

ĐẢM BẢO AN SINH XÃ HỘI CHO NÔNG DÂN: NHỮNG RÀO CẢN VÀ THÁCH THỨC TỪ GÓC NHÌN CHÍNH SÁCH

NGUYỄN HOÀI SƠN*

1. Đặt vấn đề

Kể từ khi thực hiện công cuộc Đổi mới, giảm nghèo và đảm bảo công bằng xã hội là một trong những mục tiêu trọng tâm trong chiến lược phát triển của Việt Nam. Việc xây dựng và phát triển hệ thống an sinh xã hội chiếm vị trí quan trọng trong các thảo luận học thuật cũng như nhiều chương trình nghị sự. Nghị quyết số 26-NQ/TW “Về nông nghiệp, nông dân, nông thôn” của Hội nghị VII, Ban chấp hành TW khóa X ngày 5 tháng 8 năm 2008 xác định đảm bảo an sinh xã hội cho cư dân nông thôn là một trong những nhiệm vụ quan trọng trong chiến lược phát triển nông thôn Việt Nam giai đoạn 2011 - 2020. Nghị quyết 24/2008/NQ-CP của Chính phủ nêu rõ chương trình mục tiêu Quốc gia về *xây dựng nông thôn mới* cần “thực hiện được mục tiêu giảm nghèo và đảm bảo an sinh xã hội”.

Năm 2009, dân cư nông thôn chiếm 70,4% dân số Việt Nam, là nguồn cung chủ yếu cho thị trường lao động. Trong số hơn 48 triệu lao động ở nước ta hiện nay có 35,6 triệu lao động nông thôn song hơn 91% số này chưa qua đào tạo, 3% được đào tạo ở mức sơ cấp và công nhân kỹ thuật, 4% có bằng trung cấp và cao đẳng, và chỉ khoảng 1% có trình độ đại học trở lên (Trung tâm Thông tin và Dự báo TTLĐ quốc gia, 2010). Lao động có việc làm thường xuyên trong nông nghiệp chỉ chiếm khoảng 14% trong khi tỷ lệ thiếu việc làm chiếm 86%. Do đó, xét cả về mặt thực tiễn và chính sách, nông dân rất cần nhận được các hình thức bảo trợ xã hội.

Tuy nhiên, xây dựng một hệ thống an sinh xã hội đa tầng, có khả năng đàn hồi tốt và tiến tới diện bao phủ rộng cho các nhóm xã hội trước những cú sốc về kinh tế, xã hội và môi trường vẫn là thách thức lớn đối với Việt Nam. Các chương trình an sinh xã hội (ASXH) ở Việt Nam hiện nay chủ yếu hướng tới đảm bảo cho các nhóm đối tượng làm việc trong khu vực kinh tế chính thức. Trong khi đó các nhóm xã hội dễ bị tổn thương như người nghèo, lao động trong khu vực kinh tế phi chính thức, lao động di cư vẫn khó có thể tiếp cận mạng lưới này. Chủ yếu đều xuất thân từ nông dân, họ gia nhập các dòng lao động di cư và làm việc trong thị trường lao động tự do - môi trường luôn chứa đựng nhiều thương tổn và rủi ro.

Hai hợp phần quan trọng của hệ thống an sinh là Bảo hiểm xã hội và Bảo hiểm y tế thì diện bao phủ còn thấp, còn quá nhiều rào cản. Trong khi đó, những biến đổi trong đời sống gia đình thời gian qua cũng khiến vai trò đảm bảo an sinh của thiết chế này đang dần suy giảm. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy các dấu hiệu rạn vỡ trong liên kết hỗ trợ người nông dân đương đầu với các rủi ro của các mạng lưới xã hội truyền thống. Việc phân phối lại một cách công bằng các kết quả tăng trưởng giữa các tầng lớp dân cư, các nhóm xã hội đang là một thách

* NCV, Viện Xã hội học.

thức lớn đối với Việt Nam.

