

Bảo hiểm y tế cho hộ gia đình di cư: Nghiên cứu trường hợp Hà Nội

Nguyễn Như Trang¹

¹ Viện Xã hội học, Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam.
Email: nhu TRANG6@gmail.com

Nhận ngày 18 tháng 9 năm 2019. Chấp nhận đăng ngày 15 tháng 10 năm 2019.

Tóm tắt: Trong bối cảnh hội nhập và toàn cầu hóa ngày càng sâu rộng, lao động di cư là một phần không thể tách rời giữa các nền kinh tế. Người lao động di cư đã góp phần đáng kể vào sự tăng trưởng kinh tế và phát triển của đất nước. Nhận thức được vai trò của di cư, trong những năm gần đây, Đảng và Nhà nước ta luôn quan tâm đến việc bảo vệ quyền lợi và lợi ích hợp pháp, quyền được làm việc và an sinh xã hội đối với bản thân người di cư và gia đình của họ. Trong đó, bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân là mục tiêu lớn của ngành y tế Việt Nam. Một trong những khó khăn của việc thực hiện mục tiêu này là tỷ lệ tham gia BHYT của người di cư còn thấp. Điều này đã làm ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế (DVYT) có chất lượng của người di cư tại đô thị hiện nay, trong đó có Hà Nội.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, di cư, hộ gia đình, Hà Nội.

Phân loại ngành: Xã hội học

Abstract: In the context of increasingly broad and profound integration and globalisation, migrant workers are an integral part among economies. They have made significant contributions to the economic growth and development of the country. Aware of the role of migration, in recent years, the Vietnamese Party and State have always paid attention to the protection of legitimate rights and interests, the rights to work and to social security, of the migrants themselves as well as their families. In that, universal health insurance is a major target of Vietnam's health sector. One of the difficulties in realising the target is that the rate of migrants who join health insurance remains low. That has made impact on the access to and use of healthcare services of proper quality by migrants in cities nowadays.

Keywords: Health insurance, migration, household, Hanoi.

Subject classification: Sociology

1. Đặt vấn đề

Trong những năm gần đây, quá trình đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa và đô thị hóa ở Việt Nam đã thu hút một lượng lớn lao di cư đến tìm kiếm cơ hội việc làm và sinh sống. Tại các đô thị lớn của Việt Nam như Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, dân số cơ học tăng nhanh do người di cư từ các tỉnh, các vùng nông thôn đến tìm kiếm cơ hội việc làm và xây dựng cuộc sống mới. Theo Tổng cục Thống kê, tỷ lệ di dân từ nông thôn đến thành thị trên tổng số dân thành thị tăng từ 8,9% năm 2009 lên 11% năm 2019. Trong khi đó tỷ lệ di cư từ thành thị tới thành thị trên tổng số dân thành thị giảm từ 7,6% năm 2009 xuống 6,7% năm 2019. Ước tính vào năm 2019, dân số di cư từ nông thôn ra thành thị sẽ đạt 5 triệu người, cao hơn dân số di cư từ thành thị đến nông thôn 1,4 triệu người. Kết quả điều tra Di cư nội địa quốc gia 2015 cho thấy, 79,1% người di cư có nguồn gốc xuất thân từ nông thôn, còn lại 20,9% là từ thành thị. Xét theo 4 luồng di cư (nông thôn - thành thị, thành thị - nông thôn, nông thôn - nông thôn và thành thị - thành thị) thì luồng di cư nông thôn - thành thị chiếm tỷ trọng lớn nhất trong các dòng di cư. Đó là chưa kể đến những cư dân đến thành phố làm việc theo thời vụ và di cư ngắn hạn. Dòng người di cư nông thôn - đô thị tìm kiếm việc làm luôn tiềm ẩn những rủi ro ở nơi đến, trong đó các vấn đề về y tế chăm sóc sức khỏe được cho là quan trọng.

