

Chương 2 (第 2 章)

TIẾP CẬN BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI THUỘC DIỆN NGHÈO TẠI TPHCM (NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP MỘT XÃ, HUYỆN BÌNH CHÁNH) ホーチミン市における貧困高齢者の医療保険アクセス ービンチャイン県の一行政村における事例研究ー

Nguyễn Thị Cúc Trâm (グエン・ティ・クック・チャム)¹

Tóm tắt : Bài viết nêu lên một số các phát hiện ban đầu từ cuộc khảo sát định tính do tác giả thực hiện tại xã A, huyện Bình Chánh, TPHCM. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc tiếp cận bảo hiểm y tế của nhóm người cao tuổi thuộc diện nghèo tại TPHCM còn gặp khá nhiều khó khăn. Các yếu tố chính ảnh hưởng tới việc tiếp cận bảo hiểm y tế của người cao tuổi diện nghèo gồm: yếu tố cá nhân, yếu tố gia đình, mạng lưới xã hội và hệ thống chính sách, cơ sở vật chất tại nơi cư trú. Những khó khăn trong việc tiếp cận bảo hiểm y tế của người cao tuổi diện nghèo có sự phân hóa giữa các nhóm tuổi, tình trạng sức khỏe, nhận thức của người cao tuổi, cơ cấu hộ gia đình, sự hỗ trợ của gia đình, sự sẵn có của dịch vụ y tế,... Để giải quyết những khó khăn này là một thách thức rất lớn đối với TPHCM nói riêng và hệ thống chính sách của cả nước dành cho người cao tuổi diện nghèo nói chung.

要約 : 本稿は、筆者がホーチミン市ビンチャイン県の一行政村で実施した質的調査における最初の段階の成果をまとめたものである。その結果によれば、ホーチミン市における貧しい高齢者による医療保険へのアクセスは、多くの困難に直面している。貧しい高齢者の医療保険アクセスに影響を与える主な要素は、個人要素、家族要素、社会的ネットワーク、政策体系、居住する場における物質的基礎である。貧しい高齢者の医療保険アクセスにおける諸困難は、年齢グループ、健康状態、高齢者の認識、家庭構造、家族からの補助、医療サービスの備え…により分かれる。これらの困難を

¹ Nghiên cứu viên, Viện Khoa học xã hội vùng Nam bộ.

解決することは、ホーチミン市にとり、そしてまた貧しい高齢者に対する国家の政策体系にとって、非常に大きな試練の一つである。

Từ khóa (キーワード) : bảo hiểm y tế (医療保険) ; người cao tuổi (高齢者) ; nghèo (貧困) .

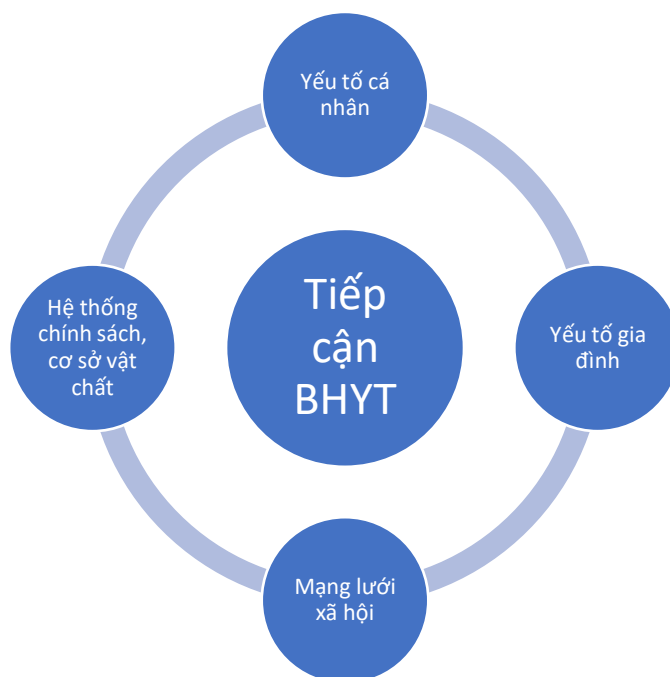
1. Lý do chọn đề tài

Trong bối cảnh Việt Nam đang là nước có tốc độ già hóa dân số thuộc nhóm nhanh nhất thế giới, các vấn đề liên quan tới chăm sóc người cao tuổi ngày càng trở nên cấp thiết. Người cao tuổi là nhóm yếu thế theo quy luật phát triển vòng đời, trong đó nhóm người cao tuổi nghèo gặp nhiều vấn đề khó khăn hơn khi tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Vấn đề chăm sóc sức khỏe có thể xem là vấn đề trung tâm trong việc chăm sóc người cao tuổi và đây cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu có thể dẫn tới nguy cơ bản cùng hóa cuộc sống của nhóm người cao tuổi cũng như gia đình của họ. Vì vậy, bảo hiểm y tế (BHYT) có vai trò đặc biệt mang đến cơ hội khám chữa bệnh cho người cao tuổi diện nghèo một cách công bằng hơn. Tuy nhiên, trong thực tế với nhiều nỗ lực từ phía các cơ quan quản lý, việc tiếp cận các dịch vụ BHYT tương chừng đã đơn giản nhưng vẫn tồn tại những vấn đề ngăn trở người cao tuổi diện nghèo hưởng được những lợi ích mà BHYT mang lại. Do đó, chúng tôi nghiên cứu việc tiếp cận BHYT của người cao tuổi diện nghèo để tìm hiểu hiện trạng và từ đó hướng tới việc tăng độ phủ BHYT một cách bền vững nói chung và cho nhóm người cao tuổi diện nghèo nói riêng.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu này chúng tôi đã sử dụng phương pháp phân tích tư liệu sẵn có và tiến hành khảo định tính để thu thập thông tin: phỏng vấn sâu kết hợp quan sát thực địa. Chúng tôi đã phỏng vấn 24 trường hợp, bao gồm 3 cán bộ địa phương và 21 trường hợp người cao tuổi. Chúng tôi chọn mẫu dựa trên các chỉ tiêu: nhóm tuổi (60-69 tuổi, 70-79 tuổi và 80 tuổi trở lên); mức sống (hộ nghèo, cận nghèo, hộ trung bình/khá); loại hình gia đình (đơn thân, sống chung vợ/chồng, sống chung với con cái); có/không có BHYT. Chúng tôi đã dựa vào các tiêu chí như trên để phân tích, so sánh các thông tin thu thập được.

