locals, which therefore produces positive results.⁹ As the members of socio-political organizations or belong to the vulnerable groups, the elderly are also the beneficiaries of socio-political organizations.

Other social organizations share some common characteristics: "They are non-governmental, self-governing, self-managed, responsible for budget, and non-profit, and their members have the same professions, gender, age, and interests whose regulations are established to operate regularly in order to achieve certain goals. The machinery and operation of those organizations must be in line with the interests of people, the country, the socialism institution, and legal (for example, must have an operating permit)."¹⁰

Among many social organizations, the Vietnam Association of the Elderly represents the will, aspirations, lawful rights, and interests of the Vietnamese elderly. The Vietnam Association of the Elderly gathers the Vietnamese elderly into the Association in order to create



3. Population Ageing and Meeting the Needs of the Elderly in Vietnam nowadays

Population ageing, also known as the ageing population period, starts from the proportion of people aged 60 or older accounts for 10% of the total population and over. According to this measure, the Vietnamese population has reached the old-age threshold since 2012.¹¹ Moreover, ageing index, the ratio between the number of people aged 60 or above per 100 people aged 15 or under, increased from around 24.3 from 1999 to 35.5 in 2009 and 50.1 in 2016 in Vietnam. This shows that the ageing population period of Vietnam has taken place at a fast pace over the past decades.¹² The population ageing is a challenging problem for the eldercare since Vietnam does not have enough favourable conditions.

Along with the population ageing, there are some different demographic characteristics that have also had changes during the past decades and therefore affected the eldercare. First, it is the decline in fertility rate. The total fertility rate was 2.25 in 2001 and 2.09 in 2019. The family size is smaller, and the family structure is also becoming simpler on the basis of a nuclear family. The average numbers of family members were 4.6 in 1999 and 3.6 in 2019.¹³ These trends have made an impact on the ability of family member in taking care of the elderly because there are fewer people at home.

There is a remarkable thing that many old people live without their partners. For the elderly, living with his or her partner has many positive meanings. The elderly who live without a partner, especially women, are more susceptible to injury (both physical and mental).¹⁴ The 2017 statistics showed that the rate of male aged 60 and above living with a spouse was 86.4% but that number in female was only 48.5%.¹⁵ In 2017, the rate of widow among the elderly was 44.2%, higher than that of widower with 11.6%. More and more old people live alone. In 2014, the proportion of the elderly living alone was 3.2% among people aged 60 and over, but only

an environment for the elderly to have a happy, healthy and helpful life, and contribute to the industrialization, modernization and integration of the country towards prosperity, democracy, equality, and civilization.

The Vietnam Association of the Elderly has a wide network throughout the country. It has branches in every commune and ward. The Association has actively participated in scores of social activities, such as the policy-making processes, the implementation of social welfare policies toward the elderly, and the development of clubs to improving the physical and mental health of the elderly.

In addition, the elder care is also carried out through self-governing organizations (community level), religious organizations, and other voluntary organizations in accordance with their interests or other characteristics (same-age, same professions, etc.). Depending on the organizations' characteristics and orientation, these organizations have various kinds of activity toward the eldercare.

Analyzing the role socio-political organizations as well as social organizations in ensuring social welfare for the elderly is to focus on their activities in caring for the elderly. In practice, activities for the elderly are often carried out at the community level with the coordination between social organizations.

16.4% among people aged 80 and over. Today, there is not an uncommon phenomenon that people aged 65 and above caring for their 90–95 years-old parents in both rural and urban areas.¹⁶

According to the National Survey on the Vietnamese elderly in 2011, 65.4% of the elderly rated their health as weak and very weak.¹⁷ According to a survey in Can Tho in 2017, 42% out of 1800 the elderly

rated their health as weak or very weak.¹⁸ According to a study of the National Geriatric Hospital in 2015,¹⁹ on average, an old person aged 80 or above suffered from 6.9 diseases, 28% of the elderly needed help with activities of daily living (personal hygiene, brushing teeth,...), and 90% needed assistance in other activities (buying and selling, cooking, cleaning the house, washing clothes,...). With the average income of 537,900/month mainly from the sources of social protection or pension, it is exceedingly difficult for the elderly to get other support services. The average number of years living with diseases in Vietnam is also relatively high in comparison with other countries, approximately 11 years in female and 8 years in male.²⁰

The majority of the elderly in Vietnam was born and raised when the country was in times of war and subsidy period. After the country moves to a market-driven economy, these people face many economic difficulties because they neither have enough capital accumulation nor asset to live and look after their health when they get older. According to the 2016 data, the proportion of the elderly living in poverty was approximately 10%.²¹ Therefore, it is required that the State, community, family, and market need to pay more attention to the eldercare.

Vietnam's economy has flourished in recent years thanks to the adoption of the DoiMoi policy (since 1986). GDP per capita was 1,168 USD in 2010, tripling than that in 2000. In 2017, the figure was estimated at 2,385 USD, an increase of 170 USD compared to 2016, and 2800 USD in 2019.²² From a poor country, Vietnam is currently a lower-middle-income country. Thanks to economic growth, investment in social sectors, including health care, has been promoted. According to the data of the Ministry of Health and Health Partnership Group,²³ the state budget for health care was approximately 8.2% in 2014, which increased from 7.7% in 2010. In recent years, the budget for health care was around 6% in 2016 and 2017.²⁴

However, the processes of economic and social development of Vietnam have faced many difficulties. The total amount of investment in social development in 2013 was 30.4%, the lowest number since 2000. This illustrates the challenges that Vietnam will face in achieving and balancing economic growth and social development, including the eldercare.²⁵



4. The Policies of the Party and the State of Vietnam toward Eldercare

The role of the State toward the eldercare is demonstrated through laws, policies, institution building and the implementation of specific solutions regarding social welfare (social insurance, health insurance and social assistance) in order to ensure the great care for the elderly.

In terms of the institution, Vietnam has a National Committee on the Elderly established under Decision No. 141/2004/QĐ-TTg dated August 5th, 2004. This is an interdisciplinary organization, with the function of assisting the Prime Minister in directing, coordinating between ministries, branches, mass organizations, and local authorities to solve issues concerning the elderly's mechanisms and policies. At the provincial, city, and district level, there are Working Boards for the Elderly that are responsible for researching, proposing, and directing relevant organizations to implement policies related to the eldercare.²⁶

The Party and State of Vietnam always respect the elderly and consider that "caring for the elderly in both material and spiritual life is the morality of the nation, and the responsibility of the Party, people and governments at every level."²⁷ Therefore, many policies toward the eldercare have been formulated. Clause 3, Article 37 of the 2013 Constitution recognizes the rights of the elderly for the first time: The elderly shall be respected and cared for by the State, family and society to promote their role in the cause of national construction and defence.²⁸

The Law on the Elderly (2009) affirms that the family has the primary responsibility for taking care of the elderly. However, the Law also frames policies to support the helpless, poor elderly, those aged 80 and over, and those who do not have a monthly pension or social allowance or other measures imposed by the State and society in order to create favourable conditions for the elderly to study and participate in cultural, sports, entertaining, and tourism activities (Article 14, 16, 18).²⁹

The Government has developed many specific policies regarding the care and the promotion of the role of the elderly. For example, under Clause 2, Article 6 of the Resolution 06/2011/ND-CP, there are many kinds of social allowance for the elderly. The elderly, who are eligible for 180,000VND/month, are aged 60–80, of poor households, having no caregiver or the caregiver also has a monthly allowance.³⁰ The elderly, who are eligible for 270,000VND/month, are aged 80 and above, of poor households, having no caregiver or the caregiver is also having a monthly allowance. The elderly aged 80 and above, having no monthly pension, social insurance, or social assistance, are eligible for 180,000VND/person/month. The elderly, cared in rest home under Clause 2, Article 18 of the Law on the Elderly, are eligible for 360,000VND/person/month.

Due to the lack of sheltered accommodation to receive all the elderly in need, the State also has mechanisms to support volunteers in communities to care for the elderly. According to this policy, under the Article 19 of the Law on the Elderly, the elderly, who are eligible to live in sheltered housing but have caregivers in the community, are entitled to receive 810,000VND/person/month. In addition, households and individuals caring for the elderly in community are entitled to receive 405,000VND/month if they do not have related rights and obligations.³¹

Moreover, the elderly aged 70 and above are entitled to receive gifts from the authorities and the association of the elderly on the occasion of longevity celebration. The elderly aged 60 and above are entitled to buy public transportation tickets with lower prices (at least 15% lower) and get discounts at cultural and historical sites or museums (at least 20% lower). Nursing homes for elders are encouraged and prioritized to be established.

Many of the afore-mentioned policies have come into effect. In 2019, the State used a budget of more than 17,517 billion VND to support the elderly (including monthly allowance and health insurance). An estimated 10,000 old people are being cared at old's people homes. Moreover, an estimated 1.4 million old people are entitled to receive allowance; more than 3.1 million old people are benefiting from pensions and social insurance schemes. Noticeably, today, some provinces and cities have raised the standards of social allowance which are higher than the prescribed regulations, such as BacNinh, QuangNinh, Ha Noi, Da Nang, Binh Duong, and Ho Chi Minh city.³²

The State is also the main institution in caring for the elderly regarding health and social insurance schemes. The health care network for the elderly is being integrated into the health system from central to local levels. The National Geriatric Hospital is the final unit for medical examination and treatment. At the end of 2019, Vietnam had 97 central and provincial hospitals which had Geriatric Departments; 86 nursing homes; 1.7 million old people who were entitled to a social allowance under the Law on the Elderly; 1.9 million old people had access to health information; 3 million old people had health records; around 4



million old people had regular health check-ups; 96% old people had health insurance; and most hospitals prioritized the medical examination and treatment for the elderly aged 80 and above.³³ This demonstrates the considerable efforts of the State in bringing better eldercare, and the support have reduced the economic burden of families when it comes to the eldercare, especially for families with financial obstacles.

In terms of social aspects, there are two financial mechanisms for the elderly: social insurance scheme (pension included) and social assistance (pension not included). In 2016, only less than 20% of the elderly received a monthly pension, and the lowest rate of pension recipients was in the oldest group (14.4%). The average pension amount is 3.4 million VND (pensioners in the private sector) and 4.26 million VND (pensioners in the public sector). According to 2016 data, only 21.3% of employees participating in social insurance. With the current low rate of employees participating in social insurance, the elderly in the future will face more difficulties in their lives and will also create a great burden on the state budget.³⁴

Social assistance is a state subsidy for the lone elderly, the elderly living in poor households, and the elderly aged 80 and over without having any kind of subsidy. In 2016, only 0.95% the elderly aged 60–79 and 16% the elderly aged 80 and above received a monthly allowance. Although the amount of social allowance for the elderly is around 38% and 30% compared to the rural and urban poverty line, respectively, but the elderly think that it is a good source of income. At the end of 2017, there was a total of 1.57 million old people receiving a monthly allowance and 1.4 million ones receiving an allowance for rendering meritorious services. Hence, an estimated 5 million old people aged 60–79 (not disabled or in poor households) have not yet received any kind of allowance from the State and faced many financial difficulties.³⁵

The State's nursing homes currently mainly accept the poor and lone elderly. In 2018, the social protection system of Vietnam consisted of 413 facilities (195 public and 218 nonpublic), including 32 institutions for the eldercare, and institutions for other beneficiaries including the elderly (73 for the

disabled, 102 complex facilities, 31 for mental health care, and 34 for social assistance centers). Sheltered accommodations have catered for approximately 42,000 beneficiaries, and provided social assistance for the thousands, in which the lone elderly made up for 10.3%.³⁶ Therefore, the social protection system of the State is inadequate to fulfil the needs of the elderly despite the low amount of material support for the elderly in those social protection facilities.³⁷

In general, the implementation of the policies toward the elderly has helped improve their health and has mitigated financial and time pressure faced by families in caring for the elderly. However, the current policies for the elderly only focus on supporting a small proportion of the extremely difficult elderly, not including all the elderly in the country. The implementation of policies is not smooth. Many elderly people and their families do not know much about health care policies for the elderly, which impairs the effectiveness of those policies. The proportion the elderly participating in a health insurance scheme is high but the utilization rate is still low, in which the price of medical examination and treatment is often much higher than the health insurance coverage limit.³⁸ In addition, the implementation of the Law on the Elderly has lacked the coordination and role division between organization; inadequacy; the slow dissemination of information related to the elderly; the priorities toward transportation service and tourism have not yet taken effect.³⁹

5. Social Organizations Implementing Social Welfare Policies for the Elderly

Among the socio-political organizations, Vietnam Farmer's Union, Vietnam Women's Union, and Vietnam Veteran's Union are three organizations that are closely related to the elderly due to the common characteristics of age. The participation of socio-political organizations is the foundation for the more specific activities toward the eldercare. The report of the Vietnam Association of the Elderly on 25 years of building and development (1995–2020) shows that as of November 2019, there

were 680,000 old people nationwide participating in the activities of the State and local governments; more than 789,000 old people taking part in the operations of encouragement of learning, crime prevention, and reconciliation at local levels.⁴⁰ The participation of the elderly in socio-political organizations have stimulated the involvement of them in accessing the State's social policies.

Although socio-political organizations often care about the elderly in general and the elderly are members of these organizations in particular, in reality, the elderly seldom get the specialized care from these organizations. The organization, which is mainly responsible for implementing the State's policies toward the elderly through many operations, such as protecting the elderly, health care and rehabilitation, long-term care, and ensuring a good social environment for the elderly, is the Vietnam Association of the Elderly.⁴¹

The Vietnam Association of the Elderly plays an important role in the eldercare and the promotion of the role of the elderly. The proportion of the elderly joining in the Association is quite high (approximately more than 83% with 9.4 million members), but the activities for the elderly are not only dedicated to the members. The Association implements its activities and policies for the sake of all the elderly. The Association's coordinated programs with a number of ministries and branches have brought about practical results highly recognized by the Party committees and authorities at all levels. For instance, 63/63 provinces and central cities establish a fund for care and promotion of the role of the elderly at grassroots level, with 9,951 communes/wards/towns having funds, accounting for 89% of the total communes/wards/towns. The Central Committee of the Association deducted nearly 2.5 billion VND from the fund and gave 4,096 gifts for the disadvantaged elderly. From 2019 to the late 2019, the associations at all levels raised 487.8 billion VND (including in kind). Nearly 90,000 the lone and disadvantaged elderly were visited and gifted. In some local areas, the Association cooperated with unions to build charity houses for the disadvantaged elderly. The Association has also launched the Action Month for the Elderly since 2017.⁴²

One of the important activities toward the elderly in the community is the Intergenerational self-help club (ISC) which is a community-based model. ISCs are established at communes and wards and are operated under the management of the association of the elderly or the women's union. The ISCs' board of directors have 5 members and some volunteers. The primary goals of ISCs are to promote the role of the elderly and care for the elderly. ISCs have 8 types of support, in which 3 types directly related to the long-term eldercare are home care, health care, and self-help service for those who are bedridden. ISCs have monthly activities with many rich and diverse contents to meet the needs of its members.

At the end of 2016, there were 1,064 ISCs operating in 18 provinces with more than 55,000 members. Due to the positive results for the health of the elderly, in 2016, the Prime Minister approved the Project on Replication of the Intergenerational self-help club model in the period of 2016–2020 (Decision No. 1533/QĐ-TTg dated 2016).⁴³ The project has been effectively run by the Central Committee of the Vietnam Association of the Elderly. At the end of 2019, 56/63 provinces and cities were approved by the People's Committees to run the project. There are currently 1,800 ISCs operating nationwide, which are the support for the disadvantaged elderly.⁴⁴

One of the major today's difficulties in implementing ISCs' activities is the scarce financial resources to sustain those activities. The staff and volunteers of ISCs work mainly on the basis of enthusiasm and experience but lack professional skills, especially the eldercare's skills.⁴⁵

The Associations of the Elderly at all levels have done particularly good jobs to improve the spiritual health of the elderly such as holding cultural and sports events. Nearly 3.1 million the elderly participated in sports competitions for the elderly organized by the Associations of the Elderly at all levels and local authorities. From 2017 to 2019, on average, there were 1.1 million old people celebrated their birthdays by the Associations of the Elderly each year.

The Central Committee of the Association of the Elderly also signed a program with the Ministry of Health on the eldercare, giving recommendations

for the Committee of Social Affairs of the National Assembly, the Ministry of Labor – Invalids and Social Affairs on the reduction of the age of beneficiaries from 80 to 75, and the increase of social allowance; to contribute to policy-making process toward the eldercare.⁴⁶

At the community level, ISCs have run various activities related to the eldercare. The movements of building cultural family with criteria, such as wealthy, harmonious, healthy, happy, exemplary grandparents/parents, etc. are widely created in local areas, making a significant contribution to strengthening family bonding and the eldercare.⁴⁷

Community-based organizations such as mediation groups and the association of the Elderly also play an important role in taking care of the elderly. These community-based organizations have promptly intervened in family conflicts to protect the rights of elderly as well as maintain the solidarity in each family. In addition to clubs, these organizations have initiatives such as the creation of community houses for the elderly to have leisure activities during the day and going back home at night. However, today, the outside intervention in family conflicts and violences, especially against the elderly, still faces many obstacles, including from the community's awareness. Although relatives, authorities, and mass organizations as mediation teams, the Fatherland Front, Women's Union, and the Association of the Elderly try to dissuade children and help the elderly, in some cases, they could not help victims well when children refuse to comply. One of reasons is that some of them feel reluctant and consider those conflicts as family affairs.⁴⁸ This may limit the ability of the society to help elderly victims.

Social assistance centers for the elderly established by religious communities also contribute to ensuring the social welfare for the elderly. Religious organizations are often interested in caring for the lone elderly, such as the nursing homes and social protection activities. Examples of elderly assistance can be taken from the two major religions in Vietnam are Roman Catholic and Buddhism. Ngo Huu Thao (2018)⁴⁹ said that in the 2007–2012 period, the Buddhist Sangha of Vietnam had more than 20 elderly nursing homes, catering for more than 1,000 people. In 2015, these homes catered 1,459 people.

Some pagodas do not have any nursing home but still care for the lone elderly. The Buddhist Sangha has also raised funds and built houses for the Vietnamese heroic mother as well as, visited and supported the elderly in nursing homes, and supported the insurance funds. Similarly, Roman Catholics have many facilities to care for the elderly of the organizations and individuals of the Vietnamese Catholic Church that have been licensed by ministries and authorities to operate.⁵⁰

Religious activities regarding the eldercare contribute to reducing the burden of the State budget spending in the care for the lone elderly. However, the participation of religions in the eldercare through social assistance facilities still face some challenges, as follows: the inadequacy and unevenness of management and caring skills in facilities, even some have not met the legal regulations and requirements; some social assistance institutions operate separately, lacking connection with authorized organizations and other institutions; limited funds; social workers are insufficient and not professionally trained for social works.⁵¹

6. Challenges to Social Organizations in Eldercare

The afore-mentioned arguments illustrate that the State and social organizations need to do more to meet the needs of the elderly despite undeniable efforts. In the new context, there are many challenges facing social organizations in the eldercare. Although families still play a key role in taking care of the elderly due to statutory obligations, and in reality, families have been trying to fulfil its responsibilities toward the eldercare and maintaining the relationship between family members, there are many difficulties still existed. In the coming time, the proportion of the elderly living with their children may decrease due to changes in employment, migration, and thoughts of the elderly and the youth about how to arrange their lives when getting older.⁵²

As the role of the family will be challenged in the context of market economy and the limited contribution of the State and social organizations, the participation of private sector toward the elder

care will have a dramatic impact. Highly recognizing the importance of private organizations, the Communist Party of Vietnam affirmed: "All issues related to social policy must be solved in the spirit of promoting social participation. The State plays a pivotal role and encourages domestic and foreign citizens, businesses, and organizations to give a hand in addressing social issues."⁵³ At the working session of the National Committee of National Affairs of Vietnam (VNCA) on the eldercare and the promotion of the role of the elderly and setting goals and tasks for 2020 in 2019, the issues of attracting social capital into the eldercare and the encouragement of private sector were emphasized.⁵⁴

The Health Care Program for the Elderly toward 2030 (Decision No. 1579/QĐ-TTg dated October 13th, 2020) set targets for the implementation of nursing homes on the basis of promoting the social participation in municipalities (target i). Another goal of the Program is to encourage the participation of private sector toward the gradual expansion from urban, more developed areas to the other ones. Simultaneously, it is needed to promote fair competition and improve the quality of service providers, including non-public sector.

In reality, private organizations for the eldercare have appeared over the past 2 decades and have been rapidly developing in recent times thanks to increased living standards and demand. According to the 2017 data, there were more than 20 private nursing homes mainly operating in urban areas and serving people having decent living standards.⁵⁵ In addition to catering services, these institutions also have various forms of activities to meet the needs of the elderly, such as improving physical and spiritual

health, rehabilitation, and therapy. The great strength of these centers is that they have well-trained staff to care for the elderly. However, many people cannot afford the high cost of services.⁵⁶ According to the reports of some nursing homes in Hanoi (such as ThienDuc, Nhan Ai), the costs of caring for the elderly having high living standards at the centers range from 10 million to 10 million VND/month, much higher than the incomes of people with average living standards.⁵⁷ Many people do not like living in nursing homes because they think that this does not preserve family traditions.⁵⁸ The rate of expansion of nursing home networks

is slow because there are no incentives for the establishment of nursing home, such as planning, concessional loans, and tax reduction.⁵⁹

Apart from private nursing homes, other private types of support such as domestic workers (via direct contact or job centers) have also play an important role in the eldercare. Domestic work has thrived in Vietnam over the past two decades. According to the Center for Forecast and Information of the National Labor Market, the number of domestic work-related jobs will increase from 157,000 people in 2008 to 350,000 by 2020.⁶⁰

Caregivers can work at home or hospital, etc. This kind of care have the advantage that the cost is often lower than that of services provided at nursing homes, and is highly flexible, suitable for the diverse needs of families. However, the disadvantage of this kind of care is that workers are often inadequately trained for the eldercare and they do not know much about legal regulations. Additionally, compared with the average income of people, its cost is still quite high.⁶¹

Hence, despite the increasing participation of private organizations and domestic workers in the eldercare, there is still a long way to satisfy the needs of the elderly. In general, market-driven institutions have not been able to replace social institutions in the eldercare yet.

7. Conclusion

The aging Vietnamese society has posed many challenges to take care of the elderly. The positive socio-economic development in recent years has created favourable conditions for the care of the elderly. The State has specific policies and coordinates with social organizations to implement many activities to care for the elderly. The mental and physical elderly care levels have been gradually increasing. Living a happy, healthy, and productive life has become real for a large part of the elderly. However, in our country's difficult conditions, the efforts of the State and social organizations are not enough to fully meet the needs of the elderly.

In order to overcome the shortage, private organizations and individuals have been actively involved in the elderly care system. The increasing

contribution of the market-based care network has reflected the consistent views of the Party and the State of Vietnam, such as promoting the social participation in the eldercare to better meet the needs of the elderly. However, given the generally low income of the elderly, the ability of the elderly and their families to pay for nursing centres at high prices will be very limited. It means the number of elderly people participating in nursing centres may not increase significantly in the near future.

Under the combined impact of the cultural, economic, and social factors, and policies mentioned above, there will be many changes in the elderly care system in Vietnam in the upcoming time. Together with the main responsibilities of the family as stipulated in the 2009 Law on the Elderly, it is essential to promote the contribution of market-driven institutions to the elderly care. However, the role of social organizations is extremely important to this issue and in the near future, market-based institutions cannot replace social organizations in the care system for the elderly in Vietnam. It also means that it is necessary to testing and developing new models, coordinating efforts between social organizations and families and market institutions to better serve the needs of the elderly in the new context.

In order to promote the efforts of the entire society to care for the elderly, on October 13, 2020, the Prime Minister signed Decision No. 1579/QĐ-TTg approving the Elderly Health Care Program toward 2030 with the overall goal is to care for and improve the health of the elderly to ensure adaptation to population ageing, contributing to the successful implementation of the Vietnam Population Strategy toward 2030.⁶² The afore-mentioned decision of the Prime Minister has suggested political-social organizations, other social organizations, within their functions and duties, participating in the implementation of the Program; promoting dissemination and education in their own organizations; participating in developing policies and laws and supervising the implementation of healthcare for the elderly. Promoting the role of political-social organizations and other social organizations, while closely coordinating with market factors is an extremely important condition for the successful implementation of the Program, achieving better results in the eldercare in Vietnam.

¹ Nguyen Tiep/Pham Hong Trang/Nguyen Le Trang (2011): Social Policy (Textbook) of the Labour-Social Affairs University. Labor-Social Affairs Publisher. Hanoi.

² VCP (The Communist Party of Vietnam). (1986). Documents of the 6th National Party Congress. National Political Publishing House. Hanoi.

³ VGSO (Viet Nam General Statistics Office) (2012): The key results of the survey on population change and family planning as of 1 April 2011. Statistical Publishing House. Hanoi.

⁴ Ochiai, Emiko (2009): Care Diamonds and Welfare Regimes in East and South-East Asian Societies: Bridging Family and Welfare Sociology. In: International Journal of Japanese Sociology, 18(1): 60–78.

⁵ VNA (2013): Constitution of the Socialist Republic of Vietnam 2013 (28 November 2013).

⁶ VG (2011b): Decision of the Prime Minister, No. 31/2011/QĐ-TTg dated 2/6/2011, on Regulations on publicity, transparency, inspection and supervision of the implementation of the law on social security.

⁷ ISEE (2015): People's awareness of charitable activities and fundraising capabilities of Vietnamese non-governmental organizations. Transportation Publisher. Hanoi.

⁸ Markussen, Thomas/Tarp, Finn (2014): Political connections and land-related investment in rural Vietnam. In: Journal of Development Economics 110 (2014) 291–302.

⁹ Nguyen Thanh Thuy. (2020). Role of the Socio-Political organizations at grassroot levels in ensuring social security for rural residents: Case study in two communes. Ph.D Dissertation of Sociology. Graduate Academy of Social Sciences. Hanoi, Viet Nam.

¹⁰ Do Thi Ngoc Phuong (2016): The Role of Social Organizations and Recommendations. https://tcnn.vn/news/detail/34049/Vai_tro_cua_cac_to_chuc_xa_hoi_va_mot_vai_khuyen_nghial.html.

¹¹ VGSO (Viet Nam General Statistics Office) (2012): The key results of the survey on population change and family planning as of 1 April 2011. Statistical Publishing House. Hanoi.

¹² VCPHCSC (Vietnam Central Population and Housing Census Steering Committee) (2010): The 2009 Vietnam Population and Housing Census: Major Findings. Statistical Publishing House. Hanoi. VGSO (2017): The key results of the survey on population change and family planning as of 1 April 2016. Statistical Publishing House. Hanoi.

¹³ VGSO (2015): Intercensal Population and Housing Survey 1/4/2014: Major Findings. Hanoi. Statistical Publishing House, 9/2015. VCPHCSC (2019): The 2019 Vietnam Population and Housing Census: Major Findings. Hanoi: Statistical Publishing House.

¹⁴ Pham Thang/Do ThiKhanhHy (2009): Policy on care for the elderly to adapt to changing age structure in Vietnam. Presented in the seminar The challenge of population aging in Vietnam. Hanoi. Ministry of Health and General Department of Population – Family Planning.

¹⁵ VGSO (2018): Key results of the survey on population change and family planning as of 1 April 2017. Statistical Publishing House. Hanoi. 16 VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.

¹⁷ UNFPA (2011): Aging population and the elderly in Viet Nam. Current situation, forecasts and some policy recommendations. UNFPA.

¹⁸ IFGS (2017): Findings of Survey of Perception and Attitude on Family of Can Tho People. Calculations are performed by the author himself.

¹⁹ CGH (Central Geriatric Hospital) (2016): According to a survey by the Central Geriatric Hospital and Department of Medical Sciences Family, Hanoi Medical University, 2016 in Soc Son, Hanoi.

²⁰ Cited from MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.

²¹ VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.

²² VG (2011a): The Prime Minister's Report to the National Assembly on the socio-economic situation in 2011, the socio-economic development plan for 2012 and 5 years from 2011 to 2015. PM Nguyen Xuan Phuc (2019): Opening Speech of Prime Minister at Government Conference with Local Officials 30/12/2019.

- ²³ MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.
- ²⁴ Nguyen Van (2017): Towards health care coverage for all people in 2025. From <http://suckhoedoisong.vn/huong-toi-bao-phu-y-te-toan-dan-toi-nam-2025-n130581.html>; April 19, 2017.
- ²⁵ VECNA (Vietnam Economic Committee of National Assembly) (2014): Macroeconomic Information. Quarter 1, 2014.
- ²⁶ MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi. 64–65.
- ²⁷ VG (Socialist Republic of the Vietnam Government) (1996): Instruction 117/CP of the Prime Minister: Elderly Care and Support for Activities of the Vietnam Elderly Association. Hanoi, government internal circulation.
- ²⁸ VNA (2013): Constitution of the Socialist Republic of Vietnam 2013 (28 November 2013).
- ²⁹ VNA (Viet Nam National Assembly) (2009): Law of Elderly People.
- ³⁰ 01 USD was equivalent to about 20,600-20,800 VND at the time of May-July/2011.
- ³¹ Figures in 2017, MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.
- ³² Ngo Huong-Thanh Cong (2019): Actively take care of and promote the role of the elderly. <https://baodansinh.vn/tich-cuc-cham-soc-phan-huy-vai-tro-cua-nguoi-cao-tuoi-2019121915591112.htm>.
- ³³ VNEA (Vietnam Elderly Association) (2020): Vietnam Elderly Association through 25 years of establishing and developing (10/5/1995–10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-(1051995---1052020).aspx).
- ³⁴ VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.
- ³⁵ VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.
- ³⁶ Ngo Huu Thao (2018): The social protection work of Buddhism and issues that need attention today. <https://vbgh.vn/index.php?language=vi&nv=news&op=ban-tu-thien-xa-hoi/20-cong-tac-bao-tro-xa-hoi-cua-phan-giao-va-mot-so-van-de-dat-ra-hien-nay-168.html>.
- ³⁷ MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.
- ³⁸ Vietnam Women Union, Vietnam Elderly Association, Institute of Medical-Sociology/Dongduong Research and Consultation Company (2012): Report on National Survey of Elderly People in Vietnam 2011. Hanoi: VWU, VEA, IMS and IMRD published. MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi. Le Ngoc Lan (2017): Elderly People in the Vietnamese Family in the Context of Population Aging and Social Change. Doctoral Dissertation in Sociology. Graduate Academy of Social Sciences. Hanoi.
- ³⁹ VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.
- ⁴⁰ VNEA (Vietnam Elderly Association) (2020): Vietnam Elderly Association through 25 years of establishing and developing (10/5/1995–10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-(1051995---1052020).aspx).
- ⁴¹ MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.
- ⁴² VNEA (Vietnam Elderly Association) (2020): Vietnam Elderly Association through 25 years of establishing and developing (10/5/1995–10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-(1051995---1052020).aspx).
- ⁴³ MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.
- ⁴⁴ VNEA (Vietnam Elderly Association) (2020): Vietnam Elderly Association through 25 years of establishing and developing (10/5/1995–10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-(1051995---1052020).aspx).
- ⁴⁵ MOH/HPG (Ministry of Health and Health Partnership Group) (2018): General Health Sector Review 2016 – Towards healthy aging in Vietnam. Medical Publishing House 2018. Hanoi.
- ⁴⁶ VNEA (Vietnam Elderly Association) (2020): Vietnam Elderly Association through 25 years of establishing and developing (10/5/1995–10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phan-trien-(1051995---1052020).aspx).
- ⁴⁷ Nguyen Huu Minh (2018a): Elderly care in Viet Nam and policy issues that need attention. In: Sociological Review, No. 3 (143). 42–54.
- ⁴⁸ Tran Tuyet Anh (chief editor) (2015): Current domestic violence prevention and control activities in Vietnam. Social Science Publishing House. Hanoi. Nguyen Huu Minh (2018a): Elderly care in Viet Nam and policy issues that need attention. In: Sociological Review, No. 3 (143). 42–54.
- ⁴⁹ Ngo Huu Thao (2018): The social protection work of Buddhism and issues that need attention today. <https://vbgh.vn/index.php?language=vi&nv=news&op=ban-tu-thien-xa-hoi/20-cong-tac-bao-tro-xa-hoi-cua-phan-giao-va-mot-so-van-de-dat-ra-hien-nay-168.html>.
- ⁵⁰ Dao ThiDuom (2020): A few features of the current state and resources of Catholic in the fields of health, education, and social charity. http://btgcp.gov.vn/Plus.aspx/vi/News/38/0/262/0/15943/Vai_net_ve_hien_trang_nguon_luc_cua_Cong_giao_trong_cac_linh_vuc_y_te_giao_duc_tu_thien_xa_hoi.
- ⁵¹ Le Ba Trinh (2017): Promoting a role of religions in Viet Nam in participating social work and social charity. Fatherland Front Review. <http://tapchimattran.vn/nghien-cuu/phan-huy-vai-tro-cua-cac-ton-giao-o-viet-nam-tham-gia-cong-tac-xa-hoi-tu-thien-9743.html>. 12/9/2017.
- ⁵² IFGS (Institute for Family and Gender Studies) (2012): Overview of Vietnam family building in the period 2011–2020. Ministerial-level research project. Hanoi; Nguyen Huu Minh (2018a): Elderly care in Viet Nam and policy issues that need attention. In: Sociological Review, No. 3 (143). 42–54. VGSO/UNFPA (2016): 2015 National Internal Migration Survey: key results. News Agency Publishing House. Hanoi. DOLAB (Department of Overseas Labour, MOLISA) website (2019): Retrieved from <http://www.dolab.gov.vn/>.
- ⁵³ VCP (2007): Complete Documents of the Vietnamese Communist Party. Volume 55. National Political Publishing House. Hanoi. P. 398.
- ⁵⁴ Ngo Huong-Thanh Cong (2019): Actively take care of and promote the role of the elderly. <https://baodansinh.vn/tich-cuc-cham-soc-phan-huy-vai-tro-cua-nguoi-cao-tuoi-2019121915591112.htm>.
- ⁵⁵ VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.
- ⁵⁶ 2017 data showed that, expenses for these centers range from 400 to 1000 USD/person/month (VNCA and UNFPA, 2019)
- ⁵⁷ Nguyen Huu Minh (2018b): Information from Field Surveys of ThienDuc Elderly Care Center, and Nhan Ai Elderly Care Center in 2018.
- ⁵⁸ Le Ngoc Lan (2017): Elderly People in the Vietnamese Family in the Context of Population Aging and Social Change. Doctoral Dissertation in Sociology. Graduate Academy of Social Sciences. Hanoi.
- ⁵⁹ VNCA (Vietnam National Committee on Ageing) and UNFPA (2019): Toward a comprehensive national policy for an ageing in Vietnam.
- ⁶⁰ Cited from GFCD and Oxfam (2020). Main Findings Report: Assessment of implementation of labor legal regulations related to domestic worker management.
- ⁶¹ MOLISA (Ministry of Labour – Invalids and Social Affairs)/ILO/Institute for Family and Gender Studies (2012): Decent works for domestic workers in Vietnam. Hanoi.
- ⁶² Decision No. 1579/QĐ-TTg signed by the Prime Minister dated on October 13, 2020 approving the Elderly Health Care Program toward 2030



Prof. Dr. Nguyen Huu Minh

High Senior Researcher, Institute for Family and Gender Studies (IFGS); Professor of Sociology at IFGS and Graduate Academy of Social Sciences (GASS), Vietnam Academy of Social Sciences.

Currently he is President of Vietnam Sociological Association (since 2017).

Email: minhnguyenifgs@gmail.com



Dr. Le Thuy Hang

Senior Researcher and faculty, Vice Dean, Department of Sociology and Development, Ho Chi Minh National Academy of Politics, Region 1.

Main research interests: Public Policy and Social Policy.

Changing Images of Old Age

● Nguyen Thi Thuy Hang/Dang Anh Dung

1. Introduction

Vietnam officially entered the population ageing period in 2011 with 7% of the population over 65 years old, becoming one of the 10 countries with the fastest ageing rate in the world. "In 2017, the number of elderly people in Vietnam accounted for 11.9% of the total population. According to the General Statistics Office of Vietnam, by 2038 the population group aged 60 and over will account for about 20% of the total population."¹ The image of Vietnamese elderly is changing. So, what are those changes? The article will seek to answer the questions: What are the differences between the image of the elderly in the past and at present? Vietnam is a country strongly influenced by Confucianism. Are there any signs of changes in perceptions, attitudes, and behaviours of the elderly in Vietnam today, especially in cities like Hanoi, Da Nang, and Ho Chi Minh City? What are the problems posed by the changes of the image of the elderly in Vietnam? What are some reasons for the change in the image of the elderly in Vietnam? The authors conducted a small survey with the keywords *elderly and old people* on VnExpress, the most read Vietnamese newspaper, in one year (from October 2019 to October 2020) and found at least 142 articles on the subject. In this article, we analyse the changes in the image of the elderly in Vietnam today based on the data collected and the 142 articles mentioned above.



2. Changes in the Image of the Elderly

2.1. Change in Perception

The change in perception of the elderly can be considered in many aspects. In this article we focus on two main levels, namely family and society-state.

At the family level

First, it is necessary to review some traditional notions about the elderly. Vietnam has a tradition of respecting the elderly. From a very young age, children have been taught by their parents to *respect the elderly and you will live a long life and respect the older, be generous with the younger*. Respect for the elderly is ingrained in the consciousness of all members of family and society. The elderly are often perceived as those who have experience, prestige and great influence on the community, which is expressed through Vietnamese proverbs and folk songs such as *The older the ginger, the more spicy it is, The older, the more flexible, the more persistent, and If you wish good advice, consult an old man*. Therefore, the image of the elderly is often associated with the good, *the elderly is always right*, and the elderly never seem to be a bad person in a traditional society which is hierarchical and respectful.

In addition, filial piety (Hieu) is an outstanding tradition of Vietnamese culture. Filial piety comes from Confucianism and has existed in Vietnam for more than 2000 years. "There is rarely anything in Vietnamese culture that does not have a Confucian nature."² Hieu is a behavioural principle in family and society and a valuable standard for the evaluation of a person. Ca dao, Vietnamese proverbs

have the saying *A father's goodness is higher than the mountain, a mother's goodness is deeper than the sea. One should always be respectful to parents thus fulfil your obligations as dutiful children*. The responsibility of children is to take care of and support their parents. That shows a high emotional attachment according to bloodline, preserving traditional cultural values, customs, and promoting the family ceremonies and religion. With the above-mentioned characteristics, when getting old, the elderly often have the desire to live together with their descendants. In the Vietnamese family from the past to present, the elderly have an important role to help preserve the family style. Elderly people are the ones who set a good example in building studious families and teaching their children and grandchildren. As for children and grandchildren, taking care of grandparents and parents is a duty and responsibility.

Currently, besides the traditional values such as *respect the older, be generous with the younger* and *trọng xĩ* (respect for the elderly), the new values such as the respect of personal *freedom, gender equality, and children's rights* are also increasingly concerned. This change, to a certain extent, has made the relationship between grandparents-parents-children not as favourable as before and increased generational conflicts.³ In addition, the changes in socio-economic conditions have been strongly affecting the structure and relationships among family members, especially those in big cities. Due to work pressure, children have little time



to take care of their parents, or due to inheritance issues, conflicts emerge, etc. This has had negative effects on the relationship among grandparents-parents-children. There are even cases of children abusing their parents.

While in European and American societies, due to economic conditions and cultural traditions, the elderly tend not to live with their children and grandchildren, but choose to stay in nursing centres, Vietnamese elderly tend to live together with their descendants. Therefore, in Vietnam the form of taking care of the elderly is mainly in the family, while taking care of the elderly in the community and in nursing centres is not common. There is even a perception that sending parents to nursing homes is filial impiety. But this concept has now significantly changed, and the elderly staying in retirement homes is a positive trend accepted by children, society and even the elderly themselves in terms of ethics, culture, health, and social norms.

At the level of social and State awareness

Respect the older, be generous with the younger and filial piety tradition were a popular social value and were recognized and promoted by feudal dynasties through historical periods. The Diên Hồng Conference in the 13th century was a typical example of the tradition of *respecting the elderly* and has helped disseminating the respective traditional role-model in Vietnam. However, in the traditional conception, the elderly were mainly perceived by society as the passive beneficiaries of socio-economic achievements. Today, social perceptions have changed, the elderly are seen with the conception of *the higher age the stronger mind*. The Party and State have increasingly introduced policies to meet the needs of the elderly to continue *devoting* to the development and protection of the nation.

While previously, the elderly, after a process of striving and working, were perceived as those who needed rest and care, this perception has now changed to some extent. Due to socio-economic achievements, the physical and mental health of the elderly in Vietnam is increasingly enhanced. Elderly people with rich knowledge and experience are considered as important resources for the country's development. Accordingly, today the elderly are divided into age-based cohorts – a categorisation that deals in a more differentiated way than before with how older people can contribute to the economy and society and, on the other hand, what kind of assistance they need:

- persons from 60 to 70 years old can still contribute,
- persons from 70–80 years can still do both, contribute to society but also enjoy retirement,
- persons over 80 years old are the ones that need care.

For the elderly, devoting to their family and society and continuing to do useful things in accordance with their abilities and age are positive activities, joy, and pride.

In the legal and policy aspect, the position and role of the elderly in Vietnam are increasingly recognized by the policy-making agencies. A series legal documents on the elderly have been enacted and many institutions have been established. The Vietnam Association of the Elderly was established in 1995. The National

Assembly Standing Committee promulgated the Ordinance on Elderly People in 2000. The Prime Minister issued Decision No. 141 in 2004 on the Establishment of the National Committee for the Elderly People; Decision No. 772 / QD-TTg (March 26, 2006) to set June 6 as the national day for the elderly in Vietnam. Especially, the Law on the Elderly promulgated in 2009 and taking effective from July 2010 has provided a solid foundation for the Association of the Elderly which focus on promoting the role and position of the elderly in the new period. On November 22, 2012, the Prime Minister issued Decision No. 1781 / QD-TTg approving the National Action Plan for the Elderly for the period 2012–2020. Clause 3, Article 37 of the 2013 Constitution affirms a progressive view on policies towards the elderly in terms of human rights and civil rights: “Elderly people are respected by the State, family and society and encouraged to promote their role in the cause of national construction and protection.”⁴

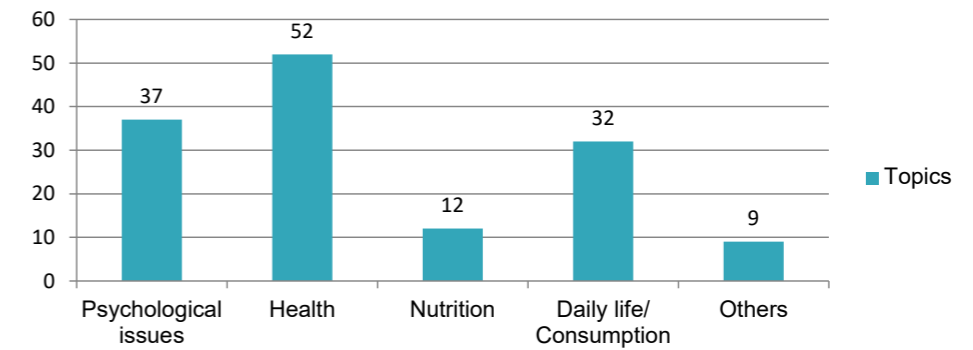
Thus, in the current period, the awareness of the Party, the State and the society in general about the role of the elderly is clearer and clearer and has been concretized into objectives, contents and programs shown in legal documents of state agencies. This is an important, meaningful, and necessary preparation for the implementation of specific policies to promote the role of the elderly.

2.2. Change in Attitudes

Surveying 142 articles about *the elderly* and *older people* on VnExpress for one year (from October 2019 to October 2020), we found that perceptions of the elderly are changing, leading to obvious changes in their attitudes. Beside the articles written by journalists, there are many essays or pieces contributed by readers in the section *Opinions*, and the essays receiving the most comments are usually ones in the latter group. Classifying the articles about the elderly on VnExpress, we see articles focusing on the following topics:



Survey on articles about the elderly on VnExpress (10/2019-10/2020)



From the above survey data, it can be seen that the elderly are most concerned with medical and health issues (37% of the related articles). Especially in 2020 with the spread of the Covid-19 epidemic, health care has become a more and more important content. The second most mentioned content is psychology of the elderly (26%). The third most discussed content is daily activities and consumption of the elderly (23%) with many changes in the living habits of the elderly that we will analyse later. Nutrition is also a concern for the elderly (8%). In addition, there is a number of articles on other topics, addressing some specific issues such as violence against the elderly, elderly crime, etc. (6%).

How has the psychology of the elderly been changing?

First of all, the change in perception has led to quite positive changes in the psychology of the elderly. One of the articles with a huge number of comments (86 comments) is “The young trust father, old hope for children mindset will be obsolete” (Ha Quang Hung, VnExpress, March 8, 2020). The author argued that it is necessary for the elderly to prepare for their future by balancing lifestyle, working, accumulating, and preparing insurance and not to become burden to future generations. There have been arguments between two streams of opinions which agree or disagree with the author’s reasoning. Most of the opinions agree with the author’s conception. Accordingly, either from the perspective of parenthood or from the perspective of young people, children should be filial to parents. Therefore, in general, the elderly are quite willing to accept the old age as written in

the article “Prepare the emotional state to welcome old age” (VnExpress, March 6, 2020). It is stated that “suffering comes from the mind,” while the most important thing in one’s life is how many meaningful and useful works have been made.

Idler once stated, “Positive feeling of the elderly has been shown to be positively correlated with sense of well-being and happiness in the ageing process.”⁵ In a small survey with 100 elderly people, aged 55 to 90 with an average age of 68.25 in Hanoi and Thai Binh, researcher Le Van Hao pointed out that positive experiences of *getting old* of the elderly are *being able to teach their children and grandchildren what they know* (50.5%), *living happily, healthy and usefully* (29.3%) and the feeling of *completing responsibility* (more than 19%). “In other words, many elderly people consider themselves – in the ageing process – a precious resource and are ready to share with future generations.”⁶

Besides, Vietnamese young people have a positive attitude towards the elderly. Le Van Hao also conducted a small survey with a limited number of 176 samples, including 50 elderly people and 126 young people and came to an interesting conclusion: “Both groups agreed with the duty of filial piety, where *respect* is ranked highest and *obedience* is ranked lowest. Although filial piety remains a strong concept for both generations, the level tends to decrease. It seems *that young people rely on their fathers, old people rely on their children* continues to be the principle dominating thoughts, attitudes and practices of many Vietnamese people in the present and in the future.”⁷



However, the concept of filial piety is tending to change. Filial does not inevitably mean that the young are necessarily obedient to the elderly, not every word said by the elderly is the truth and not all elderly people are good. Now, both the young and the elderly have become more open in thinking and the level of filial piety tends to decrease through thinking, attitudes, and expectations for filial piety in both generations

Moreover, while in the traditional agricultural-based society, the elderly are considered a valuable source of experience in all aspects, in a modern society with the strong development of information technology, the advantage of the elderly does not seem to be outstanding. The elderly themselves are also aware of that change. In general, when asked whether *everything goes bad when your grandparents get older or when you get older, you are less useful*, the number of positive and negative responses are equal.⁸ According to the traditional conception, the elderly may feel that they are losing their power. However, now the elderly are quite open about this issue. If in the past, the elderly often had the right to decide or “parents decide where their children stand,” nowadays, young people are more and more active in making important decisions related to themselves such as career, marriage or lifestyle. The elderly also learn to listen to young people.

2.3. Behaviour Change

As a result of the change in perception and attitude, the behaviour of the elderly in Vietnam is also changing.

First, the number of the elderly living independently from their descendants tends to increase. According to the results of Vietnam Household Living Standard Survey (VHLSS), in the 1993–2010 period, the percentage of the elderly living alone increased from 3.47% to 6.81%, the proportion of the elderly living with husband or wife increased from 9.48% to 24.8%.⁹ In 142 articles in VnExpress, many discuss the style of housing of older persons in contemporary Vietnam. In particular, the article “Risky investment when considering children as retirement property” (Khanh Hung, VnExpress, August 22, 2020) has raised two lessons for the elderly to learn: the first is to spend all property on raising and supporting children and grandchildren, the second is to divide property among the children, of which the child with the greatest share (usually the eldest son in the North or the youngest son in the South) will take care of the parents. The article has received 48 comments, most of them agree with the author’s point of view that people should not neither let their children become a burden nor become a burden themselves.

Second, retirement homes will be a solution for the elderly in the future, especially in urban areas. “In the past, the elderly often lived with children and grandchildren in extended families and this has become a distinct identity of Vietnamese families.”¹⁰ However, in the future, a nursing home may become a choice for the elderly who do not want to live in the cramped urban space. “The idea that only unfortunate people must move to a nursing home is an outdated mindset” (Phan Huy Nhan, VnExpress, July 15, 2020) is the article that has attracted 23 comments. Among them, most readers agree with the author’s point of view. The notion that people moving to retirement homes are those who do not have children or relatives to take care of them is no longer always true in the current Vietnamese social context. Investigating some basic characteristics of intensive care service (paid service) in Hanoi shows that “the elderly who use the services in intensive care centres often come from well-off families as the fee at these centres is relatively high compared to the current level of average income” and the majority of the elderly are from Hanoi but some come from other provinces. Therefore, it can be understood that “the need for intensive care centres is not only in big cities but in many provinces and cities nationwide.”¹¹

Third, the spiritual life of the elderly is now richer. The main activities for the elderly include: improving and strengthening health (diet, exercise and sports); participating in social or political activities (Veterans Association, Farmers Association, Women’s Union, Fatherland Front, etc.); doing business and trade; participating in artistic and cultural activities, seminars, social and religious activities or recreational activities (playing chess, dancing, drinking beer with friends, etc.). Besides supporting their children to take care of their grandchildren, the elderly also continue working with the notion of being *old age but not old mind*. In particular, there have been some changes in the living and consumption habits of the elderly. On VnExpress there are articles such as “Elderly people should buy Accent or Yaris” to advise the elderly what type of car to buy, how to design the bathroom, and how to have a good nutrition.

2.4. A Change in the Image of the Elderly in Vietnam – Looking for Reasons

There is a widespread assumption that the image change of ageing in Vietnam could be influenced by Western culture. This may be partly true. But we believe that the most important factor for the changes lies in Vietnam itself – it is the comprehensive transformation in society, economy and living conditions.

Firstly, due to the changes in socio-economic conditions, the family life of the elderly has changed. The model of three or four generations under one roof is not the traditional, eternally valid family model in Vietnam, it has historically only prevailed for a short time. The nuclear family has always been the most wide-spread model, with just one or not more than two generations living together in one household. However, at present, the proportion of the elderly living with children has decreased sharply (from nearly 80% in 1992/93 to 62% in 2008), the elderly living alone has increased (from 3.47% in 1992/93 to 6.14% in 2008), the proportion of households with only two elderly couples has increased more than double (from 9.48% in 1992/93 to 21.47% in 2008), and the rate of the elderly living with grandchildren has increased more than double (from 0.68% in 1992/93 to 1.41% in 2008)¹². This shows that parents, instead of living with their adult children, increasingly prefer independence but maintain close relationships with them. Income and property are the main factors for an independent live of senior persons, the ability to pay for their own living expenses or even to cover the costs of care. By contrast, households in which only the grandparents live together with

their grandchildren are found almost exclusively in rural areas, where the middle generation often works in the city.

Secondly, the changing awareness of the society has led to a transformation of the image of the elderly. The parent-child relationship is more and more balanced because the next generation is increasingly qualified and has access to more knowledge. Young people still consider filial piety a cultural value of Vietnam that needs to be preserved, but the notion that the elderly is always right in all cases and young people must always obey is no longer valid. What has never happened before is that there have been some bad images of older people in the mass media, albeit uncommon, such as senior citizens sexually abusing children. But the elderly themselves can also become victims of physical and mental abuse. This depiction by the media is still a rare phenomenon compared to the prevailing image of the elderly which follows the traditional conception. And in reality, a large proportion of the elderly today have no pension and no economic preparation for their future. The economic pressure and the selfish lifestyle of the children have exposed a part of the elderly to loneliness and vulnerability.



This raises an urgent issue – need for social policies and laws to protect the elderly. Answers must be found to the problems posed by the increase in life expectancy and the growing number of elderly people in Vietnam. Therefore, in addition to the responsibility of family members, government attention is needed to improve policies and legal corridors so that older people can live more autonomously and happily and that they remain physically, mentally and in terms of their property intact.

2.5. The Changing Image of the Elderly and the Problems Posed

Population ageing has led to a change in the image of the elderly in Vietnam, which is posing major challenges for the country.

First, population ageing is causing new socio-economic challenges. The proportion of the working age population will decrease, the occupational structure will change, and the economic burden on young workers will also be higher. Population ageing is considered a logical trend if we have enough time to take advantage of the opportunities of the golden population period to promote and socio-economic growth and development. In Vietnam, the ageing issue is posing a challenge as it takes place rapidly in the context of a still low middle-income country. This is the biggest challenge because we are becoming old before getting rich.

Second, population ageing is putting pressure on the social security system. Although it has been built and focused on development, it must meet the needs of the senior situation in a situation where there is still no long-term care system. Unlike the population ageing which has been taking place in developed countries where the elderly are carefully prepared for their old age from a young age through the insurance system (most notably long-term care insurance), the elderly in Vietnam are almost unprepared. Due to the long period of wars for national self-determination, most of the older generation never had the chance to accumulate

significant assets. Currently, up to 65% of the elderly live in rural areas and do not have any benefits from retirement schemes; among them, many still must make a living on their own or depend on their children. In addition, the elderly in Vietnam also face the burden of disease. According to statistics, only 7% of the elderly in Vietnam are in good health, while more than 90% have moderate and weak health (Vietnam's senior citizens have 2.7 diseases in average), and the cost of treatment for an elderly person is 7–8 times that of a child. The health and spiritual care for the elderly in our country has not yet developed, putting pressure on the social security system.

Third, regarding the adaptive policy to population ageing, Vietnam is not ready in both awareness and action to face with the ageing population. Although many policies such as social assistance policies, social insurance and health insurance policies have been promulgated and many national action programs have been launched to support the elderly, the effectiveness of implementation is not high. Policy building is sometimes still based on personal feelings and judgments of policy makers but not from the actual needs of beneficiaries; therefore, some policies issued are not suitable for elderly people.

Fourth, to adapt to the ageing population, in addition to the guarantees coming from the Party and State, the elderly themselves, as well as today's workforce, i.e. the future senior citizens, must be proactive for their coming retirement. Although it is generally accepted that it has become more important to provide for old age, there are a number of occupational groups where provision for old age still does not exist. Many people tend to retire early and receive one-time retirement. This in turn creates a financial burden on the health care and social security system.

All these consequences, if not properly resolved, will be a great challenge for the comprehensive development of Vietnam in the near future.

3. Conclusion

With its importance, population ageing has become one of the topics of concern in Vietnam. As analysed above, the population ageing process which is contemporarily taking place in Vietnam has led to a change in the image of the elderly. This change poses great challenges for the socio-economic development policy system in general and the social security system in particular. To solve the population ageing problem, first of all, it is necessary to raise awareness of policy makers and the whole society about the challenges related to population ageing. In addition, the Party and State need comprehensive solutions to mobilize all social resources to promote the role of the elderly in accordance with the level of socio-economic development in the period of integration.

¹ Trinh Thi Thu Huyen (2019): "The ageing trend in our country and the problems of health care and using elderly workers." In: Communist Review, September 11, 2019.

² Phan Ngoc (2002): Vietnamese cultural identity. Literature Publishing House. 193.

³ Nguyen Huu Minh (2015): Vietnamese family after 30 years of DoiMoi. In: Vietnam Social Sciences, No. 11(96)-2015, 57.

⁴ Constitution of the Socialist Republic of Vietnam (2020): National Political Publishing House. 37.

⁵ Le Van Hao (2016): Perception of ageing in the elderly. In: Journal of Psychology, No. 12(213), 12-2016, 25.

⁶ Le Van Hao (2016): Perception of ageing in the elderly. In: Journal of Psychology, No. 12(213), 12-2016, 29.

⁷ Le Van Hao (2016): Duties and expectation of filial piety: current views of Hanoi youth and elderly. In: Journal of Psychology, No. 6(207), 6-2016, 16.

⁸ Le Van Hao (2016): Perception of ageing in the elderly. In: Journal of Psychology, No. 12(213), 12-2016, 30.

⁹ Giang Thanh Long/Bui Dai Thu (2012): Report on reviewing programs and models of caring and promoting the role of the elderly in Vietnam in the period 2002–2012.

¹⁰ Nguyen Huu Minh (2015): Vietnamese family after 30 years of DoiMoi. In: Vietnam Social Sciences, No. 11(96)-2015, 57.

¹¹ Nguyen Ha Dong (2016): Some characteristics of elderly people using intensive care services in Hanoi. In: Journal of Family and Gender Studies, No. 4-2016, 23.

¹² United Nations Population Fund (UNFPA) (2011): Ageing population and the elderly in Vietnam: current situation, forecasts and some policy recommendations. 22.



Dr. Nguyen Thi Thuy Hang

Head of Department of Media Politics, Faculty of Political Science

VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi

Her researches focus on Politics and Media, Political Journalism, Ho Chi Minh Studies, Politics and Policies.

Email: hangkhct@vnu.edu.vn; hangkhct@gmail.com



Dang Anh Dung

Lecturer at Faculty of Political Science

PhD student in Politics

VNU University of Social Sciences and Humanities (USSH), Hanoi

Main research direction: Social Security System (in Germany and Vietnam); The Political System and The Rule of Law.

Email: anhdungkhct@gmail.com



Ethnic Minorities and Social Policy in Vietnam

● Vu Dinh Muoi

1. Introduction

In Vietnam, officially beside Kinh (Viet) people – the majority ethnic group – there are 53 ethnic minorities, with around 14 million people, 3 million households, living in 51 provinces (cities), 548 districts, 5,266 communes.¹ Among them, only the Khmer, Hoa (Chinese Vietnamese) and part of the Cham reside mainly in lowlands, while most of the rest dwell in mountainous, remote and frontier areas which are considered rich in natural resources (forest, land, mineral, hydropower) and very important for the country in terms of geopolitics. Traditionally, their life was based on subsistence agriculture, in which slash and burn cultivation and the products of the forest played a crucial key role. This is best depicted by Condominas: “The eco-space supplies necessary natural resources to the people’s life, and the existence of a group of people; eco-time pushes the rhythm of life to travel with changing seasons. Since Renovation or Open Door Policy (1986), under influences of market economy, State’s policies and international integration, the life of ethnic minorities in Vietnam has changed dramatically in both positive and negative ways.”²

Realizing the important role of the ethnic minorities for national defence and nation-state building, the Vietnamese state (better government) has paid a great attention to ethnic minorities. Ideologically, all policies toward ethnic minorities, the so-called ethnic policies base on the principle: Equality, unity, and mutual support for all ethnic groups in Vietnam for the goal of common progress. This principle has been stated consistently in the constitutions of Vietnam such as the constitutions from 1981, from 1992 and the amended constitution from 2014.³ Given the fact that compared to the Kinh, most of ethnic minorities have worse socio-economic living

conditions, especially since Renovation (1986), the State has launched and implemented numerous priority policies in order to enable the minorities to engage in national socio-economic mainstream, to improve living conditions and to reduce the gap of socio-economic development between ethnic majority and minorities. This is considered as the most important foundation for attempts of the State to integrate ethnic minorities into one united nation-state. These ethnic policies cover on a broad range of social, economic, and cultural, but the main focus is to alleviate hunger, reduce poverty and improve livelihoods. Therefore, most of ethnic policies have been under the framework of The National Targeted Program for Sustainable Poverty Reduction.

Recently, Vietnam has obtained great achievements in hunger alleviation and poverty reduction, and gradually improved living conditions of its people in general, but the unstable livelihoods and the poverty among the ethnic minorities still remain topical, attracting great concern nationally and internationally. Beside subjective and inherent reasons, shortcomings of State’s policies also contribute to this situation. Although the system of social policies for ethnic minorities is comprehensive and covers on numerous aspects to make basic changes of their living conditions, many shortcomings still are to be observed. This section will discuss and outline the main achievements and shortcomings of the governments ethnic policies and some salient matters prevalent among ethnic minorities in Vietnam. In addition, several implications of ageing matters on ethnic minorities are discussed.

2. Social Policies for Ethnic Minorities in Vietnam

Recently a larger number of ethnic policies has been promulgated and implemented in Vietnam. According to scientific research, up to 2011, there were 182 separate ethnic policies launched by the Government, including 32 degrees and resolutions by the Government and 150 decisions by the Prime Minister. These policies regulated a broad range of socio-economic development matters such as building infrastructure, poverty reduction, land use rights, finance and credit, commerce, human resources, public functionary, administrative issues, culture, education, healthcare....⁴ In general, these policies were carried out by three main approaches, including:

- some policies were carried out with a comprehensive or holistic approach that aimed to improve all living aspects of the poor household, from infrastructure, productive promotion and assistance, market connection, to job-training, labour market engagement, education and healthcare access. For example: the Program 135 for building infrastructure, socio-economic development of the most difficult communes and villages of the country or the Program 30A (under the resolution No. 30/A/2008/NQ-CP) for assisting, supporting rapid and sustainable poverty reduction of more than 60 most difficult district of the country;
- some policies with sectorial approach for aspect or field such as land use, clean water, housing, house for the poor, such as the Program 134; and
- (3) some policies with regional approach, focus on certain regions or geographic areas, such as Program for communes of Vietnam-Lao-Cambodia border areas (Decision 160/2007/QĐ-TTg), Generating Job Program for ethnic minority people in the Mekong delta (Decision 74/2008/QĐ-TTg), or the Program for socio-economic development of the Central Highland (Resolution No. 10/NQ-TW).⁵

In addition, there were some limited special policies that solely focus on particular case, such as a number of small programs and projects for ethnic minority groups with a very small population (under 10,000 people, at present there are 16 ethnic minority groups in Vietnam belong to this category).

At the moment, the Government is preparing the National Targets Program for Socio-economic Development in Ethnic Minorities' and Mountainous Areas, in the period 2021-2030, divided into two phases 2021-2015 and 2026-2030 with a supposed budget up to around 272,000 billion VND (11.3 billion USD).⁶



3. Achievements and Challenges

During the last decades, Vietnam has attracted international attention for considerable achievements of poverty reduction and improvements in living conditions of its people. According to United Nation Development Program (UNDP), in the limited socio-economic condition, as compared to other country with the same GDP, Vietnam has used effectively its own resource for improving and raising living conditions, general education and literacy, and life-expectancy of its population. About 30 million people in Vietnam were lifted out of poverty in the period from 1993 to 2008. However, the result of hunger alleviation and poverty reduction was not even among all social groups and geographical areas. The rate of poverty of ethnic minorities remained much higher than of the Kinh and Hoa. The most worried-some matter was that the number of poor households headed by ethnic minority people was increasing rapidly in relation to the general structure of poverty, from 17.7 percent in 1997 to 40.7 percent in 2008 and up to 56 percent in 2012. The rate of poverty among ethnic minority households in mountainous and remote areas was four times higher than in the national average. Many ethnic minority people

were living in chronic impoverishment. Despite the general picture improved significantly, they remained poor or became faster impoverished in times of economic crisis. As a result, it is difficult to access basic social services.⁷ A recent study with multi-dimensional approach reports that the living standards of ethnic minority households are falling behind the average of the country, especially in the Northern and Central Highlands. In these two regions, the poverty rate of ethnic minority households is around 70 percent.⁸

In addition, even achieved poverty reduction among ethnic minorities is by far from sustainable. The possible risk of falling back to poverty is high, in many areas, members of the minority groups are highly vulnerable to poverty due to prevailing risks of everyday life. Many minorities inhabit areas which are often affected by natural disasters storms, flooding etc. Since about 80 percent of poor people rely on agriculture, these disasters present a significant risk of falling back into poverty. Additionally, many ethnic minority households have incomes only slightly above the poverty line: it needs little to plunge them back into poverty. Furthermore, the poverty of ethnic minorities is also closely related to environmental degradation. Poverty could push them to overexploit the limited natural resources which are available by destroying the fundament of their living. In general, poverty is both the cause and the result of social inequality, the gap between the rich and the poor, differentiation of development between urban and rural areas, low land and highland, ethnic minorities, and the ethnic majority. Some international organizations have warned that the impoverished situation and the vulnerable livelihoods of ethnic minorities might lead to destabilize the socio-political order and public security in Vietnam.⁹

More than 20 years ago, Jamieson and others warned that ethnic minorities and mountainous areas of Vietnam would face with poverty, population growth pressure, environment degradation, and dependence economically of ethnic minorities' on outside system and their marginalized position as well.¹⁰ This seems to be still pertinent to the context of ethnic minorities in Vietnam at present.

