

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN


ĐẶNG THỊ LỆ XUÂN

**XÃ HỘI HOÁ Y TẾ Ở VIỆT NAM:
LÝ LUẬN - THỰC TIỄN VÀ GIẢI PHÁP**

Chuyên ngành: KINH TẾ PHÁT TRIỂN

Mã số: 62.31.05.01

LUẬN ÁN TIẾN SĨ KINH TẾ

Người hướng dẫn khoa học: 1. PGS.TS LÊ HUY ĐỨC
2. GS.TS TRƯƠNG VIỆT DŨNG

HÀ NỘI 2011

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu độc lập của riêng tôi.

Công trình này chưa từng được sử dụng cho việc nhận học vị nào.

Số liệu sử dụng trong luận án là chính xác, trung thực và có nguồn gốc rõ ràng.

Luận án có thừa kế kết quả nghiên cứu của một số nghiên cứu khác dưới dạng trích dẫn, nguồn gốc trích dẫn được liệt kê trong mục tài liệu tham khảo.

TÁC GIẢ LUẬN ÁN

Đặng Thị Lệ Xuân

LỜI CẢM ƠN

Ai đó đã nói: “Một người được coi là đã sở hữu một cuộc đời thành công nếu cuộc đời đó có ý nghĩa với người khác”. Trong quá trình viết luận án của mình, tôi đã gặp nhiều người đang sở hữu một cuộc đời thành công bởi họ thực sự có ý nghĩa với tôi.

Trước hết, xin dành lời trân trọng cảm ơn tới hai thầy giáo hướng dẫn đáng kính: PGS.TS Lê Huy Đức và GS.TS Trương Việt Dũng, các thầy không những đã dành cho tôi những ý kiến đóng góp quý báu về khoa học mà còn dành cho tôi những động viên tinh thần to lớn để tôi hoàn thành luận án này.

Xin chân thành cảm ơn các thầy cô giáo, các bạn đồng nghiệp trong khoa Kế hoạch và phát triển đã luôn nhiệt tình ủng hộ và sẵn sàng chia sẻ khó khăn trong công việc giảng dạy với tôi để tôi có nhiều thời gian dành cho luận án.

Xin trân trọng cảm ơn các anh chị làm việc tại Bộ y tế và Bảo hiểm xã hội, những người đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu về chuyên môn, cung cấp số liệu để tôi hoàn thành luận án này.

Xin được cảm ơn lãnh đạo và các anh chị thuộc viện Sau đại học-Trường Đại học Kinh tế quốc dân. Sự hết mình và trách nhiệm của các anh chị trong công việc đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi rất nhiều trong quá trình viết luận án.

Xin dành lời biết ơn sâu sắc tới bố mẹ và các anh chị em trong gia đình đã luôn dành cho tôi tình cảm yêu thương hết mực, luôn động viên và ủng hộ để tôi thấy vững tin, hoàn thành tốt luận án của mình.

Xin cảm ơn người bạn đời chân thành đã luôn là chỗ dựa vững chắc cho tôi, cảm ơn con trai yêu quý đã luôn ngoan để mẹ được tập trung vào công việc.

Cảm ơn cuộc đời đã cho tôi sức khỏe, cho tôi cơ hội để tôi được gặp gỡ, làm việc và chia sẻ với những con người tuyệt vời đó.

LUẬN ÁN NÀY XIN DÀNH TẶNG CHA MẸ KÍNH YÊU.

Người viết

Đặng Thị Lệ Xuân

MỤC LỤC

Trang phụ bìa

Lời cam đoan

Lời cảm ơn

Danh mục các chữ viết tắt

Danh mục bảng

Danh mục các sơ đồ

Danh mục các hình vẽ

PHẦN MỞ ĐẦU	i
1. LÝ DO CHỌN ĐỀ TÀI	i
2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	iv
3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHẠM VI NGHIÊN CỨU	v
4. CÂU HỎI NGHIÊN CỨU	vi
5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	vii
6. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU	xi
7. NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN	xxii
8. KẾT CẤU LUẬN ÁN	xxiii
Chương 1: NHỮNG VẤN ĐỀ LÝ LUẬN CƠ BẢN VỀ XÃ HỘI HOÁ Y TẾ	1
1.1. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ THUẬT NGỮ XÃ HỘI HOÁ VÀ XÃ HỘI HOÁ Y TẾ	1
1.1.1. Theo nguồn gốc ngôn ngữ.	1
1.1.2. Cách hiểu dưới góc độ xã hội học	2
1.1.3. Ý nghĩa của cụm từ XHH trong các văn bản pháp quy.	2
1.1.4. Ý nghĩa của cụm từ XHH theo cách dùng từ của Các Mác và Lênin	4
1.1.5. Kết luận về thuật ngữ “Xã hội hóa y tế”	5
1.2. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CƠ BẢN VỀ XÃ HỘI HOÁ Y TẾ	6
1.2.1. Khái niệm xã hội hóa y tế	6
1.2.2. Nội dung của XHH y tế	7
1.2.3. Đối tượng thực hiện XHH y tế	8
1.2.4. Cơ sở của việc thực hiện XHH y tế	8
1.2.5. Vai trò của XHH y tế	11

1.3. CƠ SỞ KHOA HỌC CHO SỰ LỰA CHỌN CÁC PHƯƠNG THỨC XÃ HỘI HOÁ Y TẾ.....	14
1.3.1. Đặc thù của sức khỏe, dịch vụ chăm sóc sức khỏe	14
1.3.2. Luận cứ kỹ thuật về hoạt động của thị trường chăm sóc sức khỏe.....	17
1.3.3. Luận cứ về bản chất các mục tiêu xã hội: công bằng và hiệu quả.....	36
1.3.4. Khả năng thỏa mãn các nguyên tắc của các phương thức XHH y tế hiện nay.....	42
1.4. KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ CÁC PHƯƠNG THỨC XHH Y TẾ	42
1.4.1. Kinh nghiệm về y tế tư nhân.....	42
1.4.2. Kinh nghiệm về bảo hiểm y tế.	45
1.4.3. Kinh nghiệm về thu một phần viện phí.	50
1.4.4. Kinh nghiệm về cung ứng dịch vụ theo yêu cầu và LDLK.	52
1.4.5. Bài học kinh nghiệm rút ra cho Việt nam.....	52
CHƯƠNG 2: THỰC TRẠNG CÔNG TÁC XÃ HỘI HOÁ Y TẾ Ở VIỆT NAM	56
2.1. KHÁI QUÁT VỀ NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM.....	56
2.1.1. Giới thiệu chung về hệ thống y tế Việt Nam	56
2.1.2. Một số kết quả cơ bản của y tế Việt Nam.....	58
2.1.3. Công cuộc cải cách lĩnh vực y tế: Thành tựu và những tồn tại, thách thức của y tế Việt Nam.....	61
2.2. CÁC PHƯƠNG THỨC THỰC HIỆN XHH Y TẾ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY.....	65
2.2.1. Phương thức thu một phần viện phí	65
2.2.2. Phương thức liên doanh liên kết (LDLK) và cung ứng dịch vụ theo yêu cầu.....	66
2.2.3. Phương thức bảo hiểm y tế	68
2.2.4. Phương thức phát triển y tế tư nhân	71
2.3. THỰC TRẠNG THỰC HIỆN CÁC PHƯƠNG THỨC XHH Y TẾ HIỆN NAY Ở VIỆT NAM.....	72
2.3.1. Thực trạng về phương thức thu một phần viện phí ở các bệnh viện công... ..	72
2.3.2. Thực trạng phát triển hệ thống y tế tư nhân.....	87
2.3.3. Thực trạng liên doanh liên kết và cung ứng dịch vụ theo yêu cầu.	100
2.3.4. Thực trạng bảo hiểm y tế	111
2.3.5. Kết luận về công tác xã hội hóa y tế.....	130

Chương 3: MỘT SỐ GIẢI PHÁP NHẪM HOÀN THIỆN CHÍNH SÁCH XÃ HỘI HOÁ Y TẾ Ở VIỆT NAM.....	138
3.1. MỘT SỐ QUAN ĐIỂM CẦN QUẢN TRIỆT KHI THỰC HIỆN XHH Y TẾ	138
3.1.1 Căn cứ đề xuất các quan điểm.....	138
3.1.2. Quan điểm cần quán triệt khi thực hiện XHH y tế.....	139
3.2. CĂN CỨ ĐỀ XUẤT CÁC GIẢI PHÁP	143
3.3. CÁC GIẢI PHÁP THÚC ĐẨY XHH Y TẾ Ở VIỆT NAM	148
3.3.1. Từng bước triển khai thực hiện BHYT toàn dân một cách bền vững. .	148
3.3.2. Phát triển hệ thống y tế tư nhân.....	160
3.3.3. Giải pháp về viện phí.....	167
3.3.4. Quản lý chặt chẽ đối với các bệnh viện thực hiện phương án liên kết và cung ứng dịch vụ theo yêu cầu.....	170
3.3.5. Điều kiện thực hiện các giải pháp	171
KẾT LUẬN.....	175
NHỮNG CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	177
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	178
PHỤ LỤC.....	188

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BH	Bảo hiểm	KCB	Khám chữa bệnh
BHYT	Bảo hiểm y tế	LDLK	Liên doanh liên kết
BHXH	Bảo hiểm xã hội	NCĐL	Nghiên cứu định lượng
BOT	Xây dựng, vận hành và chuyển giao (Build–Operate–Transfer)	NCĐT	Nghiên cứu định tính
BTC	Bộ tài chính	NMR	Máy đo cộng hưởng từ (Nuclear magnetic resonance)
BYT	Bộ y tế	NSNN	Ngân sách nhà nước
CP	Chính phủ	PGS	Phó giáo sư
CSSK	Chăm sóc sức khỏe	TS	Tiến sỹ
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu	TTLT	Thông tư liên tịch
CT	Chụp cắt lớp (Computed Tomography)	TSCĐ	Tài sản cố định
DRG	Nhóm bệnh có liên quan (Diagnosis-Related Group)	UNDP	Chương trình phát triển liên hợp quốc
HDI	Chỉ số phát triển con người (Human development index)	VAC	Vườn-ao-chuồng
HHCC	Hàng hóa công cộng	VLSS	Điều tra mức sống dân cư (Việt Nam Living Standard Survey)
HPI	Chỉ số nghèo khổ tổng hợp (Human Poverty Index)	XHH	Xã hội hóa
HSSV	Học sinh, sinh viên	XHCN	Xã hội chủ nghĩa

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 0.1:	So sánh nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng	viii
Bảng 1.1:	Các khía cạnh XHH y tế	7
Bảng 1.2:	Phân loại mức độ cạnh tranh và khả năng đo lường, kiểm chứng của đầu vào.....	32
Bảng 1.3:	Phân loại mức độ cạnh tranh và khả năng đo lường, kiểm chứng của đầu ra.	33
Bảng 1.4:	Khái quát những lĩnh vực phù hợp với khu vực nhà nước và khu vực tư nhân.....	35
Bảng 1.5:	Công bằng trong lĩnh vực y tế.....	36
Bảng 2.1:	Một số chỉ tiêu CSSK cơ bản	59
Bảng 2.2:	Thông kê kinh tế-y tế cơ bản.....	60
Bảng 2.3 :	Các nguồn thu chủ yếu của bệnh viện	73
Bảng 2.4:	So sánh mức thu viện phí quy định tại Thông tư liên bộ số 14/TTLB.....	74
Bảng 2.5:	Số lượng bệnh nhân được miễn giảm viện phí tại các bệnh viện	77
Bảng 2.6:	Chỉ tiêu y tế bình quân 1 người có khám chữa bệnh trong 12 tháng qua chia theo 5 nhóm thu nhập.....	80
Bảng 2.7:	Số lượng cơ sở hành nghề y tư nhân	87
Bảng 2.8:	So sánh nguồn nhân lực BVT-BVC	89
Bảng 2.9:	Một số chỉ số phản ánh hoạt động chuyên môn của các bệnh viện tư	92
Bảng 2.10:	Mức độ sử dụng các xét nghiệm của bệnh viện tư và bệnh viện công	94
Bảng 2.11:	Ước tính tỷ lệ sử dụng một số chẩn đoán hình ảnh tại một số nước	103
Bảng 2.12:	Số lượt và chi trả BHYT của bệnh nhân ngoại trú.....	118
Bảng 2.13:	Số ngày nằm viện và chi trả BHYT của bệnh nhân nội trú.	119
Bảng 2.14:	Cơ cấu chi BHYT theo tuyến kỹ thuật	122
Bảng 3.1:	Đánh giá mức độ vi phạm –thỏa mãn các nguyên tắc.....	144
Bảng 3.2:	Đánh giá về khả năng đảm bảo công bằng của các hình thức tài chính khác nhau.....	162

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 0.1:	Sự cần thiết của nghiên cứu	iv
Sơ đồ 0.2:	Tóm tắt cấu trúc nghiên cứu.....	xxiii
Sơ đồ 1.1:	Các yếu tố tác động tới tình trạng sức khoẻ người dân	9
Sơ đồ 2.1:	Khung của hệ thống y tế	57
Sơ đồ 2.2:	Mối quan hệ giữa các bên trong chu trình BHYT.....	70
Sơ đồ 2.3:	Cây vấn đề của BHYT toàn dân.....	131

DANH MỤC CÁC HÌNH VÀ HỘP

Hình 1.1:	Thông tin không đối xứng trên thị trường bảo hiểm.....	24
Hình 1.2:	Ngoại ứng tích cực.....	28
Hình 1.3:	Mối quan hệ : Cần-câu-muốn.....	29
Hình 2.1:	Mức tăng thu nhập và chi y tế 2008 so với 2002 (lần).....	75
Hình 2.2:	Cơ cấu nguồn tiền túi hộ gia đình trong tổng nguồn chi y tế, năm 2008	76
Hình 2.3:	Tỷ lệ chi y tế từ nguồn tiền túi so với nguồn khác.....	76
Hình 2.4:	Xu hướng của số lượng và tỷ trọng khoản chi tự mua thuốc, tự điều trị	82
Hình 2.5:	Diện bao phủ của BHYT qua các năm	111
Hình 2.6:	Tỷ trọng đóng góp vào tổng nguồn thu phí BHYT năm 2006, tính theo nguồn gốc tiền đóng.....	114
Hình 2.7:	Thu chi của BHYT Việt Nam	115
Hình 3.1:	Vòng luẩn quẩn: Bệnh tật và đói nghèo:	141
Hộp 2.1:	Tác động của chi tiền túi cho y tế.....	80
Hộp 2.2:	Hoạt động liên doanh, liên kết ở một số bệnh viện.....	102
Hộp 2.3:	Máy “nhà nước“ và máy “liên doanh“.....	105

PHẦN MỞ ĐẦU

1. LÝ DO CHỌN ĐỀ TÀI

Phát triển sự nghiệp y tế luôn là ưu tiên hàng đầu của mọi Chính phủ. Thụ hưởng đầy đủ dịch vụ y tế có ý nghĩa quyết định đến chất lượng cuộc sống, phản ánh kết quả của quá trình phát triển. Hơn nữa, thành quả của y tế cũng là điều kiện của sự phát triển, là động lực phục vụ cho sự phát triển đất nước và con người, tham gia tích cực vào sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước. Y tế cũng là mặt trận hàng đầu trong chiến lược xoá đói giảm nghèo của Chính phủ Việt nam bởi mối quan hệ luẩn quẩn giữa bệnh tật và đói nghèo. Trong những năm qua, ngành y tế đã đạt được những thành tựu nổi bật, đóng góp nhiều cho sự phát triển chung của đất nước: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới năm tuổi giảm từ 33,1% năm 2000 xuống còn 19,9% năm 2009, sức khoẻ nhân dân được chăm sóc tốt hơn nên tuổi thọ bình quân tăng từ 67,8 tuổi năm 2000 lên 74,9 tuổi năm 2010[11].

Tuy nhiên, trong điều kiện nền kinh tế đang phát triển với các giới hạn nhất định về nguồn lực, khu vực y tế nhà nước đang ngày càng trở nên bất cập trong việc đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh (KCB) của nhân dân cả về số lượng và chất lượng. Cùng với các thành quả to lớn của quá trình phát triển kinh tế, thu nhập người dân được cải thiện, dân số cũng không ngừng tăng dẫn đến những đòi hỏi tất yếu về chăm sóc sức khoẻ (CSSK) cả về số lượng và chất lượng. Bên cạnh đó, sự phát triển nhanh chóng của khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực y học cùng với cơ cấu bệnh tật thay đổi đã khiến cho chi phí KCB ngày càng cao. Theo tính toán sơ bộ, giai đoạn 2007-2010, ngành y tế cần 39.000 tỷ đồng đầu tư cho cơ sở hạ tầng, nhưng nguồn vốn ngân sách và các nguồn vốn khác chỉ đáp ứng được 25.000 tỷ đồng, thiếu khoảng 14.000 tỷ đồng[35]. Trước đòi hỏi ngày càng cao về nhu cầu CSSK, ngành y tế cần huy động mọi tiềm năng trí tuệ và vật chất trong nhân dân, huy động toàn xã hội chăm lo sự nghiệp y tế theo định hướng XHH hoạt động y tế.

Đứng trước thực tế sự hạn chế của nguồn lực không đáp ứng được nhu cầu to lớn về chăm sóc y tế, Nghị quyết 4 Ban chấp hành TW Đảng khoá VII ban hành ngày 14/01/1993 đã lần đầu tiên đề cập tới vấn đề xã hội hoá (XHH) công tác y tế.

Sau gần 17 năm triển khai, dường như công tác này chưa đạt được những kết quả như mong đợi. Khu vực y tế nhà nước chưa có sự chuyển biến nhiều, khu vực tư nhân vẫn còn quá nhỏ bé, còn sự vào cuộc của các tổ chức, ban ngành hay các hộ gia đình trong chăm sóc y tế vẫn còn rất mờ nhạt.

Điều kiện kinh tế xã hội trong bối cảnh hiện tại cũng đặt ra nhiều vấn đề đối với ngành y:

- *Kinh tế tăng trưởng nhanh dẫn đến sự phân tầng xã hội về mức sống và khả năng sử dụng các dịch vụ CSSK trong nhân dân, gây bất bình đẳng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế.* Theo điều tra mức sống dân cư, thu nhập bình quân của các hộ gia đình một tháng theo giá thực tế sau 10 năm (từ 1999 đến 2009) đã tăng gấp 5,7 lần nhưng khoảng cách giàu nghèo cũng mở rộng (từ 5,2 lần năm 1998 lên đến 8,9 lần năm 2008)[63]. Theo các điều tra, người nghèo chủ yếu sử dụng trạm xá địa phương, còn sử dụng các bệnh viện lớn và hiện đại phần lớn lại là những người giàu. Như vậy, người giàu là người được hưởng lợi chủ yếu từ ngân sách nhà nước (NSNN) chi cho y tế chứ không phải người nghèo. Điều đó đặt ra vấn đề Chính phủ cần tập trung nguồn lực hạn hẹp vào việc cung cấp các dịch vụ y tế cơ bản nhằm đảm bảo công bằng trong CSSK, đặc biệt với các đối tượng dễ bị tổn thương. Mặt khác, chuyển sang cơ chế thị trường, sự bao cấp của nhà nước đối với bệnh viện giảm, mức thu từ viện phí tăng, là nguy cơ khiến người nghèo gặp khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế, đặc biệt là y tế kỹ thuật cao. Bên cạnh đó, một bộ phận không nhỏ dân cư có thu nhập tăng, chi tiêu cho y tế nhiều hơn, yêu cầu chất lượng dịch vụ cao hơn.

- *Sự thay đổi của cơ chế:* Chủ trương nền kinh tế nhiều thành phần theo định hướng xã hội chủ nghĩa cho phép khu vực tư nhân (KVTN) tham gia ngày càng nhiều trong lĩnh vực CSSK. Đây cũng chính là kênh đầy tiềm năng về vốn cho y tế cần được khai thác. Xu thế không đảo ngược của quá trình hội nhập và mở cửa đặt ra cho chúng ta những vấn đề mới về quản lý cũng như cách tận dụng nguồn lực ngoài ngân sách, tận dụng được thế mạnh của khu vực này để đạt được các mục tiêu công bằng và hiệu quả.

- *Diễn biến phức tạp của đời sống hiện tại:* Cơ cấu bệnh tật đang thay đổi (các bệnh không nhiễm trùng, tai nạn, thương tích... tăng nhanh, nhiều dịch bệnh mới, bệnh lạ xuất hiện khó lường) với chi phí y tế lớn. Mặt khác, để có thể kiểm soát và khống chế được các bệnh dịch đó cần có sự vào cuộc của các tổ chức, ban ngành đoàn thể và các hộ gia đình.

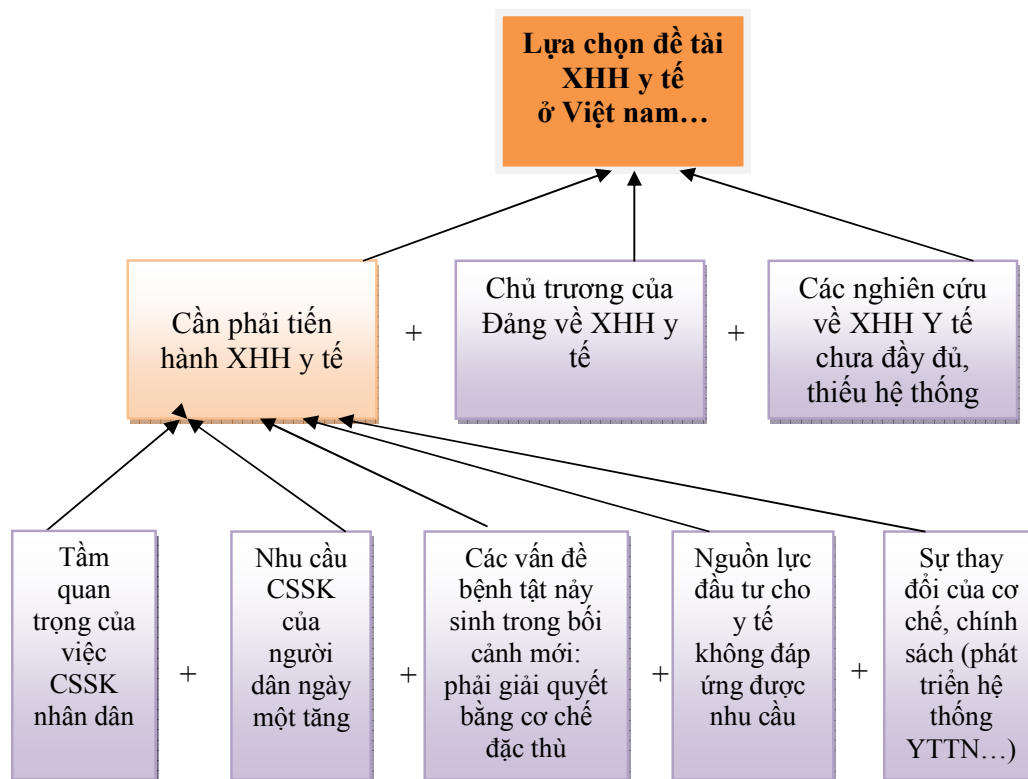
Tất cả những vấn đề đó cần phải được giải quyết trong một giải pháp mang tính tổng thể, giải pháp tổng thể đó là “xã hội hoá y tế”.

Xét về mặt lý luận, trong vài thập niên trở lại đây, trên thế giới đã xuất hiện hai luồng trào lưu cơ bản định hướng phát triển sự nghiệp y tế. Trào lưu thứ nhất là trào lưu giải quyết tính công bằng trong chăm sóc y tế. Trào lưu này thể hiện trong Tuyên ngôn Alma Ata với lời kêu gọi "sức khoẻ cho mọi người năm 2000". Nội dung cụ thể được Ngân hàng thế giới khuyến cáo gồm: trọn gói lâm sàng thiết yếu và trọn gói chăm sóc y tế công cộng thiết yếu... Trào lưu thứ hai là trào lưu giải quyết tính hiệu quả trong chăm sóc y tế. Trào lưu này thể hiện trong chủ trương thu phí tại các bệnh viện công và phát triển hệ thống y tế tư nhân (YTTN)(81). Cũng giống như sự phát triển của mỗi quốc gia, hệ thống y tế đứng trước sự lựa chọn: phát triển theo hướng công bằng hay hiệu quả. Ở tầm vĩ mô, một số quốc gia đã lựa chọn con đường phát triển theo hướng hiệu quả và chấp nhận hy sinh tính công bằng, một số quốc gia thì lựa chọn ngược lại. Nhưng thực tế, không ít quốc gia đã chứng minh hoàn toàn có thể đạt được cả mục tiêu công bằng và hiệu quả trong phát triển nếu chúng ta có được một kế hoạch thông minh. Câu trả lời cho đường lối phát triển của hệ thống y tế chắc chắn cũng không thể khác. Chúng ta hoàn toàn có thể đạt được cả hai mục tiêu lớn của ngành y: công bằng và hiệu quả, nếu chúng ta có được một cơ chế hợp lý, một cách nhìn thông minh. *Xã hội hoá y tế là giải pháp tổng thể có thể đạt được cả hai mục tiêu lớn của ngành y* .

Với ý nghĩa to lớn đó, sự nghiệp phát triển hệ thống y tế nói chung hay định hướng XHH y tế nói riêng luôn giành được sự quan tâm thích đáng của các nhà nghiên cứu, các nhà hoạch định chính sách. Đề tài xã hội hoá y tế đã được đề cập đến ở rất nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên các nghiên cứu này còn tương đối nhỏ lẻ và

rời rạc và chưa có các cơ sở khoa học kinh tế vững chắc, còn có nhiều điểm mâu thuẫn cả về quan niệm về XHH y tế, nội dung và đối tượng của chúng. Nhiều nghiên cứu đề cập tới XHH chỉ dưới khía cạnh thu phí dịch vụ bệnh viện công hay phát triển hệ thống YTTN vì thế, các giải pháp rời rạc và thiếu tính đồng bộ. Với lý do đó, tác giả đã lựa chọn vấn đề **“Xã hội hoá y tế ở Việt nam: Lý luận, thực tiễn và giải pháp”** là đề tài nghiên cứu của mình.

Có thể tóm tắt sự cần thiết của nghiên cứu bằng sơ đồ sau:



Sơ đồ 0.1: Sự cần thiết của nghiên cứu

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát:

Xã hội hoá y tế một mặt mang lại nguồn tài chính bổ sung cho ngân sách, huy động được sự tham gia của các đoàn thể xã hội, các Bộ ngành phối hợp với ngành y tế trong sự nghiệp bảo vệ và CSSK nhân dân. Song mặt trái của XHH y tế là tạo thêm gánh nặng chi trả từ người bệnh. Để XHH tốt cần khuyến khích yếu tố tích cực song song với việc kiểm soát yếu tố tiêu cực.

Một cách tổng quát, đề tài làm rõ một số vấn đề về cơ sở khoa học của các phương thức XHH y tế; phân tích, đánh giá thực trạng XHH y tế ở nước ta thời gian qua và trên cơ sở đó, đề tài đề xuất, gợi ý một số giải pháp nhằm hoàn thiện chính sách XHH y tế trong thời gian tới. Cụ thể: đánh giá tính phù hợp/ưu nhược điểm của các phương thức XHH y tế cơ bản hiện nay, từ đó khuyến nghị các giải pháp nhằm thực hiện thành công chủ trương XHH y tế.

Mục tiêu cụ thể:

Về lý luận

- Nghiên cứu một cách có hệ thống lý luận về y tế và xã hội hoá y tế .
- Làm rõ nội dung của các phương thức xã hội hoá y tế hiện nay ở Việt Nam.
- Nghiên cứu đặc thù kinh tế của lĩnh vực y tế, đặc thù của thị trường y tế, hình thành khung lý thuyết cho việc phân tích, đánh giá các phương thức XHH y tế.

Về phân tích đánh giá:

- Mô tả thực trạng XHH y tế ở Việt nam trong một số năm gần đây.
- Phát hiện yếu tố tiêu cực hoặc cơ chế dẫn tới tiêu cực trong XHH.
- Phát hiện yếu tố tích cực và các cơ chế chính sách phù hợp cho việc phát huy yếu tố tích cực của XHH.
- Phân tích và đánh giá sự phù hợp của các phương thức XHH y tế hiện nay ở Việt Nam

- Tham khảo kinh nghiệm các nước khác về vấn đề này

Về đề xuất, can thiệp

- Đề xuất một hệ thống quan điểm, chính sách cần thực hiện nhằm kiểm soát/hạn chế yếu tố tiêu cực và khuyến khích, phát huy yếu tố tích cực của các phương thức XHH y tế nhằm thực hiện thành công chủ trương XHH y tế.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHẠM VI NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu của luận án là những vấn đề lý luận và thực tiễn XHH y tế, cũng như thực trạng và các giải pháp thực hiện XHH y tế. Bên cạnh đó, các nguyên lý kinh tế của XHH y tế được làm rõ góp phần đề ra hệ thống quan điểm và giải pháp giải quyết vấn đề.

Phạm vi nghiên cứu:

Về mặt nội dung: Hoạt động y tế bao gồm các lĩnh vực: Mạng lưới cung cấp dịch vụ y tế dự phòng, y tế cơ sở, khám chữa bệnh và phục hồi chức năng, mạng lưới sản xuất, lưu thông, phân phối và cung ứng thuốc. **Đề tài sẽ bàn luận đến công tác xã hội hoá ở một lĩnh vực chính là khám chữa bệnh.**

XHH y tế gồm hai mảng chính: XHH việc huy động nguồn lực và XHH việc tham gia bằng các hoạt động. **Luận án sẽ chỉ đề cập tới mảng XHH việc huy động nguồn lực tài chính**-một nội dung cơ bản của XHH bởi vì trong lĩnh vực y tế, mọi hoạt động xã hội hóa tập trung vào lĩnh vực xã hội hóa tài chính y tế khi tài chính y tế là xương sống của ngành. Nó quyết định ai là người trả tiền và trả như thế nào cho việc chăm sóc sức khỏe nên ảnh hưởng lớn tới tính công bằng và hiệu quả, tới việc đạt mục tiêu của ngành y.

XHH y tế bao hàm sự tham gia của các cá nhân, hộ gia đình và ban ngành đoàn thể...nhưng luận án không đi sâu vào các nội dung này. Các giải pháp mà luận án đề cập chủ yếu dưới góc độ chính sách vĩ mô của nhà nước chứ không dưới góc độ các tổ chức đoàn thể hay cá nhân.

Về mặt không gian: Luận án sẽ có những nghiên cứu cụ thể các mô hình XHH y tế trong toàn quốc.

Về mặt thời gian: Luận án sẽ nghiên cứu các phương thức XHH y tế từ năm 1993 trở lại đây, đây là thời gian Nghị quyết TW Đảng đã lần đầu đề cập tới XHH y tế. Tuy nhiên, luận án tập trung vào 8 năm trở lại đây.

4. CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

Xuất phát từ phạm vi nghiên cứu đã được giới hạn ở trên, luận án hướng tới việc trả lời các câu hỏi sau:

Câu hỏi tổng quát:

XHH y tế đang diễn ra như thế nào và ưu nhược điểm của chúng? Cần phải làm gì, làm như thế nào để hoàn thiện các phương thức XHH y tế hiện nay?

Câu hỏi cụ thể:

Câu hỏi 1: Xã hội hoá y tế là gì? nội dung của xã hội hoá y tế và nội dung các phương thức XHH y tế?

Câu hỏi 2: Cần đánh giá các phương thức XHH y tế dựa trên cơ sở hệ thống các nguyên tắc hay tiêu chí nào?

Câu hỏi 3: Tính xác đáng của các phương thức XHH y tế ở Việt Nam hiện nay? (đánh giá sự phù hợp của các phương thức XHH y tế theo khung lý thuyết)

Câu hỏi 4: Những bài học kinh nghiệm quốc tế nào có thể áp dụng cho Việt Nam?

Câu hỏi 5: Hiện tại tổ chức hoạt động XHH y tế ra sao và những thành quả cơ bản của XHH y tế là gì?

Câu hỏi 6: Những hạn chế hay nguy cơ từ XHH y tế? Những ưu điểm cần phát huy của XHH y tế?

Câu hỏi 7: Cần tổ chức các hoạt động XHH y tế như thế nào và cần có giải pháp gì để thực hiện mục tiêu xã hội hoá của ngành y?

5. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu được lựa chọn trong luận án là nghiên cứu định tính. Đây là phương pháp nghiên cứu phù hợp với đối tượng nghiên cứu và mục tiêu nghiên cứu của luận án.

Nghiên cứu định tính là một phương pháp nghiên cứu mà vấn đề nghiên cứu được nhìn nhận như một chuỗi các sự kiện liên kết chặt chẽ với nhau mà cần được mô tả một cách đầy đủ để phản ánh vấn đề đang được quan tâm. Nghiên cứu định tính cho phép cung cấp thông tin toàn diện về vấn đề nghiên cứu và nó phù hợp với việc mô tả, tiếp cận và phân tích đặc điểm văn hóa và hành vi của con người và của nhóm người từ quan điểm của nhà nghiên cứu[62].

Có thể làm rõ hơn về phương pháp nghiên cứu định tính thông qua việc so sánh sự giống và khác nhau giữa phương pháp phân tích định tính và định lượng trong bảng sau:

Bảng 0.1: So sánh nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng

	Nghiên cứu định tính	Nghiên cứu định lượng
1. 1. Khái niệm	NCĐT là phương pháp thu thập dữ liệu bằng chữ và là phương pháp tiếp cận nhằm tìm cách mô tả và phân tích đặc điểm của nhóm người hay của sự việc, hiện tượng.	NCĐL là phương pháp thu thập dữ liệu bằng số và giải quyết quan hệ trong lý thuyết và nghiên cứu theo quan điểm diễn dịch.
2. Nội dung	- NCĐT theo hình thức quy nạp, tạo ra lý thuyết, phương pháp nghiên cứu định tính còn sử dụng quan điểm diễn giải, không chứng minh chỉ có giải thích và dùng thuyết kiến tạo trong nghiên cứu.	NCĐL chủ yếu là kiểm dịch lý thuyết, sử dụng mô hình khoa học tự nhiên thực chứng, phương pháp NCĐL có thể chứng minh được trong thực tế và theo chủ nghĩa khách quan
3. Bối cảnh thích hợp	-Chủ đề nghiên cứu mới và chưa được xác định rõ -Nghiên cứu thăm dò, khi chưa nắm được những khái niệm và các biến số -Khi cần thăm dò sâu, khi muốn tìm hiểu mối quan hệ giữa những khía cạnh đặc biệt của hành vi với ngữ cảnh rộng hơn -Khi cần tìm hiểu về ý nghĩa hơn là tần số -Khi cần có sự linh hoạt trong hướng nghiên cứu để phát hiện những vấn đề mới và khám phá sâu một chủ đề nào đó -Nghiên cứu sâu và chi tiết những vấn đề được chọn lựa kỹ càng, những trường hợp hoặc các sự kiện	-Chủ đề nghiên cứu đã được xác định rõ và đã quen thuộc. -Khi những vấn đề cần đo lường khá nhỏ hay đã từng được giải quyết. -Khi không cần thiết phải liên hệ những phát hiện với các bối cảnh xã hội hay văn hóa rộng hơn hay bối cảnh này đã được hiểu biết đầy đủ. -Khi cần sự mô tả chi tiết bằng các con số cho một mẫu đại diện. -Khi khả năng tiến hành sự đo lường là quan trọng. -Khi cần khái quát hóa và so sánh kết quả trong quần thể nghiên cứu.
4. Chọn mẫu	Cỡ mẫu nhỏ-không mang tính đại diện Cách chọn mẫu: - Mẫu xác suất ngẫu nhiên. - Mẫu xác suất chùm - Mẫu hệ thống. - Mẫu phân tầng. - Mẫu cụm.	Cỡ mẫu lớn-mang tính đại diện cao Cách chọn mẫu: - Mẫu ngẫu nhiên đơn giản. - Chọn mẫu hệ thống. - Chọn mẫu phân tầng. - Chọn mẫu cụm.
5. Thu thập thông tin	Phi cấu trúc: câu hỏi nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin có thể được điều chỉnh cho phù hợp khi những thông tin mới xuất hiện trong quá trình thu thập. Cụ thể: a/ Phỏng vấn sâu : - Phỏng vấn không cấu trúc. - Phỏng vấn bán cấu trúc. - Phỏng vấn cấu trúc hoặc hệ thống.	Cấu trúc: sử dụng một bảng hỏi đã chuẩn bị trước theo một cơ cấu nhất định cho mọi đối tượng nghiên cứu. Cụ thể: a. Nghiên cứu thực nghiệm thông qua các biến. b. Nghiên cứu đồng đại chéo c. Nghiên cứu trường hợp d. Nghiên cứu so sánh

	b/ Thảo luận nhóm: - Thảo luận tập trung. - Thảo luận không chính thức. c/ Quan sát tham dự	
Cách lập bảng hỏi	- Không theo thứ tự. - Câu hỏi mở. - Câu hỏi dài. - Câu hỏi gây tranh luận.	- Theo thứ tự. - Câu hỏi đóng – mở. - Câu hỏi được soạn sẵn. - Câu hỏi ngắn gọn, súc tích. - Câu hỏi không gây tranh luận
Phân tích số liệu	Phi thống kê	Thống kê
Đầu ra (kết quả)	Phát triển một hiểu biết sâu bên trong vấn đề	Đề xuất các hoạt động cần có.

Nguồn: Tác giả phát triển từ: Phương pháp nghiên cứu định tính [62]

Đề tài: “Xã hội hóa y tế ở Việt nam: Lý luận-thực tiễn và giải pháp” liên quan tới cả ba lĩnh vực: kinh tế-y tế và xã hội. Đây là một chủ đề không mới nhưng còn rất nhiều khía cạnh cần tìm hiểu, trong đó sẽ có nhiều khía cạnh mới phát sinh trong chính quá trình nghiên cứu nên không thể sử dụng phương pháp nghiên cứu định lượng với các thiết kế điều tra làm trước và cố định trong mọi tình huống. Chủ đề này liên quan tới lĩnh vực xã hội rộng lớn với các vấn đề hành vi nhạy cảm như ứng xử của bác sỹ với bệnh nhân (thông tin không đối xứng), của bệnh nhân với bác sỹ (chi phí không chính thức-lót tay) hay các con số thống kê nhạy cảm như mức giá-thu-chi...của các cơ sở y tế tư nhân hay hình thức liên doanh liên kết, KCB theo yêu cầu của các bệnh viện công...nên khó có thể có các con số thống kê chính xác và trung thực nếu áp dụng phương pháp thu thập số liệu rập khuôn của nghiên cứu định lượng. Nghiên cứu định lượng sử dụng một bảng hỏi đã chuẩn bị trước theo một cơ cấu nhất định cho mọi đối tượng nghiên cứu nên có thể gặp những sai số không do chọn mẫu[62], ví dụ người được hỏi trả lời không đúng các câu hỏi vì không nhớ hoặc do hiểu sai hoặc cố tình nói dối. Nghiên cứu định tính với một chiến lược nghiên cứu linh hoạt và có tính biện chứng, cho phép nghiên cứu viên hạn chế các sai số ngữ cảnh bằng cách sử dụng các kỹ thuật phỏng vấn và tạo ra một môi trường phỏng vấn mà trong đó đối tượng cảm thấy thoải mái nhất. Phương pháp này cũng cho phép phát hiện những chủ đề quan trọng mà các nhà nghiên cứu

có thể chưa bao quát được trước đó, có thể điều chỉnh cấu trúc nghiên cứu cho phù hợp khi những thông tin mới xuất hiện trong quá trình thu thập.

Nghiên cứu định tính được cho là đặc biệt có giá trị trong các lĩnh vực sức khỏe [62] vì nó cho phép khám phá, thăm dò những vấn đề khó và còn ít được biết đến; nhận biết những tồn tại trong những can thiệp đang triển khai và đưa ra những giải pháp thích hợp đối với những tồn tại đó; thăm dò tính khả thi, chấp nhận và sự phù hợp của những chương trình mới; đề ra những biện pháp can thiệp phù hợp và phát hiện những quần thể cần được chú trọng.

Một số phương pháp nghiên cứu định tính chủ yếu được sử dụng trong luận án bao gồm:

- Phỏng vấn sâu một số lãnh đạo và chuyên gia của các cơ quan thuộc Bộ y tế như: Vụ bảo hiểm y tế, vụ đào tạo, vụ tài chính, vụ kế hoạch, thanh tra y tế, Trường đại học y tế công cộng, Bảo hiểm xã hội Việt nam.

- Nghiên cứu trường hợp: Tác giả sẽ trực tiếp đi khám chữa bệnh bằng thẻ BHYT để thấy rõ ưu nhược điểm của thẻ này đối với bệnh nhân.

- Thảo luận nhóm tập trung: Một nhóm 8 người, có độ tuổi từ 30-40, bao gồm những người có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT) và không, đã từng sử dụng dịch vụ của 4 phương thức XHH y tế (bản thân họ ốm hoặc con cái, người thân khác). Nhóm sẽ cho ý kiến về tác động của các phương thức này tới việc tiếp cận và hưởng thụ dịch vụ CSSK.

- Phỏng vấn nhóm không chính thức: Nhóm các bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đi chữa bệnh ở bệnh viện Thanh nhàn, bệnh viện Bạch mai và bệnh viện da liễu Trung ương.

- Phương pháp quan sát: quan sát hành vi, dấu hiệu hành vi của cán bộ y tế và bệnh nhân ở một số bệnh viện (Thanh nhàn, Bạch mai, Việt đức, bệnh viện da liễu Trung ương, Bệnh viện phụ sản Trung ương)

Ngoài ra, các phương pháp khác như phương pháp phân tích hồi cứu số liệu thứ cấp, phương pháp mô tả, phương pháp phân tích, tổng hợp, phương pháp hệ thống, thống kê, khảo cứu ... cũng được sử dụng.

6. TỔNG QUAN TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU

6.1. Các nội dung đã được đề cập

Đã có nhiều công trình nghiên cứu khoa học về chủ đề XHH y tế nói chung hay các phương thức huy động nguồn lực tài chính cho y tế nói riêng. Có thể tóm tắt các vấn đề nổi bật đã được đề cập trong một số nghiên cứu tiêu biểu như sau:

Về khái niệm, nội hàm của XHH và XHH y tế:

Thuật ngữ XHH nói chung hay XHH y tế nói riêng nhận được sự quan tâm của nhiều nhà nghiên cứu với những ý kiến trái chiều, mâu thuẫn nhau. Nói chung, thuật ngữ này được nhìn nhận dưới nhiều góc độ: theo nguồn gốc ngôn ngữ, theo các văn bản pháp quy, dưới góc độ xã hội học hay theo cách dùng từ của Các mác và Lê Nin. Nói chung, các ý kiến đều khẳng định rằng cụm từ XHH hiện nay ở Việt nam đang được sử dụng với nghĩa ngược lại với nguồn gốc (nghĩa gốc) của nó (xin mời xem chi tiết trong mục tổng quan các nghiên cứu về thuật ngữ XHH và XHH y tế).

Không bàn nhiều tới XHH là gì, nhiều nghiên cứu khai thác khía cạnh XHH làm gì. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Nam [41] đề cập tới một khía cạnh của XHH y tế là tư nhân hóa. Ông đã chỉ ra nhiều bằng chứng về sự hiệu quả của y tế tư nhân: ở các nước phát triển, bệnh viện công chỉ chiếm 1/5 trong tổng số các bệnh viện, còn lại là các bệnh viện tư. Các bệnh viện này thực sự phát triển và hoạt động hiệu quả dưới sự giám sát ngặt nghèo của chính phủ với đội ngũ thầy thuốc giỏi, được đào tạo bài bản và có một hành lang pháp lý vững chắc bảo vệ cả bệnh nhân và người thầy thuốc. Khu vực YTTN phát triển được dựa trên cơ sở phân biệt giữa y tế dịch vụ và y tế phục vụ. Với các bệnh viện công sử dụng nguồn đầu tư từ nhà nước, tức sử dụng tiền thuế của nhân dân thì phát triển theo hướng y tế phục vụ tức miễn phí hoàn toàn. Với KVTN, mọi chi phí từ túi nhà đầu tư thì đây thuộc kinh tế dịch vụ. Xã hội càng tiến bộ, kinh tế càng phát triển sẽ xuất hiện nhiều người có nhu cầu và có khả năng chi trả những dịch vụ về y tế để đạt được sự hài lòng khi bệnh tật.

Tác giả Huỳnh Bửu Sơn [54] cũng đề cập tới XHH y tế dưới góc độ tư nhân hóa và cổ phần hóa. Ông cho rằng khi mọi thứ là cho không, khối cầu của sản phẩm và dịch vụ không mất tiền đó rất lớn so với khả năng cung bởi sự eo hẹp của ngân sách. Khi cầu lớn hơn cung trong một cơ chế phi thị trường, những hạn chế phi thị trường dần dần được thiết lập để làm giảm số lượng người tiếp cận. Bên cung sẽ không có động lực cải thiện chất lượng dịch vụ - đặc biệt là chất lượng phục vụ- nếu như không muốn nói là việc quá tải sẽ khiến cho chất lượng phục vụ của khu vực công không đảm bảo. Kết quả là bệnh viện công sẽ không thể thực hiện tốt chức năng của mình. Các bệnh viện công miễn phí cho bệnh nhân nghèo trong khi thực tế năng lực thanh toán của bệnh nhân phụ thuộc vào tình trạng bệnh tật của họ nhiều hơn là vào tình trạng nghèo hay không. Bệnh viện công vẫn có tình trạng thu phí và có sự phân biệt đối xử giữa những người đóng tiền và không: "bệnh nhân nằm tràn lan ra hành lang, nhưng bệnh viện công vẫn có khám dịch vụ hay phòng dịch vụ" [13]. Từ các lập luận đó, ông khẳng định: Cần xem xét nghiêm túc vấn đề XHH y tế như cổ phần hóa một số bệnh viện công nhằm nâng cao chất lượng chữa bệnh bởi điều này dẫn đến một sự cải thiện về nguồn vốn đầu tư, về hiệu quả đầu tư, về hiện đại hóa công nghệ, cải thiện cung cách quản lý, tạo động lực làm việc và nâng cao chất lượng phục vụ. Lúc đó, cộng đồng sẽ có những bệnh viện tốt hơn để phục vụ bệnh nhân tốt hơn. Những nơi này không cung cấp dịch vụ miễn phí nhưng Chính phủ có thể phát thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho người nghèo để họ có quyền tiếp cận và được hưởng dịch vụ khám chữa bệnh tốt hơn. Ông cho rằng các khoản chi này có lẽ còn ít hơn các khoản bù lỗ từ ngân sách dành cho các bệnh viện công. Hơn nữa cách thức tiến hành này sát hợp với mục tiêu công bằng hơn, vì phù hợp với nguyên tắc khả năng đài thọ của người dân. Ai có khả năng chi trả các chi phí chữa bệnh thì sẽ phải tự chi trả, nhà nước chỉ giúp đỡ những đối tượng thật sự cần đến. Như vậy, XHH cũng sẽ tác động tích cực đến hiệu quả và động lực, tạo nên khác biệt và tiến bộ. Con người sẽ làm việc siêng năng hơn, hiệu quả hơn, đồng vốn được sử dụng hiệu quả, tạo ra nhiều của cải dịch vụ hơn với chất lượng cao hơn.

Đề tài cũng tán thành quan điểm trao cho tư nhân cung cấp một số dịch vụ mà từ trước tới nay vẫn thuộc khu vực nhà nước. Đó là một điều bình thường trong

cơ chế thị trường, nếu thị trường làm tốt, hãy để thị trường làm. Để cho thị trường đứng ra cung cấp không phải nhà nước bỏ mặc và từ chối trách nhiệm, ngược lại, nhà nước vẫn chịu trách nhiệm cung cấp nhưng về cách thức cung cấp có thể thuê tư nhân hoặc tạo cơ chế khuyến khích tham gia tư nhân tham gia còn nhà nước đóng vai trò là người quản lý, giám sát. Ngân sách của một quốc gia đang phát triển như Việt nam là có hạn, không thể đảm đương việc chăm sóc sức khỏe cho gần 90 triệu dân. Trong số gần 90 triệu dân đó, phần lớn là người nghèo, một bộ phận không nhỏ là các gia đình có công với đất nước (và họ cũng không giàu). Ngân sách nhà nước dành để lo cho các đối tượng này. Vì vậy, việc một bộ phận dân cư có điều kiện kinh tế phải trả tiền cho dịch vụ y tế họ dùng cũng là điều bình thường. Hơn nữa, điều đó phù hợp với nguyên tắc công bằng dọc trong chăm sóc sức khỏe. “Công bằng dọc là đối xử khác nhau với những người khác nhau nhằm giảm bớt sự khác biệt ban đầu”, còn công bằng ngang là đối xử như nhau với những người như nhau, không phân biệt giới tính, màu da hay tôn giáo..”[70]. Hai người có cùng tình trạng bệnh tật vào viện. Theo nguyên tắc công bằng ngang, họ được điều trị như nhau. Tuy nhiên, một người thì quá nghèo để trả tiền viện phí, một người thì đủ khả năng tài chính cho khoản chi trả đó. Ngân sách nhà nước không đủ cho cả hai nên đành kêu gọi người giàu đóng tiền, còn phần ngân sách ít ỏi sẽ được dùng miễn giảm viện phí cho người nghèo. Chăm sóc sức khỏe cũng là một dạng dịch vụ, việc người có tiền trả tiền cho dịch vụ mình được hưởng để có được sự hài lòng về bệnh tật là hợp lý[41].

Tiến sỹ Nguyễn Quang A [1] lại khai thác XHH y tế dưới khía cạnh hợp tác công tư khi cho rằng XHH y tế ở Việt Nam hiện nay đang được tiến hành giống với khái niệm "hợp tác công tư" [public-private partnership - PPP] chủ yếu liên quan đến vấn đề phân công giữa chính quyền và xã hội (hay người dân nói chung) trong cung ứng dịch vụ và cấp tài chính cho các dịch vụ đó. Tuy nhiên, theo Nghị định 90 CP của Chính phủ thì mảng mang màu sắc “hợp tác công tư” chỉ là một phần của nội dung XHH, ngoài ra, nghị định còn nhấn mạnh các nội dung chăm sóc sức khỏe cho người nghèo, huy động sự tham gia của các ban ngành đoàn thể, các tổ chức xã hội và các cá nhân....

Đề tài nhà nước về “Nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình huy động xã hội thực hiện XHH y tế đảm bảo công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe nhân dân” của Viện chiến lược và chính sách y tế [8] lại nhấn mạnh góc độ khác của XHH y tế, đó là sự tham gia của cộng đồng trong CSSK nhân dân như hộ gia đình trồng cây thuốc nam, các cá nhân tự chăm sóc sức khỏe bản thân, hay công tác KCB cho người nghèo. Đây cũng chính là quan điểm chủ đạo của Thứ trưởng bộ y tế Nguyễn Văn Thường [58] khi cho rằng: “Quan điểm, nội dung cơ bản của việc xã hội hoá công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân bao gồm: Huy động sự tham gia ngày càng nhiều của nhân dân và sự phối hợp liên ngành dưới sự lãnh đạo của các cấp uỷ Đảng, chính quyền”.

Như vậy, nội hàm của XHH y tế được các nghiên cứu khai thác ở nhiều khía cạnh. Mỗi khía cạnh đó đều có những ý nghĩa nhất định nhưng chúng không phải là toàn bộ nội dung XHH. Mặt khác, thuật ngữ XHH lại đang gây tranh luận nhiều.

Về các nghiên cứu đổi mới quản lý và tổ chức cung ứng dịch vụ y tế

Đã có khá nhiều nghiên cứu về đổi mới quản lý và tổ chức cung ứng dịch vụ công nói chung hay dịch vụ y tế nói riêng. Những nghiên cứu này nói chung chỉ ra tính tất yếu của việc đổi mới việc quản lý và cung ứng dịch vụ công, dịch vụ y tế bằng phương thức XHH. Tác giả Nguyễn Trí Hòa [30] tập trung vào việc làm rõ dịch vụ công nào có thể XHH còn dịch vụ công nào thì không. Theo ông, nhóm dịch vụ công đặc biệt thuộc độc quyền của nhà nước như an ninh quốc phòng, phòng cháy chữa cháy hay ngoại giao... thì tuyệt đối không được XHH. Còn đối với nhóm dịch vụ công khác mà người dân thường dùng miễn phí hai trả một phần chi phí như y tế, giáo dục... thì có thể XHH. Hay nói cách khác, dịch vụ công có tính phục vụ như y tế thì có thể XHH, còn dịch vụ công thuộc về chức năng cai trị, có những đặc điểm như đáp ứng nhu cầu chung của xã hội, không thể chối từ, là sứ mệnh của nhà nước, không thể ủy quyền, không vì lợi nhuận... thì không được XHH.

Nghiên cứu của Đinh Văn Ân và Hoàng Thu Hòa [3] đã chỉ ra tính tất yếu phải đổi mới dịch vụ công, trong đó có y tế. Tác giả khẳng định, những thập kỷ qua, trong lĩnh vực cung ứng dịch vụ công, nhà nước đã trực tiếp tiến hành quá nhiều

hoạt động mà lẽ ra có thể chuyển giao một phần cho thị trường hay xã hội dân sự. Việc nhà nước ôm đồm quá mức các dịch vụ công sẽ không đưa đến một xã hội phát triển. Tác giả đã đề nghị cần phải đẩy mạnh sự tham gia của khu vực phi nhà nước trong cung ứng dịch vụ công. Với lĩnh vực y tế đó chính là phát triển y tế tư nhân như là một cách thức tạo ra sự cạnh tranh để nâng cao chất lượng y tế tại các cơ sở công và cung ứng thêm dịch vụ cho người sử dụng. Sự tham gia của các tổ chức xã hội dân sự cũng được tác giả nhấn mạnh với các hoạt động như tham gia bổ sung hoàn thiện chính sách của nhà nước, thực hiện vai trò bảo vệ lợi ích người tiêu dùng...

Một cách cụ thể hơn với lĩnh vực y tế, PGS Ngô Toàn Định [25] đã khẳng định phải đổi mới cơ chế quản lý bệnh viện công bằng việc XHH hoạt động KCB. Ông đã chỉ ra rất nhiều bất cập trong quản lý kinh tế của bệnh viện và gợi ý các giải pháp XHH để khắc phục những hạn chế đã nêu như: Thành lập bệnh viện bán công, khoa bán công và tổ chức KCB ngoài giờ; Thu đủ viện phí đối với bệnh nhân vượt tuyến và bệnh nhân KCB theo yêu cầu. Tuy nhiên, những hạn chế của chính những giải pháp này lại chưa được đề cập.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Nam [41] kết luận: XHH y tế là yêu cầu cấp bách của Nhà nước và toàn dân và chỉ có XHH, nền y tế mới có điều kiện để phát triển. Ông đã gợi ý các cơ chế thực hiện XHH như phát triển các bệnh viện tư, cung cấp dịch vụ y tế theo yêu cầu (phân biệt y tế phục vụ và y tế dịch vụ) và đa dạng hóa bảo hiểm y tế.

Đổi mới cung ứng dịch vụ công trong đó có y tế được nhiều nghiên cứu đề cập đến như một sự tất yếu. Tuy nhiên, phương thức đổi mới được đề cập chủ yếu gắn với việc phát triển khu vực y tế ngoài công lập còn việc huy động nguồn lực tài chính từ sự đóng góp của bản thân hay gia đình người bệnh thì chưa được đề cập nhiều.

Các nghiên cứu về thực trạng và giải pháp xã hội hóa y tế.

Đề tài cấp Nhà nước về huy động xã hội thực hiện XHH của Viện chiến lược và chính sách y tế [8] đã chỉ ra việc thực hiện XHH y tế đã góp phần đáng kể trong việc tăng thêm nguồn tài chính cho công tác CSSK. Tỷ trọng nguồn thu từ viện phí và BHYT trong tổng thu tài chính ngày càng tăng. Qua hơn 10 năm triển khai chủ

trương XHH y tế, nhiều loại hình KCB đã được hình thành và đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu CSSK người dân. Tuy nhiên, chính sách tài chính mới cũng đã khiến cho nhiều người phải bỏ tiền túi nên đã gây ra một số vấn đề bất công bằng trong việc CSSK. Nghiên cứu cũng đã chỉ ra hạn chế khác của công cuộc XHH y tế hiện nay là tình trạng thực hiện XHH không đồng đều theo điều kiện kinh tế - xã hội, địa lý của từng vùng, chủ yếu phát triển ở thành thị. Việc quản lý các loại hình ngoài công lập còn nhiều bất cập. Người nghèo vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh.

Với quan điểm nhấn mạnh vai trò của cộng đồng trong công tác XHH, đề tài nhánh [56] thực hiện những mô hình nghiên cứu rất cụ thể (có đối chứng) với các hoạt động XHH y tế cụ thể như :Tăng cường vai trò của Ban CSSKBD, nâng cao hiệu quả hoạt động của trạm y tế xã, tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khoẻ, thí điểm khám chữa bệnh BHYT tại xã, xây dựng tủ thuốc miễn phí cho người nghèo, xây dựng vườn cây thuốc nam, hỗ trợ một số trang thiết bị, tài liệu cho trạm y tế... Những hoạt động này thực sự thu hút được sự tham gia của cộng đồng và mang lại lợi ích thiết thực cho cộng đồng. Từ đó đề tài đã có nhiều kiến nghị giải pháp cho việc thực hiện XHH y tế ở các địa phương như cần có hướng dẫn hoạt động và quy chế làm việc cụ thể cho Ban CSSK; Đảng Uỷ- UBND cấp cơ sở thực sự "vào cuộc"; nâng cấp cơ sở, trang thiết bị cho trạm y tế; có kinh phí KCB cho người nghèo; đưa KCB BHYT đến TYT các xã miền núi; huy động cộng đồng trồng và sử dụng cây thuốc nam...

Với quan điểm XHH y tế là huy động sự tham gia ngày càng nhiều của nhân dân và sự phối hợp liên ngành vào việc thực hiện các mục tiêu y tế, tác giả Nguyễn Văn Thường [58] đã đề cập tới nhiều giải pháp thực hiện XHH y tế như (i) sửa đổi chế độ thu viện phí cho phù hợp với các thay đổi về kinh tế, xã hội hiện nay; (ii) sửa đổi mức phí BHYT cho phù hợp với giá viện phí, đa dạng hoá các mức đóng góp, thực hiện các cơ chế chi trả thích hợp; (iii) tổ chức tốt việc KCB cho người nghèo; (iv) triển khai chương trình *"nâng cao chất lượng công trình vệ sinh gia đình, phòng chống dịch chủ động"* rộng rãi ở cơ sở; (v) ban hành các chính sách, hành

lang pháp lý để thúc đẩy việc đa dạng hoá các loại hình chăm sóc sức khỏe, cho phép các bệnh viện tư, bệnh viện liên doanh và 100% vốn nước ngoài hoạt động hoặc cho phép liên doanh hoặc cổ phần hóa từng phần giữa tổ chức, cá nhân có vốn với bệnh viện nhằm đầu tư nâng cấp kỹ thuật cao trong chẩn đoán và điều trị trong từng khoa; cho phép nghiên cứu thành lập các xí nghiệp được phẩm tư nhân hoặc cổ phần hoá.

Đánh giá khái quát thành quả 10 năm thực hiện XHH y tế, nghiên cứu: “ Đổi mới cung ứng dịch vụ công ở Việt nam”[3] đã đề cập những thành quả cơ bản của công cuộc XHH y tế bao gồm: (i) Mở rộng và đa dạng hóa các hoạt động bảo vệ, CSSK nhân dân, (ii) củng cố và phát triển hệ thống y tế công lập, (iii) phát triển BHYT và (iv) đa dạng hóa các loại hình KCB. Từ đó, nghiên cứu đề xuất các giải pháp tăng cường XHH y tế như tăng đầu tư NSNN cho y tế; tăng cường chuyển giao cho các tổ chức, cá nhân ngoài công lập thực hiện các nhiệm vụ ngoài chuyên môn, kỹ thuật y tế; phát triển BHYT; xóa bỏ độc quyền trong xuất nhập khẩu, sản xuất và cung ứng thuốc chữa bệnh và trang thiết bị y tế...

Nói chung, thực trạng của việc thực hiện XHH y tế thường được đề cập một cách chung chung còn những giải pháp XHH y tế chủ yếu hướng tới việc huy động nguồn lực tài chính cho ngành y, tuy nhiên sự tham gia chủ động của người dân trong việc CSSK nhân dân cũng đã được đề cập.

Về các phương thức huy động nguồn lực tài chính của XHH y tế.

Y tế tư nhân

Với trào lưu giải quyết tính hiệu quả trong chăm sóc y tế, YTTN bắt đầu xuất hiện nhiều ở các quốc gia và được coi như một giải pháp quan trọng huy động nguồn lực của nhân dân phục vụ sự nghiệp y tế thông qua đầu tư của khu vực này.

Nghiên cứu của tác giả Trịnh Hòa Bình [7] tập trung vào vấn đề tài chính cho các bệnh viện tư ở Việt nam hiện nay cũng như tính công bằng và khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK tại các bệnh viện này. Nghiên cứu này chỉ ra rằng YTTN có tốc độ phát triển mạnh mẽ và đáp ứng nhu cầu đa dạng của người dân. Tuy nhiên nhóm này không được hưởng những ưu đãi cần thiết, đặc biệt là ưu đãi về tài chính, điều

này càng làm tăng thêm tính bất bình đẳng trong CSSK giữa các nhóm thu nhập. Từ đó, tác giả khuyến cáo các chính sách cần thực hiện nhằm thúc đẩy sự phát triển của các bệnh viện tư như các chính sách khuyến khích về tài chính, chính sách giá chính sách đất đai... Cũng về đề tài YTTN nhưng tác giả Trần Quang Trung [66] lại tập trung vào YTTN Hà nội, nơi có mật độ các cơ sở YTTN cao. Tác giả đã chỉ ra những ưu điểm nổi bật của YTTN như đáp ứng nhu cầu KCB của gần một nửa số bệnh nhân trong toàn thành phố, đáp ứng nhu cầu đa dạng của mọi tầng lớp nhân dân với chất lượng phục vụ cao. Tuy nhiên, kết quả điều tra cụ thể của nghiên cứu cũng đã chỉ ra tình hình cơ sở vật chất nghèo nàn, chật chội của các phòng khám (do hạn chế về mặt bằng, suất đầu tư cao...). Nhiều đơn vị còn vi phạm các quy chế chuyên môn, quy chế về giá...

S. Bennett [91] đã giới thiệu xu hướng phát triển YTTN ở các nước đang phát triển cùng những phân tích về động lực phát triển cho khu vực này. Ông khẳng định, YTTN là một tồn tại tất yếu đối với các quốc gia đang phát triển do hạn chế về nguồn lực nhưng ông cũng chỉ ra thực trạng về những đe dọa nghiêm trọng của phương thức tài chính y tế này tới tính công bằng và hiệu quả trong CSSK nhân dân. Dưới góc độ lý thuyết, tác giả Alexander S. Preker và April Harding [76] đã phân tích rất chi tiết những căn cứ khoa học để lý giải sự có mặt của nhà nước trong nhiều lĩnh vực y tế nhưng ông cũng chỉ ra sự hợp lý của khu vực tư nhân trong các hoạt động như KCB, cung cấp dịch vụ phụ trợ hay các hoạt động CSSK gián tiếp.

Bảo hiểm y tế

Michel Grignon và Phạm Huy Dũng [40] đã coi BHYT như một giải pháp cơ bản nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người dân đồng thời đảm bảo tài chính cho mạng lưới y tế ở Việt Nam. Hai ông đã đưa ra khuyến nghị phải thực hiện BHYT toàn dân, BHYT dựa vào cộng đồng và nâng cao khả năng thanh toán dịch vụ cho người nghèo. Arhin [78] và Melitta Jakab, Chitra Krishnan [86] cũng hoàn toàn đồng tình với quan điểm phải phát triển cơ chế tài chính y tế dựa vào cộng đồng và cho đây là cách tốt nhất để người nghèo, người dân nông thôn có thể tiếp cận với dịch vụ y tế thay vì chỉ biết đến hiệu thuốc để mua thuốc không có đơn của

bác sỹ khi đau ốm. Claude Evin [17] nhấn mạnh; chỉ có cơ chế trả trước chi phí (BHYT) mới có thể đảm bảo tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế. Ông cũng chỉ ra nhiều rủi ro nếu cơ chế BHYT này được trao cho tư nhân đảm nhiệm, đó là người không có tiền mua BHYT sẽ bị bỏ rơi, các công ty bảo hiểm vì động cơ lợi nhuận sẽ lựa chọn rủi ro để bảo hiểm và thu phí cao và hạn chế sự lựa chọn của người được bảo hiểm trong việc lựa chọn bác sỹ tư hay bệnh viện.

Nhiều tác giả khác chấp nhận BHYT như một giải pháp tài chính y tế tốt nhất đảm bảo tính công bằng và hiệu quả và đi tìm hiểu kinh nghiệm quốc tế để hoàn thiện cơ chế này với các bài học bổ ích được rút ra (xin xem cụ thể tại mục kinh nghiệm quốc tế về BHYT).

Viện phí

Dyna Arhin-Tenkorang [81] đã có nhiều phân tích sâu sắc dưới góc độ lý thuyết của tác động chính sách thu (một phần) viện phí. Ông đã chỉ ra, do tính không co giãn của cầu về dịch vụ CSSK đối với giá nên chính sách này đã làm cho chi tiêu y tế từ tiền túi người dân tăng, ảnh hưởng tới việc tiêu dùng hàng hóa và dịch vụ khác. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng sử dụng các lý thuyết kinh tế y tế để chứng minh kết cục của chính sách viện phí là tăng nguồn tài chính cho y tế nhưng cũng tăng cả tính bất công bằng và phi hiệu quả trong sử dụng nguồn lực.

Cùng với các cộng sự, GS Phạm Huy Dũng [21] đã có nghiên cứu phân tích các tác động của việc thực hiện chính thu viện phí nói chung và đánh giá ảnh hưởng của nó đối với người nghèo bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại bốn tỉnh. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng chất lượng chăm sóc y tế cho người nghèo kém hơn so với chất lượng của các bệnh nhân trả tiền. Vì vậy, nhóm nghiên cứu đã đưa ra khuyến nghị: Chính sách thu viện phí nên tiếp tục thực hiện nhưng việc tăng viện phí cần phải được cân nhắc thêm và đặc biệt phải quan tâm hơn nữa tới chính sách miễn giảm viện phí. Tác giả Trần Thu Thủy [59] cũng khẳng định, thu viện phí là một trong những giải pháp tài chính y tế mà nhiều nước trên thế giới đã và đang áp dụng nhằm giảm bớt gánh nặng về tài chính và bổ sung cho nguồn ngân sách còn hạn chế của Nhà nước cho hoạt động y tế. Bằng phương pháp nghiên cứu định tính,

tác giả đã đánh giá tình hình thu một phần viện phí theo Nghị định 95-CP và đưa ra kết luận về những kết quả cùng những tồn tại và thách thức của việc thực hiện chính sách này như mức thu viện phí thấp, tỷ lệ trích thưởng từ viện phí chưa hợp lý hay bệnh viện gặp khó khăn trong việc xác định đối tượng nghèo để miễn giảm viện phí.

Các phương thức huy động tài chính y tế khác.

Về phương án tài chính cộng đồng: Cách này được WHO và UNICEF giới thiệu và khuyến cáo sử dụng từ năm 1988 [48]. Hiện nay nó hay được sử dụng ở các nước đang phát triển như Thái Lan, Philippin, Công gô, Nigieria, Guatemala... Phương thức này được thực hiện gần giống như bảo hiểm tự nguyện nhưng có một số nét khác cơ bản: Mặc dù cũng là đóng góp tự nguyện nhưng thay vì công ty bảo hiểm đứng ra tổ chức, hình thức này được thực hiện dưới hình thức cộng đồng tự quản lý (có thể là chính quyền sở tại), hoặc được tổ chức bởi các tổ chức phi lợi nhuận. Để tránh trường hợp lựa chọn ngược, quỹ thường huy động sự tham gia của cả gia đình. Mức phí nhất định được áp dụng cho các hộ gia đình và nếu là các hộ gia đình nghèo thì thường được các tổ chức từ thiện hỗ trợ phí đóng góp. Quỹ thường hướng tới việc khuyến khích các thành viên CSSKBĐ và quỹ nhận được sự hỗ trợ tài chính từ chính phủ.

Tài khoản tiết kiệm y tế: Hình thức này được áp dụng phổ biến ở một số nước như Singapore, Mỹ, Hồng Kông và Malaysia [90]. Các cá nhân buộc phải dành một khoản thu nhập (miễn thuế) nhất định gửi vào một tài khoản. Tài khoản này chỉ được sử dụng cho những chi phí y tế của cá nhân. Nếu mức tiết kiệm đó vượt qua một ngưỡng nhất định thì cá nhân có thể rút số tiền dư dành cho các mục đích khác. Trong trường hợp số tiền trong tài khoản không đủ chi cho việc KCB thì công ty hoặc chính phủ sẽ trả trước phần thiếu hụt này và cá nhân sẽ có trách nhiệm tiết kiệm trả sau. Trong trường hợp cá nhân chết mà vẫn còn tiền trong tài khoản thì phần tài sản đó sẽ thuộc về người thân trong gia đình. Hình thức này được khuyến cáo nên dùng cho đối tượng có thu nhập cao, những người làm việc trong khu vực thị trường lao động chính thức, được trả lương qua tài khoản. Nó sẽ khó có thể áp dụng ở các nước đang phát triển hay các khu vực thị trường lao động phi chính

thức. Hơn nữa, hình thức này cũng không khuyến khích được ý thức phòng bệnh ban đầu.

Nói chung, việc huy động thêm sự đóng góp của người dân cho lĩnh vực CSSK là điều phổ biến ở nhiều quốc gia. Tuy nhiên, ở các nước phát triển thì thường là hình thức huy động trả trước (BHYT hay tài khoản tiết kiệm y tế). Còn ở các nước đang phát triển thì chủ yếu là huy động qua việc người bệnh đóng một phần viện phí nhưng phương thức này cũng đã được các nghiên cứu chỉ ra rằng chúng có nhiều nhược điểm. YTTN cũng có mặt ở rất nhiều quốc gia nhưng cũng đang bị các nghiên cứu nghi ngờ về khả năng đảm bảo tính công bằng và hiệu quả của chúng.

6.2. Những nội dung chưa được đề cập hoặc còn mâu thuẫn.

Cho dù có khá nhiều nghiên cứu về XHH y tế với những đóng góp to lớn, và có ý nghĩa tham khảo quan trọng cho luận án trong quá trình thực hiện, tuy nhiên, những nghiên cứu này còn có hạn chế hay khoảng trống chưa được đề cập ở một số khía cạnh sau:

Thứ nhất, về thuật ngữ XHH y tế, mỗi nghiên cứu đề cập, lý giải thuật ngữ này ở một khía cạnh, trong khi thực tế đang tồn tại nhiều ý kiến trái chiều. Điều đó dẫn tới hậu quả là người đọc nếu không có sự am hiểu thực sự sâu sắc về XHH y tế sẽ dễ bị rơi vào tình trạng phân vân không hiểu đâu là đúng đâu là sai. Hoặc nếu họ có bị thuyết phục bởi một quan điểm nào đó về XHH y tế thì cũng dễ bị rơi vào trường hợp “thầy bói xem voi”. Đến nay, dường như chưa có một nghiên cứu nào tổng hợp, phân tích đầy đủ về các quan niệm về XHH, XHH y tế hay về nguồn gốc xuất xứ của thuật ngữ này để có thể cho người đọc một cái nhìn đa chiều và chính xác về XHH y tế.

Thứ hai, các nghiên cứu thường chỉ tập trung vào một mảng nào đó của XHH y tế trong khi nội hàm của thuật ngữ này không được làm rõ nên rất dễ gây ra nhiều hiểu nhầm như XHH y tế thường bị đánh đồng với tư nhân hóa hay cổ phần hóa. Sự hiểu nhầm này có thể dẫn tới những tác động tai hại như thực hiện chủ trương của nhà nước không đúng hay sự chống đối chủ trương XHH y tế của nhà nước từ phía người dân.

Thứ ba, Những nghiên cứu nhỏ và cụ thể tuy rất có ý nghĩa trong một bối cảnh nào đó, nhưng XHH y tế là một giải pháp tổng thể nên cần có sự nghiên cứu về vấn đề này một cách tổng quát trong mối liên hệ giữa các phương thức XHH y tế.

Thứ tư, nội dung cơ bản của XHH y tế là huy động nguồn lực tài chính cho ngành y, tức XHH y tế mang trong nó các vấn đề kinh tế. Vì vậy, cần có các phân tích kinh tế y tế bài bản để các phân tích, đánh giá hay khuyến nghị thực sự có cơ sở kinh tế y tế.

7. NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Những đóng góp mới về mặt học thuật, lý luận

Vận dụng lý thuyết kinh tế y tế (Health economics), luận án chỉ ra rằng thị trường dịch vụ chăm sóc sức khỏe Việt Nam hiện nay không thỏa mãn những tiêu chí của thị trường cạnh tranh hoàn hảo. Xuất phát từ đặc thù sức khỏe, dịch vụ CSSK và sự phân tích các thất bại của thị trường y tế, luận án xây dựng hệ thống 16 nguyên tắc mà cơ chế y tế cần đảm bảo để đạt mục tiêu CSSK công bằng và hiệu quả. Hệ thống các nguyên tắc này được luận án sử dụng để phân tích, đánh giá bốn phương thức xã hội hóa y tế cơ bản hiện nay. Tuy nhiên chúng có thể được sử dụng trong đánh giá toàn hệ thống y tế hay các bộ phận cấu thành của nó (đặc biệt là tài chính y tế), theo các mục tiêu nghiên cứu khác nhau.

Về khía cạnh lý thuyết, luận án chỉ ra rằng không có một phương thức XHH y tế nào có thể thỏa mãn đồng thời cả 16 nguyên tắc đó tức không thể có một phương thức XHH y tế nào thực sự hoàn hảo.

Những phát hiện và đề xuất mới rút ra được từ kết quả nghiên cứu, khảo sát của luận án

Phân tích thực tế với các con số minh họa cụ thể đã chứng minh được luận điểm luận án nêu trong phần lý thuyết: cả bốn phương thức XHH y tế đều không thể thỏa mãn tất cả các nguyên tắc, trong đó:

- Bảo hiểm y tế có số điểm thỏa mãn cao nhất và cũng ít vi phạm nhất.
- Liên doanh liên kết và khám chữa bệnh theo yêu cầu có số điểm thỏa mãn thấp trong khi số điểm vi phạm cao nên tổng điểm là thấp nhất.
- Phát triển hệ thống y tế tư nhân có số điểm thỏa mãn rất cao nhưng điểm vi

phạm cũng cao.

- Thu một phần viện phí có số điểm vi phạm thấp và điểm thỏa mãn cũng thấp

Từ kết quả đó luận án đề xuất: bảo hiểm y tế là phương thức ưu việt nhất cần tập trung phát triển. Cần thiết phải phát triển hệ thống y tế tư nhân nhưng nhà nước phải có các biện pháp quản lý chặt chẽ để hạn chế các vi phạm của khu vực này. Phương thức liên doanh liên kết và khám chữa bệnh theo yêu cầu cần phải siết chặt quản lý, có thể tiến tới xóa bỏ. Viện phí là phương án tình thế cần duy trì trong điều kiện nguồn lực hiện nay có hạn nhưng từng bước thay thế bằng cơ chế bảo hiểm y tế toàn dân. Trên cơ sở đó, luận án đề xuất hệ thống giải pháp nhằm thực hiện thành công chủ trương xã hội hóa y tế.

8. KẾT CẤU LUẬN ÁN

Ngoài phần mở đầu, kết luận và 17 phụ lục, luận án gồm 174 trang, trong đó có 6 sơ đồ, 14 hình, hộp và 22 bảng. Luận án kết cấu thành 3 chương như sau:

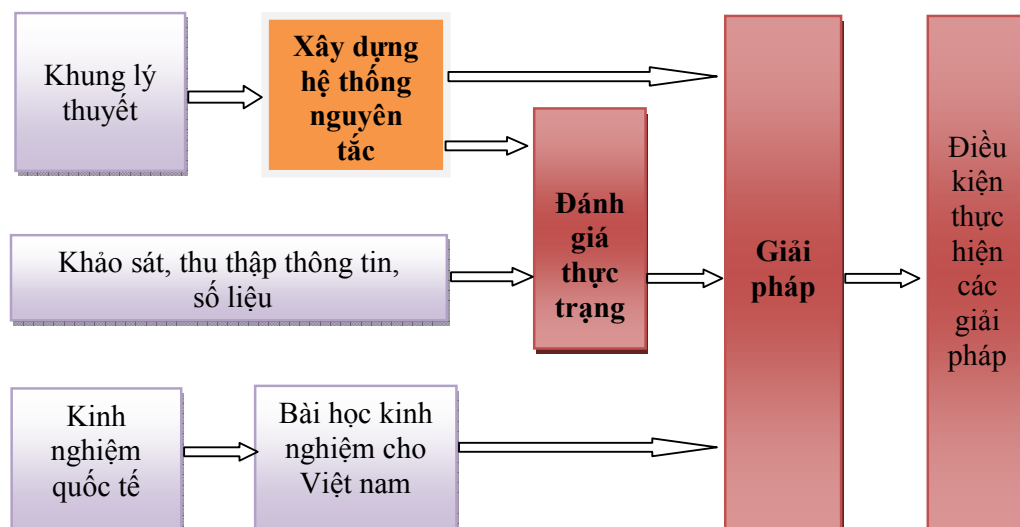
Chương 1: Những vấn đề cơ bản về xã hội hóa y tế

Chương 2: Thực trạng công tác xã hội hóa y tế ở Việt Nam

Chương 3: Một số giải pháp nhằm hoàn thiện chính sách xã hội hóa y tế ở Việt Nam.