Mô hình phân tích:



Mô hình phân tích như trên thể hiện vai trò của các yếu tố cá nhân; gia đình; mạng lưới xã hội và hệ thống chính sách, cơ sở vật chất bao quanh việc tiếp cận BHYT của người cao tuổi thuộc diện nghèo tại Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM). Các yếu tố này không hoàn toàn tách rời mà có những mối liên hệ nhất định với nhau. Đây là mô hình tác giả đã xây dựng dựa trên kinh nghiệm nghiên cứu trước đây và kết quả thu được từ nghiên cứu này.

Các khái niệm sử dụng trong đề tài:

Người cao tuổi: Chúng tôi sử dụng khái niệm Người cao tuổi theo Luật Người cao tuổi Việt Nam: Người cao tuổi là người từ đủ 60 tuổi trở lên.

Người cao tuổi diện nghèo là những người cao tuổi thuộc hộ nghèo và cận nghèo theo xếp loại của địa phương.

3. Địa bàn nghiên cứu

Xã A ở phía Tây – Tây Nam huyện Bình Chánh, cách trung tâm thành phố Hồ Chí Minh khoảng 15km. Phía Đông: giáp xã Tân Kiên; phía Tây: giáp xã Bình Lợi và xã Tân Bửu, huyện Bến Lức, tỉnh Long An; phía Nam: giáp Thị trấn Tân Túc và xã Tân Bửu,

huyện Bến Lức, tỉnh Long An; phía Bắc: giáp xã Lê Minh Xuân và một phần phường Tân Tạo, quận Bình Tân. Xã có diện tích tự nhiên là 2.344,07ha, chiếm 9,28% diện tích tự nhiên của huyện trong đó diện tích nông nghiệp là 1.909ha, chiếm 81,44%. Địa bàn xã được chia làm 5 ấp, với 74 tổ nhân dân; có 6.640 hộ, với 21.317 nhân khẩu.

Hiện tại trên địa bàn xã có tuyến đường Cao tốc TP.HCM – Trung Lương đi qua xã A với chiều dài 1.984 m. Đây là tuyến đường giao thông quan trọng, tạo điều kiện thuận lợi cho xã phát triển kinh tế – văn hoá – xã hội. Về hệ thống điện: xã có hệ thống điện hạ thế dài khoảng 65 km, chủ yếu nằm dọc theo các tuyến đường, 100% hộ dân sử dụng trực tiếp từ lưới điện quốc gia.

Cơ cấu kinh tế của xã chủ yếu là nông nghiệp (chiếm 75,42%), tiếp đến là các ngành thương mại, dịch vụ (chiếm 13,76%) và cuối cùng là lĩnh vực công nghiệp – tiểu thủ công nghiệp (chiếm 10,82%). Thu nhập bình quân 15 triệu đồng/người/năm (Ủy ban nhân dân huyện Bình Chánh).

Việc lựa chọn địa bàn nghiên cứu chúng tôi căn cứ trên giả định rằng có sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận các dịch vụ BHYT. Những người nghèo và người cao tuổi gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận thẻ BHYT và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bằng BHYT, trong đó yếu tố khoảng cách địa lý là yếu tố quan trọng đối với nhóm người cao tuổi. Vì vậy, địa bàn nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Công tác giảm nghèo và chính sách hỗ trợ về y tế của xã A

Theo báo cáo số 2067/BC-UBND xã A ngày 05/11/2018, chương trình giảm nghèo bền vững xã A đã đạt được kết quả khá ấn tượng. Đầu giai đoạn 2016-2020, toàn xã có 229 hộ nghèo chiếm tỷ lệ 3,9% và 573 hộ cận nghèo, chiếm 9,9%. Đến cuối năm 2018, toàn xã còn 16 hộ nghèo chiếm tỷ lệ 0,28% và 162 hộ cận nghèo chiếm 2,8%.

Trong 3 năm từ 2016-2018, đã có 1.735 thẻ BHYT được cấp cho hộ nghèo nhóm 1 và nhóm 2; 5.153 thẻ BHYT cho hộ nghèo nhóm 3A và hộ cận nghèo²; 810 thẻ BHYT hộ

²Theo quyết định Số: 3582/QĐ-UBND của Ủy ban nhân dân TPHCM:

Hộ nghèo Thành phố được chia thành 03 nhóm hộ để tổ chức thực hiện các chính sách tác động hỗ trợ giảm nghèo thứ tự ưu tiên như sau:

- Nhóm 1: Là hộ dân có thu nhập bình quân từ 21 triệu đồng/người/năm trở xuống và có điểm thiếu hụt của 05 chiều nghèo (các dịch vụ xã hội cơ bản) từ 40 điểm trở lên.
- Nhóm 2: Là hộ dân có thu nhập bình quân từ 21 triệu đồng/người/năm trở xuống và có điểm thiếu hụt của 05 chiều nghèo (các dịch vụ xã hội cơ bản) dưới 40 điểm (từ 0-35 điểm).

vừa vượt chuẩn cận nghèo. Năm 2016, UBND cùng Trạm y tế kết hợp với Bệnh viện đa khoa Quốc Ánh và công ty Pouyuen – Bình Tân khám bệnh phát thuốc, phát quà cho 250 hộ nghèo, cận nghèo (tổng số tiền 80 triệu đồng). Năm 2017, UBND cùng Trạm y tế phối hợp cùng Công đoàn cơ sở hội đồng nhân dân Thành phố và Hội Chữ thập đỏ TPHCM đến khám bệnh, phát thuốc, phát quà cho 200 hộ nghèo, cận nghèo (tổng số tiền 60 triệu đồng). Năm 2018, UBND cùng Trạm y tế phối hợp với Bệnh viện An Bình và Bệnh viện Nhiệt Đới khám bệnh, phát thuốc và phát quà cho 200 hộ nghèo, hộ cận nghèo (tổng số tiền 50 triệu đồng). Cũng trong năm 2018, phối hợp với bác sĩ bệnh viện 30/4 khám bệnh, tặng quà và phát thuốc miễn phí cho 250 người nghèo (tổng số tiền 62,5 triệu đồng).

