

## Sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo ở Hà Nội

PGS.TS. Mai Thị Thanh Xuân\*

*Khoa Kinh tế Chính trị, Trường Đại học Kinh tế,  
Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thủy, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 10 tháng 8 năm 2011

**Tóm tắt.** Bài viết bàn về cơ hội của người nghèo Hà Nội trong tiếp cận dịch vụ y tế và thực tế việc khai thác các cơ hội đó như thế nào. Phân tích số liệu về sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người nghèo trong những năm gần đây, bài viết rút ra nghịch lý: khi bị đau ốm, quyết định của người nghèo về việc có chữa trị hay không, đến bệnh viện nào, lựa chọn hình thức khám chữa bệnh nào là xuất phát từ yếu tố kinh tế chứ không phải từ yếu tố sức khỏe; đồng thời kiến nghị một số giải pháp trực tiếp và gián tiếp nhằm tạo cơ hội nhiều hơn cho người nghèo trong tiếp cận dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe bản thân.

*Từ khóa:* Dịch vụ, y tế, người nghèo, Hà Nội.

### 1. Cơ hội tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo ở Hà Nội

Là trung tâm kinh tế, văn hóa và khoa học - kỹ thuật của cả nước, Hà Nội có nhiều cơ hội hơn so với các địa phương khác trong tiếp cận dịch vụ y tế.

*Thứ nhất*, tại Hà Nội, số lượng và mật độ các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) cao hơn các địa phương khác. Theo số liệu của Tổng cục Thống kê, đến năm 2009, Hà Nội có 651 cơ sở KCB (chiếm 4,84% tổng số cơ sở của cả nước) với 10.066 giường bệnh (chiếm 4,32%), trong đó có 41 bệnh viện (chiếm 4,09%). Bình quân trên 1 km<sup>2</sup> tại Hà Nội có 0,195 cơ sở KCB (cả nước có 0,04 cơ sở) và trung bình 9.941 người dân có 1 cơ sở KCB (cả nước 24.613,5 người) [1]. Mật độ cơ sở y tế cao hơn đồng nghĩa với việc người dân Hà Nội có điều kiện đáp ứng

nhu cầu KCB nói riêng và chăm sóc sức khỏe nói chung tốt hơn so với cả nước.

*Thứ hai*, mật độ mạng lưới y tế tại Hà Nội cao hơn các địa phương khác, nhưng tỷ lệ người nghèo lại thấp hơn. Tốc độ tăng trưởng kinh tế của Hà Nội khá cao đã làm giảm đáng kể tỷ lệ hộ nghèo trên địa bàn. Trong nhiều năm qua, mức thu nhập bình quân đầu người của Hà Nội luôn cao hơn mức trung bình chung cả nước, trong đó năm 2006 cao hơn 1,57 lần, năm 2009 cao hơn 1,65 lần, và năm 2010 cao hơn khoảng 1,6 lần. Theo đó, tỷ lệ hộ nghèo toàn Thành phố cũng giảm từ 3% năm 2006 xuống còn 2,4% năm 2008 (cả nước giảm tương ứng là 15,47% xuống 13,4%). Từ năm 2009, Hà Nội áp dụng chuẩn nghèo riêng (270.000 đồng/người/tháng đối với khu vực nông thôn và 350.000 đồng/người/tháng đối với khu vực thành thị - cao hơn 2 lần so với chuẩn quốc gia là 200.000 đồng và 260.000 đồng)<sup>(1)</sup> nên tỷ lệ hộ nghèo

\* ĐT: 84-915868907  
E-mail: xuanmtt@vnu.edu.vn

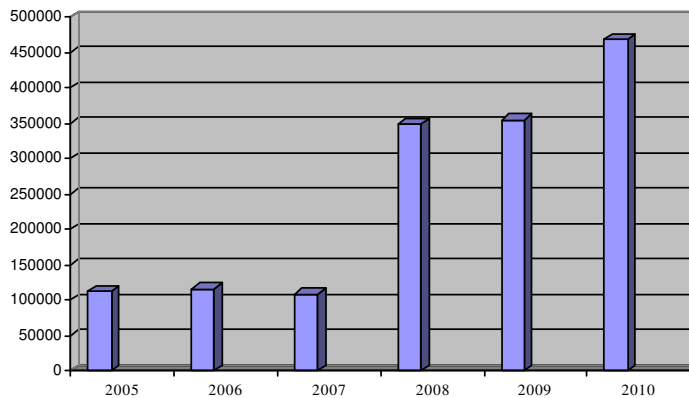
<sup>(1)</sup> Theo Quyết định số 1592 của Ủy ban Nhân dân Thành phố Hà Nội, năm 2009.

theo chuẩn mới là 6,09% và năm 2010 chỉ còn 5,4% (ước tính). Như vậy, trong khi mạng lưới y tế của Hà Nội được mở rộng thì số người nghèo lại có xu hướng giảm mạnh, do đó có thể thấy cơ hội đối với người nghèo trong việc thụ hưởng các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe tại đây là rất lớn.