Từ góc nhìn chính sách, bài viết này góp phần làm rõ hơn những rào cản và thách thức trong việc đảm bảo ASXH cho nông dân. Trong đó, tập trung phân tích hai hợp phần chính của hệ thống an sinh xã hội Việt Nam hiện nay là chương trình Bảo hiểm xã hội và Bảo hiểm y tế.

2. Những rào cản chính sách

Bảo hiểm xã hội

Chương trình Bảo hiểm xã hội do cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý với hai hình thức: bắt buộc và tự nguyện. Chương trình bắt buộc dành cho người làm công ăn lương có hợp đồng lao động từ 3 tháng trở lên trong các doanh nghiệp Nhà nước, tổ chức Nhà nước (kể cả cơ quan công ích), người Việt Nam làm việc cho công ty liên doanh, lực lượng vũ trang và nhân viên trong doanh nghiệp tư nhân có từ 10 nhân viên trở lên. Với đặc thù tổ chức sản xuất hộ gia đình, người nông dân không thuộc nhóm đối tượng mục tiêu của loại hình này.

Theo Luật Bảo hiểm xã hội, từ ngày 1/1/2008, nông dân, xã viên các hợp tác xã, người làm thuê công việc mang tính mùa vụ, hay việc làm không ổn định có thể tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện. Chương trình này quy định những người từ 15 đến 60 tuổi đối với nam và đến 55 tuổi đối với nữ tham gia đóng góp cho đến khi đủ 20 năm sẽ được hưởng chế độ hưu trí và tuất. Tuy nhiên, kể từ khi luật này có hiệu lực, tỷ lệ người nông dân gia nhập chương trình này rất hạn chế. Lý do chính là quyền lợi người tham gia chưa hợp lý và khả năng tài chính không cho phép người nông dân đóng phí hàng tháng. Theo quy định, mức đóng bảo hiểm xã hội tự nguyện hàng tháng do người dân tự lựa chọn, nhưng không được thấp hơn 18% mức lương tối thiểu chung. Như vậy, ở thời điểm hiện nay nếu muốn tham gia, một người nông dân phải đóng tối thiểu khoảng 150.000đ/tháng trong khi thu nhập bình quân của họ chỉ khoảng 800.000đ/tháng và thường không ổn định.

Cũng theo quy định của cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam, có sự khác biệt về cơ chế hưởng lợi giữa loại hình bắt buộc và tự nguyện. Đối với bảo hiểm tự nguyện, người tham gia phải đóng 100% phí nhưng chỉ được hưởng hai chế độ (hưu trí và tử tuất) trong khi người tham gia hợp phần còn lại được hưởng 5 chế độ (ốm đau, hưu trí, tử tuất, thai sản, tai nạn lao động). Quy định này tạo ra sự bất bình đẳng đối với các nhóm đối tượng tham gia. Sự hiểu biết hạn chế về các thủ tục hành chính, quy định của việc tham gia bảo hiểm cũng là rào cản đối với người nông dân. Trong khi đó, cơ quan bảo hiểm xã hội của các tỉnh lại thiếu đội ngũ cộng tác viên cơ sở để vận động người nông dân tham gia do nguồn nhân lực và tài chính hạn hẹp.

Bảo hiểm y tế

Năm 2010, hệ thống Bảo hiểm y tế Việt Nam đã mở rộng và bao phủ gần 61% tổng dân số. Năm 2010, có 8.204 cơ sở khám chữa bệnh ký hợp đồng để thực hiện khám chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm, bao gồm: 50 cơ sở tuyến trung ương, 510 cơ sở tuyến tỉnh và tương đương, 1.190 cơ sở tuyến huyện và tương đương, 276 cơ sở tư nhân và 6.178 trạm y tế xã và y tế cơ quan, đơn vị¹. Số lượng người tham gia chủ yếu vẫn là học sinh, sinh viên và người làm việc trong khu vực kinh tế chính thức. Tương tự bảo hiểm xã hội, người nông dân không thuộc diện bao phủ của chương trình bảo hiểm y tế bắt buộc. Đối với hình thức bảo hiểm y tế tự

¹ Theo cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

nguyên, những quy định về thủ tục, phí và lợi ích không hợp lý cùng với chất lượng dịch vụ, cơ sở vật chất yếu kém là những nguyên nhân khiến nông dân ít mặn mà với chương trình này.

