Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized

89066

ĐỊNH HƯỚNG TRONG PHÁT TRIỂN
Phát triển Con Người

Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam

Đánh giá và Giải pháp

Aparnaa Somanathan, Ajay Tandon, Đào Lan Hương,
Kari L. Hurt, và Hernan L. Fuenzalida-Puelma

NGÂN HÀNG THẾ GIỚI

Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam

ĐỊNH HƯỚNG TRONG PHÁT TRIỂN
Phát triển Con Người

Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam

Đánh giá và Giải pháp

Aparnaa Somanathan, Ajay Tandon, Đào Lan Hương,
Kari L. Hurt, và Hernan L. Fuenzalida-Puelma

NGÂN HÀNG THẾ GIỚI

©2014 International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Bản quyền được bảo hộ

1 2 3 4 17 16 15 14

Đây là sản phẩm của nhân viên Ngân hàng Thế giới với sự đóng góp từ bên ngoài. Những phát hiện, diễn giải và kết luận trình bày trong cuốn sách này không nhất thiết phản ánh quan điểm của Ngân hàng Thế giới, Ban Giám đốc Ngân hàng hay những chính phủ mà Ngân hàng đại diện. Ngân hàng Thế giới không đảm bảo tính chính xác của số liệu trong cuốn sách này. Các đường biên, màu sắc, tên gọi và các thông tin khác ghi trên bất cứ bản đồ nào trong cuốn sách này không thể hiện bất cứ sự phán xét nào của Ngân hàng Thế giới về hiện trạng pháp lý của bất cứ vùng lãnh thổ nào hay là sự xác nhận hay chấp nhận những đường biên đó.

Không một nội dung nào trong tài liệu xác lập, hay được coi như là hạn chế hoặc từ bỏ, các đặc quyền hoặc miễn trừ của Ngân hàng Thế giới, và mọi đặc quyền, miễn trừ đó đều được bảo lưu cụ thể

Quyền hạn và Giấy phép

Tài liệu này được xuất bản theo giấy phép nguồn mở quyền sáng tạo chung 3.0 (CC BY 3.0IGO) http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo. Theo giấy phép quyền sáng tạo chung này, mọi đối tượng được sao chép, phổ biến, truyền tài, chỉnh sửa tài liệu này, kể cả cho mục đích thương mại, với những điều kiện sau:

Dẫn chiếu tác giả—Yêu cầu dẫn chiếu tài liệu như sau: Somanathan Aparnaa, Ajay Tandon, Đào Lan Hương, Kari L. Hurt và Hernan L. Fuenzalida-Puelma. 2014. Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam: Đánh giá và Giải pháp. Định hướng trong phát triển. Washington, DC: World Bank. Doi: 10.1596/978-1-4648-0261-4. Giấy phép: Quyền sáng tạo chung CC BY 3.0.

Bản dịch—Đây là bản dịch từ tài liệu gốc của Ngân hàng Thế giới và không phải là bản dịch chính thức. Ngân hàng Thế giới không chịu trách nhiệm về bất cứ nội dung hay sai sót nào của bản dịch.

Nội dung của bên thứ ba —Ngân hàng Thế giới không hoàn toàn sở hữu tất cả các phần trong cuốn sách này. Do đó Ngân hàng Thế giới không đảm bảo rằng việc sử dụng nội dung cuốn sách không vi phạm bản quyền của bên thứ ba. Người sử dụng là người duy nhất chịu rủi ro nếu bị khiếu nại liên quan đến việc sử dụng như vậy. Nếu muốn sử dụng các phần của tài liệu, người sử dụng phải chịu trách nhiệm đối với việc xác định xem có yêu cầu nào về giấy phép cho việc tái sử dụng đó và phải xin phép người sở hữu bản quyền. Các chi tiết của các phần có thể bao gồm và không hạn chế các bảng biểu, hình vẽ hoặc hình ảnh.

Mọi thắc mắc về quyền hạn, giấy phép, đề nghị gửi đến Phòng Xuất Bản, Ngân hàng Thế giới, 1818 H Street NW, Washington DC 20433, USA; fax 202-522-2625; e-mail:pubrights@worldbank.org.

ISBN (paper): 978-1-4648-0261-4
ISBN (electronic): 978-1-4648-0262-1
DOI: 10.1596/978-1-4648-0261-4

Ảnh bìa: © Jeremy Horner/ Panos Pictures. Hình ảnh đã được Jeremy Horner/ Panos Pictures cho phép sử dụng. Tái sử dụng hình ảnh yêu cầu xin phép.
Thiết kế bìa: Debra Naylor, Naylor Design

Số hiệu đầu mục ấn phẩm của Thư viện Quốc hội đã được yêu cầu.

Mục lục

Lời nói đầu *xi*
Lời cám ơn *xiii*
Các từ viết tắt *xvii*

Tổng quan **1**

Chương 1 **Tiến tới bảo hiểm toàn dân? Đánh giá chặng đường phía trước** **11**
Kết quả chính và các khó khăn trong tương lai trên chặng đường hướng tới BHYTTD 12
Định hướng của chính phủ tiến tới bảo hiểm toàn dân 18
Giới thiệu tóm tắt về báo cáo: mục tiêu, lộ trình 18
Phương pháp, quá trình tham vấn 20
Chú thích 22
Tài liệu tham khảo 22

Chương 2 **Mục tiêu 1 của đề án tổng thể: tăng mức độ tham gia BHYT** **23**
Những vấn đề còn tồn tại trong mở rộng diện bao phủ 23
Kinh nghiệm quốc tế về tăng tỷ lệ tham gia và tăng diện bao phủ BHYT 27
Khuyến nghị 33
Chú thích 35
Tài liệu tham khảo 36

Chương 3 **Mục tiêu 2 của đề án tổng thể: tăng cường bảo vệ tài chính và công bằng** **39**
Ảnh hưởng của chi trả cao từ tiền túi đối với các mục tiêu bảo vệ tài chính và công bằng 40
Tìm hiểu lý do tại sao chi tiêu y tế từ tiền túi vẫn còn cao 44
Đặc điểm chi tiêu tiền túi cho y tế trong khu vực và bao phủ 46
Khuyến nghị 48
Chú thích 49
Tài liệu tham khảo 50

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Chương 4 Ước tính chi phí của tiến trình hướng tới bao phủ toàn dân 53
Dự toán chi phí BPTD: dự tính nguồn thu căn cứ trên đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân 53
Tính chi phí BPTD: dự tính chi tiêu theo mô hình Lieberman-wagstaff 54
Tóm tắt: ước tính chi phí bao phủ toàn dân 58
Chú thích 58
Tài liệu tham khảo 59

Chương 5 Huy động các nguồn lực thực hiện BPTD: tình hình tài khóa vĩ mô 61
Môi trường tài khóa vĩ mô 62
Xác định lại các ưu tiên về y tế 67
Các nguồn vốn dành riêng cho ngành y tế 69
Nguồn lực bên ngoài 71
Khuyến nghị 73
Chú thích 73
Tài liệu tham khảo 74

Chương 6 Giảm sự phân mảnh trong hoà quỹ chia sẻ rủi ro 77
Phân mảnh trong hoà quỹ chia sẻ rủi ro và tác động 77
Kinh nghiệm quốc tế về giảm sự phân mảnh của quỹ chia sẻ rủi ro 80
Khuyến nghị 84
Chú thích 84
Tài liệu tham khảo 84

Chương 7 Tăng cường phân bổ nguồn vốn và mua dịch vụ 87
Nguồn gốc của sự không hiệu qủa 88
Kinh nghiệm quốc tế về phân bổ nguồn tài chính và mua sắm 96
Khuyến nghị 101
Chú thích 107
Tài liệu tham khảo 107

Chương 8 Củng cố tổ chức, quản lý và quản trị BHYT 111
Chẩn đoán vấn đề 112
Tổng quan tóm tắt về luật BHYT xã hội năm 2008 115
Tổ chức BHYT 117
Quản lý BHYT 123
Quản trị BHYT 127
Cơ quan BHYT 133
Lộ trình đổi mới thể chế 135
Khuyến nghị 138

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Chú thích 141
Tài liệu tham khảo 142

Chương 9 Lộ trình thực hiện tiến tới bao phủ toàn dân tại việt nam 143
Các giải pháp về luật và quy định dưới luật 144
Các giải pháp tăng cường hệ thống y tế 148
Giải quyết nhược điểm trong dữ liệu, thông tin 149
Chú thích 150
Tài liệu tham khảo 150

Phụ lục A Tổng quan ngành y tế 151

Phụ lục B Qui trình tham vấn rà soát đánh giá BHYT 157

Phụ lục C Chi tiết mô phỏng dự toán chi phí BPTD 159

Phụ lục D Thiếu hiệu quả trong chi tiêu cho thuốc 163

Hộp

2.1 Điều tra Kiến thức, thái độ, thực hành của cha mẹ liên quan đến quyền lợi BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi ở Việt Nam 26
2.2 Vai trò của ngân sách nhà nước trong trợ cấp tham gia BHYT: Kinh nghiệm quốc tế 29
2.3 Các thách thức trong cơ chế tham gia bảo hiểm tự nguyện có đóng góp của Phi líp pin và Thái Lan 30
2.4 Bằng chứng về tài trợ từ ngân sách nhà nước cho đối tượng không chính thức tạo sự gia tăng lao động không chính thức 31
2.5 Kinh nghiệm tham gia BHYT theo hộ gia đình của các nước khu vực Châu á TBD 31
2.6 Vai trò của thông tin, giáo dục và truyền thông trong mở rộng bao phủ bảo hiểm 32
6.1 Sự hình thành quỹ chia sẻ rủi ro ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan (Trung Quốc) 81
6.2 Hợp nhất quỹ thông qua Cải cách tài chính công ở Chile 82
6.3 Phối hợp các nỗ lực trung ương và địa phương trong chương trình NCMS ở Trung Quốc 83
7.1 Qui trình ra quyết định gói quyền lợi trong Chương trình BPTD của Thái Lan 98
7.2 Qui trình quyết định gói quyền lợi của BHYT quốc gia Hàn Quốc 99
7.3 Khống chế chi phí qua cải cách phương thức thanh toán và cải cách mua sắm dịch vụ y tế của Thái Lan và Thổ Nhĩ Kỳ 100

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

7.4 Khống chế chi phí thuốc có hiệu quả ở một số quốc gia lựa chọn 102
8.1 Phân bổ nguồn lực cho các gói cơ bản: Những câu hỏi cần trả lời 125
A.1 Công thức tính quỹ định suất 154

Hình

1.1 Quá trình phát triển của BHYT, Xã hội ở Việt Nam 13
1.2 Xu hướng chi tiêu y tế và cấu trúc chi tiêu y tế, 2000-11 14
1.3 Các nguồn thu của quỹ BHYT 15
1.4 Bác sĩ và điều dưỡng trên tỉ lệ dân số theo khu vực địa lý (2002-2011) 16
1.5 Phân bố bác sĩ và điều dưỡng tại tuyến xã 16
1.6 Tỉ lệ dân số độ tuổi 65+ ở Việt Nam và một số quốc gia khác 1950-2070 17
1.7 Chức năng của tài chính y tế 19
2.1 Tỉ lệ tham gia BHYT theo các nhóm dân số 24
2.2 Mức bao phủ bảo hiểm BHYT theo quãng thập phân vị về kinh tế, 2010 25
2.3 Lao động không chính thức và GDP bình quân đầu người tại 41 quốc gia 28
3.1 Tỉ trọng chi tiêu tiền túi trong tổng chi tiêu y tế và mức độ bao phủ BHYT ở Việt Nam, 1995-2010 40
3.2 Tỉ trọng chi tiền túi cho y tế trong tổng chi tiêu cho y tế của Việt Nam và các nước Đông Á – Thái bình dương khác, 2011 41
3.3 Tỉ trọng tổng chi tiền túi theo quãng thập vị phân và tỉ trọng chi tiêu chi trả từ tiền túi trong tiêu dùng, 2010 42
3.4 Tỉ lệ hộ nghèo từng đối mặt với những chi tiêu y tế thảm hoạ, có nguy cơ gây bần cùng hóa ở người nghèo 42
3.5 Xu hướng trong cơ cấu chi thực trả bằng tiền túi theo các hoạt động KCB 46
3.6 Mô hình chi tiêu tiền túi cho y tế và mức độ bao phủ 47
4.1 Mức sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú/nội trú của người có bảo hiểm của BHXHVN 56
4.2 Đơn giá khám chữa bệnh ngoại trú/nội trú, 2003-2011 57
5.1 Chi tiêu công cho y tế so với thu nhập, 2011 63
5.2 Các chỉ số tài chính/kinh tế chủ yếu của Việt Nam, 1995-2007 65
5.3 Mức dao động chi tiêu công cho y tế theo thu nhập ở Việt Nam, 1995-2010 66
5.4 Chi tiêu công cho y tế: nhu cầu so với dự báo, 2015 67
5.5 Tỉ trọng của y tế trong ngân sách nhà nước của các nước thu nhập trung bình thấp, 2010 68
5.6 Tỉ trọng vốn viện trợ trong tổng chi tiêu cho y tế của Việt Nam, 1995-2010 72

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

6.1 Mức định suất bình quân (VND) theo vùng, 2011 79
6.2 Hiệu quả của chia sẻ rủi ro 80
B6.1.1 Chi phí hành chính tính trên tổng chi phí BHYT quốc gia của Hàn Quốc,1994-2006 81
6.3 Chia sẻ rủi ro 83
7.1 Chi phí trung bình BHXHVN thanh toán cho bệnh viện tuyến huyện cho một lượt điều trị ngoại trú (trái) và nội trú (phải), 2010–12 90
B7.1.1 Sơ đồ giản lược quy trình ra quyết định 99
8.1 Sơ đồ Tổ chức Bảo hiểm Xã hội Việt Nam 118
8.2 Khung phân tích quản trị 129
8.3 Giám sát lâm thời đối với Cục BHYT thông quan Hội đồng giám sát 138
8.4 Cơ cấu giám sát Cơ quan BHYT ở giai đoạn hoàn thiện 139
A.1 Dòng kinh phí Hệ thống Y tế quốc gia 152
D.1 Đấu thầu thuốc: quy trình và các đơn vị liên quan 163
D.2 Giá đấu thầu thuốc Amoxicillin 500mg của các bệnh viện 164
D.3 Giá đấu thầu thuốc điều trị bệnh không lây, 2010 164
D.4 Giá thu mua Atorvastatin, 20mg tại Bệnh viện A (2011) 165
D.5 Tình hình đấu thầu thuốc ngoại nhập và thuốc sản xuất trong nước tại bệnh viện công, 2009-2010 165

Bảng

O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính 4
O.2 Các giải pháp tăng cường hệ thống y tế 10
O.3 Các giải pháp khắc phục bất cập trong quản lý thông tin và số liệu 10
1.1 Lộ trình sửa đổi, bổ sung Luật BHYT 18
1.2 Các nội dung báo cáo, vai trò của các bên liên quan, nguồn số liệu 21
2.1 Mô phỏng các chi phí gia tăng khi các gia đình đủ điều kiện tham gia 34
3.1 Tỉ lệ (%) sử dụng dịch vụ y tế của các ngũ phân vị nghèo nhất và giàu nhất trên tổng mức sử dụng, 2006-2010 43
3.2 Phân bổ (%) số cơ sở y tế được sử dụng trong lần khám bệnh gần đây nhất theo tình trạng giàu nghèo, dân tộc thiểu số, độ bao phủ BHYT, 2009 43
4.1 Mức độ bao phủ bảo hiểm thực tế và dự báo trong Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân, 2010-2015 54
4.2 Dự toán chi phí BPTD ở Việt Nam: Mô hình của Đề án 55
4.3 Dự toán chi phí BPTD ở Việt Nam: Mô hình Lieberman-Wagstaff 57
5.1 Các nguồn thu ở Việt Nam, 2008-2011 64
5.2 Dự báo chi tiêu cho y tế của nhà nước căn cứ trên mức tăng trưởng kinh tế, 2010-2017 66

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

5.3	ODA cho ngành Y tế ở Việt Nam, số liệu bình quân 2008-2010	72
5.4	Thực trạng về khả năng tài chính y tế ở Việt Nam	73
7.1	Những nguyên nhân chính của sự mất hiệu quả trong hệ thống y tế trên thế giới	88
7.2	Các phương thức thanh toán chi phí y tế tại Việt Nam	90
7.3	Tỉ số giá trung vị so với IRP ở cơ sở nhà nước và tư nhân	92
7.4	So sánh cơ cấu danh mục thanh toán BHYT về thuốc với danh mục của WHO và DMTTY quốc gia	94
7.5	Tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh có thể điều trị được ở tuyến dưới nhưng đến khám tại khoa khám bệnh của các bệnh viện tuyến trên, 2008	94
7.6	Công suất sử dụng giường bệnh (%)(2008)	96
8.1	Chức năng cơ bản của Bộ Y Tế và BHXHVN/BHYTđối với BHYTXH	118

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Lời nói đầu

Hỗ trợ các mục tiêu về bao phủ chăm sóc tế toàn dân (BPYTTD) đang là một xu hướng chung của nhiều nước trên thế giới. Việt Nam, theo đánh giá của Ngân hàng Thế giới và các tổ chức khác, là một trong những nước đã coi BHYTTD là một chiến lược quốc gia và đã có những bước tiến lớn trong việc thực hiện mục tiêu bảo đảm cho người dân có thể tiếp cận tới những dịch vụ y tế cần thiết, có chất lượng và với chi phí hợp lý. Trước thời điểm tháng 12/2012 khi Đại hội đồng Liên Hiệp Quốc kêu gọi chính phủ các nước "khẩn trương đẩy mạnh nỗ lực thực hiện mục tiêu tiếp cận toàn dân tới các dịch vụ y tế có chất lượng và chi phí hợp lý", và thậm chí trước năm 2005, khi Hội đồng Y tế Thế giới kêu gọi chính phủ các nước "xây dựng hệ thống y tế quốc gia nhằm bảo đảm cho mọi người dân đều được tiếp cận dịch vụ và không phải đối mặt với những khó khăn về tài chính khi chi trả cho dịch vụ y tế", thì Việt Nam đã cho thấy cam kết lớn trong việc thực hiện những mục tiêu này ngay từ khi còn là một nước thu nhập thấp. Con đường Việt Nam đã đi chứa đựng nhiều bài học kinh nghiệm tốt trong việc bảo đảm công bằng trong thực hiện BHYTTD mà Ngân hàng Thế giới muốn chia sẻ với các nước khác qua nghiên cứu này và nhiều nghiên cứu khác. Đặc biệt, tôi muốn nhấn mạnh về giai đoạn đầu khi Việt nam đã đưa đối tượng người nghèo và các nhóm yếu thế vào cơ chế tài chính quốc gia nhằm tăng tiếp cận dịch vụ y tế, đồng thời bảo đảm mở rộng mạng lưới các cơ sở y tế trong nước. Một mô hình thực tiễn tốt khác là việc hợp nhất một số chương trình của chính phủ vào hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia thống nhất khi Luật BHYT được thông qua năm 2008. Tuy vậy, Việt Nam vẫn tự đặt ra những mục tiêu rất cao để nâng cao kết quả đạt được, đồng thời Quốc hội cũng dự định rà soát kết quả thực hiện cơ chế bảo hiểm y tế hiện hành để có các điều chỉnh cần thiết trong năm 2014 và các chỉnh sửa khác trong thời gian tới. Đây cũng là một trong những xuất phát điểm chính cho nghiên cứu này.

Như Thủ tướng Chính phủ đã đặt ra yêu cầu trong Đề án tổng thể về bảo hiểm y tế toàn dân (2012), Việt Nam muốn tăng tỉ lệ tham gia bảo hiểm y tế xã hội (BHYTXH) từ gần 60% (2010) lên ít nhất 70% vào năm 2015 và 80% vào năm 2020, đồng thời giảm tỉ lệ tự chi trả từ khoảng 57% (2010) xuống dưới 40% trên tổng chi tiêu y tế vào năm 2015. Bộ trưởng Bộ Y tế, bà Nguyễn Thị Kim Tiến đã nhận thấy những thách thức mà hệ thống y tế Việt Nam phải đối mặt trong quá trình thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân cũng dựa trên

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

dự kiến chương trình thảo luận Luật sửa đổi của Quốc hội đã tiếp cận với Ngân hàng Thế giới và một số đối tác phát triển quan trọng khác để thảo luận về các vấn đề tài chính y tế và chính sách bảo hiểm y tế cho Việt Nam. Đây chính là điểm khởi đầu cho báo cáo này nhằm phân tích thực trạng hệ thống, xác định những khó khăn chính trong việc đạt được các mục tiêu quốc gia, trả lời một số câu hỏi cụ thể của các nhà hoạch định chính sách, đề xuất giải pháp để giải quyết các khó khăn trước mắt cũng như định hướng cho những cải cách dài hạn. Tôi muốn nhấn mạnh rằng nghiên cứu này là kết quả của cả một quá trình với nhiều đóng góp, tham vấn và thảo luận với các bên liên quan. Tài liệu này là ấn phẩm của Ngân hàng Thế giới và do đó Ngân hàng Thế giới là đơn vị chịu trách nhiệm về nội dung, nhưng kết quả này sẽ không có được nếu thiếu sự đóng góp, tham gia tích cực của những đối tác phát triển như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), UNICEF và Quỹ Rockefeller, các đối tác trong nước gồm Bộ Y tế (đặc biệt là Vụ Bảo hiểm Y tế và Vụ Kế hoạch Tài chính), Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, các cơ quan nghiên cứu chính sách trong nước như Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Trung tâm Nghiên cứu hệ thống y tế thuộc Đại học Y Hà Nội. Đây cũng là một ví dụ về những hoạt động mà Ngân hàng Thế giới muốn thực hiện ở các quốc gia nhằm cung cấp kiến thức toàn cầu cũng như hỗ trợ quá trình phân tích, thảo luận trong nước.

Nghiên cứu sẽ đi sâu vào nhiều trở ngại mà Việt Nam phải đối mặt trong quá trình thực hiện mục tiêu bảo đảm tiếp cận dịch vụ y tế có chất lượng và chi phí hợp lý cho người dân. Không có một con đường duy nhất nào trên thế giới để Việt Nam có thể đi theo, nhưng đã có nhiều bài học, như về tăng cường độ bao phủ cho các đối tượng thuộc khoảng giữa, là nhóm có thu nhập trung bình hiện còn chưa tham gia nhiều vào hệ thống bảo hiểm y tế quốc gia; nâng cao hiệu quả, công bằng trong chi tiêu y tế nhằm cung cấp các dịch vụ y tế hiệu quả hơn cho các đối tượng đã tham gia, xử lý các vấn đề thể chế để quản lý hiệu quả hệ thống bảo hiểm y tế. Nhiều nước thu nhập thấp và trung bình đang học hỏi kinh nghiệm từ Việt Nam và sẽ dõi theo những bước đi của Việt Nam trong quá trình giải quyết những vấn đề này. Đây không phải là những thử thách dễ vượt qua nhưng sự quyết tâm của Việt Nam trong thực hiện mục tiêu Bảo hiểm y tế toàn dân và những thành quả đã đạt được cho đến nay đã cho thấy một tương lai tốt đẹp hơn phía trước.

Tim Evans
Giám đốc Mạng lưới Y tế, Dinh dưỡng, Dân số
Ngân hàng Thế giới

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Lời cảm ơn

Báo cáo này được thực hiện cùng với Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), UNICEF, Quỹ Rockefeller và Ngân hàng Thế giới. Báo cáo được soạn thảo bởi nhóm chuyên gia của Ngân hàng Thế giới, gồm ông/bà Aparnaa Somanathan, Ajay Tandon, Đào Lan Hương, Kari L. Hurt, Hernan Fuenzalida-Puelma. Bà Rong Li đã hỗ trợ đáng kể cho cho nhóm trong quá trình phân tích số liệu và lập bảng biểu.

Nghiên cứu được thực hiện theo đề nghị của chính phủ Việt Nam về việc thực hiện một đánh giá độc lập về hệ thống Bảo hiểm y tế xã hội của Việt Nam nhằm phục vụ cho việc sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm Y tế Xã hội năm 2014. Bộ trưởng Bộ Y tế bà Nguyễn Thị Kim Tiến và Phó Giám đốc Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (BHXHVN) ông Nguyễn Minh Thảo đóng vai trò chỉ đạo chung về phía Chính phủ Việt Nam. Các ông/bà Phạm Lê Tuấn, Thứ trưởng Bộ Y tế, Tống Thị Song Hương, Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế, Trần Văn Tiến, nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Bảo hiểm Y tế, Bộ Y tế, Dương Tuấn Đức, Phó Ban Thực hiện Chính sách Bảo hiểm Y tế Xã hội, Bảo hiểm Xã hội Việt nam, đã có nhiều đóng góp trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu với những đóng góp, hướng dẫn quý báu về thiết kế, phân tích sơ bộ, kết quả của các nghiên cứu chuyên đề, cũng như các phân tích và báo cáo chính thức. Ông Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội đóng vai trò chủ tọa cho một số hội thảo tham vấn phổ biến kết quả giữa kỳ và cuối kỳ của nghiên cứu, cũng như đưa ra các ý kiến đóng góp quan trọng về chiến lược sử dụng kết quả phân tích trong quá trình sửa đổi, bổ sung luật định. Nghiên cứu cũng có sự tham gia đóng góp ý kiến, đề xuất rộng rãi của các bộ ngành, lãnh đạo liên quan, trong đó có các hội thảo tham vấn được tổ chức tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh.

Báo cáo được soạn thảo dựa trên một loạt các tài liệu, phân tích chuyên đề cũng như các nghiên cứu, phân tích độc lập khác. Các tài liệu, phân tích chuyên đề được thực hiện dưới sự hướng dẫn chung của bà Aparnaa Somanathan.

Phần đánh giá về công bằng và bảo đảm tài chính trong hệ thống y tế Việt Nam có sử dụng hai nghiên cứu chuyên đề. Ông Hoàng Văn Minh, Đại học Y Hà Nội, chủ trì thực hiện nghiên cứu về công bằng và bảo đảm tài chính. Bà Trần Thị Mai Oanh (Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, VCLCSYT) chỉ đạo thực hiện nghiên cứu về mức lũy tiến và tỷ lệ hưởng lợi,

cùng với nhóm chuyên gia gồm bà Nguyễn Khánh Phương và bà Sarah Bales. Phần đánh giá về chi phí thực hiện mục tiêu bảo hiểm toàn dân và chủ động tài chính sử dụng hai nghiên cứu khác. Nghiên cứu về chủ động tài chính trong y tế ở Việt Nam được chủ trì bởi ông Ajay Tandon cùng nhóm chuyên gia gồm bà Lisa Fleisher và bà Nguyễn Khánh Phương (VCLCSYT). Các dự báo về nhu cầu, chi phí được thực hiện bởi các ông bà Winnie Yip và Reem Hafez (Đại học Oxford), phối hợp với ông Ajay Tandon.