Chính những thuận lợi trên cùng sự quan tâm của chính quyền các cấp đã tạo điều kiện cho Hà Nội trở thành một trong những địa phương được đánh giá là thực hiện khá tốt chính sách bảo hiểm y tế (BHYT) cho người nghèo trong thời gian qua. Số người nghèo được cấp phát thẻ BHYT miễn phí trên địa bàn ngày càng tăng: năm 2005, cả Thành phố mới cấp được 112.524 thẻ cho người thuộc diện nghèo, nhưng đến năm 2008 đã cấp 348.493 thẻ (tăng 3,1 lần). Đến năm 2009, cùng với Quyết định số 44/2009/QĐ-UBND ngày 15/01/2009

về việc cấp thẻ BHYT cho người nghèo và Luật BHYT có hiệu lực từ ngày 01/7/2009, người nghèo Hà Nội được tạo cơ hội nhiều hơn trong việc thụ hưởng các dịch vụ KCB. Theo số liệu của Phòng thu BHYT - BHXH Thành phố Hà Nội, năm 2009 số người được phát thẻ BHYT tăng 2% (đạt 355.463 thẻ), đặc biệt năm 2010 tăng 31,9% so với năm trước (ước đạt 468.868 thẻ - xem Biểu đồ 1). Mệnh giá bình quân 1 thẻ năm 2007 tăng 30.000 đồng so với 2005 (từ 50.000 đồng lên 80.000 đồng), năm 2009 và 2010 tăng 114.000 đồng so với 2008 (từ 80.000 đồng lên 194.000 đồng). Tổng kinh phí cũng tăng tương ứng từ 5.626,2 triệu đồng năm 2005 lên 8.634,88 triệu đồng năm 2007; 68.959,822 triệu đồng năm 2008 và 90.960,392 triệu đồng năm 2010. Trong 6 năm, tổng kinh phí chi cho BHYT của người nghèo tăng 16,17 lần, mệnh giá thẻ tăng 3,88 lần [2].

Comment [M1]: Đặt Biểu đồ 1 tại đây



Biểu đồ 1. Số thẻ BHYT cấp phát cho người nghèo 2005-2010.  
Nguồn: Báo cáo kết quả khám chữa bệnh người nghèo tại Thành phố

Tính chung toàn Thành phố, đến nay đã có 60% số người nghèo, người tàn tật có hoàn cảnh khó khăn được phát thẻ BHYT miễn phí, 40% số còn lại được các quận, huyện cân đối ngân sách và vận động các nguồn kinh phí khác để mua thẻ. Mặc dù tỷ lệ người nghèo được phát thẻ BHYT chưa cao, song con số đó cũng đã phản ánh phần

nào sự cố gắng của hệ thống cán bộ y tế nói chung và đội ngũ cán bộ BHYT nói riêng.

## 2. Những nghịch lý trong sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo ở Hà Nội

Một là, nhu cầu KCB của người nghèo lớn hơn các đối tượng khác nhưng khả năng tiếp

cận các dịch vụ y tế lại thấp hơn. Do kinh tế khó khăn, nhiều người nghèo đã chọn cách tự gánh lấy bệnh tật mà không dám đến bệnh viện. Đây là nguyên nhân của tình trạng số lượng người nghèo được phát thẻ BHYT miễn phí ngày càng tăng nhưng số người sử dụng thẻ để

chăm sóc sức khỏe cho bản thân lại rất ít. Theo báo cáo của Phòng Giám định chi - BHYT Hà Nội, tỷ lệ người nghèo sử dụng thẻ BHYT trong KCB đạt mức rất thấp, từ 10-26%, thậm chí có năm chỉ đạt 7,7% (năm 2008) (xem Bảng 1).

**Comment [M2]:** Đặt Bảng 1 tại đây

Bảng 1. Tỷ lệ người nghèo sử dụng thẻ BHYT qua các năm

Nội dung	Tổng số thẻ cấp phát (thẻ)	Tổng số người KCB (người)	Tỷ lệ sử dụng thẻ (%)
Năm			
2005	112.524	12.376	11,0
2006	115.630	12.380	10,7
2007	107.936	12.335	11,4
2008	348.493	26.860	7,7
2009	355.463	110.549	31,1
2010 (sơ bộ)	468.868	94.711	20,2

Nguồn: Phòng Giám định chi - BHYT Hà Nội.

