

## Phát triển kinh tế bạc dưới góc nhìn chi tiêu hộ gia đình: Nhu cầu sử dụng thảo dược trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi ở khu vực nông thôn Việt Nam

*ThS. Giàng Anh Dũng, Ủy ban Quốc phòng, An ninh và Đối ngoại của Quốc hội*  
*TS. Nguyễn Quốc Việt, Viện Khoa học Quản lý và Sáng tạo ứng dụng*

**Tóm tắt:** Trong bối cảnh Việt Nam chuyển nhanh sang giai đoạn già hóa dân số khi mức thu nhập bình quân đầu người vẫn ở ngưỡng trung bình, việc tiếp cận kinh tế bạc từ lăng kính chi tiêu hộ gia đình có ý nghĩa đặc biệt cả về lý luận và chính sách. Dựa trên khung lý thuyết kinh tế hộ gia đình, kinh tế học sức khỏe và kinh tế học lão hóa, nghiên cứu phân tích hành vi và nhu cầu sử dụng thảo dược, y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi nông thôn giai đoạn 2021-2025, thông qua tổng hợp dữ liệu thứ cấp và văn bản chính sách hiện hành. Kết quả cho thấy chi tiêu y tế từ tiền túi hộ gia đình vẫn chiếm khoảng 40% tổng chi tiêu y tế hiện hành năm 2022, làm gia tăng nguy cơ chi tiêu thâm hụt đối với các hộ có người cao tuổi mắc bệnh mạn tính. Trong bối cảnh đó, việc sử dụng thảo dược không chỉ phản ánh yếu tố văn hóa - niềm tin, mà còn là một chiến lược thích ứng kinh tế vi mô nhằm tối ưu hóa chi phí điều trị. Nghiên cứu góp phần lấp đầy khoảng trống về phân tích cấu trúc chi tiêu cho thảo dược trong kinh tế bạc, đồng thời gợi mở các hàm ý chính sách gắn với bảo hiểm y tế, phát triển chuỗi giá trị dược liệu và mô hình chăm sóc tích hợp.

**Từ khóa:** kinh tế bạc; chi tiêu hộ gia đình; thảo dược; y học cổ truyền; người cao tuổi; nông thôn.

**Mã phân loại JEL:** D12; I12; I18; J14.

### 1. Giới thiệu

Già hóa dân số đang trở thành một trong những chuyển dịch cấu trúc có tác động sâu rộng nhất tới quỹ đạo tăng trưởng và phân bổ nguồn lực của các nền kinh tế đương đại. Theo Liên Hợp Quốc, trong nửa đầu thế kỷ XXI, số người từ 60 tuổi trở lên tăng nhanh hơn bất kỳ nhóm tuổi nào khác, làm thay đổi căn bản cấu trúc thị trường lao động, hệ thống an sinh và mô hình tiêu dùng toàn cầu. Trong bối cảnh đó, khái niệm kinh tế bạc (silver economy) được hình thành như một cách tiếp cận mới, coi người cao tuổi không chỉ là đối tượng thụ hưởng phúc lợi mà còn là chủ thể kinh tế với nhu cầu tiêu dùng, tích lũy và đóng góp ngày càng lớn (UNFPA, 2022). Cách tiếp cận này chuyển trọng tâm từ tư duy gánh nặng già hóa sang cơ hội thị trường của già hóa, đồng thời đặt ra yêu cầu tái cấu trúc chính sách công theo hướng thích ứng nhân khẩu học.

Tại Việt Nam, quá trình già hóa diễn ra với tốc độ thuộc nhóm nhanh nhất khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Kết quả Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2019 cho thấy tỷ lệ người từ 60 tuổi trở lên đã vượt ngưỡng 12% và dự báo sẽ đạt khoảng 20% vào cuối thập niên 2030, đánh dấu sự chuyển đổi từ xã hội già hóa sang xã hội già trong thời gian ngắn (GSO, 2022 & UNFPA, 2021). Đặc điểm đáng lưu ý là phần lớn người cao tuổi Việt Nam sinh sống ở khu vực nông thôn - nơi

thu nhập bình quân, mức độ tiếp cận dịch vụ y tế chuyên sâu và cơ chế bảo vệ tài chính còn nhiều hạn chế so với đô thị. Quá trình di cư lao động trẻ ra thành thị làm gia tăng hiện tượng già hóa tại chỗ ở nông thôn, khiến cấu trúc hộ gia đình thay đổi và làm suy giảm vai trò hỗ trợ truyền thống của mô hình gia đình đa thế hệ.

Từ góc độ kinh tế vi mô, hệ quả trực tiếp của chuyển đổi nhân khẩu học này là sự gia tăng tỷ trọng chi tiêu y tế trong ngân sách hộ gia đình, đặc biệt đối với các hộ có người cao tuổi mắc bệnh không lây nhiễm và đa bệnh lý mạn tính. Các nghiên cứu kinh tế y tế tại Việt Nam cho thấy chi tiêu y tế từ tiền túi vẫn chiếm tỷ lệ cao trong tổng chi y tế, làm gia tăng nguy cơ chi tiêu y tế thảm họa ở khu vực nông thôn (Nguyen et al., 2022). Trong bối cảnh đó, việc sử dụng thảo dược và y học cổ truyền nổi lên như một lựa chọn phổ biến của người cao tuổi, không chỉ vì yếu tố văn hóa - niềm tin, mà còn như một chiến lược thích ứng kinh tế nhằm kiểm soát chi phí điều trị dài hạn (Wahlberg, 2006; Truong et al., 2016). Tuy nhiên, các thảo luận về kinh tế bạc ở Việt Nam thời gian qua chủ yếu tập trung ở cấp độ vĩ mô - phát triển thị trường dịch vụ chăm sóc, tài chính hưu trí hoặc bất động sản dành cho người cao tuổi - trong khi thiếu vắng các phân tích về cấu trúc chi tiêu hộ gia đình và hành vi tiêu dùng y tế ở khu vực nông thôn.

Các nội dung về khoảng trống nghiên cứu nằm ở sự giao thoa giữa ba lĩnh vực vốn thường được xem xét tách rời: (i) kinh tế học lão hóa và kinh tế bạc; (ii) kinh tế học y tế và bảo vệ tài chính hộ gia đình; và (iii) phát triển y học cổ truyền, dược liệu trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Việc tích hợp ba chiều phân tích này có ý nghĩa quan trọng trong bối cảnh Việt Nam đã ban hành hàng loạt chính sách mới giai đoạn 2021-2025 như Chiến lược quốc gia về người cao tuổi đến năm 2035, tầm nhìn 2045; Chiến lược bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân; và các định hướng phát triển y học cổ truyền trong tình hình mới (Thủ tướng Chính phủ, 2024; Ban Bí thư, 2024). Tuy nhiên, bằng chứng thực chứng về cách thức nhu cầu sử dụng thảo dược của người cao tuổi được phản ánh trong cấu trúc chi tiêu hộ gia đình vẫn còn hạn chế.

Trên cơ sở đó, nghiên cứu đặt ra câu hỏi, Kinh tế bạc ở Việt Nam có thể được tiếp cận như thế nào từ góc nhìn cấu trúc chi tiêu hộ gia đình đối với thảo dược trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi nông thôn, và điều này hàm ý những điều chỉnh chính sách gì trong giai đoạn tới? Để trả lời câu hỏi này, nghiên cứu hướng tới ba mục tiêu: (i) xây dựng khung phân tích lý thuyết tích hợp giữa kinh tế hộ gia đình, kinh tế học sức khỏe và kinh tế học lão hóa; (ii) phân tích thực trạng giai đoạn 2021-2025 về nhu cầu và mức độ sử dụng thảo dược của người cao tuổi nông thôn trên cơ sở dữ liệu thứ cấp và văn bản chính sách; (iii) đề xuất hệ thống hàm ý chính sách và mô hình quản lý phù hợp với định hướng phát triển kinh tế bạc ở Việt Nam.

