

TÀI CHÍNH CHO CHĂM SÓC Y TẾ Ở VIỆT NAM

Tài liệu thảo luận số 2

Hà Nội, tháng 6 năm 2003

DANH MỤC VIẾT TẮT

ARI	Nhiễm khuẩn hô hấp cấp
CHC	Trung tâm y tế xã
CPRGS	Chiến lược toàn diện về tăng trưởng và xoá đói giảm nghèo
FHCP	Thẻ khám bệnh miễn phí cho người nghèo
MOF	Bộ Tài chính
MOH	Bộ Y tế
MOLISA	Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội
NGO	Tổ chức phi chính phủ
PHC	Chăm sóc sức khoẻ ban đầu
RRPSE	Các cơ sở dịch vụ công có thu phí
SHIS	Bảo hiểm y tế học đường
SME	Doanh nghiệp vừa và nhỏ
VFIS	Bảo hiểm y tế gia đình tự nguyện
VHI	Bảo hiểm y tế Việt Nam
VHW	Nhân viên y tế thôn bản
VSI	Bảo hiểm xã hội Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

TÓM TẮT

Công cuộc “Đổi mới” phát động từ năm 1986 đã đánh dấu sự chuyển đổi của Việt Nam từ một nền kinh tế tập trung sang nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa có sự quản lý của Nhà nước. Mặc dù tiến trình này đã đem lại những cải thiện về phúc lợi cho hầu hết người dân Việt Nam, nhưng cuộc sống của nhiều người vẫn có nguy cơ tái nghèo. Bằng chứng về khoảng cách ngày càng tăng giữa người dân thành thị và nông thôn là vấn đề đáng quan tâm cũng như sự cần thiết đưa đồng bào các dân tộc ít người tham gia một cách đầy đủ vào quá trình phát triển.

Ngành y tế đã thành công trong việc cung cấp các dịch vụ y tế dự phòng, kiểm soát các bệnh truyền nhiễm chính và đạt được các chỉ số khá tốt về sức khoẻ. Hệ thống y tế ở Việt Nam được bao cấp hoàn toàn cho đến giữa những năm 80. Ngày nay, cũng như ở hầu hết các nước, có ba cơ chế được sử dụng để cung cấp tài chính cho chăm sóc sức khỏe, đó là nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước, thu phí dịch vụ và cơ chế chi trả trước hay bảo hiểm y tế. Gần đây, Đảng và Chính phủ đã nhắc lại sự cần thiết phải “ban hành các chính sách trợ cấp y tế và bảo hiểm y tế cho người nghèo, (và) từng bước tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân...Định hướng này cũng được phản ánh trong Chiến lược Toàn diện về Tăng trưởng và Xóa đói Giảm nghèo”. Tuy nhiên, hiện chưa có chiến lược hoặc kế hoạch tổng thể cụ thể nào nhằm từng bước thực hiện các mục tiêu lâu dài này.

Việc điểm lại những giải pháp tài chính khác nhau cho chăm sóc y tế cho thấy, trong điều kiện kinh tế hiện nay, cách làm tốt nhất là tăng ngân sách nhà nước giành cho ngành y tế và mở rộng tầm bao phủ của bảo hiểm y tế. Đây cũng là cách làm phù hợp nhất để gìn giữ các thành quả trước đây, đẩy mạnh sự công bằng và tiến tới mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân.

Các thách thức chính ảnh hưởng tới việc mở rộng chương trình bảo hiểm y tế hiện nay bao gồm: việc tăng cường khuôn khổ lập pháp, xây dựng năng lực của cơ quan bảo hiểm xã hội, xác định lại vai trò của Bộ Y Tế và đẩy mạnh hợp tác trong khuôn khổ thoả đáng đối với người cung cấp cũng như người sử dụng dịch vụ y tế.

Tài liệu kết luận Việt Nam có thể đạt được bảo hiểm y tế toàn dân trong 20 năm tới với điều kiện có sự quan tâm hỗ trợ thích đáng của các nhà lãnh đạo, sự tăng ngân sách nhà nước cho ngành y tế với sự bổ sung bằng nguồn lực từ viện trợ phát triển chính thức và các nguồn tài chính ổn định khác. Cũng cần có các quan hệ đối tác hữu hiệu giữa tất cả các bên liên quan hoặc được hưởng lợi. Thành tích này sẽ đem lại những cải thiện rõ nét về sức khoẻ, làm giảm sự bất bình đẳng, đồng thời sẽ đóng góp tích cực cho nỗ lực nhằm đạt được các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ của Việt Nam.

Chi phí cho sức khỏe có thể gây biến động đáng kể cho gia đình

Gia đình Nhã có 12 người. Gia đình này đã từng thuộc loại giàu có nhất ở trong làng, song đến nay là thuộc loại nghèo nhất làng. Trong những năm gần đây, đã có hai biến cố xảy ra đối với họ. Đầu tiên là người cha mất vào hai năm trước đây và do vậy trong gia đình chỉ còn hai lao động chính là Nhã và mẹ của Nhã năm nay 40 tuổi. Nhã có hai con nhỏ. Hai năm trước, con gái của anh là Lu Seo Pao bị bệnh nặng và đã phải mổ ở trên bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh. Gia đình của anh đã phải bán đi 4 con trâu, 1 con ngựa và 2 con lợn để trang trải các chi phí chạy chữa và ca mổ đã tốn vài triệu đồng. Tuy nhiên vẫn không chữa khỏi bệnh cho con gái anh. Tất cả mọi người trong cộng đồng đã giúp đỡ anh, song không có ai có thể giúp hơn 20.000 đồng. Ngoài ra, em trai của Nhã là Lu Seo Seng đã phải bỏ học để giúp gia đình khi mới học đến lớp 6. Nhã nói rằng “nếu Lu Seo Pao không bị ốm thì gia đình vẫn còn nhiều trâu và em trai anh vẫn còn nhà và còn có thể học tiếp được (Lào Cai).

Nguồn: Việt Nam, tiếng nói của người nghèo. Ngân hàng Thế giới 1999

I. Tổng quan về những thách thức trong quá trình phát triển

Hơn một thế kỷ nay, Việt Nam đã và đang trải qua một thời kỳ chuyển đổi kinh tế và xã hội quan trọng. Công cuộc “Đổi mới” đã đánh dấu sự chuyển đổi từ một nền kinh tế kế hoạch tập trung sang một nền “kinh tế thị trường theo định hướng XHCN” dưới sự quản lý của nhà nước với sự phát triển của chế độ pháp quyền và việc thực hiện một chính sách ngoại giao cởi mở với tất cả các nước. Những cải cách cơ bản bao gồm việc trở lại làm kinh tế nông nghiệp hộ gia đình, xoá bỏ một số hạn chế trong các hoạt động tư nhân về thương mại và công nghiệp, và hợp lý hóa các doanh nghiệp nhà nước.

Nhìn chung quá trình này, khởi sự từ năm 1986, được đánh giá là đã đạt được những thành tựu đáng kể trong việc nâng cao toàn diện đời sống của đại đa số người Việt Nam. Tăng trưởng bình quân tổng thu nhập quốc gia trên đầu người dân đạt hơn 6% hàng năm trong hơn một thập kỷ qua, và Việt Nam từ một nước nhập khẩu gạo trở thành nước xuất khẩu gạo lớn thứ hai trên thế giới. Một trong những thành tựu nổi bật là Việt Nam đã giảm tỷ lệ đói nghèo từ 70% trong những năm 1980 xuống còn 36% trong năm 2001, theo số liệu tính toán sử dụng ngưỡng đói nghèo so sánh quốc tế của Ngân hàng Thế giới.

Mặc dù vậy, Việt Nam vẫn là một nước nghèo, với tổng sản phẩm quốc nội tính theo đầu người là 400 đô la trong năm 2000. Có đến 28 triệu người mà thu nhập của họ vẫn không đủ để đảm bảo một cuộc sống ổn định. Nhiều người vẫn sống ở mức cận nghèo và nguy cơ bị tái nghèo vẫn rất cao. 48% dân số vẫn còn chưa có nước sạch và an toàn để sử dụng, tỷ lệ này tăng đến 56% ở khu vực nông thôn. Trong năm 1999, 33% trẻ em dưới 5 tuổi có cân nặng dưới chuẩn so với độ tuổi. Sự cách biệt về mức sống giữa thành thị và nông thôn ngày càng tăng, các dân tộc ít người sống ở vùng núi cao và vùng sâu vùng xa chỉ được tác động và hưởng lợi rất ít ỏi từ tiến trình phát triển. Sự chênh lệch đang tăng nhanh, sự khác biệt về phân phối thu nhập giữa nhóm người giàu nhất và nghèo nhất đã tăng từ 4.9 trong năm 1992 lên 8.9 trong năm 1999.

Cần nhiều nỗ lực hơn nữa để củng cố, duy trì và tiếp tục phát triển trên cơ sở những thành tựu đã đạt được. Nhưng Việt Nam phải đổi mới với những thách thức không nhỏ. Như đã được đề cập trong chiến lược phát triển kinh tế, xã hội 10 năm của Việt Nam, từ 2001 đến 2010, để lấy lại nhịp độ tiếp tục đi lên của công cuộc đổi mới, đầu tư và tăng trưởng kinh tế là rất quan trọng trong thập kỷ tiếp theo, tuy nhiên, thách thức cơ bản vẫn là làm sao để các khu vực, các tỉnh, các tầng lớp dân cư, các dân tộc ít người đều có cơ hội tham gia và hưởng lợi từ tiến trình phát triển và để đất nước đạt được sự công bằng cao trong phát triển con người. Bên cạnh những cải cách kinh tế vĩ mô, cần phải có một công cuộc cải cách hành chính nhà nước, củng cố pháp luật nhà nước, cải thiện các biện pháp bảo trợ xã hội và tăng cường sự tham gia và tiếng nói của các tầng lớp xã hội. Lương cho người cung cấp dịch vụ công còn quá thấp so với chi tiêu trung bình hàng tháng của hộ gia đình, dẫn đến việc cung cấp dịch vụ với chất lượng kém, và nạn tham nhũng hối lộ nhằm phục vụ những nhu cầu sống cơ bản là điều khó tránh và kiềm chế.

