

Các khó khăn trong việc triển khai chính sách y tế có liên quan đến giảm nghèo bền vững cho người dân tại Điện Biên, Kon Tum và Quảng Trị năm 2014

Lê Thị Kim Ánh, Lê Bích Ngọc, Trần Thị Đức Hạnh

Tổng quan và mục tiêu: Bài báo này nằm trong khuôn khổ nghiên cứu “tổng quan về những chính sách/chương trình y tế có liên quan/định hướng tới giảm nghèo bền vững cho người dân” với mục tiêu mô tả những khó khăn trong việc triển khai những chính sách y tế ở tầm quốc gia, tập trung vào tăng cường cơ hội tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bảo hiểm y tế, đặc biệt trên đối tượng người nghèo, cận nghèo và dân tộc thiểu số. *Phương pháp:* Sử dụng thiết kế nghiên cứu định tính tại 3 tỉnh Điện Biên, Quảng Trị và Kon Tum, bằng phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cả 3 nhóm đối tượng: người cung cấp dịch vụ (y tế và lao động thương binh xã hội), người thụ hưởng (người nghèo, cận nghèo và người DTTS) và các bên liên quan (như Ủy ban nhân dân, Ủy ban Mặt trận tổ quốc). *Kết quả:* Nghiên cứu đã chỉ ra các khó khăn trong việc thực thi liên quan đến quá trình triển khai (như sự chồng chéo của các chính sách, nguồn lực thực thi chính sách không được phân bổ kịp thời), các khó khăn khách quan từ cơ sở hạ tầng và đặc điểm địa bàn triển khai là ở vùng sâu vùng xa với điều kiện giao thông hạn chế, cũng như các khó khăn chủ quan từ phía người thụ hưởng (như chưa hiểu đúng và y lại vào các chính sách), từ đơn vị cung cấp dịch vụ và các bên liên quan (như trang thiết bị và năng lực y tế cơ sở hạn chế, nguồn kinh phí của Quỹ khám chữa bệnh còn hạn hẹp). Từ những kết quả đó, nghiên cứu đưa ra các khuyến nghị cụ thể về phát triển hạ tầng và nhân lực y tế, về chính sách hỗ trợ cho người nghèo, và khuyến nghị cho đối tượng thụ hưởng.

Từ khóa: chính sách y tế, giảm nghèo, dân tộc thiểu số, dịch vụ y tế

Difficulties in the implementation of health policies related to the sustainable poverty reduction for people in Dien Bien, Kon Tum and Quang Tri in 2014

Le Thi Kim Anh, Le Bich Ngoc, Tran Thi Duc Hanh

Background and objectives: This paper is part of the research entitled “Overview of health care policies

and programs related to/on direction of sustainable poverty reduction”. This paper aims to describe difficulties and disadvantages in the implementation of health care policies at central level, focusing on the improvement of access, especially access of the poor, the near poor and ethnic minorities, to health care services and health insurance. Methods: The study used qualitative design with 30 interviews and focus group discussions conducted with 3 informant groups, including service providers (MOH and MOLISA), beneficiaries (the poor, near poor, and ethnic minorities), and stakeholders (e.g. the Commune People’s Committee, Committee of the Vietnamese Fatherland Front) in Dien Bien, Quang Tri and Kon Tum. Results: The study showed difficulties and shortcomings in implementing policies on infrastructure and human resources for health that aim to improve the poor’s access to basic health services. These difficulties include the overlap of policies and delayed allocation of national budget for policy implementation, the shortage of medical equipment, and the quality of health human resources at commune health centers... The study also provided specific recommendations for policy makers, health service providers, other stakeholders, and beneficiaries.

Keywords: policy, poverty reduction, ethnic minorities, health services

Tác giả:

Trường Đại học Y tế Công cộng

1. Đặt vấn đề

Việt Nam đã thực hiện thành công Chiến lược phát triển kinh tế - xã hội giai đoạn 2001 – 2010 với tốc độ tăng trưởng GDP bình quân đạt 7,26%/năm. Cho đến năm 2009, Việt Nam đã từ một quốc gia nghèo trở thành quốc gia có thu nhập trung bình thấp, và trở thành một trong số rất ít các quốc gia có tốc độ giảm nghèo nhanh nhất thế giới [4, 6]. Tuy nhiên, kết quả giảm nghèo trong thời gian qua chưa bền vững, tỷ lệ “tái nghèo” còn cao (khoảng 7% - 10% trong tổng số hộ đã thoát nghèo). Nhiều hộ gia đình, đặc biệt là các hộ người dân tộc thiểu số (DTTS) và/hoặc hộ sống ở vùng miền núi rất dễ bị tổn thương trước những yếu tố như khủng hoảng kinh tế, biến đổi khí hậu, và đặc biệt là các rủi ro về bệnh tật [3].

Thực hiện chỉ đạo tại Thông báo kết luận số 143/TB-VPCP ngày 08/04/2014 của Văn phòng Chính phủ về việc các Bộ, ngành cần khẩn trương xây dựng kế hoạch, đề xuất sửa đổi, bổ sung cơ chế, chính sách về giảm nghèo, Bộ Y tế đã được

dự án “Hỗ trợ thực hiện Nghị quyết 80/NQ-CP về Định hướng giảm nghèo bền vững thời kỳ 2011-2020 và Chương trình Mục tiêu Quốc gia Giảm nghèo Bền vững (CTMTQG-GNBV) giai đoạn 2012 - 2015” (gọi tắt là dự án hỗ trợ giảm nghèo PRPP) của Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP) hỗ trợ một số các hoạt động kỹ thuật để tiến hành “Nghiên cứu tổng quan về những chương trình y tế có liên quan/định hướng tới giảm nghèo bền vững cho người dân” nhằm rà soát các chính sách, chương trình từ góc độ thực thi các chính sách liên quan tới giảm nghèo bền vững trong ngành y tế. Hoạt động kỹ thuật này được yêu cầu tập trung vào các chính sách của ngành y tế liên quan tới cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh và các vấn đề về bảo hiểm y tế cho người nghèo, DTTS đồng bào vùng sâu vùng xa, đặc biệt là Chương trình 135 giai đoạn 2 (CT135-II), Nghị quyết 30a, Nghị quyết 80, và CTMTQG-GNBV (các chính sách, chương trình chung ở cấp trung ương); ngoài ra, tập trung rà soát các chính sách liên quan tới cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh và bảo hiểm y tế cho người nghèo, cận nghèo và DTTS.

