

TỈ LỆ VÀ CÁC LÝ DO KHÔNG SỬ DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI CẬN NGHÈO TẠI XÃ HỒ ĐẮC KIẾN HUYỆN CHÂU THÀNH TỈNH SÓC TRĂNG

Nguyễn Thị Thùy*, Lê Hoàng Ninh*, Đặng Văn Chính*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người cận nghèo được nhà nước hỗ trợ mức phí đóng BHYT tăng từ 50% đến 70% và có địa phương hỗ trợ đến 100%. Tuy nhiên, tỉ lệ không sử dụng BHYT để khám chữa bệnh của đối tượng này cao hơn so với nhóm thu nhập khác. Nghiên cứu được thực hiện nhằm góp phần hướng đến tính công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ không sử dụng BHYT và tìm hiểu các lý do không sử dụng BHYT khi có bệnh của người cận nghèo có thẻ BHYT.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, bao gồm nghiên cứu định lượng và định tính. Nghiên cứu phỏng vấn trực tiếp 355 người cận nghèo được chọn ngẫu nhiên hệ thống và phỏng vấn sâu 15 đối tượng, trong đó 12 người cận nghèo và 3 đại diện chính quyền địa phương, TYT xã và TTYT huyện.

Kết quả: Tỉ lệ không sử dụng BHYT khi có bệnh của người cận nghèo là 21,7% và sử dụng BHYT không thường xuyên là 43,5%. Nam giới không sử dụng BHYT cao gấp 1,63 lần so với nữ giới, KTC 95% (1,10 – 2,44). Người Khe me không sử dụng BHYT cao gấp 1,6 lần so với người Kinh KTC 95% (1,07-2,42). Mức độ hiểu biết về lợi ích BHYT càng cao thì tỉ lệ không sử dụng BHYT càng giảm đi 0,37 lần, KTC 95% (0,24 – 0,59). Những người mắc bệnh trên 6 lần/ năm, mắc hơn hai loại bệnh hoặc mắc bệnh mãn tính thì tỉ lệ không sử dụng BHYT thấp. Các lý do không sử dụng BHYT chủ yếu là bệnh nhẹ nên không điều trị, kinh tế gia đình khó khăn, cơ sở y tế khám bảo hiểm xa nhà, khám BHYT phải chờ đợi lâu, chất lượng khám BHYT thấp, BHYT không khám thứ Bảy và Chủ nhật, chi phí đi lại nhiều hơn phí KCB.

Kết luận: Tỉ lệ không sử dụng BHYT của người cận nghèo tương đối cao so với người nghèo, người có thu nhập khá và giàu. Người cận nghèo gặp rất nhiều rào cản khi sử dụng BHYT để KCB. Cần có những can thiệp thiết yếu để làm giảm các rào cản và khuyến khích họ sử dụng BHYT khi sử dụng dịch vụ y tế.

Từ khóa: bảo hiểm y tế, người cận nghèo

ABSTRACT

HEALTH INSURANCE UTILISATION AMONG PEOPLE NEAR THE POVERTY LINE IN HO DAC KIEN, CHAU THANH DISTRICT, SOC TRANG PROVINCE

Nguyen Thi Thuy, Le Hoang Ninh, Dang Van Chinh

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement of Vol. 20 - No 5 - 2016: 139 – 147

Introduction: People living near the poverty line have been subsidized from 50% to 70% the total cost of health insurance and 100% in some places. However, the proportion of utilizing health insurance among the population living near poverty line is lower than that of other groups of population. This study aimed to promote equality in health care.

Objectives: To determine the proportion of utilization of health insurance and its barriers

Methods: A cross-sectional study was conducted using both quantitative and qualitative methods. 355

*Viện Y Tế Công Cộng Thành Phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: ThS. Nguyễn Thị Thùy ĐT: 0946316465

Email: ntmyduyen67@gmail.com

participants were randomly invited for interviews. In-depth interviews were conducted among 12 people living near poverty line, one from commune health stations, and two from commune and district authorities.

Results: Among people living near the poverty line, 21.7% did not use their health insurance to cover for their health services, 43.5% not often use. The proportion of underused health insurance were higher among males (PR 1.63 95% CI: 1.10 – 2.44), Khmer (PR 1.6; 95%CI 1.07 – 2.42). The proportion of underused health insurance for people with higher knowledge about benefit of health insurance were lower (PR 0.37 95%CI: 0.24 – 0.59). People with chronic diseases, multimorbidity, and high demand for health care often used health insurance to cover for their health care costs. Common reasons for underused health insurance were low income, living far from health facilities, waiting time, low quality of health care services, services not available at weekend, high transportation costs.

Conclusion: High proportion of people living near the poverty line was underused health insurance for their health care need. Interventions are needed to reduce barriers, and encourage people living near the poverty line utilizing their health insurance to cover for their health services.

