

QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH AN SINH XÃ HỘI TRONG CÔNG TÁC GIẢM NGHÈO ĐA CHIỀU Ở BÌNH DƯƠNG

Tạ Thị Thanh Trà⁽¹⁾, Nguyễn Đức Lộc⁽¹⁾, Phạm Giao Tiểu Ái⁽¹⁾

(1) Viện Nghiên cứu Đời sống Xã hội

Ngày nhận bài 7/1/2019; Ngày gửi phản biện 20/1/2019; Chấp nhận đăng 29/3/2019

Email: tra.ttt@vnp.edu.vn

Tóm tắt

Bài viết này phân tích kết quả thực hiện các chính sách an sinh xã hội trong xóa đói giảm nghèo ở Bình Dương. Dữ liệu bao gồm bảng hỏi phỏng vấn từ 900 hộ nghèo và 60 cuộc phỏng vấn sâu với họ vào năm 2017 theo danh sách được cung cấp bởi Sở Lao động Thương binh và Xã hội tỉnh Bình Dương. Dữ liệu được phân tích theo phương pháp kết hợp định tính và định lượng. Kết quả cho thấy chính sách an sinh xã hội đã mang lại nhiều lợi ích cho người nghèo nhưng người nghèo ở Bình Dương vẫn chưa hiểu đầy đủ và tận dụng được các chính sách hỗ trợ. Do đó, bài viết này còn đưa ra một số ý tưởng liên quan đến chính quyền địa phương phát triển thêm các chính sách này cho phù hợp với tình hình thực tế.

Từ khóa: nghèo đa chiều, an sinh xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội

Abstract

THE IMPLEMENTATION OF SOCIAL SECURITY POLICIES IN POVERTY REDUCTION: THE CASE STUDY IN BINH DUONG PROVINCE

This paper focuses on analyzing the results of implementing social security policies in poverty reduction in Binh Duong province. The data concluded questionnaires and surveys of 900 poor households, depth-interviews from 60 poor households based on the Department of Labor, Invalids and Social Affairs list. The quantitative and qualitative analysis method was applied. The results showed that social security policies have brought many benefits to the poor but the poor in Binh Duong still did not fully understand and took advantage of those policies. Therefore, this paper also gives some ideas relating to local authorities to develop these policies to suit the actual situation.

1. Đặt vấn đề

Bình Dương không có hộ nghèo theo chuẩn nghèo quốc gia vào năm 2010. Tuy nhiên, tiêu chuẩn này chỉ gồm thu nhập mà bỏ qua các điều kiện khác. Do đó, người dân mặc dù đã thoát nghèo nhưng vẫn gặp nhiều khó khăn về tiếp cận thông tin, nhà ở, nước sạch... Hiểu được tình hình của người nghèo và nhu cầu, mong muốn của họ là điều cần thiết để tìm ra các phương pháp phát triển sinh kế phù hợp cho người nghèo. Vì thế, tỉnh đã áp dụng phương pháp nghèo đa chiều để tìm hiểu và hỗ trợ người nghèo. Một trong những khía cạnh được quan tâm nhiều nhất là an sinh xã hội.

Người nghèo có sức khỏe để làm việc và sinh sống, các chính sách an sinh xã hội có vai trò hỗ trợ họ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Bài viết này tìm hiểu khía cạnh an sinh xã hội để hỗ trợ người nghèo dựa trên phương pháp nghèo đa chiều do Thủ tướng Chính phủ (2015) ban hành với hai tiêu chí chính: (1) tiêu chí thu nhập: mức sống tối thiểu của thu nhập, tiêu chuẩn nghèo về thu nhập, mức thu nhập của mức sống; (2) các dịch vụ xã hội cơ bản bao gồm tiếp cận y tế, giáo dục, nhà ở, nước sạch và vệ sinh, tiếp cận thông tin. Ngoài ra, với mục đích nghiên cứu sinh kế của người nghèo ở Bình Dương ở khía cạnh an sinh xã hội, bài viết sử dụng khung phân tích nghèo bền vững của (DFID, 1999). Nghiên cứu cũng đưa ra các mô tả và thống kê về đặc điểm chung về tỉnh Bình Dương, khảo sát định tính, phân tích định tính và định lượng, phỏng vấn sâu với các hộ nghèo để hiểu đặc điểm, nhu cầu của người nghèo và nguyên nhân của nghèo.

2. Cơ sở lý thuyết và phương pháp nghiên cứu

2.1. Các lý thuyết về an sinh xã hội

Vai trò của các chính sách an sinh xã hội được nêu tại điều 22 (Assembly, 1948), nêu rõ: thành viên của xã hội thì ai cũng có quyền được hưởng an sinh xã hội, có quyền được hưởng những quyền kinh tế, xã hội và văn hoá cần thiết sự tự do phát huy cá tính của mình, nhờ những nỗ lực quốc gia, sự hợp tác quốc tế, và theo cách tổ chức cùng tài nguyên của quốc gia. An sinh xã hội bao gồm: (1) bảo hiểm xã hội; (2) các dịch vụ được cung cấp bởi các cơ quan được đề cử của chính phủ, chịu trách nhiệm cung cấp an sinh xã hội; (3) phúc lợi an sinh cơ bản trong khi tham gia các chương trình bảo hiểm có điều kiện cụ thể.

