

Tính công bằng và cấp tài chính cho khu vực y tế trong các nước đang chuyển đổi

Claude Evin
Nguyên Bộ trưởng - Đại biểu Quốc hội

ĐỀ CƯƠNG PHÁT BIỂU:

Phần mở đầu

1. Về tính công bằng trong việc tiếp cận chăm sóc y tế.

A. Một mục tiêu công bằng xã hội.

B. Một mục tiêu y tế công.

2. Những điều kiện liên quan đến việc cấp tài chính cho chăm sóc y tế để đảm bảo một sự tiếp cận công bằng

A. Những điều kiện tổ chức trả trước chi phí

- Cơ chế thu nguồn tài chính cho hệ thống

- Việc đóng góp chung các nguồn tài chính và chia sẻ rủi ro

- Mối quan hệ hợp đồng giữa những nhà cung cấp tài chính và nhà cung cấp dịch vụ.

B. Phương thức tổ chức cấp tài chính cho chăm sóc y tế

- Các tổ chức thể chế khác nhau

- Những rủi ro xuất phát từ việc tư nhân hoá tài chính cho khu vực y tế

Kết luận

PHẦN MỞ ĐẦU:

Sức khoẻ là một vấn đề cốt lõi đối với từng cá nhân. Kết hợp với sự tham gia tích cực của người dân, sức khoẻ đóng góp vào sự phát triển kinh tế và chính trị. Nếu người dân có sức khoẻ yếu, điều này hạn chế khả năng của quốc gia đó trong việc tạo ra nguồn của cải và tình hình này còn trầm trọng hơn trong giai đoạn quốc gia đó đang chuyển đổi về mặt kinh tế và chính trị.

Nhưng tình hình sức khoẻ của người dân một quốc gia không chỉ được đánh giá dựa trên tình trạng của hệ thống y tế của quốc gia đó. Rất nhiều nhân tố khác được tính đến và đều có ý nghĩa quyết định. Những nhân tố này phụ thuộc vào điều kiện sống (nhà ở, điều kiện vệ sinh...), hay điều kiện môi trường (ô nhiễm không khí...), điều kiện làm việc, và kể cả vệ sinh trong cuộc sống (tập hay không tập thể thao hàng ngày) hay thái độ trước những cách xử sự có rủi ro cao (chế độ ăn uống, hút thuốc lá, uống rượu, lái ô tô...). Một số trong những mối quan tâm trên cần thiết phải được giáo dục về y tế (hay giáo dục công dân) và cơ quan chính quyền có thể đóng một vai trò quan trọng trong những lĩnh vực này để nâng cao công tác phòng ngừa. Một số các hoạt động khác cần phải có những nguồn đầu tư tài chính, và trong trường hợp này, hoàn toàn có thể tự đặt câu hỏi về tính đúng đắn của một số lựa chọn. Chính vì vậy, lấy ví dụ trong một số tình huống, chi phí cho việc tiếp cận nước sạch để nâng cao tình trạng sức khoẻ của người dân cũng cao tương đương, thậm chí còn cao hơn chi phí mua một số trang thiết bị hiện đại để chăm sóc y tế.

Khi đã nêu câu hỏi trên về tính đúng đắn trong một số lựa chọn, dù sao như bà BRUTLAND, tổng giám đốc của Tổ chức Y tế thế giới đã từng viết trong phần mở đầu của báo cáo về tình trạng y tế trên thế giới trong năm 2000: “Cách thức mà các hệ thống y tế được hình thành, quản lý và nhận tài chính, gây tác động đến cuộc sống và các phương thức tồn tại của người dân. Sự khác nhau giữa một hệ thống y tế hoạt động hiệu quả và một hệ thống y tế còn nhiều bất cập được thể hiện trên các mặt như số lượng tử vong, số lượng người không có khả năng lao động, tỷ lệ nghèo, tâm lý cảm thấy nhục và mất hy vọng”.

Trên thực tế, tính hiệu quả của một hệ thống y tế được xem xét trên hai tiêu chí lớn: tiêu chí thứ nhất là tính công bằng trong việc tiếp cận với hệ thống y tế này, có nghĩa là khả năng được chăm sóc y tế tùy thuộc vào nhu cầu y tế của người bệnh và không tùy thuộc vào phương tiện tài chính mà họ có, tiêu chí thứ hai là chất lượng dịch vụ y tế, có nghĩa là một loại hình dịch vụ y tế được tổ chức để đáp ứng tốt những mong đợi của người dân, có sự tham gia của các nhân viên y tế được đào tạo, với số lượng đủ cũng như có những trang thiết bị chăm sóc y tế đáp ứng được tiêu chí an toàn và vệ sinh, và các cơ sở y tế này được phân bổ đều trên toàn lãnh thổ.

