

Chính sách phát triển Ghi chú bài giảng 6

Y tế

Mỗi quốc gia đều mong muốn hướng tới một hệ thống y tế phổ cập, trong đó mọi người đều được tiếp cận các dịch vụ y tế mà không phải đánh đổi bằng những gánh nặng tài chính quá lớn. Để hướng tới mục tiêu này, các quốc gia phải đối mặt với ba vấn đề căn bản. 1) Hệ thống y tế phổ cập đó được tài trợ như thế nào? 2) Chính phủ có thể làm gì để giúp người dân đối diện với những hệ quả của bệnh tật và chi trả cho việc chữa bệnh. 3) Làm cách nào để khuyến khích việc sử dụng các nguồn lực cho y tế một cách tối ưu?¹

Chúng ta còn rất xa so với mục tiêu tất cả mọi người đều được tiếp cận dịch vụ y tế. Trên thế giới có những nước chỉ chưa tới 10% số trẻ sinh ra có người đỡ. Phụ nữ ở nhóm ngũ phân giàu nhất trên thế giới có khả năng được chăm sóc y tế lúc sinh nhiều hơn 20 lần so với phụ nữ ở nhóm nghèo nhất. Nhưng thu nhập không phải yếu tố duy nhất hạn chế sự tiếp cận dịch vụ y tế. Người dân nhập cư, người dân tộc có thể bị hạn chế dịch vụ hơn nhiều so với người bản xứ. Kể cả khi được tiếp cận dịch vụ, người dân ở các nước nghèo cũng phải trả những chi phí khổng lồ, đôi khi bị kéo xuống dưới ngưỡng nghèo cùng cực chỉ sau một trận đau ốm.

Một hệ quả gián tiếp của bệnh tật là thu nhập bị mất đi cho người bị ốm hay những người chăm sóc. Trên thế giới cứ 5 người thì chỉ có một người có một loại bảo hiểm nào đó gánh bót cho phần thu nhập bị mất mát do nghỉ làm. Theo tổ chức lao động quốc tế ILO, hơn nửa dân số thế giới không có bất cứ một loại bảo hiểm xã hội nào, tập trung cao nhất ở Châu Phi. Ở các nước phát triển, tỷ lệ bảo hiểm xã hội có thể từ 20-60%.

Có ba vấn đề căn bản, liên quan đến nhau, cản trở các quốc gia tiến tới một hệ thống y tế phổ cập. Thứ nhất là sự khan hiếm nguồn lực. Bất cứ quốc gia nào, dù giàu đến đâu, cũng không bao giờ có đủ nguồn lực để tất cả mọi người đều được tiếp cận với những công nghệ bảo vệ sức khỏe mới nhất. Thứ hai là sự phụ thuộc quá lớn vào việc chi trả trực tiếp vào thời điểm cần dịch vụ y tế. Các chi phí này bao gồm tiền thuốc, tiền phí khám chữa bệnh, và các chi phí thủ tục khác. Kể cả khi có bảo hiểm, người bệnh vẫn phải trả một khoản tiền của mình dưới dạng đồng chi trả. Việc trả tiền trực tiếp cho các

¹ Thảo luận này sử dụng thông tin từ báo cáo The World Health Report của WHO (2010), “Financing for Universal Coverage”, và World Bank (2007) về Bảo hiểm y tế xã hội cho các nước đang phát triển, Hsiao và Shaw (2007), “Social Health Insurance for Developing Nations,” The World Bank, Washington D.C.

dịch vụ y tế khi khám chữa bệnh mở cửa cho một loạt các chi phí chính thức và phi chính thức khác, khiến hàng triệu người không thể nhận được dịch vụ y tế vào lúc họ cần nhất. Vấn đề thứ ba là việc sử dụng nguồn lực thiếu hiệu quả và thiếu công bằng. Ước tính một cách rộng rãi nhất cũng có tới 20-40% nguồn lực y tế bị sử dụng lãng phí. Chỉ riêng việc cải thiện tính hiệu quả của các nguồn lực y tế này cũng có thể hỗ trợ rất nhiều cho các bộ y tế cung cấp dịch vụ đến những người cần nhất.