Phần đánh giá về cơ chế thanh toán cho cơ sở y tế và phương án cải cách sử dụng số liệu của hai nhóm hoạt động. Bà Nguyễn Nguyệt Nga (Ngân hàng Thế giới) thực hiện phân tích sơ bộ về cải cách chế độ thanh toán cho cơ sở y tế tại Việt Nam. Đánh giá Cơ chế thanh toán cho cơ sở y tế do Bộ Y tế chủ trì với sự hỗ trợ của Mạng lưới Cùng học tập. VCLCSYT thực hiện phân tích tổng thể về hệ thống thanh toán cho cơ sở y tế ở Việt Nam, cũng như một loạt các đề xuất chính sách cụ thể. Bà Cheryl Cashin (Mạng lưới Cùng học tập) và bà Nguyễn Khánh Phương tham gia soạn thảo các nội dung phân tích, đề xuất về phương pháp thanh toán cho cơ sở y tế cho báo cáo này.

Phần đánh giá về chi phí, hiệu quả ngành dược sử dụng tài liệu do WHO thực hiện về thực trạng sử dụng thuốc ở Việt Nam và các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả. Nghiên cứu này do bà Socorro Escalante (WHO) thực hiện.

Phần đánh giá về tổ chức, điều hành, quản lý hệ thống bảo hiểm y tế Việt Nam sử dụng nghiên cứu, phân tích chuyên đề do WHO chủ trì thực hiện, cùng với nhóm chuyên gia gồm các ông bà Nguyễn Thị Kim Phương, Trần Văn Tiến, Inke Mathauer.

Phần đánh giá về các tồn tại của bên cầu trong việc mở rộng độ phủ bảo hiểm và phương án tăng tỉ lệ tham gia, sử dụng bảo hiểm y tế sử dụng kết quả điều tra kiến thức, thái độ, thực hành (KTTĐTH) do UNICEF thực hiện năm 2011. Điều tra KTTĐTH này được thực hiện bởi nhóm chuyên gia gồm các ông bà Craig Burgess, Ketan Chitnis, Ngô Thị Khánh và các đồng nghiệp khác.

Các chuyên gia góp ý cho đề cương và dự tháo báo cáo đã có những hướng dẫn, đóng góp quan trọng. Nhóm này gồm các ông bà Akiko Maeda, Daniel Cotlear (Ngân hàng Thế giới); Inke Mathauer (WHO - chỉ tham gia phần đề cương), John Langenbrunner (Ngân hàng Thế giới, Bộ Ngoại giao Thương mại Ôtxtrâylia).

Nhóm nghiên cứu cũng đánh giá cao các đóng góp, gợi ý quý báu trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu của các ông bà Trần Văn Tiến (BYT, VCLCSYT); Bùi Thị Thu Hà (Đại học Y tế Công cộng Hà Nội); Hoàng Văn Minh (Đại học Y Hà Nội); Trần Thị Mai Oanh, Nguyễn Khánh Phương; Cheryl Cashin; Stefan Nachuk, Natalie Phaholyothin (Quỹ Rockefeller); Craig Burgess, Ketan Chitnis (UNICEF); Nguyễn Thị Kim Phương, Hank Bekedem, Xu Ke, Inke Mathauer (WHO); Philip O'Keefe, Christian Bodewig, Myla Taylor Williams (Ngân hàng Thế giới).

Đứng đầu nhóm chuyên trách nghiên cứu là các ông bà Craig Burgess (UNICEF), Kari L. Hurt (Ngân hàng Thế giới), Mushtaque Chowdhury, Stefan Nachuk, Nguyễn Thị Kim Phương (WHO). Bà Trịnh Thị Hoàng Minh,

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

bà Trần Hải Yến tham gia hỗ trợ nhóm nghiên cứu của Ngân hàng Thế giới và điều phối quá trình thực hiện.

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn các ông bà Victoria Kwakwa (Giám đốc quốc gia tại Việt Nam), Xiaoqing Yu (Giám đốc lĩnh vực Phát triển con người khu vực Đông Á Thái Bình Dương), Toomas Palu (Phụ trách lĩnh vực Y tế, Dinh dưỡng, Dân số khu vực Đông Á Thái Bình Dương), Christian Bodewig (Điều phối viên lĩnh vực Phát triển con người tại Việt Nam) đã có những hướng dẫn điều hành, chiến lược quan trọng cho nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu cũng cảm ơn tất cả những người đã tham gia hiệu đính, xuất bản các bản tiếng Anh và tiếng Việt của báo cáo. Ông Christopher Stewart là người hiệu đính tài liệu. Bà Paola Scalabrin là người điều phối, xuất bản bản tiếng Anh. Bà Xiaolu Bi điều phối quá trình xuất bản với Phòng Xuất bản Tri thức Ngân hàng Thế giới. Ông Trần Ngọc Hoàng biên dịch báo cáo sang tiếng Việt, ông Trần Văn Tiến hiệu đính bản tiếng Việt của báo cáo. Các ông bà Trần Kim Chi, Nguyễn Hồng Ngân, Vũ Lan Hương và Hoàng Thị Anh Nga tham gia điều phối, xuất bản bản tiếng Việt.

Các từ viết tắt

TGNVBQ	Thời gian nằm viện bình quân
GBHCB	Gói quyền lợi cơ bản
DMTTY	Danh mục thuốc thiết yếu
CSMBS	Chương trình BHYT cho công chức nhà nước (Thái Lan)
ĐTPT	Đối tác phát triển
DTTS	Dân tộc thiểu số
CP	Chính phủ Việt Nam
TPHCM	Thành phố Hồ Chí Minh
ĐHYHN	Trường Đại học Y Hà Nội
VCLCSYT	Viện Chiến lược Chính sách Y tế
GDP	Tổng sản phẩm quốc nội
DMBHYT	Danh mục BHYT
ĐGCNYT	Đánh giá công nghệ y tế
IMF	Quỹ Tiền tệ Quốc tế
INN	Tên thuốc theo danh pháp quốc tế
GTCQT	Giá tham chiếu quốc tế
KTTĐTH	Kiến thức, thái độ, thực hành
BYT	Bộ Y tế
TKYTQG	Tài khoản quốc gia về y tế
NCMS	Chương trình BHYT nông thôn mới (Trung Quốc)
CPTT	Chi phí thực trả
BHYT	BHYT, xã hội
SSS	Tổ chức An sinh xã hội (Thái Lan)
BPTD	Bao phủ toàn dân
UC	Chương trình bao phủ toàn dân (Thái Lan)
UNICEF	Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc
ĐTMSVN	Điều tra Mức sống Việt Nam
VND	Đồng Việt Nam
BHXHVN	Bảo hiểm xã hội Việt Nam
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

Tổng quan

Trong 20 năm qua, Việt Nam đã có những tiến bộ vượt bậc trong quá trình tiến tới bao phủ toàn dân (BPTD) về chăm sóc sức khỏe. Trong những năm đầu thập kỷ 1990, chi phí y tế từ tiền túi chiếm tới hơn 70% tổng chi tiêu cho y tế, dẫn đến những tác động xấu về vấn đề bình đẳng và bảo vệ tài chính. Trong 20 năm sau đó, một loạt những cải cách từng bước đã làm tăng mức bao phủ BHYT tới các nhóm đối tượng dân cư khác. Năm 2008, Quốc hội thông qua Luật BHYT nhằm tạo ra một chương trình BHYT quốc gia (BHYT), giúp BHYT trở thành cơ chế chính để thực hiện bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn dân. Quá trình thực hiện BPTD ở Việt Nam đã đạt được những kết quả đáng kể, nhờ tăng nhanh tỉ lệ tham gia và áp dụng mô hình chỉ có một bên chi trả trong cơ chế BHYT. Chính phủ cũng cam kết đảm bảo các nguồn kinh phí đủ để đạt được các mục tiêu đề ra của chương trình. Thấy rõ mục tiêu BPTD và sự gia tăng khác đối với nhu cầu chăm sóc sức khỏe sẽ tạo áp lực lên ngành y tế, trong những năm qua Chính phủ cũng đã đầu tư ổn định các hạ tầng đi kèm và nguồn nhân lực cho hệ thống y tế. Qua đó thể hiện cam kết thực hiện mục tiêu BPTD của Chính phủ là rất mạnh mẽ.

Tuy nhiên, Việt Nam còn nhiều thách thức đáng kể trong nâng cao tính công bằng với tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế thấp. Tỷ lệ tham gia thấp kể cả trong nhóm đối tượng phải tham gia bắt buộc theo quy định (nhóm lao động chính thức) và trong nhóm hộ cận nghèo có sự gia tăng hỗ trợ mức phí từ ngân sách nhà nước. Chương trình BHYT của Việt Nam vẫn có mức độ phân tán quỹ cao. Hệ quả là sự hạn chế trong chia sẻ rủi ro.Người nghèo đang trợ cấp cho người giàu và tỉnh nghèo trợ cấp cho tỉnh giàu trong chi phí sử dụng dịch vụ y tế.

Bảo vệ tài chính cũng là một mục tiêu khó đạt. Năm 2010, khi gần 60% dân số đã tham gia bảo hiểm, tỉ lệ chi trả từ tiền túi trên tổng chi tiêu cho y tế vẫn lên tới 57,6%. Mức chi trả từ tiền túi cao khiến hộ gia đình đứng trước các nguy cơ tài chính như rơi vào cảnh bần cùng, hạn chế sử dụng dịch vụ y tế, dẫn đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế thiếu bình đẳng, xuất phát chủ yếu từ khả năng chi trả hơn là nhu cầu chăm sóc sức khoẻ.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của Bộ Y tế nhằm giải quyết các điểm hạn chế nêu trên. Đề án đặt ra mục tiêu mở rộng bao phủ bảo hiểm y tế cho giai đoạn 2013-2020 gồm: phấn đấu đạt tỷ lệ bao phủ BHYT ít nhất 70% dân số năm 2015 và đạt tỷ lệ bao phủ ít nhất 80% năm 2020, giảm tỉ lệ chi trả tiền túi trên tổng chi phí bảo hiểm xuống còn 40% vào năm 2015.

Mục tiêu của báo cáo này là đánh giá việc thực hiện BHYT của Việt Nam và đưa ra các giải pháp tiến tới mục tiêu BPTD với các quan điểm đóng góp cho tiến trình sửa đổi bổ sung luật BHYT. Báo cáo sẽ phân tích hiện trạng tiến trình thực hiện hai mục tiêu chính của Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân. Báo cáo cũng đánh giá khả năng sẵn sàng của Việt Nam để đạt được các mục tiêu đã đề ra, các thách thức sẽ phải đối mặt trong lộ trình đạt được BPTD cũng như các cải cách thiết yếu để vượt qua các thách thức này. Việc đánh giá trên cơ sở góc nhìn tài chính y tế tập trung vào cách thức huy động các nguồn tài chính, tập hợp và phân bổ các nguồn tài chinh, và cách thức mua dịch vụ y tế. Báo cáo cũng đánh giá hoạt động quản lý tài chính gồm công tác tổ chức, quản lý và điều hành BHYT bởi nó tác động trực tiếp tới mục tiêu BPTD. Báo cáo đồng thời đưa ra các khuyến nghị chung dưới hình thức lộ trình thực hiện.

Mở rộng độ bao phủ, đặc biệt đối với các nhóm khó tiếp cận như đối tượng cận nghèo và người lao động khu vực không chính thức đòi hỏi gia tăng sự hỗ trợ từ ngân sách Nhà nước và bao cấp toàn phần phí BHYT cho người cận nghèo. Chiến lược này hiệu quả về hành chính và là một phương tiện hiệu quả để giải quyết vấn đề lựa chọn ngược. Khuyến khích tài chính để các hộ gia đình tham gia BHYT và áp dụng các chế tài thực hiện nghĩa vụ tham gia BHYT đối với các nhóm đối tượng bắt buộc sẽ giúp tăng tỉ lệ tham gia bảo hiểm. Các biện pháp thúc đẩy phía có nhu cầu tham gia cũng rất quan trọng.

Tuy nhiên, tăng tỷ lệ tham gia có ít tác động đối với bảo vệ tài chính và sự công bằng nếu chi phí tiền túi vẫn ở mức cao. Chi phí tiền túi duy trì ở mức cao là do sự kết hợp của: (a) tăng sử dụng dịch vụ và tăng chi phí y tế, liên quan tới tăng tỷ lệ bao phủ; (b) việc thu thêm phí của các cơ sở y tế để bù đắp phần thiếu hụt trong chi trả của BHXH; (c) do tăng giá và / hoặc do tăng cung cấp dịch vụ không cần thiết; và cuối cùng, (d) do khó khăn từ các cơ sở y tế. Để giải quyết được những khó khăn này cũng như để làm giảm đáng kể gánh nặng chi tiêu từ tiền túi của các hộ gia đình đòi hỏi những cải cách có tính hệ thống liên quan đến việc thiết kế các gói quyền lợi, sự phối hợp các cơ chế chi trả dịch vụ và đầu tư cho hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Trong thời gian ngắn và trung hạn, việc hoàn thiện chính sách cùng chi trả, tiếp tục giảm mức cùng chi trả cho người nghèo, triển khai chính sách bảo hiểm đối với chi phí y tế thảm họa và thay đổi sự ưa thích của bệnh nhân sang dùng thuốc gốc có chi phí thấp hơn sẽ góp phần giảm được tận gốc mức độ chi trả tiền túi cho dịch vụ y tế.

Để đạt được BPTD đòi hỏi những nỗ lực liên tục nâng cao hiệu quả trong hệ thống và tối đa hóa giá trị đồng vốn từ các nguồn ngân sách sẵn có; không có những nỗ lực này thì mọi bước đi tiếp trong lộ trình BPTD sẽ không bền vững về tài chính. Trên cơ sở các giả định chính về tăng trưởng GDP, mức độ

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

sử dụng dịch vụ y tế và đơn giá chi phí, cần bổ sung thêm ít nhất từ 0,8-1,7% GDP cho ngành y tế để đáp ứng các mục tiêu đặt ra trong Đề án tổng thể về phát triển BHYTTD. Tuy nhiên, Việt Nam chỉ có thể kỳ vọng bổ sung khoảng 0,4% GDP cho y tế vào năm 2015, căn cứ dự báo tốc độ tăng trưởng kinh tế vĩ mô mặc dù Chính phủ có tăng mức độ chi tiêu cho y tế cao hơn so với mức độ tăng GDP. Rõ ràng Chính phủ chỉ có thể đáp ứng một phần trong tổng chi phí dự kiến của độ mở rộng phạm vi bao phủ. Tiết giảm chi phí và huy động nguồn lực thông qua các khoản tiết kiệm hiệu quả sẽ có vai trò quyết định cho việc tiến tới BPTD một cách bền vững.

Các giải pháp nâng cao tính hiệu quả bao gồm các cải cách trong chính sách tập trung nguồn thu để chia sẻ rủi ro, phân bổ quỹ và mua dịch vụ y tế. Sự phân mảnh trong quá trình tập trung nguồn thu làm phát sinh chi phí hành chính và các chi phí giao dịch không cần thiết. Sự thiếu hiệu quả trong phân bổ nguồn lực và mua dịch vụ y tế gồm: (a) một gói quyền lợi quá rộng; (b) cơ chế chi trả hiện tại và các lợi ích khác đối với các cơ sở y tế là những động lực khuyến khích cơ sở y tế cung ứng quá nhiều dịch vụ; (c) giá thuốc cao, sử dụng thuốc quá mức và không hợp lý; (d) cơ cấu của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế và các động lực của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Nền tảng của toàn bộ sự thiếu hiệu quả này là các chính sách khuyến khích méo mó đối với cơ sở y tế, hệ quả của cơ chế phân bổ quỹ, của cơ chế chi trả cũng như các chính sách tự do hóa thị trường trong lĩnh vực y tế trong những năm gần đây tại Việt Nam. Báo cáo này cũng sẽ đề xuất một số cải cách tài chính y tế ngắn và trung hạn nhằm mục tiêu tăng cường tính hiệu quả, tiết kiệm.

Tổ chức, quản lý và quản trị BHYT bị phân mảnh và hoạt động chưa hiệu quả. Do vậy, quá trình thực hiện chính sách BHYT còn diễn ra chậm, phức tạp, và thiếu hiệu quả. Để đáp ứng mục tiêu chính sách của Chính phủ nêu trong Đề án tổng thể và để tiến nhanh tới mục tiêu BPTD, cần phải đánh giá thực trạng và điều chỉnh thể chế BHYT . Báo cáo cũng đề xuất một số cải cách ngắn và trung hạn nhằm củng cố, đẩy mạnh tổ chức, quản lý và quản trị BHYT .

Các khuyến nghị cơ bản của báo cáo này cũng như các đề xuất cải cách cụ thể và giải pháp cần thiết để thực hiện được các khuyến nghị được tổng hợp trong bảng dưới đây. Khuyến nghị tập trung vào các mục tiêu chính liên quan tới BPTD gồm: (a) mở rộng bao phủ BHYT theo chiều rộng; (b) tăng cường công bằng, bảo vệ tài chính; (c) tạo cơ chế tài chính bền vững cho BPTD. Mục tiêu thứ 4 là mục tiêu bao trùm: tăng cường công tác tổ chức, quản lý và quản trị BHYT.

Các cải cách và giải pháp cần thiết được nhóm theo 3 nhóm chính trong các bảng O1, O2 và O3 dưới đây, với các đề xuất ngắn và trung hạn cho từng nhóm:

- *Các giải pháp về luật và qui định dưới luật;*
- *Các giải pháp tăng cường hệ thống y tế;*
- *Các giải pháp khắc phục bất cập thông tin và số liệu.*

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính

Khuyến nghị chính	*Ngắn hạn (2014-2015)*	*Trung hạn (2016 và sau đó)*
(1) Tăng diện bao phủ bảo hiểm về chiều rộng, đặc biệt để đạt được mục tiêu tham gia BHYT của Đề án		
a. Từng bước nâng mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước để khuyến khích đối tượng cận nghèo tham gia	• Quy định các nghĩa vụ của nhà nước hỗ trợ đóng phí BHYT cho cá nhân hoặc hộ gia đình; cam kết của Chính phủ tăng mức hỗ trợ lên 100% (vào năm 2020) cho các nhóm như đối tượng cận nghèo; • Uỷ quyền cho Bộ Tài chính / Bộ Y tế / BHXH Việt Nam xác định mức hỗ trợ: – Ban hành các quy định nhằm từng bước tăng mức hỗ trợ trên cơ sở xem xét điều kiện kinh tế vĩ mô.	
b. Thúc đẩy phía cầu: tăng cường công tác thông tin, giáo dục, truyền thông (TTGDTT) về BHYT	• Quy định rõ BHYT là một quyền lợi và sở hữu thẻ bảo hiểm là một quyền trong luật – Ban hành quy định Phát hành thẻ BHYT một cách thuận lợi nhất, tránh phiền hà thủ tục hành chính	
c. Có chính sách khuyến khích tài chính để thu hút sự tham gia bảo hiểm theo hộ gia đình	• Xác định hộ gia đình/gia đình, mức hỗ trợ và trách nhiệm tham gia BHYT của hộ gia đình trong Luật BHYT sửa đổi. – Ban hành các quy định liên tịch Bộ TC/Bộ YT/Bảo hiểm XHVN về mức hỗ trợ hộ gia đình tham gia BH với mức đóng góp của hộ gia đình và mức hỗ trợ hoàn toàn hoặc một phần giành cho hộ gia đình cận nghèo.	• Quy định về chính sách ưu đãi thuế đối với người sử dụng lao động để khuyến khích sự tham gia BH theo hộ gia đình, có thể cần sửa đổi các luật về thuế. – Ban hành các quy định liên tịch Bộ TC/Bộ YT/Bảo hiểm XHVN về mức trợ cấp của người sử dụng lao động cho hộ gia đình đối với người lao động có thu nhập dưới ngưỡng (cần xác định ngưỡng đó); số tiền trợ cấp thẻ được giảm trừ trong thuế
d. Tăng cường tuân thủ tham gia bảo hiểm của đối tượng bắt buộc, đặc biệt là các đối tượng lao động chính thức:	• Xác lập và tăng cường trách nhiệm của BHXHVN trong công tác thu hút người tham gia và trong việc cưỡng chế đối tượng bắt buộc tham gia BHYT; giao quyền cho BHXHVN ban hành và thực thi chế tài xử phạt.	

Tiếp trang sau

Bảng O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính *(tiếp)*

Khuyến nghị chính	*Ngắn hạn (2014-2015)*	*Trung hạn (2016 và sau đó)*
(2) Tăng cường bảo vệ tài chính và công bằng, đặc biệt để đạt được mục tiêu giảm chi tiêu tiền túi nêu trong Đề án		
a. Hoàn thiện chính sách cùng chi trả, bao gồm cả cơ chế khiếu nại: làm cho chính sách minh bạch và dễ hiểu, hoàn thiện thiết chế , đảm bảo bệnh nhân có đầy đủ thông tin và có thể tiếp cận cơ chế khiếu nại phù hợp	• Uỷ quyền cho BYT/BHXHVN quy định qui trình, mức độ, chế độ thu và sử dụng nguồn tài chính từ cơ chế cùng chi trả; – Ban hành quy định chung của Bộ Y tế /BHXHVN về cơ chế cùng chi trả gồm (a) chính sách cùng chi trả; (b) yêu cầu công khai cơ chế cùng chi trả tại tất cả các cơ sở y tế và (c) xử phạt các cơ sở y tế không thực hiện đúng quy định	• Luật hóa hệ thống giải quyết xung đột tại BHXHVN với các quy định về thủ tục khiếu nại
b. Tiếp tục giảm hoặc miễn giảm cùng chi trả cho các nhóm người nghèo và dễ bị tổn thương như người dân tộc thiểu số.	• Tăng cường quy định hiện hành trong Luật để giảm hoặc miễn giảm cùng chi trả	
c. Áp dụng cơ chế bảo vệ tài chính đối với chi phí y tế thảm hoạ	• Đưa ra cơ chế bảo vệ tài chính đối với chi phí y tế thảm hoạ và giao nhiệm vụ cho Bộ Y tế/BHXHVN xây dựng chính sách này vào năm 2016, và ủy quyền cho Bộ Y tế/ BHXHVN ban hành các quy định thực hiện chính sách bảo vệ tài chính đối với chi phí y tế thảm hoạ khi chính sách nàyđược phê duyệt. – Bộ Y tế/BHXHVN cần xây dựng quy định cụ thể số tiền cùng chi trả tối đa (trần cùng chi trả); trần này có thể khác nhau dựa vào mức thu nhập của người tham gia BHYT.	
d. Hợp lý hóa và ước tính chi phí các gói quyền lợi, đảm bảo BHXHVN cấp kinh phí đầy đủ và được trợ cấp và chi trả hoàn toàn, tránh việc cơ sở y tế phải thu thêm để bù đắp chi phí; triển khai cải cách phương thức chi trả và cải cách mua dịch vụ y tế như công cụ theo dõi hành vi cung cấp dịch vụ, kiểm soát việc thu phí bổ sung nhằm bù đắp chi phí, và hạn chế việc kê đơn quá nhiều các loại thuốc và chỉ định quá nhiều dịch vụ.	Xem khuyến nghị 3c-3f dưới đây.	Xem khuyến nghị 3c-3f dưới đây.

Tiếp trang sau

Bảng O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính *(tiếp)*

Khuyến nghị chính	*Ngắn hạn (2014-2015)*	*Trung hạn (2016 và sau đó)*
(3) Có chính sách tài chính bền vững cho BPTD qua việc huy động các nguồn lực một cách bền vững về tài chính, giảm bớt sự phân tán trong tập hợp nguồn thu BHYTvà tăng cường phân bổ nguồn vốn và hoàn thiện cơ chế mua dịch vụ y tế.		
a. Huy động các nguồn lực mới qua:		
i. Áp dụng chính sách thuế hàng hoá độc hại, nhất là thuốc lá	• Thuế tiêu thụ đặc biệt áp dụng trên thuốc lá, rượu cần được thực hiện hoặc tăng lên sau khi điều chỉnh luật thuế, với quy định rõ ràng rằng các khoản thu thuế này sẽ được sử dụng để tài trợ cho BHYT. Điều này cũng phải được quy định trong luật thuế và các văn bản dưới luật.	• Tăng cường hơn nữa luật thuế hàng hoá độc hại
ii. Tăng dần mức phí BH	• Luật hiện hành đã qui định việc tăng mức đóng góp. – Ban hành quy định để tăng dần mức đóng góp, trên cơ sở xem xét hiệu quả đạt được trong lĩnh vực y tế, triển vọng kinh tế và quan điểm của các bên liên quan.	
iii. Tăng số lượng người tham gia BHYT có đóng góp qua việc đẩy mạnh sự tuân thủ tham gia BH	• xem khuyến nghị 1d bên trên.	xem khuyến nghị 1d bên trên.
b. Giảm bớt sự phân mảnh của quỹ chia sẻ rủi ro bằng các giải pháp sau:		
i. Tiếp tục thu gọn các nhóm rủi ro bằng cách giảm bớt số nhóm đối tượng tham gia BHYT	• Giảm số lượng nhóm đối tượng tham gia BHYT trong luật, tốt nhất chỉ nên có 2 nhóm: nhóm tự đóng góp và nhóm được hỗ trợ	
ii. Chuyển chức năng hoà quỹ chia sẻ rủi ro từ 63 tỉnh về cơ quan BHYT trung ương;		• Sửa đổi luật để chuyển chức năng chia sẻ rủi ro từ quỹ của 63 tỉnh thành về BHXH Việt Nam
c. Hợp lý hóa và xác định chi phí của gói quyền lợi BHYT	• Thiết lập rõ trách nhiệm xây dựng và thực hiện gói quyền lợi: Bộ Y tế chịu trách nhiệm xây dựng nội dung lâm sàng, các cơ quan chuyên môn liên quan và BHXHVN chịu trách nhiệm xác định tính hiệu quả chi phí và kinh phí thực hiện • Xây dựng khái niệm hàng hoá và dịch vụ y tế được quỹ BHYT chi trả là những hàng hoá, dịch vụ y tế trong gói hàng hóa và dịch vụ cơ bản.	• Thiết lập hoặc củng cố quyền thực hiện của BHXHVN gồm: a) chức năng điều hành hiệu quả, b) tham gia xác định các gói quyền lợi và giá cả dịch vụ, c) kiểm soát thanh toán theo quy định và giám sát tuân thủ thanh toán theo quy định; d) thực hiện thanh tra và xử phạt.