Ba chương này có mối quan hệ lôgic để thực hiện mục tiêu nghiên cứu đã nêu theo sơ đồ tóm tắt cấu trúc nghiên cứu số 0.2 sau:

Sơ đồ 0.2: Tóm tắt cấu trúc nghiên cứu



Chương 1

NHỮNG VẤN ĐỀ LÝ LUẬN CƠ BẢN VỀ XÃ HỘI HOÁ Y TẾ

1.1. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU VỀ THUẬT NGỮ XÃ HỘI HOÁ VÀ XÃ HỘI HOÁ Y TẾ.

Xã hội hoá nói chung hay xã hội hoá y tế nói riêng là thuật ngữ được các nhà nghiên cứu đề cập tới với những luồng quan điểm rất khác nhau, thậm chí trái chiều nhau. Chính vì vậy, việc tìm hiểu, phân tích và đưa ra một cái nhìn chính xác về cụm từ này là một nội dung quan trọng của luận án.

1.1.1. Theo nguồn gốc ngôn ngữ.

Trước thực tế có nhiều cách hiểu khác nhau về cụm từ xã hội hoá, nhiều nghiên cứu đã đưa ra ý kiến của mình về cụm từ này xuất phát từ ý nghĩa của chúng trong cách sử dụng của các ngôn ngữ khác.

Trong tiếng Anh, từ socialize có hậu tố “-ize” bắt nguồn từ hậu tố “-iser”, “-izare”, “-izein” trong tiếng Pháp cổ, tiếng Latin và tiếng Hi Lạp; dịch ra tiếng Việt, nó mang nghĩa “hóa”. ”Khi đặt một tính từ/danh từ trước từ “hóa”, ta biến cụm từ đó trở nên một động từ với ý nghĩa *biến đổi, khiến, làm cho* cái gì đó trở nên như/là cái tính từ/danh từ đó [33]. Ví dụ: “hiện đại hóa”: làm cho trở nên hiện đại ; “nhân hóa”: làm cho trở nên giống như con người. Như vậy, XHH có nghĩa là làm cho trở nên giống như xã hội, hòa nhập vào với xã hội [33].

Các quan điểm khác xét dưới góc độ nghĩa tiếng Anh, Pháp cũng cho rằng cụm từ “xã hội hóa” (tiếng Pháp là socialisation) từ trước tới nay, vẫn thường được dùng theo nghĩa “tập thể hóa”, “đặt dưới chế độ cộng đồng”, “quản lý hay điều khiển [của nhà nước] nhân danh xã hội” [36] hoặc đặt dưới sự kiểm soát của chính phủ hay sở hữu tập thể; luyện cho hợp với môi trường xã hội; làm cho phù hợp với tư tưởng và triết lý xã hội chủ nghĩa; quốc hữu hóa [1]. Theo từ điển tiếng Việt, XHH có nghĩa: “làm cho trở thành của chung của xã hội” với ví dụ “xã hội hóa tư liệu sản xuất” tức là quốc hữu hóa tư liệu sản xuất.

Các quan điểm trên đều cho rằng cụm từ XHH đang được dùng hiện nay ở Việt nam ngược hẳn với nghĩa gốc. Tuy nhiên, việc dùng một khái niệm theo nghĩa khác hẳn nghĩa thông thường là một hiện tượng không xa lạ và có từ cổ xưa: ”những khái niệm căn bản như tự do, dân chủ cũng đã trải qua số phận như vậy” [1] và cụm từ XHH ở Việt nam cũng đang có số phận đó.

1.1.2. Cách hiểu dưới góc độ xã hội học

Dưới góc độ xã hội học, XHH được coi là một quá trình gắn với sự phát triển của một cá nhân trong xã hội và được định nghĩa: xã hội hoá là quá trình mỗi người, từ khi lọt lòng tới lúc già yếu, thu nhận những kiến thức, kỹ năng, địa vị, lễ thói, qui tắc, giá trị... xã hội và hình thành nhân cách của mình [33]. Dưới góc độ này, khái niệm XHH gắn với sự phát triển nhân cách và học hỏi, tuân thủ các nguyên tắc xã hội của các cá thể.

Cách hiểu trên về cụm từ XHH là hoàn toàn chính xác nếu xét dưới góc độ xã hội học. Tuy nhiên, một từ (cụm) từ thường có nhiều nghĩa tương ứng với chủ thể nghiên cứu hay bối cảnh nghiên cứu khác nhau. Thực tế, từ “xã hội hoá” có rất nhiều nghĩa khác nhau trong khoa học[43] . Giáo sư Đỗ Nguyên Phương, nguyên Bộ trưởng Bộ y tế khi bàn về khái niệm này đã đưa ra một cái nhìn khái quát, trong đó ý nghĩa dưới góc độ xã hội học ông cho rằng chỉ là một cách hiểu.

“Xã hội hoá là một cụm từ được định nghĩa trên các từ điển của nhiều ngôn ngữ gồm ba ý chính như sau:

- Đó là việc chuyển sở hữu tư thành sở hữu xã hội (sở hữu công, sở hữu Nhà nước).
- Đó là việc chuyển từ một ý thức cá thể thành một ý thức xã hội chủ nghĩa:
- Đó là một quá trình chuyển biến từ con người tự nhiên thành con người xã hội”[48].

1.1.3. Ý nghĩa của cụm từ XHH trong các văn bản pháp quy.

Trong các văn bản pháp quy của Việt nam không có một định nghĩa hay chỉ dẫn về ý nghĩa cụm từ XHH. Vì vậy, một nghiên cứu [43] đã đi tìm hiểu ý nghĩa của cụm từ này trong một văn bản quan trọng, đó là dự thảo *Báo cáo Chính trị tại*

Đại hội X Đảng Cộng sản Việt Nam (gọi tắt là *Dự thảo*) khi đặt trong các ngữ cảnh cụ thể và tìm thấy hai ý nghĩa của cụm từ XHH.

Từ “xã hội hoá” với ý nghĩa thứ nhất được đặt trong hai bối cảnh: “xã hội hoá sản xuất kinh doanh” và, “xã hội hoá sở hữu”. Với câu: “Doanh nghiệp cổ phần ngày càng phát triển, trở thành hình thức tổ chức kinh tế phổ biến, thúc đẩy xã hội hoá sản xuất kinh doanh và sở hữu” XHH ở đây được hiểu là cổ phần hoá.

Từ “xã hội hoá” với ý nghĩa thứ hai: “Đổi mới cơ cấu tổ chức, cơ chế quản lý phương pháp giáo dục theo hướng ‘chuẩn hóa, hiện đại hóa, xã hội hóa’, nâng cao chất lượng dạy và học.” Giáo dục là thuộc trách nhiệm của nhà nước, nên “XHH giáo dục về cơ cấu tổ chức, cơ chế quản lý và phương pháp giáo dục” có nghĩa là biến phần trách nhiệm của nhà nước thành tư nhân hoặc cùng hợp tác với tư nhân, tức là tư nhân hóa (một phần).

Như vậy, với cả hai ý nghĩa trong doanh nghiệp hay với dịch vụ công thì XHH có nghĩa tương đương với tư nhân hóa. Tuy nhiên, theo các văn bản pháp quy cụ thể thì tư nhân hóa chỉ là một nội dung của XHH: Nghị quyết 90 CP của Chính phủ ban hành ngày 21/8/1997 [16] đề cập rõ:

- XHH các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá là vận động và tổ chức sự tham gia rộng rãi của nhân dân, của toàn xã hội vào sự phát triển các sự nghiệp đó ...

- XHH là xây dựng cộng đồng trách nhiệm của các tầng lớp nhân dân đối với việc tạo lập và cải thiện môi trường kinh tế, xã hội lành mạnh và thuận lợi cho các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá ở mỗi địa phương.

- XHH là mở rộng các nguồn đầu tư, khai thác các tiềm năng về nhân lực, vật lực và tài lực trong xã hội. ...

- XHH không có nghĩa là giảm nhẹ trách nhiệm của Nhà nước, giảm bớt phần ngân sách nhà nước mà là ngược lại.

Cũng trong văn bản này, XHH được Chính phủ xác định như là một biện pháp đảm bảo công bằng xã hội:

- Thực hiện XHH các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá cũng là giải pháp quan trọng để thực hiện chính sách công bằng xã hội ...phải ưu tiên đối với người

có công, phải trợ giúp người nghèo, vùng nghèo; người có công, có cống hiến nhiều hơn, được xã hội và Nhà nước chăm lo nhiều hơn... Công bằng xã hội trong việc huy động các nguồn lực của nhân dân vào các hoạt động văn hoá, xã hội.

Như vậy, nội hàm của XHH được làm rõ bằng các văn bản pháp quy. Theo đó tư nhân hóa chỉ là một phần thuộc khía cạnh nhà nước huy động thêm sự tham gia của xã hội. Cho dù như thế, cụm từ XHH ở các văn bản trên vẫn không được sử dụng theo đúng nghĩa gốc là nhiều người hay toàn xã hội chăm lo cho một người (GS.Trương Việt Dũng- trao đổi cá nhân) chưa nói đến khía cạnh khi thực thi người ta thường hay tập trung vào một khía cạnh của XHH: Huy động sự đóng góp của xã hội mà quên mất trách nhiệm đi kèm là chăm lo cho người nghèo.

1.1.4. Ý nghĩa của cụm từ XHH theo cách dùng từ của Các Mác và LêNin

Thực tế, cách dùng từ XHH ở Việt nam ít nhiều xuất phát từ cách diễn đạt của Các mác và Lê Nin nhưng với cách ghép từ khá đặc biệt.

Cụm từ XHH theo cách dùng từ của Các Mác gắn với tư liệu sản xuất, hay lao động (XHH lao động, XHH tư liệu sản xuất...) là đưa một cách có hệ thống mọi loại tư liệu sản xuất kinh doanh và sở hữu lên toàn xã hội, thành của chung: “Sự tiến xa hơn nữa của quá trình xã hội hoá lao động... thành khai thác xã hội, và do đó, là tư liệu sản xuất chung” và “Sự tiết kiệm mọi tư liệu sản xuất trong sử dụng như là tư liệu sản xuất của lao động tập thể, xã hội hoá”[43]. Vậy XHH có thể được hiểu với ý nghĩa khái quát: XHH cái gì đó là biến chúng thành của chung, của xã hội.

Theo Lê-nin, “Từ ‘xã hội hoá’ chỉ biểu lộ khuynh hướng, ước mơ, một bước sửa soạn tiến tới chủ nghĩa xã hội”. “Xã hội hoá khác với tịch thu chính ở chỗ người ta có thể tịch thu chỉ với ‘sự quyết tâm’, không cần có năng lực kiểm kê và phân phối hợp lý những cái đã tịch thu, trong khi người ta không thể xã hội hoá nếu thiếu năng lực đó”. Tựu chung lại cụm từ XHH theo cách dùng từ của Lê - nin có hàm nghĩa: của chung, (chính xác hơn là sở hữu chung) phục vụ lợi ích cộng đồng. Nói chung, một nhà nước xã hội chủ nghĩa có mục tiêu “xã hội hoá” sản xuất kinh doanh và sở hữu “*để phục vụ lợi ích của toàn dân*” tức là XHH là dùng của cải tập

TRUNG của NHÀ NƯỚC để sản xuất kinh doanh phục vụ lợi ích cộng đồng. Như vậy, theo cách hiểu của Lê nin, dưới góc độ nguồn lực, thì “xã hội hoá” lại phải được cung cấp tài chính từ NHÀ NƯỚC khác với cách hiểu của chúng ta là huy động nguồn lực của xã hội (cụ thể là của khu vực tư nhân).

Tóm lại, cụm từ XHH được sử dụng trong các văn bản pháp lý của Việt nam ít nhiều gần gũi với cách dùng từ của Marx và Lênin nhưng theo cách ghép từ hơi máy móc: XHH với ý nghĩa “của cải, nguồn lực **chung của xã hội** để phục vụ lợi ích cộng đồng” trở thành XHH y tế là **trách nhiệm chung** của xã hội đối với ngành y trong khi không phải từ nào ghép với từ “của chung của xã hội” cũng có ý nghĩa, đặc biệt với từ “trách nhiệm”. Hơn nữa, thực thi chính sách XHH người ta hay nhấn mạnh vào vấn đề tài chính (đóng góp) hay đầu tư của tư nhân, ngược với quan điểm của Lê nin cho rằng XHH dùng của cải tập TRUNG của NHÀ NƯỚC để sản xuất kinh doanh phục vụ lợi ích cộng đồng.

1.1.5. Kết luận về thuật ngữ “Xã hội hóa y tế”.

Việc nhà nước huy động sự tham gia của toàn xã hội vào phát triển sự nghiệp y tế là một chủ trương lớn và hoàn toàn đúng đắn. Chủ trương này không phải chỉ để giải quyết tình trạng nhất thời nhà nước thiếu hụt ngân sách mà chủ trương đó đúng cho cả sau này bởi nhu cầu của con người luôn cao hơn khả năng đáp ứng của nguồn lực. Hơn nữa, sức khỏe của một cá nhân không thể được đảm bảo chỉ bằng hệ thống y tế tốt. Tuy nhiên, cách chúng ta gọi chủ trương đó là “xã hội hoá” có phần khiên cưỡng và không thực sự phù hợp với nguồn gốc ngôn ngữ cũng như cách hiểu thông thường về xã hội hoá. Nếu nói ngôn ngữ chỉ là quy ước phát âm của một cộng đồng dân cư thì chúng ta có quyền sử dụng cụm từ xã hội hoá theo cách hiểu của chúng ta. Tuy nhiên như thế chúng ta đã tự gây khó dễ cho mình trong giao tiếp quốc tế và gây ra những ngộ nhận mơ hồ không đáng có trong bối cảnh toàn cầu hoá đã diễn ra không chỉ với kinh tế mà với cả văn hoá và ngôn ngữ cũng có sự giao thoa.

Xét dưới khía cạnh nguồn gốc ngôn ngữ, cách hiểu về cụm từ XHH của chúng ta không giống với cách hiểu chung. Mục đích thực hiện XHH một số dịch vụ công của chúng ta là trong sáng, cách làm cũng không sai nhưng chúng ta dùng

từ chưa đúng nên gây ra nhiều sự hiểu lầm và tranh cãi. Nguy hiểm hơn, việc dùng từ sai này có thể dễ dàng bị trục lợi cho những mưu đồ, toan tính riêng đi ngược lại với chủ trương tốt đẹp của nhà nước như chuyển đổi hình thức công lập sang bán công: chiếm đoạt, sử dụng tài sản của nhà nước, cung cấp các dịch vụ cao có thu phí ở các bệnh viện công trong khi các dịch vụ này lại chủ yếu sử dụng cơ sở vật chất của nhà nước. Kể cả nhiều trường hợp cơ quan chức năng nói là triển khai thực hiện nội dung của XHH nhưng lại chỉ tập trung vào tư nhân hoá, và tiến hành thu phí đối với khu vực công mà quên đi những nhiệm vụ, chức năng tốt đẹp của XHH. Cách hiểu này có thể do bản thân cụm từ XHH ngay từ ban đầu khi dùng đã không có định nghĩa mà chỉ có một vài dòng có thể tạm gọi là nội dung của XHH. Vì vậy, các cá nhân, hay kể cả các cơ quan truyền thông, các bộ ngành khi sử dụng cụm từ này, mỗi người đã khai thác ở một khía cạnh theo mục đích của mình hoặc vô tình do sự hiểu biết phiến diện một chiều của mình mà gây ra những cách hiểu nhầm. “Các khái niệm, phạm trù không chỉ là công cụ làm việc của các nhà khoa học mà nó còn là cái khung của lý luận để từ đó góp phần đổi mới tư duy, nâng cao nhận thức. Nếu chưa thông về khái niệm, phạm trù thì chưa có sự thống nhất về nhận thức và chính nó lại là những rào cản đầu tiên của sự phát triển” [32].

1.2. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CƠ BẢN VỀ XÃ HỘI HOÁ Y TẾ.

1.2.1. Khái niệm xã hội hóa y tế

Dưới góc độ đánh giá chính sách đang thực hiện, luận án đưa ra khái niệm xã hội hóa y tế như sau:

XHH y tế là hoạt động có sự tham gia bằng các hoạt động và sự đóng góp theo khả năng của mọi thành phần kinh tế, mọi ngành nghề, cá nhân và tổ chức xã hội vào công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân nhằm đạt kết quả cao nhất, công bằng và hiệu quả.

Sự đóng góp ở đây không chỉ là đóng góp về tài chính, mà đóng góp công sức. Tham gia ở đây được hiểu ở cả hai góc độ: cung cấp đầu vào và cung ứng đầu ra. Xét dưới khía cạnh cung cấp đầu vào, không chỉ đơn thuần là cung cấp tài chính như đóng góp viện phí, bỏ tiền đầu tư vào lĩnh vực y tế mà sự tham gia cung cấp đầu vào còn dưới cả các góc độ các cá nhân, tập thể (nguồn nhân lực) tham gia các

hoạt động rèn luyện sức khỏe, vệ sinh môi trường, công tác tuyên truyền. Hoạt động cung ứng đầu ra sẽ bao gồm huy động sự tham gia của khu vực tư nhân, các hộ gia đình vào việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, từ việc mở bệnh viện tư, phòng khám tư đến việc trồng cây thuốc nam ở các hộ gia đình, cụ thể như sau:

Bảng 1.1: Các khía cạnh XHH y tế

	Tài chính (đóng góp)	Hoạt động (tham gia)
Đầu vào	Đóng góp tài chính của các cá nhân hay tổ chức	Nguồn nhân lực tham gia vào lĩnh vực y tế
Đầu ra	Đầu tư tài chính của các cá nhân hay tổ chức (vào việc cung ứng dịch vụ)	Tham gia cung ứng dịch vụ của KVTN; cộng đồng tham gia vào xây dựng, giám sát, phản biện đối với các chủ trương, chính sách pháp luật về lĩnh vực y tế; hộ gia đình trồng cây thuốc nam; các gia đình tự chăm sóc người bệnh; các cá nhân tự rèn luyện, chăm sóc sức khỏe bản thân

1.2.2. Nội dung của XHH y tế

Theo định hướng của Đảng và các văn bản pháp lý của Chính phủ, XHH y tế bao gồm 5 nội dung cơ bản sau:

(i). Củng cố vai trò nòng cốt của ngành y tế: Nâng cao chất lượng KCB, thực hiện chế độ thu viện phí phù hợp. Thực hiện tốt việc quản lý nhà nước, quản lý về chuyên môn đối với khu vực ngoài công lập. Từng bước tiến hành BHYT toàn dân.

(ii). Đa dạng hoá các hình thức cung cấp dịch vụ CSSK (Nhà nước, tập thể, dân lập, tư nhân...), trong đó y tế nhà nước có vai trò chủ đạo. Cho phép nhiều lực lượng có hiểu biết và kinh nghiệm nghề nghiệp tham gia các dịch vụ CSSK dưới sự quản lý của Nhà nước, nhằm cung cấp dịch vụ y tế ngày càng thuận tiện cho người dân và giảm bớt sức ép về ngân sách cho Nhà nước.

(iii). Tổ chức tốt sự tham gia tích cực, chủ động của người dân trên cả hai mặt hoạt động và đóng góp. Vận động nhân dân tự giác tham gia các hoạt động CSSK: các phong trào vệ sinh, rèn luyện thân thể, phòng bệnh, phòng dịch, xây dựng nếp sống văn minh, lành mạnh... Tăng cường sử dụng y học cổ truyền dân tộc, nuôi, trồng các loại cây, con làm thuốc. Nhân dân tham gia đóng góp và chi trả cho các dịch vụ CSSK thông qua chế độ viện phí.

(iv). Tổ chức phối hợp liên ngành vì mục tiêu sức khỏe cho mọi người. Làm

rõ vai trò, nhiệm vụ và tổ chức tốt việc phối hợp giữa các ban ngành, đoàn thể trong việc chăm sóc sức khỏe người dân.

(v). Tổ chức tốt việc KCB cho người nghèo. Chính phủ tài trợ một phần, đồng thời khuyến khích Hội chữ thập đỏ, các Hội từ thiện, tổ chức quần chúng, tổ chức kinh tế của Nhà nước và tư nhân đóng góp để xây dựng các quỹ trợ giúp cho người nghèo được KCB, mua BHYT cho các gia đình có công với nước và cho người nghèo.

1.2.3. Đối tượng thực hiện XHH y tế

Việc CSSK nhân dân không chỉ là công việc của ngành y mà còn cần có sự phối hợp và vào cuộc của nhiều ban ngành đoàn thể khác. XHH y tế là cơ chế huy động sự vào cuộc của các tổ chức đó với các nhiệm vụ cụ thể như sau: **(i) Các cấp uỷ Đảng, chính quyền** với vai trò hoàn thiện hệ thống pháp lý, tạo cơ chế thúc đẩy sự tham gia của các ngành các cấp vào việc thực hiện chủ trương XHH y tế như ban hành các văn bản pháp lý, hỗ trợ đi đôi với giám sát ngành y tế triển khai các dịch vụ CSSK cả về phòng bệnh và chữa bệnh; ban hành các văn bản hướng dẫn về vai trò, nhiệm vụ của các ngành, các cấp, các tổ chức, các cá nhân trong việc thực thi chủ trương XHH.... **(ii) Các ngành** khi triển khai nhiệm vụ của ngành mình phải chú ý các vấn đề có liên quan đến sức khỏe nhân dân, ví dụ ngành Giáo dục và Đào tạo đưa chương trình giáo dục sức khỏe vào chương trình giảng dạy chính khoá cùng với chương trình y tế học đường.... Các cơ quan đoàn thể khác như **(iii). Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, (iv) Hội Liên hiệp phụ nữ, (v) Hội Nông dân, (vi) Đoàn Thanh niên cộng sản Hồ Chí Minh, (vii) Liên đoàn Lao động Việt Nam, (viii) Hội Cựu chiến binh, (ix) Hội Chữ thập đỏ, (x) Hội Y học cổ truyền** với các hoạt động xây dựng quỹ KCB cho người nghèo, tổ chức tập huấn về kiến thức nâng cao sức khỏe và phòng chống bệnh cho hội viên, vận động hội viên, đoàn viên tham gia các hoạt động giữ gìn, chăm sóc sức khỏe và phòng chống bệnh tật...[58]

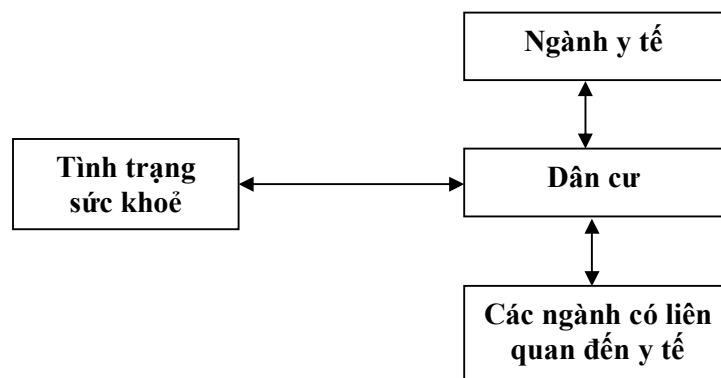
1.2.4. Cơ sở của việc thực hiện XHH y tế

Chăm sóc sức khỏe cần có sự vào cuộc của toàn xã hội.

Tình hình sức khỏe của người dân phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, chúng đều có ý nghĩa quan trọng, và có thể đưa vào các nhóm như sau:

- Các yếu tố tự thân như yếu tố di truyền, lối sống và hành vi cá nhân, ốm đau, tai nạn, rủi ro lây nhiễm các bệnh nhiễm trùng, truyền nhiễm... thiếu hiểu biết về vệ sinh phòng bệnh và tự bảo vệ sức khỏe hay các stress và các thời điểm khủng hoảng của cuộc đời.
- Yếu tố gia đình như điều kiện ở, chế độ dinh dưỡng, việc làm và thu nhập, quan hệ tình cảm giữa các cá nhân trong gia đình, bệnh tật và những khủng hoảng sức khỏe của các thành viên, yếu tố an toàn an ninh
- Yếu tố môi trường như khí hậu, thiên tai, dịch họa, ô nhiễm nguồn nước, ô nhiễm khí quyển, nguy cơ từ chất thải.
- Các hệ thống y tế, bao gồm chăm sóc y tế, chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Như vậy, tình trạng của hệ thống y tế chỉ là một trong số rất nhiều yếu tố có ảnh hưởng tới tình trạng sức khỏe người dân. Ngoài hệ thống y tế, còn bao gồm các yếu tố liên quan tại nhà, cơ sở giáo dục, nơi làm việc, cộng đồng và các ngành liên quan khác tức nhiều yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe lại là khu vực trách nhiệm của các ngành khác ngoài ngành y. Vì vậy, CSSK người dân không thể chỉ phó mặc cho ngành y mà cần có sự tham gia của chính bản thân người dân và sự phối hợp liên ngành để đạt được mục tiêu về sức khỏe.



Sơ đồ 1.1: Các yếu tố tác động tới tình trạng sức khỏe người dân

Nguồn: Remigio d. Mercado , 1994 [48]

Sự phát triển kinh tế xã hội cũng đã tạo điều kiện để nhiều đối tượng có thể tham gia vào công cuộc XHH y tế.

Xét về phía người sử dụng dịch vụ, mức tiêu dùng dịch vụ y tế của mỗi

người khác nhau, vì vậy, cần phải huy động sự đóng góp căn cứ vào mức sử dụng trong khi thu nhập của người dân đã tăng lên (1160 USD/người một năm cho năm 2010), cho phép nhiều người có thể tự chi trả cho việc sử dụng dịch vụ y tế.

Xét về phía đối tượng cung ứng dịch vụ KCB, trước hết, tư nhân ngày càng có thể tham gia vào lĩnh vực KCB khi lượng vốn tích tụ ngày càng lớn trong xã hội của các tổ chức này đã tạo điều kiện cho họ tham gia vào việc cung ứng dịch vụ KCB - một loại hình dịch vụ mà có yêu cầu vốn đầu tư lớn trước đây chỉ có thể do nhà nước đảm nhận. Bên cạnh đó, sự phát triển kinh tế - xã hội đạt tới trình độ dân chủ hoá cao hơn đã tạo ra một đội ngũ những người có kiến thức, kỹ năng, khả năng tổ chức và quản lý sẵn sàng tham gia vào hoạt động cung ứng dịch vụ y tế.

Về phía khu vực nhà nước, có sự kém hiệu quả của khu vực này trong việc cung ứng dịch vụ y tế:

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng hoạt động của khu vực công trong lĩnh vực cung ứng dịch vụ công thường kém hiệu quả hơn so với khu vực tư nhân. Chỉ có 6% doanh nhân cho rằng dịch vụ của Chính phủ là có hiệu quả, 36% cho rằng dịch vụ của Chính phủ là rất không hiệu quả, trong đó đường xá và y tế là yếu kém nhất [29]. Lý do cơ bản dẫn đến tình trạng này là sự độc quyền tự nhiên của các bệnh viện công dẫn đến tình trạng không có cạnh tranh, triệt tiêu động lực giảm chi phí, nâng cao hiệu quả của hệ thống này. Bên cạnh đó, sự trợ giúp, ưu đãi của nhà nước cũng tạo ra tâm lý ỷ lại cho các bệnh viện công. Ngoài ra những nguyên nhân mang tính khách quan như sự can thiệp sâu của nhà nước như các quy định về biên chế hay việc bổ nhiệm cương vị lãnh đạo của đơn vị, làm cho đơn vị chịu áp lực về biên chế mà không có quyền tự lựa chọn và sa thải người hay đôi khi, nhà nước giao cho đơn vị thực hiện quá nhiều mục tiêu của chính sách xã hội nhưng không cung cấp đủ cho đơn vị những điều kiện cần thiết, hay sự lạc hậu về công nghệ của tổ chức khiến họ không thể đảm đương nhiệm vụ được giao. Như vậy, có cả các lý do khách quan lẫn chủ quan khiến cho các bệnh viện công khó hoạt động có hiệu quả. Cho phép khu vực ngoài công lập tham gia vào lĩnh vực KCB là một trong những phép thử cơ bản để tìm giải pháp cho bài toán khó trên.

Dưới góc độ nguồn lực, do hạn chế về nguồn lực từ ngân sách, lĩnh vực y tế cần huy động sự tham gia, đóng góp của toàn xã hội. Với một quốc gia đang phát triển như Việt Nam với thu nhập quốc dân khoảng trên 100 tỷ USD thì việc chăm lo sức khỏe cho gần 90 triệu dân là gánh nặng cho NSNN. Vì vậy, XHH y tế là điều cần thiết để khu vực y tế tư nhân chia sẻ bớt gánh nặng cung cấp dịch vụ với khu vực nhà nước, để đầu tư của nhà nước có thể dành cho những lĩnh vực ưu tiên như y tế dự phòng, y tế cơ sở hay cho những vùng miền, những đối tượng còn khó khăn. Những người có thu nhập cao nộp tiền cho việc sử dụng dịch vụ để nguồn ngân sách ít ỏi có thể dành cho người nghèo.

1.2.5. Vai trò của XHH y tế

Huy động nguồn lực trong dân

Với mọi quốc gia, chỉ tiêu cho CSSK luôn là khoản chi có mức tăng cao nhất[79]. Điều này vừa xuất phát từ phía cầu (nhu cầu CSSK của người dân ngày càng tăng), vừa xuất phát từ phía cung (kỹ thuật hỗ trợ KCB ngày càng phát triển với nhiều máy móc, thiết bị hiện đại, đắt tiền) vừa xuất phát từ những bối cảnh khách quan (bệnh dịch, tai nạn... ngày càng nhiều). Việt nam cũng không nằm ngoài xu hướng đó khiến NSNN chỉ cho y tế dù liên tục tăng vẫn không đáp ứng đủ nhu cầu cho ngành y. XHH y tế là kênh quan trọng trong việc huy động nguồn lực trong dân phục vụ cho sự nghiệp y tế, từ sự đầu tư của khu vực tư nhân đến sự đóng góp của người bệnh qua kênh viện phí. Những nguồn này đã bù đắp phần thiếu hụt về nguồn lực để duy trì hoạt động cũng như sự phát triển cho ngành y.

Đáp ứng nhu cầu CSSK người dân.

XHH y tế đã đáp ứng nhu cầu trong CSSK nhân dân của hai nhóm người với hai cách thức khác nhau. Với nhóm người thu nhập cao, các hình thức KCB theo yêu cầu, hay sự phát triển của y tế tư nhân giúp họ có nhiều lựa chọn hơn, giúp họ được cung cấp dịch vụ phục vụ với chất lượng cao hơn để dễ dàng vượt qua những ngày tháng khó khăn vì bệnh tật. Nguồn lực có được từ công cuộc XHH cũng sẽ tác động tích cực tới chất lượng chuyên môn về KCB khi các bác sỹ vừa có nhiều thiết bị máy móc hiện đại hỗ trợ cho công tác chẩn đoán và điều trị, vừa có được thu

nhập xứng đáng hơn. Bệnh nhân hài lòng với dịch vụ KCB trong nước sẽ không phải ra nước ngoài điều trị, hạn chế được những tổn kém không cần thiết. Với nhóm người nghèo hay các đối tượng neo đơn, XHH y tế là cơ chế mang đến cho họ nhiều lợi ích như thẻ BHYT miễn phí cho người nghèo, trẻ em và các đối tượng có công. Khi các bệnh viện được thu viện phí, được cung cấp dịch vụ theo yêu cầu cũng là lúc ngân sách nhà nước cho các bệnh viện này giảm mạnh. Phần ngân sách ấy thay vì trợ cấp cho bên cung bây giờ sẽ được trợ cấp trực tiếp cho bên cầu (mua thẻ BHYT cho các đối tượng chính sách) vốn là hình thức trợ cấp được đánh giá cao hơn[96]. Hơn nữa, nguồn ngân sách ít ỏi này cũng sẽ được dành cho các hoạt động y tế dự phòng vẫn được coi là rất có hiệu quả về lâu dài và mang lại lợi ích nhiều cho các vùng miền còn khó khăn về tài chính.

Hoàn thiện cơ chế thị trường trong lĩnh vực y tế

Sau hơn 20 năm đổi mới, nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đã dần định hình trong các ngành, các lĩnh vực và phát huy vai trò của nó. Nhưng đối với một lĩnh vực xã hội đặc thù như y tế thì vẫn còn chậm đổi mới và lúng túng trong việc xây dựng cơ chế hoạt động để vừa phù hợp với nền kinh tế thị trường, vừa đảm bảo định hướng xã hội chủ nghĩa nhằm thực hiện mục tiêu an sinh, công bằng và tiến bộ xã hội. XHH y tế là cơ chế có áp dụng các nguyên tắc kinh tế thị trường trong y tế, từ sự thử nghiệm này, qua thực tế chúng ta sẽ rút ra được nhiều bài học, có sự điều chỉnh cần thiết để tận dụng ưu điểm của kinh tế thị trường và hạn chế nhược điểm của cơ chế này trong một lĩnh vực đặc thù như y tế. XHH y tế cũng là cách thức chính phủ thực hiện các định hướng phát triển y tế tư nhân hay các cam kết WTO (Nhà cung cấp dịch vụ nước ngoài được cung cấp dịch vụ thông qua thành lập bệnh viện 100% vốn nước ngoài, liên doanh với đối tác Việt Nam hoặc thông qua hợp đồng hợp tác kinh doanh).

Cân bằng lại giữa khu vực công và tư, củng cố, hoàn thiện khu vực y tế công và thúc đẩy sự phát triển của y tế tư nhân

Cả thị trường và nhà nước đều có những vai trò nhất định trong mọi lĩnh vực sản xuất, cung cấp dịch vụ, như hai bàn tay của một cơ thể. Tuy nhiên, một thời

gian dài, nhà nước đã thực hiện bao cấp trong y tế mà vắng bóng thị trường. Điều đó đã để lại nhiều hậu quả, đó là sự trì trệ trong các bệnh viện công, mọi người dân được KCB, được cấp thuốc không phải trả tiền nhưng ở mức dịch vụ thấp, là sự thiếu hụt nguồn lực nghiêm trọng phục vụ cho sự nghiệp y tế. XHH y tế là một cơ chế cho phép ngành y cân bằng lại giữa nhà nước và thị trường. Khi khu vực tư nhân được phép tham gia vào một số lĩnh vực phù hợp thì y tế công có điều kiện tập trung hơn vào những mảng chính của mình như đào tạo, y tế dự phòng hay y tế kỹ thuật cao... Các văn bản pháp lý của XHH y tế đã tạo nhiều điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của y tế tư nhân cũng như y tế công thông qua các cơ chế tự chủ tài chính, cho phép các bệnh viện thu phí, cung cấp dịch vụ theo yêu cầu hay các hoạt động liên doanh liên kết. Những hoạt động này không những mang lại nguồn lực tài chính và vật chất (máy móc thiết bị y tế) khổng lồ cho các bệnh viện mà còn tạo tiền đề cơ bản cho sự cải tiến cơ cấu tổ chức, hạch toán kế toán để các bệnh viện hoạt động có hiệu quả hơn.

XHH y tế để đảm bảo tính công bằng, hiệu quả trong lĩnh vực y tế.

Khi nguồn lực của xã hội được huy động cho hoạt động KCB, phần ngân sách của nhà nước sẽ dành để đầu tư cho các lĩnh vực ưu tiên như dự phòng, y tế cơ sở... Sự phân bổ ngân sách theo kênh này luôn được cho là vừa đảm bảo tính công bằng vừa đảm bảo tính hiệu quả. Thay vì trợ cấp cho các bệnh viện công, nguồn lực này sẽ dành để hỗ trợ các đối tượng chính sách thông qua hoạt động mua thẻ BHYT cho người nghèo, trẻ em và các đối tượng khác. Đây chính là hoạt động thích hợp nhất cho việc đảm bảo tính công bằng và cả tính hiệu quả trong sự nghiệp CSSK nhân dân. Chính sách thu phí bệnh viện công hay người khám chữa bệnh ở khu vực y tế tư nhân phải trả phí theo dịch vụ còn người nghèo được miễn giảm viện phí của XHH y tế cũng là cách thức đảm bảo công bằng dọc trong y tế : đóng góp theo khả năng chi trả. Việc đa dạng hóa các loại hình cung cấp dịch vụ y tế cũng là cách thức đảm bảo tính hiệu quả ở một góc độ nào đó khi khu vực tư nhân luôn được cho là sử dụng nguồn lực tiết kiệm và hiệu quả.

1.3. CƠ SỞ KHOA HỌC CHO SỰ LỰA CHỌN CÁC PHƯƠNG THỨC XÃ HỘI HOÁ Y TẾ

1.3.1. *Đặc thù của sức khoẻ, dịch vụ chăm sóc sức khoẻ*

1.3.1.1. Đặc thù chung

- **Sức khỏe là đặc biệt quan trọng.** Theo WHO, Sức khỏe là một tình trạng hoàn toàn thoải mái cả về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không phải chỉ là không có bệnh [97]. Sức khỏe vừa là phương tiện, vừa là mục tiêu của mọi quá trình phát triển. Đã từ lâu CSSK là một trong số các yếu tố cấu thành cơ bản của hai chỉ tiêu quan trọng phản ánh sự phát triển của quốc gia: chỉ số phát triển con người HDI và chỉ số nghèo khổ HPI. HDI được UNDP sử dụng để đo lường chất lượng sống của con người ở các quốc gia. Chỉ số này dựa trên 3 chỉ tiêu: (1) tuổi thọ mong đợi; (2) trình độ học vấn; (3) và điều kiện kinh tế (thu nhập bình quân đầu người). Chỉ số nghèo khổ HPI để đo lường mức nghèo khổ của một quốc gia, chỉ số này bao gồm 3 nội dung (1) Tỷ lệ sinh tồn; (2) Tỷ lệ thất học và thiếu giao tiếp; (3) Tỷ lệ thiếu những điều kiện cho cuộc sống được tôn trọng, được tổng hợp theo 3 chỉ số là tỷ lệ người không được dùng nước sạch, tỷ lệ người không được chăm sóc y tế, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi [48]. Sức khỏe còn là phương tiện quan trọng bởi nó ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng cuộc sống của các cá nhân cũng như việc đạt mục tiêu phát triển của các quốc gia bởi sự phát triển vững bền của một quốc gia phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng các nguồn nhân lực trong khi sức khỏe quyết định tới năng suất lao động, khả năng làm việc và học tập của họ. Như vậy, đầu tư cho chăm sóc sức khỏe con người chính là đầu tư cho phát triển kinh tế xã hội của quốc gia [48].

- **CSSK vừa mang tính tiêu thụ, vừa mang tính đầu tư.** Sức khỏe tốt là kết quả có sự đóng góp to lớn của dịch vụ y tế, đồng thời sức khỏe tốt lại đóng góp lớn cho sản xuất, nên cũng chính là đầu tư. Vì vậy, CSSK không chỉ có ý nghĩa về mặt y học, xã hội mà còn có ý nghĩa lớn về kinh tế.

- **CSSK cần được coi như một quyền của con người.** Mọi người không bình đẳng với nhau trước sức khỏe. Sự không bình đẳng này có thể có nguyên nhân

từ lối sống, điều kiện kinh tế nhưng cũng có thể do cơ địa hay di truyền. Chính vì vậy, về mặt đạo đức, mọi người đều có quyền được đảm bảo về mặt sức khỏe. Cho nên việc tiếp cận dịch vụ y tế không nên phụ thuộc nhiều vào mức thu nhập bởi được chăm sóc y tế là quyền của người dân (đối với các dịch vụ y tế cơ bản) chứ không phải là một loại dịch vụ tiêu dùng thông thường[40].

- **Dịch vụ CSSK:** là cái mà người ta phải sử dụng khi ốm đau chứ không phải là cái người ta thích mua khi người ta có tiền. Mỗi người đều có nguy cơ mắc bệnh và nhu cầu CSSK ở các mức độ khác nhau và đặc biệt ở những thời điểm không thể dự đoán trước. Chính vì vậy, người ta thường gặp khó khăn trong chi trả các chi phí y tế không lường trước được. Đối với cá nhân người sử dụng, dịch vụ CSSK là hàng hoá vô giá vì nó gắn liền với sức khỏe, tính mạng con người nên không giống các nhu cầu khác, khi bị ốm, mặc dù không có tiền nhưng người ta vẫn phải mua (khám chữa bệnh). Tương tự như vậy, việc tìm kiếm dịch vụ y tế cũng khác xa so với các hàng hoá khác, “khi con của bạn bị ốm, bạn không thể đi lòng vòng để mặc cả chọn lấy giá hời nhất” [61]. Trong khi quyết định tiêu thụ hay không tiêu thụ một dịch vụ có thể không phục hồi được (nghĩa là quyết định đó có thể dẫn tới tử vong hoặc tàn phế vĩnh viễn) [26].

- **Chất lượng dịch vụ CSSK:** Đối với lĩnh vực KCB thì tiêu chí về chất lượng dịch vụ có thể được hiểu dưới hai góc độ. Chất lượng về mặt chuyên môn như kết quả KCB (khỏi, đỡ, tác dụng phụ...) thì chỉ có bản thân người trực tiếp điều trị biết hoặc có thể được giám sát, đánh giá ít nhiều bởi đồng nghiệp của họ còn người bệnh không phải lúc nào cũng đủ khả năng để đánh giá về chất lượng dịch vụ y tế mà mình sử dụng [40]. Trong khi đó, người bệnh lại tham gia trực tiếp vào việc sản xuất cũng như tiêu thụ dịch vụ CSSK [26]. Đối với bệnh nhân thì chất lượng dịch vụ KCB được hiểu đơn giản theo các khía cạnh như không phải chờ đợi, được tiếp đón ân cần, nhiệt tình, phòng bệnh vệ sinh sạch sẽ... Chính vì vậy không phải lúc nào bệnh nhân cũng có đủ thông tin để lựa chọn nơi phù hợp để tìm kiếm dịch vụ.

- **Dịch vụ CSSK mang tính chuyên môn cao** nên người tiêu dùng hoàn toàn bất lợi về mặt thông tin so với người bán (bệnh nhân và bác sỹ). Với một số hàng

hoá khác, người tiêu dùng có thể có hiểu biết nhất định về sản phẩm hoặc có được thông tin về sản phẩm bằng kinh nghiệm. Nhưng đối với dịch vụ CSSK, người bệnh biết rất ít về hiệu quả hay các hậu quả của điều trị, thậm chí người ta còn không biết mình bị ốm. Chính vì thế, dịch vụ y tế là loại hàng hoá mà người sử dụng (người bệnh) thường không tự mình lựa chọn được mà chủ yếu do bên cung ứng (cơ sở y tế) quyết định. Nói một cách khác, ngược lại với thông lệ “cầu quyết định cung”, trong dịch vụ y tế “cung quyết định cầu”. Người bệnh có nhu cầu KCB nhưng điều trị bằng phương pháp nào, dùng loại thuốc hay dịch vụ gì và với thời gian bao lâu lại do bác sĩ quyết định. Như vậy, người bệnh, chỉ có thể lựa chọn nơi điều trị, ở một chừng mực nào đó, bác sĩ điều trị chứ không được chủ động chọn lựa phương pháp điều trị.

- **Có sự khác biệt lớn giữa nhu cầu và yêu cầu.** Trong lĩnh vực CSSK, nhu cầu có thể được hiểu theo hai cách cơ bản là nhu cầu chuẩn mực và nhu cầu cảm thấy. Nhu cầu chuẩn mực là nhu cầu được nhà chuyên môn (bác sĩ) đánh giá dựa trên cơ sở chuyên môn còn nhu cầu cảm thấy là nhu cầu do cá nhân tự đưa ra [26]. Nhiều khi hai loại nhu cầu trên mâu thuẫn với nhau bởi sự hạn chế về chuyên môn của bệnh nhân. Tương tự, nhu cầu chuẩn mực cũng khác so với yêu cầu khi yêu cầu phản ánh ý thích của cá nhân trên cơ sở tự nguyện chi trả. Phẫu thuật thẩm mỹ là yêu cầu nhưng nhiều khi không là nhu cầu chuẩn mực, tương tự tiêm phòng ung thư cổ tử cung ở nữ giới là nhu cầu chuẩn mực nhưng nhiều khi lại không là yêu cầu hay nhu cầu cảm thấy. Sự khác biệt này một phần do sự hạn chế của bệnh nhân nhưng nhiều trường hợp có thể là do sức khoẻ tâm thần (người mắc bệnh tâm thần) hay do tình huống đặc biệt (đang trong tình trạng bất tỉnh).

1.3.1.2. Các nguyên tắc được rút ra xuất phát từ đặc thù của sức khỏe và dịch vụ CSSK.

Từ những đặc thù trên, có thể rút ra các nguyên tắc cần đảm bảo đối với các cơ chế CSSK như sau:

Nguyên tắc 1: Cần có cơ chế đảm bảo mọi người được tiếp cận với các dịch vụ CSSK nói chung, đặc biệt là CSSK cơ bản, CSSK cộng đồng.

Nguyên tắc 2: Cần có cơ chế tránh những rủi ro tài chính bất ngờ do bệnh tật cho người dân.

Nguyên tắc 3: Cần có tổ chức trung gian cung cấp thông tin/đảm bảo quyền lợi cho người mua (bệnh nhân) trong bối cảnh họ luôn rơi vào tình thế phụ thuộc hoàn toàn vào bác sỹ.

Nguyên tắc 4: Cần có tổ chức đưa ra quyết định KCB cho bệnh nhân trong trường hợp họ không thể đưa ra quyết định tiêu thụ dịch vụ (họ đang bất tỉnh hoặc họ mất trí)

1.3.2. Luận cứ kỹ thuật về hoạt động của thị trường chăm sóc sức khoẻ

1.3.2.1. Thị trường CSSK và khả năng thỏa mãn điều kiện cạnh tranh hoàn hảo của thị trường CSSK

a. Thị trường và điều kiện cạnh tranh hoàn hảo của thị trường

- Cơ chế thị trường là một hệ thống kinh tế trong đó cơ chế giá cả được hoạt động tự do để báo hiệu sự ưa thích của người tiêu dùng và qua tác động của nó lên lãi suất mà khuyến khích sự phân bổ các nguồn lực nhằm mục đích thỏa mãn sự lựa chọn đó. Người tiêu dùng thực hiện sự lựa chọn qua cách bỏ phiếu bằng túi tiền của mình. Đây là một hệ thống phi nhân, nó cho phép thực hiện các sáng kiến phi tập trung hoá quan trọng khi sử dụng các nguồn lực. Rồi điều này lại động viên cạnh tranh và hiệu suất trong khi tối đa hoá các khả năng lựa chọn của người tiêu thụ [26].

- Điều kiện để thị trường hoạt động có hiệu quả.

Kinh tế học phúc lợi: là một nhánh của lý thuyết kinh tế quan tâm đến sự mong muốn của xã hội đối với các trạng thái kinh tế khác nhau và được sử dụng để phân biệt các trường hợp trong đó thị trường được coi là hoạt động có hiệu quả với các trường hợp mà thị trường thất bại, không thể đưa ra được kết quả mong muốn. Lý thuyết kinh tế này đã chứng minh được định lý Thứ nhất như sau:

Chừng nào nền kinh tế còn là cạnh tranh hoàn hảo, tức là người sản xuất và người tiêu dùng còn chấp nhận giá, thì chừng đó, trong những điều kiện nhất định (ổn định kinh tế), nền kinh tế sẽ tất yếu chuyển tới một cách phân bổ nguồn lực đạt hiệu quả (Pareto)[70].

Theo kết quả của định lý, thị trường có thể hoạt động có hiệu quả, nhưng phải trong môi trường nhất định, môi trường đó chính là ổn định kinh tế và cạnh tranh hoàn hảo. Về khía cạnh ổn định kinh tế, nền kinh tế Việt nam hiện nay thoả mãn yêu cầu đó. Tuy nhiên, còn yêu cầu thứ hai là cạnh tranh hoàn hảo, hãy xem tiêu chí của cạnh tranh hoàn hảo là gì và lĩnh vực CSSK ở Việt nam có đủ đảm bảo điều kiện cạnh tranh hoàn hảo.

- Các điều kiện của cạnh tranh hoàn hảo:

(1) Có số lượng lớn người mua và người bán, mỗi loại người này đều nhỏ so với tổng số để họ không thể khống chế giá cả hoặc sản lượng. Nếu số lượng người bán nhỏ thì không có cạnh tranh.

(2) Không có rào cản khi vào thị trường: Người sản xuất được tự do ra hoặc vào thị trường trong khi các yếu tố của sản xuất đều di động.

(3) Không có thang bậc kinh tế đáng kể để tạo ra ưu thế về giá cho các nhà sản xuất cỡ lớn và hàm chứa xu thế tiến tới độc quyền. Sự độc quyền tự nhiên sẽ dẫn tới tình huống có hiệu suất cao hơn nhờ sản xuất với chi phí tối thiểu, để chỉ có đúng một nhà sản xuất cỡ lớn, nhưng việc này sẽ loại bỏ sự kiểm soát giá bằng cạnh tranh, loại bỏ cạnh tranh về phẩm chất và số lượng.

(4) Không phân biệt sản phẩm hoặc tên hàng, sản phẩm phải đồng nhất, không khác nhau về chất lượng.

(5) Hướng tới lợi ích tự thân: nhà sản xuất nhằm thu lợi nhuận tối đa, trong khi người tiêu dùng muốn tối đa hoá khả năng sử dụng (lợi ích)

(6) Không có hiệu quả hướng ngoại hoặc hiệu ứng lan toả trong sản xuất và tiêu thụ. Một hoạt động làm phát sinh hiệu quả hướng ngoại nếu có người không tham gia quyết định sản xuất/tiêu thụ mà lại bị quyết định đó tác động.

(7) Không có nguy cơ hoặc sự không chắc chắn: ở đây phải có hiểu biết hoàn chỉnh về giá, về sản phẩm, về sự can thiệp tiêu thụ hay không tiêu thụ một loại sản phẩm...[26]

b. Khả năng đảm bảo các điều kiện cạnh tranh hoàn hảo của lĩnh vực CSSK

Trong lĩnh vực CSSK nói chung hay KCB nói riêng, cả 7 yêu cầu về cạnh

tranh hoàn hảo đều không được thoả mãn do những nguyên nhân khách quan và chủ quan.

Về mặt khách quan, Việc mua dịch vụ KCB là hoàn toàn bất ngờ, không thể dự đoán trước. Người mua dịch vụ, tức bệnh nhân hay người nhà của họ không thể tự đưa ra quyết định tiêu thụ sản phẩm, không có hiểu biết gì về sản phẩm mà họ tiêu thụ mà phụ thuộc vào quyết định của người bán (bác sỹ) (vi phạm yêu cầu 7). Quá trình KCB lại rất phức tạp và năng động bởi chúng sử dụng nhiều phương pháp khác nhau. Chúng sản xuất đồng thời nhiều loại đầu ra khác nhau, đôi khi cả những đầu ra không nằm trong dự kiến [26]. Cách thức sản xuất đầu ra này thường không được biết rõ và có thể khác nhau với cùng một nhóm bệnh tật (vi phạm yêu cầu 4). Trong khi đó, việc tiêu thụ dịch vụ KCB có tác động hướng ngoại (ảnh hưởng ngoại lai), một người chữa khỏi bệnh lây nhiễm cộng đồng không những mang lại sự khoẻ mạnh cho bản thân họ mà còn hạn chế khả năng bị lây nhiễm từ họ của những người khác. Như vậy, ở đây, quyết định chữa bệnh của bệnh nhân không những tác động tới bản thân họ mà còn ảnh hưởng tích cực tới những người khác không đưa ra quyết định đó (vi phạm yêu cầu 6). Bản thân các nhà cung cấp không hoàn toàn hướng tới lợi ích tự thân là tối đa hoá lợi nhuận, đặc biệt là các bệnh viện công hay các tổ chức từ thiện, trong khi đây lại là khu vực cung cấp dịch vụ CSSK chính cho xã hội (vi phạm yêu cầu 5)

Ba yêu cầu còn lại thì bị vi phạm bởi chính những quyết định chủ quan của con người, (Tuy nhiên, đôi khi, các quyết định chủ quan này chịu sự chi phối bởi các yếu tố khách quan).

Xét về tổng số, số đơn vị cung cấp dịch vụ KCB là không hề nhỏ. Tuy nhiên, đối với một số loại bệnh nào đó (u bướu, HIV/AIDS...) thì số đơn vị cung cấp là rất ít và chủ yếu là các cơ sở công lập. Nhưng ngay cả đối với các loại dịch vụ KCB thông thường khác có rất nhiều đơn vị công-tư cung cấp thì vẫn không có sự cạnh tranh hoàn hảo liên quan đến cơ chế giá: để đảm bảo sự tiếp cận dịch vụ của những người nghèo, các bệnh viện công thường được Chính phủ yêu cầu áp dụng mức giá

thấp hơn so với chi phí cung ứng. Điều đó đồng nghĩa với yêu cầu 1 bị vi phạm. Hơn nữa, các bệnh viện công do có lợi thế về quy mô, lợi thế bởi rất nhiều ưu đãi của nhà nước nên họ dường như có vị thế độc quyền (tự nhiên) (yêu cầu 3 không được thoả mãn).

KCB là một dịch vụ rất đặc thù bởi nó cung cấp một dịch vụ quan trọng, liên quan đến sự sống của con người. Chính vì vậy, dịch vụ y tế là một ngành dịch vụ có điều kiện và thị trường y tế không phải là thị trường tự do, bước vào thị trường này gặp rất nhiều rào cản bởi các quy định pháp lý hay quy định nghề nghiệp khác (nguyên tắc 2 bị vi phạm).

c. Kết luận về mức độ cạnh tranh hoàn hảo của thị trường CSSK và nguyên tắc được rút ra.

Thị trường CSSK là một thị trường đặc biệt bởi nó cung cấp một dịch vụ đặc biệt. Thị trường này đã không thoả mãn tất cả các yêu cầu của một thị trường cạnh tranh hoàn hảo. **Nguyên tắc 5:** *Không thể đơn thuần cung cấp dịch vụ KCB thông qua cơ chế thị trường.*

Việc không thoả mãn đó không hẳn là không phù hợp nhưng nó đã gây ra các thất bại của thị trường như phân tích sau đây.

1.3.2.2. Thất bại của thị trường trong lĩnh vực CSSK.

Giáo sư Josef Stiglitz - nguyên cố vấn trưởng kinh tế của Ngân hàng thế giới, nguyên Chủ tịch hội đồng cố vấn kinh tế của Tổng thống Clinton, giải thưởng Nobel năm 2001 về kinh tế và nhiều chuyên gia quốc tế hàng đầu khác đã cảnh báo về những “thất bại thị trường” có thể xảy ra khi đưa cơ chế thị trường vào lĩnh vực cung ứng dịch vụ y tế [60]. Những thất bại đó là gì và chúng có ảnh hưởng thế nào tới việc tổ chức hệ thống CSSK sẽ là những nội dung được làm rõ .

Việc cung cấp hàng hoá và dịch vụ (gọi chung là hàng hoá) trên thị trường thường gặp các thất bại cơ bản:

- Thông tin không đối xứng.
- Độc quyền.

- Hàng hoá công cộng.
- Ngoại ứng.
- Mất công bằng xã hội.
- Hàng hoá khuyến dụng, phi khuyến dụng.

Hậu quả của các dạng thất bại này là mức cung của thị trường sẽ không ở mức như xã hội mong muốn, không tạo ra tối ưu phúc lợi xã hội. Đối với lĩnh vực CSSK, đặc biệt là KCB cả 6 dạng thất bại đó đều rất rõ ràng.

a. Thông tin không đối xứng:

Thông tin không đối xứng được xem là tình trạng xuất hiện trên thị trường khi một bên nào đó tham gia giao dịch trên thị trường có được thông tin đầy đủ hơn bên kia về các đặc tính của sản phẩm[70]. Hiện tượng thông tin không đối xứng trong khu vực y tế có thể xếp thành 3 nhóm:

- Giữa bệnh nhân và bác sỹ
- Giữa người mua bảo hiểm y tế và cơ quan BHYT.
- Giữa các cơ sở y tế và cơ quan cấp ngân sách.

Về hiện tượng thông tin không đối xứng giữa bệnh nhân và bác sỹ:

Nếu xét dưới khía cạnh chuyên môn, thông tin không đối xứng làm cho hoạt động chuyên môn không đạt được kết quả như mong muốn. Bệnh nhân biết về triệu chứng bệnh tật nhiều hơn bác sỹ nhưng không thể hoặc rất khó diễn đạt rõ ràng khiến cho các quyết định chẩn trị của bác sỹ không thuận lợi như có thể. Còn bác sỹ hiểu rõ về nguyên nhân, có chẩn đoán tốt và biết cả về hiệu quả của việc điều trị nhưng không nói rõ với bệnh nhân, không cung cấp đầy đủ thông tin cho bệnh nhân về tình trạng bệnh tật, mà thực tế những thông tin này nhiều khi vượt quá tầm hiểu biết của bệnh nhân. Hậu quả có thể là bệnh nhân không hiểu rõ những chỉ dẫn của bác sỹ và không tuân thủ các chỉ dẫn của bác sỹ một cách nghiêm ngặt. Lấy ví dụ đơn giản, một bệnh nhân nghèo đến khám bác sỹ vì viêm họng, bác sỹ kê đơn, trong đó có cho bệnh nhân uống kháng sinh trong vòng 5 ngày. Người bệnh này uống kháng sinh đến ngày thứ 3 thì thấy hết đau họng, anh ta nghĩ mình đã khỏi nên

không tiếp tục uống thuốc nữa mà để dành thuốc cho các lần sau mà không hiểu rằng cần phải uống kháng sinh đủ liều nếu không sẽ gây ra hiện tượng kháng thuốc của vi khuẩn. Vì sự hiểu biết một phía như thế mà thất bại của thông tin không đối xứng càng nghiêm trọng đặc biệt với những người nghèo hay người có trình độ học vấn không cao. Cũng có thể nói, ở khía cạnh chuyên môn, người cung cấp và người sử dụng hiểu “chất lượng” dịch vụ theo những tiêu chí khác nhau. Khi nói về chất lượng KCB, người bệnh thường đề cập tới mức độ khỏi/đỡ của bệnh, điều kiện cơ sở vật chất hay thái độ của nhân viên. Thực tế “chất lượng y học” của các dịch vụ y tế chỉ có người cung cấp mới biết được[91]. Bởi vậy, KCB là dịch vụ xảy ra hiện tượng thông tin không đối xứng rất lớn.

Đối với nhiều loại hàng hoá, người tiêu dùng có thể hiểu biết một phần về sản phẩm hoặc có được thông tin đó theo kinh nghiệm. Nhưng với lĩnh vực KCB, người bệnh biết rất ít về hiệu quả, phẩm chất hoặc về các hậu quả của việc điều trị hay không điều trị [26]. Hơn nữa, họ rất ít bước chân vào thị trường này nên các kiến thức có được do kinh nghiệm sẽ dễ bị lãng quên hoặc mau chóng lạc hậu. Về phía bác sỹ, nhiều khi họ không được khuyến khích cung cấp thông tin cho bệnh nhân, nhưng nhiều khi họ không sẵn lòng cung cấp thông tin, một phần do e ngại các phương thức chữa trị của mình không nhất trí với các đồng nghiệp hoặc họ muốn nắm giữ thông tin để duy trì lợi ích của mình. Cho dù với lý do gì thì dưới góc độ người mua và người bán trên thị trường, bệnh nhân không hiểu biết về tình trạng bệnh tật của mình nên phụ thuộc vào các quyết định của bác sỹ về việc sử dụng thuốc và các dịch vụ xét nghiệm. Trong trường hợp này, người cung cấp dịch vụ lại chính là người đại diện cho bệnh nhân và đề xuất - thậm chí là dẫn dụ- những gì người mua phải tiêu dùng. Như vậy, người bán lại là người có quyền quyết định người mua sẽ mua gì. Tất nhiên không một ai dám khẳng định rằng người mua sẽ chỉ phải mua những thứ thực sự cần thiết với mình, có thể họ bị bóc lột. Nếu thu nhập của bác sỹ mà gắn với số tiền bệnh nhân phải chi trả thì có thể bệnh nhân có thể sẽ phải chi những khoản không thực sự cần thiết khi điều trị bệnh và bác sỹ

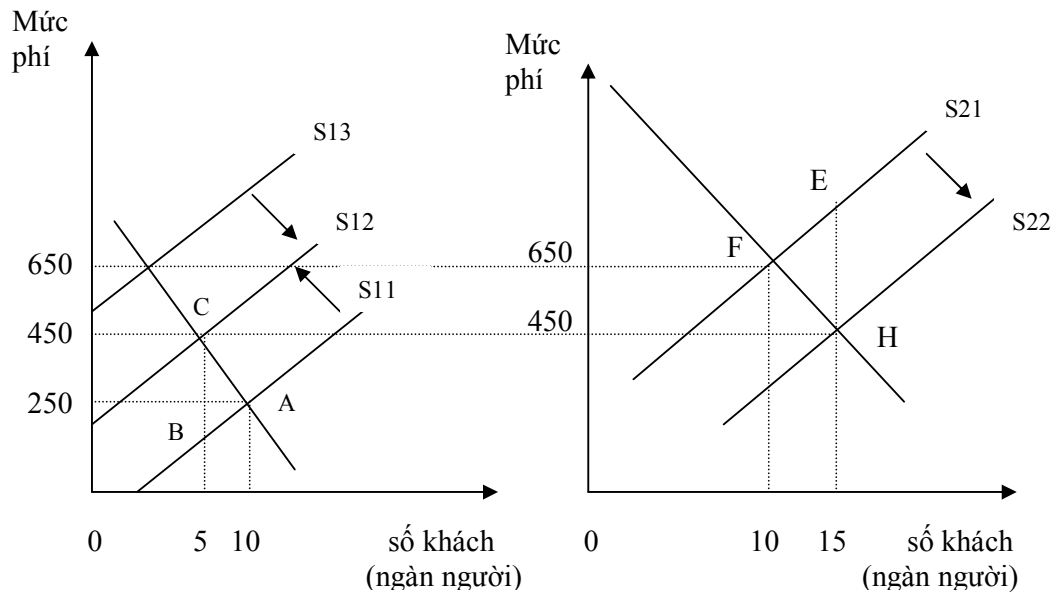
kiếm lợi bằng cách tạo ra các yêu cầu cho dịch vụ của chính mình. Nếu bác sỹ đơn thuần chỉ hưởng lương cố định (ví dụ lương từ ngân sách) thì có lẽ hiện tượng trên ít xảy ra. Tuy vậy, vẫn có xu hướng bác sỹ làm ở bệnh viện công duy trì những thuận lợi về thông tin mà có thể mang đến những lợi ích vật chất cho họ.

Về hiện tượng thông tin không đối xứng giữa người mua bảo hiểm và cơ quan bảo hiểm y tế

Khi một người đang đứng trước quyết định có mua BHYT (tự nguyện) hay không, họ sẽ xem xét hai vấn đề: (i) mức phí bảo hiểm trong mối tương quan với mức bồi thường nếu rủi ro xảy ra, và (ii) xác suất xảy ra rủi ro của họ. Có lẽ vấn đề sau sẽ được quan tâm chủ yếu. Cụ thể hơn, người mua sẽ căn cứ vào tình trạng bệnh tật của mình mà quyết định có mua BHYT hay không. Còn người bán sẽ căn cứ vào tình trạng bệnh tật của người mua mà định ra mức phí bảo hiểm.

Xét trường hợp các cá nhân muốn mua BHYT tự nguyện. Công ty bảo hiểm sẽ ước tính xác suất xảy ra rủi ro về sức khỏe đối với các cá nhân để định mức phí bảo hiểm. Vì không biết chắc chắn tình trạng sức khỏe của khách hàng nên công ty phải căn cứ vào con số về xác suất rủi ro trung bình để định mức phí bảo hiểm, ví dụ con số là 0,004. Với mức bồi thường lên tới 100.000 USD, thì số tiền mà người mua bảo hiểm phải trả khi đã tính cả chi phí hành chính và mức lãi (50 USD) cho công ty bảo hiểm là 450USD.

Tuy nhiên, thực tế thì các cá nhân có xác suất rủi ro đối với sức khỏe rất khác nhau, tạm thời chia làm hai nhóm: Nhóm 1 bao gồm những người khỏe mạnh với xác suất rủi ro là 0,002. Ngược lại là nhóm 2 với xác suất rủi ro là 0,006. Nếu thị trường này không gặp hiện tượng thông tin không đối xứng thì công ty BH sẽ đặt mức phí cho nhóm 1 là 250 USD và nhóm 2 là 650USD. Nhưng điều đó là không thể vì chỉ có chính người mua bảo hiểm biết rõ về tình trạng sức khỏe của mình hơn là người bán. Vì vậy, mức phí tất cả các khách của công ty phải chịu là 450USD. Kết quả sẽ là thị trường BHYT rất hấp dẫn với nhóm 2 và không hề hấp dẫn đối với nhóm 1. Điều này có thể được mô tả bằng hình 1.1 dưới đây:



Hình 1.1: Thông tin không đối xứng trên thị trường bảo hiểm

Nguồn: Tác giả phát triển từ Phạm văn Vận và Vũ Cương, 2004

Với nhóm thứ nhất, họ đã bị quy định mức phí cao hơn so với mức cân bằng trên thị trường nếu không có thông tin không đối xứng. Thay vì cung cấp theo đường S11 với mức phí 250USD, công ty bảo hiểm đã đặt mức phí 450 USD (đường cung dịch chuyển từ S11 sang S12) làm số khách hàng cũng giảm (từ 10 ngàn người xuống còn 5 ngàn). Ngược lại, với nhóm 2, họ đã phải đóng mức phí thấp hơn nhiều so với mức đáng lẽ ra họ phải đóng (cung chuyển từ S21 lên tới S22) nên bảo hiểm y tế trở nên rất hấp dẫn với họ, tương ứng số khách hàng tăng từ 10 lên đến 15 ngàn. Khi cơ cấu khách hàng thay đổi như thế, nguy cơ phải bồi thường của công ty bảo hiểm càng tăng cao, họ sẽ lại tăng phí và lại tiếp tục đẩy khách hàng ra khỏi thị trường (khách hàng thuộc nhóm 1) khiến nguy cơ phải bồi thường lại càng tăng. Cứ thế, hậu quả của thông tin không đối xứng với công ty bảo hiểm là hiện tượng lựa chọn ngược: những người hăng hái mua BHYT nhất lại là những người hay đau ốm nhất khiến nguyên tắc lấy số đông bù cho số ít của BH không thực hiện được. Với xã hội thì thông tin không đối xứng đã gây ra tổn thất phúc lợi xã hội là diện tích hình ABC (lợi ích không được tạo ra do tiêu dùng ít) và EFH (tổn thất do chi phí xã hội nhiều hơn lợi ích).

Sự không đối xứng trong thông tin giữa đơn vị cung cấp dịch vụ (bệnh viện công) và cơ quan cấp ngân sách.

Bệnh viện công thường được trợ cấp bởi ngân sách nhà nước và thay mặt nhà nước cung cấp dịch vụ KCB cho người dân. Bệnh viện biết rõ về những nhu cầu của bệnh nhân, về tình trạng hiện tại của cơ sở và cách thức cải thiện tình hình. Cơ quan cấp ngân sách thì hoàn toàn không có thông tin gì về nhu cầu bệnh nhân, yêu cầu về trang thiết bị, đổi mới công nghệ, đặc biệt là những biện pháp tiết kiệm, cắt giảm chi phí mà không ảnh hưởng tới hoạt động của cơ sở. Sự tách biệt giữa bên sử dụng vốn và bên quản lý vốn là nguyên nhân cơ bản của việc sử dụng nguồn vốn không hiệu quả như trên. Bên sử dụng vốn không phải là người sở hữu vốn hay kể cả là quản lý vốn. Chính vì vậy, họ không có động cơ để sử dụng ngân sách một cách có hiệu quả. Bệnh viện có thể không làm những gì mà các nhà lập chính sách hay các nhà quản lý muốn hay kể cả những gì họ biết nên làm.

Hậu quả của các trường hợp thông tin không đối xứng trên là việc tiêu dùng các dịch vụ như chăm sóc sức khỏe sẽ không ở mức tối ưu, bên cạnh đó là những chi phí giao dịch hay những chi phí không cần thiết tăng cao, gây lãng phí về mặt xã hội, tạo gánh nặng tài chính cho bệnh nhân.

b. Độc quyền

Hiện nay khu vực nhà nước gần như có vị thế độc quyền trong cung cấp dịch vụ CSSK. Có bốn lý do khiến khu vực công tham gia rất sâu trong lĩnh vực này và đã tạo ra hiện tượng độc quyền[77]:

- Do đặc thù của ngành nên cần những quy định pháp lý nghiêm ngặt, điều đó đã hạn chế cạnh tranh.
- Chính phủ phải tham gia để cung cấp dịch vụ giá rẻ nhằm đảm bảo công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo.
- Khu vực chính phủ chịu trách nhiệm cung cấp những hàng hoá công cộng mà thị trường không tham gia .

Ngoài những lý do mang tính khách quan đó, khu vực công còn có được vị thế độc quyền trong cung cấp dịch vụ y tế bởi một lý do chủ quan kém tính thuyết phục hơn:

- Dưới sự hỗ trợ tài chính của chính phủ, các cơ sở y tế của nhà nước có được lợi thế từ quy mô nên dễ dàng có được vị thế độc quyền, điều đó tạo ra sân chơi không bình đẳng giữa khu vực công và khu vực tư..

Do tính đặc thù của dịch vụ cung cấp, thị trường CSSK không hướng tới cạnh tranh tự do mà khống chế những người tham gia vào thị trường CSSK. Lý do đưa ra để bảo vệ luận điểm này là cần duy trì các chuẩn mực hành nghề và giảm tính không chắc chắn do năng lực nghề nghiệp. Việc chuyên nghiệp hoá có thể làm tăng số người được đào tạo tốt, giảm bớt tính không chắc chắn do năng lực nghề nghiệp thấp nhưng cách thức này lại là hạn chế cạnh tranh. Hơn nữa việc duy trì các chuẩn mực cao sẽ đảm bảo chất lượng dịch vụ được cung cấp nhưng sẽ lại hạn chế sự tiếp cận đến dịch vụ của một bộ phận không nhỏ người dân, đặc biệt là người nghèo ở các vùng kém phát triển. Về cơ bản, bước chân vào thị trường KCB gặp nhiều rào cản về các quy định pháp lý. Chính vì vậy, nhiều bệnh viện công gần như có vị thế độc quyền. Sự độc quyền của họ không dẫn đến hậu quả tăng giá, mà ngược lại, do phải đảm bảo sự tiếp cận đến dịch vụ của những người nghèo mà các bệnh viện công phải cung cấp dịch vụ với mức giá rẻ, tức là tạo ra sự cạnh tranh không bình đẳng với khu vực tư nhân. Hơn nữa, do lợi thế nhờ quy mô cùng những trợ cấp của nhà nước nên các bệnh viện công càng củng cố được vị thế độc quyền. Cho dù có những lý do xác đáng về sự có mặt của nhà nước trong lĩnh vực y tế, nhưng độc quyền trong lĩnh vực này cũng thể hiện hết những nhược điểm của độc quyền. Do thiếu vắng cạnh tranh, dịch vụ của khu vực công có chất lượng không cao (chất lượng phục vụ), bác sỹ thiếu tính trách nhiệm với bệnh nhân (Ngô Thu Hương-thảo luận nhóm). Là độc quyền nhà nước, các bệnh viện không được phép tăng giá nhưng thay vào đó họ có thể cắt giảm đầu ra: Khám chữa bệnh sơ sài, không tư vấn chu đáo cho bệnh nhân, không lắng nghe nguyện vọng hay kể cả những mô tả của họ về diễn biến bệnh tật...(Nguyễn Thanh Thủy-thảo luận nhóm). Các bệnh viện vẫn nhận trợ cấp từ ngân sách nhà nước nhưng vẫn có nguồn thu và vẫn có thặng dư. Phần thặng dư có được từ đó thường được các bệnh viện phân phối và sử dụng nội bộ không hiệu quả và gây ra tổn thất phúc lợi xã hội. Và tất nhiên, bệnh nhân và người nhà của họ phải chi trả cho những phần tạo ra thặng dư đó. Cho

dù bác sỹ hưởng lương từ ngân sách nhưng họ vẫn có thể có hành vi tham nhũng, lạm dụng, bán những lợi thế mình có như ưu ái cho bệnh nhân không phải nộp khoản tiền nào đó, ưu ái cho bệnh nhân được chữa trị hay dùng những dịch vụ tốt nhất hay không phải chờ đợi.

c. Hàng hoá công cộng(HHCC).

Tuy phần trên chúng ta đã ít nhiều thấy được những hạn chế của khu vực công trong cung cấp dịch vụ y tế. Nhưng nếu để cho cơ chế cạnh tranh và tín hiệu giá cả thị trường dẫn đường thì ở một số lĩnh vực đặc thù, thị trường không thể cung cấp và phân phối dịch vụ một cách tối đa phúc lợi xã hội, đó là hàng hoá công cộng và hàng hóa có ngoại ứng.

Hàng hoá công cộng là những loại hàng hóa mà việc một cá nhân này đang hưởng thụ lợi ích do hàng hóa đó tạo ra không ngăn cản những người khác cùng đồng thời hưởng thụ lợi ích của nó[70].

Việc “không ngăn cản” ở trên có hai hàm ý cơ bản: Không nên ngăn cản và không thể ngăn cản. “Không nên ngăn cản” do HHCC có thuộc tính không có tính cạnh tranh trong tiêu dùng (các cá nhân có thể dùng chung mà không ảnh hưởng gì đến lợi ích của nhau), “không thể ngăn cản” do HHCC có thuộc tính không có tính loại trừ (rất khó hoặc không thu được phí) trong tiêu dùng. Nhưng mặt khác, do đặc tính dùng chung mà không ảnh hưởng lẫn nhau của HHCC nên cũng không cần thiết phải loại bỏ ai đó ra khỏi quá trình tiêu dùng. Chính do những thuộc tính này của HHCC mà tư nhân không muốn tham gia cung cấp chúng hoặc có cung cấp thì cũng không hiệu quả. Tuy nhiên, HHCC lại rất quan trọng đối với con người, ví dụ trong khu vực y tế có: các chương trình nước sạch và vệ sinh môi trường, kiểm soát vật chủ truyền bệnh, an toàn giao thông, kiểm soát ô nhiễm môi trường nước và không khí, truyền thông về y tế, hoạt động nghiên cứu, giáo dục đào tạo...

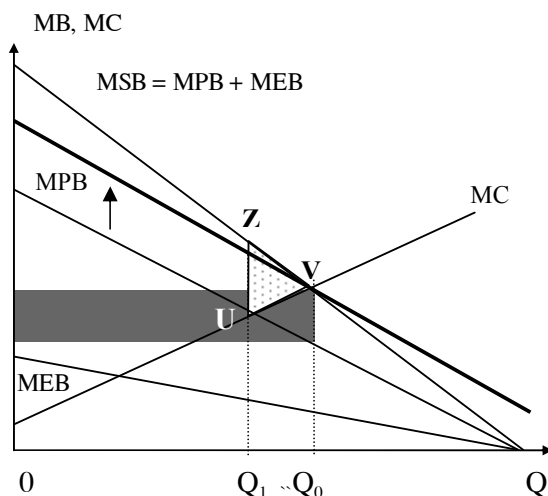
d. Hàng hóa có ngoại ứng.

*Ngoại ứng được cho là trường hợp hành động của một đối tượng (có thể là cá nhân hoặc hãng) có ảnh hưởng trực tiếp đến phúc lợi của một đối tượng khác, nhưng những ảnh hưởng đó lại không được phản ánh trong giá cả thị trường thì ảnh hưởng đó được gọi là các **ngoại ứng**.* Ngoại ứng có hai loại: Ngoại ứng tiêu cực là

những chi phí áp đặt lên một đối tượng thứ ba (ngoài người mua và người bán trên thị trường) nhưng chi phí đó lại không được phản ánh trong giá cả thị trường. Ngoại ứng tích cực là những lợi ích mang lại cho bên thứ ba và những lợi ích đó cũng không được phản ánh vào giá bán[70].