Như vậy, qua số liệu thống kê của xã chúng ta có thể thấy công tác giảm nghèo tại xã A đã đạt được kết quả tốt. Các chính sách hỗ trợ y tế tập trung chủ yếu cho nhóm nghèo và cận nghèo. Đây là một trong những nhân tố quan trọng giúp cho việc phủ rộng BHYT được thực hiện tốt cho nhóm người cao tuổi diện nghèo. Việc phát triển bền vững BHYT yêu cầu mở rộng sự bao phủ theo chiều rộng và chiều sâu, khía cạnh bao phủ theo chiều rộng trong nhóm người cao tuổi chúng tôi đã khảo sát được thực hiện rất tốt. Chúng tôi sẽ phân tích sâu hơn vấn đề sử dụng BHYT của người cao tuổi trong những phần tiếp theo sau đây.

4. Các yếu tố tác động tới việc sử dụng BHYT của người cao tuổi diện nghèo

4.1 Các yếu tố thuộc về cá nhân người cao tuổi

Tất cả các trường hợp chúng tôi phỏng vấn đều có BHYT được UBND xã cấp và hầu hết đều đã sử dụng BHYT nhiều lần khi cần khám chữa bệnh. Một số cụm từ khi mô tả vai trò của BHYT đối với đời sống của họ mà chúng tôi được nghe trong các trường hợp phỏng vấn đó là “quan trọng lắm” “quý lắm”, có người ví BHYT như là “bùa hộ mệnh” cho bản thân (TH14). Cũng có trường hợp hộ trung bình khá (TH19) họ cảm thấy “thấy mua về cũng để đó” nên người trả lời không dự định tiếp tục mua khi còn khỏe mạnh. Nhìn chung, độ phủ BHYT tính theo chiều rộng ở nhóm người cao tuổi diện nghèo tại

- Nhóm 3A: Là hộ dân có thu nhập bình quân trên 21 triệu đồng/người/năm đến 28 triệu đồng/người/năm (không nghèo thu nhập) và có điểm thiếu hụt của 05 chiều nghèo (các dịch vụ xã hội cơ bản) từ 40 điểm trở lên.

địa phương đã đạt yêu cầu, tuy nhiên vẫn còn những lý do khá chủ quan khiến cho người cao tuổi diện nghèo chưa tận dụng được hết ích lợi của BHYT. Đó là những hạn chế trong vấn đề sức khỏe, tích lũy kinh tế và nhận thức của cá nhân người cao tuổi.

Tình trạng người cao tuổi mắc nhiều các loại bệnh mãn tính là hiện tượng phổ biến. Trong nghiên cứu này, đáng chú ý là không phải “phần lớn” mà tất cả những người cao tuổi chúng tôi gặp đều mắc phải từ 02-03 căn bệnh mãn tính, thường là huyết áp, tim mạch, khớp, mỡ máu, tiểu đường,... Tình trạng này cũng tương đồng với xu hướng gia tăng các bệnh mãn tính không lây nhiễm của người cao tuổi ở Việt Nam nói chung (Điều tra quốc gia về người cao tuổi, 2011. UNFPA, 2011). Trạm Y tế xã A đã thống kê tình hình tử vong từ cộng đồng năm 2017, kết quả là nhóm nguyên nhân tử vong nhiều nhất là do tai biến mạch máu não, tiếp đến là nhóm các bệnh khác của hệ tuần hoàn. Trong đó, nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm phần lớn trong tổng số các trường hợp tử vong (30/34 trường hợp).

Chúng tôi cũng nhận thấy có sự khác nhau giữa các nhóm tuổi trong việc thụ hưởng các dịch vụ BHYT. Xu hướng những người cao tuổi trẻ hơn, khỏe hơn sẽ có cơ hội đi khám thường xuyên hơn, ít phải trả các chi phí khám dịch vụ vì có đủ sức để khám theo số thứ tự nhận bệnh. Những người cao tuổi còn trẻ, còn khỏe chủ động hơn trong việc tự đi khám chữa bệnh, có thể sử dụng xe buýt,... Khó khăn nhất vẫn là nhóm người cao tuổi nghèo già yếu hay bị khuyết tật.

Bên cạnh tình hình nhiều bệnh tật của những người cao tuổi trong mẫu khảo sát, điều kiện kinh tế hộ gia đình cũng như của bản thân người cao tuổi diện nghèo là một rào cản rất lớn cho việc chăm sóc sức khỏe và tiếp cận BHYT của nhóm người cao tuổi diện nghèo. Cụ thể, người cao tuổi diện nghèo hầu hết đều không có thu nhập ổn định và không có tích lũy. Nguyên nhân của tình trạng này là do những người cao tuổi này lúc còn trẻ đều làm công việc giản đơn, thuộc lĩnh vực kinh tế phi chính thức, thu nhập thấp và không có các chế độ bảo hiểm xã hội. Điều này cũng gián tiếp phản ánh một vấn đề lớn của hệ thống an sinh xã hội của nước ta trước đây và vẫn còn tồn tại đến hiện nay. Tình hình chung hiện nay vẫn còn rất đông bộ phận người lao động làm việc trong các lĩnh vực kinh tế phi chính thức, không tham gia Bảo hiểm xã hội. Điều này dự báo tương lai không xa các vấn đề xã hội sẽ đặt ra cho việc đảm bảo an sinh xã hội cho những nhóm người này.

Việc không có tiềm lực kinh tế dẫn đến việc người cao tuổi diện nghèo họ ít có cơ hội để đầu tư cho việc chăm sóc sức khỏe ban đầu như ăn uống, khám chữa bệnh định

kỳ,...Đồng thời, lúc họ bị đau bệnh thường là đã ở giai đoạn bệnh khá nặng do đó việc chữa trị tốn kém hơn rất nhiều.