Theo nghiên cứu của Chương trình Phát triển Liên hợp quốc (UNDP)², từ năm 1992 (bảo hiểm y tế tự nguyện bắt đầu đưa vào thực hiện) đến năm 2006, nếu không tính bảo hiểm y tế cho học sinh sinh viên, mức độ lũy tiến của chương trình này rất chậm. Năm 2000, tỷ lệ tham gia của của người nông dân, lao động tự do chỉ chiếm 2% tổng dân số Việt Nam và đến 2006 con số này vẫn chỉ xấp xỉ ở mức 5%.

Bảng 1. Số lượng và tỷ lệ bao tham gia bảo hiểm y tế tại Việt Nam

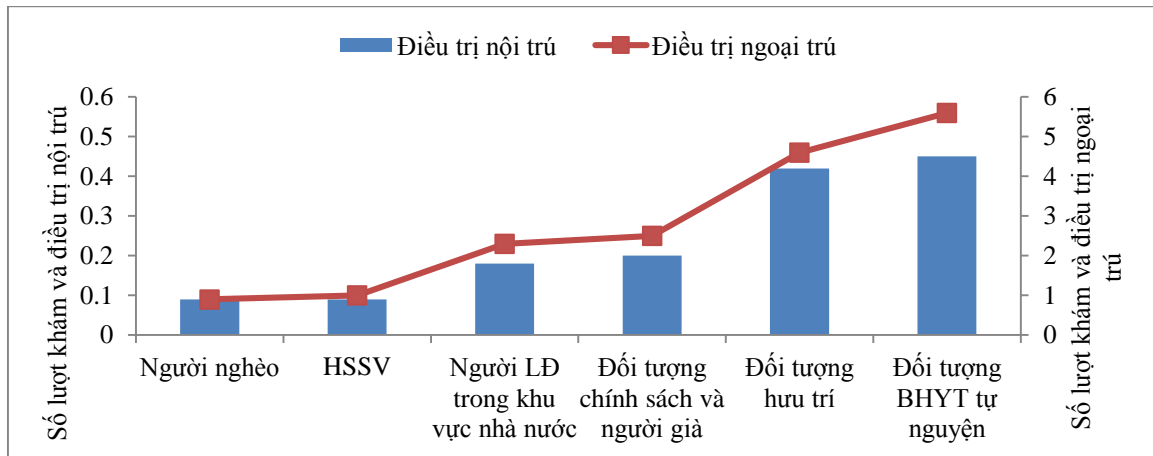
Năm	Tổng số (1000)	Tỷ lệ (% /dân số)	Bắt buộc (1000)	Tự nguyện (1000)
2000	10.622	13,4	6.394	3.387
2001	11.340	15,8	6.685	3.441
2002	13.032	16,5	6.975	4.392
2003	16.471	20,5	8.118	5.099
2004	18.366	22,4	8.190	6.394
2005	23.208	28,0	9.228	9.133
2006	36.866	43,81	10.483	11.120
2007	36.545	43,52	11.667	9.379
2008	39.479	46,77	13.529	10.690
2009	50.069	58,20	14.543	15.347
2010	52.407	61,0	48.248	4.159

Nguồn: Tác giả tổng hợp

Nghiên cứu của Lieberman, Wagsataff và Nguyễn Việt Cường (2010) về bảo hiểm y tế Việt Nam chỉ ra rằng các nhóm dân thành thị - nông thôn; giàu - nghèo; dân tộc Kinh - dân tộc thiểu số có mức độ tiếp cận các dịch vụ y tế thông qua bảo hiểm rất khác nhau. Trong đó các nhóm sau thường có khả năng tiếp cận thấp hơn nhiều so với nhóm trước. Bảo hiểm cũng chiếm tỷ trọng không đáng kể trong tổng chi tiêu y tế và gánh nặng chủ yếu là chi tiền túi. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hà (2008) cũng phân tích một số nguyên nhân mà người dân không sử dụng các dịch vụ y tế thông qua BHYT, đó là thủ tục rườm rà hoặc nhận được dịch vụ chất lượng kém hơn khi sử dụng thẻ bảo hiểm để chi trả. Người nông dân nghèo là nhóm xã hội có số lượt thăm khám và điều trị nội trú cũng như ngoại trú thấp nhất trong các nhóm đối tượng của bảo hiểm.