Đóng góp mới của bài báo thể hiện ở ba phương diện. Thứ nhất, nghiên cứu chuyển trọng tâm phân tích kinh tế bạc từ cấp độ cung ứng dịch vụ vĩ mô sang cấp độ cầu vi mô, cụ thể là hành vi phân bổ chi tiêu y tế của hộ gia đình nông thôn. Thứ hai, bài báo tích hợp tương đối hệ thống hai dòng thảo luận vốn ít được kết nối trong văn liệu hiện hành: phát triển y học cổ truyền và kinh tế học lão hóa. Thứ ba, nghiên cứu cập nhật và lồng ghép các chính sách mới nhất giai đoạn 2021-

2025 vào khung phân tích học thuật, qua đó tạo nền tảng cho các nghiên cứu định lượng sâu hơn trong tương lai.

## 2. Cơ sở lý luận và tổng quan nghiên cứu

### 2.1. Khái niệm và khung lý thuyết về kinh tế bạc, chi tiêu hộ gia đình

Trong các tài liệu gần đây, kinh tế bạc được hiểu là toàn bộ hoạt động sản xuất, kinh doanh, cung ứng dịch vụ nhằm đáp ứng nhu cầu đa chiều của người cao tuổi về sức khỏe, chăm sóc dài hạn, nhà ở, đi lại, du lịch, văn hóa, tài chính và công nghệ, qua đó vừa nâng cao chất lượng sống cho người cao tuổi vừa mở ra không gian tăng trưởng mới cho nền kinh tế (Vietnam News, 2026). Ở cấp độ hộ gia đình, kinh tế bạc gắn với cách thức hộ phân bổ nguồn lực giữa các thành viên và các nhu cầu, trong đó người cao tuổi vừa là chủ thể tiêu dùng quan trọng, vừa là trung tâm tái phân phối nội bộ giữa các thế hệ.

Lý thuyết tiêu dùng theo vòng đời và lý thuyết vốn sức khỏe cho thấy, khi bước vào giai đoạn tuổi già, ưu tiên chi tiêu của hộ có xu hướng chuyển từ tích lũy sang duy trì, phục hồi sức khỏe, với độ nhạy cảm cao hơn đối với các dịch vụ y tế, chăm sóc dài hạn và sản phẩm hỗ trợ sức khỏe (YCP Solidiance, 2018; Bang và cộng sự, 2017). Trong điều kiện thu nhập hạn chế và rủi ro y tế gia tăng, hộ gia đình nông thôn thường kết hợp ba chiến lược: tận dụng bảo hiểm và trợ giúp xã hội, tự tài trợ thông qua tiết kiệm và vay mượn, và điều chỉnh danh mục điều trị theo hướng tối ưu hóa chi phí - trong đó thảo dược, y học cổ truyền là một lựa chọn đáng chú ý (Bales, 2025; World Bank, 2025).

Các mô hình kinh tế hộ gia đình mở rộng cho phép xem quyết định sử dụng thảo dược của người cao tuổi như một quyết định sản xuất sức khỏe tại gia đình: kiến thức bản địa, chuẩn mực văn hóa, trải nghiệm cá nhân và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế hiện đại cùng tương tác để hình thành giỏ chi tiêu y tế hỗn hợp bao gồm thuốc tân dược, y học cổ truyền, thảo dược dân gian và các sản phẩm bổ trợ (Truong và cộng sự, 2016; Wahlberg, 2006). Đặc biệt trong bối cảnh chi phí tiếp cận bệnh viện còn cao và năng lực trạm y tế xã chưa đồng đều, lựa chọn sử dụng thảo dược thường là cách thức dung hòa giữa khả năng chi trả và mong muốn duy trì sức khỏe lâu dài của hộ gia đình (Atlantic Philanthropies, 2018).

### 2.2. Vai trò y học cổ truyền, thảo dược trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi

Về chính sách, y học cổ truyền và thảo dược được xác định là bộ phận hữu cơ của hệ thống y tế Việt Nam, với quan điểm kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền được khẳng định trong nhiều văn kiện (Wahlberg, 2006). Chương trình phát triển y học cổ truyền đến năm 2030, Thông tư hướng dẫn đăng ký thuốc y học cổ truyền và đặc biệt là Chỉ thị 25/CT-TTg năm 2025 đã nhấn mạnh vai trò của y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, điều trị bệnh mạn tính và tích hợp vào bảo hiểm y tế (Thủ tướng Chính phủ, 2019; 2025a).

Về hành vi người dân, các khảo sát trong và ngoài nước cho thấy mức độ sử dụng thảo dược, y học cổ truyền ở Việt Nam tương đối cao, đặc biệt trong nhóm người lớn tuổi và ở nông thôn (Nguyen và cộng sự, 2016; Adorisio và cộng sự, 2016). Ở các cộng đồng dân tộc thiểu số, thuốc Nam, bài thuốc dân gian và kinh nghiệm sử dụng cây thuốc quanh nhà vẫn là phương thức chăm sóc sức khỏe phổ biến, nhất là với hộ nghèo hoặc sống xa cơ sở y tế (Nguyen X. H. và cộng sự, 2021). Trong bối cảnh đại dịch COVID-19, một khảo sát cho thấy gần phân nửa người tham gia đã sử dụng thảo dược để phòng hoặc hỗ trợ điều trị các triệu chứng giống COVID-19, phản ánh niềm tin xã hội rộng rãi đối với thảo dược (Nguyen và cộng sự, 2021).

Riêng trong nhóm người cao tuổi, các nghiên cứu cộng đồng gần đây cho thấy tỷ lệ sử dụng y học cổ truyền trong năm tương đối cao; người cao tuổi thường kết hợp y học cổ truyền với thuốc tân dược trong điều trị bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đau xương khớp, gout, rối loạn giấc ngủ; đồng thời, mức độ tự điều chỉnh liều và tự lựa chọn bài thuốc vẫn khá phổ biến (Dang & Tran, 2025). Tuy nhiên, tác động của hành vi sử dụng này lên cấu trúc chi tiêu y tế hộ gia đình còn chưa được đo lường đầy đủ.

### 2.3. Tổng quan nghiên cứu về người cao tuổi nông thôn và sử dụng thảo dược

Các nghiên cứu về người cao tuổi nông thôn Việt Nam tập trung chủ yếu vào ba nhóm nội dung: tình trạng sức khỏe và chất lượng sống; năng lực hệ thống y tế cơ sở; và hành vi sử dụng dịch vụ y tế (Bang và cộng sự, 2017; Atlantic Philanthropies, 2018). Nghiên cứu tại một huyện ngoại thành Hà Nội cho thấy người cao tuổi nông thôn phải đối mặt với gánh nặng bệnh mạn tính, nhu cầu thông tin chăm sóc sức khỏe lớn và khó khăn trong tiếp cận dịch vụ quản lý bệnh mạn tính liên tục (Bang và cộng sự, 2017). Một dòng nghiên cứu khác phân tích vai trò y học cổ truyền tại tuyến cơ sở, đặc biệt ở vùng nông thôn, miền núi. Kết quả cho thấy, khi được củng cố, trạm y tế xã và nhân viên y tế thôn bản có thể trở thành kênh quan trọng để phổ biến kiến thức sử dụng y học cổ truyền an toàn, cung cấp hộp thuốc gia đình và tư vấn sử dụng cho người dân, trong đó có người cao tuổi (Truong và cộng sự, 2016). Tuy nhiên, những nghiên cứu này vẫn chủ yếu xem y học cổ truyền dưới góc độ chuyên môn y tế, chưa đặt trong khung kinh tế bạc và chi tiêu hộ gia đình.