Cần phải hiểu rằng, tình trạng trên không phải do người nghèo khỏe mạnh và không có nhu cầu KCB, mà là do những rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, như: kinh tế thiếu thốn, điều kiện đi lại khó khăn, sự phiền hà trong thủ tục KCB..., trong đó nguyên nhân kinh tế là chủ yếu<sup>(2)</sup>. Ngoài ra, một số quy định pháp luật hiện hành trong lĩnh vực này chưa hợp lý đối với hoàn cảnh người nghèo và cận nghèo. Chẳng hạn, người nghèo có thẻ BHYT nhưng mỗi khi đi KCB họ vẫn phải đóng thêm nhiều chi phí khác. Theo quy định của Luật BHYT, người nghèo vẫn phải cùng chi trả từ 5-20% chi phí KCB; đồng thời lại không chế mức thanh toán tối đa cho một lần điều trị (không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu, tương đương khoảng tối đa 28 triệu đồng/đợt điều trị) đã gây khó khăn không nhỏ, thậm chí quá tải về khả năng kinh tế gia đình và dẫn đến tâm lý nản lòng mỗi khi cần đến bệnh viện. Ví dụ, một bệnh nhân phải chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện Bạch Mai trung bình mỗi năm tiêu phí 80-90 triệu đồng, thì tính ra số tiền phải chi trả dù chỉ 5% cũng lên tới 28-30 triệu

đồng, vượt mấy chục lần thu nhập của họ. Đó là chưa kể nhiều bệnh viện còn tìm đủ mọi cách để tận thu nên đã làm tăng gánh nặng tài chính cho người nghèo khi sử dụng dịch vụ y tế. Thêm vào đó, việc quy định về phạm vi sử dụng thẻ cho những người được cấp thẻ BHYT miễn phí chỉ giới hạn trong địa phương nên khi họ có nhu cầu chuyển tới các cơ sở KCB ngoại tỉnh (gần nhà hơn), hay lên tuyến trên thì không được hưởng ưu đãi cũng làm giảm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo. Điều đó giải thích cho tình trạng ngay tại các quận nội thành, nhiều người nghèo khi ốm đau cũng chỉ đến được với y tế phường, mà không đến được với các trung tâm y tế chuyên sâu. Đó là thiệt thòi lớn của người nghèo.

Hai là, điều trị nội trú mang lại hiệu quả cao hơn cho người bệnh, nhưng phần lớn người nghèo khi ốm đau đòi hỏi phải chữa trị lại lựa chọn hình thức điều trị ngoại trú. Số liệu thống kê của Phòng Giám định chi - BHYT Hà Nội cho thấy, trong tổng số bệnh nhân nghèo đến khám chữa tại các bệnh viện thì chỉ có chưa đến 20% chấp nhận điều trị nội trú, thậm chí có năm chỉ dưới 10% (xem Bảng 2).

**Comment [M3]:** Đặt Bảng 2 tại đây

<sup>(2)</sup> Theo một số nghiên cứu của Cục Quản lý và KCB (Bộ Y tế), có đến 40% số người nghèo bị ốm không đến các cơ sở KCB, trong đó do nguyên nhân kinh tế khó khăn chiếm 53%. Nếu phải KCB nội trú, 42% người nghèo chủ yếu sử dụng dịch vụ nội trú tại bệnh viện huyện (tỷ lệ này của người giàu là 16,9%) [3].

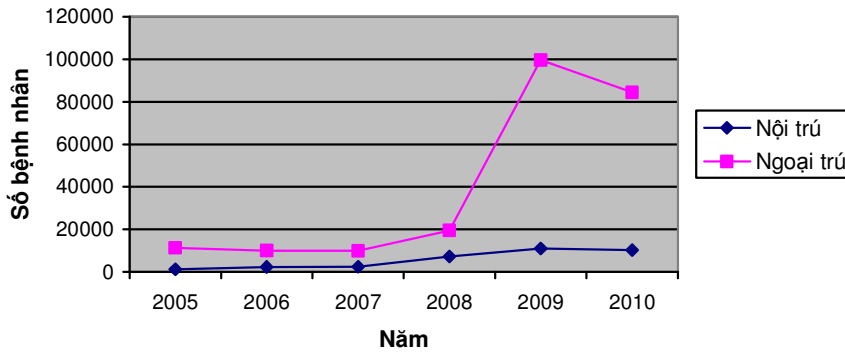
Bảng 2: Cơ cấu bệnh nhân nghèo KCB phân theo hình thức nội - ngoại trú

Nội dung	Tổng số bệnh nhân (người)	Trong đó			
		Ngoại trú	%	Nội trú	%
Năm					
2005	12.376	11.251	90,91	1.125	9,09
2006	12.920	10.067	77,92	2.313	22,08
2007	12.335	9.852	79,87	2.483	20,13
2008	26.860	19.542	72,76	7.318	27,24
2009	110.549	99.530	90,03	11.019	9,97
2010 (sơ bộ)	94.711	84.396	89,11	10.315	10,89

Nguồn: Phòng Giám định chi - BHYT Hà Nội

Biểu đồ 2 sẽ cung cấp cho chúng ta một cái nhìn rõ hơn về biến động của số bệnh nhân đến

KCB tại các bệnh viện trong quan hệ so sánh giữa hình thức điều trị nội trú và ngoại trú.