Hình 1. Số lần tiếp xúc với dịch vụ y tế theo các nhóm đối tượng bảo hiểm

² UNDP. 2006. An sinh xã hội ở Việt Nam lũy tiến đến mức nào.



Nguồn: ADB.2008. Báo cáo phát triển Việt Nam: Bảo trợ xã hội, tr 95

Ngày 15/10/2002 Chính phủ ra Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg thành lập Quỹ Y tế vì người nghèo do Ủy ban Nhân dân (UBND) các tỉnh triển khai thực hiện. Quỹ này phải có nguồn vốn tối thiểu 70.000/người/năm. Đối tượng hưởng lợi của Quỹ là những người sống trong các hộ gia đình nghèo, ở những xã có hoàn cảnh kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn, vùng dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên và 6 tỉnh miền núi phía Bắc.

Năm 2003, 31 tỉnh/thành phố đã sử dụng hệ thống của Quỹ để thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho các đối tượng; 24 tỉnh/thành phố đã dùng Quỹ để mua thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo, và 9 tỉnh/thành phố đã làm cả 2 việc đó. Giai đoạn 2001-2004, đã thực hiện 14 triệu chuyến thăm khám miễn phí cho người nghèo. Các cơ sở y tế địa phương đã cung cấp dịch vụ cho 80% số người nghèo sống ở các vùng nông thôn và miền núi (Bộ LĐ-TB-XH, 2005).

Tuy nhiên, chính sách này vẫn bộc lộ nhiều bất cập, đó là: (1) Sự chậm trễ, thiếu công bằng trong việc công nhận các gia đình được hưởng sự hỗ trợ (hộ nghèo), chậm phát thẻ hoặc các giấy tờ chăm sóc sức khỏe miễn phí; (2) Thủ tục hành chính rắc rối, mất thời gian; (3) Mức hỗ trợ tài chính thấp; (4) Chất lượng khám chữa bệnh ở cấp huyện và cấp xã còn thấp; (5) Thiếu các phương tiện cung cấp thông tin về các chính sách cho người nghèo; (6) Thói quen chăm sóc sức khỏe của người dân (tự chữa bệnh, tập quán sinh hoạt, chăm sóc sức khỏe không tốt). Như đã nói, người nông dân chiếm tỷ lệ đa số người nghèo ở Việt Nam, do vậy Quỹ Y tế vì người nghèo với những rào cản như trên vẫn chưa phát huy được tính hữu dụng và hiệu quả trong quá trình triển khai thực tế.

Năm 2008, Chính phủ phê duyệt ngân sách 700 tỷ đồng nhằm mục tiêu hỗ trợ người nông dân tham gia bảo hiểm y tế và tiến dần tới bảo hiểm y tế toàn dân. Những nông hộ nghèo, cận nghèo hoặc có mức sống trung bình sẽ được nhà nước trợ cấp, những hộ có mức sống trung bình sẽ phải đóng 6% mức lương tối thiểu hiện hành khi tham gia. Khi đi vào thực tiễn, chương trình này còn có những bất cập ngay từ quá trình thiết kế. Thứ nhất, khái niệm mức sống trung bình là một chỉ tiêu chưa rõ ràng và rất khác nhau giữa các vùng miền, chưa có tiêu chí thống nhất trong toàn quốc. Thứ hai, chưa có cuộc tổng điều tra về mức sống dân cư ở nông thôn để lọc ra số hộ gia đình được hưởng chính sách ưu đãi này của nhà nước. Thứ ba là tiêu chí để xác định người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp không cụ thể. Sự chuẩn bị thiếu kỹ lưỡng về các tiêu chí để phân loại đối tượng hỗ trợ đã khiến các

cơ quan bảo hiểm ở địa phương gặp rất nhiều lúng túng khi triển khai.