Trong bối cảnh đó, cùng với bảo hiểm xã hội, BHYT là vấn đề toàn cầu nhằm bảo đảm quyền con người, thực hiện công bằng xã hội trong tiếp cận các DVYT và chăm sóc sức khỏe đối với những người di cư. Nghiên cứu ở Việt Nam và một số nước

trong khu vực những thập kỷ gần đây cho thấy, các yếu tố kinh tế, xây dựng và thiết kế chính sách là những rào cản chủ yếu tác động trực tiếp đến tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản của con người, đặc biệt đối với nhóm dân số đặc thù là người di cư. Dựa vào nguồn số liệu của Ngân hàng Thế giới từ cuộc khảo sát về Tình hình cư trú ở Việt Nam (HRS 2015/2016), bài viết phân tích thực trạng sử dụng BHYT của người di cư từ nông thôn vào thành phố; những nguyên nhân khách quan và chủ quan cản trở người di cư tham gia bảo hiểm y tế. Từ đó đề xuất một số khuyến nghị chính sách nhằm khắc phục các rào cản giúp người di cư tham gia BHYT sâu rộng hơn.

2. Thực trạng bảo hiểm y tế hộ gia đình hiện nay

BHYT là hình thức bảo hiểm do Nhà nước tổ chức thực hiện vì mục tiêu chăm sóc sức khỏe nhân dân, không vì mục đích lợi nhuận. BHYT là một trong những tiêu chí đánh giá tiếp cận DVYT của người dân trong chăm sóc sức khỏe. Hướng đến mục tiêu BHYT toàn dân năm 2020, hiện nay tỷ lệ bao phủ BHYT ở các nhóm dân cư đã tăng lên rõ rệt: diện bao phủ BHYT toàn quốc đạt 86,9% [8], diện bao phủ BHYT ở nhóm di cư toàn quốc là 67,6% [5], và bao phủ BHYT ở nhóm di cư tại khu vực đô thị như Hà Nội là 77% [3], BHYT hộ gia đình được thực hiện bắt đầu từ 1/1/2015 theo quy định của Luật BHYT mới. Thực hiện BHYT hộ gia đình đối với các gia đình di cư gặp nhiều khó khăn hơn do đặc điểm đời sống dịch chuyển của chính các hộ gia đình di cư.

2.1. Một số đặc trưng của hộ gia đình di cư

Đặc trưng hộ gia đình là một trong những tiêu chí để phân biệt các loại hộ gia đình khác nhau: ví dụ như hộ gia đình nông thôn với hộ gia đình đô thị; hộ gia đình theo tôn giáo và hộ gia đình không theo tôn giáo; hộ gia đình di cư và hộ gia đình không di cư. Nghiên cứu sâu đặc điểm của hộ gia đình di cư chúng tôi phát hiện một vài điểm đáng chú ý: so với hộ gia đình không di cư thì qui mô hộ gia đình của người di cư thường nhỏ hơn. Nghiên cứu trên 5.000 hộ gia đình từ khảo sát về tình hình cư trú ở Việt Nam do Ngân hàng Thế giới tài trợ cho thấy: qui mô hộ gia đình của những người di cư thấp hơn nhiều so với qui mô hộ gia đình của những người không di cư. Kết quả khảo sát có 18% hộ gia đình người di cư có 1 người, trong khi đó chỉ 3% hộ gia đình của người không di cư có một người. Tỷ lệ hộ gia đình có trẻ em ở các gia đình không di cư là 60%, tỷ lệ này ở các gia đình di cư nhỏ hơn và chỉ 33%. Tuổi trung bình của các chủ hộ gia đình di cư là 34 tuổi, trẻ hơn rất nhiều so với tuổi trung bình của các gia đình không di cư là 47 tuổi. Tỷ lệ kết hôn ở chủ hộ các gia đình không di cư là 91% trong khi đó tỷ lệ này ở chủ hộ các gia đình di cư là 75%.