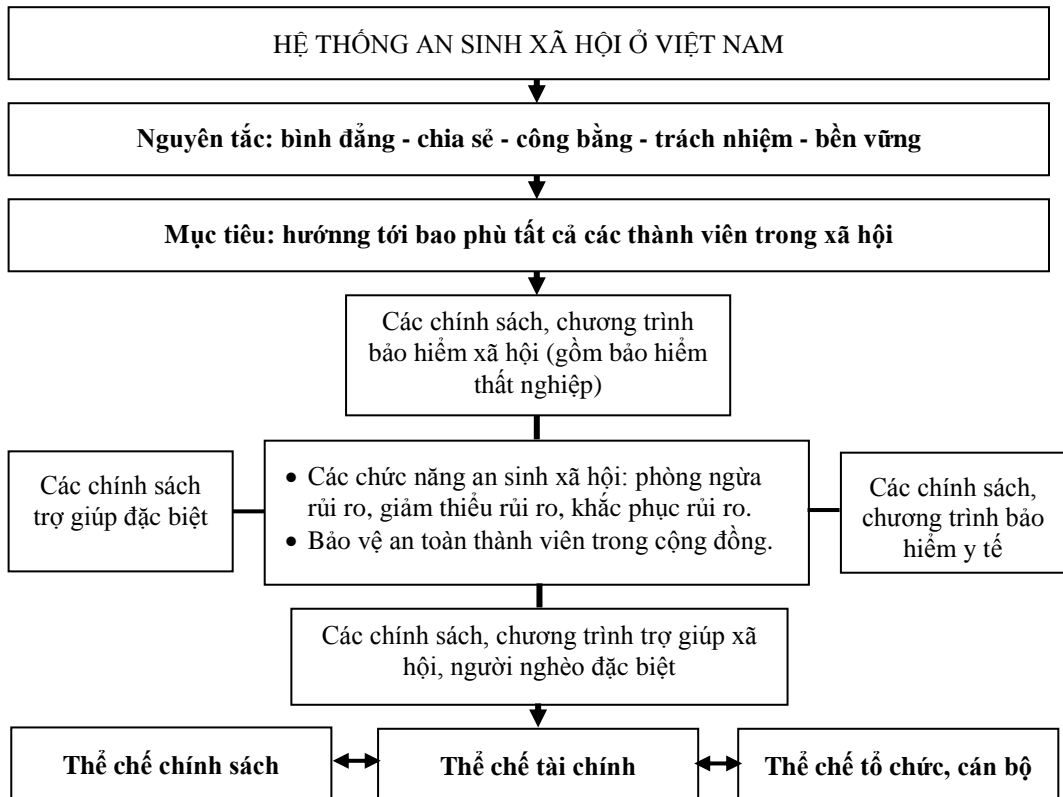
An sinh xã hội bảo vệ những người dễ bị tổn thương trước nghịch cảnh, khó khăn và không may trong cuộc sống. Việc cung cấp nguồn quỹ cho an sinh xã hội dựa trên thuế cũng tạo ra gánh nặng cho ngân sách chính phủ. Do đó, việc thiết kế và triển khai các kế hoạch cho chương trình an sinh xã hội cần có sự cân bằng giữa bảo vệ phúc lợi người dân và cấu trúc thu nhập của chính phủ từ hệ thống thuế và các thu nhập khác (Feldstein & Liebman, 2002).

2.2. Các mô hình an sinh xã hội trên thế giới và ở Việt Nam

Trong quá trình hình thành và phát triển, các mô hình an sinh xã hội được phát triển ở từng quốc gia để phù hợp với điều kiện từng nơi, tiêu biểu nhất là mô hình Nhà nước xã hội của Otto Von Bismark ở Đức và mô hình Nhà nước phúc lợi của Lord Beveridge ở Anh. Theo mô hình nhà nước phúc lợi, an sinh xã hội là nhiệm vụ của nhà nước để cung cấp dịch vụ an sinh xã hội cơ bản lấy từ nguồn thuế, ngược lại, mô hình nhà nước xã hội quy định nhà nước có nhiệm vụ tạo ra khuôn khổ pháp luật cho người dân tự bảo vệ mình thông qua việc tiết kiệm và tham gia đóng góp bảo hiểm. Như vậy, mô hình ở Đức và các hoạt động không phải của nhà nước là bổ sung cho nhau trên cơ sở kết hợp giữa nỗ lực của cá nhân và chính sách của nhà nước nhưng không đảm bảo thu nhập cho người nghèo. Mô hình ở Anh thì đảm bảo thu nhập cơ bản là nhiệm vụ quan trọng của nhà nước, song các vấn đề cuộc sống khác lại không thuộc trách nhiệm. Nhà nước can thiệp vào theo ba hướng: bảo đảm một mức thu nhập tối thiểu, giảm thiểu rủi ro, bảo đảm hộ gia đình được tiếp cận đến dịch vụ xã hội tối thiểu không phải đóng góp (Cichon & Normand, 1994).

Dựa trên các chủ thể của an sinh xã hội, mục tiêu, tầm nhìn, sứ mệnh, chức năng của hệ thống an sinh xã hội Việt Nam cũng như hệ thống văn bản quy phạm pháp luật, mô hình tổng thể an sinh

xã hội ở Việt Nam được phác thảo như hình 1. Có thể thấy, mô hình tổng thể an sinh xã hội ở Việt Nam thể hiện rõ sự quan tâm của nhà nước đối với người nghèo, người dễ bị tổn thương trong các biến động của cuộc sống như thất nghiệp, bệnh tật. Đây là cũng là một trong những lý do khiến Bình Dương tập trung hỗ trợ người nghèo.



Hình 1: *Mô hình tổng thể an sinh xã hội ở Việt Nam (Bùi Văn Huyền, 2014)*

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Bài nghiên cứu này sử dụng phương pháp định tính và định lượng cùng với quá trình tham vấn của các chuyên gia trong lĩnh vực giảm nghèo, an sinh xã hội. Nghiên cứu này thực hiện các cuộc đối thoại có chủ định, quan sát – tham dự trong quá trình nghiên cứu và phương pháp đánh giá nhanh có sự tham gia của cộng đồng. Khách thể nghiên cứu là những người nghèo, cận nghèo và thoát nghèo trong giai đoạn 1998 – 2016. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng xác định các khách thể nghiên cứu khác như: (2) cán bộ quản lý trong lĩnh vực mà đề tài nghiên cứu; (3) các chuyên gia về lĩnh vực sinh kế, xã hội, kinh tế và giảm nghèo.