Bảng 2. Khung phí bảo hiểm y tế tự nguyện 2007 (Đơn vị: đồng/người/năm)

Đối tượng thực hiện	Khu vực	
	Thành thị	Nông thôn
Thành viên hộ gia đình	160.000-320.000	120.000-240.000
Học sinh, sinh viên	60.000-120.000	50.000-100.000

Nguồn: Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30-3-2007 của Bộ Y tế và Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện.

Các nguyên nhân thiếu thông tin, nhận thức kém, tâm lý ỷ lại, thụ động... của người nông dân nhằm lý giải cho tình trạng họ ít xuất hiện trong các chương trình an sinh cơ bản xem ra không thuyết phục. Bảo hiểm xã hội hay bảo hiểm y tế là những hình thức an sinh liên quan đến tiền mặt, phổ biến trong nền kinh tế thương phẩm, hàng hóa. Nơi người dân có nguồn thu tiền mặt ổn định và trích từ đó ra để đảm bảo, dự phòng cho tương lai bằng cách mua bảo hiểm. Đối với người nông dân Việt Nam, đặc biệt là nông dân nghèo vẫn đang phải hàng ngày vật lộn mưu sinh, thiếu thôn tiền mặt thì việc mua bảo hiểm còn xa vời.

3. Những thách thức đối với chương trình BHYT cho nông dân

Ngày 16/4/2009, Chính phủ ban hành Bộ tiêu chí quốc gia xây dựng Nông thôn mới³, trong đó xác định một xã đạt tiêu chuẩn có tỷ lệ 30% người dân tham gia bảo hiểm y tế. Năm 2011, Bộ Y tế cũng xây dựng lộ trình đến năm 2014 toàn dân tham gia loại hình bảo hiểm này. Đây là những mục tiêu phải đối mặt với ba thách thức rất lớn: (1) Lựa chọn tiêu cực; (2) Tính bền vững tài chính; (3) Cách thức quản lý.

Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng¹, đối tượng tham gia của chương trình tự nguyện chủ yếu là người già, người đã từng phải tự chi trả viện phí khi gặp thương tật nặng, người có nhu cầu sử dụng và nắm được thông tin về dịch vụ y tế. Những nhóm này hầu hết từng “trải nghiệm” việc không có thể bảo hiểm khi khám chữa bệnh - nguyên nhân của sự suy giảm kinh tế và rào cản thoát nghèo của hộ gia đình. Những người trẻ tuổi, mạnh khỏe, thiếu thông tin và hiểu biết về bảo hiểm y tế tự nguyện (là đối tượng chiếm đa số dân cư) lại thường không tham gia.

Mục đích chính của bảo hiểm y tế là giảm chi phí khám chữa bệnh, đặc biệt là các rủi ro bất ngờ². Theo nguyên tắc tài chính, tổng số tiền mà những người được bảo hiểm bồi hoàn cho các dịch vụ y tế không bị ảnh hưởng bởi những cú sốc như vậy. Hệ thống bảo hiểm có tác dụng bù trừ các khoản chi trả cho việc khám chữa bệnh và các chi phí này không được khác nhau quá nhiều theo mức độ ốm đau của họ, mà phải phụ thuộc vào mức thu nhập của người đóng bảo hiểm (với hình thức bắt buộc) hoặc không phụ thuộc vào thu nhập của họ (với hình thức tự nguyện). Ở Việt Nam, mức đóng của cả hai hình thức lại dựa trên mức lương cơ bản hiện hành. Trên thực tế, mức đóng phí này là quá thấp so với mặt bằng giá dịch vụ y tế hiện nay của thị

³ Thủ tướng Chính phủ, ngày 16.4.2009. Quyết định: Về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về nông thôn mới

¹ WB. 2008. Báo cáo phát triển Việt Nam 2008: Bảo trợ xã hội.

