

Giới thiệu (イントロダクション)

ĐỘ BAO PHỦ VÀ MỨC ĐỘ SỬ DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM ベトナムにおける医療保険の普及と浸透

Teramoto Minoru (寺本 実)¹

Tóm Tắt: “Bảo hiểm y tế toàn dân” là một mục tiêu lớn nhất đối với bảo hiểm y tế ở Việt Nam. Việt Nam đang cố gắng để hiện thực hóa mục tiêu này. Tuy nhiên, tình trạng bảo hiểm y tế ở Việt Nam hiện nay là như sau: thứ nhất là, hơn 10% của dân số Việt Nam chưa được tham gia bảo hiểm y tế. Thứ hai là, có nhiều người chưa sử dụng được quyền lợi của bản thân mình, thậm chí có thể bảo hiểm y tế. Vì vậy, chúng tôi định nghiên cứu tình trạng bảo hiểm y tế ở Việt Nam từ mặt “độ bao phủ” và mặt “mức độ sử dụng”, dựa vào nghiên cứu trường hợp ở ngoại ô TP.Hồ Chí Minh.

要約: ベトナムにおける医療保険の最大の目標の一つは、全国民の医療保険への参加である。この目標の実現に向けて、ベトナムは努力を続けている。しかし、未だ国民の10%超が不参加であり（普及の問題）、医療保険証を持っていたとしても、十分に活用されていないケースも多い（浸透の問題）。こうしたことから、本研究会ではホーチミン市郊外における事例調査に基づいて、医療保険の普及と浸透という2つの視角から調査研究を行う。

Từ khóa (キーワード): bảo hiểm y tế toàn dân (全民医療保険), Luật Bảo hiểm y tế (医療保険法), độ bao phủ (普及度), mức độ sử dụng (使用の程度)

¹ Nghiên cứu viên, Viện Nghiên cứu kinh tế châu Á.

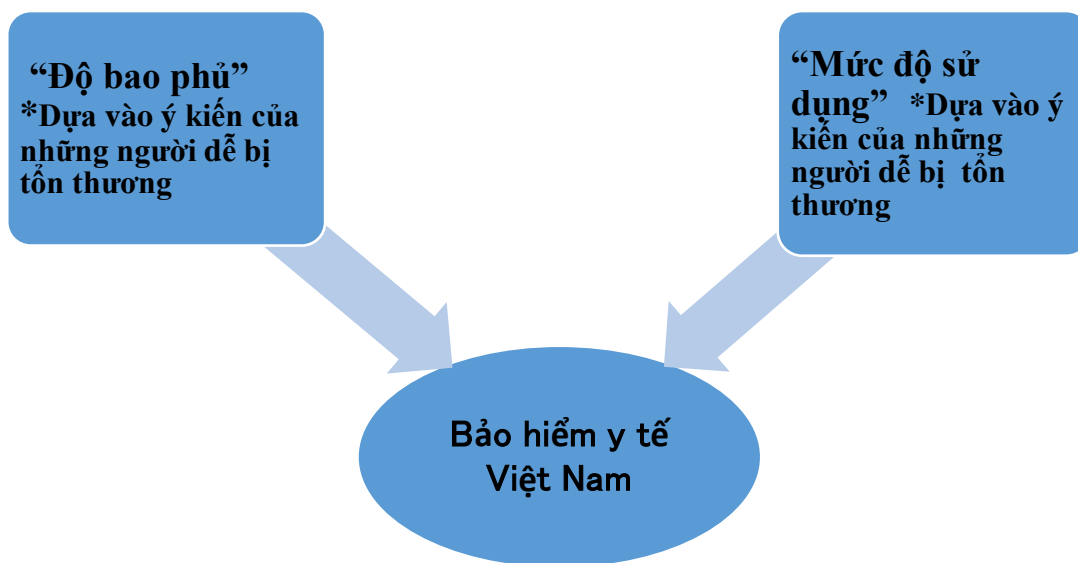
Mở đầu

“Bảo hiểm y tế toàn dân” là một thuật ngữ mà lần đầu tiên được sử dụng trong Luật Bảo hiểm y tế (BHYT) ở năm 2008. Ý nghĩa của thuật ngữ này là việc các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia BHYT².

Như vậy, “Bảo hiểm y tế toàn dân” là một mục tiêu lớn nhất đối với BHYT ở Việt Nam. Tuy nhiên, tình trạng BHYT ở Việt Nam hiện nay là như sau: thứ nhất là, hơn 10% của dân số Việt Nam chưa được tham gia BHYT. Thứ hai là, trong những người có thể BHYT, có nhiều người chưa sử dụng được quyền lợi của bản thân mình.

Vì thế, chương trình nghiên cứu này định nghiên cứu tình trạng BHYT ở Việt Nam từ mặt “độ bao phủ” và mặt “mức độ sử dụng” (Hình 1) .

Hình 1 Hai góc độ để nghiên cứu



Nguồn: Tác giả viết.