Biểu đồ 2. Số bệnh nhân nghèo KCB nội trú và ngoại trú.  
 Nguồn: Theo số liệu Phòng Giám định chi - BHYT Hà Nội.

Thực tế cho thấy, người nghèo chỉ đi khám, chữa bệnh khi thấy bản thân có vấn đề về sức khỏe. Nghịch lý ở đây là, tại sao tỷ lệ người nghèo lựa chọn hình thức điều trị ngoại trú rất cao trong khi điều trị nội trú mang lại cơ hội chữa bệnh tốt hơn? Đối với họ, câu trả lời lại nằm ở vấn đề kinh tế, không phải ở vấn đề chữa bệnh.

Chi phí cho một lần KCB bình quân của bệnh nhân nội trú và ngoại trú có sự khác biệt rất lớn và có xu hướng ngày càng tăng. Năm 2005, chênh lệch chi phí bình quân một lần KCB giữa nội trú và ngoại trú là 8,9 lần, thì năm 2006 tăng lên đến 10,5 lần, năm 2007 là 15,6 lần, năm 2008 là 13,9 lần, năm 2009 là 13,4 lần và năm 2010 là 13,5 lần (xem Bảng 3).

Bảng 3. Chi phí bình quân một lần KCB  
 Đơn vị tính: Nghìn đồng

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (sơ bộ)
Ngoại trú	280	285	288	360	396	400
Nội trú	2.500	3.000	4.500	5.000	5.300	5.400

Nguồn: Phòng Giám định chi - BHYT Hà Nội.

Comment [M4]: Chuyển Bảng 3 lên, ko để gần Bảng 4

Bệnh nhân điều trị nội trú tuy không phải trả chi phí về thuốc men, giường bệnh, nhưng chi phí gián tiếp lại rất cao (bao gồm: chi phí về ăn ở, đi lại, chi phí cơ hội của bản thân người bệnh và thân nhân đi theo chăm sóc, thậm chí cả chi phí “lót tay” cho bác sĩ), tương đương với khoảng 10 tháng chi tiêu ngoài lương thực, thực phẩm [4]. Để trả tiền nằm viện, phần lớn người nghèo phải vay mượn, thậm chí bán cả đồ đạc, phương tiện sản xuất, làm cho cuộc sống của họ vốn khó khăn càng khó khăn hơn. Trên thực tế nhiều người nghèo đã trở thành “con nợ” sau mỗi lần phải nhập viện<sup>(3)</sup>. Vì vậy, ngoại trú đối với họ là một cách để tiết kiệm chi phí KCB, thậm chí có nhiều người còn “tiết kiệm” hơn bằng cách không đến bệnh viện cho dù bị đau ốm và có thẻ BHYT. Đây là lý do chủ yếu nhất của tình trạng bệnh nhân nghèo KCB ngoại trú nhiều hơn nội trú.

Ba là, người nghèo có nguy cơ bị bệnh cao nhưng thực tế sử dụng dịch vụ KCB lại rất thấp. Một cuộc điều tra của Bộ Y tế cho thấy, tỷ lệ ốm đau ở nhóm hộ nghèo thường cao gấp 2 lần so với nhóm hộ giàu, và tình trạng sức khỏe của nhóm 20% hộ gia đình có mức sống thấp nhất (nhóm nghèo) kém hơn rất nhiều so với nhóm khá và nhóm giàu [5], nhưng do chi phí KCB quá cao so với thu nhập của họ nên nhu cầu về chăm sóc sức khỏe không được bảo đảm, kể cả những lúc đau yếu, bệnh tật. Cũng theo số liệu của Bộ Y tế, mặc dù người nghèo được miễn giảm một phần hay toàn bộ chi phí KCB nhưng tỷ lệ chi phí điều trị nội trú của họ vẫn chiếm tới 40,5% tổng thu nhập [6]. Do vậy, việc người nghèo không “mặn mà” với bệnh viện kể cả khi bị ốm đau là điều dễ hiểu (xem Bảng 4).

Bảng 4. Tần suất KCB của các đối tượng tham gia BHYT giai đoạn 2005-2010  
Đơn vị tính: lượt/người/năm

	2005		2008		2009		2010	
	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú
Người nghèo	0.045	0.361	0.038	0.452	0.051	0.368	1.210	1.215
Bắt buộc	0.235	0.638	0.658	0.925	0.358	0.467	1.651	2.354
Tự nguyện	1.235	2.358	2.358	2.215	1.358	2.155	2.156	2.683

Nguồn: Phòng Giám định chi BHYT - BHXH Hà Nội.