Dữ liệu sơ cấp gồm kết quả khảo sát 900 phiếu phỏng vấn, phân bổ tại 9 thị xã, huyện, mỗi thị xã/huyện lại chọn hai xã/phường (tổng cộng 18 xã/phường) theo tiêu chí có nhiều hộ gia đình nghèo, cận nghèo và thoát nghèo trong giai đoạn (1998- 2016). Trong đó, mỗi thị xã/huyện là 50 phiếu. Ở cấp xã/phường chọn mẫu theo nguyên tắc phân tầng ở ba cấp độ: hộ nghèo, hộ cận nghèo và hộ thoát nghèo dựa trên danh sách các hộ gia đình được cung cấp từ Sở Lao động Thương binh và Xã hội. Ngoài ra, còn thực hiện 160 cuộc phỏng vấn sâu cá nhân là đối tượng người dân ở ba cấp độ nghèo, cận nghèo và thoát nghèo, cán bộ đại diện các sở ban ngành liên quan (*trong đó tiến hành phỏng vấn sâu và quan sát 60 hộ gia đình, mỗi hộ gia đình phỏng vấn chủ hộ và một thành viên*

khác trong gia đình; số lượng khảo sát dành cho cán bộ, chuyên gia có liên quan là 40). Bên cạnh đó, bài nghiên cứu còn sử dụng dữ liệu thứ cấp từ các báo cáo của các tổ chức quốc tế, tổ chức phi chính phủ, cơ quan Nhà nước.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của người nghèo ở tỉnh Bình Dương

Qua khảo sát tháng 11 năm 2017, nhóm nghiên cứu đã tổng hợp các đặc điểm của người nghèo ở tỉnh Bình Dương theo bảng dưới đây:

Bảng 1: Đặc điểm người nghèo ở Bình Dương

	Đặc điểm
Giới tính	Nữ giới có nhiều khả năng rơi vào tình trạng không có thu nhập của chính mình do bất bình đẳng trong việc phân chia công việc chăm sóc gia đình không mang lại thu nhập, đồng thời dễ rơi vào thế bất lợi hơn về kinh tế khi gặp biến cố như ly hôn, ly thân.
Độ tuổi	Tỷ lệ nhóm tuổi không chênh lệch nhiều nhưng nhóm tuổi chiếm tỷ lệ người nghèo cao nhất và cũng đáng chú ý nhất là độ tuổi dưới 20 tuổi. Nhóm này gồm trẻ em dưới độ tuổi lao động và thanh thiếu niên đang trong giai đoạn học nghề, vừa bước vào thị trường lao động, cần được quan tâm.
Sức khỏe	Sức khỏe kém là thực trạng phổ biến rơi vào ba nhóm: người già mất sức lao động; người tàn tật và thương tật; người mắc những căn bệnh nặng, bệnh mãn tính không thể chữa trị.
Học vấn	Đa số người nghèo có trình độ học vấn thấp. Đa phần người được hỏi đều có ý thức rõ ràng về tầm quan trọng của nhu cầu cải thiện trình độ học vấn. Trong đó, đại đa số đầu tư cải thiện học vấn cho nhóm người trẻ, con cái của họ và một số ít khác vẫn có ý chí cải thiện học vấn của bản thân.
Chuyên môn nghề nghiệp	Đa phần người nghèo đang làm những công việc thời vụ có trình độ chuyên môn thấp. Chính trình độ học vấn thấp cũng giới hạn khả năng tiếp cận nghề nghiệp chuyên môn của người dân ở tỉnh Bình Dương.

Nguồn: Số liệu khảo sát định lượng tháng 11 năm 2017

Có thể thấy, người nghèo thiếu rất nhiều yếu tố để có thể thoát nghèo, đặc biệt là trình độ học vấn và sức khỏe, hai yếu tố tiên quyết để họ có được một công ăn việc làm ổn định. Lãnh đạo tỉnh đã nhận thấy và hỗ trợ thông qua kênh an sinh xã hội nhằm đảm bảo sức khỏe cho người nghèo của tỉnh.

3.2. Quan điểm, chính sách phát triển đảm bảo an sinh xã hội cho người nghèo của tỉnh Bình Dương

Báo cáo của Ban Chấp hành Tỉnh Đảng bộ Lâm thời tại Đại hội Đại biểu Tỉnh Đảng bộ Bình Dương lần thứ VI (1998 – 2000) khẳng định quan điểm: “Tăng trưởng kinh tế gắn với phát triển xã hội, nâng cao đời sống vật chất, văn hóa của nhân dân, giải quyết việc làm, tăng thu nhập cho người lao động tạo được những chuyển biến tích cực về văn hóa, giáo dục, y tế”. Về chăm sóc sức khỏe nhân dân, Bình Dương tiếp tục thực hiện các chương trình mục tiêu y tế, chăm sóc sức khỏe cộng đồng, an sinh xã hội nâng cao chất lượng khám chữa bệnh; phấn đấu đến năm 2007, 100% xã có bác sĩ; đến năm 2010, 95% xã đạt chuẩn quốc gia về y tế, chú trọng vào các chương trình phát triển kinh tế gắn với đảm bảo an sinh xã hội, giải quyết việc làm và giảm nghèo. Chương trình xây dựng nhà ở xã hội cho người có thu nhập thấp đạt kết quả tích cực, huy động được nhiều thành phần tham gia thực hiện; thực hiện tốt chính sách đào tạo nghề, hàng năm giải quyết việc làm cho 45.000 lao động”.