Tại đây, “độ bao phủ” có ý nghĩa là “quốc dân Việt Nam tham gia chế độ BHYT đến

² Trước khi có Luật Bảo hiểm y tế, Việt Nam có Điều lệ như sau; Điều lệ Bảo hiểm y tế năm 1993; Điều lệ Bảo hiểm y tế năm 1998; Điều lệ Bảo hiểm y tế năm 2005. Chúng tôi tìm được một nẩy mầm của thuật ngữ “Bảo hiểm y tế toàn dân” trong Điều lệ Bảo hiểm y tế năm 2005. Điều lệ này quy định rằng “ Bảo hiểm y tế theo Điều lệ này mang tính xã hội, không vì mục tiêu lợi nhuận, hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả trong khám, chữa bệnh và toàn dân tham gia.”

đâu ? ” và “mức độ sử dụng” có ý nghĩa là “người có thẻ BHYT sử dụng được quyền lợi của bản thân mình đến đâu ? ”.

Phương pháp nghiên cứu của nhóm nghiên cứu này là điều tra định tính và sự phân tích tài liệu địa phương. Và đối tượng nghiên cứu chủ yếu là những người dễ bị tổn thương trong xã hội Việt Nam, nhất là ở TP.Hồ Chí Minh.

Cơ cấu của bài này là như sau. Lúc đầu, xem bối cảnh nghiên cứu. Và sau khi giải thích về đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu, giới thiệu nội dung các bài trong quyền báo cáo này.

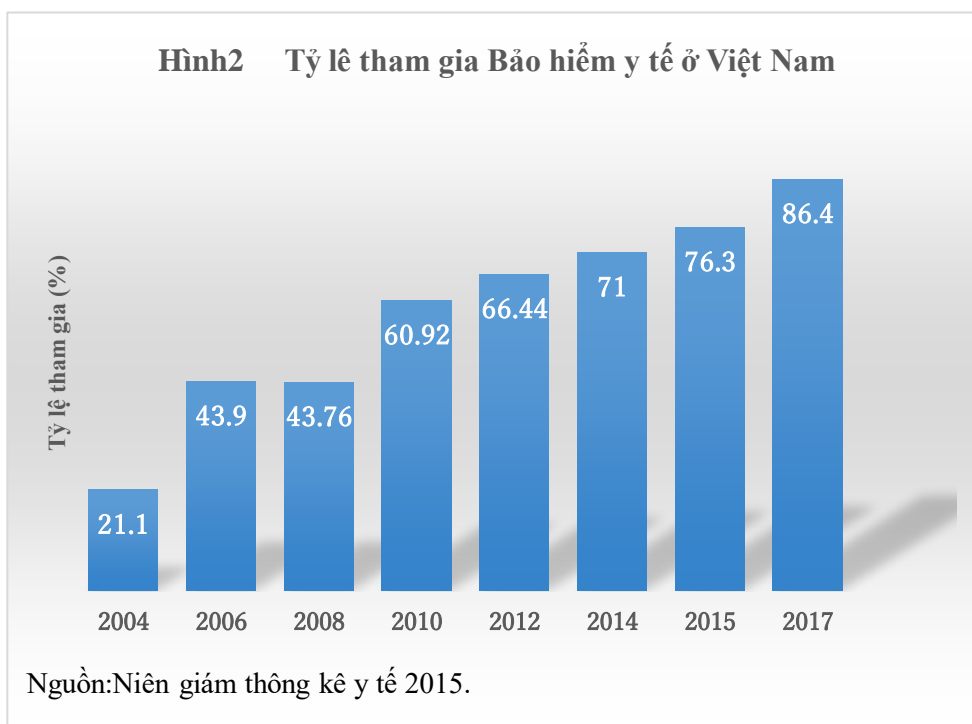
1. Bối cảnh nghiên cứu

Như nêu ra ở trên, tình trạng BHYT ở Việt Nam là như sau: thứ nhất là, hơn 10% của dân số Việt Nam chưa được tham gia BHYT. Thứ hai là, trong những người có thẻ BHYT, có nhiều người chưa sử dụng được quyền lợi của bản thân mình một cách đầy đủ.

Từ đây, chúng tôi xem xét hai điểm này để làm rõ bối cảnh của sự nghiên cứu lần này.

1.1. Độ bao phủ

Độ bao phủ của BHYT Việt Nam thay đổi như Hình 2. Tỷ lệ tham gia BHYT tiếp tục



tăng lên³. Mục tiêu của Chính phủ Việt Nam trong thời gian tới là tỷ lệ tham gia BHYT đạt hơn 90% đến năm 2020⁴ và đạt 95% đến năm 2025⁵.

Từ đây, chúng tôi tìm hiểu tình trạng độ bao phủ BHYT ở Việt Nam dựa vào các thông tin trên báo⁶ và kết quả điều tra của tác giả bài viết⁷.

Nhiều trường hợp mà chưa được tham gia BHYT bao gồm các loại đối tượng như sau⁸: học sinh, sinh viên; người cao tuổi từ 60 đến 79 tuổi; người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình; người thuộc hộ cận nghèo; người thuộc hộ lao động tự do; người thuộc hộ buôn bán tự do; người thuộc hộ di dân (người nhập cư); người thuộc hộ lao động làm việc tại công ty, xí nghiệp chưa nộp tiền phí BHYT cho cơ quan BHXH v.v.⁹.