Huy động nguồn lực cho y tế

Tất cả các quốc gia đều có một phạm vi chính sách để huy động thêm nguồn lực cho y tế. Ở cấp độ vĩ mô, có ba việc nhà nước có thể làm. Thứ nhất, chính phủ có thể tăng cường mức độ hiệu quả của các khoản thuế. Kể cả ở các nước giàu nhất, việc tránh thuế, thu thuế không hiệu quả, thất thoát trong các hoạt động thu bảo hiểm vẫn có thể là những vấn đề lớn. Ở các nước có khu vực phi chính thức lớn thì hoạt động thu thuế còn nhiều khó khăn và kém hiệu quả hơn. Chỉ riêng việc cải thiện hoạt động thu thuế này có thể bổ sung một nguồn thu lớn cho dịch vụ y tế.

Thứ hai là việc tái lập lại các ưu tiên trong ngân sách chính phủ. Việt Nam là ví dụ điển hình, và ngày càng nhìn rõ sự khẩn thiết của việc tái cơ cấu ngân sách đầu tư và chi tiêu công. Nhưng Việt Nam cũng không phải ngoại lệ, rất nhiều các chính phủ đặt ưu tiên rất thấp cho các khoản chi cho y tế. Ở Châu Phi, mặc dù các chính phủ trong cam kết Abuja đã hứa sẽ chi tiêu 15% ngân sách cho y tế, nhưng hầu hết không giữ được cam kết này.

Thứ ba là các giải pháp tài chính sáng tạo (innovative financing) mà lợi ích thu được sẽ dùng cho các dịch vụ y tế. Đơn giản và dễ được ủng hộ nhất là các loại thuế, phí, và lệ phí thu từ thuốc lá hay bia rượu, những mặt hàng có hại cho sức khỏe và có mức độ tiêu thụ lớn, đồng thời cầu ít co giãn với giá. Ước tính cho thấy nếu tăng thuế tiêu thụ đặc biệt thêm 50% đối với mặt hàng thuốc lá thì sẽ huy động thêm được 1.42 tỷ đô la cho 22 nước thu nhập thấp. Ngoài ra còn những giải pháp tài chính chưa có trong tiền lệ. Ví dụ, ở Ấn Độ, với một thị trường ngoại hối rộng lớn, mỗi ngày hoán đổi gần 34 tỷ đô la, nếu áp dụng một khoản phí đối ngoại tệ ở mức 0.005%, thì có thể huy động được gần 370 triệu đô la một năm cho các hoạt động y tế. Một giải pháp tài chính khác là một loại trái phiếu bán cho ex-pat (người nước ngoài làm việc trong nước), hay các khoản phí thu từ dịch vụ gọi điện thoại quốc tế. Rõ ràng là bất cứ loại thuế, phí và lệ phí nào cũng có những mất mát vô ích xã hội (deadweight loss), làm bóp méo một số thị trường, và bị những nhóm lợi ích nhất định phản đối. Vấn đề chỉ còn là các chính phủ sẽ chấp nhận sự mất mát nào để huy động tài chính cho y tế mà thôi.

Giảm bớt rủi ro tài chính và dỡ bỏ bớt những hạn chế trong việc tiếp cận dịch vụ y tế

Kể cả khi huy động được thêm nguồn lực, các quốc gia vẫn khó có thể tiến gần đến một hệ thống y tế phổ cập nếu một số người dân vẫn bị hạn chế với việc tiếp cận, hoặc không thể trả tiền vào lúc họ cần dịch vụ nhất. Một hệ thống mà dịch vụ y tế bị tính phí đồng loạt, bất kể người giàu hay nghèo, già hay trẻ, sẽ khó giúp người dân dàn trải đều chi phí theo thời gian. Đây là ý tưởng của bảo hiểm y tế (đóng góp lúc khỏe hay trẻ, và chi tiêu lúc già hay đau ốm). Hầu hết các nước đều vẫn phải áp dụng hệ thống trả tiền trực tiếp, ít nhất là trực tiếp một phần. Nước giàu có hệ thống đồng chi trả tốt hơn, còn các nước nghèo có thể lên tới 30-50% đóng góp từ tiền túi bệnh nhân mỗi khi sử dụng dịch vụ.