Ngoại ứng tích cực mang lại lợi ích xã hội nhiều hơn lợi ích cho người tiêu dùng hay cung cấp chúng (tác động tới cả những người không liên quan đến quyết định tiêu thụ/hay sản xuất..). Hay nói một cách ngắn gọn, hàng hoá có ngoại ứng tích cực mang lại lợi ích cho nhiều người, chính vì thế cần khuyến khích sản xuất và tiêu dùng. Có rất nhiều hàng hoá và dịch vụ y tế thuộc nhóm này: tiêm chủng, y tế cộng đồng, chăm sóc sức khoẻ ban đầu, các hoạt động phòng ngừa, chữa trị các bệnh dịch xã hội, các chương trình thông tin, truyền thông về y tế, hoạt động nghiên cứu hay đào tạo, kế hoạch hoá gia đình...[84]

Xét một trường hợp có ngoại ứng tích cực là tiêm chủng phòng bệnh. Ngoài việc những người được trực tiếp tiêm chủng sẽ giảm nguy cơ nhiễm bệnh mà cả những người không tiêm chủng cũng được lợi vì khả năng lây lan bệnh từ người khác sang họ cũng giảm. Như vậy, việc tiêm chủng không những mang lại lợi ích cho người đưa ra quyết định tiêm chủng hay cung cấp dịch vụ này mà còn mang lại lợi ích cho xã hội. Hình 1.2 mô tả hoạt động tiêm chủng và những tác động của nó:



Hình 1.2: Ngoại ứng tích cực

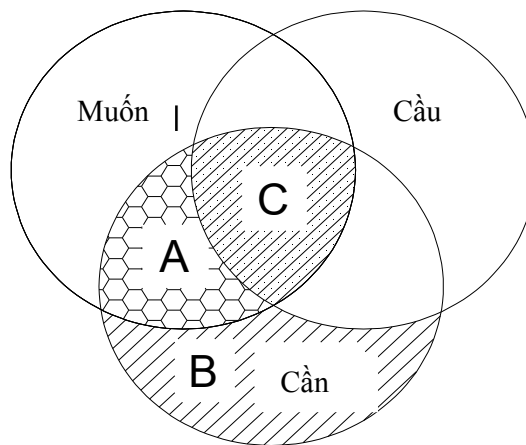
Nguồn: Giáo trình Kinh tế công cộng[70]

Cân bằng thị trường cạnh tranh diễn ra tại U, với Q_1 trường hợp tiêm chủng được thực hiện trong một năm nơi có đường lợi ích tư nhân biên (MPB) đối với các cơ sở y tế bằng chi phí biên (MC). Tuy nhiên, hoạt động tiêm chủng còn mang lại lợi ích cho cả đối tượng không được tiêm chủng (MEB) nhưng lợi ích này không được các cơ sở y tế tính đến. Xét trên góc độ xã hội thì lợi ích biên xã hội (MSB) phải là $MPB + MEB$. Như vậy, mức tiêm chủng tối ưu xã hội là Q_0 đạt tại điểm V khi $MSB = MC$, chứ không phải Q_1 . Nếu việc tiêm chủng được cung cấp bởi các đơn vị vì lợi nhuận thì sẽ không hiệu quả, gây tổn thất PLXH là diện tích UVZ

Tóm lại, khi xuất hiện ngoại ứng tích cực thì thị trường luôn tạo ra một mức sản lượng thấp hơn mức tối ưu xã hội.

e. Hàng hoá khuyến dụng/phi khuyến dụng.

Dưới góc độ phân bổ nguồn lực thì khu vực tư nhân phân bổ nguồn lực theo cơ chế thị trường còn khu vực công cộng phân bổ nguồn lực theo cơ chế phi thị trường. Tuy nhiên không phải loại hàng hóa nào cần thiết đối với người tiêu dùng đều được phản ánh (và được thoả mãn) thông qua cầu trên thị trường.



Hình 1.3: Mối quan hệ : Cần-cầu-muốn

Nguồn: Tác giả biên soạn từ tài liệu khóa học Master of science in Health economics [94]

Trên hình 1.3, khu vực A thể hiện mảng dịch vụ người dân cần được tiêu dùng, bệnh nhân nên tiêu dùng (nằm trong vòng tròn cần) và họ có ý thức được về tầm quan trọng của việc tiêu dùng nó (nằm trong vòng “muốn”) nhưng họ lại không đủ khả năng tài chính chi trả cho các dịch vụ đó (nằm ngoài vòng “cầu”)

Khu vực B: Hàng hoá, dịch vụ là cần thiết cho họ nhưng họ không biết được điều đó nên họ không “muốn” và đương nhiên cũng chẳng có “cầu”. Nhóm này được gọi là hàng hoá khuyến dụng: *Hàng hoá khuyến dụng là hàng hoá mà việc tiêu dùng chúng có lợi cho cá nhân và xã hội, nhưng cá nhân không tự nguyện tiêu dùng khiến chính phủ phải bắt buộc họ sử dụng*

Khu vực C: Những dịch vụ cần phải được tiêu dùng, người dân hiểu điều đó và có khả năng tài chính để tiêu dùng nó nên có cầu

Khu vực tư nhân hoạt động theo các tín hiệu của thị trường: cơ chế giá, cân bằng cung cầu hay quy luật lợi nhuận và cạnh tranh. Xét ở khía cạnh cân bằng cung cầu, tư nhân cung cấp theo nhu cầu tức chỉ khám chữa bệnh cho những ai đến với họ (khu vực C). Tuy nhiên, trong lĩnh vực y tế, nhu cầu và sức mua có một khoảng cách lớn, khoảng cách ấy được tạo ra bởi khả năng tài chính và trình độ của người bệnh. Có nhiều trường hợp người dân bị bệnh nguy hiểm cần được điều trị ngay nhưng họ không ý thức được điều đó nên chỉ dùng các cách thức điều trị không chính thức như các mẹo vặt của dân gian, uống vài viên thuốc tự đi mua từ các hiệu thuốc nhỏ lẻ (khu vực B). Nhiều loại hình dịch vụ, nhiều hoạt động rất cần thiết đối với các cá nhân như sử dụng các biện pháp tránh thai, vệ sinh dịch tễ...nhưng các cá nhân không nhận thức được tầm quan trọng của chúng nên Chính phủ phải có các biện pháp khuyến khích sử dụng. Cũng có thể người bệnh biết mình gặp nguy hiểm nhưng không thể tiếp cận với các dịch vụ khám chữa bệnh do hạn chế về tài chính (khu vực A).

Thị trường chỉ đáp ứng khu vực C còn khu vực A và B là bỏ trống, khu vực này sẽ phải là phần việc của nhà nước: KCB theo sự cần thiết (toàn bộ vòng tròn "cần") chứ không đơn thuần là KCB theo sức mua hay theo cầu.

f. Kết luận về các nguyên tắc cần thỏa mãn để hạn chế thất bại của thị trường trong lĩnh vực CSSK

Từ sự phân tích trên, có thể nhận thấy, cơ chế y tế cần thỏa mãn những nguyên tắc sau để hạn chế tới mức tối thiểu những thất bại của thị trường như phân tích ở trên:

Nguyên tắc 6: Cơ chế cần khuyến khích sự chia sẻ với bệnh nhân (bệnh nhân được quyền chia sẻ và nhận được sự chia sẻ từ bác sỹ).

Nguyên tắc 7: Cơ chế cần đảm bảo sự tách biệt giữa số tiền bệnh nhân chi trả với quyền lợi của bác sỹ.

Nguyên tắc 8: Cơ chế cần hạn chế hiện tượng sử dụng ngân sách (ngân sách tùy ý- xin xem thêm tại mục 2.1.3.2) một cách tùy tiện, lãng phí.

Nguyên tắc 9: Cần tạo ra sự cạnh tranh, hạn chế độc quyền nhằm nâng cao chất lượng KCB và thoả mãn nhu cầu KCB ngày càng cao của bệnh nhân.

Nguyên tắc 10: Cơ chế phải đảm bảo cung cấp hàng hoá và dịch vụ có tính chất hàng hoá cộng đồng.

Nguyên tắc 11: Cơ chế cần đảm bảo cung cấp hàng hoá có ngoại ứng tích cực để tối đa phúc lợi xã hội.

Nguyên tắc 12: Cơ chế cần đảm bảo cung cấp hàng hoá, dịch vụ “cần” (hàng hoá hay dịch vụ bệnh nhân cần tiêu dùng mà thực tại họ đang không được tiêu dùng do người bệnh thiếu thông tin, thiếu hiểu biết hoặc không đủ khả năng tài chính)

1.3.2.3. Đặc thù đầu ra-đầu vào của thị trường y tế.

a. Đặc thù về đầu vào

Có thể xem xét và phân loại đầu vào theo hai tiêu chí: Tính cạnh tranh và khả năng đo lường, kiểm chứng. Với hai tiêu chí này, các đầu vào cơ bản của ngành y có thể được phân nhóm như ở bảng 1.2.

Hàng hoá thuộc nhóm I không yêu cầu cao về giấy phép đặc biệt hay yêu cầu các kỹ năng cao. Đầu tư vào các mặt hàng này cũng không cần vốn lớn nên các loại hình sản xuất, kinh doanh thuộc nhóm I chịu sự cạnh tranh cao giữa các công ty. Các hoạt động này cũng khá dễ kiểm soát, đo lường nên không cần phải có sự giám sát quá chặt chẽ của nhà nước. Cũng thuộc nhóm có khả năng đo lường cao như nhóm I nhưng nhóm II lại bao gồm các hoạt động có tính cạnh tranh thấp hơn. Yêu cầu về giấy phép (bằng cấp trong ngành dược) đối với hoạt động bán thuốc hay nhu cầu vốn lớn trong các hoạt động bán buôn khiến cho nhiều người có quan tâm tới các lĩnh vực này cũng không dễ có cơ hội đầu tư. Với các đầu tư không cần nhiều vốn như mở các phòng khám nhỏ thì lại bị hạn chế bởi yêu cầu giấy phép hành nghề.

Bảng 1.2: Phân loại mức độ cạnh tranh và khả năng đo lường, kiểm chứng của đầu vào

	Cạnh tranh cao	Cạnh tranh trung bình	Cạnh tranh thấp
Khả năng đo lường cao	Nhóm I - Sản xuất các sản phẩm đơn giản. - Bán lẻ thuốc và các thiết bị. - Bán lẻ các mặt hàng sử dụng 1 lần/dễ hao mòn - Lao động không có kỹ năng	Nhóm II - Sản xuất thiết bị y tế. - Bán buôn thuốc và thiết bị y tế. - Bán buôn các sản phẩm sử dụng 1 lần/dễ hao mòn. - Đầu tư cần vốn tư bản nhỏ (phòng khám, trung tâm chẩn trị)	Nhóm III - Sản xuất dược phẩm, - Sản xuất các thiết bị công nghệ cao. - Các hoạt động khác cần vốn tư bản lớn
Khả năng đo lường trung bình	Nhóm IV	Nhóm V Đào tạo cơ bản Lao động có kỹ năng	Nhóm VI Nghiên cứu Giáo dục bậc cao Lao động có kỹ năng bậc cao
Khả năng đo lường thấp	Nhóm VII	Nhóm VIII	Nhóm IX

Nguồn: Alexander S. Preker và April Harding, 2000 [76]

Cuối cùng là nhóm III, nhóm với những hoạt động có khá nhiều rào cản. Công nghiệp dược hay sản xuất các thiết bị y tế công nghệ cao có yêu cầu cao về giấy phép hoạt động. Những hoạt động này một mặt yêu cầu chi phí đầu tư ban đầu cao, một mặt cũng mất khá nhiều tiền bạc và thời gian cho các hoạt động nghiên cứu phát triển và đăng ký sản phẩm mới. Rào cản khác với các nhà đầu tư muốn tham gia nhóm này nằm ở sự khác biệt hoá sản phẩm, yêu cầu về trang thiết bị y tế hiện đại và chế độ bản quyền đối với việc sản xuất thuốc. Hơn nữa, đặc thù lợi ích kinh tế nhờ quy mô cũng khiến lĩnh vực này ít có sự cạnh tranh, các nhà sản xuất dễ có được vị thế độc quyền.

b. Đặc thù về đầu ra

Nếu như với các hoạt động cung cấp đầu vào cho y tế người ta thường quan tâm tới tính cạnh tranh trong lĩnh vực này thì đối với các hoạt động cung cấp đầu ra

người ra lại xem xét khả năng đo lường của đầu ra khi nghiên cứu đề lý giải hay đề xuất về sự tham gia, mức độ tham gia của các bên trong thị trường y tế dưới góc độ đặc tính của đầu ra.

Nếu vẫn phân nhóm các hoạt động theo tiêu chí tính cạnh tranh và khả năng đo lường thì ta có bảng 1.3 sau:

Bảng 1.3: Phân loại mức độ cạnh tranh và khả năng đo lường, kiểm chứng của đầu ra.

	Cạnh tranh cao	Cạnh tranh trung bình	Cạnh tranh thấp
Khả năng đo lường cao	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III
Khả năng đo lường trung bình	Nhóm IV <i>Hỗ trợ quản lý</i> <i>Giặt là</i> <i>Cung cấp lương thực thực phẩm</i> <i>Những chẩn trị thông thường</i>	Nhóm V <i>Các can thiệp lâm sàng</i> <i>Chẩn đoán công nghệ cao</i>	Nhóm VI
Khả năng đo lường thấp	Nhóm VII <i>Cấp cứu</i> <i>Nội khoa</i> <i>Điều dưỡng</i> <i>Chăm sóc răng</i>	Nhóm VIII <i>Chăm sóc sức khỏe cộng đồng</i> <i>Chăm sóc bệnh nhân nội trú</i>	Nhóm IX <i>Chính sách</i> <i>Giám sát/ đánh giá</i>

Nguồn: Alexander S. Preker và April Harding, 2000 [76]

Dòng thứ hai bao gồm các hoạt động mà khả năng đo lường sản phẩm của chúng đã bắt đầu gặp trở ngại. Tuy nhiên, với các hoạt động chẩn trị thông thường hay các xét nghiệm thì rào cản ít, sẽ có khá nhiều người tham gia cung cấp nên sức cạnh tranh cao (nhóm IV). Các hoạt động phi chẩn trị khác như giặt là, hỗ trợ quản lý, cung cấp lương thực thực phẩm (nhóm IV) tư nhân có thể hoạt động hiệu quả.

Nhóm V lại bao gồm các dịch vụ có rào cản khá lớn, những chẩn đoán công nghệ cao sẽ yêu cầu giấy phép, bản quyền và cần cả chi phí đầu tư ban đầu lớn. Hơn nữa, việc giới thiệu, áp dụng những công nghệ mới như CAT hay NMR scanner thường bị chính phủ kiểm soát chặt chẽ. Ở nhóm này, sản phẩm có thể đo lường nhưng cũng đã trở nên khó khăn hơn.

Khi nói đến khả năng đo lường đầu ra các hoạt động trong lĩnh vực y tế, người ta thường đề cập đến hiện tượng thông tin không đối xứng trong việc cung

cấp dịch vụ từ các hoạt động đó. Khi nói về chất lượng của bệnh viện, người ta chỉ có thể điều tra về thái độ của nhân viên y tế, thời gian chờ đợi của bệnh nhân, mức độ vệ sinh... mà không đo đếm được hiệu quả chữa bệnh cùng các tác dụng phụ của nó. Vì lý do đó, nhóm VI và VII được xếp vào dòng có khả năng đo lường thấp. Tuy nhiên, gói dịch vụ ở nhóm VII được cho là có mức độ cạnh tranh thấp hơn nhóm VI. Dịch vụ y tế cộng đồng thường không thu hút được sự tham gia của khu vực tư nhân bởi khả năng có doanh thu là rất thấp, chúng thường được cung cấp miễn phí bởi Chính phủ. Hoạt động chăm sóc bệnh nhân nội trú hoàn toàn có thể thu được tiền nhưng lại gặp khó khăn bởi yêu cầu vốn đầu tư lớn.

Nhóm VIII vừa có tính cạnh tranh thấp nhất vừa có khả năng đo lường thấp, chúng bao gồm các hoạt động nghiên cứu chính sách, quản lý và đánh giá.

c. Phân định nhiệm vụ cho các bên tham gia vào thị trường y tế dựa trên cơ sở đặc thù của đầu ra, đầu vào.

Dịch vụ y tế mang tính chất đặc thù, nó vừa mang tính cá nhân, vừa mang tính xã hội. Vì vậy, việc cung cấp hàng hoá, dịch vụ trong lĩnh vực này có thể ở cả 3 hình thức: tư nhân, chính phủ và cả chính phủ đặt hàng cho khu vực tư nhân (chính phủ mua hàng hoá, dịch vụ từ khu vực tư nhân). Điều này giống như hình ảnh tất cả các công việc không nên giao hết cho tay phải mà tay trái không sử dụng, tức là nhiều công việc tay phải có thể san sẻ cho tay trái hay cần sự phối hợp của cả hai tay thì sẽ hiệu quả hơn. Từ sự phân tích đặc thù đầu ra, đầu vào của lĩnh vực y tế theo hai tiêu thức: tính cạnh tranh và khả năng đo lường chúng ta có thể đi đến gợi ý về cách cung cấp, phân phối trong lĩnh vực này như sau:

Nếu xét dưới góc độ đầu vào, nhóm I và II dòng thứ nhất của bảng bao gồm các hoạt động mà sản phẩm của chúng rất cụ thể và dễ lượng hoá, thuận tiện cho việc hạch toán chi phí-lợi ích cũng như kiểm tra, giám sát. Hơn nữa, các lĩnh vực này hiện tượng thông tin không đối xứng xảy ra ở đây là rất thấp. Vì vậy, các hoạt động này khu vực tư nhân có thể tham gia một cách có hiệu quả[89]. (Sản xuất các sản phẩm đơn giản, bán buôn, bán lẻ thuốc và các thiết bị, các mặt hàng sử dụng 1 lần/dễ hao mòn, lao động không có kỹ năng, sản xuất thiết bị y tế, đầu tư cần vốn tư bản nhỏ (phòng khám, trung tâm chẩn trị...). Với các hoạt động khác như sản xuất

được phẩm, sản xuất các thiết bị công nghệ cao, các hoạt động khác cần vốn tư bản lớn... Chính phủ có thể đặt hàng cho khu vực tư nhân hoặc tư nhân đầu tư sản xuất với sự kiểm soát nghiêm ngặt của Chính phủ.

Với dòng thứ hai, việc đo lường đầu ra bắt đầu gặp khó khăn, gây cản trở cho các công ty trong việc hạch toán chi phí-lợi ích. Công tác giáo dục, đào tạo và nghiên cứu (nhóm V, VI) mất rất nhiều thời gian, hiệu quả thì phát huy về lâu dài và không thể đo đếm. Hơn nữa, hoạt động này cần có giấy phép đặc biệt, muốn được tham gia những hoạt động này, cơ sở cần đảm bảo có đủ nhân lực trình độ chuyên môn cao, có đủ cơ sở thực hành, thí nghiệm. Đây thực sự là những rào cản đối với khu vực tư nhân, dường như họ vừa không muốn tham gia, vừa không thể tham gia nên các hoạt động này thường thuộc về khu vực nhà nước.

Xét dưới góc độ đầu ra, Chính phủ cũng chỉ cần chuyên tâm vào các hoạt động như chính sách, giám sát và đánh giá cùng một phần hoạt động y tế cộng đồng, điều trị bệnh nhân nội trú (nhóm VIII và IX). Phần còn lại với tính cạnh tranh cao và trung bình, có thể để khu vực tư nhân sản xuất hoặc khu vực tư nhân sản xuất theo đặt hàng của chính phủ. Tuy nhiên, những hoạt động này cần đặt dưới các quy định cụ thể, có sự kiểm tra, giám sát của Chính phủ bởi đặc trưng khả năng đo lường đầu ra không cao của chúng (ví dụ: hoạt động KCB). Có thể tóm tắt sự phân định trong bảng 1.4 sau:

Bảng 1.4: Khái quát những lĩnh vực phù hợp với khu vực nhà nước và khu vực tư nhân

	Cạnh tranh cao	Cạnh tranh trung bình	Cạnh tranh thấp
Khả năng đo lường cao	Tư nhân (tt) Nhà nước, tư nhân, hợp tác công tư thông qua các hợp đồng. Cần có sự quản lý và điều tiết của NN		Nhà nước
Khả năng đo lường trung bình			
Khả năng đo lường thấp			

Nguồn: tác giả phát triển từ Alexander S. Preker và April Harding, 2000 [76]

d. Kết luận về đặc thù đầu ra, đầu vào của lĩnh vực CSSK

Từ đặc thù đầu ra và đầu vào như trên, có thể rút ra kết luận: trong lĩnh vực y tế, có những công việc nhà nước không thể giao cho thị trường, thị trường không muốn và không thể đảm nhận. Tuy nhiên, rất nhiều công việc, trong đó có KCB, thị trường (khu vực tư nhân) hoàn toàn có thể hoạt động tốt dưới sự quản lý của nhà nước.

***Nguyên tắc 13:** Nhà nước không cần thiết và không nên đảm nhiệm hết trách nhiệm KCB mà cần san sẻ công việc này cho khu vực tư nhân*

1.3.3. Luận cứ về bản chất các mục tiêu xã hội: công bằng và hiệu quả

1.3.3.1. Công bằng xã hội trong việc tiếp cận các dịch vụ cơ bản.

Tính công bằng được hiểu trên hai khía cạnh: công bằng ngang và công bằng dọc (twin definition): Công bằng ngang là sự đối xử như nhau với những người như nhau còn công bằng dọc là sự đối xử khác nhau với những người khác nhau nhằm giảm bớt sự khác biệt sẵn có[70]. Sự như nhau hay khác nhau về cái gì lại phụ thuộc vào từng lĩnh vực cụ thể. Khi nghiên cứu về tính công bằng, người ta thường hay xem xét dưới góc độ chia sẻ lợi ích và chi phí [82]được tóm tắt trong bảng 1.5:

Bảng 1.5: Công bằng trong lĩnh vực y tế

	Chia sẻ lợi ích	Chia sẻ chi phí
Công bằng ngang	Tình trạng bệnh tật như nhau thì được điều trị như nhau	Khả năng chi trả như nhau thì đóng góp như nhau
Công bằng dọc	Tình trạng bệnh tật khác nhau thì được điều trị khác nhau	Khả năng chi trả khác nhau thì đóng góp khác nhau

Như vậy, về mặt chia sẻ lợi ích, bệnh nhân xứng đáng được điều trị theo mức độ bệnh tật của mình. Tuy nhiên, nếu nhìn vào góc độ chia sẻ chi phí, khả năng chi trả như nhau thì đóng góp như nhau còn khả năng chi trả khác nhau thì đóng góp khác nhau. Nói một cách cụ thể, hai người A và B đều vào bệnh viện với mức độ bệnh tật như nhau nên xứng đáng được điều trị như nhau (công bằng ngang trong

chia sẻ lợi ích). Tuy nhiên, A là người giàu, còn B là người nghèo nên mức độ đóng góp của hai người phải là khác nhau (công bằng dọc trong chia sẻ chi phí). A sẽ phải trả đủ viện phí còn B thì không thể mà B cần đến chính sách miễn giảm tiền khám chữa bệnh cho người nghèo của Chính phủ hoặc cần đến thẻ BHYT cho người nghèo. Một cách ngắn gọn, công bằng ngang là sự đối xử không phân biệt, thiên vị và vì vậy nó có thể được thực hiện bởi cơ chế thị trường. Ngược lại, công bằng dọc là sự đối xử có tính đến những điều kiện khác biệt của các cá nhân nhằm làm giảm bớt sự khác biệt sẵn có (tức là có sự phân biệt, thiên vị) và vì vậy nó chỉ có thể được điều tiết, đảm bảo bởi chính phủ.

1.3.3.2. Tính hiệu quả và khả năng đạt được tính hiệu quả (trong lĩnh vực KCB)

Hiệu quả của một hệ thống sản xuất được đánh giá dựa trên mối quan hệ giữa các đơn vị sản phẩm/dịch vụ được sản xuất (đầu ra) và giá trị các yếu tố được sử dụng để sản xuất ra các sản phẩm/dịch vụ đó (đầu vào) và thường được phát biểu khái quát dưới hai góc độ như sau:

- (i) Cùng đầu ra như nhau nhưng (phương án) sử dụng ít nguồn lực đầu vào hơn (nhất) (thì được coi là có hiệu quả hơn/nhất).
- (ii) Cùng một nguồn lực đầu vào như nhau nhưng (phương án) tạo ra được nhiều đầu ra hơn (nhất) (thì được coi là có hiệu quả hơn/nhất).

Như vậy, một cách ngắn gọn, có hai cách để đạt được tính hiệu quả:

Cách 1: Tiết kiệm chi phí đầu vào tức sử dụng nguồn lực tiết kiệm nhất, ít lãng phí nhất trong quá trình sản xuất đầu ra.

Cách 2: Tối đa hoá đầu ra trong điều kiện đầu vào là cố định.

a. Khả năng đạt được hiệu quả sử dụng nguồn lực trong KCB xét theo khía cạnh thứ nhất: Tiết kiệm chi phí đầu vào của khu vực tư và khu vực công (bệnh viện/phòng khám tư và các bệnh viện công).

Với các bệnh viện công.

Từ khía cạnh thông tin không đối xứng:

Trong số các thất bại của thị trường trong lĩnh vực y tế thì thất bại về thông

tin không đối xứng được coi là gây hậu quả nghiêm trọng hơn cả. Như đã đề cập ở mục 1.3.2.2, thất bại do thông tin không đối xứng trong lĩnh vực này tồn tại dưới ba dạng cơ bản. Trong đó dạng thứ ba {thông tin không đối xứng giữa đơn vị sử dụng ngân sách (bệnh viện công) và bên cấp ngân sách (hay còn gọi là cơ quan tài chính)} ảnh hưởng lớn tới tình hình sử dụng chi phí đầu vào của các bệnh viện công.

Các tổ chức công, với tư cách là người sử dụng ngân sách sẽ hiểu rõ hơn cơ quan cấp ngân sách về nhu cầu ngân sách của mình cũng như cách thức sử dụng ngân sách một cách tiết kiệm, hiệu quả nhất. Chính điều này đã khiến hai xu hướng ngược nhau có thể xảy ra.

- Xu hướng tiêu cực từ các tổ chức công: Đơn vị sử dụng ngân sách này sẽ biết rõ về chi phí tối thiểu để sản xuất/cung ứng dịch vụ hơn cơ quan tài chính, trong khi cơ quan tài chính lại không biết nhưng là người quyết định ngân sách cho họ. Điều này dẫn đến tình trạng “ngân sách tùy ý”[70]: Đây là phần chênh lệch giữa ngân sách mà một tổ chức nhận được từ cơ quan cấp ngân sách với chi phí tối thiểu để sản xuất mức đầu ra đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ được giao. Về mặt nguyên tắc, các tổ chức công nên sản xuất mức đầu ra với chi phí nhỏ nhất rồi hoàn lại phần ngân sách tùy ý chưa dùng hết cho cơ quan tài chính. Thực tế, các tổ chức công thường không làm như vậy, họ không có động cơ để sử dụng vốn một cách tiết kiệm nhất. Thay vì trả lại ngân sách tùy ý cho cơ quan tài chính, họ sẽ giải ngân hết phần ngân sách thừa này vào những hoạt động lãng phí, không hiệu quả như: họp hành, tập huấn hay tuyển thêm nhân viên để cùng chia việc ra làm, ai cũng được lợi.

- Xu hướng tiêu cực từ chính cơ quan cấp ngân sách: Bản thân lãnh đạo các tổ chức công nếu có ý tưởng về đổi mới hay cải cách cần đến nguồn vốn thì họ thường phải trải qua một quy trình dài và rắc rối mới có thể được cấp vốn. Các cơ quan cấp ngân sách thường ngần ngại trước những rủi ro hoặc bất định của các đề án đổi mới, đặc biệt khi nó liên quan tới việc cải cách dịch vụ công mà đầu ra rất khó thẩm định. Bản thân các tổ chức công lại không thể đi vay vốn để thực hiện những cải cách này nên nếu quá trình xin cấp vốn gặp khó khăn thì họ cũng không còn nhiệt tình với những ý tưởng đổi mới của họ kể cả khi họ thấy các nguồn lực

không được bố trí hợp lý, khắp khiếm. Và cuối cùng, chính cơ chế đã khiến cho các tổ chức công không có động lực sử dụng vốn một cách có hiệu quả, đó cũng là hậu quả khó tránh khi có sự tách biệt giữa quyền quản lý và sử dụng vốn. Bản thân các bệnh viện công cũng là một tổ chức công, và việc họ sử dụng nguồn vốn không tiết kiệm, không hiệu quả cũng là xu hướng chung của khu vực công như phân tích trên.

Từ khía cạnh tính cứng nhắc của quy định biên chế, tiền lương.

Khi một cá nhân được tuyển dụng vào tổ chức công thì sẽ được đảm bảo về biên chế và tiền lương. Quy định này tạo ra sự ổn định trong cơ quan. Tuy nhiên, nó cũng tạo ra tính cứng nhắc nhất định. Lãnh đạo của tổ chức công rất khó sa thải những cán bộ thiếu năng lực hoặc hiệu suất kém. Mặt khác, sự ổn định của các suất biên chế này cũng là một động cơ để những người có năng lực hạn chế tìm cách có được suất biên chế đó. Chế độ lương thì cố định và chính sự cố định này khiến cho nó là quá thấp so với người có năng lực, và là đãi ngộ cao với những người không có trình độ. Bản thân lãnh đạo các đơn vị công biết rõ ai là người có năng lực, đóng góp nhiều cho tổ chức nhưng lãnh đạo không có quyền tăng lương cho họ cũng như rất khó sa thải những người có năng lực kém. Hậu quả cuối cùng là tổ chức công khó níu giữ được những người có trình độ và là “bền đỗ” lý tưởng cho nhiều người thiếu năng lực. Đương nhiên, sự kém hiệu quả không chỉ ở việc sử dụng đồng vốn mà còn nằm phần nhiều ở khả năng sử dụng nguồn nhân lực, đặc biệt với lĩnh vực khám chữa bệnh, nhân lực là nguồn lực vô cùng quan trọng.

Với các bệnh viện/phòng khám tư (hoặc các phương thức KCB khác vì lợi nhuận):

Không vướng vào hạn chế của sự tách biệt: người sở hữu vốn, sử dụng vốn, quản lý vốn như các bệnh viện công. Ở các phòng khám hay bệnh viện tư, bản thân người sở hữu vốn cũng sẽ là người sử dụng, quản lý vốn. Chính vì thế, phần “ngân sách tùy ý” trên sẽ được giữ lại là lợi nhuận của đơn vị nên họ hoàn toàn có động cơ làm tăng “ngân sách tùy ý” thông qua việc sử dụng vốn một cách tiết kiệm, hợp lý nhất. Bản thân họ cũng là những người am hiểu chuyên môn nên biết rõ phòng khám hay bệnh viện của họ cần gì để hoạt động có hiệu quả hơn hay nên đầu tư vào đâu là có ích nhất, họ sẽ không ngần ngại chi tiền cho các phương án cải tiến, đổi

mới này. Họ cũng sẵn sàng cắt bớt các khoản chi phí không cần thiết để nâng cao tính hiệu quả của việc sử dụng nguồn lực, sa thải những nhân viên thiếu ý thức, kỷ luật lao động kém và trả công cho nhân viên xứng đáng theo năng lực và những đóng góp của họ.

b. Xét theo khía cạnh thứ hai: Tối đa hoá đầu ra trong điều kiện đầu vào là cố định.

Với khu vực tư nhân (hay khu vực CSSK vì lợi nhuận).

- Nếu đầu ra được hiểu là doanh thu của cơ sở, còn đầu vào là chi phí sản xuất của cơ sở: Hiệu quả tài chính

Với mọi lĩnh vực thông thường khác, việc tăng được doanh thu bán hàng là điều nên làm và được xã hội khuyến khích, bởi tăng doanh thu cũng là thoả mãn hơn nhu cầu của người tiêu dùng. Tuy nhiên, với ngành y, mà cụ thể là lĩnh vực khám chữa bệnh, việc các bệnh viện tư tìm mọi cách tăng doanh thu không phải lúc nào cũng được tán thành. Do thất bại về “thông tin không đối xứng” của thị trường (Dạng thứ nhất: Thông tin không đối xứng giữa bệnh nhân và bác sỹ) rất đậm nét trong lĩnh vực khám chữa bệnh nên bác sỹ có thể dùng quyền năng chuyên môn của mình để “cung sinh ra cầu”: bác sỹ có quyền quyết định số lượng dịch vụ mà người bệnh phải tiêu dùng nên nhiều khi bệnh nhân phải dùng các dịch vụ không thực sự cần thiết. Một hình thức phổ biến để làm tăng doanh thu ở các bệnh viện, phòng khám tư là việc lạm dụng các xét nghiệm hay máy móc đắt tiền. Cho dù việc sử dụng các trang thiết bị y tế hiện đại hỗ trợ rất tốt cho quá trình chẩn trị nhưng gánh nặng chi phí sẽ rơi vào các bệnh nhân mà nhiều khi chi phí y tế là quá sức đối với người bệnh. Như vậy, khu vực tư nhân dễ dàng tăng doanh thu, dưới góc độ này, khu vực tư nhân đảm bảo được hiệu quả tài chính theo quan điểm của chủ đầu tư nhưng hiệu quả này không nên được chấp nhận, tán thành.

- Nếu đầu ra được hiểu là số lượt người được khám chữa bệnh/kết quả của điều trị/mức độ cải thiện sức khỏe của bệnh nhân và đầu vào là chi phí để khám chữa bệnh (chi phí dưới góc độ xã hội): hiệu quả xã hội

Xét dưới góc độ hiệu quả xã hội, thì cách đạt được tính hiệu quả tài chính như trên của các bệnh viện/phòng khám tư sẽ đi ngược lại với hiệu quả xã hội bởi

hậu quả của quan hệ “cung sinh cầu” khiến cho chi phí trên một ca chữa trị sẽ rất cao, xã hội đã phải sử dụng quá nhiều nguồn lực để khám chữa bệnh cho (bằng đó) bệnh nhân[93].

Với khu vực công:

Bản thân các bác sỹ làm việc ở các bệnh viện công có thu nhập gần như cố định từ ngân sách, không gắn với số tiền bệnh nhân chi trả. Vì vậy, họ sẽ không có nhiều động cơ “tăng doanh thu” qua việc ép bệnh nhân sử dụng dịch vụ không cần thiết như khu vực tư. Và việc không đạt mục tiêu tăng doanh thu này là hoàn toàn phù hợp và đảm bảo yêu cầu hiệu quả xã hội.

1.3.3.3. Kết luận về khả năng đạt được hiệu quả trong lĩnh vực KCB và các nguyên tắc được rút ra.

Như vậy, trong lĩnh vực KCB, khu vực tư chỉ có thể đảm bảo tiêu chí công bằng ngang: đối xử như nhau với những người có điều kiện kinh tế như nhau. Ngược lại công bằng dọc lại cần đến sự can thiệp của nhà nước với các chính sách hỗ trợ viện phí cho người nghèo thì mới đảm bảo được nguyên tắc: các cá nhân có điều kiện kinh tế khác nhau thì đóng góp khác nhau.

Với tiêu chí hiệu quả, khu vực tư nhân được coi là đảm bảo tính hiệu quả dưới góc độ quản lý tốt nguồn lực và sử dụng chúng một cách tiết kiệm, hợp lý. Tuy nhiên, nếu xét hiệu quả dưới góc độ tối đa hoá đầu ra thì khu vực tư nhân chỉ đạt hiệu quả tài chính mà không đạt hiệu quả xã hội, Hơn nữa, cách đạt hiệu quả tài chính theo cách tăng doanh thu - mà có thể là tận thu từ những người đang gặp rủi ro đau ốm thì không thể chấp nhận. Ngược lại, các bệnh viện công sẽ hạn chế được hiện tượng lạm dụng quyền năng của bác sỹ để “cung sinh cầu” gây gánh nặng chi trả quá mức cho bệnh nhân nhưng bệnh viện công lại dễ gặp hạn chế chung của các tổ chức công trong việc sử dụng nguồn lực: lãng phí, kém hiệu quả.

Nguyên tắc 14: Cần đảm bảo cả công bằng ngang và công bằng dọc trong việc tiếp cận dịch vụ KCB.

Nguyên tắc 15 : Cơ chế cần sử dụng tiết kiệm nguồn lực (hiệu quả tài chính).

Nguyên tắc 16: Cơ chế cần đảm bảo tối đa hoá về cung cấp sản phẩm dịch vụ đầu ra với chất lượng cao và chi phí thấp nhất (hiệu quả xã hội).

1.3.4. Khả năng thỏa mãn các nguyên tắc của các phương thức XHH y tế hiện nay.

Từ sự phân tích trên, có thể thấy các phương thức CSSK cần thỏa mãn hệ thống 16 nguyên tắc. Tuy nhiên, sẽ không có một phương thức XHH y tế nào có thể thỏa mãn cả 16 nguyên tắc đó bởi sự thỏa mãn nguyên tắc này lại là sự vi phạm nguyên tắc khác, cụ thể:

- Nếu thỏa mãn nguyên tắc 13 tức phát triển hệ thống y tế tư nhân hoặc các loại hình dịch vụ vì lợi nhuận thì vi phạm nguyên tắc 7: tách biệt số tiền bệnh nhân chi trả với quyền lợi bác sỹ (trong bối cảnh các loại hình cung cấp dịch vụ này áp dụng cơ chế tài chính tư như hiện nay); Vi phạm nguyên tắc 12 (cung cấp hàng hóa, dịch vụ “cần”); vi phạm các nguyên tắc 4, 2, 14, 16 và ngược lại.

- Nếu thỏa mãn nguyên tắc 5 tức cần phát triển hệ thống y tế công thì sẽ rất khó đạt được nguyên tắc 8: hạn chế việc sử dụng ngân sách tùy ý một cách lãng phí và nguyên tắc 15.

- Nếu đảm bảo nguyên tắc 4 (cung cấp CSSK cho người đang bị bất tỉnh, mất trí) thì không thể chia sẻ với bệnh nhân như nguyên tắc 6 yêu cầu.

Bên cạnh đó, có những nguyên tắc về lý thuyết không thực sự mâu thuẫn nhau nhưng khó có thể cùng đồng thời thỏa mãn chúng.

Những ví dụ trên chứng minh một điều không có một phương thức XHH y tế nào thực sự hoàn hảo, mỗi phương thức đều có những ưu điểm riêng và nhược điểm riêng. Chúng vi phạm hay thỏa mãn các nguyên tắc nào tức có những ưu nhược điểm gì sẽ là nội dung được trả lời rõ ở chương II.

1.4. KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ CÁC PHƯƠNG THỨC XHH Y TẾ

1.4.1. Kinh nghiệm về y tế tư nhân

Ở hầu hết các quốc gia trên thế giới, YTTN được huy động tham gia cung cấp dịch vụ y tế [66].

Về lý do, YTTN ra đời do các lý do cơ bản: NSNN hạn chế, mức sống người

dân tăng lên và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế cũng tăng nên y tế nhà nước không đáp ứng đủ nhu cầu của người dân về KCB [91]. Sự phát triển khoa học kỹ thuật y học đã làm cho giá thành khám chữa bệnh lên rất cao khiến cho kinh phí của Nhà nước đơn thuần không đủ bảo đảm. Các nước như Anh Quốc, Thụy Điển, Canada, Trung Quốc và các nước XHCN Liên Xô và Đông Âu trước đây v. v.. vốn có một hệ thống cung ứng khám chữa bệnh nhà nước miễn phí cũng đã phải chia sẻ chi phí y tế giữa Nhà nước và cộng đồng [48]. Kể cả ở các nước phát triển, NSNN dành cho y tế vẫn không đủ đáp ứng nhu cầu người dân. Tại Canada, phần lớn dịch vụ y tế được phân phối thông qua kênh y tế tư nhân. Hàng năm Chính phủ Mỹ chỉ đảm bảo khoảng 40% tổng chi phí CSSK, phần còn lại là huy động từ các nguồn kinh phí của tư nhân, của các tổ chức, các doanh nghiệp hoặc từ tiền bảo hiểm[40].

Về hình thức, ở các nước đang phát triển, luật pháp cho phép bác sỹ làm ngoài giờ hành chính [76]. Ngoài ra, hành nghề y tư nhân còn tồn tại với những hình thức phổ biến như lang y, bà đỡ, người bán thuốc rong, thầy mo. Ở các nước phát triển, y tế tư nhân chủ yếu tồn tại dưới dạng bệnh viện tư, phòng khám tư. Nhiều nước tỷ lệ bệnh viện tư chiếm tới 70-80% trong tổng số các bệnh viện. Tại Malaysia, toàn quốc có 200 bệnh viện lớn, trong đó có đến 160 bệnh viện do tư nhân đầu tư và quản lý [41].

Về mặt loại hình dịch vụ, ở các nước đang phát triển, tư nhân chủ yếu cung cấp dịch vụ KCB ngoại trú, còn điều trị nội trú chủ yếu vẫn do nhà nước đảm nhiệm[91]. Ở Italia, có rất nhiều doanh nghiệp nhỏ và vừa hợp tác với các nhà cung ứng dịch vụ y tế lớn chẳng hạn như các dịch vụ chăm sóc người già, trẻ em tại nhà, chăm sóc bệnh nhân sau khi ra viện, hỗ trợ người nghiện, tâm thần...và những hợp tác đó rất quan trọng và hiệu quả. Khu vực tư nhân được tham gia cung cấp nhiều dịch vụ phụ trợ như vệ sinh, giặt là, ăn uống, bán thuốc...và cả dịch vụ y tế cộng đồng như tiêm chủng[75]. Với các nước phát triển, ở các bệnh viện tư, với sự giám sát ngặt nghèo của chính phủ, họ có thể và được phép làm tất cả các phương pháp điều trị tiên tiến nhất như ở các bệnh viện công như: phẫu thuật tim, phẫu thuật thần kinh, cấy và ghép cơ quan...[41]

Một số mô hình y tế tư nhân cơ bản và những tác động của nó

Mô hình hệ thống YTTN điển hình trên thế giới là mô hình của hệ thống y tế Mỹ. Theo mô hình này, nhà nước chỉ có trách nhiệm chăm sóc cho người nghèo (Medicaid) và cho người già (Medicare)[22]. Hệ thống y tế này chủ yếu dựa trên cung cấp tư nhân. Hiện nay, nước Mỹ trở thành quốc gia có chi phí y tế đắt đỏ nhất thế giới (với chi phí y tế bình quân đầu người trên 7000 USD/năm) với 45 triệu người Mỹ (15% dân số) rất khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế do không có bảo hiểm y tế [61]. Các nhà lãnh đạo Mỹ ngày càng nhận thấy sự bất cập của hệ thống y tế chủ yếu dựa vào khu vực tư này. Theo quan điểm của Tổng thống Obama, cần cải cách hệ thống y tế của nước Mỹ, có nghĩa là không thể phó mặc cho thị trường và cần phải có sự can thiệp mạnh hơn nữa của Chính phủ, ông viết: “thị trường tự nó không giải quyết được các vấn đề y tế của chúng ta – một phần vì thị trường đã bất lực trong việc tạo ra một sân chơi đủ lớn để giảm mức phí bảo hiểm tới mức mọi người dân có thể chịu đựng được, một phần chăm sóc sức khỏe không như những sản phẩm hoặc dịch vụ khác, khi con của bạn bị ốm, bạn không thể đi lòng vòng để mặc cả chọn lấy giá hời nhất”[61].

Mô hình YTTN cũng được sử dụng ở hầu hết các quốc gia khác. YTTN tại các nước tư bản phát triển được chia thành hai nhóm, một nhóm bao gồm các cơ sở YTTN hoạt động không vì lợi nhuận (chiếm đa số) và nhóm còn lại là các cơ sở YTTN kinh doanh vì lợi nhuận (chỉ chiếm tỷ trọng nhỏ trong toàn bộ hệ thống cung ứng dịch vụ y tế) [60]. Có nhiều bằng chứng chứng tỏ rằng hệ thống cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh tư nhân kinh doanh vì lợi nhuận không đáp ứng được mục tiêu xây dựng một hệ thống y tế theo định hướng công bằng và hiệu quả.

Chi phí ở y tế tư nhân vì lợi nhuận đắt hơn: Đã có nhiều nghiên cứu so sánh chi phí y tế giữa các cơ sở y tế vì lợi nhuận (tư nhân) và không vì lợi nhuận (bệnh viện công hoặc tư hoạt động không vì lợi nhuận). Các nghiên cứu đều cho kết luận giống nhau: chi phí điều trị tại các cơ sở y tế kinh doanh vì lợi nhuận đắt hơn so với các cơ sở y tế hoạt động phi lợi nhuận từ 11,2% đến 19% và có những dịch vụ cao hơn tới 91%. Chi phí y tế ở các quốc gia có hệ thống y tế tư nhân phát triển cũng cao hơn các quốc gia có hệ thống y tế công[60] (trích từ Dyer,O .2004).

Chất lượng dịch vụ KCB ở khu vực tư nhân vì lợi nhuận kém hơn khu vực y tế công: Mặc dù chi phí của khu vực YTTN kinh doanh vì lợi nhuận cao hơn, nhưng chất lượng dịch vụ KCB không cao hơn. Một nghiên cứu đã chỉ ra con số thống kê: Trong số 149 công trình nghiên cứu về khả năng tiếp cận, chất lượng dịch vụ và chi phí hiệu quả giữa khu vực y tế công, y tế tư nhân vì lợi nhuận và YTTN phi lợi nhuận, có 88 nghiên cứu kết luận khu vực y tế phi lợi nhuận phục vụ tốt hơn; 43 nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt. Chỉ có 18 nghiên cứu cho rằng các trung tâm y tế kinh doanh vì lợi nhuận phục vụ tốt hơn. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy bệnh nhân từ các bệnh viện công và bệnh viện tư không vị lợi có tỷ lệ tử vong thấp hơn các bệnh viện tư vị lợi [67]. Ngoài ra, vấn đề lạm dụng chỉ định các dịch vụ KCB không cần thiết và các dịch vụ KCB có tác dụng phụ cũng nhiều hơn ở khu vực y tế tư nhân vì lợi nhuận[60].

1.4.2. Kinh nghiệm về bảo hiểm y tế.

a. Kinh nghiệm BHYT cho người nghèo ở Indonesia[37].

Giống như Việt nam, khoảng 70% chi phí y tế ở Indonesia là từ tiền túi người dân và cũng đang gây ra những vấn đề như bất công bằng trong KCB, chất lượng KCB, khó khăn khi tiếp cận với các dịch vụ CSSK... Vì vậy, phát triển BHYT toàn dân là mục tiêu mà Chính phủ Indonesia hướng tới. Trong lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, họ cũng gặp nhiều vướng mắc trong việc mở rộng diện bao phủ của BHYT cho người nghèo. JAMKESMAS - chương trình BHYT cho 76,4 triệu người nghèo và cận nghèo ở Indonesia được Chính phủ Indonesia dành cho sự quan tâm đặc biệt.

Tổ chức của Jamkesmas: Bộ Y tế là cơ quan chịu trách nhiệm điều hành hệ thống Jamkesmas với sự hỗ trợ của công ty bảo hiểm nhà nước PT Askes. PT Askes có trách nhiệm kiểm tra số người tham gia, cấp phát thẻ BHYT, tuyên truyền tới các chính quyền địa phương để xác định đối tượng thuộc Jamkesmas theo tiêu chí của Trung ương.

Nguồn tài chính và quyền lợi của người tham gia Jamkesmas: Jamkesmas được chính quyền Trung ương (qua Bộ Y tế) hỗ trợ hoàn toàn chi phí KCB thông

qua việc mua thẻ BHYT (trị giá 6 USD/năm) và phát miễn phí cho họ. Mức hưởng và phạm vi hưởng chi phí KCB của những đối tượng có thẻ này là khá toàn diện, tuy vậy một số dịch vụ kỹ thuật cao cũng chỉ được thanh toán một phần. So với các nhóm bảo hiểm khác, người tham gia BHYT của hệ thống Jamkesmas còn được hưởng nhiều quyền lợi hơn khi đi KCB, do vậy có rất nhiều người dân tìm cách được nằm trong danh sách diện nghèo để hưởng chế độ ưu đãi đặc biệt này.

Phương thức thanh toán cho cơ sở KCB: Người bệnh thuộc Jamkesmas KCB ban đầu tại các trung tâm y tế hoặc bác sĩ đa khoa của Nhà nước và họ sẽ được chuyển lên bệnh viện tuyến trên nếu cần thiết. Đối với cơ sở KCB bệnh ban đầu, ngân sách Trung ương sẽ chuyển tiền trực tiếp căn cứ vào lượng người nghèo khám tại đó. Đối với bệnh viện, cuối tháng bệnh viện sẽ gửi chi phí KCB của bệnh nhân thuộc Jamkesmas lên Trung ương (Bộ Y tế), trên cơ sở đó họ sẽ chuyển tiền vào tài khoản của bệnh viện. Một trong những điểm đáng chú ý của hệ thống Jamkesmas là phương thức thanh toán chi phí KCB theo nhóm chẩn đoán có tên gọi INA-DRG (DRGs của Indonesia). Phương thức thanh toán này được áp dụng thử nghiệm tại 15 bệnh viện trong vòng 2 năm và đến năm 2009 mới áp dụng cho tất cả các bệnh viện (cả bệnh viện công và bệnh viện tư) có ký hợp đồng với chương trình Jamkesmas. Để thực hiện được phương thức thanh toán này, các thông tin như thời gian nằm viện trung bình, số lượng giường bệnh, các dữ liệu về tài chính... phải được cung cấp một cách chính xác, đầy đủ; phác đồ điều trị chuẩn cần được xây dựng.

Tác động của chương trình Jamkesmas: Về cơ bản chương trình Jamkesmas đã tháo bỏ rào cản lớn về tài chính, giúp cho người nghèo và cận nghèo có thể tiếp cận với các dịch vụ KCB. Jamkesmas thực sự đã tạo điều kiện cho người nghèo và cận nghèo có khả năng tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cả ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu và các tuyến trên. Lượng người nghèo và cận nghèo đi khám bệnh tăng hơn 392%, lượt khám tại bệnh viện tăng 432% chỉ sau 2 năm từ năm 2005 tới năm 2007.

Một số hạn chế của chương trình Jamkesmas: Sự gia tăng quá mức lượng và lượt người nghèo đi khám, chữa bệnh ở tất cả các tuyến một phần phản ánh hiện

tượng lạm dụng dịch vụ, ảnh hưởng tới tính bền vững của hệ thống, đặc biệt là góc độ tài chính. Công tác thông tin không được thực hiện một cách hiệu quả. Không được hướng dẫn rõ ràng hoặc không đủ thông tin dẫn tới nhiều tranh cãi bất lợi cho việc cung cấp dịch vụ một cách tốt nhất, ảnh hưởng đến sự hợp tác của các bên.

Bệnh viện thường gặp vấn đề với việc kê đơn thuốc không đúng tiêu chuẩn quy định. Trong trường hợp này Jamkesmas không chịu trách nhiệm về chi phí và bệnh viện phải tự tìm nguồn để bù đắp. Có hai khả năng liên quan đến vấn đề về chi phí thuốc: thứ nhất là kê thuốc quá nhiều sẽ tạo ra chi phí cao, thứ hai là kê thuốc không đủ hoặc trì hoãn việc dùng thuốc cũng làm tốn nhiều tiền hơn do bệnh sẽ phức tạp hơn hoặc trở nên nặng hơn. Việc cung ứng thuốc cho chương trình Jamkesmas thuộc trách nhiệm của cơ sở KCB, vì thế việc này cần lên kế hoạch cẩn thận và cơ sở KCB cần cam kết với việc kê đơn thuốc hợp lý.

Để cho Jamkesmas thực sự tồn tại ổn định và phát triển bền vững, rất nhiều việc cần phải làm như tăng cường khả năng quản lý, làm rõ vai trò của các bên liên quan, hệ thống quản lý thông tin, ổn định về tài chính... Trong chiến lược kiểm soát chi phí y tế thì phòng bệnh cần được đưa vào chương trình Jamkesmas vì phòng bệnh tốt sẽ làm giảm nhu cầu về chữa bệnh.

b. Kinh nghiệm của BHYT nước Pháp [51, 57] .

Về tổ chức và phương thức thanh toán: Chế độ BHYT ở Pháp có tính bắt buộc và độc quyền. Mọi người dân và cả những người nước ngoài cư trú tại Pháp đều phải đóng góp vào hệ thống BHYT này. Sau đó mỗi người được phát một "thẻ khám bệnh" (carte vitale - giống như thẻ ngân hàng có số an sinh xã hội và chứa các thông tin về người sở hữu thẻ) và trang bị cho các cơ sở y tế các máy đọc thẻ. Người dân đi KCB không cần trả tiền (ngoại trừ khoản đóng góp bắt buộc) mà chỉ cần đưa thẻ qua máy đọc, các thông tin cần thiết sẽ được chuyển giao và chi phí KCB sẽ được thanh toán trực tiếp giữa quỹ và cơ sở y tế.

Về mức độ chi trả và kinh nghiệm phòng ngừa lạm dụng: Tính bền vững về tài chính của quỹ BHYT là vấn đề không phải của riêng quốc gia nào, vào năm 2006, quỹ BHYT Pháp đã thâm hụt tới 6 tỷ euro. Cả Pháp và nhiều quốc gia khác

đã lựa chọn phương án đồng chi trả để khắc phục hiện tượng này (mức độ đồng chi trả xin xem ở phụ lục 1). Ngoài việc quy định mức đồng chi trả theo phần trăm, bệnh nhân còn phải thực hiện nghĩa vụ đóng góp, ví dụ, mỗi lần khám bệnh người bệnh phải trả 1 euro, mỗi lọ thuốc sẽ đóng 0,5 euro, mỗi lần dùng xe cứu thương góp 2 euro... (trừ trẻ em dưới 16 tuổi, phụ nữ có thai và những người có thu nhập thấp là những người được phát thẻ CMU - thẻ khám chữa bệnh miễn phí).

Để hạn chế tình trạng lạm dụng hoặc lợi dụng việc khám bệnh, lấy thuốc từ phía bệnh nhân, BHYT Pháp còn đặt ra chế độ bác sĩ theo dõi. Mỗi người phải chọn một bác sĩ điều trị thường xuyên-thuộc nhóm bác sĩ có liên kết, ký hợp đồng khám chữa bệnh cho bệnh nhân với cơ quan BHYT. Trong trường hợp cần thiết, bác sĩ điều trị sẽ gửi bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa. Nếu bệnh nhân không tuân thủ theo quy trình trên thì phải tự bỏ tiền túi để chi trả. Bệnh nhân cũng hoàn toàn có thể thay đổi bác sĩ điều trị cho phù hợp (ví dụ bệnh nhân chuyển nhà). Tuy nhiên, sự lạm dụng quỹ BHYT không chỉ ở phía bệnh nhân mà cả ở phía bác sĩ và công ty dược. Bác sĩ, do thói quen hoặc do được khuyến khích kê các loại thuốc của công ty A, B nào đó, cho đơn thuốc với các loại thuốc đắt tiền mà chưa chắc đã hiệu quả. Các viện bảo chế chi rất nhiều tiền vào việc thiết lập các quan hệ với các bác sĩ hoặc đẩy giá thuốc lên cao hơn rất nhiều so với chi phí thực tế để sản xuất. Bên cạnh đó, đôi khi các phòng thí nghiệm không có sáng chế gì mới mà chỉ thay đổi nhãn hiệu và một vài thành phần không quan trọng để cho ra đời một loại thuốc khác có công dụng tương tự khi bằng sáng chế cũ sắp hết hạn, sắp thuộc vào tài sản công và Nhà nước được tự do khai thác. Tất cả những hành động đó đã đẩy chi phí BHYT ở mức thuốc lên rất cao. Để giảm thiểu tình trạng lạm dụng và lợi dụng hệ thống BHYT, người Pháp xây dựng một chế độ kiểm soát chặt chẽ việc khám chữa bệnh hay mua thuốc của bệnh nhân, việc kê toa của bác sĩ và việc xác định giá thuốc của các viện bào chế.

c. BHYT Đức.

Cộng hòa liên bang Đức là một trong số các nước có hệ thống BHYT hoạt động lâu đời nhất trên thế giới với 125 năm hình thành và phát triển, diện bao phủ

100% dân số (khoảng 82 triệu dân), hệ thống này được gọi là BHYT luật định. Đối tượng tham gia BHYT theo luật định bao gồm người đang làm việc (vợ hoặc chồng và con cái dưới 18 tuổi của họ tự động được hưởng bảo hiểm), người về hưu, người thất nghiệp, sinh viên của các trường trung cấp, cao đẳng, đại học, người khuyết tật đang làm việc tại cơ sở được phê chuẩn hoặc trong hệ thống xúc tiến việc làm.

Quyền lợi của người được BHYT[38]: Cho dù BHYT Đức có áp dụng chế độ đồng chi trả nhưng gói quyền lợi của BHYT Đức là khá rộng với nhiều loại hình dịch vụ:

- Điều trị nằm viện không giới hạn, cùng chi trả không vượt quá 14 ngày/năm.
- Thuốc theo đơn được thanh toán, nhưng có cùng chi trả.
- Hưởng một số hoặc tất cả chi phí phòng ngừa và phục hồi cần thiết.
- Trợ cấp ốm đau: Người được bảo hiểm có thể nhận trợ cấp ốm đau tối đa 78 tuần trong khoảng thời gian 3 năm.
- Trợ giúp về trông nom nhà khi người tham gia bảo hiểm phải nằm viện hoặc điều trị phục hồi chức năng không thể trông nom nhà cửa và có trẻ nhỏ dưới 12 tuổi sống cùng.
- Điều dưỡng tại nhà cho phụ nữ khi cần thiết do mang thai hoặc sinh con.
- Liệu pháp xã hội dành cho người được bảo hiểm có nỗi đau buồn tinh thần nghiêm trọng làm cho họ không chấp nhận điều trị y khoa.
- Tiền sinh con và trợ cấp sinh con trong thời gian mang thai và sau khi sinh.

Mức đóng BHYT bắt buộc ở Đức khá cao, lên tới hơn 14%/thu nhập. Về nguyên tắc, người lao động đóng 50%, chủ sử dụng đóng 50% số tiền nộp BHYT.

Cùng chi trả BHYT: Theo quy định của Luật BHYT Đức, bệnh nhân BHYT cùng đóng góp chi phí cho một số dịch vụ nhất định. Tuy nhiên, nhóm có thu nhập thấp và bệnh mãn tính cần, trẻ dưới 18 tuổi được miễn cùng chi trả (trừ trường hợp chi phí về nha khoa và chi phí đi lại) và tiền bệnh nhân BHYT cùng chi trả không vượt quá 2% thu nhập năm của họ[38].

Phương thức thanh toán: Hiện nay BHYT Đức đang sử dụng phương án thanh toán theo nhóm chẩn đoán DRG[5]. Nhóm chẩn đoán (DRG) là cách thức phân loại bệnh nhân dựa theo chẩn đoán và mức độ đòi hỏi các nguồn lực tính cho một giai đoạn nằm viện. DRGs là nhóm các chẩn đoán có liên quan đến sự tương đồng về khám, điều trị và chi phí điều trị[39]. Phương pháp chi trả theo DRG là hình thức phổ biến nhất của chi trả dựa theo từng trường hợp. Đây là một phương án thanh toán được cho là minh bạch hơn trong quá trình thanh toán chi phí khám chữa bệnh, thanh toán sát với dịch vụ, đạt hiệu quả kinh tế và nâng cao chất lượng dịch vụ. Việc tính toán DRG do Viện nghiên cứu và tính toán chi phí theo nhóm chẩn đoán (InEK) thực hiện. Thông thường, hàng năm có khoảng 250 bệnh viện cung cấp số liệu chi phí của 3 triệu trường hợp ra viện làm cơ sở cho InEK tính toán [5].

1.4.3. Kinh nghiệm về thu một phần viện phí.

a. Kinh nghiệm của Trung Quốc:

Hệ thống y tế ở Trung quốc và Việt nam có rất nhiều điểm tương đồng. Hiện nay, các bệnh viện nhà nước nhận kinh phí từ ba nguồn chính là NSNN, thu phí dịch vụ (viện phí) và lợi nhuận từ bán thuốc[83]. Tuy nhiên, kinh phí hoạt động của các bệnh viện Trung Quốc chủ yếu dựa vào các nguồn bệnh viện tự tạo nên như vốn vay, lợi nhuận trong hoạt động (có được từ viện phí) và cả vốn góp từ nhân viên[83].

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng phương thức viện phí đã thực sự tạo ra gánh nặng tài chính cho người dân Trung Quốc, đặc biệt là người nghèo, hạn chế khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ CSSK của họ cũng như làm trầm trọng thêm mức độ chênh lệch về bệnh tật và đói nghèo giữa các nhóm thu nhập dân cư. Bên cạnh gánh nặng tài chính trực tiếp, người dân phải chịu những gánh nặng gián tiếp do tàn tật và mất ngày công lao động, điều này đã ảnh hưởng lớn tới kết quả sản xuất ở những vùng nông thôn nghèo[92]. Người nghèo là đối tượng chịu tác động lớn nhất của chính sách viện phí này. Chi tiêu y tế của nhóm nghèo nhất chiếm đến trên 80% thu nhập của họ so với 5% của nhóm giàu nhất. Thế nhưng, mức độ ốm đau vẫn khá cao ở các vùng khó khăn [92], tạo nên vòng luẩn quẩn giữa bệnh tật và đói nghèo

Không những tác động tới tính công bằng mà chính sách viện phí còn tác động mạnh tới tiêu chí hiệu quả của hệ thống y tế Trung quốc. Tác động đầu tiên là sự lạm dụng thuốc của bác sỹ nhằm trục lợi từ việc bán thuốc. Theo số liệu của Bộ y tế Trung quốc thì chi phí thuốc của bệnh nhân nội và ngoại trú ở trung tâm y tế thị xã lần lượt là 62-68% và 54-58%, tương tự, có tới 76% thu nhập của bệnh viện thị xã là từ bán thuốc. Sử dụng thuốc không hợp lý là tình trạng chung của các bác sỹ ở vùng nông thôn với những toa thuốc thường xuyên được kê là kháng sinh và thuốc tiêm. Chính vì vậy, chi phí cho y tế đang ngày càng tăng ở các vùng nông thôn Trung quốc. Tác động thứ hai là hiệu quả của hệ thống y tế 3 tuyến huyện, thị xã và làng rất thấp. Do chất lượng dịch vụ kém trong khi giá cả dịch vụ lại cao nên có tới 2/3 số giường bệnh không được sử dụng và phần lãng phí nguồn lực lên đến 38% tổng chi phí [92].

b. Kinh nghiệm của một số quốc gia khác :

-Tại Indonesia, do ngân sách hạn chế và sự thiếu linh hoạt của hệ thống tài chính công trong, chính phủ đã áp dụng chương trình bệnh viện tự quản từ năm 1998 và người bệnh phải nộp phí KCB, (tương tự mô hình bệnh viện tự chủ ở Việt nam). Kết quả là hiện nay khoảng 70% chi phí y tế ở Indonesia là từ tiền túi người dân, gây ra những vấn đề như bất công bằng trong KCB, chất lượng KCB thấp, khó khăn khi tiếp cận với các dịch vụ CSSK...[37] . Cùng với những thay đổi trong quản lý đó, tư nhân cũng được phép hoạt động trong các bệnh viện công như các trang thiết bị y tế có thể thuê của tư nhân, hay bệnh viện ký hợp đồng với tư nhân thực hiện một số công việc như vệ sinh, nấu ăn, giặt là, bán thuốc...nhưng hiệu quả của việc kết hợp này đến nay vẫn chưa được xác nhận. Khu vực y tế tư nhân ở Indonesia cũng phát triển khá mạnh trong khi BHYT còn hạn chế nên các chi trả cho dịch vụ KCB chủ yếu từ tiền túi người dân. Nhận thấy nhiều tác động bất lợi của cơ chế tài chính y tế này đối với người nghèo, từ năm 1994 tất cả các gia đình nghèo đều được cấp thẻ khám bệnh, với thẻ này họ được hưởng miễn phí các dịch vụ y tế cơ bản tại các cơ sở y tế công cộng[75].

-Chính phủ Srilanka đã cân nhắc đến phương án viện phí nhưng chưa thông qua do lo ngại khả năng chi trả của người dân [88].

-Kinh nghiệm của Hungary, Cộng hoà Séc và Ba lan : Cả ba nước đều đã có chung một bối cảnh lịch sử và chiến lược chung cho hệ thống y tế của mình. Trong thời kỳ xã hội chủ nghĩa, nhà nước cấp ngân sách cho hầu hết các dịch vụ y tế, mặc dù mức chi thấp, song người dân vẫn được cung cấp đầy đủ các dịch vụ, từ y tế công cộng đến nội trú bệnh viện. Hệ thống này đã đảm bảo được tính công bằng trong khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế. Tuy nhiên, cái giá phải trả cho kết quả này là tình trạng thiếu hiệu quả về kinh tế, thù lao cho người cung ứng dịch vụ thấp, chất lượng dịch vụ kém và thiếu cơ hội lựa chọn cho các cá nhân. Điều này đã tạo ra sức ép cải cách hệ thống y tế và họ đã chuyển từ hệ thống cấp ngân sách sang hệ thống bảo hiểm xã hội (trả trước chứ không trả viện phí trực tiếp)[87].

1.4.4. Kinh nghiệm về cung ứng dịch vụ theo yêu cầu và LDLK.

Phương án cung ứng dịch vụ theo yêu cầu về bản chất và tác động tương tự như phương án viện phí. Còn đối với hình thức liên doanh liên kết, qua khảo sát, tác giả nhận thấy mô hình này hầu như không được các quốc gia áp dụng. Trừ trường hợp Trung quốc, ở một số bệnh viện, nguồn vốn cho bệnh viện có thể được góp từ nhân viên[83] và ở Indonesia, các bệnh viện đôi khi thuê trang thiết bị y tế của tư nhân [75]. Tuy nhiên, hiệu quả của phương án này đến nay vẫn chưa được khẳng định.

1.4.5. Bài học kinh nghiệm rút ra cho Việt nam

Từ kinh nghiệm của các quốc gia trên, có thể rút ra một số bài học cho Việt nam như sau:

Về y tế tư nhân:

-Y tế tư nhân là một kênh quan trọng trong hệ thống y tế các quốc gia, Tư nhân không chỉ có mặt trong lĩnh vực KCB mà còn tham gia vào nhiều hoạt động dịch vụ gián tiếp phục vụ KCB và các hoạt động mang tính hỗ trợ cho công tác KCB của y tế công như các dịch vụ chăm sóc người già, trẻ em tại nhà, chăm sóc

bệnh nhân sau khi ra viện, hỗ trợ người nghiện, tâm thần... Những hoạt động dịch vụ gián tiếp hay hỗ trợ này của khu vực tư nhân được cho là có hiệu quả.

-Tuỳ theo trình độ phát triển và trình độ quản lý mà mức độ tham gia của khu vực tư nhân vào công tác KCB được mở rộng hay thu hẹp, có được và có thể tham gia cung cấp các dịch vụ có kỹ thuật phức tạp không.

-Khu vực tư nhân luôn được cho là có dịch vụ đắt đỏ (tức là kém hiệu quả về mặt xã hội). Điều này khó khắc phục đơn giản bởi vì một đồng chi tiêu của bệnh nhân là một đồng thu nhập của bệnh viện. Khu vực tư nhân chỉ được đánh giá cao về chất lượng phục vụ mà không được đề cao về chất lượng y học (chuyên môn) như các bệnh viện công hay tổ chức phi lợi nhuận.

Về BHYT

- BHYT toàn dân là mô hình mà mọi nền y tế trên thế giới hướng tới. Tuy nhiên, điều này chỉ có thể thành hiện thực sau không ít thời gian chuẩn bị và có lẽ chỉ ít khó khăn với các quốc gia phát triển.

- Tuỳ theo khả năng kinh tế (đóng góp) của NSNN, của các cá nhân mà gói quyền lợi của người có BHYT của các quốc gia là khác nhau, nhưng xu hướng chung là gói quyền lợi này càng ngày càng được mở rộng.

- Lạm dụng quỹ BHYT là vấn nạn đối với mọi quốc gia. Đa số các quốc gia dùng biện pháp đồng chi trả để hạn chế lạm dụng từ phía bệnh nhân, dùng phương pháp thanh toán thích hợp (ví dụ theo nhóm điều trị) để hạn chế lạm dụng từ phía bệnh viện, quản lý chặt giá thuốc để hạn chế lạm dụng từ các công ty dược.

- Phương pháp thanh toán theo thực chi không còn được ưa chuộng bởi nguy cơ lạm dụng quỹ BHYT. Thay vào đó, các quốc gia đang hướng tới sử dụng phương pháp thanh toán theo nhóm điều trị. Tuy nhiên, nếu dùng phương pháp này thì các thông tin như thời gian nằm viện trung bình, số lượng giường bệnh, các dữ liệu về tài chính... phải được cung cấp một cách chính xác, đầy đủ, cần có tổ chức tốt và sự vào cuộc của các nhà chuyên môn để xây dựng phác đồ điều trị chuẩn. Giá thuốc cao, chi phí về thuốc lớn cũng là một nguyên nhân quan trọng đe dọa sự an toàn quỹ

BHYT các nước. Các biện pháp quản lý việc kê đơn, sử dụng thuốc gốc hay quản lý giá thuốc sẽ là những biện pháp hạn chế chi phí này.

- Người nghèo thường không có khả năng kinh tế để mua BHYT, thông thường các nước phải phát thẻ BHYT miễn phí cho người nghèo, hỗ trợ phí BHYT đối với đối tượng cận nghèo. Đặc biệt, cần huy động sự đóng góp của cộng đồng (các doanh nghiệp, các nhà hảo tâm) để hỗ trợ tài chính y tế (như mua BHYT) cho người nghèo.

Về phương thức viện phí.

- Viện phí không phải là một phương thức tài chính được lựa chọn ở nhiều quốc gia do những lo ngại về khả năng chi trả của người dân.

- Các quốc gia sử dụng phương thức thu viện phí chủ yếu dưới dạng thu một phần viện phí và phương thức này được coi như phương án tình thế trong bối cảnh chưa có nguồn tài chính thay thế và thường được sử dụng ở các quốc gia có thu nhập thấp, chưa phát triển được mạng lưới BHYT.

- Phương án tình thế này buộc phải sử dụng trong điều kiện ngân sách quốc gia dành cho y tế là hạn hẹp. Đây là cách thức để cải thiện điều kiện cung cấp dịch vụ KCB ở nhiều quốc gia. Tuy nhiên, những tác động tiêu cực của phương án này là rất rõ ràng. Chủ yếu là tính công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ KCB bị xói mòn. Người nghèo là đối tượng bị ảnh hưởng nặng nề nhất, tạo ra vòng luẩn quẩn “bệnh tật-đói nghèo”. Từ đó, tính hiệu quả trong việc chăm sóc sức khỏe người dân cũng bị tổn hại nghiêm trọng.

- Phương thức viện phí thường được bổ trợ bởi các chính sách KCB miễn phí cho người nghèo.

Về phương thức liên doanh liên kết

- Phương thức liên doanh liên kết hầu hết không được sử dụng ở các quốc gia, có một vài hoạt động ở Trung quốc hay Indonesia gần giống với phương án liên doanh liên kết ở Việt nam. Tuy nhiên, tính hiệu quả của mô hình này đều không được khẳng định.

*

* *

Tóm lại, nhằm cung cấp một cái nhìn khái quát, chính xác về XHH y tế, chương 1 đã tiến hành tổng quan và phân tích các quan niệm khác nhau về XHH nói chung và XHH y tế nói riêng để đưa ra kết luận nhất quán về bản chất của XHH y tế và những vấn đề cơ bản về XHH y tế. XHH y tế mà cụ thể là XHH nguồn lực tài chính cho y tế mang trong nó nội hàm kinh tế y tế sâu sắc. Chính vì vậy, chương 1 cũng đã dành một dung lượng khá lớn cho việc phân tích, xây dựng cơ sở khoa học, đặc biệt là cơ sở kinh tế y tế để cung cấp căn cứ cho quá trình phân tích thực trạng và đề xuất các giải pháp ở các chương sau.

Chương 2

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC XÃ HỘI HOÁ Y TẾ Ở VIỆT NAM

2.1. KHÁI QUÁT VỀ NGÀNH Y TẾ VIỆT NAM

2.1.1. *Giới thiệu chung về hệ thống y tế Việt Nam*

2.1.1.1. Hệ thống y tế

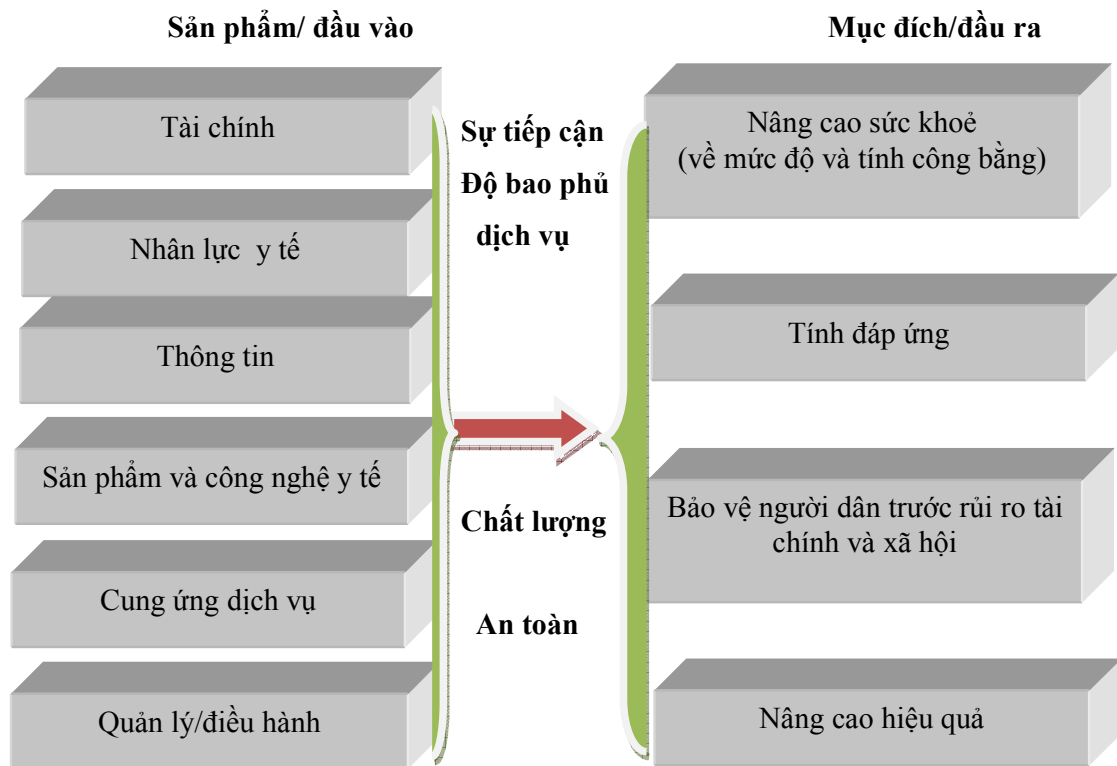
Theo nghĩa rộng, hệ thống y tế bao gồm tổng thể các thiết chế, các nguồn lực (tài chính, nhân lực, khoa học công nghệ...), cùng với các chính sách lớn và cơ chế vận hành để thực hiện công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân[14]. Theo Tổ chức y tế thế giới [97], hệ thống y tế có 4 mục tiêu cơ bản sau:

- Nâng cao sức khoẻ người dân
- Nâng cao tính đáp ứng tức khả năng hệ thống đáp ứng các nhu cầu ngoài sức khoẻ của nhân dân, ví dụ đáp ứng các mong đợi về thái độ ứng xử của nhân viên y tế, cách bệnh nhân được tiếp đón và điều trị, về bảo mật thông tin sức khoẻ, về vệ sinh môi trường, bệnh viện.
- Bảo vệ người dân trước các rủi ro về tài chính (người dân không phải trả các chi phí lớn làm ảnh hưởng đến tình trạng kinh tế của hộ gia đình).
- Nâng cao hiệu quả của toàn hệ thống (giảm các lãng phí về hành chính và chuyên môn), đạt các kết quả sức khoẻ mong đợi với chi phí tài chính thấp nhất.

Vì vậy, để đạt các mục tiêu trên, xét theo nghĩa hẹp, hệ thống y tế một quốc gia thường bao gồm bốn mảng cơ bản: tài chính y tế, nhân lực y tế, hệ thống cung cấp dịch vụ y tế và quản lý trong lĩnh vực y tế. Chúng được phản ánh trong khung hệ thống y tế như sơ đồ 2.1.