Như vậy, vẫn có nhiều trường hợp mà chưa được tham gia BHYT ở Việt Nam. Theo tác giả bài viết được biết, có một số nguyên nhân như sau¹⁰: (1) tình trạng kinh tế; (2) nhận thức; (3) một số công ty, xí nghiệp không theo luật; (4) chế độ, thủ tục.

(1) Tình trạng kinh tế

Tình trạng kinh tế của các đối tượng là một nguyên nhân lớn. Tại đây, tác giả giới thiệu một số yếu tố như sau.

Thứ nhất, nhiều người cảm thấy rằng giá mua thẻ BHYT tự nguyện đắt¹¹.

³ Theo số liệu của Tổng cục thống kê Việt Nam, dân số trung bình năm 2017 của cả nước ước tính 93,7 triệu người. Trong đó, dân số thành thị là 32,9 triệu người (khoảng 35,1%), dân số nông thôn là 60,8 triệu người (khoảng 64,9%), dân số nữ là 47, 5 triệu người (khoảng 50,7%), dân số nam là 46,2 triệu người (49,3%).

⁴ Quyết định về việc điều chỉnh giao chỉ tiêu thực hiện BHYT giai đoạn 2016-2020 (Quyết định 1167/QĐ-TTg, ngày 28 tháng 6 năm 2016).

⁵ Nghị quyết Hội nghị lần thứ sáu Ban chấp hành trung ương khóa XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới (Ngày 25 tháng 10 năm 2017).

⁶ Báo Nhân Dân (Ngày 8 tháng 5 năm 2017, ngày 17 tháng 6 năm 2017, ngày 3 tháng 7 năm 2017, ngày 11 tháng 7 năm 2017, ngày 17 tháng 7 năm 2017, ngày 14 tháng 8 năm 2017.v.v.).

⁷ Điều tra mà tác giả bài viết đã thực hiện trước khi chương trình nghiên cứu lần này bắt đầu.

⁸ Khi gia đình hộ cận nghèo mua thẻ bảo hiểm y tế thì Nhà nước hỗ trợ 70 % của kinh phí.

⁹ Người nhiễm HIV cũng là một đối tượng. Hiện nay, nguồn tài trợ quốc tế và nguồn kinh phí chương trình mục tiêu là nguồn kinh phí cho các chi phí điều trị HIV/AIDS. Nhưng, từ năm 2019, các chi phí này được chuyển đổi sang nguồn quỹ bảo hiểm y tế chi trả (Nhân Dân, ngày 6 tháng 5 năm 2018).

¹⁰ Chủ tịch Bảo hiểm xã hội Việt Nam Nguyễn Thị Minh nêu ra rằng “Luật Bảo hiểm y tế quy định bắt buộc tham gia Bảo hiểm y tế đối với toàn dân, nhưng về cơ bản vẫn là vận động tự nguyện cho nên vẫn còn một bộ phận người dân chưa tham gia (Báo Nhân Dân ngày 3 tháng 7 năm 2017).”

¹¹ Khi thực hiện điều tra ở năm 2014 tại một xã ở TP. Hồ Chí Minh, giá mua Bảo hiểm y tế là

Thứ hai là vấn đề về hộ cận nghèo¹². Nhà nước hỗ trợ một phần kinh phí để mua thẻ BHYT đối với gia đình hộ cận nghèo. Nhưng, phí còn lại thì bên hộ cận nghèo phải tự chuẩn bị¹³. Gia đình như thế này cần phải tiết kiệm tiền một cách tối đa nên nếu sức khỏe không có vấn đề thì thường không mua thẻ BHYT.

Thứ ba là có liên quan với nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình. Luật Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT (2014)¹⁴ qui định rằng đối tượng tham gia BHYT có 6 loại nhóm như sau (Điều 12): (a) nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng; (b) nhóm do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng; (c) nhóm do ngân sách nhà nước đóng; (d) nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng; (đ) nhóm tham gia BHYT

khoảng 620.000 đồng.

¹² Tiêu chuẩn hộ cận nghèo trong giai đoạn 2016-2020 là như sau: (a) ở khu vực nông thôn, có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 700.000 đồng trở xuống hay là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 700.000 đồng đến 1.000.000 đồng và thiếu hụt từ 03 chỉ số đo lường mức độ thiếu hụt tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản trở lên; (b) ở khu vực thành thị, hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 900.000 đồng trở xuống hay là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 900.000 đồng đến 1.300.000 đồng và thiếu hụt từ 03 chỉ số đo lường mức độ thiếu hụt tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản trở lên. Và các chỉ số đo lường mức độ thiếu hụt các dịch vụ xã hội cơ bản bao gồm 10 chỉ số như sau: (a) tiếp cận các dịch vụ y tế; (b) bảo hiểm y tế; (c) trình độ giáo dục của người lớn; (d) tình trạng đi học của trẻ em; (đ) chất lượng nhà ở; (e) diện tích nhà ở bình quân đầu người; (f) nguồn nước sinh hoạt; (g) hố xí/nhà tiêu hợp vệ sinh; (h) sử dụng dịch vụ viễn thông; (i) tài sản phục vụ tiếp cận thông tin (Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg, ngày 19 tháng 11 năm 2015).