Với các mục đích trên, một nghiên cứu tổng quan đã được thực hiện năm 2014 nhằm các mục tiêu: (1) tổng quan những chương trình và chính sách y tế ở tầm quốc gia, tập trung vào tăng cường cơ hội tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bảo hiểm y tế, đặc biệt trên đối tượng người nghèo; (2) phân tích những khó khăn, bất cập trong quá trình triển khai thực hiện những chính sách đó, trong bối cảnh những địa bàn miền núi, vùng đồng bào DTTS; (3) đề xuất các khuyến nghị cho ngành y tế trong việc ra quyết định/chính sách y tế góp phần giảm nghèo bền vững. Bài báo này là một phần kết quả nghiên cứu tổng quan trên nhằm mô tả các khó khăn bất cập trong quá trình triển khai thực hiện các chính sách y tế có tập trung vào tăng cường cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tổng quan sử dụng thiết kế kết hợp bao gồm 2 cấu phần: (i) nghiên cứu tại bàn (desk-study) nhằm tổng quan các chính sách và (ii) nghiên cứu cắt ngang mô tả tại thực địa với phương pháp định tính và định lượng nhằm phân tích các khó khăn trong quá trình triển khai chính sách. Bài báo này là kết quả của cấu phần định tính được thực hiện tại 3 tỉnh của dự án “Hỗ trợ thực hiện Nghị quyết 80 (2011-2020) và CTMTQG-GNBV (2012-2015)” là Điện Biên ở phía Bắc và Kon Tum ở vùng Tây Nguyên, cùng với Quảng Trị ở vùng biển. Thời gian thực hiện vào tháng 10-12 năm 2014.

Khung thu thập thông tin và phân tích các khó khăn trong triển khai chính sách tập trung vào 3 loại đã được Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam năm 2012 phân nhóm: (i) nhóm chính sách về cơ sở hạ tầng và nhân lực nhằm tăng cường khả năng cung ứng dịch vụ y tế cơ bản cho người nghèo, (ii) nhóm chính sách hỗ trợ trực tiếp người nghèo tiếp cận dịch vụ y tế chủ yếu thông qua việc giảm gánh nặng chi phí chăm sóc sức khỏe cho người nghèo, cận nghèo và người DTTS, và (iii) nhóm chính sách nhằm giải quyết các vấn đề sức khỏe của người nghèo và đồng bào DTTS [4]. Tuy nhiên, nhóm chính sách nhằm giải quyết các vấn đề sức khỏe của người nghèo, người DTTS chủ yếu là các chương trình quốc gia, tác động đến nhiều đối tượng nói chung, do đó không được đưa vào phân tích trong nghiên cứu này. Nhóm chính sách hỗ trợ trực tiếp bao gồm Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo và Bảo hiểm y tế.

Đối tượng thu thập thông tin là đại diện của 3 nhóm: (i) người cung cấp dịch vụ (y tế và lao động thương binh xã hội), (ii) người sử dụng dịch vụ (người nghèo, cận nghèo và người DTTS) và (iii) các bên liên quan (như Ủy ban nhân dân, Ủy ban Mặt trận tổ quốc) thông qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. Tại mỗi tỉnh, chọn chủ đích 1 huyện ở vùng sâu (với đa số người DTTS sinh sống). Sau đó, chọn chủ đích 1 xã đại diện cho huyện để tiếp cận và thu thập thông tin từ các nhóm đối tượng này. Tổng số có 30 cuộc phỏng vấn sâu và 03 thảo luận nhóm được thực hiện. Số liệu được tổng hợp và phân tích bằng phần mềm NVIVO 8.0

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Khó khăn trong quá trình triển khai thực hiện các chính sách y tế có tập trung vào tăng cường cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo

3.1.1. Khó khăn chung trong triển khai các chính sách liên quan đến giảm nghèo

Nhiều chính sách thuộc các Bộ ngành khác nhau nên có thể dẫn đến chồng chéo trong việc hỗ trợ

Quá trình thu thập thông tin thực tế tại các địa phương cho thấy, khó khăn chung trong quá trình triển khai chính sách tại các địa phương đó là số lượng chính sách về giảm nghèo rất nhiều và được cập nhật thường xuyên. Theo kết quả của báo cáo rà soát các chương trình dự án giảm nghèo cho đồng bào DTTS và trẻ em tại Kon Tum đến hết quý I năm 2013 tỉnh Kon Tum có khoảng 58 chính sách/dự án giảm nghèo cho đồng bào DTTS [9]. Tỉnh Điện Biên cũng có 58 chính sách/dự án giảm nghèo cho đồng bào DTTS [10]. Một điểm mạnh của chương trình xóa đói giảm nghèo là chương trình mục tiêu quốc gia, do đó có sự tham gia của nhiều ban ngành; tuy nhiên, đây cũng là điểm làm cho nhiều chính sách giảm nghèo có thể bị chồng chéo. Ví dụ hai chương trình lớn về hỗ trợ giảm nghèo là Nghị Quyết 30a/2008/NQ-CP và Chương trình 135 đều có các chính sách hỗ trợ sản xuất. Để tránh trùng lặp với cách chính sách khác, Nghị Quyết 30a đưa ra hướng dẫn cơ chế thực hiện là nếu người dân được hưởng trùng với các chính sách trong Nghị quyết 30a nhưng với mức ưu đãi khác nhau thì sẽ được hưởng theo mức ưu đãi cao nhất. Tuy nhiên trên thực tế nếu địa phương không rà soát chặt chẽ sẽ vẫn có hiện tượng cùng một người dân sẽ được nhận hai lần hỗ trợ. Theo kết quả báo cáo rà soát chương trình dự án giảm nghèo tại Kon Tum, chương trình

135 đang có sự chông chéo với ngành giáo dục đào tạo, nước sạch vệ sinh môi trường... có một số chính sách trùng lặp về nội dung hỗ trợ ví dụ như hỗ trợ tiền điện và muối iốt. Ngoài ra, một số ý kiến nhận định rằng có các chính sách tính khả thi thấp nên “tuổi thọ” ngắn, đó có thể là một nguyên nhân làm cho các chính sách thường xuyên thay đổi.

“Có rất nhiều chính sách mà nói chung là thay đổi thường xuyên bởi vì bảo trợ xã hội hôm nay là sáu bảy, hôm mai là nghị định bảy ba, hôm mai là hăm tám, đó, còn bên chính sách có công [Chính sách người có công] hôm nay là nghị định ba một này, hôm mai là thông tư không năm rồi hôm mai nữa là mười sáu cho nên là khối lượng công việc nhiều” (UBND Quảng Trị).

“Cái này [sự trùng lặp] là tỉnh cũng có chú ý và cũng có làm. Ví dụ như là năm 2013 cũng đã thành lập đoàn liên ngành của Sở nông nghiệp, Sở lao động, Sở tài chính đi kiểm tra lại thì cũng có phát hiện ra ... Một số địa phương không rà soát chặt chẽ dẫn đến là có hộ cùng trên một cái khu vực điện tích đó có thể trong năm nhận được hai lần hỗ trợ giống” (Sở LĐTBXH Điện Biên).