Recent research shows that there are many factors which lead to the poor conditions of ethnic minorities. Firstly, ethnic minorities mainly dwell in highland areas with difficult natural conditions, such as the mountainous landscape, harsh climate, poor infrastructure, and dispersed population distribution. Most minorities rely on agriculture and forestry.

At present, forest destruction is progressing rapidly, and this has a negative impact on the livelihoods of ethnic minorities. Much of the land they live on is also poorly suited for agricultural production. Moreover, the number of people from minorities continues to increase, both in absolute terms and as a percentage of the total population. Although the level of education among minorities has improved, it is still well below the national average: on average, out of ten people over the age of 15 belonging to an ethnic minority, four neither ever went to school at all or did not even complete primary school. The competences of minorities for the labour market remain limited, as most of them only have skills for jobs in agriculture or the informal sector. Due to the lack of skills to use scientific and technological innovations productively, labour productivity remains low and labour is mainly limited to traditional agriculture. It is therefore difficult for people from minorities to find paid work in the formal sector, even for young people, as they often do not meet the requirements of employers, and there are few job opportunities in the formal economic sector in the minority areas. Poverty and precarious living conditions increasingly lead to minority members moving to urban areas and economic centres or becoming involved in cross-border activities.

Despite considerable investment in recent years, infrastructure and social services in minority areas are still inadequate. This makes it difficult for minorities to access and connect to the market. Moreover, because of their low income, people from minorities rarely have savings to reinvest or expand productive activities or even to change jobs. Other limiting factors are:

Language barriers, many people from minorities do not speak Vietnamese at all or not fluently, limited access to information, and prejudices of the majority population.

All these factors have so far prevented minorities in Vietnam from being fully integrated socially and economically into the Vietnamese society and from finding new ways to improve their lives. Furthermore, the minority population does not participate sufficiently in state institutions and administrations and in the formulation and development of policies affecting them. It is also important to recall the vulnerability of minorities, as mentioned above, to natural disasters, climate change, environmental pollution, agricultural insects, accidents, disease, and high dependency on fluctuations in the price of agricultural products and equipment. Other economic and social risks for minorities include public projects such as road construction, dams, mining, and the establishment of state or private farms or plantations in their settlement areas.¹¹

Another important reason contributing to the current poverty situation and the unstable livelihoods of the above-mentioned ethnic minorities is the negative impact of government policies or of specific government programmes and projects.

In general, the state system of social policy for ethnic minorities is comprehensive and includes numerous offers to bring about fundamental changes; however, shortcomings remain at best.

- Firstly, there have been too many measures that overlap in terms of content, beneficiary groups or areas, which makes their implementation and evaluation difficult.
- Second, policies have not yet sufficiently exploited the endogenous potential of minorities and their settlement areas.
- Thirdly, government programmes follow a top-down approach, which also does not pay enough attention to the differences between the various ethnic groups and thus does not consider their specific skills and needs.

- Fourthly, many of the measures that were developed and implemented were not related to practice and therefore could not achieve the envisaged goals at all.
- Fifthly, there was overlap in management and a lack of effective cooperation between institutions close to the government in implementing measures for minorities.
- Sixthly, the implementation of the programmes was often ineffective due to insufficient preparation, evaluation, and prioritisation.
- Seventhly, many programmes were underfunded, the financial resources were spread too widely, or the support rate was too low, resulting in insufficient impact of the policy programmes. In addition, some measures were not at all or only with difficulty practically implementable but were not changed in time before they were discontinued.¹²

4. Implications for Ageing Among Ethnic Minorities

To limit the high population growth, the Vietnamese government introduced a number of family planning measures after the country's reunification, in particular the *two-child policy* based on a strategy of positive and negative incentives. Population planning was mainly targeted at the majority Kinh population, in particular civil servants, and members of the Communist Party. Ethnic minorities, on the other hand, had only been appealed to follow this population policy line, but this was hardly ever undertaken.

A recent study has shown that the age structure among ethnic minorities is as follows

- under 16 years 33.96%, 16 to 35 years 34.89%, 36 to 50 years 20.12%, over 50 years 11.03%.¹³

These data suggest that ethnic minorities are not being hit by a general ageing of the population. The main concern here is rather the quality of life of the relatively few elderly people.

As mentioned above, all age groups from ethnic minorities are exposed to high poverty and unstable livelihoods and are particularly threatened by the rapid socio-economic change in Vietnam. There is thus a danger that minority elders will increasingly lose their traditional responsibilities.

In the past, they played an important role within their communities and were highly respected for their knowledge, skills and experience in many areas of traditional life, such as farming, hunting and gathering in the forests, community protection and management, ceremonies, conflict resolution and communication with the outside world. In the Central Highlands, for example, the council of elders of a village community took almost all important decisions. This traditional role, and the high social status that goes with it, has been increasingly undermined in recent decades by the state administrative system and



mass social organisations such as the Youth Union, Women's Union and Farmers' Union, and finally by new means of communication such as television, Internet and mobile phones. Today, the elderly have long since ceased to be as important to community life as they once were; if so, then mainly as magicians, sorcerers, traditional healers or in certain crafts.

Numerous studies show that, due to the poverty and insecure livelihoods of minorities, many young people are seeking a living as migrant workers in the urban centres of Vietnam or abroad. In such cases, it is the elderly who stay at home to look after their grandchildren and property. In this way, old people from minorities become economically dependent on succeeding generations, especially since many of them, unlike city dwellers, do not have their own old-age provision.

At an anthropological conference held recently in Hanoi on 11 November 2020, a researcher said that in ethnic minority villages, it is no longer the old people who are respected, but the young who understand computers, internet and mobile phones. Although the government has been paying attention to ethnic minority elders through some policies, such as Decision No 12/2018/QĐ-TTg on the criteria for the selection of respectable persons and the policy for respectable persons of ethnic minorities, the number of old people falling into this category is very small. The main purpose of this policy is to promote and mobilise these elderly people to contribute to the socio-economic development of their communities.

5. Conclusion

Since Doi Moi, Vietnam has achieved great success in the fight against hunger and poverty. However, the results of the reform process have not been the same for all ethnic groups and areas of Vietnam. Therefore, ethnic minorities are today still more affected by poverty than the majority population. The minorities currently have only limited access to basic social services. Moreover, the gains in poverty reduction that have also been achieved among the ethnic minorities are not sustainable. The risk of falling back below the poverty line is therefore extremely high among them.

There are a number of factors which have a cumulative effect on this situation: the more difficult living conditions in the remote minority areas, the poorer infrastructure there, environmental degradation, the low level of qualification, the low capital reserves for improving production or as savings in crisis situations. Furthermore, language barriers, limited access to information, public stereotypes of inferiority and lack of self-confidence prevent people from ethnic minorities from better participating in Vietnam's economy and society and thus from finding ways to improve their lives.

In addition to the subjective and inherent reasons mentioned above, shortcomings in state policies also contribute to this situation. Although the system of social policy for ethnic minorities is comprehensive and covers many aspects to bring about fundamental changes in their lives, many shortcomings remain.

In the context of the rapid socio-economic changes in Vietnam, ethnic minority elderly people are losing their traditional social roles and positions. As a result, they become socially more vulnerable and dependent on younger people.

¹ Le Son (2020): 273, 000 billion VND for development of ethnic minorities and mountainous areas. Available at <http://baochinhphu.vn/Tin-noi-bat/Du-kien-273000-ty-dong-phat-trien-vung-dong-bao-dan-toc-thieu-so-va-mien-nui/396712.vgp>.

² Condominas, George (1997): *Social space in Southeast Asia*. Hanoi: Culture Publishing House. 22.

³ Vuong, Xuan Tinh (2015): Overview of ethnic policies from 1980 up to present. In: *Anthropological Review*, No. 1&2, 17–27. 17.

⁴ Vuong, Xuan Tinh (2015): Overview of ethnic policies from 1980 up to present. In: *Anthropological Review*, No. 1&2, 17–27. Dang et al. (2012): Research of checking, analysis ethnic policies and assisting policy framework of Committee of Ethnic Minorities Affairs (CEMA), Project of strengthening policy making and implementation. Hanoi: CEMA and UNDP.

⁵ Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014): *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 35–36.

⁶ Le Son (2020): 273, 000 billion VND for development of ethnic minorities and mountainous areas. Available at <http://baochinhphu.vn/Tin-noi-bat/Du-kien-273000-ty-dong-phat-trien-vung-dong-bao-dan-toc-thieu-so-va-mien-nui/396712.vgp>.

⁷ VASS (2011): *Giảm nghèo ở Việt Nam: Thành tựu và thách thức*. Hanoi: Vietnam Academy of Social Sciences (VASS). 15.

⁸ Molisa (2018): Report on multi-dimensional poverty: Poverty reduction in all aspects in order to measure a quality life for everyone. Hanoi: the report based on research collaboration between VASS and UNDP. 60–64.

⁹ VASS (2011): *Giảm nghèo ở Việt Nam: Thành tựu và thách thức*. Hanoi: Vietnam Academy of Social Sciences (VASS). 16, 83. Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014): *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 35–36.

¹⁰ Jamieson N./Le Trong Cuc/Rambo, A. T. (eds.) (1998): *Changes in the development of Vietnam upland region*. Hanoi: Center for Natural Resources and Environment Study, Vietnam National University of Hanoi.

¹¹ Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014): *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 16–30.

¹² Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014): *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 35–42. Dang et al. (2012): Research of checking, analysis ethnic policies and assisting policy framework of Committee of Ethnic Minorities Affairs (CEMA), Project of strengthening policy making and implementation. Hanoi: CEMA and UNDP. 58–79.

¹³ Department of Ethnic Minorities Education (2019): Population quality of ethnic minorities with a very small population proportion. Hanoi: Ministry of Education and Training, available at <https://moet.gov.vn/giaoducquocdan/giao-duc-dan-toc/Pages/Default.aspx?ItemID=6334>.



Vu Dinh Muoi

The Institute of Anthropology, Vietnam Academy of Social Sciences (VASS)

PhD candidate at Faculty of Anthropology, VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi.

Email: Vmuoi@yahoo.com

Population Policy in Transition

● Luu Bich Ngoc

The milestone marking the formation of Vietnam's population policy dates back to the time when the State of Vietnam issued its first policy document on population-family planning (FP) in 1961. At that time, the fertility in Vietnam was at a remarkably high level (TFR: 6.1 children/woman). Up to now, the population policy has been adjusted through many stages corresponding to changes in the periods of population transition.

1. Between 1961 and 1975:

Guidance to a planned childbirth in the context of war

This was the period when the country was divided into two regions, but a population and family planning program was only implemented in the North with the main contents issued by the Government in three important documents. These are: (1) Decision No. 216/CP of December 26, 1961 of the Government Council on childbirth with guidance; (2) Directive No. 99/TTg of October 16, 1963 of the Prime Minister on childbirth guidance; (3) Decision No. 94/CP of May 13, 1970 of the Government Council on the campaign of childbirth planning. From the beginning, all these documents have paid attention to the quantity and quality of the population with the goal: "For the health of mothers, for the happiness and harmony in the family and for taking good care of the children, the people's childbirth needs careful guidance".

The goal of the campaign at that time was to aim for a family with three children. The main targets of the campaign were women of reproductive age who have a large number of children, firstly female workers, government officials, females in the armed forces and rural women in the deltas having high population density. The scope of implementation of the campaign was mainly concentrated in urban and rural areas in the Red River Delta, rural areas in the North Central

Coast, and workers in the mountainous midland provinces and districts.

The implementing agency was the Committee for the Advocacy of Planned Childbirth led by the Prime Minister, the standing agency was the Ministry of Health, and since 1970 the Committee for the Protection of Mothers and Children. Vietnam Women's Union and The Vietnam Trade Union were since then in charge of propaganda and communication functions.

The basic policy solutions of this period included the provision of family planning services (mainly intrauterine devices), propaganda, advocacy (main in forms of direct conversations, presentations, and posters) and policies to encourage women to use an intrauterine device. The State subsidizes the full cost of family planning services, but this budget is balanced in the total budget of the Ministry of Health or the Committee for the Protection of Mothers and Children, together with the local budget.

As a result, the crude birth rate (per 1,000 inhabitants) in the North decreased from 43.9‰ in 1960 to 33.2‰ in 1975, which was an average annual decrease of 0.71‰. The total fertility rate (per female) decreased from 6.39 children/woman in 1960 to 5.25 children/woman in 1975.¹

2. Between 1975 and 1992: Further promotion of planned childbirth



After the reunification of the country, the population of Vietnam was approximately 48 million people, double the size of the population in 1955. During this period, population and family planning work was carried out nationwide with the tendency to further promote the campaign of planned childbirth through two directives of the Government: (1) Directive No. 265/CP dated 19/10/1978 of the Government Council on promoting the campaign of planned childbirth throughout the country; (2) Directive No. 29/HDBT dated 12/8/1981 of the Council of Ministers on promoting the campaign of planned childbirth for 5 years (1981–1985).

After a temporary pause, the planned childbirth campaign was again vigorously launched and deployed nationwide to prepare for an economic renaissance. Population and family planning work in this period was identified as a national policy in the cause of national development. The 4th Congress of the Communist Party of Vietnam has determined: *“All branches, all levels must attach importance to the campaign of childbirth planning, this work is of great importance, has political, economic and social significance, actively contributing to improving the lives of our people”*. Next, the 5th Party Congress affirmed: *“(We) must decide and implement an appropriate population policy, in which an extremely important job that has strategic significance in the economy and society is continuing to promote the campaign of planned childbirth. All Party organizations and governments at all levels must pay great attention and directly take care of this matter”*.

The objective of the population-family planning policy as specified at the Fourth Party Congress (1976) is to further promote the campaign of planned childbirth, resolutely reduce the annual population growth rate, and strive to attain the population growth rate at approximately over 2% in 1980. At the 5th Party Congress (1981), the goal of population and family planning work continued to be defined as: to reduce the average population growth rate of the country from 2.4% annually to 1.7% in 1985. The target group was extended to include all women of reproductive age and a large number of married men of childbearing age. The scope of implementation is extended to nationwide, both in urban and rural areas, with an emphasis on public employees, the armed forces, and the plains having high population density.

Due to awareness of the importance of mobilizing social forces to join the program Population and Family Planning, in 1984, the Committee for Population and Birth Planning was established at the central level with the participation of many branches, agencies and unions. The headquarter of the Commission was still located at the Ministry of Health. In 1991, this committee was renamed as the National Committee for Population and Family Planning. The committee model was deployed down to the level of provinces, cities and special zones directly under the Central Government. At the district level, there was a Population and Family Planning Department, and at the commune/ward level there is a key leader in charge and a specialized assisting agency.

The basic solutions for population policy in this period were the provision of family planning services (mainly the IUD), advocacy (expanded to the mass media, but the main form of advocacy was still direct communication) and stronger and broader incentives for women who delay their pregnancy and insert IUD. The state budget still subsidized the cost of family planning services, but was balanced in the total budget of the Ministry of Health. The United Nations Population Fund provided financial and technical assistance including contraception methods, a part of family planning service equipment, a number of advocacy activities, research, information and data collection and capacity support for population and family planning program management.

Despite the population policy was set out with the goal of lowering the population growth rate to less than 1.7% by 1990 and the population-family planning work was implemented nationwide, the target was not achieved. Although there was a Governmental Direction to participate in the campaign for planned childbirth, in reality, only the health sector, Women and Trade unions directly implemented the policies while other sectors mostly did not participate. The Party committees and authorities did not clearly see their responsibilities in the task of directing and leading this work, so they have delegated all the organization and implementation work to the health sector.

In the period immediately after the war ended, there was a trend of population growth to compensate for the loss in the war, especially in the southern provinces, where the population growth rate reached 3.2% according to the Survey dated February 5, 1976. Thereafter, wars on the Southwestern and Northern borders further deterred the movement of planned childbirth. As a result, the fertility rate decreased from 33.2‰ in 1975 to 31.0‰ in 1985 and 30.1‰ in 1992. The average number of children per woman of childbearing age (TFR) decreased from 5.25 children to 3.98 and 3.8 in the corresponding years.

It can be said that, over a period of 31 years, from 1961 to 1992 the population and family planning work in Vietnam had ups and downs, including constant changes in organizational apparatus to increase efficiency and to meet the socialization requirements. However, due to many objective and subjective reasons, the results of population-family planning work in 31 years from 1961 to 1992 were lower than the initially defined goals and much lower than in other countries that were also implementing population programs during that time.

By 1992, the population of Vietnam was 69.405 million with the crude birth rate at 30.04‰, and a total fertility rate at 3.8 children/woman. If the population growth trend is not contained, the population of Vietnam will reach a huge number of 160 to 170 million and then stabilize at this scale in the mid-21st century.²

3. Between 1993 and 2000: Active Promotion of Birth Reduction – Each Family Should Have only 1–2 Children



It was in this era when the population-family planning work had a comprehensive development and reached its peak in terms of content, method, budget, and organization of implementation. The awareness increased that the rapid population growth puts harsh pressure on the country and hinders its development. As a result, in January 1993, at the 4th Party Central Committee Meeting, Session VII, Central Committee a resolution on population-family planning was issued. This was an important policy document which guided population and family planning work in subsequent years. The resolution sets out specific goals: *“Each family has only one or two children, so that by 2015, each couple will have 2 children on average, towards stabilizing the population size in the middle of the 21st century. (We) make every effort to create a clear change right in the 90s of the twentieth century.”* At the same time, the Central Resolution 4, Session VII has outlined five central points of view and a system of solutions to implement a population-family planning work. This resolution has created the right direction for population-family planning work in Vietnam in the coming years. Two years later, on March 6, 1995, the Secretariat of the Party Central Committee issued Directive 50/CT-TW on continuing to promote population-family planning work.

Central Resolution 4, Session VII also requested: *“Strengthen the Committee for Population and Family Planning at all levels from central to grassroots levels. The standing agency of the Committee for Population and Family Planning at all levels is equipped with qualified staff, closely linked with all branches and levels in the management and implementation of the population-family planning program.”* As a result, the population planning system was deployed to villages, hamlets, and wards to bring education and communication

about population-family planning and provide family planning services to the people. In fact, after that, the National Committee for Population and Family Planning was established to replace the Committee on Population and Birth Planning of the previous stage. The Government issued Decree 42/CP on June 21, 1993 on the functions, tasks, powers, organizational structure and working principles of the National Committee for Population and Family Planning, specified two functions for this institution, first for the governmental management of population-family planning and second for the coordination of the population-family planning program.

As it is responsible not only for state administration but also for the coordination of the population and family planning programme, the Committee’s organisational model is not only *across all sectors* but also *across all trade unions and social organisations*. Therefore, in addition to its permanent department, the Committee has 19 ministries and mass and social organisations involved in its management or membership. For the first time in history, the full-time director of the National Committee for Population and Family Planning holds the position of minister and is a member of the government. Indicating the high ranking of this authority. Other members of the Committee are leading representatives of ministries, industries, mass organisations and social organisations working on a part-time basis. The permanent representatives of the Committee on Population and Family Planning at all levels are a team of specialists dedicated to the permanent service. The model of organisational structure for population and family planning work in Vietnam is at this stage an inter-ministerial model which was also common in other Asian and African countries. This model meets two basic requirements: it creates

a specialised agency to ensure state administration in the field of population and family planning and at the same time, it attempts to mobilise the entire society to participate in the programme.

In terms of state management, the Prime Minister issued Decision 270/TTg dated March 6, 1993 approving the *Strategy on Population and Family Planning to 2000*.³ The goal of the decision was to institutionalize views, targets and solutions of the Central Resolution 4. This strategy should serve to raise awareness and raise the profile of party leaders and authorities at all levels of organisation. It did indeed create important conditions for successful population and family planning in the late 20th century.

Under the favourable conditions since then, including improved financial resources, population and family planning has progressed well and achieved important results: Social awareness has increased, and methods have improved. Many actors have played a decisive role in this – administrations from the central to the village level, social institutions and finally the population itself. The average population growth rate in the 10 years from 1989 to 1999 was 1.7%, decreasing by 0.4% compared to the period 1979–1989. The population size as of 1 July 2000 was 77.6 million people, 4.4 million people fewer than the target of 82 million people in 2000 in the Population Strategy. The average number of children per woman of reproductive age is 2.3 children, far exceeding the target of the Population Strategy set out in 2000 of 2.9 children.³

4. Period 2000-2018: Achieving and maintaining the Replacement Fertility rate and Improving for Population Quality

In the period from 2000 to 2018, Viet Nam's population policy continued to follow the direction outlined in the Central Resolution 4 Session VII. It has set up central goals like fertility control to achieve replacement fertility and improvement of the population quality. Legal documents were completed and adjusted to suit the actual situation. The Ordinance on Population was issued by the National Assembly and took effect on May 1, 2003. The Vietnam Population Strategy for 2001–2010 period and the next Population and Reproductive Health Strategy for the period 2011–2020 were approved and implemented.

The 2003 Population Ordinance,⁵ which is the most relevant legal document on population issued so far in Vietnam, contains regulations on the size, structure, distribution, and quality of the population and measures for the implementation and management of population policy. The provisions of the 2003 Ordinance are completely consistent with the principles of the Action Program of the Cairo International Conference on Population and Development in 1994. The 2003 Ordinance defines the following principles:

- Citizens have the rights: a) To be provided with information on population; b) To be provided with quality, convenient, safe, and confidential population services as prescribed by law; c) To select measures for reproductive health care, family planning and improvement of population quality; d) To select a place of residence in accordance with the law.
- Citizens have the following duties: a) Carry out family planning; building a family with few children, aiming to achieve prosperity, equality, progress, happiness and sustainability; b) Take appropriate measures to improve the physical, intellectual and mental health of oneself and family members; c) To respect the interests of the State, society and community in adjusting population size, population structure, population distribution, and improving population quality; d) Comply with the provisions of this Ordinance and other law provisions related to population work (Chapter 1, Article 4: Citizens' rights and obligations regarding population work).
- Each couple/individual has the right to: a) Decide the time of giving birth, the number of children and the interval between births in accordance with their age, health status, the conditions of education work, income and child rearing of individuals and couples on an equal basis; b) Choose and use family planning methods (Chapter 2, Article 10: Rights and obligations of each couple and individuals in the implementation of family planning).
- The State provides policies and measures to eliminate all forms of gender discrimination, especially discrimination between girls and boys, and ensure women and men having the same rights and obligations in building a prosperous, equal, progressive, happy, and sustainable family.
- The State adopts a policy to encourage and maintain multi-generational families; expand social services to suit different forms of family, ensure that all family members enjoy their rights and fulfil their obligations.
- Agencies, organizations and individuals have the responsibility to propagate, advise and help families improve their physical and spiritual life and build a prosperous, equal, progressive, happy, and sustainable life.

- Family members have the responsibility to support each other in implementing health care, reproductive health, family planning measures, and improve the material and spiritual life of each member (Chapter 3, Article 24: Building a prosperous, equal, progressive, happy and sustainable family).

At the time of its promulgation in 2003, the Ordinance did not clearly express the notion that Vietnam's population policy is not encouraging couples to have more than two children. Therefore, on December 27, 2008, the Standing Committee of the National Assembly passed Ordinance 15/2008/PL-UBTVQH12 which amends Article 10 of the Ordinance on Population (effective from February 1, 2009) as follows:

"Article 10: Rights and obligations of each couple and individual in implementing the population campaign, family planning and reproductive health care:

1. Decide the time to give birth and the period between births;
2. Have one or two children, except for special cases prescribed by the Government;
3. Protect health, take measures to prevent reproductive tract infections, sexually transmitted diseases, HIV/AIDS and fulfill other obligations related to reproductive health."

*The Vietnamese Population Strategy for 2001–2010*⁶ is seen as an important part of the overall Socio-Economic Development Strategy for this entire period. The overall objective of the Population Strategy is "to create a family with few and healthy children and to work towards stabilising the population size at level in order to lead a prosperous and happy life. To improve the quality of the population, develop high-quality human resources to meet the needs of industrialisation and modernisation and contribute to the rapid and sustainable development of the country." The strategy sets out two specific targets: (1) Steadily maintaining the trend of fertility reduction to achieve the replacement fertility rate nationwide by 2005, and in remote and poor areas by 2010 at the latest. This is to suit the population size, structure and distribution in the context of the socio-economic development in 2010; (2) Improving the quality of the population physically, intellectually, and mentally. Striving to achieve the Human Development Index (HDI) at the average level of advanced countries by 2010.

Eight instrumental targets were proposed, representing the scope and direction of intervention actions. Programs and policy reforms that are considered necessary to achieve the set objectives include: (1) Enhanced leadership, organization and management; (2) Behavioral change communication and education; (3) Improved quality of reproductive healthcare/family planning and service delivery system; (4) Improved quality of information and data on population; (5) Raising people's knowledge, strengthening the role of the family and gender equality; (6) Promoting socialization, building and completing the system of policies on population and development; (7) Prioritizing fund mobilization; (8) Training and research.

Each target is then specified with several types of interventional activities. In general, the instrumental targets of the Population Strategy for the period 2001–2010 are transversal and multi-sectoral. The Strategic Document defines responsibilities for more than 10 different ministries; evidently, to coordinate activities involving several authorities is always a challenge. The 2001–2010 period is also the time when major changes occurred in the organizational structure. In 2003, the National Committee for Population and Family Planning was merged with the Committee for Child Care into the Committee for Population-Family-Children. In 2008, the Committee for Population-Family-Children was dissolved again and the General Department of Population and Family Planning was established under the Ministry of Health.

Due to both, the implementation of the Population Strategy for the period 2001–2010 and continuing with previously fertility decline trend, Vietnam achieved, Vietnam achieved the goal of replacement fertility in 2005 – 10 years earlier than targeted by the 4th Central Resolution on population-family planning. However, the results were not stable, as Vietnam still faces great difficulties in solving demographic problems. Vietnam still has a relatively large population size, the fertility rate is not yet really under control, there is not an equal number of male and female babies being born, a population surplus has developed, but the targets for the quality and distribution of the population have largely not yet been reached. Spontaneous migration also also has negative effects. These are all challenges for the socio-economic development of the country as a whole and especially for the objective of improving the quality of life and promoting human development, now and in the future.

Therefore, the 2011–2020 Population and Reproductive Health Strategy⁷ has been issued by the Prime Minister according to Decision No. 2013 / QĐ-TTg dated 14/11/2011. Five views on population policy are outlined in the Strategy:

- Firstly, the Vietnam Population and Reproductive Health Strategy for the period 2011–2020 is an important content of the country's socio-economic development strategy, contributing to the improvement of the quality of human resources and the quality of life for each person, each family and for the entire society;
- Secondly, synchronously solve population and reproductive health issues, focus on improving the quality of the population, improving the health of mothers and children, and promoting the advantages of the *golden population structure*, proactively adjust population growth and control the sex ratio at birth;
- Thirdly, the basic solution to implement population and reproductive health care is the effective combination of advocacy, education, communication to change behaviors, proactive, fair, equal provision of prevention services, resolute and effective sanctions against units and individuals operating services violating regulations on fetal sex diagnosis and selection;
- Fourthly, investment in population work and reproductive health care is investment in sustainable development, bringing direct economic, social, and environmental benefits. (We)increase investment from the State budget, actively take advantage of aid sources and mobilize the people's contributions; prioritize resources for remote, mountainous, coastal areas and islands;
- Fifthly, strengthen the leadership and direction of Party committees and authorities at all levels; improve the effectiveness of state management; mobilize the participation of the whole society; continue to consolidate the organizational structure system to effectively implement population and reproductive health care.



The strategy has set the overall goal of improving population quality, and reproductive health, maintaining a reasonably low fertility rate, and solving problems with population structure and distribution. This contributes to a successful strategy of the industrialization and modernization of Vietnam. The strategy's specific objectives include: Continue to reduce population growth; Improve health, reduce illness and mortality in children, significantly narrow differences in child health indicators across regions and areas; Improve maternal health, significantly narrow the difference in maternal health indicators between regions and areas; Achieve a sharp decrease in high sex ratio at birth; Maintain a reasonably low birth rate, fully meet the people's family planning needs, increase access to quality fertility services; Reduce abortion rate, basically eliminate unsafe abortion; Reduce reproductive tract infections, sexually transmitted infections; Proactively prevent, detect and treat early reproductive tract cancers, with a focus on reproductive tract cancer screening in women; Improve the reproductive health of adolescents and young people; Improve reproductive health for specific population groups (migrants, people with disabilities, HIV-infected people, ethnic people at

risk of genetic degradation); Strengthen healthcare for the elderly; Promote population distribution in line with national socio-economic development orientations; Increase the integration of population factors into policy making and formulation of socio-economic development plans at all levels and branches.

In order to successfully achieve these objectives, the Strategy offers six main instrumental goals for leadership, organization and management; communication, behavior change education; on population and reproductive health services; on continuing to develop and perfect a system of policies on population and reproductive health; on socialization, inter-agency coordination and international cooperation; on finance; on training, scientific research and data collection.

In general, compared to the Strategy in the previous period, the Strategy for Population and Reproductive Health for the period 2011–2020 has further concretized the objectives and measurement indicators. The latter are also designed on the basis of practical evidence and feasibility. The 2011–2020 Strategy focuses on addressing *newly emerging population problems in this period and gives priority to vulnerable groups*.⁸

5. From 2018 until now: Shifting the policy focus from population - family planning to a Population and Development

For more than 10 years the fertility rate was kept low. Thus, the maintenance fertility was attained. Although at the same time the mortality rate continued to fall, a significant reduction in population growth was achieved. However, new challenges have arisen – there is a clear gender imbalance at birth and the quality of the population is limited, which has a direct impact on economic growth and human development. In addition, the quality of human resources is limited, and the large population exerts great pressure on the health and education systems and on the environment. Finally, migration has both positive and negative effects. On January 4, 2016, the Central Committee of the Party issued the *Conclusion 119-KL/TW* to direct the population-family planning work of Vietnam in the upcoming period. It states that it is necessary to focus on "Strengthening communication, education and advocacy on population and development in the direction of focusing on improving the quality of population and development, and making it suitable for each target group's regional cultural characteristics. Strengthening education of knowledge and life skills for adolescent and young people on reproductive health care, sexual health, marriage and family in suitable measures." At the same time, *Conclusion 119-KL/TW* also clearly identifies that in the coming period, the population-family planning work of Vietnam "needs to shift the focus of population policy from family planning to population and development to address comprehensively all population issues including size, structure, distribution and quality improvement".

On October 25, 2017, the Central Committee of the Communist Party of Vietnam issued Resolution 21-NQ/TW on *Population work in the new situation*,⁹ with the following guidelines: Population is the most important factor in the cause of national construction and defense. Population work is a strategic task, which is both urgent and long-term; and is the cause of the entire Party and all people. Continue to shift the population policy focus from family planning to population and development. Population work must focus comprehensively on all aspects including size, structure, distribution, especially population quality. The work should be put in an organic relationship with economic and social factors, national defense and security to ensure rapid and sustainable development.

The general goal set out is to "solve comprehensively and synchronously the problems of population size, structure, distribution and quality and put them in the interplay with socio-economic development. To firmly maintain the replacement fertility rate; bring the sex ratio at birth to natural equilibrium; make effective use of the golden population structure, adapt to population aging; distribute the population reasonably; improve the population quality, and contribute to rapid and sustainable national development".



Implementing Resolution 21-NQ/TW, on November 22, 2019, the Prime Minister issued Decision No. 1679/QĐ-TTg approving the *Population Strategy up to 2030*¹⁰ with the guiding viewpoint of "Focusing every effort on shifting the main goal of population policy from family planning to implementation and achievement of comprehensive goals in terms of size, structure, distribution, especially population quality. The work must be placed in the organic relationship with economic, social, national defence and security factors". The overall objective for the population work in the new period is "To firmly maintain the replacement fertility rate; bring the sex ratio at birth to natural equilibrium; make effective use of the golden population structure; adapt to population aging; rationally distribute population and improve population quality, and contribute to rapid and sustainable national development".

The eight specific objectives of the new strategy include: (1) Firmly maintain the replacement fertility rate, reduce the fertility gap between regions and target groups; (2) Protect and develop the population of ethnic minorities with fewer than 10,000 people, especially ethnic minorities with very few people at risk of racial decline; (3) Bring the sex ratio at birth to a natural balance, strive to maintain a reasonable age structure; (4) Improve the quality of the population; (5) Promote reasonable population distribution and ensure national defense and security; (6) Complete the construction and operation of the national database on population, promote the integration of population factors into the formulation and implementation of socio-economic development plans; (7) Maximize the advantages of the golden population structure, create a strong driving force for the country's rapid and sustainable development; (8) Adapt to population aging, promote healthcare for the elderly.

Seven groups of solutions based on an overall approach were identified to achieve the set objectives. Specifically, these include: (1) Strengthening the leadership and direction of the party committees and authorities at all levels, especially inter-agency coordination; (2) Renovating communication and mobilization about population and development issues; (3) Perfecting mechanisms, policies and laws on population, including speeding up the construction of the Population Law project to be submitted to the National Assembly in the direction of comprehensive and synchronous adjustment of contents on the scale, structure, distribution and quality of population, in accordance with the Constitution and international treaties to which Vietnam has signed or acceded; (4) Developing network and improve population service quality,

reform the method of family planning service delivery in the direction of expanding and meeting the needs of each target group; (5) Promoting scientific research, perfecting the population data and information system, in particular, focusing on research clarifying the normative relationship between population dynamics and socio-economic development, environment and national defense and security assurance; (6) Ensuring resources for population work and (7) Strengthening the organizational structure and training towards perfecting functions and tasks, consolidating and reforming the system of public employees specializing in population work from central to local levels, meeting the requirements of comprehensive implementation of population work in the new situation.



Assoc. Prof. Dr. Luu Bich Ngoc

Chief of National Council Office for Education and Human Resources Development

Ministry of Education and Training

Main research interests: Demography; Population – Development; Public Policy on Education, Training and Human Resources Development; Health care and Social Security.

Email: bichngocluu@gmail.com

¹ General Department of Population and Family Planning, United Nations Population Fund (2009). Population transition and socio-economic development. Hanoi, Vietnam, 402 pages.

² General Department of Population and Family Planning, United Nations Population Fund (2009). Population transition and socio-economic development. Hanoi, Vietnam, 402 pages.

³ The Prime Minister (1993). Vietnam Strategy on Population and Family Planning to 2000. Policy document issued under Decision 270-TTg dated June 3, 1993, Hanoi, Vietnam.

⁴ General Department of Population and Family Planning, United Nations Population Fund (2009). Population transition and socio-economic development. Hanoi, Vietnam, 402 pages.

⁵ Committee for Population, Family and Children (2003). The main contents of the Ordinance on Population. Labor-Social Publishing House, Hanoi, Vietnam, 299 pages.

⁶ The Prime Minister (2000). Vietnam Strategy on Population in the period 2001-2010. Policy document issued under Decision 147/2000/QĐ-TTg dated December 22, 2000, Hanoi, Vietnam.

⁷ The Prime Minister (2010). Vietnam Strategy on Population and Reproductive Health in the period 2011-2020. Policy document issued under Decision 2013//QĐ-TTg dated November 14, 2011, Hanoi, Vietnam.

⁸ UNFPA (2009). Population and Development in Vietnam: Towards a New Strategy 2011–2020. Hanoi, Vietnam, 94 pages.

⁹ The Central Committee of the Communist Party of Vietnam (2017). Resolution of the 6th Conference of the XII Central Executive Committee on population work in the new situation (NQ21-NQ / TW). Hanoi, Vietnam.

¹⁰ The Prime Minister (2019). Vietnam Population Strategy to 2030. Policy document issued under Decision 1679/QĐ-TTg dated November 22, 2019, Hanoi, Vietnam.

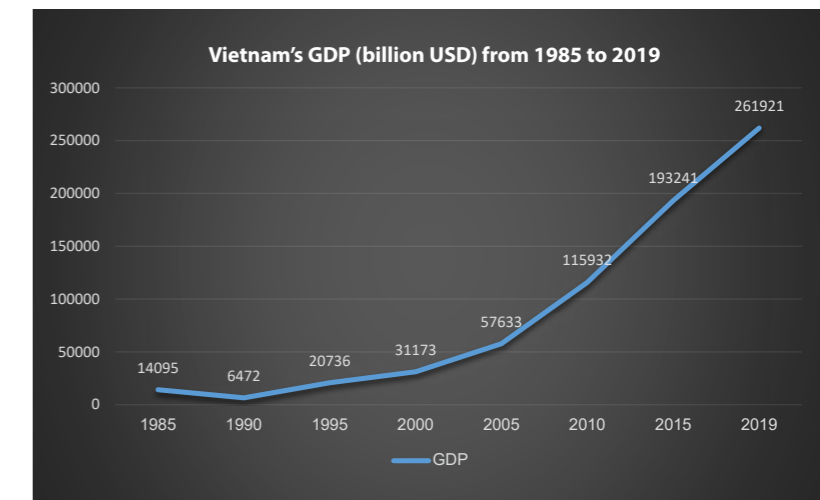
Monitoring, Publications and Events

● Nguyen Thi Thuy Trang

Starting with this first issue of the Country Report, we offer our readers information in various sections on the following areas: general trends in monitoring, topic of the respective issue, current publications and scientific projects, and basic indicators about Vietnam. This section will be further expanded in the following issues - among other things, there will also be the possibility to announce scientific events and present research projects.

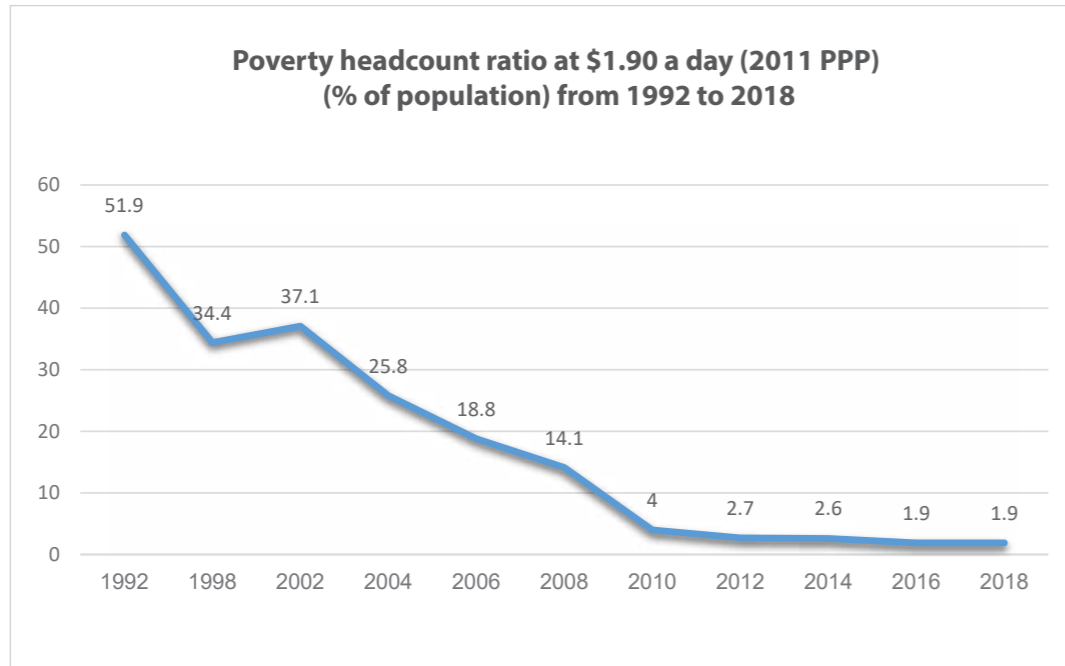
1. General Information on Vietnam and its ageing population

The development of Vietnam since Doi Moi is remarkable. Political and economic reforms since 1986 have promoted economic development, rapidly turning Vietnam from one of the poorest countries in the world into a middle-income country. From 2002 to 2018, GDP per capita increased by 2.7 times, reaching over \$2,700 in 2019, with more than 45 million people out of poverty. The poverty rate fell sharply from over 70% to below 6%. The majority of the remaining poor are ethnic minorities, accounting for 86%.¹

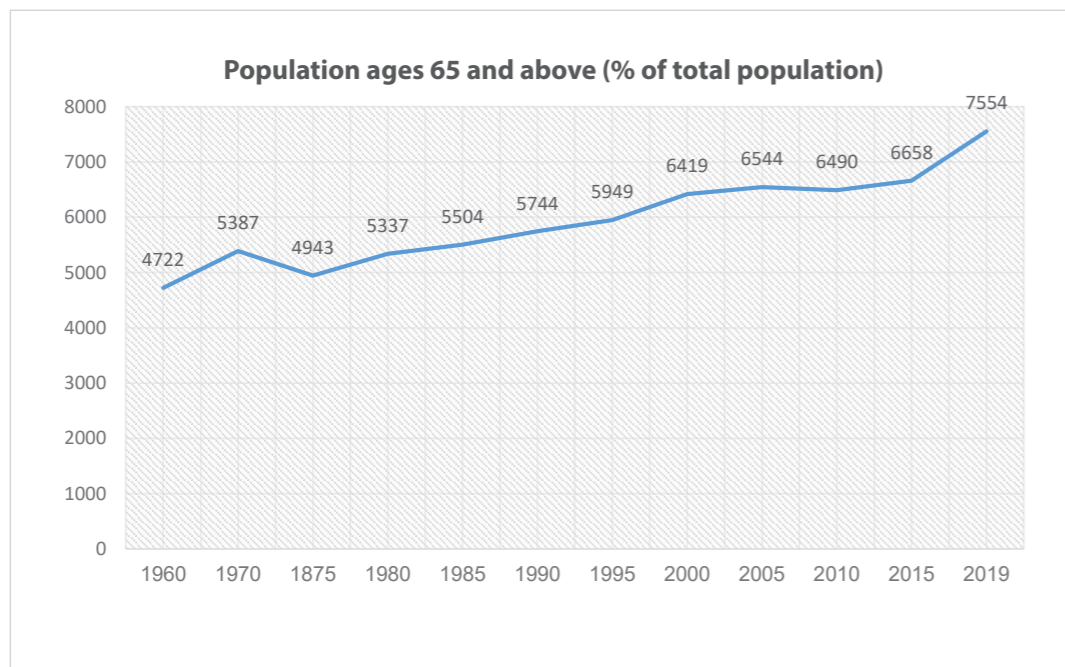


Source: World Bank

In 2019, GDP increased by 7%, similar to the growth rate in 2018, being one of the countries with the highest growth rates in Southeast Asian region. In 2020, the Vietnamese economy was heavily influenced by the COVID-19 pandemic, but also exhibited considerable resilience. GDP growth is estimated to increase by 1.8% in the first half of the year, expected to reach 2.8% for the whole year. Vietnam is one of the few countries in the world that did not forecast an economic recession.²

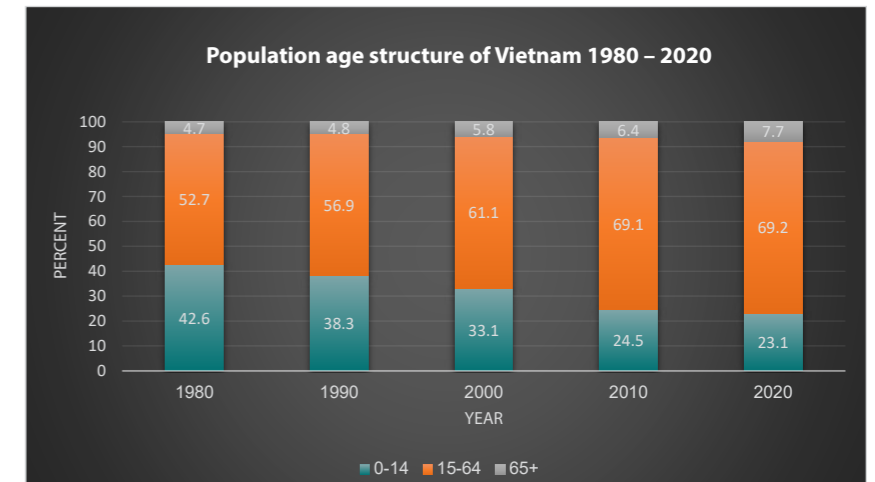


Source: World Bank



Source: World Bank

Vietnam is witnessing rapid changes in population and social structure. Its population has grown from about 60 million in 1986 to 96.5 million in 2019 and is expected to reach 120 million by 2050. Currently, 70% of the population is under the age of 35 with a life expectancy of 76 years. Vietnam is one of the most rapidly ageing countries with the 65+ age group expected to increase by 2.5 times by 2050. The middle class is forming 13% of the population.³



Source: kehoachviet.com

Health also made great progress as living standards have been improved. Life expectancy at birth increased from 70.5 to 73.6 years between 1990 and 2019. The provision of basic services has had many positive changes. Access of households to infrastructure services has increased dramatically.⁴

Vietnam has made good progress in human development, with an average annual Human Development Index (HDI) growth of 1.36 percent during 1990-2018 period. This places Vietnam among the group of countries with the highest HDI growth rates in the world. According to the 2020 Human Development Report, for the first time Vietnam has entered the High Human Development group of countries. With the HDI value of 0.704, Vietnam ranks 117th out of 189 countries. Meanwhile, Vietnam's loss of HDI value due to inequality in 2018 is 16.3, its loss of income due to inequality is 18.1% and, its GINI coefficient at 35.3 – are among the lowest in the East Asia and Pacific region.⁵



Viet Nam has also been performing well in terms of **gender equality**. The Gender Development Index value of 1.003 puts the country in the top group out of 5 groups of 166 countries in the world, with Viet Nam ranking 68th out of 162 countries in Gender Inequality Index⁶. Particularly commendable is the share of seats in parliament which places Viet Nam among the top third of countries globally.

2. Laws and Policies

Since 1961, the Party and the State have officially implemented the program on population - family planning (population-family planning)

December 26, 1961: the Government Council issued Decision 216 / CP on childbirth with guidance

October 19, 1978: the Government Council issued the Directive 265 / CP on promoting the campaign of childbirth planning in the whole country

August 12, 1981: the Council of Ministers issued the Directive 29 / HDBT on promoting the campaign of childbearing with plans in the 5 years from 1981-1985

April 11, 1984: the Council of Ministers issued the Decision No. 58 / HDBT to establish the Committee for Population - Birth planning

1986: Law on Marriage and Family

1989: Law on the Protection of the People's Health

1991: Law on the Protection, Care and Education of Children

June 3, 1993: Decision 270 / TTg of of the Prime Minister approving the Population and Family Planning Strategy up to 2000

January 17, 1997: Directive 37 / TTg of the Prime Minister on accelerating the implementation of the Population and Family Planning Strategy to 2000

2000: Ordinance on the Elderly No. 23/2000 / PL-UBTVQH10

2001: the Vietnam Population Strategy 2001-2010

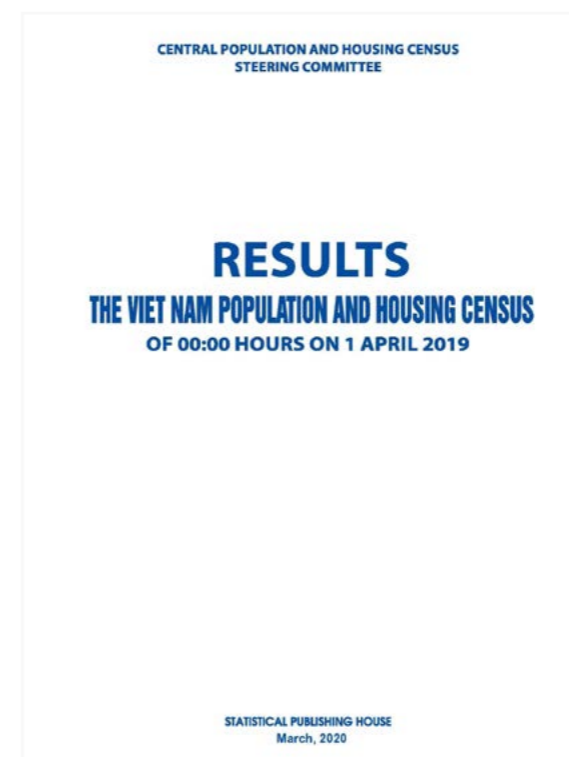
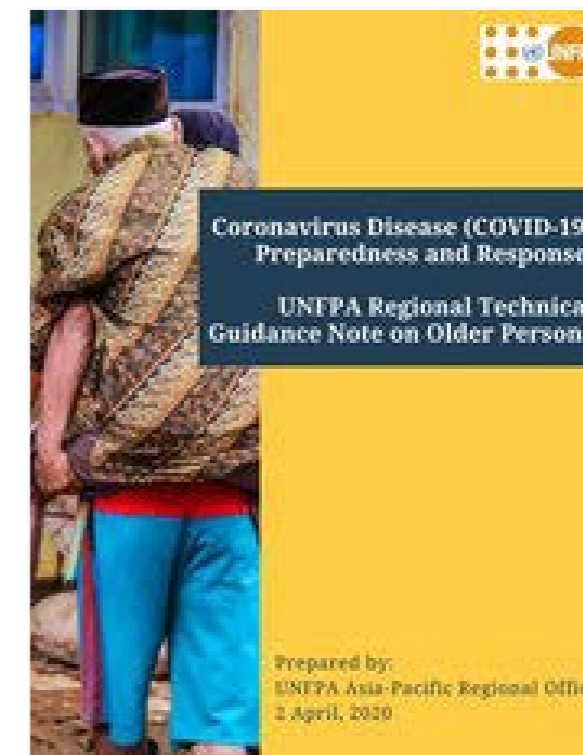
January 9, 2003: the Standing Committee of National Assembly issued the Population Ordinance

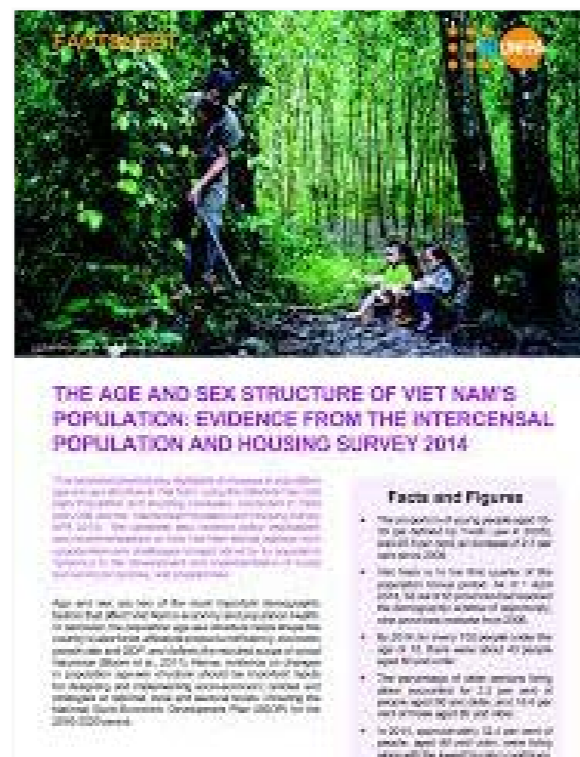
2009: the Law on the Elderly of Vietnam

2011: the Vietnam Population Strategy 2011-2020

2020: the draft Law on Population

3. Current publications and events







HỘI THẢO

GIÀ HÓA DÂN SỐ VÀ SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI: NGHIÊN CỨU DỌC VÀ VAI TRÒ CỘNG TÁC VIÊN DÂN SỐ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CỘNG ĐỒNG

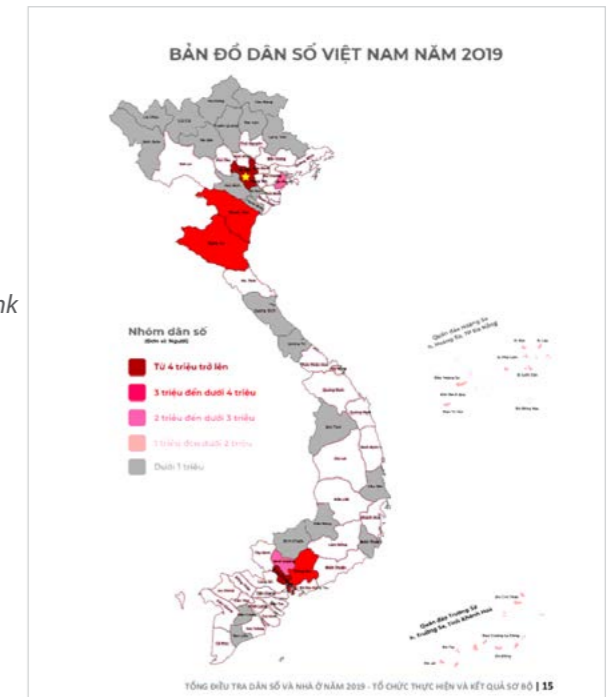
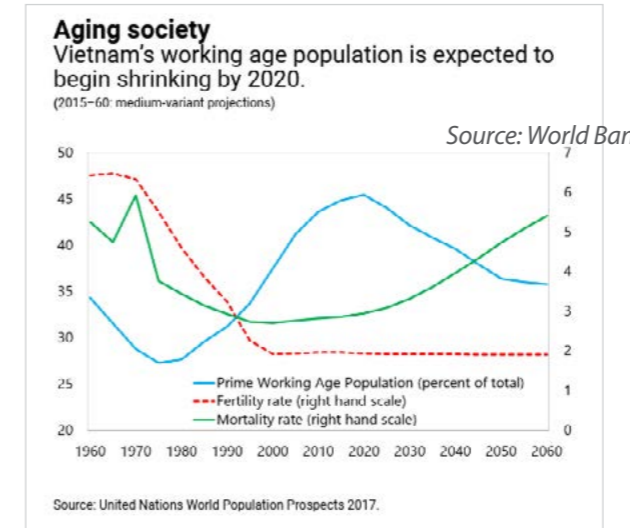
WORKSHOP

AGEING POPULATION AND HEALTH: The Longitudinal Study and the Role of Population Collaborators in Community Based Care for Older People

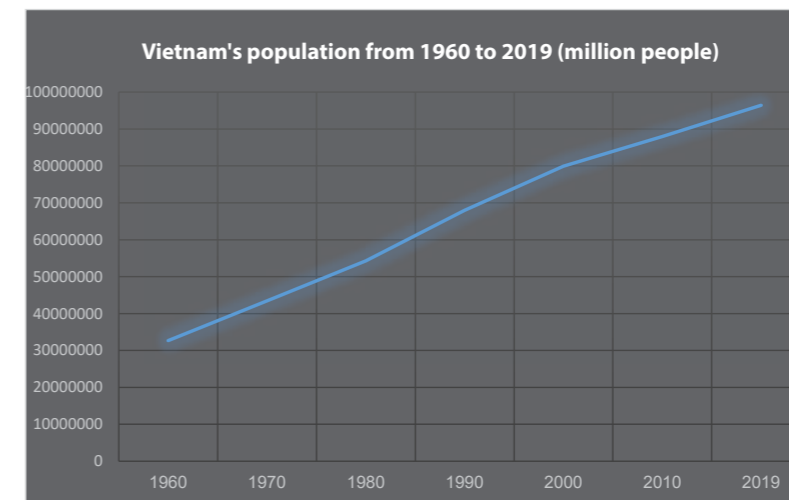
Hà Nội, ngày 12/12/2019



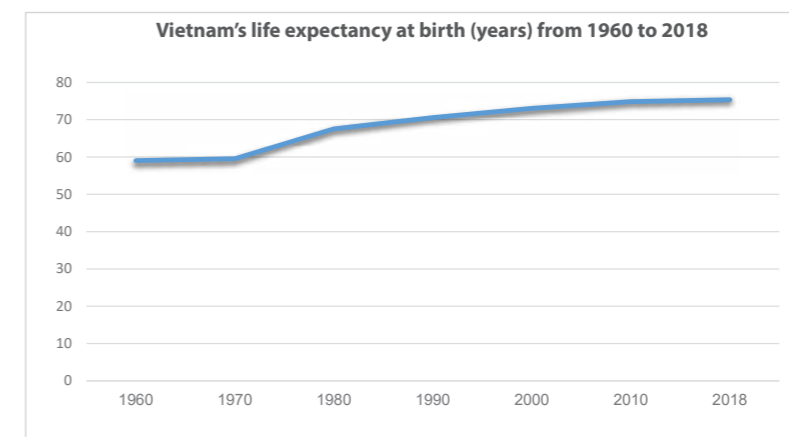
4. Important indicators about Vietnam



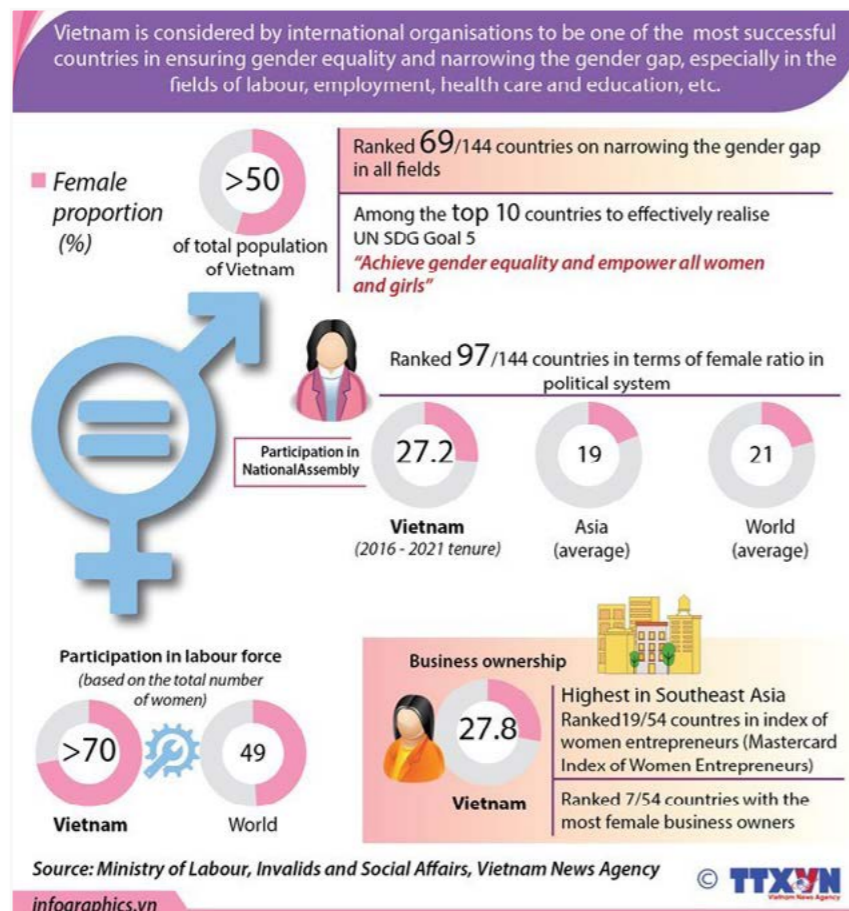
Vietnam's population reached 96.2 million April 2019. Source: Vietnam Population and Housing Census 2019



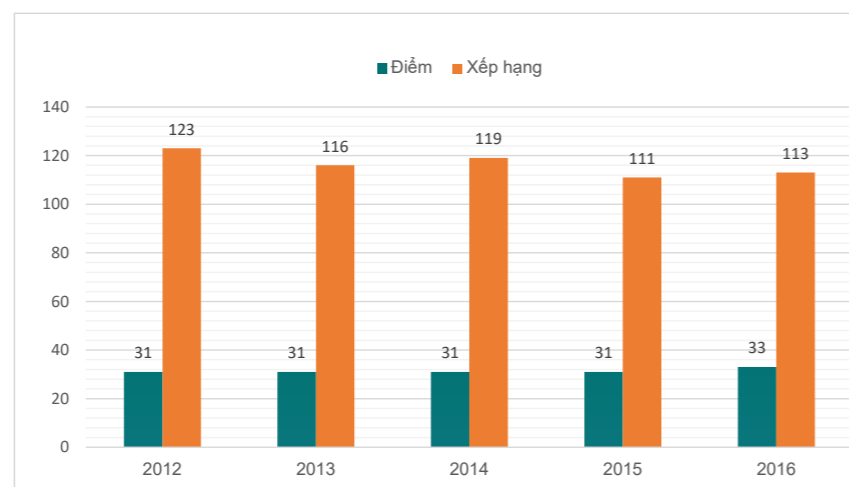
Source: World Bank



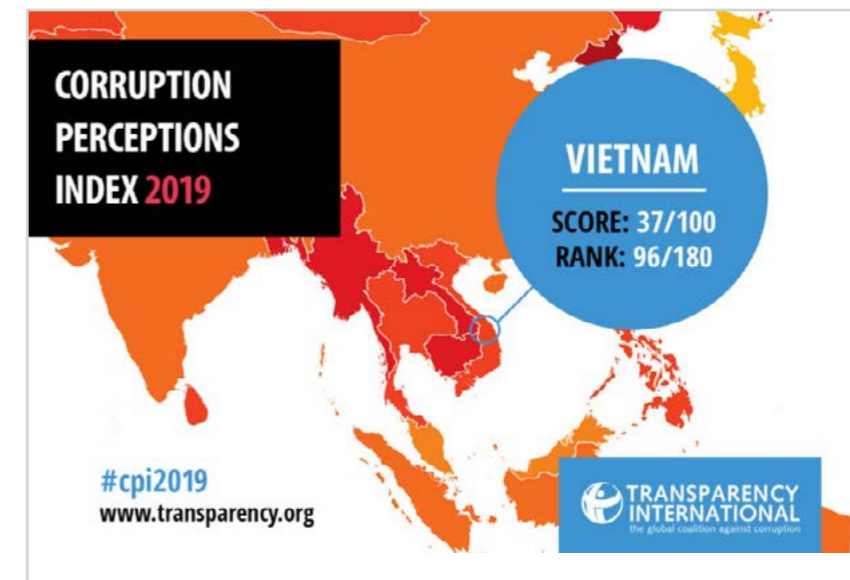
Source: World Bank



Source: Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, Vietnam News Agency (2018)



Source: Transparency International



¹ World Bank (2020), Overview about Vietnam, <https://www.worldbank.org/vi/country/vietnam/overview>.

² World Bank (2020), Overview about Vietnam, <https://www.worldbank.org/vi/country/vietnam/overview>.

³ The Vietnam Population and Housing Census 2019

⁴ The Vietnam Population and Housing Census 2019

⁵ 2019 Human Development Report

⁶ Nguyen Viet Lan (2019), Vietnam has made significant Human Development progress with low increases in inequality, < <https://vietnam.un.org/en/27782-viet-nam-has-made-significant-human-development-progress-low-increases-inequality>>



Dr. Nguyen Thi Thuy Trang
 Vice Dean of Faculty of International Studies
 VNU University of Social Sciences and Humanities, Hanoi
 Email: trangqt@vnu.edu.vn

Báo cáo Quốc gia

VIỆT NAM

Báo cáo cung cấp thông tin độc lập thường niên về các vấn đề chính trị, kinh tế và xã hội của một quốc gia đang trong quá trình chuyển đổi

Số 1 | 2020



NHÀ XUẤT BẢN THANH NIÊN

Trụ sở chính: 64 Bà Triệu, TP. Hà Nội | Điện thoại: (024) 62631704

Website: nxbthanhvien.vn | **Email:** info@nxbthanhvien.vn

Chi nhánh: 145 Pasteur, P.6, Q.3, TP. Hồ Chí Minh | Điện thoại: (028) 39106963

Báo cáo Quốc gia Việt Nam –

Báo cáo cung cấp thông tin độc lập thường niên về các vấn đề chính trị, kinh tế và xã hội của một quốc gia đang trong quá trình chuyển đổi.

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Giám đốc - Tổng Biên tập: Lê Thanh Hà

Biên tập: Nguyễn Tiến Thăng

Liên kết xuất bản:

Quý Hanns Seidel Stiftung

Địa chỉ: P. 703, Tòa nhà Opera Business Center, 60 Lý Thái Tổ, Hà Nội, Việt Nam

Bìa & Trình bày: Công ty CP Truyền thông Thương mại Xanh

In 200 cuốn, khổ 20,8 x 29,5cm, tại Công ty in Hà Phát;
Số 6 Ngọc Hà, phường Đội Cấn, quận Ba Đình, TP. Hà Nội.

Số xác nhận XB: 4467-2020/CXBIPH/10-114/TN,
theo QĐXB số 2088/QĐ-NXB TN, ngày 31/12/2020.