Có sự khác biệt lớn về tần suất KCB của người nghèo trước và sau năm 2009 chủ yếu là do Luật BHYT (có hiệu lực từ 1/7/2009) đã mở ra cơ hội nhiều hơn cho bệnh nhân nghèo. Đó là quy định về việc cho phép các cơ sở KCB ngoài công lập đủ điều kiện chuyên môn kỹ thuật được ký hợp đồng KCB cho người có thẻ BHYT; quy định về việc mở rộng đăng ký ban đầu tại tuyến huyện, xã; và quy định về thanh toán cho bệnh nhân KCB trái tuyến bằng thẻ BHYT ở ba mức 40%, 50%, 70% tùy theo tuyến bệnh viện. Các quy định đó đã tạo điều kiện cho người nghèo tiếp cận các dịch vụ y tế tốt hơn, kể cả dịch vụ KCB sử dụng kỹ thuật cao.

Tuy nhiên, nếu so với các đối tượng BHYT bắt buộc và tự nguyện (công nhân, viên chức, người lao động làm việc trong các doanh nghiệp, thuộc tầng lớp khá giả hơn, thậm chí giàu có) thì tần suất KCB của người nghèo chưa bằng một nửa. Nếu một người có điều kiện kinh tế, tự nguyện tham gia BHYT một năm bình quân sử dụng dịch vụ KCB nội trú 1,776 lần và điều trị ngoại trú 2,352 lần và những người tham gia BHYT bắt buộc sử dụng dịch vụ đó tương ứng là 0,725 và 1,096 lần, thì những người nghèo chỉ sử dụng có 0,336 lần và 0,599 lần [7]. Tình trạng đó là do nhiều người nghèo thiếu thông tin, không biết rõ các quy định mới (nếu trên) của pháp luật hiện hành. Do đó,

<sup>(3)</sup> Theo trang tin <http://thuocbietduoc.com.vn/tin-tuc-11562-1-8/nguoi-ngheo-khong-dam-om.aspx>, có gần 60%

số hộ gia đình nghèo mắc nợ do chi phí KCB; khoảng 3,7% số hộ bị nghèo hóa do chi phí y tế (năm 2008).

chính sách BHYT với mục tiêu trợ giúp hướng đến đối tượng người nghèo song trên thực tế người giàu lại đang được hưởng lợi nhiều hơn (vì họ đến bệnh viện KCB nhiều hơn, mà mức trợ cấp từ ngân sách tỷ lệ thuận với số lượng và giá trị dịch vụ y tế họ sử dụng).

Bốn là, việc lựa chọn dịch vụ KCB của người nghèo nhìn chung không xuất phát từ mục tiêu sức khỏe, mà từ mục tiêu kinh tế. Mặc dù người nghèo có nguy cơ mắc bệnh cao, nhưng do nguồn thu nhập ít ỏi, đường sá xa xôi, điều kiện đi lại khó khăn... nên khả năng tiếp cận dịch vụ y tế rất thấp, đặc biệt các dịch vụ kỹ thuật cao. Những người sống càng xa thành phố thì chi phí cho đi lại càng lớn, và cuộc hành trình đến bệnh viện càng khó khăn, phức tạp (như một số xã của huyện Ba Vì, Ứng Hòa, Mỹ Đức cách trung tâm Thành phố đến hàng chục, thậm chí đến cả trăm km). Vì vậy, mỗi khi bị bệnh nặng phải chuyển lên KCB ở tuyến trên, phải đối mặt với nhiều khó khăn tốn kém..., thì có đến 70% trong số họ đã từ chối chuyển tuyến và lựa chọn điều trị tại tuyến xã hoặc tuyến huyện, thậm chí chấp nhận cái chết<sup>(4)</sup>. Như vậy, đối với người nghèo, để chữa khỏi bệnh họ không lựa chọn (thực ra là không có quyền lựa chọn vì không có tiền) địa chỉ KCB tốt, mà là lựa chọn nơi điều trị nào ít tốn kém nhất. Đó là nghịch lý lớn nhất trong các nghịch lý của người nghèo khi sử dụng dịch vụ y tế nói chung và dịch vụ BHYT nói riêng hiện nay.

### 3. Kiến nghị giải pháp

Như đã đề cập, nguyên nhân chủ yếu nhất dẫn đến tình trạng người nghèo ít hoặc không sử dụng dịch vụ y tế, kể cả khi được phát thẻ BHYT miễn phí, trước hết là do không có khả năng chi trả viện phí. Thu nhập của người nghèo quá thấp (bình quân khoảng 275.000

đồng/người/tháng), trong khi chi phí KCB bình quân một lần từ 280-400 nghìn đồng (ngoại trú) và từ 2,5-5,4 triệu (nội trú), vượt xa nhiều lần so với khả năng tài chính của họ, đó là chưa kể trường hợp điều trị bệnh hiểm nghèo. Tuy người nghèo có thẻ BHYT được miễn phí, hoặc chỉ phải trả một phần viện phí (từ 5-20%), nhưng trên thực tế những người bị đau ốm lâu dài, những người bị bệnh nan y đã phải trả một khoản chi phí không hề nhỏ cho một lần nhập viện, bao gồm cả chi phí trực tiếp, chi phí gián tiếp và chi phí không chính thức.