Tiếp trang sau

Bảng O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính *(tiếp)*

Khuyến nghị chính	*Ngắn hạn (2014-2015)*	*Trung hạn (2016 và sau đó)*
	• Thể chế hóa quy trình minh bạch để xác định / sửa đổi gói quyền lợi • Ban hành quy định chung Bộ Y tế /BHXHVN về gói quyền lợi. Xác định cụ thể quy trình, tiêu chí lựa chọn gói quyền lợi, (xem chi tiết trong Chương 9)	• Triển khai phác đồ lâm sàng, quản trị lâm sàng và đánh giá các gói quyền lợi, và quy định trách nhiệm rõ ràng của các bên liên quan cho từng nội dung trên
d. Tăng cường hệ thống chi trả cho cơ sở y tế thông qua: i. phối hợp hợp lý của các phương thức chi trả, đảm bảo hệ thống chi trả được định hướng chiến lược đến các mục tiêu hệ thống y tế quan trọng.	• Sửa đổi quy định về phương thức chi trả, dựa trên kết quả nghiên cứu "Đánh giá chẩn đoán phương thức chi trả" Provider Payment Diagnostic Assessment). Uỷ quyền cho Bộ Y tế/BHXHVN xây dựng quy định chi tiết về phương thức thanh toán; – Ban hành quy định toàn diện giữa Bộ Y tế và BHXHVN về cơ chế chi trả cho cơ sở y tế gồm cả việc sửa đổi (i) phương thức chi trả theo định suất với suất phí cơ bản hệ số điều chỉnh mới, (ii) cơ chế chi trả theo phí dịch vụ và biểu phí điều chỉnh và các dịch vụ y tế trọn gói.	• Tiếp tục sửa đổi quy định về hệ thống thanh toán trên cơ sở kết quả nghiên cứu "Đánh giá chẩn đoán phương thức chi trả (Provider Payment Diagnostic Assessment). • Thiết lập hoặc tăng cường quyền thực thi của BHXHVN gồm: (i) Xây dựng chính sách mua dịch vụ y tế và cơ chế hợp đồng; (ii) mua dịch vụ, vật tư y tế; (iii) dự thảo và trao hợp đồng; (iv) đàm phán với nhà cung ứng; (v) giải quyết khiếu kiện và quản lý hệ thống thanh toán; (vi) Thanh tra và xử phạt.
e. Xoá bỏ sự cắt mảnh trong mua thuốc và chi trả thuốc: tập trung một đầu mối lựa chọn danh mục thuốc chi trả BHYT, áp dụng hợp đồng khung cho các loại thuốc sử dụng với số lượng lớn và triển khai hợp đồng theo giá số lượng để chi trả cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế.	• Rà soát các chính sách và quy định hiện hành về thuốc/dược và hiện trạng sản xuất/nhập khẩu, bảo quản, phân phối và giá. • Xem khuyến nghị 3d bên trên về dịch vụ trọn gói	• Sửa đổi luật BHYT quy định liên quan cơ chế giá và mua sắm đấu thầu thuốc/dược phẩm
f. Tăng cường kiểm soát giá thuốc/dược phẩm	• Như trên	• Như trên

Tiếp trang sau

Bảng O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính *(tiếp)*

Khuyến nghị chính	*Ngắn hạn (2014-2015)*	*Trung hạn (2016 và sau đó)*
(4) Tăng cường công tác tổ chức, quản lý và quản trị BHYT		
a. Xác định rõ ràng mục tiêu BPTD để tiến hành sửa đổi, xác định vai trò và trách nhiệm của các bên liên quan	• Đưa thêm một điều mới vào Luật BHYT sửa đổi để: (i) xác định rõ BHYT là một công cụ tài chính để đạt được mục tiêu BPTD; (ii) Xác định mục tiêu của cơ quan BHYT. • Uỷ quyền quy định và giám sát hiệu quả cho BHXHVN trong khuôn khổ giám sát BHYT chung của Bộ Y tế. • Để giảm thiểu sự phân mảnh và trùng lặp trong hoạt động của các bên, cần xác định và điều chỉnh vai trò, nhiệm vụ, trách nhiệm và quyền hạn của các đơn vị chủ chốt (Bộ Y tế, BHXHVN) trong công tác BHYT: BHXHVN cần xác định rõ chức năng đồng bộ với chức năng BHYT (đăng ký tham gia của các bên hưởng lợi, thu phí, quản lý quỹ chung, mua dịch vụ y tế, chi trả bên cung ứng và cơ sở y tế); và thẩm quyền thực thi. Bộ Y tế giữ vai trò tổng thể trong ban hành chính sách và các quy định dưới luật, quản lý các cơ sở y tế và nhà cung ứng, cung cấp dịch vụ y tế công cộng, nhằm giảm thiểu các mâu thuẫn giữa các mục tiêu	
b. Tăng cường tổ chức của BHYTXH qua việc lập một đơn vị chuyên trách về BHYT hoặc thành lập Cơ quan BHYT XH	• Quy định BHXHVN quản lý BHYT bằng một đơn vị chuyên trách về BHYT, cho đến khi Cơ quan BHYT XH riêng được thành lập, • Chính phủ bổ nhiệm Giám đốc BHYT để điều hành đơn vị BHYT đặt tại BHXHVN. Cũng có thể giao Hội đồng Quản lý BHXH bổ nhiệm Giám đốc BHYT XH.	• Thành lập Cơ quan BHYTXH độc lập theo luật định.

Tiếp trang sau

Bảng O.1 Tổng hợp các khuyến nghị và phát hiện chính *(tiếp)*

Khuyến nghị chính	*Ngắn hạn (2014-2015)*	*Trung hạn (2016 và sau đó)*
c. Tăng cường tổ chức quản lý BHYT		• Quy định đơn vị BHYTXH trong BHXHVN có Hội đồng quản lý BHYT có chức năng đưa ra các quyết định về công tác BHYT và có vai trò giám sát các hoạt động BHYT, với sự đại diện phù hợp của các bên liên quan. Hoặc thành lập Tiểu ban Quản lý BHYT trong Hội đồng Quản lý của BHXHVN với vai trò quản lý BHYT. • Quy định Giám đốc BHYT báo cáo Hội đồng quản lý BHYT, và thực hiện chức năng Thư ký Hội đồng, có quyền phát biểu nhưng không có quyền biểu quyết trong hội đồng.
d. Tăng cường quản trị BHYT và trách nhiệm giải trình qua việc xác định rõ cơ chế kế toán, giải quyết tranh chấp và xử phạt.		• BHXHVN phải mở tài khoản riêng cho hoạt động BHYT để tránh chi trả chồng chéo với lương hưu và trợ cấp xã hội. • Lập một hệ thống giải quyết tranh chấp BHYT tại BHXHVN để giải quyết khiếu nại của các cơ sở y tế, nhà cung cấp và các đối tượng hưởng lợi. – Ban hành quy định liên tịch Bộ Y tế /BHXHVN/Bộ Tư pháp về thủ tục khiếu nại • BHXHVN phải đưa thông tin về khiếu nại và giải quyết tranh chấp vào Báo cáo thường niên • Xác định rõ những tình huống cần áp dụng xử phạt, mức xử phạt và thẩm quyền thực thi xử phạt (nên là BHXHVN). – Ban hành quy định liên tịch Bộ Y tế /BHXHVN về xử phạt nặng các trường hợp không tuân thủ luật và các quy định về BHYT. • Yêu cầu Kiểm toán nhà nước và kiểm toán độc lập tiến hành kiểm toán tài chính thường niên các khoản chi trả cho hoạt động BHYT của BHXHVN và công bố báo cáo ra công chúng về tình hình quỹ BHYT, mức độ bao phủ, số lượng người tham gia, các dịch vụ được chi trả và các vấn đề liên quan khác.

Bảng O.2 Các giải pháp tăng cường hệ thống y tế

Cải cách trong trung – dài hạn
• Tăng cường tính sẵn sàng và chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu để cung cấp các gói quyền lợi chăm sóc sức khỏe ban đầu theo cơ chế chi trả mới. • Tạo /tăng cường nhân lực làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu: hiện đại hóa chương trình đào tạo, đào tạo lại nhân lực hiện có, xây dựng đội ngũ mới và tạo chính sách khuyến khích cán bộ tới làm việc nơi khó khăn, vùng nông thôn nghèo. • Tăng cường chất lượng chăm sóc y tế ở mọi cấp thông qua việc cấp chứng chỉ hành nghề và chứng nhận chất lượng và phát hành các hướng dẫn thực hành lâm sàng (bao gồm hướng dẫn sử dụng thuốc), đảm bảo quản lý chất lượng liên tục. Tăng cường chất lượng dịch vụ y tế, giải quyết vấn đề sử dụng thuốc bất hợp lý thông qua hướng dẫn thực hành lâm sàng. • Hệ thống thông tin quản lý tốt (MIS) là cần thiết để: (i) giám sát sự tuân thủ của người tham gia BH một cách hiệu quả, (ii) tránh trùng thẻ đối với các đối tượng được phân vào nhiều loại hình tham gia khác nhau,và (iii) tạo cơ chế sử dụng thẻ BHYT ở các địa phương ngoài nơi cư trú.

Bảng O.3 Các giải pháp khắc phục bất cập trong quản lý thông tin và số liệu

Ngắn hạn (2014-2015)	*Trung hạn (2016 và về sau)*
• Chạy mô hình mô phỏng và phân tích, xây dựng mức phí bảo hiểm và mức trợ cấp cho gia đình tham gia BHYT ở mức độ phù hợp: phí bảo hiểm nên tăng thêm bao nhiêu, mức gia tăng phí bảo hiểm có phù hợp với khả năng của Chính phủ và người lao động, và tác động của nó tới tiền lương và việc làm. • Ước tính chi phí và dự báo chi phí cho BHYT, tính toán chính xác hơn phản ứng của người bệnh và người cung ứng dịch vụ đối với những thay đổi trong bảo hiểm. • Mở rộng cơ sở bằng chứng về chi phí và hiệu quả chi phí để hỗ trợ quá trình nêu trên. UNICEF đã triển khai một số hoạt động xây dựng gói quyền lợi và chi phí của gói quyền lợi cho bà mẹ và trẻ em.	• Khảo sát các cơ sở y tế và bệnh nhân để hiểu rõ hơn mức độ ảnh hưởng của việc cơ sở y tế thu viện phí ngoài quy định để bù đắp thiếu hụt chi phí KCB • Đánh giá nhu cầu và tác động chi phí của các loại thuốc trong Danh mục thuốc BHYT chi trả, sử dụng dữ liệu từ các nước có hệ thống đánh giá công nghệ y tế (HTA) tiên tiến. • Phân tích phân bổ nguồn thu của bệnh viện cho nhân viên thông qua phương thức chi trả theo hiệu suất, chính sách xã hội hoá, hợp tác công tư và các cơ chế khác
• Khởi động mô hình thí điểm sử dụng thẻ BHYT ở ngoài nơi cư trú, tại các thành phố lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh. • Phân tích các mô hình thành công chăm sóc sức khỏe ban đầu của các nước phù hợp với Việt Nam.	• Số liệu nguồn về chất lượng cung cấp dịch vụ • Số liệu nguồn về việc cung cấp các dịch vụ y tế không cần thiết tại các cơ sở

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 1

Tiến tới Bảo hiểm toàn dân? Đánh giá chặng đường phía trước

Chương giới thiệu mô tả bối cảnh hình thành báo cáo đánh giá này và xác định các mục tiêu của đánh giá cũng như định nghĩa về bao phủ toàn dân, cơ sở phân tích của báo cáo, và đưa ra cấu trúc của báo cáo.

Cuối thập niên 1980, công cuộc Đổi mới đã dẫn đến một loạt những thay đổi về chính sách trong ngành y tế. Trọng tâm của những thay đổi đó là chủ trương tự do hóa, tư nhân hóa thị trường y tế, dược phẩm, cũng như việc chính thức áp dụng chế độ viện phí tại các cơ sở y tế nhà nước. Những thay đổi về chính sách này đồng nghĩa với việc đến đầu những năm 1990, chi phí y tế từ tiền túi của người dân (OOP) đã chiếm tới hơn 70% tổng chi tiêu y tế.

Nhằm hạn chế gia tăng OOP và những vấn đề rào cản tài chính phát sinh đối với việc tiếp cận dịch vụ, nhà nước đã ban hành một số chính sách nhằm mở rộng mức bao phủ bảo hiểm trong suốt hai thập niên 1990 và 2000, đặc biệt hướng tới người nghèo và các đối tượng khó khăn. Một loạt các cơ chế BHYT phi thương mại tự nguyện đã được thí điểm từ năm 1989 đến 1992. Thay đổi chính sách quan trọng nhất diễn ra vào năm 2002 khi Quyết định 139 dẫn đến việc ra đời của Quỹ Khám chữa bệnh cho Người nghèo (bao gồm cả người dân tộc thiểu số)[1]. Theo chính sách này, người nghèo có thể tham gia BHYT hoặc cơ sở y tế có thể được ngân sách Nhà nước chi trả trực tiếp để khám chữa bệnh miễn phí cho người nghèo. Tuy nhiên, việc hỗ trợ trực tiếp chi phí khám chữa bệnh đã kéo theo một số vướng mắc về hành chính và nhiều khi có cả tình trạng lựa chọn ngược vì các cơ sở y tế đôi khi cũng coi những người mắc bệnh nặng là người nghèo nhằm nâng mức độ được bồi hoàn chi phí. Năm 2005, Nghị định 63 được ban hành, đã trợ cấp toàn bộ chi phí mua thẻ bảo hiểm y tế cho người nghèo và quy định đối tượng này tham gia bắt buộc.

Luật BHYT được ban hành năm 2008, hình thành chương trình BHYT/Xã hội (BHYT) quốc gia. Luật này quy định người lao động chính thức, trẻ em dưới 6 tuổi, người già, người nghèo và cận nghèo đều là đối tượng BHYT bắt buộc.Theo quy định của luật, nhà nước có trách nhiệm trợ cấp toàn bộ chi phí

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

mua BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi, người già, người nghèo và người dân tộc thiểu số, cũng như trợ cấp một phần chi phí bảo hiểm cho người cận nghèo và học sinh, sinh viên. Luật cũng đưa ra lộ trình tham gia bảo hiểm đối với các đối tượng khác trong xã hội.

Bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn dân (BP CSSK TD) có thể là một khái niệm mơ hồ và được định nghĩa theo nhiều cách khác nhau, dù có liên quan với nhau, trong những năm gần đây. Hiểu theo nghĩa đơn giản nhất, BP CSSK TD bao gồm 3 mục tiêu: (i) bảo đảm công bằng (khám chữa bệnh theo nhu cầu chứ không theo khả năng chi trả), (ii) bảo vệ tài chính (bảo đảm để việc khám chữa bệnh không dẫn tới tình trạng bần cùng hóa), (iii) tiếp cận hiệu quả, toàn diện các dịch vụ y tế có chất lượng (bảo đảm thày thuốc chẩn đoán chính xác, kê đơn, điều trị phù hợp, hợp lý). Để đánh giá đúng những giải pháp thực hiện BPTD ở Việt Nam, khái niệm này cần được bổ sung một mục tiêu thứ tư: đảm bảo nguồn tài chính cần thiết để đạt mục tiêu BPTD phải được huy động một cách bền vững và được sử dụng hiệu quả và công bằng.

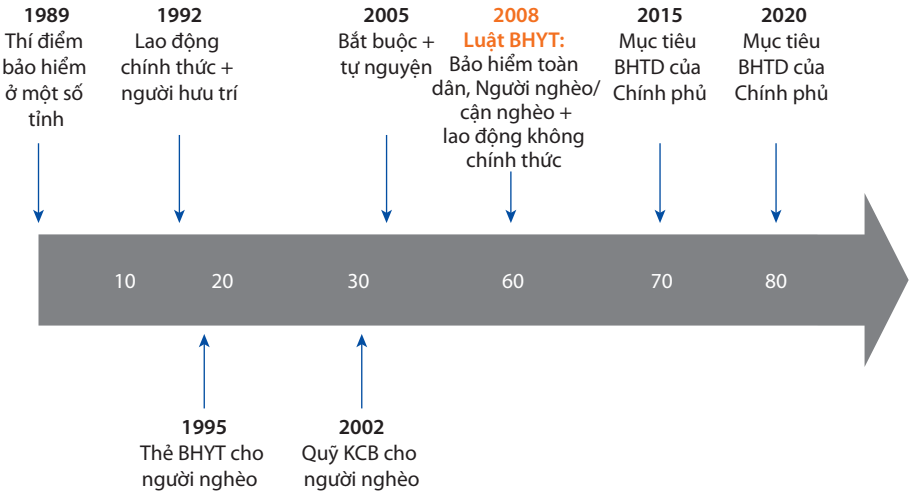
BHYT xã hội là cơ chế chính để thực hiện BP CSSK TD ở Việt Nam, nhưng đây không phải là con đường duy nhất. Với việc thông qua Luật BHYT năm 2008 và một loạt các quyết định quan trọng khác trong thời kỳ những năm 1990, Việt Nam đã lựa chọn chủ trương huy động nguồn vốn cho y tế chủ yếu thông qua BHYT. Như vậy, đánh giá về đường hướng tiến tới BP CSSK TD của Việt Nam rõ ràng phải bao gồm đánh giá về kết quả triển khai BHYT ở Việt Nam, đồng thời đưa ra những đề xuất tăng cường cơ chế này. Một số chương trình khác như chương trình tiêm chủng mở rộng, một số can thiệp về sức khỏe bà mẹ, trẻ em, dinh dưỡng, y tế công cộng, các chương trình nước sạch, vệ sinh cũng sử dụng kinh phí trực tiếp từ ngân sách ngoài chương trình BHYT. Mở rộng và duy trì mức độ bao phủ của những chương trình này cũng rất quan trọng để đạt mục tiêu BP CSSK TD. Tuy nhiên, trọng tâm của báo cáo này sẽ là về mở rộng bao phủ toàn dân thông qua BHYT XH, như đề nghị của Chính phủ Việt Nam, được sử dụng làm định hướng cho báo cáo này (như sẽ trình bày dưới đây). Tổng quan hệ thống y tế của Việt Nam sẽ được trình bày trong Phụ lục 1.

Kết quả chính và các khó khăn trong tương lai trên chặng đường hướng tới BHYTTD

Quá trình thực hiện BHYTTD ở Việt Nam đã đạt được những kết quả đáng kể với tỉ lệ tham gia tăng nhanh và mô hình BHYT XH một quỹ. Trong 20 năm qua, mức độ bao phủ - xác định bằng tỉ lệ tham gia - đã tăng đáng kể, đạt trên 64,8% dân số vào năm 2011. Hình 1-1 cho thấy quá trình phát triển của BHYT ở Việt Nam trong 20 năm qua và các mục tiêu BHYTTD cho giai đoạn 2014-2020. Về nguyên tắc, cơ chế BHYT của Việt Nam áp dụng chế độ một bên chi trả, một quỹ chung và một gói quyền lợi thống nhất. Luật BHYT 2009 là một bước đi quan trọng trong lộ trình tiến tới BPTD nhờ lồng ghép chương trình BHYT hiện hành với chương trình hỗ trợ người nghèo, từ đó tập hợp tất cả các đối tượng vào cùng một chương trình. Mô hình này của

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 1.1 Quá trình phát triển của BHYT, Xã hội ở Việt Nam
Phần trăm



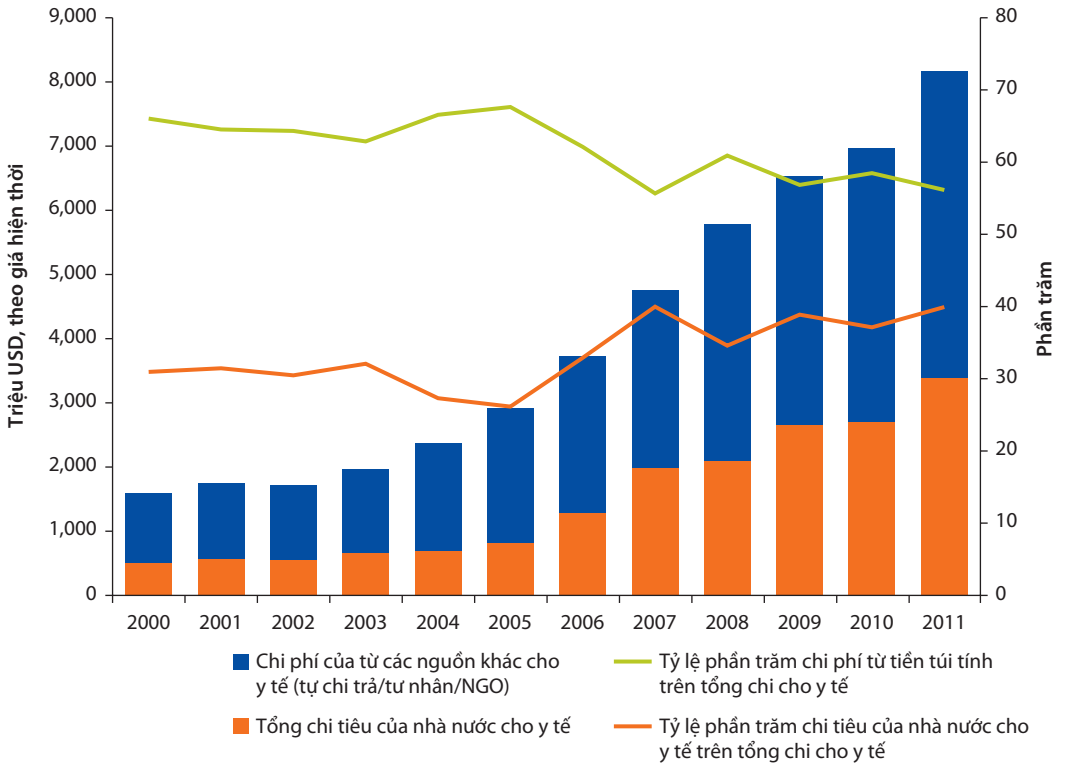
Chú thích: Hình trên cho biết tỉ lệ (%) dân số có bảo hiểm, được xác định bởi tỉ lệ tham gia BHYT. Mục tiêu của CP cho các năm 2014 và 2020 được trích dẫn từ Lộ trình của CP. Trước khi thực hiện cải cách đổi mới, chăm sóc sức khỏe người dân được miễn phí tại tất cả các điểm cung cấp dịch vụ y tế, Chính phủ trợ cấp toàn bộ chi phí nhưng phạm vi dịch vụ bao phủ hạn chế, thiếu chiều sâu và chất lượng còn kém

Việt Nam có nhiều ưu điểm hơn một số nước trong khu vực như Trung Quốc và Inđônêxia, là những nước có hệ thống BHYT XH đa quỹ.

Chính phủ Việt Nam đã cam kết nguồn ngân sách đáng kể để mở rộng diện bao phủ BHYT, với sự mở rộng trong những năm gần đây chủ yếu nhờ kinh phí hỗ trợ từ ngân sách nhà nước để mua bảo hiểm cho người nghèo, người cận nghèo và các đối tượng khó khăn khác. Hình 1-2 và Hình 1-3 cho biết các xu hướng chi phí và tài chính cho y tế trong giai đoạn 2001-2010. Với việc BHYT phát triển nhanh chóng trong những năm 2006-10, tỉ trọng của ngân sách nhà nước trong nguồn thu BHYT đã tăng từ 29% lên gần 50% (Hình 1-4).Chi tiêu cho y tế của nhà nước tăng nhanh hơn tốc độ tăng trưởng kinh tế trong thời kỳ 2006-2010. Trong khi đó, tỷ trọng đóng góp của người sử dụng lao động, người lao động, cá nhân đã giảm trong tổng nguồn thu. Cũng như những nước khác trong khu vực, Việt Nam coi việc mở rộng bao phủ bảo hiểm dựa trên cơ chế cá nhân đóng góp phí BHYT đơn thuần sẽ không khả thi khi phần lớn dân số còn nghèo và nằm trong khu vực không chính thức.

Tiến độ thực hiện các mục tiêu về BPTD như công bằng, bảo vệ tài chính vẫn còn chậm. Tỉ lệ tham gia vẫn còn khá thấp ở các đối tượng cận nghèo và các đối tượng khác tuy không được nhà nước hỗ trợ đóng phí BHYT toàn bộ, nhưng mức hỗ trợ cao. Mức tuân thủ tham gia bảo hiểm ở những đối tượng bảo hiểm bắt buộc còn thấp. Ngoài ra, tỉ lệ tham gia BHYT đều luôn đồng nghĩa với mức bao phủ hiệu quả thông qua BHYT. Mức sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo và các đối tượng khó khăn vẫn tiếp tục còn nhiều hạn chế

Hình 1.2 Xu hướng chi tiêu y tế và cấu trúc chi tiêu y tế, 2000-11



Nguồn: Tính toán dựa trên số liệu của WHO về chi tiêu y tế - Việt Nam (WHO 2013)

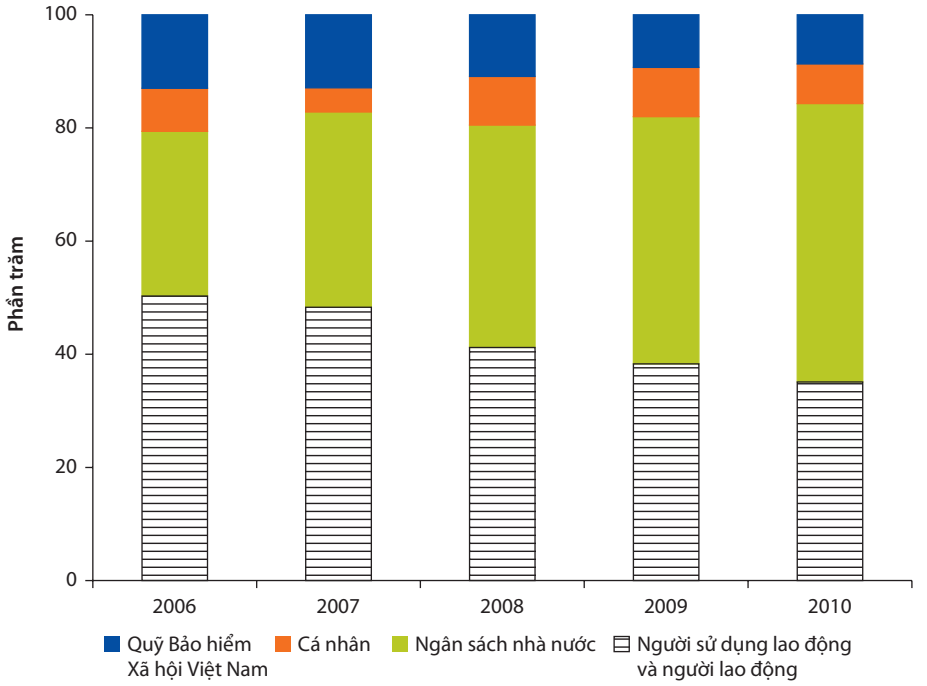
do thiếu hiểu biết, thiếu lòng tin vào y tế tuyến huyện cũng như các rào cản tiếp cận phi tài chính khác. Mức chi trả từ tiền túi còn cao, khiến hộ gia đình có nguy cơ phải đối mặt với những chi phí quá lớn và nguy cơ bần cùng hóa. Đây là những rào cản tài chính đối với khả năng tiếp cận, dẫn đến bất công bằng lớn về mức sử dụng giữa người giàu và người nghèo, người dân tộc thiểu số và những đối tượng khác.