Nguồn lực thực thi các chính sách không được phân bổ kịp thời

Nhiều ý kiến cho biết các chính sách giảm nghèo luôn nhằm mục đích hỗ trợ kịp thời và tốt nhất cho người nghèo, người cận nghèo, người sống ở địa bàn khó khăn, người DTTS. Tuy nhiên, đối với các tỉnh nghèo, nơi mà hầu hết nguồn lực cho công tác giảm nghèo đều dựa vào sự phân bổ từ ngân sách nhà nước, thì việc phân bổ ngân sách kịp thời đóng vai trò quan trọng trong việc thực thi chính sách. Khi nguồn ngân sách chưa được phân bổ, các tỉnh khó có thể chủ động trong việc lập kế hoạch triển khai, từ đó dẫn đến việc chậm trễ trong quá trình thực thi chính sách.

“Nhưng nếu như mà những chính sách đó, nguồn lực nó về ngay từ đầu năm thì người ta xác định rõ được nguồn lực như này sẽ phân bổ ở xã nào và chia ra. Nếu như có thiếu thì có thể cân đối được cho xã nào cho hộ nào từ nguồn nào người ta xác định từ trước. Cái nguồn lực ngay từ đầu mà không được, thiếu tính chủ động, thì sẽ dễ lúng túng, quá trình triển khai chính sách dễ bị vướng mắc” (BHXH Điện Biên).

Khó khăn khi triển khai tại các địa bàn vùng sâu, vùng xa vì điều kiện cơ sở hạ tầng giao thông hạn chế

Một ví dụ được nêu ra để minh họa cho sự khó khăn khi triển khai các chính sách tại địa bàn vùng sâu vùng xa là việc thực hiện Thông tư 190/2014/TT-BTC của Bộ Tài Chính về chính sách hỗ trợ tiền điện cho hộ nghèo và hộ chính sách xã hội. Theo thông tư các hộ nghèo sẽ được hỗ trợ tiền điện sử dụng cho mục đích sinh hoạt, với mức hỗ trợ tương đương tiền điện sử dụng 30 kWh là 46.000 đồng/hộ/tháng. Phương thức hỗ trợ là chi trả trực tiếp cho hộ gia đình theo hình thức hỗ trợ bằng tiền từng quý. Tuy nhiên việc thực thi chính sách rất khó khăn tại các vùng sâu, vùng xa, nơi mà điều kiện đường xá, đi lại còn rất hạn chế.

“Ví dụ như chính sách hỗ trợ tiền điện cho hộ nghèo, một người nghèo chỉ hỗ trợ được ba trăm ngàn một tháng nhưng mà yêu cầu phải chi trả trực tiếp mới được, có những trường hợp ... không khéo đi về các xã vùng sâu vùng xa, cái tiền xe máy chạy về đến thôn ... khéo nhiều hơn cả tiền điện cho nên là nhiều chính sách nó hỗ trợ mang tính giải pháp, tính cấp bách thời vụ như vậy thì nó làm cho công việc giảm nghèo nó quá tải” (Sở LĐTBXH Quảng Trị).

Tương tự, địa bàn chia cắt và đi lại khó khăn cũng ảnh hưởng đến việc tiếp cận cơ sở y tế của người dân vùng sâu vùng xa. Tại Điện Biên, trở ngại lớn nhất ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân là địa hình đồi núi, giao thông đi lại rất khó khăn là yếu tố làm hạn chế. Ví dụ từ bản xa nhất đến trạm y tế xã Ảng Tờ là 18km với đường đi chủ yếu là đường rừng, đồi núi.

“Xã này ở vùng cao, mà toàn là người dân tộc H'Mông, đường xá người ta cực kỳ khó khăn, toàn là đường mòn đường rừng ý, nên là khi họ xuống một người ốm thì phải mấy người đi theo là khênh xuống, nếu mùa mưa thì khênh từ trên xuống từ bản xuống tới các cơ sở y tế” (TYT xã Ảng Tờ).

Địa hình Kon Tum rộng và bị chia cắt đã tạo ra điểm đặc thù tại xã Ngok Réo là khoảng cách từ trạm y tế xã đến bệnh viện tỉnh (13km) gần hơn so với đến bệnh viện huyện (17km), nên “mỗi khi đau ốm nặng lên trung tâm y tế họ cũng phải chuyển về tỉnh, chuyển về tỉnh là vượt tuyến, cho nên là khó khăn”, “vừa rồi thì nhân dân cũng có tiếp xúc cử tri cũng có ý kiến về vấn đề đó ưu tiên các xã Ngok Réo

và Ngok La. Ví dụ như đau ốm nặng thì cho đi thẳng vào bệnh viện tỉnh” (UBND xã Ngok Réo).

3.2. Các khó khăn trong việc triển khai các chính sách giảm nghèo có liên quan đến y tế

3.2.1. Các chính sách liên quan đến cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế

Cơ sở vật chất trang thiết bị y tế còn hạn chế, nhiều chính sách chưa phù hợp với điều kiện địa phương (ít khả thi khi nguồn kinh phí đầu tư thực tế hạn chế).

Nhìn chung, các chính sách chỉ đạo và hỗ trợ phát triển cơ sở hạ tầng trang thiết bị y tế tại các địa bàn nghèo, vùng sâu vùng xa, vùng nhiều người DTTS tập trung vào nội dung phát triển y tế cơ sở, gần nhất với người dân là trạm y tế xã. Tuy nhiên, việc thực thi các chính sách này gặp nhiều khó khăn khi một số địa phương không có khả năng đáp ứng được các tiêu chuẩn/yêu cầu của chính sách. Nói cách khác, nhiều chính sách – ví dụ như tiêu chí của trạm y tế xã đạt chuẩn – còn quá cao, trong khi đó kinh phí đầu tư ít, nên khó khả thi. Ngoài ra, nhiều địa phương vùng sâu, vùng xa, điều kiện cơ sở hạ tầng trang thiết bị hiện tại còn nhiều hạn chế, trong khi đó, với yêu cầu đạt được tiêu chuẩn cao trong thời gian nhất định, nhiều lãnh đạo địa phương không biết sẽ xoay ở đâu ra.

“Cơ bản là các trạm này đều có nhà trạm hết, xây dựng tương đối khang trang nhưng có điều là diện tích nó chật, diện tích nó quá nhỏ đi so với bộ tiêu chí xã quốc gia hiện nay thì, trước đây thì xây có 70m² sau có xây thêm một số hạng mục phụ trợ thêm thì nó có thể rộng lên tới 90 m² hoặc hơn nhưng mà theo cái chuẩn 2001 cho tới 2020 đó thì nó phải là 250 m² xây dựng cơ, nó rộng như thế. Nhưng điều kiện của địa phương thế, tiêu chuẩn thế thì biết xoay đâu ra” (Sở Y tế Kon Tum).