In xong và nộp lưu chiểu 1/2021.

Mọi hành vi sao chép, phân phối lại và dịch lại tài liệu đều bị cấm. Bản quyền và quyền xuất bản ấn phẩm này thuộc về các Chủ biên của Báo cáo.

Hanns Seidel Foundation chỉ hỗ trợ về mặt tài chính và kỹ thuật cho việc xuất bản ấn phẩm này, các bài viết trong ấn phẩm chỉ phản ánh quan điểm cá nhân của các tác giả được nêu tên trong mỗi bài viết và không nhất thiết thông nhất với quan điểm của Hanns Seidel Foundation, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn và/ hoặc Trường Đại học Justus-Liebig Giessen.

Về tổ chức Hanns Seidel Foundation

Hanns Seidel Foundation (HSF) là một quỹ chính trị của Cộng hòa Liên bang Đức và được thành lập tại Munich năm 1967. Hiện nay, HSF đang triển khai thực hiện hơn 80 dự án tại 60 quốc gia trên khắp thế giới. HSF cam kết thúc đẩy dân chủ, hòa bình và phát triển. Hoạt động của HSF dựa trên lý tưởng về con người bao gồm tự do cá nhân, phát triển và tự chủ cũng như trách nhiệm xã hội và sự đoàn kết. HSF đã triển khai các dự án tại Việt Nam trong suốt ba thập kỷ qua. Kể từ khi thành lập văn phòng đại diện tại Hà Nội vào năm 2011, HSF không ngừng tăng cường hợp tác với các đối tác Việt Nam nhằm mục tiêu thúc đẩy phát triển kinh tế, xã hội và thể chế, đặc biệt tập trung vào các vấn đề an sinh xã hội, phát triển bền vững và quản trị toàn diện.

Hãy theo dõi HSF Việt Nam trên Facebook để cập nhật những thông tin về hoạt động của chúng tôi tại:

<https://www.facebook.com/HSF.Vietnam>



Michael Siegner

Trưởng đại diện tổ chức Hanns Seidel Foundation tại Việt Nam

Lời tựa

Đạo quanh những con phố ở Hà Nội, người ta sẽ dễ dàng thấy thành phố thay đổi rõ rệt theo từng tuần. Hiếm có quốc gia nào trên thế giới có những thay đổi và phát triển nhanh chóng như Việt Nam trong suốt một thập kỷ qua. Tuy nhiên, tăng trưởng kinh tế mạnh mẽ kể từ khi bắt đầu thực hiện công cuộc Đổi Mới từ năm 1986 cho tới nay đã có những tác động dài hạn đối với xã hội Việt Nam. Những thay đổi của không gian kinh tế đã mang lại nhiều thách thức đối với việc đảm bảo an sinh xã hội. Mạng lưới an sinh xã hội truyền thống liên kết với gia đình và thân nhân đã dần mất đi vị thế. Mặc dù mức sống và cơ hội phát triển kinh tế của phần lớn người dân Việt Nam đã được nâng cao, vẫn còn rất nhiều thách thức đối với việc đảm bảo an sinh xã hội.

Nhận thức được điều này, các hoạt động của tổ chức Hanns Seidel Foundation (HSF) tại Việt Nam luôn nhấn mạnh sự cần thiết của các chính sách phù hợp nhằm đảm bảo hòa nhập xã hội và an sinh xã hội. Trong 10 năm qua, HSF Việt Nam đã hợp tác với các bên liên quan để chia sẻ kinh nghiệm quốc tế và đưa ra các khuyến nghị nhằm hoàn thiện các chính sách xã hội tại Việt Nam. Ấn phẩm này thể hiện một bước tiến mới trong hoạt động của HSF Việt Nam. Bên cạnh những hợp tác chặt chẽ với các viện nghiên cứu và các bên liên quan tới chính sách xã hội, HSF còn hỗ trợ nhằm thúc đẩy những thảo luận, tranh biện mang tính hàn lâm xoay quanh các vấn đề liên quan tới phát triển xã hội bền vững và công bằng. "Việt Nam với tư cách là xã hội già hóa" là sản phẩm của cam kết này và tôi xin chân thành cảm ơn trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn (KHXHNV) Hà Nội và Đại học Justus-Liebig Gießen vì những hợp tác tuyệt vời trong thời gian qua. Báo cáo Quốc gia này nhằm cung cấp những nghiên cứu học thuật có tính định hướng chính sách về vấn đề Chính sách Xã hội tại Việt Nam. Nhằm phổ biến rộng rãi tới các độc giả quan tâm tới vấn đề này, Báo cáo sẽ bao gồm những bài giới thiệu ngắn gọn nhưng toàn diện về những vấn đề cấp thiết liên quan đến những khó khăn, thách thức đối với toàn bộ hệ thống an sinh xã hội tại Việt Nam.

Tôi xin chân thành cảm ơn tất cả những người đã đóng góp vào việc xuất bản thành công ấn phẩm này. Đặc biệt, tôi xin trân trọng cảm ơn Tiến sỹ Detlef Briesen - Đại học JLU Gießen và Giáo sư, Tiến sỹ Phạm Quang Minh - Trường Đại học KHXHNV Hà Nội đã điều phối dự án này. Tôi cũng xin cảm ơn những hỗ trợ liên tục của Tiến sỹ Nguyễn Thị Thùy Trang - Đại học KHXHNV Hà Nội và những đóng góp của tất cả tác giả các bài viết trong ấn phẩm này. Cuối cùng, tôi xin đặc biệt cảm ơn tất cả những nỗ lực và tâm huyết mà Magdalena Knödler đã dành cho dự án này.

Michael Siegner

Giới thiệu



Detlef Briesen



Phạm Quang Minh

Việt Nam là một quốc gia Đông Nam Á đã trải qua những thay đổi sâu rộng về chính trị, kinh tế và xã hội trong ba thập kỷ qua. Trong chính sách đối ngoại ở khu vực, quốc gia này cũng đã tìm thấy vị thế mới với tư cách là một cường quốc bậc trung. Tuy nhiên, thông tin về một quốc gia thuộc nhóm nghèo nhất thế giới trở dậy thành một “con hổ kinh tế” lại bị thiếu hụt trầm trọng. Lý do là từ bên ngoài Việt Nam vẫn thường được nhìn nhận bằng quá khứ đau thương, còn ở trong nước, hệ thống truyền thông nhà nước vẫn chưa cung cấp những thông tin cần thiết cho độc giả ở các cấp độ khác nhau. Vì lý do đó, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội và Đại học Justus Liebig Giessen (JLU), CHLB Đức, muốn khắc phục tình trạng này bằng cách đồng xuất bản Báo cáo Quốc gia về Việt Nam, dự định hai lần một năm, bắt đầu với ấn phẩm này.

Trong tương lai, Báo cáo Quốc gia về Việt Nam của chúng tôi sẽ nghiên cứu những vấn đề quan trọng và cơ bản về Việt Nam đương đại, tương tự như chủ đề “Việt Nam với tư cách là một xã hội già hóa” trong ấn phẩm đầu tiên này. Nhiều người kể cả trong cuộc sẽ ngạc nhiên khi biết quá trình già hóa dân số mà người ta thường nói tới ở châu Âu hay Nhật Bản đã diễn ra ở Việt Nam từ lâu. Quá trình này sẽ đặt ra những thách thức không nhỏ đối với chính sách xã hội của Việt Nam trong tương lai. Do đó, Báo cáo Quốc gia của chúng tôi hướng đến cả các chuyên gia lẫn các đối tượng rộng hơn, những người quan tâm đến Việt Nam hiện nay. Báo cáo Quốc gia sẽ được xuất bản bằng hai ngôn ngữ, tiếng Anh và tiếng Việt và trong phần thứ ba sẽ có những thông tin chọn lọc tham chiếu đến các sự kiện và ấn phẩm liên quan.

Báo cáo Quốc gia của chúng tôi được thực hiện độc lập, dựa trên kết quả nghiên cứu của các nhà khoa học đến từ các viện, trường đại học của Việt Nam. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là báo cáo đã không và sẽ không nhận được hỗ trợ từ các nhà tài trợ. Chúng tôi muốn gửi lời cảm ơn đến Quý Hanns-Seidel, Munich, Đức (HSS), đã hỗ trợ chúng tôi trong chủ đề đầu tiên này và hai chủ đề tiếp theo về chính sách môi trường và hoạt động của quốc hội Việt Nam. Trong tương lai, các tổ chức khác cũng có thể tham gia vào công việc của chúng tôi nếu họ đánh giá cao sự độc lập của báo cáo theo cách mà Quý Hanns-Seidel đã thực hiện.

Báo cáo Quốc gia được xuất bản dưới dạng bản in, nhưng những ai quan tâm cũng có thể tiếp cận trực tuyến thông qua các trang web của Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Justus Liebig Giessen và Quý Hanns-Seidel. Chúng tôi muốn dành lời cảm ơn đến tất cả những người đã thực hiện ấn phẩm đầu tiên này.

Hà Nội/Giessen, tháng 12 năm 2020.

Detlef Briesen

Phạm Quang Minh

<https://www.ush.vnu.edu.vn>

<https://www.uni-giessen.de>

Mục lục

Chính sách xã hội cho một dân số đang già hóa tại Việt Nam	139
Detlef Briesen/Phạm Quang Minh	
Biến đổi nhân khẩu học ở Việt Nam	149
Nguyễn Đức Vinh	
Người cao tuổi và lương hưu ở Việt Nam	161
Nguyễn Tuấn Anh/Nguyễn Thị Kim Nhung	
Già hóa và Sức khỏe	173
Nguyễn Thu Hương	
Tổng quan về chăm sóc xã hội ở Việt Nam	187
Nguyễn Thị Thái Lan	
Vai trò của tổ chức xã hội trong thực hiện chính sách an sinh xã hội đối với người cao tuổi ở Việt Nam	197
Nguyễn Hữu Minh/Lê Thúy Hằng	
Sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam	213
Nguyễn Thị Thúy Hằng/Đặng Anh Dũng	
Các dân tộc thiểu số và chính sách xã hội ở Việt Nam	225
Vũ Đình Mười	
Chính sách dân số trong quá trình chuyển đổi	233
Lưu Bích Ngọc	
Thông tin chung, ấn phẩm và sự kiện	247
Nguyễn Thị Thùy Trang	

Chính sách xã hội cho một dân số đang già hóa tại Việt Nam

• Detlef Briesen/Phạm Quang Minh

1. Sự chuyển dịch nhân khẩu học, một thách thức đối với chính sách xã hội

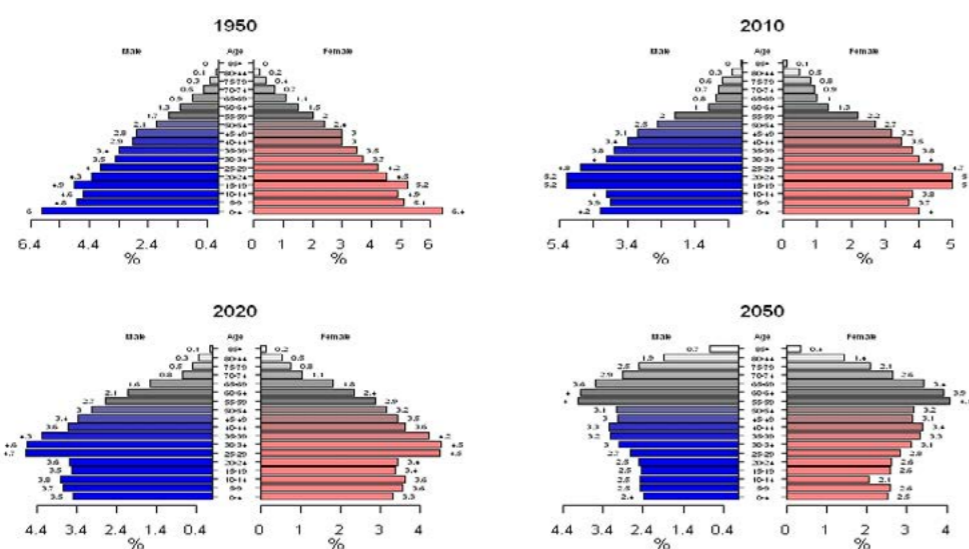
Vấn đề đầu tiên trong Bản báo cáo Quốc gia đề cập đến một lĩnh vực trung tâm trong chính sách quốc nội, sự đóng góp của quốc gia đối với an sinh xã hội cho người dân thông qua một chính sách xã hội chủ động. Cụ thể hơn, Bản báo cáo này nghiên cứu một thách thức chính trị-xã hội mới đối với Việt Nam, đó là số lượng dân số già tăng lên. Hai số liệu cho thấy vấn đề này: Nếu như vào năm 1979 chỉ có dưới 7% dân số Việt Nam từ 60 tuổi trở lên, thì theo ước tính sơ bộ con số này sẽ tăng lên 26% vào năm 2049. Bài viết này quan tâm tới một vấn đề mới đối với Việt Nam đó chính là kết quả của sự thay đổi xã hội nhanh chóng diễn ra trong 30 năm qua, đặc biệt trên ba khía cạnh:

- Kể từ giữa những năm 1980, Thành tựu kinh tế mà Việt Nam đạt được rất ấn tượng. Đất nước đã phát triển đáng kể: từ một trong những nước nghèo nhất thế giới trở thành một thành viên của nhóm mà Ngân hàng Thế giới gọi là các nước có thu nhập trung bình thấp. Phần lớn người dân đã được hưởng lợi từ sự tăng trưởng kinh tế này.
- Song song với sự thịnh vượng ngày càng tăng lên, điều kiện sống của người dân Việt Nam đã thay đổi đáng chú ý. Sự cải thiện trong dinh dưỡng, nhà ở và chăm sóc sức khỏe đã dẫn đến tuổi thọ trung bình của người dân Việt Nam cũng tăng lên.
- Đồng thời, cấu trúc gia đình cũng thay đổi; ngày nay nhiều gia đình sinh ít con hơn. Kết quả là mối quan hệ giữa các nhóm tuổi độc lập hay thành phần cấu tạo xã hội xét về những nhóm tuổi khác nhau đã thay đổi: Phần trăm những người trẻ đã giảm xuống, và phần trăm người lớn tuổi đã tăng lên nhanh chóng.

Trong tương lai, mối quan hệ giữa các nhóm tuổi được kỳ vọng sẽ thay đổi không chỉ tương đối với nhau mà còn tuyệt đối. Không xa, ngày càng có ít hơn những người trẻ tuổi phải đối mặt với số lượng người già tăng lên. Một thay đổi như vậy có thể được minh họa tốt nhất bằng cách so sánh tháp tuổi trong quá khứ, hiện tại và tương lai.



Tháp dân số Việt Nam vào năm 1950, 2010, 2020, và 2050¹



Do vậy Việt Nam đang trong một quá trình mà các nghiên cứu thế giới đề cập đến là sự dịch chuyển nhân khẩu học. Quá trình đó gồm ba bước, đã diễn ra hoặc đang diễn ra dựa theo cùng khuôn mẫu trên toàn thế giới. Điểm khởi đầu cho sự phát triển đó là ở Tây Âu, mà từ đó sự chuyển dịch nhân khẩu học lần đầu tiên đã lan ra các nước công nghiệp hóa khác và giờ đây đã chạm đến Đông Á và Đông Nam Á.

1. Điểm khởi đầu của sự chuyển dịch nhân khẩu học là các xã hội lịch sử ở Tây Âu vào đầu thế kỷ 18. Tính đến thời điểm đó, dân số chỉ tăng lên rất chậm, nếu có. Mặc dù số trẻ được sinh ra nhiều hơn so với ngày nay, nhưng tỉ lệ tử vong cũng cao hơn nhiều, đặc biệt là do tỉ lệ tử vong quá cao ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, các bệnh truyền nhiễm thậm chí tồn tại ở nhóm dân số lớn tuổi hơn, và các nạn đói theo chu kỳ. Hầu như không có ai sống quá 60 tuổi.
2. Trong nửa sau của thế kỷ 18, dân số Tây Âu bắt đầu tăng, ban đầu là do các quy định về hôn nhân của xã hội phong kiến không còn được tuân theo. Chỉ đến sau năm 1850 thì chất lượng cuộc sống nói chung đã được cải thiện thông qua việc đảm bảo được hoặc nâng cao chất lượng lương thực, quần áo, và chỗ ở và cuối cùng là thông qua chăm sóc y tế. Trên hết, điều này đã dẫn đến thực tế rằng số trẻ em sống sót qua giai đoạn quan trọng cho tới 6 tuổi sẽ nhiều hơn so với trước đây. Khi tỉ lệ sinh duy trì ở mức cao, dân số bắt đầu tăng lên. Tuy nhiên, chưa nhiều người sống quá 70 tuổi.
3. Sau Chiến tranh Thế giới thứ hai, điều kiện sống của người dân tại các quốc gia công nghiệp hóa tiếp tục được cải thiện. Kết quả là, độ tuổi trung bình của người dân giờ đây đã tăng một cách ổn định. Tuy nhiên, đặc biệt kể từ sau những năm 1960, ngày càng ít trẻ em được sinh ra vì những thay đổi trong nhận thức của phụ nữ về vai trò của họ. Kể từ đó, việc sinh con giảm xuống đã dẫn đến tỉ lệ người có tuổi trên tổng dân số ngày càng tăng. Tùy thuộc vào quốc gia, không chỉ tổng dân số không tăng lên, mà trong nhiều trường hợp còn có thể thấy trước sự sụt giảm mạnh dân số.

Sự dịch chuyển nhân khẩu học toàn cầu giờ đã đến Việt Nam, mặc dù có sự chậm trễ mang tính lịch sử quan trọng, đặc biệt là đặt trong mối quan hệ với Tây Âu. Trên thực tế, một vài năm trở lại đây, sự thay đổi nhân khẩu học đã diễn ra tại Đông Nam Á, nhưng không ở đâu lại nhanh như ở Việt Nam. Vì vậy trong vòng 30 năm tới, nhiều khả năng tỉ lệ người dân Việt Nam trên 60 tuổi hoặc trên 80 tuổi sẽ tăng lên đáng kể. Sự chuyển dịch từ một nền dân số nhìn chung là trẻ và đang phát triển sang nền dân số nhìn chung là già hơn và thậm chí có lẽ đang giảm xuống là một quá trình có hai mặt: Nó mở ra những cơ hội mới, nhưng cũng mang đến nhiều thách thức cho Việt Nam. Cần có những khái niệm mới: chẳng hạn như đối với vấn đề việc làm, có hệ thống lương hưu, cuộc sống xã hội, chăm sóc sức khỏe và điều dưỡng. Do vậy, tốt hơn hết Việt Nam nên phát triển một chính sách xã hội cho một xã hội đang già hóa mang tính đổi mới hơn nhiều so với những gì đã làm được cho đến hiện tại. Điều đó tập trung chú ý vào những mục tiêu và công cụ của chính sách xã hội hiện đại và cách một chính sách đổi mới giải quyết vấn đề già hóa có thể được kết hợp với các công tác chính sách xã hội hiện có tại Việt Nam.

Để bắt đầu, bài viết này do đó sẽ cung cấp những thông tin cần thiết về những khả năng nói chung của chính sách xã hội quốc gia và các đặc điểm riêng của chính sách đó tại Việt Nam. Thông tin này có tầm quan trọng đặc biệt khi muốn hiểu về một chính sách xã hội mà trong tương lai, chính sách này sẽ phải tập trung nhiều hơn vào những nhu cầu của người lớn tuổi, tốt hơn: hay vì xã hội nói chung, chính sách này sẽ có những cấu trúc khác biệt đáng kể so với những cấu trúc hiện nay.

Bảng: Dân số Việt Nam: Sự tăng trưởng nhanh của “nhóm người lớn tuổi già nhất”

Nhóm tuổi (% tổng dân số)	1979	1989	1999	2009	2019	2029	2039	2049
60-64	2.28	2.40	2.31	2.26	4.29	5.28	5.80	7.04
65-69	1.90	1.90	2.20	1.81	2.78	4.56	5.21	6.14
70-74	1.34	1.40	1.58	1.65	1.67	3.36	4.30	4.89
75-79	0.90	0.80	1.09	1.40	1.16	1.91	3.28	3.87
80+	0.54	0.70	0.93	1.47	1.48	1.55	2.78	4.16
Tổng	6.96	7.20	8.11	8.69	11.78	16.66	21.37	26.10

Nguồn: Điều tra dân số và nhà ở các năm 1979, 1989, 1999 và 2009; GSO (2010)

2. Chính sách xã hội công – Những định nghĩa và nguyên tắc chung

Chính sách xã hội quốc gia và đặc biệt là những hệ quả của nó đối với những tiểu khu vực trong xã hội, đã gây nhiều tranh cãi trong các cuộc thảo luận chính trị tại nhiều nước. Chắc hẳn sẽ có những phát triển không mong muốn mà cơ sở liên quan đến các biện pháp chính trị xã hội. Tuy nhiên, những phân tích thuần về chi phí-lợi ích, mà qua đó đã mang lại nhiều đóng góp quan trọng cho cuộc tranh luận, không miêu tả một cách chính xác những tác động xã hội quan trọng nhất của chính sách xã hội: vì các đường lối tranh luận chính về chính sách xã hội, dù công khai hay bí mật, đều đã được định hướng về tư tưởng. Câu hỏi đặt ra là các điều kiện xã hội nên được điều chỉnh bởi thị trường hay bởi nhà nước ở mức độ nào. Tuy nhiên, chính ở sự lựa chọn này đã tồn tại một tranh luận mạnh mẽ về chính sách xã hội quốc gia, vì mục tiêu quan trọng nhất của chính sách này là để đảm bảo “an sinh”. Tuy nhiên, theo như những ý tưởng về “các nguồn gốc căn bản của thị trường”, an sinh là một món hàng trung tâm mà các thị trường không thể cung cấp và cũng không nên cung cấp: An sinh xã hội là một hàng hóa kinh tế nằm ngoài nguyên lý hoạt động của thị trường.

Dù tranh luận là gì, những tranh luận mà phần nào đã được chứng minh, thì chính sách xã hội vẫn là một lĩnh vực hoạt động quốc gia quan trọng và thích đáng xét về chính sách công. Điểm khởi đầu của chính sách là việc sử dụng những công cụ chính trị nhất định để cải thiện điều kiện sống, có nghĩa là vị trí kinh tế và xã hội của các nhóm người được coi là “yếu thế”. Sự yếu thế được định nghĩa hoặc theo nghĩa tuyệt đối, ví dụ liên quan đến các rủi ro trong cuộc sống, hoặc xét trong mối quan hệ với những nhóm dân số đa dạng, ví dụ như nhóm thiệt thòi xét về thu nhập hay địa vị xã hội. Sự yếu thế hay thiệt thòi của một số nhóm dân số sẽ dẫn đến sự bất bình đẳng xã hội, một đặc điểm cơ bản của xã hội loài người. Ngày nay, mục tiêu chính của chính sách xã hội quốc gia là để giảm thiểu hoặc san bằng sự bất bình đẳng này. Bối cảnh lịch sử của chính sách này là những thay đổi căn bản trong kinh tế, xã hội và chính trị đã diễn ra trên toàn thế giới kể từ cuối thế kỷ 18. Ba nhân tố quan trọng cho sự xuất hiện của chính sách xã hội công, cụ thể là:

- Những dạng thức truyền thống của tinh thần đoàn kết xã hội – ví dụ như các phường hội, gia đình mở rộng, hay những tổ chức tôn giáo nhân đức – đã bị phá vỡ hoặc được chứng minh là không còn đủ hiệu quả.
- Những vấn đề xã hội mới liên quan đến những rủi ro trong cuộc sống và những nhóm người chịu thiệt thòi đang dần xuất hiện, ví dụ như lực lượng lao động công nghiệp và nông nghiệp thuộc địa ở Tây Âu và Đông Nam Á, con người ngày nay với việc làm bấp bênh và những người ốm yếu triển miên hay người nghèo thành thị và nhóm dân cư tại những vùng xa xôi hẻo lánh.
- Quốc gia hiện đại với rất nhiều nhiệm vụ và những nguồn lực mở rộng đã được thiết lập; việc chính sách xã hội trở thành một trong những nhiệm vụ quan trọng nhất của nhiều nước phát sinh từ sự chính trị hóa tương ứng trong dân chúng. Về mặt chính trị, các quốc gia khẳng định những tuyên bố đòi quyền tham gia một cách toàn diện và những dịch vụ toàn diện hơn, chống lại nhà nước độc tài ở Tây Âu, và chống lại sự xâm chiếm quyền lực quốc gia của thực dân Pháp tại Việt Nam.

Do vậy, chính sách xã hội nhà nước một mặt là hệ quả của sự xuất hiện những nhà nước hiện đại với những xã hội công nghiệp và dịch vụ và mặt khác là điều kiện tiên quyết cơ bản cho sự tồn tại của những nhà nước này. Chính sách xã hội hướng tới không chỉ là sự cân bằng đơn thuần những rủi ro trong cuộc sống và những bất lợi. Bởi lẽ, như những hoàn cảnh hiện nay ở một vài quốc gia đã chỉ ra – không có chính sách xã hội thành công, những biến tướng xã hội đáng kể sẽ xuất hiện:

- Cuộc sống của những người không có thu nhập hoặc cơ hội kiếm thu nhập, của trẻ em, người lớn tuổi, người ốm yếu, người khuyết tật và người thất nghiệp, không được đảm bảo.
- Không có công bằng xã hội, vì khi không có sự cân bằng xã hội, những khác biệt lớn trong thu nhập và của cải sẽ phát sinh.
- Không có sự điều chỉnh của nhà nước, sự thất bại của thị trường và những lỗ hổng trong cung ứng sẽ xảy ra, đặc biệt là trong các hệ thống an ninh tư nhân trước những rủi ro trong cuộc sống.

Những ví dụ chỉ ra rằng không có chính sách xã hội quốc gia, những phân hóa xã hội lớn sẽ đe dọa hòa bình xã hội. Từ quan điểm chính trị-xã hội, hòa bình là một hàng hóa có giá trị cao; do vậy, theo thuật ngữ quốc tế, hòa bình được coi là một trong những mục tiêu sau cùng hay chủ đạo quan trọng nhất của chính sách xã hội. Những mục tiêu sau cùng khác bao gồm đảm bảo những tiêu chuẩn xã hội tối thiểu và đẩy mạnh công bằng xã hội. Ví dụ, tại Cộng hòa Liên bang Đức, những mục tiêu sau cùng sau đây đã được xác định là để đạt được mô hình xã hội nhà nước phúc lợi:

- Đảm bảo và tăng lên sự tự do về vật chất bằng cách đảm bảo cơ hội việc làm của cá nhân, một hệ thống an sinh xã hội và một chính sách giảm nghèo,
- Triển khai công bằng xã hội thông qua sự công bằng ban đầu và phân phối,
- Đảm bảo hòa bình xã hội bằng cách cân bằng những bất bình đẳng xã hội.

Tuy nhiên, người ta chưa chỉ ra là làm cách nào để đạt được những mục tiêu này trong thực tiễn. Do vậy, một thuật ngữ nữa đã được sử dụng rộng rãi trong nghiên cứu là những mục tiêu cụ thể (thứ cấp) dựa trên những giả định về tác động. Ví dụ, những mục tiêu cụ thể như vậy bao gồm:

- Sự bảo vệ và phục hồi sức khỏe thông qua sự bảo vệ người lao động và bảo hiểm sức khỏe,
- Tạo ra, bảo vệ và cải thiện năng lực chuyên môn và năng lực kiếm tiền như là một cơ sở cho an ninh sinh kế tự chịu trách nhiệm thông qua giáo dục và chính sách thị trường việc làm
- Đảm bảo giá trị con người và những điều kiện tự do cho phát triển nhân cách thông qua chính sách nhà ở, thanh niên và người lớn tuổi
- An sinh xã hội chống lại các rủi ro trong cuộc sống bằng cách đảm bảo mức sinh kế tối thiểu mang tính nhân văn
- Cân bằng những khác biệt trong thu nhập và của cải thông qua một chính sách về tái phân phối xã hội, ví dụ thông qua chính sách về giáo dục, gia đình, của cải và nhà ở.

Chính sách xã hội quốc gia có một loạt những công cụ sẵn có để đạt được những mục tiêu cụ thể như vậy. Theo thông lệ, những công cụ này có cơ sở pháp lý là các luật lệ và quy định. Cụ thể, một khác biệt có thể được tạo ra:

- Chính sách xã hội mang tính pháp lý, có nghĩa là sự bảo vệ đối với người lao động, trẻ em, người trẻ tuổi, những bà mẹ, và những người khuyết tật nặng được định rõ trong luật
- Sự can thiệp có mục tiêu của nhà nước chướng vào các thị trường, đặc biệt là vào thị trường việc làm và nhà ở
- Các biện pháp thúc đẩy cân bằng xã hội, ví dụ như thông qua chính sách giáo dục và tài sản
- Việc đạt được các mục tiêu chính trị-xã hội chung, bằng cách hỗ trợ các nhóm thu nhập thấp, những người có trình độ học vấn thấp, các gia đình, phụ nữ và các dân tộc ít người
- Và đặc biệt là các hệ thống an sinh xã hội trước các rủi ro trong cuộc sống.



Nhìn chung, các hệ thống an sinh xã hội gần đây là trọng tâm của chính sách xã hội quốc gia. Các hệ thống an sinh xã hội chống lại các rủi ro trong cuộc sống được định nghĩa trong một công ước quốc tế, Công ước Tổ chức Lao động Thế Giới (International Labour Organisation – ILO) số 102 về An sinh Xã hội (Các tiêu chuẩn Tối thiểu) năm 1952², công ước được coi là công ước quan trọng nhất về an sinh xã hội vì đây là công cụ quốc tế duy nhất có cơ sở là các nguyên tắc cơ bản của an sinh xã hội và đặt ra các tiêu chuẩn tối thiểu được thống nhất toàn cầu về chính sách và các biện pháp bảo vệ chống lại rủi ro trong cuộc sống. Các lĩnh vực đó là:

- Chăm sóc y tế, trợ cấp ốm đau, trợ cấp thất nghiệp, lương hưu, các trợ cấp trong trường hợp tai nạn lao động, các trợ cấp cho các gia đình, cho phụ nữ mang thai, cho người tàn tật và cho nạn nhân sống sót.

Một chính sách xã hội hiện đại ưu tiên tìm cách để đạt được những mục tiêu cụ thể này, mỗi quốc gia khác nhau lại gặp phải những khó khăn khác nhau trong quá trình ấy.

3. Chính sách xã hội tại Việt Nam từ khi Đổi Mới

Điều này cũng được phản ánh trong chính sách xã hội của Việt Nam. Đến tận cuối những năm 1980, Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam vẫn phải đối mặt với những thách thức xã hội lớn do tàn dư của thời kỳ thuộc địa, Chiến tranh Thế giới thứ hai và ba cuộc chiến ở Đông Dương. Sau gần 50 năm chiến tranh, phần lớn lãnh thổ Việt Nam đã bị phá hủy và người dân chịu cực khổ về mặt xã hội, kinh tế, sức khỏe, và tâm lý do hệ quả của chiến tranh. Tuy nhiên, với sự từ bỏ dần dần các chính sách kinh tế có mô hình giống với mô hình của khối Đông Âu, khởi đầu là các cải cách thời kỳ Đổi Mới năm 1986, sự thay đổi to lớn về kinh tế và xã hội đã diễn ra. Điều này còn mang đến những thay đổi sâu rộng trong chính sách xã hội, chuyển từ việc giải quyết các nhu cầu của người dân trong thời kỳ chiến tranh và hậu chiến tranh sang giải quyết các thách thức của một xã hội năng động trong một quá trình tăng trưởng kinh tế nhanh. Kể từ những năm đầu 1990, chính sách xã hội Việt Nam đã tập trung quan tâm tới phát triển những khái niệm mới trong một môi

trường thay đổi về nhiều mặt: từ một nền kinh tế thời chiến sang sự hội nhập quốc tế, từ một nền kinh tế tập trung, quan liêu, bao cấp sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, từ đất nước nghèo khổ do thời kỳ chiến tranh và hậu chiến tranh sang mức độ thịnh vượng tăng lên đáng kể càng trở nên rõ ràng hơn, đặc biệt là trong thập kỷ vừa qua. Khi xem xét những thách thức lớn như vậy – những thay đổi trong thị trường lao động, những thay đổi trong cơ cấu xã hội, sự xuất hiện của các tầng lớp xã hội mới, sự sụt giảm tầm quan trọng của gia đình mở rộng – chính phủ Việt Nam đã trở nên ngày càng chủ động trong lĩnh vực cải cách chính trị-xã hội, đặc biệt là kể từ khoảng năm 2010.

Hướng tiếp cận cơ bản đối với chính sách xã hội tại Việt Nam ngày nay, cũng như ở các quốc gia khác nơi mà chính sách xã hội chủ động tồn tại, được đặc trưng bởi sự tổng hợp đa dạng các mục tiêu sau cùng và các mục tiêu cụ thể và các công cụ chính sách xã hội. Nguyên tắc quan trọng nhất là sự chuyển dịch khỏi khái niệm sự trợ giúp (khẩn cấp) của quốc gia sang, nếu có thể, giúp đỡ người dân sao cho họ có thể tự giúp đỡ chính mình. Như đã được công nhận rộng rãi trên toàn cầu, mục tiêu chính trị-xã hội sau cùng quan trọng nhất của Việt Nam là giúp cho người dân có thể tự bảo vệ mình khỏi các rủi ro trong cuộc sống. Công ước của ILO nêu trên là nguồn cảm hứng cho điều này, mặc dù Việt Nam chưa ký kết công ước này vào ngày 05.09.2020. Tuy nhiên, Phiên họp lần thứ năm của Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam khóa XI đã miêu tả chính xác khái niệm chính trị xã hội này trong nghị quyết “Một vài Chính sách Xã hội giai đoạn 2012-2020” – giúp đỡ trực tiếp khi cần, giúp đỡ để người dân tự lực bất cứ khi nào khả thi:

“Chính sách an sinh xã hội là một hệ thống các chính sách và các chương trình được triển khai bởi quốc gia và các lực lượng xã hội để đảm bảo thu nhập tối thiểu và giảm nghèo, chăm sóc sức khỏe và quyền được tiếp cận giáo dục và được hưởng các trợ cấp đối với tất cả thành viên trong xã hội, bằng cách nâng cao khả năng tự lực của cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng thông qua quản lý và kiểm soát các rủi ro do thất nghiệp, tuổi già, bệnh tật, các thảm họa thiên nhiên, tác động xấu của kinh tế thị trường ... những điều mà dẫn đến sự sụt giảm hay mất đi nguồn thu nhập và khiến cho việc tiếp cận với các dịch vụ cơ bản bị hạn chế”³.

Thảo luận về thuật ngữ đã được giới thiệu ở trên, có thể nhận định rằng, xét về lý thuyết, chính sách xã hội quốc gia ở Việt Nam được định hướng bởi các mục tiêu chính sau đây:⁴

- Bảo đảm các quyền lợi cơ bản và sự phát triển của con người
- Vừa là mục tiêu vừa là động lực thúc đẩy cho sự tăng trưởng kinh tế và phát triển bền vững
- Đảm bảo công bằng xã hội và đồng thuận xã hội
- Đặc biệt chú trọng đến việc giải quyết những vấn đề cấp bách nhất của những thay đổi xã hội đang hiện hữu
- Hướng tới mục tiêu toàn cầu về sự hội nhập quốc tế.

Kể từ những năm 2010, các nỗ lực đã được thực hiện để định nghĩa chính xác hơn các mục tiêu sau cùng này thông qua các mục tiêu cụ thể và để phát triển các công cụ chính sách xã hội mới phục vụ mục đích này. Các mục tiêu cụ thể của chính sách xã hội đồng thời có liên kết với các mục tiêu chính sách phát triển nói chung. Điều này là kết quả của việc Việt Nam là một nước có thu nhập trung bình thấp, có nghĩa là một đất nước, khi xét về mức độ phát triển, nằm giữa các nước công nghiệp mới và các nước đang phát triển. Về mặt này, các mục tiêu cụ thể đặc biệt đáng lưu ý:

- Tăng cơ hội việc làm, đảm bảo thu nhập tối thiểu và giảm nghèo đối với người lao động thuộc nhóm nguy cơ thông qua hỗ trợ cá nhân và gia đình dưới dạng phát triển sản phẩm, hỗ trợ tín dụng, tạo việc làm và cung cấp thông tin về thị trường lao động.
- Mở rộng các cơ hội cho người lao động tham gia vào hệ thống chính sách an sinh xã hội và cung cấp bảo hiểm thất nghiệp nếu thu nhập bị giảm xuống hoặc mất đi do sự mạo hiểm, bệnh tật, tai nạn nghề nghiệp và tuổi già.
- Cung cấp sự trợ giúp thường xuyên đối với những người trong hoàn cảnh đặc biệt và sự trợ giúp khẩn cấp để chống lại các rủi ro không thể nhìn thấy trước hay không thể kiểm soát (mất mùa, thiên tai, động đất, chiến tranh, nạn đói và sự nghèo) thông qua các trợ cấp về tiền mặt hoặc hiện vật được cung cấp bởi Nhà nước.

- Tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ xã hội cơ bản như giáo dục, sức khỏe, nhà ở, nước sạch và các điều kiện môi trường được cải thiện và hệ thống thông tin tốt hơn.⁵

Thậm chí nếu những nguyên tắc cơ bản của chính sách xã hội tại Việt Nam không hoàn toàn giống với những khái niệm về tầm quan trọng thứ cấp tại Cộng hòa Liên bang Đức bởi những khác biệt về hệ thống chính trị, cách tiếp cận của Việt Nam có những tương đồng nhất định. Bởi lẽ những mục tiêu cụ thể này có thể được hệ thống hóa thêm nữa. Khái niệm về chính sách xã hội tại Việt Nam được dựa trên ba lĩnh vực ưu tiên: quản lý rủi ro, tái phân phối thu nhập và các biện pháp cải thiện cố kết xã hội. Trọng tâm đối với Việt Nam là đối phó với các rủi ro,

- Bằng cách ngăn chặn các rủi ro trong cuộc sống và các thảm họa tự nhiên
- Bằng cách giới hạn tác động của những rủi ro đó thông qua hệ thống phúc lợi xã hội và các tiếp cận khu vực phi tư nhân.
- Và cuối cùng, bằng cách vượt qua những rủi ro trong cuộc sống, ví dụ như đói nghèo và các thiệt hại liên quan đến tuổi tác, thông qua các giải pháp phúc lợi xã hội.





Ngoài ra, còn có mục tiêu cụ thể nữa là phân phối lại thu nhập theo hướng có lợi cho những nhóm chịu thiệt thòi, ví dụ thông qua các chương trình bảo hiểm xã hội trong trường hợp thất nghiệp, bệnh tật và tuổi già. Cuối cùng, các biện pháp nâng cao tính cố kết xã hội trong bối cảnh nền kinh tế thị trường đang phát triển năng động có xu hướng làm gia tăng bất bình đẳng xã hội trong nước. Vì lý do này, chính sách xã hội của Việt Nam trong hai thập kỷ vừa qua đã tập trung chủ yếu vào các lĩnh vực sau:

- Đưa vào thực hiện hoặc cải cách về an sinh xã hội, ví dụ như sức khỏe, nghèo đói, tai nạn nghề nghiệp và tuổi già
- Chính sách về thị trường lao động
- Hỗ trợ trong các tình huống khẩn cấp, ví dụ như các tình huống do thiên tai, cũng như hỗ trợ các nhóm chịu thiệt thòi nhất định, đặc biệt là những người sống trong nghèo đói lâu năm, có nghĩa là, trên hết, chính sách xã hội hướng tới những nhóm dân tộc ít người trong nước.

Các cải cách xã hội riêng lẻ tại Việt Nam, đặc biệt kể từ những năm 2010, không thể đưa ra bàn luận chi tiết ở đây. Tuy nhiên, một loạt công cụ trong các lĩnh vực thị trường lao động, bảo hiểm xã hội, trợ cấp lương thực, giáo dục trường học, chăm sóc sức khỏe, nhà ở, nguồn nước và công nghệ thông tin nên được đề cập. Mặt khác, một vài luật cải cách chính sách xã hội đã được thông qua, cụ thể là loạt các sửa đổi về lĩnh vực người khuyết tật (2010), lao động (2012) và việc làm (2013), bảo hiểm sức khỏe (2013) và an sinh xã hội (2014).⁶

Các cải cách để có một chính sách xã hội toàn diện hơn cho dân số lớn tuổi tại Việt Nam giờ đây thuộc chương trình nghị sự chính trị. Đây là một lý do nữa cho việc xuất bản bản Báo cáo Quốc gia này.

4. Kết luận: Chính sách xã hội cho Xã hội đang già hóa của Việt Nam

Chính sách xã hội quốc gia là một đảm bảo cần thiết cho một trật tự xã hội ổn định. Duy trì được trật tự này là một nhiệm vụ liên tục được đặt ra cho các nhà hoạt động chính trị theo nhiều cách mới: Vì những quá trình thay đổi xã hội mà chưa kết thúc kể từ buổi đầu hiện đại hóa đang liên tục tạo ra những thách thức xã hội mới và khác biệt. Một thách thức mới cho Việt Nam là sự già hóa có thể nhìn thấy được của dân số theo quá trình mà các nghiên cứu thế giới gọi là sự thay đổi nhân khẩu học. Điều này đặt ra câu hỏi về cách làm sao để đạt được ba mục tiêu sau cùng căn bản của chính sách xã hội đối mới quan tâm đến dân số đang già hóa ở Việt Nam:

- Làm cách nào mà an sinh xã hội cho nhóm người lớn tuổi có thể được đảm bảo? Làm cách nào để nghèo đói ở nhóm người lớn tuổi có thể được đẩy lùi thành công? Làm cách nào để việc chăm sóc người già có thể được đảm bảo trong thời gian dài hạn?
- Làm cách nào mà công bằng xã hội có thể được duy trì trong bối cảnh có sự chuyển dịch nhân khẩu học? Làm cách nào mà các cơ hội và gánh nặng cuộc sống có thể được san sẻ công bằng giữa người trẻ tuổi và người lớn tuổi?
- Làm cách nào mà các bất bình đẳng xã hội giữa người giàu và người nghèo, giữa khu vực thành thị và nông thôn và giữa các nhóm đa số và thiểu số được cân bằng lại?

Hiện tại, những câu trả lời đầu tiên cho những câu hỏi này đã có ở Việt Nam. Do vậy, ấn bản đầu tiên này của bản Báo cáo Quốc gia không thể đưa ra những nghiên cứu có cơ sở chắc chắn, mà thay vào đó đưa ra cái nhìn thận trọng đối với lĩnh vực nghiên cứu phức tạp còn mới lạ ở Việt Nam. Vì vậy, những bài báo tiếp theo sẽ cố gắng cung cấp một bức tranh có chiều sâu hơn về Việt Nam trong những khía cạnh quan trọng mà đã được bàn luận sâu trong tranh luận quốc tế về xã hội già hóa. Những khía cạnh này bao gồm:

- Tiến trình chính sách của sự chuyển dịch nhân khẩu học
- Đảm bảo thu nhập, chăm sóc sức khỏe và chăm sóc người cao tuổi
- Các tổ chức quan tâm đến người cao tuổi và sự già hóa của xã hội
- Sự thay đổi trong nhận thức về sự già hóa
- Những vấn đề cụ thể của cách biệt thành thị-nông thôn và của các nhóm dân tộc ít người
- Sự chuyển dịch hướng đến một chính sách đối mới cho công dân lớn tuổi tại xã hội Việt Nam.

Tất cả các bài báo này sẽ soi sáng những khía cạnh quan trọng của chủ đề chính trị-xã hội phức tạp và có thể đọc độc lập với nhau.

¹ <https://www.google.com/search?biw=1366&bih=657&tbm=isch&sa=1&ei=JRQoXNial83tQbSho7YAg&q>

² https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205340/lang-en/index.htm

³ Central Committee of the Communist Party of Vietnam (2012). Resolution No. 15/NQ-TU, 01/6/2012 On some social policies for the period 2012-2020, Hanoi.

⁴ Le Quoc Ly (ed.) (2010): Social Security Policy - Current Situation and Solutions. Hanoi. p.22.

⁵ <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=24185>

⁶ http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&page=1&mode=detail&document_id=163542;



Tiến sĩ nghiên cứu Detlef Briesen

Lịch sử đương đại

Khoa Lịch sử và nghiên cứu văn hóa

Đại học Justus-Liebig Gießen

Cố vấn giáo dục của DAAD tại Vietnam

Email: detlef.briesen@geschichte-uni.giessen.de



GS. TS. Phạm Quang Minh

Trưởng Bộ môn Nghiên cứu Phát triển Quốc tế

Khoa Quốc tế học

Trưởng Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội

Email: minhpq@ussh.edu.vn

Biến đổi nhân khẩu học ở Việt Nam

● Nguyễn Đức Vinh

1. Mở đầu

Việt Nam là một đất nước nhiệt đới nằm ở khu vực Đông Nam Á với tổng diện tích là 330.000 km² và có biên giới giáp với Trung Quốc, Lào và Campuchia. Cả nước gồm có 58 tỉnh thành và 5 thành phố trực thuộc trung ương (Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Đà Nẵng và Hải Phòng), được chia thành 6 vùng, bao gồm Trung du và Miền núi phía Bắc, Đồng bằng sông Hồng, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung, Tây Nguyên, Đông Nam Bộ và Đồng bằng sông Cửu Long. Tổng số dân của Việt Nam vào năm 1970 là khoảng 43,4 triệu người, với tốc độ tăng trưởng hàng năm là 2,6% và tỷ suất sinh là 6 con trên một phụ nữ. Kể từ khi cải cách kinh tế xã hội (được gọi là thời kỳ Đổi Mới) diễn ra vào năm 1986, Việt Nam đã đạt được sự tăng trưởng kinh tế đáng chú ý, chuyển từ một trong những quốc gia nghèo nhất trên thế giới trở thành một nước có thu nhập trung bình thấp. Ví dụ, trong khoảng thời gian từ năm 2002 đến năm 2018, GDP bình quân đầu người của Việt Nam đã tăng lên gấp 2,7 lần. Tỷ lệ nghèo giảm mạnh từ hơn 70% xuống dưới 6%, tương ứng với đó là hơn 45 triệu người thoát nghèo.

Trong năm thập kỷ vừa qua, đặc biệt là kể từ khi đất nước thống nhất vào năm 1975, Việt Nam đã trải qua sự thay đổi nhân khẩu học với sự giảm mạnh trong cả mức sinh và mức chết cùng với đó là sự di cư gia tăng đáng kể. Vì mức sinh giảm xuống muộn hơn so với mức tử, nên tổng số dân của Việt Nam đã tăng mạnh lên đến 52,7 triệu người trong Tổng điều tra dân số năm 1979 và lên đến 96,2 triệu người trong Tổng điều tra dân số năm 2019, đưa Việt Nam trở thành nước đông dân thứ 15 trên thế giới. Dân cư Việt Nam tập trung đông hơn ở Vùng Đông Nam Bộ (nơi có Thành phố Hồ Chí Minh) và Vùng Đồng bằng sông Hồng (với thủ đô Hà Nội) so với các vùng khác. Mật độ dân số tăng từ 160 người/km² vào năm 1979 lên đến 291 người/km² vào năm 2019, là một trong những mật độ dân số cao nhất trong khu vực. Mật độ dân số theo từng vùng vào năm 2019 khác biệt nhau rất nhiều, từ chỗ chỉ 132 người/km² ở Vùng Núi và Trung du Bắc Bộ đến 761 người/km² ở Vùng Đông Nam Bộ và 1064 người/km² ở Vùng Đồng bằng sông Hồng.² Cơ cấu dân số theo tuổi-giới tính đã thay đổi rõ rệt với tỷ lệ trẻ em giảm xuống và tỷ lệ người già tăng lên. Nghiên cứu những thay đổi về nhân khẩu học và kinh tế sẽ mang đến những chỉ dẫn quan trọng cho chính sách kinh tế - xã hội. Chương này trình bày những đặc điểm chính của sự thay đổi nhân khẩu học tại Việt Nam trong 50 năm qua và chỉ ra việc Việt Nam đang từng bước phát triển từ một xã hội trẻ sang một xã hội già hóa.



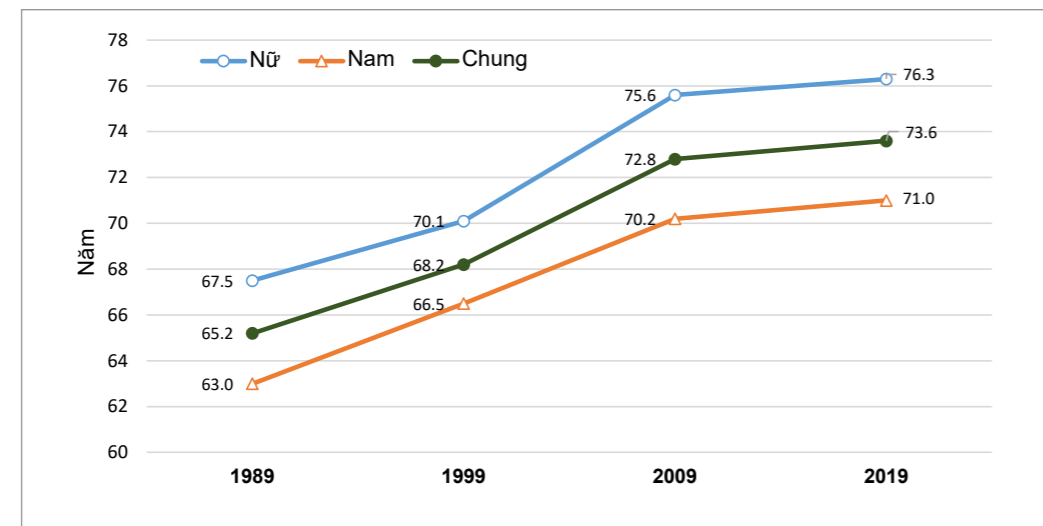
2. Những đặc điểm chính của sự thay đổi nhân khẩu học

2.1. Mức tử vong và Tuổi thọ

Ở bất kỳ quốc gia nào, mức tử vong đều phản ánh sát chất lượng cuộc sống và mức độ phát triển kinh tế - xã hội. Ở những quốc gia có mức sinh cao, mức tử vong giảm xuống là một trong những động lực thúc đẩy giảm sinh. Một trong những chỉ báo quan trọng về mức tử vong là tỷ suất tử vong ở trẻ em dưới một tuổi (infant mortality rate, IMR), được tính bằng số ca tử vong ở trẻ dưới một năm tuổi trong một khoảng thời gian nhất định, thường là 12 tháng, trên 1000 trẻ được sinh ra còn sống trong khoảng thời gian đó. Giảm tỷ suất tử vong ở trẻ em dưới một tuổi luôn là một mục tiêu trong mọi chiến lược phát triển kinh tế - xã hội của Việt Nam trong mấy thập kỷ vừa qua.

Trên thực tế, với sự cải thiện về chăm sóc sức khỏe ban đầu, dinh dưỡng và điều kiện sống, đặc biệt là về tiêm chủng cho trẻ em, tỷ suất tử vong ở trẻ em dưới một tuổi của Việt Nam đã giảm mạnh từ hơn 55‰ vào năm 1970 xuống 46‰ vào năm 1989, 36,7‰ vào năm 1999 và chỉ 16‰ vào năm 2009. Tuy nhiên, trong thập kỷ vừa qua, tỷ suất tử vong ở trẻ sơ sinh tiếp tục giảm nhưng với tốc độ chậm hơn, xuống 14‰ vào năm 2019. Vì vậy, việc đạt được mục tiêu giảm tỷ suất tử vong ở trẻ sơ sinh xuống dưới 10‰ vào năm 2030 theo Quyết định số 662/QĐ-TTg ngày 10/05/2017 của Chính phủ về kế hoạch hành động quốc gia để thực hiện chương trình phát triển bền vững năm 2030 dường như sẽ khó khăn hơn. Bên cạnh đó, tỷ suất tử vong ở trẻ sơ sinh thường khá khác biệt giữa các vùng miền và tỉnh thành. Ví dụ, vào năm 2019, tỷ suất tử vong ở trẻ sơ sinh dao động rất lớn từ 8,2 ‰ ở khu vực thành thị đến 16,7‰ ở khu vực nông thôn, từ 8,1‰ ở Vùng Đông Nam Bộ đến 23,4% ở Tây Nguyên, và từ 7,2‰ ở tỉnh Đồng Nai đến 39,6‰ ở tỉnh Lai Châu.

Hình 1. Tuổi thọ trung bình của Việt Nam, 1989-2019



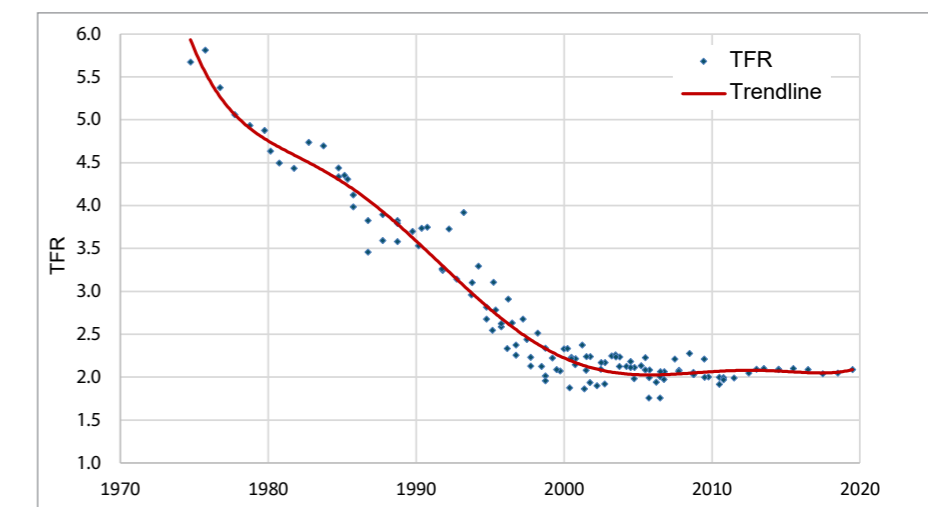
Nguồn: Tổng cục Thống kê

Vì mức chết giảm xuống, tuổi thọ trung bình của Việt Nam đã tăng lên đáng kể, từ dưới 60 tuổi vào năm 1970 đến 72,8 tuổi vào năm 2009 và 73,6 tuổi vào năm 2019. Theo Liên Hợp Quốc (2019), tuổi thọ trung bình của Việt Nam trong giai đoạn 2015-2020 thấp hơn nhiều so với Singapore, thấp hơn một chút so với Thái Lan, Malaysia và Brunei, nhưng cao hơn các nước khác trong khu vực Đông Nam Á. Vào năm 2018, trong số 193 thành viên của Liên Hợp Quốc, Việt Nam có tuổi thọ trung bình đứng thứ 77 dù GDP bình quân đầu người đứng thứ 129,³ điều này cho thấy thành tựu về tuổi thọ của Việt Nam vượt trội hơn thành công trong phát triển kinh tế. Thành tựu này có được chủ yếu đến từ sự cải thiện trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ nhỏ, trong tiêm chủng, dinh dưỡng và điều kiện sống, những yếu tố đã phát huy hiệu quả trong việc phòng ngừa và điều trị các bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, tuổi thọ tăng chậm trong giai đoạn 2009-2019 cho thấy rằng việc nâng cao tuổi thọ lên đến hơn 80 tuổi như ở nhiều nước phát triển có lẽ là rất khó vì điều đó đòi hỏi các giải pháp hiệu quả hơn đối với các bệnh không lây nhiễm.

2.2. Mức sinh

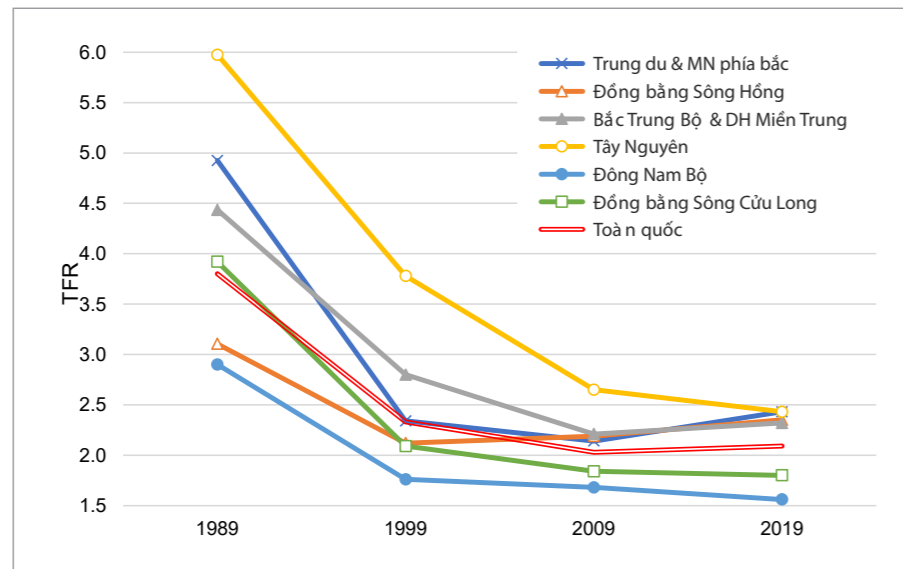
Một trong những thay đổi về nhân khẩu học quan trọng nhất của Việt Nam trong vài thập kỷ vừa qua là giảm mức sinh, chủ yếu do tác động của việc tăng khả năng sống của trẻ em, các chương trình kế hoạch hóa gia đình, kinh tế - xã hội phát triển, hay do quá trình hiện đại hóa nói chung. Tổng tỷ suất sinh (total fertility rate, TFR), hay bình quân số con sinh sống của một phụ nữ trải qua cuộc đời với các tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi tương ứng, đã giảm đáng kể từ trên 6 con vào năm 1970 xuống đến mức sinh thay thế (2,1 con/phụ nữ) vào khoảng năm 2005-2006 và kể từ đó con số này tương đối ổn định ở mức này. TFR ở mức 2,1 con/phụ nữ thường được coi là mức sinh tối ưu vì như vậy sẽ dẫn đến dân số ổn định, trong khi TFR cao hơn sẽ làm dân số tăng và TFR thấp hơn sẽ dẫn đến suy giảm và già hóa dân số. Kinh nghiệm thế giới đã cho thấy, mức sinh duy trì ở mức sinh thay thế trong vòng hơn một thập kỷ ở Việt Nam là một hiện tượng hiếm gặp vì ở nhiều quốc gia khác, TFR đã tiếp tục giảm xuống sau khi đạt đến mức sinh thay thế.⁴

Hình 2. Giảm tổng tỷ suất sinh tại Việt Nam, 1975-2019



Nguồn: Liên Hợp Quốc (2019)

Hình 3. Giảm TFR tại 7 vùng miền, 1989-2019



Nguồn: GSO, 2020.

Tỷ suất sinh đã giảm rõ rệt ở tất cả các vùng miền, tỉnh thành, khu vực nông thôn và thành thị, nhưng cũng có sự chênh lệch lớn giữa các vùng như trường hợp mức tử vong. Từ năm 2005, TFR của khu vực nông thôn đã luôn cao hơn đáng kể so với TFR của khu vực thành thị và sự khác biệt này vào năm 2019 là hơn 0,4 con. TFR của Vùng Đông Nam Bộ và Vùng Đồng bằng sông Cửu Long luôn ở dưới mức sinh thay thế kể từ năm 2005. Vào năm 2019, TFR là 1,83 ở khu vực thành thị, 2,26 ở khu vực nông thôn, dưới 2,0 ở 21 tỉnh/thành, từ 2,0 đến 2,5 ở 30 tỉnh/thành, và cao hơn 2,5 ở 12 tỉnh/thành. Tỉnh có TFR cao nhất là Hà Tĩnh (2,83), gần gấp đôi so với TFR của Thành phố Hồ Chí Minh (1,39).⁵ Một khảo sát gần đây về mức sinh của một vài tỉnh thành của Việt Nam đã cho thấy rằng hai phần ba người tham gia khảo sát có dự định sinh hai con, một phần ba còn lại có dự định sinh ít hơn hai con hoặc nhiều hơn hai con.⁶ Quy mô gia đình với hai con đã trở nên phổ biến nhưng chưa thành chuẩn mực trong xã hội. Do vậy, tỷ suất sinh thay thế của Việt Nam duy trì trong 15 năm vừa qua là tổng hòa của xu hướng truyền thống, hiện đại và hậu hiện đại.

2.3. Di cư và Đô thị hóa

Sau khi thống nhất đất nước, khoảng một triệu người vì những lý do khác nhau đã rời Việt Nam chủ yếu bằng đường biển trong giai đoạn 1975-1989.⁷ Chính phủ Việt Nam cũng đã gửi hàng trăm nghìn người lao động hợp đồng đến Đông Âu vào những năm 1980. Tuy nhiên, trong hai thập kỷ vừa qua với sự hội nhập quốc tế và tăng trưởng kinh tế đầy ấn tượng, sự di cư quốc tế đã phát triển đáng kể cả về số lượng và hình thức, bao gồm di cư lao động, học tập, kết hôn, kinh doanh và khám chữa bệnh. Tỷ suất di cư thuần được xác định bằng trung bình số người nhập cư trừ đi số người xuất cư được tính trên 100 nghìn người ở một thời điểm nhất định. Liên Hợp Quốc (2019) đã ước tính tỷ suất di cư thuần của Việt Nam là -3.2‰ trong giai đoạn 1975-1980, khoảng -1‰ trong giai đoạn 1980-1995, -1.9‰ trong giai đoạn 2005-2010 và -0.8 trong giai đoạn 2015-2020. Bốn nước Đông Nam Á có tỷ suất di cư thuần thấp hơn trong giai đoạn 2015-2020 là Timor Leste (-4.3‰), Campuchia (-1.9‰), Lào (-2.1‰) and Myanmar (-3‰). Dữ liệu tổng điều tra dân số Việt Nam cũng cho thấy sự thay đổi về số người nhập cư quốc tế từ 65,9 nghìn người vào năm 1984-1989 và 41 nghìn người vào năm 2004-2009 lên đến 229 nghìn người vào năm 2014-2019.⁸

Bảng 1. Tình trạng di cư của dân số Việt Nam qua bốn cuộc tổng điều tra dân số, 1989-2019

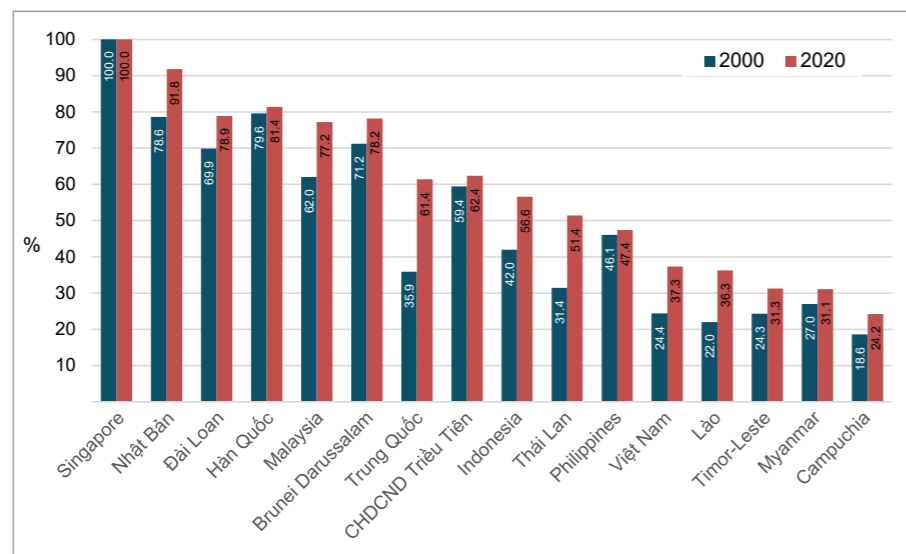
	1989	1999	2009	2019
Số lượng (1000 người):				
Di cư trong huyện	--	1342.6	1618.2	2418.5
Di cư giữa các huyện	1067.3	1137.8	1708.4	1199.0
Di cư giữa các tỉnh	1349.3	2001.4	3397.9	2816.1
Di cư quốc tế	65.9	70.4	41.0	229.0
Tổng	2482.5	4552.2	6765.5	6662.6
Dân từ 5 tuổi trở lên	54297.6	69045.5	78452.9	88382
Phần trăm (%):				
Di cư trong huyện	--	1.9	2.0	2.7
Di cư giữa các huyện	2.0	1.7	2.2	1.4
Di cư giữa các tỉnh	2.5	2.9	4.3	3.2
Di cư quốc tế	0.1	0.1	0.1	0.2
Tổng	4.6	6.6	8.6	7.5
Dân từ 5 tuổi trở lên	100.0	100.0	100.0	100.0

Nguồn: (BCĐTĐTDS, 2019:101).