Trong phần đầu, tôi sẽ nói rõ thêm những lý do giải thích sự cần thiết phải có tính công bằng trong tiếp cận với chăm sóc y tế (I) sau đó, tôi sẽ đề cập đến những câu trả lời cho phép đạt được mục tiêu này (II).

1. VỀ TÍNH CÔNG BẰNG TRONG TIẾP CẬN VỚI CHĂM SÓC Y TẾ

Ít nhất, sự cần thiết đặt ra câu hỏi về tính công bằng trong tiếp cận với chăm sóc y tế được giải thích bởi hai lý do. Một mặt, nguyên tắc trên đáp ứng được mục tiêu công bằng xã hội (A). Mặt khác, đây chính là điều đảm bảo cho tính hiệu quả trong lĩnh vực y tế công (B).

A. Mục tiêu công bằng xã hội:

Sẽ không có sự tiếp cận với chăm sóc y tế nếu không có một cơ chế đảm bảo nguồn tài chính cho việc này. Y tế không giống như bất cứ loại hàng hoá tiêu dùng khác. Không ai đi lựa chọn sử dụng loại hình chăm sóc y tế nếu loại hình này không đáp ứng được nhu cầu được thể hiện dưới hình thức là một loại bệnh tật đối với thân thể hay tâm lý. Tất nhiên, chúng ta không hoàn toàn bình đẳng trước bệnh tật. Nhưng, nếu như chúng ta không thể dễ dàng giảm được sự bất công có nguồn gốc từ cơ địa của từng người, chúng ta trái lại có thể bảo đảm được việc mỗi người có thể tiếp cận với chăm sóc y tế cần thiết cho mình, cho dù mức độ thu nhập của mình thế nào đi chăng nữa.

Dịch vụ y tế là một trong những loại hình dịch vụ cơ bản nhất của các hệ thống an sinh xã hội. Bệnh tật gia tăng những khó khăn mà những người vốn dễ bị tổn thương đang trải qua trên bình diện thu nhập. Nếu như người ta vừa nghèo, vừa ốm đau bệnh tật, sự nghèo khổ có thể nhanh chóng chuyển thành sự khốn khó. Tình trạng trên có thể còn trầm trọng hơn nếu như các dịch vụ y tế không hề tồn tại hoặc nếu có thì cũng tồn tại để làm vì, vì hạn chế về mặt phương tiện, quá tải hoặc chất lượng kém. Không may thay, thu nhập thấp thường đi kèm với một tình trạng sức khoẻ yếu, và cùng với dịch vụ y tế không thể tiếp cận được hoặc hoạt động kém hiệu quả.

Tài chính công bằng cho một hệ thống y tế là một dịch vụ trong đó mỗi người trả tiền dịch vụ y tế tùy theo phương tiện tài chính của mình chứ không tùy theo nhu cầu của mình. Như vậy những rủi ro tài chính mà mọi người phải đương đầu do lý do chi phí cao của hệ thống dịch vụ sẽ được phân bổ tùy theo khả năng chi trả chứ không tùy theo rủi ro của bệnh tật. Một hệ thống y tế được cung cấp tài chính một cách công bằng mang lại một sự bảo vệ về mặt tài chính cho mọi người để tiếp cận với chăm sóc y tế. Một hệ thống y tế trong đó các cá nhân và

hộ gia đình bắt buộc phải khuyến gia bại sản để mua dịch vụ chăm sóc y tế mà mình cần hay họ buộc phải từ chối được chăm sóc y tế bởi vì chi phí quá cao thì đó là một hệ thống bất công. Đây chính là tình trạng mà chúng ta quan sát được trong đa số những nước nghèo, và cả một số nước có thu nhập trung bình hoặc cao, nơi mà một phần người dân không được bảo vệ đầy đủ trước những rủi ro tài chính.

Việc phải trả tiền những chăm sóc y tế cần thiết cho sức khỏe của mình tạo ra một sự bất công bởi lý do là khi các hộ gia đình phải đương đầu với những chi phí y tế lớn và không hề được đoán trước, thì về mặt tỷ lệ chi phí y tế so với thu nhập, những hộ gia đình nghèo nhất phải trả nhiều hơn các hộ gia đình giàu nhất.

Báo cáo về tình hình y tế trên thế giới năm 2000 của Tổ chức Y tế thế giới đã đề cập đến những nghiên cứu khác nhau về vấn đề này và cho rằng chăm sóc y tế được cung cấp tài chính một cách hoàn toàn công bằng nếu mối tương quan giữa tổng chi phí y tế và tổng chi ngoài lương thực thực phẩm là như nhau đối với toàn bộ các hộ gia đình, không phụ thuộc vào thu nhập của họ, về tình trạng sức khỏe của họ hoặc việc họ sử dụng hệ thống y tế¹.