“Cơ sở vật chất thì thiếu rất là nhiều, cái nhà này (trạm y tế) này đâu đã có phòng, bây giờ vừa phòng điều trị vừa phòng bệnh nhân vừa phòng làm việc... phòng bệnh nhân bây giờ chỉ có một phòng duy nhất, phòng chỉ có mấy phòng đây phòng kho vừa cấp thuốc vừa bỏ kho thuốc luôn” (Trạm Y tế, Kon Tum).

3.2.2 Chính sách về nhân lực y tế

Các chính sách giúp đảm bảo nguồn nhân lực tính về số lượng, tuy nhiên chất lượng nhân lực y tế - đặc biệt là y tế tuyến xã còn hạn chế.

Nhiều ý kiến đồng ý rằng chính phủ đã đưa ra nhiều chính sách để đào tạo nâng cao nhân lực y tế cho các cán bộ y tế tại các vùng khó khăn, cụ thể là Nghị quyết 30a và Nghị quyết 80. Tác động của các chính sách này được minh họa một cách thực tế là nhiều cán bộ y tế đã được đào tạo “từ một người chưa biết gì lên các chức danh trong ngành y tế, rồi đào tạo nâng cao từ trung cấp lên cao đẳng hoặc là từ trung cấp lên đại học đi học sau đại học”, “đào tạo chuyên khoa 1, chuyên khoa 2 về lâm sàng, rồi đào tạo tập huấn tất cả các bộ từ tỉnh cho tới tận thôn bản” (Sở Y tế Kon Tum).

Với các chính sách ưu tiên đào tạo này (cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ), hiện nay về cơ bản, số lượng cán bộ y tế đã khá đầy đủ, tuy nhiên vấn đề nổi cộm nhất là **năng lực** của cán bộ y tế, đặc biệt đối với trường hợp được đào tạo theo chế độ cử tuyển: “đào tạo theo chế độ cử tuyển anh em nó cũng chưa đáp ứng được cái yêu cầu vị trí công việc”. Nhiều ý kiến cho rằng điều này chủ yếu do năng lực đầu vào của các cán bộ hệ cử tuyển chưa cao, dẫn đến sau khi đi học, mặc dù có thêm được các bằng cấp cần thiết, nhưng năng lực thực tế còn hạn chế, đặc biệt là năng lực chuyên môn khám và điều trị bệnh.

“... bác sĩ học chuyên tu này nợ phần nào đó là họ còn hạn chế về chuyên môn, rồi họ ra trường về đó họ công tác không có những người đàn anh dẫn dắt được phát triển chuyên môn, cái đó là cái hạn chế lớn nhất” (Sở Y tế Quảng Trị).

“Cán bộ thì trình độ chuyên môn, năng lực còn hạn chế nhiều dịch vụ kỹ thuật theo phân tuyến thì vẫn chưa triển khai được kể cả tuyến tỉnh tuyến huyện tuyến xã chứ không phải nói tuyến xã đâu” (Sở Y tế Kon Tum).

“Nâng cao chất lượng cán bộ YT, các CBYT cử tuyển có chuyên môn kém. Nếu để cử tuyển, nên chẳng chỉ là các cán bộ quản lý, còn cán bộ chuyên môn nên phải là thi tuyển. Điều này cũng cần trong việc đưa ra chỉ tiêu tuyển và hoạch định cán bộ” (Sở LĐT BXH Kon Tum).

3.2.3. Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo

Sự bất cập trong chênh lệch mức giá dịch vụ giữa các địa phương ảnh hưởng đến việc sử dụng Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo.

Như đã đề cập ở phần trên, Chính phủ đã và

đang hỗ trợ các hoạt động khám chữa bệnh cho người nghèo thông qua Quỹ khám chữa bệnh và chính sách bảo hiểm y tế. Nhiều ý kiến cho rằng hiện tại, mức giá dịch vụ khám chữa bệnh được quyết định bởi địa phương chứ không có mức giá chung trên phạm vi toàn quốc. Điều đó dẫn đến có sự chênh lệch về mức giá dịch vụ khám chữa bệnh giữa các địa phương, ví dụ các bệnh viện cùng hạng nhưng lại có mức giá khám chữa bệnh khác nhau tại các tỉnh. Đối với tỉnh có mức giá dịch vụ khám chữa bệnh thấp – ví dụ Kon Tum – thì tỷ lệ kinh phí của Quỹ khám chữa bệnh được sử dụng không cao, số tiền Quỹ còn lại phải chuyển về trung ương để điều tiết chuyển sang các địa bàn khác (có khi là địa bàn “giàu” hơn do mức giá dịch vụ cao, Quỹ phải chi trả nhiều hơn). Vấn đề này cũng tương tự quỹ kết dư BHYT và là điều được nhiều người cho là bất hợp lý

“hàng năm thì ở đây chỉ sử dụng khoảng độ 50% cái Quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế thôi còn lại là cũng không được trích lại chuyển hết về trung ương hoặc là các tỉnh giàu”... “đấy, lẽ ra là tỉnh nghèo được sự hỗ trợ hơn, tăng cường hơn nhưng mà cuối cùng tỉnh nghèo là lại điều chuyển [tiền] về tỉnh giàu. Nó bất hợp lý chỗ đấy” (Sở Y tế Kon Tum).

Ngoài ra, một bất cập khác liên quan đến việc các tỉnh khống chế mức thu khám chữa bệnh, khi mức thu khám chữa bệnh thấp, bảo hiểm y tế cũng thanh toán thấp, các cơ sở y tế không muốn phát triển thêm các dịch vụ khám chữa bệnh vì “càng triển khai thì càng lỗ” (Sở Y tế Kon Tum).

Nhiều địa phương không triển khai Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo vì không có nguồn kinh phí

Tương tự các địa phương khác, tại Quảng Trị, BHYT được cấp miễn phí cho các hộ nghèo và một số bản dân tộc thiểu số “*bất kể hộ giàu hay nghèo*”. Khi đi khám chữa bệnh, người nghèo và người DTTS “*không phải đóng một khoản nào*” vì đã được hỗ trợ 100% tiền khám bệnh và thuốc men. Tuy nhiên, **chính sách hỗ trợ tiền ăn và đi lại khi chuyển tuyến của người nghèo, cận nghèo và DTTS chưa được thực hiện**. Quỹ khám chữa bệnh của tỉnh trước thời điểm 2014 chủ yếu dùng để hỗ trợ mua thẻ BHYT, chưa có nguồn hỗ trợ chi phí ăn và đi lại. Đến tháng 6/2014, UBND tỉnh đưa ra Quyết định 26, trong đó quy định hỗ trợ tiền ăn cho các bệnh nhân lưu trú tại các cơ sở khám chữa bệnh. Theo

quyết định này, bệnh nhân nghèo nằm lại điều trị nội trú sẽ được thanh toán 35.000 đồng tiền ăn hàng ngày. Tuy quyết định đã được triển khai vào ngày 1/11/2014, hiện nay tại một số huyện thì chỉ có bệnh viện đa khoa huyện đã thực hiện do lấy được kinh phí từ ủy ban huyện, còn trạm y tế xã – ví dụ xã Cam Tuyền - *vẫn chưa triển khai “vì chưa biết kinh phí nằm ở đâu, nếu mình triển khai thì không biết lấy tiền đâu trả cho bệnh nhân, rất là khó”, “họ không có tiền tội thân họ lại về nhà họ ăn. Như vậy bệnh nhân điều trị nội trú thời gian lưu trú ở đây không phải 100% đâu, họ lại xin về ăn rồi lại lên, rất bất cập”* – TYT xã Cam Tuyền.