Keywords: health insurance, people living near the poverty line

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, đối tượng người cận nghèo phần lớn tập trung ở vùng nông thôn, nơi điều kiện kinh tế còn gặp nhiều khó khăn, thu nhập hàng tháng thấp, tình trạng ốm đau bệnh tật khá phổ biến. Mức sống thấp đã tạo nên sự chênh lệch trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Thêm vào đó, tỉ lệ người nghèo và cận nghèo sử dụng BHYT thấp hơn người giàu, chi tiêu y tế từ tiền túi hộ gia đình chiếm tỉ lệ cao so với tổng chi y tế. Ngoài ra, giới hạn chuẩn nghèo và cận nghèo hiện nay là rất gần^(11,10). Do đó, người cận nghèo có thể rơi vào nhóm nghèo trở lại khi gánh nặng do chi phí y tế quá cao vượt quá khả năng chi trả^(3,7).

Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010 cho thấy có sự khác nhau về tỉ lệ sử dụng BHYT để KCB giữa khu vực thành thị - nông thôn và giữa các nhóm thu nhập. Kết quả sử dụng BHYT của người dân Đồng bằng sông Cửu Long khi đi KCB theo các nhóm thu nhập đều tăng qua các năm nhưng tỉ lệ vẫn ở mức dưới 70%. Nhóm thu nhập gần nghèo nhất có tỉ lệ sử dụng BHYT thấp hơn so với nhóm nghèo nhất và nhóm giàu nhất⁽¹¹⁾. Theo báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2011, tỉ lệ người cận nghèo sử dụng BHYT thấp hơn 4 lần so với người có BHYT tự nguyện, hưu trí và hưởng trợ cấp ưu đãi xã hội; thấp hơn 1,6 lần

người lao động⁽³⁾. Ngân sách nhà nước hỗ trợ mức phí đóng BHYT tăng từ 50% đến 70% và thực tế có những địa phương hỗ trợ đến 100%^(4,12) nhưng số người cận nghèo không sử dụng BHYT khi KCB vẫn chiếm tỉ lệ cao dao động từ 20 – 36%^(2,9). Một nghiên cứu khảo sát trên những bệnh nhân điều trị nội trú cho thấy tổng chi phí cho một đợt điều trị ở bệnh nhân không có BHYT cao gần 1,4 lần và chi phí y tế trực tiếp cao gấp 6 lần so với người có sử dụng BHYT⁽⁸⁾.

Số liệu điều tra hộ cận nghèo theo tiêu chí năm 2011- 2015 thì khu vực Đồng bằng sông Cửu Long có tỉ lệ hộ cận nghèo là 7,04% cao hơn so với cả nước và xếp vị trí thứ năm so với các khu vực khác. Sóc Trăng là một trong những tỉnh có tỉ lệ hộ cận nghèo cao nhất trong 13 tỉnh/thành phố thuộc khu vực Đồng bằng sông Cửu Long⁽¹⁾. Xã Hồ Đắc Kiên là một trong những xã nghèo, đặc biệt khó khăn của huyện Châu Thành, thuộc diện chính sách hỗ trợ cấp thẻ bảo hiểm miễn phí 100% từ năm 2012 và thẻ BHYT được cấp theo tuyến khám BHYT gần dân nhất, bao gồm TYT và TTYT huyện⁽¹³⁾.

Từ những vấn đề nêu trên, đối tượng cần được quan tâm khuyến khích sử dụng BHYT và tìm hiểu các yếu tố cản trở đến việc sử dụng BHYT chính là người cận nghèo. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp những thông tin cấp thiết, kịp

thời để góp phần đưa ra các phương án, chính sách tối ưu và hợp lý giúp cải thiện tỉ lệ sử dụng BHYT trên đối tượng này. Đồng thời giúp cho người cận nghèo tiếp cận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt hơn nói riêng và hướng tới mục tiêu xóa đói giảm nghèo nói chung.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỉ lệ không sử dụng BHYT của người cận nghèo có thẻ BHYT và các yếu tố liên quan tại xã Hồ Đắc Kiện, huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng.

Tìm hiểu các lý do không sử dụng BHYT khi có bệnh của người cận nghèo có thẻ BHYT.

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nguyên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Trong đó, nghiên cứu định lượng khảo sát phỏng vấn trực tiếp người cận nghèo ≥ 18 tuổi và có thẻ BHYT. Sử dụng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống với cỡ mẫu áp dụng công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể với $p = 0,36^{(9)}$, $d = 0,05$, $\alpha = 0,05$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ nên $n = 355$ người. Nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu 15 đối tượng (12 người cận nghèo gồm: 4 người có bệnh và có đi KCB nhưng không sử dụng trong tất cả các lần KCB, 4 người có bệnh nhưng không đi KCB, 4 người có bệnh và có đi KCB nhưng sử dụng thẻ BHYT không thường xuyên) và 3 đại diện chính quyền địa phương, TYT xã và TTYT huyện.

Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập số liệu và phần mềm Stata phiên bản 12.0 để phân tích số liệu. Sử dụng phép kiểm chi bình phương và phép kiểm chính xác Fisher để xét mối liên quan. Sử dụng phép kiểm hồi quy Logistic đơn biến để kiểm định mức độ liên quan giữa tỉ lệ không sử dụng BHYT với các đặc điểm dân số- xã hội, kiến thức về BHYT, tình trạng bệnh, DVYT.