II. Tình hình sức khỏe:

Mặc dù Việt Nam còn nghèo, các chỉ số sức khoẻ cơ bản của quốc gia có thể so sánh với các nước có thu nhập ở bậc trung trên thế giới. Tuổi thọ trung bình của người phụ nữ Việt Nam dài hơn 10 năm so với mức tuổi thọ có thể có xét theo mức độ phát triển của quốc gia. Tỷ lệ chết của trẻ sơ sinh trong năm 2001 là 36.7 trên 1000 trẻ mới sinh, ngang bằng với tỷ lệ của các nước có thu nhập bậc trung như Brazil, Peru và Thổ Nhĩ Kỳ (xem bảng 1). Việt Nam đã rất thành công ngay cả trước hội nghị Alma Ata (1978) trong công tác phòng chống dịch bệnh, công tác kiểm soát các bệnh truyền nhiễm và đạt được những thành tựu đáng kể trong chăm sóc sức khoẻ toàn dân. Để đạt được điều đó một phần nhờ Việt Nam có hệ thống chăm sóc sức khoẻ rộng khắp đặt trọng tâm vào chăm sóc sức khoẻ ban đầu (có tất cả 9806 trạm y tế tuyến xã và hơn 600 bệnh viện cấp huyện, với một đội ngũ cán bộ y tế đông đảo, và các chương trình y tế quốc gia được tổ

chức tốt như chương trình tiêm chủng mở rộng (EPI)). Tỉ lệ biết chữ trong dân cư cao cũng là một yếu tố đóng góp cho những kết quả tốt về sức khoẻ.

Bảng 1

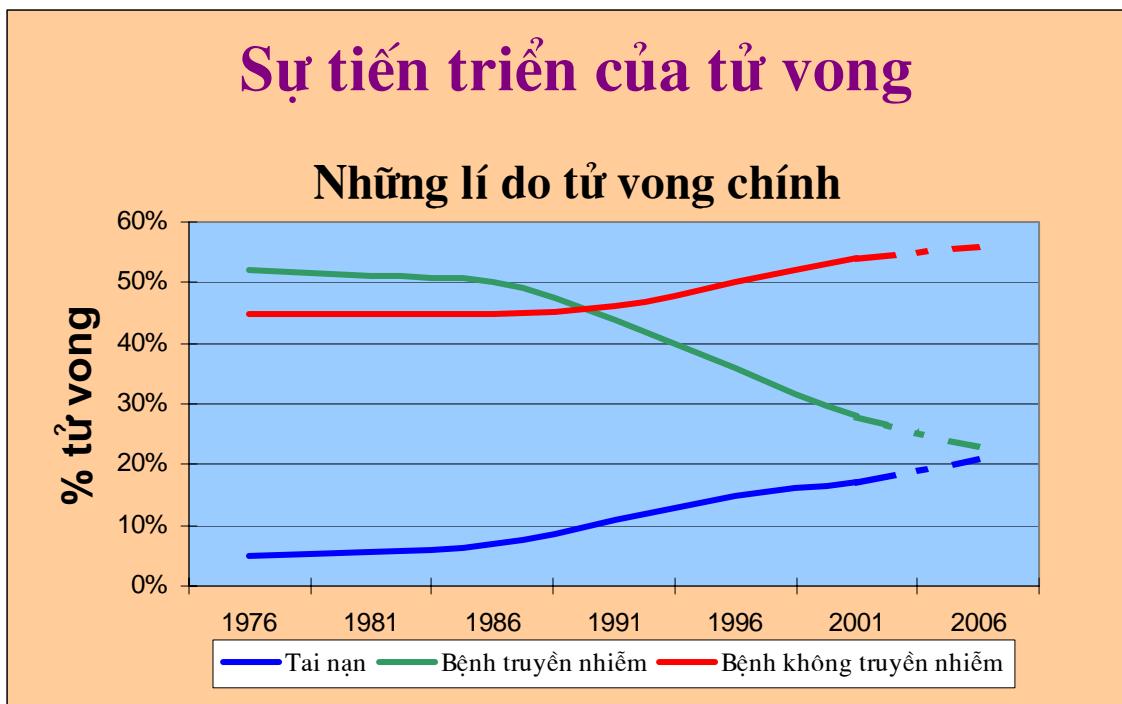
Các chỉ số sức khoẻ cơ bản và GNP đầu người ở một số quốc gia

Tên nước	GNP/người	Tuổi thọ trung bình	Tử vong sơ sinh (0/00)	Tử vong trẻ < 5 tuổi (0/00)	Tử vong mẹ (0/00 000)
Brazil	4420	67	33	40	160
Việt Nam	370	68	34	42	160
Peru	2390	68	40	47	270
Thổ Nhĩ Kỳ	2900	69	38	42	na
Nam Phi	3160	63	51	83	na

Nguồn: Báo cáo phát triển thế giới, Ngân hàng thế giới, 2000.

Ngày nay, mặc dù đã có những thành tựu như vậy trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ, Việt Nam vẫn phải đối mặt với một tỉ lệ suy dinh dưỡng cao trong nhóm trẻ em dưới 5 tuổi, tỉ lệ trẻ đẻ non cao, tỉ lệ chết chu sinh khá cao, chủ yếu trong nhóm các dân tộc ít người ở vùng sâu, vùng xa, và tỉ lệ nạo phá thai cao. Vẫn còn rất nhiều vấn đề phải giải quyết trong các lĩnh vực các bệnh truyền nhiễm, các bệnh ký sinh trùng, mặc dù những bệnh này chiếm dưới 30% các nguyên nhân gây ra tử vong (ví dụ: các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp ở trẻ em, viêm gan B, các vấn đề liên quan đến ngộ độc thực phẩm). Một khác, có một sự tăng liên tục những bệnh không thuộc nhóm nhiễm trùng như bệnh về tim mạch, bệnh ung thư, tiểu đường; và sự bắt đầu tăng hoặc tăng trở lại của các bệnh như bệnh lao, HIV/AIDS, sốt xuất huyết, và viêm não Nhật bản. Cạnh đó còn có sự gia tăng của các bệnh liên quan đến lối sống như các bệnh liên quan đến thuốc lá, rượu, sử dụng ma tuý, tai nạn giao thông, bạo hành, tự tử, và các bệnh về tâm thần. Tai nạn giao thông đang có xu hướng là nguyên nhân chính gây tử vong, cao hơn cả nguyên nhân do các bệnh nhiễm trùng gây ra. Tai nạn giao thông hiện đang chiếm 20% của toàn bộ các nguyên nhân tử vong, và là nguyên nhân chính gây tử vong trong những người chết trẻ. Mặc dù không sẫn có số liệu, nhưng có nhiều bằng chứng khác chỉ ra rằng tử vong ở nam thanh niên đang tăng lên. (xem biểu đồ 1).

Biểu đồ 1: Sự tiến triển của tử vong theo nguyên nhân



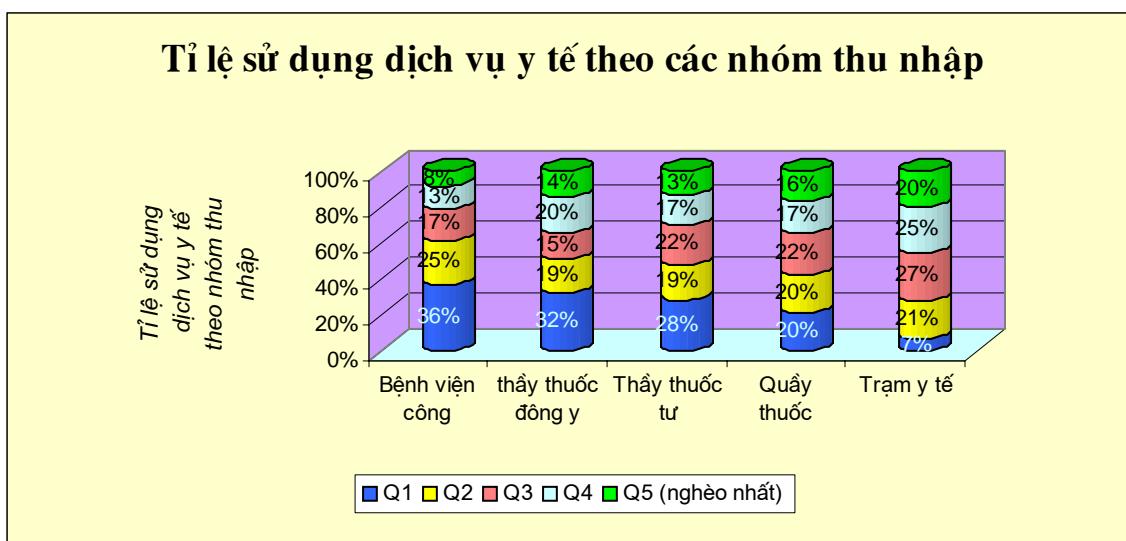
Hơn nữa, có một sự khác nhau đáng kể về tình trạng sức khoẻ giữa các khu vực địa lý hay giữa các nhóm dân cư. Nhìn chung, các chỉ số sức khoẻ ở khu vực đồng bằng sông Cửu Long, khu vực miền núi miền trung, miền núi phía bắc, thấp hơn đáng kể so với các khu vực còn lại. Tỉ lệ chết mẹ và trẻ sơ sinh trong khu vực các dân tộc ít người cao hơn nhiều so với tỉ lệ trung bình của cả nước. Sự chênh lệch về thu nhập và xã hội đã tăng nhanh trong những năm 1990, điều đó đã có những tác động lên sức khoẻ, và các cuộc nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong trẻ sơ sinh trong 20% dân số nghèo nhất đang tăng lên.