Cách duy nhất để giảm mức độ phụ thuộc vào tiền túi lúc đau ốm là phương pháp chia sẻ rủi ro (risk pooling), hoặc một hệ thống cho phép trả trước (prepayment approach). Đây cũng là hai cách mà các nước đã tiến gần tới hệ thống y tế phổ cập đã áp dụng. Chỉ khi mức độ chi trả trực tiếp ở thời điểm sử dụng dịch vụ giảm xuống dưới 15-20% thì nguy cơ người dân bị rơi vào cảnh nghèo do đau ốm mới có hy vọng giảm. Ở các nước Đông Nam Á có thể áp dụng những mức độ ít tham vọng hơn như là 30 hay 40%. Ở Việt Nam, theo điều tra y tế năm 2006, mức độ chi trả từ tiền túi trực tiếp của người dân là hơn 60%, và có thể lớn hơn.

Số tiền gửi vào các quỹ chia sẻ rủi ro hay các quỹ chi trả trước này có thể được trích từ lương, các khoản thuế gián thu từ thuốc lá và bia rượu, hay các khoản đóng bảo hiểm. Việc trích từ nguồn nào không nan giải bằng việc hệ thống chia sẻ rủi ro hay trả tiền trước này sẽ do ai quản lý, nhà nước hay tư nhân, có bắt buộc không, ai phải trả bao nhiêu, và trả khi nào. Cũng giống như bất kỳ loại bảo hiểm nào, việc quản lý khoản thu này sẽ gặp nhiều thách thức.

Các quốc gia đã từng cân nhắc nhóm chính sách này thường trải qua ba bài học. Thứ nhất, ở bất cứ quốc gia nào cũng có một nhóm người rất nghèo, tới mức không thể có khả năng đóng góp vào các quỹ này theo bất cứ hình thức nào. Họ sẽ cần sự hỗ trợ từ ngân sách chính phủ, hoặc được miễn phí hay trợ giá các hoạt động khám chữa bệnh. Những nước nơi mà toàn bộ người dân đều được tiếp cận thì các quỹ chia sẻ rủi ro sẽ phải có tổng giá trị rất lớn, từ ít nhất 5-6% GDP.

Thứ hai, việc đóng góp vào các quỹ này phải là bắt buộc. Nếu không, người giàu hay những người vì lý do rủi ro đạo đức sẽ không tham gia. Bảo hiểm sẽ đóng vai trò chi trả phần gốc, còn các quỹ chia sẻ rủi ro hay trả trước sẽ giúp người dân trả phần ngọn, hay phần phụ phí vượt trội mức bảo hiểm.

Thứ ba, bất cứ loại quỹ nào chỉ phục vụ nhu cầu một nhóm nhỏ sẽ không thể bền vững lâu dài. Ví dụ nếu có các quỹ khác nhau cho loại bệnh nặng, quỹ cho người giàu, quỹ cho người rủi cao, sẽ tạo ra động cơ tham gia khác nhau, và sẽ phá hỏng ý tưởng “chia sẻ rủi ro” khi xây dựng quỹ. Việc thiết lập nhiều quỹ độc lập với hệ thống quản lý khác nhau cũng gây tốn kém trong quản lý, và rất khó đảm bảo công bằng. Chỉ khi nào một hệ thống có sự hỗ trợ kỹ thuật, hành chính, và chính trị đủ mạnh thì việc tồn tại nhiều quỹ và bù trừ rủi ro chéo (cross-subsidizing) mới có thể hiệu quả. Ở Hà Lan và Thụy Sĩ đã làm được việc này.

Để đánh giá mức độ “phổ cập” của một hệ thống y tế, chúng ta có thể nhìn trên ba góc độ: Hệ thống này bao gồm ai, loại hình dịch vụ nào, và bao nhiêu phần trăm của tổng chi phí. Một hệ thống phổ cập hoàn toàn là khi cả ba cạnh đều đạt 100%. Kể cả nước giàu nhất thì điều này cũng là không thể. Nhưng tùy từng nước, chính sách có thể tiến hành theo trình tự khác nhau để tăng mức độ bao phủ của hệ thống. Ví dụ, nếu một nước mà hầu như chỉ có người rất giàu mới được đi khám bệnh thì trước hết có thể cần phải tăng mức độ che phủ theo tỷ lệ người dân, bất kể giàu hay nghèo đều được tiếp cận, dù là số lượng dịch vụ được bao gồm chỉ rất hạn chế. Ngược lại, ở một nước mà chỉ vài nhóm người bị hạn chế tiếp cận, nước đó có thể dùng phương pháp mục tiêu, tìm ra nhóm nào bị loại bỏ, và tăng mức độ tiếp cận cho nhóm đó trước. Nhưng dù xuất phát điểm ở đâu, thì mục tiêu phổ cập y tế 100% vẫn cần phải được đặt ran gay từ đầu với cam kết cao nhất, dù là kết quả còn một thời gian rất dài mới đạt được.