2.2. Độ bao phủ BHYT

Mặc dù độ bao phủ BHYT của người di cư tại Hà Nội cao hơn độ bao phủ BHYT của người di cư trên toàn quốc, nhưng nghiên cứu định tính cho thấy người di cư còn gặp trở ngại khi mua thẻ BHYT do qui định tham gia BHYT theo hộ gia đình hiện nay. Có sự khác biệt trong tham gia BHYT giữa hộ gia đình di cư có người làm việc ở khu vực chính thức

(có hợp đồng lao động) và khu vực phi chính thức (không có hợp đồng lao động).

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ có BHYT trong nhóm những người làm việc có hợp đồng lao động là rất cao so với nhóm những người làm việc không có hợp đồng: 82,8% người di cư làm việc có hợp đồng lao động có BHYT, trong khi đó chỉ có 55,3% người lao động không có hợp đồng có BHYT. Như vậy, tình trạng hợp đồng lao động là yếu tố trực tiếp ảnh hưởng đến việc có hay không có BHYT của người lao động di cư.

Một mặt, BHYT hộ gia đình góp phần đảm bảo an sinh sức khỏe cho cả hộ gia đình người tham gia; mặt khác, quy định này đang gây ra những khó khăn nhất định cho người dân, mặc dù mức phí mua thẻ BHYT được giảm dần theo số lượng thành viên hộ. Ví dụ, nếu hộ gia đình có 5 người thì phí BHYT mỗi năm sẽ là 2.246.400 đồng, đã tính theo mức giảm dần.

Số tiền phải đóng phí một lần này vẫn là khó khăn đối với những gia đình di cư có mức thu nhập thấp và chưa ổn định. Trong trường hợp gia đình có người có sức khỏe kém, muốn dành tiền bạc để mua thẻ BHYT cho người đó cũng không mua được.

Đối với những hộ gia đình di cư đến sống tại đô thị, mức sống thấp và chi phí khám chữa bệnh cao, BHYT càng đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc sức khỏe của nhóm lao động này. BHYT còn có ý nghĩa đặc biệt hơn đối với hộ gia đình người di cư do phải đối mặt với những thiệt thòi trong việc tiếp cận với những dịch vụ chăm sóc sức khỏe khi bị hạn chế bởi các mối quan hệ xã hội còn lỏng lẻo tại nơi ở mới. Hơn nữa, do điều kiện tài chính eo hẹp nên không phải hộ gia đình di cư nào cũng có

thẻ mua BHYT hộ gia đình để giảm bớt chi phí khám chữa bệnh cho mình.

2.3. BHYT trái tuyến

BHYT trái tuyến không hỗ trợ chi trả hoặc chỉ chi trả một phần khi người di cư sử dụng tại nơi cư trú mới. BHYT trái tuyến là rào cản lớn nhất khi các hộ gia đình di cư tiếp cận các DVYT nhằm chăm sóc sức khỏe. Phân tích số liệu cho thấy tỷ lệ người di cư có BHYT tại các tỉnh/thành phố khác nơi cư trú cao nhất là ở nhóm trên 40 tuổi chiếm 57,2%. Đây là nhóm trung niên, là nhóm mà sức khỏe bắt đầu có dấu hiệu giảm sút, chắc chắn họ sẽ gặp khó khăn khi tiếp cận các DVYT khi phải di chuyển đến tỉnh/thành phố khác nơi cư trú để khám chữa bệnh (KCB) được chi trả từ BHYT. Xếp thứ

2 nhóm có tỷ lệ BHYT trái tuyến cao là nhóm dưới 18 tuổi chiếm 54,1%. Việc di chuyển đến các tỉnh/thành phố khác nơi cư trú để khám chữa bệnh theo đăng ký BHYT đối với nhóm dưới 18 tuổi là một khó khăn lớn. Khó khăn không chỉ việc di chuyển xa ảnh hưởng đến sức khỏe các em mà bản thân các em phải nghỉ học hoặc cha mẹ hay người thân phải nghỉ làm việc để đưa các em đi khám chữa bệnh. Nếu chấp nhận KCB tại nơi cư trú thì hộ gia đình di cư sẽ phải chấp nhận tự chi trả bằng tiền túi cá nhân hoặc chỉ được BHYT chi trả một phần nhỏ trong tổng chi cho các DVYT. Trong khi đó, tỷ lệ BHYT trái tuyến ở hộ gia đình không di cư là rất thấp, chỉ 0,6%. Rõ ràng so sánh với những hộ gia đình di cư thì BHYT tại nơi cư trú là một lợi thế của hộ gia đình không di cư (Bảng 1).