Như vậy, phương cách tốt nhất để đảm bảo tính công bằng về mặt tài chính là ưu tiên cho việc trả trước chi phí, thay cho việc trả chi phí trực tiếp. Trong một số quốc gia, nếu không thể thiết lập được cơ chế trả trước chi phí một cách rộng rãi cho toàn bộ các dịch vụ chăm sóc y tế, việc gán cơ chế trả trước này đối với một rủi ro được tiên liệu trước vẫn được người dân quan tâm lựa chọn hơn là hình thức trả trực tiếp, bởi vì cơ chế này dễ tiên liệu hơn. Điều này có thể được giải thích trong chừng mực mà người được bảo hiểm quyết định loại hình rủi ro được bảo hiểm. Tuy nhiên, lý tưởng nhất là tách việc đóng góp tài chính của hộ gia đình vào hệ thống y tế ra khỏi những rủi ro sức khỏe mà hộ gia đình này phải đương đầu và làm cho sự đóng góp trên gần như hoàn toàn độc lập với các dịch vụ cần thiết.

B. Mục tiêu y tế công

Rõ ràng là khả năng tài chính của các nước khác nhau để đầu tư vào lĩnh vực dịch vụ y tế đóng vai trò quyết định để đảm bảo mức chất lượng trong chăm sóc y tế. Nhưng mức đầu tư này, riêng mình không thể đảm bảo được một tình trạng sức khỏe tốt của toàn bộ người dân. Một hệ thống y tế trong đó người dân phải trực tiếp trả một phần lớn trong chi phí dịch vụ y tế vào thời điểm mà họ đến khám chữa bệnh, rõ ràng sẽ chỉ hạn chế việc tiếp cận với các loại hình dịch vụ y tế này cho những người có phương tiện chi trả dịch vụ và loại ra ngoài những thành viên nghèo nhất của xã hội. Tình hình này gây nên những hiệu 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, chừng nào mà, lấy ví dụ như việc không chữa một số loại bệnh truyền nhiễm sẽ không chóng thì chày gây nên những hệ lụy đối với những người thân cận với người bệnh mà họ không có thể tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế. Việc cho phép toàn thể người dân của một quốc gia có thể tiếp cận chăm sóc y tế cần thiết có một hiệu quả quan trọng hơn đối với tình trạng y tế chung của cộng đồng, so với chính mức chi phí y tế.

Một số can thiệp y tế lớn sẽ không tìm được nguồn tài chính, nếu như cá nhân người dân phải tự chi trả những can thiệp y tế này. Tình trạng cũng tương tự như vậy đối với chi phí cho công tác phòng ngừa bệnh tật, hoặc đối với các chi phí, nhìn chung được coi là nguồn đầu tư cho tương lai (như nghiên cứu, tiến bộ công nghệ...). Một chính sách y tế công không bao giờ là kết quả của một loạt những quyết định cá nhân.

Một hệ thống y tế cần phải nhắm tới việc bảo đảm cùng một lúc công bằng dọc và công bằng ngang thông qua việc đối xử như nhau với tất cả những người có cùng nhu cầu y tế. Như vậy, hệ thống y tế này không những cần phải quan tâm đến việc người khỏe “trợ giúp” cho người bệnh, điều mà bất cứ một cơ chế trả trước chi phí nào sẽ cho phép đạt được, nhưng còn phải

quan tâm đến việc gánh nặng tài chính được chia xẻ công bằng giữa những người nghèo nhất và những người giàu nhất. Nhìn chung, mục tiêu sau này bắt buộc phải chi những khoản chi công vì lợi ích người nghèo.

2. NHỮNG ĐIỀU KIỆN LIÊN QUAN ĐẾN TÀI CHÍNH CHO CHĂM SÓC Y TẾ ĐỂ ĐẢM BẢO MỘT SỰ TIẾP CẬN CÔNG BẰNG

Tính công bằng trong tiếp cận chăm sóc y tế được bảo đảm chủ yếu bởi những phương thức tài chính. Chúng tôi đã đề cập đến việc cơ chế trả trước chi phí đối với người tiêu dùng là một trong những điều kiện đảm bảo tính công bằng này. Chúng ta sẽ phân tích ở đây những điều kiện tổ chức cơ chế trả trước chi phí (A) trước khi đề cập đến một số phương thức tổ chức cơ chế này (B).

A. Điều kiện tổ chức cơ chế trả trước chi phí:

Mức độ trả trước chủ yếu được xác định bởi cơ chế thu tài chính cho hệ thống y tế (1). Tuy nhiên, để đảm bảo nguyên tắc công bằng, nguồn thu này phải được đưa vào quỹ chung nhằm để chia xẻ tốt hơn những rủi ro (2) và việc phân bổ tài chính cho những cơ sở cung cấp dịch vụ y tế phải được ghi rõ trong một hợp đồng công khai (3).