Để người nghèo Hà Nội nói riêng, người nghèo cả nước nói chung tiếp cận được với dịch vụ y tế nhiều hơn, việc mở rộng cánh cửa bệnh viện đối với họ là cách làm thiết thực nhất. Cụ thể, Nhà nước, trực tiếp là Bộ Y tế cần tăng cường các biện pháp hỗ trợ trực tiếp cho người nghèo, trong đó tập trung giải quyết tốt các vấn đề cốt lõi sau:

*Thứ nhất*, phải xác định mức viện phí phù hợp với thu nhập của đại đa số người dân, bởi mức viện phí là nhân tố tác động trực tiếp đến quyết định KCB và lựa chọn địa chỉ điều trị của bệnh nhân, đặc biệt là bệnh nhân nghèo. Một vấn đề rất "nóng" đang được nhiều người quan tâm hiện nay là Dự thảo Đề án tăng viện phí của Bộ Y tế, với mức giá dịch vụ tăng thêm từ 2,5-10 lần. Mặc dù biểu giá dịch vụ y tế đã trở nên lỗi thời do được duy trì quá lâu (16 năm trước) so với giá cả các hàng hóa khác đang tăng từng tháng, thậm chí từng ngày, nhưng nếu tăng giá viện phí cho tương ứng với giá các dịch vụ khác thì vô tình đã "đẩy" người nghèo ra xa hơn với các bệnh viện.

Điều chỉnh viện phí là cần thiết, nhưng thiết nghĩ không nên điều chỉnh với tốc độ đột phá như đề xuất của Bộ Y tế. Với mức giá viện phí thấp như hiện nay mà đã có đến 40% người nghèo bị ốm không biết đến bệnh viện, thì liệu khi dự thảo đề án được phê duyệt tỷ lệ đó sẽ là bao nhiêu và người nghèo còn có cơ hội đến KCB tại các bệnh viện nữa không? Vậy nên, không nên xuất phát từ lợi nhuận để xác định giá cả dịch vụ y tế, mà phải xuất phát từ lợi ích xã hội, trước hết là lợi ích của người nghèo, của

<sup>(4)</sup> Theo một nghiên cứu của Bộ Y tế, ở miền Bắc, tỷ lệ người nghèo bị ốm không điều trị chiếm khoảng 40%, trong đó khoảng 53% do khó khăn về tài chính (<http://www.baomoi.com/Khoang-40-nguoi-ngheo-benh-khong-duoc-dieu-tri/82/5335592.epi>).

số đông. Chỉ có như vậy việc tăng viện phí mới không làm tăng thêm gánh nặng chi phí KCB của người nghèo, và cũng chỉ khi đó người nghèo mới có cơ hội tiếp cận với bệnh viện.

*Thứ hai*, nâng cao chất lượng mạng lưới y tế cơ sở. Có một thực tế là, người nghèo thường sống ở nông thôn vùng sâu, vùng xa nên mỗi khi ốm đau họ thường đến y tế cơ sở. Tuy nhiên, hiện tại khả năng về chuyên môn cũng như cơ sở vật chất ở tuyến cơ sở rất hạn chế. Theo kết quả nghiên cứu về y tế cơ sở thực hiện năm 2010, chất lượng các dịch vụ y tế do tuyến xã cung cấp cho người dân không cao và năng lực chuyên môn của đội ngũ y bác sĩ tại đây cũng còn nhiều hạn chế<sup>(5)</sup>. Đây chính là những thách thức không nhỏ trong việc thụ hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người nghèo, gây bất bình đẳng giữa các tầng lớp xã hội trong vấn đề này.

Thiết nghĩ, khi người nghèo không có điều kiện để tiếp cận với các cơ sở KCB có trình độ cao tại tuyến tỉnh và trung ương thì việc nâng cao chất lượng KCB tại các tuyến cơ sở là cách tốt nhất để đáp ứng nhu cầu mà họ đáng được thụ hưởng ngay tại cơ sở KCB gần nhất. Việc nâng cao chất lượng KCB tại các tuyến cơ sở không chỉ có tác dụng cung cấp dịch vụ KCB tốt hơn, mà còn góp phần làm giảm tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến trên hiện nay. Tuy nhiên, cần hiểu rằng, tăng cường chất lượng y tế cơ sở không chỉ là việc đầu tư cơ sở hạ tầng trang thiết bị cho các phòng khám, bệnh viện..., mà còn là việc tăng cường đội ngũ y bác sĩ có trình độ chuyên môn và y đức cao. Làm được như vậy thì người nghèo mới được hưởng đầy đủ các dịch vụ kỹ thuật, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật cao trong KCB.

