

**“Thực trạng sử dụng thẻ bảo hiểm y tế người  
nghèo và chi của bảo hiểm y tế cho người nghèo  
năm 2007 tại thành phố Hồ Chí Minh”**

Chuyên ngành : Dịch tễ học Mã số : 62 72 70 01

Họ và tên nghiên cứu sinh : PHẠM VĂN BẮC

Họ và tên cán bộ hướng dẫn : 1. GS.TSKH. PHẠM MẠNH  
HÙNG

2. PGS.TS. NGUYỄN ĐỖ NGUYỄN

Tên cơ sở đào tạo : Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chương trình xóa đói giảm nghèo thành phố Hồ Chí Minh (TP.Hồ Chí Minh) kết thúc giai đoạn 1 (1992-2003) đã đạt những thành tựu to lớn trên nhiều mặt[8]. Từ đầu năm 2004, thành phố đã khởi động thực hiện chương trình xóa đói giảm nghèo giai đoạn 2 (2004-2010), nâng mức chuẩn nghèo theo tiêu chí thu nhập bình quân đầu người trong hộ dưới 6 triệu đồng năm, với mục tiêu phấn đấu đến cuối năm 2010 thành phố cơ bản không còn hộ nghèo theo mức chuẩn nghèo này [71]. Để thực hiện được mục tiêu trên đây đòi hỏi phải huy động mọi nguồn lực của toàn xã hội cùng tham gia thực hiện.

Chương trình quốc gia xóa đói giảm nghèo và việc làm là một chương trình tổng hợp có tính chất liên ngành trong chiến lược phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Mục đích là tạo các điều kiện thuận lợi, phù hợp để hỗ trợ người nghèo, hộ nghèo, xã nghèo phát triển sản xuất, tăng thu nhập, tiếp cận các dịch vụ xã hội nhằm xóa đói giảm nghèo và nâng cao chất lượng cuộc sống người dân.

Được sự chỉ đạo xuyên suốt của Thành Ủy [26],[27],[28],[29],[30] ngay từ năm 1992 Ủy ban nhân dân thành phố đã thành lập Ban chỉ đạo chương trình xóa đói giảm nghèo thành phố để tổ chức thực hiện và thúc đẩy chương trình xóa đói giảm nghèo ở TP. Hồ Chí Minh [68]. Hàng loạt các giải pháp đã được thực hiện để hỗ trợ người nghèo như: vay vốn để lao động sản xuất, tạo công ăn việc làm, giáo dục dạy nghề...[4],[5],[6].

Song song các giải pháp về kinh tế xã hội, từ năm 1992 thành phố đã có chủ trương cấp sổ khám chữa bệnh miễn phí, sau đó là thẻ khám chữa bệnh miễn phí cho người nghèo [43],[44][70] và thực hiện hỗ trợ một phần viện phí cho các trường hợp gặp khó khăn đột xuất nhưng không thuộc đối tượng được hưởng chế độ khám chữa bệnh cho người nghèo do mắc các bệnh nặng, chi phí cao khi điều trị ở bệnh viện nhà nước, người lang thang, cơ nhỡ. Đến năm 2001, thành phố chuyển sang thực hiện mua thẻ bảo

hiểm y tế cho người nghèo, hộ nghèo và kể cả người già yếu, neo đơn hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội bằng nguồn ngân sách thành phố và nguồn vận động xã hội hóa. Bình quân cấp khoảng 250.000 số, thẻ/năm, mỗi năm thành phố đều dành khoảng 2 tỷ đồng cho các trung tâm y tế quận - huyện và trạm y tế (TYT) phường - xã cấp phát thuốc và thực hiện các xét nghiệm cơ bản miễn phí cho dân nghèo; đồng thời, tại các bệnh viện chuyên khoa của thành phố đều dành 20% số giường để khám chữa bệnh và thực hiện miễn, giảm viện phí cho bệnh nhân nghèo. Riêng năm 2007, thành phố đã mua 244.565 thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo với tổng số tiền là 19.565.200.000 đồng.[8]