Di cư trong nước liên quan chặt chẽ đến sự đô thị hóa và công nghiệp hóa tại Việt Nam. Dựa theo số liệu tổng điều tra dân số, số lượng người di cư trong nước (những người sống ở một xã/phường khác ở Việt Nam vào thời điểm 5 năm trước cuộc tổng điều tra) đã tăng từ 4,48 triệu người vào năm 1999 lên đến 6,72 triệu người vào năm 2009 và giảm nhẹ xuống 6,43 triệu người vào năm 2019. Những con số này tương ứng với tỷ suất di cư lần lượt là 6.5‰, 8.5‰ và 7.3‰. Các dòng di cư chủ yếu vẫn duy trì trong suốt ba thập kỷ vừa qua. Trong giai đoạn 2014-2019, đó là dòng di cư từ Vùng Đồng bằng sông Cửu Long (710 nghìn người), Vùng Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung (382 nghìn người) và Vùng Đồng bằng sông Hồng (112 nghìn người) đến Vùng Đông Nam Bộ, và từ Vùng Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung (107 nghìn người) và Vùng Núi và Trung du Bắc Bộ (209 nghìn người) đến Vùng

Đồng bằng sông Hồng. Hầu hết người di cư nằm trong độ tuổi lao động chính (từ 20-39 tuổi). Lý do di cư giữa các tỉnh chủ yếu bao gồm “Tìm kiếm hoặc bắt đầu một công việc mới” (55,5%), “Đi theo gia đình, chuyển tới nơi ở mới” (20,3%), “Học tập” (12,8%) và “Hôn nhân” (10,1%). Trong giai đoạn 1999-2009, di cư tăng lên trong bối cảnh nền kinh tế phát triển mạnh mẽ được thúc đẩy bởi sự cơ cấu lại nền kinh tế từ nông nghiệp sang công nghiệp và dịch vụ, cũng như sự mở rộng các khu công nghiệp và khu chế xuất. Trong giai đoạn 2009-2019, việc triển khai các chương trình mục tiêu và các dự án kinh tế - xã hội tại các địa phương, thường là chương trình xây dựng nông thôn mới, đã thu hẹp khoảng cách kinh tế giữa các vùng nông thôn và thành thị và trong cùng một vùng, do đó đã làm giảm nhẹ sự di cư trong nước trong giai đoạn này.⁹ Tuy nhiên, lập luận này cần thêm bằng chứng để chứng minh.

Hình 4. Tỷ lệ dân thành thị ở Việt Nam và ở một số quốc gia/ vùng lãnh thổ, vào năm 2000 và 2020



Nguồn: Liên Hợp Quốc (2019)

Di cư trong nước trong giai đoạn 2014-2019 đã làm dân số thành thị tăng lên 1,2 triệu người (hay 3,5%), thấp hơn nhiều so với con số tương ứng trong giai đoạn 2004-2009 (1,6 triệu người và 8,3%). Bên cạnh đó, các quyết định hành chính của chính phủ chuyển một vài khu vực nông thôn sang khu vực thành thị trong giai đoạn 2014-2019 đã làm tăng 1,4 triệu người dân thành thị, chiếm 12,3% tổng dân số thành thị năm 2019. Nhìn chung, tỷ lệ dân thành thị tại Việt Nam đã tăng dần từ 19,2% vào năm 1979 đến 20,1% vào năm 1989, 23,7% vào năm 1999, 29,6% vào năm 2009 và 34,4% vào năm 2019. Đô thị hóa tại Việt Nam sẽ tiếp tục gia tăng cùng với quá trình phát triển kinh tế. Tuy nhiên, mức độ đô thị hóa hiện tại của Việt Nam không chỉ ở mức rất thấp so với nhiều nước trong khu vực, mà còn thấp hơn nhiều so với mục tiêu 45% vào năm 2020 của Chương trình Phát triển Đô thị Quốc gia.¹⁰ Xét theo các vùng vào năm 2019, tỷ lệ dân thành thị ở vùng Đông Nam Bộ là cao nhất (64,8%), tiếp theo là vùng Đồng bằng sông Hồng (35,9%) và thấp nhất là vùng Trung du và Miền núi phía Bắc (18,2%). Mức độ đô thị hóa của các tỉnh rất khác nhau, từ dưới 11% ở Bến Tre và Thái Bình đến trên 79% ở Thành phố Hồ Chí Minh, Bình Dương và Đà Nẵng.

2.4 Cơ cấu dân số và vấn đề già hóa dân số

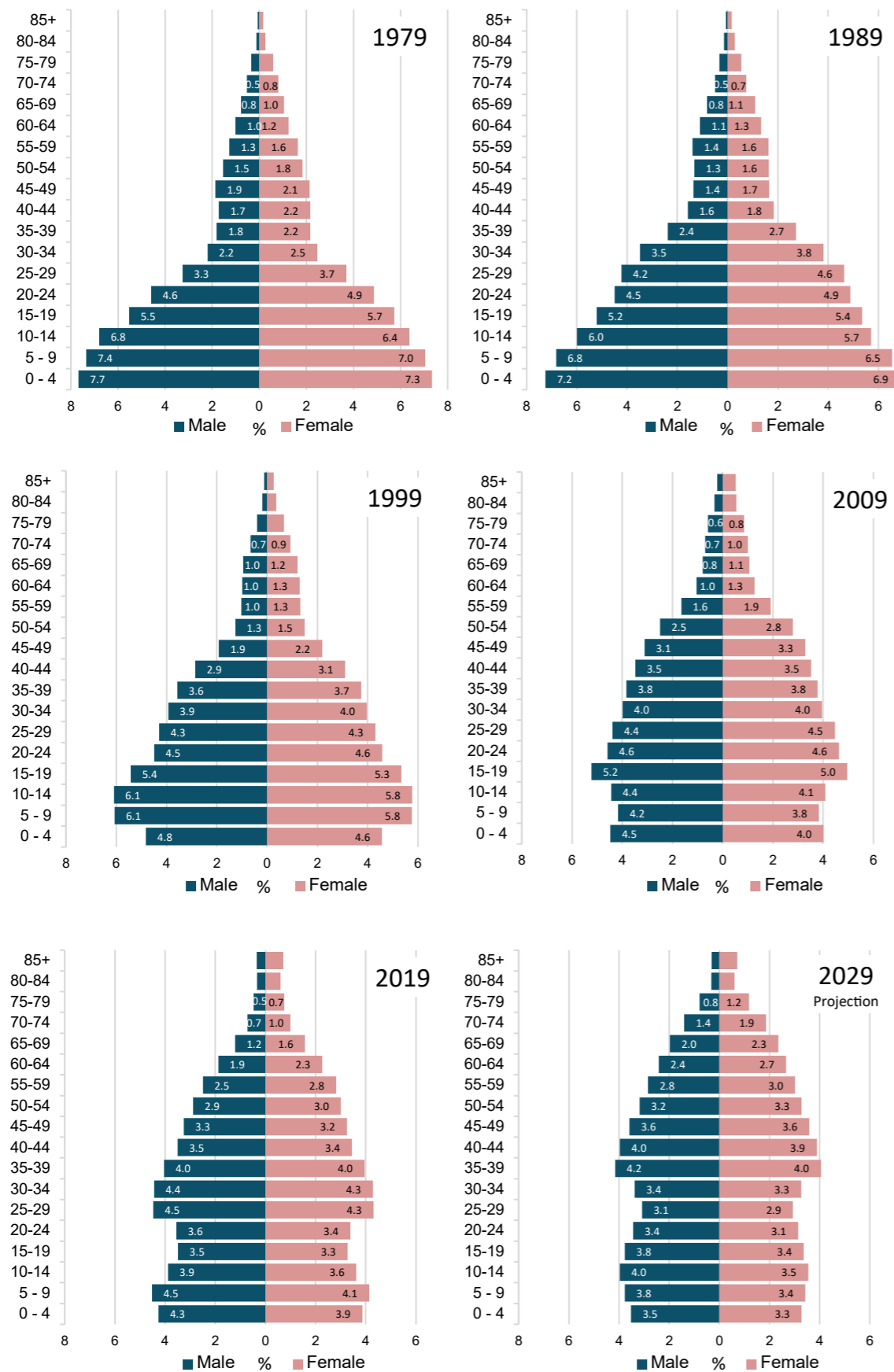
Một vài chỉ số quan trọng về cơ cấu và già hóa dân số bao gồm:

- Tỷ số phụ thuộc trẻ em biểu thị số trẻ em (dưới 15 tuổi) trên 100 người trong độ tuổi lao động (từ 15 đến 64).
- Tỷ số phụ thuộc già biểu thị số người cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên) trên 100 người trong độ tuổi lao động (từ 15 đến 64 tuổi).
- Tỷ số phụ thuộc chung biểu thị số người dưới 15 tuổi (0-14) và từ 65 tuổi trở lên trên 100 người trong độ tuổi lao động (từ 15 đến 64 tuổi).
- Chỉ số già hóa cho biết có bao nhiêu người già (từ 65 tuổi) trên 100 trẻ em tuổi từ 0-14.

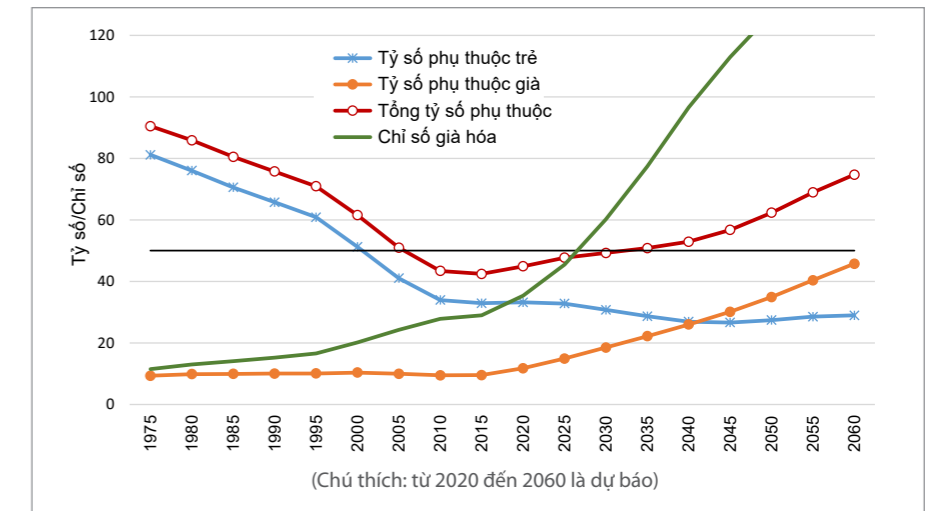
Mức sinh và mức chết vong trong 5 thập kỷ qua đã làm thay đổi cơ bản cơ cấu tuổi - giới tính của dân số Việt Nam, điều này có thể thấy rất rõ qua các tháp dân số trong Hình 5. Tháp tuổi dân số năm 1979 có dạng đặc trưng của dân số có mức sinh và mức chết đều cao, đáy tháp rất rộng và độ rộng của tháp giảm nhanh ở các nhóm tuổi lớn hơn. Sau một thập kỷ, đến năm 1989, tháp dân số có thân lớn và đáy tháp thu hẹp hơn. Do tổng tỷ suất sinh đã giảm nhưng số phụ nữ trong độ tuổi sinh sản lại tăng lên đáng kể, số trẻ sơ sinh tăng lên và trẻ em từ 0-4 tuổi nhiều hơn nhóm từ 5-9 tuổi. Tháp dân số năm 1999 phản ánh sự chuyển đổi nhân khẩu học với sự giảm nhanh chóng cả về mức sinh và mức chết. Đáy tháp đã thu hẹp một cách đáng kể. Thân tháp giảm chậm do mức chết giảm mạnh, tuổi thọ trung bình của dân số tăng nhanh.

Năm 2009, tháp tuổi đặc trưng cho dân số đang ở giai đoạn sau quá độ dân số, với mức sinh và mức chết khá thấp và bắt đầu già hóa dân số. Mức sinh đã giảm rất nhanh trong khoảng thời gian 15 năm trước thời điểm Tổng điều tra khiến ba thanh đáy tháp thu hẹp một cách đáng kể. Mức chết cũng giảm và thân tháp thu hẹp dần về phía chân tháp. Năm 2019, khi đoàn hệ dân số khá lớn được sinh ra trong giai đoạn 1985-1994 bước vào độ tuổi sinh sản chính, đáy tháp mở rộng nhẹ ở hai thanh cuối. Thân tháp thu hẹp hơn so với năm 2009. Hình dạng tháp dự báo vào năm 2029 phản ánh rõ ràng tình trạng dân số già hóa với thân và đáy bị thu hẹp, khi tỷ lệ người cao tuổi vượt quá 12% tổng dân số.

Hình 5. Các tháp dân số Việt Nam, 1979-2029



Hình 6. Tỷ số phụ thuộc và chỉ số già hóa dân số Việt Nam, 1975-2060



Nguồn: Liên hợp quốc (2019)

Hình 6 thể hiện các tỷ số phụ thuộc và chỉ số già hóa của dân số Việt Nam trong giai đoạn 1975-2060 (từ 2020 đến 2060 là dự báo). Tỷ số phụ thuộc trẻ em của Việt Nam giảm nhanh trong giai đoạn 1975-2010, nhưng chậm dần trong giai đoạn 2010-2045 và gần như không tăng sau đó. Mặt khác, tỷ số phụ thuộc già vẫn ở mức 10 trước năm 2015, sau đó tăng nhanh lên 15 vào năm 2025, 26 vào năm 2040 và gần 46 vào năm 2060. Tương ứng, tỷ số phụ thuộc chung giảm từ hơn 90 trong năm 1975 xuống 50 vào khoảng năm 2005 và thấp nhất là 42,5 trong năm 2015. Trong giai đoạn từ năm 2005 đến khoảng năm 2035, cứ hai người trong độ tuổi lao động thì phải gánh không quá một người ngoài độ tuổi lao động. Đó là kỷ nguyên “cơ cấu dân số vàng” hay “dư lợi nhân khẩu học”, chỉ kéo dài khoảng 3 thập kỷ ở Việt Nam. Sau năm 2035, tỷ số phụ thuộc chung của Việt Nam được dự báo sẽ tăng nhanh lên 62,3 vào năm 2050 và gần 75 vào năm 2060, cho thấy cứ 4 người trong độ tuổi lao động thì phải gánh 3 người ngoài độ tuổi lao động.

Hình 6 cũng cho thấy chỉ số già hóa của Việt Nam tăng dần từ những năm 1970 nhưng tăng mạnh kể từ năm 2015. Điều đó có nghĩa là dân số Việt Nam đang trong quá trình già hóa nhanh và sẽ sớm trở thành một dân số già. Việt Nam là một trong những nước có tốc độ già hóa dân số cao nhất. Khoảng thời gian để tăng tỷ trọng người cao tuổi từ 7% lên 14% tổng dân số Việt Nam sẽ chỉ trong hai thập kỷ, ngắn hơn so với hầu hết các nước khác như Thụy Điển (85 năm), Úc (73 năm), Ba Lan (74 năm), Trung Quốc (27 năm), Nhật Bản (26 năm), Thái Lan (22 năm). Đây sẽ là một thách thức rất lớn đối với Việt Nam về trình độ phát triển kinh tế - xã hội cũng như năng lực thích ứng với dân số đang già hóa.¹¹ Năng suất lao động của Việt Nam còn thấp và phần lớn người cao tuổi vẫn sống dựa vào gia đình hoặc người thân mà không có bảo hiểm xã hội. Do đó, già hóa dân số đang trở thành vấn đề cấp bách ở Việt Nam.

3. Kết luận

Trong 50 năm qua, Việt Nam đã trải qua quá trình chuyển đổi nhân khẩu học với những thay đổi sâu sắc trong mức chết, di cư và cơ cấu dân số. Việt Nam đã đạt được sự cải thiện đáng kể về tuổi thọ trung bình, chủ yếu là nhờ vào những tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ nhỏ, tiêm chủng, dinh dưỡng và điều kiện sống đã cho thấy hiệu quả trong phòng ngừa và điều trị các bệnh truyền nhiễm. Tuy nhiên, sự gia tăng chậm lại của tuổi thọ trung bình gần đây cho thấy việc tăng tuổi thọ trung bình lên hơn 80 tuổi dường như là rất khó khăn vì nó đòi hỏi các giải pháp hiệu quả hơn đối với các bệnh không lây nhiễm.

Mức sinh giảm xuống đến mức sinh thay thế là một trong những thay đổi nhân khẩu học quan trọng nhất ở Việt Nam trong nhiều thập kỷ qua. Thành tích này chủ yếu là nhờ vào cải thiện tỷ lệ sống của trẻ em, các chương trình kế hoạch hóa gia đình, phát triển kinh tế - xã hội và quá trình hiện đại hóa. Một thành tích khác là tổng tỷ suất sinh duy trì ở mức sinh thay thế trong 15 năm qua mà không có sự can thiệp chính sách mạnh nào. Tuy nhiên, mức sinh có sự khác biệt lớn giữa các vùng và các tỉnh, cho thấy mức sinh ở mức sinh thay thế không phải là kết quả của một chuẩn mực xã hội mà là sự tổng hòa của các xu hướng khác nhau. Giá trị của con cái vẫn được rất coi trọng trong xã hội, nhưng quá trình hiện đại hóa tiếp theo có thể tạo ra nhiều yếu tố không

khuyến khích hơn là khuyến khích đối với mức sinh. Vì vậy, cần có những chính sách can thiệp để duy trì vững chắc mức sinh thay thế và ngăn mức sinh thấp trở thành một chuẩn mực xã hội mới. Mặc dù tổng tỷ suất sinh đã giảm xuống mức thay thế, nhưng dân số Việt Nam đã quá đông, dẫn đến mật độ dân số rất cao, đặc biệt là ở các thành phố lớn. Thực trạng này tạo ra áp lực rất lớn đối với môi trường cũng như mục tiêu phát triển bền vững.

Ở Việt Nam, di cư trong nước có liên quan chặt chẽ đến quá trình đô thị hóa và công nghiệp hóa đang từng bước phát triển trong vài thập kỷ qua. Tuy nhiên, mức độ đô thị hóa của Việt Nam hiện nay vẫn còn rất thấp so với nhiều nước khác cũng như so với mục tiêu được đặt ra trong Chương trình phát triển đô thị quốc gia. Ngoài ra, di cư trong nước giảm nhẹ trong những năm gần đây. Tình hình này cho thấy cần có nghiên cứu sâu hơn về mối quan hệ giữa di cư trong nước và đô thị hóa trong bối cảnh phát triển kinh tế ở Việt Nam.

Sự suy giảm mức sinh và mức chết trong 5 thập kỷ qua đã làm thay đổi cơ bản cơ cấu tuổi của dân số Việt Nam, tạo ra thời kỳ dân số vàng và quan trọng hơn là dẫn đến vấn đề già hóa dân số rất nhanh, nhanh hơn hầu hết các nước khác trên thế giới. Điều này sẽ là một thách thức lớn đối với Việt Nam nếu so với mức độ phát triển kinh tế - xã hội cũng như khả năng ứng phó với các vấn đề già hóa dân số đang nổi lên.

¹ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.

² BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.

³ UNDP (2019): Human Development Report 2019. New York: United Nations Development Programme.

⁴ United Nations (2019): World Population Prospects: The 2019 Revision, Volume I: Comprehensive Tables. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, ST/ESA/SER.A/399.

⁵ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.

⁶ Nguyen Duc Vinh (2020): 'Thực trạng và các yếu tố tác động đến dự định về số con tại một số tỉnh thành ở Việt Nam', Sociological Review, 2.

⁷ Banister, J. (1993): Vietnam Population Dynamics and Prospects. Berkeley: University of California.

⁸ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.

⁹ BCĐTĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương) (2019): Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở: Thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 4 năm 2019. Nxb Thống kê.

¹⁰ Government (2012).

¹¹ UNFPA (2011): Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách. Hà Nội: Quỹ Dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam.



PGS. TS. Nguyễn Đức Vinh

Viện trưởng Viện Xã hội học, Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam

Tốt nghiệp Tiến sĩ Dân số tại Đại học Quốc gia Australia (ANU) năm 2006, PGS Xã hội học tại Học viện Khoa học xã hội từ năm 2018,

Hướng nghiên cứu chính: Dân số và phát triển, xã hội học sức khỏe, tử vong, mức sinh, di cư, lực lượng lao động, biến đổi xã hội, phương pháp nghiên cứu.

Email: vinhxhh@gmail.com



Người cao tuổi và lương hưu ở Việt Nam

• Nguyễn Tuấn Anh/Nguyễn Thị Kim Nhung

1. Dẫn nhập

Nhà nước Việt Nam rất quan tâm đến an sinh xã hội cho người cao tuổi. Điều này được cụ thể hóa qua nhiều văn bản chính thức. Các bản hiến pháp của Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa và Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam đã có những điều khoản quy định liên quan đến an sinh xã hội đối với người cao tuổi. Chẳng hạn, Điều 14 của Hiến pháp năm 1946 khẳng định rằng “Những công dân già cả hoặc tàn tật không làm được việc thì được giúp đỡ”.¹ Điều 32 trong Hiến pháp năm 1959 nêu rõ: “Giúp đỡ người già, người đau yếu, tàn tật. Mở rộng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm sức khỏe và cứu trợ xã hội”.² Điều 64 trong Hiến pháp năm 1992 nhấn mạnh rằng “...con cái có trách nhiệm kính trọng và chăm sóc ông bà, cha mẹ” và Điều 87 ghi: “người già là một trong các nhóm dân số mà Chính phủ và xã hội có trách nhiệm giúp đỡ”.³ Điều 37 Hiến pháp năm 2013 quy định: “Người cao tuổi 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”.⁴

Trong các luật có liên quan trực tiếp đến người cao tuổi, đạo luật quan trọng nhất là “Luật người cao tuổi” được Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam khóa XII, kỳ họp thứ 6 thông qua ngày 23 tháng 11 năm 2009. Luật này gồm 6 chương, 31 điều quy định về quyền và nghĩa vụ của người cao tuổi; trách nhiệm của gia đình, Nhà nước và xã hội trong việc phụng dưỡng, chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi; Hội người cao tuổi Việt Nam.⁵ Cùng với Luật người cao tuổi, nhiều đạo luật khác như Luật dân sự, Luật lao động, Luật hôn nhân và gia đình, cùng với các nghị định và thông tư đã tạo nên một hệ thống chính sách về an sinh xã hội khá đầy đủ cho người cao tuổi ở Việt Nam.

Liên quan đến lương hưu, từ năm 1960 chính phủ đã xây dựng hệ thống bảo hiểm xã hội cho người lao động. Văn bản đầu tiên quy định về bảo hiểm xã hội là Nghị định 218/CP ngày 27 tháng 12 năm 1961⁶ về Điều lệ tạm thời về các chế độ bảo hiểm xã hội đối với công chức, viên chức nhà nước thay thế tất cả các quy định trước đây. Kể từ sau văn bản đầu tiên và có tính hệ thống về bảo hiểm xã hội này được ban hành từ năm 1961 cho đến năm 2006 khi Luật bảo hiểm xã hội được ban hành, nhiều văn bản đã được ban hành quy định các chế độ bảo hiểm xã hội. Ngày 26 tháng 9 năm 2006, Luật Bảo hiểm Xã hội đã được Quốc hội thông qua và Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 1 tháng 1 năm 2007.⁷ Sau khi Luật Bảo hiểm Xã hội được thông qua, nhiều văn bản khác cũng được ban hành để triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm Xã hội. Trong các chế độ bảo hiểm xã hội, chế độ hưu trí là chế độ an sinh xã hội dài hạn, có vai trò quan trọng trong hệ thống các bảo hiểm xã hội. Theo quy định hiện hành,⁸ nam giới từ 60 tuổi trở lên, nữ giới từ 55 tuổi trở lên có thể nhận lương hưu khi đáp ứng điều kiện về thời gian đóng bảo hiểm xã hội.

Trong bối cảnh hiện nay ở Việt Nam, khi mà quá trình già hóa dân số đang diễn ra, việc bàn về lương hưu từ những hướng tiếp cận khác nhau là thực sự quan trọng. Trên thực tế, Việt Nam đang bắt đầu bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011. Già hóa dân số đi kèm với nhiều vấn đề của người cao tuổi. Trong đó, lương hưu là một trong những vấn đề lớn, ảnh hưởng trực tiếp đến cuộc sống thể chất và tinh thần của người cao tuổi hiện nay. Vì vậy, bài viết này tập trung tìm hiểu tình hình hưu trí ở Việt Nam. Mục tiêu của bài viết là góp phần nhận diện thực tế lương hưu ở Việt Nam và những vấn đề đặt ra đối với người cao tuổi có lương hưu và không có lương hưu hiện nay. Điều này có ý nghĩa quan trọng đối với an sinh xã hội cho người cao tuổi nói riêng và sự phát triển kinh tế, xã hội đất nước nói chung.

2. Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam

Điều 2 của Luật người cao tuổi do Quốc hội Việt Nam ban hành năm 2009 quy định người cao tuổi là công dân từ đủ 60 tuổi trở lên (Quốc Hội 2009). Số liệu các cuộc tổng điều tra dân số các năm 1979, 1989, 1999, 2009 cho thấy sự gia tăng số lượng người cao tuổi ở Việt Nam như sau.

Bảng 1. Cơ cấu tuổi của dân số Việt Nam giai đoạn 1979-2009

Năm	Số người (triệu người)			Tỷ lệ % tổng dân số			
	Tổng	0-14	15-59	60+	0-14	15-59	60+
1979	53,74	23,40	26,63	3,71	41,80	51,30	6,90
1989	64,38	24,98	34,76	4,64	39,20	53,60	7,20
1999	76,33	25,56	44,58	6,19	33,00	58,90	8,10
2009	85,79	21,45	56,62	7,72	25,00	66,00	9,00

Nguồn: Tổng Điều tra dân số 1979, 1989, 1999, 2009 (Trích lại từ: UNFPA 2011)

Dữ liệu trên cho thấy sau 30 năm, từ năm 1979 đến năm 2009, số lượng người cao tuổi ở Việt Nam đã tăng từ 3,71 triệu người năm 1979 (chiếm 6,90% tổng dân số) lên 7,72 triệu người năm 2009 (chiếm 9,0% tổng dân số). Theo Tổng Cục trưởng Tổng cục Dân số, vào năm 2011 tỷ lệ người trên 65 tuổi ở Việt Nam đã đạt 7%; tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên đã đạt 10%. Vì vậy, theo quy ước của Liên Hợp Quốc, Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số từ

năm 2011.⁹ Theo báo cáo của ILO tại Hà Nội, dự báo 2030 số người trên 60 tuổi là 18%, đến năm 2050 số người trên 60 là trên 30%.¹⁰ Theo số liệu tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019, tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi là 24,3%, từ 15 tuổi đến 64 tuổi là 68,0%; từ 65 tuổi trở lên là 7,7%.¹¹ Trong hai mươi năm vừa qua (1999-2019), sự biến động tỷ trọng dân số theo ba nhóm tuổi, bao gồm: dưới 15 tuổi, từ 15 tuổi đến 64 tuổi và từ 65 tuổi trở lên cụ thể như sau:

Bảng 2. Tỷ trọng dân số theo nhóm tuổi giai đoạn 1999 - 2019

	1999	2009	2019
Tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi	33,1	24,5	24,3
Tỷ trọng dân số dưới 15 -64 tuổi	61,1	69,1	68,0
Tỷ trọng dân số từ 65 tuổi trở lên	5,8	6,4	7,4

(Nguồn: Ban Chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương 2019: 62)

Dữ liệu trên cho thấy trong 20 năm vừa qua, tỷ lệ người trên 65 tuổi ở Việt Nam đã tăng lên đáng kể, từ 5,8% năm 1999 đến 7,4% năm 2019. Mặc dù tỷ trọng người cao tuổi gia tăng, hiện nay Việt Nam vẫn đang trong thời kỳ cơ cấu dân số vàng vì hai người trong độ tuổi lao động mới có một người phụ thuộc.¹² Tuy nhiên, dự báo là khoảng đến năm 2040 Việt Nam sẽ kết thúc thời kỳ “cơ cấu dân số vàng”.¹³ Nói tóm lại, quá trình gia tăng số lượng người cao tuổi ở Việt Nam là một vấn đề rất đáng quan tâm hiện nay và trong tương lai.

Người cao tuổi ở Việt Nam đang phải đối diện với nhiều vấn đề, từ kinh tế, sức khỏe thể chất, tinh thần đến các khía cạnh khác của đời sống xã hội. Trong đó, một trong những vấn đề đáng quan tâm là mức thu nhập hàng tháng của người cao tuổi. Đây được xem là yếu tố góp phần thúc đẩy hoặc kìm hãm các hoạt động nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Liên quan đến thu nhập, tại Việt Nam hiện nay, một tỷ lệ lớn người cao tuổi vẫn đang làm việc để tạo thu nhập. Cụ thể là gần 46% người đang ở lứa tuổi 60 đến 64; gần 30% người ở độ tuổi 70 đến 79 và khoảng 10% người đang ở độ tuổi từ 80 trở lên vẫn đang làm việc.¹⁴ Một chiều cạnh khác của thu nhập là vấn đề nghèo. Theo đánh giá của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội (dựa trên tiêu chí nghèo với mức thu nhập 1 triệu đồng/người/tháng trở xuống ở vùng nông thôn và 1,3 triệu đồng/người/tháng trở xuống ở thành thị), thì tỉ lệ nghèo của người trên 65 tuổi là 16,1% (so với tỷ lệ cận nghèo quốc gia là 14,5%) và tăng lên tới 17,1% với người trên 70 tuổi. Hơn nữa, trong số những người độ tuổi 65-69, có 48% nữ và 35% nam giới không còn tham gia lực lượng lao động, và tỷ lệ này tăng lên tới 91% nữ và 85% nam với nhóm trên 80 tuổi.¹⁵

Như vậy, Việt Nam đã bước vào giai đoạn già hóa dân số. Thêm nữa, một bộ phận người cao tuổi vẫn làm việc tạo thu nhập, một bộ phận người cao tuổi là người nghèo. Vì vậy, trong những phần viết tiếp theo chúng ta sẽ bàn về thực trạng hưu trí ở Việt Nam hiện nay một cách tổng quan và những vấn đề đặt ra liên quan đến hưu trí. Ngoài ra, nhóm người cao tuổi không có lương hưu cũng được đề cập.



3. Quy mô bao phủ lương hưu và các loại hình lương hưu

Trước hết là về quy mô bao phủ lương hưu. Một trong những vấn đề đáng quan tâm của nhóm người cao tuổi hiện nay là nhiều người cao tuổi không có lương hưu hàng tháng. Báo cáo của ILO ước tính trong năm 2017 chỉ có 7% dân số trên 65 tuổi có thể tiếp cận hưu trí của bảo hiểm xã hội, con số này không gồm công chức về hưu trước năm 1995 và hưởng lương hưu từ ngân sách nhà nước.¹⁶ Báo cáo thường niên 2019 của Viện Khoa học Lao động và Xã hội cũng chỉ ra trong số hơn 13,4 triệu người cao tuổi cả nước (từ 60 tuổi trở lên), số người được hưởng lương hưu và trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng từ nguồn ngân sách nhà nước và quỹ bảo hiểm xã hội chỉ chiếm khoảng 23,52%, số người hưởng trợ giúp xã hội thường xuyên chiếm khoảng 12,05% (1,61 triệu người). Trong khi đó, có tới 64,42% người cao tuổi không có lương hưu và trợ cấp.¹⁷ Những dữ liệu ở trên phản ánh mấy điểm đáng lưu ý. Thứ nhất, quy mô bao phủ lương hưu trong nhóm người cao tuổi ở Việt Nam còn hạn chế. Nói cách khác, bộ phận lớn người cao tuổi ở Việt Nam không có lương hưu hoặc trợ giúp thường xuyên từ ngân sách nhà nước. Thứ hai, bộ phận lớn người cao tuổi không có lương hưu có thể phải sống dựa vào con cái, gia đình, họ hàng hoặc phải tiếp tục lao động để mưu sinh. Trên thực tế, cuộc sống vật chất của



nhiều người cao tuổi ở Việt Nam (nhất là ở khu vực nông thôn) vừa dựa vào con cái vừa dựa vào lao động kiếm sống của bản thân mình.

Về các loại hình lương hưu, hiện nay Việt Nam có ba loại hình lương hưu, cụ thể như sau: lương hưu từ nguồn ngân sách Nhà nước; lương hưu từ quỹ Bảo hiểm xã hội Việt Nam; và lương hưu dưới hình thức hưu trí xã hội đến từ ngân sách nhà nước.

Thứ nhất là lương hưu từ nguồn ngân sách Nhà nước. Đây là lương hưu của nhóm người cao tuổi nghỉ hưu trước năm 1995. Lương hưu của họ do ngân sách Nhà nước chi trả.¹⁸ Theo Báo cáo thường niên 2019 của Viện Khoa học Lao động và Xã hội, trong số hơn 13,4 triệu người cao tuổi cả nước (từ 60 tuổi trở lên), có 711.540 người hưởng lương hưu từ ngân sách, chiếm 5,31%.¹⁹ Như vậy, tỷ lệ người cao tuổi hưởng lương hưu từ ngân sách Nhà nước chiếm tỷ lệ nhỏ trong số những người cao tuổi.

Thứ hai là lương hưu từ quỹ Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Những người đã đóng bảo hiểm xã hội từ 20 năm trở lên và đến tuổi nghỉ hưu thì được hưởng lương hưu từ quỹ Bảo hiểm xã hội Việt Nam.²⁰ Báo cáo kết quả công tác chỉ đạo điều hành năm 2019, phương hướng nhiệm vụ năm 2020 của Bảo hiểm xã hội Việt Nam²¹ không phân tách riêng số lượng người hưởng lương hưu từ ngân sách nhà nước, số lượng người hưởng lương hưu từ quỹ Bảo hiểm xã hội Việt Nam, và số lượng người hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng. Vì vậy, nếu tính gộp cả ba nhóm này thì báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam cho biết năm 2019 cả nước có khoảng 3,1 triệu người hưởng lương hưu và trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng.²² Năm 2019, chi bảo hiểm xã hội từ nguồn ngân sách Nhà nước là 46.360 tỷ đồng và chi bảo hiểm xã hội từ quỹ bảo hiểm xã hội là 171.948 tỷ đồng.²³ Dữ liệu này phản ánh mấy điểm. Thứ nhất, số lượng người hưởng lương hưu từ bảo hiểm xã hội chiếm tỷ lệ không nhiều trong tổng số người cao tuổi. Thứ hai, số tiền trung bình mà một người hưởng lương hưu hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng cũng không nhiều. Nếu dựa vào những số liệu trên để tính toán thì số tiền trung bình mà một người hưởng lương hưu hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội nhận mỗi tháng chưa đến 6 triệu đồng.

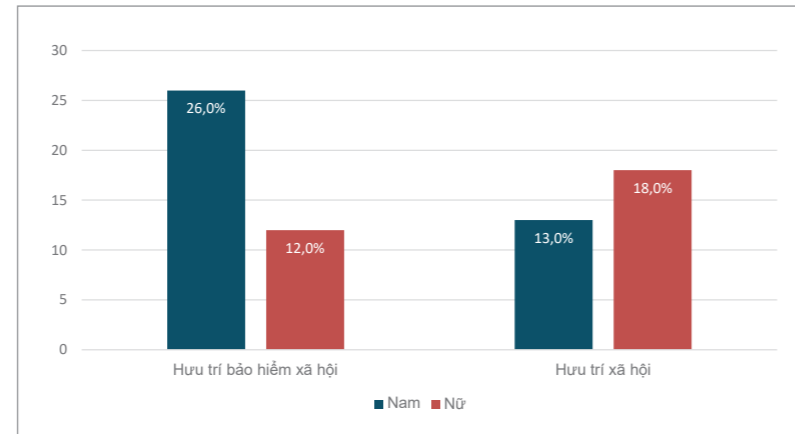
Thứ ba là lương hưu dưới hình thức hưu trí xã hội. Nghị định số 6/2011/NĐ-CP của Chính phủ “Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người cao tuổi” quy định đối tượng hưởng lương hưu xã hội bao gồm: (1) những người từ 60 đến 79 tuổi thuộc diện nghèo và sống một mình hoặc sống cùng vợ/chồng già và không có con cái hoặc người thân hỗ trợ; (2) những người tuổi từ 80 trở lên không có lương hưu dựa trên đóng góp.²⁴ Theo dự tính của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội thì năm 2018 cả nước có khoảng 2,1 triệu người nhận hưu trí xã hội.²⁵ Nếu chỉ tính riêng nhóm hưởng lương hưu xã hội từ 80 tuổi trở lên thì hiện nay có khoảng 1,7 triệu người cao tuổi thuộc nhóm xã hội này hưởng lương hưu xã hội với mức hưởng 270.000 đồng/tháng.²⁶ Điểm đáng chú ý là một số tỉnh có thặng dư ngân sách cao có thể điều chỉnh độ tuổi hưởng hưu trí xã hội xuống 70 – 75 tuổi. Bên cạnh đó, nhóm 60 – 79 tuổi sống dưới ngưỡng nghèo và cô đơn cũng có thể được hưởng hưu trí xã hội ở mức cao hơn.²⁷

Nhìn một cách tổng thể, nếu so với chuẩn cận nghèo giai đoạn 2016 – 2020 trong Quyết định 59/2015/QĐ-TTg về ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều (1.000.000 đồng/tháng ở nông thôn và 1.300.000 đồng/tháng ở thành thị)²⁸ thì mức thu nhập hưởng lương của người cao tuổi không cao. Trong khi đó theo tính toán của Tổng cục thống kê, mức sống tối thiểu năm 2020 của một người là 2 triệu/tháng ở thành thị và 1,5 triệu/tháng ở nông thôn.²⁹ Trên thực tế, người cao tuổi có thể gặp các vấn đề về sức khỏe thể chất và tinh thần nên so với các nhóm tuổi khác, nhóm người cao tuổi phải chi nhiều hơn cho chăm sóc sức khỏe. Vì vậy, một bộ phận người cao tuổi, nhất là nhóm lương hưu thấp, có thể khó khăn về mặt vật chất sau khi nghỉ hưu.

4. Cơ cấu xã hội của nhóm người hưởng lương hưu

Phần viết này bàn về cơ cấu xã hội của nhóm người hưởng lương hưu trên các phương diện giới tính, dân tộc, địa bàn cư trú, và phân nhóm giàu nghèo. Trước hết, trên phương diện giới tính, trong nhóm người có độ tuổi từ 65 tuổi trở lên, tỷ lệ nam và tỷ lệ nữ hưởng lương hưu hàng tháng có sự khác nhau. Sự khác biệt này được thể hiện cụ thể qua biểu đồ dưới đây.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ hưởng hưu trí phân theo giới tính



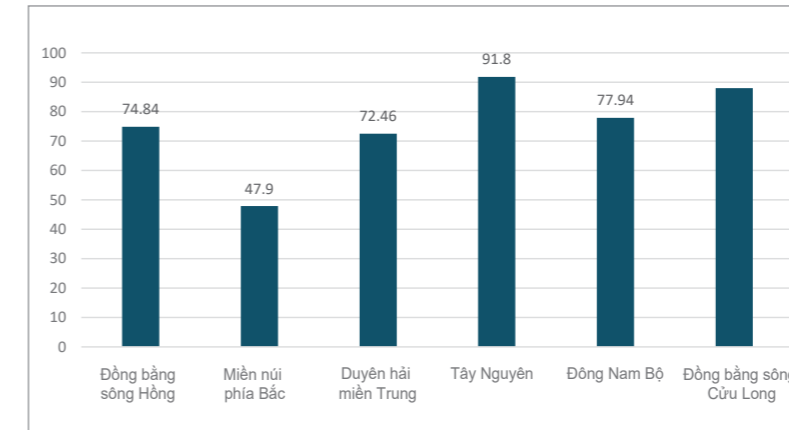
(Nguồn: Kidd, Gelders and Tran Anh 2019: 11)

Dữ liệu trên cho thấy đối với nhóm hưởng lương hưu từ quỹ bảo hiểm xã hội, tỷ lệ nam trên 65 tuổi có lương hưu là 26,0%. Trong khi đó, tỷ lệ nữ trên 65 tuổi hưởng lương hưu từ quỹ bảo hiểm xã hội chỉ là 12,0%. Như vậy, đối với nhóm người từ 65 tuổi trở lên, tỷ lệ nhóm nam hưởng hưu trí bảo hiểm xã hội nhiều hơn hai lần tỷ lệ nhóm nữ hưởng hưu trí bảo hiểm xã hội. Đối với nhóm người cao tuổi hưởng hưu trí xã hội, tỷ lệ nữ hưởng hưu trí xã hội lại cao hơn tỷ lệ nam hưởng hưu trí xã hội. Cụ thể là trong nhóm nam, tỷ lệ người hưởng hưu trí xã hội chỉ là 13,0%; trong nhóm nữ, tỷ lệ nữ hưởng hưu trí xã hội là 18,0%.

Thứ hai, nếu xem xét theo vùng địa lý, vùng có diện bao phủ hưu trí thấp nhất là Đồng bằng sông Cửu Long (chiếm 20%), và cao nhất là Đồng bằng sông Hồng (chiếm 44%). Người cao tuổi được hưởng hưu trí ở thành thị cao hơn ở nông thôn (46% so với 27%).³⁰ Nếu chỉ quan tâm đến nhóm người cao tuổi hưởng lương hưu xã hội, tỉ lệ bao phủ lương hưu xã hội cho nhóm đối tượng này tăng qua các năm, kể từ khi có chính sách hỗ trợ của chính phủ. Trong đó, tỉ lệ này ở Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh là 62,99%, ở các đô thị khác là 88,29%, ở nông thôn là 78,32%.³¹ Biểu đồ dưới đây phản ánh cụ thể hơn cơ cấu xã hội trên phương diện khu vực của nhóm người trên 80 tuổi hưởng lương hưu trợ giúp xã hội.



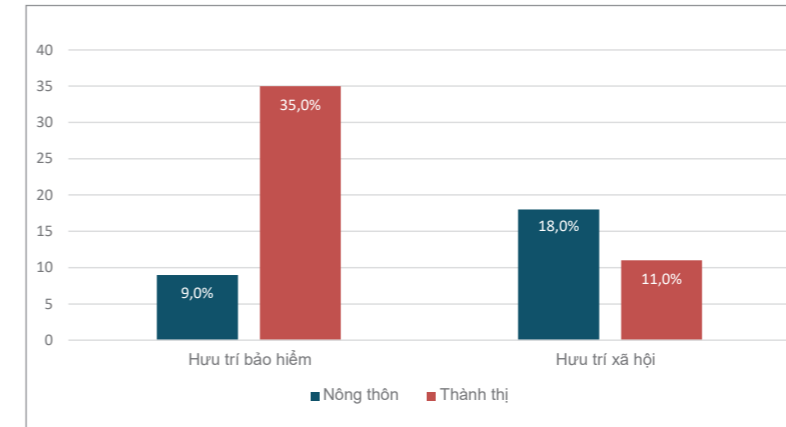
Biểu đồ 2. Tỷ lệ người từ 80 tuổi trở lên hưởng lương hưu theo khu vực



(Nguồn: Tổ chức lao động quốc tế và Quỹ dân số Liên hiệp quốc 2014)

Nếu phân theo tiêu chí nông thôn và đô thị, tỷ lệ nam và nữ hưởng hưu trí bảo hiểm xã hội và hưu trí xã hội cụ thể như sau.

Biểu đồ 3. Tỷ lệ người cao tuổi hưởng hưu trí phân theo khu vực nông thôn và đô thị



(Nguồn: Kidd, Gelders và Tran Anh 2019: 11)

Dữ liệu trên cho thấy tỉ lệ người cao tuổi ở thành thị hưởng hưu trí từ quỹ bảo hiểm xã hội cao hơn tỉ lệ người cao tuổi ở nông thôn (35,0% so với 9,0%). Trong khi đó, tỉ lệ người cao tuổi ở nông thôn hưởng hưu trí xã hội lại cao hơn tỉ lệ người cao tuổi ở thành thị (18,0% so với 11,0%). Dữ liệu này cho thấy người lao động ở thành thị tham gia bảo hiểm xã hội nhiều hơn người lao động ở nông thôn. Hệ quả, khi người lao động về hưu, tỉ lệ được hưởng lương hưu từ quỹ bảo hiểm xã hội của người

cao tuổi thành thị cao hơn người cao tuổi nông thôn. Trong khi đó, ở nông thôn tập trung nhiều nhóm yếu thế, nhóm đối tượng người nghèo, cận nghèo và người cao tuổi, đặc biệt trên 80 tuổi không có thu nhập, do trước đó công việc của họ chủ yếu là sản xuất nông nghiệp.

Thứ ba, trên phương diện mức sống, diện bao phủ hưu trí của người cao tuổi khác nhau giữa nhóm nghèo và nhóm giàu. Cụ thể là chỉ có 20,0% của nhóm 5,0% người cao tuổi nghèo nhất có lương hưu. Trong khi đó, 69% của nhóm 5% dân số giàu nhất có lương hưu.³² Như vậy, một bộ phận lớn người cao tuổi thuộc nhóm giàu có lương hưu; và ngược lại một bộ phận lớn người thuộc nhóm nghèo không có lương hưu. Thực tiễn này phản ánh sự gia tăng khoảng cách, phân tầng về thu nhập và an sinh xã hội giữa nhóm người cao tuổi giàu và nhóm người cao tuổi nghèo.

Thứ tư, theo tiêu chí dân tộc, tỉ lệ được hưởng lương hưu của nhóm dân tộc thiểu số còn ở mức độ rất khiêm tốn. Cụ thể là chỉ có 20% nhóm trên 65 tuổi và 51% nhóm trên 80 tuổi có lương hưu.³³ Điều này cho thấy một bộ phận người cao tuổi thuộc nhóm dân tộc thiểu số có thể sẽ gặp khó khăn do không có lương hưu. Vì vậy, các chính sách cần tập trung hỗ trợ các nhóm dân tộc thiểu số nhiều hơn, đảm bảo rút ngắn khoảng cách về vùng miền trong việc hưởng lương hưu.

5. Kết luận

Những phần viết ở trên đã trình bày khái quát về nhóm người cao tuổi và tình hình hưu trí ở Việt Nam hiện nay. Nhìn một cách tổng thể, nhóm người cao tuổi và thực trạng lương hưu ở Việt Nam hiện nay có một số điểm đáng lưu ý sau đây.

Thứ nhất, Việt Nam đang trong quá trình già hóa dân số. Năm 2011 là thời điểm Việt Nam bước qua giai đoạn dân số vàng và bước vào giai đoạn đang già hóa dân số. Thực tiễn này đặt ra nhiều vấn đề khác nhau đối với phát triển kinh tế xã hội của đất nước, nâng cao đời sống vật chất tinh thần của nhân dân, chẳng hạn như lực lượng lao động trong bối cảnh già hóa dân số. Trong đó, lương hưu đối với người cao tuổi là một vấn đề rất quan trọng bởi vì lương hưu là một nhân tố cơ bản quyết định chất lượng sống của nhiều người cao tuổi.

Thứ hai, về loại hình, hiện nay Việt Nam có ba loại hình lương hưu: Lương hưu từ quỹ bảo hiểm xã hội Việt Nam, lương hưu từ ngân

sách nhà nước và lương hưu dưới dạng trợ cấp cho người trên 80 tuổi không có hai loại lương hưu ở trên. Điểm quan trọng ở đây là về quy mô bao phủ lương hưu: các dữ liệu được trình bày ở trên chỉ ra rằng tỷ lệ người cao tuổi ở Việt Nam có lương hưu còn rất hạn chế. Cụ thể là khoảng hai phần ba số người cao tuổi ở Việt Nam không có lương hưu. Hệ quả là cuộc sống về vật chất của nhiều người trong nhóm người cao tuổi không có lương hưu dựa vào con cái, gia đình, họ hàng. Ngoài ra, nhiều người cao tuổi không có lương hưu phải tiếp tục lao động để có thu nhập nhằm phục vụ cuộc sống.

Thứ ba, những người trên 80 tuổi hưởng lương hưu dưới dạng trợ cấp xã hội. Tuy nhiên, điểm đáng lưu ý là mức trợ cấp cho nhóm người trên 80 tuổi còn rất hạn chế. Cụ thể là mức trợ cấp này chỉ bằng khoảng một phần năm mức thu nhập của người được xếp vào nhóm nghèo. Vì vậy, còn một khoảng cách nhất định giữa mức lương hưu xã hội cho người trên 80 tuổi và nhu cầu đảm bảo cuộc sống của họ.

Thứ tư, về mặt cơ cấu xã hội của nhóm hưu trí. Trên phương diện giới tính, tỷ lệ nam hưởng hưu trí bảo hiểm xã hội nhiều hơn hai lần tỷ lệ hưởng hưu trí bảo hiểm xã hội; tỷ lệ nữ hưởng hưu trí xã hội lại cao hơn tỷ lệ nam hưởng hưu trí xã hội. Về địa bàn cư trú, vùng có diện bao phủ hưu trí thấp nhất là Đồng bằng sông Cửu Long; vùng có diện bao phủ hưu trí cao nhất là Đồng bằng sông Hồng; tỷ lệ người cao tuổi được hưởng hưu trí ở thành thị cao hơn ở nông thôn. Về phân hóa giàu nghèo, một bộ phận lớn người cao tuổi thuộc nhóm giàu có lương hưu; một bộ phận lớn người thuộc nhóm nghèo không có lương hưu. Theo tiêu chí dân tộc, tỉ lệ được hưởng lương hưu của nhóm dân tộc thiểu số còn hạn chế.



¹ Quốc hội. 1946. "Hiến pháp Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa (Quốc hội Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa thông qua ngày 9-11-1946)." Văn phòng Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam: Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=290&type=html&searchType=fulltextsearch&searchText=>). Truy cập tháng 4 năm 2014.

² Quốc hội. 1959. "Hiến pháp Nước Việt Nam Dân chủ Cộng hòa." Văn phòng Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam: Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=1011&type=html&searchType=fulltextsearch&searchText=>). Truy cập tháng 4 năm 2014.

³ Quốc hội. 1992. "Hiến pháp Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam năm 1992." Văn phòng Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam: Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=2394&type=html&searchType=fulltextsearch&searchText=>). Truy cập tháng 4 năm 2014.

⁴ Quốc hội. 2013. "Hiến pháp Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam." Văn phòng Quốc hội Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam: Hệ thống văn bản quy phạm pháp luật (<http://vietlaw.gov.vn/LAWNET/docView.do?docid=27597&type=html&searchType=fulltextsearch&searchText=>). Truy cập tháng 4 năm 2014.

⁵ Quốc hội. 2009. "Luật người cao tuổi." Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam (<http://vnca.molisa.gov.vn/?page=document>).

⁶ Chính phủ. 1961. "Nghị định ban hành điều lệ tạm thời về các chế độ bảo hiểm xã hội đối với công nhân, viên chức Nhà nước." Thư viện Pháp luật (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/Nghi-dinh-218-CP-dieu-le-tam-thoi-ve-cac-che-do-bao-hiem-xa-hoi-doi-voi-cong-nhan-vien-chuc-Nha-nuoc-21108.aspx>). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

⁷ Luật Bảo hiểm Xã hội hiện nay được ban hành năm 2014: Quốc hội. 2014. "Luật Bảo hiểm Xã hội." Thư viện Pháp luật (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/bao-hiem/Luat-Bao-hiem-xa-hoi-2014-259700.aspx>). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

⁸ Quốc hội. 2012. "Bộ Luật Lao động." Thư viện Pháp luật (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Bo-Luat-lao-dong-2012-142187.aspx>). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020, —. 2019. "Bộ Luật Lao động." Thư viện pháp luật (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Bo-Luat-lao-dong-2019-333670.aspx>). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

⁹ Thúy Hà. 2013. "Chủ động với giai đoạn già hóa dân số." Báo điện tử Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (<http://baodientu.chinhphu.vn/Doi-song/Chu-dong-voi-giai-doan-gia-hoa-dan-so/181955.vgp>). Truy cập tháng 4 năm 2013.

¹⁰ Tổ chức Lao động Quốc tế. 2017. "Báo cáo An sinh xã hội thế giới 2017-2019 ILO: 4 tỷ người trên thế giới chưa tiếp cận với an sinh xã hội." Tổ chức Lao động Quốc tế (https://www.ilo.org/hanoi/Informationresources/Publicinformation/newsitems/WCMS_607477/lang--vi/index.htm). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

¹¹ Ban Chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương. 2019. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2019. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê, tr. 62.

¹² Ban Chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương. 2019. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2019. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê, tr. 62.

¹³ Ban Chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương. 2019. Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2019. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê, tr. 62.

¹⁴ Giang Thanh Long. 2019. "Tăng tuổi hưu." Vnexpress.net (<https://vnexpress.net/tang-tuoi-huu-3927141.html>). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

¹⁵ Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020.

¹⁶ Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020, tr. 9-10.

¹⁷ Viện Khoa học Lao động và Xã hội. 2020. Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam: Báo cáo thường niên 2019. Hà Nội: Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.

¹⁸ Chính phủ. 2016. "Nghị định điều chỉnh mức lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp hàng tháng và trợ cấp đối với giáo viên mầm non có thời gian làm việc trước năm 1995." Thư viện Pháp luật (<https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Lao-dong-Tien-luong/Nghi-dinh-55-2016-ND-CP-dieu-chinh-muc-luong-huu-tro-cap-mat-suc-lao-dong-giao-vien-mam-non-314549.aspx>). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020.

¹⁹ Viện Khoa học Lao động và Xã hội. 2020. Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam: Báo cáo thường niên 2019. Hà Nội: Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, tr. 86-87

²⁰ Văn phòng ILO tại Việt Nam. 2019. "Xây dựng hệ thống hưu trí toàn diện cho Việt Nam: Triển khai Nghị quyết 28/NQ-TW." Văn phòng ILO tại Việt Nam (https://www.ilo.org/hanoi/Whatwedo/Publications/WCMS_729375/lang--vi/index.htm). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

²¹ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. 2020. "Báo kết quả công tác chỉ đạo điều hành năm 2019, phương hướng nhiệm vụ năm 2020".

²² Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. 2020. "Báo kết quả công tác chỉ đạo điều hành năm 2019, phương hướng nhiệm vụ năm 2020", tr.2.

²³ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. 2020. "Báo kết quả công tác chỉ đạo điều hành năm 2019, phương hướng nhiệm vụ năm 2020", tr.2.

²⁴ Chính phủ. 2011. "Nghị định số 6/2011/NĐ-CP của Chính phủ: Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Người cao tuổi." Cổng thông tin điện tử Chính phủ Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=98694). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

²⁵ Trích lại từ Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020.

²⁶ Trần Hồng Hạnh. 2019. "Phát triển quỹ hưu trí xã hội trong bối cảnh già hóa dân số ở Việt Nam." Tạp chí Tài chính (<http://tapchitaichinh.vn/bao-hiem/phan-trien-quy-huu-tri-xa-hoi-trong-boi-can-h-gia-hoa-dan-so-o-viet-nam-311994.html>). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

²⁷ Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020, tr. 9.

²⁸ —. 2015. "Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Về việc ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020." Cổng thông tin điện tử Chính phủ Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=182199). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

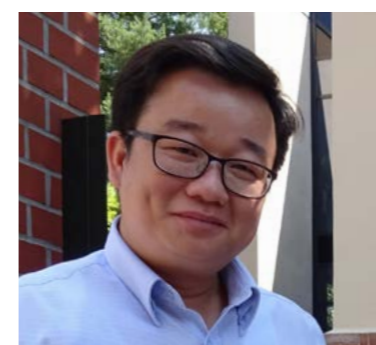
²⁹ Giang Thanh Long, and Đỗ Thị Thu. 2019. "Chính sách an sinh xã hội đối với xu hướng già hóa dân số ở Việt Nam." Nghiên cứu lập pháp (<http://www.lapphap.vn/Pages/TinTuc/206834/Chinh-sach-an-sinh-xa-hoi-doi-voi-xu-huong-gia-hoa-dan-so-o-Viet-Nam.html>). Truy cập ngày 27 tháng 10 năm 2020.

³⁰ Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020, tr.11.

³¹ Tổ chức Lao động Quốc tế, and Quỹ Dân số Liên hợp quốc. 2014. "Bảo đảm cho người có thu nhập ở Việt Nam: Lương hưu xã hội." ILO, UNFPA (https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ILO_UNFPA_Policy_Brief_Social_Pensions_Viet.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 11 năm 2020.

³² Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020, tr. 12.

³³ Kidd, Stephen, Bjorn Gelders, and Tran Anh. 2019. "Tác động tiềm năng của hưu trí xã hội ở Việt Nam." Tổ chức Lao động Quốc tế ILO (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_729368.pdf). Truy cập ngày 1 tháng 1 năm 2020, tr. 11.



PGS. TS. Nguyễn Tuấn Anh

Phó Trưởng Khoa Xã hội học

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn,
Đại học Quốc gia Hà Nội

Email: xhhanh@gmail.com



TS. Nguyễn Thị Kim Nhung

Giảng viên, Khoa Xã hội học

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn,
Đại học Quốc gia Hà Nội

Lĩnh vực nghiên cứu: chính sách xã hội, phúc lợi xã hội,
xã hội học môi trường, phát triển bền vững

Email: kimnhung86@gmail.com

Già hóa và Sức khỏe

• Nguyễn Thu Hương

1. Giới thiệu

Tục ngữ Việt Nam có câu "Khôn đâu tới trẻ, khỏe đâu tới già", sức khỏe người cao tuổi (NCT) từ trước đến nay vẫn luôn được xem xét từ giác độ y tế và thường chú trọng đến tình trạng không có bệnh hay tật.¹ Tổ chức Y tế thế giới đã nêu khái niệm sức khỏe trong Hiến chương Ottawa là "một nguồn lực cho cuộc sống hàng ngày, chứ không phải mục tiêu cuộc sống", nhấn mạnh đến các nguồn lực xã hội và cá nhân, cũng như năng lực thể chất".² Do đó, điều tối quan trọng để duy trì sức khỏe là tiếp cận được các dịch vụ y tế.

Tại Việt Nam, theo Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 01/04/2017 số người từ 60 tuổi trở lên chiếm 12.7% tỷ lệ dân số.³ Năm 2019 ước tính có khoảng 12.22 triệu dân số ở độ tuổi này.⁴ Đến năm 2038, số NCT sẽ chiếm đến 20% tổng dân số và tỷ lệ này dự đoán tăng lên 25% vào năm 2049. Theo kết quả Điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2019, tuổi thọ trung bình của người Việt hiện ở mức 73.6 tuổi (71 tuổi với nam giới và 76 tuổi cho nữ giới). Số liệu thống kê này cho thấy sự mất cân bằng giới (nhiều NCT nữ hơn nam), đồng nghĩa với sự gia tăng tình trạng góa bụa và độc thân ở NCT. Công tác đảm bảo các dịch vụ y tế thiết yếu và các chính sách trợ cấp xã hội cho NCT đang trở nên hết sức thách thức đối với Việt Nam trong bối cảnh đất nước mới được xếp vào nhóm quốc gia có thu nhập trung bình thấp. Trước đây, công tác chăm sóc sức khỏe NCT đã được thể chế hóa tại Chương trình hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2012 – 2020



(Quyết định số 1781/QĐ-TTg/2012), mang lại một cơ chế chính sách để đảm bảo quyền có sức khỏe của NCT. Mới gần đây, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án chăm sóc sức khỏe NCT, tầm nhìn đến năm 2030 (Quyết định số 1579/QĐ-TTg/2020). Đề án quốc gia này tạo ra một khung thể chế quan trọng đối với công tác điều phối các dịch vụ chăm sóc sức khỏe NCT, nhằm phấn đấu thực hiện mục tiêu phát triển bền vững ở Việt Nam, đặc biệt mục tiêu số 3 “Sức khỏe và có cuộc sống tốt.”

Dựa trên nguồn tài liệu thứ cấp về lĩnh vực già hóa dân số ở Việt Nam, bài tổng quan nghiên cứu này rà soát một số chỉ báo chính xoay quanh tình trạng sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT. Qua cách tiếp cận sức khỏe như một thuộc tính nền tảng và toàn diện giúp NCT đạt được các mục tiêu quan trọng với họ, bài viết nêu bật sự cần thiết phải hiểu sức khỏe theo nghĩa có khả năng thay đổi, hơn là một trạng thái bất biến. Mặc dầu hiểu được rằng tình trạng sức khỏe và hoạt động chức năng đều gắn bó mật thiết với chất lượng cuộc sống, nhất là ở NCT, bài luận ngắn này sẽ giới hạn nội dung trình bày trong bốn phần. Mục tiếp theo nêu lên một số vấn đề sức khỏe chính ở NCT bao gồm tỷ lệ các bệnh không lây nhiễm (BKLN), sức khỏe tinh dục và sinh sản cũng như bạo hành đối với NCT. Mục 3 đi vào tìm hiểu hệ thống y tế đáp ứng ra làm sao trước tình trạng già hóa dân số. Phần kết bài sẽ gợi mở một số hướng đề xuất cho việc hoạch định chính sách và các chương trình can thiệp nhằm đảm bảo chăm sóc sức khỏe và các nhu cầu y tế cho nhóm dân số cao tuổi.

2. Tình trạng sức khỏe người cao tuổi

2.1 Thực trạng các bệnh không lây nhiễm

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) – bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và các bệnh hô hấp mãn tính – là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong sớm (dân số độ tuổi từ 30 đến 70) khắp toàn cầu. Do vậy, Mục tiêu phát triển bền vững của Liên hợp quốc đã cụ thể hóa tầm quan trọng của phòng chống BKLN trong Chương trình nghị sự 2030 (Mục tiêu số 3), phấn đấu giảm tỷ lệ tử vong do BKLN xuống 1/3 tại tất cả các nước trên thế giới.

Tại Việt Nam, ước tính năm 2019 có khoảng 79% ca tử vong do các BKLN (Báo Nhân Dân 25/10/2019). Các trường hợp tử vong ở NCT chủ yếu liên quan đến BKLN, được cho là chiếm khoảng 87-89% các ca có chỉ số năm sống điều chỉnh theo bệnh tật (DALY) và 86-89% ca tử vong ở nhóm dân số cao tuổi (UNFPA và Trung ương Hội NCT Việt Nam 2019: 25). Bệnh cao huyết áp, đái tháo đường, ung thư và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là các BKLN phổ biến. Với NCT, các BKLN nhiều nhất là bệnh tim mạch, đái tháo đường, các bệnh lý liên quan thận và ung thư (Nguyen và nhiều tác giả 2012; Le và nhiều tác giả 2011). Kết quả điều tra quốc gia về các nguy cơ BKLN năm 2015 với 3,758 số người trả lời khắp cả nước (HelpAge International 2019) đã cho thấy tỷ lệ các bệnh cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và hen phế quản là 36.5% ở nhóm tuổi từ 60 đến 64, đặc biệt nam giới mắc bệnh cao (35.6%) hơn so với phụ nữ (28.5%).

Bảng 1 Khám, chữa BKLN cho người cao tuổi khác biệt theo các nhân tố kinh tế xã hội

	BKLN	Cao huyết áp	Đái tháo đường
Giới tính			
Nam	35.6	77.3	32.4
Nữ	28.5	75.2	39.7
Nhóm tuổi			
50-54	29.3	85.0	27.7
55-59	28.5	58.4	40.8
60-64	36.5	84.7	39.2
65-69	33.8	80.5	34.5
Trình độ học vấn			
Tiểu học cơ sở	26.6	79.2	24.3
Trung học cơ sở	24.4	75.8	46.1
Trung học phổ thông	53.1	70.0	43.8
Đại học/cao đẳng	38.6	78.6	40.5
Nhóm mức sống ngũ phân vị			
Thấp nhất	34.8	75.7	27.9
Thứ hai	28.0	80.2	18.1
Thứ ba	22.0	60.5	57.6
Thứ tư	35.8	78.5	38.6
Cao nhất	36.5	77.7	48.0
Địa bàn cư trú			
Thành thị	40.2	80.7	46.2
Nông thôn	26.2	71.9	26.1
Dân tộc			
Người Kinh (đa số)	32.5	75.9	36.3
Các nhóm khác	24.3	80.9	32.2
Tổng	31.7	76.3	36.0

Nguồn: Báo cáo điều tra quốc gia năm 2015 về các yếu tố nguy cơ mắc BKLN, trích dẫn tại Help Age International 2019:12

Bệnh cao huyết áp

Điều tra quốc gia nêu trên cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao huyết áp gia tăng theo độ tuổi, từ mức 33.9% với nhóm tuổi 50 tới 54, lên 48.7% ở nhóm tuổi từ 65 đến 69. Tỷ lệ mắc bệnh phổ biến ở NCT khu vực đô thị (43.2%) hơn vùng nông thôn (38.6%). Căn bệnh này có sự khác biệt đáng kể về giới, bệnh nhân nam cao hơn (45.5%) so với bệnh nhân nữ (35.4%).