Bảng 1: Tình trạng BHYT theo tuổi, giới tính của người di cư và không di cư (%) [3]

	Giới tính		Tuổi			Chung
	Nam	Nữ	≤18	19 - 39	40+	
Nhóm di cư						
Không có BHYT	26,9	19,5	15,1	25,1	30,6	23,0
BHYT tại quận đang ở	31,5	32,7	21,4	38,8	6,1	32,1
BHYT tại quận huyện khác	14,0	21,6	9,4	22,3	6,1	18,0
BHYT tại tỉnh thành khác	27,6	26,2	54,1	13,8	57,2	26,9
N	308	343	159	443	49	651
Nhóm không di cư						
Không có BHYT	24,3	23,7	4,4	35,6	29,1	23,9
BHYT tại quận đang ở	48,5	49,2	72,5	33,6	43,9	48,9
BHYT tại quận huyện khác	26,9	26,2	22,9	29,9	26,4	26,6
BHYT tại tỉnh thành khác	0,3	0,9	0,2	0,9	0,6	0,6
N	1101	1139	664	752	824	2240

Trong khi đó, Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi áp dụng từ 1/1/2015, người bệnh không được thanh toán bảo hiểm y tế nếu khám vượt tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh đối với trường hợp khám, chữa bệnh ngoại trú. Người dân chỉ được thanh toán 40% ở tuyến trung ương, 60% ở tuyến tỉnh với những trường hợp điều trị nội trú vượt tuyến. Với những quy định mới này, một lần nữa những hộ gia đình di cư càng không có cơ hội khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế tại nơi cư trú mới, nơi họ thường xuyên sinh sống và làm việc. Đây là một bất cập khi hộ gia đình người di cư phải KCB bằng BHYT trái tuyến ngay tại nơi mình sinh sống. Loại hình bảo hiểm y tế lưu động có thể là một giải pháp phù hợp.

Trong một số cuộc trao đổi với các chuyên gia về chính sách y tế của Bộ Y tế, chúng tôi cũng nhận được tiếng nói đồng thuận từ những người làm chính sách. Họ cho rằng: hiện nay giữa chính sách và thực tế còn những bất cập mà đôi khi không phải từ những người làm chính sách hay những người làm luật, mà bất cập lại nằm ở chính bản thân người thụ hưởng chính sách. BHYT lưu động như bạn nói chúng tôi cũng đã từng nghĩ đến nhưng có lẽ vẫn phải chờ thời gian...

Mặc dù độ bao phủ BHYT được cho là khá tốt với 77% người di cư trong mẫu phân tích tham gia BHYT. Tuy nhiên, điều quan trọng hơn là thành viên hộ gia đình di cư phải thực sự nhận được sự thụ hưởng có chất lượng trong quá trình tiếp cận và sử dụng các DVYT thông qua BHYT thì BHYT mới thực sự là chỗ dựa cho họ trong chăm sóc sức khỏe. Không có BHYT, BHYT trái tuyến hay có BHYT mà không sử dụng được tại nơi cư trú đều làm ảnh hưởng đến chất lượng trong tiếp cận và sử

dụng DVYT của người di cư. Việc lựa chọn hay không lựa chọn tham gia BHYT của người dân không hoàn toàn phụ thuộc vào ý chí của nhà nước/cơ quan BHYT mà do người dân có nhận thấy lợi ích hay lợi ích của họ có được bảo đảm khi tham gia BHYT tự nguyện hay không. Do đó vấn đề đặt ra cho việc bảo đảm độ bao phủ BHYT toàn dân (100%) cần đặt lợi ích của người dân vào trọng tâm.

