

ĐÁNH GIÁ THỰC TẾ TIẾP CẬN CỦA NGƯỜI DÂN VỚI CHÍNH SÁCH 139 TẠI 3 TỈNH YÊN BÁI, NINH THUẬN, ĐỒNG THÁP

Báo cáo gửi tới

Nhóm Nghiên cứu Chính sách Giảm nghèo APPS (VUSTA)

Viết bởi

BS. TS. Trần Tuấn (RTCCD)

ThS. Trần Đức Thạch (RTCCD)

CN. Nguyễn Minh Hậu (RTCCD)

CN. Nguyễn Thị Thu Trang (RTCCD)

CN. Nguyễn Hà Huệ Chi (RTCCD)

Hà Nội, tháng 9/2006

Lời cảm ơn

Nghiên cứu được thực hiện và hoàn tất nhờ có sự đóng góp của nhiều cơ quan và cá nhân liên quan. Chúng tôi, những người viết báo cáo này, xin chân thành cảm ơn:

- Ban Chủ nhiệm đề tài mã số KHBD (2005)-08 thuộc Ban Khoa giáo Trung ương, đã đồng ý và trợ giúp kỹ thuật cho nhóm nghiên cứu.
- Ban Quản lý dự án xây dựng mạng APPS (BQLDA) đã tin tưởng giao trách nhiệm cho nhóm nghiên cứu của trung tâm RTCCD thực hiện thiết kế và phối hợp với BQLDA tổ chức tiến hành nghiên cứu theo thiết kế đưa ra.
- Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật các tỉnh Yên Bái, Ninh Thuận, và Đồng Tháp đã tích cực tham gia tổ chức đợt thu thập số liệu tại thực địa.
- Thành viên mạng APPS tham gia nghiên cứu với tư cách điều tra viên và giám sát viên.

Khi xem xét báo cáo này, nhóm tác giả xin lưu ý độc giả xem xét chủ đề nghiên cứu lựa chọn, thiết kế nghiên cứu đưa ra, tiến trình thu thập thông tin, và báo cáo nghiên cứu được viết ra, đặt trong khung cảnh đặc thù của dự án xây dựng năng lực *nghiên cứu chính sách giảm nghèo APPS* do tổ chức Oxfam GB hỗ trợ Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam. Đây là sản phẩm đầu tiên thể hiện năng lực của thành viên APPS trong tiến trình hoàn thiện năng lực nghiên cứu chính sách và vận động chính sách. Chúng tôi cho rằng, các thành viên đã cố gắng rất nhiều trong sự hỗ trợ có thể có được của BQLDA, song trong vai trò của người trực tiếp đào tạo và thực hiện nghiên cứu này, phải thừa nhận rằng, nghiên cứu chính sách đang là một thử thách rất khó vượt qua đối với đại đa số các thành viên mạng APPS tham gia nghiên cứu này. Cần vài nghiên cứu thực địa chuẩn mực với các chủ đề khác nhau nữa mới có thể có được một đội ngũ thiết kế, thực hiện, và hoàn thiện nghiên cứu chính sách và thực hiện vận động chính sách đảm bảo yêu cầu khoa học và hiệu quả như mục tiêu dự án đề ra.

Dù sao, với sự quyết tâm của tất cả các bên, từ tập hợp thông tin phong phú đưa về của 3 tỉnh, nhóm viết báo cáo cũng đã chọn ra được những thông tin đảm bảo yêu cầu cho việc đạt đến kết luận và khuyến cáo đưa ra. Những gì còn thiếu sót trong báo cáo, xin thay mặt nhóm, nghiên cứu viên chính nhận trách nhiệm về mình.