Nhìn chung, còn tồn tại khoảng trống nghiên cứu về mối liên hệ giữa già hóa dân số, cấu trúc chi tiêu y tế hộ gia đình và nhu cầu thảo dược của người cao tuổi nông thôn, cũng như chưa có nhiều nghiên cứu lồng ghép bối cảnh chính sách mới về Chiến lược quốc gia về người cao tuổi, Chiến lược quốc gia về sức khỏe và phát triển y học cổ truyền vào phân tích hành vi chi tiêu này (VietnamPlus, 2025).

## 3. Phương pháp nghiên cứu

Thứ nhất, bài báo sử dụng phương pháp phân tích tài liệu và chính sách, tập trung vào các nghị quyết, chiến lược, luật và văn bản quy phạm pháp luật về người cao tuổi, y học cổ truyền, bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân giai đoạn 2017-2026. Trọng tâm là Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đến năm 2030, tầm nhìn 2045 (Quyết định

89/QĐ-TTg năm 2024), Chiến lược quốc gia về người cao tuổi đến năm 2035, tầm nhìn 2045 (Quyết định 383/QĐ-TTg năm 2025), Chỉ thị 25/CT-TTg năm 2025 về phát triển y học cổ truyền, Nghị quyết 72-NQ/TW năm 2025 và Nghị quyết 36/NQ-CP năm 2026 về phát triển kinh tế bạc (Thủ tướng Chính phủ, 2024, 2026, 2025a, 2025b).

Thứ hai, bài báo tổng quan có hệ thống các nghiên cứu thực nghiệm về chi tiêu y tế, chi trả trực tiếp từ tiền túi, sử dụng thảo dược/y học cổ truyền và năng lực cung ứng dịch vụ cho người cao tuổi ở tuyến cơ sở. Các tài liệu bao gồm báo cáo của World Bank, các bài báo quốc tế và trong nước, báo cáo chuyên đề về dân số già hóa và nghiên cứu của các trường đại học, viện nghiên cứu (World Bank, 2025; Bales, 2025; Nguyen và cộng sự, 2016; Dang & Tran, 2025; Bang và cộng sự, 2017).

Thứ ba, bài báo vận dụng các thao tác phân tích - tổng hợp - so sánh - diễn dịch - quy nạp. Cụ thể, các số liệu thống kê về tỷ lệ người cao tuổi, tỷ lệ dân số nông thôn, chi tiêu y tế từ tiền túi, mức bao phủ bảo hiểm y tế được đối chiếu với các phát hiện nghiên cứu về hành vi sử dụng y học cổ truyền, nhằm làm rõ mối liên hệ giữa bối cảnh kinh tế - xã hội và cấu trúc chi tiêu hộ gia đình (World Bank, 2025). Đồng thời, kinh nghiệm một số địa phương trong phát triển y học cổ truyền tuyến cơ sở được so sánh với định hướng chính sách trung ương để rút ra các bài học.

Thứ tư, do không sử dụng dữ liệu sơ cấp, kết quả phân tích phụ thuộc vào chất lượng và mức độ chi tiết của nguồn thứ cấp. Để hạn chế sai lệch, các số liệu chủ chốt như tỷ lệ chi trả từ tiền túi, quy mô người cao tuổi, tỷ lệ sử dụng y học cổ truyền được so sánh chéo giữa nhiều nguồn và ưu tiên số liệu mới nhất, đồng thời ghi nhận những chỗ sai khác khi cần thiết (Bales, 2025; World Bank, 2025).

#### **4. Kinh tế bạc dưới góc nhìn chi tiêu hộ gia đình: Nhu cầu sử dụng thảo dược trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi nông thôn**

##### **4.1. Bức tranh nhân khẩu học và sức ép lên cấu trúc chi tiêu y tế hộ gia đình nông thôn**

###### **4.1.1. Bối cảnh già hóa dân số, nông thôn và chi tiêu y tế hộ gia đình (2021-2025)**

Theo các báo cáo từ Tổng cục Thống kê (GSO) và Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số, với số người từ 60 tuổi trở lên tăng nhanh và dự kiến đạt trên 21 triệu người vào năm 2036 (Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc, 2021; GSO, 2025). Phần lớn người cao tuổi sinh sống ở nông thôn - nơi mức thu nhập bình quân thấp hơn, tỉ lệ nghèo và cận nghèo cao hơn, và hạ tầng y tế - xã hội còn hạn chế (VietnamPlus, 2024).

Về chi tiêu y tế, mặc dù tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế đã đạt trên 90% dân số, chi trả trực tiếp từ tiền túi hộ gia đình vẫn ở mức cao. Bales (2025) cho thấy chi trả từ tiền túi chiếm khoảng 40% tổng chi tiêu y tế hiện hành năm 2022, cao hơn khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới về mức an toàn để tránh chi tiêu y tế thảm họa. Dữ liệu của World Bank (2025) cũng ghi nhận tỷ lệ chi trả từ tiền túi trong tổng chi tiêu y tế của Việt Nam duy trì quanh mức trên 40% trong nhiều năm liền. Nghiên

cứ định tính của Rapid Asia (2024) bổ sung rằng chi phí thuốc men, gồm cả thuốc kê đơn và thuốc mua tự do tại hiệu thuốc, chiếm tỷ trọng lớn nhất trong chi tiêu y tế của hộ gia đình, đặc biệt ở nông thôn.

Trong các hộ có người cao tuổi, cấu trúc chi tiêu y tế có xu hướng thiên về quản lý bệnh mạn tính, chăm sóc dài hạn và điều trị các bệnh liên quan tuổi già, với nhiều khoản chi nhỏ nhưng lặp lại cho thuốc, thực phẩm chức năng, thảo dược và dịch vụ khám chữa bệnh (Bang và cộng sự, 2017; YCP Solidiance, 2018). Sự kết hợp giữa thu nhập thấp, chi phí đi lại đến bệnh viện tuyến trên cao và gánh nặng bệnh tật đa bệnh lý khiến bất kỳ cú sốc y tế nào cũng có thể đẩy hộ vào tình trạng chi tiêu y tế thảm họa và nghèo hóa (Xu và cộng sự, 2006; Bales, 2025).

#### 4.1.2. Cú sốc chi tiêu y tế tự chi trả (OOPHE) và rủi ro chi tiêu thảm họa (CHE)

Trái với mô hình gia đình truyền thống, kinh tế nông thôn Việt Nam đang trải qua bốn sự thay đổi cấu trúc cốt lõi: sự thu hẹp lực lượng lao động nông nghiệp, gia tăng việc làm làm công ăn lương, sự sụt giảm vai trò của thu nhập thuần nông, và sự di cư mạnh mẽ của giới trẻ. Khi người trẻ rời đi, người cao tuổi tại nông thôn bị bỏ lại trong bối cảnh thu nhập giảm sút nhưng nhu cầu chi tiêu y tế lại tăng theo cấp số nhân do tuổi tác.

Phân tích sâu từ các nghiên cứu kinh tế y tế gần đây cho thấy, OOPHE đối với các thành viên cao tuổi tạo ra một cú sốc tài chính không nhỏ. Ước tính trung bình, chi phí y tế tự chi trả cho người cao tuổi chiếm tới 86,3% tổng chi tiêu y tế của toàn bộ hộ gia đình. Bảng 1 trình bày sự phân hóa sâu sắc trong các chỉ số tài chính y tế giữa các cấu trúc hộ gia đình.