Có nhiều khác biệt trong quản lý bệnh cao huyết áp thường quy. Mặc dù có đến gần nửa dân số nhóm tuổi từ 65 tới 69 mắc bệnh cao huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân cho biết đang tiếp cận điều trị chỉ là 15.5%. Tỷ lệ điều trị ở các bệnh nhân nhóm tuổi ít hơn từ 50 đến 54 là 13.5%, trong khi một phần ba dân số nhóm tuổi này mắc bệnh cao huyết áp.⁵ Tỷ lệ điều trị quan sát ở bệnh nhân nam thấp hơn chút (14.1%) so với bệnh nhân nữ (14.7%) và tại khu vực đô thị cao hơn vùng nông thôn rất đáng kể (lần lượt là 17.9% và 12.4%).

Bệnh đái tháo đường

Ước tính năm 2015 có trên 3.5 triệu dân số trưởng thành Việt Nam mắc bệnh đái tháo đường.⁶ Tỷ lệ bệnh đái tháo đường đặc biệt cao ở NCT. Theo kết quả của chương trình khám sàng lọc, chẩn đoán đái tháo đường ở cộng đồng giai đoạn 2011–2013 với 5,602 nam giới và 10,680 phụ nữ trong độ tuổi từ 30 tới 69 tại khu vực phía Bắc Việt Nam,⁷ 12.8% nam giới và 10.9% phụ nữ độ tuổi 60 trở lên mắc bệnh này. Đái tháo đường type 2 là một dạng rối loạn mãn tính thường gặp nhất và có tỷ lệ mắc bệnh không đồng đều giữa các vùng miền trên cả nước.⁸

Số liệu về quản lý BKLN ở NCT nêu trong điều tra quốc gia về các nhân tố nguy cơ gây bệnh thể hiện sự khác biệt trong tiếp cận điều trị đái tháo đường. Đáng chú ý là khác biệt giữa dân cư thành thị và nông thôn trong tiếp cận quản lý bệnh đái tháo đường (46.2% so với 26.1%). Có thể lý giải do công tác chẩn đoán và điều trị chỉ được cung cấp tại các bệnh viện cấp huyện. Xem xét từ góc độ giới, tỷ lệ tiếp cận được thuốc điều trị đái tháo đường ở bệnh nhân nữ độ tuổi 50 tới 69, thấp hơn so với bệnh nhân nam (lần lượt 69.7% và 82.3%). Điều đáng nói là phụ nữ cao tuổi ở nông thôn gặp nhiều trở ngại trong tiếp cận dịch vụ y tế do các rào cản về văn hóa, tài chính, nhận thức và phương tiện đi lại.

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Ở Việt Nam ước tính có 10% dân số mắc các bệnh về đường hô hấp, với khoảng 4.2% dân số từ 40 tuổi trở lên gặp phải bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) do tình trạng hút thuốc lá cao và tiếp tục phơi nhiễm trước các yếu tố nguy cơ khác.⁹

Kết quả nghiên cứu về tình trạng nhiễm COPD (số mẫu=1500; độ tuổi từ 23 tới 72) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh COPD ở người trưởng thành khu vực phía Bắc là 7.1% và số lượng nam giới mắc bệnh cao hơn phụ nữ.¹⁰ Cũng trong nghiên cứu này, với 684 số người trả lời ở độ tuổi trên 50 có 23.5% nam giới và 6.8% phụ nữ mắc bệnh COPD. Với nhóm người hút thuốc lá từ 60 tuổi trở lên (tất cả là nam giới), 47.8% trong số này mắc bệnh COPD. Không có bệnh nhân COPD nữ nào từng hút thuốc lá. Phát hiện này cho thấy tuổi càng cao và hút thuốc càng nhiều (thói quen hút thuốc chỉ nam giới có) là hai nhân tố quan trọng nhất dẫn đến COPD.

Một nghiên cứu gần đây khác thực hiện với 302 bệnh nhân COPD điều trị ngoại trú (trung bình tuổi 63.9) tại Hà Nội cho thấy COPD thường liên quan đến tình trạng teo cơ do khả năng cơ thể tạo ra các chất đạm cần thiết cho cơ bắp giảm và quá trình tổng hợp đạm cũng bị suy giảm.¹¹ Quan trọng hơn là tình trạng này trở nên trầm trọng khi cơ thể bị lão hóa. Trong khi một số cấm nang dinh dưỡng dành cho NCT khuyến khích các chế độ ăn uống giàu dinh dưỡng, nhiều năng lượng cho NCT, hầu hết số người tham gia trả lời nghiên cứu nêu trên (hơn 80%) cho biết các nhu cầu dinh dưỡng, bổ sung năng lượng của họ không được đáp ứng. Khi người cao tuổi đối diện nguy cơ suy dinh dưỡng, họ có khả năng cao gấp hai bị gãy xương hông và phải nằm liệt và đây cũng là một chỉ báo quan trọng về triệu chứng suy yếu ở người cao tuổi.¹²

Bệnh hen phế quản biểu hiện ở tình trạng niêm mạc đường dẫn khí (đường thở) bị viêm nhiễm mãn tính, gây ra các triệu chứng khó thở, thở khò khè, ho và tức ngực thường xuất hiện ngắt quãng. Tỷ lệ mắc bệnh hen phế quản ở Việt Nam trong nhóm dân số độ tuổi từ 21 tới 70 ước tính khoảng 3.9% đến 5.6%.¹³ Đáng chú ý là bệnh hen phế quản vào giai đoạn lão hóa trở nên khó phân biệt với các bệnh lý khác như COPD hay triệu chứng đồng thời Hen phế quản-COPD, dẫn đến khả năng chẩn đoán nhầm lẫn.¹⁴ Hơn nữa, quan sát nghiên cứu cho thấy mức

độ hiểu biết về kiểm soát hen phế quản ở các bệnh nhân trưởng thành tại Việt Nam khá thấp và khả năng này tương ứng với trình độ học vấn của bệnh nhân.¹⁵

2.2 Sức khỏe, quyền sinh sản và tình dục

Có nhiều vấn đề sức khỏe, quyền sinh sản và tình dục liên quan đến NCT, nhất là phụ nữ lớn tuổi. Nghiên cứu từ các quốc gia đang phát triển cho thấy phụ nữ càng lớn tuổi lại càng dễ mắc các triệu chứng do thay đổi hóc-môn, bệnh sản khoa ác tính, loãng xương, ung thư vú, cổ tử cung và nhiều rối loạn sinh dục niệu.¹⁶ Còn nam giới lớn tuổi rơi vào tình trạng hóc-môn sinh dục nam sụt thấp, quá trình sinh tinh giảm dần. Sự suy giảm này ở nam giới cao tuổi dẫn đến giảm sút chỉ số khối lượng cơ thể không tính mỡ, lông tóc, thay đổi sắc tố da, rối loạn cương dương, làm tăng chỉ số mỡ nội tạng và tình trạng béo phì.¹⁷ Thêm vào đó, duy trì hoạt động tình dục đã được chứng minh là một thành tố thiết yếu đem lại chất lượng cuộc sống NCT.¹⁸ Thông tin dữ liệu hiện có cho thấy hơn 80% nam giới và 65% phụ nữ lớn tuổi vẫn có đời sống tình dục tích cực.¹⁹ Tuy nhiên ở nhiều nền văn hóa, đời sống tình dục được coi là không phù hợp hoặc khiếm nhã với NCT. Các quy trình khám sức khỏe định kỳ cho NCT thường bỏ qua bước thăm khám các vấn đề sức khỏe sinh sản và tình dục. Thực trạng khám bệnh lơ là vậy trở nên đáng lo ngại trước diễn biến gia tăng lây nhiễm HIV ở người trưởng thành độ tuổi trên 50 những năm gần đây, chủ yếu lây nhiễm từ các cá nhân không biết tình trạng nhiễm HIV của họ.²⁰ Hiện có rất ít dữ liệu về sức khỏe sinh sản và tình dục của NCT tại Việt Nam. Dữ liệu phân tách về giới vẫn rất thiếu, chi phối khả năng tiếp cận của NCT đến các dịch vụ phòng tránh và chăm sóc các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục cũng như các chương trình, chính sách, nghiên cứu về sức khỏe sinh sản và tình dục. Trong một nghiên cứu định tính về chất lượng cuộc sống của NCT tại ba huyện được chọn thuộc tỉnh Hải Dương, chủ đề đời sống tình dục của NCT thường bị bỏ qua trong các cuộc thảo luận nhóm tập trung và phỏng vấn sâu cá nhân, nếu có chẳng nêu ra thì được những người trả lời nghiên cứu coi là vấn đề của khu vực thành thị hơn là nông thôn.²¹ Một số người tham gia nghiên cứu thậm chí coi đời sống tình dục ở NCT là không phù hợp về mặt đạo đức.

2.3 Bạo hành người cao tuổi

Dẫn theo báo cáo mới đây nhất của Quỹ Dân số và Gia đình Liên hợp quốc và Trung ương Hội người cao tuổi Việt Nam (VNCA), bạo hành NCT có nhiều dạng thức: bạo hành lời nói (quát mắng, sỉ nhục, lời lẽ khó nghe) hay bạo hành thể chất (đánh đập, đẩy, và tát); hay bạo hành tinh thần như bắt nạt, xâm phạm quyền riêng tư hay độc lập; bỏ bê tài chính; sao nhãng chăm sóc sức khỏe và ăn uống; và bỏ bê (2019: 29). Nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới năm 2017 ước tính khoảng 16% dân số trên 60 tuổi từng chịu một vài dạng thức bạo hành gồm cả bạo hành tình dục thường là từ người có quan hệ tin cậy như nhân viên y tế và người thân.²² Tất cả các dạng thức bạo hành NCT đều có tác động tiêu cực đến sức khỏe và cuộc sống của NCT, thế nhưng dữ liệu về thực trạng này ở Việt Nam và các chương trình can thiệp hiệu quả để giải quyết vấn đề bạo hành NCT hiện đang rất hạn chế.²³ Dưới bình diện luật pháp, Bộ luật Hình sự năm 2015 (sửa đổi, bổ sung năm 2017) đã nêu rõ các dạng thức bạo hành và ngược đãi NCT (Điều 185). Tương tự, Luật NCT (số 39/QH12/2009) đã cấm bạo hành, ngược đãi, và/hoặc kỳ thị đối với NCT (Điều 9). Kết quả điều tra quốc gia năm 2012 về NCT đã nêu tỷ lệ 11.6% NCT cho biết từng bị con cháu bạo hành, 38% số người trả lời từng bị nhục mạ và có mâu thuẫn trong vòng 12 tháng trở lại.²⁴ Báo cáo nghiên cứu quốc gia mới đây nhất về bạo lực đối với phụ nữ trong mẫu và dân số độ tuổi từ 15 tới 64 tại Việt Nam cho thấy phụ nữ từ 44 tuổi trở lên có tỷ lệ trải nghiệm bạo hành tinh thần trong đời là cao nhất.²⁵



3. Chính sách về dịch vụ y tế

Ngay từ năm 2002 Việt Nam đã là một trong các quốc gia cam kết thực hiện Chương trình Hành động Quốc tế Madrid về NCT và trở thành quốc gia đầu tiên ở Đông Nam Á thiết lập Chương trình quốc gia về phòng, chống BKLN giai đoạn 2002 – 2010 (Quyết định số 77/QĐ-TTg/2002). Nguyên tắc khẳng định quyền bình đẳng và tiếp cận dịch vụ y tế của NCT đã được lồng ghép vào nhiều chiến lược quốc gia, hệ thống văn bản pháp luật và chính sách của Nhà nước. Đáng chú ý Hiến pháp năm 2013 đã nhấn mạnh quyền và phẩm cách của NCT (Điều 37). Luật NCT quy định người từ đủ 80 tuổi trở lên được ưu tiên khám trước người bệnh khác, trừ bệnh nhân cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng; các bệnh viện, trừ bệnh viện chuyên khoa nhi, có trách nhiệm tổ chức khoa lão khoa hoặc dành một số giường để điều trị người bệnh là người cao tuổi (Điều 12). Tại cộng đồng, trạm y tế xã, phường, thị trấn có trách nhiệm phối hợp với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên tổ chức kiểm tra sức khoẻ định kỳ cho người cao tuổi; trạm y tế xã, phường, thị trấn cử cán bộ y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại nơi cư trú đối với người cao tuổi cô đơn bị bệnh nặng không thể đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (Điều 13). Ở cấp trung ương, Bộ Y tế có trách nhiệm xây dựng và tổ chức thực hiện chương trình phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh tim mạch, tiểu đường, an-dây-mơ (alzheimer) và các bệnh mãn tính khác, bệnh về sức khoẻ sinh sản của người cao tuổi (Điều 29).

Tiếp theo bộ Luật NCT, Nghị định của Thủ tướng Chính phủ số 13/NĐ-CP/2010 quy định đối tượng NCT là người khuyết tật được hưởng trợ cấp tiền mặt hàng tháng và bảo hiểm y tế miễn phí. Chương trình Hành động quốc gia về NCT giai đoạn 2012-2020 (Nghị định số 1781/NĐ-CP/2012) đã cụ thể hóa chỉ tiêu phấn đấu đến năm 2015 đạt tỷ lệ 100% người cao tuổi đau ốm được khám, chữa bệnh. Bên cạnh đó Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030 (Quyết định số 122/QĐ-TTg/2013) đặt mục tiêu nâng cao dịch vụ y tế cho NCT. Chiến lược quốc gia an sinh xã hội (2011-2020) nhấn mạnh sự cần thiết phải xây dựng hệ thống an sinh xã hội toàn diện, chăm sóc y tế và trợ giúp xã hội cho NCT để giải quyết hiệu quả hơn các vấn đề sức khỏe, nguy cơ về mặt xã hội, kinh tế của NCT.

Chiến lược quốc gia về Dân số và sức khỏe sinh sản (giai đoạn 2011-2020) đã tập trung vào một số ưu tiên bao gồm nâng cao hệ thống y tế cơ sở cho NCT. Chiến lược quốc gia về Phát triển gia đình (năm 2020 – tầm nhìn đến 2030) chú trọng đến việc củng cố các mối quan hệ trong gia đình, phát triển kinh tế hộ, cơ sở dữ liệu gia đình, nghiên cứu và đánh giá về gia đình gồm cả các vấn đề NCT trong gia đình.²⁶ Mới đây, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 7618/2016 phê duyệt Đề án quốc gia về chăm sóc sức khỏe NCT trong giai đoạn 2017- 2025. Đề án quốc gia này đóng vai trò như một khung chính sách quan trọng đối với công tác điều phối dịch vụ y tế cho NCT, hướng đến thực hiện mục tiêu phát triển bền vững, nhất là mục tiêu số 3 “sức khỏe và đời sống tốt.”

Mặc dù Chính phủ và các ban ngành, tổ chức hữu quan đã có nhiều nỗ lực thúc đẩy quyền sức khỏe của NCT, thách thức lớn nhất vẫn ở khâu triển khai thực hiện chính sách, pháp luật. Cần phải để cập rằng Chiến lược quốc gia giai đoạn 2015-2025 nhằm mục tiêu phòng, chống ung thư, các bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hen phế quản và các BKLN khác. Tuy nhiên, chỉ tiêu kiểm soát được bệnh đái tháo đường chỉ tập trung vào nhóm dân số trong độ tuổi 30 tới 69, không bao gồm những người từ 70 tuổi trở lên.²⁷ Thông báo về các văn bản chính sách cho NCT thường không kịp thời.²⁸ Hơn nữa không có dữ liệu chi tiết về các chương trình y tế này, khả năng hỗ trợ đối tượng NCT, cũng như phạm vi địa lý được các chương trình bao phủ và các loại hình dịch vụ hiện có bao gồm dịch vụ sức khỏe sinh sản và tình dục.²⁹ Dịch vụ y tế cấp cơ sở được các trạm y tế xã cung cấp nhưng chỉ có một bộ phận nhỏ NCT có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám, chữa bệnh. Giao thông cách trở, thiếu thốn thiết bị, dụng cụ y khoa tại cơ sở và thái độ ứng xử chưa thân thiện của đội ngũ nhân viên chăm sóc sức khỏe đã khiến nhiều NCT ngần ngại tiếp cận dịch vụ y tế. Tình trạng bất bình đẳng trong sức khỏe và y tế dẫn tới rộng giữa các nhóm kinh tế - xã hội, cũng như giữa khu vực nông thôn và thành thị. Đặc biệt NCT ở nông thôn ít có khả năng tiếp cận y tế hơn so với khu vực thành thị.³⁰ Đối với các nhóm dân cư yếu thế, những NCT sống đơn thân trong điều kiện cơ bản nhất ở cả nông thôn và thành thị lại có khả năng cao nhất có ít nhất cũng một BKLN.³¹



Bảng 2 Bệnh nhân nội trú trải nghiệm tại bệnh viện cấp huyện khác biệt theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Được khám hàng ngày (%)	Được giải thích về chẩn đoán (%)	Được bác sĩ tư vấn (%)	Không được đối xử tôn trọng (%)	Khả năng định cơ sở y tế đảm bảo vệ sinh (%)	Khả năng định cơ sở y tế có trang thiết bị y tế đầy đủ (%)	Khả năng định cơ sở y tế có trang thiết bị đảm bảo yêu cầu khám, chữa bệnh (%)
50	97.8	94.4	94.8	1.8	93.6	95.1	96.6
50-54	100.0	93.1	94.8	3.4	96.6	92.0	89.8
55-59	97.7	97.7	97.7	0.0	97.7	92.7	92.1
60-64	100.0	93.5	95.7	4.3	97.8	93.2	92.1
65-69	98.0	98.0	93.9	0.0	98.0	94.7	97.1
70-74	97.8	95.7	93.5	4.3	97.8	100.0	100.0
75-79	97.4	94.9	97.4	2.6	89.7	93.3	100.0
80+	98.2	83.6	87.3	0.0	96.4	95.2	97.3
Tổng	98.1	94.0	94.5	1.9	94.7	94.8	96.0

Nguồn: Ngân hàng Thế giới/Bộ Y Tế 2015, trích dẫn tại HelpAge International 2019: 22

4. Bảo hiểm sức khỏe

Bộ luật NCT đưa ra các tiêu chí đánh giá đối tượng được hưởng chính sách bảo trợ xã hội (ví dụ bảo hiểm sức khỏe, chi phí khám, chữa bệnh, trợ cấp hàng tháng và trợ cấp mai táng phí...) gồm những người từ đủ 80 tuổi trở lên và những người không có lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng, trợ cấp xã hội hàng tháng (Điều 17). Đáng chú ý là Chính phủ Việt Nam đã chủ trương đẩy mạnh độ bao phủ bảo hiểm y tế xã hội tại Quyết định số 122/QĐ-TTg/2013, phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020. Mục tiêu này đã được cụ thể hóa thành các chỉ tiêu đặt ra như “Tỷ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế” phần đầu đạt trên 80% vào năm 2020, và tỷ lệ bao phủ đến năm 2025 là 95%. Kể từ đó công tác phát triển bảo hiểm y tế được đẩy mạnh, ước tính năm 2018 đạt tỷ lệ bao phủ 86.9% dân số cả nước. Tỷ lệ phụ nữ tham gia bảo hiểm y tế cao hơn chút so với nam giới, lần lượt là 56.11% và 52%.³²

Những năm gần đây, chính sách hỗ trợ bảo hiểm y tế miễn phí cho đối tượng hộ nghèo và dân tộc thiểu số đã góp phần đáng kể làm thay đổi tâm thế và thực hành khám, chữa bệnh của người dân. Hiện có các cơ chế để đảm bảo NCT tiếp cận được dịch vụ y tế mà không phải chịu gánh nặng tài chính.

Thế nhưng theo quy định trong Luật Bảo hiểm y tế một số dịch vụ khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán các triệu chứng sớm của BKLN không thuộc phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế.³³ Thực tế này thể hiện rất rõ những bất bình đẳng về tiếp cận dịch vụ y tế ở trong nhóm dân số cao tuổi. Những NCT có trình độ học vấn thấp hoặc thu nhập thấp, cư trú tại khu vực nông thôn hoặc từ các nhóm dân tộc thiểu số thường không tiếp cận được. Do vậy các bệnh mãn tính chỉ được phát hiện ở lứa tuổi cao hơn và thường vào các giai đoạn phát triển muộn của căn bệnh.³⁴



Bảng 3 Người cao tuổi có bảo hiểm sức khỏe khác biệt theo các nhân tố kinh tế-xã hội

	2010 (%)	2012 (%)	2014 (%)
Giới tính			
Nam	62.2	65.4	71.7
Nữ	59.0	64.0	72.6
Tình trạng hôn nhân			
Độc thân	54.3	62.0	73.2
Đã kết hôn	59.2	62.3	70.1
Góa bụa	66.2	73.6	80.1
Đã ly hôn	44.8	59.3	60.8
Trình độ học vấn			
Thấp hơn tiểu học cơ sở	57.0	62.1	69.3
Tiểu học cơ sở	55.9	58.2	66.3
Trung học cơ sở	70.0	75.9	77.6
Đại học/cao đẳng	92.5	93.2	93.7
Nhóm mức sống ngũ phân vị			
Thấp nhất	68.3	73.5	78.7
Thứ hai	51.8	58.7	65.1
Thứ ba	55.1	57.5	65.0
Thứ tư	59.5	63.4	71.3
Cao nhất	66.5	69.9	79.6
Địa bàn cư trú			
Thành thị	64.4	71.3	75.9
Nông thôn	58.5	61.7	70.3
Tổng	60.4	64.6	72.2

Nguồn: Điều tra khảo sát mức sống dân cư, trích dẫn tại HelpAge International 2019: 8

Tại Việt Nam, các trạm y tế xã thường đảm nhiệm chức năng triển khai thực hiện các chương trình mục tiêu quốc gia nhằm kiểm soát các bệnh cao huyết áp, đái tháo đường và ung thư. Từ năm 2014 có đến 80% trạm y tế xã tham gia hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia, tạo điều kiện đẩy mạnh sự tham gia của người dân. Tại một số trạm y tế xã trong khuôn khổ thí điểm Chương trình Hành động (số 1379/CTr-BYT/2017) áp dụng nguyên tắc bác sĩ gia đình ở hệ thống y tế cơ sở tại Hà Nội, số lượng bệnh nhân ngoại trú (đái tháo đường và cao huyết áp) đã gia tăng.³⁵ Thế nhưng kết quả điều tra quốc gia cơ sở y tế cấp huyện, xã năm 2015 cho thấy các trạm y tế xã chỉ giới hạn đến khả năng kê đơn một vài ngày sau khi bệnh nhân đã yêu cầu điều trị cấp thời và vẫn phải chuyển tuyến đưa bệnh nhân lên bệnh viện huyện để chẩn đoán và tiếp tục quản lý bệnh mạn tính.³⁶ Những phát hiện này phản ánh vai trò truyền thống của các trạm y tế xã vẫn hay tập trung vào sức khỏe bà mẹ và trẻ em và thường ít được trang bị đầy đủ, thiếu đội ngũ y khoa được đào tạo bài bản, điều kiện vệ sinh kém và phần lớn các văn bản quy định ngành y tế không nêu chức năng của trạm y tế để đáp ứng thực tiễn BKLN ngày càng gia tăng.³⁷ Thêm vào đó, hầu hết các trạm y tế xã không cung cấp các dịch vụ phòng tránh để sàng lọc, chẩn đoán sớm và quản lý việc khám chữa bệnh lâu dài cho các bệnh nhân BKLN (nhất là bệnh cao huyết áp và đái tháo đường) tại cộng đồng. Bằng chứng nghiên cứu³⁸ chỉ rõ phụ nữ nông thôn lớn tuổi với khả năng di động hạn chế có xu hướng phụ thuộc vào người thân, đặc biệt các thành viên nam trong gia đình để nhờ đưa họ đến các trung tâm y tế và sắp xếp việc khám chữa bệnh. Khoảng cách từ nơi cư trú cách xa trạm y tế xã cũng làm giảm động lực của phụ nữ nông thôn lớn tuổi tìm đến các dịch vụ y tế đặt ra các quan ngại về thời gian, tiền bạc, phương tiện đi lại và người đồng hành. Đặc biệt phụ nữ nông thôn lớn tuổi là người khuyết tật gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế nhất là khi phương tiện đi lại và người đồng hành không sẵn có. Do vậy, vấn đề khoảng cách và phương tiện đi lại kết hợp với tách biệt xã hội là nhân tố thiết yếu trong sử dụng dịch vụ tại trạm y tế xã, nhất là với khu vực miền núi xa xôi, hẻo lánh. Thực tế này nêu ra vai trò tiên quyết của việc cải thiện hệ thống giao thông đường bộ đối với khả năng gia tăng tiếp cận y tế cho nhóm dân số nông thôn, nhất là phụ nữ cao tuổi.

5. Kết luận

Đứng trước các thách thức từ tốc độ lão hóa dân số nhanh chóng, nhất là vấn đề sức khỏe NCT, Chính phủ Việt Nam đã vận dụng cách tiếp cận toàn diện trong rất nhiều lĩnh vực bao gồm bảo hiểm y tế công, chăm sóc sức khỏe miễn phí cho một số nhóm đối tượng NCT và an sinh xã hội. Bài tổng quan ngắn này đã nêu bật những bất bình đẳng liên quan đến tuổi tác, trình độ học vấn, thu nhập, giới, dân tộc tồn tại trong nhóm dân số cao tuổi về tiếp cận bảo hiểm y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đáng chú ý là phụ nữ cao tuổi thường chịu nhiều bất bình đẳng về kinh tế và xã hội và gặp phải các rào cản trong tiếp cận dịch vụ y tế. Thêm vào đó các quyền sức khỏe sinh sản và tình dục của NCT vẫn chưa được chú ý một cách thỏa đáng và chịu kỳ thị từ các quan niệm rập khuôn xoay quanh lão hóa. Dữ liệu về bạo hành, ngược đãi NCT rất hiếm hoi. Sự phức tạp của các thách thức đang đặt ra đòi hỏi các bên hữu quan phải có những động thái phản hồi mang tính đa dạng và bổ trợ cho nhau. Cuối cùng vẫn cần có một trọng tâm chiến lược vào quyền sức khỏe của NCT để đạt được mục tiêu *trong một quốc gia đang không ngừng tăng trưởng* mà Chính phủ Việt Nam đã mạnh mẽ cam kết thực hiện.



¹ Giummarra, M. J., Haralambous, B., Moore, K., & Nankervis, J. 2007. The concept of health in older age: Views of older people and health professionals. *Australian Health Review* 31 (4), 642-650:642.

² World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada: 2. 3 General Statistics Office of Vietnam. 2018. Results of the National Survey on Population Change as of 01 April 2017. Hanoi: GSO.

⁴ General Statistics Office of Vietnam. 2019. Results of the 2019 Vietnam Population and Housing Census. Hanoi: GSO.

⁵ HelpAge 2019. Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people. London: HelpAge International:13.

⁶ (Nguyen và nhiều tác giả 2018)

⁷ Pham, Ngoc Minh & Karen Eggleston. 2016. Prevalence and determinants of diabetes and prediabetes among Vietnamese adults. *Diabetes Research and Clinical Practice* 113: 116-124.

⁸ Nguyen Thi Thu Huong, Mackenzie Pi Moir, Thanh Xuan Nguyen, Anh Phuong Vu, Long Hoang Luong, Tam Ngoc Nguyen, Long Hoang Nguyen, Bach Xuan Tran, Tung Thanh Tran, Carl A Latkin, Melvyn WB Zhang, Roger cM Ho, Huyen Thanh Thi Vu. 2018. Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. *Patient Preference and Adherence* 12: 1347-1354.

⁹ Nguyen Thi Thu Huong, Mackenzie Pi Moir, Thanh Xuan Nguyen, Anh Phuong Vu, Long Hoang Luong, Tam Ngoc Nguyen, Long Hoang Nguyen, Bach Xuan Tran, Tung Thanh Tran, Carl A Latkin, Melvyn WB Zhang, Roger cM Ho, Huyen Thanh Thi Vu. 2018. Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. *Patient Preference and Adherence* 12: 1347-1354.

¹⁰ Hoang Thi Lam, Linda Ekerljung, Nguyen Van Tuong, Eva Ronmark, Kjell Larsson & Bo Lundback. 2014. Prevalence of COPD by disease severity in men and women in northern Vietnam. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 11 (5): 575-581.

¹¹ Nguyen Ha Thanh, Peter Collins, Toby Pavey, Nhung Viet Nguyen, Tuong Duy Pham, Danielle Gallegos. 2019. Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. *International Journal of COPD* 14: 215-226.

¹² Nguyen Dang Thoai, Tram Thi Huyen Nguyen, Pol Van Nguyen, Khang Kim Huynh, Hiep Tung Bui. 2020. Evaluation of malnutrition among elderly people above 75 years of age. *Journal of Critical Reviews* 7 (4): 74-77.

¹³ Nguyen Thi Thu Huong, Mackenzie Pi Moir, Thanh Xuan Nguyen, Anh Phuong Vu, Long Hoang Luong, Tam Ngoc Nguyen, Long Hoang Nguyen, Bach Xuan Tran, Tung Thanh Tran, Carl A Latkin, Melvyn WB Zhang, Roger cM Ho, Huyen Thanh Thi Vu. 2018. Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. *Patient Preference and Adherence* 12: 1347-1354.

¹⁴ (Enilari & Sinha 2019)

¹⁵ Nguyen Thi Thu Huong, Mackenzie Pi Moir, Thanh Xuan Nguyen, Anh Phuong Vu, Long Hoang Luong, Tam Ngoc Nguyen, Long Hoang Nguyen, Bach Xuan Tran, Tung Thanh Tran, Carl A Latkin, Melvyn WB Zhang, Roger cM Ho, Huyen Thanh Thi Vu. 2018. Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. *Patient Preference and Adherence* 12: 1347-1354.

¹⁶ Elias, Christopher & Jacqueline Sherris. 2003. Reproductive and sexual health of older women in developing countries. *BMJ* 327: 64-65 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.64>.

¹⁷ Banke-Thomas, Aduragbemi, Comfort Z. Olorunsaiye, & Sanni Yaya. 2020. "Leaving no one behind" also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health." *Reproductive Health* 17 (101): 1-3.

¹⁸ Nguyen Thi Thanh Huong, Le Thi Hai Ha, Nguyen Thai Quynh Chi, Peter S. Hill & Tara Walton. 2012. Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural-urban dialogue. *Global Health Action* 5:1, 18874, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18874>

- ¹⁹ Banke-Thomas, Aduragbemi, Comfort Z. Olorunsaiye, & Sanni Yaya. 2020. "Leaving no one behind" also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health." *Reproductive Health* 17 (101): 1-3.
- ²⁰ Racherla, Sai Jyothirmai. 2019. Older women's health and well-being in Asia and the Pacific region. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women.
- ²¹ (Nguyen Thi Thanh Huong, Le Thi Hai Ha, Nguyen Thai Quynh Chi, Peter S. Hill & Tara Walton. 2012. Exploring quality of life among the elderly in Hai Duong province, Vietnam: a rural-urban dialogue. *Global Health Action* 5:1, 18874, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18874>
- ²² Banke-Thomas, Aduragbemi, Comfort Z. Olorunsaiye, & Sanni Yaya. 2020. "Leaving no one behind" also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health." *Reproductive Health* 17 (101): 1-3.
- ²³ Racherla, Sai Jyothirmai. 2019. Older women's health and well-being in Asia and the Pacific region. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women.
- ²⁴ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing. 2019. Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA.: 30-31.
- ²⁵ MOLISA, GSO and UNFPA. 2020. Results of the National Study on Violence against Women in Viet Nam 2019 - Journey for Change. Hanoi: UNFPA.
- ²⁶ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing. 2019. Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA.: 35.
- ²⁷ HelpAge 2019. Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people. London: HelpAge International.
- ²⁸ UNFPA & Viet Nam National Committee on Ageing. 2019. Towards a comprehensive national policy for an ageing Viet Nam. Hanoi: UNFPA.: 35.
- ²⁹ Racherla, Sai Jyothirmai. 2019. Older women's health and well-being in Asia and the Pacific region. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women.
- ³⁰ Le V Hoi, Nguyen TK Chuc & Lars Lindholm. 2011. Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC Public Health* 10:549 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/549>
- ³¹ Le Duc Dung, Roberto Leon-Gonzalez, Thanh Long Giang & Anh Tuyet Nguyen. 2020. Socio-economic-related health inequality in non-communicable diseases among older people in Viet Nam. *Ageing & Society*, 1-28. doi:10.1017/S0144686X19001843
- ³² Food and Agriculture Organization of the United Nations (2019). Country gender assessment of agriculture and the rural sector in Viet Nam.
- ³³ HelpAge 2019. Vietnam insights: the right to health and access to universal health coverage for older people. London: HelpAge International.
- ³⁴ Le Duc Dung & Giang Thanh Long. 2016. Gender differences in prevalence and associated factors of multi-morbidity among older persons in Vietnam. *International Journal on Ageing in Developing Countries* 1 (2): 113-132.
- ³⁵ UN Women. 2020. Summary Report of the independent gender assessment of National Target Program on New Rural Development 2010-2020. Consultation Workshop 11 June 2020, Pan Pacific Hotel, Hanoi.
- ³⁶ World Bank. 2016. Quality and Equity in Basic Health Care Services in Vietnam: Findings from the 2015 Vietnam District and Commune Health Facility Survey. Hanoi: World Bank.
- ³⁷ World Bank. 2016. Quality and Equity in Basic Health Care Services in Vietnam: Findings from the 2015 Vietnam District and Commune Health Facility Survey. Hanoi: World Bank.
- ³⁸ UN Women. 2020. Summary Report of the independent gender assessment of National Target Program on New Rural Development 2010-2020. Consultation Workshop 11 June 2020, Pan Pacific Hotel, Hanoi.



TS. Nguyễn Thu Hương

Giảng viên Khoa Nhân học

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn,
Đại học Quốc gia Hà Nội

Lĩnh vực nghiên cứu chính: bạo lực giới, thảm họa khí hậu,
số hóa, phát triển bao trùm và các vấn đề an ninh con người
khác ở Việt Nam và Philippines (từ năm 2014).

Email: huongnt11@ussh.edu.vn

Tổng quan về chăm sóc xã hội ở Việt Nam

● Nguyễn Thị Thái Lan

1. Giới thiệu

Có nhiều định nghĩa khác nhau về khái niệm chăm sóc xã hội trong bối cảnh của Việt Nam. Đôi khi chăm sóc xã hội được hiểu là bảo trợ xã hội, đôi khi là trợ giúp xã hội hoặc là các dịch vụ phúc lợi xã hội.¹ Do đó, trong phần này, chăm sóc xã hội là một khái niệm rộng bao hàm toàn bộ hệ thống dịch vụ xã hội dành cho những người dễ bị tổn thương và những người có nhu cầu về dịch vụ xã hội.

Công cuộc Đổi mới bắt đầu từ giữa những năm 1980 đã đánh dấu một bước ngoặt không chỉ trong việc tái cơ cấu nền kinh tế mà còn trong việc phát triển các chương trình và chính sách xã hội ở Việt Nam.² Sau hơn 30 năm cải cách, Việt Nam đã đạt được những thành tựu tăng trưởng kinh tế và giảm nghèo đáng kể, và các dịch vụ cho các nhóm dễ bị tổn thương, bao gồm cả trẻ em và các gia đình, chủ yếu là y tế và giáo dục, đã phát triển gần mức tiếp cận phổ cập.³ Tuy nhiên, hệ thống dịch vụ xã hội của cả nước đã và đang phải đối mặt với nhiều khó khăn, thách thức do tăng trưởng kinh tế gây ra như số lượng người dễ bị tổn thương gia tăng, bất bình đẳng trong tiếp cận các dịch vụ xã hội, chênh lệch giàu nghèo ngày càng lớn.⁴

Với khoảng 28% tổng dân số có nhu cầu về các dịch vụ xã hội, nhu cầu phát triển hệ thống này ở Việt Nam là rất cao. Ban đầu tất cả các dịch vụ bảo trợ xã hội đều do nhà nước cung cấp, dần dần đã có sự tham gia của khu vực ngoài công lập vào lĩnh vực này, tuy nhiên, hệ thống dịch vụ xã hội hiện nay chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế. Hệ thống này gặp nhiều thách thức do thiếu các mô hình dịch vụ được bản địa hóa, sự thiếu hụt về số lượng và chất lượng của lực lượng lao động trong lĩnh vực dịch vụ xã hội, hạn chế về cơ sở hạ tầng để tiếp cận số lượng rộng lớn người sử dụng dịch vụ hơn. Phần này trình bày các yếu tố xã hội khác nhau có tác động đáng kể đến các dịch vụ xã hội. Ngoài ra, bài viết còn mô tả hiện trạng người sử dụng dịch vụ và hệ thống dịch vụ xã hội. Cuối cùng, bài viết sẽ phân tích những thách thức cũng như cơ hội phát triển hệ thống dịch vụ xã hội tại địa phương.



2. Các vấn đề xã hội

Tăng trưởng kinh tế và giảm nghèo

Việt Nam đã đạt được những tiến bộ đáng kể về phát triển con người và tăng trưởng kinh tế trong ba mươi năm qua. Chỉ số phát triển con người của Việt Nam tăng từ 0,475 năm 1990 lên 0,693 năm 2018 và gần đạt ngưỡng Phát triển con người cao là 0,7,5 trong khi tốc độ tăng trưởng kinh tế hàng năm của đất nước đạt trung bình 6,2% trong giai đoạn 2012-2017,⁶ cao hơn so với các nước ASEAN khác (5,3 %). Việt Nam cũng đã đạt được thành công đáng kể trong việc giảm nghèo, với tỷ lệ hộ nghèo giảm từ 57% năm 1990 xuống còn xấp xỉ 14% năm 2014 (dựa trên chuẩn nghèo theo tiêu chí thu nhập), hay 11% vào năm 2016 (chuẩn nghèo đa chiều).⁷ Tuy nhiên, mức nghèo đa chiều và tốc độ giảm có sự khác biệt giữa các vùng. Ngoài ra, các nhóm dễ bị tổn thương tiếp tục bị bỏ lại phía sau với khoảng cách ngày càng tăng giữa mức sống của nhóm Kinh và Hoa (nhóm đa số) với các nhóm dân tộc thiểu số về chi tiêu và mức thu nhập.⁸

Già hóa

Việt Nam được xếp vào nhóm các nước có dân số già hóa nhanh trên thế giới, thậm chí hơn nhiều nước đang phát triển.⁹ Theo số liệu của Tổng cục Thống kê (2018), đến năm 2038, dân số từ 60 tuổi trở lên là hơn 21 triệu người, chiếm 20% tổng dân số. Con số này sẽ tăng lên 27 triệu người, chiếm 25% tổng dân số vào năm 2050. Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi thấp cả về thể chất và tinh thần. Vì vậy, số người cần được chăm sóc xã hội là rất lớn, khoảng 4 triệu người vào năm 2019 và sẽ lên đến 10 triệu người vào năm 2035.¹⁰

Đô thị hóa và Di cư

Việt Nam đang trong quá trình đô thị hóa nhanh chóng với 43% tổng dân số hiện đang sống ở các khu vực thành thị. Trong 10 năm qua, tốc độ tăng dân số thành thị bình quân hàng năm là 5%, cao gấp sáu lần khu vực nông thôn. Việt Nam cũng phải đối mặt với tình trạng dân số trong độ tuổi thanh niên ngày càng giảm, từ đó, áp lực nâng cao năng suất của lực lượng lao động và thu hút lao động từ các làng nghề để đáp ứng nhu cầu tại các trung tâm

công nghiệp hóa ngày càng tăng. Di cư trong nước là nguyên nhân chính làm tăng lực lượng lao động thành thị ở Việt Nam với mức tăng trung bình hàng năm là 2,5% trong giai đoạn 2012-2017.¹¹

Bất bình đẳng gia tăng

Bất bình đẳng gia tăng không chỉ đe dọa tiến trình phát triển kinh tế. Hàng triệu người dễ bị tổn thương và thiệt thòi như người dân tộc thiểu số, nông dân sản xuất nhỏ, lao động nhập cư và phụ nữ vẫn đang sống trong cảnh nghèo đói, thiếu khả năng tiếp cận thông tin và không được tham gia các dịch vụ và quá trình ra quyết định chính trị. Hệ số GINI ở Việt Nam tăng từ 0,38 năm 2005 lên 0,44 năm 2016 và là một trong những mức tăng lớn nhất trong số các quốc gia thành viên ASEAN.¹² Chênh lệch thu nhập giữa 20% hộ gia đình giàu nhất và 20% hộ nghèo nhất ngày càng lớn (mức chênh lệch thu nhập hàng tháng là 9,8 lần vào năm 2016).¹³

Bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em

Gần đây nhất, một nghiên cứu quốc gia do Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội (MOLISA), Tổng cục Thống kê (GSO) và Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) (2019) thực hiện, đã điều tra vấn đề bạo lực đối với phụ nữ ở Việt Nam trong gia đình, nơi làm việc và các không gian công cộng khác. Nghiên cứu cho thấy 63% phụ nữ Việt Nam đã từng kết hôn/ đã từng sống thử/có bạn trai đã từng bị bạo lực về thể chất, tình dục, tâm lý (bao gồm cả hành vi cảm xúc và kiểm soát) và/ hoặc bạo lực kinh tế trong suốt cuộc đời của họ, và 32% đã từng trải qua các hình thức bạo lực này trong 12 tháng trước đó, trong đó bạo lực cảm xúc là phổ biến nhất (47%). Đáng chú ý, số người cho biết họ đã từng bị bạo lực tình dục trong suốt cuộc đời tăng lên trong giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2019 (từ 10% lên 13%), bao gồm cả xâm hại tình dục trẻ em gái dưới 15 tuổi (4,4%). Mặc dù tỷ lệ bạo lực tổng thể được tìm thấy trong các nghiên cứu năm 2010 và 2019 giảm nhẹ, nghiên cứu năm 2019 cho thấy bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em đã tác động nghiêm trọng đến sức khỏe, nhân phẩm, an ninh của phụ nữ, khả năng thăng tiến về mặt xã hội và năng suất kinh tế.¹⁴



Các mối đe dọa mới và đang nổi lên: Lạm dụng trực tuyến, biến đổi khí hậu, dịch bệnh

Toàn cầu hóa đã mang lại nhiều lợi ích cho Việt Nam, cùng lúc đó, sự gia tăng kết nối toàn cầu đang tạo ra các mối đe dọa mới và đang nổi lên đối với đời sống của người dân với các hình thức: các nguy cơ trên mạng, tác động của biến đổi khí hậu, các cú sốc kinh tế toàn cầu và dịch bệnh.

Mặc dù Internet đang mang lại những lợi ích đáng kể cho trẻ em và thanh niên, các nghiên cứu ở Việt Nam cũng đang xác định những hậu quả tiêu cực đối với sức khỏe, giáo dục, tương tác xã hội, rối loạn tâm thần và hành vi của trẻ vị thành niên.¹⁵ Một diễn đàn do Bộ Lao động Thương binh và Xã hội và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) Khu vực Đông Á - Thái Bình Dương triển khai (2016) đã báo cáo về tình trạng lạm dụng trẻ em trên môi trường Internet ngày càng phổ biến với hơn 10.000 trường hợp xâm hại trẻ em trực tuyến được phát hiện trong giai đoạn 5 năm 2011-2015.¹⁶ Việt Nam là một trong 20 quốc gia trên thế giới được dự báo sẽ chịu tác động nặng nề nhất của biến đổi khí hậu, chất lượng không khí kém và ô nhiễm môi trường.¹⁷ Ngoài ra, biến đổi khí hậu cũng gây ra những tác động đến quá trình học tập, tâm lý và kết quả học tập của trẻ em.¹⁸ Phản ứng ban đầu của Việt Nam đối với đại dịch Covid-19 là nhanh chóng và hiệu quả, được đánh giá là một trong những nước có biện pháp can thiệp thành công nhất.¹⁹ Tuy nhiên, những hậu quả ngắn hạn và dài hạn bắt đầu được nhận diện, chẳng hạn như giáo dục bị gián đoạn, mất khả năng tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản, ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần, gia tăng bạo lực gia đình và nguy cơ rơi vào nghèo đói cao.

3. Nhu cầu đối với các dịch vụ chăm sóc xã hội

Nhu cầu đối với các dịch vụ chăm sóc xã hội ở Việt Nam tương đối cao với ước tính khoảng 28% tổng dân số đang cần các dịch vụ xã hội cần thiết. Trong đó bao gồm 11,3 triệu người cao tuổi, 6,2 triệu người khuyết tật, 1,4 triệu trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, khoảng 9,6% hộ nghèo, hơn 180.000 người có HIV đã được phát hiện, gần 170.000 người nghiện ma túy, hơn 15.000 người bán dâm, khoảng 2,7 triệu đối tượng bảo trợ xã hội được hưởng chính sách trợ cấp hàng tháng; 22% gia đình đã trải qua tình trạng bạo lực và 21,1% phụ nữ bị bạo lực ở các mức độ khác nhau; hộ có hoàn cảnh khó khăn do thiên tai, lũ lụt, v.v.²⁰

3.1 Hệ thống chăm sóc xã hội

Hệ thống dịch vụ chăm sóc xã hội bao gồm ba loại hình cung cấp dịch vụ:

- i) chăm sóc tập trung: cung cấp các dịch vụ chăm sóc, nuôi dưỡng và các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp và chuyên biệt tại các cơ sở trợ giúp xã hội
- ii) các dịch vụ xã hội dựa vào cộng đồng: cung cấp các dịch vụ chăm sóc, nuôi dưỡng và các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp và chuyên biệt tại cộng đồng
- (iii) cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà, chăm sóc trong ngày và các hình thức chăm sóc khác.²¹

Dịch vụ chăm sóc xã hội bao gồm các dịch vụ chăm sóc thông thường do người chăm sóc xã hội, người chăm sóc tại gia đình và cơ sở trợ giúp xã hội thực hiện; các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp do nhân viên xã hội của nhiều nhà cung cấp dịch vụ thực hiện tại cộng đồng, trường học, bệnh viện, nơi ở và các trung tâm công tác xã hội.

Hệ thống dịch vụ xã hội ban đầu được chính phủ bao cấp hoàn toàn và chủ yếu do Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo và các tổ chức đoàn thể có liên quan thực hiện. Gần đây, với xu hướng thay đổi mới, hệ thống này đã có sự tham gia tích cực hơn của khu vực ngoài công lập như các trung tâm hỗ trợ xã hội tư nhân, các tổ chức phi chính phủ địa phương và tổ chức

phi chính phủ quốc tế. Dịch vụ xã hội dành cho các nhóm dễ bị tổn thương hiện nay đã có tốc độ phát triển nhanh chóng trong giai đoạn 2010-2020 sau khi Chính phủ Việt Nam ban hành Quyết định 32 – Đề án quốc gia về phát triển nghề công tác xã hội. Hệ thống cung cấp dịch vụ xã hội có sự tham gia của nhiều bộ ngành chính phủ, bao gồm các ngành lao động, thương binh và xã hội, y tế, giáo dục, tư pháp và các tổ chức chính trị - xã hội cũng như các tổ chức phi chính phủ trong nước và quốc tế. Các dịch vụ xã hội bao gồm nhiều hoạt động từ thiện nguyện, tình nguyện đến các hoạt động phòng ngừa, can thiệp, phục hồi và phát triển, đặc biệt là các dịch vụ công tác xã hội chuyên nghiệp như tư vấn, làm việc với cá nhân/ quản lý trường hợp, làm việc với các nhóm và phát triển cộng đồng.²²

Dịch vụ chăm sóc xã hội trong các mô hình chăm sóc tập trung (Trung tâm bảo trợ/ trợ giúp xã hội)

Các cơ sở bảo trợ/ trợ giúp xã hội là các tổ chức công lập và ngoài công lập được phân thành các nhóm cung cấp dịch vụ khác nhau. Đó là: các cơ sở bảo trợ xã hội chung cho mọi đối tượng khách hàng; các cơ sở xã hội trợ giúp người cao tuổi; cơ sở trợ giúp xã hội cho người khuyết tật; cơ sở trợ giúp xã hội cho người rối loạn sức khỏe tâm thần; cơ sở trợ giúp xã hội cho trẻ em, trung tâm dịch vụ công tác xã hội và các loại hình trợ giúp xã hội khác. Bảng dưới đây cho thấy số liệu của các cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội trong lĩnh vực lao động, thương binh và xã hội.



Cơ sở cung cấp dịch vụ xã hội trong lĩnh vực lao động, thương binh và xã hội

Loại hình trung tâm dịch vụ xã hội	Số lượng
Trung tâm dịch vụ công tác xã hội	25
Trung tâm chăm sóc bệnh nhân tâm thần	31
Trung tâm cho người già neo đơn	45
Trung tâm dành cho người khuyết tật	73
Trung tâm bảo trợ xã hội tổng hợp	102
Trung tâm dành cho trẻ em dễ bị tổn thương	149
Trung tâm cai nghiện ma túy	105

Nguồn: Cục bảo trợ xã hội, 2020; Cục tệ nạn xã hội, 2019

Mặc dù các dịch vụ xã hội cho các nhóm dễ bị tổn thương trong lĩnh vực lao động, thương binh và xã hội chiếm tỷ trọng lớn nhất trong việc cung cấp các dịch vụ xã hội, mức độ bao phủ của nó vẫn còn rất hạn chế. Theo thống kê của Bộ LĐ-TB & XH, hệ thống này chỉ có thể phục vụ khoảng 46.000 đối tượng yếu thế, trong đó có 12.000 trẻ mồ côi, trẻ bị bỏ rơi; khoảng 6.000 người già neo đơn nghèo khó; trên 10.000 người khuyết tật nặng; trên 1.000 người tâm thần; 1.500 người có HIV/AIDS và hơn 6.000 người khác. Điều này là do hệ thống đang gặp những khó khăn sau: sự cởi mở của cơ chế và chính sách dành cho các nhà cung cấp dịch vụ xã hội để cung cấp dịch vụ của họ cho số lượng lớn hơn các nhóm dễ bị tổn thương không được tính đến trong chính sách bảo trợ xã hội; khung pháp lý đối với nghề công tác xã hội, vốn được coi là nguồn cung cấp dịch vụ xã hội chính, chưa hoàn thiện; các mô hình dịch vụ hạn chế ở cấp cơ sở nơi đa số người sử dụng dịch vụ có thể tiếp cận; sự thiếu hụt cơ sở hạ tầng và cơ sở vật chất để cung cấp các dịch vụ chuyên nghiệp và chuyên biệt.²³

Về chất lượng dịch vụ, có một số vấn đề mà các nhà cung cấp dịch vụ xã hội gặp phải trong quá trình cung cấp dịch vụ chuyên nghiệp đạt chất lượng, như nguồn kinh phí không đủ và không ổn định (đặc biệt là với mô hình dịch vụ thử nghiệm); quy định chưa rõ ràng về vị trí, vai trò, chức năng, nhiệm vụ và trách nhiệm của nhà cung cấp dịch vụ; đội ngũ cán bộ chuyên môn thiếu về số lượng và chất lượng (tay nghề, kiến thức, chưa tâm huyết với nghề); không nhận được sự hướng dẫn kịp thời về chuyên môn và cách thức tiến hành quá trình cung cấp dịch vụ; và việc người sử dụng dịch vụ không sẵn sàng tham gia tích cực vào quá trình giải quyết vấn đề của họ.²⁴

Dịch vụ xã hội dựa vào cộng đồng

Mô hình chăm sóc chính hình và phục hồi chức năng cho trẻ em và người khuyết tật dựa vào cộng đồng: Mô hình này được thực hiện theo các chương trình do hệ thống lao động, thương binh và xã hội giới thiệu. Đến nay, cả nước có 32 cơ sở phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được thành lập và hoạt động với sự tham gia của hàng trăm phường và hàng nghìn trẻ em được điều trị chỉnh hình và phục hồi chức năng. Mô hình này kết hợp giữa phục hồi chức năng cho trẻ em tại các cơ sở y tế liên xã hoặc trung tâm phục hồi chức năng và nâng cao năng lực cho các bà mẹ để những bà mẹ này có thể tự chăm sóc phục hồi cho con mình.²⁵

Mô hình “nhà tạm lánh” nhằm can thiệp, bảo vệ phụ nữ và trẻ em là nạn nhân của bạo lực gia đình cũng được chính quyền nhiều địa phương quan tâm triển khai. Điều này giúp đảm bảo an toàn cho trẻ em và phụ nữ bị bạo lực trong tình trạng khẩn cấp. Việc các phường tham gia mô hình này tạo thành các “nhà tạm lánh” để hỗ trợ phụ nữ và trẻ em là nạn nhân của bạo lực gia đình có thể đến ở. Tại những ngôi nhà này, họ được chính quyền địa phương bảo vệ để đảm bảo an toàn và ứng phó với tình huống khẩn cấp. Sau đó, họ có thể nhận được sự can thiệp và hỗ trợ thích hợp.

Mô hình “Nhà bình yên” bảo vệ, chăm sóc phụ nữ, trẻ em bị mua bán trở về do Hội Phụ nữ triển khai. Mô hình này đã giúp đỡ hàng trăm trẻ em và phụ nữ bị mua bán trở về. Khi những người bị mua bán trở về nhà, họ được đưa vào ngôi nhà bình yên và được cung cấp các dịch vụ chuyên nghiệp như tư vấn, trị liệu tâm lý xã hội và được chuyển đến chăm sóc sức khỏe, tư vấn pháp lý và các dịch vụ cần thiết khác. Điều này đã hỗ trợ họ tự tin hòa nhập cộng đồng.

Văn phòng tư vấn tại cộng đồng, trường học, bệnh viện: Hiện có 2.355 điểm tư vấn cộng đồng (ở cấp phường), 4.203 văn phòng tư vấn tại trường học và bệnh viện đã được thành lập và đi vào hoạt động nhưng chủ yếu ở phía Nam, đặc biệt là Thành phố Hồ Chí Minh. Các điểm tư vấn cộng đồng này nhìn chung đã đóng góp rất hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ tư vấn, giới thiệu và kết nối các dịch vụ kịp thời cho khách hàng. Trong những năm gần đây, hoạt động tư vấn tâm lý trong trường học cũng phát triển mạnh mẽ hơn. Điều này mở ra cơ hội phát triển công tác xã hội chuyên nghiệp tại các trường học.²⁶

Chăm sóc tại nhà và trong ngày và các hình thức mô hình dịch vụ xã hội khác

Mô hình nhà xã hội chủ yếu phục vụ người già neo đơn, trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt, người khuyết tật nặng, người rối nhiễu tâm trí. Mô hình này được Nhà nước hỗ trợ kinh phí nuôi dưỡng, chăm sóc. Ngoài ra, chính quyền phường cũng đầu tư cơ sở hạ tầng và quản lý các dịch vụ chăm sóc.

Dịch vụ chăm sóc ban ngày cung cấp dịch vụ chăm sóc người cao tuổi, người khuyết tật, người bệnh tại

gia đình và bệnh viện. Dịch vụ này được tiến hành dưới dạng hợp đồng chăm sóc do cá nhân người chăm sóc thương lượng trực tiếp với gia đình khách hàng hoặc thông qua các tổ chức cung cấp dịch vụ. Các tổ chức này sẽ cử nhân viên của họ để cung cấp các dịch vụ chăm sóc dựa trên thỏa thuận. Mô hình này đã xuất hiện hàng chục năm nay ở các thành phố lớn như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, nhưng nhà nước chưa quan tâm đến việc quản lý các dịch vụ này.²⁷

Các trung tâm trị liệu tâm lý xã hội dành cho trẻ tự kỷ do tư nhân thực hiện (hiện nay chỉ có một cơ sở công lập thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội). Hàng nghìn trẻ em đã được điều trị và hỗ trợ kịp thời. Các cơ sở này cung cấp dịch vụ công tác xã hội cho trẻ em có thu phí dịch vụ nhưng giá rẻ, chưa bao gồm giá dịch vụ chính xác, trọn gói; đối với trẻ em nghèo cần điều trị tâm lý vẫn được miễn phí.

Hệ thống bảo vệ trẻ em đã được triển khai thí điểm từ năm 2008 tại 28 quận/huyện của 15 tỉnh/thành phố dưới sự phối hợp giữa Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội thực hiện và sáu tổ chức quốc tế (UNICEF, Plan, Child Fund, World Vision và Save Children). Đến năm 2011, mô hình này đã trở thành chương trình bảo vệ trẻ em trên phạm vi toàn quốc. Và đến năm 2015, tất cả các tỉnh, thành phố đã xây dựng hệ thống bảo vệ trẻ em. Một trong những nội dung quan trọng nhất của chương trình này là xây dựng và cung cấp hệ thống cung cấp dịch vụ bảo vệ trẻ em nhằm đảm bảo an toàn cho trẻ em ở 3 cấp độ: phòng ngừa, phát hiện và can thiệp sớm và can thiệp hòa nhập cộng đồng cho trẻ em bị xâm hại, trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn. Nhờ hệ thống bảo vệ trẻ em này, tình trạng xâm hại, bạo lực và buôn bán trẻ em đang có xu hướng ổn định và giảm dần.

Tổ chức tư vấn trên đường dây nóng quốc gia 111 đã được thiết lập để cung cấp dịch vụ hỗ trợ và tư vấn trực tuyến cho trẻ em có hoàn cảnh khó khăn. Trong năm 2018, đường dây 111 đã nhận được hơn 27.000 cuộc gọi với các vấn đề liên quan đến trẻ em: xâm hại trẻ em, trẻ em bị mua bán, bắt cóc, tư vấn tâm lý cho trẻ em.²⁸

4. Thách thức

Việc thực hiện các chính sách chăm sóc xã hội trong thời gian qua đã đạt được những kết quả đáng khích lệ, nhưng vẫn còn một số hạn chế sau:

- Thứ nhất, khung pháp lý và các chính sách về phát triển chăm sóc xã hội cũng như công tác xã hội chưa được hoàn thiện và đồng bộ.
- Thứ hai, hoạt động của các dịch vụ chăm sóc xã hội tại cộng đồng chưa được quan tâm đúng mức nên kết quả đạt được còn khá khiêm tốn, chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế.
- Thứ ba, các dịch vụ chăm sóc xã hội tại các cơ sở trợ giúp xã hội còn hạn chế, chủ yếu được thực hiện tại các cơ sở, chưa chú trọng thúc đẩy các dịch vụ dựa vào cộng đồng.
- Thứ tư, tỷ lệ cơ sở trợ giúp xã hội chưa đáp ứng được các quy định tiêu chuẩn tối thiểu về môi trường, cơ sở vật chất, đội ngũ và tiêu chuẩn chăm sóc còn cao; việc quản lý các cơ sở trợ giúp xã hội ngoài công lập chưa nghiêm túc.
- Thứ năm, thiếu cơ chế thúc đẩy sự tham gia của khu vực ngoài công lập vào việc cung cấp dịch vụ.
- Thứ sáu, thiếu đội ngũ nhân viên cung cấp dịch vụ xã hội có trình độ, được đào tạo chuyên nghiệp.

5. Kết luận

Là một quốc gia đang phát triển ở Đông Nam Á với hơn 30 năm đổi mới mô hình kinh tế, Việt Nam đã và đang đạt được những cải thiện đáng kể về kinh tế và các khía cạnh xã hội khác nhau vì hạnh phúc của người dân. Tuy nhiên, một phần lớn dân số (28%) cần các dịch vụ chăm sóc xã hội và đang phải đối mặt với nhiều thách thức xã hội khiến họ đứng sau sự phát triển. Do đó, hệ thống chăm sóc xã hội đóng một vai trò cấp thiết trong việc hỗ trợ những người đó đạt được hạnh phúc thông qua các dịch vụ thích hợp và dễ tiếp cận. Mặc dù đã đạt được những thành tựu và nỗ lực quan trọng trong vài thập kỷ qua trong việc phát triển các dịch vụ chăm sóc xã hội nhưng việc rà soát và hoàn thiện hệ thống này trong khuôn khổ pháp lý, phát triển các mô hình dịch vụ tại địa phương phù hợp, mở rộng phạm vi hoạt động và nâng cao năng lực của nguồn nhân lực vẫn cần tiếp tục được thực hiện.



¹ Huu, N. H./Lan, N.T.T (2016): Assessment of social care system in Vietnam. Hanoi, Vietnam: UNICEF-Vietnam. Loan, L. H (2020): International experience for the development of social work and recommendations for the period 2021-2030. conference presentation at Consultation workshop on Development of National Project on Social work profession 2021-2030, Ho Chi Minh City November 4-5, 2020.

² Evans, K./Rorris, A. (1994): The Vietnam National Programme of Action: a Decentralisation Study, UNICEF Innocenti Occasional Papers, Number 2, Innocenti Research Centre, Florence. London, J. (2014): Welfare Regimes in China and Vietnam, Journal of Contemporary Asia, Vol. 44(1): 84–107.

³ Diez, J. V. (2016): Vietnam 30 years after Doi Moi: achievements and challenges. In: Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie, 60(3), 121-133. VASS/MOLISA/UNDP (2018): Báo cáo nghèo đa chiều ở Việt Nam: Giảm nghèo ở tất cả các chiều cạnh để đảm bảo cuộc sống có chất lượng cho mọi người. Hanoi, Vietnam. UNICEF (2020): Key demographic indicators. <https://data.unicef.org/country/vnm/>.

⁴ Lan, N.T.T. (2015): Social work in Vietnam: International organisations and service professionalisation for disadvantaged children, PhD Thesis, UNSW Faculty of Arts and Social Sciences. OXFAM (2017): Even it up: How to tackle inequality in Vietnam. Labour and Social Publishing House. Hanoi. ILSSA/ILO (2018): Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2012-2017.

⁵ UNDP (2019): Human Development Report 2019: Inequalities in Human Development in the 21st century: Vietnam briefing note.

⁶ ILSSA/ILO (2018): Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2012-2017.

⁷ Tiếp cận nghèo đa chiều bao gồm thu nhập/chi tiêu kết hợp với tiếp cận 5 dịch vụ xã hội cơ bản: y tế, giáo dục, nhà ở, nước sạch, tiếp cận thông tin. UNDP (2019): Human Development Report 2019: Inequalities in Human Development in the 21st century: Vietnam briefing note. MOLISA/UNDP/VASS (2017): Báo cáo nghèo đa chiều ở Việt nam: Giảm nghèo ở tất cả các chiều cạnh để đảm bảo cuộc sống có chất lượng cho mọi người.

⁸ MOLISA/UNDP/VASS (2017): Báo cáo nghèo đa chiều ở Việt nam: Giảm nghèo ở tất cả các chiều cạnh để đảm bảo cuộc sống có chất lượng cho mọi người.

⁹ UNFPA (2016): Thông tin tóm tắt: Già hoá dân số nhanh chóng ở Việt Nam" Thách thức và cơ hội. https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PD_Factsheet_rapid%20population%20ageing%20in%20VNM_printed%20in%202016_Tieng%20Viet.pdf.

¹⁰ Quynh, N. N (2020): Social care for elderly: The need and roles of the social work profession. conference presentation at Consultation workshop on Development of National Project on Social work profession 2021-2030, Ho Chi Minh City November 4-5, 2020.

¹¹ GSO (2019): Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019: Tổ chức thực hiện và kết quả sơ bộ.

World Bank (2014): Vietnam Development report 2014: main report. ILSSA/ILO (2018): Xu hướng lao động và xã hội Việt Nam 2012-2017.

¹² ASEAN/UNICEF (2019): Children in ASEAN: 30 years of the Convention on the Rights of the Child, UNICEF.

¹³ OXFAM (2017): Even it up: How to tackle inequality in Vietnam. Labour and Social Publishing House. Hanoi.

¹⁴ MOLISA/GSO/UNFPA (2020): Results of the National Study on Violence against Women in Vietnam 2019 - Journey for Change.

¹⁵ Linh, P. T. T (2017): Ảnh hưởng của mạng internet đối với giới trẻ: Cái nhìn từ phía khoa học thần kinh.