BHYTXH Việt Nam có mức độ phân mảnh cao trong quá trình hoà quỹ chia sẻ rủi ro, bất lợi cho sự công bằng và hiệu quả. Mặc dù trên nguyên tắc, Luật BHYT quy định thống nhất tất cả các quỹ bảo hiểm từ các tỉnh, nhưng trên thực tế, việc quản lý quỹ được thực hiện tại tuyến tỉnh với 63 quỹ BH thuộc cấp tỉnh, bao phủ từ 300.000 đến 4,8 triệu người mỗi quỹ. Đối tượng tham gia chia thành nhiều nhóm, mỗi nhóm đóng một mức phí khác nhau, làm cho sự phân mảnh càng lớn hơn. Kết quả là, sự chia sẻ rủi ro giữa các nhóm đối tượng bảo hiểm và giữa các tỉnh bị hạn chế, sự phân mảnh gây ra tình trạng thiếu hiệu quả và làm tăng chi phí quản lý.

Sự thiếu hiệu quả trong phân bổ nguồn lực và mua dịch vụ y tế tạo ra mối đe dọa đối với kiểm soát chi phí và sự bền vững tài chính của BHYT. Sự thiếu hiệu quả liên quan đến câu hỏi dịch vụ nào được bảo hiểm (gói quyền lợi), ai

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 1.3 Các nguồn thu của quỹ BHYT



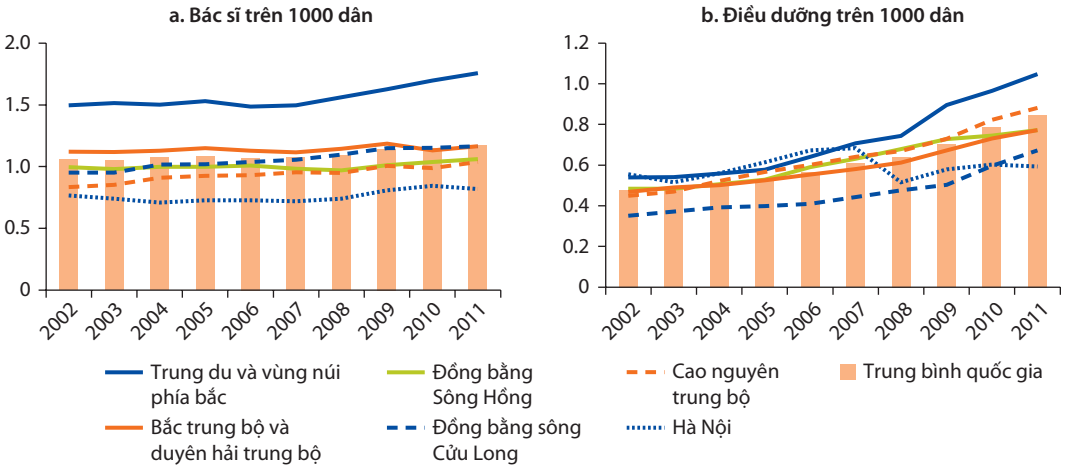
Nguồn: Tính toán dựa trên số liệu của BHXHVN 2012.
Chú thích: BHXHVN chi trả bảo hiểm cho người hưu trí

là người cung cấp dịch vụ (cấu trúc của hệ thống cung ứng dịch vụ), và có những khuyến khích nào trong cơ chế thanh toán chi phí y tế (cơ chế chi trả cho người cung ứng dịch vụ). Đằng sau sự thiếu hiệu quả này là một tập hợp các động lực khuyến khích méo mó đối với nhà cung cấp dịch vụ, hệ quả của cơ chế mua dịch vụ y tế và phương thức chi trả cũng như chính sách tự do hóa thị trường trong lĩnh vực y tế trong những năm gần đây tại Việt Nam. Trong bối cảnh thiếu các nỗ lực kiểm soát gia tăng chi phí, có khả năng Việt Nam sẽ không đủ tiền để tiến tới BPTD.

Trong những năm gần đây Chính phủ đã đầu tư đáng kể cho hệ thống cung ứng dịch vụ, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở. Xét cho cùng, nỗ lực bao phủ toàn dân có thể mang tới độ bao phủ hiệu quả khi hệ thống cung ứng dịch vụ có khả năng đáp ứng được sự gia tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ. Việc thực hiện Chỉ thị số 06-CT-TƯ ngày 22/2/2002[2] trong khoảng thời gian mười năm qua đã giúp số lượng các bệnh viện tuyến huyện tăng lên 17% và số giường bệnh tuyến huyện tăng lên 64% với sự đầu tư chủ yếu từ nguồn trái phiếu Chính phủ (Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Phát triển Y tế. 2013) (xem phụ lục 1).

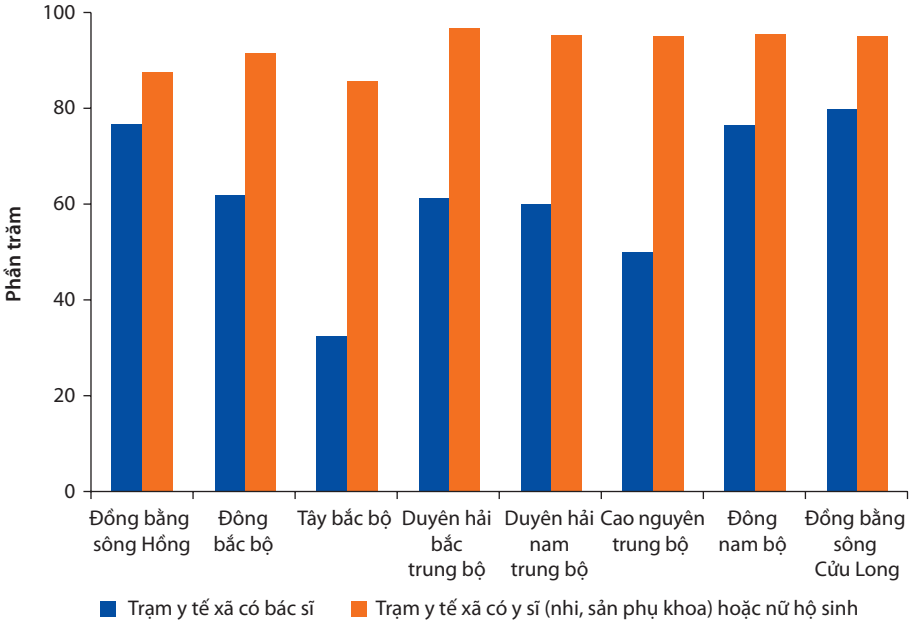
Nhận thức được hạn chế về nguồn nhân lực trong ngành y tế (NLYT), với tình trạng thiếu nhân lực nghiêm trọng ở vùng sâu vùng xa và miền núi, Chính phủ đã dự thảo Quy hoạch Phát triển nguồn nhân lực (2011-20) để tăng cường duy trì nhân lực y tế ở vùng nông thôn và cải thiện giáo dục y tế[3]. Các giải pháp của Chính phủ đã làm tăng tổng thế số lượng chuyên gia y tế

Hình 1.4 Bác sĩ và điều dưỡng trên tỉ lệ dân số theo khu vực địa lý (2002-11)



Nguồn: Ngân hàng Thế giới 2013.

Hình 1.5 Phân bố bác sĩ và điều dưỡng tại tuyến xã



Nguồn: Ngân hàng Thế giới 2013

được đào tạo trong 10 năm qua. Điều quan trọng là sự gia tăng mật độ NLYT ở các vùng nghèo, khó khăn của đất nước. Như Hình 1-4 cho thấy, mật độ các bác sĩ và y tá đã tăng nhanh hơn ở các vùng sâu, vùng xa, đặc biệt là vùng trung du phía Bắc và khu vực miền núi (NHTG 2013).

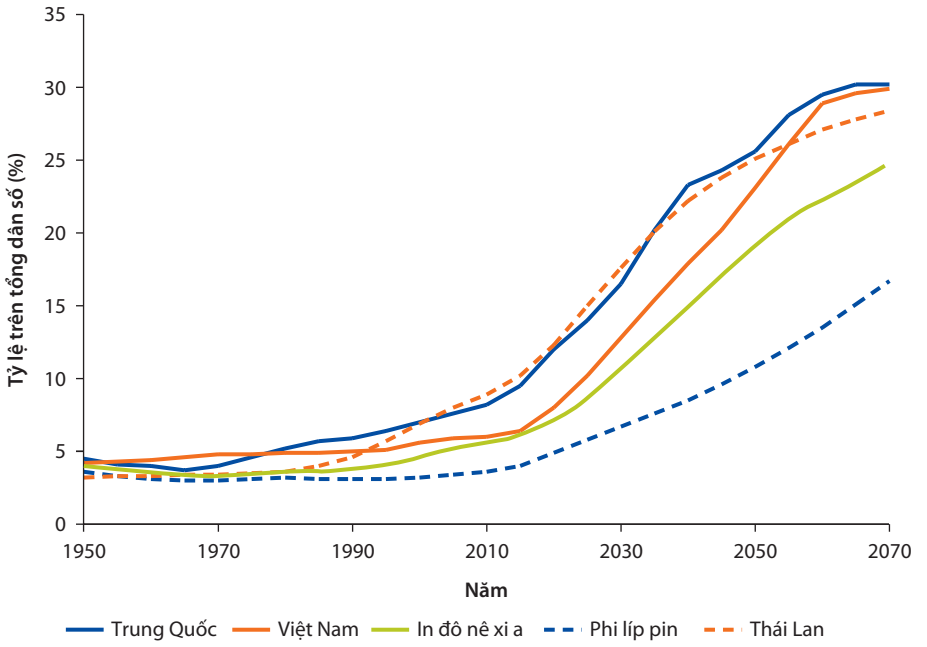
http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Mặc dù có những nỗ lực cao nhưng chất lượng và phân bố các dịch vụ y tế vẫn là những thách thức đáng kể đối với mục mục tiêu BPTD. Một thách thức lớn là sự yếu kém trong chất lượng của dịch vụ chăm sóc y tế ban đầu - trạm y tế xã và bệnh viện huyện – do thiếu kinh phí đầu tư, thiếu đầu vào quan trọng. Đặc biệt, sự phân bố NLYT tạo ra sự bất lợi ở tuyến y tế thấp nhất: ở hầu hết các khu vực, chỉ một phần ba trạm y tế xã có bác sĩ (Hình 5).

Sự phân bố NLYT vẫn tiếp tục thiếu đồng đều; trong khi chỉ có 27 % dân số sống ở đô thị, thì số bác sĩ làm việc ở khu vực đô thị là 59% (NHTG 2013). Thách thức lớn thứ hai liên quan đến chất lượng và năng lực của NLYT. Đào tạo y tế theo hình thức thực hành tại bệnh viện dẫn tới việc sinh viên y sau khi tốt nghiệp có ít sự chuẩn bị và động lực để tới làm việc ở tuyến xã. Ngay cả khi trạm y tế xã được cung cấp đủ nhân lực, các nhân viên y tế thường thiếu năng lực để thực hiện các dịch vụ chỉ định và xử lý các vấn đề sức khỏe mới phát sinh (NHTG 2013). Chính phủ đã đầu tư đáng kể để tăng cường chất lượng NLYT nhưng vẫn cần nỗ lực nhiều hơn nữa để đảm bảo BPTD có hiệu quả cho tất cả các đối tượng bảo hiểm.

Thiếu hụt trong hệ thống cung ứng dịch vụ trở nên đáng ngại hơn khi nhìn vào sự chuyển dịch dân số và dịch tễ đang diễn ra ở Việt Nam. Việt Nam sớm bắt đầu giai đoạn già hóa dân số nhanh chóng với sự gia tăng mạnh tỷ lệ dân số độ tuổi từ 65 trở lên, dự kiến sẽ xảy ra sau 2015, sau nhiều thập kỷ tương đối ít thay đổi (Hình 1-6). Gánh nặng bệnh tật của bệnh không lây nhiễm chỉ chiếm khoảng 46% tổng gánh nặng bệnh tật vào năm 1990 - hiện tại là 66%

Hình 1.6 Tỉ lệ dân số độ tuổi 65+ ở Việt Nam và một số quốc gia khác (1950-2070)



Nguồn: Dựa trên dữ liệu do phòng Kinh tế và Phúc lợi xã hội, Ban Dân số của Liên Hiệp Quốc cung cấp.

Bảng 1.1 Lộ trình sửa đổi, bổ sung Luật BHYT

Các bước chính	*Thời gian*
BYT và Quốc hội giám sát triển khai BHYT	Tháng 4/2013
Trình dự thảo sửa đổi, bổ sung luật lên Ủy ban thường vụ Quốc hội	Tháng 9/2013
Thảo luận bản sửa đổi, bổ sung luật trong các phiên họp thường kỳ Quốc hội	Tháng 11/2013
Quốc hội thông qua dự thảo luật	Tháng 6/2014

Chú thích: Tất cả các bước của năm 2013 đã hoàn thành

và dự kiến sẽ tiếp tục tăng[4]. Già hóa dân số và tăng bệnh không lây nhiễm sẽ dẫn đến tăng sử dụng dịch vụ y tế trong những năm tới. Để giải quyết những thách thức này, Việt Nam cần một cách tiếp cận đa chiều để tăng cường hệ thống cung cấp dịch vụ, trong đó tập trung vào cách thức liên kết và phối hợp các nhà cung cấp dịch vụ như thế nào, cơ chế nào để chi trả dịch vụ y tế và các cơ sở y tế sẽ có trách nhiệm giải trình tới đâu trong hoạt động của mình.

Định hướng của Chính phủ tiến tới Bảo hiểm toàn dân

Năm 2012, Bộ Y tế (BYT) xây dựng "Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT Toàn dân giai đoạn 2012-2015 và đến 2020" (sau đây gọi tắt là Đề án tổng thể). Đề án tổng thể đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt năm 2012. Đề án tổng thể cam kết thực hiện bao phủ tất cả các chiều của bao phủ toàn dân: (a) chiều rộng của mức độ bao phủ bảo hiểm được xác định là tỉ lệ dân số tham gia, (b) bình đẳng và bảo vệ tài chính được xác định là gánh nặng chi trả từ tiền túi của cá nhân và (c) phạm vi của gói quyền lợi. Các mục tiêu cụ thể được đặt ra trong Quy hoạch là: đến năm 2015, đạt mức bao phủ bảo hiểm 70% dân số, đến 2020, đạt 80% mức bao phủ BHYT; đến năm 2015, giảm tỉ lệ chi trả từ tiền túi xuống dưới 40% tổng mức chi tiêu y tế. Đề án cũng đưa ra những dự báo tài chính căn cứ trên các mức phí bảo hiểm và khung lương cơ bản.

Theo kế hoạch, năm 2014, Quốc hội sẽ thảo l uận về vấn đề sửa đổi, bổ sung Luật BHYT. Sau 4 năm thực thi Luật, đây là một cơ hội tốt để thực hiện các điều chỉnh giữa kỳ. Bộ Y tế hiện đang triển khai một đánh giá riêng về kết quả thực hiện BHYT và đề xuất sửa đổi, bổ sung Luật để trình lên Quốc hội. Bảng 1-1 trình bày các bước của lộ trình.

Đánh giá này được thực hiện theo đề nghị của CP, cụ thể là BYT và BHXHVN, đối với các đối tác phát triển[5]. Chính phủ Việt Nam yêu cầu báo cáo đánh giá này sẽ cung cấp thông tin và bổ sung cho báo cáo đánh giá của Chính phủ trong quá trình sửa đổi và bổ sung luật.

Giới thiệu tóm tắt về báo cáo: mục tiêu, lộ trình

Mục tiêu của báo cáo là đánh giá kết quả triển khai BHYT của Việt nam và đề xuất các giải pháp tiến tới BPTD, đóng góp cho việc sửa đổi, bổ sung Luật. Đối tượng hướng tới của báo cáo là CP, đặc biệt là BYT, BHXHVN và Ủy ban Các vấn đề Xã hội của Quốc hội, cũng như cộng đồng nghiên cứu chính sách và các đối tác phát triển tại Việt Nam nói chung.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

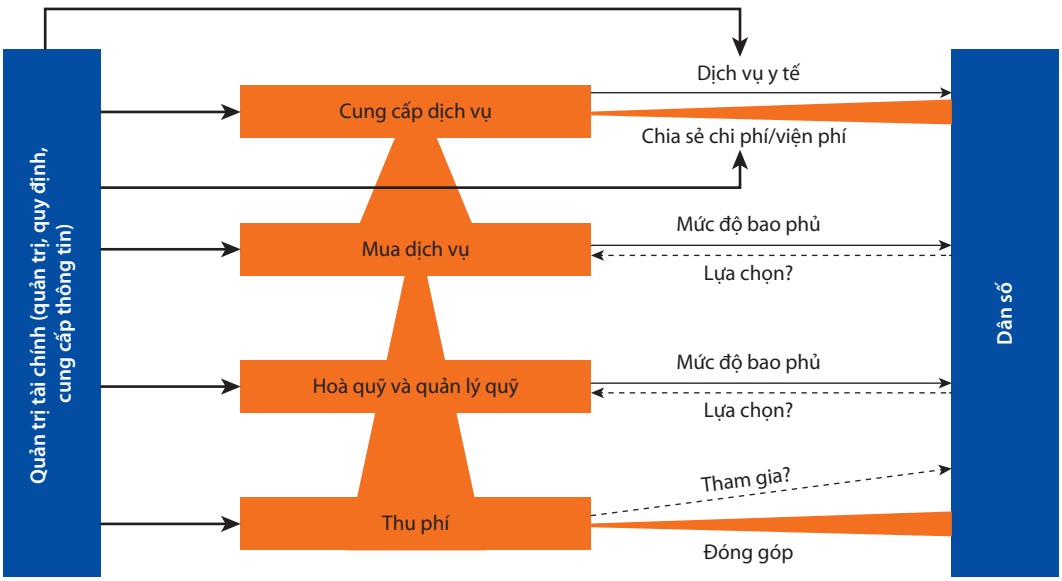
Báo cáo được bố cục như sau.

- Chương 2 và 3 trực tiếp đề cập tới 2 mục tiêu chính của Đề án tổng thể: tăng tỉ lệ người dân tham gia BHYT và giảm gánh nặng chi tiêu y tế từ tiền túi của các hộ gia đình. Chương 2 phân tích những trở ngại chính trong việc đạt được các mục tiêu về mức độ tham gia, cũng như đưa ra các đề xuất để không những tăng mức tham gia mà còn bảo đảm đạt hiệu quả bao phủ thông qua tăng mức độ tham gia. Chương 3 của báo cáo nghiên cứu ảnh hưởng của tỉ lệ chi trả từ tiền túi cao đối với các vấn đề công bằng và bảo vệ tài chính, phân tích lý do vì sao mức chi trả từ tiền túi hiện vẫn còn cao dù tỉ lệ tham gia BHYT đã tăng, và đưa ra các giải pháp hạn chế chi tiêu từ tiền túi.

- Sau khi phân tích hai mục tiêu chính của Đề án, phần còn lại của báo cáo được dành cho việc đánh giá sự sẵn sàng của Việt Nam để đáp ứng các mục tiêu, và những thách thức phải đối mặt trong việc đạt được BPTD, chủ yếu từ góc độ tài chính y tế. Các chức năng chính của tài chính y tế là: huy động vốn, hoà quỹ để chia sẻ rủi ro, phân bổ nguồn lực và mua dịch vụ. Một vấn đề xuyên suốt có ý nghĩa đối với cả ba chức năng tài chính y tế là việc quản lý các nguồn tài chính. Hình 1-7 tóm tắt khung chức năng này và cung cấp cơ sở khái niệm cho Chương 4-8.

- Chương 4 phân tích ảnh hưởng của chi phí trong việc mở rộng diện bao phủ bảo hiểm để đạt các mục tiêu của Đề án, liên quan đến chi phí gia tăng của BHXHVN và những trợ cấp tài chính cần thiết cho hệ thống cung ứng dịch vụ, trong các tình huống khác nhau về mức độ gia tăng tần suất sử

Hình 1.7 Chức năng của tài chính y tế



Nguồn: Kutzin 2001.

dụng và gia tăng chi phí đơn vị. Trên cơ sở đó sẽ phân tích cách thức huy động tài chính thực hiện mục tiêu BPTD ở Chương 5.

- Chương 5 nghiên cứu tình hình tài khóa vĩ mô và các giải pháp huy động nguồn kinh phí thực hiện BPTD. Đặc biệt xem xét mức độ gia tăng nguồn tài trợ của Chính phủ một cách khả thi và bền vững, với luận điểm rằng đạt được hiệu quả trong lĩnh vực y tế có tính chất quyết định để đảm bảo tính bền vững tài chính của BHYT. Đây là tâm điểm của ba chương tiếp theo.

- Chương 6 phân tích sự phân mảnh trong quá trình hoà quỹ chia sẻ rủi ro và các tác động của nó đối với sự công bằng và hiệu quả; xem xét kinh nghiệm quốc tế về chia sẻ rủi ro phù hợp với hoàn cảnh Việt Nam và đưa ra các khuyến nghị để giải quyết vấn đề này.

- Chương 7 phân tích các nguyên nhân chủ yếu của sự kém hiệu quả trong phân bổ nguồn lực và mua sắm dịch vụ; xem xét các kinh nghiệm quốc tế trong phân bổ nguồn lực và mua sắm dịch vụ phù hợp với Việt Nam và đưa ra các khuyến nghị.

- Chương 8 phân tích các hạn chế trong quản lý tài chính, đặc biệt là tổ chức, quản lý và quản trị BHYT và đưa ra các khuyến nghị khắc phục.

- Chương 9 kết luận, đề xuất lộ trình thực hiện các khuyến nghị trong báo cáo.

Khái niệm BPTD nêu ở đầu chương được sử dụng làm cơ sở để phân tích trong báo cáo này, ngoại trừ hai vấn đề chính sau đây:

- Thứ nhất là báo cáo này không phân tích về ảnh hưởng của chất lượng dịch vụ y tế đối với mục tiêu BPTD cũng như không đề xuất giải pháp nào về nâng cao chất lượng. Tuy chất lượng là vấn đề không thể không nhắc đến khi đánh giá tiến trình hướng tới BPTD, nhưng do thời gian có hạn và thiếu số liệu tin cậy về chất lượng nên báo cáo không thể phân tích về vấn đề này. Tuy nhiên Chương 3 và Chương 6 cũng đề cập đến ảnh hưởng của chất lượng dịch vụ đối với tình trạng bất bình đẳng trong tiếp cận dịch vụ, cho dù diện bao phủ dân số có bao nhiêu đi chăng nữa (diện bao phủ dân số đo bằng tỉ lệ dân số tham gia BHYT và mức độ bảo vệ tài chính).

- Thứ hai, báo cáo không tiến hành phân tích chi tiết về gói quyền lợi bảo hiểm, hay đề xuất giải pháp về cải thiện gói quyền lợi. Cải cách gói quyền lợi của bảo hiểm rõ ràng là một phần quan trọng trong cải cách BHYT, có ảnh hưởng đến mọi mặt của quá trình thực hiện BPTD, như công bằng, bảo vệ tài chính, chất lượng, chi phí, hiệu quả. Tuy nhiên, cải cách gói quyền lợi đòi hỏi phải có những phân tích toàn diện, mà điều đó nằm ngoài khuôn khổ của báo cáo này. Báo cáo đề xuất định hướng cải cách gói quyền lợi, như các bước cần thiết để xây dựng gói quyền lợi về thuốc hay dự toán chi phí gói quyền lợi.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 1.2 Các nội dung báo cáo, vai trò của các bên liên quan, nguồn số liệu

STT	*Nội dung*	*Chủ trì*	*Các bên tham gia đóng góp, nghiên cứu*	*Nguồn số liệu*
1.	Đánh giá tỉ lệ bao phủ bảo hiểm			
	(1) Quy mô, chiều rộng, chiều sâu của mức độ bao phủ	Ngân hàng Thế giới, Unicef		Số liệu thống kê của BHXHVN, 2000-11 Khảo sát KTTĐTH 2012
	(2) Bình đẳng, bảo vệ tài chính	WHO Ngân hàng Thế giới	ĐHYHN VCLCSYT	ĐTMSVN 2004, 2006, 2008, 2010, Tài khoản Y tế Quốc gia 2008-10
2.	Chi phí, hiệu quả			
	(1) Thống kê, phân tích các cải cách về chi trả	Ngân hàng Thế giới	VCLCSYT	Số liệu được thu thập trong khuôn khổ dự án viện trợ của IDF/NHTG
	(2) Dự báo chi phí	Ngân hàng Thế giới	Đại học Oxford	Tài khoản Y tế Quốc gia Số liệu về chi tiêu của BHXHVN ĐTMSVN 2006, 2008, 2010
	(3) Nghiên cứu về thuốc thiết yếu và kỹ thuật y tế: sử dụng bất hợp lý, không phù hợp	WHO		Khảo sát của BYT và WHO
3.	Phân tích dư địa tài chính	Ngân hàng Thế giới	VCLCSYT	Số liệu của Bộ Tài chính, IMF, Ngân hàng Thế giới Số liệu về chi tiêu của BHXHVN Tài khoản Y tế Quốc gia
4.	Phân tích về tổ chức, quản lý	WHO		Phỏng vấn, thảo luận nhóm Thảo luận với các bên liên quan chính

Phương pháp, quá trình tham vấn

Các đối tác phát triển và các đơn vị nghiên cứu thực hiện đánh giá này đã tiếp cận các ban ngành của CP (BYT, BHXHVN, BTC, Bộ Kế hoạch Đầu tư, Uỷ ban nhân dân, các cơ sở y tế v.v.) trong toàn bộ quá trình làm báo cáo thông qua các cuộc thảo luận kỹ thuật không chính thức, hội nghị tham vấn và hội thảo. Một số buổi họp về những vấn đề kỹ thuật với các ban ngành được tổ chức rải rác trong năm để chia sẻ các kết quả chính và thảo luận về chi phí, ảnh hưởng phát sinh từ việc sửa đổi, bổ sung Luật BHYT, như tổng hợp trong Phụ lục 2. Ngoài ra, các kết quả, khuyến nghị chính của báo cáo cũng được trình bày tại hai hội thảo cấp quốc gia tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh vào tháng 11 và 12/2012. Các ý kiến đóng góp nêu tại hội thảo đã được tiếp thu trong báo cáo. Bảng 1-2 trình bày tóm tắt các phân tích nền được thực hiện trong báo cáo và các nguồn số liệu chính.