**Bảng 1: Đánh giá rủi ro tài chính y tế hộ gia đình dựa trên OOPHE (2020-2024)**

Đặc điểm hộ gia đình (Theo VHLSS/ Nghiên cứu lâm sàng)	Tỷ trọng OOPHE cho NCT / Tổng chi y tế	Nguy cơ đối mặt với CHE	Nguy cơ kiệt quệ tài chính
Hộ nông thôn, chỉ có NCT sinh sống	Rất cao (> 90%)	Cao nhất (Đặc biệt khi mắc bệnh mạn tính)	Trầm trọng, dẫn đến vay nợ hoặc cắt giảm thực phẩm
Hộ đa thế hệ tại thành thị	Vừa phải (xấp xỉ 50-60%)	Trung bình	Thấp, nhờ sự đa dạng hóa nguồn thu nhập từ con cái
NCT có sử dụng y tế tư nhân / tuyến trên	Tăng vọt đột biến	Cao (Tăng rủi ro CHE gấp nhiều lần)	Cao

*Nguồn: Tổng hợp của các tác giả*

Số liệu thực nghiệm chỉ ra tỷ lệ các hộ gia đình có người cao tuổi đối mặt với CHE là 8,6%, và tỷ lệ rơi vào trạng thái khó khăn tài chính là 12,2%. Đáng lo ngại hơn, các nghiên cứu xác nhận rằng không có mối tương quan thống kê mạnh mẽ nào chứng minh việc sở hữu Bảo hiểm y tế (BHYT) ở mức cơ bản hiện tại có thể loại bỏ hoàn toàn rủi ro CHE cho người cao tuổi nông thôn. Khi người

bệnh buộc phải tìm đến dịch vụ y tế tư nhân hoặc tuyến trung ương do y tế cơ sở không đủ năng lực, khả năng đối mặt với CHE lập tức tăng cao.

#### 4.1.3. Rào cản tiếp cận y tế cơ sở và sự bất bình đẳng trong phân bổ nguồn lực

Tình trạng nghèo đói y tế tại nông thôn không chỉ đến từ việc thiếu tiền, mà còn từ sự vắng bóng của dịch vụ y tế phù hợp. Theo một nghiên cứu cắt ngang tại các vùng nông thôn, khoảng 18% người dân ghi nhận tình trạng nhu cầu y tế không được đáp ứng (unmet healthcare needs). Nguyên nhân hàng đầu cấu thành rào cản này bao gồm: khó khăn về phương tiện di chuyển và địa hình (30%), sự thiếu hụt nghiêm trọng bác sĩ chuyên môn và cơ sở thuốc tại Trạm y tế xã (47%), và khả năng giao tiếp, tương tác kém với nhân viên y tế (16%). Đối với người cao tuổi, những rào cản này đóng vai trò như rào cản tham gia thị trường đầu tiên, buộc họ phải từ bỏ các liệu trình điều trị Tây y tốn kém để chuyển sang các phương án thay thế.

#### 4.2. Một số kết quả đánh giá sử dụng thảo dược, y học cổ truyền của người cao tuổi nông thôn

Trong bối cảnh áp lực tài chính đè nặng, tiêu dùng y tế của hộ gia đình nông thôn đã có sự dịch chuyển mang tính cấu trúc. Việc hướng tới nền YHCT và các sản phẩm thảo dược không chỉ là một hiện tượng hoài cổ, mà là một cơ chế thích ứng kinh tế vi mô cực kỳ linh hoạt và tinh vi.

Việc sử dụng thảo dược hội tụ đủ các yếu tố để trở thành hàng hóa thay thế hoàn hảo trong hệ thống y tế cấp cơ sở. Nghiên cứu nhân học nhận thức tại Việt Nam khẳng định rằng, người cao tuổi có một mô thức niềm tin mạnh mẽ vào YHCT. Họ thường ứng dụng hai chiến lược: (1) Công tác y tế - chuyển hẳn từ Tây y sang Đông y khi nhận thấy Tây y gây ra tác dụng phụ đối với gan, thận trong điều trị bệnh mạn tính; (2) Kết hợp song song - dùng Tây y để hạ hỏa cấp tính và dùng thảo dược để bồi bổ, phục hồi dài hạn. Yếu tố kinh tế đóng vai trò quyết định: thảo dược có thể được hái lượm tự nhiên, tự trồng tại vườn nhà, hoặc mua tại các chợ địa phương với chi phí chỉ bằng một phần nhỏ so với thuốc biệt dược nhập khẩu. Sự sẵn có này giúp các hộ gia đình né tránh rào cản tài chính thứ hai trong mô hình rào cản kép, giảm thiểu nguy cơ rơi vào CHE mà vẫn duy trì được quá trình trị liệu. Đồng thời, các dịch vụ như châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt được cung cấp tại các cơ sở Đông y địa phương lại tỏ ra có hiệu quả lâm sàng cao đối với các bệnh lý tuổi già như thoái hóa khớp, di chứng sau đột quỵ.

Kinh tế bạc không chỉ kích hoạt chuỗi tiêu dùng mà còn kiến tạo sinh kế cho chính vùng nông thôn thông qua mô hình Làng dược liệu. Đây là một điểm sáng đổi mới sáng tạo trong giai đoạn 2021-2025. Tại các vùng đồi núi như Tây Bắc, Tây Nguyên, mô hình này ra đời đã tích hợp xuất sắc tri thức bản địa (ví dụ: các bài thuốc tắm của người Dao, người Thái) với việc canh tác cây thuốc dưới tán rừng, nhằm phục vụ trực tiếp cho xu hướng du lịch sức khỏe sinh thái. Người dân địa phương, bao gồm cả người cao tuổi, tham gia trực tiếp vào mọi khâu từ trồng trọt, thu hái, sơ chế lá thuốc đến việc cung cấp dịch vụ ngâm tắm thảo dược cho du khách. Mô hình này mang lại một hệ số nhân kép: một mặt bảo tồn sự đa dạng sinh học và các bài thuốc quý; mặt khác, tạo ra nguồn

thu nhập phi nông nghiệp ổn định, biến một chi phí an sinh (chăm sóc người già) thành một khoản đầu tư sinh lời trong nền kinh tế xanh. Nhờ đó, Kinh tế bạc thực sự thấm thấu vào cấu trúc làng xã, tạo động lực kinh tế tại chỗ.

Kết quả nghiên cứu của Dang và Tran (2025) tại một xã và một phường của tỉnh Hưng Yên cho thấy 32,4% người cao tuổi được khảo sát sử dụng y học cổ truyền từ một đến hai lần mỗi năm; trong số này, 64,5% sử dụng theo đơn bác sĩ nhưng vẫn có 45,6% tự dùng thuốc theo kinh nghiệm, 84,6% sử dụng y học cổ truyền cho bệnh nhẹ và 16,6% từng dùng liều cao hơn khuyến cáo. Các nghiên cứu tại vùng núi Thanh Hóa và cộng đồng dân tộc thiểu số nhấn mạnh vai trò trung tâm của thuốc Nam, bài thuốc dân gian và cây thuốc quanh nhà trong chăm sóc sức khỏe hằng ngày, đặc biệt đối với hộ nghèo hoặc sống xa cơ sở y tế (Nguyen X. H. và cộng sự, 2021; Truong và cộng sự, 2016).