Duc, T. T. M./Thai, B. T. H (2013): Thanh thi: Cái nhìn từ phía khoa học thần kinh. ích vT. T. M./Thai, B. T. H (2013): pháp quản lí - giáo dục định hướng. VNU Journal of Science: Education Research, 29(1).

¹⁶ (MOLISA and UNICEF EAPRO 2016): Forum on policies on protecting children on Internet environment. Hanoi, 29th March, 2016.

¹⁷ UNDP (2019): Human Development Report 2019: Inequalities in Human Development in the 21st century: Vietnam briefing note.

¹⁸ UNICEF (2018). Environment and climate change: Climate change and environmental degradation undermine the rights of every child. <https://www.unicef.org/environment-and-climate-change>

¹⁹ Fleming, S. (2020): "Vietnam shows how you can contain COVID-19 with limited resources." World Economic Forum (<https://www.weforum.org/agenda/2020/03/vietnam-contain-covid-19-limited-resources/>).

²⁰ MOLISA (2020): General report on Social Protection for 2019. Department of Social Protection.

²¹ Huu, N. H./Lan, N.T.T (2016): Assessment of social care system in Vietnam. Hanoi, Vietnam: UNICEF-Vietnam.

²² MOLISA/UNFPA (2020): Report on the assessment of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, November 2020.

²³ MOLISA/UNFPA (2020): Report on the assessment of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, November 2020.

²⁴ MOLISA/UNFPA (2020): Report on the assessment of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs, November 2020.

²⁵ Huu, N. H (2019): Report on the development of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs.

²⁶ Huu, N. H./Lan, N.T.T (2016): Assessment of social care system in Vietnam. Hanoi, Vietnam: UNICEF-Vietnam.

²⁷ Huu, N. H (2019): Report on the development of social work services. Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs.

²⁸ Hotline 111 (2020): Introduction. Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs. <http://tongdai111.vn/sites/gioi-thieu>.



PGS TS. Nguyễn Thị Thái Lan

Giảng viên công tác xã hội Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội. Cô lấy bằng thạc sĩ công tác xã hội tại trường Đại học tổng hợp Regina, Saskatchewan, Canada năm 2004 và tiến sĩ công tác xã hội tại Đại học New South Wales, Sydney, Australia năm 2014.

Email: nguyenthailan74@gmail.com

Vai trò của tổ chức xã hội trong thực hiện chính sách an sinh xã hội đối với người cao tuổi ở Việt Nam

● Nguyễn Hữu Minh/Lê Thúy Hằng

1. Mở đầu

Chính sách xã hội được hiểu như là sự thể chế hóa, cụ thể hóa các giải pháp của Nhà nước trong việc giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến từng nhóm người hay toàn bộ dân cư. Ở Việt Nam, chính sách xã hội được triển khai trên cơ sở phù hợp với quan điểm, đường lối của Đảng Cộng sản Việt Nam (CSVN), nhằm hướng tới công bằng, tiến bộ xã hội và phát triển toàn diện con người.¹ Nghị quyết Đại hội Đảng CSVN lần thứ VI (1986) khẳng định: “Chính sách xã hội bao trùm mọi mặt của cuộc sống con người: điều kiện lao động và sinh hoạt, giáo dục và văn hoá, quan hệ gia đình, quan hệ giai cấp, quan hệ dân tộc... thể hiện đầy đủ trong thực tế quan điểm của Đảng và Nhà nước về sự thống nhất giữa chính sách kinh tế và chính sách xã hội”²

Vai trò của chính sách xã hội thể hiện rõ nhất qua các chính sách và giải pháp về an sinh xã hội (ASXH). ASXH là những can thiệp của nhà nước và xã hội thông qua hệ thống các cơ chế, chính sách và hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và trợ giúp xã hội nhằm hạn chế, phòng ngừa và khắc phục rủi ro, các cú sốc do thiên tai, dịch hoạ và các biến động về kinh tế - xã hội, thực hiện mục tiêu phát triển bền vững. Thông qua các chính sách ASXH, Nhà nước tiến hành phân phối lại thu nhập và dịch vụ cho các nhóm xã hội dễ bị tổn thương và các gia đình thu nhập thấp, góp phần giảm nghèo và chống nguy cơ tái nghèo, tiến tới thu hẹp bất bình đẳng xã hội. Với ý nghĩa đó, ASXH vừa có tính kinh tế, vừa mang tính xã hội và nhân văn sâu sắc.



Trong thập niên vừa qua, xã hội Việt Nam đang trải qua quá trình già hóa mạnh mẽ và sâu sắc. Với tổng dân số hơn 96 triệu người (năm 2019) Việt Nam đã có hơn 10% dân số đạt tuổi 60 trở lên kể từ năm 2012.³ Một mặt, quá trình này phản ánh chất lượng cuộc sống của người dân tăng lên, mặt khác nó đặt ra những vấn đề mới phải quan tâm giải quyết đối với nhu cầu của người cao tuổi. Chăm sóc người cao tuổi chính là một trong những nhiệm vụ của chính sách an sinh xã hội của Nhà nước.

Có 4 thiết chế chính tham gia vào chăm sóc người cao tuổi (NCT), đó là nhà nước, các tổ chức xã hội, gia đình và thị trường (hay các tổ chức chăm sóc tư nhân).⁴ Trọng tâm của bài viết này là phân tích sự tham gia của các tổ chức xã hội đối với việc chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số hiện nay. Tuy nhiên, trong thực tế, sự tham gia của các tổ chức xã hội không tách rời hệ thống các chính sách của nhà nước, đồng thời, nhiều hoạt động thuộc về chính sách nhà nước được triển khai với sự tham gia của các tổ chức xã hội, vì vậy, hệ thống quan điểm và chính sách của nhà nước cũng sẽ được phân tích. Bài viết dựa trên việc phân tích các số liệu thống kê quốc gia và kết quả các nghiên cứu hiện có.

2. Tổ chức xã hội và việc thực hiện chính sách xã hội

Tổ chức xã hội được hiểu là một tập hợp liên kết giữa các cá nhân nhằm đạt được mục đích cụ thể, không nhằm mục đích lợi nhuận và được xác định là một bộ phận, thành tố của cơ cấu xã hội. Trong hệ thống chính trị của Việt Nam, mỗi loại tổ chức xã hội đều có vai trò trong việc phát huy quyền làm chủ của nhân dân lao động, cũng như xây dựng và bảo vệ đất nước. Ở Việt Nam, ngoài tổ chức chính trị là Đảng Cộng sản Việt Nam thì còn có 2 loại tổ chức xã hội chủ yếu là tổ chức chính trị-xã hội (CT-XH) và tổ chức xã hội (TCXH) khác (gồm tổ chức xã hội-nghề nghiệp, các tổ chức tự quản cấp cộng đồng và tổ chức khác).

Các tổ chức CT-XH (hay thường gọi là các tổ chức đoàn thể) bao gồm: Mặt trận tổ quốc, Hội Nông dân, Hội Phụ nữ, Hội Cựu chiến binh, Đoàn Thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh và Liên đoàn lao động. Theo Hiến pháp năm 2013,⁵ vai trò của các tổ chức chính trị-xã hội được khẳng định là "đại diện và bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp, chính đáng của thành viên, hội viên tổ chức mình". Điều 9 Hiến pháp năm 2013 quy định: MTTQ Việt Nam là tổ chức liên minh chính trị, liên hiệp tự nguyện của tổ chức chính trị, các tổ chức CT-XH, tổ chức xã hội và các cá nhân tiêu biểu trong các giai cấp, tầng lớp xã hội, dân tộc, tôn giáo, người Việt Nam định cư ở nước ngoài. Theo Quyết định số 31/2011/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 02/6/2011,⁶ các tổ chức đoàn thể có nhiệm vụ giám sát việc thực hiện quy định pháp luật về an sinh xã hội bao gồm: tiếp nhận các ý kiến phản ánh của nhân dân, trực tiếp tiếp thu các thông tin, tài liệu để xem xét, theo dõi và phát hiện hành vi vi phạm pháp luật của cơ quan, tổ chức, đơn vị, cá nhân.... trong việc thực hiện quy định pháp luật về an sinh xã hội, kiến nghị trực tiếp với chủ tịch hội đồng nhân dân, chủ tịch ủy ban nhân dân,... các tổ chức có thẩm quyền để giải quyết.

Trong khoảng hai thập niên qua, hoạt động chủ yếu của các tổ chức CT-XH là nhằm hướng tới mục tiêu giảm nghèo, từ thiện nhân đạo, tự quản, phát triển nghề nghiệp và các hoạt động này được người dân đánh giá cao.⁷ Ngoài việc triển khai các chiến dịch do nhà nước khởi xướng, các tổ chức CT-XH cũng thực hiện hàng ngàn dự án và chương trình tín dụng cho người nghèo, tăng cường dân chủ cơ sở, thúc đẩy phát triển kinh tế và đấu tranh cho bình đẳng giới, v.v.⁸ Các hoạt động kinh tế - xã hội đã được các tổ chức đoàn thể này vận dụng một cách khá linh hoạt phù hợp với người dân địa phương, từ đó tạo ra được hiệu quả tốt trong các hoạt động của đoàn thể.⁹ Với tư cách là thành viên của tổ chức hoặc thuộc vào nhóm để bị tổn thương, những NCT cũng là đối tượng chăm sóc mà các tổ chức CT-XH hướng đến.

Các tổ chức xã hội khác có một số đặc điểm chung: "các tổ chức ngoài nhà nước, tự nguyện, tự quản lý, tự chịu trách nhiệm về kinh phí, hoạt động phi lợi nhuận, tập hợp kết nạp hội viên là người cùng ngành, nghề, giới, lứa tuổi, sở thích... có điều lệ hoặc quy chế được thành lập hoạt động một cách thường xuyên để đạt mục đích nào đó. Tổ chức và hoạt động của các tổ chức đó không được trái với lợi ích của nhân dân, dân tộc, Tổ quốc, chế độ xã hội chủ nghĩa (XHCH) và được pháp luật công nhận (có đăng ký hoạt động, phê chuẩn điều lệ...)".¹⁰ Trong số các TCXH có Hội Người cao tuổi Việt Nam là tổ chức đại diện cho ý chí, nguyện vọng, quyền và lợi ích hợp pháp của người cao tuổi Việt Nam. Hội Người cao tuổi Việt Nam tập hợp, đoàn kết rộng rãi người cao tuổi Việt Nam vào tổ chức Hội, nhằm tạo điều kiện cho người cao tuổi sống vui, sống khỏe, sống hạnh phúc, sống có ích cho bản thân, gia đình và xã hội, tham gia xây dựng, phát triển kinh tế - xã hội, bảo vệ trật tự và



3. Già hoá dân số và việc đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay

Già hoá dân số hay còn gọi là giai đoạn "dân số đang già" được tính khi tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên chiếm từ 10% tổng dân số trở lên. Theo tiêu chí trên, dân số Việt Nam đã đạt đến ngưỡng dân số đang già kể từ năm 2012.¹¹ Ngoài ra, chỉ số già hoá, được tính theo tỷ số giữa số người tuổi 60 và già hơn trên 100 người tuổi dưới 15, ở Việt Nam đã tăng từ khoảng 24,3 năm 1999 lên 35,5 năm 2009 và 50,1 năm 2016. Điều này cho thấy giai đoạn già hoá dân số ở Việt Nam diễn ra rất nhanh chóng trong vài thập kỷ qua.¹² Đây thực sự là một thách thức lớn cho việc chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam khi trình độ phát triển kinh tế-xã hội còn chưa cao như hiện nay.

Cùng với quá trình già hóa dân số, một số đặc trưng nhân khẩu khác cũng có sự biến đổi trong mấy thập niên qua và có ảnh hưởng đến việc chăm sóc người cao tuổi. Trước hết là mức sinh ngày càng giảm. Tổng tỷ suất sinh năm 2001 là 2,25 và đến năm 2019 là 2,09. Đồng thời, quy mô gia đình nhỏ đi và cấu trúc của gia đình cũng ngày càng đơn giản hơn theo hướng hạt nhân hóa. Số người bình quân trong hộ gia đình là 4,6 năm 1999 và 3,6 năm 2019.¹³ Những xu hướng này ảnh hưởng tới khả năng của các thành viên gia đình chăm sóc người cao tuổi do có ít người ở nhà hơn.

Điều đáng quan tâm là tình trạng người cao tuổi sống không có vợ/chồng. Đối với người cao tuổi việc sống cùng vợ/chồng có nhiều ý nghĩa tích cực như câu tục ngữ "con chăm cha không bằng bà chăm ông". Những người cao tuổi sống thiếu vợ/chồng thường dễ gặp nguy cơ bị tổn thương hơn trong cuộc sống, đặc biệt đối với phụ nữ.¹⁴ Số liệu thống kê 2017 cho thấy tỷ lệ nam giới tuổi 60 trở lên sống với vợ là 86,4% nhưng chỉ có 48,5% phụ nữ tuổi 60 trở lên sống với chồng.¹⁵ Năm 2017, tỷ lệ góa ở NCT nữ (44,2%) cũng cao hơn so với NCT nam (11,6%). Ngày càng có nhiều NCT sống một mình. Năm 2014, tỷ lệ NCT sống một mình là 3,2% trong số những người từ 60 tuổi trở lên, nhưng là 16,4% ở những người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên. Hiện nay, những người từ 65 tuổi trở lên chăm sóc cha mẹ từ 90-95 tuổi không phải là hiếm ở cả thành thị và nông thôn.¹⁶

an toàn xã hội, góp phần vào sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước và hội nhập quốc tế vì mục tiêu dân giàu, nước mạnh, dân chủ, công bằng, văn minh.

Hội Người cao tuổi hiện có mạng lưới rộng khắp các tỉnh, thành phố và có chi hội đến 100% xã, phường trong cả nước. Hội NCT tham gia tích cực vào nhiều công tác xã hội như phối hợp xây dựng các văn bản chính sách, chế độ cho NCT, triển khai các chính sách an sinh xã hội với NCT, xây dựng, phát triển các loại hình câu lạc bộ cho NCT góp phần nâng cao sức khỏe và cuộc sống tinh thần. Ngoài ra, việc chăm sóc NCT còn được thông qua các tổ chức tự quản (cấp cộng đồng), tổ chức tôn giáo cũng như các tổ chức tự nguyện khác theo sở thích hoặc đặc điểm khác (hội đồng niên, đồng ngũ, đồng môn, v.v.). Tùy theo đặc điểm của các tổ chức và định hướng hoạt động, các tổ chức này triển khai nhiều hoạt động khác nhau để chăm sóc NCT. Việc phân tích vai trò của các tổ chức chính trị-xã hội cũng như tổ chức xã hội đối với việc bảo đảm an sinh xã hội cho NCT chính là tập trung vào hoạt động của các tổ chức này trong việc chăm sóc NCT. Trong thực tiễn, những hoạt động đối với người cao tuổi thường được triển khai ở cấp cộng đồng, với sự phối hợp của các tổ chức xã hội nói chung.

Trong khi đó, theo Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam năm 2011, có 65,4% người cao tuổi tự đánh giá sức khỏe ở mức yếu và rất yếu. Số liệu một khảo sát ở Cần Thơ năm 2017 cho thấy, trong số khoảng 1.800 người cao tuổi được phân tích, có 42% tự đánh giá là có sức khỏe yếu hoặc rất yếu.¹⁸ Theo một nghiên cứu của Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2015¹⁹ trung bình một NCT từ 80 tuổi trở lên mắc 6,9 bệnh và 28% số NCT cần sự trợ giúp về hoạt động sống cơ bản (vệ sinh, đánh răng, ...), 90% cần sự trợ giúp trong các hoạt động cần thiết (mua bán, nấu ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt giũ quần áo, ...). Với thu nhập trung bình của NCT là 537,900 đồng/tháng, chủ yếu từ nguồn bảo trợ xã hội hoặc lương hưu, sẽ rất khó có được các dịch vụ hỗ trợ từ bên ngoài. Số năm trung bình sống có bệnh tật ở Việt Nam cũng tương đối cao so với các nước khác, khoảng 11 năm đối với nữ và khoảng 8 năm đối với nam.²⁰

Phần lớn những người cao tuổi Việt Nam hiện nay sinh ra và lớn lên trong điều kiện đất nước có chiến tranh và trưởng thành trong thời kỳ nền kinh tế bao cấp. Khi đất nước chuyển sang nền kinh tế hoạt động theo cơ chế thị trường, những người này phải đối diện với nhiều khó khăn về kinh tế vì họ hoặc không có của cải tích lũy hoặc tài sản tích lũy không đủ để họ sống và trợ giúp sức khỏe cho họ khi tuổi già. Theo số liệu năm 2016, tỷ lệ người cao tuổi sống ở mức nghèo đói là khoảng 10%.²¹ Những điều này đòi hỏi cần có sự quan tâm và chăm sóc tốt hơn người cao tuổi từ phía nhà nước, cộng đồng, gia đình và thị trường.

Nhờ thực hiện các chính sách Đổi mới (bắt đầu từ năm 1986) nền kinh tế Việt Nam đã có những bước tăng trưởng mạnh mẽ trong những năm gần đây. GDP bình quân đầu người là 1.168 USD năm 2010, tăng khoảng 3 lần so với năm 2000. Năm 2017 GDP bình quân đầu người ước tính đạt 2.385 USD, tăng 170 USD so với năm 2016 và năm 2019 là 2800 USD.²² Việt Nam đã từ một nước nghèo trở thành nước có mức thu nhập trung bình thấp. Nhờ kết quả của sự tăng trưởng kinh tế, đầu tư cho các lĩnh vực xã hội, trong đó có chăm sóc y tế đã tăng lên. Theo số liệu từ Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế²³ phần ngân sách nhà nước dành cho chăm sóc sức khỏe năm 2014 ước tính là 8,2%, tăng lên so với 7,7% năm 2010. Trong những năm gần đây, ngân sách cho chăm sóc sức khỏe năm 2016-2017 khoảng 6%.²⁴

Tuy nhiên, các quá trình phát triển kinh tế và xã hội ở Việt Nam vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Tổng đầu tư cho khu vực phát triển xã hội năm 2013 chỉ có 30,4%, thấp nhất tính từ năm 2000. Điều đó cho thấy Việt Nam sẽ tiếp tục gặp nhiều thách thức để đạt được và duy trì sự cân đối giữa tăng trưởng kinh tế và phát triển xã hội trong đó có chăm sóc người cao tuổi.²⁵



4. Chính sách của Đảng và nhà nước Việt Nam đối với việc chăm sóc NCT

Vai trò của nhà nước đối với việc chăm sóc NCT thể hiện trước hết qua các văn bản pháp luật, chính sách thể hiện sự quan tâm đối với người cao tuổi, đồng thời thông qua việc xây dựng thể chế và triển khai các biện pháp cụ thể về an sinh xã hội (chăm lo bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và các hoạt động trợ giúp xã hội) nhằm bảo đảm NCT được chăm sóc một cách tốt nhất. Về mặt thể chế, ở Việt Nam có Ủy ban quốc gia về NCT Việt Nam được thành lập theo Quyết định số 141/2004/QĐ-TTg ngày 5/8/2004. Đây là tổ chức phối hợp liên ngành, có chức năng giúp Thủ tướng chính phủ chỉ đạo, phối hợp giữa các bộ, ngành, đoàn thể, địa phương trong việc giải quyết những vấn đề liên quan về cơ chế, chính sách để thực hiện công tác người cao tuổi. Tại tuyến tỉnh, thành phố và quận, huyện có Ban công tác Người cao tuổi ở cấp tương đương làm nhiệm vụ nghiên cứu, đề xuất, chỉ đạo các tổ chức liên quan triển khai công tác chăm sóc NCT.²⁶

Đảng và nhà nước Việt Nam luôn tôn trọng người cao tuổi và coi "việc quan tâm, chăm sóc đời sống vật chất và tinh thần của người cao tuổi là đạo lý của dân tộc, là tình cảm và trách nhiệm của toàn Đảng, toàn dân và các cấp chính quyền",²⁷ từ đó đã đề ra nhiều chính sách thể hiện sự quan tâm đối với người cao tuổi. Tại Khoản 3, Điều 37, Hiến pháp nước CHXHCN Việt Nam 2013, lần đầu tiên quyền của người cao tuổi được ghi thành một điều khoản riêng: Người cao tuổi 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.²⁸

Luật Người cao tuổi (2009) khẳng định rằng gia đình có trách nhiệm chủ yếu trong việc chăm sóc người cao tuổi. Tuy nhiên, Luật cũng nêu ra các chính sách hỗ trợ người cao tuổi nghèo không nơi nương tựa và những người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên, không có lương hưu hoặc trợ cấp xã hội hàng tháng hoặc các biện pháp do nhà nước và xã hội thực hiện nhằm tạo điều kiện để người cao tuổi được học tập, nghiên cứu, tham gia hoạt động văn hóa, thể dục, thể thao, giải trí, du lịch (Điều 14, 16, 18.)²⁹ Nhiều chính sách cụ thể đã được Chính phủ

ban hành liên quan đến chăm sóc và phát huy vai trò của người cao tuổi. Chẳng hạn, theo Nghị định 06/2011/NĐ-CP, Điều 6, Khoản 2, tất cả người cao tuổi, tuổi 60-80, thuộc hộ nghèo, không có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng hoặc có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng nhưng người này đang hưởng chế độ trợ cấp xã hội hàng tháng, thì được hưởng 180.000đ/tháng.³⁰ Những người cao tuổi từ đủ 80 tuổi trở lên thuộc hộ gia đình nghèo không có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng hoặc có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng nhưng người này đang hưởng chế độ trợ cấp xã hội hàng tháng, được hưởng mức 270.000 đồng/người/tháng. Đối với người từ đủ 80 tuổi trở lên mà không có lương, trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng, trợ cấp xã hội hàng tháng thì được hưởng mức 180.000 đồng/người/tháng. Đối với người cao tuổi được nuôi dưỡng trong các cơ sở bảo trợ xã hội quy định tại khoản 2 Điều 18 Luật Người cao tuổi, thì được hưởng mức 360.000 đồng/người/tháng.

Do thiếu các cơ sở bảo trợ xã hội để tiếp nhận tất cả người cao tuổi có nhu cầu, nhà nước cũng đã có cơ chế để hỗ trợ những người trong cộng đồng tự nguyện chăm sóc người cao tuổi. Theo chính sách này, đối với người cao tuổi đủ điều kiện tiếp nhận vào sống trong các cơ sở bảo trợ xã hội nhưng có người nhận chăm sóc tại cộng đồng quy định tại Điều 19 Luật Người cao tuổi, thì được hưởng mức 810.000 đồng/người/tháng. Thêm vào đó, các hộ gia đình và cá nhân thực hiện việc chăm sóc và nuôi dưỡng người cao tuổi ở cộng đồng, mặc dù họ không có quyền và nghĩa vụ liên quan thì được hỗ trợ 405.000VND/tháng.³¹

Ngoài ra, những người cao tuổi từ 70 tuổi trở lên còn được nhận quà từ lãnh đạo chính quyền và hội người cao tuổi vào dịp mừng thọ. Những người cao tuổi từ 60 trở lên được mua vé đi lại bằng phương tiện công cộng với giá thấp hơn (ít nhất giảm 15%) và giảm giá dịch vụ tham quan các di tích văn hóa và lịch sử hoặc bảo tàng (ít nhất giảm 20%). Nhà dưỡng lão dành cho người cao tuổi được khuyến khích và hỗ trợ bởi các chính sách ưu tiên; v.v.

Nhiều nội dung chính sách và luật pháp kể trên đã được triển khai trong thực tế. Năm 2019, ngân sách Nhà nước đã dành hơn 17.517 tỷ đồng trợ giúp xã hội cho người cao tuổi (bao gồm trợ cấp hàng tháng và mua thẻ bảo hiểm y tế), khoảng 10.000 người cao tuổi đang được nuôi dưỡng, chăm sóc tại các cơ sở bảo trợ xã hội. Đồng thời, có khoảng 1,4 triệu người cao tuổi hưởng trợ cấp người có công; trên 3,1 triệu người cao tuổi đang hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội. Đáng chú ý, hiện nay, một số tỉnh, thành phố nâng mức chuẩn trợ cấp xã hội cao hơn mức chuẩn quy định như Bắc Ninh, Quảng Ninh, Hà Nội, Đà Nẵng, Bình Dương, Thành phố Hồ Chí Minh...³²

Nhà nước cũng là thiết chế chính chăm lo về bảo hiểm y tế và xã hội cho người cao tuổi. Mạng lưới khám, chữa bệnh cho NCT hiện đang được thực hiện lồng ghép trong hệ thống y tế từ trung ương đến địa phương. Bệnh viện Lão khoa Trung ương là đơn vị tuyến cuối cùng về khám, chữa bệnh. Đến cuối năm 2019, cả nước có 97 bệnh viện cấp trung ương và cấp tỉnh có khoa lão khoa; 86 cơ sở bảo

trợ xã hội, chăm sóc NCT; 1,7 triệu NCT hàng tháng được hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội theo Luật NCT; 1,9 triệu lượt NCT được tuyên truyền, phổ biến kiến thức chăm sóc sức khỏe; 3 triệu NCT được lập hồ sơ theo dõi sức khỏe; gần 4 triệu NCT được khám sức khỏe định kỳ; 96% NCT có thẻ bảo hiểm y tế, đa số các bệnh viện thực hiện ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh cho NCT từ 80 tuổi trở lên.³³ Điều đó cho thấy sự nỗ lực vượt bậc của nhà nước nhằm chăm sóc tốt hơn cho người NCT và những hỗ trợ này đã giúp giảm nhẹ gánh nặng kinh tế của các gia đình khi chăm sóc NCT khi lúc họ ốm đau, đặc biệt đối với những gia đình gặp khó khăn về tài chính.

Về khía cạnh xã hội, hiện tại có hai cơ chế hỗ trợ tài chính cho người cao tuổi: bảo hiểm xã hội (lương hưu đóng góp) và trợ giúp xã hội (lương hưu không đóng góp). Năm 2016 chỉ có chưa đến 20% số NCT nhận lương hưu hàng tháng và tỷ lệ nhận lương hưu thấp nhất là ở nhóm tuổi già nhất (14,4%). Số tiền lương hưu trung bình là 3,4 triệu đồng (người hưu trí khu vực tư nhân) và 4,26 triệu đồng (người hưu trí trong khu vực công.) Theo số liệu năm 2016, chỉ có 21,3% người lao động tham gia bảo hiểm xã hội. Với tỷ lệ lao động tham gia BHXH thấp như hiện tại, người cao tuổi trong tương lai sẽ gặp phải nhiều khó khăn hơn trong cuộc sống và cũng sẽ tạo ra gánh nặng lớn cho ngân sách nhà nước.³⁴

Trợ giúp xã hội là trợ cấp của nhà nước cho người cao tuổi cô đơn, người cao tuổi sống trong hộ nghèo và người cao tuổi từ 80 trở lên mà chưa có bất kỳ loại trợ cấp nào. Năm 2016, chỉ 0,95% người cao tuổi trong nhóm 60-79 và 16% người cao tuổi trong nhóm 80 trở lên được nhận trợ cấp xã hội hàng tháng. Mặc dù mức trợ cấp xã hội cho người cao tuổi chỉ bằng khoảng 38% so với chuẩn nghèo nông thôn và 30% chuẩn nghèo thành thị nhưng NCT cho rằng đó là nguồn thu nhập tốt. Tính đến cuối năm 2017, tổng cộng có 1,57 triệu người cao tuổi đang nhận trợ cấp xã hội hàng tháng và 1,4 triệu người cao tuổi nhận trợ cấp người có công, như vậy còn khoảng gần 5 triệu người cao tuổi ở nhóm 60-79 (không thuộc hộ nghèo hay bị khuyết tật) chưa được nhận bất kỳ khoản trợ cấp nào từ nhà nước và đang gặp nhiều khó khăn về tài chính.³⁵

Các cơ sở chăm sóc người cao tuổi của nhà nước hiện nay chủ yếu mới chỉ tiếp nhận người cao tuổi nghèo, cô đơn và không nơi nương tựa. Tại thời điểm năm 2018, hệ thống bảo trợ xã hội ở Việt Nam gồm 413 cơ sở (công lập có 195 và ngoài công lập có 218), trong đó có 32 cơ sở chăm sóc riêng cho người cao tuổi, ngoài ra một số cơ sở chăm sóc các nhóm đối tượng khác bao gồm cả người cao tuổi (73 cơ sở chăm sóc người khuyết tật, 102 cơ sở tổng hợp, 31 cơ sở chăm sóc người tâm thần và 34 trung tâm cứu trợ xã hội.) Các cơ sở bảo trợ xã hội đã chăm sóc, nuôi dưỡng khoảng 42.000 đối tượng, cung cấp dịch vụ trợ giúp xã hội cho hàng chục ngàn người. Trong đó, đối tượng người già cô đơn chiếm 10,3%.³⁶ Như vậy, hệ thống các cơ sở bảo trợ xã hội của nhà nước dành cho người cao tuổi chưa đủ để đáp ứng nhu cầu của NCT, cho dù mức độ hỗ trợ vật chất cho người cao tuổi ở các cơ sở bảo trợ xã hội cũng không cao.³⁷

Nhìn chung, việc thực hiện chính sách đối với NCT đã giúp nhiều người cao tuổi nâng cao điều kiện sức khỏe của họ, giảm bớt áp lực về tài chính và thời gian chăm sóc NCT cho các gia đình. Tuy nhiên, các chính sách hiện tại đối với người cao tuổi mới chỉ tập trung vào việc hỗ trợ cho một bộ phận nhỏ của người cao tuổi đặc biệt khó khăn, chưa bao phủ được tất cả những người cao tuổi trong toàn quốc. Việc triển khai thực hiện các chính sách cũng còn bất cập. Nhiều người cao tuổi và gia đình họ chưa hiểu biết nhiều về các chính sách chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi, điều đó làm giảm đi tính hiệu quả của các chính sách thực hiện. Tỷ lệ người cao tuổi có bảo hiểm y tế cao nhưng tỷ lệ sử dụng còn thấp, trong đó có lý do chi phí khám chữa bệnh thường cao hơn nhiều so với khả năng chi trả của BHYT.³⁸ Ngoài ra, việc thực hiện Luật NCT còn thiếu sự phối hợp và phân định trách nhiệm rõ ràng giữa các tổ chức; nguồn lực hạn chế; việc thông tin chính sách và pháp luật đối với NCT chưa kịp thời; những ưu tiên đối với các dịch vụ giao thông, du lịch chưa được áp dụng ở nhiều địa phương; v.v.³⁹

5. Các tổ chức xã hội thực hiện chính sách an sinh xã hội đối với người cao tuổi

Trong số các tổ chức chính trị-xã hội, Hội nông dân, Hội Liên hiệp phụ nữ và Hội Cựu chiến binh là 3 tổ chức có liên quan mật thiết hơn cả với người cao tuổi do đặc điểm của lứa tuổi. Việc tham gia các tổ chức chính trị-xã hội là cơ sở để hoạt động của các tổ chức chăm lo cho người cao tuổi được cụ thể hơn.

Báo cáo của Hội Người cao tuổi Việt Nam về 25 năm xây dựng và phát triển (1995-2020) cho biết đến tháng 11/2019, cả nước có 680 nghìn NCT tham gia công tác Đảng, chính quyền, đoàn thể ở cơ sở; trên 789 nghìn NCT tham gia công tác khuyến học, phòng chống tội phạm, hòa giải ở cơ sở địa phương.⁴⁰ Sự tham gia của người cao tuổi vào các tổ chức chính trị-xã hội này giúp cho họ liên quan trực tiếp hơn vào việc tiếp nhận các chính sách trợ giúp xã hội của nhà nước.

Mặc dù các tổ chức chính trị-xã hội thường quan tâm đến người cao tuổi nói chung và những người cao tuổi là hội viên trực tiếp của tổ chức nói riêng, trong thực tế ít khi nhóm người cao tuổi được quan tâm với những hình thức chăm sóc chuyên biệt từ các tổ chức này. Tổ chức chủ yếu đảm nhận việc triển khai chính sách của nhà nước đối với người cao tuổi là hội người cao tuổi, thông qua các hoạt động nhằm bảo vệ quyền lợi NCT; chăm sóc sức khỏe/phục hồi chức năng, chăm sóc dài hạn và bảo đảm môi trường xã hội cho người cao tuổi.⁴¹

Hội người cao tuổi có vai trò quan trọng trong việc tổ chức chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi. Tỷ lệ người cao tuổi tham gia vào hội là khá cao (khoảng hơn 83% với hơn 9,4 triệu hội viên), nhưng các hoạt động dành cho người cao tuổi thì không chỉ dành cho hội viên mà hội triển khai tất cả các hoạt động, chính sách nhà nước vì mục đích của toàn thể người cao tuổi. Các chương trình phối hợp của hội với một số bộ, ngành đem lại hiệu quả thiết thực, được các cấp ủy đảng, chính quyền ghi nhận, đánh giá cao. Chẳng hạn, có 63/63 tỉnh, thành phố triển khai xây dựng thành lập quỹ chăm sóc và phát huy vai trò NCT ở cơ sở, với 9.951 xã/phường/thị trấn có quỹ, chiếm 89% tổng số xã/phường/thị



trấn cơ sở. Trung ương hội đã trích gần 2,5 tỷ đồng từ nguồn quỹ tặng 4.096 suất quà cho NCT có hoàn cảnh khó khăn. Từ năm 2017 đến cuối năm 2019, các cấp hội đã vận động nguồn lực được 487,8 tỷ đồng (gồm cả hiện vật), gần 90.000 NCT có đơn không nơi nương tựa, NCT có hoàn cảnh khó khăn được thăm hỏi, tặng quà. Ở một số địa phương, tổ chức NCT đã phối hợp với các đoàn thể vận động xây nhà tình nghĩa cho NCT khó khăn. Hội cũng đã triển khai tháng hành động vì NCT Việt Nam từ năm 2017.⁴²

Một hoạt động quan trọng cho người cao tuổi trong cộng đồng là các câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau (Intergenerational self-help club-ISC), một mô hình dựa vào cộng đồng. Câu lạc bộ được thiết lập ở các thôn, bản và thường được giao cho hội NCT hoặc hội PN chịu trách nhiệm quản lý và vận hành với ban chủ nhiệm gồm 5 thành viên và một số tình nguyện viên. Câu lạc bộ nhằm mục đích chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi trong cộng đồng với 8 hình thức hỗ trợ, trong đó 3 lĩnh vực trực tiếp nhất liên quan đến chăm sóc dài hạn cho NCT là chăm sóc tại nhà, chăm sóc sức khỏe và tự giúp nhau/hỗ trợ cộng đồng đối với những người không thể ra khỏi nhà hoặc nằm liệt giường. Câu lạc bộ sinh hoạt hàng tháng, với nhiều nội dung phong phú, đa dạng, đáp ứng nhu cầu của thành viên.

Cho đến cuối năm 2016 đã có 1064 ISC hoạt động ở 18 tỉnh với hơn 55.000 người cao tuổi tham gia. Với kết quả tích cực của hoạt động câu lạc bộ đối với sức khỏe người cao tuổi, năm 2016, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Đề án nhân rộng mô hình câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau (ISC) giai đoạn 2016 – 2020 (Quyết định số 1533/QĐ-TTg năm 2016).⁴³ Đề án đã được Trung ương Hội NCT tổ chức triển khai có hiệu quả. Đến cuối năm 2019, cả nước có 56/63 tỉnh, thành phố được UBND tỉnh phê duyệt để án thực hiện ở địa phương. Hiện có 1.800 CLB trên cả nước đang hoạt động nề nếp, là chỗ dựa cho NCT có hoàn cảnh khó khăn.⁴⁴

Khó khăn chủ yếu hiện nay trong việc triển khai các hoạt động câu lạc bộ này là nguồn lực tài chính còn hạn chế để duy trì hoạt động bền vững. Các nhân viên và tình nguyện viên làm việc chủ yếu trên cơ sở nhiệt tình và kinh nghiệm nhưng còn thiếu các kỹ năng chuyên môn, đặc biệt là kỹ năng chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.⁴⁵

Tổ chức hội NCT các cấp đã làm tốt hoạt động nâng cao đời sống tinh thần cho NCT như phối hợp đẩy mạnh các hoạt động văn hóa, thể thao NCT. Gần 3,1 triệu lượt NCT tham gia các giải thi đấu do hội NCT các cấp phối hợp với ngành thể thao và địa phương tổ chức. Từ năm 2017 đến 2019, bình quân mỗi năm có 1,1 triệu người cao tuổi được chúc thọ theo độ tuổi quy định.

Trung ương Hội NCT cũng đã kí chương trình phối hợp với Bộ Y tế về chăm sóc sức khỏe NCT, tiếp tục tham mưu, đề xuất với Ủy ban Các vấn đề xã hội của Quốc hội, Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội nghiên cứu giảm độ tuổi NCT hưởng trợ cấp xã hội từ 80 xuống 75 tuổi, nâng mức trợ cấp xã hội so với hiện nay... góp phần hoàn thiện chính sách, pháp luật, xây dựng cơ chế chính sách đối với chăm sóc NCT.⁴⁶

Ở cấp độ cộng đồng, các tổ chức xã hội đã triển khai thực hiện nhiều hoạt động chăm sóc người cao tuổi. Phong trào xây dựng “Gia đình văn hóa” với các tiêu chí như: gia đình ấm no, hòa thuận, tiến bộ, khỏe mạnh và hạnh phúc; xây dựng các câu lạc bộ gia đình hạnh phúc, nhiều phong trào vận động phong phú, thiết thực như “ông bà, cha mẹ mẫu mực, con cháu thảo hiền”, “thắp sáng tình yêu thương trong mỗi gia đình”; v.v. được tổ chức rộng khắp ở các địa phương đã có đóng góp không nhỏ vào việc củng cố gia đình và chăm sóc người cao tuổi.⁴⁷

Các tổ chức ở cộng đồng như các nhóm hòa giải và hội người cao tuổi cũng đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc người cao tuổi. Các tổ chức cộng đồng này đã can thiệp kịp thời vào các xung đột gia đình để bảo vệ quyền của người cao tuổi cũng như giữ gìn sự đoàn kết trong mỗi gia đình. Bên cạnh những hình thức câu lạc bộ, các tổ chức này có những sáng kiến như hình thành những ngôi nhà cộng đồng cho người cao tuổi đến sinh hoạt giải trí trong ban ngày và họ có thể về nhà buổi tối.

Tuy nhiên, hiện nay sự can thiệp từ bên ngoài gia đình đối với vấn đề mâu thuẫn và đặc biệt là bạo lực đối với người cao tuổi còn gặp nhiều trở ngại, nhất là từ nhận thức của chính cộng đồng. Dù họ hàng, chính quyền và các tổ chức đoàn thể như tổ hòa giải, mặt trận Tổ quốc, hội phụ nữ, hội người cao tuổi có tìm cách khuyên giải con cái và giúp đỡ người cao tuổi nhưng trong một số trường hợp, khi

con cái không làm theo, họ cũng không thể có cách nào giúp đỡ được nạn nhân vì họ vẫn có tâm lý e dè và coi đây là việc riêng của gia đình.⁴⁸ Điều này có thể làm hạn chế khả năng can thiệp của xã hội nhằm trợ giúp các nạn nhân người cao tuổi.

Những cơ sở trợ giúp người cao tuổi do cộng đồng tôn giáo tổ chức cũng đóng góp quan trọng vào việc bảo đảm an sinh xã hội cho người cao tuổi. Hoạt động thường được các tổ chức tôn giáo quan tâm là chăm lo cho những người già cô đơn không nơi nương tựa. Có thể nêu ví dụ về các cơ sở dưỡng lão và hoạt động bảo trợ xã hội từ hai tôn giáo lớn ở Việt Nam là công giáo và phật giáo. Ngô Hữu Thảo⁴⁹ cho biết, trong giai đoạn 2007-2012, giáo hội Phật giáo có trên 20 cơ sở nhà dưỡng lão, nuôi dưỡng trên 1.000 người. Đến năm 2015, các cơ sở nuôi dưỡng 1459 người. Một số chùa không có nhà dưỡng lão song vẫn nhận, chăm sóc người già cô đơn. Đó là chưa kể đến việc giáo hội Phật giáo đã vận động tài chính, xây nhà tình nghĩa, ủng hộ nuôi dưỡng các bà mẹ Việt Nam anh hùng, thăm hỏi hỗ trợ cho những người cao tuổi tại nhà dưỡng lão, ủng hộ quỹ bảo trợ, v.v. Tương tự, đối với công giáo, có nhiều cơ sở chăm sóc người cao tuổi của các tổ chức, cá nhân thuộc Giáo hội Công giáo Việt Nam đã được các bộ, ngành, địa phương cấp phép hoạt động.⁵⁰

Hoạt động chăm sóc người cao tuổi của các tôn giáo góp phần giảm gánh nặng về chi ngân sách của nhà nước trong việc chăm sóc, nuôi dưỡng người cao tuổi cô đơn. Tuy nhiên, sự tham gia của các tôn giáo vào việc chăm sóc NCT thông qua các cơ sở trợ giúp xã hội còn bộc lộ một số khó khăn, bất cập như: Nghiệp vụ về quản lý, chăm sóc, bảo trợ ở các cơ sở chưa đồng đều, thậm chí có nhiều nơi chưa đạt yêu cầu, quy định về pháp lý đã đặt ra. Một số cơ sở trợ giúp xã hội hoạt động một cách riêng rẽ, độc lập trong tôn giáo mình, thiếu sự kết nối mang tính hệ thống với các cơ quan quản lý, phúc lợi xã hội, các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc, trợ giúp xã hội khác. Nguồn kinh phí chủ yếu có được từ trợ giúp của các cá nhân và tổ chức từ thiện trong xã hội nên còn thiếu tính chủ động. Nhân viên công tác xã hội làm việc tại các cơ sở trợ giúp xã hội của tôn giáo còn thiếu về số lượng, chưa được đào tạo chuyên nghiệp về công tác xã hội...⁵¹

6. Thách thức đối với các tổ chức xã hội trong chăm sóc người cao tuổi hiện nay

Những phân tích ở trên cho thấy, mặc dù đã có nhiều nỗ lực, nhà nước và các tổ chức xã hội vẫn chưa thể đáp ứng hết được các nhu cầu chăm sóc của người cao tuổi. Trong bối cảnh mới, nhiều thách thức đang đặt ra đối với việc chăm sóc người cao tuổi của các tổ chức xã hội. Mặc dù gia đình vẫn đang là lực lượng chính chăm sóc người cao tuổi theo luật định, và trong thực tế các gia đình đang cố gắng hoàn thành trách nhiệm của họ trong việc hỗ trợ và chăm sóc người cao tuổi và duy trì mối quan hệ hài hòa giữa người cao tuổi và con cháu họ, việc thực hiện vai trò của gia đình trong vấn đề này hiện gặp nhiều khó khăn. Trong thời gian tới, tỷ lệ người cao tuổi sống với con cháu có thể giảm đi do sự thay đổi về việc làm, di cư, thay đổi về quan niệm và cách suy nghĩ của các thế hệ trẻ hơn và của chính thế hệ người cao tuổi trong việc sắp xếp cuộc sống của họ khi về già.⁵²

Trong bối cảnh vai trò hỗ trợ của gia đình sẽ gặp nhiều khó khăn hơn trong giai đoạn kinh tế thị trường và đóng góp của nhà nước và các tổ chức xã hội còn hạn chế, việc quan tâm tới sự tham gia của các tổ chức chăm sóc người cao tuổi tư nhân là rất quan trọng. Nhận thức rõ điều đó, Đảng cộng sản Việt Nam từng khẳng định: “Các vấn đề chính sách xã hội đều phải giải quyết theo tinh thần xã hội hóa. Nhà nước giữ vai trò nòng cốt, đồng thời động viên mỗi người dân, các doanh nghiệp, các tổ chức trong xã hội, các cá nhân và tổ chức nước ngoài cùng tham gia giải quyết những vấn đề xã hội.”⁵³ Tại cuộc làm việc của Ủy ban QGNET Việt Nam (VNCA) về công tác chăm sóc, phát huy vai trò người cao tuổi năm 2019 và mục tiêu, nhiệm vụ năm 2020, vấn đề thu hút các nguồn lực xã hội vào hoạt động chăm sóc người cao tuổi, khuyến khích các cơ sở tư nhân cũng đã được nhấn mạnh.⁵⁴ Chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030 (Quyết định số 1579/QĐ-TTg ban hành ngày 13/10/2020) cũng đã đề ra mục tiêu về việc triển khai các mô hình trung tâm dưỡng lão theo hình thức xã hội hóa thực hiện nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (mục tiêu i) với phương thức từng bước tăng thị phần của khu vực tư nhân theo hướng mở rộng dần từ các khu vực đô thị, kinh tế-xã hội phát triển đến các khu vực

khác trong cả nước; có chính sách khuyến khích các doanh nghiệp, tập thể và cá nhân đầu tư vào lĩnh vực chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Đồng thời, thúc đẩy sự cạnh tranh lành mạnh, nâng cao chất lượng của các cơ sở cung cấp dịch vụ, kể cả khu vực ngoài công lập.

Thực tế cho thấy, các trung tâm tư nhân chăm sóc người cao tuổi xuất hiện từ gần 2 thập niên nay và phát triển với tốc độ nhanh trong thời gian gần đây nhờ mức sống tăng lên và nhu cầu ngày càng cao. Theo số liệu 2017, có khoảng hơn 20 cơ sở dưỡng lão tư nhân chăm sóc NCT, chủ yếu là tại các vùng đô thị và phục vụ đối tượng có mức sống khá.⁵⁵ Ngoài việc chăm sóc ăn uống, các cơ sở nuôi dưỡng người cao tuổi còn có nhiều hoạt động phong phú khác để phục vụ người cao tuổi như về chăm sóc y tế, đời sống tinh thần, phục hồi chức năng và trị liệu. Điểm mạnh chủ yếu của các trung tâm này là có một đội ngũ các nhân viên chăm sóc người cao tuổi được đào tạo khá bài bản. Tuy nhiên, hạn chế của các trung tâm chăm sóc người cao tuổi là chi phí dịch vụ tương đối cao đối với nhiều người.⁵⁶ Báo cáo từ một số trung tâm chăm sóc người cao tuổi ở Hà Nội (như Thiên Đức, Nhân Ái) cho biết chi phí chăm sóc người cao tuổi tại trung tâm với một số đối tượng có tiêu chuẩn cao dao động từ 10 triệu đến 15 triệu đồng/tháng, cao hơn rất nhiều so với thu nhập của những người có mức sống trung bình.⁵⁷ Nhiều người không thích sống ở nhà dưỡng lão vì cho rằng như vậy là không duy trì được đạo hiếu của gia đình.⁵⁸ Việc mở rộng hệ thống cơ sở dưỡng lão tư nhân cũng rất chậm vì không có ưu đãi cho việc thiết lập những cơ sở này như quy hoạch, vay vốn ưu đãi, giảm thuế...⁵⁹

Ngoài các cơ sở dưỡng lão tư nhân, những hình thức hỗ trợ mang tính chất cá nhân như người giúp việc gia đình (có thể qua giao dịch trực tiếp hoặc qua trung tâm giới thiệu) cũng có đóng góp quan trọng trong việc chăm sóc người cao tuổi. Loại hình việc làm giúp việc gia đình đã phát triển mạnh ở Việt Nam trong hai thập niên qua. Theo Trung tâm Dự báo và Thông tin thị trường lao động Quốc gia dự báo số lượng việc làm liên quan tới giúp việc gia đình sẽ tăng từ 157.000 người năm 2008 lên tới 350.000 người vào năm 2020.⁶⁰

Có nhiều loại hình giúp việc chăm sóc người cao tuổi tại nhà, người giúp việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện, v.v. Những loại hình chăm sóc này có ưu điểm là chi phí thường thấp hơn so với chi phí dịch vụ tại trung tâm chăm sóc người cao tuổi, đồng thời có tính linh hoạt cao, phù hợp với yêu cầu đa dạng của các gia đình. Tuy nhiên, nhược điểm của loại hình chăm sóc này là những người giúp việc thường không được đào tạo bài bản trong việc chăm sóc người cao tuổi, họ ít biết về các quy định, pháp luật về vấn đề này. Ngoài ra, so với mặt bằng thu nhập của người dân nói chung thì chi phí cho việc chăm sóc này vẫn cao.⁶¹

Như vậy, mặc dù trong thời gian qua, các tổ chức chăm sóc người cao tuổi tư nhân hoặc người giúp việc gia đình cá nhân đã tham gia vào việc chăm sóc người cao tuổi, bổ sung cho nhà nước và các tổ chức xã hội, nhưng mức độ đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi cũng còn hạn chế. Nhìn chung, các thiết chế thị trường chưa đủ khả năng thay thế các tổ chức xã hội trong việc chăm sóc người cao tuổi.

Kết luận

Xã hội Việt Nam đang già hóa đã đặt ra nhiều thách thức đối với việc chăm sóc người cao tuổi. Sự phát triển kinh tế-xã hội tích cực những năm qua đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc người cao tuổi. Nhà nước đã có những chính sách cụ thể và phối hợp với các tổ chức xã hội triển khai nhiều hoạt động nhằm chăm lo cho người cao tuổi. Mức độ chăm sóc người cao tuổi về tinh thần và vật chất ngày càng được tăng lên. “Sống vui, sống khỏe, sống có ích” đã trở thành hiện thực đối với một bộ phận lớn người cao tuổi. Tuy nhiên, trong điều kiện của đất nước còn nhiều khó khăn, nỗ lực của nhà nước và các tổ chức xã hội chưa đủ để đáp ứng hoàn toàn nhu cầu của người cao tuổi.

Bổ sung cho sự thiếu hụt đó, các tổ chức tư nhân và cá nhân đã tham gia tích cực vào hệ thống chăm sóc người cao tuổi. Những đóng góp của mạng lưới chăm sóc mang tính thị trường ngày càng tăng lên thể hiện được quan điểm nhất quán của Đảng và Nhà nước Việt Nam thực hiện xã hội hóa việc chăm sóc người cao tuổi nhằm đáp ứng ngày càng tốt

hơn nhu cầu của người cao tuổi. Tuy nhiên, do thu nhập của người cao tuổi nói chung còn thấp, khả năng của người cao tuổi và gia đình chi trả cho các trung tâm dưỡng lão với giá dịch vụ cao, sẽ rất hạn chế. Điều đó có nghĩa là lượng người cao tuổi tham gia vào các trung tâm dưỡng lão tư nhân có thể chưa tăng mạnh trong thời gian tới.

Dưới tác động tổng hợp của các yếu tố văn hóa, kinh tế, xã hội và chính sách đã nêu trên, sẽ còn nhiều biến đổi trong hệ thống chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam trong thời gian tới. Bên cạnh trách nhiệm chủ yếu của gia đình như được quy định ở Luật Người cao tuổi 2009, việc phát huy sự đóng góp của thiết chế thị trường trong vấn đề chăm sóc người cao tuổi là hết sức cần thiết. Tuy nhiên, vai trò của các tổ chức xã hội là cực kỳ quan trọng đối với vấn đề này và trong tương lai gần, thiết chế thị trường chưa thể thay thế các tổ chức xã hội trong hệ thống chăm sóc NCT ở Việt Nam. Điều đó cũng đồng nghĩa với việc phải thử nghiệm và phát triển những mô hình mới, phối hợp nỗ lực giữa các tổ chức xã hội với gia đình và thiết chế thị trường nhằm phục vụ tốt hơn nhu cầu của người cao tuổi trong bối cảnh mới.

Nhằm thúc đẩy những nỗ lực của toàn xã hội chăm sóc NCT, ngày 13 tháng 10 năm 2020, Thủ tướng Chính phủ đã ký Quyết định số 1579/QĐ-TTg Phê duyệt Chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030⁶² với mục tiêu chung là chăm sóc, nâng cao sức khỏe người cao tuổi bảo đảm thích ứng với già hóa dân số, góp phần thực hiện thành công Chiến lược dân số Việt Nam đến năm 2030. Quyết định nêu trên của Thủ tướng đã đề nghị các tổ chức CT-XH, các tổ chức xã hội khác, trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ của mình, tham gia tổ chức triển khai, thực hiện Chương trình, đẩy mạnh công tác tuyên truyền, giáo dục trong từng tổ chức mình, tham gia xây dựng chính sách, pháp luật và giám sát việc thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Phát huy vai trò của các tổ chức CT-XH và xã hội khác, đồng thời phối hợp chặt chẽ hơn với các yếu tố thị trường là điều kiện cực kỳ quan trọng thực hiện thành công Chương trình, đem đến những kết quả tốt hơn trong việc chăm sóc NCT ở Việt Nam.

¹ Nguyễn Tiệp, Phạm Hồng Trang, Nguyễn Lê Trang (2011). Giáo trình Chính sách xã hội. Hà Nội: NXB Lao động-Xã hội.

² Đảng Cộng sản Việt Nam (1986). Văn kiện Đại hội Đảng lần thứ VI. Hà Nội: NXB Chính trị Quốc gia. Trang 86.

³ Tổng cục thống kê Việt Nam (2012). Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình 1/4/2011: Các kết quả chủ yếu Hà Nội: NXB Thống kê.

⁴ Ochiai, Emiko (2009). Care Diamonds and Welfare Regimes in East and South-East Asian Societies: Bridging Family and Welfare Sociology. *International Journal of Japanese Sociology*. 18(1): 60-78.

⁵ Quốc hội Việt Nam (2013). Hiến pháp Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam năm 2013.

⁶ Chính phủ Việt Nam (2011b). Quyết định số 31/2011/QĐ-TTg ngày 2/6/2011 của Thủ tướng Chính phủ về Quy định việc Công khai, minh bạch, kiểm tra, giám sát việc thực hiện quy định pháp luật về an sinh xã hội.

⁷ Viện nghiên cứu xã hội, kinh tế và môi trường (2015). Nhận thức của người dân về hoạt động từ thiện và khả năng gây quỹ của các tổ chức phi chính phủ Việt Nam. Nhà Xuất bản Giao thông vận tải.

⁸ Thomas Markussen and Finn Tarp (2014). Political connections and land-related investment in rural Vietnam. *Journal of Development Economics* 110 (2014) 291-302

⁹ Nguyễn Thanh Thủy (2020). Vai trò của các tổ chức Chính trị-Xã hội cấp cơ sở trong việc đảm bảo an sinh xã hội cho người dân nông thôn: nghiên cứu trường hợp ở hai xã. Luận án Tiến sĩ Xã hội học. Học viện Khoa học Xã hội Việt Nam.

¹⁰ Đỗ Thị Ngọc Phương (2016). Vai trò của các tổ chức xã hội và một vài khuyến nghị. https://tcnn.vn/news/detail/34049/Vai_tro_cua_cac_to_chuc_xa_hoi_va_mot_vai_khuyen_nghii.html.

¹¹ Tổng cục thống kê Việt Nam (2012). Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình 1/4/2011: Các kết quả chủ yếu Hà Nội: NXB Thống kê.

¹² Ban chỉ đạo Tổng Điều tra dân số và nhà ở Trung ương (2010). Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2009: Các kết quả chủ yếu Hà Nội: NXB Thống kê; Tổng cục Thống kê (2017), Kết quả chủ yếu điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2016. Nxb Thống kê. Hà Nội.

¹³ Tổng cục thống kê Việt Nam (2015). Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ thời điểm 1/4/2014: Các kết quả chủ yếu Hà Nội: NXB Thống kê; Ban chỉ đạo TĐTDS (Ban chỉ đạo Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Trung ương) (2019), Tổng điều tra Dân số và Nhà ở 2019: Những phát hiện chủ yếu. Nxb Thống kê. Hà Nội.

¹⁴ Phạm Thắng và Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009). Phạm Thắng và Đỗ Thị Khánh Hỷ (2009), Chính sách chăm sóc người cao tuổi thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam. Trong Hội thảo "Thách thức về già hóa dân số ở Việt Nam". Hà Nội: Bộ Y tế và Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình.

¹⁵ Tổng cục Thống kê Việt Nam (2018). Kết quả chủ yếu điều tra biến động dân số và Kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2017. Hà Nội: NXB Thống kê.

¹⁶ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

¹⁷ UNFPA. (2011), Aging population and the elderly in Viet Nam. Current situation, forecasts and some policy recommendations. UNFPA.

¹⁸ Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới (2017), Số liệu Điều tra Nhận thức và Thái độ về gia đình của người dân Cần Thơ. Tác giả tự tính toán.

¹⁹ Bệnh viện Lao khoa Trung ương. (2016). Kết quả chinh từ Điều tra về sức khỏe và bệnh tật ở người cao tuổi từ 80 trở lên tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội.

²⁰ Dẫn theo Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016-Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam. NXB Y học 2018. Hà Nội.

²¹ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

²² Chính phủ Việt Nam (2011a). Báo cáo của Thủ Tướng Chính phủ trước Quốc hội về tình hình kinh tế - xã hội năm 2011, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội năm 2012 và 5 năm 2011 - 2015; Thủ tướng Nguyễn Xuân Phúc (2019). Phát biểu khai mạc của Thủ tướng tại Hội nghị của Chính phủ với các địa phương ngày 30/12/2019.

²³ Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016-Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam. NXB Y học 2018. Hà Nội.

²⁴ Nguyễn Văn (2017). Hướng tới bao phủ y tế toàn dân tới năm 2025. <http://suckhoedoisong.vn/huong-toi-bao-phu-y-te-toan-dan-toi-nam-2025-n130581.html>, ngày 19/2/2017.

²⁵ Ủy ban Kinh tế Quốc hội (2014). Thông tin kinh tế vĩ mô. Quý 1, 2014.

²⁶ Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016-Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam. NXB Y học 2018. Hà Nội. Tr. 64-65.

²⁷ Chính phủ Việt Nam (2016). Chỉ thị số 117/CP của Thủ tướng Chính phủ: Chăm sóc người cao tuổi và hỗ trợ hoạt động cho Hội người cao tuổi Việt Nam. Hà Nội

²⁸ Quốc hội Việt Nam (2013). Hiến pháp Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam năm 2013.

²⁹ Quốc hội Việt Nam (2009). Luật Người cao tuổi.

³⁰ 01 Đô la Mỹ tương đương từ 20.600 đến 20.800 Đồng VN vào thời điểm tháng 5-tháng 7/2011.

³¹ Số liệu năm 2017, Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018),

³² Ngô Hương-Thành Công (2019). Tích cực chăm sóc và phát huy vai trò của người cao tuổi. <https://baodansinh.vn/tich-cuc-cham-soc-phat-huy-vai-tro-cua-nguoi-cao-tuoi-2019121915591112.htm>

³³ Hội người cao tuổi Việt Nam (2020). Hội người cao tuổi Việt Nam 25 năm xây dựng và phát triển. (10/5/1995-10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-(1051995---1052020).aspx)

³⁴ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

³⁵ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

³⁶ Ngô Hữu Thảo (2018). Công tác bảo trợ xã hội của Phật giáo và một số vấn đề đặt ra hiện nay. <https://vbgh.vn/index.php?language=vi&nv=news&op=ban-tu-thien-xa-hoi/20-cong-tac-bao-tro-xa-hoi-cua-phat-giao-va-mot-so-van-de-dat-ra-hien-nay-168.html>.

³⁷ Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018); Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019)

³⁸ Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Hội Người Cao tuổi Việt Nam, Viện Y - Xã hội học và Công ty tư vấn và nghiên cứu Đông Dương (2012). Báo cáo Điều tra Quốc gia về Người cao tuổi ở Việt Nam năm 2011. Hà Nội; Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018); Lê Ngọc Lân (2017): Người cao tuổi trong gia đình Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số và biến đổi xã hội. Luận án Tiến sĩ Xã hội học. Học viện Khoa học xã hội. Hà Nội.

³⁹ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

⁴⁰ Hội người cao tuổi Việt Nam (2020). Hội người cao tuổi Việt Nam 25 năm xây dựng và phát triển. (10/5/1995-10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-(1051995---1052020).aspx).

⁴¹ Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018)

⁴² Hội người cao tuổi Việt Nam (2020). Hội người cao tuổi Việt Nam 25 năm xây dựng và phát triển. (10/5/1995-10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-(1051995---1052020).aspx).

⁴³ Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018)

⁴⁴ Hội người cao tuổi Việt Nam (2020). Hội người cao tuổi Việt Nam 25 năm xây dựng và phát triển. (10/5/1995-10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-(1051995---1052020).aspx).

⁴⁵ Bộ Y tế và Nhóm đối tác Y tế (2018)

⁴⁶ Hội người cao tuổi Việt Nam (2020). Hội người cao tuổi Việt Nam 25 năm xây dựng và phát triển. (10/5/1995-10/5/2020). [https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-\(1051995---1052020\).aspx](https://www.ninhthuan.gov.vn/chinhquyen/prtc/Pages/Hoi-Nguoi-cao-tuoi-%2025-nam-xay-dung-va-phat-trien-(1051995---1052020).aspx).

⁴⁷ Nguyễn Hữu Minh (2018a). Chăm sóc người cao tuổi ở Việt Nam và một số vấn đề chính sách cần quan tâm. Tạp chí Xã hội học, số 3 (143). Tr. 42-54.

⁴⁸ Nguyễn Hữu Minh (2018a); Trần Tuyết Ánh (chủ biên), Nguyễn Hữu Minh, Phạm Quốc Nhật, Trần Thị Hồng, Lỗ Việt Phương, Hà Thị Minh Khương 2015. Hoạt động phòng, chống bạo lực gia đình ở Việt Nam hiện nay. Nhà xuất bản Khoa học xã hội.

⁴⁹ Ngô Hữu Thảo (2018). Công tác bảo trợ xã hội của Phật giáo và một số vấn đề đặt ra hiện nay. <https://vbgh.vn/index.php?language=vi&nv=news&op=ban-tu-thien-xa-hoi/20-cong-tac-bao-tro-xa-hoi-cua-phat-giao-va-mot-so-van-de-dat-ra-hien-nay-168.html>.

⁵⁰ Đào Thị Đương. 2020. Vài nét về hiện trạng, nguồn lực của Công giáo trong các lĩnh vực y tế, giáo dục, từ thiện xã hội http://btgcp.gov.vn/Plus.aspx/vi/News/38/0/262/0/15943/Vai_net_ve_hien_trang_nghuon_luc_cua_Cong_giao_trong_cac_linh_vuc_y_te_giao_duc_tu_thien_xa_hoi

⁵¹ Lê Bá Trình (2017). Phát huy vai trò của các tôn giáo ở Việt Nam tham gia công tác xã hội, từ thiện. <http://tapchimatran.vn/nghien-cuu/phan-huy-vai-tro-cua-cac-ton-giao-o-viet-nam-tham-gia-cong-tac-xa-hoi-tu-thien-9743.html>. 12/9/2017

⁵² Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới (2012); Nguyễn Hữu Minh (2018a); Tổng cục Thống kê và UNFPA (2016), Điều tra di cư nội địa quốc gia 2015: các kết quả chủ yếu. Nxb Thông tấn. Hà Nội; Cục Quản lý lao động ngoài nước, Bộ LĐ-TB&XH. Cổng thông tin điện tử (2019). <http://www.dolab.gov.vn/>

⁵³ Đảng Cộng sản Việt Nam (2007). Văn kiện Đảng Toàn tập. Số 55, tr. 398. Hà Nội: NXB Chính trị Quốc gia.

⁵⁴ Ngô Hương-Thành Công (2019). Tích cực chăm sóc và phát huy vai trò của người cao tuổi. <https://baodansinh.vn/tich-cuc-cham-soc-phan-huy-vai-tro-cua-nguoi-cao-tuoi-2019121915591112.htm>

⁵⁵ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

⁵⁶ Số liệu 2017 cho biết, chi phí tại các cơ sở dưỡng lão tư nhân chăm sóc NCT là từ 400 đến 1000 USD/tháng/người (Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA, 2019).

⁵⁷ Nguyễn Hữu Minh (2018b). Tư liệu khảo sát thực địa Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Thiên Đức và Trung tâm chăm sóc người cao tuổi Nhân Ái năm 2018.

⁵⁸ Lê Ngọc Lân (2017). Người cao tuổi trong gia đình Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số và biến đổi xã hội. Luận án tiến sĩ Xã hội học. Học viện Khoa học xã hội. Hà Nội.

⁵⁹ Ủy ban Quốc gia về Người cao tuổi Việt Nam và UNFPA (2019). Hướng tới chính sách quốc gia toàn diện thích ứng với già hóa dân số ở Việt Nam.

⁶⁰ Dẫn theo GFCD và Oxfam (2020). Báo cáo Kết quả nghiên cứu: Đánh giá việc thực hiện một số quy định pháp luật lao động về quản lý lao động giúp việc gia đình.