Ở Việt nam, hệ thống y tế thường được tổ chức và phân loại theo đặc điểm quản lý kinh tế xã hội (góc độ sở hữu và góc độ quản lý). Trên phạm vi cả nước, hệ thống y tế được chia thành: hệ thống y tế nhà nước và hệ thống y tế ngoài nhà nước. Hệ thống y tế nhà nước bao gồm bốn cấp gắn với hệ thống quản lý hành chính: Cấp

trung ương (bao gồm các đơn vị hoạt động quản lý và sự nghiệp y tế thuộc các bộ ngành), cấp tỉnh (bao gồm các đơn vị y tế thuộc sở y tế, các đơn vị hoạt động sự nghiệp y tế thuộc sở, ban ngành khác trực thuộc UBND tỉnh, thành phố), cấp huyện (bao gồm bệnh viện huyện, trung tâm y tế dự phòng), cấp xã (trạm y tế xã phường) (xem phụ lục số 2). Hệ thống y tế ngoài nhà nước: Là các đơn vị tham gia khám, chữa bệnh cho nhân dân với nguồn tài chính không do nhà nước cấp, mà chủ yếu có từ kết quả hoạt động kinh doanh, đóng góp từ thiện, trích từ lợi tức, quỹ phúc lợi của đơn vị. Hệ thống này bao gồm: tổ chức y tế tư nhân, tổ chức y tế tập thể, các cơ sở liên doanh hay đầu tư trực tiếp 100% vốn của nước ngoài, các cơ sở y tế trong các tổ chức xã hội từ thiện, các cơ sở y tế trong các doanh nghiệp sản xuất kinh doanh hàng hoá và dịch vụ, cơ sở y tế trong các trường học.



Sơ đồ 2.1: Khung của hệ thống y tế

Nguồn: WHO, 2008 [97]

2.1.1.2. Hoạt động y tế

Các hoạt động trong lĩnh vực y tế bao gồm CSSK trực tiếp, các hoạt động phòng bệnh và các hoạt động hỗ trợ gián tiếp cho công tác CSSK. Người ta thường chia các hoạt động y tế thành hai nhóm cơ bản: Hoạt động y tế trực tiếp và hoạt động gián tiếp. Hoạt động y tế trực tiếp bao gồm: dịch vụ KCB, phòng bệnh và y tế cộng đồng, các dịch vụ phục hồi chức năng và điều dưỡng, kiểm nghiệm thuốc, thực phẩm, kiểm dịch. Hoạt động y tế gián tiếp bao gồm các hoạt động quản lý, đào tạo và nghiên cứu trong lĩnh vực y tế như: Quản lý hành chính về y tế, quản lý quỹ BHYT, đào tạo và đào tạo lại cán bộ y tế, nghiên cứu khoa học về y tế[12].

2.1.2. Một số kết quả cơ bản của y tế Việt Nam.

Việt nam là một nước đang phát triển với khoảng 70% dân số sống ở nông thôn và thu nhập bình quân đầu người ở mức 1160USD/người một năm. Việt Nam có đầy đủ các đặc điểm chung của một nước đang phát triển, tuy nhiên, lĩnh vực y tế có trình độ phát triển cao hơn so với nhiều nước đang phát triển khác có cùng mức thu nhập tính theo đầu người [40].

Mặc dù trải qua mấy chục năm chiến tranh giành độc lập, Việt Nam vẫn đạt được những kết quả to lớn về cải thiện tình trạng sức khỏe và bệnh tật của nhân dân. Trước cách mạng tháng 8 năm 1945, dưới ách thống trị của thực dân, phong kiến, các dịch vụ y tế kém phát triển nhân dân chịu cảnh đói kém, bệnh tật, dốt nát. Trong hoàn cảnh đó, tình trạng "hữu sinh vô dưỡng" rất phổ biến. Trung bình ở thời kỳ này cứ 1000 trẻ sinh ra thì có 20 bà mẹ bị chết, 400 trẻ không sống được quá 1 tuổi, tuổi thọ bình quân chỉ đạt 36 tuổi [48]. Sau hơn 60 năm, kết quả về chăm sóc sức khỏe của ngành y tế đã thay đổi rất đáng kể (xem bảng 2.1)

Nếu so sánh các chỉ số cơ bản về sức khỏe người dân, phản ánh mức độ phát triển của ngành y tế của các quốc gia này với các quốc gia khác, đặc biệt các quốc gia có cùng mức thu nhập thì thấy y tế Việt nam phát triển hơn nhiều so với trình độ phát triển kinh tế (xem bảng 2.2).

Bảng 2.1: Một số chỉ tiêu CSSK cơ bản

STT	Chỉ tiêu	Năm 2008
1	Tuổi thọ trung bình (năm)	73
2	Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi (‰)	15
3	Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi (‰)	25,5
4	Tỷ lệ sơ sinh nhẹ hơn 2,5kg (%)	5,3
5	Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi (%), cân nặng/tuổi)	19,9
6	Tỷ lệ tử vong mẹ/100000 trẻ đẻ sống	75
7	Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ em dưới 1 tuổi (%)	81,8
8	Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sỹ (%)	65,93
9	Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế (%)	84,44

Nguồn: Bộ y tế, 2010

So với các quốc gia có cùng mức thu nhập hoặc mức thu nhập cao hơn (từ 1 đến 6) thì các chỉ tiêu trong lĩnh vực sức khỏe của Việt nam tốt hơn rất nhiều nếu không muốn nói là bỏ xa các “hàng xóm” về thu nhập. Nếu lấy các chỉ tiêu y tế cơ bản để làm mốc so sánh (ví dụ tuổi thọ bình quân-các quốc gia từ số 8 đến 14) thì Việt nam lại đang ngang hàng với các quốc gia có thu nhập cao hơn gấp nhiều lần (có thể gấp 10 lần như trường hợp của Thổ Nhĩ Kỳ). Nếu so với các chỉ tiêu của khu vực hay toàn thế giới thì các chỉ tiêu y tế của Việt nam đều cao hơn mức trung bình (bảng 2.2 các hàng từ 15 đến 20).

Có nhiều yếu tố hợp thành dẫn tới những thành công của ngành Y tế Việt Nam, trước hết là do chúng ta có một hệ thống tổ chức y tế hoàn chỉnh đã được thiết lập, gồm cả phòng bệnh, chữa bệnh, điều dưỡng, phục hồi chức năng, sản xuất và cung ứng dược phẩm, thiết bị y tế, vắc-xin... Trong hệ thống này, y tế cơ sở phát triển rộng khắp, góp phần tích cực vào công tác CSSK ban đầu. 100% số xã, phường đã có cán bộ y tế hoạt động, 66% số xã có bác sỹ; 93,7% số xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi; 84,4% số thôn bản có cán bộ y tế hoạt động, trên 45% số xã đã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã, trên 70% số xã đã thực hiện KCB ban đầu cho người có thẻ BHYT[11].

Bảng 2.2: Thông kê kinh tế-y tế cơ bản
(So sánh Việt nam và một số quốc gia khác - năm 2008)

STT	Quốc gia	GDP/người (USD) (năm 2007)	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ chết trẻ sơ sinh (‰)	Tỷ lệ chết trẻ dưới 5 tuổi (‰)
1	Equatorial Guinea	19.552	53	90	147
2	Uzbekistan	830	68	14	14
3	Lào	701	62	48	61
4	Pakistan	879	63	72	89
5	Senegan	900	59	57	108
6	Zambia	953	48	92	198
7	Việt nam	860	73	12	14
8	Paraguay	1.997	74	24	28
9	Cộng hòa Ả Rập Syria	1.898	72	14	13
10	Trung Quốc	2.432	74	18	21
11	Thái lan	3.844	70	13	14
12	Malaysia	7.033	73	6	6
13	Belarus	4.615	70	11	13
14	Thổ Nhĩ Kỳ	8.877	74	20	22
15	<i>Giá trị nhỏ nhất</i>		42	1	2
16	<i>Giá trị trung vị</i>		71	21	23
17	<i>Giá trị lớn nhất</i>		83	165	257
18	<i>Khu vực Đông nam Á</i>		65	48	63
19	<i>Các quốc gia thu nhập trung bình thấp</i>		67	44	63
20	<i>Toàn thế giới</i>		68	45	65

Nguồn: Who statistical 2010 và Human Development Rerort 2009 [80,93]

Công tác phòng dịch luôn được chú trọng và hoạt động có hiệu quả. Ngành y tế chủ động giám sát dịch tễ, dự phòng thuốc, vật tư, phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế được triển khai có hiệu quả. Bên cạnh đó là công tác tuyên truyền, vận động nhân dân chủ động, tự giác thực hiện tốt các biện pháp phòng bệnh dịch được thực hiện có hiệu quả.

Công tác KCB được cải thiện một bước: Hệ thống các bệnh viện công lập được giữ vững củng cố và phát triển, nhiều cơ sở đã được đầu tư, nâng cấp, xây dựng mới... bước đầu cải thiện được tình trạng xuống cấp, thiếu hụt giường bệnh.

Các trang thiết bị y tế được trang bị đầy đủ hơn và từng bước được hiện đại hoá. Bên cạnh đó, công tác nghiên cứu, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật mới cũng được thực hiện thường xuyên giúp cho các tuyến dưới nâng cao năng lực chuyên môn. Các bệnh viện trung ương nâng cao được chất lượng chẩn đoán và điều trị, nhiều kỹ thuật mới và phức tạp đã được thực hiện thành công, trình độ và kỹ thuật y tế Việt Nam đang dần tiến bộ ngang với các nước trong khu vực, góp phần chữa trị và cứu sống được nhiều người bệnh hiểm nghèo[65].

Bên cạnh hệ thống bệnh viện công, sự phát triển mạnh mẽ của y tế tư nhân đã đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu KCB của người dân khiến việc tiếp cận các dịch vụ y tế của một bộ phận không nhỏ người dân được dễ dàng hơn.

Đóng góp vào thành tựu y tế trên, bên cạnh yếu tố hệ thống y tế, còn phải kể đến các yếu tố khách quan quan trọng khác, đó là điều kiện kinh tế xã hội ngày một phát triển, tiến bộ về khoa học kỹ thuật cho phép nâng cao hiệu quả điều trị hay các tiến bộ về kinh tế, dinh dưỡng, vệ sinh môi trường...và cả nhận thức cho phép người dân được tiếp cận đầy đủ hơn tới các dịch vụ CSSK.

2.1.3. Công cuộc cải cách lĩnh vực y tế: Thành tựu và những tồn tại, thách thức của y tế Việt Nam.

Trước năm 1989, dịch vụ y tế do nhà nước bao cấp hoàn toàn tới từng địa phương với mô hình tổ chức hệ thống y tế mang tính bình dân theo hình kim tự tháp được áp dụng trên toàn quốc. Tại mỗi xã đều có một trung tâm y tế cung cấp dịch vụ y tế miễn phí cho người dân. Đối với những ca bệnh phức tạp, người bệnh được chuyển lên tuyến trên (thời kỳ này không có các cơ sở y tế tư nhân)[40]. Nói chung, thời kỳ này, mọi người dân đều được chăm sóc sức khoẻ miễn phí nhưng ở mức độ thấp.

Tuy nhiên, bối cảnh kinh tế xã hội và chính trị những năm cuối của thập niên 80 thế kỷ trước đã đặt hệ thống y tế vào nhiều tình huống phức tạp[40]:

- Hệ thống quản lý sản xuất và nhập khẩu thuốc theo kế hoạch đã để lại những tác động tiêu cực: năm 1989, Việt Nam rơi vào tình trạng thiếu thuốc chữa bệnh, làm cho công tác chăm sóc y tế kém hiệu quả.

- Giá thiết bị bán trên thị trường thế giới không ngừng tăng lên, trong điều kiện Việt Nam bị cấm vận và chủ yếu dựa vào nguồn viện trợ từ Liên Xô, nhưng đến năm 1988-1989, nguồn viện trợ này bị cắt giảm và đến năm 1991 thì không còn nữa.

- Hệ thống y tế Semasko¹ tỏ ra không phù hợp với quá trình Việt Nam chuyển sang nền kinh tế thị trường, nơi mà cơ hội thu nhập của nhiều người thay đổi, đã bắt đầu xuất hiện phân cách giàu nghèo. Trên thị trường, hàng hoá ngày càng phong phú và không được cung cấp miễn phí, cách sống tiêu dùng đã hình thành, hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK của người dân đã bắt đầu thay đổi cũng như bác sỹ khó chấp nhận công việc ở các bệnh viện công chỉ với đồng lương ít ỏi. Điều này gây ra nhiều hệ lụy cho công tác KCB

- Hệ thống y tế cộng đồng tỏ ra không phù hợp với công tác kiểm soát dịch bệnh trong dân chúng khi mà cán bộ y tế cộng đồng không đủ khả năng chuyên môn và phương tiện cần thiết để đáp ứng nhu cầu đa dạng của người dân trong bối cảnh diễn biến bệnh dịch phức tạp, số ca bệnh ngày một tăng.

- Hệ thống y tế hoạt động theo cơ chế kế hoạch cũ, nơi mà mọi hoạt động phải làm theo kế hoạch định sẵn trên cơ sở nguồn lực có sẵn. Cơ chế này không phù hợp với ngành y với sự biến đổi phức tạp của tình hình dịch bệnh. Vì thế, phân bổ nguồn lực theo cơ chế này trong ngành y tế đã không đạt được hiệu quả, không hợp lý. Cần phải có một cơ chế quản lý nguồn lực mềm dẻo, uyển chuyển để đáp ứng với nhu cầu thực tế, phù hợp với những diễn biến không lường trước được của tình hình dịch bệnh.

- Quá trình đô thị hóa làm xuất hiện những nhu cầu mới. Một bộ phận người dân di cư tự do, họ không được quản lý, có đời sống khó khăn. Bộ phận dân cư này có nhu cầu CSSK nhưng không thể được cung cấp dịch vụ y tế bởi mạng lưới y tế được tổ chức dựa trên các hợp tác xã nông nghiệp.

Đứng trước tình hình đó, năm 1989, Chính phủ quyết định bỏ chế độ chăm sóc y tế miễn phí, cho phép các bệnh viện được thu viện phí theo ngày nằm viện và

¹ Mô hình Sê-mat-skô hay hệ thống y tế dựa trên thuế. Đây là mô hình đã được ứng dụng tại Liên Xô, Trung Quốc, Việt Nam và các nước xã hội chủ nghĩa khác. Chăm sóc sức khoẻ chủ yếu dựa vào tài chính và cung ứng công cộng. Người tiêu dùng không phải trả phí khi sử dụng

mức sử dụng dịch vụ. Cũng trong năm 1989, Bộ y tế cho phép các bác sỹ được mở phòng khám tư. Hai văn bản trên tạo hành lang pháp lý thống nhất cho việc chuyển từ hệ thống y tế bao cấp của nhà nước sang hệ thống y tế có thu phí (đối với các bệnh viện công vẫn chỉ là trả một phần viện phí). Hệ thống y tế công thuần túy đã không còn và thay vào đó là một hệ thống y tế công tư kết hợp. Mô hình công tư kết hợp này một lần nữa được nhấn mạnh bởi sự ra đời của chủ trương XHH y tế lần đầu được đề cập trong Nghị quyết 4 Ban chấp hành TW Đảng khoá VII ban hành ngày 14/01/1993 và đã được cụ thể hoá bằng nhiều văn bản pháp lý. Chủ trương XHH y tế nói chung đề cao sự tham gia của người dân vào lĩnh vực y tế kể cả ở góc độ tham gia vào các hoạt động và đặc biệt là đầu tư, đóng góp vào lĩnh vực CSSK. Mô hình này đã tác động vô cùng mạnh mẽ tới ngành y tế của Việt nam dưới tất cả các góc độ: hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK, hành vi cung ứng dịch vụ CSSK, quan hệ bác sỹ-bệnh nhân, và ảnh hưởng tới cả tính công bằng và hiệu quả trong lĩnh vực CSSK.

Một số tác động tích cực của công cuộc cải cách y tế

-Đa dạng hoá nguồn cung cấp dịch vụ y tế: Bên cạnh gần 13500 cơ sở y tế công lập đã có tới trên 30.000 cơ sở khám chữa bệnh tư nhân phân bố ở khắp các vùng miền của cả nước. Lực lượng này đã làm gia tăng đáng kể cơ hội lựa chọn và tiếp cận tới dịch vụ CSSK của người dân. Trong bối cảnh nhu cầu CSSK người dân ngày càng tăng, khả năng cung cấp dịch vụ của các cơ sở y tế công lập không được cải thiện nhiều (về quy mô), thì khu vực y tế tư nhân đã góp phần đáng kể vào việc giảm bớt sự quá tải của các bệnh viện công. Bên cạnh đó, với sự linh hoạt bám sát địa bàn dân cư, phục vụ chu đáo người bệnh của khu vực y tế tư nhân thì người dân cũng được hưởng nhiều thuận lợi trong tiếp cận các dịch vụ y tế.

-Chi tiêu cho y tế tăng lên nhanh chóng. Trong giai đoạn 1993-1998, tổng mức chi tiêu cho dịch vụ y tế tăng gấp 4 lần [40], còn trong giai đoạn 1998-2008 mức chi y tế cũng tăng 2,5 lần từ 12.780 ngàn tỷ đồng lên đến 32.000 ngàn tỷ đồng đạt mức 66 USD một người một năm. Chính sách viện phí hay phát triển y tế tư nhân một mặt cũng có nhiều tác động tiêu cực song đã cải thiện đáng kể tình hình tài chính của ngành y thông qua việc huy động được nguồn vốn nhàn rỗi từ các nhà đầu tư cũng như sự đóng góp của người dân.

Tác động tiêu cực hay những tồn tại, thách thức chủ yếu của y tế Việt nam.

Những tác động tích cực của công cuộc cải cách ngành y kể trên đã góp phần đáng kể vào việc ngành đạt được những thành tựu to lớn trong thời gian qua. Tuy nhiên, công cuộc đổi mới này cùng với những diễn biến phức tạp của điều kiện khách quan đã đặt ngành y trước nhiều thách thức.

- Công bằng trong CSSK nhân dân: Việc phải trả tiền cho các dịch vụ CSSK đã tạo ra một sự khác biệt lớn trong khả năng tiếp cận dịch vụ CSSK của nhóm người giàu và nhóm người nghèo, nó cũng loại bỏ không ít các cá nhân không đủ tiền chi trả cho dịch vụ KCB ra khỏi quá trình hưởng thụ sự chăm sóc y tế này. Một cách gián tiếp, viện phí cũng tạo ra sự khác biệt về khả năng tài chính và tình hình nhân lực của các bệnh viện giữa các vùng miền nên ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của các vùng nghèo. Một cách cơ bản, cơ chế mới của hệ thống y tế đang đe dọa nghiêm trọng tới tính công bằng trong việc tiếp cận dịch vụ y tế-vốn được coi là dịch vụ cơ bản và KCB là quyền của con người.

- Chi phí y tế tăng cao: Các con số cụ thể ở mục trên đã chỉ ra chi tiêu cho y tế tăng nhanh từ sau khi có công cuộc cải cách lĩnh vực y tế. Sự tăng nhanh đó có thể hiểu dưới góc độ tích cực vì nó có thể phản ánh sự quan tâm của các cá nhân và xã hội đối với công tác CSSK, phản ánh việc hệ thống y tế sau đổi mới đã huy động được sự đóng góp nhiều hơn của người dân cho sự nghiệp này. Tuy nhiên, vấn đề này không phải chỉ có mặt tích cực mà còn có thể hàm chứa trong đó các yếu tố tiêu cực. Khi kinh tế thị trường đi vào bệnh viện, nó mang theo cả những ưu điểm của nó nhưng cũng không quên mang theo cả nhược điểm, đó là việc chạy theo lợi nhuận, tối đa hoá doanh thu từ sự chi trả của những người đang gặp tai hoạ bệnh tật trong khi bản thân họ chỉ biết tuân thủ theo yêu cầu bác sỹ. Vì vậy, hiện tượng chi phí tăng cao có thể hàm chứa nghĩa nguồn lực xã hội đang được sử dụng không hiệu quả. Tuy nhiên, cũng cần đề cập, xu hướng trong tương lai yêu cầu về chi phí y tế còn tiếp tục tăng. Dưới sự phát triển như vũ bão của khoa học công nghệ, công tác KCB không chỉ cần đến những thiết bị y tế đơn giản như tai nghe hay cái cặp nhiệt độ mà còn cần đến nhiều trang thiết bị y học hiện đại đắt tiền. Xã hội ngày

càng phải đối mặt với nhiều dịch bệnh nguy hiểm, thay đổi khó lường nên yêu cầu tài chính đang ngày càng tạo sức ép cho ngành y.

- Quản lý nhà nước ngày càng phức tạp: Đối với lĩnh vực KCB, từ khi có công cuộc cải cách, quản lý nhà nước không chỉ đơn thuần ở các hoạt động chuyên môn mà còn ở các vấn đề kinh tế. Sẽ rất khó cho các cơ quan quản lý khi họ đưa kinh tế thị trường vào bệnh viện, một môi trường không thoả mãn bất cứ yêu cầu nào của thị trường tự do (xem thêm tại mục 1.3.2.1.). Y tế tư nhân ngày càng phát triển, các loại hình dịch vụ theo yêu cầu cũng phát triển theo, bảo hiểm thì đứng trước yêu cầu mở rộng đối tượng...Để những hoạt động kinh tế nhưng mang đậm màu sắc chuyên môn này không đi chệch hướng, không có những vi phạm đáng tiếc thì cần hoàn thiện bộ máy quản lý nhà nước hơn nữa.

- Vấn đề y đức: KCB phải mất phí tức đồng tiền đã được đặt giữa bệnh nhân và bác sỹ, nên cung cấp dịch vụ KCB bây giờ không chỉ liên quan tới vấn đề chuyên môn mà còn phụ thuộc nhiều vào y đức người thầy thuốc. Do đặc thù về tính chuyên môn nên bác sỹ có quá nhiều lợi thế so với bệnh nhân trong quan hệ cung cầu dịch vụ. Không những bác sỹ khu vực tư mà kể cả bác sỹ khu vực công, họ không chỉ hưởng lương từ ngân sách mà còn có thể tự tạo ra thu nhập cho mình. Để thu nhập đó là hoàn toàn chính đáng thì một mặt cần các biện pháp quản lý tốt của nhà nước, một mặt cần có biện pháp nâng cao y đức người thầy thuốc để đồng tiền không tác động được đến những quyết định chuyên môn của họ.

2.2. CÁC PHƯƠNG THỨC THỰC HIỆN XHH Y TẾ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY.

2.2.1. Phương thức thu một phần viện phí

Phương án huy động một phần sự đóng góp của người bệnh là cách thức mà trong đó người bệnh và gia đình phải trả trực tiếp cho các dịch vụ y tế khi sử dụng dịch vụ, ví dụ chi mua thuốc, chi trả viện phí, phí xét nghiệm, chẩn đoán cận lâm sàng và các chi phí khác.

Trong thời kỳ bao cấp, nhà nước cung cấp các dịch vụ y tế miễn phí cho toàn dân nên khoản chi tiêu trực tiếp từ tiền túi người dân là không đáng kể. Nhưng từ năm 1989, người bệnh phải chịu (một phần) gánh nặng tài chính do bệnh tật. Cơ sở

pháp lý của phương án này là từ Quyết định 45 - HĐBT về việc thu một phần viện phí của Chính phủ (sau đó được bổ sung và sửa đổi bằng Nghị định 95 -CP năm 1994 và Nghị định 33-CP năm 1995) nên phương án này còn được gọi là phương án thu viện phí (một phần). *Chi tiêu trực tiếp từ tiền túi* cho y tế là khoản tiền hộ gia đình phải trả trực tiếp cho các dịch vụ y tế khi sử dụng dịch vụ và các chi phí khác liên quan đến khám chữa bệnh ở các cơ sở y tế Nhà nước và tư nhân (trong đó có việc tự mua thuốc). Như vậy, chi tiêu trực tiếp từ tiền túi cho y tế của các hộ gia đình lớn hơn phần viện phí. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu y tế, người ta thường sử dụng hai thuật ngữ này như nhau bởi thực tế vì phải mất viện phí nên người dân mới tìm đến các hình thức khám chữa bệnh khác như KCB ở các cơ sở y tế tư nhân hay tự mua thuốc, tự điều trị.

Mức viện phí hiện nay đang áp dụng theo nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ là mức khá thấp, ví dụ thu cho một lần khám bệnh dao động từ 500 đồng ở tuyến xã tới 3000đ/lần ở tuyến Trung ương (xem phụ lục số 3), và tiền giường bệnh chỉ 18.000đ/ngày... Tuy nhiên, ở hầu hết các bệnh viện công, mức phí này không còn được áp dụng và Bộ y tế đang có kiến nghị tăng viện phí cho phù hợp với tình hình mới, và cũng là để hợp lý hoá mức viện phí họ đang áp dụng.

2.2.2. Phương thức liên doanh liên kết (LDLK) và cung ứng dịch vụ theo yêu cầu

Như là một cách thức thực hiện chủ trương XHH, đề án “Phát triển XHH bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân” được Bộ y tế phê duyệt ngày 21/6/2005 đã đưa ra các giải pháp, trong đó có nhóm giải pháp về huy động nguồn lực để đầu tư phát triển hệ thống y tế công lập. Nội dung cụ thể được đề cập trong giải pháp này là: „Khuyến khích các cơ sở KCB, điều dưỡng và phục hồi chức năng huy động các nguồn vốn ngoài ngân sách, hợp tác và liên kết với các doanh nghiệp, cá nhân để đầu tư phát triển cơ sở hạ tầng, nâng cấp trang thiết bị và cung cấp các dịch vụ y tế phù hợp với quy hoạch đã được phê duyệt”. Ở một góc độ khác, Nghị định 10 - CP năm 2002 và Nghị định 43-CP năm 2006 chỉ đạo việc thực hiện tự chủ tài chính trong các bệnh viện công. Theo đó, các bệnh viện được huy động các nguồn tài chính ngoài ngân sách. Nhiều bệnh viện phát triển các dịch vụ khám chữa

bệnh theo yêu cầu, tạo điều kiện cho người bệnh có nhiều cơ hội được CSSK tốt hơn. Mặt khác người dân cũng phải chi trả tiền túi nhiều hơn cho các chi phí y tế. Chính vì vậy, việc huy động các nguồn lực để đầu tư phát triển các cơ sở y tế công lập hiện đang được thực hiện dưới hai hình thức chủ yếu:

- Liên doanh, liên kết để đầu tư trang thiết bị y tế.
- Phát triển các dịch vụ KCB theo yêu cầu[9].

Về phương thức LDLK: Các bệnh viện được phép huy động vốn, liên doanh, liên kết với các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước để đầu tư cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị phục vụ cho hoạt động chuyên môn, sản xuất và cung ứng dịch vụ. Nguồn vốn này cũng có thể được huy động trong nội bộ bệnh viện như vay vốn của cán bộ công nhân viên, quỹ phúc lợi tập thể của đơn vị mua sắm máy móc, trang thiết bị chuyên môn kỹ thuật hiện đại. Ở một số bệnh viện, một nhóm các bác sỹ đã cho bệnh viện vay tiền để mua sắm trang thiết bị dưới cơ chế cùng chia lợi nhuận[20].

Về phương thức phát triển các dịch vụ KCB theo yêu cầu: Các dịch vụ theo yêu cầu ở bệnh viện thường được cung cấp dưới các hình thức sau[53]:

- Mô hình phòng KCB ngoài giờ: Các cơ sở y tế tổ chức các hoạt động dịch vụ y tế ngoài giờ hành chính, nhằm đáp ứng kịp thời nhu cầu KCB cho nhân dân đồng thời giải quyết khó khăn đời sống cho cán bộ viên chức y tế. Trước khi tổ chức đơn vị phải xây dựng phương án hoạt động gửi các cấp quản lý. Về nguyên tắc, các hoạt động dịch vụ y tế không được ảnh hưởng đến việc hoàn thành các nhiệm vụ chính trị được giao; các hoạt động dịch vụ phải đảm bảo các tiêu chuẩn về chất lượng, kỹ thuật theo tiêu chuẩn chung của ngành y tế.

- Mô hình giường dịch vụ: Mô hình này được thực hiện ở nhiều bệnh viện, bệnh nhân được chăm sóc, điều trị về chuyên môn theo giá viện phí qui định của nhà nước, nhưng nếu có sử dụng dịch vụ giường bệnh theo yêu cầu phải chi trả cho bệnh viện theo giá thỏa thuận. Toàn bộ số tiền thu được của các giường bệnh theo thỏa thuận này đều được nộp vào nguồn thu một phần viện phí chung của bệnh viện và sử dụng theo qui định của nhà nước. Số giường bệnh theo giá thỏa thuận không được chiếm quá 30% số giường bệnh trong chỉ tiêu kế hoạch được giao.

- Mô hình dịch vụ sinh, phẫu thuật theo yêu cầu: Bệnh nhân được phép chọn bác sĩ theo ý muốn để được hưởng sự chăm sóc của các bác sĩ giỏi chuyên môn và không phải chờ đợi lâu, tiền dịch vụ thu của bệnh nhân được trích một phần để bồi dưỡng cho bác sĩ được chọn hoặc cho ê kíp phẫu thuật.

Việc thực hiện phương thức này cần phải đảm bảo các nguyên tắc chung như sau:

(1) Giá thu dịch vụ y tế do Giám đốc đơn vị tự quyết định trên cơ sở đảm bảo đầy đủ các chi phí và có tích lũy.

(2) Tổng số nguồn thu của các mô hình nêu trên (trừ giường thỏa thuận) được phân bổ như sau:

- + Chi phí tiền thuốc, hóa chất, vật tư tiêu hao, nguyên vật liệu...
- + Chi phí sửa chữa, bảo trì máy móc, trang thiết bị.
- + Chi phí cho hoạt động dịch vụ như: trả công người lao động, chi phí quản lý, văn phòng phẩm, điện, nước...
- + Trích khấu hao tài sản để hoàn vốn (hoặc lập quỹ phát triển sự nghiệp).
- + Trả lãi suất theo tỷ lệ vốn góp.
- + Nộp đầy đủ các khoản thuế theo qui định hiện hành.
- + Phần thu nhập còn lại: Đối với đơn vị đã thực hiện Nghị định 10/CP thì trích 100% bổ sung vào kinh phí hoạt động. Đối với đơn vị chưa thực hiện Nghị định 10/CP thì trích 35% bổ sung kinh phí hoạt động và trích 65% bổ sung quỹ khen thưởng, phúc lợi.

(3) Về quản lý tài chính: đơn vị phải mở đầy đủ sổ sách kế toán để theo dõi khoản thu này; hạch toán và báo cáo theo qui định; lập đầy đủ chứng từ để kiểm tra, đối chiếu khi cần; nộp đầy đủ các khoản thuế theo qui định.

2.2.3. Phương thức bảo hiểm y tế

2.2.3.1. Khái quát về BHYT

Để bù vào nguồn kinh phí dành cho y tế công lập, năm 1993 Chính phủ đã áp dụng chế độ bảo hiểm y tế chính thức sau một vài năm nghiên cứu thí điểm.

BHYT là một phương thức tài chính nhằm bảo vệ người tham gia khỏi những gánh nặng tài chính mà họ phải gánh chịu nếu gặp phải các rủi ro có liên quan đến sức khỏe, bệnh tật [94]

Theo luật BHYT Việt nam, BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật BHYT. Theo đó, BHYT giống như các loại hình bảo hiểm khác dựa trên nguyên tắc cơ bản: tập hợp số đông chia sẻ rủi ro, nguy cơ về sức khỏe và bệnh tật: thu phí từ số đông người khỏe mạnh để chi trả cho số ít những người đau ốm. Người tham gia bảo hiểm đóng góp một mức phí từ trước khi đau ốm vào một quỹ BHYT và sẽ được hưởng các quyền lợi về chăm sóc y tế khi đến các cơ sở khám chữa bệnh. Vì vậy, cách thức tham gia BHYT còn được gọi là trả trước cho chi phí KCB.

2.2.3.2. Các chủ thể trên thị trường BHYT và mối quan hệ giữa họ.

Có ba chủ thể với các chức năng khác nhau nhưng có mối quan hệ rất chặt chẽ và khăng khít trong chu trình BHYT.

Người tham gia BHYT (thành viên của quỹ BHYT): Là người đóng phí BH hay mua thẻ BH theo mức quy định của cơ quan BH và được hưởng mức quyền lợi theo quy định của quỹ. Chủ thể này đôi khi còn được phân biệt chi tiết giữa người mua và người sử dụng thẻ khi có nhiều trường hợp bố mẹ mua thẻ cho con cái, con cái mua thẻ cho bố mẹ già.

Cơ quan BHYT hay quỹ BHYT: Là đơn vị thực hiện thu phí BH, xây dựng và xác định phạm vi quyền lợi của người tham gia BH và đảm bảo cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia BH.

Cơ quan cung cấp dịch vụ y tế: Là các cơ sở KCB, họ thực hiện việc cung cấp các dịch vụ KCB theo hợp đồng với cơ quan BHYT để đảm bảo quyền lợi về KCB cho người có thẻ BHYT khi họ đến KCB và thanh toán với cơ quan BHYT về những chi phí đã tiêu tốn để phục vụ bệnh nhân có thẻ BHYT.

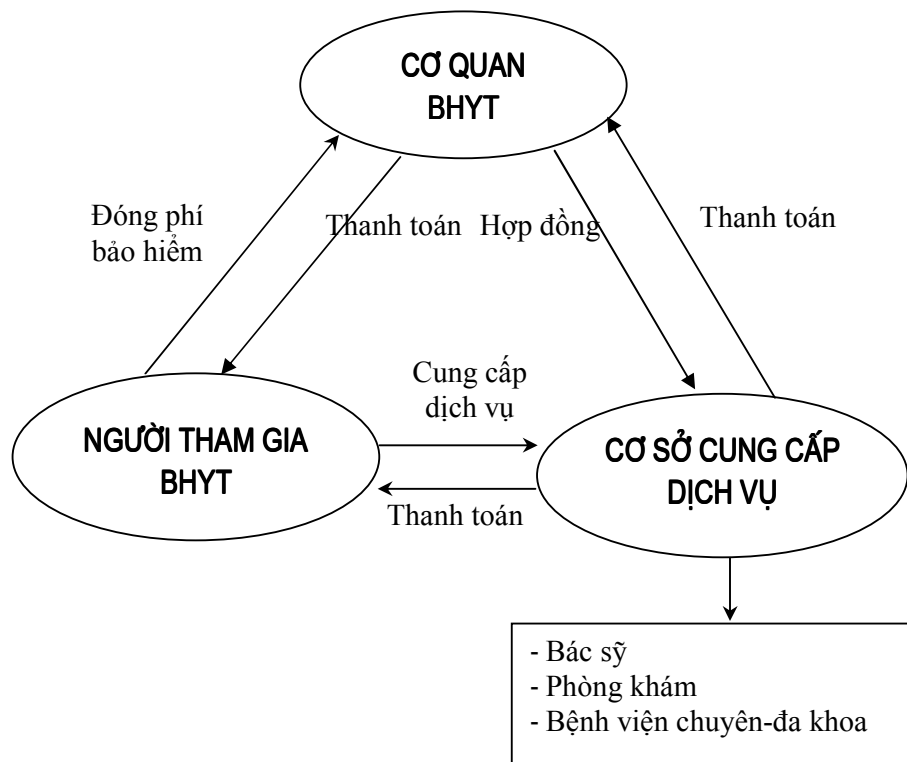
Ba chủ thể có mối quan hệ khăng khít và rất chặt chẽ để đảm bảo lợi ích hài hòa giữa các bên, mối quan hệ đó được thể hiện bằng sơ đồ 2.2.

2.2.3.3. Loại hình BHYT cơ bản ở Việt Nam hiện nay

Trước khi có luật BHYT (2009), BHYT Việt Nam bao gồm hai loại cơ bản:

Bảo hiểm y tế xã hội (hay còn gọi là BHYT bắt buộc): là chương trình BHYT

trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động, trong khi quyền lợi KCB được hưởng không theo mức đóng góp mà theo nhu cầu KCB. Quỹ BHYT xã hội được hình thành từ nguồn đóng góp của người lao động, chủ sử dụng lao động và Chính phủ. Chương trình BHYT xã hội được thực hiện bắt buộc theo luật định nên còn gọi là BHYT bắt buộc. Theo điều lệ BHYT hiện hành, loại hình bảo hiểm này áp dụng cho 25 nhóm đối tượng (xem phụ lục 4). Mức đóng góp của BHYT bắt buộc trong nhiều năm qua đối với lao động hưởng lương duy trì ở mức 3% tiền lương, tiền công hoặc 3% mức sinh hoạt phí đối với người hưởng sinh hoạt phí. Đối với nhóm không hưởng lương thì nộp tương ứng 3% mức lương tối thiểu. Theo quy định mới, từ 01-01- 2010 mức đóng góp đã tăng lên 4,5% thay vì 3% như trước đây. Đối với người nghèo, mức phí BHYT do nhà nước bao cấp tăng từ mức 50.000đ/người năm lên 80.000đ/người năm và từ đầu năm 2008 là 130.000đ/người năm, cuối năm 2008 là 3% mức lương tối thiểu (tương đương 194.000đ/người năm) và từ năm 2010 là 4,5% mức lương tối thiểu.



Sơ đồ 2.2: Mối quan hệ giữa các bên trong chu trình BHYT

Nguồn: [94]

BHYT tự nguyện: là chương trình BHYT được BHXH Việt Nam thực hiện ở Việt Nam theo nguyên tắc tự nguyện, phi lợi nhuận với phí bảo hiểm đồng mức cho từng nhóm đối tượng ở từng khu vực[9].

Nhưng hiện nay, theo luật BHYT, tất cả công dân Việt đều phải mua BHYT (tuy nhiên lộ trình khác nhau theo các nhóm) theo định hướng của nhà nước là tiến tới ***BHYT toàn dân***, là chương trình BHYT xã hội bao phủ được toàn bộ dân số.

2.2.4. Phương thức phát triển y tế tư nhân

Hành nghề y tư nhân bao gồm hoạt động của các chủ thể cung cấp các dịch vụ về sức khoẻ ngoài quyền sở hữu của nhà nước. Họ có thể hoạt động vì mục đích lợi nhuận hoặc phi lợi nhuận, cung cấp các loại dịch vụ cả khám chữa bệnh và phòng bệnh. Các tổ chức hành nghề y tư nhân bao gồm: bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa, nhà hộ sinh, cơ sở dịch vụ y tế, cơ sở dịch vụ vận chuyển người bệnh trong nước và ra nước ngoài và các hình thức dịch vụ y tế khác.

Để được hành nghề y tư nhân, các cá nhân phải thoả mãn các điều kiện cơ bản như: có bằng cấp tùy theo yêu cầu của từng hình thức tổ chức hành nghề và phạm vi chuyên môn hành nghề và đã qua thực hành 5 năm đối với hình thức tổ chức hành nghề[68]. Khi đó, cá nhân, tổ chức hành nghề y tư nhân có các quyền như:

- + Tiến hành các hoạt động chuyên môn về y theo đúng phạm vi của chứng chỉ hành nghề y tư nhân, giấy chứng nhận đủ điều kiện hành nghề y tư nhân;
- + Ký hợp đồng với cơ sở y tế của Nhà nước và cán bộ y tế để hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật;
- + Ký hợp đồng với cơ quan bảo hiểm về việc khám bệnh, chữa bệnh cho người có bảo hiểm y tế; Ký hợp đồng với người lao động;
- + Được dự trữ cơ sở thuốc cấp cứu theo quy định của Bộ Y tế;
- + Được nhận tài trợ của cá nhân, tổ chức theo quy định của pháp luật;
- + Tham gia Hội y học hoặc các hội nghề nghiệp khác;

+ Được hưởng các chế độ ưu đãi theo quy định của pháp luật.

Như là một bộ phận của nền kinh tế, khi nhà nước có định hướng phát triển nền kinh tế nhiều thành phần (từ những năm 1986) thì y tế tư nhân cũng bắt đầu xuất hiện và phát triển mạnh mẽ. Y tế tư nhân ở Việt nam hiện nay chủ yếu là hoạt động vì lợi nhuận.

2.3. THỰC TRẠNG THỰC HIỆN CÁC PHƯƠNG THỨC XHH Y TẾ HIỆN NAY Ở VIỆT NAM

2.3.1. Thực trạng về phương thức thu một phần viện phí ở các bệnh viện công

2.3.1.1. Thực trạng thu viện phí ở các bệnh viện công

- Tổng thu viện phí

Viện phí ngày càng trở nên quan trọng trong cơ cấu nguồn thu của bệnh viện, đặc biệt với chính sách tự chủ tài chính thì hoạt động của các bệnh viện công dường như càng ngày càng lệ thuộc vào nguồn viện phí. Nếu tính theo con số tuyệt đối thì sau 4 năm, lượng viện phí thu trực tiếp từ người bệnh tăng gấp 3 lần (tăng từ 3407 tỷ năm 2005 lên tới 10.228 tỷ năm 2009). Xét về mặt tỷ trọng thì nguồn viện phí lại có chiều hướng giảm qua các năm. Tính chung cho cả nước, năm 2006, số tiền các bệnh viện thu trực tiếp từ người bệnh chiếm 37% tổng nguồn thu, bốn năm sau, tỷ lệ này có giảm đôi chút (xuống 33% - xem bảng 2.3.)

Tuy nhiên, đây là con số tính chung cho cả nước với các bệnh viện tuyến địa phương được nhà nước bao cấp gần như hoàn toàn. Nếu tính riêng thì không ít bệnh viện có nguồn thu viện phí gấp nhiều lần so với kinh phí cấp. Ngay từ những năm 2004, Bệnh viện Hùng Vương (TP Hồ Chí Minh) thu viện phí khoảng 60 tỷ so với 6,2 tỷ kinh phí cấp [7]. Nói chung, viện phí thu được chiếm tỷ lệ từ 30% đến 70% chi phí của bệnh viện [72] nhưng với nhiều bệnh viện thì nếu không có viện phí thì các bệnh viện không thể duy trì được hoạt động (Nguyễn Quang Ân- PV). Tại một số bệnh viện như Chợ Rẫy, Việt Đức, Bạch Mai... viện phí và BHYT đã chiếm tới 80-90% tổng chi phí thường xuyên [66].

Bảng 2.3 : Các nguồn thu chủ yếu của bệnh viện*Đơn vị : tỷ VNĐ, %*

Chỉ số tài chính	Năm					
	2005	2006	So sánh (%)	2008	2009	So sánh (%)
Tổng số bệnh viện báo cáo	731	732		1009	1009	
I. Tổng các khoản thu	9.207	11.379	123,6	23.649	30.811	130,3
1. Ngân sách nhà nước cấp cho hoạt động KCB	3.178	3.689	116,1	7.318	8.515	116,4
-Trong đó: cấp để KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi	229	361	158	1.108	1.428	128,9
2. Nguồn thu ngoài NS	6.029	7.680	127,4	16.331	22.296	136,5
2.1. Thu BHYT	1.963	3.190	162,5	7.605	10.623	139,7
2.2. Thu từ viện phí	3.407	3.708	108,8	7.653	10.228	133,6
Trong đó						
2.2.1. Thu từ người nghèo không có BHYT	NA	NA		171	210	122,3
2.2.2. Thu từ nguồn XHH công tác y tế	NA	NA		730	955	130,9
2.2.3. Thu viện phí trực tiếp từ các đối tượng khác	NA	NA		6.752	9.063	134,2
2.3. Thu từ nguồn khác	659	782	118,7	1.073	1.445	134,7

* Không tính NS nhà nước cấp cho xây dựng cơ bản, NA: Không có số liệu

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên kết quả kiểm tra bệnh viện các năm 2006-2009- Bộ y tế

Mức tăng đáng kể của nguồn viện phí ở các bệnh viện ở một khía cạnh nào đó cũng thể hiện dịch vụ CSSK đã được cung cấp đầy đủ hơn thể hiện qua số lượt người đến điều trị tại bệnh viện ngày càng tăng. Các bệnh viện đã dần dần cung cấp đầy đủ thuốc, dịch truyền, máu, hoá chất, xét nghiệm, phim X-quang... cho người bệnh cũng như nhiều máy móc, thiết bị y tế hiện đại được sử dụng phục vụ cho công tác chẩn đoán và điều trị [19] . Nguồn thu từ các dịch vụ này cũng góp phần gia tăng cho tổng thu viện phí. Tuy nhiên, viện phí cũng tác động sâu sắc tới đời sống người dân, đặc biệt là người nghèo như phân tích ở các phần sau.

- Mức thu viện phí

Hiện nay các bệnh viện công vẫn đang thực hiện thu một phần viện phí theo quy định tại Nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ. Mức thu của các dịch vụ theo Thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995 và Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT ngày 26/01/2006. Cách thu một phần viện phí này chính là phương

thức trợ cấp viện phí. Thực hiện cơ chế này, nhà nước sẽ bao cấp một phần chi phí KCB cho người dân thông qua việc trợ cấp cho các bệnh viện, cơ sở KCB công (trợ cấp bên cung). Mức thu viện phí theo thông tư số 14 đã trở nên không phù hợp trong bối cảnh hiện nay khi mức thu cho một lần khám bệnh dao động từ 500 đồng ở tuyến xã tới 3000đ/lần ở tuyến Trung ương, và tiền giường bệnh chỉ 18.000đ/ngày (cụ thể xin xem phụ lục số 3). Mức thu này nếu so với một số nước trong khu vực thì sẽ là rất thấp (xem bảng 2.4).

Bảng 2.4. So sánh mức thu viện phí quy định tại Thông tư liên bộ số 14/TTLB ban hành năm 1995 và một số nước trong khu vực

(Đơn vị: Đã đổi theo USD)

Quốc gia	Một lần khám bệnh	Ngày giường điều trị	Chi phí phẫu thuật (1)	Xét nghiệm	X quang	CT Scanner	Siêu âm
Việt Nam	0,2 - 0,7	0,2 – 2,2	1,5 - 120	0,1 – 0,5	0,5 – 4	20 – 60	1 – 8
Singapore	10 - 65	12 – 250	80 – 3500	3 – 125	3 – 700	400 – 815	
Philippines	2 - 5	6 – 10	20 – 300	1,5 - 7	3 – 15		6 – 20
Malaysia	0,5 - 12	1,5 - 35	20 – 1250	1 – 40	1 – 100	25 – 250	4 – 40
Indonesia	1,5 - 17	4,5 - 56	58 - 450	1 - 26	7 - 35		14 - 32

Ghi chú: (1) Chưa tính chi phí của các vật tư thay thế như: van tim, stent, ổ khớp nhân tạo...

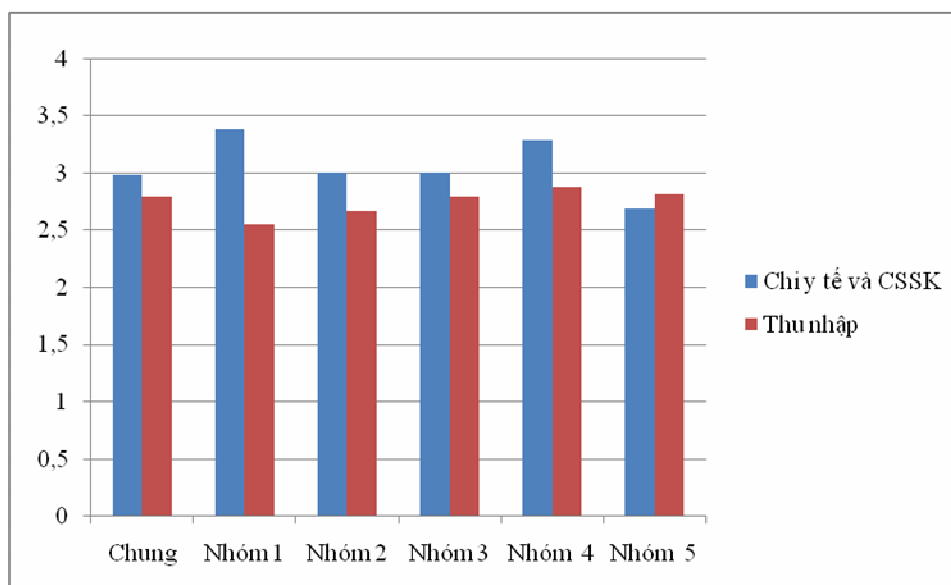
Nguồn: Nguyễn Quốc Triệu, 2008 [65].

Tuy nhiên, thực tế các bệnh viện hiện nay mức phí theo bảng giá này từ lâu đã không còn được áp dụng, bởi hầu như các bệnh viện đều thu mức phí khám bệnh khoảng 30.000 - 50.000 đồng [24]. Mức phí này chưa bao gồm chi phí phải trả các dịch vụ ở từng khâu như xét nghiệm, chụp, chiếu... vốn đã gần như ngang bằng với khu vực tư nhân hoạt động vì mục tiêu lợi nhuận.

2.3.1.2. Tình hình chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình

Về mức tăng chi y tế: khi đời sống nhân dân càng ngày càng được cải thiện cùng với diễn biến bệnh tật cũng ngày càng phức tạp, chi tiêu y tế bình quân nhân khẩu của các hộ gia đình cũng ngày một tăng. Theo số liệu VLSS các năm 2002-2008, sau 6 năm, mức chi cho y tế từ tiền túi hộ gia đình (tính bình quân tháng cho

các nhân khẩu) tăng gần 3 lần nhưng mức tăng thu nhập chỉ 2,79 lần. Duy nhất với nhóm giàu nhất thì mức tăng thu nhập cao hơn so với mức tăng chi y tế (2,81 lần so với 2,69 lần), với 4 nhóm còn lại, kể cả nhóm cận giàu thì mức tăng chi y tế vẫn luôn cao hơn mức tăng thu nhập. Tình hình đặc biệt nghiêm trọng với nhóm nghèo nhất khi thu nhập chỉ tăng 2,55 lần trong khi chi y tế tăng 3,38 lần. Trong khi đó, thu nhập của nhóm nghèo nhất chủ yếu từ hoạt động nông nghiệp, một nguồn thu được cho là chứa đựng nhiều rủi ro về thời tiết, dịch bệnh. Có thể thấy rõ hơn sự chênh lệch về mức tăng chi y tế và mức tăng thu nhập trong sơ đồ hình cột 2.1.

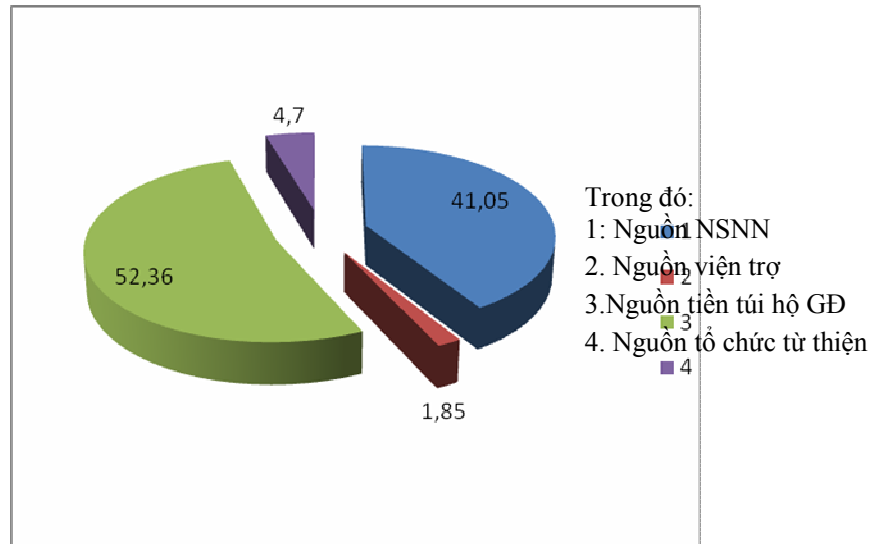


Hình 2.1: Mức tăng thu nhập và chi y tế 2008 so với 2002 (lần)

Nguồn: Vẽ theo nguồn số liệu của VLSS các năm

Xét về cơ cấu theo nội dung chi, chi y tế của các hộ gia đình chủ yếu lại là chi mua thuốc trên thị trường. Năm 2008, khoản chi này chiếm tới 39,61% trong tổng chi cho y tế so với 30,89% và 29,5% chi tại các cơ sở y tế công lập và tư nhân. Trong phần tiền mua thuốc này có một bộ phận không nhỏ là các khoản chi mua không theo đơn bác sỹ. Tuy nhiên, xu thế đang diễn ra những năm qua là số tiền chi mua thuốc trên thị trường của người dân ngày càng giảm (xem phụ lục số 5) trong bối cảnh giá thuốc ngày càng tăng. Điều này có nguyên nhân từ việc đời sống người dân ngày càng được cải thiện nên khả năng tiếp cận của họ đối với các cơ sở KCB cũng cao hơn thay vì họ ở nhà tự mua thuốc uống và cũng là kết quả của các chương trình BHYT được triển khai mạnh mẽ gần đây.

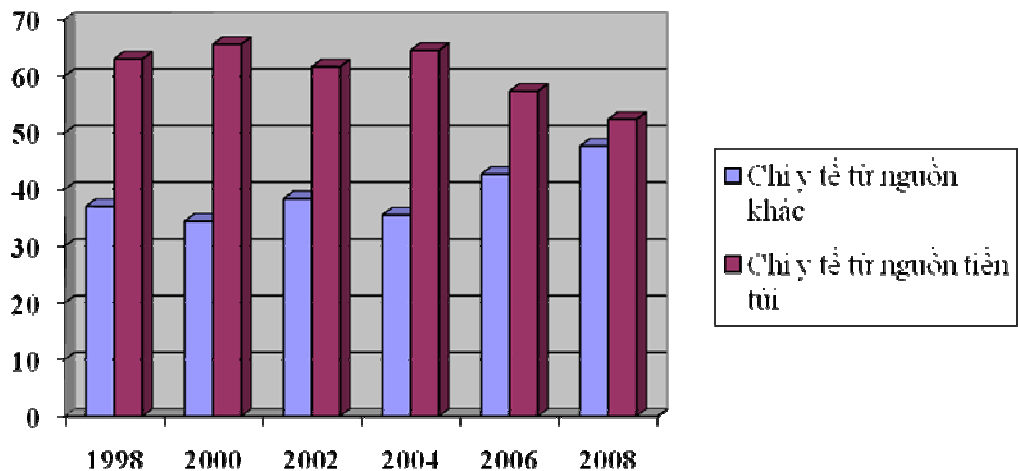
Về cơ cấu của nguồn chi: Trong cơ cấu chi y tế thì nguồn chi trực tiếp của hộ gia đình vẫn là chủ yếu, chiếm tới 52,36% vào năm 2008 (xem hình 2.2). Mức chi y tế từ tiền túi hộ gia đình như thế này vẫn còn nằm ở ngưỡng được WHO cho là rất bất công bằng (trên 50%)



Hình 2.2: Cơ cấu nguồn tiền túi hộ gia đình trong tổng nguồn chi y tế, năm 2008

Nguồn: Vẽ dựa trên số liệu NHA 2008, Bộ y tế

Tuy nhiên, xu hướng của nguồn chi này có chiều hướng giảm qua các năm:



Hình 2.3: Tỷ lệ chi y tế từ nguồn tiền túi so với nguồn khác.

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt nam thời kỳ 1998-2008 [12]

Hình 2.3 đã cho thấy khoản chi y tế từ nguồn tiền túi hộ gia đình có xu hướng giảm qua các năm. Đây là kết quả của những cam kết mạnh mẽ của chính phủ về việc tăng chi ngân sách cho y tế, đặc biệt các chương trình giúp đỡ người nghèo và người có công (phát thẻ BH miễn phí) và KCB miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi. Tuy nhiên, so với nhiều quốc gia khác trên thế giới thì mức chi tư cho y tế ở Việt nam là khá cao, cao hơn so với mức trung bình toàn thế giới (60,7% so với 40,4%) nhưng đó là tình trạng chung của khu vực, của các nước có thu nhập trung bình thấp (63,1% đối với các nước thu nhập trung bình thấp và 57,6% đối với các quốc gia Đông nam Châu á)(xem phụ lục 6).

2.3.1.3. Tác động của chính sách thu một phần viện phí tới người nghèo

Chính sách thu một phần viện phí nếu đi kèm với nó là các phương án bao cấp tài chính y tế cho người nghèo thì sẽ là một cách thực hiện công bằng dọc trong KCB: Người bệnh có điều kiện kinh tế thì trả viện phí còn người nghèo không có khả năng chi trả thì được miễn giảm viện phí. Tuy nhiên, thực tế lại cho thấy chính sách công bằng dọc này được thực hiện nửa vời.

Bảng 2.5: Số lượng bệnh nhân được miễn giảm viện phí tại các bệnh viện

	2005	2006	So sánh (%)
Số bệnh viện báo cáo	731	732	
Tổng số lượt người bệnh nội trú	5.774.064	6.485.169	112,3
Trong đó:			
Số lượt người nghèo được điều trị tại BV	875.805	546.055	62,3
Số lượt trẻ em dưới 6 tuổi được điều trị tại BV	864.163	1.129.673	130,7
Số lượt người bệnh nội trú được miễn do BV quyết định	205.086	110.629	53,9

Nguồn: Kết quả kiểm tra bệnh viện năm 2006, Bộ y tế

Theo bảng 2.3, năm 2005 số lượt người nghèo được điều trị tại bệnh viện chiếm 15% tổng số lượt KCB. Tuy nhiên, chỉ sau một năm, tỷ lệ này chỉ còn là 8,4%. Về con số tuyệt đối thì so với năm 2005, số lượt người nghèo được điều trị

tại bệnh viện năm 2006 giảm 329.750 lượt người và số lượt người bệnh được miễn viện phí do quyết định của bệnh viện cũng giảm chỉ còn một nửa (từ 205.086 năm 2005 xuống còn 110.629 lượt năm 2006). Báo cáo của kết quả kiểm tra bệnh viện năm 2009 của Bộ y tế (bảng 2.3) cho thấy năm 2009 có tới 210 tỷ thu từ người nghèo không có thẻ BHYT. Theo VLSS 2008, chi tiêu y tế bình quân 1 người có KCB trong năm 2008 là khoảng 1 triệu đồng tức nguồn thu 210 tỷ từ người nghèo không có thẻ BH đồng nghĩa với 210.000 lượt người nghèo phải tự bỏ tiền túi ra để KCB. Như vậy, nguyên tắc đảm bảo công bằng dọc trong KCB thông qua viện phí chúng ta mới chỉ đảm bảo được “một nửa“, mà một nửa này không có nghĩa là 50% mà là „nửa vơi“: thu viện phí của những người có điều kiện kinh tế, còn người nghèo không phải ai cũng được miễn giảm viện phí! Với những người nghèo này, ốm đau thực sự là một thảm hoạ tài chính đối với họ. Chi y tế còn dễ trở thành khoản chi thảm hoạ với người nghèo khi nguồn thu chủ yếu của họ là từ các hoạt động nông nghiệp - một hoạt động hàm chứa nhiều rủi ro từ thời tiết, dịch bệnh. Theo số liệu VLSS 2008, nguồn gốc thu nhập của nhóm 1 có tới gần 50% là từ nông nghiệp trong khi với nhóm 5 nguồn này chỉ chiếm 12% (xem phụ lục số 7). Hơn thế nữa, người nghèo khi mắc bệnh thì thường bệnh nặng. Theo VLSS 2008, nhóm nghèo nhất cho dù có tỷ lệ người bị mắc bệnh hay chấn thương thấp nhất trong 5 nhóm (48,1% của nhóm 1 so với 56,6% của nhóm 5) nhưng khi họ đã mắc bệnh thì thường ở mức độ nặng (tỷ lệ người phải nằm một chỗ và chăm sóc tại giường lại cao nhất) dẫn tới số ngày phải nghỉ ốm của nhóm 1 cao hơn hẳn nhóm 5: 15,9 ngày so với 9 ngày (xem phụ lục 8).

Khi ốm đau, bệnh tật đến với một người, nó không chỉ ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bản thân người đó, ảnh hưởng tới việc học tập hay làm việc của họ mà còn là một thảm hoạ tài chính đối với gia đình họ, đặc biệt là gia đình nghèo. Khác với chi cho dịch vụ hay hàng hoá tiêu dùng khác, chi cho y tế từ tiền túi là một khoản chi không mong muốn và hoàn toàn bất ngờ, không thể dự đoán trước để chuẩn bị. Chính vì vậy, khoản chi này tác động tiêu cực tới hộ gia đình ở rất nhiều khía cạnh:

- Giảm khả năng tiếp cận tới các dịch vụ y tế

Theo con số ở phụ lục 8, người nghèo khi mắc bệnh thì thường bệnh nặng. Tuy nhiên, chi phí cho KCB của nhóm này lại thấp hơn hẳn nhóm giàu (bảng 2.6).

Theo số liệu VLSS 2008, tỷ lệ KCB của nhóm 1 chỉ thấp hơn nhóm 5 có 1,2% (34,2% so với 35,4%) nhưng chi y tế của nhóm 5 lại cao gấp 3 lần nhóm 1 trong bối cảnh nhóm 1 phải chi cả các khoản gián tiếp (ăn ở, đi lại) khi đi KCB tuyến trên. Như vậy, việc tiếp cận của người nghèo đối với các dịch vụ y tế, đặc biệt là điều trị bệnh thấp hơn hẳn các nhóm khác. Ngoài lý do địa lý, lý do căn bản ở đây chính là rào cản viện phí.

- Ảnh hưởng tới việc tiêu dùng các hàng hoá và dịch vụ cơ bản khác của hộ gia đình:

Một hệ thống y tế mà người dân phải trực tiếp bỏ tiền túi cho chăm sóc sức khoẻ của mình thì người dân sẽ mất cơ hội để chi tiêu cho những nhu cầu khác, trong bối cảnh này, viện phí góp phần vào việc làm cho người dân nghèo đi [72]. Khảo sát chi phí y tế tại 30 bệnh viện cho thấy, nếu so với mức chi tiêu phi lương thực thực phẩm trung bình trong 1 tháng trên toàn quốc, thì chi phí một đợt điều trị nội trú của bệnh viêm phổi cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi gấp khoảng 6,5 lần, viêm ruột thừa gấp khoảng 11 lần và nếu bị tai biến mạch máu não thì gấp khoảng 22 lần, nói cách khác là gần bằng với chi tiêu ngoài lương thực - thực phẩm của một người trong thời gian hai năm [9]. Nếu tính chung, người nghèo khi phải nằm viện mà không được Nhà nước hỗ trợ thì trung bình mỗi đợt ốm phải chi một số tiền tương đương 17 tháng chi tiêu lương thực, thực phẩm của hộ gia đình. Trong trường hợp người nghèo khi đi KCB ngoại trú và phải trả bằng tiền túi thì khoản này chiếm đến 75% chi tiêu phi lương thực thực phẩm trong một tháng bình quân một người trong hộ. Đây vẫn là gánh nặng lớn đối với hộ gia đình nghèo, đặc biệt trong trường hợp có bệnh mạn tính phải điều trị kéo dài và sử dụng dịch vụ y tế ngoại trú nhiều lần [9][trích từ Liệu DH và các cộng sự-2006].

Bảng 2.6: Chi tiêu y tế bình quân 1 người có khám chữa bệnh trong 12 tháng qua chia theo 5 nhóm thu nhập.

Đơn vị: 1000 đ

Năm	2002			2004			2006			2008		
Chia theo	Chung	Nội trú	Ngoại trú	Chung	Nội trú	Ngoại trú	Chung	Nội trú	Ngoại trú	Chung	Nội trú	Ngoại trú
Cả nước	700	1430	353	661	1653	362	602	1788	378	1030	2897	640
Nhóm 1	395	760	195	306	640	180	313	985	164	562	1533	331
Nhóm 2	505	1022	243	425	1093	226	413	1383	236	734	2133	453
Nhóm 3	568	1148	282	510	1212	296	527	1688	301	898	2219	598
Nhóm 4	718	1505	345	695	1977	334	684	2209	425	11233	4329	642
Nhóm 5	1181	2717	599	1263	3380	702	11007	2681	705	11687	4602	1137

Nguồn: VLSS 2002-2008

- Khánh kiệt tài chính gia đình và dễ rơi vào tình trạng đói nghèo:

Chi phí trực tiếp từ tiền túi cho y tế cao là một trong các nguyên nhân gây đói nghèo. Theo bản tin VTV1 chương trình thời sự ngày 06 /4/2011 thì năm 2008 có tới 800.000 hộ gia đình chịu chi phí y tế nghèo hóa. Đối với người nghèo, không phải ai

Hộp 2.1: Tác động của chi tiền túi cho y tế

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 [42]

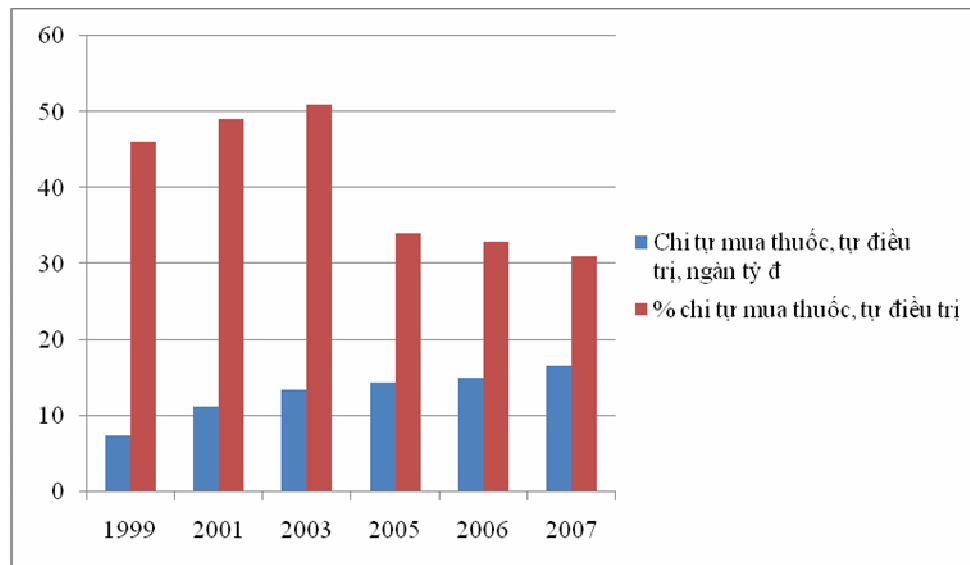
cũng được hưởng chế độ miễn giảm viện phí hay có thẻ BHYT người nghèo bởi quá trình xét duyệt phức tạp, bỏ sót và không kịp thời. Một bộ phận lớn người có thu nhập trung bình phải trả tiền túi khi vào bệnh viện. Theo ước tính của nguyên Bộ trưởng y tế Đỗ Nguyên Phương thì hiện nay có tới 28 triệu người Việt Nam hiện nay quá nghèo để trả những khoản viện phí cần thiết, nhưng lại chưa đủ nghèo để được "chăm sóc miễn phí" [28] và cũng không thuộc diện BHYT bắt buộc. Với đối tượng này chỉ cần một lần phải nằm viện cũng có thể chi cho y tế cao. Với những hộ nghèo cận nghèo vốn không có nhiều tích lũy nên khi phải chi trả những khoản tiền lớn và đột xuất thì phương án của họ thường chỉ có thể là bán các tài sản có giá, phương tiện sản xuất, đôi khi là nhà cửa hay vay mượn để trang trải chi phí bệnh viện. Theo Điều tra Y tế Quốc gia 2002 thì có đến gần 2/3 tổng số người nghèo phải vay mượn và bán tài sản để chi cho y tế. Những người có thu nhập trung bình nhưng không có BHYT cũng phải vay mượn và bán tài sản với tỷ lệ khá cao. Như vậy có thể thấy một thực tế là gánh nặng chi phí y tế khá lớn không chỉ đối với họ nghèo mà cả các đối tượng có thu nhập trung bình. VLSS 2008 cho kết quả: nhiều hộ gia đình sau 8 năm (so với năm 2001) cuộc sống của họ vẫn như cũ hoặc giảm sút, mà nguyên nhân cơ bản (36%) là do hộ có người ốm! Như vậy, rủi ro về sức khỏe là một trong những nguyên nhân cơ bản đẩy nhiều gia đình vào tình trạng nghèo đói.

2.3.1.4. Ảnh hưởng tới tính công bằng và hiệu quả trong việc sử dụng dịch vụ y tế.

Viện phí khiến cho các bệnh viện công hoạt động như bệnh viện tư, nó khiến hành vi tìm kiếm dịch vụ CSSK của người dân thay đổi, nó cũng thay đổi cả hành vi của người cung cấp dịch vụ. Những điều này đã ảnh hưởng nghiêm trọng cả tới tính công bằng và hiệu quả trong công tác CSSK người dân.

Theo như số liệu thống kê đã phản ánh ở các mục trước, viện phí là một trong số các rào cản cơ bản đối với người nghèo trong quá trình tìm kiếm dịch vụ CSSK. Người nghèo thường hay bệnh nặng nhưng lại chủ yếu sử dụng trạm y tế xã, nguy hiểm hơn, với các bệnh nhân nghèo họ còn có giải pháp đơn giản hơn: tự mua thuốc mà không có đơn bác sỹ (xem hình 2.4).

Hình 2.4 phản ánh, năm 2007, toàn xã hội đã chi tới trên 16 ngàn tỷ đồng cho việc tự mua thuốc, tự chữa mà không cần bác sỹ. Con số này chiếm gần 1/3 tổng chi y tế của toàn xã hội, gần bằng với nguồn lực dùng cho điều trị ngoại trú (chi tiết xin xem phụ lục 7). Bản thân người bệnh dựa trên kinh nghiệm của mình hay sự mách bảo từ kinh nghiệm của người khác hay chỉ từ sự tư vấn của những người bán thuốc mà đã chi tới trên 16 ngàn tỷ cho việc chăm sóc sức khỏe không hiệu quả này (cho dù về mặt xu thế, số tiền tự mua thuốc điều trị này đã giảm theo thời gian). Cách thức chữa trị này không những bệnh có thể không khỏi mà còn có thể gây ra nhiều phản ứng phụ và sẽ là đặc biệt nghiêm trọng khi cách chữa trị này liên quan đến các bệnh truyền nhiễm cộng đồng. Nguy hiểm hơn, ở nhiều bệnh viện, một số không nhỏ bệnh nhân trốn viện trong tình trạng sức khỏe chưa ổn định chỉ vì không có khả năng thanh toán viện phí[67].



Hình 2.4: Xu hướng của số lượng và tỷ trọng khoản chi tự mua thuốc, tự điều trị

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên số liệu NHA 2008-Bộ y tế

Viện phí đã ngăn trở người nghèo đến với bệnh viện thì ngược lại, viện phí lại làm cho người giàu phải tiêu dùng quá nhiều dịch vụ CSSK, bao gồm cả những dịch vụ không cần thiết. Bảng 2.5 đã thể hiện rõ, chi phí chăm sóc y tế của nhóm người giàu cao gấp nhiều lần nhóm người nghèo: đây có thể có nguyên nhân từ việc lạm dụng dịch vụ, lạm dụng kỹ thuật cao đối với người giàu.

Như đã phân tích ở chương 2 về thất bại dạng thông tin không đối xứng trong công tác CSSK, bác sỹ (người bán) hoàn toàn có quyền quyết định xem bệnh nhân (người mua) phải mua gì. Trong thời kỳ bao cấp, người bệnh không phải nộp viện phí và lương của bác sỹ do ngân sách cấp. Hiện nay, viện phí vừa giúp các bệnh viện nâng cấp trang thiết bị, thuốc men và các vật tư tiêu hao khác, vừa là nguồn thưởng và tăng lương cho cán bộ y tế (theo thông tư liên bộ 11/TTLB ngày 29/6/1995 thì 30% kinh phí thu từ viện phí được dùng để bổ sung thu nhập cho cán bộ, công nhân viên trong bệnh viện). Báo cáo tài chính các bệnh viện năm 2009 chỉ ra các bệnh viện dành 2.590 tỷ chi lương tăng thêm, 1.945 tỷ bổ sung quỹ phúc lợi và 2.481 tỷ bổ sung quỹ khen thưởng. Như vậy, thu nhập của bác sỹ đã gắn với số tiền người bệnh phải chi trả, đồng tiền đã bị đặt giữa bệnh nhân và bác sỹ nên làm thay đổi mối quan hệ người bệnh-bác sỹ khiến cho quan hệ này gần giống như ở các bệnh viện tư và hiện tượng người bệnh bị lạm dụng là không tránh khỏi. Đã xuất hiện những bằng chứng thực tế về việc lạm dụng các dịch vụ trên mỗi lần KCB ở bệnh viện. Con số xét nghiệm trung bình được thực hiện đối với bệnh nhân ở các bệnh viện công lập rất khác nhau, phụ thuộc nhiều vào phương thức cấp kinh phí cho các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Con số xét nghiệm trung bình đối với bệnh nhân đóng bảo hiểm và bệnh nhân trả phí thì cao hơn từ 3 đến 4 lần so với bệnh nhân được miễn một phần hoặc toàn bộ chi phí [2] (trích từ Phong và các cộng sự, 2002).

Một trong những tác động nguy hại của chính sách viện phí là nó khuyến khích các bệnh viện công chọn lọc những bệnh nhân có thu nhập cao với mức độ bệnh tật không nghiêm trọng lắm để đảm bảo nguồn thu. Hậu quả là những bệnh nhân ốm nặng và bệnh nhân nghèo thường bị các bệnh viện từ chối. Bằng chứng ở những bệnh viện đã áp dụng Nghị định 10 cho thấy tỷ lệ chuyển viện tăng lên sau khi áp dụng nghị định này([2]).

Viện phí còn khiến sự phân bổ nguồn lực không hiệu quả và bất công bằng: các bác sỹ chủ yếu muốn về làm việc ở các bệnh viện lớn, nơi trung tâm đô thị khi ở đó nguồn thu viện phí dồi dào đồng nghĩa với thu nhập cao....

2.3.1.5. Kết luận về phương thức viện phí

Thu viện phí là một trong những giải pháp của chính sách tài chính y tế mà nhiều nước trên thế giới đã và đang áp dụng nhằm giảm bớt gánh nặng về tài chính và bổ sung cho nguồn ngân sách còn hạn chế của nhà nước cho hoạt động y tế. Về mặt nguyên tắc, thực hiện thu viện phí là huy động sự đóng góp của những người có khả năng chi trả, giảm sự bao cấp của nhà nước cho các đối tượng này và dành phần kinh phí của nhà nước để hỗ trợ các đối tượng nghèo hay phục vụ cho mục tiêu phòng bệnh, phòng dịch. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện, bên cạnh một số ưu điểm, phương án này cũng bộc lộ khá nhiều hạn chế cần khắc phục.

Mặt tích cực của viện phí.

- Viện phí đóng góp một nguồn kinh phí lớn cho bệnh viện: Việt Nam là một trong số các nước có chi ngân sách bình quân đầu người cho y tế vào hàng thấp nhất trên thế giới nên viện phí đóng một vai trò hết sức quan trọng hỗ trợ ngân sách hoạt động của các bệnh viện, đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng cao của nhân dân. Nguồn kinh phí thu từ viện phí ngày càng chiếm một tỷ trọng đáng kể trong kinh phí cho hoạt động KCB (đặc biệt là các bệnh viện tuyến trên). Đây chính là nguồn lực quan trọng để bệnh viện đổi mới trang thiết bị một cách chủ động, nâng cao thu nhập, cải thiện đời sống cán bộ, nhân viên, khuyến khích họ thực hiện tốt công tác KCB cho nhân dân.

- Thực hiện thu một phần viện phí đã bước đầu hạn chế tình trạng bao cấp tràn lan có tính chất cào bằng trong KCB, hạn chế việc sử dụng dịch vụ y tế công một cách không cần thiết, đưa cầu tiến lại gần với nhu cầu chính đáng, góp phần nâng cao ý thức chủ động của người dân đối với việc CSSK. Chính sách này cũng đã huy động được sự đóng góp tài chính cho công tác y tế của những người có khả năng chi trả nhưng cũng thực hiện sự miễn giảm cho đối tượng người nghèo, người được hưởng chính sách ưu đãi xã hội. Hơn nữa, viện phí cũng đã tạo ra sức ép rủi ro về mặt tài chính sẽ khiến cho nhiều người phải cân nhắc đến việc tham gia BHYT để phòng rủi ro, tạo thuận lợi cho việc thực hiện chủ trương BHYT toàn dân.

- Thực hiện chính sách thu viện phí đã thúc đẩy tính chủ động của các cơ sở KCB trong việc tạo nguồn kinh phí cho hoạt động của bệnh viện và miễn giảm viện

phí một cách nghiêm túc. Thu viện phí cũng đã tạo bước chuyển đổi trong công tác quản lý tài chính bệnh viện theo hạch toán, hệ thống chứng từ và quản lý tài chính theo quy định Bộ tài chính được áp dụng chặt chẽ, phù hợp với yêu cầu chuyển đổi của nền kinh tế thị trường trong giai đoạn hiện nay. Bên cạnh đó, công tác hậu cần, cung cấp thuốc men, vật tư tiêu hao trong bệnh viện cũng được chú trọng, giảm thiểu sự lãng phí. Nhờ vậy, năng lực quản lý, đặc biệt là quản lý tài chính bệnh viện được củng cố và nâng cao.