Qua khảo sát chúng tôi cũng nhận thấy có sự khác nhau giữa cách thức mà những người cao tuổi diện nghèo và những người có điều kiện kinh tế khá hơn khi sử dụng BHYT để đi khám chữa bệnh. Những người có điều kiện kinh tế khá hơn họ thường “khám dịch vụ” (người dân gọi là khám Hoa Mai). Khám dịch vụ họ được khám nhanh hơn và được chỉ định đi xét nghiệm cũng nhanh hơn so với khám theo danh sách BHYT. Tất cả người trả lời đều thừa nhận việc khám dịch vụ nhanh hơn, một số ý kiến cho rằng khám dịch vụ còn “ân cần” hơn so với khám thường. Từ việc không có khả năng lựa chọn dịch vụ khám bệnh theo mong muốn của mình do hạn chế về kinh tế nhiều người cao tuổi diện nghèo đã không cảm thấy thực sự thỏa mãn với dịch vụ y tế họ nhận được khi khám bằng BHYT. TH9 nói rằng “...bác sĩ khám số chứ không rõ [chạm] tới mình, huyết áp thì y tá bên ngoài đo[...]đông quá thì giờ đâu người ta tư vấn mình, người ta có tiền thì đi dịch vụ họ còn tư vấn, giải thích mình, cắt nghĩa mình thuốc này uống sao sao, khám Nhà nước đông quá nên thời giờ đâu người ta giải thích”.

Vấn đề nữa chúng tôi nhận thấy trong cuộc khảo sát này là những người cao tuổi diện nghèo chưa đi khám sức khỏe định kỳ cũng như nhiều người không có biện pháp chủ động chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Hầu hết người cao tuổi thuộc diện nghèo chưa có cách thức chủ động tự bảo vệ sức khỏe cho bản thân do đó hiện trạng sức khỏe họ không tốt đồng thời chúng tôi gặp một số trường hợp họ có thái độ rất e ngại khi đi khám sức khỏe định kỳ. Nhiều người nói rằng họ sợ đi khám sẽ phát hiện ra bệnh. Điều này ảnh hưởng tới cơ hội được khám chữa bệnh kịp thời, tận dụng được lợi ích của BHYT và xét một mặt nào đó cũng là gánh nặng của quỹ BHYT.

4.2 Các yếu tố thuộc về gia đình người cao tuổi

Kết quả cuộc nghiên cứu này vẫn cho thấy gia đình đóng vai trò quan trọng nhất trong việc chăm sóc người cao tuổi nói chung và tiếp cận BHYT nói riêng. Một số các yếu tố từ phía gia đình ảnh hưởng tới việc tiếp cận BHYT đó là loại hình gia đình, sự hỗ trợ của gia đình đối với người cao tuổi và tiềm lực kinh tế của hộ gia đình.

Loại hình gia đình có ảnh hưởng khá rõ đối với vấn đề chăm sóc người cao tuổi và sự hỗ trợ cho người cao tuổi cũng mang nét rất riêng. Những người cao tuổi sống một mình gặp rất nhiều khó khăn trong cuộc sống, đặc biệt là khi cần đi khám chữa bệnh (TH6, TH7, TH12). Hầu hết những người cao tuổi sống một mình mà chúng tôi gặp là những

người không có con cái, họ sử dụng BHYT nhưng chủ yếu ở bệnh viện huyện Bình Chánh. Họ không đi khám hoặc ngại sử dụng BHYT để đi khám ở các tuyến trên vì khó khăn trong đi lại và không có người chăm sóc.

Những người cao tuổi hộ nghèo sống cùng vợ/chồng hoặc con cái thì vấn đề an sinh cuộc sống của họ có vẻ ổn hơn. Những người sống chung với vợ/chồng họ được hỗ trợ nhiều từ người bạn đời như: tìm kiếm kinh phí, động viên tinh thần, đi khám cùng, chia sẻ kinh nghiệm khi đi khám bệnh,...

Những người sống chung với con cái thì sự hiếu thuận của con cái rất quan trọng trong việc chăm sóc người cao tuổi nói chung. Hầu hết những người cao tuổi diện nghèo trong mẫu khảo sát đều có số lượng con cái khá đông và sống chung với gia đình người con trai út. Hầu hết các vấn đề chăm sóc người cao tuổi đều được sự hỗ trợ của các con của họ. Thường là nhiều người con sẽ cùng nhau chăm sóc người cao tuổi, có người đi làm có tiền hơn thì sẽ giúp tiền, những người còn lại chờ người cao tuổi đi khám chữa bệnh hoặc chăm sóc cơm nước. Điều này có lẽ xuất phát từ truyền thống văn hóa “kính lão” lâu đời của người Việt Nam. Tuy nhiên, chúng tôi cũng nhận thấy còn một số người cao tuổi rất không hài lòng với thái độ của con cái và họ hầu như phải tự xoay xở trong cuộc sống [TH6, TH16], thậm chí TH6 nói rằng “*từ ngày bị bệnh con cái nó bỏ luôn*”. Nguyên nhân của những mối quan hệ bất hòa như vậy có thể có nhiều ẩn tình nhưng kết quả chúng tôi nhận thấy là cuộc sống của họ rất khó khăn, nhất là lúc bị bệnh phải đi đến bệnh viện. Những người này nhận được sự hỗ trợ một phần từ họ hàng và hàng xóm của mình.

