

HOÀN THIỆN CHÍNH SÁCH Y TẾ CHO NGƯỜI NGHÈO

1. Căn cứ hoàn thiện chính sách

a. Xuất phát từ những bất cập trong chính sách hiện nay

Cũng như chính sách hỗ trợ giáo dục cho người nghèo, chính sách hỗ trợ y tế cũng đang phải đối mặt với một loạt các vấn đề bất cập như hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế do gánh nặng chi phí quá cao, chất lượng các dịch vụ y tế thì không đảm bảo đối với người nghèo. Nguyên nhân có nhiều nhưng tập trung vào một số nguyên nhân chính như nguồn kinh phí, tổ chức thực hiện và các yếu tố đảm bảo chất lượng dịch vụ y tế.

Về nguồn lực, đối tượng của chính sách là rất lớn trong khi nguồn lực để thực hiện lại hạn hẹp. Với cơ chế phân bổ kinh phí như hiện nay, nhiều địa phương nghèo không thể huy động được nguồn lực bổ sung cho quỹ KCB. Thêm vào đó, cũng do nguồn lực hạn chế nên mức hỗ trợ cho người nghèo rất thấp (mệnh giá BHYT thấp- dù đã được tăng lên gần 150 ngàn đồng) dẫn đến trần ngân sách thanh toán cho người nghèo khi KCB cũng thấp khiến cho họ chỉ có thể tiếp cận với y tế không đảm bảo chất lượng.

Về tổ chức thực hiện, việc phân bổ nguồn kinh phí thực hiện chính sách hiệu quả hay không sẽ phụ thuộc rất nhiều vào công tác xác định đối tượng hưởng lợi. Tuy nhiên trên thực tế thực hiện còn có điểm bất cập dẫn đến tình trạng xác định sai đối tượng. Bên cạnh đó, nhiều cơ quan chức năng cùng tham gia thực hiện chính sách nhưng sự phối hợp giữa các cơ quan này trên thực tế còn nhiều bất cập. Ví dụ sự phối hợp giữa địa phương và cơ quan cấp thẻ cho người nghèo hay sự phối hợp giữa cơ quan bảo hiểm với các cơ sở cung ứng dịch vụ KCB cho người nghèo... Tất cả những điều này đã ảnh hưởng không nhỏ đến lợi ích của người nghèo.

Về các yếu tố đảm bảo chất lượng. Cũng giống như giáo dục, chất lượng KCB bị phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố từ phía nhà cung ứng như trình độ y bác sĩ, trang thiết bị KCB... Trên thực tế, khi thiết kế chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo không thể vươn tới được. Điều này hàm ý trong tương lai, cần phải đảm bảo sự đồng bộ giữa chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo với chính sách đầu tư trang thiết bị cũng như chính sách nhân sự trong lĩnh vực y tế.

b. Nhất quán với quan điểm, định hướng hoàn thiện chính sách

Thứ nhất là tạo cơ hội cho người nghèo. Giảm gánh chi phí KCB chính là cách tốt nhất để người nghèo có được cơ hội tiếp cận với các dịch vụ y tế. Không chỉ được tiếp cận mà còn được bình đẳng với nhau trong tiếp cận. Để làm được điều này sẽ cần rất nhiều nguồn lực, vậy cần phải làm gì cho phép huy động được đủ nguồn tài chính cũng như phân bổ nó một cách hợp lý trong quá trình thực hiện chính sách là vấn đề cần được quan tâm trong hoàn thiện chính sách này.

Thứ hai là trao quyền cho người nghèo. Nếu như cải thiện khả năng tiếp cận cho người nghèo bằng cách hỗ trợ để giảm gánh chi phí y tế cho họ chưa đủ mà ở đây họ cần được quyền cao hơn trong lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ cho mình. Vì vậy, việc điều chỉnh chính sách cũng cần hướng đến trao quyền nhiều hơn cho người nghèo trong khi hưởng lợi ích từ chính sách.