Các rào cản khác trong việc tiếp cận dịch vụ y tế

Kể cả khi có thêm nguồn lực và tăng khả năng chi trả cho người nghèo, họ vẫn có những rào cản khác trong việc tiếp cận dịch vụ y tế. Theo ước tính, có ít nhất 20-40% nguồn lực y tế bị sử dụng lãng phí. Nhiều nghiên cứu cho thấy chi phí đi lại và nguồn thu nhập bị mất (chi phí cơ hội) khi bị đau ốm là nguyên nhân khiến nhiều người không đi khám chữa bệnh. Cho tới khi bệnh tật của họ phát triển tới mức không thể không đi khám chữa, họ sẽ phải chấp nhận mức chi phí khổng lồ, trong khi và sau khi đi điều trị, dù là cứu được hay không.

Một rào cản khác đó là việc thiết bị và nguồn lực y tế không được sử dụng hiệu quả. Nhiều loại thuốc đắt tiền được kê đơn, trong khi có nhiều loại thuốc rẻ hơn mà vẫn hiệu quả có sẵn. Ở các nước nghèo, kháng sinh bị sử dụng quá nhiều, và việc tiêm chích thay vì điều trị bằng thuốc viên luôn luôn bị lạm dụng. Ngoài ra còn các vấn đề về việc bảo quản thuốc và các thiết bị y tế, thuốc quá đắt bị sử dụng, trong khi các loại thuốc quý hay thiết bị y tế đắt tiền bị đắp chiếu hay không được sử dụng đúng với tiềm năng.

Trong các nguyên nhân của việc nguồn lực y tế bị sử dụng không hiệu quả, việc sử dụng thuốc đứng hàng đầu. Các giải pháp khác cho việc tăng cường mức độ hiệu quả của việc sử dụng nguồn lực bao gồm việc tăng cường sử dụng công nghệ, đào tạo và tạo động lực tốt cho cán bộ y tế, chữa đúng bệnh ngay từ lần khám chữa đầu tiên, hạn chế văn hóa phong bì trong bệnh viện, cân nhắc triệt để loại hình dịch vụ gì là thực sự cần thiết cho từng loại bệnh.

Việc sử dụng nguồn lực y tế kém hiệu quả không phải là vấn đề riêng của nước nghèo. Mức lương thấp của cán bộ y tế là nguyên nhân phổ biến khiến họ thường làm hai ba việc cùng lúc, phân tán thời gian và sự tập trung, hay thậm chí tận dụng nguồn lực công để có thu nhập riêng. Việc tăng lương cho cán bộ y tế cũng cần được cân nhắc thận trọng.

Cách thức chi trả dịch vụ y tế cũng mang nhiều tiềm năng cải thiện sự thiếu hiệu quả. Loại hình trả tiền theo dịch vụ sẽ khuyến khích việc bác sỹ kê đơn quá tay hay yêu cầu sử dụng nhiều dịch vụ không cần thiết đối với những người giàu hay những người có bảo hiểm chi trả, và bù lại, kê đơn bớt đi cho những người nghèo hay người không có bảo hiểm. Chính phủ hay các cơ quan quản lý sẽ cần phải cân nhắc các biện pháp quản lý chất lượng để kiểm soát việc kê đơn quá tay này. Chỉ có điều, hệ thống quản lý đó sẽ rất tốn kém để áp dụng. Một số nước đã áp dụng hệ thống “một giá”, tính theo đầu người hay theo loại bệnh, bất kể người bệnh nhập viện trong thời gian bao lâu. Nhưng cách này sẽ khuyến khích bác sỹ nhanh chóng cho bệnh nhân xuất viện khi bệnh tình chưa được điều trị triệt để, rồi nhập viện lại để tính phí lần hai.