Quan điểm và chính sách an sinh của Bình Dương trong giai đoạn mới (2015 – 2020) được thể hiện rõ trong Báo cáo chính trị của Ban chấp hành Đảng bộ tỉnh Bình Dương khóa XI: “giải quyết tốt các vấn đề xã hội; nâng cao đời sống vật chất, văn hóa và tinh thần của người dân. Đảm bảo an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội. Xây dựng Bình Dương trở thành đô thị văn minh, giàu đẹp”. Mục tiêu khái quát này, được cụ thể hóa bằng cách: “tiếp tục thực hiện tốt hơn nữa công tác an sinh xã hội, giải quyết việc làm, nâng cao chất lượng cuộc sống nhân dân. Huy động các nguồn lực để thực hiện tốt chính sách đền ơn đáp nghĩa, chăm lo các đối tượng chính sách, người có công cách mạng, đối tượng xã hội, hộ nghèo. Thực hiện đồng bộ, toàn diện và hiệu quả các chương trình, dự án an sinh xã hội, gắn phát triển kinh tế với bảo đảm công bằng xã hội từ đó giảm nghèo hiệu quả và bền vững. Củng cố mạng lưới cơ sở bảo trợ xã hội, công tác xã hội, chăm sóc, điều dưỡng người có công; nghiên cứu, điều tra, rà soát và điều chỉnh chính sách nâng cao đời sống, khả năng hòa hợp cộng đồng của những người thiếu điều kiện phát triển”. Để hoàn thiện mục tiêu quan trọng này, lãnh đạo tỉnh ban hành kế hoạch 2035/KH-UBND về “thực hiện đề án phát triển nghề công tác xã hội giai đoạn 2017 – 2020”. Ngoài ra, nhằm cụ thể hóa các đường lối, chủ trương, lãnh đạo tỉnh đã ban hành nhiều văn bản hướng dẫn cải thiện điều kiện an sinh xã hội, xóa đói giảm nghèo.

Trong gần 20 năm hình thành và phát triển, Bình Dương đã thể hiện quan điểm xuyên suốt, nhất quán trong mục tiêu xóa đói giảm nghèo, phát triển tổng thể kinh tế xã hội tại địa phương thông qua việc ban hành và thực thi các chính sách an sinh xã hội. Bên cạnh đó, không chỉ thực hiện theo phương hướng nhiệm vụ và mục tiêu phát triển chung của cả nước được Chính phủ đề ra, tỉnh còn thể hiện quyết tâm phát triển kinh tế xã hội vượt bậc của mình so với các địa phương khác thông qua những chính sách riêng, mang tính chất đột phá, tiên phong. Đơn cử về quy định chuẩn nghèo, từ năm 1997 đến nay, quy định chuẩn nghèo của Bình Dương luôn cao hơn cả nước khoảng 02 lần. Đến năm 2015, chuẩn nghèo của Bình Dương ở khu vực thành thị và nông thôn tương ứng là 1.100.000 đồng/người/tháng và 1.000.000 đồng/người/tháng, gấp 2,5 lần chuẩn nghèo áp dụng chung trên cả nước cho 2 khu vực này là 500.000 đồng/người/tháng và 400.000 đồng/người/tháng. Chính việc đặt mục tiêu cao đã góp phần tạo động lực cho tỉnh Bình Dương nỗ lực và đạt được nhiều thành tựu hơn các địa phương khác trong công cuộc xóa đói giảm nghèo.

3.3. Thực trạng và kết quả thực hiện chính sách an sinh xã hội cho người nghèo ở tỉnh Bình Dương

Sức khỏe là yếu tố quan trọng, là một trong những nhân tố quyết định đến khả năng thoát nghèo. Một người khỏe mạnh không những không tốn kinh phí để cải thiện sức khỏe mà còn có nhiều cơ hội làm việc, tạo thu nhập tốt hơn, từ đó thoát được nghèo. Tuy nhiên, người nghèo hiện nay khó có khả năng chủ động vượt qua bệnh tật nếu thiếu khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế. Theo UNDP và các tổ chức lớn trên thế giới, khả năng tiếp cận y tế và các dịch vụ an sinh xã hội là một chiều cạnh cần được quan tâm khi phân tích nghèo đa chiều.

Bình Dương hiện có 05 bệnh viện tỉnh, 09 trung tâm y tế tuyến huyện, 17 phòng khám đa khoa, gần 2,000 cơ sở hành nghề y dược, 26 cơ sở sản xuất và 18 cơ sở phân phối thuốc đạt tiêu chuẩn do Bộ Y tế quy định. Số giường bệnh trên vạn dân đạt 27%; 100% trạm y tế xã có bác sỹ, 100% xã, phường, thị trấn đạt chuẩn quốc gia về y tế; và tỷ lệ người dân tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc, tự nguyện đạt 76% (Cục thống kê tỉnh Bình Dương, 2016a). Đây là điểm mạnh giúp cho tỉnh luôn có kết quả tốt khi triển khai các chính sách an sinh xã hội.