Biến số sử dụng BHYT được hỏi trong 12 tháng qua tính từ thời gian bắt đầu khảo sát: Có: khi người được phỏng vấn có thẻ BHYT có bệnh

và hoàn toàn sử dụng BHYT hoặc sử dụng BHYT không thường xuyên để KCB. Không: hoàn toàn không sử dụng BHYT trong tất cả các lần KCB hoặc tự điều trị (có bệnh nhưng không đi KCB).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số - xã hội học của người được phỏng vấn

Bảng 1: Đặc điểm dân số - xã hội học của người được phỏng vấn (n= 355)

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 33	87	24,5
	34 - 49	139	39,1
	50 – 65	117	33,0
	> 65	12	3,4
Giới	Nam	151	42,5
	Nữ	204	57,5
Trình độ học vấn	Cấp 1	98	27,6
	Cấp 2	43	12,1
	≥ Cấp 3	16	4,5
Nghề nghiệp	Lao động phổ thông	141	39,7
	Chăn nuôi/trồng trọt	88	24,8
	Nội trợ	59	16,6
	Buôn bán	32	9,0
	Già/hưu trí	15	4,2
	Khác	20	5,7
Dân tộc	Kinh	268	75,5
	Khơ Me	78	22,0
	Hoa	9	2,5

Kết quả bảng trên cho thấy nhóm tuổi từ 34 – 49 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 39,1%, kế đến nhóm tuổi từ 50 – 65 tuổi với tỉ lệ 33% và thấp nhất nhóm trên 65 tuổi < 4%. Tỉ lệ nữ (57,5%) nhiều hơn nam (42,5%) . Về trình độ học vấn chủ yếu là mù chữ và biết đọc, biết viết gần 56%. Phần lớn nghề nghiệp là lao động phổ thông 39,7% cao nhất so với ngành chăn nuôi/trồng trọt 24,8% và nội trợ 16,6%. Đối tượng nghiên cứu đa số là người Kinh chiếm tỉ lệ 75,5% và Khơ me là 22%.

Trong tổng số 345 đối tượng mắc bệnh thì số đối tượng có sử dụng BHYT để KCB 78,3%, trong đó 34,8% hoàn toàn sử dụng BHYT và 43,5% sử dụng BHYT không thường xuyên. Số đối tượng không sử dụng BHYT chiếm 21,7%, trong đó tự điều trị 16,8% cao hơn hoàn toàn không sử dụng BHYT 4,9%.

Bảng 2: Thông tin về sử dụng BHYT để khám chữa bệnh trong 12 tháng qua (n=345)

Sử dụng BHYT	Tần số	Tỉ lệ (%)
Có	270	78,3
Hoàn toàn sử dụng BHYT	120	34,8
Sử dụng BHYT không thường xuyên	150	43,5
Không	75	21,7
Hoàn toàn không sử dụng BHYT	17	4,9
Tự điều trị	58	16,8

Bảng 3: Lý do không sử dụng BHYT để khám chữa bệnh (n = 225)

Lý do	Tần số	Tỉ lệ (%)
Bệnh nhẹ tự điều trị	92	40,9
Nhà xa cơ sở y tế khám bảo hiểm	87	38,7
Khám BHYT phải chờ đợi lâu	55	24,4
Kinh tế khó khăn	52	23,1
Khám BHYT không khỏi bệnh	35	15,6
Thẻ BHYT cấp sai thông tin/hết hạn sử dụng	23	10,2
Bận làm việc không có thời gian đi khám	21	9,3
BHYT không khám thứ Bảy, Chủ nhật	16	7,1
Chi phí đi lại nhiều hơn tiền KCB	13	5,8
Thiếu thuốc, chỉ cung cấp thuốc thông thường	10	4,4
Thủ tục khám bảo hiểm phức tạp	7	3,1
Quên mang thẻ BHYT	4	1,8
Tinh thần, thái độ phục vụ Nhân viên y tế kém	4	1,8
Bác sĩ khám sơ sài	2	0,9
Khác	18	8,0

Phần lớn những người cận nghèo có bệnh nhưng không đến cơ sở y tế vì cho rằng: do bệnh nhẹ tự điều trị chiếm tỉ lệ cao nhất 40,9%, kể đến là do nhà xa cơ sở y tế khám bảo hiểm (38,7%), khám BHYT phải chờ đợi lâu (24,4%), kinh tế khó khăn nên không thể đi KCB với tỉ lệ 23,1%. Ngoài ra, còn các lý do khác như: khám BHYT không khỏi bệnh 15,6%, thẻ BHYT cấp sai thông tin/hết hạn sử dụng (10,2%), bận việc không có thời gian đi khám (9,3%) và BHYT không khám

Bảng 5: Môi liên quan giữa không sử dụng BHYT với kiến thức về BHYT, trình trạng bệnh(n = 345)

Tình trạng		Sử dụng BHYT		P	PR (KTC 95%)
		Có n (%)	Không n (%)		
Kiến thức về BHYT	Thấp	86 (64,7)	47 (35,3)	0,001	1
	Trung bình	176 (86,3)	28 (13,7)		0,37 (0,24-0,59)
	Cao	8 (100,0)	0 (0,0)		0,14 (0,06-0,35)
Số lần bệnh	> 6 lần	144 (88,3)	19 (11,7)	< 0,001	0,38 (0,24-0,6)
	≤ 6 lần	126 (69,2)	56 (30,8)		
Số bệnh mắc/người	≥ 2 loại bệnh	84 (97,67)	2 (2,33)	< 0,001*	0,08 (0,02-0,33)
	1 loại bệnh	186 (71,81)	73 (28,19)		

vào ngày Thứ bảy, Chủ nhật (7,1%). Những lý do khác như: đi khám sơ phát hiện bệnh, bệnh cấp cứu ban đêm phải mua thuốc ngoài, không có phương tiện đi chiếm tỉ lệ 8%.