Thứ ba là giảm thiểu rủi ro cho người nghèo. Ốm đau là một trong những rủi ro lớn nhất mà người nghèo phải đối mặt. Nó cũng chính là yếu tố làm cho tình trạng nghèo khổ của họ nghiêm trọng hơn. Được chăm sóc sức khỏe và đặc biệt với một chất lượng tốt sẽ giúp cho người nghèo hạn chế được nguy cơ bị tổn thương từ ốm đau. Vì vậy, cần đảm bảo thiết kế được mạng lưới an sinh xã hội giúp người nghèo chống đỡ được rủi ro này.

2. Giải pháp hoàn thiện chính sách

a. Nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo

Về đối tượng hưởng lợi

Xác định đối tượng hưởng lợi là yếu tố quan trọng nếu đối tượng được xác định không chính xác dẫn đến nguồn kinh phí thực hiện sẽ bị sử dụng lãng phí, khi đó tính hiệu quả chính sách khó có thể đảm bảo được. Bởi vậy xuất phát từ những hạn chế trong công tác này thời gian qua, để cải thiện hiệu quả chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo cũng như đảm bảo tính bền vững của chính sách, đối tượng sẽ bao gồm:

Nhóm 1 là người nghèo được xác định theo chuẩn nghèo quốc gia. Họ sẽ đối tượng chính được nhận hỗ trợ của chính sách Nhóm 2 một bộ phận nhân dân

thuộc diện hỗ trợ của quyết định 135, 186 và 168. Đối với đối tượng thuộc diện các quyết định trên, đồng bào dân tộc thiểu số thuộc 10 tỉnh miền núi khó khăn ở Tây nguyên và Tây Bắc vẫn tiếp tục được nhận hỗ trợ (vì đại bộ phận đồng bào dân tộc thiểu số ở đây cũng là nghèo theo chuẩn quốc gia). Đối với toàn bộ người dân thuộc vùng đặc biệt khó khăn thì cần xem xét khi đưa vào đối tượng. Nếu hộ nghèo theo chuẩn quốc gia thì sẽ được hưởng chính sách như đối tượng nhóm 1. Thực tế nhiều xã đặc biệt khó khăn cũng là xã có đồng bào dân tộc thiểu số tiếp tục được nhận hỗ trợ. Còn lại các hộ không thuộc nghèo theo chuẩn quốc gia ở các xã của chương trình 135 cần xác định hộ nào thuộc diện cận nghèo thì được hưởng hỗ trợ như cho nhóm thứ 3. Còn lại các hộ không thuộc các diện trên sẽ đưa ra khỏi diện đối tượng hưởng lợi.

Nhóm 3 là hộ cận nghèo cũng được đưa vào đối tượng hưởng lợi của chính sách. Một tỷ lệ lớn hộ gia đình còn nằm ngay cận chuẩn nghèo và có nguy cơ tái nghèo. Trong khi đó chi phí cho khám chữa bệnh có nguy cơ gây đói nghèo rất lớn, những người không nghèo và kể cả những gia đình khá giả cũng có thể trở thành nghèo đói sau những đợt gia đình có người ốm nặng. Vì vậy cơ chế hỗ trợ cho người cận nghèo là rất cần thiết để giảm nghèo và giảm tái nghèo.

Cách thức hỗ trợ

Thứ nhất là hình thức hỗ trợ

Việc hỗ trợ cho người nghèo được thực hiện thống nhất dưới hình thức mua thẻ BHYT vì tính ưu việt của nó. Điều này được thể hiện được thể hiện dưới một số khía cạnh sau đây

Người nghèo có thẻ BHYT cảm thấy bình đẳng hơn với các đối tượng có thẻ BHYT khác. Đặc biệt, việc tổ chức khám chữa bệnh BHYT ở tuyến xã là rất thích hợp đối với người nghèo, giảm các chi phí gián tiếp khi đi KCB (chi phí đi lại, ăn ở, thời gian...), tăng khả năng tiếp cận của người có thẻ đến dịch vụ y tế cơ bản. Bên cạnh đó, theo quyết định 139, người nghèo có thẻ BHYT khi đi khám chữa bệnh không phải đặt tiền trước khi nhập viện. Hệ thống BHYT ở hầu hết các địa phương hiện nay đã được hoàn thiện. Hệ thống BHYT có quy định rõ ràng, thanh toán khám chữa bệnh chặt chẽ, đảm bảo công bằng trong khám chữa bệnh cho các đối tượng có thẻ, giảm bớt gánh nặng quản lý quỹ cho ngành y. Điều này sẽ tạo điều kiện thuận lợi để giải quyết các vấn đề như mua thẻ

BHYT sẽ mất kinh phí quản lý và khó khăn trong công tác quản lý ở các địa phương có số lượng đối tượng thụ hưởng Quỹ KCBNN là rất lớn.