Trong 5 năm qua, chính sách an sinh xã hội được tỉnh quan tâm thực hiện đầy đủ, kịp thời gồm: cấp thẻ BHYT cho 100% hộ nghèo, hỗ trợ kinh phí mua thẻ BHYT cho hộ cận nghèo. Ông Hồ Quang Điệp, Giám đốc Sở Lao động - Thương binh và Xã hội cho biết: giai đoạn từ năm 2011-2015, Bình Dương đã đầu tư cho chương trình giảm nghèo là 769.591 tỷ đồng, trong đó mua cấp 147,615 lượt thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho người nghèo và người cận nghèo với kinh phí 115.588 tỷ đồng (chiếm 15% tổng ngân sách). Có thể thấy, người nghèo ở Bình Dương luôn nhận được sự quan tâm, hỗ trợ trong lĩnh vực an sinh xã hội từ chính quyền địa phương. Chính nhờ nguồn hỗ trợ này mà người nghèo, cận nghèo ở tỉnh Bình Dương có khả năng điều trị, khám chữa bệnh, giảm bớt một phần áp lực về chi phí điều trị. Chương trình giảm nghèo trong thời gian qua đã đạt được nhiều thành công, nhưng có thể khẳng định đó không phải là câu chuyện thi đua chạy theo thành tích. Ngược lại, chuyện giảm nghèo ở Bình Dương luôn bám theo mục tiêu “Bảo đảm an sinh, giải quyết tốt các vấn đề xã hội”. Đây có thể coi là tâm huyết của lãnh đạo tỉnh qua nhiều nhiệm kỳ với mục tiêu nhân văn là hỗ trợ người nghèo.

Theo khảo sát, khoảng hơn 40% người nghèo ở Bình Dương đang ở tình trạng sức khỏe yếu kém, không bình thường. Trong đó, cao nhất là người mắc phải các bệnh mãn tính 38.4%, khoảng 3.7% rơi vào tình trạng khuyết tật bẩm sinh hoặc bị tai nạn lao động, còn lại thì không biết liệu họ có bệnh trong người hay không do chưa đi khám. Cơ cấu tỷ lệ này không chênh lệch nhiều giữa ba nhóm hộ nghèo, cận nghèo và trung bình. Trong đó nhóm hộ nghèo là đối tượng có tỉ lệ mắc bệnh mãn tính cao nhất đến khoảng 57%, ngoài ra, với tỉ lệ hơn 20% người không biết mình có mắc bệnh hay không do không đi khám. Tuy nhiên, khoảng 95% hộ có người mắc bệnh ở Bình Dương đều trả lời rằng họ có điều kiện để đi khám bệnh bởi mạng lưới cơ sở khám chữa bệnh được phủ rộng và sự hỗ trợ từ chính sách dành cho hộ nghèo.

Bên cạnh đó, số người được hỏi chia sẻ rằng khó khăn nổi bật nhất trong việc điều trị bệnh và cải thiện sức khỏe của phần lớn các hộ dân trong mẫu khảo sát đó là chi phí điều trị (61.4%). Trong đó, các hộ nghèo vẫn gặp khó khăn về chi phí điều trị nhiều hơn dù có chính sách hỗ trợ nhưng nguồn thu nhập thực tế không đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh. Ngoài vấn đề kinh phí, khoảng 10% gặp khó khăn vì họ ở xa cơ sở y tế hay cơ sở y tế kém chất lượng, và khoảng 18% còn lại gặp khó khăn vì không ai giúp họ đảm trách công việc gia đình để họ có thời gian đi khám chữa bệnh.

Cụ thể hơn theo bảng 2, dù đã có sự hỗ trợ của bảo hiểm y tế, vẫn có chưa tới 3% hộ nghèo có người mắc bệnh mãn tính nói rằng họ có khả năng chi trả đầy đủ cho chi phí khám bệnh, 15% nói rất khó khăn, phần lớn khoảng 42.1% cho rằng họ vẫn rơi vào điều kiện khá khó khăn về tài chính cho việc khám, chữa bệnh.

Bảng 2: Điều kiện kinh tế để chi trả cho việc khám chữa bệnh

		Hộ nghèo	Cận nghèo	Trung bình	Tổng	
Điều kiện kinh tế để chi trả cho việc khám chữa bệnh của ông/bà (dù có bảo hiểm	Đầy đủ	Số lượng	16	6	4	26
		%	2.6%	2.5%	8.0%	2.9%
	Tạm đủ	Số lượng	228	109	26	363
		%	37.6%	44.7%	52.0%	40.3%

y tế)	Khó khăn	Số lượng	263	103	13	379
		%	43.4%	42.2%	26.0%	42.1%
	Rất khó khăn	Số lượng	99	26	7	132
		%	16.3%	10.7%	14.0%	14.7%
Tổng		Số lượng	606	244	50	900
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Nguồn: Số liệu khảo sát định lượng tháng 11 năm 2017

Kết quả khảo sát cũng cho thấy sự khác biệt giữa người có công việc ổn định, bấp bênh và không có việc làm trong khả năng chi trả cho việc khám chữa bệnh (dù có bảo hiểm y tế). Cụ thể, với hộ gia đình tự đánh giá khả năng chi trả cho việc khám chữa bệnh ở mức đầy đủ và tạm đủ, tỷ lệ phần trăm người có công việc ổn định cao hơn (khoảng 60%) so với hai nhóm còn lại (khoảng 40%), ngược lại, đối với việc chi trả ở mức khó khăn và rất khó khăn, tỷ lệ phần trăm nhóm người có công việc bấp bênh và không có việc làm cao hơn. Vì vậy, việc làm đóng vai trò là nguồn thu nhập chính không chỉ với họ mà còn với cả gia đình của họ.

Do khoảng cách cũng như điều kiện kinh tế nên các tiệm thuốc tây tư nhân (hơn 80%) và bệnh viện công (gần 15%) vẫn là hai địa điểm phổ biến cho việc chăm sóc và chữa bệnh của người nghèo. Tiệm thuốc tư nhân thường chỉ phục vụ bán thuốc chữa trị những bệnh nhẹ như cảm cúm, sốt, đau bụng,... chứ không có những điều kiện để phát hiện và điều trị bệnh như những bệnh viện lớn vốn tập trung ở trung tâm huyện, thị xã. Đối các bệnh nặng hơn, gần 90% người nghèo lựa chọn khám chữa bệnh tại bệnh viện công.