Chú thích

1. Quyết định 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 của Thủ tướng Chính về thành lập Quỹ Khám chữa bệnh cho người nghèo tại các tỉnh để hỗ trợ chi phí khám chữa bệnh của người nghèo, bằng hình thức trực tiếp hoặc thông qua BHYT.
2. Chỉ thị 06-CT-TW ngày 22/1/2002 của Ban Bí thư về củng cố mạng lưới y tế cơ sở.
3. Chính sách đầu tiên là hỗ trợ thu nhập cho cán bộ y tế được tuyển dụng và làm việc tại vùng nông thôn, tối đa 70% mức lương cơ bản (D64/2009). Một công cụ khác được áp dụng để khuyến khích cán bộ công tác tại khu vực nông thôn là chính sách đào tạo cử tuyển, nhằm hỗ trợ đào tạo bác sĩ cho những y sĩ hiện đang công tác tại tuyến cơ sở (C 06/2008). Một chính sách tương tự cũng được áp dụng để đào tạo dược sĩ và điều dưỡng cho người dân tộc thiểu số. Các tỉnh đều hỗ trợ toàn bộ chi phí đào tạo. Chính sách này hy vọng sẽ đào tạo được 2.500 bác sĩ, 840 dược sĩ và trên 8.000 điều dưỡng trong thời gian từ năm 2007 đến 2018. Đồng thời, Bộ Y tế cũng có chính sách luân chuyển cán bộ từ tuyến trên xuống tuyến dưới để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại tuyến cơ sở cũng như thúc đẩy sự lưu chuyển cán bộ giữa thành thị và nông thôn (D 1816/2008). (NHTG 2013. Nghiên cứu trường hợp của Việt Nam. Chương trình Hợp tác NHTG và Nhật Bản về Bao phủ BHYT toàn dân. Bản thảo báo cáo).
4. Từ góc độ tài chính y tế và cung ứng dịch vụ, các bệnh không lây (NCD) có bản chất là những bệnh mãn tính, thời gian mắc bệnh dài, tiến triển chậm; nhưng cũng có thể gây ra tử vong sớm rất nhanh chóng (ví dụ đột quỵ hay các bệnh tim mạch). Chi phí điều trị các bệnh NCD cao, cần phải được quản lý tốt, thường xuyên phải đi khám chữa bệnh và theo dõi bệnh trong suốt cuộc đời. Chăm sóc sức khỏe ban đầu đóng vai trò quan trọng trong quản lý NCD và có tính chi phí hiệu quả cao hơn rất nhiều so với điều trị khi bệnh đã tiến triển. Các bằng chứng nghiên cứu cũng cho thấy NCD gây ra các chi phí y tế thảm họa và làm cho hộ gia đình rơi vào tình trạng nghèo hóa.
5. Rockefeller Foundation, Ngân hàng Thế giới, Tổ chức Y tế Thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên Hợp quốc.

Tài liệu tham khảo

Kutzin, J. 2001. "Khung phân tích mô tả về tài chính y tế của các quốc gia." *Health Policy 56* (3):171–204.

Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế. 2013. *Báo cáo Tổng quan ngành Y tế Việt nam: Hướng tới BHYT toàn dân.* Hanoi.

Liên Hợp quốc, Ban Kinh tế và Phúc lợi xã hội, Đơn vị Dân số. http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm.

Wagstaff, A. 2013. "Bao phủ Y tế toàn dân: Bình cũ rượu mới?" *Let's Talk Development* (blog). http://blogs.worldbank.org/developmenttalk.

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2013. "Tài khoản Y tế quốc gia." http://www.who.int/nha/country/vnm/en.

World Bank. 2013. *Nghiên cứu trường hợp Việt Nam.* Chương trình Hợp tác Nhật Bản – Ngân hàng Thế giới. Bao phủ Y tế toàn dân – Dự thảo báo cáo.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 2

Mục tiêu 1 của Đề án tổng thể: Tăng mức độ tham gia BHYT

Chương này nghiên cứu cách thức tăng tỷ lệ dân số tham gia BHYT và cách thức để tỷ lệ bao phủ thực sự có hiệu quả. Việt Nam phải đối mặt với vấn đề "khoảng trống giữa" trong đó tỷ lệ tham gia BH cao ở nhóm thu nhập thấp và thu nhập cao nhưng thấp đối ở nhóm thu nhập trung bình như không nghèo/cận nghèo và khu vực lao động chính thức, cùng các vấn đề liên quan tới lựa chọn ngược và phân mảnh trong chia sẻ rủi ro. Tăng hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho việc tham gia BHYT và hỗ trợ toàn bộ phí bảo hiểm cho đối tượng cận nghèo là rất quan trọng cho việc mở rộng diện bao phủ ở các nhóm này. Về mặt hành chính, chính sách hỗ trợ ngân sách để bao phủ nhóm thu nhập trung bình có hiệu quả tốt hơn là chính sách bao phủ bằng cơ chế thu phí BHYT cá nhân và đồng thời là phương tiện hiệu quả để giải quyết vấn đề lựa chọn ngược.Thực hiện cơ chế tài chính để khuyến khích sự tham gia BH theo hộ gia đình và áp dụng các giải pháp đảm bảo tuân thủ đối với các đối tượng bắt buộc tham gia sẽ làm tăng tỷ lệ tham gia BH. Tăng cường phía cầu, qua việc tăng cường thông tin, giáo dục và truyền thông về BHYT là cần thiết để đảm bảo người tham gia BHYT sử dụng hiệu quả BHYT khi cần chăm sóc sức khoẻ.

Những vấn đề còn tồn tại trong mở rộng diện bao phủ

Tăng tỉ lệ dân số tham gia BHYT là một mục tiêu chính sách chính của Chính phủ Việt Nam. CP đề ra mục tiêu đến năm 2015 và 2020 đạt tỉ lệ bao phủ tối thiểu là 75% và 80%. Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân cũng nêu cụ thể mục tiêu về mức tham gia đối với các nhóm đối tượng (*BYT 2012*). Chương này sẽ nghiên cứu làm thế nào tăng tỉ lệ tham gia một cách hiệu quả, bền vững, người đã tham gia sẽ tham gia tiếp và bảo đảm để người có thẻ BHYT thực sự sử dụng thẻ BHYT.

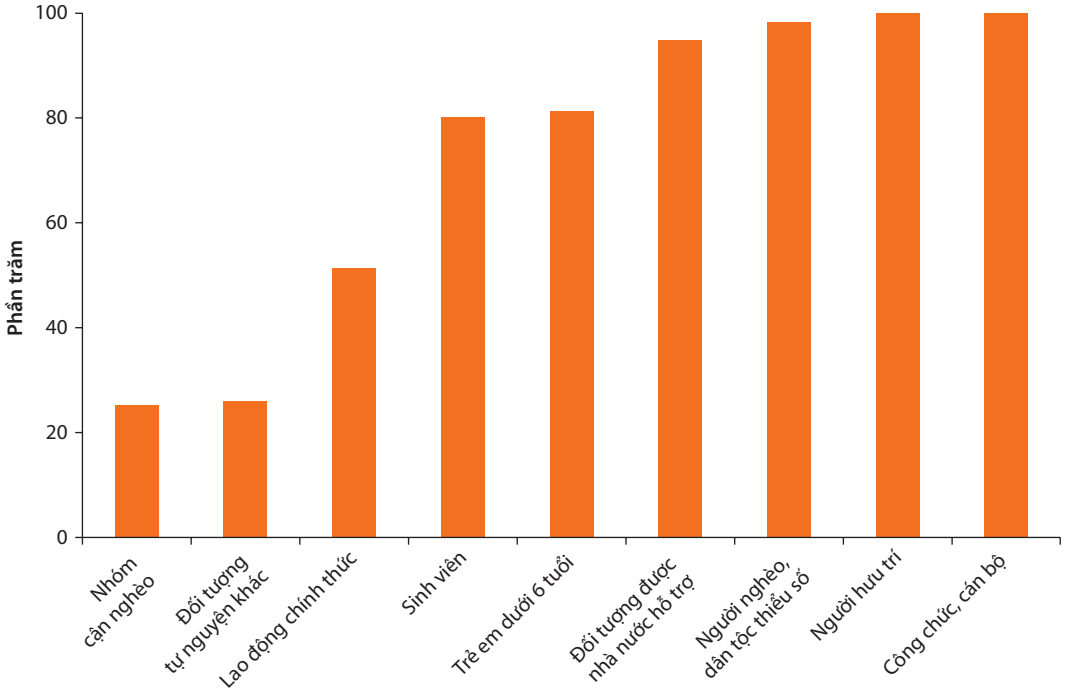
Năm 2011.[1] có khoảng 31,9 triệu người Việt Nam chưa tham gia BHYT. Trong số đó, có 15,7 triệu người là lao động không chính thức không thuộc diện nghèo và gia đình của họ, thuộc nhóm đối tượng tham gia tự nguyện; 7,4 triệu người cận nghèo, học sinh, sinh viên, được nhà nước trợ cấp một

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

phần phí tham gia; 6,2 triệu lao động chính thức, trong đó chi phí tham gia do cả người sử dụng lao động và người lao động chi trả; 1,9 triệu trẻ em dưới 6 tuổi được nhà nước tài trợ hoàn toàn. Trong số 14,3 triệu người thuộc diện nghèo hay người dân tộc thiểu số được nhà nước trợ cấp bảo hiểm toàn bộ, gần 300.000 người chưa tham gia bảo hiểm. Hình 2-1 cho biết mức tham gia của các nhóm đối tượng.

Việt Nam đang gặp vấn đề "khoảng trống giữa" thường thấy ở hầu hết các nước trong khu vực khi tỉ lệ tham gia bảo hiểm cao ở các nhóm đối tượng có thu nhập thấp và cao nhất, trong khi tỉ lệ này thấp ở các đối tượng thu nhập trung bình (Hình 2-2). 'Khoảng giữa' ở đây chủ yếu gồm người lao động không chính thức không thuộc diện nghèo. Thân nhân của người lao động có việc làm chính thức cũng thuộc diện này vì chế độ BHYT của lao động chính thức chỉ dành cho chính người lao động mà thôi. Người làm nông nghiệp, lâm nghiệp, thủy sản cũng thuộc nhóm giữa này.Theo Luật BHYT, tất cả những đối tượng này đều được coi là đối tượng bảo hiểm tự nguyện, bổ sung. Tỷ lệ tham gia của các nhóm đối tượng này vẫn còn thấp, chỉ đạt 26% năm 2011, do chi phí quá cao và/hoặc giá trị của BHYT được cho là không tương xứng với chi phí tham gia.

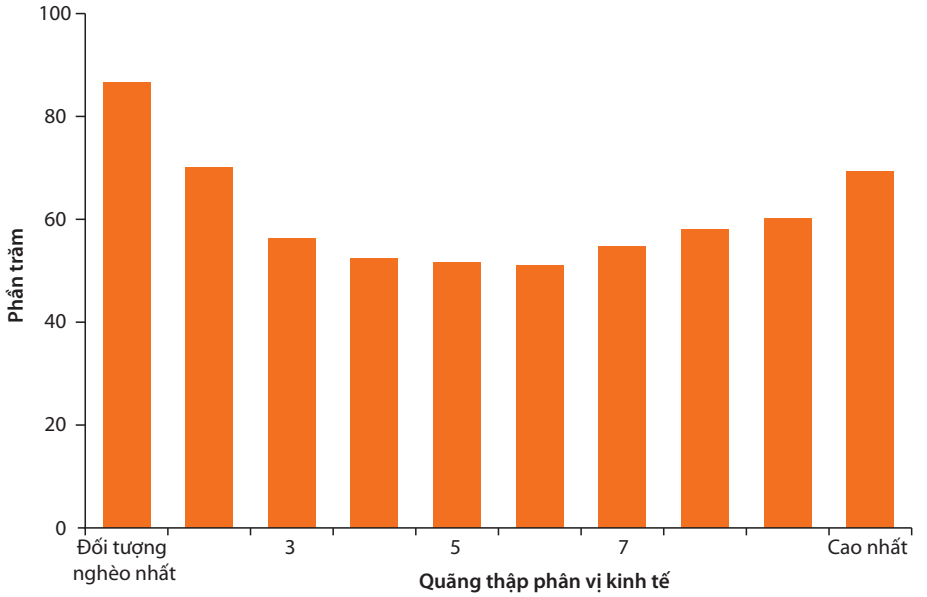
Hình 2.1 Tỉ lệ tham gia BHYT theo các nhóm dân số



Nguồn: Tính toán của tác giả căn cứ trên số liệu của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam 2012.
Chú thích: "Đối tượng tự nguyện khác" bao gồm nông dân, các đối tượng tương tham gia tự nguyện."Đối tượng khác được hỗ trợ của nhà nước" bao gồm cán bộ tuyến xã hưởng trợ cấp, người có công, cựu chiến binh, đại biểu Quốc hội, Hội đồng nhân dân, đối tượng chính sách, thân nhân sỹ quan quân đội, công an, cán bộ tình báo.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 2.2 Mức bao phủ bảo hiểm BHYT theo quãng thập phân vị về kinh tế (2010)



Nguồn: Ước tính dựa trên số liệu của Điều tra Mức sống dân cư Việt Nam, 2010.
Chú thích: Các nhóm thập phân vị về kinh tế được xác định dựa trên mức tiêu dùng đầu người của hộ gia đình. Nhóm nghèo và cận nghèo là 3 nhóm thập phân vị có mức tiêu dùng thấp nhất.

Mức tham gia của đối tượng cận nghèo vẫn tăng chậm dù nhà nước đã trợ cấp 50% (năm 2012 đã tăng lên 70%) phí bảo hiểm. Dù đây là những đối tượng tham gia bắt buộc nhưng trên thực tế, các đối tượng vẫn chủ yếu tham gia tự nguyện. Một số bằng chứng cho thấy khả năng chi trả phí bảo hiểm là lý do chính khiến tỷ lệ tham gia ở nhóm đối tượng này còn thấp.Trong Dự án Hỗ trợ Y tế Khu vực Bắc trung bộ của Ngân hàng Thế giới, mức trợ cấp cho đối tượng cận nghèo đã tăng lên đến 80-90% và mức bao phủ bảo hiểm đã tăng lên đến 74%. Trong Dự án Hỗ trợ Y tế Khu vực Đồng bằng sông Cửu Long của Ngân hàng Thế giới, mức trợ cấp cho đối tượng cận nghèo đã tăng lên 70% (trong khi hỗ trợ của Nhà nước vào thời điểm đó chỉ là 50%), mức bao phủ bảo hiểm tăng lên 50%. Trái lại, trợ cấp của nhà nước cho đối tượng cận nghèo chỉ là 50% (tính đến năm 2012), và tỉ lệ bao phủ bình quân toàn quốc chỉ đạt 17%. Trên thực tế, do chuẩn nghèo quy định thấp nên các đối tượng cận nghèo thực ra không có sự khác biệt nhiều so với người nghèo. Đối với những người này, khả năng chi trả có lẽ là vấn đề lớn nhất khi tham gia bảo hiểm tự nguyện, dù mức trợ cấp có cao đến đâu.

Mức tham gia của lao động có công việc chính thức – là đối tượng bảo hiểm bắt buộc – cũng thấp, chỉ đạt 59% năm 2011, trước hết do thiếu chấp hành quy định về bảo hiểm. Tuy BHXHVN có quyền hạn đối với nhiều vấn đề quan trọng về BHYT ở Việt Nam nhưng về pháp lý BHXH không được quyền kiểm tra tình hình tuân thủ tham gia BHYT (để bảo đảm doanh nghiệp đăng ký tham gia cho mọi người lao động), mà chức năng này thuộc về các cơ quan khác, trong khi những cơ quan này không đủ nguồn lực tài chính,

con người để thực hiện. Hậu quả là khối doanh nghiệp tư nhân không bị giám sát, thanh tra chặt chẽ để bảo đảm tuân thủ.

Lựa chọn ngược là một nguy cơ lớn đối với sự bền vững tài chính của BHYT bởi nhiều nhóm dân cư thuộc diện bảo hiểm tự nguyện trong khi các đối tượng bảo hiểm bắt buộc chưa tuân thủ quy định tham gia bắt buộc. Đã có bằng chứng về lựa chọn ngược ở các đối tượng đóng góp phí BHYT tự nguyện. Số liệu ĐTMSHGĐVN cho thấy trong số những người không thuộc diện bắt buộc, bị ốm đau trong 4 tuần trước và năm trước là yếu tố làm tăng đáng kể khả năng những đối tượng này muốn tham gia. Thân nhân của lao động chính thức có xác suất tham gia BHYT cao hơn nếu họ từng bị ốm đau, bệnh tật trong 12 tháng trước (Lieberman và Wagstaff 2009). Thực tế, chi phí bình quân đầu người từ quỹ BHYT của nhóm tự nguyện cao hơn nhiều so với phí bảo hiểm họ đã đóng, và cũng cao nhất trong các nhóm.Vì vậy, giảm số người tham gia BHYT tự nguyện là yếu tố quan trọng không những để hoàn thành bao phủ bảo hiểm mà còn để giải quyết vấn đề lựa chọn ngược.

Tỷ lệ tham gia cao ở đối tượng được trợ cấp hoàn toàn và tham gia bắt buộc – 92% năm 2011 – nhưng không đồng nghĩa với bao phủ có hiệu quả: Gần 27% trong tổng số trẻ dưới 6 tuổi không có BHYT, và tỉ lệ ở trẻ em dân tộc thiểu số và trẻ không có giấy khai sinh còn cao hơn nữa. Người tham gia bảo hiểm không phải lúc nào cũng nhận được thẻ BHYT và cũng không nhận thức được hết các quyền lợi của mình để sử dụng dịch vụ. Khảo sát Kiến thức – Thái độ - Hành vi của UNICEF năm 2012 cho biết một số lý do của tình trạng này trên đối tượng trẻ dưới 6 tuổi (Hộp 2-1).

Thiếu "tính di động"[2] của BHYT là một yếu tố nữa làm giảm hiệu quả bao phủ. Di cư trong nước đã tăng lên trong những năm gần đây. Tổng điều tra dân số năm 2009 cho thấy số người di cư có đăng ký từ 5 tuổi trở lên tăng từ 4,5 triệu trong giai đoạn 1994-1999 lên 6,6 triệu người trong giai đoạn

Hộp 2.1 Điều tra Kiến thức, thái độ, thực hành của cha mẹ liên quan đến quyền lợi BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi ở Việt Nam

Năm 2012, Bộ Y tế và UNICEF phối hợp tiến hành một nghiên cứu nhằm tìm hiểu những hạn chế, vướng mắc trong triển khai BHYT, xã hội, cũng như tìm cách tăng mức độ bao phủ, sử dụng dịch vụ cho đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi.Một mẫu đại diện cho các hộ gia đình ở thành thị, nông thôn, vùng dân tộc thiểu số được chọn từ 4 tỉnh thành (TP. Hồ Chí Minh, Ninh Thuận, Kom Tum và Điện Biên). Mẫu này gồm 450 hộ gia đình tương đương với 1800 thành viên.Ngoài việc sử dụng phiếu hỏi, 80 cuộc phỏng vấn sâu và hàng chục buổi thảo luận nhóm với các nhà hoạch định chính sách, cơ sở y tế và cha mẹ được tiến hành.

Kết quả điều tra

1. *Không phải tất cả các gia đình đủ tiêu chuẩn đều có thẻ BHYT*

   Khoảng ¼ số đối tượng được điều tra không có thẻ BH cho dù đủ điều kiện tham gia, trong đó tỉ lệ hộ gia đình không có thẻ chiếm tỉ lệ cao nhất ở người dân tộc thiểu số và người nhập cư vào TPHCM. Lý do bao gồm: thiếu kiến thức về quyền lợi của trẻ dưới 6 tuổi;

tiếp trang sau

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hộp 2.1 Điều tra Kiến thức, thái độ, thực hành của cha mẹ liên quan đến quyền lợi BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi ở Việt Nam *(tiếp)*

không biết có thể sử dụng giấy khai sinh thay cho thẻ bảo hiểm; quan niệm rằng chất lượng khám chữa bệnh của y tế công tuyến huyện còn thấp.

2. *Không phải gia đình nào có thẻ bảo hiểm BHYT cũng sử dụng thẻ*
   Chỉ có 1/5 gia đình trong mẫu điều tra thực sự sử dụng thẻ bảo hiểm. Tỉ lệ hộ gia đình không sử dụng thẻ BHYT đặc biệt cao ở người nhập cư và người dân tộc thiểu số sinh sống tại khu vực miền núi, vùng sâu ở Điện Biên. Các đối tượng thiếu kiến thức về hệ thống chuyển tuyến nên cha mẹ thường đưa con thẳng đến cơ sở y tế tuyến huyện khi bị ốm thay vì đến trạm y tế xã. Những chi phí ẩn như chi phí đi lại, chữa bệnh bằng y học cổ truyền cũng cản trở đối tượng sử dụng cơ sở y tế nhà nước. Một số đối tượng thích đến cơ sở tư nhân hơn vì có thể khám chữa vào buổi tối trong khi các cơ sở nhà nước đã đóng cửa.
3. *Tuyên truyền về thẻ BHYT còn yếu.*
   Các đối tượng được nghe và biết về quyền lợi bảo hiểm của trẻ dưới 6 tuổi từ nhân viên y tế, cộng tác viên dân số, chính quyền địa phương, TV, cán bộ xã hội. Do vậy, những đối tượng thường trú có hiểu biết và mức tiếp cận thông tin bổ sung cao hơn những đối tượng di trú. Cha mẹ và các thành viên gia đình không hiểu rõ về các chế độ BHYT dành cho trẻ dưới 6 tuổi do chỉ có một nửa số đối tượng đã từng được tư vấn.

Một số đề xuất của điều tra:

a. tăng cường hợp tác giữa ngành y tế và xã hội để hoàn thiện quy trình cấp thẻ, thanh toán;
b. có cơ chế linh động hơn để những đối tượng di trú được tiếp cận cơ sở y tế ở các tỉnh, huyện khác;
c. tăng cường tư vấn cho cha mẹ, bằng tiếng dân tộc nếu cần, trong các hoạt động, chiến dịch cộng đồng định kỳ về sức khỏe trẻ em;
d. công tác truyền thông cần bổ sung nội dung ngoài nâng cao nhận thức nhằm tạo sự tự tin, tự giác để người dân tiếp nhận, sử dụng, yêu cầu dịch vụ;
e. kế hoạch truyền thông phải gắn liền với cơ chế chung trong hoàn thiện khả năng tiếp cận, sử dụng BHYT của trẻ em dưới 6 tuổi.

Nguồn: Bộ Y tế và Unicef, 2013. Điều tra KTTĐTH.

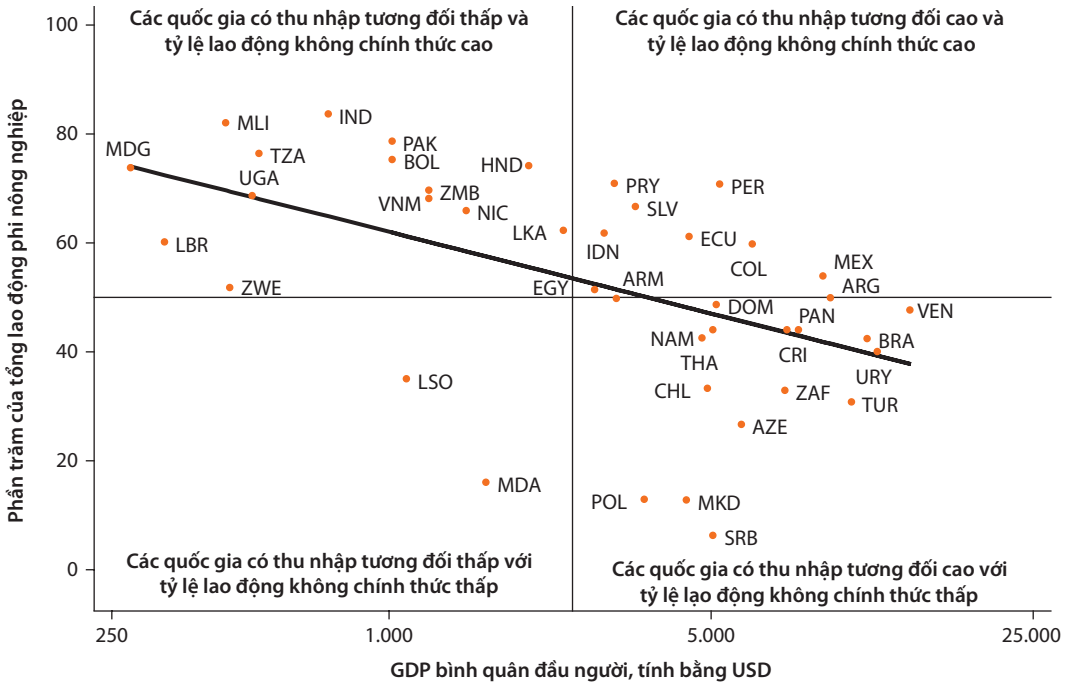
2004-2009. Luật BHYT hiện hành không cho phép người được bảo hiểm được chăm sóc y tế bên ngoài địa phương nơi họ đăng ký thường trú ngoại trừ trường hợp cấp cứu. Nghiên cứu người di cư năm 2011 cho thấy dưới 15% người di cư có thẻ BHYT. Khi bị bệnh, 78% người di cư trả tiền túi cho việc khám chữa bệnh. Đối với các đối tượng có BHYT trong số những người di cư, BHYT chỉ chi trả 10% tổng chi phí KCB trong khi gần 60% người di cư đã không sử dụng dịch vụ y tế.

Kinh nghiệm quốc tế về tăng tỷ lệ tham gia và tăng diện bao phủ BHYT

Thu hút sự tham gia của thành phần không chính thức không chỉ đơn giản là một vấn đề ngắn hạn. Trên thế giới và trong lịch sử, phần lớn các nước giàu có khu vực lao động không chính thức thấp hơn (tỷ lệ lực lượng lao động có

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 2.3 Lao động không chính thức và GDP bình quân đầu người tại 41 quốc gia



Nguồn: Dựa trên tính toán các dữ liệu của Phòng Thống Kê, Tổ chức Lao động quốc tế ILO (2012) và các chỉ số phát triển của Ngân hàng Thế giới
Chú thích: Trục hoành theo hàm số lô ga rít. Các quốc gia viết tắt trên biểu đồ: ARG: Ác hen ti na, ARM: Ác mê ni a, AZE: A déc bai zan, BOL: Bô li via, BRA: Braxin, CHL: Chi lê, COL: Cô lum bi a, CRI: Côxt ta ri ca, DOM: Cộng hòa Đô mi níc, ECU: Ê cua a đo, EGY: Ai cập, HND: Hon đu rát, IDN: Ấn độ, IND: In đô nê xi a, LBR: Li bi, LKA: Sri lan ka, LSO: Lê sô tho, MDA: Môn đô va, MDG: Ma đa gát ca, MEX: Mê hi cô, MKD: Mác xê đô ni a, MLI: Ma li, NAM: Nam mi bi a, NIC: Ni ca ra gua, PAK: Pa kits tan, PAN: Pa na ma, PER: Pê ru, POL: Ba lan, PRY: Pa ra guay, SLV: En san va đo, SRB: Séc bi a, THA: Thái lan, TUR: Thổ nhĩ kỳ, TZA: Tan da ni a, UGA: U gan đa, URY: U ru guay, VEN: Ve ne due la, VNM: Việt nam, ZAF: Nam phi, ZAM: Dam bi a, ZWE: Dim ba bu ê.

việc làm phi chính thức) so với các nước nghèo (Bonfert, Martin và Langenbrunner 2013) (Hình 2-3). Tỷ lệ lao động không chính thức ở các quốc gia như Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan đã giảm mạnh cùng với sự tăng trưởng kinh tế nhanh. Xu hướng giảm lao động không chính thức khi kinh tế phát triển nhanh cần xem xét lại, đặc biệt ở khu vực Đông Á Thái Bình Dương, tỷ lệ lao động không chính thức vẫn tiếp tục duy trì ở mức cao.