Nhiều khía cạnh của công cuộc đổi mới đã tác động đến ngành y tế. Hệ thống mạng lưới y tế cơ sở ở cấp thôn bản và xã phuờng-xuống cấp nhiều cùng với sự tan rã của hệ thống hợp tác xã-đã một thời cung cấp tài chính cho các hoạt động y tế cơ bản, gồm cả lương cho nhân viên y tế thôn bản. Hiện tại, việc cấp phát tài chính từ uỷ ban nhân dân xã là không đủ và hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu, một thời đã là một trong những yếu tố cơ bản dẫn tới các chỉ số sức khoẻ tốt của Việt Nam, đã và đang bị xuống cấp.Thêm vào đó, việc thiếu các nguồn lực đã có ảnh hưởng tiêu cực đến các bệnh viện ở các cấp. Đối mặt với tình hình đó và trong bối cảnh thiếu các nguồn lực, nhà nước đã tiến hành cải cách ngành y tế, kể cả việc chi trả lương cho cán bộ y tế xã, thiết lập hệ thống bảo hiểm y tế xã hội, thu phí khám bệnh cho các dịch vụ y tế, hợp pháp hoá hành nghề y tế tư nhân và thả nổi thị trường dược. Số lượng những người hành nghề y tế tư nhân tăng nhanh, tuy nhiên nhà nước đã không được trang bị để có thể kiểm soát chất lượng của các dịch vụ đó. Vấn đề này cùng với việc thiếu đầu tư trong ngành y tế công đã dẫn tới những hậu quả tiêu cực trong khả năng tiếp cận và chất lượng của các dịch vụ y tế đối với một phần lớn dân số.

Việc chi tiêu thấp cho y tế công, việc chi trả phí khám bệnh ở các cơ sở dịch vụ công, việc chi trả phí ngầm và sự gia tăng của y tế và bán thuốc tư dẫn đến việc chi trả trực tiếp từ túi người dân cho sức khoẻ rất cao. Ngày nay phần lớn người dân phải tự chi trả cho dịch vụ y tế, một cách chính thức hay không chính thức. Do hệ thống miễn giảm phí dịch vụ cho người nghèo không hiệu quả và hệ thống bảo hiểm y tế xã hội chỉ bao phủ một phần nhỏ dân số mà phần lớn trong số họ là những người có thu nhập cao hơn, những người nghèo không sử dụng các dịch vụ y tế một

cách thường xuyên mà tự chữa bệnh khi ốm đau. Số liệu về việc sử dụng các dịch vụ y tế khẳng định rằng có một sự bất công đang tăng lên giữa người giàu và người nghèo trong vấn đề này (xem biểu đồ 2). Những người nghèo sử dụng các dịch vụ y tế công ít hơn, chi tiêu ít hơn cho sức khoẻ, tiếp cận các dịch vụ có chất lượng kém hơn, và thường các dịch vụ này không đáp ứng nhu cầu của họ. Các trạm y tế xã ít được sử dụng cho các hoạt động chữa bệnh có lẽ vì được coi là nơi cung cấp các dịch vụ kém chất lượng trong khi đó những người hành nghề y tế tư có thể sẵn sàng thay thế. Các chương trình phòng bệnh tiếp tục hoạt động thành công thông qua các trạm y tế. Cuối cùng, việc thiếu một cơ chế pháp luật chặt chẽ đối với y tế tư, chủ yếu là ngành dược, dẫn đến việc sử dụng thuốc không hợp lý đã có những hậu quả nghiêm trọng đến sức khoẻ. Ngày nay, hiện tượng kháng sinh chủ yếu do sử dụng thuốc không hợp lý đã trở thành một vấn đề lớn trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ.

Biểu đồ 2: Tỉ lệ sử dụng các dịch vụ y tế theo các nhóm thu nhập



Q1: 20 phần trăm dân số có thu nhập cao nhất

Q5: 20 phần trăm dân số có thu nhập thấp nhất

Nguồn: Bộ Y tế, Ngân hàng Thế giới 2001

Việt Nam bởi vậy đang đối mặt với nhiều vấn đề nghiêm trọng trong công tác y tế. Một thách thức lớn là làm thế nào để có thể bảo vệ các thành quả đạt được trong quá khứ trong khi phải điều chỉnh để thích nghi với những thực tế mới. Các vấn đề cần giải quyết bao gồm: chất lượng dịch vụ, phát triển nguồn nhân lực, đầu tư của chính phủ còn thấp cho y tế, vai trò của nhà nước trong điều hành và giám sát hệ thống y tế công và tư, v.v. Các bằng chứng thực tiễn chỉ ra rằng trong bối cảnh này, các quyết định của nhà nước về chiến lược tài chính cho y tế có những ảnh hưởng quan trọng đến khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và sức khoẻ của người dân.

Tài liệu này nhằm đóng góp vào sự thảo luận chung về những giải pháp phù hợp cho vấn đề tài chính cho y tế hiện nay và tương lai. Hiện tại, hệ thống tài chính cho y tế ở Việt Nam đã làm tăng sự bất bình đẳng trong khả năng tiếp cận với các dịch vụ khám chữa bệnh và sự chênh lệch về sức khoẻ, là nguyên nhân khiến nhiều người tái nghèo. Để Việt Nam đạt được một ngành y tế hoạt động có hiệu quả và công bằng thì tài chính cho y tế phải là một nội dung chính và khẩn cấp trong chương trình cải cách chính sách về y tế.

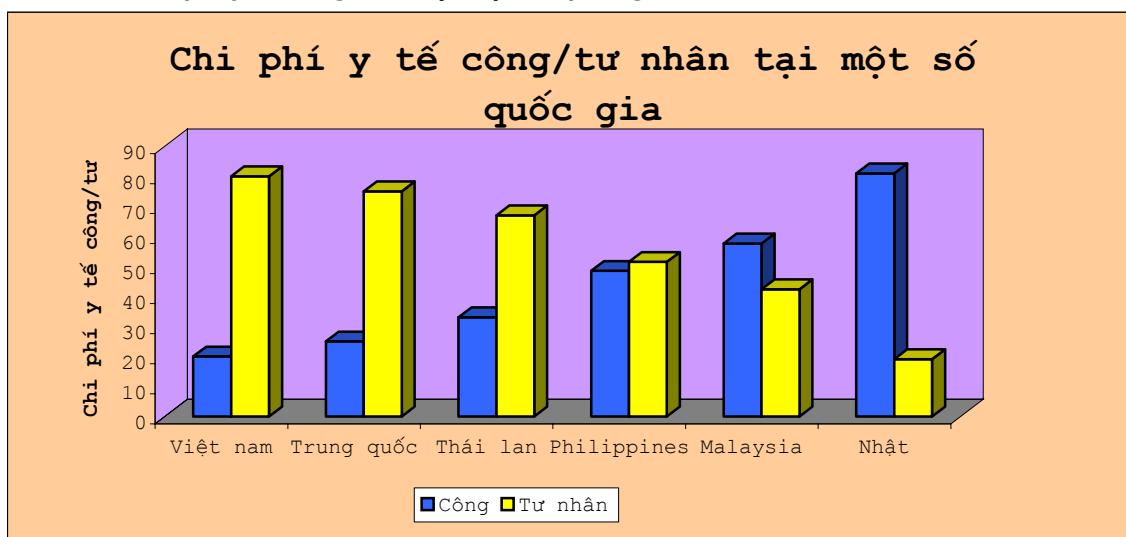
III. Các giải pháp cung cấp tài chính cho y tế hiện hành ở Việt Nam

Trên thế giới thực tiễn có ba giải pháp chính để cung cấp tài chính cho y tế: (i) nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước; (ii) chi phí từ túi người dân; và (iii) các mô hình chi trả trước hay còn gọi là bảo hiểm y tế. Nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước có được do nguồn thu thuế của nhà nước bao gồm thuế trực tiếp và gián tiếp. Các nghiên cứu chỉ ra rằng đối với các nước nghèo nguồn thu thuế thu được thấp. Việc đầu tư cho y tế vì thế phụ thuộc vào tổng nguồn thu của nhà nước và mối ưu tiên tương quan dành cho ngành y tế so với các ngành khác Chi phí túi người dân bao gồm phí trả trực tiếp bởi bệnh nhân khi khám chữa bệnh (công khám chữa, tiền thuốc đồng y và tân dược) và chi phí này không được thanh toán bởi cơ quan thứ ba. Mô hình phí dịch vụ hay những chi trả trực tiếp đơn giản về mặt hành chính và là một nguồn thu quan trọng của những cơ sở và những người cung cấp dịch vụ, tuy nhiên những người không có khả năng chi trả sẽ không tiếp cận được với các dịch vụ khám chữa bệnh. Hơn nữa, hệ thống phí và chi trả trực tiếp từ túi người dân làm tăng thêm việc sử dụng không hợp lý của nhiều dịch vụ. Cơ chế chi trả trước hay bảo hiểm y tế bao gồm bảo hiểm y tế bắt buộc (thông thường có tính luỹ tiến) và bảo hiểm y tế tự nguyện. Việc thực hiện mô hình bảo hiểm y tế bắt buộc dẫn đến việc tài chính cho y tế công bằng hơn. Thách thức chủ yếu là làm thế nào để mở rộng các mô hình chi trả trước và các mô hình bảo hiểm cho các ngành kinh tế không chính quy, nhóm dân số nông thôn và những người nghèo.

Cho đến giữa những năm 1980, ngành y tế Việt Nam được bao cấp toàn bộ bởi nhà nước. Đến năm 1989, nhà nước nhận ra rằng cần có những phương cách khác để tài chính cho y tế nhằm giảm sự xói mòn của các dịch vụ xã hội gây nên bởi việc ngừng bao cấp toàn phần từ phía nhà nước. Như phần lớn các nước khác, Việt Nam hiện sử dụng ba giải pháp mô tả ở trên để tài chính cho ngành y tế.