Tiêu chuẩn hộ nghèo được quyết định như sau: (a) ở khu vực nông thôn, có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 700.000 đồng trở xuống hay là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 700.000 đồng đến 1.000.000 đồng và thiếu hụt từ 03 chỉ số đo lường mức độ thiếu hụt tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản trở lên; (b) ở khu vực thành thị là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 900.000 đồng trở xuống hay là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 900.000 đồng đến 1.300.000 đồng và thiếu hụt từ 03 chỉ số đo lường mức độ thiếu hụt tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản trở lên (Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg, ngày 19 tháng 11 năm 2015).

¹³ Tỷ dụ, ở Yên Bái, có chế độ giúp hộ cận nghèo như sau. “ngoài 70% mức đóng BHYT được Nhà nước hỗ trợ, thì dự án NORRED (dự án hỗ trợ y tế các tỉnh vùng Đông Bắc Bộ và đồng bằng sông Hồng từ nguồn vay Ngân hàng Thế giới) hỗ trợ 20%, tổ chức phi chính phủ EU hỗ trợ 10% còn lại (Báo Nhân Dân, ngày 17 tháng 6 năm 2017).” Nhưng, Việt Nam có những địa phương chưa có chế độ như tỉnh Yên Bái.

¹⁴ Luật này đã được Quốc hội khóa XIII, kỳ họp thứ 7 thông qua ngày 13 tháng 6 năm 2014.

theo hộ gia đình gồm những người thuộc hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản (a),(b),(c) và (d) trên ;(e)còn lại. Và luật này quy định rằng cả thành viên của hộ gia đình thuộc (đ) trên phải tham gia BHYT. Tức là, nếu hộ gia đình ấy bao gồm 5 thành viên thì cả 5 người này bắt buộc phải tham gia, một người, hai người v.v. thì không được. Luật này quy định mức đóng tham gia BHYT như sau(Điều13):(a) người thứ nhất đóng tối đa bằng 6% mức lương cơ sở; (b) người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất;(c) từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất. Mặc dù mức đóng sẽ giảm dần từ người thứ hai, nhưng chế độ yêu cầu cả gia đình tham gia như thế này thì vẫn có khả năng cản trở hộ gia đình thiếu sức kinh tế tham gia BHYT¹⁵.

(2) Nhận thức

Từ những người mà tác giả bài viết đã phỏng vấn, có ý kiến như sau:(a) phải ưu tiên chi tiêu khác như phí giáo dục cho con cái; (b) sức khỏe tốt nên không nghĩ đến sự tham gia BHYT, bởi vì nếu không bị ốm thì mất tiền thôi¹⁶. Những người như thế này chưa có điều kiện để nghĩ tới ý nghĩa cơ bản của chế độ BHYT dựa vào tinh thần “hỗ trợ lẫn nhau”¹⁷.

(3) Một số công ty, xí nghiệp không theo luật

Nhiều doanh nghiệp vẫn không có khả năng nộp phí tham gia BHYT cho người lao động hay là ưu tiên lợi nhuận trước mắt hơn sự bảo vệ quyền lợi của người lao động¹⁸. Nhiều công ty vẫn tìm cách trốn tránh việc tham gia BHYT.

(4) Thủ tục

Trong những người dân, vẫn có nhiều người chưa biết nội dung chế độ BHYT. Và người dân có xu hướng tránh thủ tục phức tạp.

Và ở bên cơ quan nhà nước có trường hợp như sau. Theo quy định, việc rà soát hộ nghèo và hộ cận nghèo phải kết thúc trong tháng 11 hàng năm. Nhưng nhiều địa phương

¹⁵ Tôi đoán rằng mục đích của quy định này là việc tăng tỷ lệ tham gia Bảo hiểm y tế.

¹⁶ Theo kết quả điều tra của tác giả bài viết từ 2013-2017 tại Việt Nam.Cụ thể là lúc tác giả bài viết đã điều tra tại tỉnh Lạng Sơn(từ ngày 31 tháng10 đến ngày 7 tháng 11 năm 2013),TP.Hồ Chí Minh(từ ngày8 tháng 9 đến ngày 12 tháng 9 năm 2014) v.v..

¹⁷ Người khỏe nào cũng đóng góp cho quỹ Bảo hiểm y tế. Nhưng khi người khỏe ấy mất sức khỏe thì sử dụng được tiền của quỹ Bảo hiểm y tế.

¹⁸ Bảo hiểm xã hội cũng có vấn đề giống nhau.Tổng giám đốc của Bảo hiểm xã hội nói rằng“Qua công tác thanh tra chuyên ngành, kiểm tra, đã phát hiện 42.263 lao động thuộc đối tượng phải tham gia nhưng chưa tham gia hoặc đóng thiếu thời gian với số tiền phải truy đóng là 88,2 tỷ đồng”(Nhân Dân, số xuân mậu tuất 2018).