² Trích từ WB. 2008. Báo cáo phát triển Việt Nam 2008: Bảo trợ xã hội. “Theo WHO thì người nghèo thường mắc ít bệnh hơn người giàu tuy nhiên bệnh người nghèo mắc thường là bệnh nan y, đòi hỏi chi phí điều trị lớn”.

trường khám chữa bệnh. Người dân sử dụng quy định tham gia bảo hiểm hiện nay như một chiến lược để giảm tối đa chi phí khám chữa bệnh, đặc biệt là các bệnh nan y đang trở nên phổ biến. Rất nhiều người sau khi đi khám biết mình bị bệnh nặng, cần phải điều trị dài ngày và chi phí lớn đã “lên kế hoạch” cho việc đăng ký mua bảo hiểm. Đầu năm họ mua thẻ bảo hiểm tự nguyện, trong năm đó lựa chọn thời gian thích hợp để phẫu thuật, điều trị dứt điểm bệnh tật vì theo quy định họ sẽ được hệ thống trả tiền theo cơ chế đồng thanh toán. Ngay sau đó họ lập tức rời bỏ hệ thống. Hình thức lựa chọn tiêu cực này khiến cho ngân sách hệ thống luôn đặt trong tình trạng thâm hụt và khoản thu không thể bồi hoàn được các khoản chi ngày một gia tăng.

Vào đầu năm 2007, thâm hụt của bảo hiểm y tế tự nguyện đã tăng nhanh đến nỗi cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam phải tạm ngưng hoạt động của chương trình này. Trong 2 năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã có mức chi tăng gấp 2 lần và cán cân của chương trình bảo hiểm y tế chuyển từ trạng thái thặng dư 400 tỷ đồng sang trạng thái thâm hụt 1200 tỷ đồng năm 2006, 2000 tỷ đồng năm 2009. Trong khi chương trình bắt buộc không có khả năng bù đắp sự thâm hụt này. Năm 2007, lần đầu tiên bảo hiểm xã hội Việt Nam đã không còn khả năng chi trả toàn bộ chi phí y tế cho các thành viên. Chỉ sau khi tái áp dụng hình thức đồng thanh toán trong chương trình y tế tự nguyện và mức phí tham gia tăng lên gần gấp đôi thì việc phát hành thẻ bảo hiểm y tế mới được phép tiếp tục.

Việc mở rộng diện bao phủ nhưng nếu vẫn duy trì cơ sở đóng phí hiện hành thì bảo hiểm y tế tự nó không thể bồi hoàn lại mức chi phí tăng lên. Bài toán tài chính sẽ nan giải hơn nếu tăng phí tham gia. Việc này chỉ mang lại hiệu quả nhất thời vì nó không điều chỉnh được hướng tăng lên của chi tiêu. Mức đóng phí như hiện nay đã là một trở ngại với người nông dân, nếu tiếp tục tăng sẽ là trở ngại để nâng độ bao phủ của chương trình. Nhiều ý kiến cho rằng để giải quyết tình trạng này cần kiểm chế chi phí điều trị y tế và chuyển đổi dần những lựa chọn mang tính tiêu cực. Tuy nhiên, chi phí y tế ở Việt Nam trong những năm qua không ngừng tăng, nhất là đối với những bệnh nan y. Giải pháp để thay đổi những lựa chọn mang tính tiêu cực thì lại chưa được chú trọng.

Mặt khác, việc Chính phủ tài trợ và các cơ quan tổ chức địa phương hoạt động nhiệt tình để khuyến khích nông dân tham gia bảo hiểm làm cho tính chất tự nguyện mất đi ý nghĩa ban đầu của nó. Hơn thế, Chính phủ đang gánh phí bảo hiểm y tế cho hơn 4,5 triệu người nghèo khiến cho tài chính của chương trình kém bền vững hơn. Trái lại, nó còn tạo ra những rủi ro tiềm ẩn khi nền kinh tế đang gặp nhiều bất ổn kể từ sau cuộc khủng hoảng kinh tế toàn cầu 2008. Kinh nghiệm xây dựng hệ thống bảo hiểm y tế ở các nước phát triển đã cho thấy sự cần thiết việc áp dụng mức độ đóng góp khác nhau giữa các nhóm thu nhập. Điều đó đảm bảo khả năng an toàn của quỹ và tránh những lựa chọn tiêu cực. Người nghèo vẫn được hỗ trợ từ nhà nước song khoản ngân sách đến từ các nguồn thu thuế chứ không phải chuyển giao từ phí tham gia của các nhóm thu nhập cao và thu nhập trung bình.