Ngân sách nhà nước: nhằm hỗ trợ cho việc chuyển đổi kinh tế, bao gồm việc chuyển đổi dần từ doanh nghiệp nhà nước sang tư nhân và việc phát triển hệ thống thu thuế thu nhập trong cả hai ngành kinh tế chính quy và không chính quy. Khả năng của nhà nước trong việc thu thuế còn hạn chế và có rất nhiều các nhu cầu khác nhau. Tuy nhiên một điều rõ ràng là việc phân bổ ngân sách chi y tế không phải là một ưu tiên của chính phủ như đã được chỉ ra từ số liệu ngân sách: khoảng 3 đô la cho một đầu người trong năm 2001 (nhỏ hơn 1% của GDP). Số liệu này bao gồm ngân sách trung ương, tỉnh và xã. Tỉ lệ này là một trong những tỉ lệ thấp nhất trên thế giới và Việt Nam được xếp sau Trung Quốc, Thái Lan và Philippin (xem biểu đồ 3). Nguồn ngân sách nhỏ đó lại được phân bổ từ cấp trung ương trên cơ sở số giường bệnh cho hoạt động chữa bệnh và trên cơ sở số dân của tỉnh cho hoạt động phòng bệnh, điều này mang lại lợi ích nhiều hơn cho các bệnh viện ở thành thị, các khu vực giàu hơn và các tỉnh đông dân hơn. Trong khi đó tỉnh giàu hơn lại có nguồn vốn lớn hơn từ nguồn ngân sách tỉnh. Sự phân bổ ngân sách từ trung ương giải quyết rất ít sự chênh lệch kinh tế giữa các tỉnh và trong mỗi tỉnh. Việc thiếu tài trợ chéo giữa các xã trong một tỉnh dẫn đến sự chênh lệch giữa các xã về khả năng cung cấp dịch vụ cho những người nghèo ở địa phương. Việc kiểm soát sử dụng các công nghệ cao và sử dụng thuốc là thấp, làm hạn chế tác dụng và hiệu quả trong việc sử dụng các nguồn lực. Hơn thế, ngân sách nhà nước hay nguồn vốn viện trợ phát triển chính thức (khoảng 0,5 đô la trên một đầu người một năm) tập trung chủ yếu vào các chi phí đầu tư thay vì các chi phí thường xuyên. Bệnh nhân phải chi trả cho phần lớn các chi phí thường xuyên, kể cả trả công cho nhân viên y tế.

Biểu đồ 3: Chi phí y tế công và tư tại một số quốc gia



Nguồn: ADB 2000

Chi trả trực tiếp từ tiền túi là nguồn thứ hai để cung cấp tài chính cho y tế và là nguồn quan trọng nhất. Nguồn này đạt đến 23 đô la trên một đầu người một năm và bao gồm các chi trả chính thức và không chính thức cho các dịch vụ y tế công, y tế tư, tự kê đơn, tự mua thuốc hoặc tiền thuốc kê bởi thầy thuốc. Việc áp dụng hệ thống phí dịch vụ đã làm tăng nguồn thu nhập cho ngành y tế (0.4 đô la trên một đầu người một năm, năm 2001). Các tỉnh áp dụng các mức phí khác nhau. Tất cả các phí đều được yêu cầu phải trả trước. Phí cho các dịch vụ của bệnh viện và ở các khu vực giàu hơn thường ở mức cao hơn. Một gánh nặng nữa đối với các gia đình thu nhập thấp và vừa ở khu vực thành thị cũng như nông thôn là các nhân viên y tế không muốn đi về làm việc ở các khu vực nghèo vì thu nhập của họ không được tăng đáng kể qua hệ thống phí. Hậu quả của sự xuống cấp này có thể được nhìn thấy qua sự thay đổi về mức độ sử dụng của các cơ sở y tế công theo thời gian. Một điều rõ ràng rằng việc đưa gánh nặng về tài chính trực tiếp sang người dân thông qua hệ thống phí cho dịch vụ đã làm giảm đi mức độ công bằng trong khám chữa bệnh, dẫn đến đói nghèo gây ra bởi một phần lớn thu nhập của hộ gia đình đã dành để chi tiêu cho ốm đau. Mặc dù vậy, phí dịch vụ là nguồn tài chính cơ bản và nghị định số 10 mới ban hành về cơ chế quản lý tài chính của những cơ sở cung cấp dịch vụ công có thu phí, sẽ cung cấp thêm xu hướng đó nếu áp dụng cho ngành y tế. Ngoài khoản chi chính thức, thu nhập của bệnh viện và nhân viên y tế còn được nâng cao bởi những khoản thu không chính thức do bệnh nhân trả, các hộ gia đình nói rằng họ trả nhiều gấp 14 lần so với mức phí chính thức, theo như báo cáo của chính phủ về vấn đề thu phí dịch vụ. Tiền túi đồng thời cũng dùng để chi trả phần lớn lượng thuốc tiêu thụ trong nước, ước lượng là khoảng 15-20 đô la trên một đầu người một năm và do đó chi phí cho thuốc là một trong những chi phí lớn cho y tế. Nhà nước không có một biện pháp nào nhằm hạn chế bệnh viện và các nhân viên y tế nhận các chi trả ngầm từ bệnh nhân và các khoản tiền thưởng từ ngành công nghiệp dược.

Để giảm sự cản trở lớn do mô hình phí dịch vụ gây ra cho những người không có thẻ bảo hiểm và đặc biệt là cho những người nghèo đối với việc khám chữa bệnh, nhà nước đã áp dụng chính sách miễn phí cho người nghèo. Tuy nhiên, bằng chứng thực tế chỉ ra rằng hệ thống miễn giảm hoạt động không hiệu quả, nhân viên bệnh viện phân biệt đối xử đối với những người được miễn phí hoặc được nhà nước cấp thẻ miễn phí, đôi khi thậm chí phân biệt đối xử với cả người có thẻ bảo hiểm. Điều đó là do một phần thu nhập của nhân viên y tế (chủ yếu là bác sĩ) gắn liền với phí dịch vụ thu được.

Phương thức tài chính thứ ba là phương thức chi trả trước. Đây là phương thức được áp dụng cho các loại hình bảo hiểm y tế. Nhà nước áp dụng bảo hiểm y tế bắt buộc và tự nguyện từ năm

1992. Những mô hình này đã đóng góp chi phí đến 0.4 đôla một đầu người một năm. Mục tiêu của các loại hình bảo hiểm này là nhằm làm ổn định nguồn tài chính cho y tế, và nâng cao tính công bằng trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Công ty Bảo hiểm y tế Việt Nam, dưới sự chỉ đạo của Bộ y tế, là đơn vị chịu trách nhiệm về xây dựng và quản lý cả hai mô hình bảo hiểm y tế này. Hiện tại có các mô hình bảo hiểm y tế cơ bản sau:

Bảo hiểm y tế bắt buộc: được áp dụng với tất cả cán bộ công nhân viên nhà nước đang còn công tác hoặc đã nghỉ hưu; cán bộ, công nhân viên các doanh nghiệp (nhà nước hoặc tư nhân) của tất cả các doanh nghiệp có từ 10 công nhân trở lên. Tuy nhiên, hiện tại, diện bao phủ của bảo hiểm y tế bắt buộc trong các doanh nghiệp tư nhân còn rất thấp. Năm 1997, chỉ có khoảng 13% số công nhân của các doanh nghiệp tư nhân có tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc. Hiện tại, bảo hiểm y tế vẫn chưa bao phủ được một số nhóm lao động như: nhóm lao động hưởng lương của các doanh nghiệp tư nhân; nhóm kinh doanh tự do và nhóm lao động không chính qui cùng các thành viên trong gia đình họ. Khả năng để bao phủ được các doanh nghiệp tư nhân tuỳ thuộc nhiều vào việc đăng ký và sự ổn định của các doanh nghiệp, đặc biệt là trong giai đoạn này, thời kỳ chuyển đổi sang cơ chế kinh tế thị trường. Với mệnh giá bảo hiểm là 3% lương (trong đó người thuê lao động trả 2% và người lao động trả 1%), nguồn thu từ khối lao động này là đáng kể nếu diện bao phủ cho khối doanh nghiệp tư nhân được mở rộng.

Bảo hiểm y tế tự nguyện: mô hình này chủ yếu bao gồm trẻ em trong nhà trường, với mức đóng góp phí là từ 15,000 đồng đến 30,000 đồng một em. Việc thu phí bảo hiểm y tế và đăng ký tham gia bảo hiểm do ban lãnh đạo nhà trường thực hiện, cùng với sự hợp tác với ngành giáo dục ở cấp sở và cấp bộ. Mô hình bảo hiểm y tế cho học sinh trong nhà trường đã góp phần làm mở rộng sự hiểu biết về ý nghĩa và giá trị bảo vệ của bảo hiểm. Tuy vậy, mô hình này cũng phần nào cản trở một hướng phát triển khác hợp lí hơn của bảo hiểm, đó là phát triển theo hướng bảo hiểm gia đình. Bảo hiểm y tế tự nguyện cũng được thí điểm với nông dân, trong đó người nông dân đóng góp 30% đến 70% mệnh giá thẻ, còn lại do ngân sách tỉnh đóng góp.

Mô hình bảo hiểm y tế hoàn toàn được bao cấp bởi nhà nước: những người có công với cách mạng, những người nghèo được cấp thẻ bảo hiểm y tế không mất tiền, v.v. Đã có bằng chứng rằng, sự trợ cấp thẻ của nhà nước cho những đối tượng này không đủ để trang trải các chi phí khám chữa bệnh cho họ.Thêm vào đó, sự trợ cấp xã hội này không phải lúc nào cũng đến được với những đối tượng cần hỗ trợ nhất.

Tính đến tháng 6 năm 2002, tổng số thẻ bảo hiểm đã phát hành và sử dụng toàn quốc là khoảng 12.6 triệu, tương đương 16% dân số của Việt Nam. Trong đó, 62% số thẻ thuộc bảo hiểm y tế bắt buộc; 30% số thẻ là thẻ bảo hiểm y tế học sinh; còn lại 8% là các đối tượng thuộc chính sách hỗ trợ xã hội cho người nghèo. Khái niệm về bảo hiểm y tế thực ra còn mới đối với Việt Nam, và thái độ của cộng đồng đối với bảo hiểm y tế rất khác nhau. Một nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng những người có thẻ bảo hiểm y tế đánh giá cao lợi ích của bảo hiểm y tế vì họ chỉ phải chi trả rất ít mỗi lần vào bệnh viện. Tuy nhiên, cũng có những sự thất vọng và phàn nàn về việc sử dụng thẻ bảo hiểm, chủ yếu là về thời gian chờ đợi và thái độ của nhân viên y tế đối với họ. Với những vấn đề nhỏ, người ta thường tự bỏ tiền túi để khám chữa bệnh thay vì sử dụng thẻ bảo hiểm y tế.