Giống như nhiều nước đang phát triển khác trong khu vực, dự báo Việt Nam sẽ có lượng lao động không chính thức cao trong vài thập kỷ tới và phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến sự hạn chế khả năng tăng thu ngân sách nhà nước từ thuế thu nhập và thuế liên quan tới lao động. Các vấn đề thường gặp là BHYT cho lao động không chính thức, chẳng hạn như mức tham gia thấp, khó khăn trong đánh giá thu nhập và khó khăn trong thu phí BHYT, và khả năng lựa chọn ngược. Vì vậy, cần có chiến lược bao phủ nhanh và hiệu quả đối với khu vực lao động không chính thức và các nhóm đối tượng khó tiếp cận khác như nhóm cận nghèo.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hỗ trợ tham gia BHYT từ nguồn ngân sách nhà nước

Mở rộng diện bao phủ bảo hiểm, đặc biệt ở đối tượng cận nghèo và lao động không chính thức, đòi hỏi kinh phí bổ sung đáng kể từ ngân sách nhà nước. Hiện nay, chiến lược tăng mức bao phủ bảo hiểm đối với các đối tượng không chính thức và đối tượng cận nghèo vẫn phần lớn dựa vào chế độ tham gia tự nguyện. Cho đến nay, chưa một quốc gia nào đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân mà chỉ dựa vào đóng góp tự nguyện (Kutzin 2012). Thay vào đó, đa số những nước đã thành công trong việc nâng mức bao phủ đến các nhóm khó tiếp cận như người cận nghèo, lao động không chính thức bằng việc áp dụng chế độ tham gia bắt buộc và hỗ trợ đóng phí từ ngân sách nhà nước, dù đó là hỗ trợ toàn bộ hay chỉ hỗ trợ một phần (Hộp 2-2). Tham gia bắt buộc, có hỗ trợ cho người nghèo, là điều kiện cần để thực hiện bao phủ toàn dân.

Hỗ trợ bao phủ từ ngân sách nhà nước có thể đòi hỏi phải từ bỏ ý tưởng thực hiện bao phủ và quyền được bao phủ chỉ dựa trên cơ chế đóng góp toàn bộ hay thậm chí chỉ đóng góp một phần phí BHYT. Ở trường hợp Nhật Bản, tăng trưởng kinh tế nhanh và sự co hẹp mạnh quy mô của khu vực không chính thức khiến nước này đạt mức bảo hiểm toàn dân chủ yếu nhờ cơ chế đóng góp. Trường hợp Hàn Quốc và Đài Loan, sự kết hợp giữa tăng trưởng

---

Hộp 2.2 Vai trò của ngân sách nhà nước trong trợ cấp tham gia BHYT: Kinh nghiệm quốc tế

Trung Quốc: Chương trình BHYT nông thôn mới (NCMS) cho người dân nông thôn bảo đảm 85% trợ cấp chi phí bảo hiểm và đã đạt tỉ lệ bao phủ trên 90%.

Đức: Cấp kinh phí từ ngân sách nhà nước để trợ cấp cho những người không đủ khả năng kinh tế tham gia BHYT.

Hung ga ry: Bao phủ khu vực lao động không chính thức ngày càng phụ thuộc nhiều hơn vào ngân sách nhà nước

Nhật: Áp dụng Chương trình BHYT Công dân từ năm 1958 và quy định tham gia bắt buộc đối với những người không có việc làm chính thức. Tuy ban đầu, đây là một cơ chế bảo hiểm mang tính cộng đồng nhưng các cấp chính quyền địa phương đã tăng dần mức trợ cấp tham gia.

Hàn Quốc: Sử dụng ngân sách để hỗ trợ một phần phí BHYT cho người lao động không chính thức

Mali: Trợ cấp tới **50% phí tham gia BHYT**

Môn đô va: Bao phủ khu vực lao động không chính thức ngày càng phụ thuộc nhiều hơn vào ngân sách nhà nước

Đài Loan: Sử dụng ngân sách để hỗ trợ một phần phí BHYT cho người lao động không chính thức

Thái Lan: Tăng mức độ bao phủ BHYT lên 90-100% dân số dù Thái lan vẫn là nước có thu nhập trung bình thấp.Trên 60% kinh phí quỹ bảo hiểm được huy động từ ngân sách nhà nước.

Mỹ: Chính phủ hỗ trợ phí tham gia BHYT cho đối tượng không chính thức ở mức độ rất lớn.

Nguồn: Bonfert, Martin và Langenbrunner 2013.

---

kinh tế nhanh và chế độ chính trị độc đoán tạo điều kiện để thực hiện bảo hiểm bắt buộc, bảo đảm người sử dụng lao động tuân thủ luật pháp và đóng góp tới một nửa chi phí của người lao động (Kwon 2011). Ở những nước Châu Á thu nhập thấp và trung bình hiện nay, tăng trưởng kinh tế đang chững lại do khủng hoảng kinh tế toàn cầu, và nhóm phi chính thức vẫn rất lớn như đã phân tích. Trong bối cảnh đó, các nước cần tăng diện bao phủ trên cơ sở không thu phí bảo hiểm để đạt mức bao phủ toàn dân.

Dùng ngân sách nhà nước để bao phủ khu vực lao động không chính thức tham gia có nhiều lợi ích, bao gồm hiệu quả về mặt hành chính, tránh được nguy cơ lựa chọn ngược và thực tế, đây là cơ chế tài chính tiến bộ hơn. Sự không ổn định về việc làm, thay đổi lớn về thu nhập của lao động không chính thức khiến chi phí quản lý trong ghi danh, theo dõi và thu phí BHYT của nhóm đối tượng này rất cao.Thứ hai là tham gia bắt buộc thông qua trợ cấp từ ngân sách nhà nước là giải pháp hiệu quả để giảm nguy cơ lựa chọn ngược trong bảo hiểm tự nguyện. Hộp 2-3 nêu hai ví dụ trong khu vực về BHYT tự nguyện có mức phí BHYT cao. Thứ ba là tài chính từ ngân sách nhà nước thông qua thu thuế là cơ chế tài chính tiến bộ hơn so với cơ chế thu phí BHYT bởi phí BHYT tuy được thu theo tỷ lệ thu nhập nhưng có trần, hoặc phí BHYT được thu đồng mức, không theo thu nhập (Kwon 2009).

Ngoài ra còn có hai trở ngại cần xem xét, bao gồm tác động tới ngân sách và nguy cơ mở rộng khu vực lao động không chính thức. Trong hoàn cảnh thiếu các nguồn thu thuế mới, chi tiêu ngân sách nhà nước để hỗ trợ mở rộng

Hộp 2.3 Các thách thức trong cơ chế tham gia bảo hiểm tự nguyện có đóng góp của Phi líp pin và Thái Lan

Phi líp pin: Năm 1999, Quỹ y tế Philipin (PhilHealth) phát động Chương trình Thanh toán Cá nhân (IPP) để mở rộng phạm vi BHYT cho người lao động khu vực không chính thức không nghèo. Việc tham gia là bắt buộc đối với cá nhân không thuộc diện bảo hiểm của bất kỳ chương trình nào khác. Từ năm 1999 đến năm 2012, mặc dù có nhiều thử nghiệm nhằm cưỡng chế sự tham gia trong nhóm cận nghèo và lao động không chính thức không nghèo (ví dụ: (a) quy định phải có thẻ BHYT mới được cấp bằng lái xe hoặc các chứng chỉ khác, (b) quỹ BHYT đã chiết khấu mức phí BHYT khi tham gia BHYT theo nhóm cho các tổ chức tôn giáo, hợp tác xã để khuyến khích người dân tham gia BHYT) nhưng 2/3 người tham gia bảo hiểm tự nguyện không đóng phí bảo hiểm thường xuyên. Hơn nữa, đối tượng tham gia thuộc chương trình IPP thường bị bệnh mạn tính và có tỷ lệ sử dụng bảo hiểm cao hơn so với mức sử dụng trung bình của PhilHealth. Theo luật BHYT sửa đổi năm 2013, người cận nghèo được hưởng chế độ BHYT theo Chương trình Tài trợ.

Thái Lan: Bắt đầu từ năm 1991, Chương trình thẻ BHYT tự nguyện đã cố gắng mở rộng phạm vi bao phủ tới người lao động không chính thức. Chương trình thất bại chủ yếu là do lựa chọn ngược và lạm dụng (ví dụ tham gia sau khi đã được chẩn đoán mắc bệnh). Chương trình đã bị hủy bỏ vào năm 2007 và thay thế bởi Chương trình bao phủ toàn dân (BP TD) với sự hỗ trợ mức phí toàn bộ từ ngân sách nhà nước.

Nguồn: Monfert, Martin và Langenbrunner, 2013.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hộp 2.4 Bằng chứng về tài trợ từ ngân sách nhà nước cho đối tượng không chính thức tạo sự gia tăng lao động không chính thức

Cô lôm bi a: Sự gia tăng lao động không chính thức từ 2-4% là do thiết kế cải cách ngành y tế, trong đó bao gồm trợ cấp phí bảo hiểm cho người nghèo và người không lao động *(Bitran 2013)*.

Thái Lan: Sự ra đời của chương trình BPTD làm tăng lao động không chính thức lên 2% sau khi cải cách, và tăng lên 10 % trong ba năm đầu tiên *(Wagstaff và Manachotphong 2012)*.

Hộp 2.5 Kinh nghiệm tham gia BHYT theo hộ gia đình của các nước khu vực Châu á TBD

Ở Trung Quốc: Chương trình BHYT nông thôn (NCMS) quy định sự tham gia của gia đình, trong khi hai chương trình BHYT còn lại ở Trung quốc không quy định sự tham gia của gia đình

Ở Nhật: chế độ bảo hiểm được mở rộng ra những người phụ thuộc của người lao động chính thức ngay từ đầu năm 1939.

Ở Hàn Quốc: cơ chế BHYT cũng áp dụng hình thức tham gia theo gia đình từ rất sớm, trong đó những người phụ thuộc cũng tham gia chương trình bảo hiểm của người chủ gia đình. Để giảm bớt gánh nặng tài chính cho doanh nghiệp nhỏ, chủ doanh nghiệp có dưới 5 lao động được miễn các khoản đóng góp cho người lao động cho đến năm 2000 (Kwon 2009).

Ở Phi líp pin: Theo Luật BHYT, người phụ thuộc của thành viên chính trong gia đình ở tất cả các nhóm đối tượng BHYT Philhealth được hưởng gói quyền lợi chuẩn *(Obermann và cs 2006)*.

Ở Thái Lan: Chương trình BHYT cho công chức (CSMBS) được áp dụng cho đối tượng công chức cũng như những người phụ thuộc. Người tham gia CSMBS không phải đóng phí và đây được coi là một chế độ quyền lợi phụ dành cho người làm nhà nước có mức lương thấp hơn lao động tư nhân.Trong khi đó, chương trình BHYT SSS dành cho toàn bộ các lao động chính thức không áp dụng cho các thành viên gia đình.Thành viên gia đình tham gia Chương trình bao phủ Toàn dân (BP CSSK TDS), và được hoàn toàn miễn phí. Với gần 2/3 lực lượng lao động của Thái Lan thuộc khu vực lao động không chính thức, việc khuyến khích đối tượng không chính thức cũng như các thành viên gia đình của người lao động chính thức tham gia vào chương trình bao phủ toàn dân BP CSSK TDS đã chứng tỏ là cách hiệu quả nhất để tăng bao phủ.

phạm vi bao phủ sẽ có tác động ngân sách ngay lập tức, làm giảm dư địa tài chính ở mọi lĩnh vực. Điều này làm tăng sự phụ thuộc của BHYT vào phân bổ ngân sách từ Bộ Tài chính, có khả năng gây bất ổn định tài chính (Bonfert, Martin và Langenbrunner 2013). Hàn Quốc và Phi líp pin đang giải quyết những vấn đề này thông qua việc áp dụng thuế hàng hoá độc hại (xem chương 5). Việc hỗ trợ đối tượng không chính thức từ ngân sách nhà nước có thể làm gia tăng đối tượng lao động không chính thức bởi BHYT cho người

lao động khu vực không chính thức được tài trợ miễn phí hoặc tài trợ một phần phí, tạo sự khuyến khích người sử dụng lao động và người lao động ở lại hoặc thậm chí chuyển sang thỏa thuận lao động không chính thức để tránh phải trả các khoản đóng góp bắt buộc liên quan đến lao động chính thức (xem Hộp 2-4).

Tham gia BHYT hộ gia đình

Tham gia BHYT hộ gia đình có tác dụng tăng tính chia sẻ rủi ro và giải quyết vấn đề lựa chọn ngược. Thông thường, trong mô hình này có sự tham gia của các thành viên gia đình của chính người lao động, gồm vợ, chồng, con cái. Tuy nhiên, các thành viên khác trong gia đình cũng có thể tham gia. Mô hình này sẽ làm giảm quy mô của khu vực không chính thức nhờ mở rộng bao phủ bảo hiểm ra đối tượng vợ, chồng và các thành viên gia đình khác của lao động chính thức. Mô hình này tăng tính chia sẻ rủi ro của quỹ BHYT và góp phần san sẻ rủi ro y tế rộng khắp hơn trong dân số. Nhờ giảm tỉ lệ dân số tham gia tự nguyện mà mô hình này sẽ giảm được rủi ro lựa chọn ngược. Những quốc gia Đông Á-TBD đã thành công trong việc mở rộng chương trình BHYT để đạt mức bao phủ toàn dân thường đặc biệt khuyến khích bảo hiểm theo gia đình.(xem Hộp 2-5).

Tuy nhiên, bảo hiểm theo gia đình cũng dẫn đến tăng chi tiêu, với mức phí tăng gấp đôi để bao phủ người phụ thuộc (Hsiao và Shaw 2007). Ở Thái Lan, người phụ thuộc đã được tham gia nhưng chỉ sau khi quỹ BHYT đã tích lũy được mức thặng dư lớn. Hiện nay, đa số các thành viên gia đình được tham gia chương trình BPTD. Chương trình NCMS của Trung Quốc dành cho các thành viên gia đình tuy được trợ cấp nhưng các thành viên gia đình vẫn phải trả cùng một mức phí như thành viên chính để được tham gia.

Cưỡng chế tham gia bảo hiểm bắt buộc trong khu vực lao động chính thức.

Kém tuân thủ là một đặc trưng của nhiều hệ thống BHYT và được thừa nhận là một rào cản trong bao phủ người cận nghèo và lao động chính thức, cũng như trong bao phủ toàn dân nói chung. Ở Côlômbia, hành vi trốn đóng bảo hiểm ước tính gây thiệt hại 836 triệu US$ cho ngân sách (2,75% GDP), chủ yếu dưới hình thức khai thấp thu nhập và không đóng phí (Escobar, M-L và

Hộp 2.6 Vai trò của thông tin, giáo dục và truyền thông trong mở rộng bao phủ bảo hiểm

Trung Quốc: Đối với người dân nông thôn, quảng cáo trên các phương tiện truyền thông được sử dụng để khuyến khích tham gia BHYT xã hội tự nguyện.Thông tin về số tiền BHYT đã chi trả cho các cá nhân hưởng lợi được dán công khai trên bảng tin của thôn/khu dân cư công bố công khai những lợi ích hữu hình của BHYT *(Liang va Langenbrunner 2013).*

Thái Lan: phương tiện truyền thông đại chúng đóng một vai trò quan trọng trong việc nhanh chóng mở rộng bao phủ BHYT (Van Lente, Pujiyanto và Thiede 2012).

Panopoulu P. 2003). Trốn đóng bảo hiểm cũng là một vấn đề ở Philipin trong khối doanh nghiệp nhỏ, với tỷ lệ chỉ có 30% doanh nghiệp đóng bảo hiểm (Jowett M, Hsiao WC. 2007). Hệ thống thông tin tốt, quản trị và tổ chức tốt các khâu thu đóng phí, gồm thuế theo thu nhập và phí BHYT có ý nghĩa sống còn đối với việc đảm bảo việc tuân thủ tham gia BHYT.

Thông tin, Giáo dục và Truyền thông

Quyết định tham gia và sử dụng BHYT bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi các yếu tố nhận thức, giáo dục và văn hóa. Ví dụ như ở Kenya, yếu tố quan trọng nhất ngăn trở tham gia BHYT của khu vực lao động không chính thức là sự thiếu nhận thức về Quỹ BHYT quốc gia. Tại Indonesia, rào cản chính trong việc tiếp cận BHYT chỉ đơn giản là thiếu thông tin về các lựa chọn có sẵn. Do đó, phổ biến thông tin và tăng nhận thức về quyền lợi BHYT là cần thiết để đảm bảo tính hiệu quả của bao phủ. Việc truyền bá thông tin và tiếp thị xã hội đã thực sự đóng một vai trò quan trọng trong việc mở rộng bao phủ bảo hiểm ở một số nước (Hộp 2-6).

Khuyến nghị

Ngắn hạn:

Khuyến nghị 1: Tăng đáng kể sự hỗ trợ từ ngân sách nhà nước để bảo hiểm cho đối tượng cận nghèo và/hoặc lao động không chính thức. Giải pháp này bao gồm cả tăng trợ cấp cho đối tượng cận nghèo lên mức 100%.

Việt Nam đã thừa nhận vai trò quan trọng của ngân sách chung bằng cách trợ cấp toàn bộ chi phí bảo hiểm cho người nghèo và các đối tượng khó khăn, nâng mức trợ cấp cho người cận nghèo lên 70% năm 2012, và 100% cho một số đối tượng thuộc nhóm cận nghèo năm 2013. Để đạt mức bảo hiểm toàn dân, mức trợ cấp này sẽ cần phải tiếp tục tăng. Trợ cấp cho toàn bộ đối tượng cận nghèo sẽ phải tăng lên 100% trong thời gian tới. Nhà nước cũng cần tăng dần trợ cấp mua bảo hiểm cho những đối tượng làm nông nghiệp, ngư nghiệp, lâm nghiệp, vì những người này, dù không nghèo, nhưng vẫn đang phải đối mặt với những rào cản đáng kể khi mua BHYT và tiếp cận dịch vụ y tế. Những tác động tài chính của khuyến nghị này được ước tính và thảo luận trong Chương 4 và 5.

Khuyến nghị 2: Thúc đẩy phía cầu: tăng cường công tác thông tin, giáo dục, truyền thông (TTGDTT) về BHYT

Khi hộ gia đình/cá nhân vẫn không đăng ký tham gia hay không sử dụng thẻ BHYT dù không phải đóng phí tham gia thì rõ ràng cần tăng cường công tác thông tin, giáo dục về BHYT và đầu tư vào truyền thông thay đổi hành vi. Hiểu biết về những quyền lợi mà người tham gia được hưởng và quy trình sử dụng, sử dụng thẻ BHYT của cơ sở y tế là một yêu cầu quan trọng.

Điều tra KTTĐTH liên quan đến trẻ em dưới 6 tuổi, đưa ra những đề xuất sau (UNICEF 2012):

1. Cần phải có một chiến lược truyền thông hiệu quả hơn, tập trung vào cha mẹ và người chăm sóc; bao gồm một loạt các mô hình, kênh truyền thông nhạy cảm với nhu cầu của từng đối tượng như người dân tộc thiểu số và có các chỉ số giám sát, đánh giá để định lượng những thay đổi về kiến thức, thái độ, thực hành. Cần có các đánh giá để chỉnh sửa, hoàn thiện chiến lược truyền thông.
2. Cần tăng cường tuyên truyền để bảo đảm người sử dụng hiểu rõ cơ chế chuyển tuyến.
3. Cần tăng cường tuyên truyền về phạm vi của gói quyền lợi trong chương trình BHYT để loại trừ mọi sự hiểu nhầm về chi phí ẩn.
4. Những vấn đề như chậm trễ trong cấp phát thẻ bảo hiểm cho người tham gia cần được BHXHVN giải quyết.

Trung hạn:

Khuyến nghị 3: Tạo khuyến khích tài chính để thúc đẩy tham gia bảo hiểm theo gia đình.

Chương trình BHYT của Việt Nam có thể tăng mức tham gia của gia đình theo 2 cách.Thứ nhất, chương trình có thể áp dụng những cơ chế khuyến khích bổ sung cho đối tượng cận nghèo để thành viên gia đình của những người này tham gia BHYT. Mức trợ cấp cho thành viên gia đình tham gia (được xác định là vợ/chồng và con dưới 21 tuổi) có thể tăng lên đến 80-90% thay vì 70% đối với người tham gia đơn lẻ. Dự án Hỗ trợ y tế Bắc trung bộ của Ngân hàng Thế giới bảo đảm mức trợ cấp bổ sung 10% cho toàn bộ hộ gia đình tham gia, dẫn đến tỷ lệ tham gia cao hơn so với cách bán bảo hiểm cho từng cá nhân. Điều đó cho thấy nhu cầu tham gia bảo hiểm theo gia đình là có. Thứ hai, bảo hiểm theo gia đình có thể áp dụng cho lao động chính thức, cũng như khuyến khích người sử dụng lao động mua bảo hiểm cho gia

Bảng 2.1 Mô phỏng các chi phí gia tăng khi các gia đình đủ điều kiện tham gia

STT	*Mức phí BHYT*	*Đặc điểm*	*Chi phí gia tăng (VND)*
1	4,5% mức lương cơ sở	CP trợ cấp 70% cho đối tượng cận nghèo CP trợ cấp 30% cho nông dân khôngnghèo Công chức nhà nước trả phí BH cho người lệ thuộc trong gia đình	4.838 tỉ
2	4,5% mức lương cơ sở	CP trợ cấp 70% cho đối tượng cận nghèo và 100% cho đối tượng nghèo CP trợ cấp 30% cho nông dân khôngnghèo	4.902 tỉ
3	4,5% mức lương cơ sở	CP trợ cấp 70% cho đối tượng cận nghèo và 100% cho đối tượng nghèo CP trợ cấp 50% cho nông dânkhông nghèo	5.493 tỉ
4	4,5% mức lương cơ sở	CP trợ cấp 100% cho đối tượng cận nghèo và 100% cho đối tượng nghèo CP trợ cấp 50% cho nông dân không nghèo	7.221 tỉ

Nguồn: Nghiên cứu của Trường ĐH Y Hà Nội 2012

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

đình nhờ được miễn giảm thuế. Mức phí bảo hiểm tính trên lương sẽ phải tăng để trang trải chi phí tham gia theo gia đình.Tuy nhiên, khi tỉ lệ tham gia tăng và theo đó là nguồn thu từ phí bảo hiểm thì sẽ thu được lợi ích trên phạm vi rộng hơn cho chương trình BHYT. Các ước tính sơ bộ cho thấy chi phí của nhà nước để tăng mức tham gia của gia đình là từ 4.838 ngàn tỉ đồng cho tới 7.221 ngàn tỉ đồng tùy theo mức phí bảo hiểm áp dụng với các nhóm đối tượng khác nhau của Chính phủ (Bảng 2-1).

Khuyến nghị 4: Cưỡng chế sự tham gia bảo hiểm của đối tượng bắt buộc, đặc biệt là các lao động chính thức. Các giải pháp có thể bao gồm ban hành nghị định về chế tài xử lý vi phạm BHYT và nâng mức phạt đối với người không chấp hành.

Ở Việt Nam, tăng cường tuân thủ tham gia BHYT có thể giảm thiểu nguy cơ lựa chọn ngược trong cơ chế BHXHYT bắt buộc, tối đa hóa mức đóng góp phí BH và giảm gian lận, lạm dụng. Tuy nghị định của Chính phủ quy định chế tài đối với các vi phạm về BHYT đã được ban hành nhưng mức phạt còn quá thấp để có thể tăng cường cưỡng chế quy định về BHXHYT. Cần có những hệ thống quản lý thông tin tốt để tăng đáng kể mức tuân thủ. Hệ thống thông tin tối ưu phải bao gồm khả năng quản lý mã số định danh duy nhất cho từng người, có khả năng kiểm tra tình trạng tham gia BHYT của cá nhân theo thời gian thực giữa cơ sở và BHXHVN, và có cơ sở dữ liệu về thu phí với mã số định danh cá nhân gắn với mã số định danh của chủ sử dụng lao động. Tổ chức, quản lý và điều hành BHYT có vai trò quyết định; phần này sẽ được nêu nhiều hơn trong Chương 7.

Chú thích

1. Năm 2013, trong đợt giám sát định kỳ kết quả thực hiện bảo hiểm y tế (BHYT) tại 42 tỉnh thành đã phát hiện thấy có khoảng 800.000 thẻ BHYT (khoảng 2% tổng số thẻ phát hành) bị trùng. Một số đối tượng tham gia bị phát hiện có tới 5 thẻ mỗi người. Tình trạng này hầu hết xuất hiện ở những đối tượng được nhà nước trợ cấp bảo hiểm toàn bộ, như người nghèo, cựu chiến binh, người có công, trẻ em dưới 6 tuổi. Do tổng số đối tượng tham gia và tỉ lệ tham gia được tính toán dựa trên số thẻ bảo hiểm đã phát hành chứ không phải số người đăng ký thực tế, tình trạng có nhiều thẻ bảo hiểm tồn tại cùng lúc cho thấy số lượng/tỉ lệ người tham gia có thể đã bị thống kê vượt. Vấn đề này hiện đang được chính phủ xem xét.
2. UCS là chế độ bảo hiểm y tế có kinh phí từ tiền thuế, có đối tượng là 47 triệu người không nằm trong chế độ Bảo hiểm y tế Công chức (CSMBS) hay chế độ Bảo hiểm Xã hội (SSS) hiện nay.
3. Người phụ thuộc hợp lệ là vợ/chồng, con cái dưới 21 tuổi, cũng như con cái, cha mẹ trên 21 tuổi bị tàn tật thể chất hay tâm thần.
4. Người phụ thuộc là vợ/chồng, cha/mẹ, con cái dưới 21 tuổi.

Tài liệu tham khảo

Bappenas. 2012. *Nghiên cứu kinh tế phi chính thức*. Jakarta, Indonesia.

Bitran, R. 2013. *Bảo hiểm toàn dân và vấn đề lao động phi chính thức: Bài học từ các nước đang phát triển.* Washington, DC: World Bank.

Bonfert, A., A. Martin, J. Langenbrunner. 2013. "Thu hẹp khoảng cách – Kinh nghiệm toàn cầu về Bảo hiểm y tế cho lao động phi chính thức". Đề cương chihs sách 19, bản dự thảo sử dụng cho Hội nghị về Khu vực phi chính quy tại Yokyakarta, Indonesia, 29/9-2/10.