BHYT cho người nghèo trong tương lai cần được đặt trong hệ thống BHYT toàn dân. Việc triển khai BHYT cho người nghèo là phù hợp. Tuy nhiên, hoàn toàn không đơn giản vì khó khăn lớn nhất hiện nay đó là thiếu kinh phí để mua BHYT cho người nghèo nên mệnh giá bảo hiểm quá thấp. Do đó, để thực hiện được phương thức này cần phải được đặt trong khuôn khổ triển khai chương trình BHYT toàn dân. Như thế một mặt tận dụng được lợi thế của nguyên tắc san sẻ rủi ro trong lĩnh vực bảo hiểm đồng thời tận dụng tối đa sự hỗ trợ kinh phí thực hiện từ NSNN, ngân sách địa phương và nguồn tài trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước. Quan trọng hơn cả, BHYT cho người nghèo sẽ là một bộ phận trong BHYT Việt Nam nên sẽ được quản lý qua mạng lưới bảo hiểm xã hội triển khai ở các địa phương. Vì vậy nếu Việt Nam thực hiện được chính sách BHYT toàn dân thì chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo cần được đặt trong chính sách đó.

Ngoài việc thống nhất phát thẻ BHYT cho người nghèo, có một điểm cần thay đổi về qui định. Đó là người nghèo dùng thẻ này để KCB ở bất kỳ cơ sở y tế nào. Điều này thực hiện được không sẽ phụ thuộc nhiều vào qui định của cơ quan bảo hiểm về trần thanh toán cũng như các cam kết về thủ tục đơn giản đối với cơ sở cung ứng dịch vụ KCB.

Thứ hai là mức hỗ trợ

Người nghèo theo chuẩn quốc gia cần được hỗ trợ 100% giá trị thẻ BHYT và hỗ trợ một phần chi phí gián tiếp.

Với đối tượng cận nghèo thì sẽ hỗ trợ toàn phần hoặc một phần chi phí trực tiếp khám chữa bệnh. Mức hỗ trợ này phụ thuộc vào điều kiện kinh tế xã hội nơi họ đang sinh sống. Cụ thể:

Hộ cận nghèo là người dân tộc thiểu số vùng III được hưởng mức hỗ trợ cho người nghèo theo chuẩn quốc gia.

Hộ cận nghèo là người dân tộc thiểu số ở vùng II và hộ cận nghèo dân tộc kinh ở vùng III được hỗ trợ 75% giá trị thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo.

Các hộ cận nghèo ở vùng I và vùng II được hỗ trợ 50% giá trị thẻ bảo hiểm y tế.

Thứ ba là về định mức hỗ trợ

Bắt đầu từ tháng 10/2008, mệnh giá của thẻ BHYT đã tăng lên 149 ngàn đồng. Tuy nhiên, mức này vẫn rất thấp so với chi phí thực của KCB. Vì vậy chắc chắn để thực hiện mục tiêu giảm gánh nặng chi phí cho người nghèo định mức hỗ trợ chắc chắn sẽ phải cao hơn hiện nay. Tuy nhiên mức cụ thể là bao nhiêu thì cần được tính toán trong một nghiên cứu độc lập khác.

Trong đó cần lưu ý vấn đề lớn chưa giải quyết được khi thực hiện chính sách đó là gánh nặng chi phí KCB còn quá cao dẫn đến người nghèo nguy cơ bị tổn thương và rủi ro rất cao. Vì vậy, đảm bảo yêu cầu định hướng hoàn thiện, mức hỗ trợ này cần tính đến hai yếu tố là từng bước phải giảm thanh toán trực tiếp bằng tiền từ túi của người nghèo và có tính đến hỗ trợ cho chi phí gián tiếp KCB cho họ.