Tóm lại, trong vòng 10 năm qua, các chiến lược khác nhau đã được áp dụng để tăng nguồn tài chính cho các hoạt động y tế. Việc này đã làm tăng chi phí khám chữa bệnh cho một đầu người lên tương đối cao (ước lượng khoảng 28 đô la một đầu người, tương đương 8% GDP, theo số liệu năm 2001). Tuy vậy, phân tích về các chiến lược tài chính này chỉ ra rằng:

Ngân sách nhà nước giành cho y tế rất thấp, và sự phân bổ nguồn ngân sách này không công bằng và không hiệu quả. Thiếu sự kiểm soát về giá cả trong khám chữa bệnh, dẫn đến chi phí tư (từ tiền túi người dân) cho khám chữa bệnh trở nên không kiểm soát nổi.

Chi phí trực tiếp từ túi người dân rất cao, bao gồm cả chi trả chính thức lẫn chi phí ngầm, trong đó phần lớn dùng để trả cho tiền thuốc.

Bảo hiểm y tế xã hội và các cơ chế bảo trợ xã hội khác chưa phát triển đầy đủ

Hệ thống miễn giảm cho người nghèo hoạt động chưa hiệu quả.

IV. Các lựa chọn chính sách phù hợp cho Việt Nam:

Bối cảnh tài chính hiện nay của ngành y tế chỉ ra rằng cần có những thay đổi nếu Việt Nam muốn xây dựng một ngành y tế hiệu quả và công bằng. Việt Nam cần hành động ngay từ bây giờ để giải quyết các bức xúc hiện tại trước khi những vấn đề này trở nên trầm trọng. Đảng và chính phủ Việt Nam nhận thức rõ được vấn đề này, đã thể hiện mối quan tâm của mình đặc biệt về vấn đề thiếu công bằng ngày càng tăng trong khám chữa bệnh. Kinh nghiệm từ các nước phát triển trên thế giới chỉ ra rằng ngành y tế không thể đơn giản giao phó cho thị trường mà cần có những chính sách định hướng hiệu quả và lâu dài. Đại hội đảng lần thứ 9, tháng 4 năm 2001, đã khẳng định vai trò chủ đạo và lâu dài của việc phát triển bảo hiểm y tế xã hội và đã đề nghị chính phủ “xây dựng các chính sách trợ cấp y tế và bảo hiểm y tế cho người nghèo, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân”. Điều này cũng đã được phản ánh qua văn kiện “Chiến lược toàn diện về tăng trưởng và giảm nghèo” của Việt Nam (CPRGS). Mục tiêu lâu dài là: bảo hiểm y tế toàn dân. Tuy nhiên, con đường dẫn đến mục tiêu đó và tính khả thi của nó cần được đánh giá. Phản tiếp theo đây sẽ phác họa những biện pháp và chiến lược được cho là: (i) góp phần nâng cao tính công bằng trong khám chữa bệnh; (ii) hợp lý và khả thi; (iii) sử dụng tốt nhất nguồn lực hiện có và (iv) đưa Việt Nam tiến dần đến đích bảo hiểm y tế toàn dân. Các biện pháp hiện tại cũng được xem xét và các hiệu quả của chúng trong các dịch vụ y tế và sức khoẻ của dân cũng được cân nhắc.

Ngân sách nhà nước: Việc tăng ngân sách nhà nước cho y tế để đổi mới với các thách thức hiện tại và tương lai trong bối cảnh chuyển đổi về cơ cấu bệnh tật và dân số là cần thiết. Như đã nói ở trên, chi tiêu từ ngân sách nhà nước cho y tế ở Việt Nam, tính theo phần trăm GDP một đầu người, đứng vào hàng những nước có chi tiêu thấp nhất. Một nghiên cứu gần đây của “Nhóm công tác về các vấn đề y tế và kinh tế vĩ mô” đã ước tính cần khoảng từ 30 đến 40 đô la một người để có thể đáp ứng các nhu cầu cơ bản về tài chính cho y tế, và cần dựa vào nguồn tài chính công, thay vì nguồn tài chính tư. Kết quả nghiên cứu trên cùng với các kinh nghiệm gần đây từ các nước đang phát triển chỉ ra rằng cần tăng ngân sách cho y tế đủ để trang trải các dịch vụ cơ bản, kể cả các can thiệp để phòng chống HIV/AIDS. Mặc dù việc tăng ngân sách được bao nhiêu tuỳ thuộc vào nhiều yếu tố, nhưng trước mắt việc tăng ngân sách cho chi phí thường xuyên lên 50 % so với hiện tại có thể chấp nhận được đối với nhà nước. Về lâu dài, như các nước lân cận đã làm, ngân sách y tế được gợi ý là khoảng 2% tổng sản phẩm quốc nội (GNP).

Song song với việc tăng ngân sách, một loạt các biện pháp khác có thể giúp nhà nước nâng cao tính công bằng và hiệu quả. Để giảm sự chênh lệch ngân sách giữa các tỉnh, cần có một phương thức phân bổ ngân sách hợp lý qua đó những tỉnh khó khăn sẽ nhận được phần ngân sách lớn hơn từ trung ương. Điều này có thể chưa đủ để đảm bảo tính công bằng và có thể cần những cơ chế đồng bộ hơn để giảm sự chênh lệch giữa các tỉnh giàu và các tỉnh nghèo, cũng như trong phạm vi một tỉnh. Sự phân bổ ngân sách giữa các hoạt động phòng bệnh và chữa bệnh cũng cần xem xét lại. Việc thực hiện chính sách thuốc thiết yếu quốc gia và việc sử dụng thuốc với tên gốc là một trong những biện pháp hiệu quả để tận dụng nguồn lực. Có thể tiết kiệm được rất nhiều nếu danh mục thuốc thiết yếu được đưa vào sử dụng ở tất cả các cấp của ngành y tế. Những chính sách như thế này đã và đang được ban hành ở Việt Nam nhưng chưa được thực hiện. Còn nhiều biện pháp khác có thể nâng cao tính công bằng và hiệu quả của ngành y tế, tuy nhiên cần nhắc tóm tắt các biện pháp đó không phải là nội dung chính của tài liệu này. Vấn đề là ngành y tế không phải chỉ cần nhiều nguồn lực hơn mà quan trọng là việc sử dụng tốt hơn các nguồn lực sẵn có.

Chi phí trực tiếp từ tiền túi: phí khám chữa bệnh, các chi trả lớn cho các dịch vụ y tế bao gồm cả tiền thuốc là những giải pháp tình thế cho việc cung cấp tài chính không đầy đủ cho ngành y tế. Phần lớn các chuyên gia nước ngoài cũng như Việt Nam nhất trí rằng cơ chế chi trả trực tiếp này có ảnh hưởng tiêu cực đến việc sử dụng các dịch vụ y tế của các gia đình nghèo và các gia đình có thu nhập bậc trung. Khi có ốm đau bệnh tật, các gia đình bị đặt vào tình thế phải chi trả

khá lớn trong khi khả năng lao động lại giảm. Bên cạnh đó, các nhà cung cấp dịch vụ lại có xu hướng thu nhiều và tăng các dịch vụ một cách không cần thiết để tăng thu nhập với sự thiếu vắng các hướng dẫn và giám sát chung ở cấp quốc gia. Hơn nữa, còn thiếu các nội qui và tiêu chuẩn chung trong việc xử lý vấn đề chất lượng dịch vụ thấp hay tính đáp ứng kém với những nhu cầu của bệnh nhân. Do đó, sẽ không hợp lý nếu việc cung cấp tài chính cho y tế ở Việt Nam dựa quá nhiều vào hệ thống thu phí và chi trả trực tiếp từ túi người dân. Gần đây, một nghị định mới được ban hành, nghị định số 10/ 2002/ ND-CP, ngày 16/ 1/ 2002 và thông tư số 25/ 2002/ TT – BTC về “Các qui định về cơ chế quản lý tài chính cho các đơn vị hành chính sự nghiệp có thu” là một vấn đề đáng lo lắng. Nghị định này phản ánh xu hướng của chính phủ trong việc giảm đầu tư từ phía nhà nước và tăng thu phí từ phía người sử dụng. Tuy nhiên, đối với các dịch vụ xã hội cơ bản, dịch vụ y tế là một ví dụ, cần có các mạng lưới bảo trợ an toàn xã hội hoạt động một cách hiệu quả, trước khi hướng trách nhiệm chi trả sang phía người sử dụng dịch vụ. Một mạng lưới bảo trợ an toàn xã hội hiệu quả như thế chưa tồn tại ở Việt Nam, trừ một nhóm nhỏ có bảo hiểm y tế hoặc trong một số mô hình trợ cấp xã hội. Do đó, một điều rất quan trọng là Việt Nam không nên coi các cơ sở khám chữa bệnh, bao gồm các bệnh viện, các trung tâm y tế ở tất cả các cấp, thuộc nhóm các đơn vị hành chính sự nghiệp có thu, như được nêu ở trong nghị định trên. Việc thực hiện nghị định này sẽ mang đến hậu quả có hại cho sức khoẻ không chỉ của từng bệnh nhân mà đại đa số nhân dân. Việc thực thi nghị định này rõ ràng là sẽ làm tăng tổng chi phí cho y tế nhưng lại không có sự cải thiện về chất lượng dịch vụ và sức khoẻ của dân, trừ nhóm người giàu có hơn trong xã hội.Thêm vào đó, nghị định này đi ngược lại với định hướng mà Đại hội Đảng lần mới đây đã chỉ ra. Thay vì nghị định này, một hệ thống qui định riêng có thể được áp dụng cho ngành y tế, nhằm nâng cao tính tự chủ của các cơ sở dịch vụ y tế trong khuôn khổ được qui định rõ ràng, mà không kéo theo các tổn hại đến sức khoẻ của dân hay của nền kinh tế.