Bảng 3: Tổng quan lý do lựa chọn nơi khám chữa bệnh

		Số lượng	%
Lý do chọn những nơi chữa bệnh này	Dễ tiếp cận	125	15.2%
	Thủ tục đơn giản	42	5.1%
	Nơi đăng ký BHYT	677	82.3%
	Tiện lợi về thời gian	49	6.0%
	Gần nhà	96	11.7%
	Chữa bệnh nhanh khỏi	91	11.1%
	Thái độ thân thiện	22	2.7%
	Chi phí khám chữa bệnh hợp lí	135	16.4%
	Trang thiết bị tốt	53	6.4%
	Lý do khác	29	3.5%

Nguyên nhân chính khiến các hộ gia đình nghèo lựa chọn khám chữa bệnh vì đó là nơi họ đã đăng ký BHYT (hơn 80% đối với bệnh viện công) dễ tiếp cận và chi phí hợp lý (đối với bệnh viện công, nhà thuốc tư nhân khác). Tỷ lệ lệch hẳn về sử dụng dịch vụ ở bệnh viện công, nơi đăng ký BHYT ở các hộ nghèo và cận nghèo. Các hộ trung bình thì có mức phân bố đồng đều ở các dịch vụ sức khỏe khác. Không phải lúc nào người nghèo cũng sẵn sàng sử dụng các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, thường họ chỉ đi khám và chữa bệnh khi bệnh đã trở nên nặng hoặc đã bộc phát, điều này khiến sức khỏe của họ gặp nhiều rủi ro hơn. Đặc biệt, bảng 3 cho thấy với nhóm hộ trung bình thay vì lựa chọn nơi khám dựa theo BHYT như hai nhóm hộ nghèo hay cận nghèo, thì nơi khám của họ có phần đa dạng hơn nhưng chủ yếu 50% họ chọn nơi gần nhà hay dễ tiếp cận.

Một chỉ tiêu khác để xem xét ngưỡng nghèo theo chiều cạnh an sinh xã hội chính là xem xét khả năng người nghèo tiếp cận các chính sách, dịch vụ an sinh xã hội, trong đó nổi bật là việc sở hữu bảo hiểm y tế và bảo hiểm xã hội.

Bảng 4: Tổng quan các loại bảo hiểm y tế

		Số lượng	%
Loại BHYT	Thẻ KCB miễn phí cho người nghèo/DTTS	2308	74.3%
	Thẻ KCB miễn phí cho gia đình chính sách	48	1.5%
	Thẻ BHYT cho học sinh	70	2.3%
	Thẻ BHYT bắt buộc	248	8.0%
	Thẻ BHYT tự nguyện	79	2.5%
	Thẻ KCB cho trẻ dưới 6 tuổi	68	2.2%
	Thẻ khác	195	6.3%
	Không có	132	4.2%

Nguồn: Số liệu khảo sát định lượng tháng 11 năm 2017

Bảng 5. Việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế

			Hộ nghèo	Cận nghèo	Trung bình	Tổng
Sử dụng thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp bị bệnh nặng	Có	Số lượng	594	233	42	869
		%	98.0%	95.5%	84.0%	96.6%
	Không	Số lượng	12	11	8	31
		%	2.0%	4.5%	16.0%	3.4%
Tổng	Số lượng	606	244	50	900	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Nguồn: Số liệu khảo sát định lượng tháng 11 năm 2017

Hiện nay, chỉ có khoảng 4.2% đối tượng hộ nghèo được phỏng vấn là không có bất cứ loại thẻ bảo hiểm y tế nào, hay các loại thẻ khác có giá trị tương đương. Tuy nhiên, người nghèo sở hữu nhiều là thẻ khám chữa bệnh dành riêng cho họ (khoảng 75%). Thực tế chỉ có khoảng 12.8% là có thẻ BHYT. Ngoài ra, từ bảng trên có thể khẳng định, các chính sách an sinh xã hội (đặc biệt là bảo hiểm y tế và thẻ khám chữa bệnh cho người nghèo) hiện nay đối với người nghèo là một sự hỗ trợ cần thiết và cấp thiết đối với thực trạng sức khỏe của họ. Đây cũng là sự hỗ trợ mà người dân nghèo mong muốn nhận được nhất (96.6%) khi được xét duyệt vào hộ gia đình có hoàn cảnh khó khăn, bởi họ không có đủ tài chính và điều kiện.

Bảng 6: *Tương quan giữa tình trạng công việc và điều kiện kinh tế để chi trả cho việc khám chữa bệnh của ông/bà (dù có bảo hiểm y tế)*

		Tình trạng công việc			Tổng	
		Ổn định	Bấp bênh	Không có		
Đầy đủ	Số lượng	10	5	11	26	
	% Tình trạng công việc	5.9%	1.3%	3.1%	2.9%	
Điều kiện kinh tế để chi trả cho việc khám chữa bệnh của ông/bà (dù có bảo hiểm y tế)	Tạm đủ	Số lượng	90	139	134	363
	% Tình trạng công việc	53.3%	37.1%	37.6%	40.3%	
Khó khăn	Số lượng	55	181	143	379	
	% Tình trạng công việc	32.5%	48.3%	40.2%	42.1%	
Rất khó khăn	Số lượng	14	50	68	132	
	% Tình trạng công việc	8.3%	13.3%	19.1%	14.7%	
Tổng	Số lượng	169	375	356	900	
	% Tình trạng công việc	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Nguồn: Số liệu khảo sát định lượng tháng 11 năm 2017

Những dịch vụ an sinh về bảo hiểm y tế được địa phương chủ động hỗ trợ nên người nghèo nằm trong diện chính sách gia đình có hoàn cảnh khó khăn đều được hỗ trợ, kể cả những hộ đã thoát nghèo trong vòng ba năm trở lại, nên hầu như không có khó khăn nào về việc tiếp cận các dịch vụ bảo hiểm y tế đối với người nghèo. Tuy nhiên, các dịch vụ bảo hiểm y tế còn nhiều hạn chế như đa số chỉ là cấp phát thuốc đơn giản, thủ tục hành chính khó khăn khiến người dân thường mua thuốc ngoài thay vì đi khám chữa bệnh.