Một thách thức không nhỏ nữa đối với chương trình bảo hiểm y tế cho nông dân nằm ở cách thức tổ chức quản lý hệ thống. Việc sử dụng thẻ bảo hiểm theo cách thức phân tuyến, phân cấp theo địa phương mà người tham gia đăng ký hộ khẩu như hiện nay rất bất cập. Việt Nam đang chứng kiến những dòng di cư phức tạp trong đó lực lượng chủ yếu là người nông dân. Đặt trường hợp một người quê ở tỉnh xa về Hà Nội làm thuê, có bảo hiểm y tế, nếu muốn khám chữa bằng bảo hiểm thì người này phải quay lại địa phương, làm thủ tục chuyển tuyến

rồi quay lại các bệnh viện tuyến trung ương điều trị. Chất lượng dịch vụ của các hệ thống y tế tuyến cơ sở hiện nay còn nhiều yếu kém. Điều này giải thích vì sao nhiều người chấp nhận bỏ tiền túi để nhanh chóng được cung cấp các dịch vụ y tế theo yêu cầu.

Thực tế cho thấy, hệ thống y tế của Việt Nam không có khả năng ngăn không cho đối tượng có bảo hiểm “vượt cấp” và lựa chọn các cơ sở chăm sóc y tế đắt đỏ không cần thiết ngay từ điểm tiếp xúc đầu tiên. Trên nguyên tắc, các trung tâm chăm sóc y tế phải chuyển người bệnh lên các bệnh viện huyện, bệnh viện huyện chuyển người bệnh lên bệnh viện tỉnh và bệnh viện tỉnh chuyển lên các bệnh viện trung ương. Trong các trường hợp bệnh nghiêm trọng, pháp luật bỏ qua khâu trung chuyển tại các cấp này, nhưng việc bỏ qua các khâu này ở Việt Nam có vẻ đã trở thành thông lệ hơn là ngoại lệ. Tình trạng này còn khiến chi tiêu cho y tế trung bình tăng lên không thỏa đáng, và hơn thế nó tạo ra tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên.

Kinh nghiệm của Hàn Quốc cung cấp một vài gợi ý mở quan trọng để giải bài toán vượt cấp này. Đối với bệnh nhân nội trú, Hàn Quốc áp dụng một mức đồng thanh toán như nhau là từ 10% đến 20% tùy theo loại bệnh, với bệnh nhân ngoại trú tỷ lệ phần trăm số tiền/tổng chi phí càng cao nếu điều trị ở các cơ sở y tế cao cấp. Nếu chi phí điều trị y tế của người bệnh trong vòng 6 tháng liên tiếp vượt quá 3 triệu won so với thu nhập trong năm đó, người có bảo hiểm ở Hàn Quốc sẽ được miễn mọi phí chi trả. Hình thức này giúp cho các hộ gia đình tránh bị phá sản trong trường hợp phải gánh chịu quá nhiều chi phí điều trị. Cơ chế này cũng khiến nhiều người Hàn Quốc lựa chọn hình thức điều trị ngoại trú, giúp cắt giảm áp lực sử dụng dịch vụ tại các bệnh viện trung tâm. Bên cạnh đó, nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là tuyến xã là đòi hỏi cấp bách hiện nay.