1. Cơ chế thu tài chính cho hệ thống y tế:

Ngoài việc làm cho người dân miễn phải trả trực tiếp chi phí và như vậy tránh được những khó khăn tài chính trong việc tiếp cận với chăm sóc y tế, cơ chế trả trước cho phép chia xẻ rủi ro tài chính giữa những thành viên của một cộng đồng (các công dân của một nước, những người làm công ăn lương cùng một ngành nghề hoặc những người đăng ký bảo hiểm của cùng một quỹ bảo hiểm).

Sử dụng đến cơ chế thuế cho phép tách rời việc thu các khoản đóng góp và việc sử dụng các khoản này. Tuy nhiên, để làm được điều này, các tổ chức chịu trách nhiệm thu các khoản trên cần phải có một năng lực thể chế và tổ chức mạnh. Vậy mà, tiếc thay năng lực này thường rất thiếu nhất là trong nhiều nước đang phát triển. Vì thế, cho dù các nước có thu nhập thấp mong muốn thiết lập cơ chế trả trước ở mức cao nhất, nhìn chung họ rất khó đạt được kết quả bởi các thể chế của mình thiếu năng lực cần thiết.

Những hình thức trả trước chi phí khác như đóng bảo hiểm xã hội dễ thu hơn. Bảo hiểm xã hội liên quan đến hoạt động nghề nghiệp và việc thu bảo hiểm xã hội có thể được tổ chức trong khuôn khổ hoạt động nghề nghiệp này. Trong đa số trường hợp, việc tham gia các chế độ bảo hiểm xã hội chỉ hạn chế cho những người lao động trong các khu vực kết cấu của nền kinh tế. Phí bảo hiểm sẽ được cơ quan sử dụng lao động khấu trừ ngay từ nguồn, điều này sẽ tạo thuận lợi cho việc xác định tính danh của người tham gia bảo hiểm, thu phí bảo hiểm và việc có thể không bồi hoàn các chi phí khám chữa bệnh nếu như không đóng phí bảo hiểm. Trong các nước mà hoạt động kinh tế chủ yếu dựa trên khu vực phi chính thức, đa số người dân không thể được hưởng thụ một hệ thống bảo hiểm xã hội như vậy. Mục tiêu mở rộng hệ thống an sinh xã hội tới những người dân của nền kinh tế phi chính thức, như Tổ chức lao động quốc tế đã từng khẳng định, là một mục tiêu đáp ứng được mối quan tâm bảo đảm tính công bằng trong việc tiếp cận với chăm sóc y tế.

Như vậy, trong các nước đang phát triển, mục tiêu sẽ nhằm tạo những điều kiện thuận lợi cho việc triển khai các cơ chế thu phí dần dần cho phép tách rời việc thu với việc sử dụng các khoản đóng góp. Tại các nước có thu nhập thấp, nơi mà tỷ lệ các khoản trả trực tiếp của người bệnh nhìn chung là cao và năng lực thể chế và tổ chức không cho phép dựa chủ yếu vào các khoản thuế để cung cấp tài chính cho khu vực y tế, việc nên làm là phát huy các hệ thống đóng góp dựa trên ngành nghề trong mọi trường hợp nếu có thể hoặc tạo thuận lợi cho việc triển

khai các chế độ bảo hiểm cộng đồng (theo mô hình tương tế hoặc mô hình bảo hiểm quy mô nhỏ) hoặc các hệ thống trả trước dựa trên nhà cung cấp dịch vụ. Nếu như hệ thống trả trước này là một tiến bộ so với cơ chế trả trước chi phí, thì hệ thống này khó có thể khai thác về lâu về dài. Trong mọi trường hợp, đây chỉ được coi là một bước chuyển hướng tới mức độ tập trung cao hơn.

Trong các nước có thu nhập trung bình hoặc nền kinh tế có kết cấu chặt chẽ hơn, các chiến lược nhằm phát triển cơ chế trả trước cũng như các công cụ sử dụng chung các nguồn lực tính đến việc tăng cường và mở rộng các hệ thống đóng chi phí bắt buộc dựa trên lương hay rủi ro, cũng như việc tăng phần tài chính công chủ yếu giành cho những người nghèo nhất.