Bên cạnh vấn đề mối quan hệ gia đình, yếu tố tiềm lực kinh tế của hộ cũng cho thấy sự ảnh hưởng khá lớn đến khả năng thụ hưởng BHYT của người cao tuổi diện nghèo. Những người cao tuổi hộ khá mà chúng tôi gặp (Th20, TH21) chúng tôi thấy rằng có nhiều sự khác nhau so với những người cao tuổi diện nghèo còn lại. Trước hết, bản thân họ có sức khỏe khá tốt, mặc dù có bệnh nhưng họ vẫn có thể tự đi khám chữa bệnh được; họ đã chủ động đi khám nhiều nơi trước khi quyết định chữa trị tại bệnh viện huyện Bình Chánh; các hộ này đều ít nhất có 01 người con có công việc ổn định tuy nhiên bản thân người cao tuổi họ chủ động được các chi phí khám bệnh cho bản thân và họ đều có tài sản chia cho con cháu (chủ yếu là đất đai). Ngược lại, chúng tôi thấy rằng con cái của những người cao tuổi trong mẫu khảo sát hầu hết đều làm những công việc lao động giản đơn như phụ hồ, chạy xe ba gác, bán hàng tại nhà... Những người con có thu nhập ổn định và thành công hơn cả là những người làm công nhân của các công ty. Bản thân người cao tuổi diện nghèo không có tích lũy cộng với thu nhập của hộ gia đình thấp tạo nên một cuộc sống

khá khó khăn với những người cao tuổi chúng tôi đã gặp. Đối với vấn đề khám chữa bệnh bằng BHYT của người cao tuổi diện nghèo, những người con làm công nhân thường sẽ lo liệu chi phí khám chữa bệnh cho người cao tuổi và những người con làm các công việc như phụ hồ, bán hàng,... sẽ phụ trách việc đưa đón người cao tuổi khi cần đi khám chữa bệnh, hoặc các con sẽ trả tiền cho người cao tuổi đi xe ôm. Nhìn chung, câu nói “*trẻ cậy cha, già cậy con*” dường như vẫn phản ánh đúng vấn đề an sinh cho người cao tuổi tại địa phương. Gia đình và con cái vẫn đang đóng vai trò rất quan trọng trong đời sống người cao tuổi nói chung và mặc dù nghĩa vụ, trách nhiệm của gia đình đối với người cao tuổi đều đã được nhắc đến nhiều lần trong Hiến pháp, Luật Người cao tuổi tuy nhiên “nghĩa vụ” này vẫn chủ yếu dựa vào truyền thống gia đình chứ chưa mang tính chế tài.

4.3 Vai trò của mạng lưới xã hội

Mạng lưới xã hội của người cao tuổi diện nghèo mà chúng tôi gặp nhìn chung khá hạn chế. Rất ít thấy có những mối quan hệ kiểu như nhóm bạn, câu lạc bộ,... Nhiều người cao tuổi do sức khỏe yếu đã từ lâu không tự đi ra khỏi ngôi nhà đang ở.

Hội Người cao tuổi là tổ chức uy nhất được đa số người cao tuổi diện nghèo nhắc đến khi được hỏi về việc tham gia của họ vào các sinh hoạt cộng đồng tại địa phương (trừ 01 người trong mẫu khảo sát có tham gia Hội Cựu chiến binh). Mặc dù tất cả người cao tuổi chúng tôi gặp đều là hội viên Hội Người cao tuổi nhưng việc tham gia không mang lại nhiều lợi ích đáng kể cho người cao tuổi. Chủ yếu các lý do mà người cao tuổi nêu lên khi nói đến Hội Người cao tuổi là chết có tiền mai táng (quỹ tương tế), ốm đau được thăm hỏi với định mức là “*giới hạn thăm 01 năm 01 lần*” [Phỏng vấn Đại diện Hội người cao tuổi xã]. Việc quy định định mức như vậy là do trên địa bàn có quá nhiều trường hợp người cao tuổi bị bệnh phải khám bệnh thường xuyên, có khi một tháng nằm viện 3-4 lần, do đó để đảm bảo công bằng cần có định mức như vậy. Tuy nhiên thực tế chúng tôi vẫn gặp 1-2 người cao tuổi bị sốt danh sách được thăm hỏi. Điều đáng lưu ý ở đây là “quỹ tương tế” mới là điều thu hút hội viên tham gia đầu tiên, tiếp đến là cơ hội được đi du lịch chứ không phải là những lợi ích mà Hội Người cao tuổi mang đến cho họ. Đã có thành Câu lạc bộ dưỡng sinh ở ấp 1 và ấp 2 nhưng chưa hoạt động vì [*...lớn tuổi đa số giữ con cháu hoặc yếu quá [...]*] Vì người ta không thích quy định giờ giấc...” [Phỏng vấn Đại diện Hội người cao tuổi xã]. Bên cạnh đó, qua tiếp xúc của chúng tôi khi cán bộ Người cao tuổi trả lời các câu hỏi của người cao tuổi diện nghèo về các vấn đề liên quan BHYT thì cán bộ quản lý hội cũng không nắm được thông tin chính xác để giải thích. Đại diện

Hội người cao tuổi cho biết “*Trách nhiệm hướng dẫn BHYT nên là trách nhiệm của bên bán BHYT*” [Phỏng vấn Đại diện Hội người cao tuổi xã], mà BHYT của người cao tuổi diện nghèo chủ yếu do xã phụ trách. Từ thực tế này chúng tôi nhận thấy rằng nếu các cán bộ Hội người cao tuổi được cung cấp các kiến thức về BHYT tốt hơn thì đây sẽ là một kênh truyền thông hiệu quả tại địa bàn.

Tại địa bàn nghiên cứu chúng tôi cũng thấy một điểm lý thú rằng những người “xe ôm” phục vụ người cao tuổi trong mẫu khảo sát đi khám chữa bệnh hầu hết đều là “bà con”, “họ hàng”. Vì là “bà con”, “họ hàng” nên người cao tuổi có thể gọi điện, có khi là đặt lịch cố định hàng tháng và phải trả chi phí thấp hơn so với giá “xe ôm” trên thị trường. Những người “xe ôm” này cũng có khi đóng vai trò là người nhà của người cao tuổi: dìu vào bệnh viện, nộp sỏ, dẫn đi khám, lãnh thuốc, đón về. Tùy vào mối quan hệ và tình trạng sức khỏe của người cao tuổi mà người “xe ôm” họ làm một số công đoạn trong chu trình khám hoặc làm tất cả những việc vừa kể trên mà không tính thêm tiền. Xã A, thuộc huyện Bình Chánh nằm ở vị trí cửa ngõ từ TPHCM đi về các tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long, với hiện trạng phát triển về cơ sở hạ tầng giao thông, bệnh viện,... dẫn đến quá trình đô thị đang diễn ra khá nhanh. Tại địa phương chúng tôi biết được rằng giá đất đai có sự biến động lớn, các khía cạnh về việc làm và đời sống người dân cũng thay đổi nhiều trong những năm gần đây. Tuy nhiên, trong bối cảnh như vậy chúng tôi nhận thấy rằng dường như tại đây tính cộng đồng còn khá đậm nét. Điều này cũng phần nào hỗ trợ cho những người cao tuổi diện nghèo mà chúng tôi gặp. Những sự hỗ trợ này đan xen nhiều yếu tố tình cảm hơn là yếu tố thị trường.