- Chính sách thu viện phí đã tạo điều kiện đảm bảo quyền và sự tự do tiếp cận các cơ sở KCB, tự do lựa chọn thầy thuốc theo nguyện vọng của mỗi người. Người bệnh có tiền có quyền đến với các cơ sở có uy tín, trang thiết bị tốt, thầy thuốc giỏi, cán bộ bệnh viện có tinh thần phục vụ tốt.

- Việc áp dụng chính sách viện phí cao ở các bệnh viện trung ương sẽ khuyến khích người dân sử dụng dịch vụ y tế cơ sở, tránh tình trạng quá tải đối với các bệnh viện tuyến trung ương.

-Viện phí góp phần nâng cao thu nhập của cán bộ y tế. Điều này đã giải quyết phần nào khó khăn về đời sống của cán bộ y tế, tác động tích cực tới tâm lý của họ, giúp họ chuyên tâm hoàn thành tốt nhiệm vụ.

Những hạn chế của viện phí.

Công bằng và hiệu quả là hai tiêu chí cơ bản mà bất kỳ một hệ thống y tế nào cũng theo đuổi. Tuy nhiên, đúng như những cảnh báo mà phần phân tích lý thuyết đã chỉ ra, phương án viện phí đang làm tổn hại tới cả hai tiêu chí này xét ở nhiều góc độ.

- Viện phí làm hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của những người có mức sống thấp. Tình hình này gây nên những hệ quả không chỉ đáng lên án xét về khía cạnh công bằng xã hội mà còn xét về mối quan tâm y tế công cộng, đặc biệt với những bệnh truyền nhiễm mà việc không chữa chúng sẽ gây nên những hệ lụy với những người thân cận với người bệnh và với cả cộng đồng. Việc cho phép toàn thể người dân có thể tiếp cận chăm sóc y tế mang lại hiệu quả quan trọng đối với tình trạng y tế chung của cộng đồng so với chính mức chi phí y tế.

- Viện phí dẫn đến gia tăng khoảng cách phân hóa xã hội, biến sứ mệnh của bệnh viện là phục vụ lớp người giàu và trung lưu hơn là người nghèo. Một bộ phận lớn người nghèo sẽ không được bảo đảm điều kiện khám chữa bệnh [69]. Các bệnh viện công chú trọng người giàu hơn vì đây là nhóm khách hàng mang lại nguồn thu cao cho họ. Cơ chế thị trường vào bệnh viện thì khách hàng nhiều tiền sẽ là thượng đế như một điều tất nhiên.

- Chênh lệch về tài chính giữa các bệnh viện và giữa các vùng miền gây ra tình trạng bất công bằng trong hệ thống bệnh viện. Các bệnh viện tuyến dưới hay ở vùng sâu, vùng xa có nguồn thu viện phí rất eo hẹp trong khi hệ số điều chỉnh vùng miền (khi cấp ngân sách) vẫn không thể đủ để giúp họ trang trải chi phí.

- Phân bổ nguồn lực không hợp lý. Những bệnh viện lớn, có nguồn thu cao sẽ thu hút được đội ngũ bác sỹ giỏi khiến tình trạng bất công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo vốn chưa được giải quyết lại thêm phần trầm trọng.

- Viện phí không phải là cách chia sẻ chi phí giữa người giàu và người nghèo. Nó chỉ làm tăng thêm sự bất công bằng trong chăm sóc y tế giữa hai nhóm này [28]. Khi mà các cá nhân phải trả tiền trực tiếp khi đau ốm sẽ làm người ốm trả tiền nhiều hơn và người khỏe trả ít hơn. Người nghèo, người già và phụ nữ thường chịu gánh nặng bệnh tật và có nhu cầu về chăm sóc y tế cao hơn các nhóm khác như nam giới, người trong độ tuổi lao động, người giàu. Như vậy, những người ít được ưu tiên từ một phương diện kinh tế phải trả nhiều hơn và đàn ông trong tuổi lao động giàu có hơn phải trả ít hơn. Nếu coi viện phí như cách đánh thuế vào các nhóm khỏe và ốm thì viện phí lại là cách đánh thuế lũy thoái vào người hay đau ốm.

- Viện phí là cái bẫy của nghèo đói [72]! Nó không những là thảm họa tài chính đối với các gia đình nghèo mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng tới những hộ cận nghèo, không nghèo và dễ dàng cuốn các hộ này vào cái bẫy của nghèo đói bởi năng lực thanh toán của bệnh nhân không chỉ tùy thuộc vào gia cảnh của họ mà còn tùy thuộc vào căn bệnh của họ. Với những bệnh nhân „không đủ nghèo“ sẽ không được miễn giảm viện phí và họ hoặc phải khánh kiệt tài chính để chữa bệnh, hoặc phải chịu đau ốm, mất sức lao động, chịu một cuộc sống kém chất lượng và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội.

2.3.2. Thực trạng phát triển hệ thống y tế tư nhân.

2.3.2.1. Số lượng, mô hình tổ chức các cơ sở y tế tư nhân.

Đại hội Đảng IV mở ra nền kinh tế nhiều thành phần, trong đó có kinh tế tư nhân. Trong khối kinh tế tư nhân này đã ngay lập tức có sự góp mặt của y tế tư nhân bởi thực chất dưới góc độ kinh tế, y tế tư nhân được xem như là một đơn vị kinh tế tư nhân. Khu vực này đã ra đời như là một hệ quả tất yếu của đường lối phát triển kinh tế, được khẳng định bằng luật pháp mà cơ sở pháp lý của nó là Pháp lệnh hành nghề y được tư nhân được Chủ tịch nước Lê Đức Anh ký ngày 13/10/1993. Từ đó đến nay, hệ thống y tế tư nhân đã có bước phát triển nhanh chóng, trở thành lực lượng không thể thiếu trong chăm sóc sức khỏe nhân dân đặc biệt trước bối cảnh ngành y tế đang gặp những khó khăn trong việc đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân.

Sau khoảng 20 năm phát triển, hệ thống y tế tư nhân đã có một lực lượng có sở khám chữa bệnh hùng hậu với hơn 30 ngàn cơ sở (xem bảng 2.7).

Bảng 2.7: Số lượng cơ sở hành nghề y tế tư nhân

STT	Năm	Số lượng cơ sở hành nghề y tế tư nhân
1	1989	19.809
2	1999	19.836
3	2001	27.400
4	2002	30.000
5	2003	29.573
6	2007	Trên 30.000

Nguồn: Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009-Bộ y tế

Hệ thống y tế tư nhân đã đóng góp đáng kể vào công tác CSSK nhân dân, thoả mãn nhu cầu ngày càng cao của người dân trong CSSK. Tuy nhiên, hệ thống này còn ở tình trạng manh mún, quy mô nhỏ. Trong số trên 30.000 cơ sở đó chỉ có 92 bệnh viện (0,3%), 300 phòng khám đa khoa (10%) , 87 nhà hộ sinh, số còn lại là phòng khám chuyên khoa, dịch vụ y tế. Trong số 92 bệnh viện tư nhân đang hoạt động có 89 bệnh viện y học hiện đại, 2 bệnh viện y học cổ truyền, 1 bệnh viện bán

công. Nếu xếp theo loại hình bệnh viện thì có 26 bệnh viện chuyên khoa và 66 bệnh viện đa khoa. Nếu tính theo nguồn vốn đầu tư thì 87 bệnh viện tư có vốn đầu tư trong nước, 5 bệnh viện có vốn đầu tư nước ngoài[10].

Tổng số bệnh viện tư mới chiếm tỷ lệ 8,6% (92/1063) so với bệnh viện công lập, khu vực này mới chiếm tỷ lệ 9,3% giường bệnh so với tổng số giường bệnh viện công lập (5934 /129.082 giường). Con số này khiến tỷ lệ số giường bệnh/1 vạn dân khá khiêm tốn: 0,7giường/10.000 dân. Mức này mới chỉ bằng một phần ba so với mục tiêu 2 giường bệnh/10.000 dân năm 2010 theo quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006 của Chính phủ phê duyệt quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt nam đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020. Để đạt mục tiêu trên, khu vực y tư nhân cần phải có thêm khoảng 10.000 giường bệnh.

Xét về quy mô, 100% bệnh viện có các khoa cơ bản như khoa khám bệnh, khoa cấp cứu, khoa cận lâm sàng và khoa dược. Trung bình có 6 khoa/ bệnh viện (nhiều nhất: 12 khoa). Tính trung bình, có 79 giường bệnh/bệnh viện (Nhiều nhất: 500 giường, ít nhất: 10 giường)[10]. Có thể nói, các bệnh viện tư ở Việt Nam có quy mô nhỏ do đầu tư trong lĩnh vực bệnh viện cần khá nhiều vốn, suất đầu tư rất lớn.

Về mặt phân bố, các bệnh viện tư chỉ tập trung ở các thành phố lớn. Nhu cầu CSSK thì người dân nơi nào cũng như nhau nhưng khả năng chi trả lại thực sự khác nhau. Người dân đến với YTTN phải thanh toán tiền KCB trực tiếp bằng tiền túi của mình. Điều đó đồng nghĩa với việc ai không có tiền không được khu vực này cung cấp dịch vụ KCB. Xét dưới góc độ thị trường mục tiêu thì sẽ là bệnh viện tư chỉ có mặt ở nơi nào mà người dân có khả năng chi trả cao. Hiện tại, có 28/64 (43,75%) tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có bệnh viện tư nhân trong khi chỉ tiêu phân đầu mỗi tỉnh có 1-2 bệnh viện tư nhân. Các bệnh viện tập trung nhiều ở các thành phố lớn như Hà nội (15/92) TP Hồ Chí Minh (30/92) (xem phụ lục 9) nên chủ yếu phục vụ người bệnh có khả năng chi trả chứ không làm nhiệm vụ cung cấp dịch vụ thiết yếu cho con người.

2.3.2.2. Nhân sự, cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế

- Nhân sự

Toàn quốc trung bình có 28 người hành nghề y tư nhân /100.000 dân. Gần 70% số bác sỹ hành nghề y tư nhân là cán bộ nhà nước, chủ yếu hành nghề hình thức phòng khám chuyên khoa ngoài giờ. Các bệnh viện tư cũng có nguồn nhân lực chủ yếu là công chức các bệnh viện công. Theo báo cáo của Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội thì có tới 60% bác sỹ công làm việc ở bệnh viện tư [46].

Tổng số nhân viên y tế làm việc trong các bệnh viện tư hiện có 7261 người. Một cách cơ bản, nguồn nhân lực của các bệnh viện tư so với các bệnh viện công được thể hiện trong bảng 2.8:

Bảng 2.8: So sánh nguồn nhân lực bệnh viện tư và bệnh viện công

Tiêu chí	Bệnh viện tư	Bệnh viện công
Tỷ lệ nhân viên y tế/giường bệnh	1,22	1,17
Tỷ lệ bác sỹ/giường bệnh	0,4	0,27
Tỷ lệ điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh/giường bệnh	0,68	0,67
Tỷ lệ điều dưỡng, kỹ thuật viên, nữ hộ sinh/bác sỹ	2,01	2,45
Trình độ bác sỹ trên đại học	30%	42%

Chú thích: Bệnh viện công tính trên số giường kế hoạch

Nguồn: Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009 và tính toán của tác giả dựa trên Báo cáo kết quả kiểm tra bệnh viện (công) năm 2009-Bộ y tế.

Theo bảng trên, trong cơ cấu cán bộ y tế làm công tác điều trị thì tỷ lệ bác sỹ có trình độ trên đại học ở bệnh viện công cao hơn hẳn, cho dù con số này tính cho 1016 bệnh viện trên toàn quốc, tức bao gồm cả các bệnh viện địa phương, vùng sâu, vùng xa (còn các bệnh viện tư chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn). Tuy nhiên, tỷ lệ bác sỹ/giường bệnh ở bệnh viện tư lại cao hơn. Lý do chủ yếu ở chỗ các bệnh viện công luôn trong tình trạng quá tải, bố trí đến mức tối đa các giường bệnh, với mức trung bình một bệnh viện là 159 giường so với con số 79 giường/bệnh viện tư. Vì mục tiêu doanh thu, hạn chế về đầu tư cũng như hạn chế về trình độ chuyên môn, các bệnh viện tư không nhằm tới phân đoạn thị trường là bệnh nhân nội trú cũng

như các bệnh nhân nội trú thường chọn bệnh viện công hơn là các bệnh viện tư. Chính vì số giường bệnh bình quân thấp nên các chỉ tiêu cơ bản khác về nguồn nhân lực giữa khối bệnh viện tư và công không thấy sự khác biệt nhiều.

Theo báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009 thì về mặt nhân lực, tồn tại chủ yếu của các bệnh viện tư là nguồn nhân lực thiếu và còn nhiều biến động. Cho dù có tới 92% nhân viên của bệnh viện tư là làm việc thường xuyên nhưng đội ngũ làm việc thường xuyên này chủ yếu là điều dưỡng, y tá, kỹ thuật viên. Đội ngũ bác sỹ ngoài một bộ phận là cán bộ y tế đã nghỉ hưu, còn lại một bộ phận không nhỏ là cán bộ công chức y tế làm ngoài giờ cho các bệnh viện tư. Những người này khi phải chấp hành sự luân chuyển của bệnh viện công trong công tác hay học tập sẽ gây ra không ít khó khăn cho các bệnh viện tư. Không những chịu sự biến động, tình trạng thiếu cán bộ y tế cũng đang gây nhiều trở ngại cho các bệnh viện tư trong cả công tác điều trị lẫn việc bổ nhiệm các chức danh. Một số bệnh viện tư đã bổ nhiệm trưởng khoa chưa đủ điều kiện theo quy định của Bộ y tế [10]. Mặt khác, do chưa có quy định cụ thể về cơ chế đối với những bác sỹ ở bệnh viện công làm việc cho các cơ sở YTTN, cũng dẫn đến tình trạng cạnh tranh không lành mạnh trong việc sử dụng cán bộ y tế giữa hai khu vực trên.

Nếu như trang thiết bị hiện đại là ưu điểm của phòng khám, bệnh viện tư thì hạn chế của khu vực này chính là trình độ chuyên môn. Có một thực trạng khá phổ biến ở hệ thống y tế tư nhân, đó là các nhà đầu tư chỉ tập trung xây dựng cơ sở vật chất, mua sắm thiết bị hiện đại, chưa coi trọng đầu tư nguồn nhân lực. Thực tế cho thấy, phần lớn nhân lực của các bệnh viện, phòng khám tư nhân tại thành phố là người đang làm việc trong các cơ quan nhà nước, họ góp vốn thành lập bệnh viện, phòng khám, tham gia điều hành và KCB sau khi hết giờ làm việc ở cơ quan. Tình trạng “chân trong chân ngoài” ít nhiều ảnh hưởng đến chất lượng công việc của các thầy thuốc[64].

- Cơ sở hạ tầng và trang thiết bị y tế:

Cơ sở hạ tầng:

Đầu tư vào lĩnh vực KCB là một lĩnh vực đầu tư hứa hẹn lợi nhuận cao nhất,

đây là một khu vực nảy sinh các giá trị kinh tế thặng dư với tỷ suất đáng kể, có thể đạt từ 50-200% hàng năm, và chỉ sau 3-5 năm là có nhà đầu tư có thể thu hồi được vốn bỏ ra[69]. Tuy nhiên, lĩnh vực này lại chứa nhiều thách thức, một là rào cản về chuyên môn, nghiệp vụ và thứ hai là yêu cầu vốn lớn. Vì vậy, trong danh mục đầu tư tài sản cố định ban đầu các phòng khám và bệnh viện, lựa chọn ưu tiên số một là trang thiết bị để phục vụ công tác chuyên môn, sau đó mới đến cơ sở hạ tầng. Chỉ một nửa trong số 92 bệnh viện tư là những cơ sở mới xây dựng khang trang, sạch đẹp, đủ diện tích vườn hoa cây cảnh, đảm bảo hoạt động chuyên môn kỹ thuật liên hoàn, khép kín theo quy định. Các điều kiện về vệ sinh môi trường tương đối đảm bảo và không gây ô nhiễm môi trường bên ngoài. Trong đó có nhiều bệnh viện xây dựng hiện đại như các bệnh viện Tâm đức, Bình Dân, Pháp Việt, Vũ Anh, Bình An... Nhiều bệnh viện quản lý bệnh nhân, hồ sơ bệnh án, thuốc, trang thiết bị thông qua mạng máy tính toàn bệnh viện[10].

Còn lại 46 bệnh viện được xây dựng từ cải tạo, nâng cấp nhà sẵn có nên mang tính chắp vá, không đồng bộ, chưa đáp ứng đầy đủ quy trình hoạt động chuyên môn kỹ thuật liên hoàn, khép kín. Một số bệnh viện chưa đảm bảo diện tích, ánh sáng, điều kiện vô trùng tại buồng điều trị, khu phẫu thuật một chiều, khám bệnh theo quy định, chưa đảm bảo vệ sinh môi trường theo quy định (xử lý rác y tế, rác sinh hoạt, nước thải...). Nhiều bệnh viện chưa ứng dụng phần mềm quản lý bệnh viện, chưa thực hiện đầy đủ công tác nghiên cứu khoa học.

Khó khăn về cơ sở vật chất nhất, đặc biệt là về mặt bằng, xảy ra đối với các cơ sở KCB tại các thành phố lớn, nơi đông dân cư và cũng là nơi tập trung nhiều cơ sở KCB tư nhân nhất, tại Hà Nội, tính trung bình chỉ có 4,6 phòng/cơ sở y tế [66]. Về mặt diện tích, các cơ sở này nói chung đảm bảo theo yêu cầu của Bộ Y tế nhưng hạn chế về mặt bằng, diện tích sử dụng dẫn đến hạn chế việc triển khai máy móc, thiết bị, hạn chế việc mở rộng dịch vụ cung cấp của khu vực này.

Trang thiết bị y tế:

Trang thiết bị hiện đại vốn là thế mạnh của y tế tư nhân. Báo cáo của thanh tra Bộ y tế cho biết hầu hết các bệnh viện có đủ trang thiết bị, dụng cụ y tế tối thiểu

theo quy định của Bộ y tế. Các trang thiết bị này có nguồn gốc rõ ràng, nước sản xuất, hãng sản xuất, năm sản xuất, ký hiệu máy. Các bệnh viện có đủ trang thiết bị dụng cụ y tế đáp ứng nhiệm vụ cấp cứu, khám điều trị các bệnh thông thường. Một số bệnh viện như Hoàn Mỹ, Vạn Hạnh, Phụ sản quốc tế Sài Gòn, Tim Tâm Đức, Hồng Đức III, Bình An... đã đầu tư thiết bị hiện đại về cấp cứu, phẫu thuật tim hở, thụ tinh nhân tạo, phaco, Laser phá sỏi, máy chụp cắt lớp điện toán...

2.3.2.3. Tình hình hoạt động chuyên môn

Hoạt động chuyên môn của các bệnh viện tư có thể được phản ánh khái quát trong bảng 2.9:

Bảng 2.9: Một số chỉ số phản ánh hoạt động chuyên môn của các bệnh viện tư

Hoạt động chuyên môn	Năm 2007	Năm 2008	So sánh (%)
Tổng số lần khám bệnh	3.007.240	3.897.471	129,6
Tổng số lượt điều trị nội trú BHYT	27.541	30.510	110,7
Tổng số lượt điều trị nội trú	201.400	273.493	135,8
Tổng số lượt điều trị ngoại trú	885.631	1.076.499	121,5
Số kỹ thuật lâm sàng lần đầu thực hiện tại bệnh viện	31	66	212
Số kỹ thuật cận lâm sàng mới lần đầu thực hiện tại bệnh viện	10	40	400
Số cán bộ tập huấn chuyên môn	400	1045	261
Số đề tài NCKH	31	79	254
Số lượt KCB miễn giảm viện phí cho người nghèo	55.299	68.588	124
Tiền thuốc kháng sinh	36.730.525	58.109.582	158
Tiền thuốc vitamin	7.218.548	12.148.206	168

Nguồn: Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009-Bộ y tế

Nếu xét sự đóng góp của cả khu vực y tế tư nhân trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân thì với trên 30 ngàn cơ sở, khu vực này đã thực hiện gần một nửa lượt khám chữa bệnh cho người dân. Tuy nhiên, nếu xét ở cấp độ bệnh viện thì bệnh viện tư mới chỉ thực hiện 3,6% lượt KCB so với các bệnh viện công.

Nếu xét về xu thế theo thời gian thì các hoạt động chuyên môn đều ở mức tăng trưởng rất tốt. Tuy nhiên, nhiều hoạt động mới chỉ ở điểm xuất phát: số kỹ

thuật lâm sàng mới lần đầu thực hiện tại bệnh viện, số cán bộ tập huấn chuyên môn, số đề tài NCKH. Tính bình quân một bệnh viện mới áp dụng 1,15 kỹ thuật mới và mỗi bệnh viện có một đề tài NCKH. Ngoài khía cạnh chủ quan về điều kiện, trình độ của cán bộ y tế tư nhân, điều này còn có nguyên nhân khách quan từ chính hệ thống quản lý y tế. YTTN gặp nhiều khó khăn trong việc triển khai những kỹ thuật phẫu thuật, điều trị mới bởi họ phải trải qua rất nhiều quá trình, thủ tục từ cấp địa phương đến trung ương, luôn phải chờ đợi trong việc xin Bộ Y tế, Sở Y tế sở tại thẩm định, cấp phép. Đây chính là một trong số các nguyên nhân khiến các bệnh viện tư ít triển khai những kỹ thuật mới.

So với năm 2007, Tiền thuốc vitamin năm 2008 tăng 68% trong khi số lượt khám bệnh chỉ tăng 29,6%. Đáng chú ý hơn khi tiền thuốc vitamin ở các bệnh viện tư chiếm 35% trong tổng số tiền thuốc so với tỷ lệ này là 16,5% ở các bệnh viện công trong khi đây là thuốc bổ, không phải là thuốc điều trị. Dấu hiệu người bệnh bị lạm dụng này còn thấy khi so sánh mức độ sử dụng các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán của bệnh viện tư và bệnh viện công (bảng 2.10).

Người bệnh vào các bệnh viện tư phải làm các các xét nghiệm sinh hoá, huyết học cao gấp 5,7 lần so với các bệnh viện công. Các kỹ thuật cận lâm sàng như siêu âm, X quang, chụp cắt lớp, cộng hưởng từ còn được sử dụng nhiều hơn tới 11 lần. Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009 của Bộ y tế còn chỉ ra: Một số bệnh viện còn vi phạm quy chế quản lý thuốc hướng thần, thuốc gây nghiện, sử dụng thuốc chưa hợp lý, an toàn (lạm dụng thuốc kháng sinh, vitamin, sử dụng thuốc mới, đắt tiền gây tổn kém cho người bệnh). Một số bệnh viện còn xem nhẹ công tác dinh dưỡng người bệnh (bệnh viện chưa có khoa hoặc đơn vị tư vấn dinh dưỡng). Một số quy chế chưa thực hiện nghiêm túc như quy chế thường trực và cấp cứu, đặc biệt cấp cứu ngoại viện, phẫu thuật, hội chẩn, chống nhiễm khuẩn, hồ sơ bệnh án còn viết tắt, chưa đầy đủ về thuốc (danh pháp, hàm lượng, liều dùng, đường dùng, thời gian dùng), ghi chép phiếu theo dõi chưa đầy đủ, kê đơn chưa phù hợp với chẩn đoán. Một số bệnh viện chưa được sở y tế phê duyệt phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật KCB nên hoạt động quá phạm vi chuyên môn cho phép,

không công khai phương pháp điều trị, thuốc nhằm trục lợi, vi phạm các quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật gây tai biến cho người bệnh.

**Bảng 2.10: Mức độ sử dụng các xét nghiệm
của bệnh viện tư và bệnh viện công**

	Bệnh viện tư	Bệnh viện công
Trung bình số lần xét nghiệm Sinh hoá, huyết học/1 người bệnh	10	1,74
Trung bình số lần sử dụng kỹ thuật siêu âm, X quang, chụp cắt lớp, cộng hưởng từ.../1 người bệnh	2,6	0,23

Chú thích: Số liệu của bệnh viện tư năm 2009, của bệnh viện công năm 2006

Nguồn: Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009-Bộ y tế và tính toán của tác giả dựa trên Báo cáo kết quả kiểm tra bệnh viện (công) năm 2006

Tình hình vi phạm chuyên môn còn nghiêm trọng hơn ở các phòng khám nhỏ. Theo nhận định của Vụ Điều trị, hành nghề vượt phạm vi chuyên môn cho phép, tùy tiện nâng giá KCB, kê đơn nhiều loại thuốc không cần thiết, đang là những hạn chế cơ bản của khu vực KCB ngoài công lập. Nhiều văn bản của Bộ Y tế quy định, đối với bác sỹ khi mở phòng khám tư nhân chỉ được phép kê đơn thuốc cho bệnh nhân chứ không được phép bán thuốc. Nhưng thực tế thì tình trạng vừa kê đơn, vừa bán thuốc vẫn tồn tại ở hầu khắp các phòng khám tư nhân. Trong quá trình điều trị cho bệnh nhân không có sổ khám bệnh, theo dõi sức khỏe, thuốc uống cho bệnh nhân được gói thành liều và dặn miệng, không có kê đơn, chỉ định liều dùng[64]. Điều này đã ảnh hưởng nghiêm trọng tới uy tín của các cơ sở y tế tư nhân. Điều tra 409 cơ sở y tế tư nhân Hà Nội [66] cho thấy chỉ có 15,4% số bệnh nhân là đến điều trị tại các cơ sở y tế tư nhân, còn lại chủ yếu là khám bệnh lần đầu, kiểm tra sức khỏe, làm các dịch vụ y tế về răng, thai sản hay kế hoạch hoá gia đình...

2.3.2.5. Thực trạng cung cấp dịch vụ của cơ sở YTTN (qua nhận định của người sử dụng dịch vụ)

Chất lượng KCB thường được đề cập tới ở hai khía cạnh: chất lượng về mặt chuyên môn và chất lượng phục vụ. Chất lượng về mặt chuyên môn chỉ có bản thân

bác sỹ hoặc đồng nghiệp của họ biết được. Chất lượng về khía cạnh này đã phản ánh ít nhiều qua thực trạng về công tác chuyên môn ở trên. Còn đối với người bệnh, họ chỉ có thể đánh giá về chất lượng phục vụ. Tuy nhiên, chất lượng phục vụ này lại có vị trí khá quan trọng trong quyết định lựa chọn cơ sở KCB của người dân.

Ưu điểm lớn nhất của y tế tư nhân chính là ở chất lượng phục vụ cao. Thái độ phục vụ bệnh nhân: nhiệt tình, cởi mở, ân cần, chu đáo đã góp phần tạo nên uy tín của KCB tư nhân. Trong cuộc điều tra 409 cơ sở y tế tư nhân tại Hà nội [66], có 45% số người bệnh cho biết họ được tư vấn tốt, 50% câu trả lời là được và chỉ có 5% phản nản về vấn đề này. Chính sự ân cần này đã tạo tâm lý yên tâm cho người bệnh, giúp họ có được những hiểu biết nhất định và tuân thủ quá trình điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ. Sự chia sẻ cũng khuyến khích họ trong việc mô tả triệu chứng bệnh tật, làm cơ sở tốt cho các chẩn đoán của bác sỹ.

Lý do quan trọng thứ hai khiến người bệnh chọn y tế tư nhân thay vì các bệnh viện công là tiện lợi, không mất thời gian chờ đợi và các khoản chi phí không chính thức. Điều kiện kinh tế xã hội thay đổi khiến thói quen tiêu dùng của một bộ phận không nhỏ dân cư cũng thay đổi theo. Khi người ta rất bận rộn với công việc, hay kể cả khi người ta có nhiều địa điểm, nhiều nhu cầu giải trí cộng với thu nhập được cải thiện thì thay vì xếp hàng hàng dài chờ đợi ở bệnh viện công, người ta sẽ tìm đến các phòng khám, bệnh viện tư. Ở đó họ nhận được sự hỏi han ân cần, sự tư vấn chu đáo, họ được hưởng cái quyền của người mua. Tệ nạn phong bì cũng khiến khá nhiều người né tránh bệnh viện công, không hẳn vì nó tốn kém (vào các cơ sở tư nhân còn tốn kém hơn) mà vì không ít người không thích đẩy mình vào tình huống phải vi phạm quy chế, làm tổn hại tới đạo đức xã hội (Trịnh Lệ Thủy-thảo luận nhóm)

Chính những thuận tiện như trên, y tế tư nhân không phải chỉ dành cho người có thu nhập cao. Có tới 93,6% số người trong nhóm được điều tra [66] tìm đến với YTTN là những người có điều kiện kinh tế từ trung bình trở lên trong đó 50,6% là những người chỉ có điều kiện kinh tế trung bình. Như vậy, YTTN không chỉ để phục vụ người giàu bởi khả năng đáp ứng nhu cầu của khu vực này.

2.3.2.6. Thực trạng công tác quản lý nhà nước.

Từ khi cho phép y tế tư nhân hoạt động, nhà nước cũng đã ban hành nhiều văn bản pháp lý để quản lý, hướng dẫn hoạt động của khu vực này. Pháp lệnh hành nghề y tế tư nhân được ban hành từ rất sớm (1993) nhưng sau nhiều năm vẫn chưa có các điều khoản bổ sung hay sửa chữa cho phù hợp với tình hình mới. Mặt khác, để thực hiện được pháp lệnh này cần rất nhiều văn bản hướng dẫn thi hành mà không phải văn bản nào cũng kịp thời hay xác đáng.

Bất cập lớn nhất thuộc về mảng thực thi pháp luật. Sự phát triển quá nhanh của khu vực này dường như đã vượt tầm kiểm soát của các cơ quan quản lý. Đội ngũ quản lý nhà nước về lĩnh vực này còn mỏng, yếu, lại chưa nhận được sự phối hợp từ phía chính quyền các địa phương[64]. Tại Thành phố HCM có hàng chục ngàn cơ sở y tế tư nhân, nhưng chỉ có dưới 10 cán bộ thanh tra y tế [46]. Vì vậy, nhiều vi phạm chưa được kiểm tra, xử lý kịp thời. Vi phạm phổ biến nhất trong KCB tư nhân là về giá. Hiện nay nhiều bệnh viện ngoài công lập tùy tiện đặt giá viện phí mà không có sự kiểm soát của ngành y tế, giá mỗi cơ sở một khác, và khác nhau khá nhiều, giá điều trị nội trú ở các bệnh viện ngoài công lập cao hơn các bệnh viện nhà nước rất nhiều, thể hiện chủ yếu ở phí và xét nghiệm [34]. Mặc dù Bộ y tế đã qui định khung giá khám, chữa bệnh và yêu cầu niêm yết công khai khung giá này tại các cơ sở khám chữa bệnh, nhưng các cơ sở này vẫn tùy tiện nâng giá dịch vụ (chẳng hạn, nâng giá ca mổ loại 3, giá 1.000.000đ thành ca mổ loại 2 giá 1.500.000đ) [19]. Nhiều nơi giá viện phí thu cao hơn giá niêm yết, nơi niêm yết giá khó quan sát, bảng giá chưa cụ thể, chi tiết làm người bệnh dễ hiểu lầm.

Các thủ tục hành chính rắc rối cũng là một mảng tối của công tác quản lý y tế tư nhân. Thủ tục hành chính còn quá nhiều phức tạp gây nản lòng cho các nhà đầu tư [55]. Có bệnh viện tư nhân cho biết họ phải chờ đợi 5 tháng để xin thẩm định hệ thống nước thải của bệnh viện, sự kéo dài đó không phải là do phức tạp của kỹ thuật mà do sự đùn đẩy giữa các cơ quan nhà nước.

Hoạt động cấp phép thành lập và quản lý hoạt động của cơ sở cung ứng dịch vụ công ngoài Nhà nước cũng đang bị buông lỏng. Trong lĩnh vực y tế, việc xét

duyet cấp giấy chứng nhận đủ tiêu chuẩn và điều kiện thành lập cơ sở hành nghề y, được tư nhân còn chưa đúng quy định, một số nơi còn cấp giấy chứng nhận tràn lan không căn cứ vào nhu cầu thực tế và khả năng quản lý của địa phương. Công tác quản lý đối với các cơ sở y tế tư nhân không được quan tâm đúng mức. Ngoại trừ Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh có Phòng Quản lý hành nghề y, được tư nhân, các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương khác chỉ có một hoặc hai cán bộ chuyên trách, phần lớn là cán bộ kiêm nhiệm nằm trong phòng nghiệp vụ y, được nên thiếu sự chỉ đạo tập trung và thường xuyên đối với công tác hành nghề y tư nhân.

2.3.2.7. Kết luận về phương thức YTTN

- Tính tất yếu của việc tồn tại hệ thống y tế tư nhân

Trong nền kinh tế nhiều thành phần thì sự tồn tại của y tế tư nhân là điều tất yếu. Nó không chỉ là tất yếu dưới khía cạnh pháp lý mà còn tất yếu bởi những yêu cầu thực tiễn, những đòi hỏi khách quan.

Dưới khía cạnh cầu, từ khi thống nhất đất nước, số lượng các bệnh viện công thay đổi không nhiều trong khi dân số tăng thêm 36 triệu người. Không những thế, những năm gần đây, bối cảnh kinh tế xã hội thay đổi dẫn tới những thay đổi về lối sống, những thay đổi cả ứng xử về CCSK và tìm kiếm dịch vụ CCSK của người dân. Điều kiện kinh tế cho phép người ta quan tâm tới sức khoẻ hơn, quan tâm tới bản thân hơn. Vào bệnh viện không chỉ với mục đích duy nhất là chữa cho khỏi bệnh mà còn muốn được đối xử như những con người chứ không phải như với một thân thể vô tri đang gặp trục trặc. Lối sống công nghiệp không cho phép người ta có nhiều thời gian chờ đợi, lối sống hưởng thụ khiến người ta không muốn chờ đợi. Khi mà những đòi hỏi ngày càng cao về CSSK trong "lối sống công nghiệp" thì các đáp ứng về nhu cầu thị trường CSSK không còn bó hẹp trong khuôn khổ của hệ thống y tế nhà nước nữa.

Dưới khía cạnh cung, Ngân sách nhà nước càng ngày càng không đáp ứng được nhu cầu CSSK người dân. Bởi vậy, nhà nước thực hiện XHH lĩnh vực y tế theo hướng khuyến khích, tạo điều kiện thuận lợi cho các tổ chức, cá nhân có đủ điều kiện mở bệnh viện hoặc phòng khám chữa bệnh sẽ giảm "gánh nặng" cho nhà

nước. Đây là hướng đi hợp xu thế bởi hầu hết các nước, Chính phủ đều giữ vai trò chính yếu cung ứng dịch vụ y tế nhưng Nhà nước không thể là người cung ứng duy nhất và miễn phí các dịch vụ y tế. Thông thường, Nhà nước chỉ có thể bảo đảm CSSK ban đầu cho nhân dân và thực hiện sự trợ giúp y tế cho những người nghèo, những người thuộc diện chính sách xã hội.

- Những đóng góp tích cực của hệ thống y tế tư nhân.

Đóng góp của bệnh viện ngoài công lập với công tác CSSK nhân dân là không thể phủ nhận khi hàng năm đã KCB cho khoảng gần một nửa lượt người có nhu cầu CSSK, góp phần đáp ứng yêu cầu cấp bách về KCB của nhân dân và giảm gánh nặng cho các bệnh viện công. YTTN hấp dẫn người dân do được phục vụ kịp thời, không phải đi xa, không mất thời gian chờ đợi nên tiết kiệm thời gian, thái độ phục vụ ân cần cùng khả năng mềm dẻo trong chi trả phí KCB. YTTN không chỉ phục vụ người giàu mà tính linh hoạt bám sát địa bàn dân cư của các phòng khám tư còn phục vụ một bộ phận lớn người có thu nhập trung bình và cả thấp. Như vậy, YTTN tạo cho người dân nhiều cơ hội lựa chọn dịch vụ KCB theo khả năng của mình và qua đó YTTN đã góp phần nâng cao hiệu quả CSSK nói chung.

- Những nhược điểm của khu vực này.

YTTN là một lĩnh vực đặc biệt, bởi bao hàm trong nó là các vấn đề chuyên môn nghiệp vụ (KCB), kinh tế và xã hội. Vì mang tính chuyên môn cao nên nó chịu sự điều tiết, quản lý chặt chẽ của Bộ y tế, vì là một thực thể kinh tế nên nó hoạt động theo quy luật của thị trường. Khu vực này cung cấp là một dịch vụ đặc biệt là CSSK nên nó gắn với các vấn đề xã hội. Để thực hiện tốt cả ba yêu cầu kinh tế-xã hội-KCB, đảm bảo cả tính công bằng và hiệu quả là một điều rất khó. Vì vậy, bên cạnh những ưu điểm như trên, hoạt động của khu vực này đang gặp nhiều hạn chế.

- YTTN chỉ dừng lại ở lĩnh vực khám, chữa bệnh, còn các lĩnh vực khác như y tế dự phòng, CSSK ban đầu cho người dân, phát triển mạng lưới y tế cơ sở, dự trữ thuốc chữa bệnh... vẫn do y tế nhà nước thực hiện. Ngay trong hoạt động khám, chữa bệnh, YTTN luôn chọn giải pháp an toàn đồng vốn như chỉ điều trị các bệnh đơn giản, thông thường; không điều trị các bệnh hiểm nghèo, đòi hỏi trình độ

chuyên môn, kỹ thuật cao, chi phí tốn kém và thời gian điều trị dài. Đa số bệnh nhân là ngoại trú và tỷ lệ sử dụng giường bệnh thấp

- Số các cơ sở YTTN rất lớn nhưng quy mô nhỏ, chủ yếu là các phòng khám và phân bổ không hợp lý dưới góc độ xã hội. Trong khi y tế nhà nước có mặt ở mọi địa bàn, thì YTTN chỉ tập trung ở các thành phố. Khu vực này cũng đang tồn tại một bức tranh hai màu đối lập về cơ sở vật chất giữa các phòng khám lớn hay bệnh viện tư hiện đại với các cơ sở nhỏ, chưa đáp ứng đầy đủ quy trình hoạt động liên hoàn, khép kín, phục vụ chuyên môn kỹ thuật.

- Chất lượng về mặt chuyên môn của YTTN chưa được khẳng định trong khi có nhiều bằng chứng ngược lại. Số kỹ thuật lâm sàng hay cận lâm sàng mới lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện tư cũng như số lượng các nghiên cứu khoa học còn quá nhỏ bé. Bên cạnh đó là tình trạng lạm dụng thuốc ngoại, kỹ thuật cao, xét nghiệm vv... gây tốn kém cho người bệnh vẫn diễn ra. Còn nhiều bất cập ở khu vực YTTN như kê đơn hưởng hoa hồng, vừa kê đơn vừa bán thuốc, khám bệnh không đúng chuyên môn, cơ chế giá lộn xộn... Việc quản lý sổ sách tài chính, kế toán không minh bạch, công khai, việc thực hiện các chế độ tài chính không theo đúng quy định.

-Nguyên nhân của các hạn chế.

Những tồn tại nói trên xuất phát từ nhiều nguyên nhân song suy cho cùng các nguyên nhân này đều bắt nguồn từ sự yếu kém trong quản lý Nhà nước đối với việc chuyển giao và quản lý hoạt động của các cơ sở ngoài Nhà nước. Có thể nêu lên những nguyên nhân cơ bản sau:

+ *Thiếu các biện pháp khuyến khích, hỗ trợ YTTN*: YTTN tham gia giải quyết các vấn đề xã hội nhưng không được hưởng một cách xứng đáng các chính sách khuyến khích, hỗ trợ của nhà nước như ưu đãi về vốn, thuế hay mặt bằng đất đai.... Hơn nữa, nhiều nhà quản lý đã nhìn khu vực này theo chiều hướng cực đoan, nhiều lúc khắt khe với YTTN khiến khu vực này đôi khi gặp nhiều khó khăn không đáng có.

+ *Môi trường pháp lý cho việc quản lý các hoạt động của YTTN chưa hoàn thiện*: Lĩnh vực YTTN chịu sự điều chỉnh của nhiều loại văn bản quy phạm Pháp luật (khoảng 40 văn bản quy định khác nhau) dẫn đến chỗ nhiều văn bản không thống nhất với nhau, tạo ra sự chồng chéo, phức tạp trong việc vận dụng. Một số

văn bản tuy vẫn còn hiệu lực nhưng lại bị các văn bản Pháp luật khác phủ định, làm xảy ra các xung đột Pháp luật nên các cá nhân, tổ chức gặp không ít khó khăn trong khi vận dụng. Các văn bản quy phạm Pháp luật tuy được ban hành kịp thời để điều chỉnh các vấn đề mới nảy sinh, nhưng do chưa có tính dự báo cao, nên sau một thời gian thực hiện đã nảy sinh một số bất cập nhất định mà không thể sửa đổi, bổ sung vì tính thứ bậc của văn bản quy phạm Pháp luật. Hơn nữa, hệ thống Pháp luật Việt Nam có hạn chế chung là Luật, Pháp lệnh phần lớn đều quy định về nguyên tắc, muốn thực hiện được phải có nhiều văn bản dưới luật hướng dẫn thi hành, làm cho hiệu lực tức thì của Luật, Pháp lệnh chưa thực hiện được. Điều đó có ảnh hưởng không nhỏ đến việc quản lý các cơ sở cung ứng dịch vụ công ngoài Nhà nước tạo những kẽ hở cho các cơ sở này hoạt động trái pháp luật, gây tình trạng lộn xộn trong xã hội. Hệ thống văn bản pháp lý trong lĩnh vực YTTN vừa thiếu, vừa bất cập cũng tác động xấu tới sự phát triển nhanh, lành mạnh của hệ thống YTTN, ví dụ chưa thống nhất quy định về môi trường và xử lý chất thải.

+ *Công tác quản lý bị buông lỏng*: Việc thiếu các chế tài cụ thể cùng công tác thanh tra giám sát không thường xuyên đối với YTTN khiến những vi phạm trong khu vực đang tạo ra những hình ảnh xấu, ảnh hưởng tới sự phát triển của khu vực này. Việc kiểm tra, kiểm soát và xử lý vi phạm đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ công ngoài Nhà nước cũng chưa chặt chẽ và nghiêm khắc. Chưa phân biệt rõ đâu là công tác thanh tra, đâu là công tác kiểm tra nên có sự chồng chéo trong quản lý Nhà nước.

2.3.3. Thực trạng liên doanh liên kết và cung ứng dịch vụ theo yêu cầu.

2.3.3.1. Thực trạng về phương án dịch vụ y tế theo yêu cầu và liên doanh liên kết để mua máy móc, trang thiết bị.

Nghị định số 10/NĐ - CP về chế độ tài chính trong đơn vị sự nghiệp có thu nay là Nghị định 43/2006/NĐ – CP đã cho phép các bệnh viện cung cấp dịch vụ bệnh viện theo yêu cầu và họ cũng được phép huy động vốn, liên doanh, liên kết với các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước để đầu tư cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị phục vụ cho hoạt động chuyên môn, sản xuất và cung ứng dịch vụ.

a. Về phương thức LDLK để mua máy móc, trang thiết bị.

- Phương thức đã có tác dụng cải thiện, hiện đại hoá trang thiết bị cho bệnh viện.

Trong điều kiện ngân sách nhà nước cấp cho các bệnh viện là có hạn, chưa đủ để mua sắm các trang thiết bị hiện đại còn nguồn thu của bệnh viện chỉ đủ cho tiêu dùng thường xuyên thì các hoạt động LDLK tại bệnh viện công đã mang lại nhiều kết quả tích cực. Hoạt động này đã đáp ứng nhu cầu cấp thiết về đổi mới trang bị kỹ thuật y tế, đặc biệt những trang thiết bị kỹ thuật cao, phục vụ kịp thời nhu cầu KCB của nhân dân. Nhờ liên kết lắp đặt thiết bị y tế hiện đại, số bệnh nhân ra nước ngoài chữa bệnh đã giảm [46]. Kết quả từ một nghiên cứu cho thấy tại hầu hết các bệnh viện, số các trang thiết bị có giá trị trên 10 triệu đồng được đầu tư nhiều hơn một cách đáng kể so với trước khi bệnh viện được thực hiện phương thức LDLK. Tuy nhiên, mức độ và hình thức đầu tư rất khác nhau giữa các bệnh viện. Các bệnh viện có mức tự chủ cao thường dựa vào LDLK qua hình thức đặt máy hoặc hình thức BOT để phát triển trang thiết bị, kỹ thuật mới [9]. Ở một số bệnh viện, trang thiết bị y tế lại được mua sắm từ tiền đóng góp của cán bộ, nhân viên trong bệnh viện (thông qua tổ chức công đoàn hoặc không - một nhóm các bác sỹ cho bệnh viện vay tiền) và họ cùng chia lợi nhuận với bệnh viện. Cho đến nay, theo báo cáo của Chính phủ, các bệnh viện công đã huy động được khoảng 3.000 tỷ đồng để triển khai các kỹ thuật cao, trong đó các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế trên 500 tỷ đồng, các đơn vị thuộc TP Hồ Chí Minh huy động và vay quỹ kích cầu gần 1.000 tỷ đồng; các đơn vị thuộc Hà Nội huy động được trên 100 tỷ đồng, Quảng Ninh gần 50 tỷ đồng [46]. Các thiết bị y tế hiện đại nhất đã được áp dụng tại Việt Nam, cán bộ y tế Việt nam đã vươn lên làm chủ được nhiều kỹ thuật y tế hiện đại. Việc cung ứng, bảo hành, sửa chữa, mua sắm các thiết bị y tế hiện đại và xây dựng cơ sở vật chất đã thuận lợi hơn theo cơ chế LDLK. Tại bệnh viện công, khi các bộ phận của máy móc (đầu tư bằng NSNN) bị hỏng phải đợi 3-4 tháng trình các cấp xin kinh phí để sửa, với các máy liên kết thì chỉ cần 4-5 ngày là hãng sẽ thay thế ngay và miễn phí. Mặt khác, theo các chuyên gia, cùng quy mô bệnh viện, cùng thiết bị y tế, nếu tư nhân đầu tư chỉ bằng 50-60% vốn so với Nhà nước đầu tư [46].

Hộp 2.2: Hoạt động liên doanh, liên kết ở một số bệnh viện

Trong điều kiện kinh phí trên cấp còn hạn hẹp, Bệnh viện y học cổ truyền Hải Phòng đã đẩy mạnh công tác xã hội hóa Y tế để tạo nên cơ sở vật chất phục vụ cho công tác hiện đại hóa YHCT và kết hợp YHCT với YHHĐ. Bệnh viện có 02 đề án xã hội hóa. Đề án liên doanh liên kết với Công ty Hoa Long Trung Quốc về trang bị máy móc phục vụ cho chẩn đoán và điều trị như: Máy siêu âm màu ba chiều, máy nội soi dạ dày, máy nội soi TMH, máy chụp XQ răng, ghế răng đa năng, máy xông thuốc, máy kéo dẫn cột sống, máy điều trị bằng sóng VIBA...

Đề án liên kết với Công đoàn Bệnh viện trang bị một số máy móc, dụng cụ phục vụ cho Khoa VLTL - PHCN như: Máy điều trị bằng sóng trung tần, máy xông thuốc làm đẹp da mặt, trang bị cho matsa chân, ngâm thuốc bắc... Bệnh viện tự mua sắm một số máy móc bằng nguồn vốn của đơn vị để phục vụ cho công tác điều trị như: Máy kéo dẫn cột sống, máy cắt trĩ ZZ2D, máy điện cơ thần kinh, máy sắc thuốc tự động...) góp phần vào các thành công của bệnh viện[4]

Ngày 10/9/2009 Bệnh viện Đa khoa khu vực Bãi Cháy đã khai trương và đưa vào sử dụng máy chụp cộng hưởng từ - đây là một trong những thành tựu hiện đại vào bậc nhất hiện nay của ngành y. Kinh phí đầu tư cho một máy chụp cộng hưởng từ lên tới 9,3 tỷ đồng, bệnh viện đã liên doanh liên kết với công ty Việt Nhật để có thể đưa máy chụp cộng hưởng từ vào sử dụng tại bệnh viện [6]

- Hiệu quả sử dụng trang thiết bị LDLK

- Hiệu quả tài chính

Các trang thiết bị LDLK trong y tế mà hiện nay Việt Nam đang sử dụng đều rất đắt tiền. Vì vậy, ngoài vai trò hỗ trợ cho công tác KCB của chúng còn cần làm rõ hiệu quả của việc sử dụng các trang thiết bị này.

Việt nam là một nước vừa thoát khỏi ngưỡng các nước kém phát triển với thu nhập bình quân đầu người là 1160 USD/người 1 năm (năm 2010). Chính vì vậy, nhiều dịch vụ kỹ thuật cao trong y tế là vượt quá khả năng chi trả của người bệnh. Nói chung, bệnh tật thì không có sự lựa chọn nào khác ngoài chữa trị nhưng do giới hạn về tài chính, họ chỉ có thể tiếp cận với các dịch vụ có chi phí vừa phải. Khi so sánh số lần dùng các dịch vụ kỹ thuật cao (MRI và CT scan) và các kỹ thuật thông thường (X quang, siêu âm) của Việt Nam với một số nước khác cho thấy, tính bình quân trên 1000 dân, số lần chụp cộng hưởng từ và chụp cắt lớp ở Việt nam thấp hơn rất nhiều so với một số nước khác trong khi những kỹ thuật chẩn đoán thông thường lại được sử dụng phổ biến (Bảng 2.11). Điều này một phần nào cho thấy khả năng chi trả của người bệnh với dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn còn thấp, trong khi nhu cầu sử dụng dịch vụ chẩn đoán hình ảnh thông thường là rất cao.

Bảng 2.11: Ước tính tỷ lệ sử dụng một số chẩn đoán hình ảnh tại một số nước

Đơn vị tính: số lần/1000 dân

Tên nước	Kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh	
	MRI và CT scan	X-quang và siêu âm
Canada	102,8	-
Mỹ	255,7	-
Anh (công lập)	62,9	-
Úc (nội trú năm 2005)	23	3,5
Việt nam (công lập) năm	6	209

*Nguồn: Phạm Trí Dũng (2009) [23]**và báo cáo kết quả kiểm tra bệnh viện năm 2006-Bộ y tế*

Xét về công suất sử dụng trang thiết bị cho thấy công suất sử dụng máy ở Việt Nam rất thấp. Chỉ so sánh công suất sử dụng máy cắt lớp, công suất sử dụng trung bình tại bệnh viện công chỉ khoảng một nửa so với Canada và 70% so với Mỹ [24]. Công suất sử dụng các trang thiết bị liên kết này lại rất khác nhau giữa các bệnh viện trong toàn quốc. Mô hình LDLK chỉ phù hợp với các bệnh viện lớn, bệnh viện tuyến trên có đông bệnh nhân, đặc biệt là nhiều bệnh nhân có khả năng chi trả cao. Một nghiên cứu đánh giá về tình hình trang thiết bị y tế chỉ ra rằng công suất thực hiện bình quân một ngày của bệnh viện huyện thấp hơn hẳn so với bệnh viện tỉnh và trung ương. Kể cả ở các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tỷ lệ trang thiết bị y tế không được sử dụng hết công suất còn khá cao (xấp xỉ 20%) [23]. Một số bệnh viện huyện liên kết đặt máy xét nghiệm song chỉ sau 1-2 tháng đã phải chấm dứt vì tỷ lệ sử dụng thấp, lỗ vốn nên nhà đầu tư rút lui [46]. Điều này cho thấy đầu tư từ nguồn vốn xã hội hoá theo hình thức LDLK chưa chắc đã có hiệu quả cao.

- Hiệu quả xã hội và tính công bằng.

Nói chung, hình thức LDLK mang lại nguồn thu cho bệnh viện, cải thiện mức thu nhập của cán bộ, nhân viên bệnh viện, hỗ trợ rất tốt cho quá trình điều trị và giúp nâng cao một bước số lượng cũng như chất lượng các dịch vụ y tế phục vụ nhân dân, đáp ứng nhu cầu KCB ngày càng cao của một bộ phận dân cư. Tuy nhiên, mặt trái của hình thức này lại là nguy cơ bệnh nhân bị lạm dụng sử dụng dịch vụ. Phần lớn nguồn đầu tư này là đầu tư tư nhân, được sử dụng để mua sắm trang thiết bị với mục đích thu lợi nhuận. Nguồn đầu tư này có thể từ chính các bác sỹ của bệnh viện và vì vậy việc lạm dụng dịch vụ, làm tăng chi phí cho người bệnh là khó

tránh khỏi. Kể cả khi nguồn vốn này là của các đơn vị bên ngoài thì họ luôn có phần trích 30%, thậm chí tới 50% cho bệnh viện, bác sỹ có thể được nhận cả chiết khấu chỉ định bệnh nhân. Bác sỹ cho bệnh nhân đi làm dịch vụ kỹ thuật cao vừa tăng nguồn thu cho bệnh viện (tức là cho cả mình), nhưng vẫn có lý để an ủi mình, biện minh cho hành động của mình: xét nghiệm thế để chẩn đoán cho chính xác (Nguyễn Thị Thường-thảo luận nhóm). Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên cho biết: "Trong quá trình các bệnh viện làm XHH y tế, có tình trạng LDLK trong mua sắm máy móc, trang thiết bị y tế, dẫn đến lạm dụng các xét nghiệm, kỹ thuật chẩn đoán..."[18]. Về mặt khách quan, điều này cũng có nguyên nhân từ việc thiếu quy định của Bộ Y tế về tiêu chuẩn xét nghiệm. Như vậy, xét dưới khía cạnh hiệu quả xã hội thì phương thức LDLK được coi là phi hiệu quả xã hội khi nó đã khiến xã hội phải tốn kém quá nhiều trong việc KCB. Điều này đặc biệt có ý nghĩa khi thu nhập, khả năng chi trả của người dân Việt nam đang còn ở mức khá thấp so với các dịch vụ kỹ thuật cao.

Ngoài ra, việc thực hiện XHH tuy thúc đẩy bệnh viện tuyển trên đối mới liên tục về kỹ thuật y tế, song cũng làm xuất hiện hiện tượng ở một số nơi có sự sao nhãng việc thực hiện chức năng chỉ đạo và hỗ trợ kỹ thuật cho y tế tuyển dưới, ảnh hưởng đến sự liên kết, hỗ trợ trong hệ thống y tế công. Kết quả giám sát của Ủy ban thường vụ Quốc hội [46] đã chỉ ra, nhiều bệnh viện, do mải mê xã hội hóa, thực hiện liên doanh, liên kết để tăng thu nhập nên bệnh viện Trung Ương mỗi năm chỉ kiểm tra tuyển dưới một lần, bác sỹ tuyển dưới cử lên học thì lấy học phí cao, lơ là nhiệm vụ hỗ trợ tuyển dưới.

Hành lang pháp lý cho việc sử dụng máy LDLK.

Trong nội dung các nghị quyết hàng năm Quốc hội đã ghi rõ: Đẩy mạnh thực hiện chủ trương XHH các dịch vụ công, hoặc: đổi mới cơ bản phương thức quản lý đối với các đơn vị giáo dục, y tế. Tuy nhiên, đến nay chưa có luật, pháp lệnh quy định cụ thể về đổi mới cơ chế hoạt động của cơ sở y tế công lập cũng như tổ chức KCB theo nhu cầu hay hoạt động LDLK ở bệnh viện công. Nhiều bệnh viện công lúng túng khi triển khai LDLK sử dụng thiết bị y tế, bởi vì các cơ quan quản lý nhà nước chậm hướng dẫn về tỷ lệ chia lợi nhuận trong các hoạt động này. Có bệnh viện trình UBND tỉnh 5 tháng vẫn chưa phê duyệt xong tỷ lệ chia lợi nhuận. Do cơ chế

pháp lý chưa rõ, có tình phê duyệt chia lãi theo tỷ lệ là 3/7; có nơi tỷ lệ là 7/3; có nơi là 5/5, thậm chí có nơi quy định cụ thể bằng tiền cho mỗi lần sử dụng thiết bị, có nơi trả khoán cho bệnh viện 100 ngàn đồng/1 lần chụp CT[46]. Báo cáo của Ủy ban Thường vụ Quốc hội [46] còn nhận xét bệnh viện công đang rất cần những quy định pháp lý về sử dụng nhà, đất của bệnh viện để LDLK.

Hộp 2.3: Máy “nhà nước” và máy “liên doanh”

Tại bệnh viện K: sắm máy “liên doanh”, máy “nhà nước” liên tục hỏng

Theo tìm hiểu của PV, máy gia tốc A (máy điều trị xạ trị) được đầu tư bằng nguồn ngân sách nhà nước từ năm 2000 trị giá hơn 21 tỷ đồng. Kiểm tra của cơ quan chức năng cho thấy, từ năm 2000-2004, máy gia tốc A hoạt động rất ổn định, ít hỏng hóc.

Do nhu cầu xạ trị của bệnh nhân ngày càng lớn, năm 2006, máy gia tốc B được đầu tư bằng nguồn vốn liên doanh với Công ty Cổ phần thiết bị y tế Ung thư và đặt tại cơ sở II của bệnh viện (Tam Hiệp, Thanh Trì, Hà Nội).

Sau khi máy gia tốc B đi vào hoạt động thì máy gia tốc A liên tục “trục trặc”, phải nghỉ để sửa chữa và thay thế thiết bị. Thậm chí, từ tháng 5/2008 máy phải “đắp chiếu” nhiều tháng trời, đến đầu năm 2009 mới hoạt động trở lại vì lý do hỏng ống dẫn sóng. Dù được đầu tư sửa chữa, máy vẫn tiếp tục hoạt động không ổn định, chỉ riêng tháng 3/2009 đã phải “đắp chiếu” tới... 23 ngày. Trong khi đó, dự toán ngân sách cho việc bảo dưỡng máy mỗi năm lên đến hàng tỷ đồng.

Thống kê sơ bộ từ tháng 9/2007 đến nay, tổng số ngày máy A “đắp chiếu” là ngót nghét 300 ngày (tuy nhiên vẫn bán thanh tra chỉ tính thời gian máy hỏng là... 53 ngày); còn máy B hỏng ít hơn: 44 ngày.

Việc máy A hỏng nhiều tất yếu dẫn đến việc bệnh nhân phải chuyển hướng điều trị sang máy B.

Đáng chú ý hơn cả, theo thỏa thuận giữa bệnh viện K và Công ty Cổ phần thiết bị y tế Ung thư, thì số tiền thu được từ máy gia tốc B sẽ phân chia theo tỷ lệ 70-30: Công ty Cổ phần thiết bị y tế Ung thư được 70% và Bệnh viện K được 30%.

Theo qui định, bệnh nhân có bảo hiểm y tế điều trị bằng máy A (máy do nhà nước đầu tư) được phía bảo hiểm thanh toán kinh phí xạ trị. Còn nếu điều trị ở máy B (thiết bị liên doanh), người có bảo hiểm y tế phải nộp khoảng 13 triệu đồng/đợt điều trị. Nếu không có bảo hiểm y tế, bệnh nhân phải chi khoảng 26 triệu đồng/đợt điều trị.

10% chiết khấu “chỉ định bệnh nhân”

Theo điều tra của PV, trong các bảng “Quyết toán dự án đầu tư máy gia tốc B” gửi cổ đông hàng tháng, Công ty Cổ phần thiết bị y tế Ung thư kê một khoản chi khá “đặc biệt”, đó là chi “chiết khấu chỉ định bệnh nhân” cho bác sĩ.

Theo đó, tháng 2/2009, tổng doanh thu của máy gia tốc B đạt được là trên 1,2 tỷ đồng. Cty Cổ phần Thiết bị y tế Ung thư đã hạch toán 78 triệu đồng “chiết khấu chỉ định bệnh nhân”; tháng 3/2009 số tiền chiết khấu là 97 triệu đồng; tháng 4 và 5/2009 khoản chiết khấu này lần lượt là 77 triệu đồng và trên 82 triệu đồng.

Theo giải trình của Công ty Cổ phần thiết bị y tế Ung thư, “chiết khấu chỉ định bệnh nhân” (10%) thực tế là lương làm ngoài giờ cho bác sĩ, việc diễn giải nội dung chi phí không chính xác là do... kế toán của Công ty còn non yếu (?).

Còn trong một văn bản giải trình khác, công ty này cho biết, máy Gia tốc công suất hoạt động tối đa cho 8h hành chính điều trị được 70 bệnh nhân một tháng và lương làm thêm giờ cho bác sĩ tính theo định mức 22.000đ/bệnh nhân. Định mức “thấp” như vậy, nhưng bảng kê danh sách làm thêm giờ tháng 5/2009 thể hiện, bác sĩ Trưởng khoa xạ 3 và bác sĩ Trưởng khoa vật lý phóng xạ lần lượt 15,5 triệu đồng và 13,6 triệu đồng. Chưa hết, trong bản quyết toán tháng 5/2009 gửi cổ đông, số tiền “chiết khấu chỉ định bệnh nhân” là hơn 82 triệu đồng, nhưng danh sách trả lương làm thêm giờ chỉ có 64 triệu đồng.)

Nguồn: Tiêu cực tại bệnh viện K: Bệnh nhân phải “chạy” để được điều trị [27]

b. Về phương án dịch vụ theo yêu cầu

Bên cạnh việc cho phép các bệnh viện huy động vốn qua hình thức LDLK với các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước để đầu tư cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị phục vụ cho hoạt động chuyên môn, sản xuất và cung ứng dịch vụ, Nghị định số 10/NĐ - CP nay là Nghị định 43/2006/NĐ – CP còn cho phép các bệnh viện cung cấp các dịch vụ bệnh viện theo yêu cầu như: mô hình phòng KCB ngoài giờ, mô hình KCB theo yêu cầu, mô hình giường dịch vụ, mô hình dịch vụ sinh, phẫu thuật theo yêu cầu...Phương thức này có thể được phân tích dưới các góc độ sau:

-Đáp ứng tốt hơn nhu cầu KCB ngày càng cao của người dân cả về số lượng và chất lượng, cải thiện đời sống bác sỹ và cán bộ, nhân viên bệnh viện.

Các bệnh viện công ngày càng trở nên quá tải, vì vậy, rất nhiều bệnh viện đều tổ chức các hoạt động dịch vụ y tế ngoài giờ hành chính, nhằm đáp ứng kịp thời nhu cầu KCB cho nhân dân đồng thời giải quyết khó khăn đời sống cho cán bộ y tế. Kể cả trong giờ hành chính, những đối tượng có khả năng chi trả, lại không có thời gian chờ đợi do yêu cầu công việc có thể được khám ở khu KCB theo yêu cầu. Với những bệnh nhân nội trú, họ có thể sử dụng dịch vụ giường bệnh theo yêu cầu và phải chi trả cho bệnh viện theo giá thỏa thuận. Bệnh nhân cần sinh phẫu thuật có thể chọn bác sỹ theo ý muốn để được hưởng sự chăm sóc của các bác sỹ giỏi chuyên môn và không phải chờ đợi lâu....Tất cả các dịch vụ trên đã và đang đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu KCB của một bộ phận dân cư có khả năng chi trả. Các nguồn thu này một phần trích cho bác sỹ (với dịch vụ sinh phẫu thuật theo yêu cầu) còn lại đều nộp cho bệnh viện và đây là nguồn chủ yếu để tăng lương cho cán bộ y tế của bệnh viện. Những khoản thu này rất lớn, có bệnh viện công ở Hà nội đã tăng thu lên đến 27 tỷ đồng (86%) trong vòng hai năm sau khi Nghị định 10 cho phép họ cung cấp dịch vụ theo yêu cầu [2]. Tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội, thu từ dịch vụ theo yêu cầu chiếm tỷ trọng khoảng 25% tổng thu của bệnh viện năm 2006 [73]. Các bệnh viện khác phí thu được từ khoa phòng khám bệnh theo yêu cầu chiếm khoảng 5%-15% chi phí của bệnh viện. Những khoản thu này góp phần đáng kể vào việc nâng cao đời sống của cán bộ nhân viên [72].

-Tác động tới tính công bằng và hiệu quả.

Về tính hiệu quả: Bệnh viện công cung cấp dịch vụ theo yêu cầu và thu tiền của người bệnh như các cơ sở YTTN. Tuy nhiên, việc cung cấp các dịch vụ này lại đang sử dụng tài sản của nhà nước là chủ yếu: từ cơ sở hạ tầng như đất đai, nhà cửa.. đến các trang thiết bị. Đi theo mô hình này là cả một khối tài sản khổng lồ cũng được chuyển hóa và phương thức hoạt động cũng thay đổi. Những tài sản này là của công, được đầu tư từ ngân sách nhà nước hay chính là có nguồn gốc từ túi người dân đã đóng thuế cho nhà nước. Phương thức này sử dụng nguồn lực công, có đầu tư thêm một chút rồi lại thu lại tiền của chính những người đã đóng góp lần trước. Sự nhập nhằng tài sản công – tư này đã làm thất thoát một phần không nhỏ nguồn thu, tài sản của nhà nước.

Dịch vụ theo yêu cầu là một cách cung cấp tư trong bệnh viện công với phương thức hoạt động, một số mục tiêu như các bệnh viện tư: doanh thu, lợi nhuận. Đồng tiền được đặt giữa bác sỹ và bệnh nhân nên khiến quan hệ này có khả năng méo mó khi bác sỹ có quyền quyết định bệnh nhân phải chi bao nhiêu. Khi đó tình trạng lạm dụng dịch vụ là khó tránh khỏi. “Vâng, bệnh viện phân bổ việc thu phí cho các khoa phòng, các khoa phòng phân bổ cho chúng tôi, và chúng tôi (cười) lại phân bổ vào bệnh nhân” [72]. Bệnh nhân và cả xã hội phải gánh chịu những tổn kém nhiều khi là không cần thiết này.

Về tính công bằng: Cung cấp dịch vụ theo yêu cầu của các bệnh viện công là một hình thức “tư trong công,.. Hình thức này đã tạo ra một hệ thống y tế công hai tầng [13] ở hai góc độ:

(i) Các cơ sở y tế ở những vùng giàu có có thể tăng thu nhiều hơn so với các cơ sở y tế ở những nơi khác. Nguồn thu nhập từ bệnh nhân cao hơn cho phép cơ sở y tế công lập nâng cao chất lượng dịch vụ, trả lương thưởng cao hơn và thu hút được nhiều nhân viên giỏi. Điều này khiến cho người nghèo ở các vùng nghèo lại thêm phần khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, khiến tình trạng bất công bằng giữa các vùng miền càng thêm trầm trọng.

(ii) Hệ thống y tế công hai tầng còn xuất hiện ngay trong mỗi bệnh viện: một tầng cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao cho những đối tượng có khả năng chi trả, một tầng cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng thấp cho những đối tượng khó khăn. Đây là cơ sở vật chất của nhà nước, đều là công dân Việt Nam vào cùng một bệnh viện nhưng có hai hình ảnh đối lập: hình ảnh bệnh nhân ở khu khám chữa bệnh theo yêu cầu với đầy đủ tiện nghi, rộng rãi xen lẫn với cảnh bệnh nhân nằm chen chúc 2-3 người/giường trong cùng một bệnh viện công. Các bệnh viện công luôn nói quá tải, bệnh nhân nằm tràn lan ra hành lang, nhưng bệnh viện công vẫn có khám dịch vụ hay phòng dịch vụ dành cho những ai có tiền, còn những người không có tiền thì phải chịu thiệt thòi cho dù bệnh tật là cái họ không mong muốn và nhiều khi phụ thuộc vào cơ địa hay di truyền của từng người. Hơn nữa, hình thức này ở một bệnh viện công lập rất dễ gây hiểu lầm cho bệnh nhân và khó xử cho người thầy thuốc. Một bệnh nhân vào nằm theo chế độ thường, mọi săn sóc vẫn như nhau, nhưng do dễ mặc cảm và tâm lý không được bình thường của con người lúc bệnh tật ồm ồm đau, người ta rất dễ suy bì: do không có tiền nên bị đối xử như vậy [41].

Trong chính sách tài chính y tế, càng tiến đến áp dụng chế độ một giá với mỗi loại dịch vụ cho tất cả các đối tượng thì càng tốt (có như vậy thì mới có dịch vụ với chất lượng ngang nhau cho các đối tượng khác nhau). Không giống với các loại dịch vụ khác, do tính chất nhân đạo của y tế, hầu như đối với các *gói dịch vụ thuần túy y tế và liên quan đến sinh mạng* (dịch vụ y tế thiết yếu), không nên (và nếu xét trên phương diện đạo đức thì không thể) phân chia thành “gói dịch vụ rẻ tiền” dành cho người nghèo và “gói dịch vụ đắt tiền” dành cho người giàu. Người ta hoàn toàn có thể hiểu, chi trả khác nhau thì được chăm sóc, chữa trị khác nhau tức khả năng sống/khoẻ mạnh của các bệnh nhân cũng khác nhau. Phải chăng mạng sống của con người được định giá đắt rẻ khác nhau? [31]

2.3.3.2. Đánh giá chung về phương thức dịch vụ theo yêu cầu và LDLK trong các bệnh viện công

Từ sự phân tích ở trên, có thể rút ra một số kết luận về phương thức dịch vụ theo yêu cầu và LDLK trong bệnh viện công như sau:

Về mặt tích cực:

- Hiện đại hóa trang thiết bị cho bệnh viện: Sự phát triển nhanh chóng của khoa học, kỹ thuật khiến trang thiết bị y tế ngày càng hiện đại, đầu tư cho dịch vụ y tế ngày càng trở nên đắt tiền. Đầu tư kỹ thuật hiện đại là xu hướng tất yếu để không ngừng nâng cao chất lượng KCB, đáp ứng nhu cầu của người dân. Trong điều kiện đầu tư của nhà nước cho các bệnh viện công còn rất hạn chế, chưa thể mua các máy móc xét nghiệm đắt tiền (khiến nhiều bệnh nhân phải ra nước ngoài điều trị) thì phương thức LDLK lắp đặt máy móc thiết bị đã giải quyết được cơ bản nhu cầu hiện đại hóa trang thiết bị y tế tại các bệnh viện, hỗ trợ đắc lực cho việc chẩn trị, phục vụ công tác KCB tốt hơn.

- Giảm áp lực cho các bệnh viện công: Dân số ngày càng đông hơn, diễn biến bệnh tật phức tạp cùng với đời sống được cải thiện khiến cho nhu cầu KCB của người dân không ngừng tăng cả về số lượng và chất lượng. Trong bối cảnh đó, các bệnh viện công ngày một quá tải. Phương án dịch vụ bệnh viện theo yêu cầu đã phần nào giảm tải áp lực cho bệnh viện (KCB ngoài giờ) và đáp ứng tốt hơn nhu cầu KCB của người dân (dịch vụ KCB, sinh phẫu thuật, giường bệnh theo yêu cầu).

- Cải thiện đời sống cán bộ, nhân viên y tế: Các nguồn thu dịch vụ này rất đáng kể so với bệnh viện và là nguồn chủ yếu để tăng lương, thưởng cho cán bộ y tế, giải quyết phần nào những khó khăn vật chất cho cán bộ y tế trong bối cảnh mức lương từ ngân sách còn thấp. Điều đó cũng tạo một động lực lớn để họ yên tâm gắn bó với nghề nghiệp và cống hiến tài năng, công sức cho xã hội.

- Hạn chế các tiêu cực bệnh nhân phải chi trả „tự nguyện ngoài viện phí“: Khác với viện phí mới tính một phần chi phí KCB, dịch vụ theo yêu cầu đã tính đủ chi phí và người bệnh được chăm sóc chu đáo nên hạn chế được tình trạng tiêu cực

bệnh nhân hay người nhà của họ đưa “phong bì “ cho cán bộ nhân viên y tế để không phải chờ đợi hay để được chăm sóc tốt hơn. Những „phong bì“ này nhiều khi chỉ để cho bệnh nhân yên tâm hơn chứ không tác động nhiều tới kết quả KCB nhưng nó đã làm xói mòn đạo đức xã hội, tạo ra một tiền lệ xấu, một hình ảnh xấu của bệnh viện công cho dù cả người đưa và người nhận chẳng mấy ai vui vẻ.

Mặt hạn chế của phương thức và nguyên nhân của hạn chế:

- Tính hiệu quả về mặt tài chính đối với phương thức LDLK tại các cơ sở y tế nhỏ chưa chắc đã được đảm bảo do thu nhập người dân thấp, nhu cầu sử dụng các dịch vụ đắt tiền thấp và khả năng vận hành máy móc kỹ thuật cao còn hạn chế. Hiện đại hóa các phương tiện KCB cũng đòi hỏi trình độ chuyên môn sâu, đào tạo công phu và tốn kém, trong khi chúng ta còn đang thiếu đội ngũ cán bộ có thể đáp ứng yêu cầu này[48]

- Không đảm bảo về hiệu quả xã hội do phương thức này có mục tiêu doanh thu/lợi nhuận nên rất dễ dẫn đến tình trạng lạm dụng dịch vụ đối với người bệnh, gây tốn kém nhiều cho xã hội trong công tác KCB.

- Tác động xấu tới tính công bằng trong cả khía cạnh tiếp cận đến dịch vụ và hưởng thụ dịch vụ do phương thức này làm tăng chênh lệch về khả năng cung cấp dịch vụ giữa các vùng miền, tạo sự phân biệt trong hưởng thụ dịch vụ giữa các bệnh nhân trong cùng một bệnh viện.

- Tác động xấu tới tâm lý của cả người bệnh và bác sỹ: Trong cùng một bệnh viện nhà nước, cùng gặp rủi ro đau ốm nhưng một số lại được chăm sóc chu đáo, nhận được sự ân cần tận tình của bác sỹ, không phải chờ đợi, lại có những giường nằm rộng rãi... Điều này khiến bệnh nhân nghèo không khỏi mặc cảm, xã hội bức xúc và kể cả bác sỹ thì nhiều khi thấy khó xử.

- Thất thoát tài sản của nhà nước: Khi tài sản công tư không được phân biệt rõ ràng, khi trong bệnh viện công lại có cung cấp tư thì sẽ có nhiều tài sản công được sử dụng vào phục vụ cho mục đích tư.

Nhìn chung, dịch vụ theo yêu cầu cung cấp các dịch vụ đặc biệt chưa được

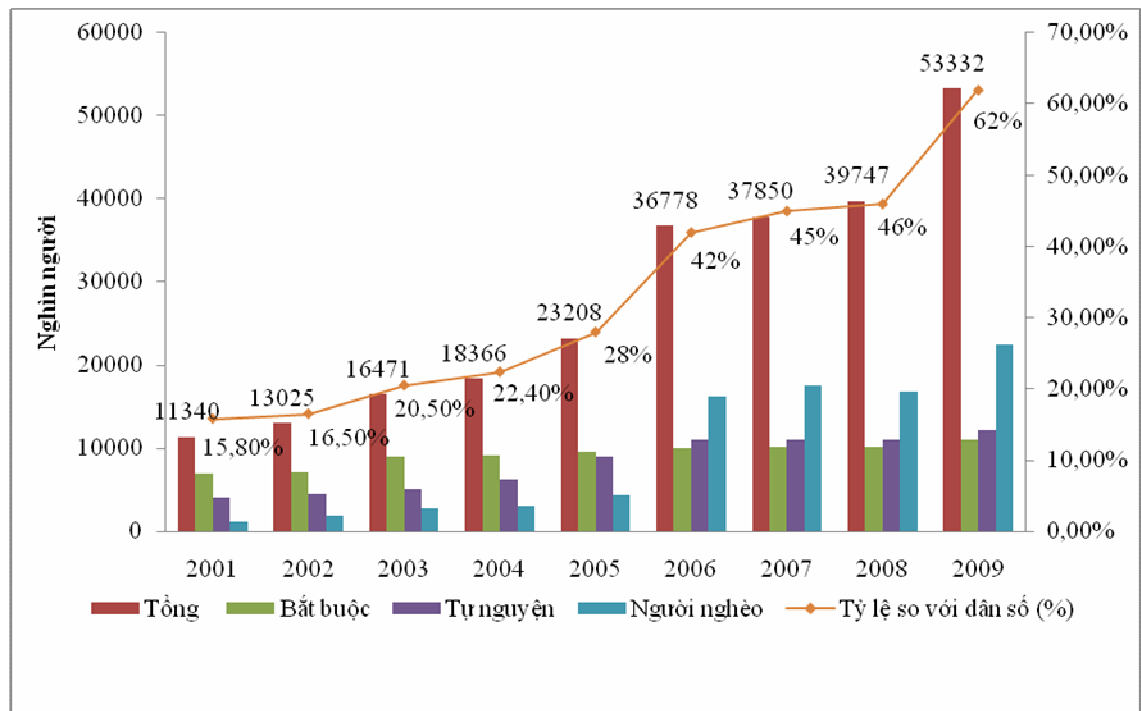
quy định trong khung viện phí hiện nay, đây là một cách tăng viện phí hợp pháp của bệnh viện. Hình thức này cũng khiến các bệnh viện công hoạt động như cơ sở tư nhân với những ưu nhược điểm khá giống với khu vực y tế tư nhân.