Mối liên quan giữa việc không sử bảo hiểm y tế với đặc điểm dân số - xã hội, kiến thức về bảo hiểm y tế, tình trạng bệnh, dịch vụ y tế

Bảng 4: Môi liên quan giữa không sử dụng với đặc điểm dân số - xã hội (n=345)

Đặc điểm		Sử dụng BHYT		P	PR (KTC 95%)
		Có n (%)	Không n (%)		
Tuổi	< 50 tuổi	173 (78,6)	47 (21,4)	0,823	0,95 (0,63-1,44)
	≥ 50 tuổi	97 (77,6)	28 (22,4)		
Giới	Nam	102 (71,8)	40 (28,2)	0,015	1,63 (1,10-2,44)
	Nữ	168 (82,8)	35 (17,2)		
Trình độ học vấn	< Cấp 3	259 (78,7)	70 (21,3)	0,345	0,68 (0,32-1,45)
	≥ Cấp 3	11 (68,7)	5 (31,3)		
Nghề nghiệp	Lao động phổ thông	105 (77,2)	31 (22,8)	0,610	1
	Chăn nuôi/trồng trọt	69 (82,1)	15 (17,9)		0,78 (0,42-1,45)
	Khác	96 (76,8)	29 (23,2)		1,01 (0,61-1,69)
Dân tộc	Khơ Me	52 (68,4)	24 (31,6)	0,028	1,6 (1,07-2,42)
	Kinh	209 (80,4)	51 (19,6)		

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, dân tộc và tỉ lệ không sử dụng BHYT với p lần lượt là p=0,02, p =0,028. Tỉ lệ người nam không sử dụng BHYT cao gấp 1,63 lần (KTC 95%: 1,10 – 2,44) so với người nữ. Những người dân tộc Khơ me có tỉ lệ không sử dụng BHYT bằng 1,6 lần so với người Kinh (KTC 95%: 1,07 - 2,42). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp với tỉ lệ không sử dụng BHYT.

Tình trạng		Sử dụng BHYT		P	PR (KTC 95%)
		Có n (%)	Không n (%)		
Bệnh mạn tính	Có	148 (94,3)	9 (5,7)	< 0,001	0,16 (0,08-0,32)
	không	122 (64,9)	66 (35,1)		
Bệnh thông thường	Có	103 (66,0)	53 (34,0)	< 0,001	2,9 (1,86-4,58)
	không	167 (88,4)	22 (11,6)		
Tai nạn chấn thương	Có	4 (80,0)	1 (20,0)	1,00*	0,92 (0,16 – 5,37)
	không	266 (78,2)	74 (21,8)		

*Kiểm định chính xác Fisher

Những người có kiến thức chung về BHYT càng cao thì khả năng không sử dụng BHYT giảm 0,37 lần với KTC 95%: 0,24 – 0,59. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001 < 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lần bệnh, số bệnh mắc, bệnh mạn tính, bệnh thông thường với tỉ lệ không sử dụng BHYT với p có cùng giá trị $< 0,001$. Ở những người có số lần bệnh trên 6 lần /12 tháng thì tỉ lệ không sử dụng BHYT bằng 0,38 lần so với người có số lần bệnh ≤ 6 lần (KTC 95%: 0,24 - 0,61). Đối với những người mắc từ 2 loại bệnh trở lên thì tỉ lệ không sử dụng BHYT bằng 0,08 so với người mắc 1 loại bệnh (KTC 95%: 0,23 - 0,76). Những người mắc bệnh mạn tính có tỉ lệ không sử dụng BHYT thấp hơn 0,16 lần so với người không mắc bệnh mạn tính (KTC 95%: 0,08-0,32). Những người mắc bệnh thông thường có tỉ lệ không sử dụng BHYT cao gấp 2,9 lần (KTC 95%: 1,86-4,58) so với người mắc bệnh khác. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ không sử dụng BHYT với trường hợp bị tai nạn chấn thương ($p = 1$).