Bộ Y tế (2025) cho biết mạng lưới y học cổ truyền đã được củng cố đáng kể: toàn quốc có nhiều bệnh viện y học cổ truyền công lập, hầu hết bệnh viện đa khoa có khoa y học cổ truyền và phần lớn trạm y tế xã triển khai khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền, với tỷ lệ lượt khám sử dụng y học cổ truyền tại tuyến xã đạt trên 20%. Tuy vậy, một khảo sát tại 16 trạm y tế xã vùng cao cho thấy tỷ lệ điều trị thuần y học cổ truyền còn thấp, trong khi điều trị kết hợp y học cổ truyền và thuốc tân dược chiếm trên 50% và chủ yếu sử dụng được phẩm y học cổ truyền thành phẩm, ít áp dụng các phương pháp không dùng thuốc.

Dưới góc nhìn hộ gia đình, các kết quả này gợi ý rằng y học cổ truyền và thảo dược là một cấu phần chi tiêu đáng kể - nhưng chưa được thống kê tách bạch - trong chi tiêu y tế của hộ có người cao tuổi. Người cao tuổi nông thôn tiếp cận thảo dược thông qua cả kênh chính thức (trạm y tế xã, bệnh viện y học cổ truyền) lẫn kênh phi chính thức (chợ, hiệu thuốc, thầy thuốc gia truyền, tự chế biến), trong khi hành vi tự điều chỉnh liều và tự phối hợp thuốc tân dược với thảo dược khá phổ biến (Dang & Tran, 2025; Nguyen và cộng sự, 2016). Điều này vừa thể hiện nhu cầu lớn đối với thảo dược, vừa tiềm ẩn rủi ro tăng chi tiêu không cần thiết, giảm hiệu quả điều trị hoặc xuất hiện tác dụng phụ nếu thiếu tư vấn chuyên môn.

### **4.3. Yếu tố ảnh hưởng, cơ hội và thách thức đối với kinh tế bạc dựa trên nhu cầu thảo dược của người cao tuổi nông thôn**

Dù bức tranh vi mô cho thấy nhu cầu và sức sống mãnh liệt của thị trường thảo dược phục vụ người cao tuổi, thực trạng hiện nay vẫn bị kìm hãm bởi nhiều điểm nghẽn mang tính cơ cấu. Quyết định số 1579/QĐ-TTg đặt ra một tầm nhìn đầy tham vọng: 100% người cao tuổi khi bị bệnh được khám và điều trị vào năm 2025; 100% được lập hồ sơ theo dõi quản lý sức khỏe. Tuy nhiên, mục tiêu này vấp phải thực tế là chính sách chi trả của BHYT hiện hành vẫn còn mang nặng tư duy y học phương Tây (biomedical bias). Danh mục thuốc cổ truyền, vị thuốc y học cổ truyền và các dịch vụ kỹ thuật YHCT được quỹ BHYT thanh toán, đặc biệt là tại tuyến Trạm y tế xã, còn vô cùng nghèo nàn và cứng nhắc. Người cao tuổi có thể BHYT nhưng khi muốn điều trị bằng các bài

thuốc Đông y chất lượng cao, họ vẫn phải tự bỏ tiền túi để mua ngoài thị trường. Sự bất cân xứng này chính là tác nhân gây ra hiện tượng rò rỉ tài chính hộ gia đình, làm suy giảm hiệu lực thực tế của chính sách an sinh. Bên cạnh rào cản tài chính, rủi ro thị trường từ phía nguồn cung là thách thức to lớn. Dược liệu Việt Nam dù phong phú nhưng việc nuôi trồng vẫn mang tính tự phát, phân tán, và thiếu các tiêu chuẩn kiểm định quốc tế (như GACP-WHO, Organic). Hậu quả là, thị trường tràn ngập các loại dược liệu không rõ nguồn gốc, chất lượng kém, bị pha trộn hóa chất bảo quản, gây mất niềm tin nơi người tiêu dùng cao tuổi. Hơn nữa, việc số hóa các bài thuốc gia truyền, thiết lập bản đồ vùng trồng dược liệu và truy xuất nguồn gốc vẫn đang ở giai đoạn sơ khai, chưa hình thành được một nền tảng dữ liệu y tế quốc gia thống nhất. Điều này làm cản trở quá trình thương mại hóa và xuất khẩu các chế phẩm thảo dược mang thương hiệu quốc gia ra thị trường Kinh tế bạc toàn cầu.

Thứ nhất, yếu tố nhân khẩu học và nghèo đói nông thôn là bối cảnh nền quan trọng. Tỷ lệ dân số sống ở nông thôn vẫn chiếm trên 60% tổng dân số, trong đó nhiều vùng có tỷ lệ nghèo, cận nghèo và người cao tuổi không có lương hưu cao hơn trung bình cả nước (World Bank, 2025; Tổng cục Thống kê, 2025). Người cao tuổi ở nông thôn thường phụ thuộc vào lao động tự làm, hỗ trợ của con cháu và trợ cấp xã hội, khiến dư địa chi tiêu cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện đại chất lượng cao bị hạn chế, trong khi chi tiêu cho thảo dược sẵn có tại chỗ hoặc sản phẩm y học cổ truyền giá thấp lại có tính khả thi cao hơn.

Thứ hai, yếu tố văn hóa - xã hội tác động mạnh đến hành vi sử dụng thảo dược. Nhiều người cao tuổi tin rằng thảo dược lành hơn, ít độc và phù hợp thể tạng, trong khi lo ngại tác dụng phụ của thuốc tân dược dùng lâu dài (Nguyen X. H. và cộng sự, 2021; Wahlberg, 2006). Niềm tin này được củng cố bởi truyền thống gia đình, trải nghiệm cá nhân và các câu chuyện truyền miệng về hiệu quả của bài thuốc dân gian, trong bối cảnh hệ thống tư vấn y tế - đặc biệt về tương tác giữa thuốc tân dược và y học cổ truyền - còn thiếu ở tuyến cơ sở (Nguyen và cộng sự, 2016; Dang & Tran, 2025).

Thứ ba, thiết kế chính sách y tế và bảo hiểm hiện mới bao phủ một phần dịch vụ y học cổ truyền trong gói quyền lợi bảo hiểm y tế, trong khi nhiều sản phẩm thảo dược (thực phẩm bảo vệ sức khỏe, trà dược, bài thuốc gia truyền) vẫn nằm ngoài phạm vi chi trả, khiến chi tiêu cho thảo dược phần lớn là chi tiêu từ tiền túi (World Bank, 2025). Trước khi Chiến lược quốc gia về người cao tuổi và các quyết định mới được ban hành, yếu tố già hóa dân số và kinh tế bạc chưa thực sự được lồng ghép sâu vào thiết kế gói dịch vụ y tế cơ bản, đặc biệt ở tuyến xã (Thủ tướng Chính phủ, 2024).

Ở chiều cơ hội, sự ra đời của Chiến lược quốc gia về người cao tuổi đến năm 2035, Chiến lược quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đến năm 2030 và các nghị quyết về phát triển kinh tế bạc đã chính thức đặt người cao tuổi vào trung tâm của một hệ sinh thái chính sách mới, coi phát triển dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phục hồi chức năng, nhà ở thân thiện, du lịch sức khỏe và công nghệ y tế như các trụ cột quan trọng (Thủ tướng Chính phủ, 2024, 2026; 2025b).

Chỉ thị 25/CT-TTg năm 2025 và các kế hoạch triển khai ở địa phương nhấn mạnh phát triển y học cổ truyền gắn với bảo hiểm y tế, đầu tư cơ sở vật chất, nhân lực và phát triển chuỗi giá trị dược liệu, đặc biệt tại nông thôn, miền núi.