Đây là những chủ trương và việc làm hết sức phù hợp với quan điểm của đảng ta về chăm sóc sức khỏe là xây dựng hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao...[33],[42],[60]. Tuy nhiên, qua nhiều năm thực hiện, hiệu quả của việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo chưa được đánh giá bằng những đề tài khoa học thực sự. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm trả lời câu hỏi: Ở người nghèo tại TP Hồ Chí Minh được cấp thẻ bảo hiểm y tế năm 2007 có những đặc điểm dân số học gì, tỉ lệ sử dụng là bao nhiêu, những loại bệnh tật nào người nghèo hay mắc, những yếu tố nào ảnh hưởng đến việc không sử dụng thẻ và số tiền chi trung bình của BHYT cho một lượt người nghèo đi khám chữa bệnh năm 2007 là bao nhiêu?

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

1. Xác định tỉ lệ đặc điểm dân số học của người nghèo được cấp thẻ bảo hiểm y tế nghèo: giới, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng lao động.
2. Xác định tỉ lệ người nghèo có thẻ bảo hiểm y tế đã sử dụng khi bị bệnh.
3. Xác định tỉ lệ các nhóm bệnh người nghèo mắc phải đã sử dụng BHYT.
4. Xác định những yếu tố có liên quan đến khả năng người nghèo không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi bị bệnh.
5. Xác định số tiền chi trung bình của BHYT cho một lượt người nghèo khám chữa bệnh tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2007.

## **CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

### **1.1. Khái niệm về chuẩn nghèo**

Là một khái niệm động, nó biến động theo không gian và thời gian

Về không gian, nó biến đổi theo trình độ phát triển kinh tế-xã hội của từng vùng hay từng quốc gia. Ví dụ như ở Việt Nam, chuẩn nghèo biến động theo 3 vùng sinh thái khác nhau, đó là vùng đô thị, vùng nông thôn đồng bằng và vùng nông thôn miền núi.

Về thời gian, chuẩn nghèo cũng có sự biến động lớn và nó được thay đổi theo trình độ phát triển kinh tế-xã hội và nhu cầu của con người theo từng giai đoạn lịch sử, kinh tế-xã hội phát triển thì đời sống của con người cũng được cải thiện tốt hơn và chuẩn nghèo cũng được điều chỉnh theo.

#### **1.1.1. Chuẩn nghèo quốc gia**

Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội đã 3 lần công bố chuẩn nghèo tính theo thu nhập bình quân đầu người cho các giai đoạn cụ thể khác nhau: giai đoạn 1993-1995, giai đoạn 1996-2000 và giai đoạn 2001-2005.

Giai đoạn 2001-2005: Quyết định số 143/2001/QĐ-TTg ngày 27/9/2001 về chuẩn nghèo áp dụng cho giai đoạn 2001-2005 [61]:

Vùng đô thị : 150.000 đồng/tháng/người (1,8 triệu/năm/người)

Vùng nông thôn đồng bằng: 100.000 đồng/tháng/người (1,2 triệu/năm/người)

Vùng nông thôn miền núi: 80.000 đồng/tháng/người (0,96 triệu/năm/người)

Giai đoạn 2006-2010: Quyết định số 170/2005/QĐ-TTg ngày 8/7/2005 về chuẩn nghèo áp dụng cho giai đoạn 2006-2010 như sau: [62]

Khu vực nông thôn, những hộ có thu nhập bình quân đầu người một tháng từ 200.000 đồng trở xuống (2.400.000 đ/người/năm) trở xuống là hộ nghèo.

Khu vực thành thị, những hộ có thu nhập bình quân đầu người một tháng từ 260.000 đồng trở xuống (3.120.000 đ/người/năm) trở xuống là hộ nghèo.