Xét về khía cạnh cung cấp dịch vụ an sinh xã hội cho người nghèo ở tỉnh Bình Dương qua bảo hiểm y tế, có thể thấy Bình Dương đang thực hiện rất tốt quan điểm đã đặt ra từ đầu. Các chủ trương, chính sách từ trung ương được tỉnh vận dụng kết hợp với điều kiện kinh tế - xã hội đặc thù để hỗ trợ người nghèo trên phương diện sức khỏe.

Bảng 7: Cơ cấu sử dụng các loại bảo hiểm xã hội

		Số lượng	%
Loại BHXH	Bảo hiểm thất nghiệp	79	2.93%
	Lương hưu	12	0.44%
	Trợ cấp tai nạn thất nghiệp	5	0.01%
	Trợ cấp người thường xuyên ốm đau bệnh tật trong diện nghèo xã hội	288	10.67%
	Trợ cấp người già neo đơn trong diện nghèo xã hội	47	1.74%
	Không có	2675	99.07%

Nguồn: Số liệu khảo sát định lượng tháng 11 năm 2017

Đối với các dịch vụ về bảo hiểm xã hội, người dân nghèo thường không có điều kiện kinh tế để tự nguyện tham gia, chỉ có một số rất nhỏ do tính chất công việc như làm trong công ty, xí nghiệp, cơ quan nhà nước hoặc những người có công với cách mạng nằm trong diện thương binh... nên có đóng hoặc được nhà nước trợ cấp (gần 15%). Những người nghèo có tham gia bảo hiểm xã hội không gặp khó khăn hoặc hạn chế nào trong việc tiếp cận những dịch vụ từ bảo hiểm xã hội. Nhìn chung, hơn 50% người nghèo ở tỉnh Bình Dương hiện nay đang gặp các vấn đề về sức khỏe, ảnh hưởng đến khả năng lao động. Đây cũng là một trong những nguyên nhân khiến họ không tìm được công việc để có thu nhập ổn định hoặc phải chịu mức lương thấp hơn người khác. Tuy nhiên, hai phần ba trong số người được hỏi ở ba nhóm nghèo, cận nghèo, trung bình đều không khám sức khỏe tổng quát và một phần năm số người được hỏi trả lời không biết có bệnh không vì không đi khám. Các hộ này khi phát hiện ra có người trong hộ bị bệnh hay bệnh trở nặng sẽ ảnh hưởng rất lớn đến tài chính của gia đình. Do đó, chính quyền địa phương nên có những chương trình vận động, tuyên truyền để người dân quan tâm đến sức khỏe hơn. Việc khám tổng quát sức khỏe sẽ giúp cho người nghèo phát hiện bệnh sớm và có những phương pháp chữa trị nhanh chóng.

Bên cạnh đó, chi phí điều trị được coi là vấn đề khó khăn nhất của các đối tượng được khảo sát. Chi phí này bao gồm chi phí khám chữa bệnh và chi phí di chuyển, nuôi bệnh, mua thuốc đặc trị và các chi phí khác. Đây là một trong những lý do khiến những người nghèo ở tỉnh Bình Dương thường tự mua thuốc ở nhà khi có bệnh thay vì khám bác sĩ chuyên khoa để tìm ra nguyên nhân bệnh. Vậy nên bên cạnh các yếu tố như vị trí của nơi cư trú, vai trò kinh tế trong nhà, thì chi phí là thách thức lớn nhất để các hộ nghèo tiếp cận dịch vụ y tế.

Những người nghèo và cận nghèo ở tỉnh Bình Dương đều đang sử dụng rất hiệu quả BHYT của mình và thường chọn nơi họ đã đăng ký BHYT (hơn 80%) vì dễ tiếp cận và chi phí hợp lý (so với bệnh viện và nhà thuốc tư nhân khác). Trên 95% người được hỏi đều sử dụng BHYT khi có bệnh nặng ở nhóm nghèo và cận nghèo, đối với nhóm trung bình thì tỷ lệ này cũng rất cao (84%). Có thể nói, chính quyền địa phương ở tỉnh Bình Dương đang làm tốt công tác hỗ trợ người nghèo thông qua dịch vụ an sinh xã hội, đảm bảo họ có được điều kiện thăm khám cũng như điều trị bệnh. Tuy nhiên, đối với bảo hiểm xã hội thì có tới 99% người được hỏi đều trả lời là không có. Lý do vì người nghèo ở tỉnh Bình Dương hầu hết đều làm những công việc bấp bênh, không có hợp đồng,

bảo hiểm, trợ cấp... Điều này khiến cho họ dễ bị tổn thương khi gặp các cú sốc về sức khỏe như tai nạn, bệnh tật... và có khả năng khiến họ kiệt quệ tài chính. Về mặt chính sách, việc tạo cơ hội để người nghèo có được công ăn việc làm ổn định cũng tạo cơ hội để họ có được bảo hiểm xã hội. Đây được xem là thách thức to lớn, cần chính quyền địa phương quan tâm và kết hợp nhiều chính sách đa dạng về lĩnh vực như giáo dục, an sinh xã hội... để có thể cải thiện được khó khăn này.