Bảng 6: Mối liên quan giữa không sử dụng BHYT với DVYT ($n = 287$)

Tình trạng		Sử dụng BHYT		P	PR (KTC 95%)
		Có n (%)	Không n (%)		
Tiền KCB so với tổng tiền đi lại ăn, uống	Cao	51 (86,4)	8 (13,6)	0,011*	1
	Trung bình	70 (93,3)	5 (6,7)		0,6 (0,42–0,86)
	Thấp	149 (97,4)	4 (2,6)		0,36 (0,18–0,74)
Hình thức KCB	Nội trú	46 (97,9)	1 (2,1)	0,201*	3,33 (0,45–24,5)
	Ngoại trú	224 (93,3)	16 (6,7)		

*Kiểm định chính xác Fisher

Ở những người cận nghèo đến cơ sở y tế mà có tiền KCB so với tiền ăn uống, đi lại càng thấp thì khả năng không sử dụng BHYT giảm đi 0,6

lần với KTC 95%: 0,24 – 0,59. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,011$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ không sử dụng BHYT với hình thức KCB có $p = 0,201$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐỊNH TÍNH

Lý do liên quan đến dịch vụ y tế khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Người cận nghèo sẵn sàng đến cơ sở y tế để KCB khi có nhu cầu. Tuy nhiên, vì thời gian chờ đợi quá lâu trong khi tình trạng sức khỏe, công việc không cho phép. Nhiều người đã chọn dịch vụ khám tư hoặc mua thuốc tây bên ngoài nhanh hơn. Dù biết rằng sử dụng BHYT giúp giảm khá nhiều chi phí nhưng việc chờ đợi lâu làm họ cảm thấy mệt mỏi và khám bệnh phải mất cả ngày.

“Tại vô bệnh viện thì vòng vòng, thời gian chờ cũng lâu nữa. Qua chỗ mua thuốc tư ở ngoài thì nó nhanh chóng, mắc hơn tí xíu mà nó nhanh”.

Dịch vụ khám bệnh BHYT tuyến cơ sở chưa tạo được niềm tin cho người sử dụng. Một số người cận nghèo chưa tin tưởng vào chuyên môn của các bác sĩ khám bảo hiểm nên đôi lúc họ đi khám bên ngoài để so sánh với kết quả của bệnh viện. Người cận nghèo có sử dụng BHYT khám bệnh cho rằng chuyên môn KCB tại y tế tuyến cơ sở còn hạn chế. Đối với một số bệnh chuyên khoa thì bệnh viện tuyến huyện không thể điều trị được.

“Ở ngoài em tốn nhưng có thể em khỏe khoản hơn ở trong bệnh viện, trong khi bệnh của em như vậy nè mà người ta nói là không bệnh. Tội gì em phải xách bảo hiểm em đi hoài”.

Người cận nghèo cho rằng khám BHYT không hết bệnh không chi riêng do trình độ

chuyên môn mà còn liên quan đến vấn đề cấp thuốc BHYT. Một số đối tượng chưa hài lòng về chất lượng thuốc BHYT. Họ nghĩ rằng thuốc BHYT chỉ chữa một số bệnh thông thường. Thuốc BHYT mà họ nhận được điều trị lâu hết hoặc không hết bệnh. Điều này dẫn đến việc họ không tha thiết sử dụng BHYT.

“Tại vì em xài bảo hiểm là em đi ra ngoài trạm. Trạm ở em không biết chứng bệnh của em. Em đi ra Châu Thành không có thuốc trị cái bệnh của em”.

“Chữa được nhưng thời gian chẩn đoán nó lâu hơn. Nhiều khi vô trạm, chẩn đoán cũng mất cả tuần lễ. Nhiều khi mình đi ngoài, người ta cho thuốc uống thì nó hạ sốt nhanh hơn”.

Hiện nay, mạng lưới các cơ sở y tế KCB BHYT tại địa phương vẫn còn thiếu, thưa thớt và xa dân. Đường sá giao thông đến cơ sở y tế còn nhiều khó khăn chủ yếu là đường chưa tráng nhựa, hệ thống sông ngòi chằng chịt. Thêm vào đó, người cận nghèo không có phương tiện đi lại, nếu đi khám phải đi xe ôm hoặc đi bộ. Phần tiền đi lại có thể bằng hoặc hơn tiền khám bệnh. Đối với các trường hợp cấp cứu chỉ có thể vận chuyển bằng xe gắn máy. Cơ sở y tế quá xa nên nhiều lúc phải đến phòng mạch tư cho gần. Vì vậy, khi nào bệnh nặng họ mới chịu đi khám hoặc đến Trạm Y tế để làm thủ tục xin chuyển, còn bệnh nhẹ thì cũng uống thuốc tây mua sẵn ở nhà.

“Cái bảo hiểm này là phải vô xã. Xã đây vô khoảng năm, bảy cây số. Chị thấy đoạn đường xa quá. Mình thấy mình nhẹ thì thôi mình đi mua ở đây cho nó đỡ đi.”

Cơ sở vật chất ở TTYT còn nghèo nàn, chưa đảm bảo được an toàn vệ sinh. Các phòng bệnh nội trú được ngăn với nhau bằng tôn thiếc, trong phòng nóng bức. Một số người bệnh nhập viện chịu không nổi phải bỏ về hoặc chỉ ở lại bệnh viện vào giờ khám bệnh. Bên cạnh đó, tuyến y tế cơ sở thiếu trang thiết bị cần thiết để chẩn đoán bệnh nên nhiều lúc người cận nghèo phải đi lên tuyến trên để kiểm tra.