#### **1.1.2. Chuẩn nghèo và hộ nghèo TP.Hồ Chí Minh**

Xây dựng chuẩn nghèo dựa trên 2 tiêu chí [7]: Tiêu chí mức thu nhập bình quân đầu người dựa vào trình độ phát triển kinh tế và mức sống trung bình

của người dân được chấp nhận trong từng thời điểm để tính chuẩn nghèo (thông thường đó là những người có mức thu nhập dưới 1/3 mức thu nhập trung bình của xã hội) và khả năng tiếp cận, hưởng thụ các dịch vụ xã hội, cụ thể như sau:

**Trong giai đoạn 1 (1992-2003)** thành phố đã 5 lần điều chỉnh chuẩn nghèo: Vào đầu tháng 2 năm 1992, chương trình xóa đói giảm nghèo mới triển khai thí điểm ở các huyện ngoại thành và các phường có nông nghiệp của 4 quận: quận 8, Bình Thạnh, Gò Vấp, và Tân Bình, đã xác định ngay diện hộ nghèo đói là những hộ thiếu đói (thường bị đứt bữa ăn nhiều tháng) có trong danh sách trợ cấp xã hội hàng năm ở nông thôn ngoại thành. Số hộ này thực sự có mức thu nhập bình quân đầu người dưới 500.000 đ/năm (40.000đ/tháng, tương đương 13 kg gạo)

Vào tháng 10/1992, chương trình được sơ kết và mở rộng ra toàn thành phố, chuẩn nghèo được điều chỉnh và có phân loại riêng ra chuẩn nghèo ở các huyện nông thôn ngoại thành và ở các quận nội thành do điều kiện và mức sống của 2 khu vực này có chênh lệch nhau, cụ thể là mức thu nhập bình quân hàng năm của hộ nghèo đói ở ngoại thành là 700.000đ/người và ở nội thành là 1 triệu đ/người.

Năm 1995, tiếp tục điều chỉnh chuẩn nghèo là 1 triệu/người/năm ở ngoại thành và 1,5 triệu/người/năm ở nội thành

Năm 1996 chuẩn nghèo là 2 triệu/người/năm ở ngoại thành và 2,5 triệu/người/năm ở nội thành.

Năm 1997 đến 2003 chuẩn nghèo là 3 triệu/người/năm đối với các quận nội thành gồm quận 1,3,4,5,6,8,10,11, Bình Thạnh, Phú Nhuận, Gò Vấp, Tân Bình; 2,5 triệu/người/năm đối với các huyện ngoại thành và quận mới gồm quận 2, 7, 9, 12, Thủ Đức, huyện Bình Chánh, Hóc Môn, Củ Chi, Nhà Bè, Cần Giờ.

**Bắt đầu giai đoạn 2 (2004-2010)**, chương trình xóa đói giảm nghèo thành phố đã điều chỉnh nâng chuẩn nghèo theo tiêu chí thu nhập bình quân đầu

người 6 triệu đồng/người/năm trở xuống (không phân biệt quận nội thành và huyện ngoại thành); được phân kỳ thực hiện như sau:

Bước 1: trong thời gian 2 năm 2004-2005: phần đầu thực hiện cơ bản không còn hộ nghèo có mức thu nhập 4 triệu đồng/người/năm trở xuống.

Bước 2: trong thời gian 5 năm từ 2006-2010; phần đầu thực hiện đạt mục tiêu cơ bản không còn hộ nghèo có mức thu nhập 6 triệu đồng/người/năm trở xuống.

## **1.2. Công bằng trong chăm sóc sức khỏe (CSSK).**

Luật Bảo Vệ Sức Khỏe Nhân Dân [54] ghi rõ: “Sức khỏe là vốn quý nhất của con người, là một trong những điều cơ bản để con người sống hạnh phúc, là mục tiêu và là nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội và bảo vệ Tổ quốc”. Như vậy, tất cả mọi công dân đều “có quyền được bảo vệ sức khỏe, nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể; được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống và được phục vụ về chuyên môn y tế”. Công bằng trong CSSK là một loại công bằng xã hội. Công bằng trong CSSK có những điểm không giống như công bằng trong các dịch vụ xã hội khác (giáo dục, du lịch, thể dục thể thao...). Tính phổ biến của nhu cầu CSSK cao hơn nhiều so với công bằng trong các dịch vụ xã hội khác. Bởi vì tất cả mọi người đều có nhu cầu CSSK, trong khi đối với các dịch vụ khác chỉ có một số người có nhu cầu. So với các loại hình dịch vụ văn hoá xã hội khác, nhu cầu về CSSK có tính phổ biến rộng nhất trong xã hội [42].