3.2.4. Chính sách bảo hiểm y tế

Vấn đề cấp thiếu/sót, trùng thẻ, sai thông tin trên thẻ BHYT gây khó khăn trong việc triển khai chính sách BHYT cho người dân.

Thực tế tại các địa phương, đặc biệt là các địa bàn nghèo, vùng sâu, vùng xa, vùng nhiều đồng bào DTTS, bảo hiểm y tế là chính sách được nhiều người khen ngợi vì đã giúp cho nhiều người nghèo không có khả năng về tài chính có thể khám chữa bệnh. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện chính sách bảo hiểm y tế vẫn có một số bất cập về việc cấp trùng, cấp thiếu, hoặc sai thông tin cá nhân, dẫn đến lãng phí tiền của nhà nước, người dân trong diện được sử dụng không tiếp cận được, hoặc gặp các rắc rối về mặt thủ tục...

Hiện tượng sót thẻ cho các đối tượng người nghèo, cận nghèo và DTTS chủ yếu xảy ra ở những năm trước đây, thường sót thẻ của đối tượng trẻ em của các gia đình nghèo chuyển từ BHYT cho trẻ dưới sáu tuổi lên BHYT cho trẻ lớn hơn 6 tuổi; hoặc sót thẻ ở một số hộ tại các điểm bản sâu xa. Để hạn chế tình trạng này, BHXH tỉnh Điện Biên đã linh động giải pháp cho phép người dân ở vùng thuộc diện bao phủ BHYT, ví dụ người ở các huyện xã đặc biệt khó khăn, chỉ cần giấy tờ tùy thân chứng minh nhân thân hoặc giấy khai sinh để chứng minh là người dân ở địa bàn đó, thì các hoạt động khám chữa bệnh vẫn được tiến hành bình thường như đối với người có thẻ. Sau đó các cơ quan tiến hành cấp thẻ bổ sung.

Hiện tượng trùng thẻ cũng là hiện tượng xảy ra ở các đối tượng thuộc nhiều nhóm nhận hỗ trợ đan xen, vừa là hộ nghèo, vừa là người DTTS, hoặc vừa là người có công.... Giải pháp cho vấn đề này là thu

hồi thẻ BHYT và cấp lại thẻ mới duy nhất. Hiện nay, hàng năm Sở LĐTBXH và cơ quan BHXH các tỉnh đều tổ chức đoàn kiểm tra liên ngành để kiểm tra lại và giám sát việc thực hiện chính sách của các huyện. Kết quả những năm gần đây đã giảm đi rõ rệt những hiện tượng sai, sót, trùng thẻ, còn sót thẻ thì hầu như không còn nữa.

Ngoài ra, hiện tượng trùng thẻ còn do kỹ thuật phát hành thẻ của BHXH còn hạn chế, không kiểm soát hết được số lượng người trùng tên, người có nhiều thẻ. Giải pháp là phân loại đối tượng tốt ngay từ khâu thu thập danh sách tại thôn, phân loại đối tượng ưu tiên 1, ưu tiên 2, theo hướng dẫn cụ thể của ngành LĐTBXH, tránh việc trùng lặp hoặc một người có nhiều thẻ.

“Cấp thẻ còn nhiều tình trạng là thẻ thì sai thông tin cá nhân rồi nhiều trường hợp không có thẻ, nhiều trường hợp khác lại hai, ba thẻ thậm chí có người năm, sáu thẻ luôn” “ví dụ một đứa trẻ dưới 6 tuổi nằm trong hộ nghèo thế như vậy nó có hai tiêu chuẩn, trẻ dưới 6 tuổi thì nó cũng được thẻ bảo hiểm y tế, nếu mà nó là thành viên của hộ nghèo thì nó cũng được thẻ bảo hiểm y tế, đó, chưa nói nó đi học nữa thì nó có thẻ bảo hiểm học sinh nữa, thế nên là cái hệ thống cấp thẻ bảo hiểm của mình chưa làm tốt cái việc đó” – Sở Y tế Quảng Trị

Mặc dù trong những năm gần đây, cơ quan Bảo hiểm xã hội đã áp dụng công nghệ thông tin, trong đó sử dụng các phần mềm lọc dữ liệu để cảnh báo trùng lặp khi cấp thẻ, khiến việc cấp nhiều thẻ cho một người có nhiều tiêu chuẩn giảm đi đáng kể. Tuy nhiên do đặc thù của các địa bàn nghèo, vùng sâu vùng xa, vùng nhiều đồng bào DTTS, có nhiều người không biết chữ và đồng bào DTTS có tên khó phiên âm nên thực trạng viết sai tên và trùng vẫn xảy ra.

“Tên người dân tộc thiểu số sai một chữ là khác nhau rồi. Đặc thù của người dân tộc thiểu số này sống nhiều hộ là những người có tuổi rồi trước đây là người ta không biết chữ thì cái tên người ta viết ra người cũng chưa biết viết như thế nào cho nó đúng chỉ qua miệng nói với ông trưởng bản lúc này là Dĩa lúc sau là Ghĩa thế là dẫn đến hiểu lầm là hai con người” (Sở LĐTBXH Điện Biên).

Chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT chưa đáp ứng yêu cầu của người dân

Ở các địa bàn khảo sát, hầu hết cơ sở đăng ký ban đầu của người dân là trạm y tế xã, tuy nhiên chất lượng khám chữa bệnh hiện nay đang có một số bất cập. Tình trạng thiếu thuốc vẫn xảy ra, thuốc không được kịp thời cho người bệnh khi đến khám tại cơ sở khám chữa bệnh BHYT. Cơ sở vật chất của trạm y tế không đáp ứng đủ nhu cầu của người dân, đặc biệt khi đến mùa dịch bệnh. Các dịch vụ y tế tại cơ sở khám chữa bệnh ban đầu không sẵn có nên người dân phải chuyển lên các tuyến trên khi có nhu cầu, ví dụ làm các xét nghiệm, siêu âm, điện tim... Ngoài ra, các phân tích ở phần trên về sự hạn chế của năng lực cán bộ y tế xã cũng là một rào cản cho người dân khi muốn tiếp cận dịch vụ y tế.