Cơ chế chi trả trước: Việc nghiên cứu thực hiện những đường lối chính sách lớn cho y tế mà Đảng cộng sản đã đề ra là cần thiết. Kinh nghiệm quốc tế chỉ ra rằng phát triển hệ thống chi trả trước trong khám chữa bệnh có thể đảm bảo tính công bằng và tạo một cơ chế bảo vệ trước các tình huống rủi ro về tài chính của bệnh nhân. Với hệ thống chi trả trước, các nguy cơ sẽ được san sẻ giữa người khỏe và người ốm; giữa người thu nhập thấp và người thu nhập cao, các nguồn lực được tập trung vào một mối, tránh sự vụn vặt và rời rạc trong các nguồn lực y tế. Để thực hiện cơ chế này Việt Nam đang có một môi trường thuận lợi:

Chính phủ có thiện chí tiến tới việc thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân thông qua việc mở rộng diện bao phủ và hoạt động của Bảo hiểm y tế Việt Nam. Cơ chế bảo hiểm giúp tập trung các nguồn lực và từ đó nguy cơ được san sẻ.

Việc mở rộng diện bảo hiểm dưới sự quản lý của một cơ quan duy nhất sẽ tạo điều kiện cho sự tiếp tục đảm bảo quyền lợi cho người được bảo hiểm, nhất là giai đoạn hiện nay dự đoán là sẽ có sự di chuyển công nhân giữa hai khối nhà nước và tư nhân. Cho dù người lao động có làm việc cho khối nhà nước hay tư nhân, quyền lợi bảo hiểm của họ vẫn được tiếp tục và do một cơ quan bảo hiểm xã hội cung cấp.

Chính phủ có cam kết tìm biện pháp để cung cấp bảo hiểm cho nhóm thu nhập thấp, chủ yếu là nông dân, bằng chứng là chính phủ đã có hai chính sách lớn: một là cấp thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng nghèo (ước tính khoảng 4 triệu người), hai là thí điểm một số mô hình bảo hiểm y tế cộng đồng cho khu vực nông thôn. Việc mở rộng bảo hiểm cho cả các đối tượng ngành nghề kinh tế không chính qui dưới một cơ cấu tổ chức thống nhất cũng không kém phần quan trọng. Ở một số nước, cơ quan bảo hiểm cho khu vực chính qui thường không muốn bao phủ luôn cả khu vực không chính qui. Điều này dẫn đến việc thành lập các mô hình bảo hiểm vi mô thường là bao phủ các thành viên của một cộng đồng dân cư hoặc kinh tế, với các quyền lợi và mức độ bảo hiểm rất khác nhau. Tuy có nhiều chương trình khác nhau, các mô hình bảo hiểm này cũng chỉ bao phủ được một nhóm nhỏ dân số và rất khó để duy trì tính bền vững lâu dài của các mô hình này. Sự tồn tại nhiều các mô hình này thường không khuyến khích cạnh tranh lành mạnh mà lại tạo ra sự trùng lắp, không hiệu quả và có thể gây ra sự hỗn độn.

Việc mở rộng diện bao phủ thông qua một cơ chế sẵn có, hoạt động trong toàn quốc, sẽ giúp tận dụng được cơ cấu tổ chức hiện có. Thời gian qua Bảo hiểm y tế ở Việt Nam đã có những

phát triển không ngừng và đáng kể về đội ngũ chuyên môn thông qua các chương trình đào tạo cả ở trong nước và nước ngoài. Việc kết hợp bảo hiểm y tế Việt Nam vào Bảo hiểm xã hội Việt Nam gần đây về lâu dài có thể là một cơ hội để giảm các chi phí hành chính và cho phép bảo hiểm y tế phát huy vai trò huy động vốn và là cơ quan độc lập đứng ra chi trả cho các đơn vị cung cấp dịch vụ theo phương thức hiệu quả nhất, trong khuôn khổ các chính sách quốc gia.

Tóm lại, trong các giải pháp cung cấp tài chính khác nhau, việc tăng ngân sách nhà nước cho y tế và mở rộng diện bao phủ của bảo hiểm y tế là những xu hướng phát triển cơ bản và phù hợp nhất trong bối cảnh kinh tế của Việt Nam. Cũng cần xác định thêm các nguồn tài chính ổn định bổ sung cho ngân sách nhà nước nhằm đóng góp cho nỗ lực xây dựng một hệ thống y tế phổ cập hiệu quả và công bằng. Tuy nhiên, các thách thức trong tiến trình này là rất lớn; một số thách thức sẽ được đề cập cụ thể hơn trong chương tiếp theo. Để có thể lấp được lỗ hổng về tài chính cho y tế và để có thể xây dựng được một hệ thống chăm sóc y tế hoàn chỉnh đến được với người nghèo, Việt Nam cần sử dụng nguồn vốn viện trợ chính thức hiệu quả hơn cũng như cần theo đuổi những cơ chế tài chính bền vững trong nước.

V. Các thách thức và các bước tiếp theo để tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân

Chương này tập trung vào mục tiêu mở rộng bảo hiểm y tế đến toàn dân vì đó là vấn đề mấu chốt và đòi hỏi những bước thực hiện quan trọng nhất. Các thách thức có thể được nhóm theo ba lĩnh vực chính: khung pháp lý, sự phát triển thể chế, và vai trò của Bộ y tế.

Khung pháp lý cho bảo hiểm y tế xã hội

Chính sách hiện hành dựa vào đường lối chỉ đạo của Đại hội đảng lần thứ 9. Để tiếp tục phát huy các chính sách đó cần tìm ra phương pháp hiệu quả nhất để đạt được mục tiêu Bảo hiểm y tế toàn dân. Quá trình tìm kiếm này thực ra đã bắt đầu và sẽ dẫn đến việc xây dựng một kế hoạch tổng thể, trong đó sẽ chỉ rõ các biện pháp cụ thể để mở rộng độ bao phủ của bảo hiểm y tế đến từng nhóm dân số, thông qua các cơ chế đóng góp và hỗ trợ xã hội. Kế hoạch tổng thể này cũng vạch ra một đề cương cùng với các nguyên tắc hành động cho phép mở rộng bảo hiểm y tế tiến tới toàn dân. Đó là:

Cơ cấu tổ chức hành chính của Bảo hiểm y tế và mối quan hệ của nó với các Bộ ngành khác, bao gồm cả chức năng báo cáo và giám sát;

Mối quan hệ của Bảo hiểm y tế với các cơ quan bảo trợ xã hội khác như bảo trợ người già, tàn tật, trợ cấp sinh đẻ, chấn thương, tai nạn lao động, và bệnh nghề nghiệp;

Sự chuyển đổi từ bảo hiểm tự nguyện sang bảo hiểm bắt buộc cho một số nhóm dân số riêng biệt (ví dụ như nhóm lao động tự do);

Tập trung nguồn vốn của các ngành khác nhau;

Sự phân bổ nguồn lực cho đào tạo và nghiên cứu;

Bảo hiểm y tế gia đình thay vì bảo hiểm y tế cá nhân

Khẳng định các quyền lợi chăm sóc y tế toàn diện với cơ sở là một hệ thống chăm sóc sức khoẻ ban đầu vững chắc;

Xây dựng cơ sở để tính tỉ lệ đóng góp từ các hộ gia đình lao động tự do hay tự kinh doanh trong tất cả các ngành kinh tế (nông nghiệp, buôn bán, dịch vụ);

Cơ chế để mở rộng bảo hiểm y tế cho nhóm người không hoạt động kinh tế hoặc có thu nhập rất thấp trong xã hội, (bao gồm cả các nhóm dân số sống ở thôn bản vùng sâu vùng xa, nhóm được hưởng những quyền lợi đặc biệt về kinh tế hoặc thuế trong những thời gian nhất định); Và

Vai trò của bảo hiểm y tế tư nhân vì lợi nhuận, cũng như công tác quản lý và giám sát nhà nước đối với hoạt động này.

Cùng với việc thảo luận và chấp thuận kế hoạch tổng thể, một điều quan trọng là cơ sở pháp lý cho việc thực hiện bảo hiểm y tế xã hội cần được thông qua luật chứ không chỉ đơn thuần là một nghị định. Điều này đòi hỏi việc dự thảo và thông qua Luật và các qui định về bảo hiểm y tế xã hội mà từ nay đến lúc đó nghị định về bảo hiểm y tế xã hội sẽ được tạm thời áp dụng. Có ba lí do chính cho đề nghị này. Một là, Nghị định về bảo hiểm y tế ra đời từ 1992, từ đó đến nay đã có nhiều các thông tư, hướng dẫn của chính phủ, các bộ, liên quan đến vấn đề này, và cũng đã có nhiều sửa đổi, thay thế, dẫn đến dễ bị nhầm lẫn về việc thông tư chính sách nào là đang hiện hành. Thứ hai, sự sáng tạo, sáng kiến trong việc giải quyết các khó khăn tồn tại bị cản trở bởi các điều khoản ghi trong nghị định ban đầu, như việc chuyển đổi từ bảo hiểm y tế cá nhân sang bảo hiểm theo gia đình, thay việc chi trả theo từng ca khám chữa bệnh bằng việc chi trả theo định xuất hay cơ chế khác. Thứ ba là, vị thế pháp lý hạn chế của một nghị định cản trở việc thi hành, tuân thủ chính sách một cách triệt để, hạn chế việc tuân thủ và đăng ký tham gia bảo hiểm của các doanh nghiệp đặc biệt là doanh nghiệp tư nhân.