Thời gian qua, việc triển khai quyết định 3310/QĐ-BYT cho thấy đã giảm bớt được phần nào gánh nặng chi phí đặc biệt chi phí gián tiếp cho đối tượng là đồng bào dân tộc thiểu số. Tuy nhiên việc triển khai còn bất cập như đã đề cập ở chương 2 và để giải quyết vấn đề này, kinh nghiệm quốc tế ở một số quốc gia, viện phí bao gồm cả chi phí cho ăn uống của người bệnh trong bệnh viện và bữa ăn cho người bệnh do bệnh viện cung cấp. Việc này có những lợi ích như đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm, người bệnh được cung cấp loại thức ăn có đủ dinh dưỡng và phù hợp với từng loại bệnh và mức độ tiếp thu của cơ thể bệnh nhân, đồng thời giảm bớt các khó khăn trong chăm sóc người bệnh của gia đình bệnh nhân.

b. Huy động và phân bổ có hiệu quả nguồn lực thực hiện chính sách

Vấn đề chung cho tất cả các chính sách giảm nghèo đó là nguồn kinh phí thực hiện luôn trong tình trạng thiếu hụt. Vì vậy cũng như các chính sách hỗ trợ cho người nghèo, câu chuyện về huy động và phân bổ nguồn lực thực hiện chính sách cũng cần được quan tâm giải quyết.

Về huy động

Thực hiện xã hội hoá trong y tế nhằm hai mục tiêu lớn: thứ nhất là phát huy tiềm năng trí tuệ và vật chất trong nhân dân, huy động toàn xã hội chăm lo sự nghiệp y tế; thứ hai là tạo điều kiện để toàn xã hội, đặc biệt là các đối tượng chính sách, người nghèo được thụ hưởng thành quả y tế ở mức độ ngày càng cao. Để thực hiện được các mục tiêu này, ngoài nguồn từ NSNN nguồn lực thực hiện chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo sẽ được huy động từ hai nguồn khác.

Thứ nhất là huy động từ chính cộng đồng trong nước

Nguồn kinh phí huy động được từ cộng đồng sẽ góp phần khắc phục tình trạng thiếu tài chính cho y tế đồng thời tạo môi trường cạnh tranh lành mạnh trong cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh. Các hình thức có thể thực hiện huy động nguồn lực từ cộng đồng có thể là: Phát triển giường bệnh theo yêu cầu tại cơ sở y tế công lập; phát triển mạng lưới y tế ngoài công lập; tăng cường chuyển giao cho các tổ chức, cá nhân ngoài nhà nước thực hiện các dịch vụ ngoài chuyên môn kỹ thuật y tế tại cơ sở y tế; vận động đóng góp về tài chính của các tổ chức, cá nhân cho Quỹ KCBNN...

Trong các hình thức huy động trên, cần đặc biệt chú trọng đến huy động sự tham gia của các cơ sở y tế ngoài công lập vào KCB cho người nghèo. Việc có thêm nhiều nhà cung ứng sẽ vừa góp phần cải thiện khả năng tiếp cận KCB cho người nghèo đồng thời sự cạnh tranh giữa các nhà cung cấp sẽ cải thiện đảm bảo họ được KCB có chất lượng. Trường hợp của Campuchia trong đa dạng hóa các hình thức cung ứng dịch vụ y tế cũng sẽ là một bài học tốt cho Việt Nam trong điều kiện quá tải ở các bệnh viện công như hiện nay. Tuy nhiên, để làm được điều đó, cần có một sự thay đổi lớn về phương thức cũng như mức thanh toán của cơ quan BH cho các cơ sở y tế trên cơ sở đảm bảo quyền lợi cho họ.

Thứ hai là huy động nguồn từ các nhà tài trợ nước ngoài. Như đã đề cập trong chính sách hỗ trợ giáo dục cho người nghèo. Trong tương lai các khoản hỗ trợ ưu đãi từ các quốc gia cũng như các tổ chức phi chính phủ có thể giảm sút nhưng chắc chắn hỗ trợ kỹ thuật vẫn còn khá nhiều. Vì vậy cần tranh thủ huy động để giảm bớt gánh nặng về chi phí cho người nghèo khi sử dụng các dịch vụ cao. Bên cạnh đó, cần tuyên truyền và tổ chức các hoạt động để khuyến khích

các cá nhân, tổ chức nước ngoài hoạt động từ thiện, cung cấp, hỗ trợ các thiết bị y tế và hỗ trợ khám chữa bệnh cho người nghèo.