“...người dân đi khám chữa bệnh là đôi lúc là còn thiếu thuốc men, phải nói thẳng như vậy” (MTTQ Kon Tum).

“cơ sở vật chất vẫn còn thiếu thốn khi mùa dịch thì người dân đến nhiều thì không có chỗ ở, giường thiếu, nơi khám chữa bệnh cũng thiếu” ...” (UBND Kon Tum).

“phần nhiều bà con tại cộng đồng cái tiếp cận đầu tiên ở trạm y tế xã thì trạm y tế xã cũng vẫn còn đơn sơ và người ta đến đó các dịch vụ khám chữa bệnh rất đơn giản” (Sở LĐTBXH Điện Biên).

Người dân nói chung chưa nhận thức đúng về quyền lợi khi tham gia BHYT, chưa hiểu đúng về chính sách hỗ trợ mua BHYT của chính phủ, và người cận nghèo gặp nhiều khó khăn trong việc tự chi trả 30% thẻ BHYT và các chi phí y tế khác.

Ngoài các bất cập về mặt chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh BHYT như phân tích ở phần trên, nhiều người dân vẫn chưa nhận thức và hiểu biết đầy đủ về quyền lợi khi tham gia BHYT, chưa biết về sự hỗ trợ mua BHYT của chính phủ, và đối với người cận nghèo phải tự chi trả 30% mức phí mua BHYT là những yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mua BHYT, đặc biệt với các hộ sống ở vùng sâu vùng xa. Tại 3 tỉnh khảo sát, đối với các hộ gia đình cận nghèo không tham gia BHYT, lý do chính vẫn là do không có kinh phí/không muốn đóng khoản 30% còn lại. Các địa phương gặp nhiều khó khăn khi thuyết phục nhóm đối tượng này tham gia BHYT.

“Nhiều hộ không biết quyền của họ nên họ chưa kê khai để làm BHYT, do nhiều gia đình sống ở vùng

sâu vùng xa, không có học vấn nhiều, ít tiếp cận truyền thông nên chưa rõ" (BHXH Kon Tum).

Có người bốn trăm nghìn [tiền đóng BHYT] với họ là cực kỳ lớn. Một năm họ không đau [bệnh] chi hết, họ bảo không đau chi hết mua một cái thẻ cực kỳ uống, chỉ khi thấy đau mới thấy giá trị (BHXH Quảng Trị).

Tâm lý ỷ lại, dựa dẫm vào các hỗ trợ của chính phủ, không muốn thoát nghèo

Về nội dung chính sách, có sự khác biệt rất lớn giữa các hỗ trợ dành cho hộ cận nghèo và hộ nghèo. Người nghèo nhận thấy rằng các hỗ trợ cho hộ nghèo rất nhiều, nhiều hơn so với hộ cận nghèo nên họ có tâm lý không muốn thoát nghèo, muốn thụ hưởng những hỗ trợ ở diện hộ nghèo. Điều này gây cản trở lớn cho công tác giảm nghèo tại địa phương

"...cái khó khăn hiện nay như anh biết chính sách hỗ trợ nhiều quá tạo tâm lý ỷ lại cho người nghèo, người nghèo hình như là họ thích được nghèo vì được quá nhiều chính sách ...họ thoát nghèo rồi nhưng họ vẫn muốn được hưởng chính sách như là người nghèo, ví dụ bảo hiểm y tế (BHXH Điện Biên).

"...nhà nào là hộ nghèo thì được [hỗ trợ] nhà nào không có hộ nghèo thì không được. nhà mình thoát nghèo không được gì, chỉ được mỗi BHYT thôi.... Người nghèo thì chắc được [tiền hỗ trợ chi phí ăn uống khi nằm viện], mình không có hộ nghèo thì không được, mình từ tức hết" (Người dân ở Điện Biên).

Người dân chưa hiểu đúng và thực hiện đúng các thủ tục khi tham gia BHYT

Về phía người dân, việc bảo quản thẻ bảo hiểm y tế không tốt là vấn đề thường xuyên xảy ra ở các địa phương. Mất thẻ hoặc đi khám không đem theo thẻ khiến cho việc sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh của người dân gặp khó khăn. Theo quy định khám chữa bệnh BHYT, khi đi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thẻ BHYT còn giá trị sử dụng và giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ. Đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ cần xuất trình thẻ BHYT còn giá trị sử dụng. Tuy nhiên hiện nay nhiều người dân không có ý thức đem thẻ và giấy tờ tùy thân theo khi đi khám chữa bệnh BHYT, có người còn đem thẻ BHYT của người khác ra sử dụng. Nhiều người dân cũng không có ý thức bảo quản thẻ dẫn đến tình trạng mất thẻ khiến cho việc sử dụng các dịch vụ

khám chữa bệnh của người dân cũng gặp khó khăn.

"mình nhắc nhở nhân dân rồi khi đến là phải đem cái thẻ còn sử dụng rồi họ cũng quên, chỗ xa đó đi lấy lại cũng khó khăn, rồi cũng có người làm mất, giặt làm mất đó thì làm lại cũng khó khăn, trậm trễ thời gian" (TYT Kon Tum).

"Họ bảo quản không tốt, cấp cho họ rồi họ để trên gác bếp hay là để trong túi quần nó nhàu nát các thứ rồi nó mất đi chỗ nào cũng không biết luôn" UBND Kon Tum.

4. Bàn luận

Khó khăn lớn nhất trong 3 khó khăn chung khi triển khai các chính sách liên quan đến giảm nghèo được đề cập ở phần trên là vấn đề nguồn lực để thực thi chính sách. Để thực hiện giảm nghèo bền vững, Chính phủ đã đưa ra nhiều chính sách, trong đó có các chính sách về y tế. Từ chương trình 135 giai đoạn II (CT135-II) được thực hiện từ năm 2006 đến năm 2010 và Nghị quyết 30a năm 2009 đều có các nội dung xây dựng cơ sở hạ tầng, phát triển sản xuất, hỗ trợ giáo dục, hỗ trợ y tế; tuy nhiên, một số báo cáo đánh giá đã chỉ ra rằng nhiều dự án xin nguồn đầu tư để xây dựng các cơ sở y tế và bệnh viện trong khi chưa rõ về khả năng được phân bổ ngân sách chi thường xuyên [4]. Các hạng mục đầu tư cơ bản, ví dụ từ Nghị quyết 30a và CT135-II, cho các cơ sở và trung tâm y tế đang tạo thêm gánh nặng đối với ngân sách chi thường xuyên của các tỉnh, huyện và cả xã. Do vậy nhiều tỉnh, huyện không có động lực để tăng cường đầu tư cho các cơ sở y tế. Theo Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2012, các chính sách củng cố mạng lưới y tế cơ sở đã đạt được nhiều thành tựu khi cung cấp khoảng 80% lượng dịch vụ y tế, đặc biệt là cho người nghèo, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, và người DTTS [1]. Đến năm 2013, theo Tổng điều tra cơ sở kinh tế, hành chính, sự nghiệp ngành y tế, tính đến thời điểm tháng 7/2013, 100% xã phường trên toàn quốc có trạm y tế [7]. Tuy nhiên, vẫn còn 16% trạm y tế chưa có công trình nước sạch và nhà tiêu hợp vệ sinh. Tỷ lệ xã phường đạt chuẩn quốc gia về y tế xã trên toàn quốc vẫn dưới 80%, tỷ lệ này đặc biệt thấp ở các tỉnh vùng Trung du và miền núi phía Bắc, Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung, và Tây Nguyên [7]. Tại 3 tỉnh khảo sát là Điện Biên (thuộc vùng Trung du và miền núi phía Bắc), Quảng Trị (thuộc Bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung),