Xét về tính đối xử theo nhu cầu, để có công bằng trong CSSK cần thực hiện sự chia sẻ từ người khỏe cho người ốm, từ người đang ở độ tuổi lao động (tức là người tạo của cải vật chất nhiều hơn) cho trẻ em và người già (tức là người tạo ra của cải vật chất ít hơn), từ người giàu cho người nghèo nhằm tạo ra cách đối xử theo nhu cầu (chứ không phải là đối xử ngang nhau) về sức khỏe. Đó là những công việc xã hội mang đầy tính phức tạp, không chỉ giải quyết bằng luật pháp mà còn cần các giải pháp thuộc phạm trù đạo đức,

tin thần. Công bằng trong CSSK đôi khi không thể áp dụng khái niệm công bằng giữa cống hiến và hưởng thụ như trong các loại hình dịch vụ khác. Những người bị bệnh bẩm sinh, khả năng lao động kém không thể cống hiến cho xã hội như những người bình thường, nhưng xã hội vẫn phải dành một khoản kinh phí lớn để CSSK cho họ. Những người mắc bệnh xã hội, bệnh mạn tính không có nhiều cống hiến cho xã hội, nhưng xã hội vẫn phải dành một nguồn tài chính đáng kể để chăm sóc cho họ.

Tuỳ thuộc vào trình độ kinh tế, người ta chọn tiêu chí cho công bằng trong CSSK một cách khác nhau. Có hai loại tiêu chí: Tiêu chí ‘tiếp cận’ và tiêu chí ‘sàn’[42].

Tiêu chí "**tiếp cận**" lấy khả năng đáp ứng nhu cầu tiếp cận của dân với hệ thống y tế là tiêu chí đánh giá công bằng trong CSSK. Theo tiêu chí này, một hệ thống y tế mà người dân càng dễ tiếp cận bao nhiêu (không phân biệt giữa giàu nghèo, sự xa cách về địa lý....) thì tính chất công bằng càng được thể hiện bấy nhiêu. Trái lại nếu người dân càng không dễ tiếp cận với hệ thống y tế khi họ có nhu cầu về CSSK thì tính chất công bằng càng hạn chế bấy nhiêu.

Tiêu chí "**sàn**" quy định những dịch vụ thiết yếu và công bằng được đánh giá ở chỗ không một người dân nào được đáp ứng thấp hơn những dịch vụ thiết yếu đó.

Tuy chúng ta chưa quan tâm nhiều việc nghiên cứu về tiêu chí của công bằng trong CSSK, nhưng trên thực tế chúng ta theo đuổi cách áp dụng tiêu chí "tiếp cận". Điều này thể hiện rõ nhất ở chỗ chúng ta phấn đấu xây dựng một nền y tế sao cho mọi người dân, không phân biệt giàu nghèo, không phân biệt dân tộc đa số hay dân tộc thiểu số, không phân biệt sống ở nông thôn hay thành thị, miền xuôi hay miền ngược, đều được tiếp cận với các dịch vụ CSSK kể cả phòng bệnh lẫn chữa bệnh và phục hồi chức năng. Khi xác định mục tiêu của nền y tế Việt Nam từ 2001 đến 2010, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ (số 35/2001/QĐ-TTg ngày 19 tháng 3 năm 2001) đã



chỉ rõ: "Mục tiêu chung: Phần đầu để mọi người dân được hưởng các dịch vụ CSSK ban đầu, có điều kiện tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế có chất lượng. Mọi người đều được sống trong cộng đồng an toàn, phát triển tốt về thể chất và tinh thần. Giảm tỷ lệ mắc bệnh, nâng cao thể lực, tăng tuổi thọ và phát triển giống nòi" [60]. Khi đề cập đến công tác CSSK, văn kiện đại hội IX đã nhấn mạnh: "Nâng cao tính công bằng và hiệu quả trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân"[32]. Nghị quyết số 46/NQ-TW ngày 23 tháng 2 năm 2005 về "Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới" đã nêu rõ một trong năm quan điểm của đảng ta về CSSK là: "Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Phát triển BHYT toàn dân, nhằm từng bước đạt tới công bằng trong CSSK, thực hiện việc chia sẻ giữa người khoẻ với người ốm, người giàu với người nghèo, người trong độ tuổi lao động với trẻ em, người già; công bằng trong đãi ngộ đối với cán bộ y tế."[33]