BS. TS. Trần Tuấn

Nghiên cứu viên chính

Mục lục

Tóm tắt.....	6
1 Tổng quan.....	8
1.1 Chiến lược cung cấp dịch vụ y tế cho người nghèo trên thế giới.....	8
1.2 Tình hình tại Việt Nam.....	8
1.3 Chính sách 139: hỗ trợ người nghèo trong KCB.....	9
1.4 Đề tài KHBĐ (2005)-08 và nhóm nghiên cứu giảm nghèo APPS.....	10
2 Khung lý thuyết, hợp phần nghiên cứu, câu hỏi và mục tiêu nghiên cứu.....	11
2.1 Khung lý thuyết nghiên cứu.....	11
2.2 Hợp phần nghiên cứu.....	12
2.3 Câu hỏi nghiên cứu.....	13
2.4 Mục tiêu nghiên cứu.....	13
3 Thiết kế nghiên cứu.....	14
3.1 Đối tượng đánh giá và phạm vi tác động của nghiên cứu.....	14
3.2 Phương pháp nghiên cứu.....	14
3.2.1 <i>Nghiên cứu định lượng</i>	14
3.2.2 <i>Nghiên cứu định tính</i>	17
4 Tổ chức triển khai nghiên cứu.....	18
4.1 Đào tạo điều tra viên.....	18
4.2 Tổ chức điều tra tại thực địa.....	18
4.3 Quản trị và phân tích số liệu.....	19
4.3.1 <i>Quản trị dữ liệu</i>	19
4.3.2 <i>Phân tích số liệu</i>	20
4.3.3 <i>Xác định các chỉ số đo lường</i>	20
4.3.4 <i>Định nghĩa một số thuật ngữ sử dụng</i>	21
5 Kết quả và bàn luận.....	22
5.1 Đặc điểm mẫu điều tra.....	22
5.2 Hỗ trợ người nghèo KCB trước khi ban hành chính sách 139.....	23
5.3 Tiến trình thực hiện chính sách 139.....	26
5.3.1 <i>Thiết lập và quản lý quỹ 139</i>	26
5.3.2 <i>Hình thức vận hành quỹ 139</i>	26
5.4 Tình hình thực tế tiếp cận chính sách 139 của người dân tại các tỉnh.....	29
5.4.1 <i>Tỷ lệ bao phủ của thẻ 139</i>	29
5.4.2 <i>Kiến thức của người có thẻ 139 về chính sách 139</i>	32
5.5 Sử dụng dịch vụ y tế khi ốm của người dân 139.....	34
5.6 Tác động của chính sách 139 đến chi phí thực tế của người dân khi KCB.....	36
6 Kết luận và Khuyến cáo.....	40

6.1	Kết luận	40
6.2	Khuyến cáo	41
	Tài liệu tham khảo	42

Mục lục bảng

Bảng 1-	Các mẫu phiếu điều tra hộ gia đình	17
Bảng 2-	Tỷ lệ nghèo tại từng tỉnh theo báo cáo của địa phương và đánh giá của điều tra viên	23
Bảng 3-	So sánh hai hình thức thực thanh thực chi và mua BHYT	28
Bảng 4-	Tỷ lệ người nghèo thuộc diện đối tượng 139 được cấp thẻ	30
Bảng 5-	Tỷ lệ được cấp thẻ 139 trong nhóm không thuộc đối tượng 139.....	30
Bảng 6-	Phân bố theo tỉnh tỷ lệ không có thẻ ở nhóm chắc chắn nghèo và tỷ lệ có thẻ ở nhóm chắc chắn không nghèo	31
Bảng 7-	Tỷ lệ hộ gia đình được cấp thẻ 139 biết lý do cấp thẻ phân theo tỉnh	32
Bảng 8-	Tỷ lệ hộ gia đình được cấp thẻ 139 biết điều kiện sử dụng thẻ phân theo tỉnh.....	33
Bảng 9-	Tỷ lệ người dân ốm trong 4 tuần qua và điều trị qua đêm tại cơ sở y tế 12 tháng qua phân theo tỉnh và loại BHYT sử dụng	34
Bảng 10-	Hình thức đối phó của người dân khi ốm trong 4 tuần qua	35
Bảng 11-	Phân bố loại dịch vụ y tế được người dân sử dụng khi ốm trong 4 tuần qua	36
Bảng 12-	Chi tiêu trực tiếp cho KCB trong 4 tuần qua phân theo tình trạng BHYT	37
Bảng 13.	Chi tiêu trực tiếp cho KCB tại các cơ sở y tế nhà nước trong 4 tuần qua.....	37
Bảng 14-	Phân bố người có thẻ 139 được miễn giảm chi phí KCB tại các cơ sở y tế nhà nước trong 4 tuần qua	38
Bảng 15-	Phân bố theo tỉnh chi tiêu trực tiếp cho KCB trong 1 đợt điều trị nội trú tại các bệnh viện nhà nước của người dân trong 12 tháng	39
Bảng 16-	Phân bố người có thẻ 139 được miễn giảm chi phí KCB nội trú tại các bệnh viện nhà nước trong 12 tháng qua theo tỉnh.....	39