và Kon Tum (Tây Nguyên), tỷ lệ xã đạt chuẩn quốc gia về y tế cũng có nhiều cải thiện, nhưng so với tỷ lệ chung của toàn quốc và của các vùng khác, tỷ lệ xã đạt chuẩn quốc gia về y tế ở 3 địa phương này còn rất thấp, đặc biệt là Điện Biên. Nghiên cứu này cũng đã cho thấy khó khăn trong việc triển khai các chính sách đầu tư cho cơ sở hạ tầng y tế là địa phương không đủ nguồn lực tài chính và sự thiếu đồng bộ với các hạ tầng cơ sở khác, quan trọng nhất là giao thông.

Về các khó khăn liên quan đến cơ sở hạ tầng, trang thiết bị và nhân lực y tế, nghiên cứu này cũng đã chỉ ra vòng tròn luẩn quẩn cản trở sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tuyến cơ sở - tuyến gần dân nhất và đặc biệt quan trọng nhất đối với người nghèo, người DTTS ở vùng sâu vùng xa. Ở góc độ cung cấp dịch vụ, khó khăn được nêu ra là cơ sở hạ tầng trang thiết bị y tế cơ sở hạn chế và nguồn nhân lực thiếu chất lượng. Ngay trong nội hàm của góc độ này, kết quả từ một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra một số các yếu tố gây nên sự kém thu hút cán bộ y tế ở tuyến y tế cơ sở, trong đó thu nhập thấp và điều kiện làm việc không bảo đảm do thiếu trang thiết bị là hai nguyên nhân chủ yếu làm cho các cán bộ y tế nói chung đặc biệt là bác sĩ không muốn làm việc tại tuyến huyện, xã. Ở góc độ người sử dụng dịch vụ, chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở - nơi mà đa số người dân đăng ký BHYT – chưa đáp ứng được nhu cầu, dẫn đến mức độ sử dụng dịch vụ thấp. Nói cách khác, năng lực của y tế cơ sở cũng là lý do để người dân điều trị vượt tuyến. Báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2013 cũng chỉ ra rằng hiện nay ở các cơ sở y tế tuyến xã, chỉ có 15,6% cán bộ y tế biết cách xử trí một vụ dịch, 17,3% bác sĩ và y sĩ có kiến thức và kỹ năng đúng trong xử trí sơ cấp cứu, 17% bác sĩ và y sĩ biết được các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ phụ nữ mang thai, 50,5% cán bộ y tế biết cách chẩn đoán tăng huyết áp, và khoảng 60% cán bộ y tế có kiến thức đúng về chăm sóc sơ sinh so với Chuẩn quốc gia [2]. Ngay cả nhiều bệnh viện tuyến huyện chưa có khả năng thực hiện được các kỹ thuật phân theo tuyến và phải chuyển người bệnh lên tuyến trên. Tỷ lệ chẩn đoán sai ở bệnh viện tuyến dưới khá cao, khoảng 59% bệnh nhân chuyển từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh được chẩn đoán chính xác từ tuyến huyện, 75% bệnh nhân khi được chuyển lên tuyến trung ương được xác nhận chuẩn đoán chính xác từ tuyến tỉnh hoặc huyện [2].

Với việc thực thi Luật BHYT, tính đến năm 2012, ước tính có khoảng 66.8% dân số có BHYT [1]. Tỷ lệ này cao hơn ở nhóm người thuộc hộ nghèo và DTTS do được nhà nước hỗ trợ hoàn toàn tiền mua thẻ BHYT, trong khi đó, ở nhóm người thuộc hộ cận nghèo, tỷ lệ BHYT là thấp nhất, chỉ 25% [1]. Nghiên cứu này đã cho thấy lý do về tài chính là nguyên nhân chính làm cho người cận nghèo không tiếp cận BHYT. Kết quả này cũng tương tự báo cáo nghiên cứu về triển khai thực hiện BHYT cho người cận nghèo do Bộ Y tế phối hợp cùng Quỹ Rockerfeller thực hiện năm 2011 đó là có nhiều nguyên nhân người cận nghèo không mua thẻ BHYT, trong đó, lý do khó khăn về mặt tài chính khi chi trả khoản 30% còn lại của thẻ BHYT là lý do quan trọng nhất [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, nhận thức về tầm quan trọng của BHYT và tâm lý ỷ lại của người dân vào sự hỗ trợ của chính quyền cũng là những rào cản quan trọng cản trở người dân tiếp cận BHYT.

Ngoài chính sách BHYT, các chính sách về việc thành lập và sử dụng Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo cũng góp phần bảo đảm việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho người nghèo, cận nghèo và DTTS, giúp họ tránh được rủi ro về mặt kinh tế khi có các vấn đề sức khỏe. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này đã cho thấy nhiều địa phương không có Quỹ hoặc Quỹ không đủ/không đảm bảo việc hỗ trợ cho người nghèo. Điều này một phần do sự cân đối nguồn Quỹ dựa trên nguồn kết dư của BHYT dựa trên sự chênh lệch mức giá khám chữa bệnh dẫn đến ở những tỉnh nghèo nguồn kinh phí dành cho Quỹ ít hơn trong khi nhu cầu sử dụng nhiều hơn các tỉnh khác. Kết quả cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế năm 2013 khi cho thấy có sự chênh lệch khá lớn giữa mức giá khám chữa bệnh bình quân giữa các tỉnh và từ đó có sự chênh lệch về kết dư BHYT giữa các vùng [8].