Nếu như cơ chế trả trước là hòn đá tảng của chính sách tài chính công bằng cho hệ thống y tế, một tỷ lệ nhất định khoản trả trực tiếp tỏ ra là cần thiết để có thể tăng thu khi mà khả năng trả trước còn chưa đủ. Đôi khi công thức này được thể hiện dưới hình thức đồng chi trả với mục tiêu đầu tiên là “ôn hoà hơn” nhu cầu chăm sóc y tế. Tuy nhiên, công thức này chỉ được sử dụng khi mà rõ ràng là cơ chế trả trước có những hậu quả xấu xa và trước hết là khuyến khích việc lạm dụng không giải trình được việc khám chữa bệnh. Quả vậy, trên thực tế, hình thức đồng chi trả dẫn đến việc giảm nhu cầu khám chữa bệnh, nhưng không hợp lý hoá được nhu cầu của người tiêu dùng. Với hệ thống này, người dân, nhất là người nghèo, sẽ giảm nhu cầu dịch vụ y tế, nhưng chắc chắn họ không có một thái độ hợp lý hơn để quyết định đề nghị được hưởng dịch vụ nào và khi nào đề nghị. Khi sử dụng mà không có sự phân biệt rõ hình thức mà người bệnh trả chi phí khám chữa bệnh, chúng ta giảm cầu một cách không đúng lúc, điều này gây hậu quả chủ yếu là làm tổn hại đến lợi ích của người nghèo.

2. Việc cùng đóng góp nguồn lực và phân chia rủi ro:

Việc chỉ sử dụng cơ chế trả trước, ngay cả khi cơ chế này cho phép tách rời ở mức cao việc thu các khoản đóng góp với việc sử dụng chúng, cũng không đảm bảo được việc cung cấp nguồn tài chính công bằng nếu như cơ chế này chỉ được thực hiện dựa trên cơ sở từng cá nhân dưới hình thức tài khoản tiết kiệm chữa bệnh. Trong trường hợp này, một khi dùng hết tài khoản trên, người bệnh chỉ được tiếp cận hạn chế với các dịch vụ y tế. Còn những người có nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế nhất, như người bệnh hoặc người nghèo, thì không thể tiếp cận được các loại hình dịch vụ này, vì thiếu các khoản thu nhập cần thiết để có thể tiết kiệm. Trái lại, những người trẻ tuổi, sức khoẻ tốt, rủi ro bệnh tật thấp, có thể bắt buộc phải tham gia cơ chế trả trước trong một thời gian dài trước khi có nhu cầu được chăm sóc y tế mà vì nó họ đã đóng bảo hiểm tiết kiệm. Những cơ chế tài chính hỗn hợp, giữa một bên là những người trẻ và những người không bệnh tật và bên kia là người bệnh và người già cho phép chia sẻ tốt hơn các rủi ro tài chính giữa những nhóm xã hội khác nhau.

Việc cùng đóng góp nguồn lực – với cơ chế trả trước chi phí - được coi là bước tiến có ý nghĩa hướng tới sự công bằng. Tuy nhiên, điều này không tính đến vấn đề thu nhập. Hình thức trên cho phép điều hoà sự đóng góp giữa các thành viên của một nhóm, cho dù rủi ro tài chính liên quan đến việc các thành viên này sử dụng dịch vụ y tế có như thế nào chăng nữa. Và điều này có nguy cơ dẫn đến việc những người nghèo ít có nguy cơ bệnh tật phải trợ giúp tài chính cho những người giàu có nguy cơ bệnh tật cao. Mỗi quan tâm làm sao đảm bảo được sự công bằng cũng dẫn đến việc tự đặt câu hỏi “ai trợ giúp cho ai”. Vừa đảm bảo được sự trợ giúp lẫn nhau giữa những người ít có nguy cơ bệnh tật với những người có nguy cơ cao, tài chính cho lĩnh vực y tế cũng phải đảm bảo được rằng nguồn trợ giúp không được giảm dần so với thu nhập. Vấn đề cơ cấu nguồn thu nhằm để cung cấp tài chính cho lĩnh vực y tế là một vấn đề quyết định cho tính công bằng của hệ thống y tế.

Như vậy, tinh thần đoàn kết giữa những nhóm khác nhau trong cộng đồng dân cư trước vấn đề chăm sóc y tế phải được thể hiện xoay quanh các cơ chế thể chế, trực tiếp được chính Nhà nước quản lý hoặc do các quỹ bảo hiểm xã hội quản lý. Các quỹ này cho phép một tinh thần đoàn kết trên quy mô địa phương hoặc quy mô ngành nghề được thể hiện. Nhưng trong trường hợp này, các cơ chế bù trừ giữa các quỹ phải được tính đến để tránh việc những mất cân bằng quá lớn giữa các nhóm dân chúng nảy sinh. Nhìn chung, số lượng quá lớn các quỹ bảo hiểm xã hội là một yếu tố gây mất công bằng. Sự lựa chọn ưu tiên cho mô hình một quỹ duy nhất hoặc số lượng ít quỹ có quy mô vừa đủ là cần thiết bởi vì mô hình này đảm bảo tốt hơn khả năng tài chính của các quỹ, chi phí quản lý hành chính của hệ thống bớt nặng nề hơn và sự lựa chọn do rủi ro cũng ít có khả năng phát triển.