Escobar, M.-L., P. Panopoulou. 2003. "Y tế". Tại *Côlômbia: Nền tảng kinh tế của hòa bình,* hiệu đính bởi M. Giugale, O. Lafourcade, C. Luff, 653–707. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Fuchs, V. R. 1996. "Điều mà mọi triết gia cần biết về kinh tế y tế." *Chương trình của Hội Triết học Mỹ* 140: 186–96.

Đại học Y Hà Nội và Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam. 2013. "Mô phỏng ảnh hưởng của bảo hiểm y tế theo gia đình". Tài liệu không công bố.

Hsiao, W., P. Shaw. 2007. *Bảo hiểm y tế xã hội ở các nước đang phát triển.* WBI Nghiên cứu phát triển. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Tổ chức Lao động Quốc tế, Ban Thống kê. 2012. "Thống kê mới nhất về tình hình việc làm trong khu vực kinh tế phi chính quy". http://laborsta.ilo.org/applv8/data / INFORMAL_ECONOMY/2012-06-Statistical%20update%20-%20v2.pdf.

Jowett, M., W. C Hsiao. 2007. "Philipin: Mở rộng bảo hiểm ra ngoài khu vực chính quy". Trong *Bảo hiểm y tế xã hội ở các nước đang phát triển*, hiệu đính bởi W.C. Hsiao, R. P. Shaw, xi: 172. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Kutzin, J. 2012. "Mọi việc đang đi theo hướng bảo hiểm y tế toàn dân? Không." *Tờ tin Tổ chức Y tế Thế giới* 90: 867–868. Thể loại: Bài trình bày quan điểm, MS: BLT.12.113654. Công bố trực tuyến: 10/10/2012.

Kwon, S. 2009. "30 năm bảo hiểm y tế quốc dân ở Hàn Quốc: Bài học về thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân". *Chính sách Kế hoạch y tế* 24 (1): 63–71.

Kwon, S. 2011. "Tài chính y tế ở châu Á: Vướng mắc, tồn tại chính". *Tạp chí Y tế công cộng Châu Á Thái bình dương* 23 (5): 651–61.

Liang, L., J. Langenbrunner. 2013. *Quãng đường dài hướng tới bảo hiểm toàn dân: Bài học từ Trung Quốc.* Loạt nghiên cứu về bảo hiểm y tế toàn dân (UNICO) 9. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Lieberman, S. S., A. Wagstaff. 2009. *Tài chính y tế và cung cấp dịch vụ ở Việt Nam: Hướng đi sắp tới.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Mathauer, I., J. O. Schmidt, M. Wenyaa. 2008. "Mở rộng bảo hiểm y tế xã hội ra khu vực phi chính quy ở Kênia. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng cầu". *Tạp chí Quy hoạch Quản lý Y tế Quốc tế* 23 (1): 51–68.

BYT (Bộ Y tế), 2012. "Lộ trình." Quyết định số 538/QĐ-TTg, ngày 29/3/2013, của Thủ tướng, phê duyệt Kế hoạch tổng thể thực hiện Bảo hiểm Y tế toàn dân giai đoạn 2012–2015 và tầm nhìn đến 2020.

BYT (Bộ Y tế), UNICEF. 2013. "Nghiên cứu KTTĐTH (kiến thức, thái độ, thực hành) về cấp, sử dụng thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ dưới 6 tuổi ở các tỉnh Điện Biên, Kon Tum, Ninh Thuận và TP. Hồ Chí Minh." Chưa công bố.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Obermann, K., M. R. Jowett, M. O. O. Alcantara, E. P. Banzon, C. Bodart. 2006. "Bảo hiểm y tế xã hội ở nước đang phát triển: Trường hợp Philipin." *Tạp chí Khoa học xã hội Y học* 62: 3177–85.

Tandon, A., P. Harimurti, E. Pambudi. 2013. "Bảo hiểm (không) hiệu quả? Đánh giá kế hoạch cải cách của Indonesia trong thực hiện bảo hiểm toàn dân". Bài trình bày tại Hội nghị Hiệp hội Kinh tế Y tế Quốc tế (IHEA), tháng 7, Sydney, Ôtxtrâylia.

Van Lente, J., Pujiyanto, M. Thiede. 2012. "Bảo trợ xã hội cho lao động phi chính quy ở Indonesia: Các phương án mở rộng độ phủ bảo trợ xã hội." Văn kiện thảo luận. Trong Bonfert, Martin, Langenbrunner (2013).

Wagstaff, A., W. Manachotphong. 2012. "Bảo hiểm y tế toàn dân và thị trường lao động phi chính quy: Trường hợp Thái Lan." Văn kiện thảo luận nghiên cứu chính sách 6116, Ngân hàng Thế giới, Washington, DC.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 3

Mục tiêu 2 của đề án tổng thể: Tăng cường bảo vệ tài chính và công bằng

Chương này xem xét cách tốt nhất để giảm chi phí y tế trả từ tiền túi (OOP). Chương trước đã đề xuất những khuyến nghị để nâng cao tỷ lệ tham gia BH. Tuy nhiên, tỷ lệ tham gia cao sẽ có ít tác động về bảo vệ tài chính và tính công bằng nếu chi phí tự trả vẫn ở mức cao. Chi phí tự trả vẫn còn cao tại Việt Nam do sự kết hợp của: (a) tăng sử dụng (do mở rộng diện bao phủ) và/hoặc tăng chi tiêu bảo hiểm, (b) thu viện phí bổ sung của cơ sở y tế để bù đắp thiếu hụt trong tỷ lệ bồi hoàn của BHXHVN, và (c) giá cao và/hoặc chỉ định sử dụng dịch vụ không cần thiết do cơ chế khuyến khích méo mó tại các cơ sở y tế. Đảm bảo kiểm soát và ngăn chặn cơ sở y tế thu viện phí để bù đắp thiếu hụt, cung cấp gói quyền lợi cơ bản phù hợp, được BHXHVN bồi hoàn đầy đủ và có các khoản trợ cấp từ ngân sách nhà nước là những cách hiệu quả nhất để kiểm soát sự gia tăng của chi phí OOP. Cả hai vấn đề đều cần cải cách một cách hệ thống trong trung và dài hạn, bao gồm cải cách các phương thức chi trả và cải cách hệ thống cung ứng dịch vụ. Trong ngắn và trung hạn, hoàn thiện thực hiện chính sách cùng chi trả, hoạch định chính sách minh bạch hơn với cơ chế khiếu nại dễ tiếp cận, tiếp tục giảm mức cùng chi trả cho người nghèo, triển khai chính sách bảo hiểm đối với chi phí y tế thảm họavà thay đổi thói quen của bệnh nhân dùng thuốc gốc có chi phí thấp hơn sẽ góp phần giải quyết tận gốc sự gia tăng của chi tiêu tiền túi.

Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của Chính phủ xác định mục tiêu từng bước cải cách cơ chế tài chính y tế nhằm đến năm 2015, giảm chi phí tiền túi của người bệnh xuống dưới mức 40%. Chương này sẽ trình bày lý do vì sao chi trả từ tiền túi lại là mối quan tâm của các nhà hoạch định chính sách, khảo sát lý do vì sao mức chi trả từ tiền túi vẫn cao cho dù độ bao phủ đã tăng, cũng như đề xuất các giải pháp hoàn thiện cơ chế bảo vệ tài chính, tập trung vào những giải pháp tăng cường chiều sâu và chiều rộng của bao phủ.

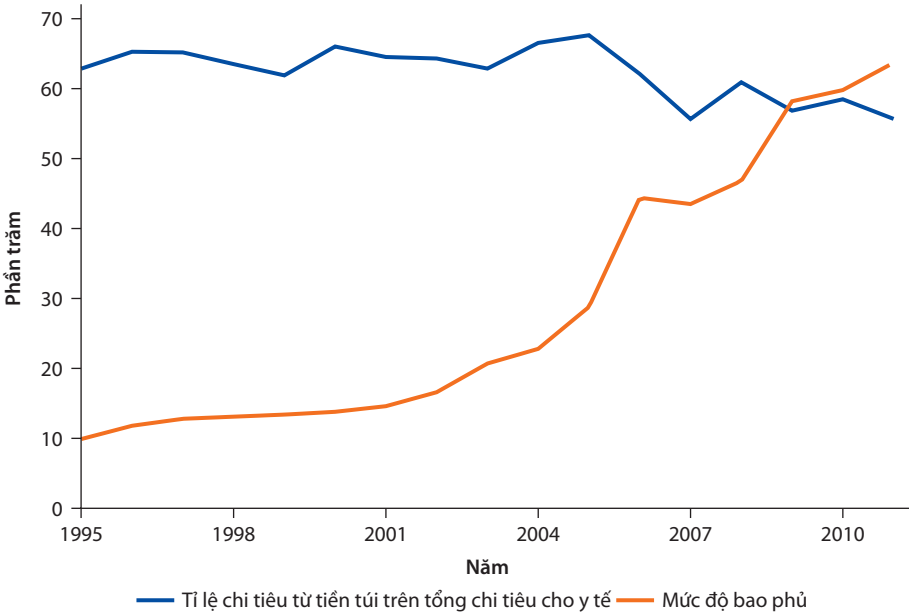
http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Ảnh hưởng của chi trả cao từ tiền túi đối với các mục tiêu bảo vệ tài chính và công bằng

Mức chi trả cao từ tiền túi khiến hộ gia đình đứng trước những nguy cơ tài chính như bị bần cùng hóa, từ đó cản trở việc sử dụng dịch vụ và thường dẫn đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế thiếu công bằng, xuất phát từ khả năng chi trả nhiều hơn là từ nhu cầu (WHO 2010). Tóm lại, chi trả cao từ tiền túi là sự đối nghịch với mục tiêu bảo hiểm toàn dân. Tăng cường mức bao phủ bảo hiểm về chiều rộng và tăng tối đa tỉ lệ người dân tham gia không phải là những yếu tố bảo đảm cho việc giảm gánh nặng chi trả từ tiền túi của người dân để từ đó tăng cường bảo vệ tài chính, công bằng. Nếu các đối tượng BHYT phải chịu mức cùng chi trả cao hay chi phí trực tiếp cao (do chiều sâu mức bao phủ không phù hợp), hoặc nếu phạm vi của gói quyền lợi BHYT hạn chế (phạm vi bao phủ không phù hợp) thì đối tượng tham gia BHYT vẫn có thể phải chịu những mức chi phí tự trả cao.

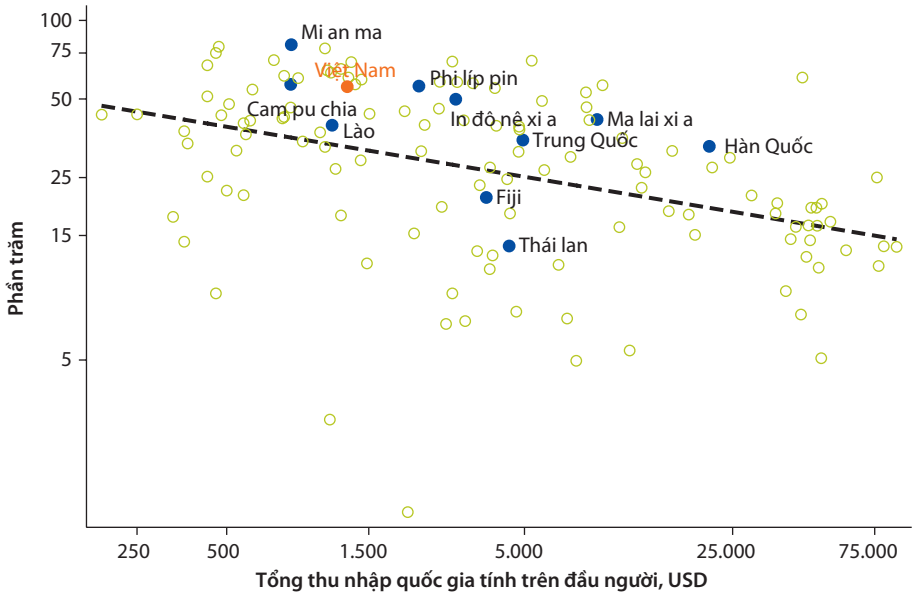
Có thể thấy mức độ bao phủ và chi tiêu BHYT tăng trong những năm gần đây ở Việt Nam chưa có tác động làm giảm mức chi từ tiền túi của hộ gia đình. Ngay cả trong năm 2010, khi mức bao phủ đạt gần 60% dân số thì tỉ lệ chi trả từ tiền túi trên tổng chi tiêu y tế vẫn khá cao ở mức 57,6% (Hình 3-1). Tỉ lệ chi trả từ tiền túi trong tổng chi tiêu y tế của Việt Nam cao thứ hai trong khu vực Đông Á – Thái bình dương (ĐATBD) – chỉ thấp hơn Myanmar nhưng cao hơn Philipin, Inđônêxia và Trung Quốc. Ngoài ra, tỉ trọng chi trả từ tiền túi trong tổng chi tiêu cũng cao hơn nhiều so với dự tính, trong hoàn

Hình 3.1 Tỉ trọng chi tiêu tiền túi trong tổng chi tiêu y tế và mức độ bao phủ BHYT ở Việt Nam (1995-2011)



http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 3.2 Tỉ trọng chi tiền túi cho y tế trong tổng chi tiêu cho y tế của Việt Nam và các nước Đông Á – Thái bình dương khác (2011)



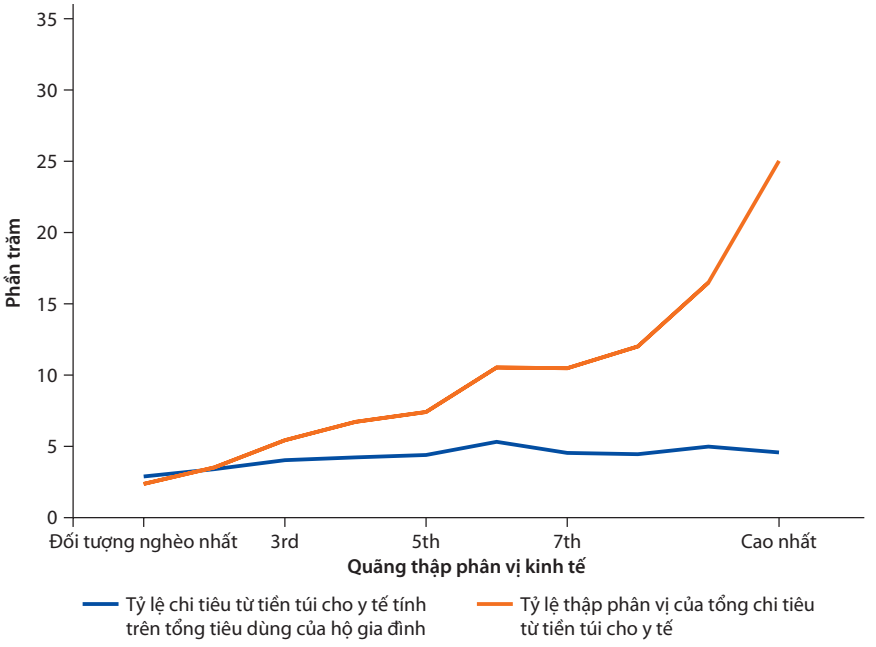
Nguồn: Ước tính dựa trên dữ liệu của WHO (2014) và tham khảo cho phần sau của chương: Tổ chức y tế thế giới (WHO), 2014, Thông tin y tế quốc gia – Dữ liệu ngân sách y tế toàn cầu.
Chú thích: Trục hoành và trục tung theo lô ga rít.

cảnh thu nhập của Việt Nam (Hình 3-2). Thực tế từ khắp mọi miền đất nước cho thấy khá rõ rằng khi lệ thuộc hơn vào chi tiêu tiền túi thì sẽ dẫn đến chi phí thảm hoạ cho nhiều hộ gia đình và tăng bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ (Van Doorslaer và đồng nghiệp 2006; Ngân hàng Thế giới, 2013). Đây rõ ràng là trường hợp của Việt Nam như trình bày dưới đây.

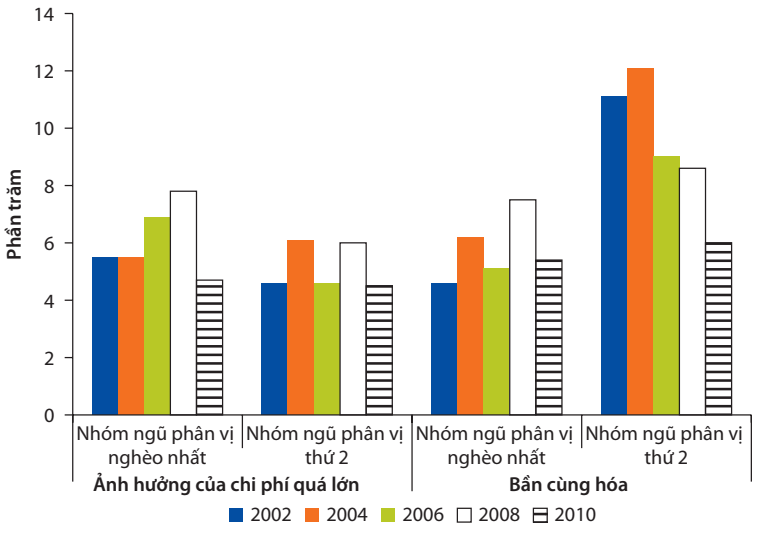
Những hộ giàu chiếm tỉ trọng lớn trong chi tiêu tiền túi. Khoảng 25% tổng chi tiêu y tế từ tiền túi phát sinh từ các nhóm thập vị phân kinh tế cao nhất trong dân cư. Chỉ có khoảng 4% tổng chi tiêu y tế từ tiền túi phát sinh từ hai nhóm thập vị phân kinh tế thấp nhất. Bình quân chi tiêu tiền túi cho y tế chiếm khoảng 4-5% tổng chi tiêu dùng của hộ gia đình trên toàn bộ các nhóm thập vị phân (Hình 3-3).

Đối với người nghèo là những đối tượng có mức thu nhập, khoản tiền tiết kiệm hay tài sản hạn chế, thì mức chi tiêu cao từ tiền túi có thể khiến họ phải đối mặt với chi phí thảm hoạ và/hoặc bần cùng hóa. Hình 3-4 cho thấy tỉ lệ những hộ gia đình đã đối mặt với chi phí y tế thảm hoạ trong hai nhóm ngũ phân vị nghèo nhất không thay đổi nhiều qua các thời kỳ. Tương tự là xác suất bị bần cùng hóa do chi trả từ tiền túi đối với nhóm ngũ phân vị nghèo nhất, tuy điều này không đúng với nhóm ngũ phân vị nghèo thứ hai (Hoàng và cs, 2012). Điều này cho thấy dù mức độ bao phủ của BHYT đã tăng nhưng chi trả từ tiền túi vẫn tiếp tục là một nguy cơ gây chi tiêu y tế thảm hoạ, nghèo

Hình 3.3 Tỉ trọng tổng chi tiền túi theo quãng thập phân vị kinh tế (2010)



Hình 3.4 Tỷ lệ hộ nghèo có chi tiêu y tế thảm hoạ và bị nghèo hóa do cho tiêu y tế cao



Nguồn: Đại học Y Hà Nội và WHO 2012

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 3.1 Tỉ lệ (%) sử dụng dịch vụ y tế của các ngũ phân vị nghèo nhất và giàu nhất trên tổng mức sử dụng, 2006-2010

		Khám tại bệnh viện		*Khám ở nơi khác (TYTX)*	
Năm	*Nhóm ngũ phân vị*	*Nội trú (lượt)*	*Ngoại trú (lượt)*	*Nội trú (lượt)*	*Ngoại trú (lượt)*
2006	Nhóm ngũ phân vị nghèo nhất	15	10	45	28
	Nhóm ngũ phân vị giàu nhất	24	35	6	10
2008	Nhóm ngũ phân vị nghèo nhất	17	11	32	32
	Nhóm ngũ phân vị giàu nhất	24	29	3	9
2010	Nhóm ngũ phân vị nghèo nhất	19	11	35	31
	Nhóm ngũ phân vị giàu nhất	19	32	6	7

Nguồn: VCLCSYT 2010.

Bảng 3.2 Phân bổ (%) số cơ sở y tế được sử dụng trong lần khám bệnh gần đây nhất theo tình trạng giàu nghèo, dân tộc thiểu số, độ bao phủ BHYT, 2009

	Người Kinh không thuộc diện nghèo		*Người DTTS không thuộc diện nghèo*		*Người Kinh nghèo*		*Người DTTS nghèo*	
	Không có BHYT	*Có BHYT*	*Không có BHYT*	*Có BHYT*	*Không có BHYT*	*Có BHYT*	*Không có BHYT*	*Có BHYT*
Tư nhân	71	22	51	11	42	15	43	9
TYTX	13	46	18	55	30	54	37	67
Bệnh viện huyện	5	18	21	24	16	25	14	23
Bệnh viện tỉnh	12	14	10	10	12	6	6	2
Số cơ sở y tế của mẫu	392	245	353	242	198	381	284	615

Nguồn: Yen et al. 2013
Chú thích: Chênh lệch giữa các đối tượng tương đối lớn về mặt thống kê.

đói đối với các hộ nghèo. Tóm lại, cơ chế BHYT của Việt Nam còn hạn chế trong khả năng bảo vệ tài chính, đặc biệt đối với hộ nghèo.

Khi người nghèo không được bảo vệ tài chính khi sử dụng dịch vụ y tế sẽ dẫn tới tình trạng bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế và dẫn tới nguy cơ bất bình đẳng cao trong các kết quả chăm sóc sức khỏe. Những phương pháp đo lường mức độ bảo vệ tài chính như trình bày trong Hình 3-4 chưa được điều chỉnh theo nhu cầu. Vì người nghèo thường có sức khỏe kém hơn người giàu nên những phương pháp đo lường mức độ bảo vệ tài chính này chưa đánh giá đủ mức độ bất bình đẳng. Số liệu trong Bảng 3-1 cho thấy tỉ lệ khám chữa tại bệnh viện và ngoài bệnh viện của các nhóm ngũ phân vị nghèo nhất và giàu nhất trong giai đoạn 2006-2010. Nhóm ngũ phân vị nghèo nhất chiếm tỉ lệ cao hơn nhiều về số lần khám chữa ngoài bệnh viện, chủ yếu là tại trạm y tế xã, trong khi nhóm ngũ phân vị giàu nhất chiếm tỉ lệ cao hơn đáng kể về số lần đến khám tại bệnh viện.Tuy nhiên cần lưu ý rằng tỉ lệ phân bổ số lượt khám nội trú từ năm 2006 đến 2010 đã được cải thiện: năm 2010, các nhóm ngũ phân vị nghèo nhất và giàu nhất đã có cùng tỉ lệ số lượt khám chữa

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

nội trú tại bệnh viện công. Số liệu trong Bảng 3-2 của một điều tra khác thực hiện tại một số huyện cho thấy các hộ gia đình nghèo người dân tộc thiểu số có xu hướng đến khám tại TYTX nhiều hơn hẳn lượt khám tại bệnh viện huyện hoặc tỉnh. Đối tượng không thuộc diện nghèo đến khám tại bệnh viện nhiều hơn.

Phía sau những đặc điểm sử dụng dịch vụ y tế nêu trên là sự bất bình đẳng lớn về chất lượng khám chữa dành cho người nghèo và người dân tộc thiểu số. Người nghèo, đặc biệt là người dân tộc thiểu số nghèo, thường đến khám tại trạm y tế xã nhiều hơn, trong khi đây là những cơ sở có điều kiện vật chất, nhân lực hạn chế hơn. Người giàu thường đến bệnh viện, nơi có bác sỹ, thuốc men đầy đủ hơn, được đầu tư nhiều hơn so với trạm y tế xã. Sự bất bình đẳng trong chất lượng khám chữa bệnh cũng quan trọng không kém bất bình đẳng về số lượng dịch vụ. Nghiên cứu của Castel (2009) cho biết tại tỉnh Kon Tum, người dân tộc thiểu số và lao động không chính thức nhận được những dịch vụ chi phí rẻ hơn là những bệnh nhân không thuộc diện nghèo khi khám cùng một loại bệnh. Nghiên cứu này cũng cho thấy những rào cản tài chính khi đi khám chữa bệnh tại bệnh viện được cho là những rào cản lớn nhất đối với mức tiếp cận của người nghèo và người dân tộc thiểu số, chứ không phải là văn hóa hay khoảng cách địa lý. Ngoài ra, bất bình đẳng trong sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cũng là một vấn đề vì có khả năng liên quan tới bất bình đẳng trong các kết quả đầu ra về sức khỏe. Các nghiên cứu ở một số nước Châu Âu và Trung Á (Ngân hàng Thế giới, 2012) đã cho thấy điều này.

Tìm hiểu lý do tại sao chi tiêu y tế từ tiền túi vẫn còn cao

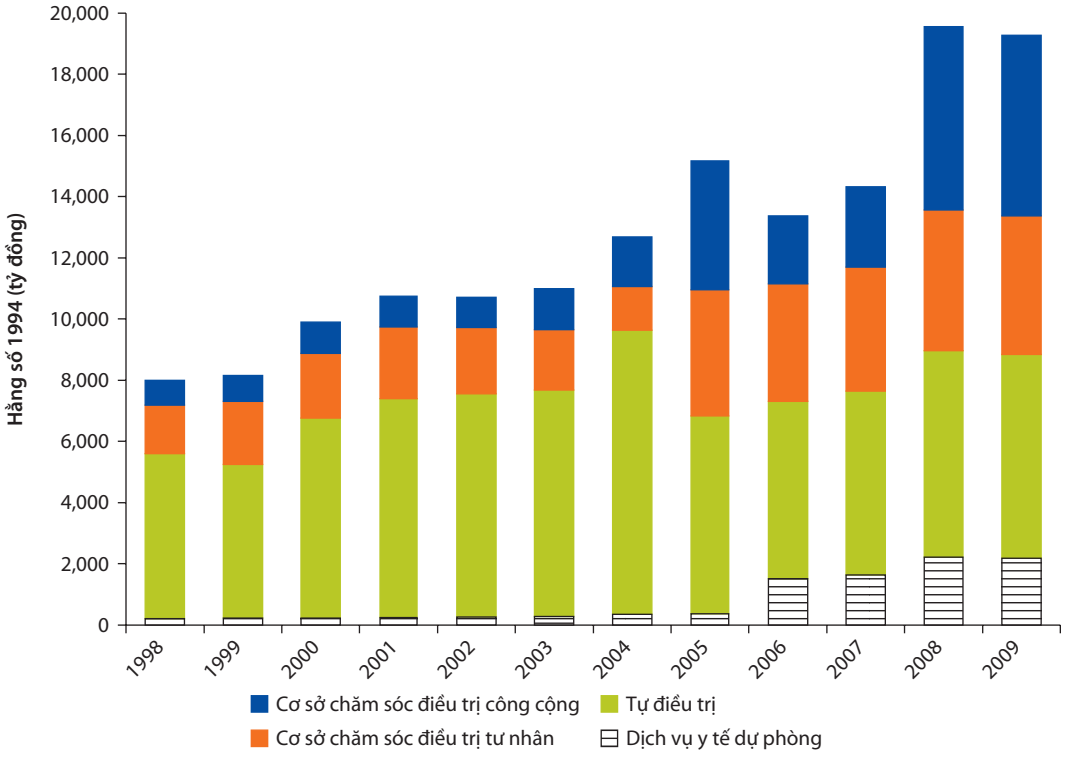
Theo định nghĩa, Bảo hiểm nên giảm bớt gánh nặng chi tiêu tiền túi của các hộ gia đình. Tại sao mức chi tiêu y tế tiền túi trong tổng chi tiêu y tế vẫn liên tục cao ở Việt Nam?