Tăng cường việc tuân thủ, chấp hành chính sách bảo hiểm y tế là vấn đề nhạy cảm trong thời điểm này. Những năm gần đây, các doanh nghiệp tư nhân phát triển tương đối nhanh thông qua việc liên doanh với các công ty nước ngoài hay đa quốc gia. Hoạt động của các doanh nghiệp vừa và nhỏ trong nước cũng đi vào ổn định. Điều này cũng có nghĩa là ngành kinh tế tư nhân có một lượng công nhân lớn và ổn định hơn. Mức đóng góp 3% lương hàng tháng kết hợp với nhu cầu y tế tương đối thấp của họ có thể góp phần không nhỏ cho sự ổn định về mặt tài chính của Bảo hiểm y tế Việt Nam. Kể cả trường hợp những người ăn theo trong gia đình họ (bao gồm cả trẻ em là đối tượng có nhu cầu chăm sóc y tế cao) được hưởng bảo hiểm y tế, nhóm công nhân này cũng sẽ có tỉ lệ về số người ăn theo thấp hơn so với các hộ gia đình nông dân hoặc các hộ thu nhập thấp nói chung.

Việc tham gia bảo hiểm của nhóm công nhân thuộc khối tư nhân là quan trọng còn vì một lí do khác, liên quan đến vấn đề công bằng và bản chất của bảo hiểm y tế. Bảo hiểm y tế tư nhân hiện đang phát triển và sẽ thu hút và hấp dẫn những nhóm công nhân lương cao của các hãng lớn. Và nếu tình trạng này xảy ra, sẽ là điều không có lợi cho bảo hiểm y tế xã hội của Việt Nam vì bảo hiểm y tế xã hội của Việt Nam sẽ được coi đơn thuần là bảo hiểm y tế cho người thu nhập thấp hoặc cho nhóm cần bảo trợ xã hội. Ngoài vấn đề về tài chính và sự công bằng, nhóm công nhân lương cao có thể là một nhân tố quan trọng trong việc thiết kế các mô hình bảo hiểm y tế có nội dung được yêu cầu từ phía người sử dụng.

Phát triển thể chế để mở rộng bảo hiểm y tế

Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam có nghĩa là mở rộng dần diện bao phủ của bảo hiểm trên cơ sở hệ thống hiện có thay vì thiết lập hệ thống mới cho nhóm dân số mới. Con đường nhanh nhất để tăng nhanh số người được bảo hiểm là mở rộng quyền lợi bảo hiểm cho những người ăn theo của các thành viên đang được hưởng bảo hiểm. Vấn đề này hoàn toàn phù hợp với ý nghĩa của bảo hiểm y tế xã hội và phù hợp với trọng tâm phát triển xã hội của chính phủ Việt Nam, luôn đặt tầm quan trọng vào gia đình và trẻ em. Tuy nhiên, sự chuyển đổi này chỉ bao phủ một phần nhóm dân số mục tiêu. Để tăng số thành viên tham gia bảo hiểm từ ba nhóm mục tiêu chính bao gồm công nhân ở các doanh nghiệp vừa và nhỏ và khu vực không chính qui hiện đang thuộc kênh tự nguyện, và nhóm có khả năng nhận thẻ miễn phí theo cơ chế cấp thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho người nghèo, đòi hỏi những cố gắng lớn về hành chính và công tác quảng bá cùng với sự điều phối và hỗ trợ từ phía chính quyền địa phương.

Để tăng cường sự tuân thủ tham gia bảo hiểm y tế trong khối kinh tế tư nhân, cần xây dựng một cơ chế đăng ký và thu phí bảo hiểm, kết hợp giữa hai cơ quan Bảo hiểm y tế Việt Nam (VHI) và Bảo hiểm xã hội Việt Nam (VSI). Cả hai cơ quan này hiện đang cùng thu phí bảo hiểm từ những doanh nghiệp và những nhóm cá nhân như nhau và cùng phải đối phó với sự thiếu tuân thủ như nhau từ phía các doanh nghiệp đó. Việc sát nhập hai cơ quan này có thể tạo cơ hội để giúp tăng thêm sự tuân thủ của các doanh nghiệp và giảm chi phí hành chính trong vấn đề này. Các doanh nghiệp tư nhân có lẽ cũng cảm thấy nhẹ nhõm hơn khi họ chỉ phải liên lạc với một cơ quan bảo

hiểm thay vì hai như trước đây. Việc hợp nhất này có thể còn giúp tiết kiệm về tài chính khi các doanh nghiệp sẽ phải đăng ký một mức lương thống nhất cho mỗi công nhân của họ, để làm cơ sở đóng góp phí cho cả hai loại hình bảo hiểm: y tế và xã hội.

Nhóm lao động thuộc khu vực không chính qui, phần lớn là các hộ gia đình ở nông thôn và thường có thu nhập không ổn định, là nhóm người khó mở rộng bảo hiểm nhất. VHI hiện tại có rất ít thành viên được bảo hiểm thuộc nhóm này, và sẽ phải hoạt động mạnh mẽ hơn ở cấp tỉnh, huyện, xã, thậm chí thôn bản để có thể bao phủ được nhóm này. Việc mở rộng khả năng và chức năng của VHI sẽ bao gồm ít nhất những lĩnh vực sau:

Phát triển hệ thống thu thập và quản lý thông tin;

Sử dụng các phương pháp khác nhau, kết hợp với các tổ chức và chính quyền địa phương, trong việc thu phí bảo hiểm thường niên mà không cần một tổ chức quá cồng kềnh của VHI tại cấp cơ sở;

Phát triển và sử dụng hệ thống thông tin tuyên truyền thông qua các phương tiện truyền thông và lãnh đạo địa phương; và

Tập huấn về các chức năng trên cho mọi người.

Phần lớn dân số trong nhóm mục tiêu mở rộng bảo hiểm này sẽ chỉ đóng góp được một phần nhỏ cho phí bảo hiểm vì mức phí qui định sẽ là mức chung thay vì theo một tỉ lệ của thu nhập hay lương. Trong khi đó nhu cầu ban đầu về dịch vụ y tế của nhóm này lại có thể cao hơn so với nhóm dân số hiện đang có thẻ bảo hiểm y tế. Do vậy, việc kiểm soát chi phí để đảm bảo ổn định tài chính cho VHI là vấn đề quan trọng. Việc này sẽ tuỳ thuộc nhiều vào cơ chế chi trả giữa VHI với các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, trong đó phần lớn việc chi trả cho các lợi ích bảo hiểm sẽ được tính theo định xuất đầu người tại các bệnh viện, chỉ một số trường hợp đặc biệt sẽ được chi trả theo chi phí thực tế mà thôi. Hình thức chi trả theo chi phí từng bệnh nhân hiện nay thực tế là một cảm trở lớn bởi nó làm các đơn vị cung cấp dịch vụ có xu hướng tiến hành nhiều dịch vụ một cách không cần thiết nhằm mang lại lệ phí cao hơn cho nhà cung cấp dịch vụ. Để thay đổi cơ chế thanh toán, VHI cần xem xét lại các hình thức hợp đồng với các đơn vị cung cấp dịch vụ, cải tiến hệ thống thông tin và nâng cấp hệ thống kiểm tra chất lượng. Việc nâng cao khả năng đánh giá tài chính của VHI cũng sẽ rất cần thiết để hỗ trợ việc thay đổi các chính sách cung cấp tài chính.

Lĩnh vực thứ ba mà cơ quan bảo hiểm y tế cần quan tâm là các lợi ích bảo hiểm. Dự đoán rằng bảo hiểm y tế gia đình là xu hướng thay đổi cần hướng tới trong tương lai, các thẻ bảo hiểm y tế phát không cho người nghèo cũng cần được sử dụng như thẻ cho cả gia đình, do đó thành phần được bao phủ bảo hiểm trong tương lai cũng sẽ dần được tăng lên. VHI cũng cần xem xét việc bao phủ cả các lợi ích đặc biệt như danh mục thuốc dùng trong bảo hiểm, các hoạt động phòng bệnh, nhu cầu sức khoẻ của nhóm dân số trẻ tuổi. Cạnh đó, các dịch vụ phòng bệnh cho người già cũng là những phương pháp đầu tư được cho là hiệu quả trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc sức khoẻ cho nhóm dân số này.

Vai trò của Bộ y tế và chính phủ

Bộ y tế giữ nhiều vai trò khác nhau trong việc phát triển bảo hiểm y tế. Trước đây, Bộ y tế có vai trò song song cùng VHI kể cả trong việc thực hiện nghị định về bảo hiểm, giám sát hành chính hoạt động của VHI, với một thứ trưởng là Chủ tịch Hội đồng quản lý Bảo hiểm y tế Việt Nam. Bộ y tế cũng chịu trách nhiệm bổ nhiệm các cán bộ chính của VHI và tham gia vào quá trình phát triển và duyệt các hoạt động hỗ trợ kỹ thuật cho bảo hiểm y tế Việt Nam được cung cấp bởi các cơ quan phát triển quốc tế. Bên cạnh đó, Bộ y tế còn đóng vai trò là bên cung cấp dịch vụ và quyền lợi bảo hiểm cho người được bảo hiểm thông qua hệ thống các bệnh viện, phòng khám và trung tâm y tế.

Một điều rất quan trọng là cần xem xét lại vai trò của Bộ y tế và thiết lập một cơ chế điều phối hiệu quả các bên liên quan, chủ yếu là VSI/VHI và Bộ y tế. Bộ y tế sẽ cần cống thêm chức

năng điều hành và phát triển các chính sách bảo hiểm, nhất là khi diện bao phủ của bảo hiểm ngày một tăng và nguồn vốn bảo hiểm cung cấp tài chính cho y tế ngày một lớn. Các vấn đề như việc sử dụng hiệu quả nhất nguồn lực bảo hiểm tại các cơ sở cung cấp dịch vụ, kể cả việc cải thiện thu nhập cho nhân viên y tế, mà tốt nhất là được giải quyết bởi cả hai cơ quan là Bộ y tế và Bảo hiểm y tế.

Kết quả của mọi nỗ lực nhằm làm sống lại và nâng cao chất lượng dịch vụ y tế ở Việt Nam sẽ tùy thuộc rất nhiều vào sự thành công trong việc giải quyết vấn đề chi trả ngầm trực tiếp từ bệnh nhân cho nhân viên y tế, nói cách khác, là tìm một phương thức chi trả khác thay cho hình thức phí theo dịch vụ.