“Ở trạm nhiều khi cơ sở vật chất y tế không có chụp hình, siêu âm muốn đi tuyến trên kiểm tra cho chính xác.”

Khi bệnh xảy ra vào ngày thứ Bảy và Chủ nhật thì phải chi trả bằng tiền túi mặc dù có thẻ BHYT.

“Quên thẻ là không có khám, có thứ Bảy, Chủ nhật là không có khám được. Mình tốn tiền đó, không có xài bảo hiểm, phải mà được khám cho tui hai ngày đó là rất tốt. Nhằm khi bệnh ngay thứ Bảy, Chủ nhật thì cũng phải đi mua thuốc uống”.

Lý do liên quan đến bản thân và gia đình của người cận nghèo

Kinh tế gia đình khó khăn là một trong những yếu tố gây trở ngại lớn nhất trong tất cả các khó khăn mà họ gặp phải khi đi khám chữa bệnh. Mặc dù chi phí khám bệnh được nhà nước hỗ trợ thông qua BHYT nhưng để sử dụng DVYT, người cận nghèo phải tốn một khoản chi phí đi lại, tiền thuốc uống hoặc thuốc chích nếu nằm ngoài danh mục BHYT. Số tiền này đối với họ không phải dễ kiếm ra trong khi nghề nghiệp chủ yếu là lao động phổ thông, thu nhập thường không ổn định.

“Mình có bảo hiểm thấy ngon thiệt nhưng mà kẹt mình không có tiền đi rồi tiền xe bận đi, bận về nó hai ba chục lận. Mình kẹt tiền không có tiền lấy gì đi.”

“Mình đâu có tiền đóng đâu, có bữa làm có tiền, có bữa không. Không có tiền đóng rồi về tới giờ không có đi khám”.

Hầu hết người cận nghèo nghĩ rằng do bệnh nhẹ nên không đi khám mà tự mua thuốc về uống. Thẻ BHYT mà họ nhận được chỉ để phòng trường hợp bệnh nặng hoặc sau khi uống thuốc ngoài không khỏi thì họ mới sẵn sàng đến cơ sở y tế điều trị.

“Thì nhận cái bảo hiểm để ở nhà thôi, chứ khi mà bệnh nặng lắm thì tôi mới cần đến còn không thì cũng để vậy. Nếu bệnh chút đỉnh thì mua thuốc ngoài uống, hết rồi thôi không xài tới bảo hiểm”.

Một số trường hợp khác muốn đi khám nhưng sợ bị phát hiện ra bệnh sẽ lo lắng nhiều

hơn hoặc sợ bắt nhập viện. Trong khi đó, họ là người trụ cột trong gia đình, bệnh không ai lo, không tiền để chi trả cho khoản chi phí điều trị đó. Nếu nằm viện phải cần người chăm sóc nên họ chấp nhận đi khám tư hoặc mua thuốc ngoài. Đây là lý do mà những người cận nghèo không đến cơ sở y tế điều trị khi có bệnh.

“Cô sợ đi khám bệnh, phát hiện ra bệnh, sợ như cái chuyện nhẹ thì mình lo được, còn chuyện nặng mình không có tiền”.

“Đi khám trạm thì lâu hoặc là cho mình nhập viện. Trong khi mình nhập viện thì mình là trụ cột gia đình, lo chi phí mỗi ngày. Nếu mình nhập viện thì nhà mình không có gì chi tiêu”.

Ngoài ra còn do thuận tiện và thói quen của người cận nghèo. Đôi lúc do bệnh nhẹ nên sẵn tiện đi ra chợ mua, tiền mua thuốc cũng không nhiều. Vì vậy không cần thiết phải xài đến thẻ BHYT hoặc tâm lý thích đi khám bác sĩ quen và sợ đến chỗ khám lạ vì không quen biết ai.

Phần lớn người cận nghèo có trình độ học vấn thấp nên việc hiểu biết về lợi ích của thẻ BHYT còn hạn chế và việc tuyên truyền cũng gặp nhiều khó khăn. Đôi lúc cầm BHYT trên tay nhưng không biết lợi ích của nó như thế nào. Phần lớn họ chỉ biết khám bệnh sử dụng BHYT sẽ giảm được chi phí khám bệnh, còn nhiều lợi ích khác mà họ chưa nắm được.

“Mình cũng hông dám đi, chỉ biết là nếu bệnh, mình đi tư nhân hoặc không đi tư nhân thì lên trạm. Nó giảm phần trăm thôi chứ không biết gì nữa”.

Lý do liên quan đến công tác truyền thông và cấp phát thẻ bảo hiểm y tế

Vấn đề hỗ trợ thẻ BHYT cho hộ cận nghèo đã mang lại hiệu quả hết sức thiết thực. Khi nhận được thẻ BHYT miễn phí người cận nghèo rất mừng nhưng đến lúc sử dụng thì phát hiện ra thẻ hết hạn hoặc thông tin trên thẻ bảo hiểm bị sai. Chủ trương của chính quyền địa phương là cấp thẻ đến từng hộ dân, từng người nhưng trong quá trình thực hiện gặp nhiều khó khăn như một số thẻ cần điều chỉnh nhiều lần Thậm chí có trường hợp bệnh

tới nơi mới coi cái thẻ. Trong khi đó công tác điều chỉnh lại gặp nhiều khó khăn và tốn nhiều thời gian. Chính vì vậy, việc thẻ BHYT hết hạn hoặc sai thông tin và công tác cấp phát thẻ trễ gây trở ngại cho người sử dụng.