2.3.4. Thực trạng bảo hiểm y tế

2.3.4.1. Thực trạng

a. Diện bao phủ

Tính đến 31/12/2009, có tổng cộng trên 53,3 triệu người tham gia các chế độ BHYT chiếm 62 % dân số (xem hình 2.5).



Hình 2.5: Diện bao phủ của BHYT qua các năm

Nguồn: Bảo hiểm xã hội Việt Nam, 2010

Một cách tổng quát, số người tham gia BHYT đã tăng hơn 2 lần chỉ sau 4 năm (từ 2005 tới 2009) và có sự gia tăng đột biến từ năm 2006. Tuy nhiên, diễn biến tăng lại rất khác nhau giữa các nhóm.

- Diện bao phủ của chương trình BHYT bắt buộc hiện chỉ chiếm 27% trong tổng số người được BHYT với khoảng 14,4 triệu người (năm 2009) và tăng rất chậm qua các năm. Theo Điều lệ BHYT hiện hành, toàn bộ người lao động hưởng lương,

tức lao động khu vực chính thức thuộc đối tượng tham gia BHYT bắt buộc. Trong thực tế, mới có khoảng 50% số đối tượng lao động làm công ăn lương có BHYT, để lại một khoảng trống lớn trong khu vực cần thực hiện chính sách BHYT. Mức độ tuân thủ BHYT trong khu vực doanh nghiệp ngoài nhà nước còn thấp hơn khi chỉ có 30% lao động mua BHYT[74]. Đối với các hội nghề nghiệp, hộ sản xuất kinh doanh cá thể, cả nước năm 2006 chỉ có 5.320 người tham gia BHYT bắt buộc [9].

- Hình 2.4 cũng cho thấy BHYT tự nguyện chiếm tỷ trọng nhỏ và cũng tăng chậm qua các năm và trong những năm gần đây thì gần như là không có sự thay đổi. Nhóm BHYT tự nguyện bao gồm học sinh sinh viên, BHYT theo hộ gia đình, chương trình BHYT của các hội đoàn thể, chương trình BHYT tự nguyện cho thân nhân người lao động hưởng lương². Trong nhóm này, HSSV chiếm tới 76,7% (năm 2008), đây là các đối tượng dễ thu BHYT bởi có tổ chức của nhà trường. Các chương trình BHYT nhân dân như BHYT cho khu vực lao động tự do, trong đó có BHYT tự nguyện ở khu vực nông thôn thực hiện theo chính sách hiện hành mới chỉ bao phủ một phần rất nhỏ dân số và chưa đảm bảo được tính bền vững.

- BHYT người nghèo chiếm tỷ trọng lớn nhất trong 4 năm gần đây, và mức tăng của số lượng BHYT trong những năm qua chủ yếu nhờ mức tăng của nhóm này. Đây là kết quả của việc thực hiện chính sách Nhà nước mua thẻ BHYT cho người nghèo. Từ năm 2006 đối tượng nghèo được mở rộng theo chuẩn mới (260.000đ/người/tháng đối với khu vực thành thị và 200.000đ/người/tháng đối với các khu vực còn lại) khiến diện BHYT người nghèo tăng mạnh.

b. Về mức phí BHYT

Mức đóng của BHYT rất khác nhau giữa các nhóm. Tính đến trước thời điểm 01-01-2010, mức đóng BHYT bắt buộc với những người hưởng lương là 3% tiền lương, tiền công hàng tháng hoặc 3% tiền lương hưu, tiền trợ cấp. Đối với những người không hưởng lương thì phí BHYT hoặc bằng 3% mức lương tối thiểu (đối với người không có sinh hoạt phí) hoặc bằng 3% sinh hoạt phí đối với người hưởng

² Chương trình BHYT tự nguyện cho hội viên các hội, đoàn thể và cho thân nhân người lao động hưởng lương đã từng thực hiện trong các năm 2008. Theo quy định mới, từ 2010, HSSV thuộc diện BH bắt buộc

sinh hoạt phí. Đối với người nghèo, mức phí BHYT (do NSNN bao cấp) là bằng 3% mức lương tối thiểu chung (194.000 đồng). Tuy nhiên, do ngân sách nhiều địa phương rất hạn chế nên mức đóng của BHYT người nghèo rất thấp (xem bảng 2.12). Mức đóng này cũng sẽ được áp dụng cho người thuộc hộ cận nghèo tham gia BHYT, với hỗ trợ 50% mức phí từ NSNN. Mức phí BHYT tự nguyện thực hiện theo Thông tư liên tịch số 22/ 2005/TTLT-BYT-BTC và sau đó là Thông tư số 14/ 2007 [9]. Cụ thể mức đóng thực tế của các nhóm được phản ánh trong bảng 2.12:

Bảng 2.12: Mức phí bình quân của các nhóm BHYT (Đơn vị : Ngàn đồng)

Nhóm	Năm 2007	% so với chi y tế bình	Năm 2008	% so với chi y tế bình
Bắt buộc	395,6	47,43	449,3	41,03
Người nghèo	65,8	7,89	148,9	13,60
HSSV	48,7	5,84	82,2	7,50
Tự nguyện nhân dân	137	16,43	214,7	19,60
Bình quân chung	168	20,14	241,5	22,05

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên số liệu báo cáo thu chi của BHXH Việt nam

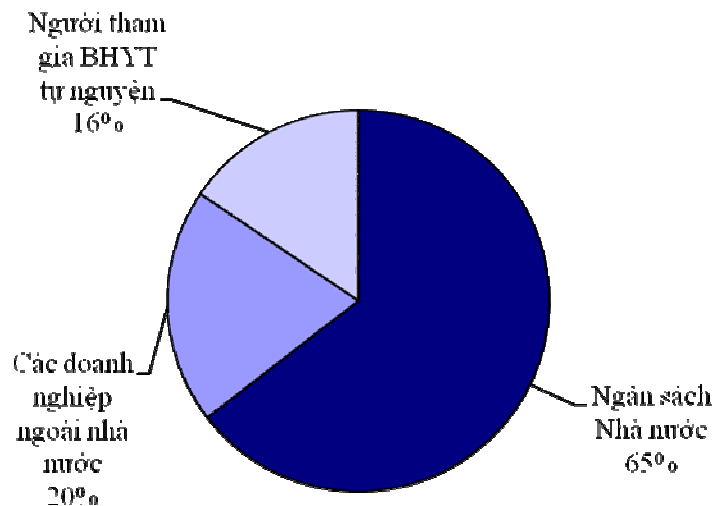
Mức phí BHYT rất khác nhau giữa các nhóm và rất thấp so với nhu cầu chi phí y tế. Năm 2008, sau khi đã thực hiện điều chỉnh mức phí BHYT theo thông tư số 14 nhóm BHYT bắt buộc có mức phí gấp hơn 5 lần nhóm HSSV và gấp hơn 3 lần nhóm người nghèo. Tuy nhiên, nhóm này chỉ chiếm 1/3 trong tổng số người có BHYT, còn nhóm người nghèo có mức đóng rất thấp lại là nhóm chiếm một tỷ trọng cao nhất. Mức đóng thấp của trên 15 triệu người nghèo này đã khiến cho mức đóng bình quân chung cũng ở mức rất thấp: 22% so với chi y tế bình quân đầu người. Mức phí BHYT thấp là một trong các yếu tố tác động mạnh nhất tới chất lượng dịch vụ y tế, sự không hài lòng của người tham gia BHYT và của người cung ứng dịch vụ.

c. Về tình hình tài chính quỹ BHYT

Về nguồn gốc tài chính của quỹ BHYT.

Cho dù diện bao phủ của BHYT đã chiếm tới 62% dân số nhưng thực tế lại

là: Nhà nước là người đóng tiền BHYT lớn nhất. Xét về nguồn gốc tiền đóng BHYT thì BHYT chia thành 3 nhóm: Nhóm tự đóng BHYT từ thu nhập, nhóm được nhà nước trợ cấp một phần và nhóm được nhà nước bao cấp toàn bộ mức phí BHYT. Trong đó nhóm BHYT tự nguyện hoàn toàn nộp phí BHYT từ thu nhập của mình chiếm một tỷ lệ rất nhỏ nên xét theo nguồn gốc đóng góp thì nhà nước vẫn đang là đối tượng nộp BHYT lớn nhất (xem hình 2.6).



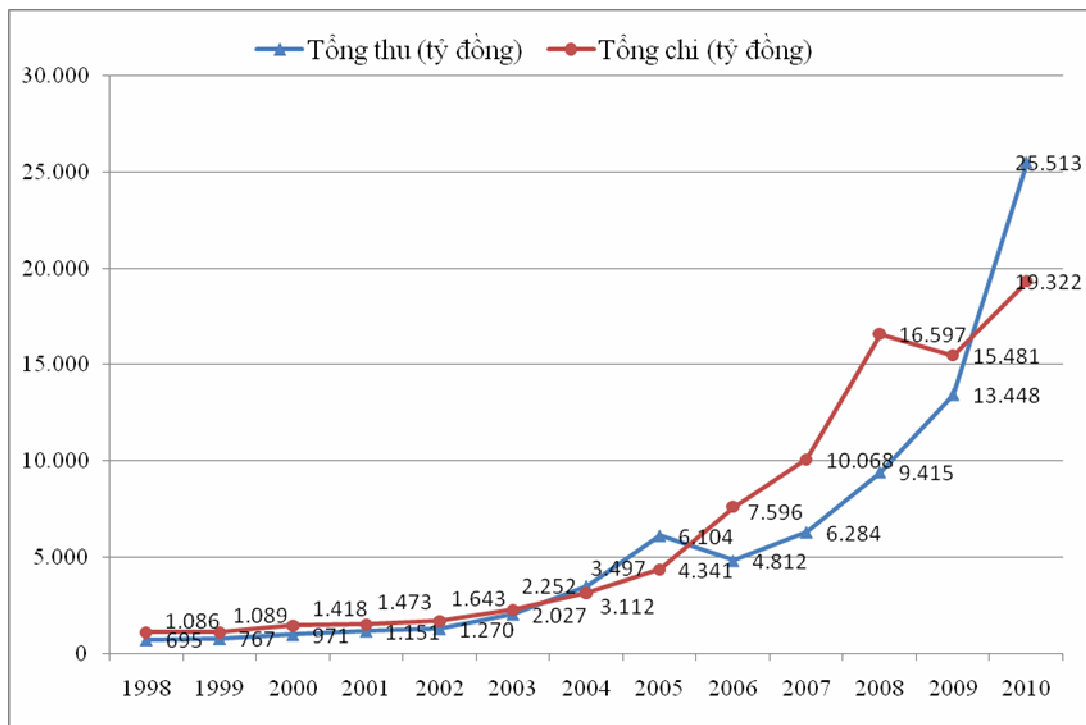
Hình 2.6: Tỷ trọng đóng góp vào tổng nguồn thu phí BHYT năm 2006, tính theo nguồn gốc tiền đóng

Nguồn: Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008 [9]

Năm 2006, trong tổng số tiền thu đóng BHYT trên 4.800 tỷ đồng thì số tiền có nguồn gốc từ NSNN (trong đó tiền mua BHYT cho người nghèo, cho các đối tượng ưu đãi xã hội, cho người hưởng lương từ NSNN) chiếm 64,5%, nguồn thu phí BHYT từ các doanh nghiệp ngoài nhà nước chiếm 20% và từ người tham gia BHYT tự nguyện chiếm 15,5% (trong khi về số lượng người tham gia thì nhóm này đạt tỷ trọng 25,7%).

Về khả năng đáp ứng tài chính của quỹ BHYT:

Một cách tổng quan, tình hình tài chính quỹ BHYT được thể hiện qua hình 2.7:



Hình 2.7: Thu chi của BHYT Việt Nam

Nguồn: Số liệu 1998-2008: NHA 2010; Số liệu 2009-2010: Báo cáo của Vụ BH-Bộ y tế

Như vậy, quỹ BHYT thường xuyên trong tình trạng bội chi và tình hình bội chi có xu hướng ngày càng cao. Sau năm 2005 khi nhà nước áp dụng chuẩn nghèo mới, số lượng người nghèo tăng mạnh, đồng nghĩa với số người nhận thẻ BHYT người nghèo tăng. Theo như phân tích ở trên, mức phí BHYT của nhóm này rất thấp trong khi họ là những người dễ gặp rủi ro đau ốm nhất. Thêm vào đó, quyền lợi của người tham gia BHYT được mở rộng theo Điều lệ BHYT mới, ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP của Chính phủ bắt đầu được áp dụng kể từ ngày 01.7.2005. Chính vì vậy, chi y tế của quỹ BHYT tăng đột biến từ năm 2006 và cũng bắt đầu từ đây, quỹ BHYT bị thâm hụt nghiêm trọng, đe dọa đến mức độ an toàn quỹ (năm 2008 chi cao hơn thu tới 176,3%, tương đương 7.182 tỷ đồng). Đến năm 2010, khi mức phí bảo hiểm tăng thì tình hình này mới được cải thiện. Xét dưới khía cạnh khác, mức tăng chi đó làm cho mức chi của BHYT trong tổng chi y tế ngày một tăng, khẳng định vai trò ngày càng quan trọng của BHYT trong hệ thống chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Mức độ bền vững tài chính của quỹ BHYT:

Theo như bảng 2.12, mức thu BHYT hiện nay mới chỉ bằng 22% so với chi y tế bình quân, điều này đe dọa lớn tới mức độ bền vững của quỹ. Phân tích bảng 2.12 cũng đã chỉ ra nguyên nhân của việc mức phí BHYT bình quân chung thấp phần lớn là do mức phí BHYT người nghèo thấp. Chính sách BHYT cho người nghèo là một giải pháp đúng đắn và thể hiện sự ưu việt của chế độ, nhưng cũng tiềm ẩn những nguy cơ mất cân đối quỹ BHYT trong tương lai. Cho dù theo quy định mới, từ 01-01-2010 mệnh giá thẻ BHYT người nghèo tăng theo lương tối thiểu (bằng 4,5% mức lương tối thiểu) thì nguy cơ mất cân đối quỹ cũng không thể loại bỏ. Theo như số liệu phân tích ở trên (mục 2.4.1.3), xác suất gặp rủi ro đau ốm là khá đều nhau giữa các nhóm thu nhập, tuy nhiên, nhóm nghèo nhất lại là nhóm dễ gặp bệnh nặng hơn cả. Hơn nữa, kể cả đối tượng cận nghèo hay không nghèo nếu bị mắc bệnh kéo dài, có chi phí lớn đều sẽ rơi vào tình trạng nghèo và trở thành đối tượng được cấp thẻ BHYT người nghèo. Mặt khác, nếu mức tăng viện phí 7-20 lần như dự kiến hiện nay được thông qua thì mức độ bền vững của quỹ BHYT càng trở nên mong manh. Điều này cần được tính tới trong các lần điều chỉnh điều lệ BHYT tới đây. Nguy cơ thứ hai đe dọa sự an toàn quỹ thời gian qua chính là ở nhóm BHYT tự nguyện, quy định của BHYT năm 2007 đã loại bỏ các giải pháp hạn chế sự lựa chọn bất lợi, dẫn tới tình trạng các quỹ BHYT tự nguyện mở rộng cửa cho người có nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế tham gia. Khi đó chỉ có ai có rủi ro cao về sức khỏe mới tìm đến BHYT, đe dọa nghiêm trọng đến tính bền vững của quỹ bởi nguyên tắc lấy số đông bù cho số ít của BHYT không thực hiện được.

d. Về cung ứng dịch vụ và đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có BHYT

Căn cứ pháp lý đảm bảo quyền lợi cho người có BHYT:

Từ năm 2005, quyền lợi của người tham gia BHYT được điều chỉnh theo Điều lệ BHYT mới, ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP của Chính phủ (bắt đầu được áp dụng kể từ ngày 01.7.2005). Những thay đổi về quyền lợi đáng chú ý là:

+ Không thực hiện cùng chi trả 20% chi phí KCB đối với tất cả người tham gia BHYT và không chịu khống chế “mức trần” như trước đây.

+ Người bệnh được thanh toán toàn bộ các chi phí phục hồi chức năng trong thời gian điều trị tại các cơ sở KCB, chi phí tai nạn giao thông, chi phí thủ thuật và phẫu thuật, máu và dịch truyền, điều trị các bệnh bẩm sinh và dị tật bẩm sinh.

+ Danh mục thuốc chủ yếu của BHYT được tiếp tục bổ sung: bổ sung trên 1000 kỹ thuật mới, trong đó có 177 dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn vào danh mục được thanh toán từ quỹ BHYT.

+ Một số dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn cũng được thanh toán có giới hạn (ví dụ ghép phủ tạng ...).

+ Những người thuộc diện nghèo, chính sách xã hội, ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa sẽ được thanh toán chi phí vận chuyển trong trường hợp phải chuyển tuyến.

Gói quyền lợi BHYT theo quy định mới này được cho là toàn diện, theo đó quyền lợi cho người tham gia BHYT được mở rộng ở mức tối đa. Điều lệ mới của BHYT mang lại thuận lợi cho cả bệnh nhân và bệnh viện trong quá trình điều trị. Nhưng có lợi nhiều nhất là bệnh nhân có thẻ BHYT, với những quy định mới, người bệnh có thẻ BHYT xuất hiện với vị trí khác, cả về quyền lợi và tâm lý, hứa hẹn mối quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân cũng như môi trường bệnh viện sẽ tốt hơn.

Quyền lợi trong khám chữa bệnh nội ngoại trú:

Theo thống kê của BHYT thuộc BHXH Việt nam, số lượt KCB bình quân của người có BHYT trong năm 2008 chỉ 1,73 lượt (xem bảng 2.13). Con số này thấp hơn rất nhiều so với mức KCB bình quân chung cả nước (2,4 lượt) (VLSS 2008). Ý nghĩa của BHYT là để người bệnh thấy an toàn hơn khi bị đau ốm, tự tin hơn khi bước vào bệnh viện, nâng cao khả năng tiếp cận của người bệnh đối với các dịch vụ y tế. Nhưng thực tế trên đã chỉ ra BHYT không nâng cao được khả năng tiếp cận của người bệnh đối với dịch vụ y tế. Hiện nay ở các bệnh viện đang tồn tại một thực tế là có sự phân biệt đối xử giữa nộp tiền dịch vụ và BHYT. Nộp tiền dịch vụ không những được ưu tiên hơn về thời gian mà còn được hưởng chất lượng dịch vụ cao hơn: sự ân cần chu đáo của bác sỹ, nộp tiền dịch vụ được chọn bác sỹ giỏi, được đặt chỗ, hẹn lịch trước... Nếu tất cả các bác sỹ giỏi đã được khỏi dịch vụ chọn thì đương nhiên bên bệnh nhân BHYT buộc phải chấp nhận “có gì dùng vậy”. Những hạn chế

về định mức thanh toán cũng như khả năng thanh toán kịp thời của bên bảo hiểm đối với bệnh viện khiến bệnh nhân nhiều khi phải đối mặt với thái độ thờ ơ của bác sỹ (xem phụ lục 10). Nếu xét dưới góc độ quyền lợi kinh tế mà các bệnh nhân có BHYT được quỹ này đảm bảo thì bảng 2.13 đã chỉ ra bình quân, một lượt KCB ngoại trú có BHYT được chi trả 72.000đ. Hơn nữa, để được hưởng chế độ BHYT đó, người bệnh phải làm rất nhiều thủ tục phiền hà như bệnh nhân phải quay về địa phương xin giấy giới thiệu của cơ sở y tế tuyến dưới, mặc dù có chỉ định tái khám để theo dõi điều trị tiếp ở tuyến trên; phải xin cơ quan BHXH chứng nhận thời gian tham gia BHYT để được hưởng một số quyền lợi BHYT... Thực trạng này gây nản lòng không ít những ai có BHYT và họ sẵn sàng chuyển sang dùng dịch vụ hoặc YTTN và từ chối sử dụng thẻ BHYT của mình[64]. Nhiều bệnh nhân cho dù có thể BHYT nhưng vẫn đến khám tại cơ sở y tế tư nhân, họ phát biểu: „tuy tốn kém hơn so với KCB có bảo hiểm nhưng đỡ mất thời gian và được bác sỹ khám, tư vấn chu đáo“ (Nguyễn Thanh Vân-thảo luận nhóm)

Bảng 2.12: Số lượt và chi trả BHYT của bệnh nhân ngoại trú.

Nhóm	2007				2008			
	Số lượt bệnh nhân ngoại trú (lượt)	Bình quân số lượt BN NgT	Tổng chi trả cho BN NgT (triệu đ)	Chi trả bình quân 1 BN NgT (ngàn đ)	Số lượt bệnh nhân ngoại trú	Bình quân số lượt BN NgT	Tổng chi trả cho BN NgT (triệu đ)	Chi trả bình quân 1 BN NgT (ngàn đ)
I. Bắt buộc	30,138,727	2.66	2,006,922	67	31,466,993	2.46	2,781,864	88
1. Người về hưu	7,345,185	3.80	655,387	89	7,691,178	3.97	874,992	114
2. Người đang đi làm	18,173,744	2.26	1,113,046	61	19,002,697	2.05	1,612,101	85
3. Người có công	4,619,798	3.41	238,489	52	4,773,118	2.99	294,771	62
II. Người nghèo	19,065,538	1.26	591,092	31	16,669,971	1.09	834,687	50
III. Tự nguyện								
1. Sinh viên	7,747,643	0.96	268,152	35	7,464,094	0.94	304,686	41
2. Tự nguyện khác	11,186,808	4.87	665,164	59	10,854,293	4.46	839,996	77
IV. Tổng	68,138,716	1.85	3,531,330	52	66,455,351	1.73	4,761,233	72

Nguồn: BHXH Việt Nam

Khi so sánh giữa các nhóm thì lại thấy tồn tại một thực tế khác: số lượt KCB lại rất khác nhau giữa các nhóm. Nhóm BHYT bắt buộc có sự tiếp cận với dịch vụ KCB cao hơn mức bình quân chung cả nước một chút (2,46 so với 2,4). Tuy nhiên, nhóm người nghèo lại là nhóm có tần suất dịch vụ chưa bằng một nửa mức trung

binh cả nước: 1.09 lần, trong khi họ là nhóm có nguy cơ bệnh tật cao nhất. Xu hướng đó còn được làm rõ hơn bởi các số liệu về KCB nội trú: số ngày nằm viện của bệnh nhân nghèo chỉ bằng 84,7% so với nhóm BH bắt buộc và chi phí bình quân cho nhóm bệnh nhân nghèo có BH cũng chỉ bằng 68,4% so với nhóm bắt buộc (năm 2008) và con số này là 55% năm 2007. Trong số các nhóm BHYT thì nhóm HSSV có các chỉ số về việc tiếp cận và hưởng thụ dịch vụ y tế thấp hơn cả do nhóm này có nguy cơ đau ốm thấp nhất và do mức phí thấp nên họ cũng chịu giới hạn nhiều về quyền lợi. Nguyên nhân của tụt xuất sử dụng dịch vụ y tế thấp ở nhóm người nghèo có thể bắt nguồn từ các yếu tố khách quan (xem thêm mục d) hay như người nghèo thiếu hiểu biết về quyền lợi BHYT, người nghèo ít có khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế bởi một số rào cản như chi phí gián tiếp vượt quá khả năng tài chính của người nghèo (tiền ăn, tiền tàu xe, mất thu nhập khi đi chữa bệnh và các khoản phí không chính thức khác tại bệnh viện). Tuy nhiên, một lý do khác xuất phát ngay từ chế độ BHYT, cách thực thi chế độ này: Sự hưởng thụ dịch vụ của họ thấp cho dù họ đã được tiếp cận với dịch vụ (xem bảng 2.13).

Bảng 2.13: Số ngày nằm viện và chi trả BHYT của bệnh nhân nội trú.

Nhóm	2007				2008			
	Tổng số ngày nằm viện	Tổng chi phí nằm viện (triệu đ)	Chi phí trung bình một BN (ngàn đ)	Số ngày nằm viện trung bình 1 BN	Tổng số ngày nằm viện	Tổng chi phí nằm viện (triệu đ)	Chi phí trung bình một BN (ngàn đ)	Số ngày nằm viện trung bình 1 BN
I. Bắt buộc	26.710.329	2.434.660	1.048	11.50	25.924.264	3.162.383	1.295	10.61
1. Người về hưu	7.230.004	898.857	1.421	11.43	7.766.831	1.124.287	1.762	12.17
2. Người đang đi làm	16.152.518	1.171.302	898	12.38	13.721.880	1.567.991	1.120	9.80
3. Người có công	3.327.807	364.501	946	8.63	4.435.553	470.104	1.164	10.98
II. Người nghèo	9.617.103	824.648	580	6.77	10.415.207	1.026.899	886	8.99
III. Tự nguyện								
1. HS Sinh viên	2.689.496	262.255	463	4.75	2.822.580	288.570	763	7.46
2. Tự nguyện khác	5.703.104	843.065	1.131	7.65	6.211.967	877.045	1.466	10.39
IV. Tổng	44.720.032	4.364.629	863	8.84	45.374.018	5.354.897	1.170	9.91

Nguồn: BHXH Việt Nam

Các dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn:

Theo Điều lệ BHYT hiện hành và các thông tư hướng dẫn thực hiện điều lệ, người bệnh BHYT được quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí của dịch vụ kỹ thuật cao có mức phí dưới 7 triệu đồng (trừ một số đối tượng ưu tiên đặc biệt được chi trả tới 20 triệu). Phần cao hơn, bệnh nhân cùng chi trả 40% nhưng tổng số tiền được quỹ BHYT thanh toán không vượt quá 20 triệu đồng một lần sử dụng dịch vụ. Quy định pháp lý về việc thanh toán chi phí đối với dịch vụ y tế kỹ thuật cao đã giải quyết sự thiếu hụt trong chính sách kéo dài trong thời gian qua, tạo cơ sở để quỹ BHYT thanh toán chi phí kỹ thuật cao cho người cung ứng dịch vụ. Mặt khác, sự hạn chế mức thanh toán đã ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người tham gia BHYT, tạo ra nghịch lý quỹ BHYT không bảo hiểm cho người bệnh khi họ cần tới bảo hiểm nhất.

Các dịch vụ y tế dự phòng:

Theo các quy định hiện hành, chính sách BHYT tập trung chủ yếu cho khu vực điều trị mà không hỗ trợ cho khu vực dự phòng. Sự thiếu hụt của chính sách BHYT ở khu vực dự phòng là một trong những điểm cần cân nhắc xem xét điều chỉnh phù hợp với khả năng của quỹ BHYT, bởi đầu tư vào khu vực dự phòng là đầu tư mang lại hiệu quả cao, bảo đảm tốt hơn lợi ích của người tham gia BHYT cũng như lợi ích của quỹ BHYT [9].

BHYT và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo:

Như phân tích ở trên, BHYT người nghèo tăng mạnh trong những năm gần đây và hiện tại chiếm tới 42% tổng số người có BHYT. Tuy nhiên, do những điều kiện cả về khách quan và chủ quan khiến cho mức độ tiếp cận hay sử dụng dịch vụ KCB có bảo hiểm của người nghèo là điều đáng bàn.

Về mức độ hưởng thụ dịch vụ y tế thì như luận án đã phân tích ở mục a, người nghèo rất thiệt thòi trong việc hưởng thụ các dịch vụ y tế. Trong thời gian vừa qua, mức phí thẻ BHYT người nghèo rất thấp cho nên dường như họ vào viện với thẻ “bệnh nhân hạng hai” (mà có thể là hạng ba, hạng bốn) và mức độ hưởng

thụ dịch vụ cũng chỉ ở mức ít ỏi đúng như mức phí BHYT của họ chứ không phải họ được hưởng thụ sự điều trị, chăm sóc theo mức độ bệnh tật. Sự kỳ thị “bệnh nhân hạng hai” có thể không hẳn xuất phát từ mức phí BHYT người nghèo thấp mà do thân thể nghèo của họ (nghèo cả chi phí lót tay) bởi theo quyết toán của BHYT năm 2008, trong khi quỹ KCB của tất cả các nhóm khác đều âm (nhóm BHYT bắt buộc âm tới 480 triệu) thì riêng quỹ BHYT người nghèo lại vẫn còn tồn quỹ tới gần 300 triệu. Quỹ vẫn dư thừa mà họ chỉ được chi trả mức BH nhiều khi chỉ bằng nửa các nhóm khác (năm 2007). Theo điều lệ BHYT mới, từ 01-01-2010, mức phí BHYT người nghèo tăng theo sự điều chỉnh lương (bằng 4,5% mức lương tối thiểu), hi vọng trong thời gian tới, tình trạng trên được hạn chế phần nào.

Tuy nhiên, quy định mới này về mức phí BHYT cũng mới chỉ làm yên lòng những người nghèo nào có BHYT và vào được đến bệnh viện. Có một thực tế khác tồn tại mà quy định mới đó chưa thể giải quyết, đó là khả năng tiếp cận tới dịch vụ KCB có BHYT của người nghèo vẫn rất thấp. Người nghèo chủ yếu tập trung ở vùng núi hay nông thôn, do sự cách biệt về địa lý, người nghèo chủ yếu sử dụng dịch vụ y tế tại trạm y tế xã và YTTN (xem phụ lục 11). Năm 2008, hơn một phần ba dân số nông thôn sử dụng dịch vụ YTTN. Nhưng hiện nay, mới có 276 cơ sở YTTN cung cấp dịch vụ KCB có bảo hiểm[74] và những cơ sở này lại thường ở các thành phố lớn. Như vậy, người nghèo cho dù có thể bảo hiểm hay thẻ KCB miễn phí thì phần nhiều trong số họ vẫn phải bỏ tiền túi ra mỗi khi đau ốm. Cũng theo số liệu năm 2008, có tới 30% dân số nông thôn sử dụng dịch vụ y tế ở các trạm y tế xã phường. Cho dù 60% số trạm y tế xã, phường đã thực hiện KCB BHYT nhưng thực tế chỉ ra rằng tuyến kỹ thuật này mới chỉ chiếm một tỷ lệ quá nhỏ bé trong tổng chi phí của BHYT theo tuyến kỹ thuật (xem bảng 2.14). Điều này có nguyên nhân từ việc chất lượng dịch vụ y tế cũng như số lượng dịch vụ y tế cung cấp tại tuyến xã chưa cao. Nhưng cho dù là nguyên nhân gì thì cũng chung một thực tế là người nghèo kể cả khi có BHYT trong tay vẫn khó có thể được hỗ trợ tài chính những lúc gặp rủi ro đau ốm.

Bảng 2.14: Cơ cấu chi BHYT theo tuyến kỹ thuật

ĐVT: %

Năm	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tổng số	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1.Tuyến trung ương	44,29	42,80	46,18	18,98	19,01	20,21	20,21
2.Tuyến địa phương	55,71	57,20	53,82	81,02	80,99	79,79	79,79
-Tỉnh	28,13	32,41	31,40	47,56	47,72	46,81	46,82
- Huyện	22,63	22,60	20,56	27,02	26,87	27,42	27,43
- Xã	4,95	2,19	1,86	6,44	6,40	5,56	5,54

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt nam thời kỳ 1998-2008 [62]

Khả năng đáp ứng của hệ thống cung ứng dịch vụ:

Một trong những khó khăn lớn nhất của quá trình thực hiện chính sách BHYT trong nhiều năm qua là những hạn chế trong khả năng đáp ứng của hệ thống cung ứng dịch vụ đối với nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người tham gia BHYT. Những hạn chế đó dẫn tới sự chưa hài lòng các bên tham gia BHYT và làm suy giảm niềm tin của người tham gia BHYT.

Số lượng các bệnh viện công trong nhiều năm qua gần như không thay đổi, trong khi dân số ngày một đông, nhu cầu KCB ngày một tăng. Theo báo cáo kết quả kiểm tra bệnh viện của Bộ y tế, tình trạng quá tải xảy ra ở hầu hết các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương. Con số thống kê hơn một ngàn bệnh viện công năm 2009 đã chỉ ra công suất sử dụng giường bệnh trung bình của 1009 bệnh viện này lên tới 133,3% (so với giường kế hoạch) và là 117,5% so với giường thực kê. Công suất này cũng liên tục tăng theo thời gian. Tuy nhiên, đó là con số tính chung cho các bệnh viện công trong cả nước, nếu quan sát các bệnh viện tuyến trung ương, nơi mà thẻ BHYT được sử dụng nhiều nhất thì càng thấy rõ hơn mức độ quá tải của các bệnh viện. Hiện tượng 4 người bệnh nằm một giường không còn là điều xa lạ với hầu hết các bệnh viện trung ương. Hơn nữa, sau khi Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg của Thủ tướng về chế độ KCB miễn phí cho người nghèo được thực hiện, đã thêm một bộ phận lớn người dân tiếp cận với dịch vụ y tế. Năm 2004 mới chỉ có 3,9

triệu người nghèo có BHYT, đến năm 2008 con số đó đã trên 15 triệu. Điều này khiến tình trạng quá tải không chỉ ở các cơ sở y tế tuyến tỉnh và tuyến trung ương, mà nay còn xuất hiện phổ biến ở các trạm y tế xã. Tại Đồng Tháp, một số trạm y tế phải khám chữa bệnh cho 50 – 60 lượt bệnh nhân BHYT mỗi ngày[71]. Ở khu vực nông thôn, trạm y tế xã là điểm tiếp cận gần dân nhất, nhưng đa số y - bác sĩ ở xã ít có thời gian và thiếu điều kiện (chuyên môn, trang bị kỹ thuật, thuốc) để chăm sóc, KCB cho người có BHYT. Đa số người tham gia BHYT phải đến các bệnh viện tuyến trên để đạt được mục tiêu về chất lượng dịch vụ [71]. Như một tác động dây chuyền, việc KCB vượt tuyến dẫn tới sự quá tải ở tuyến trên và sự tốn kém của người tham gia BHYT. Những tốn kém này xuất phát từ chi phí không chính thức và chi phí cơ hội rất đáng kể ở tuyến trên, những chi phí này thường lớn hơn so với chi phí được BHYT chi trả.

Hệ thống cung ứng dịch vụ gặp khó khăn trong phục hồi chi phí khi KCB cho bệnh nhân BHYT. Những quy định mới trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT (theo thông tư số 21/2005/TTLT-BYT-BTC) tiếp tục tạo ra một số bất cập mới trong phục hồi chi phí. Việc áp dụng trần thanh toán bằng 90% quỹ KCB của số người đăng ký KCB tại cơ sở y tế đối với chi phí KCB tại cơ sở y tế đó và chi phí phát sinh của bệnh nhân tại cơ sở y tế tuyến trên dẫn tới tình trạng cơ sở y tế bắt buộc phải hạn chế quyền lợi của bệnh nhân và hạn chế chuyển bệnh nhân BHYT đi KCB tại các cơ sở y tế khác. Lãnh đạo một bệnh viện trung ương sau khi thông tư 21 có hiệu lực đã yêu cầu các bác sĩ không chỉ định xét nghiệm và kê đơn thuốc cho bệnh nhân ngoại trú vượt quá 100.000 đồng/đơn thuốc, phần kê vượt sẽ bị trừ vào lương [71]. Ở Nam Định, kinh phí chi cho y tế một năm khoảng 100 tỷ, riêng năm 2007 bảo hiểm còn nợ ngành y tế 34 tỷ. Nhiều địa phương cũng trong tình trạng không có nguồn để chi trả cho ngành y tế [50].

e. Về phương thức chi trả và cơ chế quản lý quỹ

Phương thức chi trả: Trong nhiều năm qua, phương thức chi trả chi phí KCB của BHYT đã được thay đổi qua 3 lần ban hành Điều lệ BHYT. Phương thức thanh toán đang áp dụng hiện nay là theo Nghị định 63/2005/NĐ-CP của Chính phủ. Theo

văn bản này, các phương thức chi trả phí KCB của BHYT bao gồm chi trả theo phương thức phí theo dịch vụ, theo định suất, theo nhóm chẩn đoán hoặc các phương thức thanh toán khác. Mặc dù các văn bản hiện hành đã mở ra nhiều phương thức thanh toán chi phí khác nhau, nhưng trong thực tế phương thức thanh toán theo phí dịch vụ (có trần đối với các dịch vụ kỹ thuật cao) đang phổ biến nhất, chúng được đa số các bệnh viện lựa chọn và đang được sử dụng rộng rãi trong toàn bộ hệ thống cung ứng dịch vụ cho bệnh nhân BHYT. Nguyên tắc của phương thức thanh toán này là BHYT chi trả cho mỗi dịch vụ, mỗi kỹ thuật y tế mà bệnh viện thực hiện một khoản tiền theo đơn giá thỏa thuận. Đây vốn là một phương thức chi trả có nhiều bất lợi trong tài chính y tế, có khả năng khống chế chi phí kém hiệu quả nhất. Hầu hết các cơ sở y tế đang thực hiện chính sách tự, chủ theo Nghị định 43, với sự khuyến khích tăng các nguồn thu, trong đó có nguồn thu từ quỹ BHYT. Vì vậy, các bệnh viện tuyến trên có thể tận dụng lợi thế tăng nguồn thu theo phương thức phí theo dịch vụ không trần. Việc loại bỏ cùng chi trả theo điều lệ BHYT hiện hành chưa đi kèm với các giải pháp quản lý, khống chế chi phí là một trong các yếu tố dẫn tới tình trạng gia tăng chi phí y tế quá nhanh từ cuối năm 2005 và năm 2006. Phương thức thanh toán mới này mang lại thêm quyền lợi cho người bệnh nhưng thực tế lợi ích này chủ yếu rơi vào bệnh nhân BHYT tuyến trên còn ở tuyến cơ sở vẫn bị giới hạn bởi trần thanh toán và họ phải đưa ra các giải pháp hạn chế các dịch vụ y tế cung cấp cho bệnh nhân BHYT [71].

Về tổ chức quản lý: Theo quy định hiện hành, tổ chức chịu trách nhiệm thi hành chính sách BHYT là Bảo hiểm xã hội Việt Nam và được tổ chức thành 3 cấp: cơ quan trung ương, cơ quan cấp tỉnh và cấp quận huyện [71]. Hoạt động thu chi quỹ khám chữa bệnh BHYT được lồng ghép trong các hoạt động thu chi quỹ hưu trí, quỹ trợ cấp nghỉ ốm, nghỉ thai sản mà không tổ chức riêng bộ máy chuyên trách về nghiệp vụ BHYT. Như vậy, chính sách BHYT đang được tổ chức thực hiện bởi một tổ chức không chuyên trách riêng về nghiệp vụ BHYT mà được triển khai lồng ghép trong một tổ chức đa năng, thực hiện công tác nghiệp vụ của nhiều quỹ có đặc điểm chuyên môn khác biệt trong khi BHYT mang một đặc thù khác biệt. Sự khác

biệt của BHYT ở chỗ nó không chỉ là một quỹ phúc lợi xã hội đơn thuần mà nó liên quan đến các hoạt động mang tính chuyên môn rất cao, đó là hoạt động KCB, nó mang tính đặc thù của tài chính y tế. Ví dụ cán bộ giám định BHYT phải có trình độ, hiểu biết về y tế. Tuy họ có được đào tạo nhanh trong 3 tháng, nhưng nhiều trường hợp vẫn không đáp ứng được yêu cầu của công tác giám định (giám định viên không đọc được đơn thuốc) [71]. Tình trạng này càng trầm trọng hơn ở tuyến y tế cơ sở nơi mà các chế độ, chính sách đối với người tham gia BHYT cần được theo dõi sát sao nhất.

Mô hình quản lý BHYT hiện nay thiếu vắng vai trò của chính quyền cấp huyện, tỉnh, thành phố nên khó khuyến khích vai trò chủ động tích cực của các cơ quan cấp tỉnh và huyện trong việc mở rộng đối tượng BHYT, tăng cường hiệu quả hoạt động của quỹ BHYT trong quá trình thực hiện, triển khai chính sách. Cơ cấu của Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam – cơ quan chịu trách nhiệm chỉ đạo, giám sát thực thi chính sách BHYT – chưa có đầy đủ đại diện cho các bên tham gia BHYT mà mới chỉ có thành viên là đại diện Tổng liên đoàn Lao động Việt Nam, đại diện cho người làm công ăn lương. Các nhóm BHYT còn lại như HSSV, người nghèo, người có công, hay những người lao động tự do chưa có người đại diện trong Hội đồng.

Ứng dụng công nghệ thông tin trong hệ thống quản lý BHYT vẫn đang ở giai đoạn sơ khai, mới chỉ đáp ứng một phần nhu cầu trong in thẻ - phiếu KCB. Cho tới nay, BHXH Việt Nam vẫn chưa phát triển được phần mềm dùng chung trong hệ thống bệnh viện để quản lý dịch vụ KCB và chi phí khám chữa bệnh BHYT. Vì vậy, trong hệ thống cung ứng dịch vụ y tế, công việc ghi chép, theo dõi sử dụng dịch vụ và chi phí khám chữa bệnh BHYT vẫn được thực hiện chủ yếu theo phương pháp thủ công, tạo ra gánh nặng hành chính khá lớn cho đơn vị cung ứng dịch vụ, đặc biệt là tại các cơ sở y tế hiện đang quá tải bệnh nhân BHYT.

2.3.4.2. Nhận xét chung về phương thức bảo hiểm y tế

Về ưu điểm:

- BHYT trong thời gian qua đã thể hiện rõ vai trò chia sẻ rủi ro của mình với người được bảo hiểm. Quỹ tài chính này vẫn luôn mang lại cho người tham gia một

sự an tâm nhất định trước một cuộc sống nhiều rủi ro, biến động. Trong thời gian qua, BHYT ngày càng khẳng định vị trí của mình trong hệ thống CSSK nhân dân khi mức chi y tế từ BHYT ngày càng tăng và là một trong 3 nguồn tài chính y tế quan trọng.

- Diện bao phủ của BHYT đã tăng mạnh trong mấy năm gần đây, đặc biệt diện bao phủ này tăng mạnh ở nhóm người nghèo - một đối tượng cần được bảo vệ nhất.

- Điều lệ BHYT được sửa đổi theo hướng có lợi hơn cho người nghèo nói riêng và cho tất cả các nhóm BHYT nói chung khi mức phí BHYT của người nghèo đã liên tục tăng và quyền lợi của người tham gia BHYT được mở rộng.

Về những vấn đề bất cập của BHYT hiện nay của Việt Nam và nguyên nhân của những hạn chế này:

BHYT là một phương thức XHH y tế có nhiều ưu điểm nhưng việc thực thi chính sách này còn gặp rất nhiều bất cập xuất phát từ cả bối cảnh lịch sử, nguyên nhân chủ quan đến những hiện tượng khách quan. Những bất cập đó có tác động bất lợi tới tính bền vững của BHYT tại Việt Nam, đặc biệt là việc thực hiện mục tiêu bao phủ toàn dân vào năm 2014:

- + *Diện bao phủ chứa đựng những yếu tố thiếu tính bền vững.*

Diện bao phủ tăng nhanh trong những năm qua nhưng chủ yếu tăng ở nhóm người nghèo - đối tượng được ngân sách nhà nước bao cấp. Chương trình BHYT cho người nghèo sẽ ngày càng đòi hỏi mức độ hỗ trợ lớn hơn của NSNN với mệnh giá thẻ BHYT ngày càng cao hơn. Theo quy định mới, mức phí BHYT của người nghèo bằng 4,5% mức lương tối thiểu. Như vậy, bất cứ một quyết định tăng lương nào cũng sẽ khiến cho mức đóng góp từ NSNN cho nhóm này tăng. Theo thời gian, số lượng người nghèo không phải sẽ giảm đi mà nhiều khi lại tăng thêm do chuẩn nghèo được nâng cao theo sự phát triển của kinh tế xã hội³. Như vậy, để thực hiện

³ Chuẩn nghèo ở Việt Nam giai đoạn 2001-2005 là 80.000, 100.000 và 150.000đ/người/tháng, tương ứng với ba khu vực: miền núi, hải đảo; nông thôn đồng bằng và thành thị. Đến năm 2006 chuẩn này được nâng lên mức 200.000đ/người/tháng đối với khu vực nông thôn và 260.000đ/người/tháng đối với khu vực thành thị và hiện nay là 400.000đ/người/tháng và 500.000đ/người/tháng tương ứng đối với hai khu vực này.

đầy đủ trợ cấp BHYT cho người nghèo, cần một cam kết mạnh mẽ của Chính phủ và nhà nước cần dành ra một khoản ngân sách không nhỏ cho cam kết này. Số lượng BHYT tự nguyện thì gần như không được cải thiện mặc dù nhà nước đã loại bỏ các yêu cầu về bảo hiểm cộng đồng, tạo điều kiện thuận lợi tối đa cho người mua BHYT. Nguyên nhân sâu xa của tình trạng này chính ở chỗ điều kiện kinh tế xã hội chưa thực sự thuận lợi, bên cạnh đó là nhận thức hạn chế của người dân, công tác tuyên truyền của cơ quan chức năng yếu và đặc biệt là dịch vụ BHYT chưa thực sự mang lại niềm tin cho người tham gia. Kể cả với BH bắt buộc đã được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần thì tình trạng tuân thủ BHYT rất thấp với khu vực lao động ngoài nhà nước. Điều này xuất phát từ lý do nhà nước hiện chưa có thiết chế đủ mạnh để khắc phục tình trạng không tham gia BHYT bắt buộc của nhóm này.

+ *Tài chính của BHYT thiếu tính bền vững*

Xét về nguồn gốc thì tiền đóng BHYT chủ yếu là từ NSNN mà chưa thực sự là quỹ hỗ trợ nhau của cộng đồng. Đây chính là bằng chứng cho thấy kế hoạch BHYT toàn dân khó thực hiện vào năm 2014 nếu NSNN chưa đủ mạnh để thực thi kế hoạch của mình.

Mức phí BHYT đã qua nhiều lần thay đổi nhưng vẫn ở mức thấp. Đây là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến khả năng không bền vững của quỹ BHYT, khả năng đảm bảo quyền lợi cho bệnh nhân kém và sự không hài lòng của bác sỹ. Ngoài việc mức phí thấp, thì các quy định về quyền lợi BHYT, đối tượng hay phương thức chi trả cũng góp phần đáng kể vào việc thâm hụt quỹ BHYT. Các quy định về quyền lợi của người bệnh có BHYT hiện nay được cho là vượt quá khả năng chi trả của quỹ. Đối tượng của quỹ thì đại đa số thuộc nhóm “nguy hiểm cho sự an toàn quỹ”. Còn phương thức thanh toán chi phí KCB theo phí dịch vụ hiện nay được cho là bất lợi về tài chính y tế và khả năng kiểm soát chi phí kém hiệu quả nhất. BHYT lại chưa có cơ chế kiểm soát chi phí phù hợp ở các cơ sở y tế tuyến trên đối với bệnh nhân chuyển tuyến, đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Tất cả những lý do này đã khiến cho BHYT thường thâm hụt trong những năm gần đây, đe dọa nghiêm trọng đến mức độ an toàn của quỹ.

+ *Nhu cầu KCB của người tham gia BHYT chưa được đáp ứng tốt, có sự mất công bằng trong tiếp cận dịch vụ KCB, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế còn nhiều hạn chế*

Mặc dù nhà nước đã có các quy định pháp lý để đảm bảo quyền lợi cho người bệnh có BHYT. Nhưng thực tế, cơ sở để thực hiện các quy định này lại quá yếu. Quyền lợi của người được BH mở rộng nhưng khả năng thanh toán của BHYT lại kém cho nên người được BHYT chưa thực sự được hưởng thụ quyền lợi theo quy định. Bệnh nhân BHYT bị đối xử thiếu công bằng: không công bằng giữa nhóm KCB theo yêu cầu và nhóm BHYT, không công bằng giữa các nhóm có BHYT: nhóm BHYT ở thành thị và nhóm có BHYT ở nông thôn, giữa nhóm BHYT bắt buộc và nhóm BHYT người nghèo.

+ *Tính chuyên nghiệp của tổ chức thực hiện BHYT còn hạn chế:*

Tổ chức quản lý và năng lực quản lý của BHYT còn nhiều hạn chế. Mô hình quản lý tập trung quỹ BHYT hiện nay thiếu sự phân cấp, phân quyền, phân trách nhiệm trong quản lý BHYT. Điều này mâu thuẫn với xu hướng phân cấp, phân quyền ngày càng mạnh hơn trong quản lý tài chính y tế. Mô hình đơn quỹ, quản lý tập trung không phân cấp trong quản lý BHYT hiện nay còn khó phát huy tính chủ động tích cực của từng tỉnh, thành phố trong quá trình mở rộng các đối tượng tham gia BHYT tự nguyện và khai thác triệt để khu vực BHYT bắt buộc. Năng lực quản lý BHYT nhiều bất cập, thiếu tính chuyên nghiệp trong quản lý BHYT do không tổ chức được hệ thống quản lý BHYT chuyên trách và chuyên nghiệp trên phạm vi cả nước. Điều này làm giảm khả năng điều hành và tác nghiệp cần có trong công tác quản lý một quỹ rất đặc thù. Công tác quản lý bệnh nhân BHYT, quản lý chi phí KCB còn lỏng lẻo.

Về khả năng triển khai BHYT toàn dân:

BHYT là một chiến lược an sinh xã hội với mục tiêu mọi người khi bị bệnh đều phải được điều trị, đảm bảo sự chia sẻ giữa người bệnh, nhà nước và xã hội. Đây cũng chính là phương thức XHH y tế nhiều ưu điểm và ít nhược điểm nhất.

Tuy nhiên, việc thực hiện định hướng BHYT toàn dân vào năm 2014 gặp rất nhiều khó khăn, hạn chế. Có ba yếu tố bối cảnh có ý quyết định đối với lộ trình thực hiện BHYT toàn dân ở nước ta, nhưng cả ba yếu tố này lại đang chỉ ra những khó khăn mà BHYT khó lòng vượt qua được từ nay tới năm 2014.

+ Về cấu trúc lao động của xã hội Việt Nam vào năm 2014: Đến năm 2014, lao động trong khu vực nông nghiệp sẽ chiếm khoảng 42% lao động xã hội. Số này có thể tham gia lao động nông nghiệp, cũng có thể lao động tự do ở vùng đô thị. Bộ phận này là những lao động không có bằng lương và thường có thu nhập thấp, phần nhiều trong số họ cũng không thuộc diện nghèo để hưởng BHYT người nghèo. Đây là một thách thức lớn cho mục tiêu BHYT toàn dân vào năm 2014.

+ Về khả năng của NSNN: GDP của Việt Nam vào năm 2014 có thể đạt mức 1.500 USD/ người. Nếu chi phí y tế ở Việt Nam duy trì ở mức 5% GDP thì vào năm 2014 tổng chi tiêu y tế bình quân đầu người sẽ khoảng 75 USD. Với tỷ lệ 40% dân số không có khả năng đóng góp phí BHYT thì sẽ cần khoảng 2,8 tỷ USD để đảm bảo CSSK cho họ. Như vậy, để thực hiện mục tiêu bao phủ toàn dân, cần có sự cam kết đủ mạnh của Nhà nước và nguồn ngân sách từ thuế đủ lớn để đảm bảo nguồn tài chính CSSK cho nhóm dân cư không có khả năng đóng góp.

+ Xu hướng phát triển của hệ thống cung ứng dịch vụ công. Theo xu hướng hiện nay cung ứng dịch vụ vì lợi nhuận (chính thức hoặc không chính thức) tại một số bệnh viện công sẽ ngày càng được mở rộng (nghị định 43). Hình thức đầu tư từ nguồn tư nhân vào các bệnh viện công trong quá trình tự chủ bệnh viện công đang tiếp tục phát triển, tạo ra hoạt động kinh doanh vì lợi nhuận trong khu vực này. BHYT có nguy cơ dễ bị tổn thương hơn và trở nên kém bền vững khi BHYT phải mua dịch vụ y tế từ các nhà kinh doanh dịch vụ y tế vì lợi nhuận [9].

+ Xu hướng tăng viện phí: Như đã phân tích ở trên, mức viện phí hiện nay quá thấp so với chi phí KCB nên xu hướng tăng viện phí là khó tránh khỏi. Điều này sẽ càng tạo nên một gánh nặng chi trả cho BHYT trong bối cảnh mức phí BH chưa tương xứng.

Những khó khăn mang tính chất bối cảnh này cộng với những hạn chế của BHYT Việt nam hiện nay được phản ánh tóm tắt trong sơ đồ 2.3: “Cây vấn đề của mục tiêu BHYT toàn dân năm 2014”.

2.3.5. Kết luận về công tác xã hội hóa y tế.

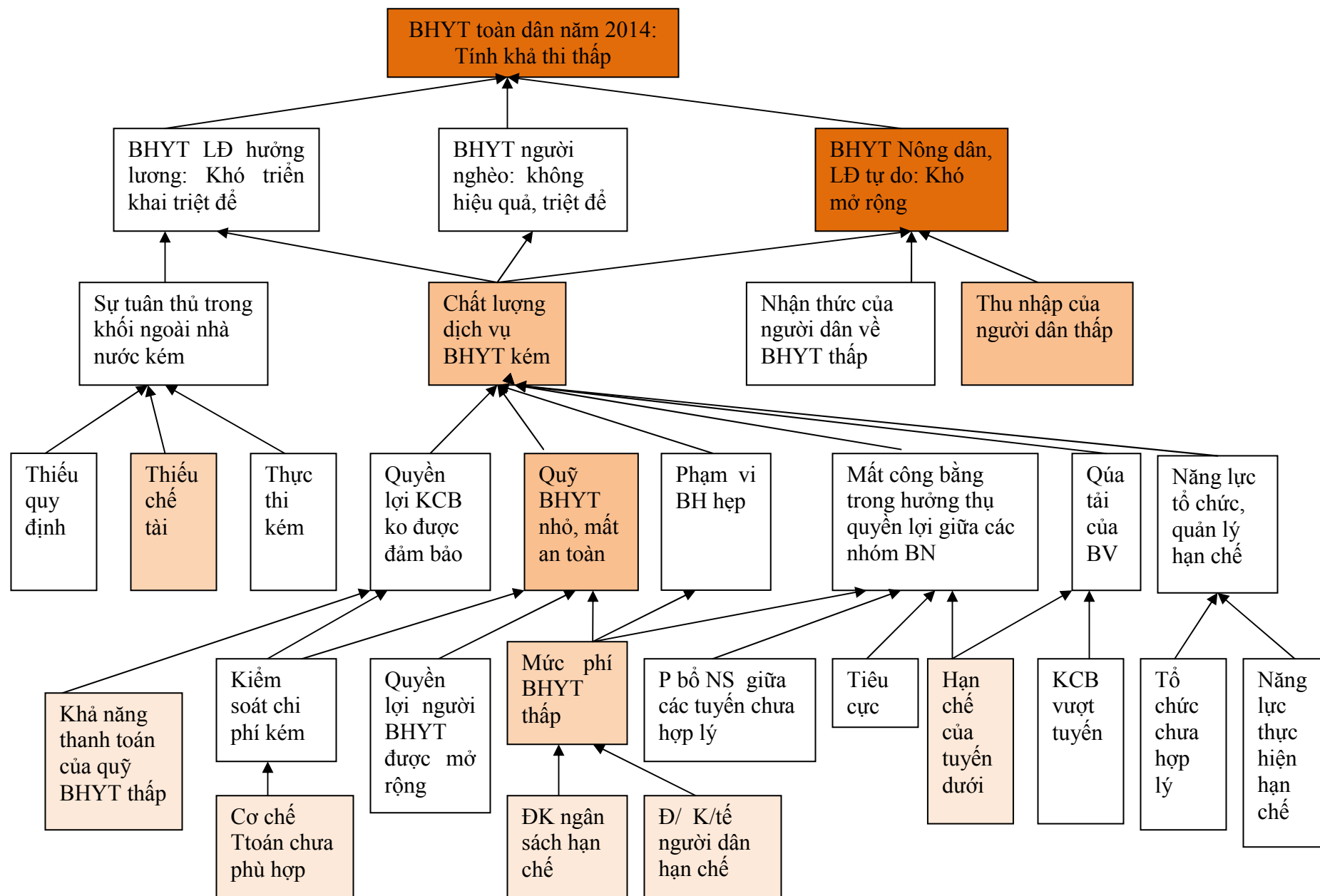
2.3.5.1. Một số thành tựu của công tác XHH y tế.

Nhìn lại quá trình thực hiện các phương thức XHH y tế cơ bản đã nêu, có thể rút ra một số đánh giá chung về thành tựu của công cuộc XHH y tế ở Việt nam như sau:

- Cơ chế mới đã góp phần tạo ra sự thay đổi cơ bản về nhận thức của xã hội, nâng cao ý thức trách nhiệm, xây dựng cộng đồng trách nhiệm của người dân và mở rộng sự tham gia của người dân chăm lo cho sự nghiệp y tế. Nó từng bước nâng cao nhận thức của các chủ thể khác nhau trong xã hội về xu hướng, mục tiêu, nội dung và biện pháp để thực hiện XHH y tế. Đây là cơ sở quan trọng để tạo ra sự thống nhất của xã hội đối với cơ chế xã hội hoá y tế.

- Tiềm năng và nguồn lực xã hội đã bước đầu được huy động để phục vụ công tác CSSK người dân, tạo việc làm và ổn định đời sống (nâng cao thu nhập) cho cán bộ ngành y tế.

Sơ đồ 2.3: Cây vấn đề của BHYT toàn dân



- Khu vực công lập đã có những đổi mới về phương thức hoạt động. Khu vực ngoài công lập phát triển với những loại hình và phương thức hoạt động mới, đa dạng, phong phú, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ. Hai khu vực này cùng hợp tác và cạnh tranh lành mạnh trong cung ứng dịch vụ, tạo áp lực thay đổi tích cực với cả hai.

- Nâng cao ý thức giữ gìn sức khỏe của người dân cũng như ý thức đề phòng rủi ro tài chính khi đau ốm. Người dân có cơ hội tham gia BHYT, dễ dàng tiếp cận và hưởng thụ kỹ thuật y tế hiện đại, hạn chế việc người Việt Nam phải ra nước ngoài khám chữa bệnh. Thầy thuốc được cập nhật và làm chủ kỹ thuật y tế tiên tiến để phục vụ CSSK nhân dân và đời sống được cải thiện một bước. Thực hiện XHH qua liên doanh liên kết đã góp phần cải thiện đáng kể trang thiết bị y tế của bệnh viện công ở nhiều vùng trong thời gian ngắn, góp phần đưa kỹ thuật y tế Việt Nam dần theo kịp với các nước trong khu vực Đông Nam Á.

- XHH y tế đã góp phần thực hiện công bằng xã hội thông qua việc tạo thêm cơ hội tiếp cận và thụ hưởng các dịch vụ, tăng tỷ lệ chi NSNN cho hoạt động y tế dự phòng, ưu tiên đầu tư cho những vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn. Người nghèo, người cận nghèo, người tàn tật, người cao tuổi, trẻ em, người dân ở vùng miền núi, các dân tộc thiểu số ở vùng sâu, vùng xa ngày càng được CSSK tốt hơn nhờ sự quan tâm đầu tư của nhà nước với các phương án chuyển từ trợ cấp bên cung (cho các bệnh viện) sang trợ cấp bên cầu (trực tiếp cho bệnh nhân) và sự hỗ trợ qua hoạt động từ thiện nhân đạo.

- Một phương thức cơ bản của XHH y tế là BHYT toàn dân đang dần dần trở thành hiện thực, đó là điều kiện thuận lợi để thúc đẩy thực hiện chính sách công bằng và hiệu quả trong CSSK nhân dân, thúc đẩy việc triển khai mạnh mẽ XHH công tác CSSK nhân dân.

2.3.5.2. Hạn chế của phương án XHH y tế

Bên cạnh những kết quả tích cực đạt được nêu trên, việc thực hiện cơ chế xã hội hoá y tế ở nước ta trong thời gian qua đã làm nảy sinh nhiều vấn đề. Đánh giá khái quát, những vấn đề này được thể hiện ở một số điểm sau đây:

- Một là, quá trình xã hội hoá y tế diễn ra chậm chạp so với tiềm năng và chỉ tiêu định hướng của Nghị quyết 90/CP. Sự chậm chạp này thể hiện ở chỗ:

+ Hệ thống các cơ sở y tế ngoài công lập phát triển chưa mạnh, chưa đa dạng, số lượng chưa nhiều và quy mô nhỏ, chưa đảm bảo dịch vụ KCB đến với đông đảo người dân mà bệnh nhân vẫn tập trung chủ yếu ở các bệnh viện công, gây quá tải cho khu vực này.

+ Việc sắp xếp, đổi mới cơ chế quản lý đối với các bệnh viện công diễn ra còn chậm và gặp nhiều khó khăn, căn bệnh cũ của các doanh nghiệp nhà nước, các đơn vị sự nghiệp nhà nước còn nặng nề. Mức độ cũng như tốc độ đầu tư phát triển hệ thống các bệnh viện công còn thấp so với nhu cầu.

- Hai là hoạt động XHH diễn ra khá lộn xộn:

+ Trước hết là tình trạng hoạt động lộn xộn, tự phát, cạnh tranh thiếu lành mạnh, chất lượng dịch vụ không bảo đảm... diễn ra ở các cơ sở y tế ngoài công lập. Vì mục đích lợi nhuận, tư nhân có xu hướng đẩy giá dịch vụ lên cao, đi kèm với việc xác định giá một cách khá tùy tiện và cơ chế tài chính, thu chi thiếu minh bạch, ảnh hưởng tiêu cực đến những người được hưởng dịch vụ. Bên cạnh đó, việc chấp hành các quy định khác của các cơ sở y tế tư nhân rất lỏng lẻo như các quy định bổ nhiệm chức vụ, quy định về bảo vệ môi trường, công khai giá...

+ Các hình thức hợp tác với tư nhân trong các bệnh viện công diễn ra rất tự phát và thiếu sự kiểm soát của các cơ quan chức năng. Mô hình dịch vụ theo yêu cầu chưa có sự phân định rạch ròi tài sản công - tư gây thất thoát tài sản nhà nước

+ Chưa có sự hợp tác giữa khu vực nhà nước (bệnh viện công) và các khu vực ngoài nhà nước (bệnh viện, phòng khám tư), chưa có sự hỗ trợ, hợp tác chuyên môn giữa bệnh viện công và tư, khu vực y tế tư nhân chưa tham gia vào các hoạt động y tế dự phòng...

+ Thiếu cạnh tranh bình đẳng, lành mạnh giữa khu vực công và khu vực tư trong cung ứng dịch vụ KCB.

- Ba là thiếu một sự rõ ràng trong việc làm rõ mục tiêu vì lợi nhuận hay phi lợi nhuận của các cơ sở y tế. Các bệnh viện công, về mặt lý thuyết là cơ sở CSSK

phi lợi nhuận. Tuy nhiên, cơ chế viện phí hay liên doanh-liên kết, cung cấp dịch vụ theo yêu cầu đã cho phép người cung cấp có quyền lợi tài chính (thu nhập) từ số tiền bệnh nhân chi trả nên hành vi của họ vẫn bị chi phối „vì lợi ích“. Với các bệnh viện tư, quy chế hoạt động chủ yếu được xây dựng dựa trên cơ sở luật doanh nghiệp mà chưa có nhiều sự điều chỉnh cho phù hợp với đặc thù của lĩnh vực. Hơn nữa, hiện nay còn đang thiếu hẳn quy chế cho các tổ chức y tế (bệnh viện, phòng khám...) phi lợi nhuận, một tổ chức không có cổ phần viên để được chia lợi nhuận. Tài sản của tổ chức, một phần từ viện phí, một phần do lợi nhuận sinh ra qua tài sản tích lũy hay do các Mạnh thường quân trợ giúp, chỉ để chi tiêu cho tổ chức và tái đầu tư chứ không đem chia cho các cổ đông. Nếu không có quy chế rõ ràng, sẽ là khó cho các tổ chức phi lợi nhuận thực thụ này trong việc huy động sự tài trợ của xã hội trong khi xu hướng phát triển của các tổ chức này ngày càng mạnh.

- Bốn là, mức độ phát triển XHH y tế không đồng đều giữa các vùng, miền. Thực tế đã chỉ ra, nhiều mô hình XHH y tế chỉ phát triển mạnh ở những địa phương có điều kiện kinh tế - xã hội thuận lợi như các thành phố lớn và các trung tâm kinh tế, còn ở các địa phương có điều kiện kém thuận lợi như các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa, vùng khó khăn thì công tác XHH y tế chủ yếu dừng lại ở hoạt động cấp thẻ BHYT cho người nghèo. Ngay cả ở các địa phương có điều kiện kinh tế, xã hội ngang nhau, mức độ phát triển XHH cũng không đồng đều do hiệu quả khác nhau của công tác chỉ đạo và tổ chức thực hiện.

- Năm là, mỗi một phương thức XHH có ưu nhược điểm khác nhau, khả năng đạt được các tiêu chí công bằng và hiệu quả khác nhau, nhiều khi là trái ngược nhau. Tuy nhiên, chưa có sự phối hợp trong việc thực hiện các phương thức để chủ trương XHH có thể đạt được mục tiêu một cách toàn cục cũng như chưa thực thi triệt để các biện pháp phụ trợ để đảm bảo tính công bằng, hiệu quả cho các phương thức. Các phương thức đa dạng hoá hình thức cung cấp dịch vụ của chủ trương XHH y tế ảnh hưởng nghiêm trọng tới tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ KCB, đặc biệt là người nghèo. Tuy nhiên những cơ chế hỗ trợ người nghèo đi kèm lại chưa được thực thi một cách triệt để. Khả năng đạt được tính hiệu quả của các

phương thức này cũng chỉ ở một mức độ nào đó. Sự kém hiệu quả trong cung ứng dịch vụ KCB của các bệnh viện công vẫn còn ở rất nhiều hoạt động XHH. Một trong những mục tiêu quan trọng của XHH y tế là nâng cao hiệu quả cung ứng dịch vụ của khu vực Nhà nước, đáp ứng tốt nhu cầu của nhân dân. Tuy nhiên, mục tiêu này chưa thực sự đạt được trong nhiều hoạt động XHH y tế, đó là mô hình liên doanh liên kết, khám chữa bệnh theo yêu cầu.

- Sáu là, thực hiện XHH mới chỉ chú trọng tới mảng đa dạng hoá các hình thức cung cấp dịch vụ để thu hút sự đóng góp của người dân mà chưa thực hiện mạnh mẽ các biện pháp đảm bảo lợi ích chung cho người dân. XHH y tế đang tác động rất tiêu cực tới người dân ở các vùng nghèo. XHH đã nâng cao khả năng tiếp cận dịch vụ nhưng chỉ là đối với một bộ phận người dân các thành phố, những người có điều kiện kinh tế. Còn đối với người nghèo, nhiều mô hình XHH lại đang cản trở họ trong việc tiếp cận dịch vụ CSSK

2.3.5.3. Nguyên nhân của các hạn chế

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến những vấn đề tồn tại nêu trên, trong đó đáng chú ý là một số nguyên nhân chủ yếu sau đây:

Một là, nhận thức về XHH của các ngành, các cấp và người dân còn nhiều mặt hạn chế, còn có những biểu hiện lệch lạc. Nhiều người cho rằng XHH là quá trình tư nhân hoá hay đa dạng hoá các hình thức cung cấp dịch vụ. Tức là mới chỉ XHH đầu vào: huy động sự đóng góp của nhân dân mà chưa chú trọng tới XHH đầu ra: mang lại lợi ích cho mọi người (mọi người có quyền hưởng thụ lợi ích từ sự nghiệp y tế).

Hai là chưa có một lộ trình thống nhất và rõ ràng cho XHH y tế: Chỉ có phương thức BHYT có lộ trình tiến tới BHYT toàn dân năm 2014 và một số mục tiêu phát triển y tế tư nhân. Các phương thức khác như viện phí, dịch vụ theo yêu cầu hay liên doanh liên kết chưa có lộ trình hay quy hoạch cụ thể.

Ba là chưa có sự điều chỉnh phù hợp với đặc thù vùng miền, lĩnh vực khiến cơ chế XHH nhiều khi gây khó khăn cho một số bệnh viện, địa phương. Ví dụ việc triển khai đồng loạt chính sách XHH thông qua việc giao quyền tự chủ tài chính ở

tất cả địa phương, các cơ sở y tế công, kể cả chữa bệnh, dự phòng, bệnh viện lao, bệnh viện tâm thần, nhi khoa, trong khi chưa kịp thời điều chỉnh cơ chế phân bổ ngân sách nên đã phát sinh một số hậu quả tiêu cực. Đó là góp phần tạo ra sự cách biệt giữa các tuyến y tế, giữa các chuyên khoa và giữa các địa phương; sự chuyển dịch cán bộ y tế giỏi từ miền núi về miền xuôi, từ nông thôn về thành thị, từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ y tế dự phòng sang điều trị, kết quả này đã ảnh hưởng không tốt đến hệ thống y tế, đặc biệt là y tế công.

Bốn là môi trường pháp lý cho việc thực hiện XHH còn hạn chế. Chưa có đầy đủ hành lang pháp lý về XHH công tác CSSK nhân dân, nhất là pháp luật về tổ chức KCB theo yêu cầu và LDLK tại bệnh viện công. Bên cạnh đó, hiệu lực thực thi của một số chính sách liên quan đến XHH y tế chưa cao. Các chính sách ưu đãi về thuế, tín dụng, đất đai, cơ sở vật chất, nguồn nhân lực dành cho các cơ sở thực hiện XHH (theo Nghị định 73/1999/NĐ-CP) ít phát huy tác dụng, do các đối tượng được hưởng ưu đãi còn hẹp, mức độ ưu đãi thấp, thủ tục rườm rà, sự chậm trễ trong hướng dẫn thực hiện... Cơ chế Nhà nước hỗ trợ nguồn lực cho các đơn vị ngoài công lập chưa được thể chế hoá đầy đủ thành những quy định cụ thể, chưa được thực hiện đồng đều ở các địa phương. Hơn nữa, một số chính sách cụ thể đã tỏ ra không còn phù hợp khi nhiều chính sách chung đã thay đổi theo thời gian.

Năm là, việc kiểm tra, kiểm soát và xử lý vi phạm đối với các cơ sở cung ứng dịch vụ ngoài công lập chưa chặt chẽ và chưa nghiêm. Công tác kiểm tra, thanh tra có nhưng chưa làm được thường xuyên; việc kiểm tra, thanh tra chuyên môn, tài chính chưa nghiêm túc; còn có sự nhầm lẫn giữa chức năng thanh tra chế độ, chính sách và thanh tra chuyên môn. Công tác thanh tra, kiểm tra chủ yếu chỉ chú trọng đến đối tượng hành nghề (các cơ sở cung ứng dịch vụ ngoài công lập) mà chưa tổ chức thanh tra, kiểm tra đối với chính các cơ quan quản lý nhà nước trong việc thực hiện quản lý các cơ sở này. Bên cạnh đó, việc xử lý vi phạm đối với các cơ sở ngoài công lập còn chưa nghiêm, xử sai, vượt quá thẩm quyền, không dứt khoát... dẫn đến tình trạng coi thường pháp luật hoặc kiện kéo dài. Các Bộ chức năng chưa theo dõi, hướng dẫn và đánh giá chặt chẽ, xác đáng việc thực hiện xã hội hoá của ngành

mình, làm cơ sở để trình Nhà nước các định hướng lớn phát triển xã hội hoá. Vì vậy, các chủ trương, chính sách nhìn chung chậm được điều chỉnh để đáp ứng yêu cầu của thực tiễn.

*

* *

Tóm lại, đúng như lý thuyết đã đề cập ở chương 1, phân tích thực trạng chương 2 đã chỉ ra rằng không có một phương thức XHH y tế nào thực sự hoàn hảo. Mỗi phương thức đều mang trong nó những ưu nhược điểm riêng.

Từ phân tích thực trạng bốn phương thức XHH y tế đó, chương 2 đã đưa ra kết luận cụ thể về thành tựu, hạn chế và nguyên nhân của hạn chế của cơ chế XHH y tế. Vì vậy, cần phải có các giải pháp hoàn thiện hơn nữa cơ chế này thông qua việc khắc phục nhược điểm và phát huy thế mạnh của các phương thức XHH y tế cụ thể.

Chương 3

MỘT SỐ GIẢI PHÁP NHẪM HOÀN THIỆN CHÍNH SÁCH XÃ HỘI HOÁ Y TẾ Ở VIỆT NAM

3.1. MỘT SỐ QUAN ĐIỂM CẦN QUÁN TRIỆT KHI THỰC HIỆN XHH Y TẾ

3.1.1 Căn cứ đề xuất các quan điểm.

(i) Chủ trương XHH y tế của Đảng và Nhà nước

Trước những thay đổi, diễn biến mới, để thực hiện và đạt mục tiêu CSSK nhân dân, Nghị quyết 4 Ban chấp hành TW Đảng khoá VII ban hành ngày 14/01/1993 đã lần đầu tiên đề cập tới vấn đề XHH công tác y tế với quan điểm: Sự nghiệp CSSK là trách nhiệm của cộng đồng và mỗi người dân, là trách nhiệm của các cấp uỷ đảng và chính quyền, các đoàn thể nhân dân và các tổ chức xã hội, trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt; Thực hiện phương châm "Nhà nước và nhân dân cùng làm", đa dạng hoá các hình thức tổ chức CSSK (nhà nước, tập thể, nhân dân) trong đó y tế Nhà nước là chủ đạo, tận dụng mọi tiềm năng sẵn có trong nước và mở rộng hợp tác quốc tế.

Thực hiện Nghị quyết đó, Chính phủ đã ra Nghị quyết số 90/CP ban hành ngày 21/8/1997 làm rõ chủ trương XHH hoạt động y tế :

- Việc chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ là nhu cầu thiết yếu của mỗi người dân và của cả cộng đồng. Đây không chỉ là nhiệm vụ của riêng ngành y tế, mà còn là trách nhiệm của các cấp uỷ Đảng và chính quyền, của các đoàn thể quần chúng và tổ chức xã hội. Vì vậy, thực hiện XHH công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân là cần thiết và phù hợp với xu thế của thời đại.

- Nội dung XHH công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ con người là động viên và tổ chức tốt sự tham gia tích cực, chủ động của mọi người với tư cách cộng đồng và tư cách cá nhân, trên cả hai mặt hoạt động và đóng góp; tăng cường sự phối hợp liên ngành và củng cố vai trò nòng cốt của ngành y tế.

- Xã hội hoá bao gồm: Đa dạng hoá các hình thức cung cấp dịch vụ CSSK (Nhà nước, tập thể, dân lập, tư nhân...), trong đó y tế nhà nước có vai trò chủ đạo. Cho phép nhiều lực lượng có hiểu biết và kinh nghiệm nghề nghiệp tham gia các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ dưới sự quản lý của Nhà nước, nhằm cung cấp dịch vụ y tế ngày càng thuận tiện cho người dân và giảm bớt sức ép về ngân sách cho Nhà nước. Khuyến khích các tổ chức, các cá nhân trong và ngoài nước thành lập các phòng khám, chữa bệnh nhân đạo. Mở rộng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tại nhà, các nhà thuốc tư nhân, các quầy thuốc, tủ thuốc tại trạm y tế xã phục vụ sức khoẻ cộng đồng.

- Vận động nhân dân tự giác tham gia các hoạt động CSSK: các phong trào vệ sinh, rèn luyện thân thể, phòng bệnh, phòng dịch, bảo vệ môi trường, phòng, chống các tệ nạn xã hội, xây dựng nếp sống văn minh, lành mạnh; tăng cường sử dụng y học cổ truyền dân tộc, nuôi, trồng các loại cây, con làm thuốc.

- Nhân dân tham gia đóng góp và chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ thông qua chế độ viện phí, tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện.

Ngoài ra, còn có nhiều văn bản khác ra đời làm rõ và hướng dẫn thực hiện chủ trương XHH y tế (phụ lục 12)

(ii) Mục tiêu phát triển ngành y của Đảng và nhà nước

Nghị quyết Đại hội Đảng lần thứ 11 khẳng định nhiệm vụ, mục tiêu phát triển đất nước trong 5 năm 2011-2015 như sau: “Tạo bước tiến rõ rệt về thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội, đảm bảo an sinh xã hội... cải thiện điều kiện chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân”. Mọi định hướng phát triển của ngành đều phải hướng tới việc thực hiện định hướng đúng đắn này.

(iii) Thực tiễn thực hiện nhiệm vụ XHH y tế trong thực tế.

Thực tế đã chứng minh, còn có nhiều lệch lạc trong việc thực hiện chủ trương XHH y tế. Để các giải pháp không xa rời mục tiêu và đúng hướng, cần quán triệt lại một số quan điểm khi thực hiện XHH y tế như mục sau.

3.1.2. Quan điểm cần quán triệt khi thực hiện XHH y tế

- ***XHH y tế là sự lựa chọn đúng đắn*** bởi nó không những giúp ngành y giải quyết những yếu tố mang tính chất tình thế hiện tại mà còn hướng tới mục tiêu bền

vững, lâu dài. Trong đó cần xác định rõ: các phương thức liên kết, dịch vụ theo yêu cầu hay kể cả viện phí chỉ là phương án tình thế, là bước đệm trong quá trình tiến tới BHYT toàn dân. Tuy nhiên, đây là bước đệm quan trọng cần thực hiện trong bối cảnh đầu tư của nhà nước cho y tế còn hạn hẹp. YTTN là một thành phần kinh tế thị trường nên việc tồn tại của khu vực này là một tất yếu. Tuy nhiên, cần phát huy mặt tích cực và hạn chế những tiêu cực của khu vực này thông qua cơ chế tài chính công (như bảo hiểm), để lĩnh vực CSSK không đơn thuần là một ngành kinh doanh vì lợi nhuận.