đến cuối tháng ba mới có danh sách hộ cận nghèo làm cơ sở cấp thẻ BHYT mới. Thậm chí có trường hợp, khi nhận được tấm thẻ BHYT thì đã gần hết hạn sử dụng (Nhân Dân, ngày 17 tháng 6 năm 2017)¹⁹.

Cuối cùng, trình bày thêm một số ví dụ cụ thể như sau.

Ở Việt Nam, người cao tuổi là người 60 tuổi trở lên theo Luật Người cao tuổi. Nhưng, người 80 tuổi trở lên mới hưởng được chế độ BHYT miễn phí (Nghị định 136/2013/NĐ-CP, ngày 21 tháng 10 năm 2013). Theo kết quả đó, khoảng 40% của người cao tuổi chưa có thẻ BHYT. Người cao tuổi từ 60 đến 79 tuổi mà không thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo tham gia BHYT tự nguyện ít. Tỷ lệ tham gia của người thuộc nhóm này là từ 5 đến 10% thôi. Khoảng 60% trong số người cao tuổi mà chưa có thẻ BHYT thì cảm thấy rằng chi phí mua thẻ BHYT đắt (Nhân Dân, ngày 15 tháng 4 năm 2018).

Trong những học sinh, sinh viên, cũng có nhiều người chưa tham gia BHYT. Đến hết năm 2016, khoảng 7.5% của học sinh, sinh viên chưa tham gia BHYT²⁰. Một phân tích nêu ra nguyên nhân như sau: nhận thức của học sinh, sinh viên về BHYT chưa cao; công tác tuyên truyền không đủ, không phù hợp; thời điểm thu phí chưa thường xuyên, liên tục; hợp tác giữa các ngành, cơ quan, đoàn thể có liên quan chưa chặt chẽ (Nhân Dân, ngày 22 tháng 4 năm 2018).

1.2. Mức độ sử dụng

Mặc dù những người có thẻ BHYT nhưng vẫn có nhiều người mức độ sử dụng BHYT thấp. Đối tượng như thế này bao gồm những người như sau: người thuộc hộ nghèo; người thuộc hộ cận nghèo; người cao tuổi; người khuyết tật v.v..

¹⁹ Hàng năm, việc cấp thẻ BHYT cho trường hợp hộ nghèo, cận nghèo được tiến hành dựa trên danh sách xác lập từ các cuộc họp bình xét tại thôn, xóm. Danh sách này lại phụ thuộc vào kết quả rà soát của ngành Lao động-Thương binh và xã hội và được UBND các cấp phê duyệt (Nhân Dân, Ngày 17 tháng 6 năm 2017).

²⁰ Khoảng 15,9 triệu học sinh, sinh viên tham gia Bảo hiểm y tế. Trong đó, 13,1 triệu người tham gia tại trường. Các nhóm khác như hộ nghèo, hộ cận nghèo và hộ gia đình v.v. thì hơn 2,8 triệu người (Nhân Dân, ngày 22 tháng 4 năm 2018).

Từ đây, chúng tôi tìm hiểu tình trạng mức độ sử dụng BHYT ở Việt Nam dựa vào các thông tin trên báo²¹ và kết quả điều tra của tác giả bài viết²². Nguyên nhân ấy có thể được chia thành hai. Thứ nhất là nguyên nhân ở bên người tham gia, thứ hai là nguyên nhân ở bên cung cấp dịch vụ y tế.

(1) Nguyên nhân ở bên người tham gia

Nguyên nhân ở bên người tham gia bao gồm yếu tố như sau: (a)tình trạng kinh tế; (b)phương tiện đi lại (bao gồm vấn đề phí giao thông);(c)người đi cùng;(d)nhận thức về năng lực của cơ sở y tế đăng ký; (đ)nhận thức về chế độ; (e) thủ tục.

(1) (a) Tình trạng kinh tế

Ở Luật BHYT năm 2008, mức hưởng BHYT cho hộ nghèo đã là 95% và đối với hộ cận nghèo, người cao tuổi thì 80%. Sau khi sửa đổi, bổ sung Luật BHYT ở năm 2014, mức hưởng BHYT cho hộ nghèo tăng từ 95% đến 100% và mức hưởng cho hộ cận nghèo tăng lên từ 80% đến 95%. Nhưng mức hưởng của người 80 tuổi trở lên vẫn giữ 80%. Và thuốc men được cung cấp dưới chế độ BHYT có hạn chế nên bệnh nhân thường phải đi mua thuốc thêm.

(1) (b) Phương tiện đi lại (bao gồm vấn đề phí giao thông) và (c) Người đi cùng

Tỷ dụ, nhiều người khuyết tật thường giữ ở nhà suốt ngày ít khi đi ra ngoài, vì không có phương tiện đi lại. Cho nên, khi người khuyết tật đi cơ sở y tế thì phải chuẩn bị không những phí khám chữa bệnh mà còn người đi cùng, phương tiện đi lại. Nếu gia đình của người ấy không có điều kiện đi cùng thì có lẽ phải thuê người. Trong trường hợp phải thuê người thì người khuyết tật và gia đình ấy phải chuẩn bị phí khám chữa bệnh, phí thuê người, phí đi lại(bao gồm kinh phí cho người đi cùng), phí ăn ở (bao gồm kinh phí cho người đi cùng) v.v..