“Người ta nói là thẻ mình hết thời hạn sử dụng, nhưng mà chưa được một năm đâu, khoảng còn vài tháng nữa là qua năm là họ mới đưa bảo hiểm cho mình, vừa tới lúc mình xài là hết thời hạn”.

“Mấy ông cho cái bảo hiểm này nè, rồi ghi tên, tuổi trong giấy khai sinh sai nên chú không được xài. Rồi đi photo, điều chỉnh lại thì nó lại tiếp tục sai tiếp, sai năm sinh không à.”

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ không sử dụng BHYT khi có bệnh của người cận nghèo là 21,7% (bảng 2) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bích Hà thực hiện tại TP. Vị Thanh, tỉnh Hậu Giang năm 2012 có tỉ lệ 36%⁽⁹⁾ và kết quả triển khai thực hiện BHYT cho người cận nghèo ở 3 tỉnh (Ninh Bình, Nghệ An và Tây Ninh) có tỉ lệ từ 26,9 – 34%⁽²⁾. Theo kết quả điều tra mức sống dân cư năm 2011, tỉ lệ không sử dụng BHYT của người gần nghèo nhất chung của cả nước giảm dần từ 47% còn 38,8%, tỉ lệ không sử dụng BHYT Đồng bằng sông Cửu Long gần 50% cao hơn so với nghiên cứu này. Nếu so theo nhóm thu nhập thì tỉ lệ nhóm gần nghèo nhất sử dụng BHYT thấp hơn so với nhóm khác⁽¹¹⁾. Sự chênh lệch này là do người cận nghèo tại xã nghiên cứu được cấp thẻ BHYT hoàn toàn miễn phí. Ngoài ra, xã Hồ Đắc Kiện là một trong những xã nghèo nông thôn mới được chính sách địa phương hỗ trợ 100% phí khám bệnh tại tuyến TYT xã dù mức tiền khám vượt quá quy định của chính sách BHYT. Khi khám bệnh ở tuyến huyện, mức hưởng của người cận nghèo như đối tượng người nghèo chung của cả nước, chi phí giảm lên đến 95%. Chính nhờ vào chính sách hỗ trợ tăng mức giảm phí KCB bằng BHYT nên tỉ lệ không sử dụng BHYT của nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ không sử dụng BHYT như tỉ lệ nam không sử dụng BHYT cao gấp 1,63 lần so với nữ (bảng 4). Điều này cho thấy phụ nữ thường quan tâm đến sức khỏe hơn so với nam. Thêm vào đó, nam giới thường là trụ cột kinh tế gia đình nên khi có bệnh họ ít chủ động đi điều trị do phải đi kiếm tiền. Người Kho Me không sử dụng BHYT cao gấp 1,6 lần so với người Kinh (bảng 4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Văn Minh, người Kho Me khi có bệnh thường tự mua thuốc và đến thấy lang, có gần 70% đến khám phòng khám tư. Nguyên nhân bắt nguồn từ sự thiếu hiểu lợi ích khi sử dụng thẻ BHYT để KCB sẽ giảm đáng kể chi phí y tế. Và càng biết về lợi ích của BHYT càng nhiều thì tỉ lệ không sử dụng càng thấp (bảng 5). Như vậy, kiến thức tác động rất lớn đến biết về sử dụng BHYT, bất đồng ngôn ngữ và cho rằng thủ tục đi khám bệnh quá phức tạp⁽⁵⁾. Đa số những trường hợp không tiếp cận được BHYT đều thuộc nhóm nghèo hoặc cận nghèo và có trình độ học vấn dưới cấp 3⁽⁶⁾. Những người bệnh nhiều lần trong năm hoặc bệnh mãn tính thì tỉ lệ sử dụng BHYT cao. Vì họ ý thức được hành vi sử dụng BHYT khi đi KCB.

Mặc dù người cận nghèo phần nào cũng nhận thức được tầm quan trọng về lợi ích mà thẻ BHYT mang lại. Tuy nhiên, việc sử dụng BHYT khi có bệnh vẫn còn gặp một số khó khăn. Phần lớn các lý do thường tập trung vào ba lĩnh vực như BHYT, bản thân và gia đình, công tác cấp phát thẻ BHYT. Trong đó rào cản lớn nhất chính là kinh tế gia đình. Phần lớn nghề nghiệp của họ chủ yếu là lao động phổ thông và làm nông nên khả năng kinh tế thường thấp và không ổn định. Do đó, những người cận nghèo đi khám sợ bị phát hiện ra bệnh thêm lo hoặc bắt nhập viện mà chi phí điều trị ngoài BHYT, ăn uống đi lại chi trả từ tiền túi quá cao gây trở ngại rất lớn đến quyết định sử dụng dịch vụ y tế của họ. Thêm vào đó, mạng lưới y tế cơ sở xa người dân chi phí đi lại cao hơn chi phí khám bệnh, quan niệm khám BHYT không hết bệnh, cung cấp thuốc không đủ và kém chất lượng so với khám dịch