3. Những vấn đề đặt ra

Chính sách BHYT là nhằm nhằm đảm bảo an sinh trong chăm sóc sức khỏe cho người tham gia. BHYT cũng nhằm giảm bớt các khó khăn của người dân khi gặp các vấn đề sức khỏe cần khám chữa bệnh. Trong vài năm gần đây, chính sách BHYT đã có những thay đổi theo hướng thuận lợi, giảm bớt khó khăn mà người di cư gặp phải trong tiếp cận và sử dụng các DVYT. Năm 2005, tỷ lệ người di cư trên toàn quốc có BHYT là 33,1% với nam giới và 38,8% với nữ giới. Sau 10 năm, tỷ lệ này tăng gần gấp đôi: nam 64,8% và nữ 69,8% [5]. Điều này cho thấy tỷ lệ có BHYT của những người di cư đã phủ gần 2/3 số người di cư trên cả nước. Tỷ lệ có BHYT, nhất là BHYT tại nơi cư trú, là một trong những tiêu chí đánh giá việc tiếp cận và sử dụng các DVYT của người di cư. Tỷ lệ bao phủ BHYT hiện nay đối với người di cư tại Hà Nội cao hơn tỷ lệ có BHYT của người di cư toàn quốc. Tuy nhiên trong số những lao động di cư làm việc tại đô thị có một số lượng lớn làm việc trong khu vực kinh tế phi chính thức do đặc điểm đa dạng của việc làm và tính dễ chấp nhận đối với nguồn nhân lực khu vực này. Độ bao phủ BHYT khu vực phi

chính thức phụ thuộc vào tình trạng lao động di cư có hợp đồng lao động hay không có hợp đồng lao động. Kết quả nghiên cứu của Actionaid cho thấy “diện bao phủ BHYT của lao động di cư chính thức cao hơn rất nhiều so với lao động di cư phi chính thức” [1]. Điều này xuất phát từ những yêu cầu của Luật Lao động áp dụng trong khu vực lao động chính thức. Thông thường quyền hưởng BHYT của người lao động di cư chính thức được quy định trong hợp đồng lao động. Mặc dù hợp đồng lao động là cơ sở quan trọng để đảm bảo quyền lợi bảo hiểm của người lao động, nhưng những người lao động di cư làm việc ở khu vực phi chính thức lại không có hợp đồng lao động, vì vậy không có bảo hiểm xã hội và dẫn đến không có BHYT. Tỷ lệ người di cư có BHYT thường là BHYT tự nguyện hoặc BHYT diện hộ nghèo được nhà nước cung cấp miễn phí ở quê là nơi xuất cư, chỉ có giá trị sử dụng ở nơi xuất cư chứ không phải tại nơi cư trú mới của người di cư.

Hiện nay các quy định về tham gia BHYT đã có những thay đổi tích cực, hộ gia đình muốn tham gia BHYT chỉ cần đăng ký tạm trú tại nơi cư trú là đủ điều kiện mua BHYT. Như vậy nếu những lao động di cư có đăng ký tạm trú thì có thể mua thẻ BHYT tại nơi cư trú mới. Tuy nhiên, trên thực tế việc thực hiện quyền mua thẻ BHYT dựa trên sổ tạm trú còn có nhiều bất cập, nhiều người vẫn phải về quê nơi họ có hộ khẩu thường trú để mua BHYT. Nhiều hộ gia đình di cư nói rằng họ không mua được thẻ BHYT tại nơi ở mới vì các lý do sau: không hiểu biết về các điều kiện để tham gia BHYT; yêu cầu về mua thẻ BHYT theo hộ gia đình; không có đăng ký tạm trú; hay địa phương không thực

hiện việc bán thẻ BHYT theo đăng ký tạm trú.