Những người hàng xóm láng giềng cũng đóng vai trò khá quan trọng trong việc cung cấp thông tin trong nhóm những người cao tuổi, theo cách thức truyền miệng lẫn nhau. Những thông tin này bao gồm cả những việc liên quan đến khám chữa bệnh của người cao tuổi. Tuy nhiên, những người hàng xóm này cũng không thực sự là người xa lạ mà chúng tôi thấy rất nhiều cách xưng hô thân mật theo phong cách Nam Bộ “cô Tư”, “cậu Ba”,... và chúng tôi cũng được xác nhận là họ có bà con với một mức độ nào đó. Những mối quan hệ hàng xóm láng giềng, họ hàng như vậy rất khó có thể tìm thấy ở những quận nội thành do ảnh hưởng của lối sống đô thị đậm nét hơn, do đặc điểm không gian nhà ở, do những e ngại về mặt an ninh trật tự hay an toàn giao thông,...

4.4 Vai trò của hệ thống chính sách và cơ sở vật chất

Nhìn chung người cao tuổi đã và đang được quan tâm chăm sóc theo xu hướng ngày càng tốt hơn. Các văn bản được luật hóa và có những tiêu chí khá rõ (xem thêm phụ lục 1). Tuy nhiên cũng như một số vấn đề khác còn hạn chế ở nước ta, từ luật đến đời sống nhìn chung còn khoảng cách khá xa. Có quy định về quyền và nghĩa vụ trong chăm sóc, phụng dưỡng người cao tuổi, mặc dù vậy trong thực tế nhiều vấn đề liên quan đến quyền lợi của người cao tuổi nói chung còn tồn tại mà chưa được giải quyết thỏa đáng. Một số vấn đề liên quan đến nhóm các yếu tố thuộc về chính sách và cơ sở vật chất mà chúng tôi thấy qua nghiên cứu này:

Thứ nhất, chính sách an sinh nhìn chung còn hạn chế dẫn đến đang và sẽ có nhiều người cao tuổi không có BHYT, BHXH. Nhóm người cao tuổi thuộc diện nghèo đang bao phủ BHYT theo chiều rộng khá tốt tuy nhiên theo các báo cáo của địa phương chính sách giảm nghèo của TPHCM đã đạt được nhiều thành tựu, số hộ nghèo và cận nghèo giảm rất nhiều. Vì vậy, trong tương lai việc tham gia BHYT của những người cao tuổi thuộc diện nghèo khả năng sẽ là một gánh nặng kinh tế lên cá nhân và hộ gia đình của họ. Chúng tôi nói như vậy vì phần lớn trường hợp chúng tôi gặp có đời sống rất khó khăn, những người cao tuổi bệnh nặng, tàn tật, đơn thân,...rất khó để họ có thể tự thoát nghèo. Có những người cao tuổi trong mẫu khảo sát đang có cuộc sống rất khó khăn, sức khỏe yếu [TH2: bệnh tim, phổi, khuyết tật chân, đơn thân] vẫn phải bắt chấp nguy hiểm để có bươn chải cuộc sống. Hiện tại cuộc sống TH2 hoàn toàn phụ thuộc vào những người anh em họ hàng.

Thứ hai, tiếp cận theo góc độ quyền con người chúng tôi thấy rằng thực tế người cao tuổi trong mẫu khảo sát do tuổi càng cao càng phải phụ thuộc vào con cháu mà không có sự lựa chọn nào khác. Điều này khó mang lại cho người cao tuổi tâm thế tự tin để “phát huy vai trò” của họ như Luật hướng đến.

Thứ ba, hầu hết người cao tuổi không biết đến quyền lợi theo Luật cũng như chế độ BHYT cho họ, chủ yếu vẫn là “nghe nói”. Điều này có nguyên nhân chủ quan nhưng phần nhiều theo chúng tôi là nguyên nhân khách quan. Những chính sách ưu đãi về tham gia phụng dưỡng giao thông công cộng, tiếp cận về y tế, các chế độ liên quan BHYT,... nhìn chung người cao tuổi diện nghèo trong mẫu khảo sát chưa biết hoặc chưa tiếp cận được.

Thứ tư, hệ thống y tế tuyến xã còn sơ sài trong công tác chăm sóc người cao tuổi, đặc biệt là thường xuyên thiếu thuốc. Việc thiếu thuốc còn diễn ra ngay cả tuyến bệnh viện

huyện Bình Chánh. Có những người chủ động lựa chọn tuyến Huyện nhưng cũng có những người do Trạm thường xuyên thiếu thuốc nên họ phải đi bệnh viện Huyện. Việc đi lên bệnh viện tuyến càng cao thì thường đông hơn, nhiều chi phí hơn, sắp xếp người đi cùng cũng vất vả hơn cho người cao tuổi. Vì vậy, có rất nhiều người cao tuổi diện nghèo đã sử dụng dịch vụ bác sĩ tư, tiệm thuốc tư nhân để thuận tiện hơn. Với cách thức quản lý thuốc và các cơ sở y tế tư nhân hiện nay, việc người cao tuổi diện nghèo tự mua thuốc hoặc đi bác sĩ tư sẽ tốn nhiều chi phí không cần thiết, đồng thời tiềm ẩn nhiều rủi ro đối với sức khỏe của họ.