⁶¹ Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, ILO và Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới (2012), Việc làm bền vững đối với lao động giúp việc gia đình tại Việt Nam. Hà Nội; GFCD và Oxfam (2020)

⁶² Quyết định số 1579/QĐ-TTg ngày 13/10/2020 của Thủ tướng Chính phủ Phê duyệt Chương trình Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030.



GS. TS. Nguyễn Hữu Minh

Nghiên cứu viên cao cấp tại Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới; Giáo sư Xã hội học tại Học viện Khoa học xã hội, trực thuộc Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam. Hiện tại là Chủ tịch Hội Xã hội học Việt Nam.

Email: minhnguyen.ifgs@gmail.com



TS. Lê Thúy Hằng

Giảng viên, Nghiên cứu viên chính

Phó Trưởng khoa

Khoa Xã hội học và Phát triển

Học viện Chính trị Quốc gia Hồ Chí Minh, Khu vực I.

Hướng nghiên cứu chính: Chính sách công và Chính sách Xã hội.

Sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam

● Nguyễn Thị Thúy Hằng/Đặng Anh Dũng

1. Giới thiệu

Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011 với tỷ lệ người trên 65 tuổi đạt 7%, trở thành một trong 10 nước có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới. “Năm 2017, số người cao tuổi ở Việt Nam đã chiếm 11,9 % tổng dân số. Theo dự báo của Tổng cục Thống kê, đến năm 2038 nhóm dân số từ 60 tuổi trở lên sẽ chiếm khoảng 20% tổng dân số”¹. Hình ảnh người cao tuổi Việt Nam đang có những thay đổi. Vậy những thay đổi đó là gì? Bài viết này sẽ trả lời cho một số câu hỏi sau đây: Hình ảnh người cao tuổi trong quá khứ và hiện nay có sự thay đổi như thế nào? Việt Nam là quốc gia chịu ảnh hưởng mạnh mẽ của Nho giáo, liệu có những dấu hiệu thay đổi nào trong nhận thức, thái độ và hành vi của người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay, đặc biệt ở các đô thị như Hà Nội, Đà Nẵng và Thành phố Chí Minh? Những vấn đề đặt ra đối với sự thay đổi hình ảnh về người cao tuổi ở Việt Nam là gì? Một số nguyên nhân dẫn tới sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam? Nhóm tác giả đã thực hiện một khảo sát nhỏ với từ khóa “người cao tuổi”, “người già” trên báo điện tử *VnExpress*, báo tiếng Việt có nhiều người xem nhất, trong 1 năm (từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020) và nhận thấy có ít nhất 142 bài viết về chủ đề này. Trong bài viết này chúng tôi phân tích về sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay dựa trên các tư liệu thu thập được và từ 142 bài viết kể trên.



2. Sự thay đổi trong hình ảnh người cao tuổi

2.1. Sự thay đổi trong nhận thức

Sự thay đổi trong nhận thức về người cao tuổi có thể được xem xét dưới nhiều khía cạnh, trong bài viết này, chúng tôi tập trung xem xét dưới hai cấp độ chính, đó là gia đình và xã hội/ nhà nước.

Ở cấp độ gia đình:

Trước hết, cần điểm qua một số quan niệm truyền thống về người cao tuổi. Việt Nam là một dân tộc có truyền thống trọng lão. Ngay từ nhỏ, những đứa trẻ đã được bố mẹ dạy rằng: “Kính già, già để tuổi cho”, “Kính trên, nhường dưới”. Sự tôn trọng, tôn kính với người già đã ăn sâu trong tiềm thức của mọi thành viên trong gia đình, xã hội. Người già thường được quan niệm là những người có kinh nghiệm, có uy tín, có sức ảnh hưởng lớn đối với cộng đồng: “Gừng càng già, càng cay”, “Càng già, càng dẻo, càng dai/Già râu, già tóc, lòng ai có già”, “Đi hỏi già, về nhà hỏi trẻ” là các câu tục ngữ, ca dao quen thuộc của người Việt. Vì vậy, hình ảnh người cao tuổi thường gắn với những gì tốt đẹp, “người già thường đúng”, người già dường như không bao giờ là người xấu trong xã hội truyền thống có xu hướng cộng đồng, thứ bậc và trọng lão.

Bên cạnh đó, hiếu thảo là một truyền thống nổi bật của người Việt Nam. Đạo hiếu xuất phát từ Nho giáo và đã tồn tại ở Việt Nam trong suốt hơn 2000 năm qua, “không một dấu vết nào của văn hóa Việt Nam mà không mang một biểu hiện có thể xem là có tính chất Nho giáo.”² Hiếu là một nguyên tắc ứng xử trong gia đình và xã hội, là một chuẩn giá trị để đánh giá con người. Ca dao, tục ngữ Việt Nam có câu “Công cha như núi Thái Sơn/ Nghĩa mẹ như nước trong

nguồn chảy ra/ Một lòng thờ mẹ kính cha/ Cho tròn chữ hiếu mới là đạo con” hay “Tu đầu cho bằng tu nhà/ Thờ cha kính mẹ ấy là chân tu.” Trách nhiệm của con cái là phải chăm sóc, phụng dưỡng cha mẹ “Trẻ cậy cha, già cậy con.” Điều đó thể hiện sự gắn bó cao về tình cảm theo huyết thống, bảo lưu được các giá trị truyền thống văn hóa, tập tục, đồng thời phát huy gia lễ, gia đạo. Với những đặc điểm như trên nên khi về già, người cao tuổi thường có mong muốn được sống quây quần cùng con cháu. Trong gia đình người Việt từ xưa đến nay, người cao tuổi có vai trò quan trọng giúp gìn giữ nề nếp gia phong. Người cao tuổi là người đi đầu nêu gương sáng về xây dựng gia đình hiếu học và dạy bảo con cháu. Còn đối với con cháu, việc chăm sóc ông bà, cha mẹ là bổn phận và trách nhiệm.

Hiện nay, “bên cạnh những giá trị cổ truyền như “kính trên, nhường dưới”, “trọng xỉ” (tôn trọng người cao tuổi), thì những giá trị mới như coi trọng “quyền tự do cá nhân”, “bình đẳng giới”, “quyền trẻ em” cũng ngày càng được khẳng định. Sự biến đổi này, trong một chừng mực nhất định, đã làm cho mối quan hệ ông bà - cha mẹ - con cháu không thuận chiều như trước đây và làm tăng những mâu thuẫn và xung đột thế hệ.³ Thêm vào đó, những biến đổi của điều kiện kinh tế - xã hội đã và đang tác động mạnh mẽ tới cấu trúc, mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình, nhất là những gia đình ở các thành phố lớn. Do do áp lực công việc, con cái ít có thời gian quan tâm tới cha mẹ, hay những xung đột liên quan đến vấn đề thừa kế... đã ảnh hưởng tiêu cực đến mối quan hệ ông bà - cha mẹ - con cháu, thậm chí có những trường hợp con cái ngược đãi cha mẹ.



Trong vấn đề chăm sóc người cao tuổi, nếu như trong các xã hội Âu, Mỹ, do điều kiện kinh tế và truyền thống văn hóa, người cao tuổi có xu hướng không sống cùng con cháu mà chọn ở trong các viện/trung tâm dưỡng lão, thì người Việt Nam lại có xu hướng sống quây quần cùng con cháu. Do vậy, hình thức chăm sóc người cao tuổi chủ yếu là tại gia đình, còn chăm sóc người cao tuổi tại cộng đồng và tại các trung tâm dưỡng lão không phổ biến. Thậm chí, có quan niệm gửi bố mẹ vào trung tâm dưỡng lão là bất hiếu. Nhưng hiện nay quan niệm này đã có sự thay đổi đáng kể, người cao tuổi đến ở tại các trung tâm dưỡng lão là một xu hướng tích cực được cả con cái, bản thân người cao tuổi và xã hội chấp thuận xét trên các phương diện đạo đức, văn hóa, y tế, quan niệm xã hội.

Ở cấp độ nhận thức của xã hội và nhà nước:

“Kính lão, đắc thọ” và hiếu thảo từ trong truyền thống gia đình đã trở thành một giá trị xã hội phổ biến và luôn được các triều đại phong kiến qua các thời kỳ lịch sử ghi nhận, phát huy. Hội nghị Diên Hồng thế kỷ XIII là một ví dụ tiêu biểu về truyền thống “trọng lão” và phát huy vai trò của người cao tuổi ở Việt Nam. Tuy nhiên, trước đây, trong quan niệm truyền thống, người cao tuổi chủ yếu được xã hội nhìn nhận như là đối tượng thụ hưởng các thành quả kinh tế xã hội một cách “bị động”. Ngày nay, quan niệm của xã hội đã có sự thay đổi, người cao tuổi được nhìn nhận như là “tuổi cao chí càng cao”. Đảng và Nhà nước đã đưa ra nhiều chính sách nhằm đáp ứng nhu cầu tiếp tục được “cống hiến” của người cao tuổi đối với sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc.

Trước đây, nếu người cao tuổi sau một quá trình phấn đấu, làm việc được quan niệm là những người cần được nghỉ ngơi, chăm sóc, thì hiện nay, nhận thức này đã có phần thay đổi. Do đạt được những thành tựu về kinh tế - xã hội, nên thể chất và tinh thần của người cao tuổi ở Việt Nam ngày càng được nâng cao. Người cao tuổi với kiến

thức và kinh nghiệm phong phú được xem như là nguồn lực quan trọng cần tiếp tục phát huy tiếp tục đóng góp cho đất nước. Theo đó, người cao tuổi được chia thành các nhóm tuổi với cấp độ đóng góp và chăm sóc khác nhau: Những người từ 60 - 70 tuổi là đối tượng cần tiếp tục được khai thác, cống hiến. Những người từ 70-80 tuổi là đối tượng kết hợp vừa khai thác, vừa chăm sóc. Những người trên 80 tuổi mới là đối tượng cần chăm sóc. Thậm chí, với bản thân người cao tuổi, được cống hiến cho gia đình và xã hội, tiếp tục làm những việc có ích cho mọi người phù hợp với khả năng, tuổi tác của mình cũng là một sự nghỉ ngơi tích cực, là niềm vui và niềm tự hào.

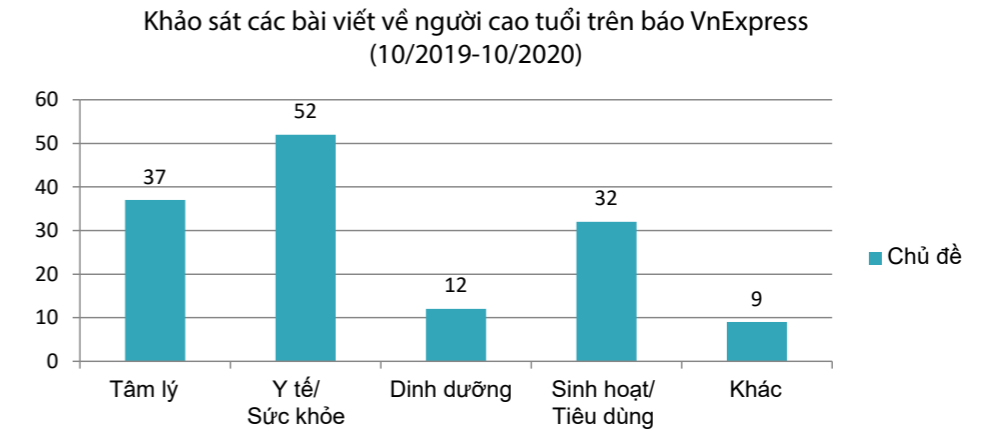
Ở khía cạnh pháp lý, chính sách, vị thế và vai trò của người cao tuổi ở Việt Nam ngày càng được nhận thức đầy đủ bởi chính các cơ quan hoạch định đường lối chính sách của Đảng và Nhà nước. Hàng loạt các thiết chế và văn bản pháp lý về người cao tuổi đã được thành lập và ban hành. Hội Người cao tuổi Việt Nam được thành lập năm 1995. Ủy ban Thường vụ Quốc hội ban hành Pháp lệnh người cao tuổi năm 2000. Thủ tướng Chính phủ ra Quyết định số 141 năm 2004 về việc thành lập Ủy ban Quốc gia về người cao tuổi Việt Nam; Quyết định số 772/QĐ-TTg (ngày 26/3/2006) lấy ngày 6/6 là Ngày truyền thống người cao tuổi Việt Nam. Đặc biệt, năm 2009 Luật Người cao tuổi được ban hành, có hiệu lực từ tháng 7/2010 đã làm nền tảng vững chắc cho việc xây dựng tổ chức Hội Người cao tuổi, chăm lo và phát huy vai trò, vị thế của người cao tuổi trong giai đoạn

mới. Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 1781/QĐ-TTg (ngày 22/11/2012) về phê duyệt Chương trình hành động Quốc gia về người cao tuổi giai đoạn 2012-2020. Hiến pháp năm 2013 tại Khoản 3, Điều 37, khẳng định quan điểm tiến bộ về các chính sách đối với người cao tuổi ở khía cạnh quyền con người và quyền công dân: “Người cao tuổi 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.”⁴

Như vậy, trong giai đoạn hiện nay, nhận thức của Đảng, nhà nước, của xã hội nói chung về vai trò của người cao tuổi được thể hiện ngày càng rõ nét, được cụ thể hóa thành mục tiêu, nội dung, chương trình hành động trong các văn bản luật, văn bản pháp quy của các cơ quan nhà nước. Đây là sự chuẩn bị quan trọng, có ý nghĩa và thực sự cần thiết cho việc triển khai các chính sách cụ thể nhằm phát huy vai trò của người cao tuổi.

2.2. Sự thay đổi trong thái độ

Khảo sát 142 bài viết về “người cao tuổi”, “người già” trên báo VnExpress trong một năm (10/2019-10/2020), chúng tôi nhận thấy nhận thức của người cao tuổi đang có sự thay đổi, từ đó dẫn đến những thay đổi trong thái độ sống khá rõ nét. Bên cạnh bài viết của các nhà báo thì có rất nhiều bài viết của độc giả trong mục “Ý kiến”, và những bài viết có nhiều bình luận nhất thường là các bài viết ở chuyên mục này. Thử phân loại nội dung các bài viết về người cao tuổi trên báo VnExpress, chúng tôi thấy các bài viết tập trung vào các chủ đề sau đây:



Từ số liệu khảo sát trên đây có thể thấy người cao tuổi quan tâm nhất đến các vấn đề y tế, sức khỏe (37% trong tổng số các bài viết để cập nội dung này). Đặc biệt năm 2020 với sự bùng nổ của đại dịch Covid 19, chăm sóc sức khỏe càng trở thành một nội dung quan trọng. Bên cạnh đó, vấn đề tâm lý của người cao tuổi cũng được đề cập nhiều (26%). Nội dung thứ ba được bàn đến là sinh hoạt, tiêu dùng của người cao tuổi (23%), với nhiều thói quen sinh hoạt của người cao tuổi đã có sự thay đổi mà chúng tôi sẽ phân tích ở phần sau. Ngoài ra, dinh dưỡng cũng là một vấn đề quan tâm của người cao tuổi (8%). Cuối cùng, là một số bài viết về các chủ đề khác nhau, đề cập đến một số vấn đề cá biệt như bạo lực với người cao tuổi, người cao tuổi là tội phạm... (6%).

Vậy tâm lý người cao tuổi đang thay đổi thế nào?

Trước hết, nhận thức thay đổi đã dẫn đến những thay đổi khá tích cực trong tâm lý người cao tuổi. Một trong những bài viết có số lượng bình luận rất lớn (86 bình luận) là bài viết “Tư duy trẻ cậy cha, già cậy con sẽ lỗi thời” (Hà Quang Hưng, VnExpress, ngày 8/3/2020). Trong đó, tác giả bài viết cho rằng cần có trách nhiệm chuẩn bị cho tương lai bằng lối sống cân bằng, làm việc, tích lũy, chuẩn bị các hợp đồng bảo hiểm cho bản thân, đừng trút gánh nặng chăm sóc lên các thế hệ tương lai. Đã có những tranh luận giữa hai luồng ý kiến, đồng thuận và phản đối, nhưng phần lớn thể hiện sự đồng tình với quan niệm của tác giả. Trong đó, có ý kiến cho rằng từ góc độ làm cha mẹ, nên ủng hộ quan điểm tác giả, nhưng từ góc độ làm con cũng nên hiểu lẽ với cha mẹ. Vì vậy, nhìn chung người cao tuổi khá thoải mái trong việc

đón nhận tuổi già như bài viết “Chuẩn bị tâm thế đón nhận tuổi già” (VnExpress, ngày 6/3/2020), trong đó cho rằng “khổ là do tâm suy diễn”, còn cái quan trọng nhất là trong quãng thời gian sống, con người đã làm được bao nhiêu việc ý nghĩa và sống có ích cho xã hội thế nào.

Idler từng nhận định “Cảm nhận tích cực của người cao tuổi đã được chứng minh có tương quan thuận với cảm giác khỏe mạnh, hạnh phúc trong quá trình già hóa.”⁵ Trong một nghiên cứu nhỏ với mẫu nghiên cứu gồm 100 người cao tuổi, tuổi từ 55 đến 90 với tuổi trung bình là 68,25 ở Hà Nội và Thái Bình, nhà nghiên cứu Lê Văn Hào đã chỉ ra những trải nghiệm tích cực của người cao tuổi khi “về già” là “có kinh nghiệm, dạy con cháu những điều mình biết” (50.5%), “sống vui, sống khỏe, sống có ích” (29.3%) và cảm giác “đã hoàn thành trách nhiệm” (hơn 19%). “Nói cách khác, nhiều người cao tuổi coi mình – trong quá trình già hóa – là một nguồn quý, sẵn sàng chia sẻ với các thế hệ sau.”⁶

Bên cạnh đó, người trẻ Việt Nam đều có thái độ tích cực đối với người cao tuổi. Lê Văn Hào cũng đã có một nghiên cứu nhỏ với mẫu chọn hạn chế 176 người, gồm 50 người cao tuổi và 126 thanh niên và đi đến một kết luận lý thú: “Cả hai nhóm đều tán thành bốn phạm của hiếu thảo ở mức độ cao, trong đó “kính trọng” được xếp hạng cao nhất và “vâng lời” là thấp nhất. Tuy hiếu thảo còn khá sâu nặng ở cả hai thế hệ, nhưng mức độ có xu hướng giảm. Dường như “trẻ cậy cha, già cậy con” vẫn tiếp tục là nguyên tắc chi phối suy nghĩ, thái độ và thực hành của nhiều người Việt Nam trong hiện tại và tương lai.”⁷



Tuy nhiên, quan niệm về hiếu thảo đang có xu hướng thay đổi so với trước đây. Hiếu thảo, nhưng không nhất thiết phải luôn vâng lời người cao tuổi, không phải mọi lời người cao tuổi nói đều là chân lý và không phải mọi người cao tuổi đều “tốt.” Hiện nay, cả người trẻ và người cao tuổi đã cởi mở hơn trong suy nghĩ, mức độ thể hiện lòng hiếu thảo có xu hướng giảm thông qua suy nghĩ, thái độ và mức độ kỳ vọng về hiếu thảo ở cả hai thế hệ trẻ-già.

Hơn thế nữa, nếu trong xã hội truyền thống dựa trên nền tảng nông nghiệp, người cao tuổi được coi là kho kinh nghiệm quý về mọi mặt, thì hiện nay, trong xã hội hiện đại với sự phát triển mạnh mẽ của công nghệ thông tin, ưu thế của người cao tuổi dường như không còn vượt trội. Bản thân người cao tuổi cũng ý thức về điều đó. “Nhìn chung, khi được hỏi liệu có phải “mọi thứ đều tồi tệ khi ông bà già đi” hay “khi bạn già đi, bạn ít hữu ích hơn,” số người trả lời khẳng định và phủ định gần như bằng nhau.”⁸ Như vậy, nếu theo mô hình truyền thống, người cao tuổi có thể cảm thấy mất đi quyền lực của mình. Tuy nhiên, hiện nay người cao tuổi khá cởi mở về vấn đề này. Nếu như ngày xưa, người cao tuổi thường có tiếng nói quyết định “Cha mẹ đặt đâu con ngồi đấy,” thì ngày nay người trẻ ngày càng chủ động hơn trong những quyết định quan trọng liên quan đến bản thân mình như nghề nghiệp, hôn nhân hay cách sống. Người cao tuổi cũng học cách lắng nghe người trẻ nhiều hơn.

2.3. Sự thay đổi hành vi

Từ sự thay đổi trong nhận thức và thái độ, hành vi của người cao tuổi ở Việt Nam cũng đang có sự thay đổi.

Thứ nhất, xu hướng người cao tuổi sống độc lập với con cháu có xu hướng gia tăng. Theo kết quả Điều tra mức sống hộ dân cư của VHLSS (Vietnam Household Living Standard Survey) giai đoạn 1993-2010, tỷ lệ người cao tuổi sống một mình tăng từ 3,47% lên 6,81%, tỷ lệ người cao tuổi sống chỉ có vợ/chồng tăng từ 9,48% lên 24,8%.⁹ Trong 142 bài viết trên báo *VnExpress* đã có một loạt bài viết về sự thay đổi trong hành vi sinh hoạt của người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay. Cụ thể, bài viết “Đầu tư mạo hiểm khi xem con cái là tài sản dưỡng già” (Khánh Hưng, *VnExpress*, ngày 22/8/2020) đã nêu lên hai bài học cần tránh đối với người cao tuổi: một là dồn hết tài sản để nuôi con cháu, hai là tài sản phân chia cho các con, trong đó đứa được chia nhiều nhất (thường là con trai trưởng đối người ngoài Bắc, con trai út trong Nam) sẽ nuôi dưỡng cha mẹ. Bài viết đã có 48 ý kiến bình luận, trong đó phần lớn ủng hộ quan điểm của tác giả, đồng tình rằng đừng để con thành gánh nặng tương lai và đừng để mình thành gánh nặng của con.

Thứ hai, viện dưỡng lão sẽ là giải pháp cho người cao tuổi trong tương lai, đặc biệt ở khu vực đô thị. “Trước đây, người cao tuổi thường sống chung với con cháu trong gia đình mở rộng và điều này đã trở thành thứ bản sắc riêng ở các gia đình Việt Nam.”¹⁰ Tuy nhiên, trong tương lai, mô hình viện dưỡng lão có thể sẽ là giải pháp cho người cao tuổi không bị gò bó trong đời sống chật chội nơi đô thị. “Người bất hạnh mới vào trại dưỡng lão là tư duy lỗi thời” (Phan Huy Nhân, *VnExpress*, ngày 15/7/2020) là bài viết đã thu hút được 23 ý kiến bình luận. Trong đó, phần lớn độc giả đồng ý với quan điểm của tác giả. Quan niệm trước đây người vào viện dưỡng lão là những người không có con cái hay người thân chăm sóc không còn hoàn toàn đúng trong bối cảnh xã hội Việt Nam hiện nay. Tìm hiểu một số đặc điểm cơ bản sử dụng chăm sóc tập trung (loại hình có trả phí) tại Hà Nội cho thấy “người cao tuổi sử dụng dịch vụ tại các trung tâm chăm sóc tập trung thường đến từ các gia đình khá giả vì mức phí đóng góp ở các trung tâm này so với mặt bằng thu nhập hiện nay còn khá cao” và đa số các cụ đến từ Hà Nội nhưng một số cụ đến từ ngoại tỉnh, cho thấy “nhu cầu chăm sóc tập trung tại các trung tâm hiện nay không chỉ ở các thành phố lớn mà ở nhiều tỉnh thành trên cả nước.”¹¹

Thứ ba, đời sống tinh thần của người cao tuổi hiện nay phong phú hơn. Các lĩnh vực hoạt động chủ yếu của người cao tuổi bao gồm: hoàn thiện, củng cố sức khỏe (tập dưỡng sinh, và các hoạt động thể dục, thể thao), tham gia các hoạt động xã hội hay chính trị (Hội Cựu chiến binh, Hội Nông dân, Hội Phụ nữ, Mặt trận Tổ quốc, ...), kinh doanh và buôn

bán, các hoạt động văn hóa nghệ thuật, hội thảo chuyên đề, các hoạt động xã hội và tôn giáo, các hoạt động giải trí (chơi cờ, khiêu vũ, uống bia cùng bạn bè v.v..) Bên cạnh hỗ trợ chăm sóc con cháu, người cao tuổi vẫn tiếp tục làm việc, “tuổi già nhưng trí không già.” Đặc biệt, đã có một số thay đổi trong thói quen sinh hoạt, tiêu dùng của người cao tuổi. Trên báo *VnExpress* đã có những bài viết như “Người cao tuổi nên mua Accent hay Yaris” để tư vấn người cao tuổi mua ô tô loại gì, thiết kế phòng tắm ra sao, dinh dưỡng như thế nào...

2.4. Sự thay đổi trong hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam - đi tìm một số nguyên nhân

Một số người cho rằng sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam là do ảnh hưởng của văn hóa phương Tây. Có thể nói, trong bối cảnh toàn cầu hóa, sự ảnh hưởng của các giá trị văn hóa gia đình phương Tây cũng có thể có những tác động. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng, lý do chủ yếu cho sự thay đổi hình ảnh của người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay là những thay đổi về kinh tế - xã hội và điều kiện sống ở Việt Nam.

Thứ nhất, do điều kiện kinh tế - xã hội thay đổi, đời sống gia đình của người cao tuổi đã có sự thay đổi. Mô hình tam, tứ đại đồng đường không còn phải là mô hình gia đình phổ biến của Việt Nam, mà chỉ chiếm một phần nhỏ trong lịch sử. Gia đình hạt nhân vẫn luôn là mô hình phổ biến nhất, với một hoặc hai thế hệ chung sống. Tuy nhiên, hiện nay, tỷ lệ người cao tuổi sống với con cái giảm mạnh (từ gần 80% vào năm 1992/93 xuống 62% vào năm 2008), người cao tuổi sống cô đơn tăng

lên (từ 3,47% năm 1992/93 lên 6,14% năm 2008), tỷ lệ hộ gia đình chỉ có hai vợ chồng người cao tuổi tăng hơn 2 lần (từ 9,48% năm 1992/93 lên 21,47% năm 2008), tỷ lệ người cao tuổi sống với cháu tăng hơn 2 lần (từ 0,68% năm 1992/93 lên 1,41% năm 2008.)¹² Điều đó cho thấy cha mẹ già thay vì sống chung với con ngày càng ưa thích sống độc lập và duy trì mối quan hệ gắn gũi với con cái. Điều kiện kinh tế là một trong những nguyên nhân chủ yếu để người già có thể sống độc lập, chi trả các chi phí sinh hoạt thường xuyên, thậm chí chi trả chi phí dịch vụ chăm sóc tập trung cho bản thân. Những người già sống với cháu chủ yếu ở các vùng nông thôn, khi con cái phải đi làm ăn xa để có thêm thu nhập.

Thứ hai, nhận thức của xã hội thay đổi đã dẫn đến sự thay đổi về hình ảnh người cao tuổi. Mối quan hệ giữa cha mẹ - con cái ngày càng dân chủ hơn vì thế hệ sau ngày càng được hiểu biết hơn và tiếp cận được nhiều tri thức hơn. Người trẻ vẫn coi hiếu thảo là một giá trị văn hóa của Việt Nam cần được gìn giữ, tuy nhiên không phải tiếng nói của người cao tuổi luôn đúng trong mọi trường hợp và người trẻ

luôn phải vâng lời. Khác với trước đây, trên các phương tiện truyền thông đại chúng đã xuất hiện một số hình ảnh xấu về người cao tuổi, mặc dù không phổ biến, như người cao tuổi xâm hại tình dục đối với trẻ em, ngược đãi trẻ em... Bản thân người cao tuổi cũng bị ngược đãi cả về vật chất và tinh thần. Đây cũng là một hiện tượng hiếm gặp so với hình ảnh người già trong quan niệm truyền thống. Thực tế cho thấy, một bộ phận lớn người già hiện nay không có lương hưu, không có sự chuẩn bị trước tương lai về kinh tế. Áp lực kinh tế và cả lối sống ích kỷ của con cháu đã khiến một bộ phận người già bị cô đơn, yếu thế trong thế giới của mình. Điều đó đặt ra một vấn đề cấp bách là cần có chính sách xã hội và cả pháp luật dành cho người cao tuổi. Người già có điều kiện sống thọ hơn xưa và tỷ lệ dân số cao tuổi ngày càng lớn là một xu thế tất yếu. Vì vậy, ngoài trách nhiệm của các thành viên trong gia đình, cần có cả sự quan tâm của nhà nước, cần những chính sách và hành lang pháp lý để người già sống tự chủ hơn, hạnh phúc hơn, được bảo vệ thân thể, tinh thần và tài sản để lại nếu có cũng cần được phân chia theo đúng pháp luật.



2.5. Sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi và những vấn đề đặt ra

Có thể thấy rằng già hóa dân số đã dẫn tới sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi ở Việt Nam. Quá trình này đang đặt ra những thách thức lớn đối với đất nước.

Thứ nhất, già hoá dân số đang làm cho những thách thức kinh tế - xã hội mới nổi lên. Cơ cấu dân số trong độ tuổi lao động giảm đi, cơ cấu nghề nghiệp sẽ thay đổi, gánh nặng kinh tế cho người lao động trẻ cũng cao hơn. Già hóa dân số được xem là logic nếu chúng ta có đủ thời gian và tận dụng được tối đa cơ hội của thời kỳ dân số vàng để đẩy mạnh tăng trưởng, thúc đẩy phát triển kinh tế - xã hội. Tại Việt Nam, vấn đề già hóa đang đặt ra thách thức khi tốc độ già hóa diễn ra nhanh trong bối cảnh Việt Nam vẫn là một quốc gia có mức thu nhập trung bình thấp. Đây là thách thức lớn nhất bởi chúng ta "già trước khi giàu".

Thứ hai, già hoá dân số đang đặt áp lực lên hệ thống an sinh xã hội. Mặc dù đã được xây dựng và chú trọng phát triển, nhưng hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của người cao tuổi, chưa có hệ thống chăm sóc dài hạn. Không giống như quá trình già hóa dân số đã và đang diễn ra tại các nước phát triển, nơi mà người cao tuổi được chuẩn bị kỹ lưỡng cho tuổi già từ lúc còn trẻ thông qua hệ thống bảo hiểm (tiêu biểu nhất là loại hình bảo hiểm chăm sóc dài hạn), người cao tuổi ở Việt Nam gần như không có sự chuẩn bị. Trải qua các cuộc chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, người cao tuổi không có tích lũy (hoặc có nhưng rất hạn chế.) Hiện nay, có tới 65% người cao tuổi sống ở nông thôn, không có lương hưu, nhiều người vẫn phải tự mưu sinh hoặc phải sống phụ thuộc vào con cái. Thêm vào đó, người cao tuổi ở Việt Nam còn phải đối mặt với gánh nặng bệnh tật. Theo thống kê, chỉ có 7% người cao tuổi ở Việt Nam có sức khỏe tốt, trong khi đó có tới hơn 90% người cao tuổi có sức khỏe trung bình và yếu (trung bình người cao tuổi Việt Nam mắc 2,7 bệnh lý, chi phí chữa bệnh cho một người cao tuổi bằng 7-8 lần chi phí chữa bệnh cho một trẻ em, trong khi dịch vụ chăm sóc sức khỏe, tinh thần cho người cao tuổi ở Việt Nam chưa phát triển. Thực tế ngày càng tạo ra áp lực cho hệ thống an sinh xã hội.

Thứ ba, ở cấp độ chính sách thích ứng với già hóa dân số, có thể thấy rằng Việt Nam chưa thực sự sẵn sàng về cả nhận thức và hành động để đón đầu dân số già. Dù đã ban hành nhiều chính sách cho người cao tuổi từ các chương trình hành động cấp quốc gia đến các luật, chính sách trợ giúp xã hội, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế... Tuy nhiên, hiệu quả thực thi các chính sách chưa cao. Xây dựng chính sách nhiều khi vẫn dựa trên ngắn hạn, nhận định cá nhân của người làm chính sách mà chưa xuất phát từ nhu cầu thực tế của người thụ hưởng, vì vậy có những chính sách được ban hành mà chưa phù hợp với người cao tuổi.

Thứ tư, để thích ứng với quá trình già hóa dân số, ngoài sự đảm bảo đến từ hệ thống chính sách của Đảng và nhà nước, bản thân người cao tuổi, cũng như người lao động - những người sẽ trở thành người cao tuổi trong tương lai phải chủ động trong việc đảm bảo an sinh xã hội cho mình. Mặc dù có sự chuyển biến tích cực của người cao tuổi như phân tích ở phần 2 để chuẩn bị thích ứng với tuổi già của mình, nhưng thực tế hiện nay không ít người lao động tại một số ngành nghề không quan tâm tới hưu trí sau này, mà có xu hướng nghỉ hưu sớm một lần để nhận một khoản hưu trí trước mắt. Điều này lại tạo ra gánh nặng tài chính cho hệ thống chăm sóc y tế và an sinh xã hội.

Tất cả những hệ lụy đó nếu không được giải quyết thỏa đáng sẽ là thách thức to lớn cho sự phát triển toàn diện của Việt Nam trong tương lai không xa.

3. Kết luận

Với tầm quan trọng của mình, già hóa dân số đang trở thành một trong những chủ đề được quan tâm không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới. Như đã phân tích, quá trình già hóa dân số đang diễn ra mạnh mẽ ở Việt Nam đã dẫn tới sự thay đổi hình ảnh người cao tuổi. Sự thay đổi này đặt ra những thách thức lớn đối với hệ thống chính sách phát triển kinh tế - xã hội nói chung và hệ thống chính sách an sinh xã hội nói riêng. Để giải bài toán già hóa dân số, trước hết, cần nâng cao nhận thức của các nhà hoạch định chính sách và của toàn xã hội về các thách thức liên quan đến vấn đề già hóa dân số. Thêm vào đó Đảng, nhà nước cần có các giải pháp toàn diện nhằm huy động mọi nguồn lực xã hội để phát huy vai trò của người cao tuổi phù hợp với trình độ phát triển kinh tế xã hội thời kỳ hội nhập.

¹Trịnh Thị Thu Huyền (2019): Xu thế già hóa dân số ở nước ta và vấn đề chăm sóc sức khỏe, sử dụng lao động người cao tuổi, Tạp chí Cộng sản, ngày 11/9/2019.

² Phan Ngọc (2002): Bản sắc văn hóa Việt Nam, Nxb Văn học, tr.193.

³ Nguyễn Hữu Minh (2015): Gia đình Việt Nam sau 30 năm Đổi mới, Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam, số 11 (96)-2015, tr.57.

⁴ Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (2020): Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội, tr. 37

⁵ Lê Văn Hào (2016): Cảm nhận về già hóa ở người cao tuổi, Tạp chí Tâm lý học, số 12 (213), 12-2016, tr.25.

⁶ Lê Văn Hào (2016): Cảm nhận về già hóa ở người cao tuổi, Tạp chí Tâm lý học, số 12 (213), 12-2016, tr. 29.

⁷ Lê Văn Hào (2016): Bồn phận và kỳ vọng về hiếu thảo: Cách nhìn nhận hiện nay của thanh niên và người cao tuổi Hà Nội, Tạp chí Tâm lý học, số 6 (207), 6-2016, tr. 16.

⁸ Lê Văn Hào (2016): Cảm nhận về già hóa ở người cao tuổi, Tạp chí Tâm lý học, số 12 (213), 12-2016, tr. 30.

⁹ Giang Thanh Long và Bùi Đại Thụ (2012): Báo cáo rà soát các chương trình, mô hình chăm sóc và phát huy vai trò người cao tuổi Việt Nam giai đoạn 2002-2012.

¹⁰ Nguyễn Hữu Minh (2015): Gia đình Việt Nam sau 30 năm đổi mới, Tạp chí Khoa học Xã hội Việt Nam, số 11 (96)-2015, tr.57.

¹¹ Nguyễn Hà Đông (2016): Một số đặc điểm của người cao tuổi sử dụng dịch vụ chăm sóc tập trung tại Hà Nội, Tạp chí Nghiên cứu Gia đình và Giới, số 4-2016, tr.23.

¹² Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) (2011): Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam, Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách, tr. 22.



TS. Nguyễn Thị Thúy Hằng

Trưởng Bộ môn Chính trị Truyền thông, Khoa Khoa học Chính trị

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội

Hướng nghiên cứu chính: Chính trị và Truyền thông, Báo chí chính trị, Hồ Chí Minh học, Chính trị và Chính sách.

Email: hangkhct@vnu.edu.vn; hangkhct@gmail.com



Đặng Anh Dũng

Giảng viên, Nghiên cứu sinh tại Khoa Khoa học Chính trị

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội

Hướng nghiên cứu chính: Hệ thống an ninh xã hội (ở Đức và Việt Nam); Hệ thống chính trị.

Email: anhdungkhct@gmail.com



Các dân tộc thiểu số và chính sách xã hội ở Việt Nam

● Vũ Đình Mười

1. Mở đầu

Ở Việt Nam, ngoài dân tộc Kinh (Việt) – tộc người đa số - còn có 53 tộc người thiểu số, với khoảng 14 triệu người, 3 triệu hộ gia đình, đang sinh sống ở 51 tỉnh (thành phố), 548 huyện, 5.266 xã.¹ Trong số đó, chỉ có người Khơ-me, Hoa (người Việt gốc Hoa) và một phần người Chăm cư trú chủ yếu ở các vùng đồng bằng, trong khi phần lớn các dân tộc thiểu số còn lại cư trú ở các vùng núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới, những khu vực được coi là giàu tài nguyên thiên nhiên (rừng, đất, khoáng sản...) và rất quan trọng đối với quốc gia về mặt địa chính trị. Về truyền thống, đời sống của họ chủ yếu dựa vào nông nghiệp tự cung tự cấp, trong đó canh tác nương rẫy và các sản phẩm từ rừng đóng vai trò chủ đạo. Điều này được Condominas mô tả rõ nhất: “không gian sinh thái cung cấp nguồn tài nguyên cần thiết cho đời sống và bản thân sự tồn tại của nhóm người, thời gian sinh thái thì thúc đẩy đời sống theo nhịp điệu các mùa”.² Từ khi có chính sách Đổi mới (1986), dưới tác động của nền kinh tế thị trường, chính sách cải cách và hội nhập quốc tế của Đảng, đời sống của đồng bào các dân tộc thiểu số ở Việt Nam đã thay đổi sâu sắc theo cả chiều hướng tích cực và tiêu cực.

Nhận thức rõ vai trò quan trọng của các dân tộc thiểu số đối với công cuộc bảo vệ Tổ quốc và xây dựng khối đoàn kết quốc gia – dân tộc, Chính phủ Việt Nam đã dành sự quan tâm lớn tới các dân tộc thiểu số. Về mặt tư tưởng, mọi chính sách đối với đồng bào dân tộc thiểu số, còn được gọi là chính sách dân tộc đều dựa trên nguyên tắc: Đoàn kết, bình đẳng, giúp đỡ nhau cùng phát triển. Nguyên tắc này đã được thể hiện nhất quán và cụ thể hóa trong các hiến pháp của Việt Nam như Hiến pháp năm 1981, năm 1992 và Hiến pháp sửa đổi năm 2013.³ Vì thực tế là hầu hết các dân tộc thiểu

số có đời sống kinh tế - xã hội kém hơn so với người Kinh, nên đặc biệt kể từ khi Đổi mới (1986) Nhà nước đã ban hành và thực hiện nhiều chính sách ưu tiên nhằm tạo điều kiện cho các dân tộc thiểu số tham gia vào dòng chảy kinh tế - xã hội chung của đất nước, để cải thiện điều kiện sống và giảm khoảng cách phát triển kinh tế - xã hội giữa đồng bào dân tộc thiểu số và dân tộc đa số. Đây được coi là nền tảng quan trọng nhất cho nỗ lực của nhà nước nhằm gắn kết các dân tộc thiểu số vào một khối quốc gia – dân tộc thống nhất. Các chính sách dân tộc này bao trùm nhiều lĩnh vực xã hội, kinh tế và văn hóa, nhưng trọng tâm chính là xóa đói, giảm nghèo và cải thiện sinh kế. Do đó, hầu hết các chính sách dân tộc đều nằm trong khuôn khổ của Chương trình mục tiêu quốc gia về giảm nghèo bền vững.

Thời gian qua, Việt Nam đã đạt được những thành tựu to lớn trong công cuộc xóa đói, giảm nghèo, từng bước cải thiện điều kiện sống của người dân nói chung, nhưng bất ổn sinh kế và tình trạng nghèo đói trong đồng bào dân tộc thiểu số vẫn là vấn đề có tính thời sự, thu hút sự quan tâm lớn cả trong nước và quốc tế. Bên cạnh những nguyên nhân chủ quan và nội tại, những hạn chế trong chính sách của nhà nước cũng góp phần gây ra tình trạng này. Mặc dù hệ thống chính sách xã hội cho đồng bào dân tộc thiểu số rất toàn diện và bao quát trên nhiều khía cạnh nhằm tạo ra những thay đổi cơ bản cho đời sống của họ, nhưng vẫn còn tồn tại nhiều bất cập. Phần này sẽ thảo luận và nêu ra những thành tựu và hạn chế chủ yếu trong các chính sách dân tộc của chính phủ và một số vấn đề nổi bật của các dân tộc thiểu số ở Việt Nam. Ngoài ra, một vài hàm ý về các vấn đề già hóa đối với các dân tộc thiểu số cũng được thảo luận.

2. Các chính sách xã hội cho các dân tộc thiểu số ở Việt Nam

Gần đây, nhiều chính sách dân tộc đã được ban hành và thực hiện ở Việt Nam. Theo một số nghiên cứu, đến năm 2011, Chính phủ đã ban hành 182 chính sách dân tộc riêng biệt, bao gồm 32 nghị định và nghị quyết của chính phủ và 150 quyết định của Thủ tướng Chính phủ. Các chính sách này quy định một loạt các vấn đề phát triển kinh tế - xã hội như xây dựng cơ sở hạ tầng, giảm nghèo, quyền sử dụng đất, tài chính và tín dụng, thương mại, nguồn nhân lực, chức năng công cộng, các vấn đề quản lý, văn hóa, giáo dục, y tế...⁴ Nhìn chung, các chính sách này được thực hiện theo ba cách tiếp cận chính, bao gồm:

- Một số chính sách được thực hiện theo cách tiếp cận tổng thể hoặc toàn diện nhằm cải thiện mọi mặt đời sống của hộ nghèo, từ cơ sở hạ tầng, hỗ trợ và thúc đẩy sản xuất, kết nối thị trường, cho đến đào tạo việc làm, tham gia thị trường lao động, tiếp cận giáo dục và chăm sóc sức khỏe. Ví dụ: Chương trình 135 nhằm xây dựng cơ sở hạ tầng, phát triển kinh tế - xã hội các xã, thôn, bản khó khăn nhất cả nước, hay Chương trình 30A (theo Nghị quyết số 30/A/2008/NQ-CP) để giúp đỡ, hỗ trợ việc giảm nghèo bền vững và nhanh chóng cho hơn 60 huyện khó khăn nhất cả nước.
- Một số chính sách với cách tiếp cận theo ngành đối với từng mặt hay lĩnh vực cụ thể như sử dụng đất, nước sạch, nhà ở, nhà ở cho người nghèo, chẳng hạn như Chương trình 134.
- Một số chính sách tiếp cận theo vùng, tập trung vào một số vùng hoặc địa bàn nhất định, chẳng hạn như Chương trình cho các xã biên giới Việt Nam - Lào - Campuchia (Quyết định 160/2007/QĐ-TTg), Chương trình tạo việc làm cho đồng bào dân tộc thiểu số ở đồng bằng sông Cửu Long (Quyết định 74/2008/QĐ-TTg), hoặc Chương trình phát triển kinh tế - xã hội vùng Tây Nguyên (Nghị quyết số 10/NQ-TW).⁵

Ngoài ra, có một số chính sách đặc biệt mang tính giới hạn, chỉ tập trung vào trường hợp cụ thể như một số chương trình, dự án nhỏ cho các nhóm dân tộc thiểu số rất ít người (dưới 10.000 người, hiện Việt Nam có 16 tộc người thiểu số thuộc nhóm này).

Hiện Chính phủ đang chuẩn bị Chương trình mục tiêu quốc gia phát triển kinh tế - xã hội vùng dân tộc thiểu số và miền núi trong giai đoạn 2021-2030, chia thành hai giai đoạn 2021-2025 và 2026-2030 với kinh phí dự kiến lên đến khoảng 272.000 tỷ đồng (11,3 tỷ USD).⁶



3. Những thành tựu và thách thức

Trong những thập kỷ vừa qua, Việt Nam đã thu hút sự chú ý của quốc tế bởi những thành tựu về giảm nghèo và cải thiện điều kiện sống của người dân. Theo Chương trình Phát triển Liên hợp quốc (UNDP), trong điều kiện kinh tế - xã hội còn hạn chế, so với các nước có cùng GDP, Việt Nam đã sử dụng có hiệu quả nguồn lực của mình để cải thiện và nâng cao điều kiện sống, giáo dục phổ thông, tỷ lệ biết chữ nói chung và tuổi thọ của người dân. Khoảng 30 triệu người ở Việt Nam đã thoát nghèo trong giai đoạn từ năm 1993 đến năm 2008. Tuy nhiên, kết quả xóa đói, giảm nghèo là không đồng đều giữa các nhóm xã hội và các khu vực địa lý. Tỷ lệ nghèo của các dân tộc thiểu số vẫn ở mức cao hơn nhiều so với dân tộc Kinh và Hoa. Điều đáng lo ngại nhất là số hộ nghèo có người dân tộc thiểu số làm chủ hộ đang tăng nhanh so với cơ cấu nghèo chung, từ 17,7% năm 1997 lên 40,7% năm 2008 và lên đến 56% năm 2012. Tỷ lệ hộ nghèo của các hộ gia đình dân tộc thiểu số ở miền núi và vùng sâu, vùng xa cao gấp 4 lần mức bình quân chung của cả nước. Nhiều người dân tộc thiểu số đang sống trong cảnh nghèo kinh niên. Mặc dù bức tranh chung đã được cải thiện đáng kể, nhưng họ vẫn nghèo hoặc trở nên nghèo nhanh hơn trong thời kỳ

khủng hoảng kinh tế. Kết quả là họ khó tiếp cận với các dịch vụ xã hội cơ bản.⁷ Một nghiên cứu gần đây với phương pháp tiếp cận đa chiều cho thấy mức sống của các hộ gia đình dân tộc thiểu số đang tụt lại so với mức trung bình của cả nước, đặc biệt là ở khu vực miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Ở hai vùng này, tỷ lệ hộ nghèo của các hộ dân tộc thiểu số là khoảng 70%.

Thêm vào đó, ngay cả việc giảm nghèo trong các dân tộc thiểu số vẫn chưa có tính bền vững. Nguy cơ tái nghèo cao, ở nhiều vùng, người dân tộc thiểu số rất dễ bị tổn thương bởi nghèo do những rủi ro phổ biến trong cuộc sống hàng ngày. Nhiều tộc người thiểu số sinh sống ở những vùng thường xuyên chịu ảnh hưởng của thiên tai như bão, lũ lụt... Do khoảng 80% người nghèo sống dựa vào nông nghiệp nên những rủi ro này chính là nguy cơ lớn gây tái nghèo. Ngoài ra, nhiều hộ gia đình tộc người thiểu số có mức thu nhập bấp bênh nằm giáp ranh chuẩn nghèo đói cũng có nguy cơ tái đói nghèo. Ngoài ra, tình trạng nghèo đói của các tộc người cũng liên quan chặt chẽ đến suy thoái môi trường. Nghèo đói có thể đẩy họ đến khai thác quá mức các nguồn tài nguyên thiên nhiên hữu hạn sẵn có, hủy hoại nền tảng đời sống của họ. Nhìn chung, đói nghèo vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của bất bình đẳng xã hội, khoảng cách giữa người giàu và người nghèo, sự phân hóa phát triển giữa thành thị và nông thôn, giữa đồng bằng và miền núi, giữa tộc người thiểu số và tộc người đa số. Một số tổ chức quốc tế đã cảnh báo rằng tình trạng nghèo khó và sinh kế dễ bị tổn thương của các tộc người có thể dẫn đến mất ổn định trật tự chính trị - xã hội và an ninh công cộng ở Việt Nam.⁸

Hơn 20 năm trước, Jamieson và cộng sự đã cảnh báo rằng các tộc người thiểu số và các vùng miền núi của Việt Nam sẽ phải đối mặt với đói nghèo, áp lực gia tăng dân số, suy thoái môi trường và sự phụ thuộc kinh tế vào hệ thống bên ngoài cũng như vị thế bị xem nhẹ của họ.⁹ Điều này dường như vẫn đúng với bối cảnh của các tộc người thiểu số ở Việt Nam hiện nay.

Nghiên cứu gần đây cho thấy có nhiều yếu tố dẫn đến tình trạng đói nghèo của các tộc người thiểu số. Thứ nhất, đồng bào dân tộc thiểu số chủ yếu sinh sống ở khu vực cao nguyên có điều kiện tự nhiên khó khăn như địa hình đồi núi, khí hậu khắc nghiệt,

cơ sở hạ tầng yếu kém, phân bố dân cư phân tán. Hầu hết các tộc người thiểu số sống dựa vào nông nghiệp và lâm nghiệp. Hiện nay, tình trạng tàn phá rừng đang diễn ra nhanh chóng, tác động tiêu cực đến sinh kế của đồng bào dân tộc thiểu số. Phần lớn đất đai của họ cũng không thích hợp cho sản xuất nông nghiệp. Thứ hai, số người thuộc các dân tộc thiểu số tiếp tục gia tăng, cả về số tuyệt đối và về phần trăm tổng dân số. Thứ ba, và điều này mới quan trọng: mặc dù trình độ học vấn của các tộc người thiểu số đã được cải thiện nhưng vẫn còn thấp hơn mức trung bình của cả nước: trung bình cứ 10 người trên 15 tuổi thuộc tộc người thiểu số thì có 4 người chưa học hết cấp tiểu học hoặc thậm chí chưa từng đi học. Năng lực của người dân tộc thiểu số tham gia thị trường lao động vẫn còn hạn chế, vì hầu hết họ chỉ có kỹ năng làm việc trong lĩnh vực nông nghiệp hoặc khu vực phi chính thức. Do thiếu kỹ năng để áp dụng hiệu quả khoa học và kỹ thuật nên năng suất lao động của họ còn thấp và lao động chủ yếu là nông nghiệp truyền thống. Do đó, người dân tộc thiểu số khó tìm được việc làm được trả lương trong khu vực chính thức, kể cả đối với thanh niên, vì họ thường không đáp ứng được yêu cầu của nhà tuyển dụng và có ít cơ hội việc làm trong khu vực kinh tế chính thức ở vùng thiểu số. Nghèo đói và điều kiện sống bấp bênh ngày càng dẫn đến việc người dân tộc thiểu số di cư đến các khu vực thành thị và trung tâm kinh tế để tìm kiếm việc làm hoặc tham gia vào các hoạt động xuyên biên giới.

Mặc dù được đầu tư đáng kể trong những năm gần đây nhưng cơ sở hạ tầng và các dịch vụ xã hội ở các vùng tộc người thiểu số vẫn còn thiếu thốn. Điều này khiến họ khó tiếp cận và kết nối với thị trường. Hơn nữa, do thu nhập thấp nên người dân tộc thiểu số hiếm khi có tiền tiết kiệm để tái đầu tư, mở rộng hoạt động sản xuất, hay thậm chí để thay đổi công việc. Các yếu tố hạn chế khác là:

Rào cản ngôn ngữ, nhiều người dân tộc thiểu số không nói được tiếng phổ thông hoặc nói không trôi chảy, khả năng tiếp cận thông tin hạn chế và bị các định kiến xã hội.

Đến nay, tất cả những yếu tố này đã cản trở người dân tộc thiểu số ở Việt Nam hội nhập đầy đủ vào đời sống kinh tế - xã hội chung của đất nước và tìm kiếm những cách thức mới để cải thiện cuộc sống của họ. Hơn nữa, người dân tộc thiểu số ít tham gia vào các tổ chức, bộ máy nhà nước cũng như vào việc xây dựng và phát triển các chính sách ảnh hưởng đến họ. Cũng cần nhắc lại tính dễ bị tổn thương đặc biệt của các tộc người thiểu số, như đã đề cập ở trên, trước thiên tai, biến đổi khí hậu, môi trường xuống cấp, dịch bệnh trong sản xuất nông nghiệp, tai nạn, dịch bệnh của con người và sự phụ thuộc nhiều vào biến động của giá của các sản phẩm và thiết bị nông nghiệp. Các rủi ro kinh tế và xã hội khác đối với các tộc người thiểu số bao gồm các dự án công cộng như xây dựng đường, đập, khai thác mỏ và thiết lập các nông lâm trường của nhà nước hoặc tư nhân trong khu vực sinh sống của họ.¹⁰

Một nguyên nhân quan trọng khác dẫn đến tình trạng nghèo đói và sinh kế không ổn định của các tộc người thiểu số nói trên là do tác động tiêu cực của các chính sách của chính phủ hoặc của các chương trình, dự án cụ thể của chính phủ.

Nhìn chung, hệ thống chính sách xã hội của nhà nước đối với các tộc người thiểu số là toàn diện và bao gồm nhiều lĩnh vực nhằm mang lại những thay đổi cơ bản. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại nhiều hạn chế.

- *Thứ nhất*, có quá nhiều chính sách trùng lặp về nội dung, nhóm đối tượng hoặc địa bàn thụ hưởng đã tạo nên khó khăn trong việc triển khai và đánh giá các chính sách này.
- *Thứ hai*, các chính sách chưa khai thác đầy đủ tiềm năng nội tại của các tộc người thiểu số và địa bàn định cư của họ.
- *Thứ ba*, các chương trình của chính phủ theo cách tiếp cận từ trên xuống, không chú trọng đầy đủ đến sự khác biệt giữa các nhóm dân tộc khác nhau và do đó không tính đến các thể mạnh và nhu cầu cụ thể của họ.

- *Thứ tư*, nhiều biện pháp được phát triển và thực hiện không liên quan đến thực tiễn và do đó hoàn toàn không thể đạt được các mục tiêu đã đề ra.
- *Thứ năm*, có sự chông chéo trong quản lý và thiếu sự hợp tác hiệu quả giữa các cơ quan chính phủ trong việc thực hiện các giải pháp cho người thiểu số.
- *Thứ sáu*, việc thực hiện các chương trình thường không hiệu quả do sự chuẩn bị, đánh giá và sắp xếp thứ tự ưu tiên còn bất cập.
- *Thứ bảy*, nhiều chương trình bị thiếu vốn, nguồn tài chính dàn trải quá rộng hoặc tỷ lệ hỗ trợ quá thấp dẫn đến tác động của các chương trình chính sách không đủ. Ngoài ra, một số biện pháp không có tính thực tiễn hoặc gặp khó khăn trong quá trình thực hiện nhưng không được thay đổi kịp thời trước khi ngừng áp dụng.¹¹

4. Một số hàm ý về vấn đề già hóa đối với các tộc người thiểu số

Để hạn chế sự gia tăng cao về dân số, chính phủ Việt Nam đã đưa ra một số biện pháp kế hoạch hóa gia đình sau khi đất nước thống nhất, đặc biệt là "chính sách hai con" dựa trên cơ sở thưởng phạt. Kế hoạch hóa dân số chủ yếu nhằm vào phần lớn người Kinh, đặc biệt là công viên chức và đảng viên. Tuy nhiên, đồng bào các tộc người thiểu số chỉ được khuyến khích thực hiện theo chính sách dân số này, nên họ ít bị ảnh hưởng.

Một nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng cơ cấu tuổi của các tộc người thiểu số như sau: Dưới 16 tuổi 33,96 %, 16 đến 35 tuổi 34,89 %, 36 đến 50 tuổi 20,12 %, trên 50 tuổi 11,03 %¹². Những số liệu này cho thấy các tộc người thiểu số không bị ảnh hưởng bởi sự già hóa dân số nói chung. Thay vào đó mối quan tâm chính ở đây là chất lượng cuộc sống của những người cao tuổi.

Như đã đề cập ở trên, tất cả các tộc người thiểu số đều có mức nghèo cao và đối mặt với bất ổn sinh kế và đặc biệt bị đe dọa bởi sự thay đổi kinh tế xã hội nhanh chóng ở Việt Nam. Do đó, có một nguy cơ là những người già thiểu số sẽ ngày càng mất đi những vai trò và vị trí truyền thống của họ. Trước đây, họ đóng một vai trò quan trọng trong cộng đồng của họ và được trọng vọng về kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm trong nhiều lĩnh vực của đời sống truyền thống, chẳng hạn như canh tác, săn bắt và hái lượm trong rừng, bảo vệ và quản lý cộng đồng, nghi lễ, giải quyết xung đột và giao tiếp với bên ngoài. Ví dụ ở Tây Nguyên, hội đồng già làng của một cộng đồng buôn làng trước đây nắm hầu hết các quyết định quan trọng. Trong những thập kỷ gần đây, vai trò truyền thống này cùng với vị trí xã hội cao của các già làng đã ngày càng bị mai một bởi hệ thống hành chính nhà nước và các tổ chức xã hội quần chúng như Đoàn Thanh



niên, Hội Liên hiệp Phụ nữ, Hội Nông dân, và cuối cùng là bởi các phương tiện truyền thông mới như truyền hình, Internet và điện thoại di động. Ngày nay, người cao tuổi đã không còn có vai trò quan trọng đối với cuộc sống cộng đồng như trước đây nữa. Nếu có, thì chủ yếu là thầy cúng, thầy lang hoặc những người làm trong một số nghề thủ công.

Nhiều nghiên cứu cho thấy, do nghèo đói và bất ổn sinh kế, nhiều người dân tộc thiểu số, nhất là thanh niên di cư tới các trung tâm đô thị, kinh tế của Việt Nam hoặc nước ngoài để mưu sinh. Trong những trường hợp như vậy, người già phải chăm sóc trẻ em và trông coi nhà cửa. Theo cách này, những người già từ các tộc người thiểu số trở nên phụ thuộc về kinh tế vào các nững người trẻ, nhất là trong bối cảnh nhiều người trong số họ không có nguồn dự phòng khi về già của riêng mình giống như cư dân thành phố.

Tại một hội thảo nhân học tổ chức mới đây tại Hà Nội ngày 11/11/2020, một nhà nghiên cứu cho rằng, ở các làng tộc người thiểu số, người già không còn được coi trọng mà là những người trẻ hiểu biết về máy tính, internet và điện thoại di động. Mặc dù chính phủ đã quan tâm đến người cao tuổi tộc người thiểu số thông qua một số chính sách, chẳng hạn như Quyết định số 12/2018/QĐ-TTg về tiêu chí lựa chọn người có uy tín và chính sách đối với người có uy tín là người dân tộc thiểu số, tuy nhiên, số lượng người già nằm trong nhóm này rất hạn chế. Mục đích chính của chính sách này là khuyến khích và vận động những người cao tuổi này đóng góp vào sự phát triển kinh tế - xã hội của cộng đồng.

5. Kết luận

Kể từ khi Đổi mới, Việt Nam đã đạt được nhiều thành công trong cuộc chiến chống đói và nghèo. Tuy nhiên, kết quả của quá trình này không đồng đều ở các tộc người và các khu vực của Việt Nam. Do đó, các tộc người thiểu số ngày nay vẫn bị ảnh hưởng bởi đói nghèo nhiều hơn so với dân tộc đa số. Mức độ tiếp cận của các tộc người thiểu số đối với các dịch vụ xã hội cơ bản còn nhiều hạn chế. Hơn nữa, thành quả giảm nghèo đạt được ở các tộc người thiểu số là không bền vững. Do đó, nguy cơ tái nghèo của họ là rất cao.

Có một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng này: điều kiện sống ở các vùng tộc người thiểu số khó khăn hơn, cơ sở hạ tầng ở đó kém hơn, môi trường xuống cấp, trình độ thấp, ít tích lũy cho việc cải thiện sản xuất hoặc tiết kiệm trong các tình huống rủi ro. Hơn nữa, rào cản ngôn ngữ, tiếp cận giới hạn về thông tin, các định kiến cộng đồng về vị thế thấp kém và sự thiếu tự tin đã ngăn cản người tộc người thiểu số tham gia một cách hiệu quả hơn vào nền kinh tế và xã hội của Việt Nam và do đó cũng ngăn cản họ tìm cách cải thiện cuộc sống.

Ngoài những nguyên nhân chủ quan, nội tại nêu trên, những bất cập trong chính sách của Nhà nước cũng góp phần gây ra tình trạng này. Mặc dù hệ thống chính sách xã hội đối với đồng bào tộc người thiểu số toàn diện và bao quát nhiều khía cạnh nhằm mang lại những thay đổi cơ bản trong đời sống của họ, nhưng vẫn còn nhiều bất cập.

Trong bối cảnh kinh tế - xã hội Việt Nam đang có những thay đổi nhanh chóng, người cao tuổi tộc người thiểu số đang mất dần vai trò và vị trí truyền thống trong xã hội. Hệ quả là họ trở nên dễ bị tổn thương hơn về mặt xã hội và phụ thuộc về kinh tế nhiều hơn vào những người trẻ.

¹ Le Son (2020). "273, 000 billion VND for development of ethnic minorities and mountainous areas." Available at <http://baochinhphu.vn/Tin-noi-bat/Du-kien-273000-ty-dong-phat-trien-vung-dong-bao-dan-toc-thieu-so-va-mien-nui/396712.vgp>.

² Condominas, George (1997). *Social space in Southeast Asia*. Hanoi: Culture Publishing House. 22.

³ Vuong, Xuan Tinh (2015). "Overview of ethnic policies from 1980 up to present." In: *Anthropological Review*, No. 1&2, 17-27. 17.

⁴ Vuong, Xuan Tinh (2015). "Overview of ethnic policies from 1980 up to present." In: *Anthropological Review*, No. 1&2, 17-27. Dang et al. (2012). *Research of checking, analysis ethnic policies and assisting policy framework of Committee of Ethnic Minorities Affairs (CEMA), Project of strengthening policy making and implementation*. Hanoi: CEMA and UNDP.

⁵ Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014). *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 35-36.

⁶ Le Son (2020). "273, 000 billion VND for development of ethnic minorities and mountainous areas." Available at <http://baochinhphu.vn/Tin-noi-bat/Du-kien-273000-ty-dong-phat-trien-vung-dong-bao-dan-toc-thieu-so-va-mien-nui/396712.vgp>.

⁷ Molisa (2018). *Report on multi-dimensional poverty: Poverty reduction in all aspects in order to measure a quality life for everyone*. Hanoi: the report based on research collaboration between VASS and UNDP. 60-64.

⁸ VASS (2011). *Poverty Reduction in Vietnam: Achievements and Challenges*. Hanoi: Vietnam Academy of Social Sciences (VASS). 16, 83. Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014). *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 35-36.

⁹ Jamieson N./Le Trong Cuc/Rambo, A. T. (eds.) (1998). *Changes in the development of Vietnam upland region*. Hanoi: Center for Natural Resources and Environment Study, Vietnam National University of Hanoi.

¹⁰ Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014). *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 16-30.

¹¹ Nguyen, Thi Lan Huong (ed.) (2014). *Social welfare for ethnic minorities in Vietnam*. Hanoi: The Gioi Publishing House. 35-42. Dang et al. (2012). *Research of checking, analysis ethnic policies and assisting policy framework of Committee of Ethnic Minorities Affairs (CEMA), Project of strengthening policy making and implementation*. Hanoi: CEMA and UNDP. 58-79.

¹² Department of Ethnic Minorities Education (2019): *Population quality of ethnic minorities with a very small population proportion*. Hanoi: Ministry of Education and Training, available at <https://moet.gov.vn/giaoducquocdan/giao-duc-dan-toc/Pages/Default.aspx?ItemID=6334>.



Vũ Đình Mười

Viện Dân tộc học, Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam
Nghiên cứu sinh tại Khoa Nhân học, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội.

Email: Vmouoi@yahoo.com

Chính sách dân số trong quá trình chuyển đổi

● Lưu Bích Ngọc

Mốc đánh dấu sự hình thành chính sách dân số Việt Nam được tính từ thời điểm Nhà nước Việt Nam ban hành văn bản chính sách về vấn đề dân số - kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) lần đầu tiên vào năm 1961 khi mà mức sinh ở Việt Nam ở mức rất cao (TFR: 6,1 con/phụ nữ). Đến nay, chính sách dân số đã được điều chỉnh qua nhiều giai đoạn tương ứng với biến động của dân số trong các thời kỳ quá độ.