Tuy nhiên, thách thức lớn là thiếu một khung chính sách kinh tế bậc tích hợp ở cấp vi mô: chưa có cơ chế tài chính và bảo hiểm đủ tinh vi để đo lường và điều tiết cấu trúc chi tiêu hộ gia đình cho thảo dược; chuỗi giá trị dược liệu còn manh mún, thiếu kiểm soát chất lượng - truy xuất nguồn gốc; và chênh lệch vùng, miền về khả năng tiếp cận dịch vụ y học cổ truyền chất lượng cao còn lớn. Ngoài ra, chuyển đổi số trong lĩnh vực này mới ở giai đoạn đầu, việc kết nối người cao tuổi nông thôn với dịch vụ tư vấn, khám chữa bệnh từ xa và thương mại điện tử thảo dược còn phân tán, thiếu chuẩn mực (Nguyen và cộng sự, 2024).

## 5. Hàm ý chính sách và giải pháp

### 5.1. Tích hợp nhu cầu thảo dược của người cao tuổi vào phát triển kinh tế bậc

Một là, cần chuyển dịch cách nhìn từ thuần túy phúc lợi sang tiếp cận thị trường có điều tiết. Nhu cầu sử dụng thảo dược, y học cổ truyền của người cao tuổi nông thôn không chỉ là gánh nặng chi tiêu mà còn là một phân khúc thị trường lớn trong kinh tế bậc, có khả năng tạo việc làm, giá trị gia tăng và động lực phát triển nông thôn nếu được định hướng đúng (VietnamPlus, 2024). Chính sách cần coi người cao tuổi nông thôn vừa là đối tượng được bảo vệ qua an sinh và bảo hiểm, vừa là khách hàng trung tâm trong thiết kế sản phẩm, dịch vụ thảo dược.

Hai là, trong quá trình triển khai Chiến lược quốc gia về người cao tuổi đến năm 2035 và Chiến lược quốc gia về sức khỏe đến năm 2030, cần cụ thể hóa các chỉ tiêu và giải pháp liên quan đến sử dụng an toàn, hợp lý y học cổ truyền ở người cao tuổi. Ví dụ, có thể xác định các chỉ tiêu như tỷ lệ người cao tuổi được tư vấn về tương tác thuốc Đông - Tây y, tỷ lệ trạm y tế xã có gói dịch vụ y học cổ truyền thân thiện với người cao tuổi, hoặc tỷ lệ dịch vụ y học cổ truyền được bảo hiểm y tế chi trả (Thủ tướng Chính phủ, 2024, 2025). Điều này cho phép đo lường tốt hơn cấu trúc chi tiêu thảo dược của hộ gia đình và tác động của can thiệp chính sách.

Ba là, cần phát triển bộ chỉ số kinh tế bậc cấp hộ gia đình, trong đó có cấu phần chi tiêu cho thảo dược, y học cổ truyền, để tích hợp vào Điều tra mức sống dân cư và các cuộc điều tra chuyên đề về người cao tuổi. Thông tin này là đầu vào quan trọng cho việc thiết kế gói quyền lợi bảo hiểm y tế, chính sách trợ giá hoặc bù giá sản phẩm thiết yếu và đánh giá tác động của các chương trình hỗ trợ (GSO, 2023; World Bank, 2025).

### 5.2. Hoàn thiện cơ chế tài chính - bảo hiểm và cơ chế đặc thù cho thảo dược

Trước hết, cần mở rộng và tinh chỉnh phạm vi chi trả bảo hiểm y tế đối với dịch vụ y học cổ truyền theo hướng: (i) tăng tỷ lệ chi trả cho thuốc y học cổ truyền đã được chứng minh hiệu quả trong điều trị các bệnh mạn tính phổ biến ở người cao tuổi; (ii) thí điểm gói dịch vụ y học cổ truyền dự phòng và phục hồi chức năng cho người cao tuổi tại tuyến xã được bảo hiểm chi trả một phần; và

(iii) áp dụng mức đồng chi trả ưu đãi hơn cho người cao tuổi nghèo, cận nghèo ở nông thôn. Tiếp theo, cần xây dựng cơ chế trợ giá có mục tiêu cho một số sản phẩm thảo dược, dược liệu thiết yếu dùng trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, gắn với các chương trình quốc gia về dược liệu và giảm nghèo. Có thể kết nối các hợp tác xã, doanh nghiệp dược liệu với hội người cao tuổi và câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau để hình thành giỏ sản phẩm thảo dược ưu tiên với mức giá hỗ trợ (VietnamPlus, 2025).

Bên cạnh đó, nên ban hành cơ chế đặc thù cho mô hình phòng khám - nhà thuốc y học cổ truyền cộng đồng thân thiện với người cao tuổi tại nông thôn, cho phép áp dụng thủ tục thanh toán linh hoạt, kết hợp bảo hiểm y tế với chi trả trực tiếp; khuyến khích ứng dụng công nghệ trong theo dõi, nhắc lịch dùng thuốc, tư vấn tương tác thuốc; đồng thời quy định rõ tiêu chuẩn chất lượng, nguồn gốc dược liệu và trách nhiệm tư vấn cho người cao tuổi (Truong và cộng sự, 2016).

### 5.3. Mô hình quản lý, chuỗi giá trị và chuyển đổi số gắn với nông thôn

Một là, về mô hình quản lý chăm sóc người cao tuổi tích hợp y học cổ truyền ở nông thôn, có thể phát triển các mô hình thí điểm theo hướng: trạm y tế xã là trung tâm điều phối chăm sóc người cao tuổi, kết hợp khám bệnh chung với đơn vị y học cổ truyền và dịch vụ tư vấn dinh dưỡng, phục hồi chức năng; nhân viên y tế thôn bản và cộng tác viên hội người cao tuổi được đào tạo về sử dụng y học cổ truyền an toàn và nhận diện dấu hiệu chuyển tuyến; lòng ghép hoạt động câu lạc bộ liên thế hệ tự giúp nhau với giáo dục sức khỏe và hướng dẫn sử dụng thảo dược (Truong và cộng sự, 2016).

Hai là, về chuỗi giá trị dược liệu gắn với kinh tế bạc, cần chủ động kết nối người trồng, sơ chế dược liệu ở nông thôn với doanh nghiệp dược, cơ sở y học cổ truyền và thị trường sản phẩm chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Điều này giúp chuẩn hóa chất lượng, truy xuất nguồn gốc, đồng thời tạo sinh kế cho hộ nông thôn, qua đó gián tiếp giảm áp lực tài chính cho gia đình có người cao tuổi (VietnamPlus, 2025).

Ba là, chuyển đổi số trong chăm sóc sức khỏe và cung ứng thảo dược cho người cao tuổi cần được coi là trụ cột quan trọng của kinh tế bạc, phù hợp với định hướng chuyển đổi số y tế và xây dựng trạm y tế số, bệnh viện thông minh. Có thể phát triển các nền tảng tư vấn từ xa kết nối bác sĩ đa khoa, bác sĩ y học cổ truyền và dược sĩ với người cao tuổi; hệ thống đơn thuốc điện tử tích hợp thông tin thuốc tân dược và y học cổ truyền, cảnh báo tương tác; và kênh thương mại điện tử thảo dược được kiểm định, liên kết trực tiếp vùng trồng - nhà máy - nhà thuốc nhằm giảm chi phí trung gian cho hộ gia đình (Nguyen và cộng sự, 2024).