Và người đi cùng vừa phải chăm sóc vừa phải làm thủ tục thay vào người khuyết tật ấy. Đối với bên bệnh nhân, việc tìm người làm được như thế cũng không dễ lắm.

(1) (d) Nhận thức về năng lực khám chữa bệnh của cơ sở y tế

Ở Việt Nam có 11110 trạm y tế và 99.5 % số xã, phường và thị trấn có trạm y tế (Tổng cục thống kê 2016). Người dân Việt Nam thường phán đoán năng lực khám chữa bệnh của cơ sở y tế dựa vào thiết bị, máy móc mà cơ sở y tế trang bị. Nói chung, trạm y tế cấp xã vẫn có ít máy móc, thiết bị y tế nên người dân thường đánh giá thấp

²¹ Báo Nhân Dân (Ngày 8 tháng 5 năm 2017, ngày 17 tháng 6 năm 2017, ngày 3 tháng 7 năm 2017, ngày 11 tháng 7 năm 2017, ngày 17 tháng 7 năm 2017, ngày 14 tháng 8 năm 2017.v.v.).

²² Điều tra này đã thực hiện trước khi chương trình nghiên cứu lần này bắt đầu.

về khả năng khám chữa bệnh của trạm y tế (Teramoto Minoru 2016). Và người dân cũng có khuynh hướng đánh giá thấp chất lượng thuốc mà trạm y tế cung cấp.

(1) (đ) Nhận thức về chế độ

Trong những người hưởng thẻ BHYT miễn phí, vẫn có nhiều người chưa hiểu chức năng, tinh thần của chế độ và quyền lợi, trách nhiệm của bản thân mình²³.

(1) (e) Thủ tục.

Thủ tục tại cơ sở y tế thường mất thời gian, mặc dù bên Bảo hiểm xã hội Việt Nam và bên cung cấp dịch vụ y tế tiếp tục cố gắng đơn giản hóa, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám chữa bệnh và thanh toán BHYT. Việc này không phải là phân biệt đối xử. Tuy nhiên, dù nguyên nhân là gì, chờ đợi tại một cơ sở y tế là không thoải mái cho bệnh nhân²⁴.

(2) Nguyên nhân ở bên cung cấp dịch vụ y tế

Từ đây, chúng tôi xem xét những nguyên nhân ở bên cung cấp dịch vụ y tế. Điều đó bao gồm yếu tố như sau: (a) Thiếu nhà chuyên môn y tế ; (b) Thiếu thiết bị, cơ sở vật chất ; (c) độ bao phủ thuốc (chất lượng thuốc); (d) chất lượng dịch vụ y tế ; (đ) thủ tục.

(2) (a) Thiếu nhà chuyên môn y tế

Trong những trạm y tế, vẫn có 12,5 % của trạm y tế chưa có bác sỹ (Báo Nhân Dân, ngày 13 tháng 8 năm 2018), mặc dù một số nhà chuyên môn y tế đề nghị rằng mỗi trạm y tế cần có 2 bác sỹ. Và thậm chí cơ sở y tế trang bị các thiết bị y tế, máy móc y tế hiện đại, nhân viên cơ sở y tế thường chưa biết cách sử dụng²⁵.

(2) (b) Thiếu thiết bị, cơ sở vật chất

Nhiều trạm y tế có bác sỹ có kinh nghiệm nhưng chưa có thiết bị, máy móc đầy đủ để bác sỹ ấy phát huy khả năng của bản thân mình²⁶.

(2) (c) Độ bao phủ thuốc (chất lượng thuốc)

Nhiều người dân lo chất lượng thuốc men và vấn đề thiếu thuốc. Thuốc được sử dụng dưới chế độ BHYT vẫn chưa phù hợp, chưa đủ²⁷.

²³ Tỷ dụ, khi thực hiện điều tra ở tỉnh Hà Nam (từ ngày 10 tháng 10 đến ngày 18 tháng 10 năm 2013), 16 đối tượng điều tra trong 31 đối tượng đã chưa hiểu nội dung chế độ BHYT.

²⁴ Tỷ dụ, xin xem chương 3 của quyền báo cáo này.

²⁵ Chuyện của một bác sỹ mà tác giả bài viết gặp được khi tác giả bài viết thực hiện điều tra ở tỉnh Vĩnh Long từ ngày 28 tháng 7 đến ngày 8 tháng 8 ở năm 2014.

²⁶ Chuyện của một bác sỹ mà tác giả bài viết gặp được khi tác giả bài viết thực hiện điều tra ở tỉnh Hòa Bình từ ngày 6 tháng 12 đến ngày 12 tháng 12 ở năm 2013.

²⁷ Chuyện của một người già mà tác giả bài viết gặp được khi tác giả bài viết thực hiện điều tra ở tỉnh Lạng Sơn từ ngày 31 tháng 10 đến ngày 7 tháng 10 ở năm 2013 v.v..