*Thứ ba*, đổi mới chính sách, cơ chế đi đôi với tăng cường quản lý tài chính y tế các cơ sở KCB. Tuy nước ta đã có nhiều nỗ lực để thực hiện chính sách tài chính y tế công bằng nhằm hỗ trợ người nghèo và các nhóm đối tượng dễ tổn thương khác trong công tác KCB BHYT,

song quá trình này cũng còn nhiều vấn đề đặt ra cần giải quyết, trong đó nổi lên là việc lạm dụng quỹ và lạm dụng kỹ thuật cao trong chi định thuốc. Về lạm dụng quỹ, thể hiện rõ nhất là tình trạng không sử dụng hết công suất thiết bị tại một số bệnh viện đa khoa cấp tỉnh (có khoảng 20% số thiết bị)<sup>(6)</sup>, do đầu tư mua sắm không tính đến nhu cầu và năng lực thực tế của người sử dụng công nghệ (tức nhân viên kỹ thuật không biết dùng máy). Về lạm dụng kỹ thuật cao, thể hiện ở việc các bác sĩ chỉ định xét nghiệm, dịch vụ kỹ thuật cao và kê đơn thuốc không cần thiết do chạy theo mục tiêu tăng nguồn thu từ viện phí trực tiếp cho bệnh viện. Ví dụ, có căn bệnh chỉ cần kê ba loại thuốc là đủ thì bác sĩ kê năm loại; có căn bệnh cần năm xét nghiệm, bác sĩ lại yêu cầu mười... Động thái này đã đẩy giá thành điều trị lên cao, kết quả là bệnh viện có thu nhập nhưng người bệnh thì phải gánh chi phí KCB quá nặng, nhiều người không có khả năng thanh toán. Đó là chưa kể đến tình trạng len vào kê hồ chính sách để trục lợi của một bộ phận cán bộ thiếu y đức, mà tiêu biểu là vụ việc lập hồ sơ giả, kê khống 1.168 đơn thuốc để "rút ruột" gần 4 tỷ đồng từ Quỹ BHYT tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2009.

Để khắc phục tình trạng trên, cơ chế chính sách của Nhà nước cần phải được tiếp tục đổi mới theo các hướng chủ yếu sau:

- Chuyển từ phương thức chi trả theo phí dịch vụ sang thực hiện các phương thức chi trả theo định suất và theo trường hợp bệnh (hiện tại Hà Nội đã có Bệnh viện Ba Vì và Bệnh viện Thanh Nhàn thực hiện phương thức thanh toán này). Làm như vậy vừa tạo sự chủ động hơn cho các bệnh viện khi điều hành ngân sách, nâng cao trách nhiệm của các bên liên quan trong việc quản lý, sử dụng hiệu quả nguồn kinh phí BHYT; vừa tránh được tình trạng lạm dụng chi định thuốc và giảm bớt phiền hà cho người bệnh khi thanh toán và làm thủ tục xuất, nhập viện.

- Chuyển từ cấp phát ngân sách nhà nước cho các cơ sở KCB sang cấp trực tiếp cho

<sup>(5)</sup> [http://daibieunhandan.vn/ONA\\_BDT/NewsPrint.aspx?newsId=200437](http://daibieunhandan.vn/ONA_BDT/NewsPrint.aspx?newsId=200437)

<sup>(6)</sup> <http://www.napa.vn/vi/thc/ncbl/>

người dân để họ tự mua BHYT. Như vậy không chỉ có người nghèo, mà các đối tượng thuộc diện chính sách khác cũng được hưởng kinh phí BHYT từ ngân sách nhà nước cấp. Tuy nhiên, để giảm bớt khó khăn cho người nghèo, Nhà nước vẫn phải tăng thêm mức đóng BHYT cho họ.

- Tăng cường thanh tra, kiểm soát để chống các tư tưởng chỉ định sử dụng dịch vụ quá mức cần thiết và quán xuyến được những gói thầu mua sắm máy móc thiết bị, dụng cụ tại các bệnh viện công. Đây cũng là một biện pháp hiệu quả để giảm bớt gánh nặng viện phí cho người nghèo, bởi việc giảm được giá mua máy móc thiết bị thì sẽ làm giảm được mức viện phí tương ứng cho bệnh nhân.