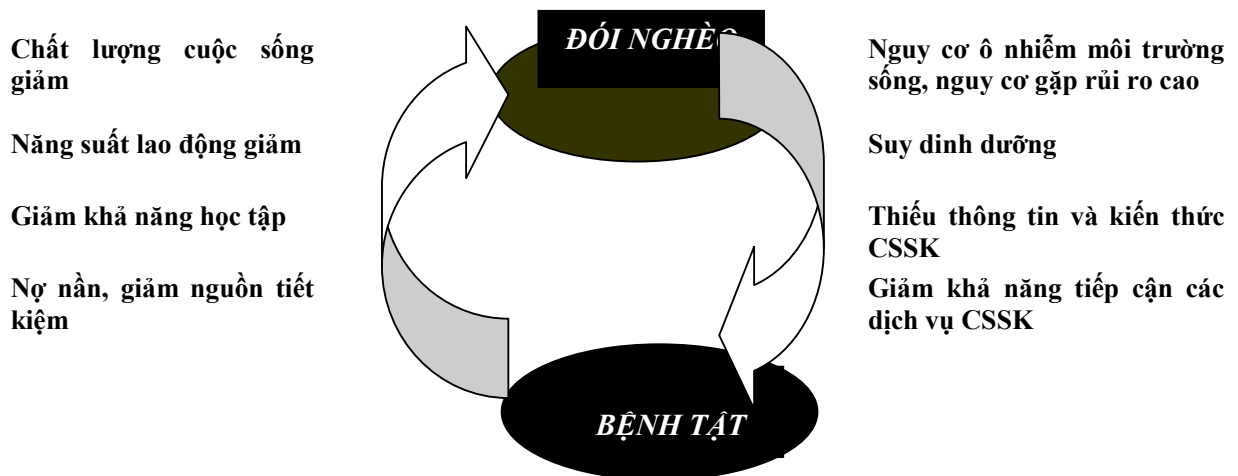
- ***Quán triệt nghiêm túc quan điểm của Đảng và Nhà nước về XHH y tế***, cụ thể là:

+ *Không nên coi XHH đơn giản chỉ là tư nhân hoá hay đa dạng hoá.*

Tư nhân hoá hay đa dạng hoá các hình thức cung cấp dịch vụ chỉ là một nội dung của XHH nhằm chuyển đổi hình thức cung cấp dịch vụ sao cho có hiệu quả hơn, cung cấp dịch vụ tới người tiêu dùng một cách đầy đủ hơn và huy động thêm nguồn đầu tư của xã hội. Hiện nay, trong xã hội, nhiều cá nhân và cả các đơn vị chức năng hiểu chưa đầy đủ về XHH, coi XHH chỉ đơn thuần là giải pháp huy động sự đóng góp của nhân dân thông qua các chế độ viện phí, dịch vụ theo yêu cầu hay phát triển YTTN. Hoặc có đơn vị hiểu đầy đủ về XHH nhưng khi thực hiện lại quá nhấn mạnh khía cạnh đa dạng hoá các hình thức cung cấp dịch vụ khiến chủ trương XHH bị bóp méo, bị thực hiện không đầy đủ. Đa dạng hoá chỉ là một khía cạnh của XHH. Một cách đầy đủ, XHH phải bao hàm cả hai nội dung: XHH trong việc đóng góp và XHH trong hưởng thụ, tiếp cận các dịch vụ y tế. Đa dạng hoá là một cách XHH trong đóng góp nhưng cũng chỉ là một cách huy động sự đóng góp của nhân dân một cách tình thế. Bởi theo cách này, trong xã hội, mỗi người tự (bỏ tiền) chăm sóc cho bản thân mình chứ không phải là xã hội chăm sóc cho các cá nhân-một bản chất đúng đắn nhất của XHH (GS Trương Việt Dũng-trao đổi cá nhân). Thực chất, bên cạnh nội dung đa dạng hoá, mô hình XHH còn có các phương án hỗ trợ khác nhằm khắc phục những hạn chế của các phương án đa dạng hoá gây ra.

+ *XHH y tế cần nhấn mạnh nội dung đảm bảo việc tiếp cận dịch vụ cho người nghèo.*

Xét dưới góc độ CSSK nhân dân thì việc đảm bảo khả năng tiếp cận dịch vụ cho người nghèo là một giải pháp vừa công bằng vừa hiệu quả. Dưới góc độ sinh học, các cá nhân không bình đẳng với nhau trước bệnh tật. Dưới góc độ xã hội, người nghèo là những người vốn được hưởng ít nhất NSNN dành cho CSSK một cách trực tiếp (xây dựng trạm xá) hay gián tiếp (phát triển kinh tế, cơ sở hạ tầng địa phương). Chính vì vậy, việc trợ giúp cho người nghèo là công bằng. Sự trợ giúp này cũng mang lại hiệu quả cao trong công tác CSSK nhân dân bởi nếu không có sự trợ giúp này người nghèo không đến được bệnh viện khi còn kịp hoặc bệnh tật không được chữa trị dứt điểm. Điều đó gây tổn kém nghiêm trọng cho những lần điều trị sau (nếu họ vẫn tới bệnh viện) hoặc sẽ để lại hậu quả nặng nề về sức khỏe (nếu họ không tiếp tục chữa bệnh). Hậu quả nghiêm trọng hơn nếu điều này xảy ra đối với các bệnh lây nhiễm cộng đồng. Tất cả sẽ để lại “vòng luẩn quẩn giữa bệnh tật và đói nghèo”



Hình 3.1: Vòng luẩn quẩn: Bệnh tật và đói nghèo:

Nguồn: DFID, 2000 [80]

Dưới góc độ là cách thức thực hiện thì XHH y tế tiến hành nhiều phương án đa dạng hoá các loại hình cung cấp dịch vụ, đây là biện pháp để huy động nguồn đầu tư từ khu vực tư nhân cũng như sự đóng góp từ người bệnh, thực hiện công bằng dọc: tình trạng kinh tế khác nhau thì đóng góp khác nhau. Tuy nhiên, phương án đa dạng hoá này sẽ để lại hậu quả trong việc làm giảm khả năng tiếp cận tới dịch vụ KCB của người nghèo. Như là một cách thức cân bằng lại phương án đa dạng

hoá, thực hiện đầy đủ nguyên tắc công bằng dọc thì XHH còn cần đặc biệt chú trọng tới việc đảm bảo sự tiếp cận dịch vụ KCB cho người nghèo. Có đa dạng hoá các hình thức cung cấp để đáp ứng nhu cầu tiêu dùng của người dân (người giàu) tốt hơn thì phải có các biện pháp hỗ trợ người nghèo, nếu không, mặt trái của cơ chế thị trường trong quá trình thực hiện đa dạng hoá sẽ gây bất bình đẳng sâu sắc, ảnh hưởng xấu tới một bộ phận không nhỏ dân cư vốn là những người yếu thế, dễ gặp rủi ro. Hơn nữa, đảm bảo việc tiếp cận dịch vụ cho người nghèo, như đã đề cập ở trên, chính là cách thức thực hiện XHH trong việc tiếp cận dịch vụ y tế

- XHH cần nhấn mạnh trách nhiệm và đảm bảo sự chỉ đạo, điều hành của nhà nước: Nhà nước giữ vai trò chủ đạo trong công tác KCB, trong công tác quản lý, đặc biệt là quản lý về chuyên môn. Đẩy mạnh XHH y tế phải gắn với đổi mới, hoàn thiện cơ chế quản lý trong lĩnh vực y tế.

Dịch vụ công có tính chất xã hội, có mục tiêu là phục vụ lợi ích cộng đồng [62] nên trách nhiệm cung cấp thường thuộc về nhà nước. Tuy nhiên, cách thức cung cấp thì không chỉ là khu vực nhà nước đứng ra cung cấp mà có thể huy động khu vực tư nhân hay các tổ chức xã hội có đủ năng lực đứng ra cung cấp. Cách thức này thể hiện ở quan điểm đa dạng hoá hình thức cung cấp ở trên. Trong bối cảnh đó, nhà nước cần tạo môi trường phát triển, môi trường cạnh tranh lành mạnh, bình đẳng theo pháp luật để thúc đẩy các cơ sở công lập và ngoài công lập phát triển cả về quy mô và chất lượng, có sự hỗ trợ nhất định đối với khu vực y tế tư nhân, vốn là lĩnh vực đầu tư khó khăn (về chuyên môn) và rất tốn kém (về tài chính). Tuy nhiên, KCB là một lĩnh vực rất đặc thù nên nó không hoàn toàn phù hợp với sự vận hành của cơ chế thị trường. Vì vậy, trong lĩnh vực này cơ chế thị trường có thể gây ra những thất bại nghiêm trọng, làm tổn hại tới việc đạt mục tiêu của ngành y. Nhà nước cần tăng cường công tác quản lý, hoạt động thanh tra, kiểm tra trong quá trình thực hiện xã hội hoá nhằm hạn chế những tác động tiêu cực.

- Việc xã hội hoá y tế phải được thực hiện trong mối quan hệ gắn kết với những cải cách kinh tế - xã hội khác.

XHH y tế là một giải pháp mang tính tổng thể, nó vừa mang tính kinh tế thời

sự bởi nó bao hàm nội dung phát triển các thành phần kinh tế và hội nhập kinh tế quốc tế (y tế tư nhân, liên doanh hay đầu tư trực tiếp của nước ngoài), phát triển thị trường (y tế tư nhân, dịch vụ theo yêu cầu...) nó vừa mang tính cải cách xã hội dân chủ: tăng cường dân chủ (bệnh viện tự chủ và mở rộng sự tham gia của người dân...) Bởi vậy XHH y tế cần thiết phải được thực hiện cùng với những cải cách kinh tế - xã hội khác.

3.2. CĂN CỨ ĐỀ XUẤT CÁC GIẢI PHÁP

Phân tích lý thuyết kinh tế y tế ở chương I đã cho ra đời một hệ thống các nguyên tắc mà hệ thống CSSK nói chung hay các phương thức XHH y tế nói riêng cần thỏa mãn. Đánh giá thực trạng ở chương 2 đã làm rõ ưu nhược điểm của các phương thức XHH tức mức độ thỏa mãn hay vi phạm các nguyên tắc này của các phương thức XHH y tế. Kết luận của phân tích thực trạng ở chương hai hoàn toàn phù hợp với kết luận về lý thuyết ở chương 1 rằng không có một phương thức XHH y tế nào thực sự hoàn hảo, mỗi phương thức đều có những ưu điểm riêng và nhược điểm riêng nên chương 3 sẽ hướng tới việc chỉ ra phương thức nào nhiều ưu điểm, ít nhược điểm nhất cùng các giải pháp phát huy ưu điểm và hạn chế nhược điểm ở mỗi phương thức XHH y tế.

Căn cứ vào bức tranh thực trạng được mô tả ở chương 2, có thể đánh giá mức độ thỏa mãn và vi phạm của các nguyên tắc của các phương thức XHH y tế trong bảng 3.1. Theo đó, cột bên trái của bảng xuất phát từ khung lý thuyết ở chương 1, điểm vi phạm hay thỏa mãn ở các cột giữa bảng là kết quả của phân tích thực trạng ở chương 2 còn cột bên phải là các gợi ý cho giải pháp ở chương 3.

Bảng 3.1: Đánh giá mức độ vi phạm –thỏa mãn các nguyên tắc

Nguyên tắc	Các phương thức								Phương án khắc phục vi phạm hoặc tăng cường khả năng thỏa mãn
	Viện phí		Y tế tư nhân		Liên kết/dịch vụ		Bảo hiểm y tế		
	Thoả mãn	Vi phạm	Thoả mãn	Vi phạm	Thoả mãn	Vi phạm	Thoả mãn	Vi phạm	
Nguyên tắc 1		x		xxx		xxx	xxx		Chế độ miễn giảm viện phí cho người nghèo và nhóm yếu thế khác, BHYT toàn dân
Nguyên tắc 2		xx		xxx		xxx	xxx		BHYT toàn dân
Nguyên tắc 3		xx		xxx		xx	xx	x	Nhà nước hoặc BHYT là người đại diện cho quyền lợi của bệnh nhân để có sự can thiệp đủ mạnh vào quá trình mua bán dịch vụ, đảm bảo quyền lợi cho người mua. Nhà nước tổ chức các kênh cung cấp thông tin trực tiếp hoặc gián tiếp thông qua giấy phép hành nghề.
Nguyên tắc 4		xx		xxx		xxx	xx	x	Nhà nước cung cấp dịch vụ KCB miễn phí: phòng khám, bệnh viện nhân đạo
Nguyên tắc 5		x		xxx		xx	xx		Nhà nước vẫn chịu trách nhiệm cung cấp những dịch vụ cơ bản, chỉ để khối tư nhân tham gia cung cấp những dịch vụ mà nhà nước có thể kiểm soát
Nguyên tắc 6			xxx		xx				Bệnh viện cần nhận lại đủ chi phí phải bỏ ra trong quá trình KCB và có phần dự trữ đầu tư phát triển. Lương cán bộ y tế được trả xứng đáng với công sức họ bỏ ra
Nguyên tắc 7		x		xxx		xxx	xxx	x	Quản lý, giám sát về chuyên môn, nâng cao y đức bác sỹ, thực hiện cơ chế tài chính công
Nguyên tắc 8	x		xxx		xx			x	Phát triển y tế tư nhân, cho phép khu vực tư nhân được KCB có BHYT
Nguyên tắc 9	x		xxx		xx				Phát triển y tế ngoài nhà nước, sự tham gia của YTTN vào dịch vụ KCB có BHYT
Nguyên tắc 10+11		xxx		xxx		xxx		xx	Nhà nước cung cấp HHCC, HH có ngoại ứng. Phát triển cả hình thức BH đối với dịch vụ CSSK ban đầu

Nguyên tắc	Các phương thức								Phương án khắc phục vi phạm hoặc tăng cường khả năng thỏa mãn
	Viện phí		Y tế tư nhân		Liên kết/dịch vụ		Bảo hiểm y tế		
	Thoả mãn	Vi phạm	Thoả mãn	Vi phạm	Thoả mãn	Vi phạm	Thoả mãn	Vi phạm	
Nguyên tắc 12		xxx		xxx		xxx	xx		Phát triển BHYT, nhà nước cung cấp thông tin, truyền thông về CSSK cho người dân
Nguyên tắc 13			xxx						Thúc đẩy hoạt động KCB có BHYT của YTTN
Nguyên tắc 14		xx	xx	xxx	xx	xxx	xx		YTTN đảm bảo công bằng ngang, y tế nhà nước đảm bảo công bằng dọc.
Nguyên tắc 15	x		xxx		xx				Phát triển y tế tư nhân
Nguyên tắc 16		x	x	xxx	x	xxx	xx		Thực hiện cơ chế tài chính công, với y tế ngoài nhà nước cần có các quy định về chuyên môn, về giá phù hợp và kiểm soát chặt chẽ việc thực hiện các quy định này.
Tổng điểm	3	18	18	30	11	28	21	6	

Chú thích:

(1). Mức độ vi phạm hoặc thoả mãn:

- xxx : Cao nhất
- xx : Trung bình
- x : Thấp nhất

(2). Tính điểm vi phạm hoặc thoả mãn:

- Vi phạm: mỗi dấu x là một điểm, càng nhiều điểm, mức độ vi phạm càng lớn.
- Thoả mãn: mỗi dấu x là một điểm, càng nhiều điểm, mức độ thoả mãn càng lớn.

(3). Nhắc lại các nguyên tắc:

Nguyên tắc 1: Cần có cơ chế đảm bảo mọi người được tiếp cận với các dịch vụ CSSK nói chung, đặc biệt là CSSK cơ bản, CSSK cộng đồng.

Nguyên tắc 2: Cần có cơ chế tránh những rủi ro tài chính bất ngờ do bệnh tật cho người dân.

Nguyên tắc 3: Cần có tổ chức trung gian cung cấp thông tin/đảm bảo quyền lợi cho người mua (bệnh nhân) trong bối cảnh họ luôn rơi vào tình thế phụ thuộc hoàn toàn vào bác sĩ.

Nguyên tắc 4: Cần có tổ chức đưa ra quyết định KCB cho bệnh nhân trong trường hợp họ không thể đưa ra quyết định tiêu thụ dịch vụ (họ đang bất tỉnh hoặc họ mất trí)

Nguyên tắc 5: Không thể đơn thuần cung cấp dịch vụ KCB thông qua cơ chế thị trường.

Nguyên tắc 6: Cơ chế cần khuyến khích sự chia sẻ với bệnh nhân (bệnh nhân được quyền chia sẻ và nhận được sự chia sẻ từ bác sĩ).

Nguyên tắc 7: Cơ chế cần đảm bảo sự tách biệt giữa số tiền bệnh nhân chi trả với quyền lợi của bác sĩ.

Nguyên tắc 8: Cơ chế cần hạn chế hiện tượng sử dụng ngân sách (ngân sách tùy ý- xin xem thêm tại mục 2.1.3.2) một cách tùy tiện, lãng phí.

Nguyên tắc 9: Cần tạo ra sự cạnh tranh, hạn chế độc quyền nhằm nâng cao chất lượng KCB và thoả mãn nhu cầu KCB ngày càng cao của bệnh nhân.

Nguyên tắc 10: Cơ chế phải đảm bảo cung cấp hàng hoá và dịch vụ có tính chất hàng hoá cộng đồng.

Nguyên tắc 11: Cơ chế cần đảm bảo cung cấp hàng hoá có ngoại ứng tích cực để tối đa phúc lợi xã hội.

Nguyên tắc 12: Cơ chế cần đảm bảo cung cấp hàng hoá, dịch vụ “cần” (hàng hoá hay dịch vụ bệnh nhân cần tiêu dùng mà thực tại họ đang không được tiêu dùng do người bệnh thiếu thông tin, thiếu hiểu biết hoặc không đủ khả năng tài chính)

Nguyên tắc 13: Nhà nước không cần thiết và không nên đảm nhiệm hết trách nhiệm KCB mà cần san sẻ công việc này cho khu vực tư nhân

Nguyên tắc 14: Cần đảm bảo cả công bằng ngang và công bằng dọc trong việc tiếp cận dịch vụ KCB.

Nguyên tắc 15 : Cơ chế cần sử dụng tiết kiệm nguồn lực (hiệu quả tài chính).

Nguyên tắc 16: Cơ chế cần đảm bảo tối đa hoá về cung cấp sản phẩm dịch vụ đầu ra với chất lượng cao và chi phí thấp nhất (hiệu quả xã hội).

Nhìn vào bảng 3.1, có thể thấy:

- YTTN nhiều vi phạm nhất nhưng cũng có điểm thoả mãn rất cao, như vậy đây là một phương án nhiều nhược điểm nhưng cũng nhiều ưu điểm. Vì vậy cần duy trì phương thức này nhưng rất cần các biện pháp quản lý để hạn chế các vi phạm.
- Phương thức thu một phần viện phí hiện nay do các cơ sở công lập cung cấp và chỉ thu một phần viện phí nên mức độ vi phạm thấp hơn so với hai phương án YTTN và liên doanh, liên kết, nhưng ngược lại, phương án này chỉ có 3 điểm thoả mãn.
- Phương án liên kết/dịch vụ có điểm vi phạm khá cao (28 điểm) nhưng điểm thoả mãn lại không cao nên mức độ chênh lệch giữa điểm thoả mãn và điểm vi phạm cao nhất: 17 điểm.
- Phương án BHYT có mức độ thoả mãn cao nhất (21 điểm) trong khi điểm vi phạm thấp nhất (6 điểm). Tuy nhiên, những vi phạm này là do các quy định quản lý và việc thực thi chính sách chứ không phải do lỗi hệ thống và có thể khắc phục được.

3.3. CÁC GIẢI PHÁP THỨC ĐẨY XHH Y TẾ Ở VIỆT NAM

3.3.1. Từng bước triển khai thực hiện BHYT toàn dân một cách bền vững.

BHYT là một cơ chế đáp ứng một cách tốt nhất các nguyên tắc của hệ thống CSSK nhân dân, phù hợp với bản chất của XHH trong việc hưởng thụ lợi ích: mọi người chăm sóc cho một người, xã hội chăm sóc sức khoẻ cho các cá nhân. Đây cũng là giải pháp có cơ chế “gánh nặng tài chính lũy tiến” đối với thu nhập: người trong độ tuổi lao động (có thu nhập, khoẻ mạnh), người giàu (ít đau ốm) thì nộp tiền BHYT cao và hưởng thụ ít còn người nghèo (hay đau ốm) và người không trong độ tuổi lao động (thu nhập thấp hoặc không có thu nhập như trẻ em, người già, các đối tượng ăn theo khác..) thì sẽ đóng góp ít nhưng lại được hưởng thụ dịch vụ CSSK nhiều hơn (bởi những đối tượng này có rủi ro đau ốm cao hơn). Điều này hoàn toàn phù hợp với nguyên tắc tương trợ nhau, một bản chất đúng đắn và nhân đạo của cơ chế XHH.

Tuy nhiên, để thực hiện thành công giải pháp này cần có các điều kiện khách quan như mức thu nhập hay ý thức tham gia của người dân, khả năng tài trợ cho các đối tượng không có khả năng nộp BHYT của ngân sách và những điều kiện chủ quan như năng lực quản lý của hệ thống BHYT. Đây là những vấn đề lớn và khó có thể giải quyết trong thời gian ngắn, đặc biệt trong bối cảnh BHYT Việt Nam còn đang chứa đựng nhiều yếu tố rủi ro với độ an toàn của quỹ kém. Chính vì vậy, phương án BHYT toàn dân cần được khẳng định là sự lựa chọn cao nhất của chủ trương XHH y tế nhưng cũng cần được thực hiện từng bước một cách vững chắc.

Để thực hiện được giải pháp lớn này, cần giải quyết được các công việc cụ thể sau:

3.3.1.1. Về diện bao phủ: Từng bước mở rộng diện bao phủ

a. BHYT bắt buộc:

BHYT bắt buộc áp dụng với đối tượng làm việc trong khu vực lao động chính thức với mức thu phí theo lương cơ bản. Tuy nhiên, đây là các đối tượng đang trong độ tuổi lao động với xác suất xảy ra đau ốm thấp hơn nhiều so với các nhóm khác. Vì vậy, chương trình BHYT bắt buộc nên mở rộng đối tượng hưởng lợi đến những người ăn theo là thân nhân (bố, mẹ, vợ, chồng, con) chưa có BHYT bắt buộc của người làm công ăn lương. Điều này một mặt tăng khả năng bao phủ của BHYT mặt khác tạo ra được sự hỗ trợ chéo giữa nhóm người khỏe mạnh trong độ tuổi lao động và nhóm người già yếu, hay phụ nữ, trẻ em... Vấn đề này vừa phù hợp với ý nghĩa của BHYT vừa phù hợp với trọng tâm phát triển xã hội của Chính phủ, luôn đặt tầm quan trọng vào gia đình và trẻ em.

Thực hiện triệt để việc tuân thủ BHYT bắt buộc đối với khu vực lao động chính quy ngoài nhà nước bằng các chế tài cụ thể và nghiêm khắc đảm bảo sự tham gia của chủ sử dụng lao động. Luật BHYT, với các quy định về thanh tra BHYT cần tạo ra một thiết chế mạnh hơn trong thực hiện BHYT ở khu vực lao động ngoài nhà nước.

b. BHYT người nghèo và các đối tượng chính sách khác (gọi tắt là BHYT người nghèo).

BHYT người nghèo là giải pháp tốt nhất để đảm bảo công bằng xã hội, là

một giải pháp cần thiết phải thực hiện trong bối cảnh chúng ta vẫn phải duy trì chính sách viện phí. Theo quy định mới, mức phí BHYT người nghèo được tính bằng 4,5% lương cơ bản. Đây là cố gắng lớn của chính phủ nhằm bảo đảm sự công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB của người nghèo so với các đối tượng khác. Tuy nhiên, trước thực tế, mức lương cơ bản ngày một tăng, số lượng người được nhận BHYT người nghèo không có xu hướng giảm và có khi còn tăng do sự điều chỉnh chuẩn nghèo trong mỗi giai đoạn. Chính vì thế, BHYT người nghèo đã tạo ra một gánh nặng chi trả cho NSNN và vì vậy đe dọa nghiêm trọng tới độ bền vững của giải pháp này. Chương 2 cũng đã chỉ ra (bảng 2.12), nhiều địa phương do không đủ ngân sách nên nộp phí BHYT cho người nghèo thấp hơn nhiều so với quy định. Vì vậy, ở phần này luận án sẽ bàn đến giải pháp cung cấp nguồn tài chính cho phương án BHYT người nghèo cũng như quản lý, sử dụng nguồn này cho có hiệu quả.

Ngoài nguồn tài chính lấy từ NSNN mà cụ thể là nhà nước thu hồi các khoản trợ cấp hiện nay giành cho các cơ sở y tế hay lấy từ nguồn tài trợ quốc tế, luận án còn đề xuất ba nguồn tài chính sau:

Hướng đề xuất thứ nhất là dùng nguồn thu từ thuế nông nghiệp, phần thu từ tăng thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá để trợ cấp phí bảo hiểm y tế cho đối tượng chính sách này.

Hướng thứ hai là sử dụng một phần Quỹ xóa đói giảm nghèo để cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo, hỗ trợ một phần phí BHYT cho đối tượng cận nghèo.

Hướng thứ ba là khuyến khích các nhà từ thiện mua BHYT cho người nghèo. Nhân dân ta với truyền thống lá lành đùm lá rách, luôn giúp đỡ người gặp hoàn cảnh khó khăn, đặc biệt khi họ đau ốm. Nhiều trường hợp bệnh nhân nghèo lâm vào hoàn cảnh nguy khốn được thông tin đến với nhân dân thì đều nhận được sự hỗ trợ lớn của cộng đồng. Tuy nhiên, sự hỗ trợ đó nhiều khi không kịp thời bởi bệnh tình đã lâm vào tình trạng khó cứu chữa. Có trường hợp người bệnh không dùng tiền được trợ giúp để chữa bệnh mà lại dùng vào các việc mua sắm vật dụng gia đình như tủ lạnh, bếp ga... Nếu những tấm lòng hảo tâm này mà được định hướng tốt

hơn bằng việc khuyến khích họ mua thẻ BHYT cho người nghèo thì số tiền đó sẽ được sử dụng có hiệu quả hơn rất nhiều bởi sẽ giúp đỡ được nhiều người hơn và với thẻ BHYT trong tay, người nghèo sẽ được chữa trị kịp thời thay vì bệnh nặng mới được các nhà hảo tâm biết đến.

Để thẻ BHYT người nghèo được sử dụng một cách có hiệu quả, cần thiết phải hoàn thiện hệ thống y tế cơ sở. Như đã phân tích và minh họa bằng phụ lục 11 người nghèo thường sử dụng trạm y tế xã. Vì vậy, để những tấm thẻ BHYT người nghèo này thực sự phát huy tác dụng, nhà nước cần hoàn thiện các cơ sở y tế gần dân nhất, để họ có đủ điều kiện về cơ sở vật chất và trình độ chuyên môn phục vụ công tác KCB có BHYT. Điều này vừa khiến người nghèo dễ dàng tiếp cận với dịch vụ KCB (có BHYT) hơn, vừa giảm thiểu những chi phí y tế gián tiếp tốn kém như chi phí đi lại, ăn ở và kể cả giảm thiểu các chi phí cơ hội (mất thu nhập) do phải đi chữa bệnh ở tuyến trên.

c. BHYT của các nhóm còn lại (nông dân, người lao động tự do).

Việc mở rộng diện bao phủ của BHYT gặp khó khăn nhất với nhóm BHYT còn lại này (Nghiêm Trần Dũng-PV). Theo lộ trình BHYT toàn dân, đến năm 2012 nhóm nông dân phải tham gia BHYT và đến năm 2014 các đối tượng còn lại phải tham gia. Đây là bài toán rất khó cho BHYT khi các đối tượng này có thu nhập thấp, lao động tự do khó quản lý và trình độ nhận thức không cao để sẵn sàng bỏ cái ăn cái mặc ở hiện tại ra để mua lấy một lời hứa được giảm thiểu rủi ro về tài chính do đau ốm trong tương lai, trong khi những nguy cơ đau ốm này có thể xảy ra, có thể không. Để mở rộng diện bao phủ với nhóm đối tượng này, cần thiết phải thực hiện một số giải pháp như:

- Đẩy mạnh công tác thông tin tuyên truyền, huy động sự vào cuộc của chính quyền đoàn thể các cấp. Không giống như lao động hưởng lương để BHYT có thể dễ dàng thu phí trực tiếp từ bảng lương, những lao động tự do hay người nông dân cần phải hiểu hơn về BHYT, cần phải được vận động mới có thể tham gia BHYT. Thực tế với những đối tượng này họ có không tham gia BHYT thì cũng không thể xử phạt. Vì vậy, các biện pháp truyền thông để đưa thông tin về BHYT đến với

người dân hay những đối thoại trực tiếp với nhân dân về chủ trương chính sách BHYT được coi là rất quan trọng. Những công việc này cần đến sự vào cuộc của chính quyền địa phương, của các ban ngành đoàn thể như hội phụ nữ, hội cựu chiến binh, đoàn thanh niên... với các hoạt động tuyên truyền đa dạng.

- Sự hỗ trợ của NSNN: Ngoài sự hiểu biết, thông tin về BHYT thì tình trạng kinh tế là một rào cản lớn để nhóm đối tượng này tham gia BHYT. Vì vậy, sự hỗ trợ một phần phí BHYT của NSNN sẽ nâng cao tính khả thi của việc mở rộng diện bao phủ cho nhóm đối tượng này.

3.3.1.2. Về phương thức thanh toán:

Hoàn thiện phương thức thanh toán BHYT nhằm hạn chế lạm dụng trong KCB.

Lựa chọn phương thức thanh toán phù hợp

Chiến lược mua sắm dịch vụ chăm sóc y tế của cơ quan BHYT gặp phải ba loại câu hỏi mang tính chất cơ bản sau: Người ta sẽ phải mua hay cung cấp tài chính cho loại hình chăm sóc y tế nào? Mua của nhà cung cấp dịch vụ nào? Và mua như thế nào? (tức phương thức thanh toán) [17]. Trong ba câu hỏi đó, phương thức thanh toán là một trong những nội dung quan trọng của BHYT bởi nó quyết định tới tính hiệu quả của việc sử dụng quỹ thông qua việc quản lý chi phí, hạn chế lạm dụng quỹ, đảm bảo độ an toàn quỹ. Ngoài ra, phương thức thanh toán phải đảm bảo phục hồi đủ chi phí cho các bệnh viện, đặc biệt trong điều kiện chúng ta cho phép các bệnh viện tư KCB có BHYT. Nếu các phương thức thanh toán không phục hồi được chi phí y tế thì không những không thể đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân BHYT mà mặt khác, cũng không thể phát triển được hệ thống bệnh viện công một cách bền vững.

Luật BHYT đã quy định ba phương thức có thể sử dụng khi thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT giữa quỹ BHYT và nhà cung ứng dịch vụ: thanh toán theo định suất, thanh toán theo giá dịch vụ, thanh toán theo trường hợp bệnh. Tuy nhiên, trong ba phương thức này cần ưu tiên sử dụng phương thức thanh toán nào khuyến khích tính chi phí hiệu quả. Hiện nay, các bệnh viện chủ yếu sử dụng biện

pháp phương thức thanh toán theo giá dịch vụ hay còn gọi là thực thanh thực chi. Thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán dựa trên chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh. Phương thức này thanh toán cho từng hoạt động KCB nên đáp ứng cao cho nhu cầu người bệnh. Tuy nhiên, mặt trái của cơ chế này là có khuynh hướng tạo nên một sự tăng mạnh chi phí chung cho toàn hệ thống bởi nó tạo kẽ hở cho một thất bại thị trường trong bảo hiểm xuất hiện: hội chứng bên thứ ba trả tiền. Các bác sỹ có thể lạm dụng cơ chế này bằng cách chỉ định tối đa các xét nghiệm, số lần khám bệnh hay sử dụng thuốc đắt tiền, không cần thiết...để tạo nguồn thu cho bệnh viện. Bệnh nhân cũng có thể lợi dụng cơ chế này để mang về cho mình nhiều lợi ích nhất thông qua việc thông đồng với bác sỹ trong khám bệnh, kê đơn.

Vì vậy, nên từng bước thay thế phương thức thanh toán theo phí dịch vụ bằng các phương pháp phù hợp hơn như theo định suất và thanh toán theo nhóm bệnh (hay còn gọi là mô hình trọn gói). Theo phương thức định suất, BHYT thanh toán cho cơ sở KCB một mức khoán nhất định dựa trên số lượng thẻ đăng ký tại cơ sở đó, mức đóng của thẻ trong một thời gian nhất định. Cơ sở KCB sau khi nhận quỹ thanh toán tỷ lệ thuận với số thẻ BHYT sẽ tự trang trải chi phí, thực hiện việc CSSK cho những người có thẻ BHYT đăng ký tại cơ sở của mình trong khoảng thời gian nhất định. Ưu điểm của phương thức này là tạo điều kiện cho cơ sở KCB chủ động sử dụng nguồn kinh phí, hạn chế tình trạng BHYT nợ đọng dây dưa tiền BHYT của các bệnh viện như hiện nay. Tuy nhiên, hạn chế lớn của phương án này ở chỗ do quỹ KCB được thanh toán theo định suất thẻ nên các cơ sở KCB có thể hạn chế bớt việc cung cấp các dịch vụ y tế để giảm thiểu chi phí, tạo điều kiện cho thất bại thị trường do “thông tin không đối xứng” xuất hiện. Nhưng hạn chế này có thể khắc phục được một phần bằng cách cho phép người có thẻ BHYT có quyền lựa chọn lại nơi đăng ký KCB, và đến lượt nó tạo ra sự cạnh tranh lành mạnh giữa các cơ sở y tế. Phương thức thanh toán theo nhóm bệnh là phương thức được cơ quan BHYT thanh toán trọn gói chi phí KCB cho cơ sở y tế theo giá của nhóm bệnh chẩn đoán đã quy định đối với từng loại bệnh. Cơ sở thanh toán theo phương thức này

được áp dụng theo bảng phân loại nhóm bệnh chẩn đoán được các chuyên gia y tế phân loại và thống nhất về giá với cơ quan BHYT. Phương thức này chính là cách thanh toán dựa trên kết quả đầu ra nên có ưu điểm là hạn chế việc kéo dài ngày điều trị, hạn chế việc tăng chi phí không cần thiết và sẽ khuyến khích các bệnh viện nâng cao chất lượng KCB để thu hút bệnh nhân. Tuy nhiên, hạn chế của phương án này lại nằm ở khâu kỹ thuật của việc xây dựng chi phí từng nhóm bệnh. Để có thể có được từng nhóm chẩn đoán tương đối chính xác, đòi hỏi phải có hệ thống số liệu thống kê y tế đầy đủ của hàng trăm bệnh viện về chi phí điều trị bệnh của hàng triệu ca. Việc xây dựng nhóm chẩn đoán mất nhiều thời gian (từ khi xây dựng đến khi đưa vào thực hiện cần khoảng 2 năm) và cần nhiều chi phí cũng như cần sự vào cuộc của nhiều chuyên gia y tế và thống kê, tin học. Vì vậy, trước mắt có thể áp dụng phương thức này cho một số bệnh viện chuyên khoa như tim mạch, phụ sản, tâm thần... sau đó tiến dần tới việc áp dụng phương thức này một cách đầy đủ và phổ biến cho các bệnh viện.

Cho dù cơ chế tài chính nào được lựa chọn chăng nữa thì cũng phải nhằm đảm bảo tính bền vững về tài chính cho hệ thống y tế - quỹ BHYT, mối quan hệ giữa nhà mua sắm dịch vụ y tế với nhà cung cấp dịch vụ phải được dựa trên một hợp đồng rõ ràng, trong đó các cam kết giữa hai bên phải được trình bày rõ ràng và cụ thể. Tuy nhiên, cũng chỉ nên thay đổi phương thức thanh toán khi đã điều chỉnh được mức phí BHYT phù hợp, bởi với mức phí thấp thì sự thay đổi phương thức thanh toán không có ý nghĩa và khó được chấp nhận.

Áp dụng biện pháp cùng chi trả chi phí KCB của người tham gia BHYT.

Theo cơ chế này, khi đi KCB, người bệnh cũng phải chịu những chi phí nhất định. Phương án này khi được áp dụng sẽ làm suy yếu tính phân phối lại, tính tương hỗ giữa người khoẻ và người ốm. Tuy nhiên, cơ chế này có nhiều ưu điểm nổi bật.

Trong điều kiện mức phí BHYT còn thấp thì biện pháp cùng chi trả sẽ hạn chế gánh nặng tài chính cho quỹ BHYT, đây là một vấn đề nổi cộm của BHYT Việt nam. Với mức thu nhập bình quân 1160 USD/người/năm mà mức thu kê cả theo quy định mới từ năm 2010 mới chỉ 4,5% thu nhập theo tiền công, tiền lương hoặc

lương cơ bản so với mức 10-12% của các quốc gia có thu nhập gấp 30 lần Việt nam trong khi chi phí KCB các quốc gia không chênh nhau quá nhiều. Từ thực tế đó, giải pháp đồng chi trả là rất cần thiết cho sự an toàn tài chính của quỹ. Hơn nữa, biện pháp này sẽ nâng cao ý thức bảo vệ sức khỏe cho người dân, tránh tình trạng “lợi dụng bảo lãnh cố ý làm liều” (lợi dụng sự bảo lãnh của BHYT mà có các hành vi coi thường, không bảo vệ sức khỏe). Đồng chi trả trong nhiều trường hợp cũng sẽ làm giảm chi phí hành chính của cơ quan BHYT và kể cả của bệnh viện.

Có rất nhiều cách thực hiện đồng chi trả:

- BHYT chi đồng ý thanh toán nếu gánh nặng tài chính vượt quá mức X cho mỗi lần KCB hoặc vượt quá mức X tính cho tổng chi phí y tế cả năm. Nếu thiệt hại tài chính nhỏ hơn X thì người bệnh tự chi trả bởi khoản X không đủ gây ra khó khăn về tài chính cho các cá nhân và việc thanh toán cho các bệnh nhân có chi phí nhỏ sẽ mất khá nhiều chi phí hành chính và quản lý cho BHYT và bệnh viện.
- Với những khoản chi lớn hơn X và nhỏ hơn Y: BHYT trả toàn bộ.
- Với những khoản chi lớn hơn Y: BHYT thanh toán a % còn bệnh nhân tự trả phần còn lại.
- Hoặc với những khoản chi lớn hơn X, BHYT thanh toán a % còn bệnh nhân tự trả phần còn lại.

Tuy nhiên, để không tạo ra gánh nặng chi trả cho người bệnh và đảm bảo được tính hiệu quả và công bằng, cần nghiên cứu để miễn áp dụng chế độ đồng chi trả cho một số nhóm bệnh tật (miễn đồng chi trả cho bệnh mãn tính, bệnh lây nhiễm cộng đồng...), miễn cho một số nhóm đối tượng ví dụ người nghèo, phụ nữ mang thai hoặc số tiền bệnh nhân BHYT cùng chi trả không vượt quá 2% thu nhập năm của họ.

Các giải pháp trên cần được thực hiện song song với các biện pháp không chế mức tăng dịch vụ y tế khác như tăng cường quản lý giá thuốc và xây dựng danh mục thuốc bảo hiểm y tế hợp lý hơn để vừa tránh hiện tượng thiếu công bằng trong chi trả dịch vụ vừa không chế việc lạm dụng những loại biệt dược và những công

nghệ y tế đắt tiền mà không thiết thực, khuyến khích sử dụng dịch vụ y tế đúng phân tuyến kỹ thuật;

3.3.1.3. Về quyền lợi BHYT

Xây dựng gói dịch vụ y tế cơ bản nhằm đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHYT và khả năng thanh toán của quỹ BHYT.

Do điều kiện kinh tế xã hội nên mức phí BHYT hiện nay được đánh giá là thấp so với nhu cầu CSSK của người dân và khác nhau nhiều giữa các nhóm đối tượng. Vì vậy, cần có các quy định cụ thể và rõ ràng gói dịch vụ mà họ được hưởng. Hơn nữa, sự minh bạch trong quyền lợi được hưởng sẽ tạo ra một sự tin tưởng và an tâm đối với người có BHYT.

- Xây dựng các văn bản luật hoặc dưới luật có quy định rõ ràng hơn về gói quyền lợi BHYT đối với các nhóm BHYT cụ thể. Gói quyền lợi BHYT cần bao trùm các nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong lĩnh vực phòng bệnh và chữa bệnh và phù hợp với khả năng đóng góp tài chính của người tham gia BHYT.

- Hoàn thiện các quy định pháp lý về việc cập nhật danh mục thuốc, danh mục các kỹ thuật, dịch vụ y tế đảm bảo người có BHYT được sử dụng một cách hợp lý các tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị.

- Hoàn thiện các quy định pháp lý đảm bảo cơ chế cho người tham gia BHYT được tiếp cận dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở (đặc biệt là tại khu vực nông thôn, miền núi).

- Hoàn thiện các văn bản pháp lý để đảm bảo loại trừ những dịch vụ kỹ thuật không tương xứng với khả năng tài chính của quỹ BHYT ra khỏi gói quyền lợi BHYT (như kỹ thuật ghép tạng).

- Cải tiến những quy định đặt ra trong phân loại dịch vụ được và không được cơ quan bảo hiểm chi trả phí, trách tình trạng thiếu công bằng khi trong số những người cùng sử dụng những dịch vụ tương đương về mặt kỹ thuật và giá cả thì có người được bảo hiểm y tế thanh toán, có người phải tự bỏ tiền túi để chi trả chỉ vì họ đã được điều trị theo những phương pháp khác nhau hoặc đã dùng những loại vật tư tiêu hao khác nhau;

3.3.1.4. Về nghĩa vụ đóng góp:

Điều chỉnh nghĩa vụ đóng góp của các nhóm đối tượng sao cho tương xứng với quyền lợi được hưởng và khả năng đóng góp.

Mức phí BHYT ảnh hưởng lớn tới chất lượng và số lượng dịch vụ KCB mà người bệnh có BHYT được hưởng và khả năng bền vững của quỹ. Về nguyên tắc, cần điều chỉnh mức nộp BHYT theo nguyên tắc sao cho có thể đáp ứng được chi phí của nhu cầu chăm sóc sức khỏe cơ bản. Ít nhất, mức phí BHYT bình quân phải đảm bảo bù đắp chi phí điều trị. Chừng nào mức phí còn thấp hơn quá nhiều so với nhu cầu chi phí y tế thì chừng đó ý nghĩa của cơ chế tài chính BHYT mới chỉ là nửa vời. Tuy nhiên, mức độ đóng góp cũng cần tính đến khả năng tài chính của các nhóm đối tượng để đảm bảo sự chia sẻ giữa các cá nhân.

Đối với khu vực BHYT cho người nghèo, cần tính tới khả năng số lượng thẻ sẽ khó tuyên giảm do sự điều chỉnh chuẩn nghèo trong mỗi gia đoạn. Bên cạnh đó, chi phí BHYT cho người nghèo sẽ rất lớn do người nghèo thường hay bị bệnh nặng, và hầu hết người bệnh nặng có chi phí lớn kéo dài ở cả nước sẽ trở thành người nghèo (bẫy nghèo trong y tế) và được hưởng lợi từ quỹ BHYT cho người nghèo. Như vậy, cần dự báo khả năng mức phí BHYT người nghèo ngày càng cao (dần dần có thể cao hơn mức phí của nhóm đối tượng lao động hưởng lương).

Mức phí BHYT khu vực của người làm công ăn lương cần căn cứ theo thu nhập thực tế, thay vì tính theo tiền lương danh nghĩa, nhằm mục đích đảm bảo người tham gia BHYT đóng góp theo khả năng thực sự, chứ không đóng góp theo khả năng danh nghĩa.

3.3.1.5. Về tổ chức quản lý

BHYT là cơ chế thực hiện XHH y tế tối ưu nhất, tuy nhiên, BHYT Việt nam hiện nay đang gặp nhiều hạn chế, những hạn chế đó không xuất phát từ chính bản thân cơ chế mà chủ yếu từ cách thức thực hiện cơ chế, đặc biệt từ cách tổ chức quản lý nên khâu tổ chức quản lý cần một số điều chỉnh như:

- *Từng bước đa dạng hoá các loại bảo hiểm y tế:* BHYT hiện nay do Chính phủ giao cho một cơ quan nhà nước là BHXH thực thi, mang tính phi lợi nhuận,

phục vụ lợi ích cộng đồng. Chính vì lẽ đó cộng thêm điều kiện kinh tế xã hội thấp nên gói quyền lợi của BHYT hiện nay nói chung là thấp, chưa thực sự là kênh trợ giúp tài chính cho người gặp rủi ro bệnh tật trong một số trường hợp, chưa đáp ứng nhu cầu của một bộ phận dân cư. Để thoả mãn nhu cầu này và cũng là để từng bước tạo lập một thị trường BH đầy đủ, cần phát triển bảo hiểm y tế thương mại⁴. Theo đó các nhà đầu tư tư nhân được tham gia vào thị trường bảo hiểm, bảo hiểm và tái bảo hiểm, bảo hiểm riêng cho từng loại bệnh, bảo hiểm bệnh cấp cứu, tai nạn và bệnh nghề nghiệp. BHYT thương mại cũng sẽ cung cấp gói quyền lợi cao hơn cho người tham gia phù hợp với nhu cầu của một bộ phận dân cư như trợ giúp về trông nom nhà: khi người tham gia bảo hiểm phải nằm viện hoặc điều trị phục hồi chức năng không thể trông nom nhà cửa và có trẻ nhỏ dưới 12 tuổi sống cùng, chăm sóc người bệnh mãn tính, điều dưỡng tại nhà cho phụ nữ khi cần thiết do mang thai hoặc sinh con; liệu pháp xã hội dành cho người được bảo hiểm có nỗi đau buồn tinh thần nghiêm trọng làm cho họ không chấp nhận điều trị y khoa; tiền sinh con và trợ cấp sinh con trong thời gian mang thai và sau khi sinh...

- *Thực hiện chuyển bao cấp của nhà nước* cho người cung ứng dịch vụ (trợ cấp cho các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh) sang bao cấp cho người sử dụng dịch vụ y tế thuộc nhóm không có khả năng đóng góp tài chính như hỗ trợ mua thẻ BHYT cho các đối tượng chính sách. Phát triển hệ thống bệnh viện công theo hướng thay đổi cơ chế quản lý, chuyển dần mô hình bệnh viện công được bao cấp tài chính từ ngân sách sang mô hình bệnh viện công cung cấp dịch vụ theo hợp đồng BHYT. Giải pháp này sẽ tách mảng tài chính y tế ra khỏi mảng cung ứng dịch vụ, hạn chế một số thất bại của thị trường do đồng tiền được đặt giữa bệnh nhân và bác sỹ. Các bệnh viện sẽ có động lực cạnh tranh lành mạnh, hơn nữa, với bệnh viện công, giải pháp này còn tránh được tình trạng ngân sách nhà nước chỉ để tăng thu cho bệnh viện (khi họ đã áp dụng cơ chế tự chủ tài chính) mà nguồn thu này nhiều khi được dành để tăng lương cho cán bộ y tế thay vì dành để chữa bệnh cho người nghèo.

⁴ Ngược với BHYT thuộc BHXH, Bảo hiểm y tế thương mại hoạt động với mục tiêu hàng đầu là mang lại lợi nhuận nên các hình thức BH mà công ty BH bán ra được coi như các mặt hàng. Vì vậy, đây là hình thức BH tự nguyện, bổ sung cho BHYT của BHXH

- *Tăng quyền lực cho cơ quan BHYT*: Cần giao cho tổ chức thực hiện BHYT quyền hạn đủ lớn để chủ động thi hành nhiệm vụ kiểm tra, giám sát thu đóng BHYT và quyền hạn thực hiện các biện pháp xử phạt đủ mạnh nhằm đảm bảo thi hành Luật BHYT bắt buộc. BHYT cũng được phép tham gia vào một số hoạt động vốn xưa nay là độc quyền của bệnh viện như chăm thầu cung cấp thuốc bởi BHYT mới là đơn vị chi nhiều tiền thuốc cho bệnh nhân nhất.

- *Tăng cường phân cấp*: Cần xác định mô hình tổ chức BHYT phù hợp hơn cho hoàn cảnh địa lý, kinh tế và xã hội của nước ta. Đặc điểm của một quốc gia đông dân, nền kinh tế của nước đang phát triển, hệ thống y tế đang tiếp tục chuyển đổi là những yếu tố quan trọng cần tính tới trong thiết kế hệ thống tổ chức. Trong giai đoạn tới, mô hình tổ chức BHYT đa quỹ⁵ nhưng có phân cấp mạnh sẽ phù hợp hơn đối với thực trạng khác biệt lớn giữa các tỉnh, thành phố về kinh tế, xã hội, phù hợp với sự phân cấp mạnh mẽ trong quản lý ngân sách nhà nước, quản lý hệ thống cung ứng dịch vụ phòng bệnh, chữa bệnh. Đồng thời mô hình đa quỹ cũng có thể tạo ra sự chủ động cho từng địa phương, đặc biệt trong giai đoạn phát triển các chương trình BHYT tự nguyện.

- *Thực hiện chuyên nghiệp hóa hoạt động BHYT*: Để có đáp ứng tốt hơn cho mục tiêu BHYT toàn dân, cần nâng cao năng lực quản lý của hệ thống BHYT bằng cách chuyên nghiệp hóa công tác BHYT, tách biệt hoạt động BHYT ra khỏi hoạt động của quỹ hưu trí, thất nghiệp; giải pháp tổ chức cần thiết là thiết kế bộ máy quản lý BHYT độc lập với bộ máy quản lý quỹ hưu trí. Mô hình đa quỹ cũng chỉ có thể thực hiện được khi có sự tách biệt hoạt động BHYT và hoạt động quản lý quỹ hưu trí.

- *Thành lập và phát huy vai trò của các tổ chức chuyên môn trong hệ thống BHYT*: Luật BHYT cũng cần tạo cơ sở để thành lập các hội đồng chuyên môn phục vụ cho quá trình xây dựng, hoàn thiện và sửa đổi bổ sung gói quyền lợi BHYT, danh mục thuốc BHYT, danh mục kỹ thuật BHYT. Những hội đồng chuyên môn có thể bao gồm: hội đồng tư vấn danh mục thuốc BHYT, hội đồng tư vấn y học cho BHYT.

⁵ Mô hình đa quỹ: tổ chức quỹ BHYT theo tỉnh, thành phố, hoạt động theo những nguyên tắc chung, nhưng được sự quản lý chủ động, tích cực của các cấp chính quyền địa phương, song song với quỹ dự phòng hoặc quỹ tái bảo hiểm quốc gia nhằm chia sẻ rủi ro giữa các quỹ cấp tỉnh

- *Chấn chỉnh công tác tổ chức thực hiện cung cấp dịch vụ y tế bảo hiểm*

Cần có biện pháp giải quyết hiệu quả vấn đề y đức, cải thiện tốt hơn tinh thần, thái độ và cung cách phục vụ của những cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, triệt để giải quyết những biểu hiện tiêu cực, phiền hà, sách nhiễu. Đây chính là yêu cầu cấp thiết nhất để có thể làm tăng tính hấp dẫn của BHYT và đặc biệt là để củng cố lòng tin của nhân dân vào hệ thống BHYT. Chú trọng giải quyết vấn đề chất lượng dịch vụ y tế bảo hiểm, tăng khả năng và mức bao phủ trong cung cấp dịch vụ để dịch vụ y tế bảo hiểm được cung cấp đồng đều hơn và đáp ứng được yêu cầu về mức độ thuận tiện trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ. Tuy nhiên, việc triển khai nhân rộng phương thức cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế tại tuyến xã cần có sự cân nhắc tới khả năng đáp ứng của cơ sở về năng lực quản lý, đặc biệt là khả năng duy trì an toàn quỹ;

- *Tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục về bảo hiểm y tế giúp cho mọi người dân có được những hiểu biết và thông tin đầy đủ về bảo hiểm y tế để họ có thể hướng ứng, tham gia một cách rộng rãi và tự giác hơn. Công tác này cũng cần được quán triệt thực hiện ngay cả với đội ngũ cán bộ y tế nhằm tránh những hiện tượng nhìn nhận sai lệch trở thành những nguyên nhân dẫn đến tình trạng phân biệt, đối xử ở nhiều cơ sở y tế, thiên về ưu tiên phục vụ cho những người có khả năng chi trả trực tiếp và với mức phí dịch vụ cao hơn. Khắc phục hiện tượng lựa chọn ngược, tăng cường diện bao phủ BHYT tới những người khỏe, giảm bớt số người khi đã có nguy cơ hoặc đã mắc bệnh thì mới tìm mua BHYT và khắc phục tình trạng tham gia BHYT khi còn khỏe mạnh, nhưng đến khi mắc bệnh lại không có khả năng đóng phí bảo hiểm.*

3.3.2. Phát triển hệ thống y tế tư nhân

Phát triển hệ thống y tế tư nhân đi kèm với các biện pháp quản lý chặt chẽ của nhà nước, đảm bảo công tác chăm sóc sức khỏe không đơn thuần là một lĩnh vực kinh doanh vì lợi nhuận. Từng bước khắc phục hạn chế và phát huy thế mạnh của y tế tư nhân bằng các cơ chế tài chính công đối với khu vực này.

Vai trò của kinh tế thị trường là không thể phủ nhận, “Cả thị trường và chính phủ đều cần thiết cho một nền kinh tế vận hành lành mạnh. Thiếu một trong hai điều này thì hoạt động của nền kinh tế hiện đại chẳng khác gì vỗ tay bằng một bàn tay” [45]. Bản thân YTTN cũng là một thực thể kinh tế nên khi hoạt động trong lĩnh vực y tế nó cũng thể hiện nhiều ưu điểm nổi bật như tiết kiệm chi phí, sử dụng đầu vào hiệu quả; linh hoạt, phân bổ theo địa bàn dân cư và đáp ứng tốt nhu cầu KCB của người dân. Tuy nhiên, trong một lĩnh vực đặc thù như KCB, y tế tư nhân cũng mang trong nó những nhược điểm cơ bản như nguy cơ lạm dụng dịch vụ, cơ chế giá thiếu minh bạch... tất cả những điều đó đã khiến YTTN thành một kẻ “lắm tài nhiều tật” với những ưu điểm và không thể phủ nhận nhưng cũng nhiều nhược điểm. Chính vì vậy, sự tồn tại khu vực YTTN là khách quan nhưng nhà nước cũng cần có các biện pháp để hạn chế tối đa những nhược điểm của khu vực này.

Về lý luận có 3 yếu tố để xét phân loại một cơ sở y tế: (1) Sở hữu (công hay tư) (2) Cung ứng (công hay tư), và (3) Tài chính (công hay tư) [72]. Hệ thống y tế tư nhân của Việt nam hiện nay đang được tổ chức theo hình thức: sở hữu tư, cung ứng tư và tài chính tư. Cách tổ chức này đã mang lại những ưu điểm và nhược điểm như trên, những ưu điểm đó chủ yếu đến từ đặc điểm “sở hữu tư” còn nhược điểm lại xuất phát từ “tài chính tư” nên những nhược điểm đó có thể được hạn chế bằng cơ chế tài chính công. Cách thức tổ chức tài chính công hay tư chính là yếu tố ảnh hưởng lớn tới khả năng đạt mục tiêu công bằng của lĩnh vực KCB bởi nó phản ánh ai là người trả tiền và trả khi nào, quyết định tới việc người dân có phải đối mặt với những thảm họa tài chính do bệnh tật hay không và có thể tiếp cận dịch vụ KCB hay không. Với cách tổ chức cơ chế tài chính công (gồm ngân sách nhà nước và BHYT), các bệnh viện tư sẽ chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ KCB cho người dân (có BHYT) và họ sẽ nhận lại chi phí KCB hay điều trị từ cơ quan BHYT hoặc nhà nước sẽ chi trả tất cả phí tổn KCB cho bệnh viện. Cơ chế này sẽ khiến cho người bệnh không phải chi trả trực tiếp chi phí KCB nên hạn chế tối đa nhược điểm không công bằng (vì đã hạn chế khả năng tiếp cận dịch vụ của một bộ phận dân cư nghèo) của y tế tư nhân. Vai trò của cơ chế tài chính công/tư đối với khả năng đảm bảo công bằng trong CSSK được mô tả tóm tắt ở bảng 3.2:

**Bảng 3.2: Đánh giá về khả năng đảm bảo công bằng
của các hình thức tài chính khác nhau**

	Tổ chức theo kiểu công lập (nhà nước)	Tổ chức theo kiểu tư nhân
Cơ chế tài chính công (Ngân sách nhà nước và BHYT)	Công bằng được đảm bảo (+++++)	Công bằng vẫn được đảm bảo (+++)
Cơ chế tài chính tư (viện phí)	Công bằng chưa chắc đã được đảm bảo	Không có công bằng

Nguồn: Phạm Mạnh Hùng, 2009 [31]

Chính vì vậy, về mặt lâu dài cần tiến tới áp dụng cơ chế tài chính công cho các bệnh viện tư (thông qua BHYT). Nhưng trước mắt khi BHYT chưa đạt được mức độ bao phủ toàn dân thì cần các chính sách hỗ trợ sự phát triển của khu vực này cũng như kiểm soát, hạn chế nhược điểm của chúng.

a. Hoàn thiện hệ thống văn bản pháp lý.

Những bất cập hay sự lộn xộn của khu vực YTTN hiện nay bắt nguồn từ việc chưa có một hành lang pháp lý đầy đủ và rõ ràng để điều tiết, hướng đạo khu vực này. Vì vậy, yêu cầu cấp thiết đầu tiên là phải hoàn thiện hệ thống các văn bản pháp lý để các đơn vị quản lý có công cụ thực hiện công việc của mình.

Trước hết là hoàn thiện hệ thống văn bản quy định về giá.

Giá dịch vụ là một vấn đề rất quan trọng đối với người sử dụng dịch vụ và người cung cấp dịch vụ, là một mảng nhạy cảm với nhà quản lý. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có một văn bản cụ thể nào có quy định rõ hay đề cập tới mảng này. Bộ y tế thì chủ yếu quan tâm tới công tác chuyên môn, coi vấn đề quản lý giá là của bộ tài chính. Còn bản thân bộ tài chính thì ý kiến xung quanh vấn đề này lại là “*họ đầu tư, nên giá do họ quy định, đây là sự thỏa thuận giữa người cung cấp và người tiêu dùng*” [7]. Các nhà quản lý khác thường « yên tâm » về giá dịch vụ tại các bệnh viện tư bởi một lý do giản đơn: “*người dân họ tình lắm, người ta cũng biết đâu là giá phù hợp, đâu là không... “tôi không có thời gian xem giá dịch vụ ở miền nam, miền bắc thế nào”* [7].

Về nguyên tắc, giá các dịch vụ YTTN dựa vào khung giá các dịch vụ y tế cho khu vực y tế công theo thông tư liên bộ số 14/TTLB 1995 [8]. Tuy nhiên về bản chất, đây không phải là « giá » vì nó không dựa trên chi phí mà có sự bao cấp của nhà nước nên thông tư 14 không phải là căn cứ định giá của YTTN. Hiện nay, quy trình áp giá tại các cơ sở YTTN diễn ra theo trình tự là họ xây dựng hồ sơ xét duyệt giá các dịch vụ do mình cung cấp trình lên Ủy ban nhân dân tỉnh để đề nghị được duyệt. Tuy nhiên, đó chỉ là thủ tục bởi không có một chế tài hay hình thức nào có thể kiểm soát được biểu giá dịch vụ này. Văn bản hành chính chính thống duy nhất liên quan đến giá dịch vụ YTTN chỉ là: “công khai niêm yết giá khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở hành nghề”. Chính bởi lẽ đó, giá dịch vụ y tế của các cơ sở YTTN được thả nổi, người sử dụng dịch vụ thì đành “ngậm bồ hòn làm ngọt” vì không thể mặc cả với bác sỹ - người đang nắm quyền tối thượng đối với sức khỏe của mình, các cơ sở YTTN thì cạnh tranh không lành mạnh, các đơn vị quản lý thì không thể quản lý được tình hình tài chính các bệnh viện dẫn tới tình trạng trốn, gian lận thuế đang xảy ra ngày càng phổ biến. Vì vậy, nhiệm vụ cấp thiết là ra đời một văn bản quy định về giá dịch vụ với cơ sở YTTN với xu hướng có quy định cụ thể giá cho từng dịch vụ, từng nhóm bệnh và có khống chế trần. Khi tính toán về khung giá cho cơ sở YTTN cần đề cập đến một thực tế là hệ thống y tế tư nhân không được Nhà nước hỗ trợ về kinh phí, cơ sở vật chất, trang thiết bị và đào tạo đội ngũ như y tế công nên mức giá phải tính đủ các chi phí y tế.

Thứ hai, hoàn thiện các văn bản quy định điều kiện thành lập và hành nghề, quy chế hoạt động của các cơ sở y tế ngoài công lập theo hướng quy định rõ vai trò, trách nhiệm, chức năng, mục tiêu hoạt động, các loại hình chất lượng dịch vụ để đảm bảo việc thực hiện các tiêu chuẩn kỹ thuật y tế và quyền lợi của người bệnh.

Thứ ba, hoàn thiện các văn bản quy định về quy mô, tổ chức, mô hình hoạt động của các cơ sở YTTN.

Thứ tư, hoàn thiện các văn bản bảo vệ về mặt pháp lý các hoạt động nghề nghiệp của khu vực YTTN.

Thứ năm, hoàn thiện các văn bản quy định về vấn đề phá sản, giải thể doanh nghiệp cho lĩnh vực đầu tư là bệnh viện.

b. Có các chính sách ưu đãi đặc biệt đối với hoạt động đầu tư của khu vực tư nhân vào lĩnh vực KCB.

Đầu tư vào lĩnh vực KCB là một mảng đầu tư nhiều hứa hẹn nhưng cũng không ít trở ngại. Ngoài những trở ngại liên quan đến tính pháp lý như các yêu cầu về bằng cấp, giấy phép hành nghề, nhà đầu tư còn e ngại các rủi ro về chuyên môn. Bên cạnh đó, đây là một lĩnh vực đầu tư cần vốn rất lớn bởi các chi phí liên quan đến cơ sở hạ tầng hay trang thiết bị y tế. Lĩnh vực này, ngoài ý nghĩa kinh tế tài chính còn giúp giải quyết một vấn đề xã hội khá bức xúc là sự quá tải của các bệnh viện công, gây trở ngại cho người bệnh trong việc tiếp cận các dịch vụ KCB. Vì vậy, lĩnh vực đầu tư đặc biệt này cần nhận được sự hỗ trợ đặc biệt của nhà nước

Một số giải pháp hỗ trợ tài chính:

- Áp dụng mức thuế thu nhập doanh nghiệp ưu đãi đối với các cơ sở YTTN.
- Miễn thuế thu nhập doanh nghiệp trong những năm đầu hoạt động, giảm thuế trong một số năm tiếp theo.
- Giảm thuế nhập khẩu đối với máy móc, thiết bị y tế, đặc biệt đối với các thiết bị hiện đại, chi phí lớn
- Có chế độ miễn giảm thuế cho các cơ sở đào tạo nhân lực cho ngành.
- Cho vay ưu đãi đối với những dự án khả thi xây dựng bệnh viện, trung tâm kỹ thuật cao với những trang thiết bị hiện đại.
- Hoàn thiện cơ chế, chính sách hỗ trợ đặc biệt cho các doanh nghiệp tư nhân đầu tư vào các lĩnh vực khó khăn như bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh mãn tính... để giải quyết bớt tình hình quá tải ở các bệnh viện công.

Chính sách đất đai:

- Có chính sách dành quỹ đất cho xây dựng và phát triển hệ thống YTTN, công khai quỹ đất trong quy hoạch dành cho việc xây dựng các bệnh viện, phòng khám tư nhân. Tại các khu đô thị dành khu đất mới để kêu gọi đầu tư xây dựng bệnh viện.
- Thực hiện công khai và đơn giản hóa thủ tục giao đất, cho thuê đất đối với các cơ sở y tế ngoài công lập.

- Ưu đãi về thuế đất, lệ phí trước bạ nhà, đất cho các bệnh viện tư nhân.

Những chính sách ưu đãi đó cần có sự thống nhất chung trong toàn quốc để tạo ra một môi trường bình đẳng cho các doanh nghiệp YTTN

c. Xây dựng các chính sách coi khu vực y tế tư nhân là một phần trong hệ thống y tế quốc gia.

Y tế tư nhân hoạt động theo cơ chế thị trường nhưng khu vực này vẫn là một bộ phận quan trọng của ngành y với chức năng cung cấp dịch vụ CSSK người dân. Vì vậy, cần thực sự coi y tế tư nhân là một bộ phận cấu thành của ngành y tế trên mọi phương diện: giáo dục chính trị tư tưởng và đạo đức nghề nghiệp, bồi dưỡng chuyên môn tay nghề cũng như việc tuyên dương, khen thưởng bởi khu vực y tế tư nhân cũng cần được tôn vinh và đối xử bình đẳng về mọi mặt trên cơ sở chất lượng và hiệu quả phục vụ. Việc đối xử bình đẳng giữa hai khu vực công và tư còn đặt ra yêu cầu nhà nước cần chăm lo đào tạo nguồn nhân lực cho cả hai khu vực. Khuyến khích hợp tác trong phát triển nhân lực giữa hai hệ thống công và tư, ví dụ trao đổi chuyên môn, hỗ trợ về chuyên môn giữa bệnh viện tư và bệnh viện công trong KCB và luân chuyển bệnh nhân. Bệnh viện công có thể tham gia đào tạo nâng cao chuyên môn, hợp tác nghiên cứu khoa học với bác sỹ ở bệnh viện tư. Thiết lập dây chuyền quản lý bệnh nhân chung giữa hai khu vực công và tư. Thành lập Hội đồng y khoa với sự tham gia của cán bộ y tế trong và ngoài công lập để kiểm soát chất lượng dịch vụ y tế và đảm bảo sự bình đẳng trong nền y tế kết hợp công và tư.

d, Giải pháp về quản lý.

- Mở rộng quy mô, phạm vi, mức độ cung cấp dịch vụ mà tư nhân có thể tham gia. Huy động sự tham gia của YTTN vào công tác CSSK ban đầu, y tế cộng đồng thông qua việc nhà nước đặt hàng cho khu vực YTTN, ví dụ YTTN cung cấp dịch vụ tiêm chủng theo đơn đặt hàng của bộ y tế dưới sự giám sát của các cơ quan chức năng. BHYT ký hợp đồng để các phòng khám, bệnh viện tư nhân được tham gia khám, chữa bệnh cho người có thẻ BHYT để giảm bớt thiệt thòi, hạn chế rủi ro cho người có BHYT trong bối cảnh có đến gần 1/3 chi phí y tế của hộ gia đình là chi cho khu vực YTTN. Việc YTTN được khám bệnh BHYT cũng là tạo công bằng

trong KCB, dần xoá bỏ tâm lý so sánh y tế công và y tế tư nhân trong suy nghĩ của người dân.

- Định kỳ tổ chức tập huấn quy chế chuyên môn, tăng cường công tác tuyên truyền nhằm nâng cao ý thức chấp hành pháp luật của người hành nghề y tư nhân

- Khuyến khích sự tham gia của các hội chuyên môn trong việc đánh giá hoạt động của các nhà cung cấp dịch vụ y tế tư.

- Tăng cường đội ngũ cán bộ quản lý hành nghề y tư nhân.

- Nâng cao năng lực cho đội ngũ thanh tra viên để thường xuyên thanh tra, kiểm tra nhằm duy trì và chấn chỉnh hoạt động của các cơ sở YTTN.

- Tăng cường các hoạt động thanh tra, kiểm tra về hoạt động chuyên môn, giá cả dịch vụ và về việc chấp hành các quy định khác như: Quy định về nhân lực: Việc bổ nhiệm các chức vụ cần tuân thủ, đáp ứng đúng yêu cầu của Bộ. (Với người tham gia hành nghề y tư nhân ngoài đáp ứng các điều kiện của điều 7 và 12 của thông tư 01, 06 của Bộ y tế ban hành năm 2004 thì còn cần được bồi dưỡng kiến thức pháp luật của nhà nước về hành nghề y tư nhân, phải tham gia các chương trình đào tạo về chuyên môn, cập nhật chương trình y tế quốc gia, phòng chống dịch bệnh); Quy định về bảo vệ môi trường: cơ sở phải có trang bị khử trùng, thu gom xử lý rác thải y tế riêng; Vấn đề sử dụng thuốc hợp lý và an toàn: xây dựng phác đồ điều trị của bệnh viện/phòng khám trên cơ sở y học dựa trên bằng chứng, xây dựng danh mục thuốc, giám sát kê đơn hợp lý, thực hiện quy chế kê đơn và bán thuốc theo đơn, không để xảy ra hiện tượng vừa kê đơn vừa bán thuốc.

- Quản lý, giám sát việc niêm yết giá của các dịch vụ YTTN và có các chế tài cụ thể xử lý các vi phạm, tạo ra sự thống nhất chung về mức giá giữa các cơ sở.

- Đẩy mạnh hệ thống thanh tra của ngành y tế, sự giám sát của quốc hội, hội đồng nhân dân và cộng đồng trong việc đảm bảo chất lượng và giá cả dịch vụ y tế.

- Thành lập Hội đồng y khoa với sự tham gia của cán bộ y tế trong và ngoài công lập để kiểm soát chất lượng dịch vụ y tế và đảm bảo sự bình đẳng trong nền y tế kết hợp công và tư.

- Tiến hành phân hạng bệnh viện tư nhân theo các tiêu chí cụ thể, nhằm tạo thuận lợi cho việc luân chuyển bệnh nhân giữa các cơ sở YTTN và y tế công.

- Xem xét cho phép thành lập nghiệp đoàn YTTN vừa để nghiệp đoàn này tham gia quản lý YTTN vừa bảo vệ quyền lợi chính đáng cho khu vực này.

3.3.3. Giải pháp về viện phí

Trong giai đoạn trước mắt, vẫn phải duy trì phương án thu phí bệnh viện công và viện phí cần tính đủ chi phí. Tuy nhiên từng bước thu hẹp quy mô và đối tượng phải nộp phí trực tiếp bằng cách mở rộng diện miễn giảm viện phí và thực hiện sự miễn giảm này một cách có hiệu quả.

Trong điều kiện hiện nay thì viện phí vẫn đang đóng một vai trò vô cùng quan trọng trong việc duy trì các hoạt động của bệnh viện vì đó là một nguồn thu cơ bản. Trong thời gian tới, khi ngân sách nhà nước chưa thể bao cấp toàn bộ chi phí y tế thì viện phí vẫn là một giải pháp không tối ưu nhưng “tốt nhất trong bối cảnh hiện tại”. Tuy nhiên, cần xem xét mức thu viện phí dưới góc độ từng bước tính đủ chi phí vào viện phí chứ không đơn thuần là nhìn nhận dưới góc độ tăng giá (còn việc ai trả viện phí là vấn đề khác).

Dưới góc độ kinh tế, cơ sở sản xuất hay cung ứng hàng hoá/dịch vụ đạt hiệu quả sản xuất khi $MB=MC$ tức lợi ích biên bằng chi phí biên. Như vậy, dưới góc độ lý thuyết, một điều kiện cơ bản để các cơ sở này hoạt động có hiệu quả là phải biết MC của cơ sở mình. Về mặt thực tiễn, viện phí có được tính đủ các cơ sở đó mới biết tường tận các khoản chi phí của mình để có thể hạch toán rõ ràng, duy trì hệ thống kế toán minh bạch, , v.v..., mới có khuyến khích để tiết kiệm, để sử dụng các khoản chi một cách hiệu quả. Việc hạch toán đủ chi phí hay tính đủ giá thành của dịch vụ (Giá thành của dịch vụ là tổng chi phí cho đầu vào mà đơn vị cung ứng dịch vụ phải bỏ ra để thực hiện dịch vụ đó) không những có ý nghĩa đối với cơ sở cung cấp mà còn có ý nghĩa cả với đơn vị quản lý và bên hưởng thụ dịch vụ (bệnh nhân) ở một góc độ nào đó. Sau khi đã có giá thành, đây là cơ sở cho xác định giá cho các dịch vụ. Vì vậy, đây được coi là căn cứ kinh tế để so sánh và yêu cầu đơn vị cung ứng dịch vụ thực hiện đúng chất lượng của dịch vụ: không phải là cứ chi phí cao thì chất lượng mới cao nhưng khi đã tính đúng và đủ giá thành thì đơn vị cung ứng dịch

vụ phải luôn có nghĩa vụ đảm bảo chất lượng dịch vụ và người bệnh có căn cứ để yêu cầu đơn vị cung ứng dịch vụ phải thực hiện dịch vụ có chất lượng [31]. Như vậy người trong diện chính sách, người nghèo, trẻ em dưới sáu tuổi, đồng bào dân tộc thiểu số sẽ được phục vụ tốt hơn, người có khả năng chi trả cũng được tạo điều kiện đóng góp để được hưởng dịch vụ tốt hơn.

Khi giá cung cấp dịch vụ được xác định theo giá thành thì sẽ giảm được những hiện tượng tự xé rào viện phí bằng cách cung cấp dịch vụ theo yêu cầu như hiện nay và tiến tới xu hướng áp dụng chế độ một giá với mỗi loại dịch vụ cho tất cả các đối tượng. Đây là cơ sở để cung cấp dịch vụ với chất lượng ngang nhau cho các đối tượng khác nhau và là điều kiện đạt được công bằng trong CSSK bởi nhiều gói dịch vụ thuần túy y tế và liên quan đến sinh mạng (dịch vụ y tế thiết yếu), không nên phân chia thành “gói dịch vụ rẻ tiền” dành cho người nghèo và “gói dịch vụ đắt tiền” dành cho người giàu. Nguyên tắc này cũng làm cho ngành y tế dễ thực hiện tự chủ, công khai, minh bạch trong tài chính và tránh những tiếng xấu do có cách biệt trong đối xử y tế với các đối tượng khác nhau trong xã hội [31].

Ở một góc độ nào đó việc đặt giá và việc thu theo giá lại là hai vấn đề khác nhau. Chi phí KCB hay mức viện phí theo giá đó do ai chi trả sẽ là phần việc của hệ thống cấp tài chính. Hệ thống cấp tài chính hiện nay bao gồm: NSNN, các quỹ BHYT, tiền chi trả trực tiếp của gia đình bệnh nhân, nguồn từ các quỹ từ thiện khác. Nếu muốn đảm bảo công bằng trong CSSK nhân dân, muốn người nghèo được KCB thì cần tăng nguồn chi trả từ NSNN, BHYT và giảm nguồn chi trả trực tiếp từ người dân. Không thể vì muốn giảm số tiền chi trả trực tiếp từ người dân mà yêu cầu các bệnh viện đặt mức viện phí thấp (trong khi đa số bệnh viện hiện nay phải tự chủ tài chính), tức họ nhiều khi phải giật gấu vá vai hay cung cấp dịch vụ ở mức độ thấp tương ứng với chi phí hay bệnh nhân dù trả tiền theo quy định nhưng vẫn chịu thái độ ban ơn từ cán bộ y tế.

Tuy nhiên, chính sách viện phí một phần hay viện phí tính đủ chắc chắn sẽ càng hạn chế khả năng tiếp cận và thụ hưởng dịch vụ KCB của một bộ phận không

nhỏ người dân có điều kiện kinh tế hạn chế. Vì vậy, để giảm thiểu tác động trái chiều đó, cần quy định các mức viện phí khác nhau với các đối tượng, vùng miền khác nhau. Song song với chính sách này còn cần thực hiện tốt chính sách BHYT toàn dân, mở rộng diện được miễn giảm viện phí và thực hiện tốt chế độ miễn giảm viện phí cho các đối tượng này.