(2) (d) Chất lượng dịch vụ y tế,

(2)(a),(b),(c) trên cũng trở thành những nguyên nhân làm chất lượng dịch vụ tại cơ sở y tế kém. Thái độ phục vụ của cán bộ y tế, kỹ năng giao tiếp, cách ứng xử cũng là những vấn đề mà bên cơ sở y tế phải lưu ý.

(2) (đ) Thủ tục.

Thủ tục liên quan BHYT vẫn gánh nặng đối với cơ sở y tế, mặc dù bên Bảo hiểm xã hội đang đẩy mạnh ứng dụng công nghệ tin học, đơn giản hóa thủ tục.

Cuối cùng, trình bày thêm một số ví dụ cụ thể như sau.

Tỷ dụ, nhóm người cao tuổi thường có yêu cầu cho dịch vụ y tế cao. Nhưng, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT với kinh phí thấp không có thiết bị, cơ sở vật chất phù hợp và không có nhà chuyên môn lão khoa. Và người cao tuổi thường gặp khó khăn để làm thủ tục hành chính trong nhập viện, thanh toán BHYT (Nhân Dân, ngày 15 tháng 4 năm 2018).

Theo kết quả điều tra của tác giả bài viết, người khuyết tật cũng gặp nhiều khó khăn như người cao tuổi. Ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT mà người khuyết tật đăng ký cơ sở y tế ban đầu thường không có nhà chuyên môn y tế phù hợp. Mức độ cung cấp dịch vụ y tế với BHYT cũng có hạn chế.

Việc xem xét bối cảnh của chương trình nghiên cứu lần này ở bài viết này đến đây là hết. Từ đây tác giả bài viết giới thiệu đối tượng nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu và nội dung của báo cáo này.

2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của nhóm nghiên cứu lần này chủ yếu là những người dễ bị tổn thương trong xã hội Việt Nam. Bởi vì việc có BHYT hay không sẽ ảnh hưởng lớn đối với cuộc sống của những người dễ bị tổn thương trong xã hội. Địa điểm điều tra cụ thể là ngoại ô TP.Hồ Chí Minh. Những người dễ bị tổn thương cụ thể là những người như sau: (1) trẻ em (cụ thể là trẻ dưới 6 tuổi); (2) người cao tuổi; (3) người khuyết tật; (4) bệnh nhân HIV/AIDS; (5) người thuộc hộ nghèo; (6) người thuộc hộ cận nghèo; (7) người nhập cư (người di cư)v.v..

3. Phương pháp nghiên cứu

Các tổ chức, cơ quan có liên quan nắm giữ thông tin vĩ mô dựa vào điều tra quy mô khá lớn rồi²⁸. Cho nên, nhóm nghiên cứu này lựa chọn điều tra định tính để tìm hiểu thực tế mà các tổ chức, cơ quan chưa nắm được. Cụ thể là, thực hiện phỏng vấn các đối tượng với phiếu thăm dò cụ thể và thực hiện phỏng vấn sâu. Và để tìm hiểu tình trạng vĩ mô, chúng tôi định thu thập tài liệu địa phương và phân tích các tài liệu đó.

4. Nội dung của quyển báo cáo này

Từ đây, xin giới thiệu nội dung của các bài trong báo cáo này²⁹.

Bài đầu tiên là bài “GIỚI THIỆU” này (Teramoto Minoru).

Chương 1 là “ĐỘ BAO PHỦ VÀ SỬ DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ Ở TRẺ DƯỚI 6 TUỔI: CHÍNH SÁCH VÀ THỰC TIỄN (NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP TẠI MỘT XÃ TP. HỒ CHÍ MINH)(Nguyễn Thị Minh Châu). Tóm tắt của bài này là như sau. Ngay từ Luật Bảo hiểm y tế (BHYT) năm 2008, trẻ dưới 6 tuổi được xếp vào nhóm đối tượng ưu đãi đặc biệt, được cấp thẻ BHYT; nhưng qua nghiên cứu trường hợp một xã ở TPHCM năm 2018 cho thấy, độ bao phủ chưa phủ toàn bộ, một số trường hợp trẻ dưới 6 tuổi là con của những người nhập cư từ các tỉnh khác đến đang tạm trú trên địa bàn khảo sát là chưa có thẻ BHYT. Nguyên nhân chính là do họ chưa tiếp cận được thông tin liên quan đến thủ tục đăng ký thẻ BHYT dành cho trẻ; quy định việc khám chữa bệnh BHYT cho trẻ theo đúng tuyến cũng là một rào cản không khuyến khích đăng ký BHYT cho trẻ. Qua kết quả khảo sát cũng cho thấy việc sử dụng thẻ BHYT trong việc khám chữa bệnh cho trẻ cũng chưa phổ biến; dịch vụ tư nhân là lựa chọn đầu tiên do tính chất thuận tiện về thời gian, ít chờ đợi, thủ tục không phức tạp. Khá nhiều trường hợp có thẻ BHYT nhưng khám trái tuyến nên không sử dụng được.