Thứ ba huy động nguồn lực thực hiện chính sách ổn định qua quỹ BHYT toàn dân

Một trong nguyên tắc của bảo hiểm là san sẻ rủi ro. Tuy nhiên, cách hỗ trợ cho người nghèo thông qua thẻ BHYT không theo nguyên tắc này vì người mua bảo hiểm chính là người có nguy cơ gặp rủi ro cao do họ hay bị ốm đau hơn (đây chính là hiện tượng lựa chọn ngược trong thị trường BH). Nếu triển khai được BHYT toàn dân sẽ loại trừ được hiện tượng này và có một nguồn kinh phí ổn định. Đối tượng hưởng lợi của chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo cũng chính là đối tượng tham gia BHYT toàn dân chỉ khác là tiền mua bảo hiểm được tài trợ bằng nguồn NSNN. Vì vậy, nếu đặt chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo trong khuôn khổ BHYT toàn dân khi đó nguồn kinh phí thực hiện sẽ nhiều và ổn định hơn.

Phân bổ nguồn lực

Thứ nhất tỷ lệ phân bổ ngân sách trung ương cho Quỹ 139 của các tỉnh nghèo cao hơn tỉnh giàu. Để giải quyết được tình trạng, các tỉnh nghèo không huy động được nguồn kinh phí bổ sung (25%) Quỹ 139 như hiện nay, nguồn NS trung ương nên được phân bổ theo hướng ưu tiên cho các tỉnh nghèo để đảm bảo nâng được mức hỗ trợ dẫn đến trần thanh toán cũng được cải thiện có lợi cho người nghèo. Tuy nhiên, để nguồn lực được phân bổ theo hướng này phát huy hiệu quả cần tính đến sự điều chỉnh về mức viện phí hiện hành theo chiều hướng tăng ở tuyến trên, giảm hoặc giữ nguyên ở tuyến y tế cơ sở. Tăng mức viện phí gần với mức thị trường để đảm bảo nguyên tắc bù đắp chi phí dịch vụ và hỗ trợ trực tiếp đối tượng hưởng lợi sẽ là giải pháp phù hợp nhất cho thực hiện chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo hiện nay.

Như trong chương 2 đã đề cập, cách phân bổ kinh phí từ NSNN hiện nay cho Quỹ 139 có thể tạo gánh nặng lên ngân sách y tế cho tỉnh do mức thanh toán cho phí khám chữa bệnh (cho đối tượng 139) căn cứ vào viện phí, mà mức thu viện phí hiện nay thấp nên trần thanh toán cho người nghèo cũng thấp. Thêm vào đó, nếu đối tượng 139 có thẻ BHYT càng sử dụng nhiều dịch vụ y tế thì các cơ sở y tế càng phải chi nhiều hơn để bù cho phần còn thiếu của chi phí cho

dịch vụ y tế. Đó cũng chính là lý do vì sao các cơ sở KCB không mặn mà với KCB cho đối tượng này. Kết quả người nghèo có thể được KCB nhưng không đảm bảo chất lượng.

Thực trạng này cho thấy sự cần thiết phải điều chỉnh viện phí sao cho phản ánh chính xác hơn chi phí thực của dịch vụ bệnh viện để có thể nhanh chóng cải thiện những khó khăn hiện nay của cơ sở y tế trong việc thanh quyết toán với cơ quan BHYT, góp phần nâng cao chất lượng KCB bằng thẻ BHYT. Cùng với điều chỉnh viện phí, điều chỉnh phương thức và định mức thanh toán giữa Quỹ BHYT và các cơ sở y tế để đảm bảo các cơ sở y tế được thanh toán đầy đủ cho các chi phí cung cấp dịch vụ KCB cho đối tượng có thẻ BHYT là cần thiết.