### 5.4. Chuyển đổi số và ứng dụng công nghệ trong quản lý YHCT

Cuộc cách mạng Kinh tế bạc không thể tách rời yếu tố Chuyển đổi số nhằm xóa bỏ khoảng cách không gian y tế giữa thành thị và nông thôn. Mục tiêu đến năm 2025 theo Chương trình Chuyển đổi số Quốc gia ngành Y tế là lan tỏa các tiện ích công nghệ vào từng hộ gia đình. Bộ Y tế cần phối hợp với Bộ Khoa học và Công nghệ để hoàn thiện Cơ sở dữ liệu quốc gia về YHCT theo

đúng tinh thần Chỉ thị số 25/CT-TTg. Cơ sở dữ liệu này bao gồm bản đồ số vùng trồng dược liệu, hệ thống các bài thuốc quý, và danh sách các lương y tiêu biểu. Việc ứng dụng công nghệ Blockchain hoặc mã QR để truy xuất nguồn gốc số từ hạt giống, quy trình trồng trọt đến sản phẩm cuối cùng sẽ minh bạch hóa thị trường, đánh bật các dược liệu giả mạo, bảo vệ quyền lợi và sự an toàn cho người tiêu dùng cao tuổi. Việc triển khai nền tảng tư vấn, khám chữa bệnh từ xa là giải pháp chiến lược đối phó với rào cản địa lý tại nông thôn. Người cao tuổi có thể thông qua thiết bị di động thông minh để nhận tư vấn từ các chuyên gia YHCT tuyến trung ương mà không cần di chuyển. Hơn thế nữa, việc ứng dụng Trí tuệ nhân tạo (AI) trong phân tích lâm sàng và kết hợp y lý Đông - Tây y sẽ tạo ra các phác đồ điều trị cá nhân hóa cao độ. Các thiết bị đeo đo nhịp tim, huyết áp sẽ được tích hợp với Hồ sơ sức khỏe điện tử (EMR), cung cấp chỉ số thời gian thực cho bác sĩ, từ đó bác sĩ Đông y có thể hiệu chỉnh chính xác liều lượng thảo dược. Sự giao thoa giữa Y học truyền thống và Công nghệ tương lai chính là bản sắc cạnh tranh của Kinh tế bạc Việt Nam.

## 6. Kết luận và hạn chế nghiên cứu

Trong bối cảnh Việt Nam bước vào giai đoạn già hóa dân số với tốc độ nhanh và đặc trưng già hóa trong điều kiện thu nhập trung bình, bài báo đã tiếp cận kinh tế bạc từ một lăng kính vi mô - cấu trúc chi tiêu hộ gia đình cho thảo dược và y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe người cao tuổi nông thôn giai đoạn 2021-2025. Trên nền tảng khung lý thuyết tích hợp giữa kinh tế hộ gia đình, kinh tế học sức khỏe và kinh tế học lão hóa, kết hợp tổng hợp dữ liệu thứ cấp và phân tích chính sách, nghiên cứu đã làm rõ ba phát hiện chủ đạo.

Thứ nhất, chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình vẫn duy trì ở mức cao, tạo áp lực tài chính đáng kể đối với các hộ nông thôn có người cao tuổi, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng bệnh mạn tính và đa bệnh lý. Thứ hai, nhu cầu sử dụng thảo dược và y học cổ truyền của người cao tuổi nông thôn mang tính phổ biến và đa dạng, với tỷ lệ tự điều trị và tự mua sản phẩm đáng kể, phản ánh không chỉ yếu tố văn hóa mà còn là một chiến lược thích ứng kinh tế vi mô trước rủi ro chi tiêu y tế thảm họa. Thứ ba, mặc dù mạng lưới y học cổ truyền đã được mở rộng trong hệ thống y tế công lập, song vẫn tồn tại bất bình đẳng vùng miền, chất lượng dịch vụ chưa đồng đều và sự liên kết với cơ chế bảo hiểm y tế còn hạn chế.

Về phương diện lý luận, nghiên cứu góp phần tái định vị kinh tế bạc như một cấu trúc cầu tiêu dùng ở cấp hộ gia đình, thay vì chỉ là không gian cung ứng dịch vụ ở cấp độ vĩ mô. Nhu cầu thảo dược của người cao tuổi nông thôn được chứng minh vừa là biểu hiện của chiến lược tự bảo vệ sức khỏe trong điều kiện nguồn lực hạn chế, vừa là điểm tựa để hình thành và mở rộng chuỗi giá trị dược liệu gắn với phát triển kinh tế địa phương. Cách tiếp cận này giúp kết nối tương đối hệ thống hai dòng thảo luận thường tách rời trong văn liệu hiện hành: kinh tế học lão hóa và phát triển y học cổ truyền.

Về hàm ý chính sách, bài báo nhấn mạnh sự cần thiết phải lồng ghép nhu cầu sử dụng thảo dược của người cao tuổi vào thiết kế và thực thi các chiến lược quốc gia về người cao tuổi, bảo vệ và

nâng cao sức khỏe nhân dân, cũng như chính sách phát triển y học cổ truyền trong giai đoạn mới. Điều này đòi hỏi các cơ chế đặc thù về tài chính - bảo hiểm (mở rộng phạm vi và mức chi trả bảo hiểm y tế đối với dịch vụ y học cổ truyền), phát triển chuỗi giá trị dược liệu theo hướng chuẩn hóa và truy xuất nguồn gốc, xây dựng mô hình chăm sóc tích hợp Đông - Tây y tại tuyến cơ sở, đồng thời đẩy mạnh chuyển đổi số trong quản trị dữ liệu dược liệu và cung ứng dịch vụ cho người cao tuổi. Chỉ khi các trụ cột này được thiết kế đồng bộ, kinh tế bạc mới thực sự trở thành động lực tăng trưởng bao trùm, thay vì chỉ là khẩu hiệu chính sách.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại những hạn chế nhất định. Việc dựa chủ yếu vào dữ liệu thứ cấp và phân tích chính sách ở cấp quốc gia chưa cho phép lượng hóa sâu các khác biệt vi mô giữa các tiểu vùng văn hóa - sinh thái, cũng như chưa ước lượng được các tham số kinh tế lượng như độ co giãn của cầu thảo dược theo thu nhập hoặc tác động cận biên của mức đồng chi trả bảo hiểm y tế đến quyết định sử dụng y học cổ truyền. Các nghiên cứu tiếp theo cần triển khai khảo sát thực địa với thiết kế mẫu phân tầng và áp dụng mô hình kinh tế lượng thích hợp nhằm cung cấp bằng chứng định lượng mạnh hơn cho việc hoạch định chính sách.

Tổng thể, bài báo khẳng định rằng kinh tế bạc ở Việt Nam không chỉ là một không gian tiêu dùng mới nổi tại đô thị, mà đang định hình lại cấu trúc chi tiêu và chiến lược sinh kế của hộ gia đình nông thôn. Việc nhận diện và thể chế hóa nhu cầu thảo dược của người cao tuổi như một cấu phần chiến lược của kinh tế bạc sẽ là chìa khóa để biến thách thức già hóa thành cơ hội phát triển bền vững và bao trùm trong thập niên tới.