Chương 2 là “TIẾP CẬN BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI THUỘC DIỆN NGHÈO TẠI TPHCM(NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP MỘT XÃ, HUYỆN BÌNH CHÁNH)”(Nguyễn Thị Cúc Trâm). Bài viết nêu lên một số các phát hiện ban đầu từ cuộc khảo sát định tính do tác giả thực hiện tại một xã, 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

²⁸ Trong đó, Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Ngân hàng thế giới(World Bank) v.v..

²⁹ Tóm tắt của các chương tại đây do các tác giả của các chương viết.

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.

Chương 3 là “NGHĨ ĐẾN QUAN HỆ GIỮA CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI KHUYẾT TẬT VÀ Y TẾ Ở VIỆT NAM: DỰA VÀO MỘT NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP TẠI MỘT XÃ Ở TP.HỒ CHÍ MINH”(Teramoto Minoru). Trong bài này, tác giả xem xét quan hệ giữa người khuyết tật và y tế (bảo hiểm y tế), nhất là độ bao phủ, mức độ sử dụng bảo hiểm y tế cho người khuyết tật, dựa vào một nghiên cứu trường hợp đã được thực hiện tại một xã ở TP.Hồ Chí Minh. Một kết luận tạm thời của bài này là khi nghĩ về tiếp cận y tế(BHYT) cho người khuyết tật (cả đối tượng điều tra có khuyết tật lẫn này đều là người khuyết tật nặng³⁰) thì cần lưu ý đến các điều kiện như sau: (1) điều kiện cuộc sống bao gồm kinh tế, mức độ khuyết tật, quan hệ (gia đình, người đi cùng, nhà nước v.v.), phương tiện đi lại, cơ sở hạ tầng như đường, giao thông v.v. ; (2)sự chuẩn bị của cơ sở y tế để đón bệnh nhân khuyết tật (nhà chuyên môn y tế, thuốc, thiết bị, phòng đợi v.v..)

Chương 4 là “BẢO HIỂM Y TẾ Ở NGƯỜI CÓ HIV/AIDS VIỆT NAM: NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP MỘT TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH” (Lê Thị Mỹ). Trong giới hạn nguồn dữ liệu thu thập còn đang trong quá trình xử lý, bài viết nêu lên kết quả ban đầu từ một nghiên cứu định tính về độ bao phủ, tiếp cận và sử dụng bảo hiểm y tế ở người có HIV/AIDS ở một cơ sở y tế của thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Mặc dù, Chính phủ định hướng chuyển dần nhiệm vụ điều trị HIV/AIDS từ các chương trình, dự án viện trợ sang Quỹ Bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả, nhưng vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ (khoảng 10%) bệnh nhân tại cơ sở y tế chưa có BHYT do nhiều nguyên nhân khác nhau. Các yếu tố ảnh hưởng đến độ bao phủ, sự tiếp cận và sử dụng BHYT ở bệnh nhân HIV/AIDS có thể nhận thấy là sự tự kỳ thị và sợ bị kỳ thị, phân biệt đối xử của người nhiễm HIV/AIDS; chính sách, pháp lý liên quan đến HIV/AIDS; mức sống và điều kiện sống; khoảng cách địa lý,...

³⁰ Khi tác giả bài viết sử dụng từ “ người khuyết tật nặng” này thì nói về “người không có điều kiện tự đi lại được hay là người không có điều kiện tự nghĩ, phán đoán được”.

Chương Bổ sung là “CƠ CẤU CỦA CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM Y TẾ VIỆT NAM” (Teramoto Minoru). Bài này xem xét cơ cấu cơ bản của chế độ bảo hiểm y tế ở Việt Nam và tìm hiểu đặc trưng của chế độ bảo hiểm y tế ở Việt Nam. Chế độ bảo hiểm y tế ở Việt Nam hiện nay áp dụng “hệ thống cung cấp lợi ích bằng hiện vật (benefits in kind scheme)”, chứ không phải là “hệ thống hoàn trả y tế (medical reimbursement system)”. Và có đặc trưng như sau: (1) có tính cách của chính sách bảo trợ xã hội; (2) có chế độ đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu; (3) có mục tiêu hiện thực hóa “bảo hiểm y tế toàn dân”.

Cuối cùng, thay mặt nhóm nghiên cứu, tác giả bài viết mong muốn bày tỏ cảm ơn cho các người, các cơ quan, đã hiểu và giúp công tác lần này. Mặc dù báo cáo này chỉ là báo cáo giữa kỳ nhưng chúng tôi hy vọng rằng công việc nhỏ lần này có thể đóng góp cho sự hiện thực hóa “BHYT toàn dân” ở Việt Nam.

SÁCH BÁO THAM KHẢO

Tổng cục thống kê 2016. *Niên giám thống kê 2015*. Nhà xuất bản thống kê.

Teramoto, Minoru. 2016. “Betonamu ni okeru koutekimattaniryoukikan no seidotekiitiduke, yakuwari to kadai: genbasekininsya ni kakawaru jireikenkyuu ni motodoku itikousatu” [Institutional Position, Roles and Challenges of Grassroots-Level Health Units in Vietnam: A Case Study Based on Analysis of Situational Awareness of the Person in Charge]. *Ajia Keizai*, Vol. 57 No. 4.