3. Mối quan hệ hợp đồng giữa những nhà cung cấp tài chính và những nhà cung cấp dịch vụ

Các hệ thống y tế phải quan tâm đến việc các loại hình khám chữa bệnh được các hệ thống trên cấp tài chính và mang lại cho người bệnh phải đáp ứng được các tiêu chí về chất lượng. Cũng phải đảm bảo rằng việc triển khai dịch vụ khám chữa bệnh phải đáp ứng được mục tiêu công bằng của hệ thống y tế. Những mục tiêu này tìm được câu trả lời trong mối quan hệ tài chính được thiết lập giữa những nhà cung cấp tài chính (Nhà nước hoặc các quỹ và các nhà cung cấp dịch vụ y tế. Điều này còn được biết đến với tên gọi là chiến lược mua sắm dịch vụ chăm sóc y tế.

Điều tất nhiên là, chính những nhà cung cấp dịch vụ y tế phải có trách nhiệm chính trong việc đảm bảo tính hiệu quả trong công tác khám chữa bệnh. Nhưng để thực sự có thể đóng vai trò của mình một cách có hiệu quả, những nhà cung cấp dịch vụ phải có những phương tiện và cơ chế tổ chức đầy đủ cũng như các biện pháp khuyến khích phù hợp. Về điểm này, chính quyền phải thực thi trách nhiệm quan trọng để định ra những quy định đảm bảo chất lượng này và để đảm bảo rằng các dịch vụ cung cấp được phân bổ một cách công bằng trên toàn lãnh thổ (kể cả khu vực nông thôn và thành thị), nhằm để cho phép người dân, cho dù họ sống ở đâu, cũng có thể tiếp cận được với toàn bộ hệ thống dịch vụ.

Chiến lược mua sắm dịch vụ chăm sóc y tế (hoặc việc xác định giờ các dịch vụ chăm sóc y tế mà các nhà cung cấp tài chính đảm bảo) 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?

Một chiến lược mua sắm đòi hỏi phải thường xuyên tìm kiếm những dịch vụ y tế tốt nhất sẵn có cũng như những nhà cung cấp dịch vụ tốt nhất. Cơ quan quản lý chung cho cả hệ thống phải đóng một vai trò quan trọng nhằm để định ra các mục tiêu của hệ thống và đảm bảo chất lượng dịch vụ mang lại cho người bệnh thông qua một số quy định y tế. Cơ quan trên cũng có trách nhiệm trong việc xác định đối tượng mà cộng đồng có thể chấp nhận cung cấp tài chính để đáp ứng được mục tiêu công bằng.

Các nhà cung cấp dịch vụ phải đáp ứng được bốn mục tiêu: phòng ngừa những vấn đề sức khỏe cho những người dân liên quan (các công dân, thành viên của quỹ bảo hiểm), phản ứng nhanh trước các nhu cầu của những người dân này, cung cấp các loại hình dịch vụ có thể giải quyết được những vấn đề sức khỏe của họ và kiểm soát được chi phí. Trên thực tế, nếu đứng riêng thì không một cơ chế ngân sách nào hoặc cơ chế thanh toán nào cho nhà cung cấp dịch vụ cho phép đạt được bốn mục tiêu trên. Chính vì thế, ví dụ như việc thanh toán cho từng hoạt động khám chữa bệnh cho phép có một khả năng đáp ứng rất cao cho nhu cầu của người bệnh, nhưng cơ chế này cũng có khuynh hướng tạo nên một sự tăng mạnh chi phí chung cho toàn hệ thống. Trái lại, mô hình trọn gói, theo đó nhà cung cấp dịch vụ được nhận một khoản tiền

khoán trọn gói được cho là tương đương với các loại hình dịch vụ cung cấp, là một hệ thống cho phép một sự kiểm soát tốt hơn về mặt chi phí và tạo điều kiện thuận lợi cho công tác phòng ngừa bệnh tật. Cơ chế ngân sách cả gói trả cho nhà cung cấp dịch vụ cho phép kiểm soát được chi phí nhưng cũng có thể dẫn đến việc nhà cung cấp này hạn chế các loại hình dịch vụ nhằm để cố gắng xoay xở trong ngân sách được cấp. Cho dù cơ chế tài chính nào được lựa chọn chẳng nữa, mối quan hệ giữa nhà mua sắm dịch vụ y tế hay nhà cung cấp tài chính 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.