Bảo hiểm y tế (BHYT) chính là biện pháp thực hiện công bằng trong CSSK nhằm xoá đi sự bất công giữa người giàu và người nghèo, để mọi người có bệnh đều được điều trị với điều kiện họ có tham gia BHYT. Với BHYT, mọi người sẽ được bình đẳng hơn, được điều trị theo bệnh, đây là một đặc trưng ưu việt của BHYT. BHYT mang tính nhân đạo cao cả và được xã hội hoá theo nguyên tắc "Số đông bù số ít". Số đông người tham gia để hình thành quỹ và quỹ này được dùng để chi trả chi phí khám chữa bệnh cho một số ít người không may gặp phải rủi ro bệnh tật. Tham gia BHYT vừa có lợi cho mình, vừa có lợi cho xã hội. Sự đóng góp của mọi người chỉ là đóng góp phần nhỏ so với chi phí khám chữa bệnh khi họ gặp phải rủi ro ốm đau, thậm chí sự đóng góp của cả một đời người cũng không đủ cho một lần chi phí khi mắc bệnh hiểm nghèo. Do vậy sự đóng góp của cộng đồng xã hội để

hình thành nên quỹ BHYT là tối cần thiết và được thực hiện theo phương châm: “Mình vì mọi người, mọi người vì mình”, khi khoẻ thì để hỗ trợ người ốm đau, khi không may ốm đau thì ta lại nhận được sự đóng góp của cộng đồng, điều này đã thực sự mang lại sự công bằng trong khám chữa bệnh. BHYT giúp cho người tham gia khắc phục khó khăn cũng như ổn định về mặt tài chính khi không may gặp phải rủi ro ốm đau [1],[58],[73]. Nhờ có BHYT, người dân sẽ an tâm được phần nào về sức khoẻ cũng như kinh tế, bởi vì họ đã có một phần như là quỹ dự phòng của mình giành riêng cho vấn đề chăm sóc sức khoẻ [50],[57],[59],[89],[91], đặc biệt với những người nghèo chẳng may mắc bệnh.

Vì những lý do trên đây, BHYT được xem là một bộ phận của chính sách xã hội đã được chính phủ các nước quan tâm và người dân nhiệt tình hưởng ứng [50],[58] Cho đến nay hàng trăm nước trên thế giới đã thực hiện BHYT với nhiều hình thức, mức độ, phạm vi hoạt động khác nhau. Mặc dù ở mỗi nước khác nhau thì sẽ có các hình thức tổ chức khác nhau, có nước tổ chức độc lập với loại hình bảo hiểm khác, có nước lại coi đây là một trong những chế độ của bảo hiểm xã hội (BHXH) [1],[50],[76]. Nhưng mục đích triển khai, BHYT là tương đối thống nhất, đó là: nhằm chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ ban đầu cho mọi người dân trong cộng đồng và giảm bớt phần nào khó khăn đối với những gia đình nghèo khó, thu nhập thấp trên cơ sở tham gia BHYT cộng đồng đóng góp [50].

### **1.3. Tổ chức BHYT chăm lo sức khỏe cho người nghèo ở một số quốc gia trên thế giới.**

#### **1.3.1 Ở Đức**

Trước khi có hệ thống BHYT theo luật định (còn gọi là BHYT công), ở Đức tồn tại nhiều nhóm tương trợ lẫn nhau mang tính chất tự nguyện, họ đóng góp một khoản tiền nào đó để hỗ trợ nhau khi gặp rủi ro, ốm đau. Đặc biệt, trong thời kỳ cách mạng công nghiệp, số lượng người lao động làm công ăn lương tăng nhanh, nguồn sống của họ phụ thuộc chủ yếu vào thu