1. Thời kỳ 1961 – 1975:

Hướng dẫn sinh đẻ có kế hoạch trong bối cảnh chiến tranh

Đây là thời kỳ đất nước bị chia cắt thành hai miền, chương trình dân số - KHHGĐ chỉ được triển khai ở miền Bắc với những nội dung chủ yếu được Chính phủ ban hành trong ba văn bản quan trọng. Đó là: (1) Quyết định số 216/CP ngày 26/12/1961 của Hội đồng Chính phủ về việc sinh đẻ có hướng dẫn; (2) Chỉ thị số 99/TTg ngày 16/10/1963 của Thủ tướng Chính phủ về công tác hướng dẫn sinh đẻ; (3) Quyết định số 94/CP ngày 13/5/1970 của Hội đồng Chính phủ về cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch. Ngay từ đầu, tất cả các văn bản này đã chú ý tới số lượng và chất lượng dân số với mục tiêu: “Vi sức khoẻ của bà mẹ, vì hạnh phúc và hoà thuận trong gia đình và để nuôi dạy con cái chu đáo, việc sinh đẻ của nhân dân cần được hướng dẫn chu đáo”.

Mục tiêu của cuộc vận động lúc đó là hướng tới quy mô gia đình 3 con. Đối tượng vận động chủ yếu là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã có đông con, trước hết là những nữ công nhân, viên chức nhà nước, trong các lực lượng vũ trang và phụ nữ nông thôn ở các vùng đồng bằng đông dân. Phạm vi thực hiện vận động sinh đẻ có kế hoạch tập trung chính ở vùng thành thị, vùng nông thôn Đồng bằng sông Hồng, nông thôn Bắc Trung bộ và công nhân viên chức các tỉnh, huyện trung du miền núi.

Tổ chức bộ máy thực hiện là Ban vận động sinh đẻ có kế hoạch do Thủ tướng Chính phủ làm Trưởng ban, cơ quan thường trực là Bộ Y tế và từ năm 1970 là Ủy ban Bảo vệ bà mẹ, trẻ em. Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam, Tổng Công đoàn Việt Nam đảm nhiệm chức năng tuyên truyền, vận động.

Các giải pháp chính sách cơ bản của thời kỳ này là cung cấp dịch vụ KHHGĐ (chủ yếu là dụng cụ tử cung), tuyên truyền, vận động (hình thức chủ yếu là nói chuyện, đèn chiếu và tranh ảnh) và chế độ khuyến khích phụ nữ đặt dụng cụ tử cung. Nhà nước bao cấp toàn bộ chi phí dịch vụ KHHGĐ, nhưng được cân đối trong tổng kinh phí của Bộ Y tế hoặc Ủy ban Bảo vệ bà mẹ và trẻ em cùng với ngân sách địa phương.

Kết quả là tỷ suất sinh thô ở miền Bắc đã giảm từ 43,9‰ năm 1960 xuống còn 33,2‰ năm 1975, bình quân mỗi năm giảm được 0,71‰. Tổng tỷ suất sinh giảm từ 6,39 con/phụ nữ vào năm 1960 xuống còn 5,25 con/phụ nữ vào năm 1975.¹

2. Thời kỳ 1975 – 1992: Đẩy mạnh vận động sinh đẻ có kế hoạch



Sau ngày đất nước thống nhất, số dân của Việt Nam đã xấp xỉ 48 triệu người, gấp đôi quy mô dân số tại thời điểm năm 1955. Trong thời kỳ này, công tác dân số - KHHGD được triển khai trong phạm vi cả nước với xu hướng đẩy mạnh hơn nữa cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch thông qua hai chỉ thị của Chính phủ: (1) Chỉ thị số 265/CP ngày 19/10/1978 của Hội đồng Chính phủ về đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong phạm vi cả nước; (2) Chỉ thị số 29/HĐBT ngày 12/8/1981 của Hội đồng Bộ trưởng về đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong 5 năm (1981-1985).

Sau một thời gian tạm lắng, cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch lại được phát động sôi nổi và được triển khai rộng khắp trên toàn quốc để chuẩn bị cho một sự phục hưng nền kinh tế. Công tác dân số - KHHGD trong giai đoạn này được xác định là quốc sách trong sự nghiệp phát triển đất nước. Đại hội lần thứ IV của Đảng Cộng sản Việt Nam đã xác định: *“Mọi ngành, mọi cấp phải coi trọng cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch, là công tác có tầm quan trọng to lớn, có ý nghĩa chính trị, kinh tế và xã hội, góp phần tích cực vào việc nâng cao đời sống của nhân dân ta”*. Tiếp đó, Đại hội Đảng lần thứ V lại khẳng định: *“Phải quyết định và thi hành chính sách dân số đúng đắn, trong đó một công việc cực kỳ quan trọng, có ý nghĩa chiến lược về kinh tế và xã hội mà tất cả các tổ chức Đảng và chính quyền các cấp phải hết sức quan tâm và trực tiếp chăm lo là tiếp tục đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch.”*

Mục tiêu của tác dân số - KHHGD được xác định cụ thể tại Đại hội Đảng lần thứ IV (năm 1976) là đẩy mạnh hơn nữa cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch, kiên quyết giảm dần tốc độ tăng dân số hàng năm, phấn đấu đến năm 1980, tỷ lệ tăng dân số là xấp xỉ trên 2%. Tại Đại hội Đảng lần thứ V (năm 1981), mục tiêu của công tác dân số - KHHGD tiếp tục được xác định là: giảm tốc độ tăng dân số bình quân cả nước từ 2,4% hàng năm xuống còn 1,7% vào năm 1985. Đối tượng vận động đã mở ra toàn bộ phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và cả một lực lượng đông đảo nam giới có vợ trong độ tuổi sinh đẻ. Phạm vi thực hiện được mở rộng cho toàn quốc, cả khu vực thành thị và nông thôn, có nhấn mạnh đối với công nhân viên chức nhà nước, lực lượng vũ trang và vùng đồng bằng đông dân.

Do nhận thức được tầm quan trọng của việc huy động các lực lượng xã hội tham gia chương trình dân số - KHHGD, năm 1984, Ủy ban Dân số và sinh đẻ có kế hoạch được thành lập ở Trung ương với sự tham gia của nhiều ngành, cơ quan, đoàn thể. Trụ sở của Ủy ban vẫn đặt tại Bộ Y tế. Năm 1991, Ủy ban này được đổi tên là Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD. Mô hình Ủy ban được triển khai xuống đến cấp tỉnh, thành phố, đặc khu trực thuộc Trung ương. Ở cấp huyện có Ban Dân số - KHHGD, ở cấp xã/phường có một lãnh đạo chủ chốt phụ trách và có cơ quan chuyên môn giúp việc.

Các giải pháp cơ bản cho chính sách dân số thời kỳ này là cung cấp dịch vụ KHHGD (chủ yếu là vòng tránh thai), tuyên truyền vận động (được mở rộng ra các phương tiện thông tin đại chúng, tuy nhiên hình thức vận động chủ đạo vẫn là tuyên truyền vận động trực tiếp) và chế độ khuyến khích mạnh hơn, rộng hơn đối với phụ nữ đình sản, đặt vòng tránh thai. Ngân sách nhà nước vẫn bao cấp chi phí cho dịch vụ KHHGD, nhưng được cân đối trong tổng số kinh phí của Bộ Y tế. Quỹ dân số Liên Hợp Quốc đã viện trợ không hoàn lại về tài chính và kỹ thuật thông qua các phương tiện tránh thai, một phần trang thiết bị dịch vụ KHHGD, một số hoạt động tuyên truyền vận động, nghiên cứu, thu thập thông tin, số liệu và trợ giúp năng lực quản lý chương trình dân số - KHHGD.

Chính sách dân số mặc dù đã được đặt ra với mục tiêu hạ tỷ lệ tăng dân số xuống dưới 1,7% vào năm 1990, công tác dân số - KHHGD được triển khai trong phạm vi cả nước song đã không hoàn thành mục tiêu đề ra. Cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch, mặc dù đã có Chỉ thị của Chính phủ cho các ngành, các cấp phải tham gia nhưng thực tế chỉ có ngành Y tế, Hội phụ nữ và Công đoàn trực tiếp thực hiện, các ngành khác hầu như đứng ngoài cuộc. Các cấp bộ Đảng, chính quyền không thấy rõ trách nhiệm của mình trong chỉ đạo, lãnh đạo thực hiện công tác dân số - KHHGD nên đã khoán trắng cho ngành Y tế trong việc tổ chức và thực hiện.

Giai đoạn ngay sau khi chiến tranh kết thúc, lại xuất hiện xu hướng dân số tăng bù sau chiến tranh, nhất là ở các tỉnh phía Nam, tỷ lệ tăng dân số đạt 3,2% theo Điều tra ngày 5/2/1976. Sau đó, các cuộc chiến tranh biên giới Tây Nam và biên giới phía Bắc đã làm hạn chế cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch. Kết quả đạt được là tỷ lệ sinh giảm từ 33,2‰ vào năm 1975 xuống 31,0‰ vào năm 1985 và 30,1‰ vào năm 1992. Số con trung bình của một phụ nữ trong tuổi sinh đẻ TFR giảm từ 5,25 con xuống 3,98 con và 3,8 con vào các năm tương ứng.

Có thể nói rằng, trải qua 31 năm (1961-1992), công tác dân số - KHHGD ở Việt Nam lúc đó luôn có những bước thăng trầm và luôn có sự thay đổi về tổ chức bộ máy, cách làm nhằm tìm kiếm một bộ máy có hiệu lực, một cách làm có hiệu quả và đáp ứng được yêu cầu xã hội hoá. Song do nhiều nguyên nhân khách quan và chủ quan, kết quả đạt được của công tác dân số - KHHGD trong suốt 31 năm, giai đoạn 1961 – 1992, là thấp so với nhu cầu và thấp hơn rất nhiều so với các nước trên thế giới cùng tiến hành chương trình dân số - KHHGD trong thời gian đó.

Đến năm 1992, dân số Việt Nam đã là 69,405 triệu người với tỷ suất sinh thô ở mức 30,04‰, tổng tỷ suất sinh là 3,8 con/phụ nữ. Nếu xu hướng tăng dân số không được kìm lại thì dân số Việt Nam sẽ đạt tới con số khổng lồ 160-170 triệu người rồi mới ổn định ở quy mô này vào giữa thế kỷ 21.²

3. Thời kỳ 1993 - 2000:

Tích cực vận động giảm sinh – “Mỗi gia đình chỉ nên có từ 1-2 con”



Đây là thời kỳ công tác dân số - KHHGD có bước phát triển toàn diện và đạt tới đỉnh cao cả về nội dung, cách làm, kinh phí và tổ chức bộ máy thực hiện. Nhận thức ngày càng rõ hơn về sức ép gay gắt của gia tăng dân số quá nhanh cản trở sự nghiệp phát triển của đất nước, tháng 1/1993, tại Hội nghị Ban chấp hành Trung ương Đảng lần thứ 4 khoá VII, Trung ương Đảng đã đưa ra Nghị quyết chuyên đề về dân số - KHHGD. Đây là văn bản chính sách quan trọng định hướng cho công tác dân số - KHHGD những năm sau đó. Nghị quyết đã đề ra mục tiêu cụ thể: “Mỗi gia đình chỉ có một hoặc hai con, để tới năm 2015 bình quân mỗi cặp vợ chồng có 2 con, tiến tới ổn định quy mô dân số vào giữa thế kỷ XXI. Tập trung mọi nỗ lực nhằm tạo chuyển biến rõ rệt ngay trong thập kỷ 90 của thế kỷ XX”. Đồng thời Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII đã đề ra 5 quan điểm và hệ thống các giải pháp để triển khai công tác dân số - KHHGD. Nghị quyết này đã tạo ra định hướng đúng đắn cho công tác dân số - KHHGD ở Việt Nam những năm tiếp theo. Sau đó 2 năm, ngày 6/3/1995, Ban bí thư Trung ương Đảng lại có tiếp Chỉ thị 50/ CT-TW về việc tiếp tục đẩy mạnh công tác dân số - KHHGD.

Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII cũng đã yêu cầu: “kiện toàn Ủy ban dân số - KHHGD các cấp từ Trung ương đến cơ sở. Cơ quan thường trực của Ủy ban Dân số - KHHGD các cấp được bố trí đủ cán bộ chuyên trách có năng lực, gắn chặt với các ngành, các cấp trong việc quản lý, điều phối thực hiện chương trình dân số - KHHGD”. Hệ thống làm công tác dân số được bố trí đến tận thôn, xóm, bản làng để đưa công tác truyền thông dân số - KHHGD và cung cấp các dịch vụ KHHGD đến tận người dân.

Thực tế, sau đó Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD được thành lập thay cho Ủy ban Dân số và sinh đẻ có kế hoạch giai đoạn trước đó. Chính phủ đã ban hành Nghị định 42/CP ngày 21/6/1993 về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn, tổ chức bộ máy và lề lối làm việc của Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD, trong đó quy định rõ hai chức năng của Ủy ban này là quản lý nhà nước về dân số - KHHGD và điều phối chương trình dân số - KHHGD. Do không chỉ quản lý nhà nước mà còn điều phối chương trình dân số - KHHGD nên mô hình tổ chức của Ủy ban không chỉ “liên ngành” mà còn “liên đoàn thể, tổ chức xã hội”. Chính vì vậy, ngoài bộ phận thường trực, Ủy ban còn 19 Bộ và các đoàn thể, tổ chức xã hội tham gia lãnh đạo hoặc làm thành viên. Lần đầu tiên trong lịch sử, Chủ nhiệm chuyên trách của Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD có hàm Bộ trưởng, thành viên của Chính phủ. Điều này thể hiện vị trí cao của cơ quan này. Các thành viên khác của Ủy ban là đại diện lãnh đạo của các bộ, ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội hoạt động theo phương thức kiêm nhiệm. Bộ phận thường trực của Ủy ban Dân số - KHHGD các cấp là đội ngũ chuyên viên, chuyên trách làm nhiệm vụ thường trực. Mô hình bộ máy tổ chức làm công tác dân số - KHHGD của Việt Nam giai đoạn này là mô hình liên Bộ, phổ biến trong các nước Á, Phi. Mô hình này đáp ứng được hai yêu cầu cơ bản: có cơ quan chuyên trách đảm bảo quản lý nhà nước trong lĩnh vực dân số - KHHGD, đồng thời huy động được toàn xã hội tham gia vào chương trình.

Về mặt quản lý nhà nước, Thủ tướng Chính phủ đã có Quyết định 270/TTg ngày 6/3/1993 phê duyệt Chiến lược Dân số - Kế hoạch hoá gia đình đến năm 2000³ để thể chế hoá một giai đoạn thực hiện các quan điểm, mục tiêu và giải pháp của Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII. Việc thực hiện Chiến lược này là quá trình củng cố nhận thức và tăng cường sự quan tâm của lãnh đạo Đảng và chính quyền các cấp, tạo tiền đề quan trọng nhất để thực hiện thành công công tác dân số - KHHGD trong những năm cuối thế kỷ XX.

Trong các điều kiện thuận lợi, với sự nỗ lực vượt bậc, không ngừng của toàn hệ thống làm công tác dân số - KHHGD từ trung ương đến xã, phường, thị trấn, sự tham gia tích cực và có hiệu quả của các ngành, đoàn thể, sự hưởng ứng của nhân dân, đầu tư kinh phí được tăng cường, công tác dân số - KHHGD đã có chuyển biến cả về nhận thức, phương pháp tổ chức thực hiện và đạt được nhiều kết quả quan trọng. Tỷ lệ phát triển dân số bình quân trong 10 năm 1989-1999 là 1,7% giảm 0,4% so với thời kỳ 1979-1989. Quy mô dân số ngày 1/7/2000 là 77,6 triệu người, thấp hơn 4,4 triệu người so với mức đề ra là dưới 82 triệu người vào năm 2000 trong Chiến lược Dân số. Số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là 2,3 con, vượt xa so với mục tiêu Chiến lược Dân số đề ra năm 2000 là 2,9 con.⁴

4. Thời kỳ 2000 – 2018:

Đạt và duy trì mức sinh thay thế, đầu tư nâng cao chất lượng dân số

Giai đoạn tiếp theo 2000-2018, chính sách dân số Việt Nam vẫn tiếp tục đi theo định hướng đã được đề ra trong Nghị quyết Trung ương 4 khóa VII với các mục tiêu về kiểm soát mức sinh để đạt được mức sinh thay thế và nâng cao chất lượng dân số. Các văn bản chính sách pháp luật được hoàn thiện và điều chỉnh cho phù hợp với tình hình thực tế. Pháp lệnh Dân số được Quốc hội ban hành và có hiệu lực ngày 1/5/2003. Chiến lược Dân số giai đoạn 2001-2010 và tiếp theo là Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 đã được phê chuẩn và thực hiện.

Pháp lệnh dân số 2003,⁵ văn bản pháp luật cao nhất về dân số lần đầu tiên được ban hành ở Việt Nam, có các quy định về quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, chất lượng dân số, các biện pháp thực hiện công tác dân số và quản lý nhà nước về dân số. Các quy định của Pháp lệnh hoàn toàn nhất quán với các nguyên tắc của Chương trình hành động của Hội nghị quốc tế về Dân số - Phát triển Cairo 1994. Pháp lệnh có quy định rõ:

- Công dân có các quyền: a) Được cung cấp thông tin về dân số; b) Được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng, thuận tiện, an toàn và được giữ bí mật theo quy định của pháp luật; c) Lựa chọn các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình và nâng cao chất lượng dân số; d) Lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định của pháp luật.
- Công dân có các nghĩa vụ: a) Thực hiện kế hoạch hóa gia đình; xây dựng quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững; b) Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, trí tuệ, tinh thần của bản thân và các thành viên trong gia đình; c) Tôn trọng lợi ích của Nhà nước, xã hội và cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số; d)

Thực hiện các quy định của Pháp lệnh này và các quy định khác của pháp luật có liên quan đến công tác dân số (Chương 1, Điều 4: Quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số).

- Mỗi cặp vợ chồng và cá nhân có quyền: a) Quyết định về thời gian sinh con, số con và khoảng cách giữa các lần sinh phù hợp với lứa tuổi, tình trạng sức khỏe, điều kiện học tập, lao động, công tác, thu nhập và nuôi dạy con của cá nhân, cặp vợ chồng trên cơ sở bình đẳng; b) Lựa chọn, sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (Chương 2, Điều 10: Quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân trong việc thực hiện kế hoạch hóa gia đình).
- Nhà nước có chính sách và biện pháp nhằm loại trừ mọi hình thức phân biệt giới, phân biệt đối xử giữa con gái và con trai, đảm bảo phụ nữ và nam giới có quyền lợi và nghĩa vụ như nhau trong việc xây dựng gia đình no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.
- Nhà nước có chính sách khuyến khích và duy trì gia đình nhiều thế hệ; mở rộng các dịch vụ xã hội phù hợp với các hình thái gia đình, bảo đảm cho mọi thành viên trong gia đình được hưởng các quyền lợi và thực hiện đầy đủ các nghĩa vụ.
- Cơ quan, tổ chức, cá nhân có trách nhiệm tuyên truyền, tư vấn, giúp đỡ cho gia đình nâng cao đời sống vật chất, tinh thần và xây dựng cuộc sống no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.
- Các thành viên trong gia đình có trách nhiệm hỗ trợ nhau trong việc thực hiện các biện pháp chăm sóc sức khỏe, sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, nâng cao đời sống vật chất và tinh thần cho từng thành viên (Chương 3, Điều 24: Xây dựng gia đình no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững).

Thời điểm ban hành năm 2003, Pháp lệnh có hạn chế là chưa thể hiện rõ quan điểm của chính sách dân số Việt Nam là không khuyến khích các cặp vợ chồng có nhiều hơn 2 con. Vì vậy, ngày 27/12/2008, Ủy ban Thường vụ Quốc hội đã thông qua Pháp lệnh 15/2008/PL-UBTVQH12 sửa đổi điều 10 của Pháp lệnh Dân số (hiệu lực từ ngày 1/2/2009) như sau:

“Điều 10: Quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân trong việc thực hiện cuộc vận động dân số, kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản:

1. Quyết định thời gian và khoảng cách sinh con;
2. Sinh một hoặc hai con, trừ trường hợp đặc biệt do Chính phủ quy định;
3. Bảo vệ sức khỏe, thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS và thực hiện các nghĩa vụ khác liên quan đến sức khỏe sinh sản”.

Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010⁶ được đánh giá là một bộ phận quan trọng của Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội trong cùng giai đoạn. Mục tiêu tổng quát của Chiến lược Dân số là “Thực hiện gia đình ít con, khỏe mạnh, tiến tới ổn định quy mô dân số ở mức hợp lý để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc. Nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao, đáp ứng nhu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững đất nước”. Chiến lược đề ra 2 mục tiêu cụ thể: (1) Duy trì vững chắc xu thế giảm sinh để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc chậm nhất vào năm

2005, vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo chậm nhất vào năm 2010 để quy mô, cơ cấu dân số và phân bố dân cư phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội vào năm 2010; (2) Nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ, tinh thần. Phấn đấu đạt chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình tiên tiến của thế giới vào năm 2010.

Tám giải pháp được đề ra, thể hiện phạm vi và định hướng của các hoạt động can thiệp và các cải cách chính sách được xem là cần thiết nhằm đạt được các mục tiêu đặt ra: (1) Tăng cường lãnh đạo, tổ chức và quản lý; (2) Truyền thông, giáo dục thay đổi hành vi; (3) Cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS/KHHGD và hệ thống cung cấp dịch vụ; (4) Nâng cao chất lượng thông tin dữ liệu về dân cư; (5) Nâng cao dân trí, tăng cường vai trò của gia đình và bình đẳng giới; (6) Đẩy mạnh xã hội hóa, xây dựng và hoàn thiện hệ thống chính sách về dân số và phát triển; (7) Ưu tiên huy động kinh phí; (8) Đào tạo và nghiên cứu.

Mỗi giải pháp sau đó được cụ thể hóa bằng một số hoạt động can thiệp. Nhìn chung, các giải pháp của Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010 mang tính đa ngành, đa lĩnh vực. Văn kiện Chiến lược phân chia trách nhiệm thực hiện cho hơn 10 bộ ngành khác nhau trong khi việc điều phối các hoạt động đa ngành luôn là thách thức. Giai đoạn 2001-2010 cũng là thời gian mà cơ cấu tổ chức bộ máy làm công tác dân số xảy ra những biến động lớn. Năm 2003, Ủy ban quốc gia Dân số - KHHGD phải sát nhập với Ủy ban Chăm sóc trẻ em thành Ủy ban Dân số - Gia đình - Trẻ em. Năm 2008, Ủy ban Dân số - Gia đình - Trẻ em lại bị giải thể và Tổng cục Dân số - KHHGD được thành lập trực thuộc Bộ Y tế.

Thực hiện Chiến lược Dân số giai đoạn 2001-2010, tiếp tục với đà giảm sinh trước đó, Việt Nam đã đạt mức sinh thay thế vào năm 2005, sớm hơn 10 năm so với mục tiêu của Nghị quyết Trung ương 4 khoá VII về dân số - KHHGĐ. Tuy nhiên, kết quả đạt được chưa vững chắc, Việt Nam vẫn phải đối mặt với những khó khăn rất lớn trong quá trình giải quyết các vấn đề dân số. Quy mô dân số lớn, mức sinh chưa thực sự ổn định, mất cân bằng giới tính trẻ em khi sinh bắt đầu xuất hiện, “dư lợi” dân số bắt đầu diễn ra song chất lượng dân số thấp, phân bố dân số chưa hợp lý, ảnh hưởng tiêu cực của di dân không kiểm soát được... là những thách thức đối với sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước và mục tiêu nâng cao chất lượng cuộc sống, phát triển con người trong hiện tại và trong tương lai.

Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản 2011-2020 đã được Thủ tướng Chính phủ ban hành theo Quyết định số 2013/QĐ-TTg ngày 14/11/2011. Năm quan điểm về chính sách dân số được nêu rõ trong Chiến lược:

- Thứ nhất, Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020 là một nội dung quan trọng của Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, nâng cao chất lượng cuộc sống của từng người, từng gia đình và toàn xã hội;
- Thứ hai, giải quyết đồng bộ các vấn đề dân số, sức khỏe sinh sản, tập trung nâng cao chất lượng dân số, cải thiện sức khỏe bà mẹ và trẻ em, phát huy lợi thế của cơ cấu “dân số vàng”, chủ động điều chỉnh tốc độ tăng dân số và kiểm soát tỷ số giới tính khi sinh;

- Thứ ba, giải pháp cơ bản để thực hiện công tác dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản là sự kết hợp đồng bộ, hiệu quả giữa vận động, giáo dục, truyền thông chuyển đổi hành vi, cung cấp dịch vụ dự phòng tích cực, chủ động, công bằng, bình đẳng và chế tài kiên quyết, hiệu quả đối với các đơn vị, cá nhân hoạt động dịch vụ vi phạm các quy định về chẩn đoán và lựa chọn giới tính thai nhi;
- Thứ tư, đầu tư cho công tác dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản là đầu tư cho phát triển bền vững, mang lại hiệu quả trực tiếp về kinh tế, xã hội và môi trường. Tăng mức đầu tư từ ngân sách nhà nước, tích cực tranh thủ các nguồn viện trợ và huy động sự đóng góp của nhân dân; ưu tiên nguồn lực cho vùng sâu, vùng xa, miền núi, vùng ven biển và hải đảo;
- Thứ năm, tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng và chính quyền; nâng cao hiệu lực quản lý nhà nước; huy động sự tham gia của toàn xã hội; tiếp tục kiện toàn hệ thống tổ chức bộ máy để thực hiện có hiệu quả công tác dân số, chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Chiến lược đã đặt ra mục tiêu tổng quát là nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng sức khỏe sinh sản, duy trì mức sinh thấp hợp lý, giải quyết tốt những vấn đề về cơ cấu dân số và phân bố dân số, góp phần thực hiện thắng lợi sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước. 11 mục tiêu cụ thể gồm: Tiếp tục giảm tốc độ tăng dân số; Nâng cao sức khỏe, giảm bệnh, tật và tử vong ở trẻ em, thu hẹp đáng kể sự khác biệt về các chỉ báo sức khỏe trẻ em giữa các vùng, miền; Nâng cao sức khỏe bà mẹ, thu hẹp đáng kể sự khác biệt về các chỉ báo sức khỏe bà mẹ giữa các vùng, miền; Giảm mạnh tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh; Duy trì



mức sinh thấp hợp lý, đáp ứng đầy đủ nhu cầu KHHGĐ của người dân, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ sinh sản có chất lượng; Giảm tỷ lệ phá thai, cơ bản loại trừ phá thai không an toàn; Giảm nhiễm khuẩn đường sinh sản, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục; chủ động phòng ngừa, phát hiện và điều trị sớm ung thư đường sinh sản, chú trọng sàng lọc ung thư đường sinh sản ở phụ nữ; Cải thiện sức khỏe sinh sản của người chưa thành niên và thanh niên; Cải thiện sức khỏe sinh sản cho các nhóm dân số đặc thù (người di cư, người khuyết tật, người nhiễm HIV, người dân thuộc dân tộc có nguy cơ suy thoái về chất lượng giống nòi); Tăng cường chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; Thúc đẩy phân bố dân số phù hợp với định hướng phát triển kinh tế - xã hội quốc gia; tăng cường lồng ghép các yếu tố về dân số vào hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội ở các cấp, các ngành.

Để hoàn thành tốt các mục tiêu đề ra, Chiến lược đưa ra 6 giải pháp chủ yếu về lãnh đạo, tổ chức, quản lý; về truyền thông, giáo dục chuyển đổi hành vi; về dịch vụ dân số, sức khỏe sinh sản; về tiếp tục xây dựng và hoàn thiện hệ thống chính sách về dân số và sức khỏe sinh sản; về xã hội hóa, phối hợp liên ngành và hợp tác quốc tế; về tài chính; về đào tạo, nghiên cứu khoa học và thông tin số liệu.

Nhìn chung, so với bản Chiến lược giai đoạn trước, Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2011-2020 đã cụ thể hóa hơn các mục tiêu và chỉ tiêu đo lường. Các chỉ tiêu cũng được xác định dựa trên cơ sở bằng chứng thực tiễn và mang tính khả thi. Mục tiêu cũng hướng vào giải quyết những vấn đề dân số “mới phát sinh” trong giai đoạn này và hướng ưu tiên đến các nhóm dân cư “yếu thế”⁸

5. Từ năm 2018: Chuyển đổi trọng tâm chính sách từ Dân số - KHHGD sang Dân số và Phát triển

Sau hơn 10 năm duy trì mức sinh thay thế, mức chết giảm thấp, mục tiêu giảm sinh và giảm tỷ lệ gia tăng dân số đã đạt được. Tuy nhiên, tác động của dân số tới phát triển đã bộc lộ nhiều thách thức như dư lợi dân số đã qua “đỉnh” và bắt đầu suy giảm; cơ cấu giới tính ở trẻ em khi sinh mất cân bằng nghiêm trọng; chất lượng dân số hạn chế ảnh hưởng trực tiếp đến tăng trưởng, phát triển kinh tế thông qua chất lượng nguồn nhân lực hạn chế; quy mô dân số lớn tạo sức ép lớn lên hệ thống y tế, giáo dục và chất lượng môi trường; di cư bùng phát mang cả tác động tích cực lẫn tiêu cực... Ngày 04/01/2016, Ban chấp hành Trung ương Đảng đã đưa ra *Kết luận 119-KL/TW* chỉ đạo công tác dân số - KHHGD của Việt Nam trong giai đoạn tới cần tập trung “Đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục, vận động về dân số và phát triển theo hướng chú trọng nâng cao chất lượng dân số, phù hợp với từng nhóm đối tượng, đặc điểm văn hóa vùng, miền. Tăng cường giáo dục kiến thức và kỹ năng sống cho thanh niên, vị thành niên về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục, hôn nhân và gia đình bằng hình thức phù hợp”. Đồng thời, *Kết luận 119-KL/TW* cũng đã xác định rõ trong giai đoạn tới, công tác dân số - KHHGD của Việt Nam “cần chuyển trọng tâm chính sách dân số từ KHHGD sang dân số và phát triển để giải quyết toàn diện các vấn đề dân số, cả về quy mô, cơ cấu, phân bố và nâng cao chất lượng dân số”.

Ngày 25/10/2017, Ban chấp hành trung ương Đảng cộng sản Việt Nam ban hành *Nghị quyết 21-NQ/TW* về “*Công tác dân số trong tình hình mới*”⁹ nêu rõ quan điểm: Dân số là yếu tố quan trọng hàng đầu của sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc. Công tác dân số là nhiệm vụ chiến lược, vừa cấp thiết vừa lâu dài; là sự nghiệp của toàn Đảng, toàn dân. Tiếp tục chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang dân số và phát triển. Công tác dân số phải chú trọng toàn diện các mặt quy mô, cơ cấu, phân bố, đặc biệt là chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ hữu cơ với các yếu tố kinh tế, xã hội, quốc phòng, an ninh và bảo đảm phát triển nhanh, bền vững.



Mục tiêu tổng quát được đặt ra là “giải quyết toàn diện, đồng bộ các vấn đề về quy mô, cơ cấu, phân bố, chất lượng dân số và đặt trong mối quan hệ tác động qua lại với phát triển kinh tế - xã hội. Duy trì vững chắc mức sinh thay thế; đưa tỉ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên; tận dụng hiệu quả “cơ cấu dân số vàng”, thích ứng với già hóa dân số; phân bố dân số hợp lý; nâng cao chất lượng dân số, góp phần phát triển đất nước nhanh, bền vững”.

Triển khai thực hiện Nghị quyết 21-NQ/TW, ngày 22/11/2019, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1679/QĐ-TTg phê duyệt *Chiến lược Dân số đến năm 2030*¹⁰ với quan điểm chỉ đạo “Tập trung mọi nỗ lực chuyển trọng tâm chính sách dân số từ kế hoạch hóa gia đình sang thực hiện và đạt được các mục tiêu toàn diện cả về quy mô, cơ cấu, phân bố, đặc biệt là chất lượng dân số và được đặt trong mối quan hệ hữu cơ với các yếu tố kinh tế, xã hội, quốc phòng, an ninh”. Mục tiêu tổng quát cho công tác dân số trong giai đoạn mới là “Duy trì vững chắc mức sinh thay thế; đưa tỉ số giới tính khi

sinh về mức cân bằng tự nhiên; tận dụng hiệu quả cơ cấu dân số vàng; thích ứng với già hóa dân số; phân bố dân số hợp lý và nâng cao chất lượng dân số, góp phần phát triển đất nước nhanh, bền vững”. 8 mục tiêu cụ thể của Chiến lược mới gồm: (1) Duy trì vững chắc mức sinh thay thế, giảm chênh lệch mức sinh giữa các vùng, đối tượng; (2) Bảo vệ và phát triển dân số các dân tộc thiểu số có dưới 10 nghìn người, đặc biệt là những dân tộc thiểu số rất ít người có nguy cơ suy giảm giống nòi; (3) Đưa tỉ số giới tính khi sinh về mức cân bằng tự nhiên, phấn đấu duy trì cơ cấu tuổi ở mức hợp lý; (4) Nâng cao chất lượng dân số; (5) Thúc đẩy phân bố dân số hợp lý và bảo đảm quốc phòng, an ninh; (6) Hoàn thành xây dựng và vận hành cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, đẩy mạnh lồng ghép các yếu tố dân số vào xây dựng và thực hiện kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội; (7) Phát huy tối đa lợi thế “cơ cấu dân số vàng”, tạo động lực mạnh mẽ cho sự phát triển đất nước nhanh, bền vững; (8) Thích ứng với già hóa dân số, đẩy mạnh chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

7 nhóm giải pháp dựa trên tiếp cận tổng thể cũng được xác định để thực hiện các mục tiêu đặt ra. Cụ thể: (1) Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy, chính quyền các cấp, đặc biệt là công tác phối hợp liên ngành; (2) Đổi mới truyền thông, vận động về các nội dung dân số và phát triển; (3) Hoàn thiện cơ chế, chính sách, pháp luật về dân số, trong đó có đẩy nhanh tiến độ xây dựng dự án Luật Dân số trình Quốc hội theo hướng điều chỉnh toàn diện, đồng bộ các nội dung về quy mô, cơ cấu, phân bố và chất lượng dân số, phù hợp với Hiến pháp và các điều ước quốc tế mà Việt Nam đã ký kết hoặc tham gia; (4) Phát triển mạng lưới và nâng cao chất lượng dịch vụ về dân số, đổi mới phương thức cung cấp

dịch vụ KHHGD theo hướng mở rộng, đáp ứng đầy đủ nhu cầu của từng nhóm đối tượng; (5) Đẩy mạnh nghiên cứu khoa học, hoàn thiện hệ thống thông tin, số liệu dân số, trong đó tập trung nghiên cứu làm rõ mối quan hệ có tính quy luật giữa động thái dân số với phát triển kinh tế - xã hội, môi trường và đảm bảo quốc phòng, an ninh; (6) Bảo đảm nguồn lực cho công tác dân số và (7) Kiện toàn tổ chức bộ máy và đào tạo theo hướng hoàn thiện chức năng, nhiệm vụ, củng cố, kiện toàn hệ thống tổ chức bộ máy chuyên trách làm công tác dân số từ trung ương đến địa phương, đáp ứng yêu cầu triển khai toàn diện công tác dân số trong tình hình mới.

¹ Tổng cục Dân số - KHHGD, Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (2009). Quá độ dân số và phát triển kinh tế - xã hội. Hà Nội, Việt Nam, 402 trang.

² Tổng cục Dân số - KHHGD, Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (2009). Quá độ dân số và phát triển kinh tế - xã hội. Hà Nội, Việt Nam, 402 trang.

³ Thủ tướng Chính phủ (1993). Chiến lược Dân số - Kế hoạch hoá gia đình đến năm 2000. Văn kiện chính sách ban hành theo Quyết định 270-TTg ngày 3/6/1993, Hà Nội, Việt Nam.

⁴ Tổng cục Dân số - KHHGD, Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (2009). Quá độ dân số và phát triển kinh tế - xã hội. Hà Nội, Việt Nam, 402 trang.

⁵ Ủy ban Dân số, Gia đình, Trẻ em (2003). Những nội dung chủ yếu của Pháp lệnh dân số. Nhà xuất bản Lao động - xã hội, Hà Nội, Việt Nam, 299 trang.

⁶ Thủ tướng Chính phủ (2000). Chiến lược Dân số Việt Nam giai đoạn 2001-2010. Văn kiện chính sách ban hành theo Quyết định 147/2000/QĐ-TTg ngày 22/12/2000, Hà Nội, Việt Nam.

⁷ Thủ tướng Chính phủ (2010). Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020. Văn kiện chính sách ban hành theo Quyết định 2013/QĐ-TTg ngày 14/11/2011, Hà Nội, Việt Nam.

⁸ UNFPA (2009). Dân số và phát triển tại Việt Nam: Hướng tới một chiến lược mới 2011-2020. Hà Nội, Việt Nam, 94 trang.

⁹ Ban chấp hành TW Đảng cộng sản Việt Nam (2017). Nghị quyết Hội nghị lần thứ 6 Ban chấp hành Trung ương khóa XII về công tác dân số trong tình hình mới (NQ21-NQ/TW). Hà Nội, Việt Nam.

¹⁰ Thủ tướng Chính phủ (2019). Chiến lược Dân số Việt Nam đến năm 2030. Văn kiện chính sách ban hành theo Quyết định 1679/QĐ-TTg ngày 22/11/2019, Hà Nội, Việt Nam.



PGS.TS. Lưu Bích Ngọc

Chánh Văn phòng Hội đồng Quốc gia Giáo dục và Phát triển nhân lực, Bộ Giáo dục và Đào Tạo

Chuyên gia trong các lĩnh vực nhân khẩu học, Dân số và Phát triển, Chính sách công về Giáo dục, Đào tạo và Phát triển nhân lực; Y tế và An sinh xã hội.

Email: bichngoclu@gmail.com

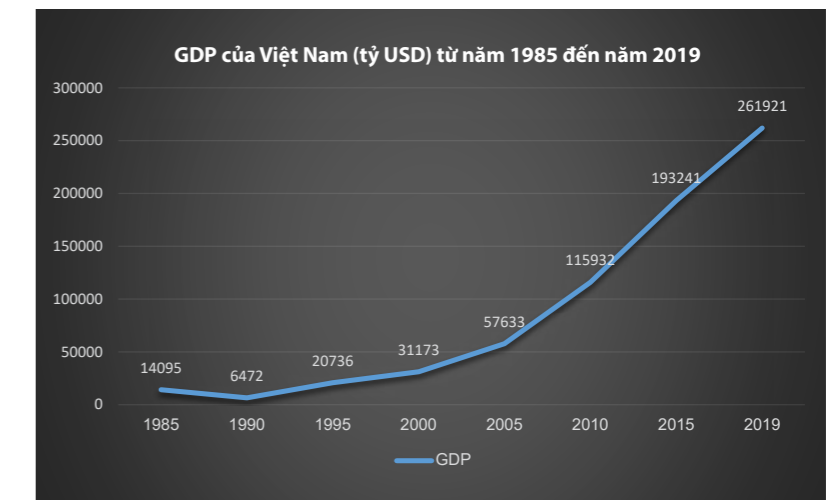
Thông tin chung, ấn phẩm và sự kiện

● Nguyễn Thị Thùy Trang

Bắt đầu với Báo cáo Quốc gia Việt Nam đầu tiên này, chúng tôi cung cấp cho độc giả thông tin chung về Việt Nam, các ấn phẩm đã xuất bản, các dự án đã được thực hiện và các chỉ số cơ bản liên quan đến chủ đề của Báo cáo. Phần này sẽ được mở rộng hơn trong các số sau, có thể bao gồm thông tin về các hoạt động khoa học và các dự án nghiên cứu đang được thực hiện.

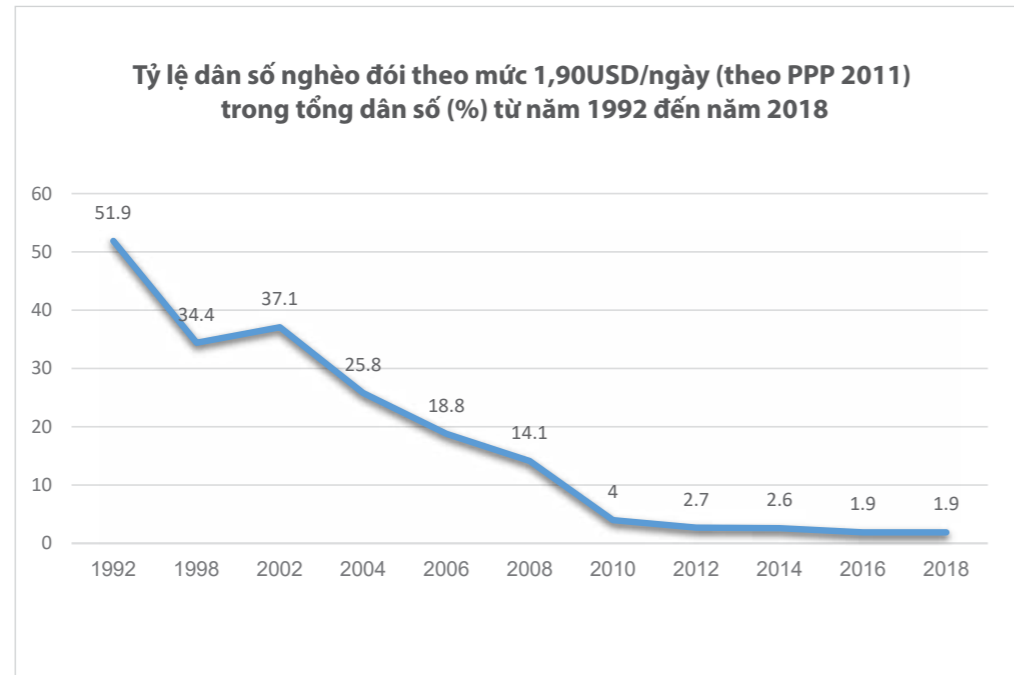
1. Thông tin chung về Việt Nam và xu hướng dân số già hóa

Kể từ sau Đổi mới, Việt Nam đã đạt được những thành tựu phát triển rất đáng ghi nhận. Những cải cách chính trị và kinh tế từ năm 1986 đã thúc đẩy phát triển kinh tế, nhanh chóng đưa Việt Nam từ một trong những nước nghèo nhất thế giới thành một nước có thu nhập trung bình thấp. Từ năm 2002 đến 2018, GDP bình quân đầu người tăng 2,7 lần, đạt hơn 2.700 USD vào năm 2019, với hơn 45 triệu người thoát nghèo. Tỷ lệ hộ nghèo giảm mạnh từ trên 70% xuống dưới 6%. Phần lớn người nghèo còn lại là người dân tộc thiểu số, chiếm 86%.¹

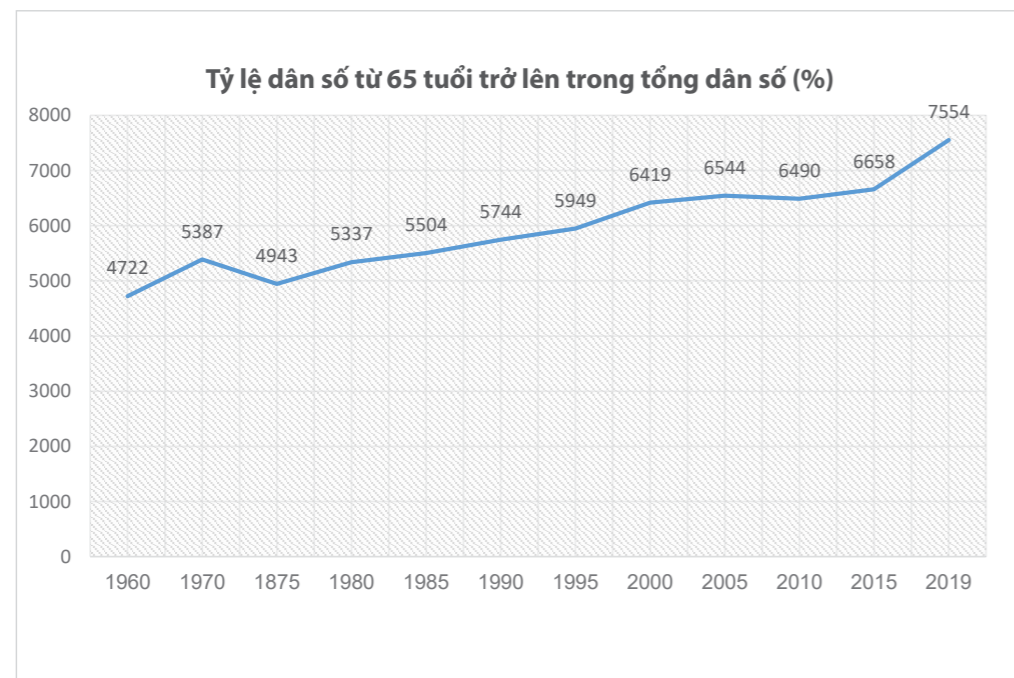


Nguồn: Ngân hàng Thế giới

Năm 2019, GDP của Việt Nam tăng 7%, tương đương với mức tăng của năm 2018, là một trong những quốc gia có tốc độ tăng trưởng cao nhất trong khu vực Đông Nam Á. Năm 2020, nền kinh tế Việt Nam chịu ảnh hưởng nặng nề của đại dịch COVID-19, tuy nhiên Việt Nam vẫn thể hiện khả năng phục hồi đáng kể. Tăng trưởng GDP nửa đầu năm ước tính tăng 1,8%, dự kiến cả năm đạt 2,8%. Việt Nam là một trong số ít quốc gia trên thế giới được dự báo không rơi vào suy thoái kinh tế.²

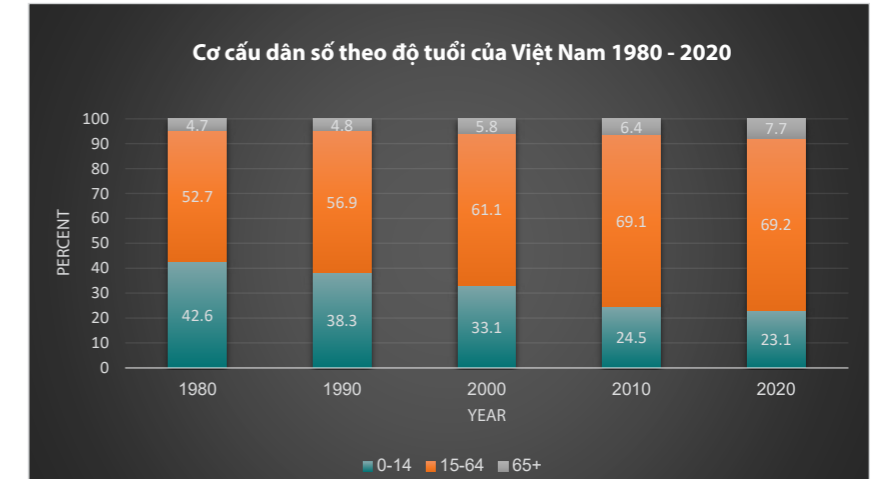


Nguồn: Ngân hàng Thế giới



Nguồn: Ngân hàng Thế giới

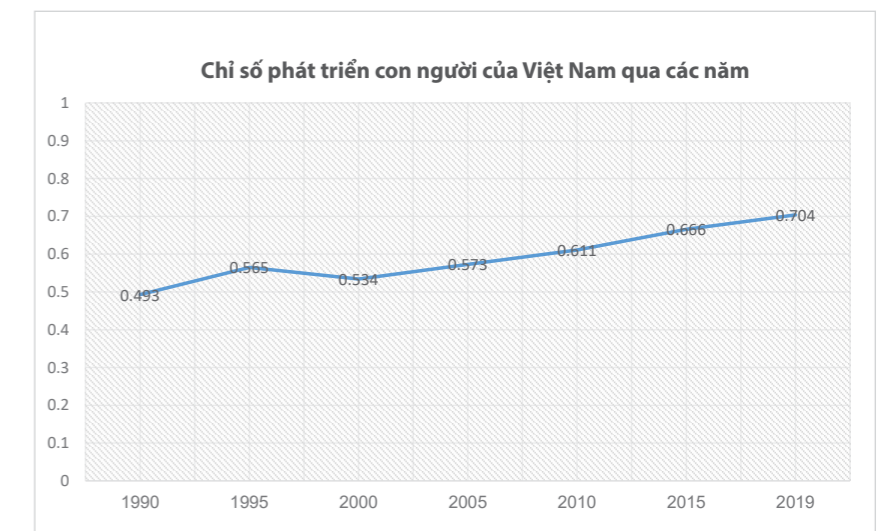
Việt Nam đang chứng kiến những thay đổi nhanh chóng về dân số và cơ cấu xã hội. Dân số đã tăng từ khoảng 60 triệu người năm 1986 lên 96,5 triệu người vào năm 2019 và dự kiến đạt 120 triệu người vào năm 2050. Hiện tại, 70% dân số dưới 35 tuổi với tuổi thọ trung bình 76 tuổi. Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất với nhóm tuổi 65+ dự kiến sẽ tăng 2,5 lần vào năm 2050. Tầng lớp trung lưu đang chiếm 13% dân số.³



Nguồn: kehoachviet.com

Sức khỏe cũng có nhiều tiến bộ do mức sống ngày càng được nâng cao. Tuổi thọ trung bình tăng từ 70,5 lên 73,6 tuổi trong giai đoạn 1990 - 2019. Việc cung cấp các dịch vụ cơ bản đã có nhiều chuyển biến tích cực. Khả năng tiếp cận các dịch vụ cơ sở hạ tầng của các hộ gia đình đã tăng lên đáng kể.⁴

Việt Nam đã đạt được nhiều tiến bộ trong phát triển con người, với mức tăng Chỉ số Phát triển Con người (HDI) trung bình hàng năm là 1,36% trong giai đoạn 1990-2018. Điều này đưa Việt Nam vào nhóm các nước có tốc độ tăng trưởng HDI cao nhất thế giới. Theo Báo cáo phát triển con người năm 2020, lần đầu tiên Việt Nam nằm trong nhóm các nước có Chỉ số Phát triển con người cao. Với chỉ số HDI đạt 0,704, Việt Nam xếp thứ 117 trong số 189 quốc gia. Trong khi đó, mức mất giá trị HDI của Việt Nam do bất bình đẳng vào năm 2018 là 16,3, thiệt hại về thu nhập do bất bình đẳng là 18,1% và hệ số GINI ở mức 35,3 - thuộc hàng thấp nhất trong khu vực Đông Á và Thái Bình Dương.⁵



Việt Nam cũng đã và đang thực hiện tốt bình đẳng giới. Chỉ số Phát triển Giới ở mức 1.003 đã đưa Việt Nam đứng thứ 68 trong số 162 quốc gia về Chỉ số Bất bình đẳng giới.⁶

2. Luật và chính sách

Từ năm 1961, Đảng và Nhà nước chính thức thực hiện chương trình dân số - kế hoạch hóa gia đình (DS-KHHGD)

Ngày 26/12/1961: Hội đồng Chính phủ ban hành Quyết định 216/CP về việc sinh con

Ngày 19/10/1978: Hội đồng Chính phủ ban hành Chỉ thị 265/CP về việc đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong cả nước

Ngày 12/8/1981: Hội đồng Bộ trưởng ra Chỉ thị 29/HĐBT về việc đẩy mạnh cuộc vận động sinh đẻ có kế hoạch trong 5 năm 1981-1985

Ngày 11/4/1984: Hội đồng Bộ trưởng ra Quyết định số 58/HĐBT thành lập Ủy ban Dân số - Kế hoạch hóa gia đình

1986: Luật Hôn nhân và Gia đình

1989: Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân

1991: Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em

Ngày 3/6/1993: Quyết định 270/TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược DS-KHHGD đến năm 2000

Ngày 17/01/1997: Chỉ thị 37/TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc đẩy mạnh thực hiện Chiến lược DS-KHHGD đến năm 2000

2000: Pháp lệnh người cao tuổi số 23/2000/PL-UBTVQH10

2001: Chiến lược Dân số Việt Nam 2001-2010

Ngày 09/01/2003: Ủy ban Thường vụ Quốc hội ban hành Pháp lệnh Dân số

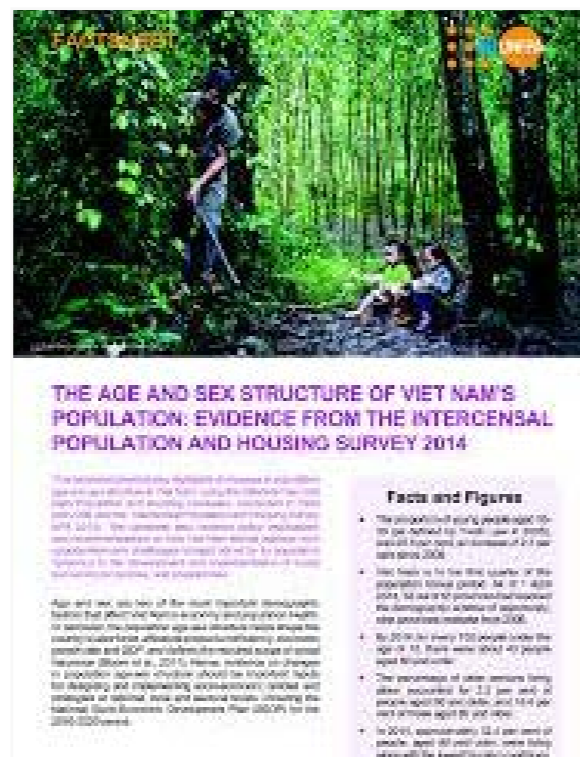
2009: Luật Người cao tuổi Việt Nam

2011: Chiến lược Dân số Việt Nam 2011-2020

2020: Dự thảo Luật Dân số

3. Ấn phẩm và sự kiện



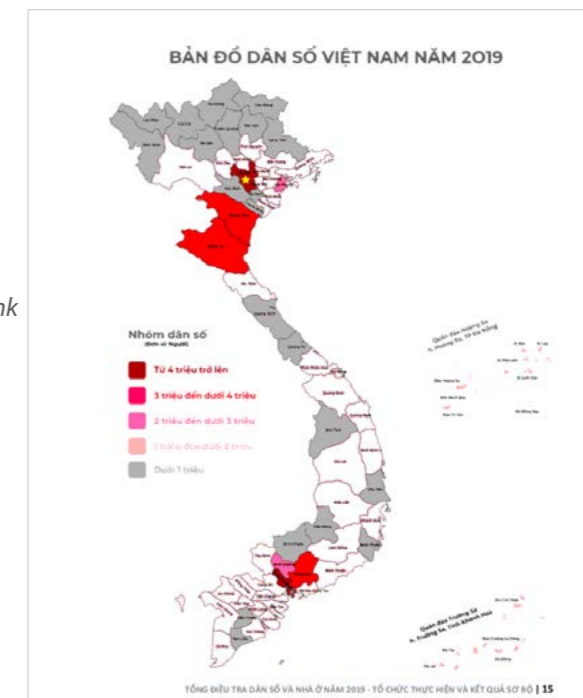
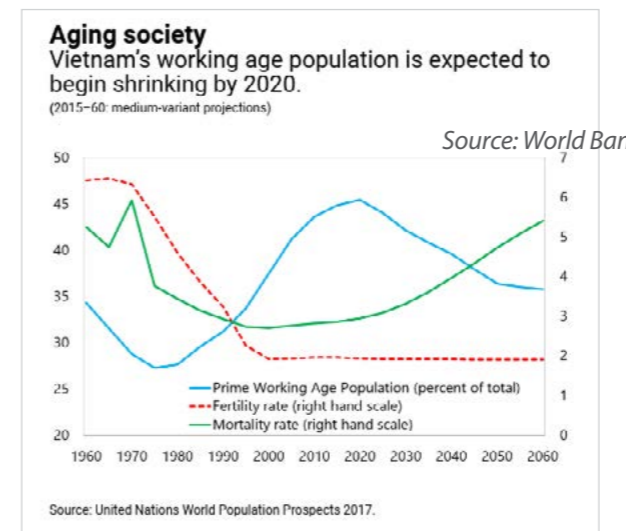




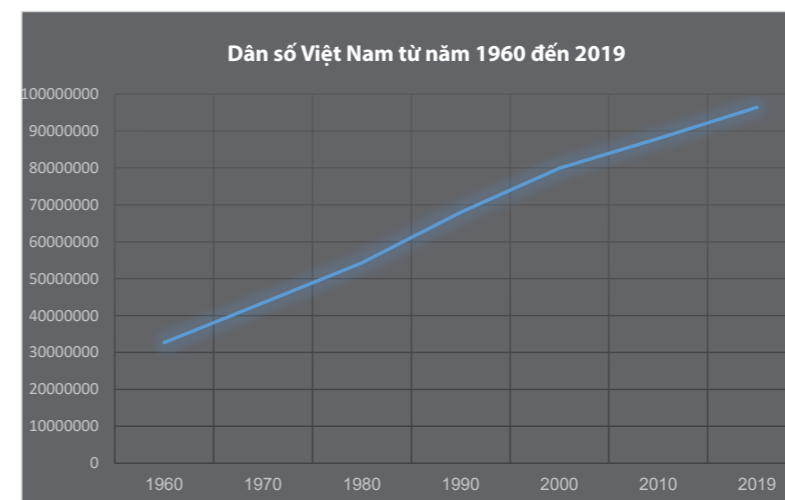
HỘI THẢO
GIÀ HÓA DÂN SỐ VÀ SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI: NGHIÊN CỨU DỌC VÀ VAI TRÒ CỘNG TÁC VIÊN DÂN SỐ TRONG CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CỘNG ĐỒNG
WORKSHOP
AGEING POPULATION AND HEALTH: The Longitudinal Study and the Role of Population Collaborators in Community Based Care for Older People
 Hà Nội, ngày 12/12/2019



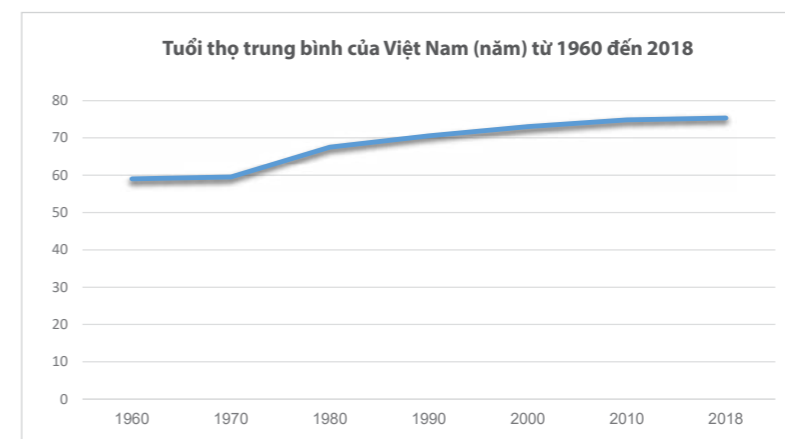
4. Các chỉ số cơ bản



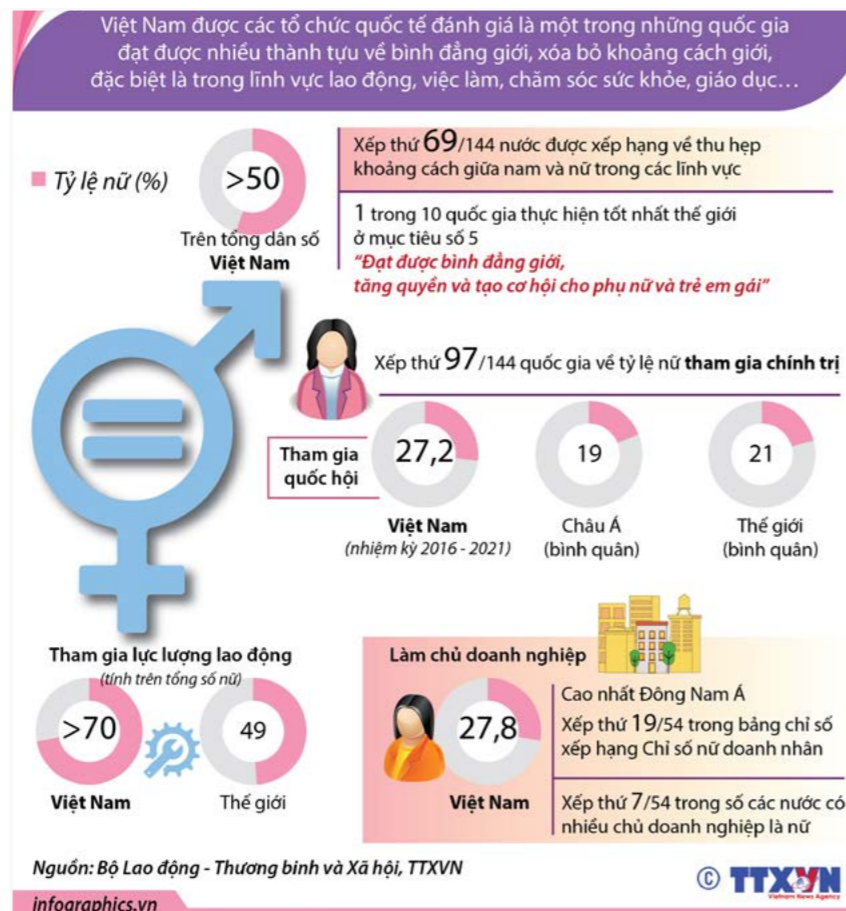
Dân số Việt Nam đạt 96,2 triệu vào tháng 4 năm 2019. Nguồn: Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam



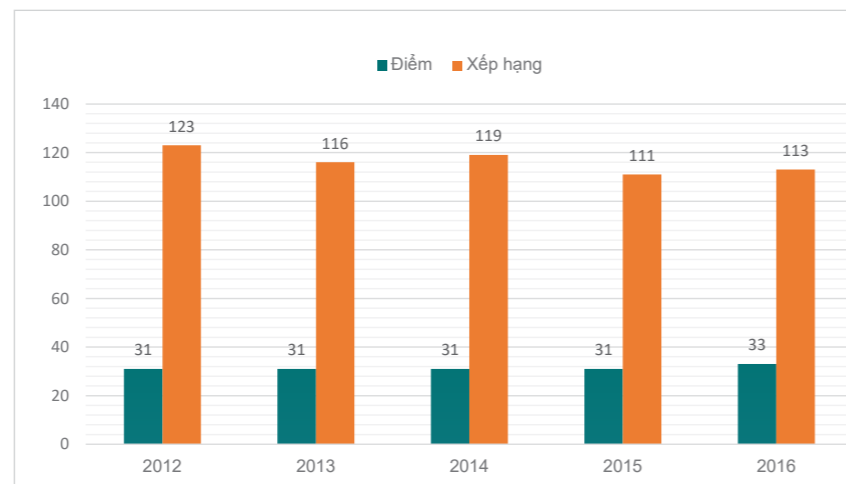
Nguồn: World Bank



Nguồn: Ngân hàng Thế giới



Nguồn: Bộ Lao động, Thương Binh và Xã hội; Thông tấn xã Việt Nam (2018)



Chỉ số cảm nhận tham nhũng của Việt Nam



¹ Ngân hàng Thế giới (2020), Overview about Vietnam, <https://www.worldbank.org/vi/country/vietnam/overview>.

² Ngân hàng Thế giới (2020), Overview about Vietnam, <https://www.worldbank.org/vi/country/vietnam/overview>.

³ Kết quả Tổng điều tra dân số Việt Nam năm 2019

⁴ Kết quả Tổng điều tra dân số Việt Nam năm 2019

⁵ UNDP (2019), Báo cáo phát triển con người năm 2019.

⁶ Nguyen Viet Lan (2019), Vietnam has made significant Human Development progress with low increases in inequality, <<https://vietnam.un.org/en/27782-viet-nam-has-made-significant-human-development-progress-low-increases-inequality>>



TS. Nguyễn Thị Thùy Trang

Phó Trưởng Khoa

Khoa Quốc tế học

Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn,
 Đại học Quốc gia Hà Nội.

Email: trangqt@vnu.edu.vn

Some of the images used in the Report are provided by the authors;
most are purchased from iStock under No 2069004031 with all legal rights.

Các hình ảnh được sử dụng trong Báo cáo do các tác giả cung cấp và được
mua từ iStock (số 2069004031) một cách hợp pháp.