vụ, khám BHYT phải chờ đợi lâu làm cho người cận nghèo ngần ngại đến cơ sở y tế. Bên cạnh đó, người cận nghèo thường gặp khó khăn trong vấn đề giao tiếp vì trình độ học vấn thấp, hiểu biết về lợi ích của BHYT còn hạn hẹp. Từ đó, họ thiếu tự tin hoặc sợ đến bệnh viện khám. Vì vậy mà tỉ lệ không sử dụng BHYT cao.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết quả thu được cho thấy tỉ lệ người cận nghèo không sử dụng BHYT khi sử dụng dịch vụ y tế tương đối cao (21,7%) nhưng thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó. Mặc dù được sự hỗ trợ thẻ BHYT miễn phí nhưng trong quá trình sử dụng người cận nghèo vẫn còn gặp nhiều yếu tố cản trở từ nhiều phía.

Chính quyền địa phương cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục để người cận nghèo hiểu rõ hơn lợi ích của BHYT. Tăng mức thụ hưởng BHYT cho người thuộc hộ cận nghèo lên 100% ở tất cả các cơ sở KCB bảo hiểm y tế thuộc tuyến y tế cơ sở. Mở rộng danh mục thuốc BHYT ở tuyến y tế cơ sở và bổ sung một số danh mục kỹ thuật BHYT ở bệnh viện tuyến huyện nhằm tạo điều kiện tốt nhất để người cận nghèo sử dụng BHYT khi KCB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ lao động – Thương binh xã hội (2012). Quyết định số 375/QĐ-LĐTBXH ngày 28 /3/2012 về việc Phê duyệt kết quả điều tra rà soát hộ nghèo, hộ cận nghèo năm 2011.
2. Bộ Y tế (2011). Báo cáo kết quả nghiên cứu về triển khai thực hiện bảo hiểm y tế cho người cận nghèo. Hà Nội. Tr. 10 - 20.
3. Bộ Y tế (2011). Lộ trình phát triển BHYT toàn dân. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế. Hà Nội. Tr. 108 -120.
4. Bộ Y tế (2013). Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân giai đoạn 2012 – 2015 và 2010. Hà Nội. Tr. 8-11.
5. Bùi Văn Minh Nguyễn Văn Lo (2011). Khảo sát hành vi tìm kiếm dịch vụ và thực trạng điều kiện tiếp cận, sử dụng dịch vụ CSSK của dân tộc Khmer tại Trà Vinh. *Kỷ yếu hội nghị khoa học Kinh tế Y tế, Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam*, lần 2: Tr. 262 - 274.
6. Freeman G, Lethbridge –Ceiku M (2006). Access to health care among Hispanic or Latino woman: United States, 2000-2002. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1664639, accessed on 6 Apr 2013.
7. Lương Ngọc Khuê Vương Ánh Dương, Hà Thái Sơn, Rainhard Busse (2012). Xác định mức độ ảnh hưởng của chi trả viện phí lên kinh tế hộ gia đình ở Việt Nam. *Kỷ yếu hội nghị khoa học kinh tế y tế. Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam*, lần 2: Tr. 406 - 412.

- | | |
|---|--|
| <p>8. Mai Tiến Thành (2013). Khả năng chi trả chi phí của bệnh nhân nội trú trong một đợt điều trị tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Khoa Quản lý sức khỏe, Viện Y tế công cộng TP. Hồ Chí Minh. Tr. 34 - 37.</p> <p>9. Nguyễn Bích Hà và cộng sự (2012). Chi phí y tế và độ bao phủ BHYT ảnh hưởng đến việc sử dụng các DVYT của cận nghèo tại TP.Vị Thanh, tỉnh Hậu Giang. Bản tin các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe. WHO. 2: Tr. 34-49.</p> <p>10. Thủ Tướng Chính phủ (2011). Quyết định số 09/2011/QĐ-TTg ngày 30/01/2011 về việc Ban hành chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011- 2015.</p> <p>11. Tổng cục thống kê (2011). Kết quả khảo sát mức sống dân cư năm 2010. Nhà xuất bản Thống kê. Báo cáo nghiên cứu. Hà Nội. Tr.12-13, 224-316.</p> | <p>12. Tống Thị Song Hương (2012). BHYT toàn dân thực trạng và giải pháp. Hội nghị khoa học kinh tế y tế, Hội khoa học kinh tế y tế Việt Nam, lần 2: Tr. 7-24.</p> <p>13. Ủy ban nhân dân tỉnh Sóc Trăng (2012). Triển khai thực hiện hỗ trợ mua BHYT cho người thuộc hộ cận nghèo trên địa bàn tỉnh Sóc Trăng. Công văn số 1603/ CTUBND-HC.</p> |
|---|--|

Ngày nhận bài báo: 15/7/2016

Ngày phản biện nhận xét bài báo: 27/7/2016

Ngày bài báo được đăng: 05/10/2016