4. Kết luận

Mục tiêu BHYT toàn dân (100% người dân tham gia BHYT) là một chủ trương lớn của Đảng, Nhà nước và ngành y tế nhằm bảo đảm việc chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân. Tuy nhiên, còn nhiều rào cản trên con đường tiến đến mục tiêu này. Rào cản lớn nhất thuộc về nhóm dân số yếu thế trong xã hội như các hộ gia đình di cư. Hộ gia đình di cư gặp khó khăn khi tham gia BHYT do mệnh giá tham gia cao so với mức thu nhập của gia đình có đời sống thường hay dịch chuyển. Hộ gia đình di cư gặp khó khăn trong KCB do BHYT trái tuyến, nơi KCB không cùng nơi cư trú: mặc dù tỷ lệ bao phủ BHYT ở nhóm người di cư hiện nay được cho là khá tốt, tuy nhiên, tỷ lệ người di cư KCB bằng BHYT tại nơi cư trú còn thấp, ảnh hưởng đến chăm sóc sức khỏe.

Để người di cư có điều kiện tham gia BHYT, Nhà nước và ngành y tế cần xem xét và điều chỉnh một số bất cập chính sách cản trở người di cư tham gia BHYT...

Thứ nhất, bổ sung hình thức BHYT mới, cụ thể BHYT lưu động và liên thông, dành cho những người có đời sống thường hay dịch chuyển: người di cư. BHYT lưu động nên được xem xét như một hình thức bảo hiểm để người di cư tiếp cận và sử dụng các DVYT có chất lượng tại quê nhà và cả nơi cư trú mới, đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe và giảm tối đa chi phí y tế từ tiền túi cá nhân.

Thứ hai, bản thân người di cư cần chủ động cập nhật thông tin, nâng cao ý thức trong chăm sóc sức khỏe, coi BHYT là quan trọng đối với chăm sóc sức khỏe, tạo thói quen khi gặp các vấn đề sức khỏe nhất

thiết phải tiếp cận ngay các DVYT để khám và điều trị.

Thứ ba, địa phương cần quản lý tốt người di cư trên địa bàn để cung cấp các chương trình y tế, phổ biến các thông tin chính sách, sự thay đổi của các qui định có liên quan đến BHYT cho người dân.

Như vậy, BHYT suy cho cùng là chính sách hỗ trợ nhân đạo của Nhà nước đối với công dân của mình, người dân được thực hiện quyền lợi và được hưởng các dịch vụ xã hội cơ bản, do đó cần lấy lợi ích của người dân, chú trọng nhóm dân số là những người yếu thế như người di cư, làm trọng tâm để xây dựng chính sách BHYT. Có như vậy, mục tiêu BHYT toàn dân mới sớm được thực hiện ở nước ta.

Tài liệu tham khảo

- [1] Actionaid Việt Nam (2014), Tóm tắt chính sách: *Tiếp cận an sinh xã hội của người lao động nhập cư*.
- [2] Đặng Nguyên Anh và cộng sự (2015), *Báo cáo nghiên cứu: Hệ thống đăng ký Hộ khẩu ở Việt Nam từ góc nhìn đa chiều*, Viện Xã hội học.
- [3] Ngân hàng Thế giới (2015/2016), *Bộ số liệu Tình hình cư trú ở Việt Nam: HRS 2015/2016*.
- [4] Quốc Hội (2014), *Luật số 46/2014/QH13: Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế thông qua ngày 13/06*.
- [5] Tổng cục thống kê & Quỹ dân số Liên Hiệp Quốc (2016), *Điều tra di cư nội địa quốc gia 2015: Các kết quả chủ yếu*, Nxb Thông tấn, Hà Nội.
- [6] Lê Ngọc Văn (2012), *Gia đình và biến đổi gia đình ở Việt Nam*, Nxb Khoa học xã hội, Hà Nội.
- [7] Đặng Nguyên Anh, Nguyễn Đức Vinh (2009), “Di dân trong mối liên hệ với mức sinh và kế hoạch hóa gia đình ở Việt Nam”, *Dân số Việt Nam qua các nghiên cứu xã hội học*, Nxb Khoa học xã hội, Hà Nội.
- [8] <https://nhandan.com.vn/xahoi/bhxxh-va-cuoc-song>.