4. Thay lời kết luận

Đối với người nông dân, tình trạng nghèo và dễ bị tổn thương tụt trung là do có ít sự lựa chọn, cơ hội để phát triển và thiếu các hình thức bảo trợ xã hội. Cung cấp các hình thức an sinh cho nông dân đồng nghĩa tạo ra mạng lưới an toàn để tăng khả năng ứng phó của họ trước các rủi ro và tiền đề để tiếp cận tốt hơn các dịch vụ xã hội cơ bản như giáo dục, đào tạo nghề, y tế... Từ đó, họ tự cải thiện điều kiện sống của bản thân, hộ gia đình và phòng ngừa nguy cơ rơi vào bẫy nghèo đói. Trên phương diện chính sách, cải cách hình thái tổ chức của hệ thống và thay đổi các quy định là rất quan trọng. Các mục tiêu đặt ra như tăng diện che phủ cần gắn bó chặt chẽ hơn với tình hình phát triển thực tế của đất nước, dự báo về tăng trưởng kinh tế và biến đổi nhân khẩu học. Bản thân các chương trình an sinh cũng cần giảm thiểu tối đa các nguy cơ bất bình đẳng nằm ngay trong chính quy trình thiết kế.

Không thể phủ nhận các nỗ lực nhằm đem đến các khung bảo trợ xã hội cho nông dân ở Việt Nam trong nhiều năm qua. Tuy nhiên, dường như vẫn còn tồn tại việc xem nhẹ các luận cứ khoa học trong việc hoạch định chính sách an sinh cho nông dân. Diễn trình di cư và các biến đổi xã hội nông thôn chưa được tính đến. Một hệ thống bảo hiểm linh hoạt để có thể đáp ứng cho nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người nông dân - những người “nay đây mai đó” là một bài toán khó. Cách tiếp cận phân loại về một khu vực nông thôn đầy biến động và đang có xu hướng phân hóa về trình độ phát triển kinh tế văn hóa xã hội để thiết kế các mạng lưới an sinh còn mờ nhạt.

Khu vực nông thôn ngày nay không còn thuần túy là nơi diễn ra các hoạt động kinh tế

nông nghiệp và mật độ dân cư thưa thớt nữa, đã có những vùng xuất hiện nhiều khu công nghiệp, làng nghề thủ công nghiệp và mật độ dày đặc các hoạt động thương mại và văn hóa. Điều đáng lo ngại hơn cả là gia đình và các liên kết xã hội truyền thống ở nông thôn đang dần mất đi vị thế đảm bảo an sinh cho nông dân trong bối cảnh công nghiệp hóa, đô thị hóa. Nhà nước, với sự hạn chế về nguồn lực chưa thể cung cấp một sự bao phủ toàn diện. Người nông dân, hơn ai hết vẫn yếu thế và tổn thương hơn cả trong cuộc chiến kinh tế thị trường.

Tài liệu trích dẫn

- Bộ LĐ-TB-XH. 2005. Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Giảm nghèo 2006-2010. Hà Nội.
- Lê Bạch Dương và Khuất Thu Hồng. 2008. Di dân và Bảo trợ xã hội. Nxb Thế Giới, Hà Nội.
- Lê Bạch Dương. 2005. Bảo trợ xã hội cho những nhóm thiệt thòi ở Việt Nam. Nxb Thế Giới, Hà Nội.
- Mai Ngọc Anh. 2010. An sinh xã hội đối với nông dân trong nền kinh tế thị trường ở Việt Nam. Nxb Chính trị quốc gia, Hà Nội.
- Ngân hàng Phát triển Châu Á. 2008. Báo cáo Phát triển Việt Nam 2008: *Bảo trợ xã hội*. Trung tâm Thông tin phát triển Việt Nam, Hà Nội.
- Nguyễn Trọng Hà. 2008. *The Economics of Not Using the Health Insurance Card*. Paper presented at the Fourth VDP - Tokyo Conference on the Development of Vietnam on 9 August 2008 at the National Graduate Institute for Policy Studies Tokyo. Japan.
- Nguyễn Việt Cường. 2010. *Mapping the Reform Process in the Public Delivery of Health Services in Vietnam*. Background Paper for Vietnam Human Development Report 2010. UNDP. Hanoi.
- Trung tâm Thông tin và Dự báo TTLĐ quốc gia. 2010. Báo cáo Xu hướng việc làm Việt Nam 2010. Hà Nội.