Mục lục hình

Hình 1–	Mô hình lý thuyết tiếp cận của người dân với chính sách 139.....	12
Hình 2-	Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu	16

Mục lục hộp thông tin

Hộp 1- Chính sách hỗ trợ người nghèo trong KCB trước khi 139 ra đời tại các tỉnh điều tra.....	24
Hộp 2- Y tế xã Suối Giàng thời kỳ 2001-2006.....	25
Hộp 3- Đóng góp thêm ngoài ngân sách trung ương cho quỹ 139.....	26
Hộp 4- Kết dư quỹ 139 trước khi nghị định 63 ra đời	27
Hộp 5. Bất cập trong xác định đối tượng 139	31
Hộp 6- Vẫn còn khoảng cách lớn giữa có thể 139 và được miễn giảm viện phí.....	33

Các phụ lục

Phụ lục 1- Danh sách thành viên nhóm nghiên cứu.....	43
Phụ lục 2- Một số đặc điểm chung của mẫu điều tra	44
Phụ lục 3- Hướng dẫn nghiên cứu định tính	45
Phụ lục 4- Hướng dẫn thảo luận nhóm ở xã	47
Phụ lục 5- Hướng dẫn thảo luận nhóm tại bệnh viện tỉnh	49
Phụ lục 6- Hướng dẫn phỏng vấn sử dụng bảng hỏi	50
Phụ lục 7- Bảng hỏi sử dụng trong điều tra	52

Tóm tắt

Giới thiệu

Quyết định 139/2002/QĐ-TTg đưa ra tháng 5/1992 thiết lập quỹ giúp người nghèo giảm chi phí trong KCB tại tất cả các tỉnh thành phố. Qua 3 năm thực hiện, đã có sự điều chỉnh thể hiện bằng nghị định 63 về bảo hiểm y tế (BHYT). Tuy nhiên, kể từ khi chính sách 139 được ban hành đến nay, tác động thực tế của chính sách 139 đối với việc tiếp cận sử dụng dịch vụ KCB của người nghèo chưa được nghiên cứu đầy đủ. Trong khi đó, quyền tự chủ tài chính của các cơ sở y tế tạo bởi nghị định 10 và gần đây nghị định 43 dường như đang tạo áp lực lớn hơn nữa trong chi phí y tế cho mọi đối tượng, đặc biệt đối với người nghèo. Nghiên cứu này được thiết lập để trả lời hai câu hỏi: (1) Chính sách 139 có đạt được mục tiêu giúp người nghèo giảm gánh nặng tài chính khi đau ốm không? (2) Đây là những yếu tố chính mang tính hệ thống cản trở chính sách 139 đạt được mục tiêu đề ra ở các địa phương nghiên cứu? Nghiên cứu được thiết kế và thực hiện trong khuôn khổ đề tài “quan điểm và giải pháp cơ bản hỗ trợ người nghèo trong KCB” mã số KHĐĐ (2005)-08 của Ban Khoa giáo Trung ương, phối hợp với dự án tăng cường năng lực nghiên cứu giảm nghèo của Liên hiệp các Hội Khoa học và Kỹ thuật Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 3 tỉnh: Yên Bái, Ninh Thuận, và Đồng Tháp trong thời gian 2-3/2006. Hệ thống triển khai chính sách 139 được đánh giá thông qua 22 cuộc phỏng vấn sâu và 19 cuộc thảo luận nhóm trên các đối tượng người dân và lãnh đạo cấp tỉnh, huyện, xã. 701 hộ gia đình với 3482 người dân chọn theo kỹ thuật mẫu phân tầng được phỏng vấn về chi phí trong KCB và thực tế đóng góp của quỹ 139.