Nếu xét từ khía cạnh Bộ y tế như một đơn vị cung cấp dịch vụ, việc hợp tác giữa Bộ y tế và VHI trong việc đảm bảo chất lượng dịch vụ và kiểm soát chi phí của qui bảo hiểm là rất quan trọng, có liên quan đến mức độ sử dụng dịch vụ ở các cấp. Hiện tại, khi nguồn kinh phí từ bảo hiểm y tế chưa đóng vai trò đáng kể trong nguồn thu của bệnh viện, sẽ khó có thể thuyết phục nhân viên y tế, hiện đang được trả với mức lương thấp như hiện nay, rằng việc cung cấp một dịch vụ tốt nhất cho người bệnh là có lợi cho họ. Trước đây, các nỗ lực chủ yếu nhằm vào việc định giá các dịch vụ và tăng nguồn thu thay vì xem xét các xu hướng và tần số sử dụng dịch vụ và mức độ hài lòng của cả hai nhóm có thể và không có thể bảo hiểm y tế. Ví dụ, một vấn đề quan trọng đó là thuốc, rõ ràng là Bộ y tế, VHI/VSI cần phải phối hợp để giải quyết việc sử dụng thuốc không hiệu quả thậm chí nguy hiểm như hiện nay và cùng thực hiện chính sách quốc gia về thuốc thiết yếu.

Việc xem xét đánh giá lại xu hướng, mức độ sử dụng dịch vụ ở các cấp khác nhau là tối quan trọng nếu vấn đề này được xem xét trong phạm vi đảm bảo chất lượng dịch vụ, mà kết quả cuối cùng là dẫn đến một kế hoạch sử dụng tốt nhất các nguồn lực hiện có của cả Bộ y tế lẫn Bảo hiểm y tế, trong đó có sự cân nhắc mức độ hài lòng của cả hai phía bệnh nhân và nhân viên y tế. Bộ y tế cần cân nhắc nhiều hơn trong việc sử dụng nguồn vốn của Bảo hiểm y tế ở cấp địa phương, theo hai hướng chủ đạo : tăng thu nhập cho nhân viên y tế và tăng mức độ hài lòng nghề nghiệp của họ ; cải thiện môi trường khám chữa bệnh làm tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân. Những nỗ lực này sẽ làm củng cố sự phối hợp giữa Bộ y tế và VHI, và tập trung nguồn lực một cách tốt nhất cho lợi ích của nhóm người được bảo hiểm.

VI. Kết luận

Việt Nam cần tiến hành ngay một số quyết định về các giải pháp tài chính nhằm đảm bảo duy trì những thành tựu trong quá khứ, nâng cao sức khoẻ của toàn dân và giảm sự bất bình đẳng về sức khoẻ. Thách thức chủ yếu nằm trong lĩnh vực mở rộng các biện pháp bảo trợ xã hội cho tất cả các nhóm dân cư thông qua một cơ chế cung cấp tài chính ổn định, có thể xoá bỏ các rào cản về tài chính đồng thời tăng sự hài lòng từ phía người cung cấp lẫn người sử dụng dịch vụ.

Như đã thảo luận ở trên, các quyết định cơ bản bao gồm:

Ngân sách nhà nước: Tổng ngân sách nhà nước dành cho y tế cần được tăng lên. Việc này cần được làm đồng thời với việc chọn lựa các vấn đề ưu tiên cần tăng đầu tư từ ngân sách nhà nước, cùng với phương pháp theo dõi đánh giá những thay đổi hay hiệu quả có được từ việc tăng ngân sách và phân bổ ngân sách.

Viện trợ phát triển chính thức: ngành y tế tiếp tục cần sự hỗ trợ của nguồn vốn này. Sự hỗ trợ này có thể rất hiệu quả trong thời kỳ đầu nhằm trợ cấp một phần mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế cho những cá nhân, gia đình không có khả năng đóng góp.

Chi tiêu trực tiếp của hộ gia đình: chính sách thu phí trực tiếp từ hộ gia đình cần được xem xét lại và thu nhỏ lại từng bước một, cần có chính sách sử dụng thuốc hợp lý và phương pháp điều trị hợp lý nhằm đạt những kết quả rõ rệt về sức khoẻ.

Cần có chính sách để thực hiện từng bước lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân. Về lâu dài, bảo hiểm y tế là một phương pháp để cung cấp tài chính ổn định cho các dịch vụ y tế cá nhân thông qua cơ chế chi trả trước với mức đóng góp phải chăng từ đại đa số người dân, đồng thời

nâng cao tính công bằng trong khám chữa bệnh. Những nhóm người dân không có khả năng chi trả sẽ được hỗ trợ thông qua các biện pháp bảo trợ xã hội. Nguồn lực nhà nước sẽ được chi tập trung chủ yếu cho các dịch vụ y tế công cộng.

Cần nâng cao cả khâu tổ chức lẫn chất lượng dịch vụ, chủ yếu ở cấp cơ sở. Nhà nước cần quan tâm hơn việc giới thiệu các phương pháp chi trả khác nhau cho các nhà cung cấp dịch vụ, v.v. Việc chi trả theo định xuất làm tăng hiệu quả sử dụng nguồn tài chính, giảm các chi phí không cần thiết, dự đoán trướccc được nguồn ngân sách và làm đơn giản các thủ tục hành chính.

Kết quả của tất cả các nỗ lực trên sẽ góp phần củng cố và phát triển hệ thống y tế, hạn chế sức ép đối với người bệnh về vấn đề chi trả ngầm cho nhân viên y tế.

Cần có một kế hoạch tổng thể về các chọn lựa khác nhau và các quyết định về cung cấp tài chính nêu trên. Kế hoạch tổng thể này cần nêu rõ những nhu cầu về thông tin, về chi phí cho y tế, ở tất cả các cấp, địa phương và trung ương. Kế hoạch này cũng bao gồm cả các công cụ cho phép lượng giá từng phương án cung cấp tài chính khác nhau trên cơ sở các nguyên tắc về công bằng, hiệu quả và chất lượng và chỉ ra kế hoạch từng bước mở rộng quyền lợi dịch vụ y tế.

Với sự lãnh đạo và cam kết của các nhà hoạch định chính trị, với sự hỗ trợ ngày càng tăng của cộng đồng quốc tế, cùng sự hợp tác hiệu quả của các bên liên quan, bảo hiểm y tế toàn dân có thể đạt được trong vòng 20 năm tới. Tiến trình này không chỉ đưa đến những cải thiện nhìn thấy được về sức khoẻ của toàn dân mà còn góp phần để giảm bớt sự chênh lệch trong sức khoẻ, xoá đói giảm nghèo, đồng thời đảm bảo rằng Việt Nam sẽ đạt được các mục tiêu phát triển thiên niên kỷ.

Tài liệu tham khảo

- Abel-Smith B, Dua A. Tài chính cộng đồng ở các nước đang phát triển: Một tiềm năng cho ngành y tế. Chính sách và kế hoạch y tế, 1998, 3 (2).
- ADB, WHO. Cải thiện sức khoẻ và giảm sự bất bình đẳng, Hà Nội, 2001.
- Carin G, Sergent F, Murray M. Tiến tới một khuôn khổ cho sự phát triển bảo hiểm y tế ở Hải Phòng, Việt Nam. Tổ chức y tế thế giới, 1993 (Tập san Kinh tế vĩ mô, sức khoẻ và phát triển, số 12).
- Đảng cộng sản Việt Nam. Văn kiện Đại Hội Đảng lần thứ 9, 2001, Hà Nội.
- Dror D, Jacquier C. Bảo hiểm vi mô: mở rộng bảo hiểm đến với người nghèo. Tạp chí an sinh xã hội quốc tế, 1999, 52 (1).
- Ensor T. Phát triển bảo hiểm y tế trong một châu Á đang chuyển đổi. Tạp chí Y khoa và khoa học xã hội. 1999, 48 (7): 871 – 879.
- Tổng Cục Thống Kê. Khảo sát mức sống dân cư ở Việt Nam, 1997/8. Hà Nội, 1999.
- Hsiao W. Báo cáo chuyến công tác Việt Nam, Hà Nội, 2002.
- ILO. Mang lưới an sinh xã hội ở Việt Nam, Báo cáo dự thảo, Hà Nội, 1999.
- Kinh tế vĩ mô và sức khoẻ: Đầu tư cho sức khoẻ vì sự phát triển kinh tế, Báo cáo của nhóm công tác về kinh tế vĩ mô và sức khoẻ, WHO, Geneva, 2001.
- Mills A. Lộ trình tiến đến phổ cập dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Thái Lan: Văn phòng cải cách hệ thống y tế, Bộ y tế công cộng, 1998.
- Ron A, Carrin G, Trần Văn Tiến. Việt Nam: Phát triển bảo hiểm y tế quốc gia. Tạp chí an sinh xã hội quốc tế, 1998, 51 (3): 89 – 103.
- Liên Hợp Quốc. Đánh giá tình hình quốc gia Việt Nam, Hà Nội, Liên Hợp Quốc, 1999.
- Ngân hàng thế giới. Báo cáo phát triển quốc gia Việt Nam, 2001: Bước vào thế kỷ 21, Hà Nội, Ngân hàng thế giới, ADB và UNDP, 2000.
- Ngân hàng thế giới. Việt Nam: Phát Triển Khoẻ Mạnh – Đánh giá ngành y tế Việt Nam, Hà Nội, Ngân hàng thế giới, 2001.
- Ngân hàng thế giới. Việt Nam - Tiếng nói của người nghèo: Báo cáo tổng hợp của bốn cuộc đánh giá tình trạng đói nghèo với phương pháp tham gia, Hà Nội, Ngân hàng thế giới, 1999.
- Ngân hàng thế giới. Báo cáo phát triển thế giới 2000: Tấn công đói nghèo, New York, Oxford, University Press, 2000.
- Tổ chức y tế thế giới. Báo cáo y tế thế giới năm 2000, Hệ thống y tế: Nâng cao hiệu quả hoạt động. Geneva, WHO, 2000.