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là quá trình triển khai ở thực địa cần đến sự giới thiệu của Ủy ban nhân dân các địa phương và sử dụng người dẫn đường tại xã kiêm phiên dịch có thể dẫn đến sai số thông tin khi địa phương có thể không muốn giới thiệu những đối tượng thuộc hộ nghèo không có bảo hiểm y tế vì ảnh hưởng đến thành tích/báo cáo của địa phương. Ngoài ra, việc sử dụng người dẫn đường là cán bộ y tế tại địa phương kiêm phiên dịch có khả năng làm cho một số thông tin bị sai

lệch do người dân không dám phản hồi hoặc phiên dịch không đầy đủ. Để khắc phục nhược điểm này, nhóm nghiên cứu đã sử dụng những câu hỏi dễ hiểu, ngắn gọn, ngắn gọn, hạn chế sử dụng những từ khó, chỉ đi vào trọng tâm của nghiên cứu để người hỏi có thể trả lời trực tiếp, hạn chế việc phải phiên dịch. Tuy nhiên thông tin vẫn có thể chưa đầy đủ như mong đợi.

5. Kết luận và khuyến nghị

Mặc dù có một số hạn chế như đã bàn luận ở phần trên, nghiên cứu này cũng đã chỉ ra các khó khăn còn tồn tại khi triển khai các chính sách y tế có liên quan đến định hướng giảm nghèo cho người dân. Từ các kết quả đó, nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị sau:

Về cơ sở hạ tầng y tế: cần tiếp tục thực hiện việc đầu tư hoàn chỉnh vào chuẩn y tế xã, không chỉ trạm y tế xã đạt chuẩn, mà còn các chỉ tiêu khác của y tế như trong Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 07/11/2014 của Bộ Y tế.

Về nhân lực y tế: đào tạo cử tuyển, đào tạo theo địa chỉ hay đào tạo chuyên tu cần được tiếp tục trong thời gian tới cho đến khi bao phủ 100% trạm y tế xã có bác sỹ vào năm 2015 như mục tiêu trong Quyết định 538. Cần có những đánh giá về tiến trình triển khai chế độ cử tuyển, tuyển sinh theo địa chỉ tại các tỉnh, để xem xét các tỉnh ưu tiên nhận được chính sách này và quan trọng hơn là bồi dưỡng nguồn nhân lực tuyển xã thông qua các khóa đào tạo ngắn hạn, nâng cao năng lực chuyên môn.

Về các chính sách hỗ trợ trực tiếp cho người nghèo: tiếp tục hỗ trợ về BHYT cho người nghèo, cận nghèo, người DTTS để giúp người nghèo tiếp cận được các dịch vụ y tế nói chung. Các địa phương cần cân nhắc sử dụng nguồn kết dư BHYT

để hỗ trợ cho nhóm đối tượng người cận nghèo ở những vùng khó khăn. Các tỉnh cần thành lập và duy trì Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo như quy định từ tuyến xã trở lên; đối với các xã nghèo, tỉnh cần cân đối nguồn ngân sách và hỗ trợ cho Quỹ này từ nguồn kết dư để người dân được tiếp cận hỗ trợ đầy đủ.

Các địa phương cũng cần linh động để tạo điều kiện tốt nhất cho người dân tiếp cận dịch vụ y tế. Xem xét đẩy mạnh mô hình đưa y tế đến gần người dân như mô hình cô đỡ thôn bản, hoặc các đợt khám lưu động của trạm y tế là cần thiết trong khi phong tục tập quán và thói quen tìm kiếm dịch vụ y tế còn hạn chế ở người dân.

Đối với người thụ hưởng: cần đẩy mạnh truyền thông cho người dân hiểu về tầm quan trọng, quyền lợi của người dân khi tham gia và tuân thủ các quy định của BHYT.

Mặc dù việc cấp trùng thẻ đã giảm nhiều so với trước đây do có sự phối hợp liên ngành giữa BHYT, BHXH và các ban ngành, hội đoàn thể khác, các cơ quan BHXH cần xây dựng cơ sở dữ liệu để quản lý tốt hơn các đối tượng cần cấp thẻ để tránh trùng lắp gây lãng phí và tạo sự minh bạch trong thực thi các chính sách hỗ trợ nói chung.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ tài chính của dự án PRPP của Chương trình phát triển Liên Hợp Quốc (UNDP) và Chương trình hỗ trợ của Ailen (Irish Aid) và hỗ trợ kỹ thuật của Vụ Kế hoạch – Tài chính Bộ Y tế. Nhóm nghiên cứu cũng xin cảm ơn Trường Đại học Y tế Công Cộng đã tạo điều kiện thực hiện nghiên cứu này.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế Việt Nam, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam năm 2012: Nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh, in Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam. 2012, Bộ Y tế: Hà Nội, Việt Nam.
2. Nam., B.Y.t.V., Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam 2013: Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân, in Báo cáo chung tổng quan ngành y tế Việt Nam. 2013, Bộ Y tế: Hà Nội, Việt Nam.
3. Ngân hàng thế giới tại Việt Nam, Báo cáo đánh giá nghèo Việt Nam 2012. 2012, Ngân hàng Thế giới: Hà Nội, Việt Nam.
4. Phùng Đức Tùng, et al., Tác động của chương trình 135 giai đoạn II qua lăng kính hai cuộc điều tra đầu kỳ và cuối kỳ. 2012, Công ty Nghiên cứu và Tư vấn Đông Dương: Hà Nội, Việt Nam.
5. Quỹ Rockefeller, Báo cáo nghiên cứu về triển khai thực hiện BHYT cho người cận nghèo. 2011, Quỹ Rockefeller: Hà Nội, Việt Nam.
6. Tổng Cục thống kê, Điều tra mức sống hộ gia đình năm 2008. 2008, Tổng Cục Thống kê: Hà Nội, Việt Nam.
7. Tổng Cục thống kê, Y tế Việt Nam qua Tổng điều tra Cơ sở kinh tế, hành chính, sự nghiệp 2012. 2014, Tổng Cục Thống kê: Hà Nội, Việt Nam.
8. Trần Thị Oanh và cộng sự, Tình hình chăm sóc sức khỏe cho người nghèo tại năm tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. 2013, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế: Hà Nội, Việt Nam.
9. Ủy ban Nhân dân tỉnh Kon Tum, Báo cáo rà soát các chương trình dự án giảm nghèo cho đồng bào dân tộc thiểu số và trẻ em tỉnh Kon Tum. 2013, Ủy ban nhân dân tỉnh Kon Tum, Sở Kế hoạch Đầu tư: Kon Tum, Việt Nam.
10. Ủy ban Nhân dân tỉnh Điện Biên, Báo cáo rà soát các chương trình dự án giảm nghèo cho đồng bào dân tộc thiểu số và trẻ em tỉnh Điện Biên. 2013, Ủy ban Nhân dân tỉnh Điện Biên, Sở Kế hoạch và Đầu tư: Điện Biên, Việt Nam.