Thứ hai là NSNN được phân bổ nguồn lực theo hướng ưu tiên cho tuyến y tế cấp cơ sở. Trên cơ sở tăng mức viện phí kết hợp với thực hiện BHYT toàn dân, khi đó các cơ sở y tế công lập, ngoài nguồn kinh phí do nhà nước phân bổ, sẽ ngày càng dựa nhiều hơn vào thu từ KCB cho đối tượng có thẻ BHYT. Nếu viện phí được điều chỉnh ở mức hợp lý, cơ chế thanh quyết toán giữa BHYT và cơ sở y tế được cải thiện hơn thì nguồn thu từ BHYT có thể đảm bảo theo hướng có lợi cho cơ sở y tế và trở nên hấp dẫn hơn đối với cơ sở y tế. Nếu chất lượng dịch vụ KCB được cải thiện, y tế tuyến cơ sở sẽ thu hút việc sử dụng dịch vụ CSSK ban đầu nhiều hơn và tạo điều kiện giải quyết phần lớn bệnh tật ngay khi mới phát sinh, góp phần giảm chi phí KCB nói chung và giảm tải cho tuyến trên.

Tuy nhiên, hiện nay, trong y tế cơ sở, bệnh viện huyện đóng một vai trò quan trọng. Nhưng giá dịch vụ ở bệnh viện huyện thấp hơn tuyến trên, và đối tượng của bệnh viện huyện gồm nhiều người thu nhập thấp nên khả năng thu được từ viện phí của bệnh viện huyện là thấp hơn nhiều so với bệnh viện tuyến trên (tổng số tiền chi trả của hộ nghèo cho bệnh viện huyện là khá khiêm tốn so với các nhóm thu nhập khác mặc dù tỉ lệ sử dụng bệnh viện của nhóm nghèo cao hơn). Mức phí chi trả cho các dịch vụ KCB tại bệnh viện tuyến huyện hiện nay đã lạc hậu và không đủ để bù đắp chi phí thực tế là một trong những thách thức mà bệnh viện huyện phải vượt qua để duy trì hoạt động. Chi phí hạn hẹp cho duy tu bảo dưỡng trang thiết bị, nâng cao tay nghề... đã khiến nhiều bệnh viện tuyến huyện chưa đáp ứng đầy đủ các yêu cầu về chất lượng KCB của đông đảo

nhân dân, là một trong các lý do khiến tỉ lệ sử dụng giường bệnh ở tuyến này thường xuyên dưới tải, do bệnh nhân đã dồn lên tuyến trên.

Như vậy tuyến y tế cơ sở đóng vai trò quan trọng trong cải thiện cơ hội KCB cho người nghèo tuy nhiên sự đầu tư từ nhà nước chưa thỏa đáng. Mặc dù thời gian qua đã có thay đổi lớn về đầu tư cơ sở hạ tầng, trang thiết bị cũng như nâng cao năng lực cho cán bộ y tế nhưng việc phân bổ kinh phí cho chi thường xuyên cho y tế cơ sở (tuyến huyện và xã) còn nhiều bất cập.

Theo luật NS năm 2004, chính quyền địa phương được giao quyền nhiều hơn trong việc quyết định phân bổ kinh phí cho y tế, thì kinh phí cho y tế nói chung và cho chi thường xuyên của y tế cơ sở nói chung sẽ phụ thuộc rất nhiều vào nhận thức của lãnh đạo địa phương về vai trò của y tế. Vì vậy, xu hướng chung là phân bổ tập trung cho tuyến tỉnh đảm bảo ngân sách chi thường xuyên cho y tế cơ sở càng trở nên quan trọng khi thực hiện Quyết định 139. Việc đảm bảo kinh phí chi hoạt động thường xuyên để góp phần tăng cường chất lượng của y tế cơ sở và đáp ứng tốt hơn nhu cầu KCB của người nghèo là rất cần thiết.

Từ thực tế trên cho thấy nếu kết hợp giữa điều chỉnh viện phí đi đôi với việc đảm bảo kinh phí chi thường xuyên có thể duy trì hoạt động cho các cơ sở y tế tuyến huyện có tác dụng thu hút thêm bệnh nhân cho bệnh viện huyện và khi đó cơ hội cũng như chất lượng KCB đối với người nghèo cũng tăng lên.

c. Đảm bảo người nghèo được tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng

Thông qua đầu tư thỏa đáng cho phát triển mạng lưới y tế cấp cơ sở. Mặc dù các yếu tố đảm bảo chất lượng không nằm trong chính sách hỗ trợ y tế cho người nghèo tuy nhiên việc thực hiện chính sách này chỉ có thể đạt được mục tiêu tạo cơ hội cho người nghèo được KCB có chất lượng khi có sự phối hợp đồng bộ với các chính sách khác. Cùng với phân bổ NSNN theo hướng ưu tiên cho tuyến y tế cơ sở như đề cập ở trên, để nâng cao chất lượng KCB cho người nghèo, cần thiết phải đầu tư trang thiết bị cũng có đội ngũ cán bộ y tế có trình độ chuyên môn đáp ứng nhu cầu KCB.