B. Các phương thức tổ chức tài chính cho công tác khám chữa bệnh:

Có nhiều phương thức tổ chức về mặt thể chế việc cung cấp tài chính cho các hệ thống y tế (1). Tuy nhiên, chúng ta biết rằng việc tư nhân hoá hệ thống y tế không thể đảm bảo được nguyên tắc công bằng (2).

1. Các phương thức tổ chức về mặt thể chế:

Một số nước lựa chọn đảm bảo việc cung cấp tài chính cho các hệ thống y tế của mình trong khuôn khổ một cơ quan quốc gia trực tiếp đặt dưới sự quản lý của Nhà nước. Đặc trưng nhất trong các nước này là nước Anh. Tại những nước trên, nguồn thu được đảm bảo từ thuế, sau đó được phân bổ cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế trong khuôn khổ một ngân sách chung được Nhà nước định ra hàng năm. Toàn thể người dân nhận được chăm sóc y tế miễn phí với điều kiện phải tôn trọng các nguyên tắc hoạt động của hệ thống khám chữa bệnh (ví dụ như đầu tiên phải khám qua bác sĩ đa khoa trước khi khám bác sĩ chuyên khoa).

Một số nước khác lại tiến hành triển khai cơ chế bảo hiểm xã hội bắt buộc trong khuôn khổ ngành nghề. Nước Pháp nằm trong số đó. Các quỹ bảo hiểm chi trả chi phí khám chữa bệnh cho đại đa số những lao động làm công ăn lương và hoặc những người lao động hành nghề tự do cũng như các gia đình của họ và những người về hưu. Nhìn chung, các quỹ này được đồng quản lý bởi đại diện của những người làm công ăn lương trên và bởi đại diện của giới chủ hoặc đại diện của các ngành nghề tự do. Một cơ chế đặc biệt nhằm để chi trả phí khám chữa bệnh cho những người không có khả năng tài chính tham gia vào bất cứ quỹ bảo hiểm nào nhằm để đảm bảo việc chi trả phí khám chữa bệnh cho toàn bộ người dân². Nhà nước không cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nhưng định ra những quy định trong lĩnh vực cung cấp dịch vụ này và phương thức cấp tài chính.

Cuối cùng, một số nước khác có một hệ thống hỗn hợp, kết hợp giữa bảo hiểm xã hội theo ngành và trợ giúp xã hội. Việc bảo vệ người lao động trước nguy cơ bệnh tật được đảm bảo bởi các doanh nghiệp của khu vực cạnh tranh. Các doanh nghiệp này quản lý các kế hoạch bảo hiểm mà người chủ xưởng chủ yếu chính là giới chủ. Một cơ chế công đảm bảo việc trả phí khám chữa bệnh cho người bản địa trên cơ sở ngân sách nhà nước. Mỹ nằm trong số các nước trên.

Những phương thức tổ chức về mặt thể chế này xuất phát từ lịch sử xã hội và chính trị của từng nước có liên quan. Trong số các hệ thống này, không một mô hình nào có thể chuyển đổi toàn bộ được. Trái lại, người ta biết rằng việc tìm cách áp dụng nguyên tắc công bằng không thể tương thích được với việc tư nhân hoá hệ thống y tế.

2. Những rủi ro trong việc tư nhân hoá cơ chế tài chính trong y tế:

Đứng trước việc tài chính công ngày càng hạn chế và mức chi phí ngày càng gia tăng nhanh chóng, các quốc gia đều có khuynh hướng hạn chế chi tiêu công và chuyển một phần chi cho lĩnh vực y tế sang khu vực tư nhân phải gánh chịu, cho dù phần này được bảo đảm bởi các cơ chế bảo hiểm được các hộ gia đình tự do lựa chọn hoặc được các hộ gia đình này trực tiếp trả.

Một số học thuyết chủ trương triển khai các cơ chế thị trường bởi các cơ chế này được giả thiết là hiệu quả hơn để cung cấp các dịch vụ liên quan đến việc ngăn ngừa bệnh tật trong bối cảnh mà các nhà cung cấp dịch vụ này – các công ty bảo hiểm đang cạnh tranh gắt gao với nhau - phải tìm kiếm phương thức quản lý tốt nhất với chi phí thấp nhất. Khoản phí cần đóng khi đó trở thành những chi phí riêng của người tiêu dùng. Họ có thể tự do lựa chọn phần ngân sách của họ giành cho việc khám chữa bệnh.