4. Thảo luận và kết luận

Qua khảo sát và nghiên cứu dữ liệu có thể thấy các chính sách an sinh xã hội ở Bình Dương đang được thực hiện rất tốt, mang lại những lợi ích thiết thực nhất cho dân nghèo. Về cơ bản, tỉnh đã hoàn thành được mục tiêu giảm nghèo theo tiêu chí an sinh xã hội. Mô hình an sinh xã hội của tỉnh là sự kết hợp mô hình hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam và tình hình thực tế, do đó, an sinh xã hội ở đây khá thực tế, gặt hái được nhiều thành tựu. Những điểm mạnh bao gồm giữ vững và phát huy quan điểm hỗ trợ người nghèo thông qua chính sách an sinh xã hội, coi đây là công việc bức thiết không phải là công việc thành tích; công tác thăm khám miễn phí, hỗ trợ chi phí điều trị cho người nghèo được thực hiện triệt để; việc khám chữa bệnh cho hộ cận nghèo, tránh tình trạng tái nghèo vì bệnh tật cũng được quan tâm thông qua chính sách và chương trình hành động thực tế; chất lượng cơ sở vật y tế, lực lượng bác sĩ, y tá đảm bảo nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân được cải thiện và nâng cao.

Tuy nhiên, các chính sách hiện nay chỉ áp dụng ở mức cơ bản như cung cấp thẻ khám chữa bệnh cho người nghèo, hỗ trợ khám chữa bệnh cho hộ cận nghèo theo quy định của nhà nước và một số hỗ trợ từ địa phương cùng các tổ chức tư nhân mà chưa thể giải quyết triệt để được vấn đề. Cụ thể là, an sinh xã hội ở tỉnh Bình Dương hiện nay có nhiều sự hỗ trợ cho người dân cả về khám chữa bệnh, thương tật, thất nghiệp... nhưng hầu như người nghèo, cận nghèo không tiếp cận được vì thiếu điều kiện tiên quyết là có việc làm ổn định. Hầu hết họ có công việc bấp bênh hoặc không có việc làm (khoảng 99% không có bảo hiểm xã hội). Sự thiếu hụt này khiến họ dễ bị tổn thương khi gặp phải khó khăn, điều không may khi có biến cố liên quan tới sức khỏe (tai nạn, bệnh tật). Họ cũng khó tiếp cận, sử dụng các dịch vụ an sinh xã hội. Do đó, việc cấp thiết là phải có sự liên kết giữa bên liên quan để tạo ra công ăn việc làm ổn định cho người dân, từ đó giúp họ tiếp cận được với các dịch vụ an sinh xã hội.

So mặt bằng chung của cả nước về khía cạnh an sinh xã hội, tỉnh Bình Dương đang có nhiều tín hiệu tích cực hơn, mặc dù vẫn còn nhiều bất cập mà chính quyền tỉnh có thể cải thiện trong tương lai. Để hiệu quả của các chính sách thực sự đem lại những tác động bền vững cho quá trình giảm nghèo tại địa phương, nhóm nghiên cứu đề xuất một số ý kiến sau: (i) tăng cơ hội có việc làm ổn định bảo đảm thu nhập tối thiểu và giảm nghèo bền vững cho người yếu thế thông qua kết hợp giữa giáo dục và đào tạo nghề phù hợp với địa phương từ đó giúp họ tiếp cận được với chính sách bảo hiểm xã hội của tỉnh; (ii) hỗ trợ thường xuyên đối với người có hoàn cảnh đặc biệt và hỗ trợ đột xuất cho người dân khi gặp các rủi ro không lường trước hoặc vượt quá khả năng kiểm soát; (iii) tăng khả năng tiếp cận của người dân đối với các dịch vụ y tế cơ bản cấp địa phương đến trung ương, đảm bảo người dân được hỗ trợ với các bệnh mãn tính, bệnh nặng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Assembly, U. N. G. (1948). *Universal declaration of human rights*. UN General Assembly.
- [2] Michel Cichon, Chaeles Normand (1994). Between Beveridge and Bismarck: options for health care financing in Central and Eastern Europe. *World health forum* 15(4):323-8
- [3] Cục Thống kê tỉnh Bình Dương (2016a). *Bình Dương 20 năm xây dựng và phát triển*. Bình Dương.
- [4] Bùi Văn Huyền (2014). Mô hình an sinh xã hội: Khung khổ lý thuyết và phác thảo ở Việt Nam. *Tạp chí Những vấn đề kinh tế và chính trị thế giới*, 12(224).
- [5] DfID, U. K. (1999). *Sustainable livelihoods guidance sheets*. London: DFID, 445.
- [6] Feldstein, M., & Liebman, J. B. (2002). *Social security*. *Handbook of Public Economics*, 4, 2245–2324.
- [7] Thủ tướng Chính phủ (2014). Phổ biến, nâng cao nhận thức và trách nhiệm về an toàn thông tin đến năm 2020, đề án Tuyên truyền. Quyết định số 893/QĐ-TTg ngày 19/06/2015.
- [8] Thủ tướng Chính phủ. (2015). Chuyển đổi phương pháp tiếp cận đo lường nghèo từ đơn chiều sang đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 – 2020, đề án tổng thể. Quyết định số 1614/QĐ-TTg ngày 15/09/2015.
- [9] Ủy ban Nhân dân tỉnh Bình Dương (2018). *Báo cáo tình hình kinh tế - xã hội, quốc phòng - an ninh năm 2018, phương hướng, nhiệm vụ năm 2019*. Bình Dương.
- Bài báo này là sản phẩm khoa học của đề tài "Sinh kế dân nghèo và công cuộc giảm nghèo tại tỉnh Bình Dương". Quyết định số 2134/QĐ-UBND, ngày 9/8/2017 của Ủy ban Nhân dân tỉnh Bình Dương.*