Kiểu thanh toán “bị động”, trong đó bệnh nhân khám chữa bệnh trước và gửi hóa đơn về cho cơ quan bảo hiểm thanh toán, đã được sử dụng nhiều trong truyền thống. Cách hiệu quả hơn phải là một hình thức chi trả “chủ động”, trong đó việc bệnh nhân cần sử dụng loại dịch vụ gì, cần những can thiệp y tế nào, ở bệnh viện nào, cần phải được làm rõ trước khi họ chi trả. Then chốt là ở chỗ ai sẽ là người thu thập và thẩm định những thông tin này trước khi dịch vụ y tế được tiến hành. Các nước càng tiến gần tới hệ thống chủ động như vậy càng có khả năng giảm thiểu những bất cập. Tuy nhiên nói vẫn dễ hơn là làm. Vấn đề thanh toán chi phí y tế vẫn là một đề tài cần nhiều nghiên cứu và thử nghiệm.

Tất cả mọi quốc gia, từ giàu đến nghèo, đều có thể cải thiện để tiến tới một hệ thống y tế phổ cập. Những cải thiện đến từ việc huy động thêm nguồn lực, sắp xếp lại các ưu tiên đầu tư công, giảm bớt những chi phí trực tiếp cho dịch vụ y tế, thúc đẩy sự phát triển các quỹ y tế bù trừ rủi ro và thanh toán trước, cải thiện công bằng và hiệu quả trong việc cung cấp nguồn lực. Quá trình quyết định tài chính cho dịch vụ y tế được WHO

khuyến nghị trải qua bảy bước, nhưng mỗi hành động chính sách đều cần cân nhắc điều kiện thực tế thường xuyên ở từng quốc gia. Vì thể chế chính trị của mỗi quốc gia là thay đổi, cũng như tình trạng của các loại bệnh tật mà dân số nước đó phải đối mặt.

Ở Việt Nam, thanh toán y tế bằng tiền túi chiếm khoảng 5.5% tổng chi tiêu hộ gia đình ở Việt Nam. Đây là tỷ lệ phần trăm cao nhất trong khu vực, thậm chí cao hơn Bangladesh (5.1 %) và Ấn Độ (4.8 %). Theo Doorlaer và các đồng nghiệp², việc bao gồm ảnh hưởng của các khoản chi tiêu này làm tăng số người đói nghèo ứng với mức 1USD một ngày ở Việt Nam thêm 30%.

Tổng chi tiêu y tế ở Việt Nam cao hơn các nước khác trong khu vực, nhưng hầu hết chi tiêu này là bằng tiền túi. Thử thách của Việt Nam không nhất thiết là phải chi tiêu nhiều hơn cho y tế, mà chi tiêu hiệu quả hơn và công bằng hơn.

Việt Nam đã có chủ trương dần dần tiến tới phổ cập bảo hiểm y tế. Đáng tiếc thay, vào thời điểm này, chỉ có những hộ gia đình khá giả, phần lớn trong khu vực công, được tiếp cận bảo hiểm y tế, trong khi người nghèo không được bao hàm. Gần 87% người cận nghèo không có bảo hiểm y tế ở Việt Nam căn cứ theo Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, cơ quan phụ trách thực hiện các chương trình bảo hiểm này³. Đạt được phổ cập bảo hiểm y tế là bước đầu tiên tiến tới một hệ thống y tế công bằng hơn. Điều đó sẽ làm giảm đáng kể gánh nặng đối với các hộ gia đình nghèo. Như trong thảo luận trước, chi phí y tế là yếu tố chính khiến các em bỏ học sớm ở Việt Nam. Sự kết hợp giữa tiền học cộng với bảo hiểm y tế hạn chế dẫn đến một chính sách cực kỳ thiệt thòi cho con em các gia đình nghèo.

Trong buổi thảo luận hôm nay chúng ta sẽ cùng cân nhắc một số thách thức và giải pháp, từ cả khu vực nhà nước và tư nhân, và các bài học từ một số quốc gia trong vấn đề tài chính cho một hệ thống y tế thật sự của tất cả mọi người.

² Van Doorslaer, Eddy, và cộng sự (2006) "Effect of Payment for Health Care on Poverty Estimates in Eleven Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data," *The Lancet*, 368, trang 1360.

³ Liên Châu (2011) "Gần 87% người cận nghèo chưa có thẻ BHYT [Nearly 87% of the poor do not have health insurance]," *Thanh Niên Online*, October 18, <http://www.thanhnien.com.vn/Pages/20111018/Gan-87-nguoi-can-ngheo-chua-co-the-BHYT.aspx>.