Các giải pháp cụ thể:

- Sửa đổi quy định về viện phí trên cơ sở tính đúng, tính đủ các chi phí trực tiếp phục vụ bệnh nhân theo tinh thần Nghị quyết 05/NQ-CP ngày 18/4/2005 của Chính phủ, trong đó quy định rõ phần nào do Nhà nước hỗ trợ, phần nào người dân tự chi trả; thay đổi cách thanh toán viện phí hợp lý. Không quan niệm "viện phí" là một loại phí, thuộc phạm vi điều chỉnh của Pháp lệnh phí, lệ phí như hiện nay mà quan niệm là "giá dịch vụ y tế".
- Quy định về viện phí phải tiến tới xu hướng “một giá” trong bệnh viện để tạo ra sự công bằng thực sự trong hưởng thụ dịch vụ KCB giữa các nhóm đối tượng. Tuy nhiên, trước mắt khi chưa thể áp dụng ngay cơ chế một giá bởi khả năng chi trả của người dân còn hạn chế, các bệnh viện công vẫn nhận được sự trợ cấp từ ngân sách nhà nước thì vẫn cần các mức viện phí khác nhau cho các đối tượng, vùng miền khác nhau. Sự khác nhau này cần đảm bảo nguyên tắc trợ cấp đúng đối tượng, hạn chế sự quá tải của bệnh viện tuyến trên, khuyến khích sử dụng bệnh viện tuyến dưới. Cụ thể như sau: càng lên tuyến trên viện phí càng cao, KCB trái tuyến chi phí cao hơn KCB đúng tuyến. Đối với người KCB theo đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật thì viện phí chỉ bao gồm những chi phí trực tiếp phục vụ cho người bệnh (như thuốc, máu, dịch truyền, vật tư tiêu hao...), không bao gồm chi phí về tiền lương, tiền công, khấu hao TSCĐ, sửa chữa lớn TSCĐ, đào tạo và nghiên cứu khoa học, chi phí điều hành (bởi các khoản chi này thường do ngân sách nhà nước cấp). Đối với người KCB trái tuyến, vượt tuyến, tự lựa chọn cơ sở KCB, chọn thầy thuốc, chọn buồng bệnh: nhà nước sẽ bao cấp viện phí thấp

hơn đối tượng thứ nhất, chỉ không tính khấu hao nhà cửa hay khấu hao các trang thiết bị khác không trực tiếp liên quan đến người bệnh.

- Từng bước thu hẹp quy mô và đối tượng phải nộp phí trực tiếp bằng cách thực hiện BHYT toàn dân (các giải pháp trong nhóm này sẽ được đề cập trong phần phương án BHYT), mở rộng diện miễn giảm viện phí và thực hiện sự miễn giảm này một cách có hiệu quả. Hiện nay, người thuộc diện chính sách, người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, được nhà nước chi trả hoặc hỗ trợ một phần thông qua cấp miễn phí BHYT. Cần mở rộng diện miễn hoặc giảm viện phí ra cả đối tượng cận nghèo đặc biệt khi họ lâm vào tình trạng gặp thảm họa tài chính do bệnh tật.

3.3.4. Quản lý chặt chẽ đối với các bệnh viện thực hiện phương án liên kết và cung ứng dịch vụ theo yêu cầu.

Trong bối cảnh phát triển mạnh mẽ của khoa học công nghệ, các tiến bộ khoa học này cũng đang được ứng dụng rộng rãi vào lĩnh vực KCB thì nhu cầu đòi hỏi trang thiết bị của các bệnh viện là chính đáng để phục vụ công tác KCB có hiệu quả hơn và cũng là để thoả mãn nhu cầu KCB của người dân, để một bộ phận không phải ra nước ngoài chữa bệnh chỉ vì những lý do trong nước thiếu trang thiết bị. Tuy nhiên, dưới cả góc độ lý thuyết và thực tế thì phương án liên doanh liên kết đang thực hiện hiện nay chứa đựng nhiều rủi ro về cả tính công bằng và hiệu quả. Vì vậy, cần có hành lang pháp lý chặt chẽ cũng như công tác quản lý thực hiện một cách triệt để và hiệu quả.

Khi viện phí đã được tính đủ thì từng bước hạn chế hình thức cung cấp dịch vụ theo yêu cầu hoặc chỉ cung cấp những dịch vụ mang tính hỗ trợ điều trị như phòng ở nội trú cho bệnh nhân hay các dịch vụ ăn ở khác.

Các giải pháp thực hiện cụ thể:

- Hoàn thiện các quy định cho thuê tài sản của các đơn vị sự nghiệp công tự chủ tài chính (đặc biệt là bệnh viện công). Có các quy định cụ thể việc liên doanh, liên kết, cho thuê tài sản nhà nước tại các bệnh viện công để các cơ sở này thực hiện đầy đủ nhiệm vụ được giao.

- Chỉ đạo các bộ, ngành sửa đổi một số quy định để khắc phục những ảnh hưởng tiêu cực phát sinh do liên doanh, liên kết ở các bệnh viện công.
- Ban hành quy chuẩn về xét nghiệm và dịch vụ y tế, nghiên cứu trình Chính phủ và Quốc hội để luật hóa các quy định về liên doanh, liên kết tại bệnh viện công
- Quản lý và giám sát chặt chẽ để các cơ sở y tế thực hiện quy định pháp luật về dân chủ cơ sở trong quá trình thực hiện XHH tại các bệnh viện công như công khai vốn vay, mua sắm, phân chia lợi ích; tuyển chọn thầu, mua máy móc thiết bị...

3.3.5. Điều kiện thực hiện các giải pháp

Để góp phần thực hiện tốt các giải pháp trên, một cách vĩ mô, Đảng và chính phủ cần thực hiện các giải pháp mang tính vĩ mô sau:

(1) Tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền. Các cấp ủy Đảng, chính quyền cần xác định rõ CSSK nhân dân là nhiệm vụ chính trị quan trọng, sức khỏe là mục tiêu, là phương tiện của mọi quá trình phát triển nên cần phải thường xuyên theo dõi và có những chỉ đạo sát sao đối với công tác CSSK nhân dân. Tăng cường sự giám sát của Quốc hội, hội đồng nhân dân các cấp và của cộng đồng đối với lĩnh vực KCB: Giám sát đối với các hoạt động tài chính: ngân sách cho y tế lập dự toán, phân bổ, sử dụng, giám sát thu chi BHYT, viện phí. Thực hiện quy chế dân chủ cơ sở, tuyên truyền chính sách nhà nước để mọi người dân hiểu rõ trách nhiệm và quyền lợi của mình, quản lý chặt chẽ giá thuốc

(2) Hoàn thiện hệ thống pháp luật: Vai trò của nhà nước không chỉ là đối tượng duy nhất cung cấp dịch vụ CSSK nhân dân mà vai trò của nhà nước chuyển dần sang mảng điều tiết, giám sát hoạt động của cả hệ thống y tế bao gồm hai khu vực: nhà nước và tư nhân. Củng cố hệ thống thanh tra nhằm thực hiện công việc giám sát tốt hơn. Tạo hành lang pháp lý vững chắc cho các hoạt động KCB cũng như là cơ sở cho việc thanh tra, giám sát. Rà soát lại các văn bản, tránh hiện tượng chồng chéo, mâu thuẫn nhau giữa các văn bản hay vừa thừa vừa thiếu.

(3) Tiếp tục ổn định chính trị-xã hội: Thu hút đầu tư nước ngoài, phát triển kinh tế, tăng nguồn thu ngân sách... Ổn định chính trị xã hội các vùng xa, vùng sâu và tổ chức tốt việc chăm lo sức khoẻ cho người dân các vùng này.

(4) Cân đối tầm vĩ mô một cách hài hoà giữa “quy luật kinh tế thị trường” và “tính nhân đạo của ngành y tế” - chữa bệnh cứu người, bất kể người đó giàu hay nghèo; giữa "kinh tế thị trường" - chú trọng đến lợi nhuận, và bản chất của chế độ xã hội chủ nghĩa - chú trọng đến bảo đảm an sinh xã hội thiết yếu của người dân, đặc biệt là người thuộc diện chính sách, người nghèo, người dân tộc, trẻ em. Thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khoẻ thông qua việc Nhà nước phải bảo đảm khoảng trên 50% ngân sách cho sự nghiệp y tế, người dân tự trả chỉ chiếm dưới 50%

(5) Nhà nước cần tăng cường đầu tư hơn nữa về ngân sách bảo vệ sức khoẻ. Có chính sách đầu tư hợp lý và tạo nguồn ngân sách để duy trì hoạt động và phát triển hệ thống y tế. Thực hiện cấp ngân sách y tế theo đầu người dân và thay đổi các cơ chế quản lý ngân sách cho phù hợp, tăng cường sự quản lý và điều hành của ngành y tế đối với ngân sách y tế.

(6) Củng cố y tế cơ sở. Đây là điều kiện tiên quyết để có thể phát huy tác dụng của chính sách BHYT cho người nghèo nói riêng. Vai trò của y tế cơ sở được tăng cường đồng nghĩa với việc người dân được dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế mà không quá tốn kém, giảm dần chi từ tiền túi cho y tế. Vì vậy, trước hết nhà nước phải chăm lo xây dựng và có chính sách đãi ngộ hợp lý đối với cán bộ y tế cơ sở để thu hút cán bộ y tế có trình độ về làm việc tại tuyến cơ sở và yên tâm làm việc tại đây. Cần đầu tư đúng mức cho y tế cơ sở về trang thiết bị y tế và cơ sở vật chất khác

(7) Hoàn thiện chính sách đãi ngộ với cán bộ y tế, kết hợp chấn chỉnh tinh thần thái độ phục vụ bệnh nhân. Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị đã chỉ rõ quan điểm “Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt”. Sự đặc biệt của nghề y ở chỗ đây là một nghề chữa bệnh cứu người nên cần trình độ chuyên môn cao, tinh thần làm việc, học tập nghiêm túc và có y đức. Để có được trình độ chuyên môn cao thực hiện tốt công tác KCB, người bác sỹ

phải học tập dài, làm việc vất vả, đặc biệt là giai đoạn đầu khi mới ra trường. Tuy nhiên chế độ đãi ngộ hiện nay đối với cán bộ ngành y còn ở mức rất thấp so với công sức, trí tuệ họ bỏ ra. Chính vì lẽ đó đã dẫn tới những hậu quả như ở một số cán bộ y đức bị xói mòn. Bên cạnh đó là những tác động xấu tới việc phân bổ cán bộ ngành y: chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn, chủ yếu ở những ngành nghề có thu nhập cao, dễ làm ngoài...mà ngại về các vùng khó khăn, miền núi, hải đảo, tuyến y tế cơ sở hay các chuyên khoa như tâm thần, y tế dự phòng, các bệnh lây nhiễm như HIV/AIDS... Vì vậy, trong thời gian tới, Chính phủ cần tiếp tục sửa đổi, ban hành các chính sách theo hướng chăm lo tốt hơn đời sống cán bộ y tế, xây dựng chính sách tiền lương tương xứng với những đặc thù nghề nghiệp. Đào tạo một đội ngũ cán bộ có cơ cấu đồng bộ, thích hợp với từng giai đoạn phát triển của hệ thống y tế. Có chính sách tuyển dụng thông thoáng, sử dụng cán bộ y tế một cách hợp lý, có chế độ đãi ngộ thỏa đáng để khuyến khích cán bộ y tế đến công tác tại y tế cơ sở, tại các khu vực miền núi, vùng khó khăn. Tích cực luân chuyển, luân phiên, biệt phái cán bộ y tế giữa các vùng - miền, giữa các tuyến trung ương và địa phương để hỗ trợ, nâng cao năng lực chuyên môn cho tuyến dưới và tuyến cơ sở. Giáo dục y đức và tinh thần phục vụ, truyền thống "thầy thuốc như mẹ hiền", bồi dưỡng kiến thức và kỹ năng phù hợp với nhiệm vụ được giao. Coi trọng việc trang bị kiến thức phòng bệnh cho cán bộ y tế. Ngăn chặn và khắc phục mọi hành vi tiêu cực trong việc khám, chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe nhân dân.

(8) Từng bước xây dựng và phát triển hệ thống thông tin y tế. Đây là cơ sở cho sự triển khai công tác BHYT toàn dân, sự liên kết giữa khối YTTN và y tế nhà nước cũng như phục vụ công tác quản lý của nhà nước.

(9) Đẩy mạnh công tác thông tin, tuyên truyền cho người dân về chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như chính sách BHYT toàn dân.

(10) Tổ chức lại ngành dược và trang thiết bị y tế ở trung ương và địa phương. Thuốc và trang thiết bị y tế là đầu vào vô cùng quan trọng đối với công tác KCB, ảnh hưởng lớn tới chi phí KCB. Trong điều kiện hiện nay, ngân sách nhà nước còn hạn hẹp, không đủ chăm lo cho gần 90 triệu dân, hơn 50% chi phí y tế là do nhân dân tự bỏ tiền túi trong khi thu nhập trung bình đầu người vẫn ở mức thấp

nên chi phí đang là gánh nặng cho người dân. Đa số thuốc được sử dụng hiện nay là thuốc nhập khẩu. Trước mắt, nhà nước cần quản lý chặt chẽ giá thuốc cũng như quy trình đấu thầu cung cấp thuốc cho các bệnh viện. Về mặt lâu dài cần phát triển ngành dược trong nước, hạn chế chi phí nhập khẩu thuốc và hạn chế sự phụ thuộc.

*

* *

XHH y tế là một giải pháp tổng thể đa mục tiêu, là sự hòa trộn đa ngành. Mỗi phương thức XHH y tế chỉ có thể đáp ứng mục tiêu nào đó và phù hợp với những bối cảnh nhất định chứ không phải là một cỗ máy vạn năng. Chương 3 đã đề ra các giải pháp cơ bản để các phương thức XHH y tế có thể phát huy được ưu điểm một cách tốt nhất và hạn chế nhược điểm do chúng gây ra, góp phần thực hiện thành công công cuộc XHH y tế ở Việt Nam.

KẾT LUẬN

Chăm sóc sức khỏe nhân dân luôn là lĩnh vực được các quốc gia quan tâm bởi tầm quan trọng, mức độ ảnh hưởng của nó đối với tiến trình phát triển của đất nước. Cải tổ lĩnh vực y tế là công việc làm đầu đầu lãnh đạo mọi quốc gia, đặc biệt là các quốc gia đang phát triển bởi sự mâu thuẫn giữa nhu cầu CSSK nhân dân và khả năng đáp ứng của nguồn lực. Hơn nữa, CSSK nhân dân nói chung hay công tác khám chữa bệnh nói riêng là một lĩnh vực đa ngành: Kinh tế-y tế-xã hội. Sự đan xen giữa ba lĩnh vực này khiến cho việc đạt mục tiêu công bằng và hiệu quả của ngành y nhiều khi mâu thuẫn. Để giải quyết bài toán phức tạp đó, Việt Nam thực hiện một chủ trương, một giải pháp mang tính tổng thể là xã hội hóa y tế với bốn phương thức XHH cơ bản cùng được thực hiện song song nhằm mục tiêu bổ trợ cho các khiếm khuyết của nhau.

Một cách tổng quát, luận án đã nghiên cứu và phân tích cả bốn phương thức XHH y tế để chỉ ra ưu nhược điểm của chúng. Từ cơ sở này, luận án đề xuất một hệ thống các giải pháp nhằm thực hiện thành công chủ trương XHH y tế. Cụ thể, luận án đã đạt được những kết quả sau:

- Giới thiệu một cách cơ bản về hệ thống y tế và các phương thức XHH y tế.
- Làm rõ nội hàm của XHH y tế: Thuật ngữ XHH nói chung hay XHH y tế nói riêng là thuật ngữ gây nhiều tranh cãi từ trước tới nay với nhiều ý kiến đa chiều, đôi khi là các ý kiến hoàn toàn trái ngược. Điều này gây băn khoăn cho những ai sử dụng những thuật ngữ này bởi không biết đâu là đúng đâu là sai. Không những thế, những sự hiểu biết lệch lạc nhiều khi khiến cho việc thực hiện XHH y tế không đi đúng hướng. Khắc phục tồn tại đó, luận án đã tiến hành nghiên cứu tổng quan rất nhiều nghiên cứu về XHH và phân tích những điểm phù hợp hay chưa của các nghiên cứu đó về XHH và rút ra kết luận: bản chất của XHH là gì. Đây là cơ sở quan trọng bởi khi chưa có sự hiểu rõ hay thống nhất về khái niệm, phạm trù thì chưa có sự thực thi đúng đắn nội dung của khái niệm, phạm trù đó và chính nó lại là những rào cản của sự phát triển. Bên cạnh đó, luận án còn làm rõ nội hàm của XHH

y tế như nội dung, bản chất của XHH y tế. Những vấn đề lý luận khác của XHH y tế cũng được làm rõ như cơ sở, vai trò của XHH y tế và đối tượng thực hiện chúng.

- Luận án đã đi sâu nghiên cứu và phân tích một cách có khoa học và hệ thống về đặc thù kinh tế của thị trường y tế. Từ các đặc thù này, luận án đã xây dựng được hệ thống 16 nguyên lý cơ bản mà hoạt động CSSK cần thoả mãn, cung cấp cơ sở lý thuyết quan trọng cho việc đánh giá các phương thức XHH y tế.

- Luận án phân tích một cách toàn diện thực trạng XHH y tế thông qua phân tích bốn phương thức XHH y tế cơ bản. Những thế mạnh hay hạn chế của các phương thức này cũng như những ưu điểm, nhược điểm của chúng đã bộc lộ trong quá trình vận dụng cũng được làm rõ. Việc tổ chức hệ thống y tế như thế có phù hợp để họ thực hiện nhiệm vụ trong công cuộc xã hội hoá y tế hay không. Kinh nghiệm quốc tế trong việc áp dụng các phương thức XHH y tế cũng được đề cập chi tiết, là cơ sở thực tiễn cho việc tìm ra các giải pháp xác đáng thực hiện công cuộc xã hội hoá y tế.

- Từ khung lý thuyết và phân tích thực trạng ở các chương trước, luận án đề cập hệ thống các quan điểm, giải pháp cần thực hiện nhằm đạt được kết quả tốt nhất trong công cuộc thực hiện xã hội hoá y tế. Với cách tiếp cận vấn đề dưới góc độ kinh tế y tế như phân tích đặc thù kinh tế của thị trường y tế, quy luật kinh tế của các hoạt động trong lĩnh vực y tế như đặc thù đầu ra, đầu vào, quy luật cung - cầu, quy luật giá cả....Các giải pháp của luận án có ý nghĩa thực tiễn trong bối cảnh chúng ta đang tiến hành xã hội hoá nhiều lĩnh vực. Giải pháp của luận án góp phần giải quyết vấn đề quan trọng của hệ thống y tế là hoạt động có hiệu quả và công bằng.

NHỮNG CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Đặng Thị Lệ Xuân (2002)**, *Financing health care for the Poor: What works best in helping the Poor?*, Luận văn thạc sỹ Kinh tế y tế, Đại học tổng hợp Heidelberg đào tạo tại Đại học Kinh tế quốc dân, Hà nội.
2. **Đặng Thị Lệ Xuân (2007)**, “Thất bại của thị trường trong lĩnh vực y tế và sự phân chia nhiệm vụ giữa nhà nước và tư nhân”, *Tạp chí Kinh tế và dự báo*, (số 406).
3. **Đặng Thị Lệ Xuân (2007)**, “Xã hội hoá y tế nhằm đảm bảo tính công bằng và hiệu quả”, *Tạp chí kinh tế và phát triển*, (số 116).
4. **Đặng Thị Lệ Xuân (2008)**, *Thúc đẩy sự tham gia của khu vực tư nhân vào hoạt động khám chữa bệnh ở Hà nội*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trường đại học Kinh tế quốc dân, Hà nội.
5. **Đặng Thị Lệ Xuân (2009)**, Phân định nhiệm vụ giữa khu vực nhà nước và khu vực tư nhân nhằm thực hiện thành công chủ trương xã hội hoá y tế, Hội thảo *Những vấn đề đặt ra trong quá trình thực hiện chủ trương của Đảng về xã hội hoá các dịch vụ công*, Văn phòng Trung ương Đảng, Hà nội.
6. **Đặng Thị Lệ Xuân (2009)**, “Phân định nhiệm vụ giữa khu vực nhà nước và khu vực tư nhân Nhằm thực hiện thành công chủ trương xã hội hoá y tế”, *Tạp chí văn phòng cấp ủy*, (số 12).
7. **Đặng Thị Lệ Xuân (2010)**, *Xã hội hoá tài chính y tế Việt Nam và kinh nghiệm quốc tế trong việc áp dụng các mô hình tài chính y tế*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Trường đại học Kinh tế quốc dân, Hà nội.
8. **Đặng Thị Lệ Xuân (2010)**, “Bài toán viện phí – Vấn đề tăng giá hay tính đủ?”, *Tạp chí kinh tế và dự báo*, (số 23).
9. **Đặng Thị Lệ Xuân (2010)**, “Bàn về tính hiệu quả trong hoạt động khám chữa bệnh của khu vực tư nhân”, *Tạp chí Công nghiệp*, (số 41).
10. **Đặng Thị Lệ Xuân (2010)**, “Bảo hiểm y tế toàn dân năm 2014: Những trở ngại cần phải vượt qua”, *Tạp chí Kinh tế và Phát triển*, (số 162 (II)).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt:

1. Nguyễn Quang A (2008), Xã hội hóa có nghĩa là gì và không có nghĩa là gì, *Seminar IDS ngày 21-3-2008*.
2. Ardeshir Sepehri và các cộng sự (2005), *Phí sử dụng, quyền tự chủ tài chính và khả năng tiếp cận với các dịch vụ xã hội ở Việt nam*. Văn phòng điều phối các chương trình của Liên hợp quốc, Hà nội.
3. Đinh Văn Ân và Hoàng Thu Hòa (2006), *Đổi mới cung ứng dịch vụ công ở Việt Nam*, Nhà xuất bản thống kê, Hà nội.
4. Ban thi đua khen thưởng Trung ương (2010), *Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng: Quá trình xây dựng và trưởng thành*, truy cập ngày 09-2-2010 tại trang web
http://www.thiduahenthuongvn.org.vn/TDKT/index.php?option=com_content&task=view&id=1085.
5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2009), "Thanh toán theo nhóm chẩn đoán tại Cộng hoà Liên bang Đức", *Tạp chí bảo hiểm xã hội*, số 6B/2009 (132).
6. Bệnh viện Bãi Cháy (2009), *Bệnh viện ĐK khu vực Bãi Cháy : Khai trương máy chụp cộng hưởng từ*, truy cập ngày 19-8-2009, tại trang web
http://www.benhvienbaichay.vn/?id_pnews=340&lg=vn&start=0.
7. Trịnh Hòa Bình và các cộng sự (2003), Bài toán công bằng và hiệu quả trong các bệnh viện tư ở Việt nam hiện nay, *Khóa học lần thứ tư diễn đàn kinh tế-tài chính Việt-Pháp*, Thành phố Hồ Chí Minh.
8. Bộ Khoa học-Công nghệ (2003), *Nghiên cứu thực trạng và xây dựng mô hình huy động xã hội thực hiện xã hội hoá y tế đảm bảo công bằng và hiệu quả trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân*, Đề tài cấp nhà nước, Hà nội.
9. Bộ y tế (2008), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008-Tài chính y tế ở Việt nam*, Hà nội.
10. Bộ y tế (2010), *Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009*, Hà nội.
11. Bộ y tế (2010), *Niên giám thống kê y tế 2009*, Hà nội.

12. Bộ y tế và Tổ chức y tế thế giới (2010), *Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt nam thời kỳ 1998-2008*, Nhà xuất bản thống kê, Hà nội.
13. H Cát (2008), *Xã hội hoá y tế: Gánh nặng cho người nghèo?*, truy cập ngày 22/04/2008, tại trang web <http://203.162.168.143/xahoi/2008/04/779725/>.
14. Trần Thị Trung Chiến (2005), *Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển*, truy cập ngày 14-7-2008, tại trang web <http://www.moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1457&ID=2778>.
15. Chính phủ (2007), *Hội nghị sơ kết Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP của Chính phủ về đẩy mạnh các hoạt động Xã hội hóa trong lĩnh vực Giáo dục, Y tế, Văn hóa và Thể dục Thể thao*, Hà nội.
16. Chính phủ (1997), *Nghị quyết 90CP về chủ trương xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá của Chính phủ*. Hà nội.
17. Claude, Evin (2003), *Tính công bằng và cấp tài chính cho khu vực y tế trong các nước đang chuyển đổi, Khóa họp lần thứ tư, diễn đàn kinh tế-tài chính Việt-Pháp*. Thành phố Hồ Chí Minh.
18. Cục quản lý khám chữa bệnh- Bộ y tế (2009), *Báo cáo công tác khám chữa bệnh*, Thành phố Hồ Chí Minh.
19. Đàm Viết Cương (2005), *Tiến tới thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khoẻ nhân dân: vấn đề và giải pháp*, Nhà xuất bản chính trị quốc gia, Hà nội.
20. Vũ Cương và các cộng sự (2003), *Tác động của nghị định 10/2002/NĐ-CP đến hoạt động của các đơn vị cung cấp dịch vụ công: Trường hợp của các bệnh viện công Việt Nam, Diễn đàn phát triển Việt nam, Dự án liên kết giữa GRIPS và NEU*, Hà nội.
21. Phạm Huy Dũng và các cộng sự (1999), *Viện phí và người nghèo ở Việt Nam, Viện chiến lược và chính sách y tế*, Hà nội.
22. Phạm Huy Dũng và Phạm Huy Tuấn Kiệt, *Phân tích và dự báo hệ thống y tế ở Việt Nam để phát triển chiến lược và chính sách kinh tế*, truy cập ngày 29-9-

- 2009, tại trang web
<http://www.hspi.org.vn/medjournals/vn/home/InfoDetail.jsp?parts=fulltext&ID=332&MagazineID=0>.
23. Phạm Trí Dũng (2009), *Tổng quan chung về bệnh viện Việt Nam hiện nay*, truy cập ngày 21-10-2009 tại trang web <http://www.vpha.org.vn/index.php/Tap-chi-Y-te-cong-cong-So-12/tng-quan-chung-v-bnh-vin-vit-nam-hin-nay/Tat-ca-cac-trang.html>.
24. Khương Duy (2010), *Tăng viện phí: Đồn người nghèo vào thế bí?*, truy cập ngày 25/07/2010, tại trang web <http://tuanvietnam.net/2010-07-24-tang-vien-phi-don-nguoi-ngheo-vao-the-bi->.
25. Ngô Toàn Định (2004), *Đổi mới cơ chế quản lý bệnh viện công-xã hội hóa các hoạt động khám chữa bệnh*, trong Chu Văn Thành, chủ biên, *Dịch vụ công và xã hội hóa dịch vụ công-một số vấn đề lý luận và thực tiễn*, Nhà xuất bản chính trị quốc gia, Hà nội, tr 249-270.
26. Nghiêm Xuân Đức (1994), *Kinh tế y tế cho các nước đang phát triển, một công cụ sống còn*, Nhà xuất bản y học, Hà nội.
27. Nguyễn Đức (2009), *Tiêu cực tại bệnh viện K: Bệnh nhân phải “chạy” để được điều trị*, truy cập ngày 15/07/2009 tại trang web <http://dantri.com.vn/c7/s7-337341/tieu-cuc-tai-benh-vien-k-benh-nhan-phai-chay-de-duoc-dieu-tri.htm>.
28. Goran, Dahlgren (2008), *Chính sách y tế dựa trên cơ sở thực chứng* truy cập ngày 22-6-2009, tại trang web
<http://www.hspi.org.vn/medjournals/vn/home/InfoDetail.jsp?parts=fulltext&ID=321&MagazineID=0>.
29. Trần Ngọc Hiền (2009), *Xã hội hóa dịch vụ công: quan điểm tiếp cận và kinh nghiệm một số nước*, *Hội thảo khoa học Những vấn đề đặt ra trong quá trình thực hiện chủ trương của Đảng về xã hội hoá các dịch vụ công*, VPTUĐ, Hà nội.
30. Nguyễn Trí Hòa (2004), *Một số ý kiến về xã hội hóa dịch vụ công*, trong Chu Văn Thành, chủ biên, *Dịch vụ công và xã hội hóa dịch vụ công-một số vấn đề lý luận và thực tiễn*, Nhà xuất bản chính trị quốc gia, Hà nội, tr 185-192.

31. Phạm Mạnh Hùng, *Vai trò của cơ chế tài chính y tế trong hoạch định chiến lược y tế*, truy cập ngày 16/6/2009, tại trang web
<http://www.tuyengiao.vn/Home/khoagiao/cacvandexahoi/2009/6/10196.aspx>
32. Nguyễn Vi Khải (2009), Xã hội hoá dịch vụ công, từ quan điểm, nhận thức đến thực tiễn, *Hội thảo khoa học Những vấn đề đặt ra trong quá trình thực hiện chủ trương của Đảng về xã hội hoá các dịch vụ công*, VPTUĐ, Hà nội.
33. Bút Chi Kim (2004), *Vài suy nghĩ về cụm từ “xã hội hóa giáo dục”*, truy cập ngày 17-4-2008, tại trang web
<http://edu.net.vn/forums/p/22723/22940.aspx#22940>.
34. Lý Ngọc Kính và Trần Quốc Khoa (2005), *Nhìn nhận bước đầu về hoạt động của bệnh viện ngoài công lập*, truy cập ngày 18/01/2005 tại trang web
<http://moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1461&ID=999>.
35. Trần Chí Liêm (2008), *Thành tựu y tế năm 2006 - Mục tiêu và giải pháp năm 2007*, truy cập ngày 17/7/2008, tại trang web
<http://tuyengiao.vn/Home/MagazineStory.aspx?mid=2&mzid=8&ID=22>.
36. Bùi Trọng Liễu (2007), *Những kỳ dị đằng sau cụm từ "xã hội hóa" giáo dục*, truy cập ngày 22/07/2007 tại trang web <http://vietbao.vn/Giao-duc/Nhung-ky-di-dang-sau-cum-tu-xa-hoi-hoa-giao-duc/20721181/203/>.
37. Nguyễn Loan (2010), *Jamkesmas-Chương trình BHYT cho người nghèo ở Indonesia*, truy cập ngày 16-7-2010, tại trang web
http://www.tapchibaohiemxahoi.org.vn/index.asp?action_menu=ChuyenMuc_Detail&BaiViet_id=1652&MucLuc_ID=848.
38. Nguyễn Thị Mai Loan (2008), "BHYT toàn dân theo luật định ở CHLB Đức", *Tạp chí bảo hiểm xã hội*, (số 4-2008).
39. Nguyễn Thị Mai Loan (2008), "Những thách thức khi áp dụng thanh toán theo nhóm chẩn đoán ở CHLB Đức ", *Tạp chí bảo hiểm xã hội*, (số 1- 2008).
40. Michel, Grignon và Phạm Huy Dũng (2003), *Tiếp cận dịch vụ y tế và đảm bảo tài chính cho y tế ở Việt nam, Khóa họp lần thứ tư diễn đàn kinh tế,tài chính*

Việt-Pháp, Thành phố Hồ Chí minh.

41. Nguyễn Hoài Nam (2006), *Phải xã hội hoá nền y tế mới phát triển*, truy cập ngày 22/05/2008, tại trang web <http://vietbao.vn/Trang-ban-doc/Phai-xa-hoi-hoa-nen-y-te-moi-phat-trien/20552695/478/>.
42. Ngân hàng thế giới (1999), *Việt nam, tiếng nói của người nghèo*, Hà nội.
43. Ngô Thanh Nhân (2006), *Xung quanh từ “xã hội hoá” trong Dự thảo Báo cáo Chính trị tại Đại hội X Đảng Cộng Sản Việt Nam*, truy cập ngày 8/3/2006, tại trang http://www.cs.nyu.edu/~nhan/xahoihoa_2006.pdf.
44. Hoàng Thị Thúy Nguyệt (2006), *Các giải pháp tài chính thúc đẩy phát triển sự nghiệp y tế ở Việt Nam*, Luận án tiến sỹ kinh tế, Học viện tài chính, Hà nội
45. Paul, Samuelson và William, Nordhaus (1997), *Kinh tế học (2 tập)*, NXB Chính trị quốc gia, Hà nội.
46. Tòng Thị Phóng (2008), *Báo cáo kết quả giám sát thực hiện chính sách pháp luật về xã hội hóa công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân*, ủy ban thường vụ Quốc hội.
47. Nguyễn Minh Phương (2010), *Nhận thức về xã hội hóa hoạt động giáo dục, y tế ở nước ta hiện nay*, Tạp chí Lý luận Chính trị số 10-2010.
48. Đỗ Nguyên Phương (2004), *Xây dựng một hệ thống y tế phát triển và công bằng trong điều kiện của nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa ở Việt Nam*, truy cập ngày 29-1-2008, tại trang web www.moh.gov.vn.
49. Quốc hội (2008), *Nghị quyết số 18/2008/NQ-QH12 của Quốc hội khoá XII*, kỳ họp thứ 3 ngày 03/06/2008.
50. Quốc hội (2008). *Tài liệu thảo luận ngày 20-5-2008 về công tác xã hội hoá chăm sóc sức khỏe nhân dân*, Hà nội.
51. Quỹ bảo hiểm sinh viên Pháp (2009), *Bảo hiểm xã hội tại Pháp*, truy cập ngày 25-11-2010, tại trang web http://www.lmde.com/fileadmin/pdf/international/vietnamien_complet.pdf.
52. Remigio d. Mercado (1994), *Tài liệu về quản lý hệ thống y tế*, Đề án đào tạo 03 Sida/Indevelop, Bộ y tế, Hà nội.

53. Sở y tế Thành phố Hồ Chí Minh (2009), *Tình hình thực hiện chủ trương xã hội hóa y tế tại Thành phố Hồ Chí Minh*, truy cập ngày 21-5-2009, tại trang web http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/tintuc/news_detail.asp?period_id=1&cat_id=289&news_id=3887.
54. Huỳnh Bửu Sơn (2007), “Xã hội hóa dịch vụ công”, *Doanh nhân Sài Gòn Cuối tuần*, (29/6/2007), Trang vấn đề.
55. Ngọc Thanh (2008), *TPHCM: Xã hội hoá y tế - Nhà đầu tư trong nước đủ lực*, truy cập ngày 12/3/2008, tại trang web http://www.tin247.com/tphcm_xa_hoi_hoa_y_te_nha_dau_tu_trong_nuoc_du_luc-10-66085.html.
56. Nguyễn Thị Thanh và các cộng sự, *Kết quả nghiên cứu triển khai mô hình xhh y tế tại Bắc Kạn*, truy cập ngày 15-3-2009, tại trang web <http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/portal/index.jsp>.
57. Đặng Thảo (2008), "Bảo hiểm y tế ở Pháp-Kinh nghiệm cho Việt nam", *Tạp chí bảo hiểm xã hội*, (số 7-2008).
58. Nguyễn Văn Thường (2008), *Một số chủ trương và giải pháp thực hiện xã hội hoá công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân*, truy cập ngày 20-8-2009, tại trang web <http://www.cimsi.org.vn/Chinhhsach/yttddm/yttddm3.htm><http://www.cimsi.org.vn/Chinhhsach/yttddm/yttddm3.htm>.
59. Trần Thu Thủy (2009), *Một số vấn đề cần quan tâm trong chính sách thu viện phí hiện nay*, truy cập ngày 12-4-2010 tại trang web <http://www.hspi.org.vn/medjournals/vn/home/InfoDetail.jsp?parts=fulltext&ID=333&MagazineID=0>
60. Trần Văn Tiến (2008), *Y tế tư nhân và kỳ vọng về khả năng đáp ứng của y tế tư nhân cho mục tiêu hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe nhân dân*, truy cập ngày 18-6-2009, tại trang web www.hspi.gov.vn.
61. Trần Văn Tiến (2009), *Chương trình cải cách y tế của tổng thống đắc cử Barack Obama*, truy cập ngày 07/08/2009 tại trang web <http://www.hspi.org.vn/vcl/vn/home/InfoDetail.jsp?area=1&cat=92&ID=1149>.

62. Trường đại học nông lâm Thành phố Hồ Chí Minh (2009), *Phương pháp nghiên cứu định tính*, truy cập ngày 20-2-2011, tại trang web <http://www2.hcmuaf.edu.vn/data/quoctuan/Phuong%20phap%20nghien%20cuu%20dinh%20tinh.pdf>
63. Tổng cục thống kê (2008), *Kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2008*, Nhà xuất bản thống kê, Hà nội.
64. Hà Trang (2008), *Phát huy thế mạnh của y tế tư nhân*, truy cập ngày 16/7/2008, tại trang web <http://baoninhbinh.org.vn/news/26/2DAD52/Phat-huy-the-manh-cua-y-te-tu-nhan>.
65. Nguyễn Quốc Triệu (2008), *Báo cáo tình hình thực hiện chính sách, pháp luật về công tác xã hội hoá chăm sóc sức khoẻ nhân dân*, Chính phủ, Hà nội.
66. Trần Quang Trung (2006), *Thực trạng hoạt động của các cơ sở hành nghề y tư nhân tại các quận của Thành phố Hà nội và xây dựng mô hình quản lý*, Luận văn thạc sỹ, Học viện quân y, Hà nội.
67. Nguyễn Văn Tuấn (2007), *Tự trị, chất lượng và y đức thay vì cổ phần hóa bệnh viện công*, truy cập ngày 19/05/2007, tại trang web <http://tuoitre.vn/Chinh-tri-Xa-hoi/201903/Tu-tri-chat-luong-va-y-duc-thay-vi-co-phan-hoa-benh-vien-cong.html>.
68. Ủy ban thường vụ quốc hội (2003), *Pháp lệnh hành nghề y, dược tư nhân*.
69. Phạm Văn và Chí Dũng (2007), *Cổ phần hóa bệnh viện*, truy cập ngày 12-4-2008 tại trang web <http://vneconomy.vn/71079P7C705/co-phan-hoa-benh-vien.htm>.
70. Phạm Văn Vận và Vũ Cương, chủ biên (2004), *Giáo trình kinh tế công cộng*, NXB Thống kê, Hà nội.
71. Viện chiến lược và chính sách y tế (2006), *Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam*, Hà nội.
72. Viện chiến lược và chính sách y tế (2009), *Bệnh viện tư chủ: Thực trạng, hướng phát triển và bước đi*, truy cập ngày 10-2-2009, tại trang web <http://www.hsapi.org.vn/medjournals/vn/home/index.jsp>.

73. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2009), *Đánh giá tác động ban đầu của việc thực hiện tự chủ tài chính bệnh viện đối với cung ứng và chi trả dịch vụ y tế*.
74. Vụ bảo hiểm y tế - Bộ y tế (2011), *Thực hiện Bảo hiểm y tế - Kết quả đạt được 2010 và trọng tâm công tác 2011*, Báo cáo tại hội nghị chuyên đề khám chữa bệnh, tổ chức ngày 21-2-2011, Hà nội.

Tài liệu tiếng Anh

75. Agus, Suwandono (2000), "Health sector reforms: The Indonesia experience", trong Phạm Mạnh Hùng, chủ biên, *Efficient, equity-oriented strategies for health: international perspective-focus on Vietnam*, University of Melbourne, Melbourne, tr. 207-221.
76. Alexander, S. Preker và April, Harding (2000), *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*, World Bank.
77. Alistair, McGuire và các cộng sự (1998), *The economics of health care*, Routledge, London.
78. Arhin, Tenkorang DC (2002), "Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection and Resource Mobilization", trong Alexander S. Preker, chủ biên, *Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing*, WB, Washington, D.C, tr. 94-116.
79. Brian, Abel-Smith (1994), *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, Longman, London.
80. Department for International Development (DFID) (2000), *Better health for poor people. Strategies for achieving the International development targets*.
81. Dyna, Arhin-Tenkorang (2000), *Mobilizing Resources for Health: The Case for User Fees Revisited*, CMH Working Paper Series, WHO, USA.
82. Eddy, van Doorslaer và Adam, Wagstaff (1998), "Equity in finance and delivery of health care: an introduction to the Equity Project", trong Morris L. Barer, chủ biên, *Health, health care and health economics*, John Wiley & Sons, New York, tr. 179-208.

83. Fei, Zhouhui và Yuanli, Liu (2000), "Urban health care in China: Major issues and reform initiatives", trong Phạm Mạnh Hùng, chủ biên, *Efficient, equity-oriented strategies for health: international perspective-focus on Vietnam*, University of Melbourne, Melbourne, tr. 183-194.
84. Gavin, Mooney (1998), "Economics, communitarianism and health care", trong Morris L. Barer, chủ biên, *Health, health care and health economics*, John Wiley & Sons, New York, tr. 397-414
85. *Human Development Report 2009* (2010).
86. Melitta, Jakab và Chitra, Krishnan (2003), "Review of the Strengths and Weaknesses of Community Financing", trong Alexander S. Preker và Guy Carrin, chủ biên, *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*, WB, Washington, D.C, tr. 53-118.
87. Melitta, Jakab và Yuanli, Liu (2000), "Reforming the health care system in a transitional economy: Experiences from Hungary, Czech Republic and Poland", trong Phạm Mạnh Hùng, chủ biên, *Efficient, equity-oriented strategies for health: international perspective-focus on Vietnam*, University of Melbourne, Melbourne, tr. 231-247.
88. Myrtle, Perera (2000), "Sri Lanka's experience with equity", trong Phạm Mạnh Hùng, chủ biên, *Efficient, equity-oriented strategies for health: international perspective-focus on Vietnam*, University of Melbourne, Melbourne, tr. 223-230.
89. Nandakumar, Chawla và Khan (1999), *Private health sector growth in India*.
90. Pablo Gottret and George Schieber (2006), *Health Financing Revisited A Practitioner's Guide*, WB, Washington DC.
91. S Bennett (1992), *Promoting the private sector: a review of developing country trends*, Health policy and planning.
92. Shanlian, Hu và các cộng sự (2000), "Financing and delivery of health care for the rural population in China", trong Phạm Mạnh Hùng, chủ biên, *Efficient, equity-oriented strategies for health: international perspective-focus on Vietnam*, University of Melbourne, Melbourne, tr. 165-182.

93. Sophie, Witter và các cộng sự (2000), *Health economics for developing countries-Apractical guide*, Macmillan, London.
94. Tài liệu khoá học *Master of science in Health economics*, Đại học Kinh tế quốc dân, 2002
95. Nguyễn Văn Tường và các cộng sự (2000), "Changes in health sector during renovation in Vietnam", trong Phạm Mạnh Hùng, chủ biên, *Efficient, equity - oriented strategies for health: international perspective - focus on Vietnam*, University of Melbourne, Melbourne, tr. 103-119.
96. William, Jack (1999), *Principles of health economics for developing countries*, World Bank Institute, Washington, D.C.
97. WHO (2008), *Strategic Plan for Strengthening Health Systems in the WHO Westernn Pacific Region*, Manila.
98. Who (2010), *Who statistical 2010*.

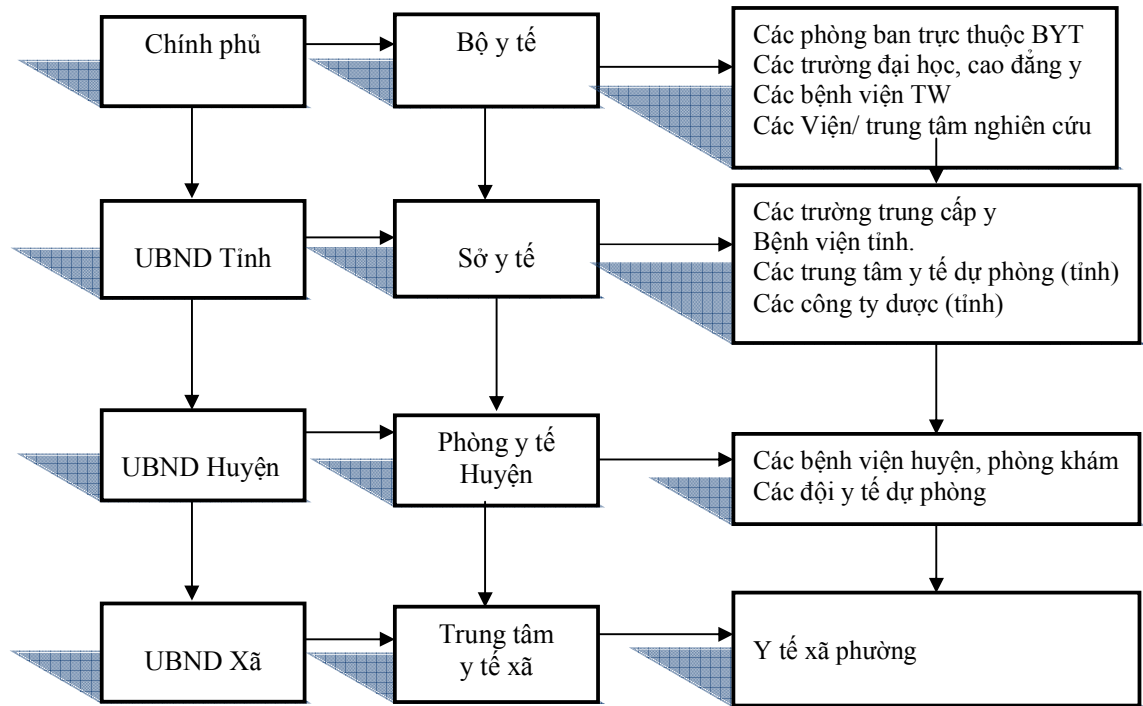
PHỤ LỤC

Phụ I: Mức độ bồi hoàn của BHYT Pháp

Viện phí	
Viện phí điều trị hoặc phẫu thuật	80% - 100%
Nạo thai	80%
Phí cố định trả theo ngày khi nhập viện	0%
Phí vận chuyển	65% - 100%
Chăm sóc ngoài (không nhập viện)	
Phẫu thuật ngoài	70%
Thuốc men	35% - 65%
Khám đa khoa	70%
Xét nghiệm (phân tích bệnh lý)	60%
Nha khoa và nhãn khoa	
Chăm sóc răng	70%
Làm răng giả	70%
Nhãn khoa	65%
Chuyên khoa và các dịch vụ y tế khác	
Siêu âm	70%
Khám chuyên khoa	70%
Chỉnh hình/ bộ phận giả	65% - 100%
Dịch vụ y tế phụ trợ (y tá, hộ lý...)	60%
Chi phí khác	
Phí tham gia dịch vụ y tế 18 €	0%
Chú ý: mức áp dụng với điều kiện tuân theo quy trình chăm sóc sức khỏe phối hợp	

Nguồn: Bảo hiểm xã hội tại Pháp, 2010 [51]

Phụ lục 2: Cấu trúc tổ chức của hệ thống y tế Việt nam



Nguồn: Tường NV và các cộng sự, 2000.[95].

Phụ lục 3: Tóm tắt nội dung chính sách thu một phần viện phí theo ND 95 CP ngày 27/8/1994, ND 33/CP ngày 23/5/1995 và TTLB số 14 ngày 30/9/1995.

Về phương thức thu:

- Đối với người bệnh ngoại trú: thu theo lần khám bệnh và các dịch vụ kỹ thuật.
- Đối với người bệnh nội trú:

+Thu theo ngày giường nội trú của từng chuyên khoa theo phân hạng bệnh viện, gồm: một phần vật tư tiêu hao thông dụng, một phần chi phí thường xuyên cho việc khám, chữa bệnh và chăm sóc người bệnh.

+Các chi phí thực tế sử dụng trực tiếp cho người bệnh: tiền thuốc, máu, dịch truyền, xét nghiệm, phim X quang và thuốc cản quang.

Khung giá:

- Khám bệnh và kiểm tra sức khỏe
- Ngày giường bệnh
- Khung giá tối đa cho một ngày điều trị nội trú bao gồm các dịch vụ kỹ thuật và tiền thuốc, máu, dịch truyền.

- Giá các dịch vụ kỹ thuật, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng...

Mức thu:

- Tiền khám bệnh: 500đ đến 3000đ/ một lần khám (khám bệnh theo yêu cầu-chọn thấy thuốc- 10.000 đến 30.000đ/1 lần khám.

Ngày giường bệnh điều trị nội trú: quy định khung giá cho hạng bệnh viện và cho chuyên khoa, cụ thể:

- Khoa hồi sức cấp cứu: 3000-18.000đ
- Nội khoa: 1000-10.000đ
- Ngoại khoa, bông: 2000-20.000đ

Khung giá tối đa cho một ngày điều trị nội trú:

- Khoa hồi sức cấp cứu: 20000-120.000đ
- Nội khoa: 10000-50.000đ
- Ngoại khoa, bông: 10000-120.000đ

Sử dụng nguồn thu viện phí: 70% chi cho người bệnh, 30% chi thưởng cho cán bộ y tế

Phụ lục 4: Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc (theo quy định của Luật bảo hiểm)

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên theo quy định của pháp luật về lao động; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật (sau đây gọi chung là người lao động).

2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.

3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.

4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

5. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

6. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng.

7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách nhà nước hằng tháng.

8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

9. Người có công với cách mạng.
10. Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh.
11. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.
12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.
13. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật.
14. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.
15. Thân nhân của người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.
16. Thân nhân của các đối tượng sau đây theo quy định của pháp luật về sĩ quan Quân đội nhân dân, nghĩa vụ quân sự, Công an nhân dân và cơ yếu:
 - a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, binh sĩ đang phục vụ trong Quân đội nhân dân;
 - b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân; hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân phục vụ có thời hạn;
 - c) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang làm công tác cơ yếu tại Ban Cơ yếu Chính phủ và người đang làm công tác cơ yếu hưởng lương theo bảng lương cấp bậc quân hàm sĩ quan Quân đội nhân dân và bảng lương quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân nhưng không phải là quân nhân, công an nhân dân.
17. Trẻ em dưới 6 tuổi.
18. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.
19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.
20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.
21. Học sinh, sinh viên.
22. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.
23. Thân nhân của người lao động quy định tại khoản 1 Điều này mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình.
24. Xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.
25. Các đối tượng khác theo quy định của Chính phủ.

Phụ lục 5 : Cơ cấu chi y tế từ tiền túi của hộ gia đình (ĐVT: %)

	Tổng chi y tế từ tiền túi HGD	Trả phí, lệ phí và dịch vụ khác cho cơ sở y tế công lập	Trả phí, lệ phí cho cơ sở y tế tư nhân	Chi mua thuốc trên thị trường
1998	100,00	12,25	20,18	67,57
1999	100,00	13,15	25,35	61,50
2000	100,00	12,60	21,36	66,04
2001	100,00	14,52	30,29	55,19
2002	100,00	19,96	24,54	55,50
2003	100,00	21,42	24,69	53,89
2004	100,00	26,09	26,80	47,11
2005	100,00	29,23	27,47	43,30
2006	100,00	27,94	28,81	43,25
2007	100,00	29,65	28,33	42,02
2008	100,00	30,89	29,50	39,61

Nguồn: Tài khoản y tế quốc gia thực hiện ở Việt nam thời kỳ 1998-2008 [12]

Phụ lục 6: Tỷ lệ chi tư cho y tế của một số quốc gia.

Tên quốc gia	Chi công trong tổng chi y tế	Chi tư trong tổng chi y tế
Algeria	81,6	18,4
Argentina	50,8	49,2
Australia	67,5	32,5
Bangladesh	33,6	66,4
Brazil	41,6	58,4
Cambodia	29,0	71,0
Canada	70,0	30,0
Chile	58,7	41,3
China	44,7	55,3
Czech Republic	85,2	14,8
France	79,0	21,0
Hungary	70,6	29,4
Indonesia	54,5	44,5
Japan	81,3	18,7
Malaysia	44,4	55,6
New Zealand	78,9	21,1
Philippines	34,7	65,3
Thailand	73,2	26,8
United Kingdom	81,7	18,3
United States of America	45,5	54,5
Viet Nam	39,3	60,7
Gía trị nhỏ nhất	11,0	89,0
Gía trị lớn nhất	99,8	0,2
Median	60,3	39,7
Các quốc gia thu nhập trung bình thấp	36,9	63,1
Đông nam châu á	42,4	57,6
Toàn cầu	59,6	40,4

Nguồn: who statistical 2010[98]

Phụ lục 7 : Thu nhập bình quân nhân khẩu 1 tháng chia theo 5 nhóm thu nhập (năm 2008) - (Giá hiện hành)

Nguồn gốc	Chung	Tiền lương tiền công	Nông nghiệp	Lâm nghiệp	Thủy sản	Công nghiệp	Xây dựng	Thương nghiệp	Dịch vụ	Khác
Nhóm 1	275.0	65.4	133.5	11.9	7.0	6.9	0.1	10.5	5.4	34.4
Nhóm 2	477.2	151.4	170.1	8.8	17.0	15.3	0.4	34.6	19.6	60.2
Nhóm 3	699.9	235.5	206.9	7.0	29.0	27.7	1.7	60.9	37.4	93.8
Nhóm 4	1067.4	405.3	207.4	4.1	32.5	49.8	4.0	109.6	78.8	175.9
Nhóm 5	2458.2	870.5	293.7	2.8	62.3	152.6	20.2	259.0	233.3	563.9

*Nguồn: VLSS 2008***Phụ lục 8: Tỷ lệ người mắc bệnh, chấn thương chia theo 5 nhóm thu nhập**

Nhóm	2006			2008		
	Trong 12 tháng qua	Trong đó: phải nằm một chỗ và phải chăm sóc tại giường	Số ngày phải nghỉ làm	Trong 12 tháng qua	Trong đó: phải nằm một chỗ và phải chăm sóc tại giường	Số ngày phải nghỉ làm
CẢ NƯỚC	49,1	10,8	12,7	51,6	10,1	12,4
Nhóm 1	45.8	12.8	15,6	48.1	12.0	15,9
Nhóm 2	46.8	10.8	14,1	49.1	10.4	13,7
Nhóm 3	49.1	10.4	12,9	50.0	9.8	12,7
Nhóm 4	51.0	9.7	11,4	54.3	9.4	10,7
Nhóm 5	52.9	8.6	10	56.6	8.7	9,0

Nguồn: VLSS 2006-2008

Phụ lục 9: Số lượng bệnh viện tư nhân theo tỉnh, thành phố

STT	Tỉnh/thành phố	Số lượng bệnh viện	STT	Tỉnh/thành phố	Số lượng bệnh viện
1	TP Hồ Chí Minh	30	15	Tiền Giang	01
2	Hà Nội	15	16	An Giang	03
3	Đà Nẵng	04	17	Đồng Tháp	01
4	Hải phòng	02	18	Bạc Liêu	01
5	Bắc Giang	01	19	Kiên Giang	01
6	Thái Nguyên	01	20	Bắc Ninh	01
7	Thanh Hóa	03	21	Hải Dương	01
8	Nghệ An	07	22	Thái Bình	01
9	Thừa Thiên Huế	03	23	Cần Thơ	02
10	Bình Định	01	24	Long An	01
11	Bình Thuận	02	25	Tây Ninh	01
12	Quảng Nam	02	26	Cà Mau	01
13	Đắc Lắc	01	27	Yên Bái	01
14	Bình Dương	02	28	Nam Định	01
Tổng					92

Nguồn: Báo cáo hoạt động bệnh viện tư nhân năm 2009[10]

Phụ lục 10: Đi khám bệnh có BHYT

Một lần đi khám bệnh có BHYT Bệnh viện: Thanh nhân (Hà nội) Ngày khám: 02/3/2010. Nội dung khám: Khám nội (đau lưng)	
I. Các bước: 1. Lấy số thứ tự, mua sổ y bạ (Bệnh nhân chọn hình thức khám dịch vụ vì bên khám BHYT quá đông, do đang trong giờ hành chính, bệnh nhân không thể nghỉ làm lâu để chờ đợi) 2. Đợi khám 3. Vào phòng 125 làm thủ tục 4. Đợi khám 5. Vào phòng 124 gặp bác sỹ khám- bác sỹ chỉ định chụp X quang cột sống 6. Làm thủ tục BHYT (cửa 7) (rất đông, đợi rất lâu) 7. Làm thủ tục chụp X Quang 8. Chụp X quang 9. Quay lại phòng khám 124 để bác sỹ kết luận và kê đơn 10. Trở lại quầy 7 làm thủ tục BHYT (rất đông, đợi rất lâu) 11. Đợi kết quả giám định BHYT (rất đông, đợi rất lâu) 12. Đóng dấu 13. Đến quầy nhận thuốc BHYT. Như vậy, so với khám thông thường, bệnh nhân BHYT đã phải qua thêm ở 4 cửa, mỗi cửa là một thời gian chờ đợi khá dài. Giá trị tiền được BHYT chi trả chưa tới 80 ngàn.	II. Đón tiếp bệnh nhân của bác sỹ: - BS: Khám gì + BN: Em bị đau lưng ạ - BS: Trẻ thế mà đã đau lưng à + BN ... (cười) - BS: Đi chụp X quang nhé, có BHYT không? + BN: Có ạ (đưa BHYT ra), BS viết giấy cho đi chụp X quang Sau khi chụp xong, BN quay trở lại + BN: BS xem giúp em kết quả chụp X quang ạ - BS: (không xem phim chụp, chỉ nhìn qua tờ giấy ghi kèm và nói: “gai cột sống rồi” và cúi xuống viết đơn thuốc) + BN: BN đợi một lúc không thấy BS nói gì bèn hỏi: Thế bệnh của em có nặng không ạ, có cần lưu ý điều gì như chế độ tập luyện, làm việc hay ăn uống không ạ? - BS: Không nguy hiểm, tập luyện là chính (rồi đưa tờ đơn thuốc cho BN) + BN: BN thấy BS không hề xem phim chụp X quang bèn đề nghị: BS xem hộ phim giúp em xem mức độ bệnh của em? - BS (vẫn không xem), trả lời: gai cột sống chèn dây thần kinh thì nó đau chứ sao. + BN: BN chào BS và ra khỏi phòng.

Phụ lục 11: Tỷ lệ lượt người khám chữa bệnh ngoại trú chia theo loại cơ sở y tế, thành thị nông thôn

	Chung	Chia theo loại cơ sở y tế					
		Bệnh viện nhà nước	Trạm y tế xã, phường	Phòng khám đa khoa khu vực	Y tế tư nhân	Lương y	Khác
CẢ NƯỚC							
2004	100.0	25.2	22.1	3.3	42.8	2.7	4,0
2006	100.0	28.8	25.9	3.6	32.0	2.4	7,3
2008	100.0	30.6	23.3	2.7	38.4	3.1	1,8
Thành thị							
2004	100.0	35.7	8.6	4.6	45.3	2.6	3.2
2006	100.0	43.2	9.0	4.3	35.4	1.9	6.2
2008	100.0	42.5	8.4	2.3	42.4	2.2	2.3
Nông thôn							
2004	100.0	20.7	27.8	2.7	41.8	2.8	4.3
2006	100.0	23.0	32.8	3.3	30.6	2.6	7.8
2008	100.0	25.3	29.9	3.0	36.7	3.6	1.7

Nguồn: VLSS 2008

Phụ lục 12: Hệ thống các văn bản liên quan đến công tác XHH các hoạt động y tế

STT	Nội dung văn bản	Cơ quan ban hành
I	Luật, pháp lệnh	
1	Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 30/6/1989	Quốc hội
2	Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân ban hành năm 2003	Quốc hội
3	Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em sửa đổi ngày 15/6/2004	Quốc hội
4	Luật Dược ban hành ngày 27/6/2005	Quốc hội
5	Pháp lệnh 43 về vệ sinh an toàn thực phẩm	Quốc hội
6	Luật hiến, lấy ghép mô và bộ phận cơ thể người, hiến, lấy xác ban hành năm 2007	Quốc hội
7	Luật Giáo dục ban hành năm 2007	Quốc hội
8	Luật Phòng, chống HIV/AIDS ban hành năm 2007	Quốc hội
9	Luật phòng, chống các bệnh truyền nhiễm ban hành năm 2007	Quốc hội
10	Luật Đất đai ban hành năm 2003	Quốc hội
11	Luật Thuế thu nhập doanh nghiệp	Quốc hội
II	Nghị quyết, Nghị định của Chính phủ	
1	Nghị quyết số 90/CP ngày 21/8/1997 của Chính phủ về phương hướng và chủ trương xã hội hóa các hoạt động giáo dục, y tế, văn hóa	Chính phủ
2	Nghị định số 73/1999/NĐ-CP ngày 19/8/1999 của Chính phủ về chính sách khuyến khích xã hội hóa đối với các hoạt động trong lĩnh vực giáo dục, y tế, văn hóa, thể thao	Chính phủ
3	Nghị định số 10/2002/NĐ-CP ngày 16/01/2002 của Chính phủ về chế độ tài chính áp dụng cho đơn vị sự nghiệp có thu	Chính phủ
4	Nghị định số 36/2005/NĐ-CP ngày 17/3/2005 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em	Chính phủ
5	Quyết định số 243/2005/QĐ-TTg ngày 05/10/2005 của Thủ tướng Chính phủ ban hành chương trình hành động của Chính phủ thực hiện Nghị quyết số 46-NQ/TW	Thủ tướng Chính phủ
6	Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP ngày 18/4/2005 của Chính phủ về đẩy mạnh xã hội hóa các hoạt động giáo dục, y tế, văn hóa và thể dục thể thao	Chính phủ

7	Nghị định số 115/2005/NĐ-CP ngày 05/9/2005 của Chính phủ quy định cơ chế tự chủ, tự chịu trách nhiệm của tổ chức khoa học và công nghệ công lập; thông tư liên tịch số 12 ngày 05/6/2006 hướng dẫn thực hiện Nghị định số 115	Chính phủ
8	Nghị định 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập	Chính phủ
9	Nghị định số 53/2006/NĐ-CP ngày 25/5/2006 của Chính phủ về chính sách khuyến khích phát triển các cơ sở cung ứng dịch vụ ngoài công lập (thay thế Nghị định 73)	Chính phủ
10	Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/6/2006 phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020	Thủ tướng Chính phủ
11	Nghị định số 63/2003/NĐ-CP ngày 16/5/2005 ban hành Điều lệ về Bảo hiểm y tế	Chính phủ
12	Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 về việc KCB cho người nghèo	Thủ tướng Chính phủ
13	Nghị định số 108/2006/NĐ-CP ngày 22/9/2006 quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Đầu tư	Chính phủ
14	Nghị định số 198/2004/NĐ-CP ngày 03/12/2004 về thu tiền sử dụng đất	Chính phủ
15	Nghị định số 24/2007/NĐ-CP ngày 14/02/2007 quy định chi tiết thi hành Luật thuế doanh nghiệp	Chính phủ
16	Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg ngày 09/11/2006 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020	Thủ tướng Chính phủ
17	Quyết định 154/2006/QĐ-TTg phê duyệt quy hoạch phát triển dược phẩm, an toàn vệ sinh thực phẩm, mỹ phẩm	Thủ tướng Chính phủ
18	Quyết định 950/2007/QĐ-TTg về nâng cấp Trạm y tế xã	Thủ tướng Chính phủ
19	Quyết định 1402/2007/QĐ-TTg về nâng cấp Trung tâm y tế dự phòng tuyến huyện	Thủ tướng Chính phủ
20	Nghị định 79/2006/NĐ-CP ngày 09/8/2006 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Dược	Chính phủ
21	Quyết định số 151/2006/QĐ-TTg ngày 29/6//2006 của Chính phủ về định mức phân bổ ngân sách năm 2007	Thủ tướng Chính phủ
22	Nghị định số 151/2006/NĐ-CP ngày 20/12/2006 của Chính phủ về tín dụng đầu tư và tín dụng xuất khẩu của Nhà nước	Chính phủ
23	Quyết định số 43/2007/QĐ-TTg ngày 29/3/2007 phê duyệt Đề án phát triển công nghiệp dược và xây dựng mô hình hệ thống cung ứng thuốc của Việt Nam 2007-2015 và tầm nhìn đến năm 2020	Thủ tướng Chính phủ
24	Quyết định số 151/2007/QĐ-TTg ngày 12/9/2007 ban hành quy định về nhập khẩu thuốc chưa có số đăng ký tại Việt Nam	Thủ tướng Chính phủ

25	Nghị định 103/2003/NĐ-CP ngày 12/9/2003 quy định chi tiết thi hành một số điều của Pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân	Chính phủ
26	Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg ngày 22/02/2008 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt quy hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020	Thủ tướng Chính phủ
27	Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg về việc phê duyệt Đề án đầu tư xây dựng, cải tạo nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, liên huyện sử dụng vốn trái phiếu Chính phủ	Thủ tướng Chính phủ
III	Thông tư và các văn bản của các Bộ, ngành	
1	Thông tư liên tịch số 31/2000/TTLT-BTC-BYT của liên Bộ Tài chính – Y tế ngày 25/4/2000 hướng dẫn việc thành lập và cơ chế quản lý tài chính đối với cơ sở khám chữa bệnh bán công	Bộ Tài chính – Bộ Y tế
2	Thông tư số 16/2000/TT-BYT ngày 18/9/2000 của Bộ Y tế hướng dẫn tiêu chuẩn, điều kiện, phạm vi hoạt động chuyên môn, hồ sơ, thủ tục, thẩm quyền thành lập cơ sở khám chữa bệnh bán công	Bộ Y tế
3	Thông tư số 119/2002/TT-BTC của Bộ Tài chính hướng dẫn nội dung thu, chi và mức chi thường xuyên của Trạm y tế xã	Bộ Tài chính
4	Thông tư số 25/2002/TT-BTC ngày 21/3/2002 của Bộ Tài chính hướng dẫn chế độ quản lý tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp có thu công lập	Bộ Tài chính
5	Thông tư liên tịch số 13/2004/TTLT-BTC-BYT-BNV ngày 27/2/2004 của liên Bộ Tài chính - Y tế - Nội vụ hướng dẫn chế độ quản lý tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp có thu hoạt động trong lĩnh vực y tế công lập	Bộ Tài chính - Bộ Nội vụ - Bộ Y tế
6	Thông tư liên tịch số 14/2002/TTLT/BYT-BTC ngày 16/12/2002 hướng dẫn tổ chức khám chữa bệnh và lập, quản lý, sử dụng, thanh quyết toán Quỹ khám, chữa bệnh cho người nghèo theo Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg	Bộ Y tế - Bộ Tài chính
7	Thông tư số 26/2005/TT-BTC ngày 06/4/2005 của Bộ Tài chính hướng dẫn quản lý, sử dụng và quyết toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi không phí trả tiền tại các cơ sở y tế công lập	Bộ Tài chính
8	Thông tư số 14/2005/TT-BYT ngày 10/5/2005 của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh và quản lý, sử dụng quyết toán kinh phí khám, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi không phí trả tiền tại các cơ sở y tế công lập	Bộ Y tế
9	Thông tư số 71/2006/TT-BTC ngày 09/8/2006 hướng dẫn thực hiện Nghị định số 43/2006/NĐ-CP ngày 25/4/2006 của Chính phủ quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập	Bộ Tài chính
10	Thông tư số 91/2006/TT-BTC ngày 02/10/2006 của Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện Nghị định số 53/2006/NĐ-CP về chính sách khuyến khích phát triển các cơ sở cung ứng dịch vụ ngoài công lập	Bộ Tài chính
11	Quyết định số 2194/QĐ-BYT ngày 21/6/2005 về việc phê duyệt Đề án phát triển xã hội hóa bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, trong đó đã đánh giá thực trạng tình hình, đề ra các mục tiêu, nội dung và các giải pháp thực hiện	Bộ Y tế

12	Văn bản số 4830/KH-BYT ngày 21/6/2005 về Kế hoạch triển khai thực hiện Đề án phát triển xã hội hóa y tế	Bộ Y tế
13	Quyết định số 2159/QĐ-BYT ngày 18/6/2007 thành lập, kiện toàn Ban chỉ đạo xã hội hóa của ngành Y tế	Bộ Y tế
14	Thông báo số 207/TB-BYT ngày 16 tháng 3 năm 2007 về các ý kiến kết luận của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc đẩy mạnh XHH các hoạt động y tế trong thời gian tới	Bộ Y tế
15	Văn bản số 5792/BYT-KH-TC ngày 09/8/2006 gửi Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW, y tế các Bộ ngành và các đơn vị trực thuộc để triển khai thực hiện Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg	Bộ Y tế
16	Thông tư số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTB&XH ngày 26/01/2006 bổ sung Thông tư liên bộ số 14/TTLB ngày 30/9/1995 về danh mục các dịch vụ y tế phát sinh nhưng chưa được quy định trong khung giá	BYT-BTC-Bộ LĐTBXH
17	Thông tư liên tịch số 13/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH ngày 14/11/2006 sửa đổi, bổ sung Thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995 về hướng dẫn thu một phần viện phí	BYT-BTC-Bộ LĐTBXH
18	Thông tư số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước	Bộ Y tế - Bộ Nội vụ
19	Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 hướng dẫn thực hiện BHYT bắt buộc	Bộ Y tế - Bộ Tài chính
20	Thông tư liên tịch số 22/2005/ TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005 hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện	Bộ Y tế - Bộ Tài chính
21	Thông tư liên tịch số 16/2006/ TTLT-BYT-BTC ngày 06/12/2006 về việc sửa đổi, bổ sung Thông tư số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 hướng dẫn thực hiện BHYT bắt buộc	Bộ Y tế - Bộ Tài chính
22	Thông tư số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30/3/2007 hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện thay thế Thông tư số 22/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005	Bộ Y tế - Bộ Tài chính
23	Quyết định số 23/2005/QĐ-BYT ngày 30/8/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc Quy định phân tuyến kỹ thuật và danh mục kỹ thuật trong KCB	Bộ Y tế
24	Thông tư số 02/2007/TT-BYT hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều về điều kiện kinh doanh thuốc theo quy định của Luật Dược	Bộ Y tế
25	Thông tư số 07/2007/TT-BYT ngày 25/5/2007 hướng dẫn hành nghề y, y học cổ truyền, trang thiết bị y tế tư nhân	Bộ Y tế
26	Thông tư số 15/2007/TT-BYT ngày 12/12/2007 của Bộ y tế hướng dẫn thực hiện quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về việc sử dụng tài sản để liên doanh, liên kết hoặc góp vốn liên doanh để mua sắm trang thiết bị phục vụ hoạt động dịch vụ của các cơ sở y tế công lập	Bộ Y tế
27	Thông tư liên tịch số 02/TTLT-BYT-BNV ngày 23/01/2008 hướng dẫn thực hiện Nghị định số 43 về tổ chức bộ máy, biên chế và lao động đối với các đơn vị sự nghiệp công lập	Bộ Y tế - Bộ Nội vụ

28	Thông tư số 06/2006/TT-BYT ngày 16/5/2006 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xuất khẩu, nhập khẩu thuốc và mỹ phẩm	Bộ Y tế
29	Quyết định 17/2006/QĐ-BYT ngày 19/5/2006 về việc ban hành tạm thời nhập khẩu thuốc thành phẩm chưa có số đăng ký	Bộ Y tế
30	Thông tư số 02/2007/TT-BYT ngày 24/01/2007 hướng dẫn thi hành một số điều về điều kiện kinh doanh thuốc theo quy định của Luật Dược và Nghị định số 79/2006/NĐ-CP	Bộ Y tế
31	Quyết định số 12/2007/QĐ-BYT ngày 24/01/2007 về việc ban hành nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt phân phối thuốc GDP	Bộ Y tế
32	Quyết định số 11/2207/QĐ-BYT ngày 24/01/2007 về việc ban hành nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc - GPP	Bộ Y tế
33	Quyết định số 27/2007/QĐ-BYT ngày 19/4/2007 về việc ban hành lộ trình triển khai áp dụng nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất thuốc - GMP và thực hành tốt sản xuất thuốc – GSP	Bộ Y tế
34	Thông tư liên tịch số 15/2008/TT-BTC-BYT ngày 05/02/2008 hướng dẫn thực hiện khám, chữa bệnh; quản lý, sử dụng và quyết toán kinh phí khám, chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi không phí trả tiền tại các cơ sở y tế công lập (bãi bỏ Thông tư số 26 và	Bộ Tài chính -Bộ Y tế

Nguồn: Nguyễn Quốc Triệu (2008), [65]

Phụ lục 13: Tổng chi y tế phân theo điều trị nội, ngoại trú và tự chữa

Năm		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tổng số	Tỷ đ	14.784	16.070	19.800	22.771	22.595	26.435	33.341	42.043	45.500	53.937
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
ĐT nội trú	Tỷ đ	5247	5867	6874	7174	7267	8633	6530	12.825	16.266	20.031
	%	35	37	35	32	32	33	20	31	36	37
ĐT ngoại trú	Tỷ đ	1939	2769	2799	4402	3771	4317	14.401	14.955	14.223	17.335
	%	13	17	14	19	17	16	43	36	31	32
Tự mua thuốc,	Tỷ đ	7598	7434	10.127	11.195	11.557	13.485	12.410	14.393	15.011	16.571
	%	51	46	51	49	51	51	37	34	33	31

Nguồn: Tính toán của tác giả dựa trên số liệu NHA 2008-Bộ y tế

Phụ lục 14: Tỷ lệ người khám chữa bệnh nội, ngoại trú có bảo hiểm y tế hoặc sổ/thẻ khám chữa bệnh miễn phí chia theo 5 nhóm thu nhập, thành thị nông thôn

Đơn vị tính : %

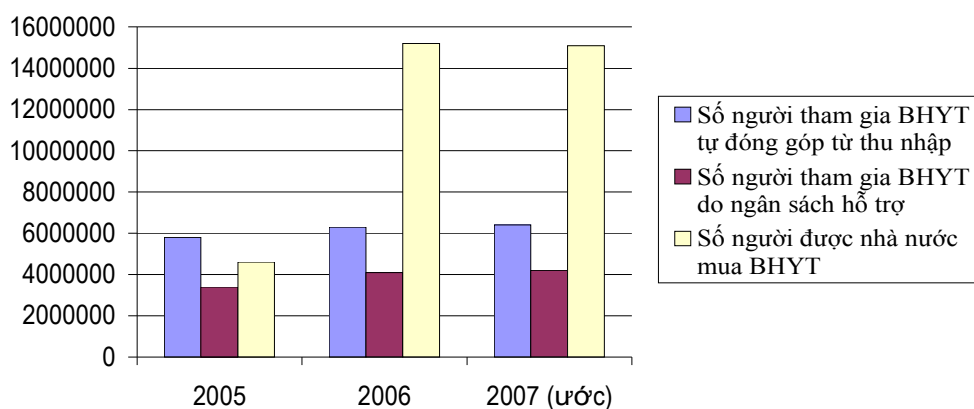
	Chung	Chia theo nhóm thu nhập				
		Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5
CẢ NƯỚC						
2004	37.4	44.1	32.3	31.7	35.3	43.3
2006	57.4	71.0	52.9	49.0	53.5	60.9
2008	61.0	72.0	55.7	53.0	57.4	66.5
Thành thị						
2004	43.0	36.6	36.7	42.8	49.9	47.9
2006	62.1	58.6	57.8	61.3	65.8	66.7
2008	65.0	57.9	59.2	63.6	69.5	73.5
Nông thôn						
2004	35.4	46.0	34.0	30.7	31.6	35.1
2006	55.7	74.5	55.3	49.2	47.8	52.6
2008	59.5	74.4	59.8	52.3	53.8	57.2

Nguồn: VLSS 2008

Phụ lục 15: Cơ cấu số người tham gia BHYT cả nước, 2007 – 2008

Nhóm	2007		2008	
	Số người	%	Số người	%
I. Bắt buộc	11.346.401	30,78	12.800.688	33,34
1. Người về hưu	1.932.514	5,24	1.937.969	5,05
2. Người đang làm việc	8.058.947	21,86	9.268.947	24,14
3. Người có công	1.354.940	3,67	1.593.772	4,15
II. Người nghèo	15.170.312	41,16	15.262.456	39,75
III. Tự nguyện	10.341.289	28,06	10.334.776	26,91
1. Sinh viên	8.042.960	21,82	7.903.570	20,58
2. Tự nguyện khác	2.298.329	6,23	2.431.206	6,33
IV. Tổng (= I+II+III)	36.858.002	100	38.397.920	100

Nguồn: BHXH Việt Nam và tính toán của tác giả dựa trên số liệu BHXH Việt nam

Phụ lục 16: Số lượng người tự đóng góp phí BHYT so với số lượng người được nhà nước dùng ngân sách hỗ trợ phí BHYT, 2005 – 2007

Nguồn: Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008

Phụ lục 17: Tỷ lệ người có KCB có thẻ/sổ trong 12 tháng chia theo 5 nhóm thu nhập

	2006					2008				
	Trong tổng số					Trong tổng số				
	Chung	Tỷ lệ người có điều trị nội trú	Trong đó tỷ lệ có BHYT hoặc sổ KCB miễn phí	Tỷ lệ người có điều trị ngoại trú	Trong đó tỷ lệ có BHYT hoặc sổ KCB miễn phí	Chung	Tỷ lệ người có điều trị nội trú	Trong đó tỷ lệ có BHYT hoặc sổ KCB miễn phí	Tỷ lệ người có điều trị ngoại trú	Trong đó tỷ lệ có BHYT hoặc sổ KCB miễn phí
Chung cả nước	35.2	6,3	4,0	32,6	18,6	34,2	6,5	3,4	31,0	11,5
Nhóm 1	33.8	7.1	5.3	30.4	21.5	34.2	7.1	4.4	30.3	15.2
Nhóm 2	34.4	6.2	3.6	31.7	16.6	33.3	6.2	3.1	30.0	10.6
Nhóm 3	35.2	6.4	3.5	32.5	15.8	33.9	6.3	3.0	30.7	9.7
Nhóm 4	36.5	6.0	3.6	34.1	18.1	34.4	6.2	3.1	31.4	10.6
Nhóm 5	36.3	5.9	3.8	34.3	20.8	35.4	6.5	3.4	32.6	11.3

Nguồn: VLSS 2006-2008