#### Tài liệu tham khảo

1. Adoriso, S., Fierabracci, A., Rossetto, A., Muscari, I., Nardicchi, V., Liberati, A. M., Riccardi, C., Tran, V. S., Trinh, T. T., & Delfino, D. V. (2016). Integration of traditional and Western medicine in Vietnamese populations: A review of health perceptions and therapies. *Natural Product Communications*, 11(9), 1389-1396. <https://doi.org/10.1177/1934578X1601100949>
2. BambuUP. (2026). *Kinh tế Bạc (Silver Economy): Động lực tăng trưởng mới trong kỷ nguyên già hóa*. Truy cập từ <https://bambuup.com/news/1990/kinh-te-bac-silver-economy>
3. Bang, K.-S., Tak, S. H., Oh, J., Yi, J., Yu, S., & Trung, T. Q. (2017). Health status and the demand for healthcare among the elderly in the rural Quoc-Oai district of Hanoi in Vietnam. *BioMed Research International*, 2017, 4830968. <https://doi.org/10.1155/2017/4830968>
4. Dang, T. V., & Tran, T. P. (2025). Situation of traditional medicine use among the elderly in two communes/wards of Hung Yen province in 2025. *Vietnam Journal of Community Medicine*, 66(Special issue 23), 333-338. <https://tapchihcd.vn/index.php/yhcd/article/download/3959/3622/4158>
5. GSO. (2025). *Socio-economic statistical data of 63 provinces and cities 2019-2023*. <https://www.nso.gov.vn/en/default/2025/01/socio-economic-statistical-data-of-63-provinces-and-cities-2019-2023>

6. GSO. (2022). *Bộ khảo sát mức sống hộ gia đình Việt Nam (VHLSS 2022)*. Truy cập từ <https://www.niengiamthongke.net/khao-sat/vhlss-2022>
7. Prime Minister of Viet Nam. (2024). *Decision No. 89/QĐ-TTg on approving the National Strategy for Protection, Care and Improvement of the People's Health by 2030 with a vision toward 2045*. <https://mdcpp.com/doc/iregulation/VN-Vietnam/Vi40E.doc>
8. Prime Minister of Viet Nam. (2026). *Resolution No. 36/NQ-CP on measures to promote high-quality healthcare services as a pillar of the silver economy*. <https://www.vietnam.vn/en/thuc-day-phat-trien-kinh-te-bac-thich-ung-tinh-trang-gia-hoa-dan-so>
9. Nguyen, D. D. (2024). Exploring the Potential of Vietnamese Traditional Medicinal Herbs: Trends, Challenges, and Global Market Opportunities. *International Journal of Scientific Research and Management (IJSRM)*, 12(10), 7648-7654. <https://doi.org/10.18535/ijssrm/v12i10.em10>
10. Nguyen, L. T., Nguyen, T. U., & others. (2016). The use of traditional Vietnamese medicine among Vietnamese immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1427-1437. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4761825>
11. Nguyen, T. H., et al. (2021). Use of and attitudes towards herbal medicine during the COVID-19 pandemic in Vietnam. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 21(1), Article 114. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9760728>
12. Nguyen, X. H., & colleagues. (2021). Vietnamese traditional medicine (thuốc Nam) in the life of the Muong and the Thai people in mountainous area of Thanh Hoa Province. *Hue University Journal of Science*. <https://vjol.info.vn/index.php/HDU/article/view/53854>
13. Prime Minister of Viet Nam. (2019). *Decision No. 1893/QĐ-TTg approving the programme on development of traditional medicine to 2030*. (Trích dẫn trong VietnamPlus, 17/8/2023). <https://en.vietnamplus.vn/vietnam-shares-policies-on-developing-traditional-medicine-at-global-summit-post266472.vnp>
14. Prime Minister of Viet Nam. (2025a). *Directive No. 25/CT-TTg on promoting the development of Vietnamese traditional medicine in the new phase*. <https://www.vietnam.vn/en/thu-tuong-chi-dao-day-manh-phat-trien-nen-y-hoc-co-truyen-viet-nam-trong-giai-doan-moi>
15. Prime Minister of Viet Nam. (2025b). *Decision No. 383/QĐ-TTg approving the National Strategy on the Elderly to 2035, with vision to 2045*. <https://www.vietnam.vn/en/trien-khai-thuc-hien-chien-luoc-quoc-gia-ve-nguoi-cao-tuoi-den-nam-2035-tam-nhin-den-nam-2045>
16. Rapid Asia. (2024). *High out-of-pocket expenditures on prescription drugs in Vietnam*. <https://rapid-asia.com/news/high-out-of-pocket-expenditures-on-prescription-drugs-in-vietnam>
17. Prime Minister of Viet Nam. (2019). *Quyết định số 1893/QĐ-TTg ngày 25/12/2019 về việc ban hành Chương trình phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y dược cổ truyền với y dược hiện đại đến năm 2030*.

18. Prime Minister of Viet Nam. (2020). *Quyết định số 1579/QĐ-TTg ngày 13/10/2020 phê duyệt Chương trình Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi đến năm 2030*. Truy cập từ <https://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?pageid=27160&docid=201275>
19. Prime Minister of Viet Nam. (2025). *Chỉ thị số 25/CT-TTg ngày 15/09/2025 về đẩy mạnh phát triển nền y học cổ truyền Việt Nam trong giai đoạn mới*. Truy cập từ <https://www.vietnam.vn/en/thu-tuong-chi-dao-day-manh-phat-trien-nen-y-hoc-co-truyen-viet-nam-trong-giai-doan-moi>
20. Tran, X. B., Nong, M. V., & Cuong, N. T. (2016). Preference and awareness of traditional medicine use among people in mountainous and difficult areas. *PubMed Central*. Truy cập từ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4739329/>
21. Truong, X. B., Vuong, N. M., & Cuong, N. T. (2016). Preference and willingness to pay for traditional medicine services in a rural ethnic minority community in Vietnam. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16, 81. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4739329>
22. UNFPA. (2021). *Population ageing and older persons in Viet Nam (from the 2019 Census)*. [https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ageing\\_report\\_from\\_census\\_2019\\_eng\\_final27082021.pdf](https://vietnam.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ageing_report_from_census_2019_eng_final27082021.pdf)
23. Vietnam News. (2026). Việt Nam eyes silver economy development amid rapid population ageing. *Viet Nam News*. <https://vietnamnews.vn/economy/1767156/viet-nam-eyes-silver-economy-development-amid-rapid-population-ageing.html>
24. VietnamPlus. (2024). Aging population: Transforming demographic challenges into economic opportunities. *Special Report*. <https://special.vietnamplus.vn/2024/09/30/aging-population-transforming-demographic-challenges-into-economic-opportunities>
25. VietnamPlus. (2025). Care for the elderly in Vietnam needs early and sustainable strategy. *Special Report*. <https://special.vietnamplus.vn/2025/09/29/care-for-the-elderly-in-vietnam-needs-early-and-sustainable-strategy>
26. Wahlberg, A. (2006). Bio-politics and the promotion of traditional herbal medicine in Vietnam. *Health*, 10(2), 123-147. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16513657>
27. World Bank. (2021). *Vietnam: Adapting to an Aging Society*. Truy cập từ <https://documents1.worldbank.org/curated/en/544371632385243499/pdf/Vietnam-Adapting-to-an-Aging-Society.pdf>
- 28 World Bank. (2023). *Out-of-pocket spending for health in Viet Nam*. World Bank Documents & Reports. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099501409262536925/pdf/IDU-0fc0d2e9-1068-4384-8d24-e65312783421.pdf>
29. World Bank. (2025). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Viet Nam (SH.XPD.OOPC.CH.ZS)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=VN>

30. World Bank. (2025). *Rural population (% of total population) - Viet Nam (SP.RUR.TOTL.ZS)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=VN>
31. YCP Solidiance. (2018). *Vietnam's aging population drives healthcare cost*. <https://ycp.com/insights/article/vietnams-aging-population-drives-healthcare-cost>.
32. Ministry of Health. (2025). *Comprehensive report on the development of traditional medicine for the period 2021-2025*. Medical Publishing House.