Kết quả

1. Chính sách 139 thể hiện cụ thể bằng việc lập quỹ 139 tại các tỉnh, hoạt động theo 2 hình thức: (1) phát hành thẻ 139 và tiến hành thực thanh thực chi hoặc (2) mua thẻ BHYT cho người nghèo. Quỹ hoạt động chủ yếu dựa trên nguồn kinh phí của trung ương cấp, việc huy động các nguồn đóng góp khác về cơ bản là không có. Tác động đem lại của chính sách 139 cho người nghèo được thể hiện cụ thể ở:
 - Giảm gánh nặng tài chính cho người nghèo trong KCB ở mức *30.000đ đến 190.000 đồng* cho một đợt KCB ngoại trú, và mức *47.000đ đến 220.000 đồng* cho đợt điều trị nội trú.
 - Chính sách 139 gián tiếp giúp ngành y tế giảm tình trạng thâm hụt ngân quỹ của các bệnh viện công do tình trạng nợ đọng không có khả năng thanh toán viện phí của bệnh nhân nghèo, và giúp các trạm y tế phục hồi hoạt động. Mức độ cụ thể không thống kê được và khác nhau tùy theo tỉnh. Tuy nhiên, tác động tích cực của chính sách này lên hệ thống y tế được các lãnh đạo y tế thừa nhận về mặt kinh tế, và nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc bệnh

nhân đánh giá cao ảnh hưởng của chính sách này trong cải thiện mối quan hệ giữa thầy thuốc với bệnh nhân nghèo.

2. Vẫn còn khoảng cách đáng kể giữa nội dung chính sách đề ra và thực tế triển khai :
 - Tỷ lệ bao phủ của 139 trên đối tượng hưởng lợi đề ra đạt 78% (khoảng tin cậy 95% CI:76%-80%).
 - Tỷ lệ người dân có thẻ 139 và hiểu đúng điều kiện sử dụng thẻ rất thấp: 7% (95%CI:4%-10%).
 - Tỷ lệ người dân có thẻ 139, đến khám tại cơ sở y tế công khi ốm, được hưởng quyền lợi miễn giảm viện phí: 62% với điều trị ngoại trú, và 83% với điều trị ngoại trú.
 - 20% người nghèo không có thẻ 139 (95%CI:18%-22%).
 - Tỷ lệ thẻ cấp sai đối tượng là 17% (95%CI:15%-19%).
3. Yếu tố chính ảnh hưởng đến chất lượng triển khai chính sách 139 nằm ở khâu không thực hiện tốt chức năng giám sát theo dõi chất lượng thực hiện chương trình, thiếu hoạt động tuyên truyền chính sách trực tiếp đến người hưởng lợi, chất lượng thiết kế thẻ phát cho người dân không phù hợp với điều kiện bảo quản của người nghèo, thông tin trên thẻ không được thiết kế đầy đủ theo hướng phục vụ người sử dụng, hệ thống quản lý đối tượng chưa được tập trung vào một đầu mối.

Khuyến cáo

Khuyến cáo được đưa ra cho 3 tỉnh tham gia nghiên cứu, và trong chừng mực nhất định, cho hệ thống vận hành chính sách hỗ trợ người nghèo trong KCB nói chung:

1. Nghị định 63 đưa quỹ 139 trở thành một phần của hệ thống bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam với kinh phí từ trung ương là một hướng đi đúng, khắc phục được tình trạng cấp phát thẻ chậm và tạo điều kiện cho tin học hoá quản lý đối tượng bảo hiểm nói chung và BHYT người nghèo nói riêng.
2. Thiết lập mã số đối tượng phục vụ quản lý trên toàn hệ thống, thực hiện tin học hoá hệ thống BHYT người nghèo.
3. Khắc phục các nhược điểm trong thiết kế và in thẻ bảo hiểm hướng theo nguyên tắc tiện lợi tối đa cho người sử dụng.
4. Phục vụ cho mục tiêu phát triển bền vững, bên cạnh hệ thống giám sát chất lượng KCB và giám sát thực thi chương trình BHYT của BHXH Việt Nam, cần có bộ phận đánh giá chất lượng phục vụ chăm sóc y tế và thực hiện bảo hiểm người nghèo độc lập với hệ thống nhà nước. Các tổ chức nghiên cứu độc lập trong xã hội cần phát triển theo hướng này.