Xuất phát từ thực tế, ở nhiều nơi trang thiết bị được cấp không đồng bộ, thêm vào đó chưa có cán bộ kỹ thuật nên hiệu suất sử dụng những thiết bị này rất thấp. Thêm vào đó, hiện tượng cơ sở vật chất cũng như trang thiết bị bị xuống cấp nghiêm trọng không đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh có chất

lượng cho người dân, đặc biệt là người nghèo. Để làm được điều này đòi hỏi một lượng lớn kinh phí lớn vì vậy cần có kế hoạch cho việc huy động cũng như phân bổ nguồn lực đặc biệt nguồn từ NSNN cho đầu tư mới hoặc duy tu bảo dưỡng kịp thời thì mới có thể đạt được mục tiêu hỗ trợ y tế cho người nghèo được.

Bên cạnh đó, để nâng cao chất lượng KCB, nhanh chóng khắc phục tình trạng thiếu cán bộ y tế ở cấp cơ sở, đặc biệt đội ngũ bác sĩ. Trước mắt phải bảo đảm một xã có ít nhất một bác sĩ, muốn vậy phải có chính sách ưu đãi đảm bảo cuộc sống cho họ và gia đình họ. Ngoài ra nhanh chóng bổ sung đội ngũ cán bộ y tế bằng cách áp dụng hình thức đào tạo từng khóa ngắn hạn, trước mắt nắm được các kiến thức cơ bản trong chăm sóc sức khỏe cho người dân và có các khoản đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn hàng năm. Tiếp tục thực hiện chính sách luân phiên cán bộ y tế về cấp cơ sở thời gian qua cách làm này đã có tác dụng thực sự trong đào tạo tại chỗ nâng cao chuyên độ chuyên môn ở tuyến dưới. Về lâu dài cần có một đội ngũ cán bộ y tế được đào tạo chính qui. Muốn vậy phải ưu tiên cử người địa phương đi học, họ sẽ quay trở lại làm việc ở địa phương. Biện pháp này thực sự có hiệu quả đối với vùng núi, xa xôi hẻo lánh.

Tuy nhiên, các giải pháp đề xuất trên đây mới chỉ tập trung vào vấn đề cải thiện khả năng tiếp cận y tế cho người nghèo thông qua giảm gánh nặng chi phí hay trang thiết bị và đội ngũ y bác sĩ. Nhưng nếu chỉ dừng lại ở đây sẽ là chưa đủ mạnh để giảm thiểu nguy cơ tổn thương cho người nghèo. Mặc dù chi phí y tế là yếu tố quan trọng nhất gây ra sự tổn thương cho họ nhưng bên cạnh đó nguy cơ tổn thương này còn cao hơn rất nhiều so với mức trung bình của dân cư vì họ không có đủ dinh dưỡng, đặc biệt là không được chăm sóc y tế thỏa đáng ngay từ ban đầu. Bởi vậy, để giảm nguy cơ tổn thương cho người nghèo cần đảm bảo họ được chăm sóc y tế ban đầu đầy đủ. Điều này cũng có có nghĩa, trong thời gian tới cần chú ý phát triển mạng lưới y tế thôn bản và y tế dự phòng cho các địa phương.

Tóm lại, xuất phát từ bối cảnh những thách thức mà Việt Nam sẽ phải đương đầu trong công cuộc tấn công đói nghèo thời gian tới cũng như các hạn chế của hệ thống chính sách, cũng như từng chính sách XĐGN cụ thể. Tác giả đã đề xuất quan điểm, định hướng và giải pháp chung, đặc biệt các giải pháp hoàn thiện cho một số chính sách XĐGN chủ yếu của Việt Nam đến năm 2015.