BÀN LUẬN

Bài viết này nhằm phân tích một số những vấn đề nổi bật trong cuộc nghiên cứu về “Tiếp cận BHYT của nhóm người cao tuổi thuộc diện nghèo tại TPHCM”. Từ đó một số các vấn đề liên quan đến việc tiếp cận BHYT của nhóm người cao tuổi diện nghèo đã dần hiện ra trong một bối cảnh phát triển rộng lớn của hệ thống an sinh xã hội nước ta.

Thứ nhất, độ phủ theo chiều rộng của BHYT ở nhóm người cao tuổi thuộc diện nghèo đã thực hiện tốt. Tuy nhiên, bên cạnh đó vấn đề phủ BHYT theo chiều sâu lại đang là vấn đề với nhiều người cao tuổi nghèo. Họ mới chỉ sử dụng BHYT chủ yếu ở tuyến bệnh viện cấp Huyện. Có một số người ngại phải sử dụng BHYT ở tuyến cao hơn vì khó khăn trong chi phí đi lại, người chăm sóc,... Đồng thời, việc thiếu thuốc để chữa những căn bệnh mãn tính của người cao tuổi diễn ra khá phổ biến.

Thứ hai, phần lớn người cao tuổi diện nghèo không có tích lũy cá nhân, cuộc sống phụ thuộc chủ yếu vào gia đình. Vì vậy, những người không có gia đình chăm sóc thì vấn đề an sinh của họ rất bấp bênh. Hầu hết người cao tuổi trong nghiên cứu này đều có từ 2-3 bệnh mãn tính trở lên và phải thường xuyên đi khám chữa bệnh do đó vấn đề đi lại đối với người cao tuổi là khó khăn lớn.

Thứ ba, những người cao tuổi diện nghèo có mạng lưới xã hội khá hẹp tuy nhiên mạng lưới thân tộc, “tình làng nghĩa xóm” lại là yếu tố tích cực hỗ trợ cho nhiều người cao tuổi diện nghèo mà chúng tôi đã gặp. Mặt khác, thực tế diễn ra tại địa phương cho thấy còn thiếu vắng các hội nhóm, cơ sở,... được tổ chức chính quy để phục vụ cho chăm sóc người cao tuổi nói chung.

Thứ tư, các hạn chế trong việc phát triển mạng lưới an sinh xã hội của nước ta từ trước đến nay đã để lại những vấn đề cản trở việc thụ hưởng an sinh cho nhóm người cao tuổi

nói chung và người cao tuổi diện nghèo nói riêng. Các hạn chế này cần phải được nhanh chóng điều chỉnh để bắt kịp tốc độ già hóa dân số hiện nay của nước ta. Đồng thời, những vấn đề còn tồn tại trong việc phát triển hệ thống y tế tư nhân – công lập, bản thân vấn đề dịch vụ tại các bệnh viện công và việc phát triển cơ sở hạ tầng có tính đến nhóm người cao tuổi,... là những vấn đề cần được lưu ý trong việc hoạch định các chính sách.

Cuối cùng, như chúng tôi nhận thấy người cao tuổi diện nghèo trong mẫu khảo sát hầu hết họ đều có tâm thế khá bị động trong nhiều vấn đề: bị động trong việc được xếp loại hộ nghèo, cận nghèo; thiếu hiểu biết các vấn đề liên quan đến quyền lợi của người cao tuổi; không hiểu rõ các quy định của BHYT trong khám chữa bệnh,... Những điều này vừa có nguyên nhân chủ quan và có nguyên nhân khách quan. Theo chúng tôi với dân số già ngày càng đông thách thức trong việc chăm sóc người cao tuổi sẽ ngày càng lớn, vì vậy vai trò của các cơ quan Nhà nước và các tổ chức Hội cần phải đi sâu hơn nữa vào thực chất của quá trình phát triển./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (VNAS). 2011.

Ủy ban nhân dân huyện Bình Chánh.

<http://binhchanh.hochiminhcity.gov.vn/gioithieu/Pages/tan-nhut.aspx>,

xem ngày 12/02/2019.

UNFPA. 2011. *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam: Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách.*

Ủy ban nhân dân Thành phố Hồ Chí Minh. Quyết định Về phê duyệt Chương trình giảm nghèo bền vững của Thành phố giai đoạn 2016-2020 (Số: 3582/QĐ-UBND). 12/07/2016.

Hội người cao tuổi phường 6. 23/05/2017. *Luật pháp, chính sách của nhà nước về Người cao tuổi.* <http://phuong6tanbinh.gov.vn/luat-phap-chinh-sach-cua-nha-nuoc-ve-nguoi-cao-tuoi/>, xem ngày 12/02/2019.