*Thứ tư*, nâng cao nhận thức của người nghèo về chăm sóc sức khỏe và ý nghĩa của việc tham gia BHYT. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng người dân không sử dụng các dịch vụ y tế, trong đó thiếu kiến thức và thông tin là một nguyên nhân không kém phần quan trọng (so với nguyên nhân về kinh tế). Nhiều người nghèo vì không hiểu biết nên coi ốm đau chỉ là “chuyện nhỏ”, có thể BHYT trong tay nhưng không sử dụng, mà tự mua thuốc về uống, chỉ đến khi bệnh nặng thêm mới vội vàng tìm đến bệnh viện, khiến việc chữa trị thêm phần khó khăn và phức tạp hơn, thời gian chữa trị kéo dài hơn, thậm chí có trường hợp không thể cứu chữa vì đã quá muộn. Một số người do thấy sức khỏe còn tạm ổn, chưa cần đến bệnh viện nên đã “vô hiệu hóa” tấm thẻ BHYT, thậm chí cho rằng mua thẻ chỉ phí tiền; họ không nhận thức được là bệnh tật, tai nạn có thể đổ xuống đầu họ bất cứ lúc nào. Một số khác (không nhiều) ý thức được giá trị của thẻ BHYT nhưng lại không biết phải làm thế nào để có được nó... Những nhận thức sai lệch đó đã dẫn đến tình trạng chung là khi gặp rủi ro về sức khỏe, phải đối mặt với sự sống và cái chết thì người dân gặp phải không ít khó khăn, phức tạp. Thiết nghĩ, nếu người nghèo có được sự hiểu biết nhất định về sự cần thiết tham gia BHYT, nếu họ được tư vấn cụ thể hơn về BHYT thì họ sẽ có cơ hội nhận được sự hỗ trợ trong

trường hợp rủi ro về sức khỏe và giảm được gánh nặng về chi phí KCB.

Do đó, việc đẩy mạnh công tác thông tin tuyên truyền để nâng cao nhận thức cho người dân, trước hết là người nghèo về lợi ích của việc tham gia BHYT là vô cùng cần thiết. Nhưng để đạt được hiệu quả cao trong vấn đề này thì cần áp dụng đa dạng các hình thức tuyên truyền, với nội dung thiết thực, phù hợp với đặc thù của từng đối tượng, trong đó chú trọng việc tổ chức các hoạt động tuyên truyền trực tiếp như đối thoại, tọa đàm, tư vấn giải đáp thắc mắc. Những việc làm đó nếu được tiến hành đều đặn sẽ tạo một sự tác động thường xuyên, đa chiều, nhờ đó đông đảo các tầng lớp nhân dân sẽ có cơ hội tìm hiểu đầy đủ hơn về chính sách BHYT, từ đó nâng cao nhận thức và lòng tin vào việc tham gia và sử dụng các dịch vụ BHYT, chăm sóc sức khỏe bản thân tốt hơn.

#### Tài liệu tham khảo

- [1] Tổng cục Thống kê, *Niên giám thống kê 2009*, NXB. Thống kê, Hà Nội, 2000.
- [2] Nguyễn Thanh Bình, *Luận văn thạc sĩ “Bảo hiểm y tế cho người nghèo ở Hà Nội”*, lưu tại Trường Đại học Kinh tế - ĐHQGHN, 2010.
- [3] Nguyễn Thanh Bình (đã dẫn).
- [4] *Người nghèo không dám ốm*, <http://thuocbietduoc.com.vn>
- [5] *Tạp chí Bảo hiểm xã hội điện tử*, số 6B/2009 (132).
- [6] Bộ Y tế, *Báo cáo nghiên cứu Giải pháp tài chính y tế cho người nghèo năm 2005*, Hà Nội.
- [7] Nguyễn Thanh Bình (đã dẫn).
- [8] Bảo hiểm Xã hội Hà Nội, *Báo cáo kết quả khám chữa bệnh người nghèo tại Thành phố, Hà Nội các năm 2005-2008*.
- [9] Ủy ban Nhân dân Thành phố Hà Nội (2009), Quyết định số 1592/QĐ-UBND về việc ban hành chuẩn nghèo, cận nghèo của Hà Nội giai đoạn 2009-2013, Hà Nội.
- [10] Luật Bảo hiểm y tế (2008).



## Assessibility to healthcare services of the poor people in Hanoi

Assoc.Prof.Dr. Mai Thi Thanh Xuan

*Faculty of Political Economy, VNU University of Economics and Business,  
144 Xuan Thuy, Hanoi, Vietnam*

**Abstract.** This paper discusses the opportunities of the poor people in Hanoi in accessing healthcare services and how they make use of those opportunities. By analyzing the data of healthcare insurance cards used by the poor people for recent years, the paper came to a paradoxical conclusion that when poor persons have a disease it depends on their health problems but their economic status to decide if they would come to a hospital or not, and which hospital and healthcare services they would access to. Hence, the paper proposed direct and indirect suggestions to increase the poor people's access to healthcare services.