Khuynh hướng này, được Ngân hàng thế giới ủng hộ mạnh mẽ với lý do ưu tiên cơ chế cạnh tranh, không ưu tiên vai trò can thiệp của Nhà nước, chắc chắn sẽ dẫn đến những hậu quả nặng nề. Một số hậu quả trong số đó đang đe dọa nguyên tắc công bằng:

- Những người bản địa họ không thể tự mua bảo hiểm cho mình sẽ rơi vào tình trạng không được hỗ trợ y tế.
- Những người không mua bảo hiểm khi nghĩ rằng họ là những rủi ro tốt sẽ không được hỗ trợ y tế khi họ bị ốm đau bệnh tật nặng,
- Việc tìm kiếm lợi nhuận, hoặc thuần túy tìm cách cân đối tài khoản sẽ dẫn các công ty bảo hiểm đến việc lựa chọn rủi ro và sẽ chỉ thu hút những rủi ro tốt và đánh phí cao và khác nhau những rủi ro xấu nhằm để loại bỏ những rủi ro trên.
- Nhìn chung các công ty bảo hiểm thường hạn chế sự lựa chọn của những người mua bảo hiểm trong lĩnh vực lựa chọn bác sĩ tư hoặc bệnh viện.
- Các chi phí cố định về quản lý và tiếp thị sẽ là cao hơn rất nhiều trong trường hợp đó là hệ thống bảo hiểm tư nhân mang tính cạnh tranh so với trường hợp đó là hệ thống bảo hiểm bắt buộc.

KẾT LUẬN

Tính công bằng trong việc tiếp cận với chăm sóc y tế là một mối quan tâm đối với bất cứ quốc gia nào thực sự muốn đáp ứng những mong mỏi của người dân. Thực tế là chúng ta đều bắt công trước vấn đề sức khoẻ. Vì những lý do công bằng xã hội và hiệu quả của hệ thống y tế và mối quan tâm của y tế công, điều hết sức cấp bách là phải quan tâm đến việc mỗi người dân có thể tiếp cận được những chăm sóc cần thiết tùy theo nhu cầu của mình chứ không phải tùy theo khả năng tài chính của mình.

Đứng trước sự cấp thiết phải hiện đại hoá hệ thống khám chữa bệnh để cho hiệu quả hơn, và trước những hạn chế về chi tiêu tài chính công, một số nước đã lựa chọn việc chuyển một phần quan trọng trong khoản tài chính cấp cho việc khám chữa bệnh sang các hộ gia đình phải gánh. Để cho mỗi người chi trả chăm sóc y tế của mình tùy theo nhu cầu không thể đáp ứng được mối quan tâm đảm bảo công bằng này.

Nhân tố chủ yếu đảm bảo tính công bằng trong việc cấp tài chính cho một hệ thống y tế là triển khai phần trả trước trong toàn bộ chi phí khám chữa bệnh. Trả trực tiếp chi phí là loại hình chi trả không thích hợp với người có thu nhập thấp và đặt người bệnh trước nhiều rủi ro nhất, nhất là khi họ phải đương đầu với bệnh tật nặng. Như vậy, hình thức thu phí trả trước có một ảnh hưởng mạnh mẽ đối với nguyên tắc công bằng của hệ thống. Nhưng nếu chúng ta thừa nhận rằng tất cả loại hình trả trước cần phải ưu tiên so với hình thức người bệnh trực tiếp chi trả phí khám chữa bệnh, cách thức mà những nguồn thu trả trước được tập trung vào một số quỹ để chia sẻ rủi ro cũn có một ý nghĩa rất lớn. Cần có bao nhiêu quỹ? Quy mô của từng quỹ như thế nào? Việc mua bảo hiểm sẽ là tự nguyện hay bắt buộc? Liệu có các cơ chế bù trừ những sự khác nhau trong lĩnh vực rủi ro và khả năng chi trả hay không? Cuối cùng, chiến lược mua sắm các dịch vụ chăm sóc y tế hay cấp tài chính cho những nhà cung cấp dịch vụ

cũng có ý nghĩa quyết định và phải được quy định cụ thể trong những hợp đồng rõ ràng giữa những nhà cung cấp tài chính và nhà cung cấp dịch vụ.

Tất cả những đặc điểm này có ảnh hưởng đến nguyên tắc công bằng của hệ thống nhưng cũng đóng góp vào việc đảm bảo tính hiệu quả của hệ thống trên. Liệu đây có phải là mục tiêu đúng mà chúng ta cần phải theo đuổi nếu chúng ta muốn đáp ứng được nhu cầu của người dân được hưởng một hệ thống y tế có chất lượng?

* Người dịch: Nguyễn Mạnh Thắng, Giảng viên CFIT, Học viện Quan hệ Quốc tế

1 Tổ chức Y tế thế giới. Báo cáo về tình hình y tế trên thế giới năm 2000, trang 39.

2 Tại Pháp, cơ chế này được thể hiện dưới hình thức triển khai mô hình bảo hiểm rộng rãi toàn dân (CMU).

Nguồn: Hội thảo “Vì một sự tăng trưởng và xã hội công bằng” – TP.HCM 10-11/09/2003