PHỤ LỤC 1

Phụ lục 1: Hệ thống Luật pháp, Chính sách của Nhà nước về người cao tuổi

I. LUẬT PHÁP LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI CAO TUỔI:

- Hiến pháp năm 1946, Điều 14 quy định: “Những công dân già cả hoặc tàn tật không làm được việc thì được giúp đỡ”.
- Hiến pháp 1959, Điều 32 quy định: “Người lao động có quyền được giúp đỡ về vật chất khi già yếu, bệnh tật, hoặc mất sức lao động. Nhà nước mở rộng dần các tổ chức bảo hiểm xã hội, cứu tế và y tế để đảm bảo cho người lao động được hưởng quyền đó”.
- Hiến pháp 1992, Điều 64 quy định: “...Cha mẹ có trách nhiệm nuôi dạy con cái. Con cái có trách nhiệm kính trọng và chăm sóc ông bà, cha mẹ...”.
- Điều 87 Hiến pháp 1992 ghi: “Người già, người tàn tật, trẻ mồ côi không nơi nương tựa được nhà nước và xã hội giúp đỡ”.
- Hiến pháp 2013, khoản 3 Điều 37 quy định: “Người cao tuổi được nhà nước, gia đình và xã hội tôn trọng, chăm sóc và phát huy vai trò trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc”.
- Hiến pháp 2013 tại khoản 2, Điều 59, ghi: “Nhà nước tạo bình đẳng về cơ hội để công dân thụ hưởng phúc lợi xã hội, phát triển hệ thống an sinh xã hội, có chính sách trợ giúp người cao tuổi, người khuyết tật, người nghèo và người có hoàn cảnh khó khăn khác”.
- Luật người cao tuổi 2009: Đã dành toàn bộ chương II quy định về phụng dưỡng, chăm sóc người cao tuổi.
- Luật hôn nhân và gia đình 2014, khoản 2 Điều 71 quy định: “Con có nghĩa vụ và quyền chăm sóc, nuôi dưỡng cha mẹ, đặc biệt khi cha mẹ mất năng lực hành vi dân sự, ốm đau, già yếu, khuyết tật; trường hợp gia đình có nhiều con phải cùng nhau chăm sóc, nuôi dưỡng cha mẹ”.
- Luật bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân 1089, tại khoản 1 Điều 41 quy định” “Người cao tuổi...được ưu tiên khám, chữa bệnh, được tạo điều kiện thuận lợi để đóng góp cho xã hội phù hợp với sức khỏe của mình”.
- Bộ Luật hình sự 2015, Điều 40, khoản 2 quy định: Không áp dụng hình phạt tử hình đối với người tử tù đủ 75 tuổi trở lên khi phạm tội hoặc khi xét xử.

II. CHÍNH SÁCH CỦA NHÀ NƯỚC VỀ NGƯỜI CAO TUỔI

1. Năm 1996, Thủ tướng Chính phủ ban hành Chỉ thị 117/CP “Về chăm sóc người cao tuổi và hỗ trợ hoạt động cho Hội người Cao tuổi Việt Nam”. Chỉ thị khẳng định: “Kính lão đắc thọ” là truyền thống tốt đẹp của nhân dân ta, Đảng và nhà nước ta coi việc quan tâm, chăm sóc đời sống vật chất và tinh thần của người cao tuổi là đạo lý của dân tộc, là tình cảm và trách nhiệm của toàn Đảng, toàn dân.

Tiếp đó, Chính phủ, các bộ ngành, cơ quan Nhà nước đã ban hành nhiều văn bản pháp Luật về cơ chế chính sách liên quan đến NCT.

2. Về công tác và bảo trợ xã hội và chăm sóc sức khỏe đối với NCT:

- Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10/4/2012 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật người khuyết tật.
- Nghị định số 136/2013/NĐ-CP ngày 21/10/2013 của Chính phủ quy định chính sách trợ giúp xã hội đối với các đối tượng bảo trợ xã hội.

- Thông tư số 17/2011/TT-BLĐTBXH ngày 19/5/2011 của Bộ lao động Thương binh và xã hội quy định hồ sơ, thủ tục trợ cấp xã hội hàng tháng, hỗ trợ chi phí mai táng và tiếp nhận NCT vào cơ sở bảo trợ xã hội.
 - Thông tư số 26/2012/TT-BLĐTBXH ngày 12/11/2012 của Bộ lao động Thương binh và xã hội hướng dẫn một số điều của Nghị định số 28/2012/NĐ-CP ngày 10/4/2012 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều Luật người khuyết tật.
 - Thông tư số 21/2011/TT-BTC ngày 18/2/2011 của Bộ tài chính quy định quản lý và chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người cao tuổi tại nơi cư trú, chúc thọ, mừng thọ và biểu dương, khen thưởng NCT.
 - Thông tư 35/2011/TT-BYT ngày 15/10/2011 của Bộ y tế hướng dẫn thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.
 - Nghị định 13/2010/NĐ-CP về sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 của chính phủ về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội.
 - Nghị định 67/2007/NĐ-CP ngày 13/4/2007 về chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội.
- 3. Về lĩnh vực văn hóa, thể thao, du lịch:*
- Thông tư số 127/2011/TT-BTC ngày 9/9/2011 của Bộ tài chính quy định mức thu phí thăm quan di tích văn hóa, lịch sử, bảo tàng, danh lam thắng cảnh đối với người cao tuổi.
 - Thông tư số 06/2012/TT-BVHTTDL ngày 14/5/2012 của Bộ Văn hóa, thể thao, du lịch quy định chi tiết thi hành một số điều của Nghị định 06/2011/NĐ-CP ngày 14/01/2011 của Chính phủ về hỗ trợ NCT tham gia hoạt động văn hóa, thể thao và du lịch và tổ chức mừng thọ NCT.
- 4. Về lĩnh vực giao thông:*
- Thông tư số 71/2011/TT-BCTVT ngày 30/12/2011 của Bộ giao thông vận tải quy định về hỗ trợ NCT khi tham gia giao thông công cộng.
 - Công văn 3873/BGTVT-CP ngày 1/7/2011 của Bộ giao thông vận tải về việc triển khai thực hiện quy định giảm giá vé, giá dịch vụ cho NCT khi tham gia giao thông bằng tàu thủy chở khách, tàu hỏa chở khách, máy bay chở khách.
- 5. Về quỹ chăm sóc và phát huy vai trò NCT:*
- Nghị định 30/2012/NĐ-CP ngày 12/4/2012 của Chính phủ về tổ chức, hoạt động của quỹ xã hội, quỹ từ thiện.
 - Thông tư 02/2013/TT-BNV ngày 10/4/2013 của Bộ nội vụ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Nghị định số 30/2012/NĐ-CP ngày 12/4/2012 của Chính phủ về tổ chức, hoạt động quỹ xã hội từ thiện.
- 6. Chương trình hành động:* Quyết định số 1781/QĐ-TTg ngày 22/11/2012 của Thủ tướng chính phủ phê duyệt chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi Việt Nam giai đoạn 2012 – 2020.
- 7. Tháng hành động vì NCT:* Quyết định 544/QĐ-TTg ngày 25/4/2014 của Thủ tướng CP quy định hàng năm lấy tháng 10 là tháng hành động vì NCT.
(Nguồn: Hội Người cao tuổi phường 6 TPHCM tổng hợp)