1. Tăng sử dụng dịch vụ do tăng diện bao phủ và tăng chi phí do tăng sử dụng dịch vụ.
   Tính toán từ số liệu của ĐTMSVN 2010 cho thấy mức phân bổ chi tiêu y tế từ tiền túi gần tương ứng với tỉ lệ dân số có bảo hiểm (cụ thể là trên 60% tổng chi tiêu tiền túi phản ánh các khoản chi trả trực tiếp cho y tế từ những người có bảo hiểm) (Tandon và cs 2013). Trong ĐTMSVN 2010, người có BHYT có mức sử dụng dịch vụ khám chữa ngoại trú cao hơn (38,9% ở người có bảo hiểm, 29,5% của đối tượng khác) và có tỉ lệ nhập viện cũng cao hơn (9,2% ở người có bảo hiểm và 5,7% của đối tượng khác)[3]. Những tỉ lệ này phù hợp với bằng chứng trên thế giới cho thấy sự mở rộng dịch vụ y tế được nhà nước chi trả, không phân biệt chi trả từ BHYT hay từ ngân sách nhà nước, sẽ dẫn đến tăng số lượng dịch vụ y tế cung cấp cho người có bảo hiểm, từ đó tạo thêm áp lực chi trả từ tiền túi khi gói quyền lợi BHYT có mức bồi hoàn dưới 100%. Số tiền cùng chi trả cũng như số tiền trả cho những thứ không được bảo hiểm như thuốc ngoài danh mục BHYT sẽ dẫn đến tăng mức chi trả từ tiền túi do mức sử dụng dịch vụ tăng (NHTG 2013).

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

2. BHXHVN không bồi hoàn toàn bộ chi phí của gói quyền lợi BHYT nên cơ sở y tế phải thu thêm tiền túi của người bệnh để bù đắp chi phí
   Tỉ lệ thanh toán của BHYT không đi theo sự tăng giá dịch vụ y tế, thuốc men trong vòng 20 năm qua. Biểu phí dịch vụ y tế toàn quốc đầu tiên được ban hành năm 1995 và mới được sửa đổi, bổ sung một lần (vào năm 2006, bổ sung thêm 992 dịch vụ hầu hết là kỹ thuật cao) và mới đây nhất là được sửa đổi, bổ sung vào tháng 5/2012. Trước lần sửa đổi này, giá dịch vụ chưa hề được điều chỉnh, dù chỉ để theo kịp tốc độ trượt giá (Tandon và cs 2013). Vì thế, nguồn chi từ BHXHVN chỉ chiếm một phần nhỏ trong tổng chi tiêu y tế, khiến cơ sở y tế phải tìm nguồn thu còn lại từ viện phí. Trước tình hình này, cơ sở cũng phải tìm cách cung cấp những dịch vụ đem lại nhiều lợi nhuận nhất trong khuôn khổ BHYT hoặc những dịch vụ không có trong gói quyền lợi (Lieberman và Wagstaff 2007).
   Việc tăng biểu giá viện phí gần đây không hoàn toàn làm giảm bớt gánh nặng chi trả bằng tiền túi của hộ gia đình. Biểu giá viện phí quy định mức giá bệnh viện được tính cho các hạng mục khám chữa bệnh. BHXHVN và bệnh nhân chi trả theo biểu giá này. Tăng biểu phí sẽ chỉ giảm bớt tỉ lệ đóng góp viện phí của hộ gia đình nếu hầu hết người dân đã được bảo hiểm. Với một phần đáng kể dân số (37 phần trăm) vẫn chưa có bảo hiểm, việc tăng biểu phí có thể làm trầm trọng thêm sự thiếu bảo vệ tài chính cho y tế bởi số lượng dân chưa có BHYT sẽ phải gánh chịu các khoản phí cao hơn trong chính khoản tự chi trả của mình. Ngoài ra, chất lượng chăm sóc y tế ban đầu còn yếu kém nên bệnh nhân sẽ tiếp tục bỏ qua tuyến xã và huyện vượt tuyến lên trên và họ tiếp tục phải chịu chi phí cao hơn cho việc vượt tuyến đó.
3. Giá cao và/hoặc cung cấp quá nhiều dịch vụ là hậu quả của những cơ chế khuyến khích lệch lạc mà cơ sở y tế đang phải đối mặt.
   Như sẽ đề cập trong chương 7, các cơ sở y tế có động lực mạnh trong việc cung cấp quá nhiều dịch vụ. Phạm vi gói quyền lợi BHYT mở rộng, nhưng không dựa trên bằng chứng và không hợp lý. Người bệnh phải cùng chi trả nhiều khi sử dụng các dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn trong gói quyền lợi (Trần Văn Tiến và cs 2011). Người bệnh thường phải trả thêm tiền viện phí cho những kỹ thuật, thuốc, vật tư "chất lượng cao hơn" nhưng không có trong bảng giá viện phí và danh mục BHYT[4]. Giá thuốc cao bất thường. Bệnh viện mua giá cao thì cũng tính phí cao đối với bệnh nhân, góp phần làm tăng chi phí và tăng thêm mức chi trả từ tiền túi (Trần Văn Tiến và cs 2011).
4. Chưa có hạn mức trần cho việc cùng chi trả.
   BHYT quy định mức trần về lợi ích nhưng không có mức trần về cùng chi trả. Đây là một trong những yếu tố chính dẫn đến chi phí y tế thảm hoạ và nguy cơ bần cùng hóa.
5. Đối tượng hưởng lợi còn thiếu hiểu biết về các quyền lợi bảo hiểm, đặc biệt là chính sách cùng chi trả
   Như đã phân tích ở Chương 2, nhiều người trong số những người có bảo hiểm không có hiểu biết tốt về các quyền lợi, giới hạn phạm vi bảo hiểm,

Hình 3.5 Xu hướng trong cơ cấu chi thực từ tiền túi theo các hoạt động khám chữa bệnh (1998-2009)



Nguồn: Ngân hàng Thế giới 2013.

chính sách cùng chi trả. Do đó, người dân không tham gia BHYT, không sử dụng thẻ BH kể cả khi có thẻ, hoặc cùng chi trả nhiều hơn số tiền mà họ phải cùng chi trả.

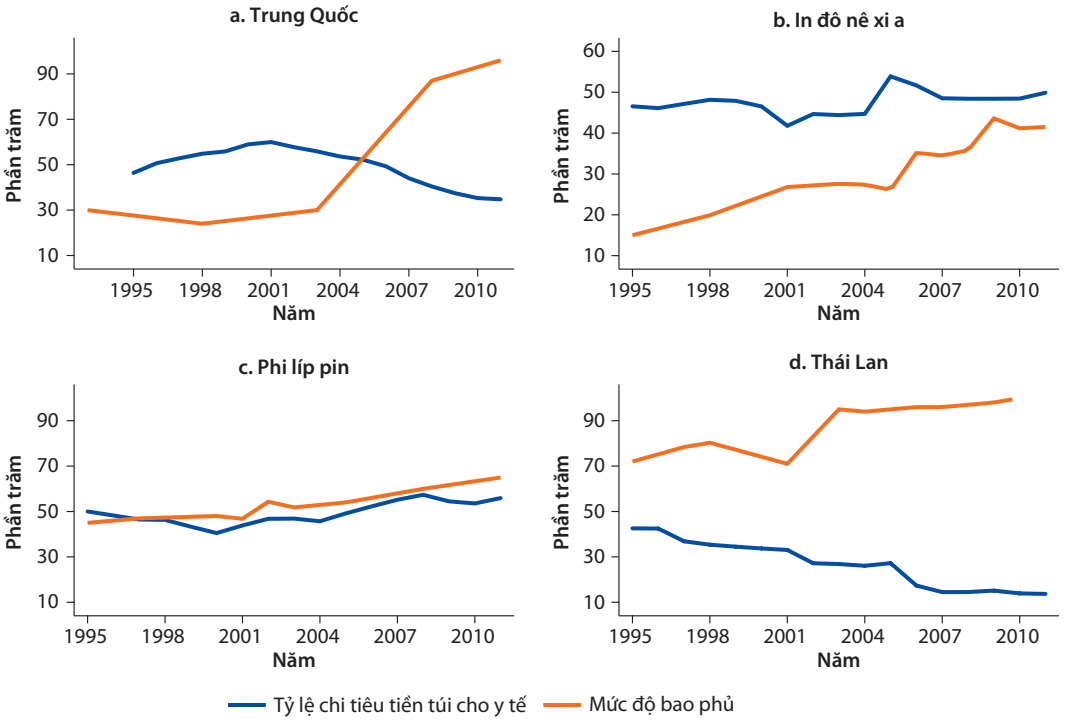
6. Thiếu dịch vụ của bên cung dẫn đến việc bệnh nhân phải sử dụng dịch vụ nằm ngoài phạm vi dịch vụ được bảo hiểm.
   Cơ sở chăm sóc y tế ban đầu, cụ thể là trạm y tế xã có chất lượng dịch vụ kém, thiếu nhân lực và thiếu đầu vào quan trọng như phân tích trong Chương 1 dẫn tới việc bệnh nhân buộc phải vượt tuyến lên tuyến cao hơn và khi đó họ phải chịu mức cùng chi trả cao hơn, hoặc tới khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân, không được BHYT chi trả. Phần lớn chi tiêu tiền túi là chi phí tự điều trị và chi phí cho dịch vụ y tế tư nhân không được BHYT chi trả (Hình 3-5).

Đặc điểm chi tiêu tiền túi cho y tế trong khu vực và bao phủ

Chi phí tiền túi cho y tế ở mức cao cho dù đã có sự gia tăng diện bao phủ bảo hiểm là một hiện tượng phổ biến ở khu vực Đông Á Thái Bình Dương. Như Hình 3-1 cho thấy, ở In đô nê xi a và Phi líp pin, giống như ở Việt Nam (Hình 3-6), chi tiêu tiền túi trong tổng chi y tế vẫn ở mức cao mặc dù tỷ lệ bao phủ

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 3.6 Mô hình chi tiêu từ tiền túi cho y tế và mức độ bao phủ (1995-2010)



Nguồn: Tandon, Harimurt và Pambudi 2013

bảo hiểm gia tăng. Chỉ ở Thái Lan, và một mức độ hạn chế ở Trung Quốc, phạm vi bao phủ của bảo hiểm đi kèm với sự tiết giảm chi tiêu tiền túi cho y tế. Ở In đô nê xi a và Phi líp pin có mức chi tiêu tiền túi cho y tế cao tương tự như ở Việt Nam là do:

1. Gói quyền lợi toàn diện trên lý thuyết nhưng trên thực tế không được BHYT hoặc ngân sách nhà nước chi trả toàn bộ nên các nhà cung cấp dịch vụ y tế phải thu thêm tiền túi của bệnh nhân để bù đắp chi phí;
2. Các nhà cung cấp dịch vụ y tế và cả các đối tượng hưởng lợi thiếu hiểu biết về lợi ích và quyền lợi bảo hiểm nên không sử dụng hợp lý các quyền lợi đó;
3. Yếu kém của phía cung, đặc biệt trong chăm sóc sức khoẻ ban đầu nên bệnh nhân, người được bảo hiểm tự vượt tuyến lên trên (nơi mức cùng chi trả cao hơn) hay tìm kiếm sự chăm sóc y tế trong khu vực tư nhân (không được bảo hiểm chi trả).

Ở Thái Lan, ngược lại, việc thực hiện Chương trình bao phủ toàn dân (BP CSSK TDS) đã được triển khai sau khi hệ thống cung ứng dịch vụ được nhà nước đầu tư nâng cấp mạnh mẽ. Điều này có nghĩa rằng hệ thống cung cấp dịch vụ y tế có khả năng đáp ứng nhu cầu gia tăng dịch vụ chăm sóc y tế khi

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

thực hiện bao phủ toàn dân. Phía cung mạnh cùng với việc cải cách đáng kể phương thức chi trả và mua dịch vụ y tế đã kiểm soát tốt các chi phí y tế, do vậy việc thực hiện bảo hiểm toàn dân không kéo theo sự gia tăng đáng kể chi tiêu tiền túi cho y tế như ở các nước khác. Ở Trung Quốc đã giảm được tỉ lệ tự chi trả trong tổng chi tiêu y tế chỉ đơn giản là họ bơm một lượng nguồn tài chinh từ ngân sách nhà nước vào hệ thống y tế.

Khuyến nghị

Nỗ lực hợp lý hóa gói quyền lợi và tính chi phí của các gói quyền lợi, đảm bảo gói quyền lợi được chi trả đầy đủ từ tiền bồi hoàn của BHXHVN, từ ngân sách nhà nước, và từ nguồn cùng chi trả một cách hạn chế, là những yếu tố có tính quyết định giải quyết vấn đề chi tiêu tiền túi ở Việt Nam. Quan trọng không kém là cải cách trong phương thức chi trả và trong mua dịch vụ y tế, đó sẽ là công cụ giám sát hành vi cung cấp dịch vụ, kiểm soát việc thu phí bổ sung để bù đắp chi phí (balance billing) và hạn chế việc chỉ định sử dụng quá nhiều thuốc và quá nhiều dịch vụ. Tất cả những vấn đề này sẽ được phân tích trong Chương 7. Sau đây là tập hợp các đề xuất có thể được thực hiện trước hoặc song song với các cải cách lớn về gói quyền lợi và cải cách phương thức chi trả, để giải quyết ngay với vấn đề chi tiêu tiền túi cho y tế.

Ngắn hạn:

Khuyến nghị 1: Hoàn thiện việc triển khai chính sách cùng chi trả, gồm cơ chế khiếu nại, xây dựng chính sách minh bạch, dễ hiểu; hoàn thiện việc tuân thủ các quy định; bảo đảm người bệnh được thông tin đầy đủ và tiếp cận được các cơ chế khiếu nại phù hợp.

Cần có một chính sách cùng chi trả có khả năng bảo vệ người nghèo, ít nhất là trên nguyên tắc, bằng cách miễn và giảm mức cùng chi trả. Trên thực tế, cùng chi trả là một rào cản đối với khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người nghèo, vì người bệnh cuối cùng vẫn phải trả nhiều chi phí hơn đáng kể so với quy định của chính sách cùng chi trả. Các khuyến nghị dưới đây nhằm giải quyết các hạn chế này:

1. chính sách cùng chi trả phải đơn giản, minh bạch để dễ xác định số tiền phải nộp cho người bệnh và dễ truyền đạt đối với cơ sở y tế.
2. việc cùng chi trả viện phí phải được thực hiện tại phòng thu ngân và xuất biên lai khi hoàn tất thanh toán.
3. hoạt động TTGDTT (đề cập trong Chương 2) cần lồng ghép cung cấp thông tin rõ ràng về chính sách cùng chi trả.
4. người bệnh cần được thông tin đầy đủ, không những về chính sách mà cả về các cơ chế khiếu nại.Cơ chế khiếu nại này phải bảo đảm tương đối dễ tiếp cận cho mọi người.
5. Cần giám sát và đảm bảo sự tuân thủ đúng việc thực thi chính sách cùng chi trả. Nếu cơ sở bị phát hiện làm sai chính sách thì cần có cơ chế, chế tài xử lý.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Trung hạn:

Khuyến nghị 2: Tiếp tục giảm hoặc huỷ bỏ cùng chi trả cho người nghèo, các đối tượng khó khăn như người dân tộc thiểu số.

Cần có các biện pháp bổ sung để bảo vệ người nghèo và những đối tượng khó khăn khác như người dân tộc thiểu số, tránh chi trả từ tiền túi. Một giải pháp là tiếp tục giảm hoặc miễn hoàn toàn cùng chi trả. Khi đó, cơ sở cần được hoàn trả những chi phí miễn giảm, có thể là thông qua tăng trợ cấp cho cơ sở y tế. Một phương án khác nữa là thực hiện Quyết định 14, từ đó trợ cấp phí tổn cho những chi phí đi kèm liên quan đến sử dụng dịch vụ như đi lại, ăn uống cho những đối tượng khó khăn.

Khuyến nghị 3: triển khai chính sách hỗ trợ chi trả những chi phí quá lớn (chi phí y tế thảm hoạ)

Một số nước đã áp dụng chính sách hỗ trợ cụ thể để bảo vệ người bệnh trước những chi phí quá lớn. Chẳng hạn, ở Nhật, người bệnh không phải trả thêm chi phí cùng chi trả nếu mức cùng chi trả hàng tháng đã lên đến một ngưỡng nhất định. Vì những chi phí quá lớn ảnh hưởng đến người nghèo nhiều hơn (vì không có tiền tiết kiệm để làm chỗ dựa) nên một giải pháp công bằng ở đây là quy định ngưỡng cùng chi trả theo thu nhập. Ở Nhật, ngưỡng cùng chi trả hàng tháng được chia làm 3 mức theo thu nhập của người tham gia, và những khoản vượt ngưỡng chỉ tính thêm 1% phí cùng chi trả.

Một trong những thách thức khi áp dụng chính sách hỗ trợ khi chi phí quá lớn là phải có thông tin chính xác về mức chi trả từ tiền túi của người tham gia trong tháng hay trong năm để xác định xem đã đạt hạn mức chi phí lớn chưa. Đây là một nhiệm vụ khó khăn trong bối cảnh hệ thống thông tin quản lý BHYT còn yếu, cũng như người dân có thể khám chữa tại một số cơ sở khác nhau. Để làm được việc này cần có mã số định danh riêng cho từng bệnh nhân. Một số chi phí, như chi phí không chính thức có thể không được ghi chép. Dù sao thì lợi ích của cơ chế hỗ trợ này trong việc bảo vệ hộ gia đình trước những chi tiêu y tế thảm hoạ và nguy cơ bần cùng hóa trong trường hợp Việt Nam vẫn là rất lớn. Vì vậy cần đầu tư triển khai chính sách hỗ trợ các chi phí quá lớn

Chú thích

1. Khái niệm chi phí tự chi trả quá lớn là chi phí TCC cao hơn 40% khả năng chi trả của hộ gia đình. Khả năng chi trả của hộ gia đình là thu nhập thực còn lại sau khi các nhu cầu cơ bản đã được đáp ứng. Thu nhập thực là tổng chi phí tiêu dùng của hộ gia đình.
2. Hộ gia đình bị bần cùng hóa do tự chi trả được hiểu là khi mức tiêu dùng của hộ gia đình không thuộc diện nghèo giảm xuống dưới mức nghèo sau khi đã trừ đi chi phí tự chi trả. Mức nghèo là chi tiêu cho thực phẩm của hộ gia đình có tỉ lệ chi tiêu cho thực phẩm trên tổng chi tiêu của hộ gia đình nằm trong nhóm phân vị thứ 50.
3. Các đánh giá thực chứng được thực hiện trong quá trình phát triển của BHYTXH cho kết quả không đồng đều về ảnh hưởng của bảo hiểm đến mức sử dụng và

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CPTT. Một số nghiên cứu (Wagstaff 2007) cho thấy khám chữa bệnh miễn phí cho người nghèo có tác động dương đến mức sử dụng nhưng không có nhiều ảnh hưởng đến mức CPTT, trong khi số khác (Bales và đồng nghiệp 2007; Wagstaff 2009) cho thấy cùng một chương trình có thể giảm đáng kể mức CPTT nhưng không có ảnh hưởng gì đến mức sử dụng. Chưa có đánh giá về kết quả mở rộng độ phủ BHYTXH giai đoạn sau 2008.

4. Ví dụ, trong một dự án mới đây của Ngân hàng Thế giới, với nội dung tài trợ gói dịch vụ bảo hiểm y tế, giữa chi phí của gói bảo hiểm và chi phí bảo hiểm y tế thực chi có chênh lệch do hành vi kê đơn ngoài danh mục như sử dụng chỉ phẫu thuật, thuốc loại mới hơn không có trong danh mục của BHXHVN (thông tin do và Kari L. Hurt, trưởng nhóm dự án cung cấp).

Tài liệu tham khảo

Bales, S., J. Knowles, H. Axelson, P. D. Minh, D. H. Luong, T. T. M. Oanh. 2007. *Tác động ban đầu của Quyết định 139 tại Việt Nam: ứng dụng phương pháp đối chiếu điểm xu hướng.* Báo cáo Bộ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Hà Nội.

Castel, P. 2009. "Mức sử dụng Bảo hiểm y tế của người nghèo: Các vấn đề về hiệu quả, công bằng ở tỉnh Kon Tum". Viện Khoa học xã hội Việt Nam, Hà Nội.

Đại học Y Hà Nội và Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam. 2012. "Đánh giá cơ chế bảo đảm tài chính trong hệ thống y tế Việt Nam: Phân tích số liệu Điều tra Mức sống Việt Nam 2002-2010." Tài liệu đầu vào chuẩn bị cho nghiên cứu *Hướng tới phổ cập bảo hiểm y tế xã hội ở Việt Nam: Đánh giá, phương án* (chưa công bố).

VCLCSYT (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế). 2010. *Tình trạng quá tải bệnh viện: Vấn đề và giải pháp.* Báo cáo nghiên cứu, Hà Nội, Việt Nam.

Lieberman, Samuel, Adam Wagstaff. 2009. *Tài chính y tế và cung cấp dịch vụ ở Việt Nam: Hướng đi sắp tới.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Tandon, A., P. Harimurti, E. Pambudi. 2013. "Bảo hiểm (không) hiệu quả? Đánh giá kế hoạch cải cách của In đô nê xi a trong thực hiện bảo hiểm toàn dân". Bài trình bày tại Hội nghị Hiệp hội Kinh tế Y tế Quốc tế (IHEA), tháng 7, Sydney, Ôtxtrâylia.

Van Doorslaer E., O. O'Donnell, R. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S. R Adhikari, C. C. Garg, D. Harbianto, A. N. Herrin, M. N. Huq, S. Ibragimova, A. Karan, C. W. Ng, B. R. Pande, R. Racelis, S. Tao, K. Tin, K. Tisayaticom, L. Trisnantoro, C. Vasavid, Y. Zhao. 2006. "Ảnh hưởng của việc chi trả chi phí y tế đối với các tính toán về mức nghèo ở 11 nước Châu Á: Phân tích số liệu điều tra hộ gia đình. *The Lancet* 368: 1357–64.

Van Tien, T., H. T. Phuong, I. Mathauer, N. T. K. Phuong. 2011. *Đánh giá tài chính y tế Việt Nam tập trung vào bảo hiểm y tế xã hội (vướng mắc thể chế, tổ chức về tài chính y tế và phương án đẩy nhanh tiến độ thực hiện bảo hiểm toàn dân).* Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

Wagstaff, A. 2007. *Bảo hiểm y tế cho người nghèo: Tác động bước đầu của Quỹ Khám chữa bệnh cho Người nghèo ở Việt Nam.* Loạt nghiên cứu đánh giá tác động số 11. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

———. 2009. "Ước tính tác động của bảo hiểm y tế trong điều kiện đối tượng quan sát không đồng nhất: Trường hợp bảo hiểm y tế cho người nghèo ở Việt Nam." *Kinh tế Y tế* 19 (2): 189–208.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2010. *Đầu tư cho hệ thống y tế: Con đường thực hiện bảo hiểm toàn dân.* Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

Ngân hàng Thế giới. 2012. *Số liệu về bảo đảm tài chính và công bằng tại ECA.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

———. 2013. *Khảo cứu điểm Việt Nam.* Dự thảo báo cáo, Chương trình Hợp tác Nhật Bản-Ngân hàng Thế giới về bảo hiểm y tế toàn dân.

Yen N. H., N. H. Giang, N. D. Vung, T. D. Thach, N. Q. Ninh, P. T. Huong. 2013. *Báo cáo kết quả thực hiện chính sách "khám chữa bệnh cho người nghèo" và "khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi" tại các vùng dân tộc thiểu số.* Hà Nội: Trung tâm Tư vấn Sức khỏe Phát triển Cộng đồng và UNICEF.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 4

Ước tính chi phí của tiến trình hướng tới bao phủ toàn dân

Hai chương trước đánh giá hai mục tiêu chính của Đề án tiến tới BPTD - tăng tỷ lệ tham gia và giảm bớt gánh nặng tự chi trả của hộ gia đình - và đề xuất các khuyến nghị để đáp ứng các mục tiêu của BPTD. Chương này đưa ra các dự báo sơ bộ về chi phí tăng thêm của BHXHVN và ngân sách nhà nước để đáp ứng các mục tiêu này theo các kịch bản tăng sử dụng dịch vụ và tăng giá khác nhau.Trên cơ sở ngoại suy các nguồn thu nêu trong Đề án, cần bổ sung từ 0,6-0,8% của GDP để đạt được tỉ lệ bao phủ bảo hiểm 70%. Điều này sẽ nâng tỉ lệ chi tiêu cho y tế trong tổng chi tiêu của Chính phủ thêm 3,8-4,3 % (từ 6,3% trong năm 2010). Tăng kinh phí đáng kể là cần thiết nếu tỷ lệ sử dụng dịch vụ tăng lên cùng với sự mở rộng diện bao phủ bảo hiểm, chi tiêu của BHXHVN sẽ tăng để giảm chi tiêu tiền túi; việc bổ sung ngân sách nhà nước cho hệ thống cung ứng dịch vụ cũng được xem xét. Theo các kịch bản này thì cần bổ sung kinh phí khoảng 0,8-1,7% GDP. Để đáp ứng các chi phí dự kiến nêu trên, tỷ lệ chi ngân sách cho y tế trên tổng chi ngân sách của Chính phủ cần tăng khoảng 4,7-8,0%.

Dự toán chi phí BPTD: Dự tính nguồn thu căn cứ trên Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân

Mặc dù Việt Nam vẫn chính thức thực hiện tính toán chi phí (actuarial costing": tính chi phí dựa trên thống kê bảo hiểm - chú thích của người dịch) cần thiết để thực hiện bao phủ toàn dân, Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân có một số dự tính về chi phí trực tiếp để bao phủ với giả định tỉ lệ bao phủ tăng dần ở một số nhóm dân cư. Dự báo sẽ có tăng đáng kể tỷ lệ bao phủ nhóm bảo hiểm bắt buộc, nhóm được (nhà nước) trợ cấp một phần và các đối tượng bảo hiểm tự nguyện (BYT 2012). Với kịch bản đến năm 2015 đạt mức bao phủ 70% dân số, Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân dự báo sẽ giảm tỷ lệ bao phủ đối tượng được nhà nước trợ cấp toàn bộ từ 49% năm 2011 xuống 43% năm 2015, và bù lại là mức tăng tỷ lệ bao phủ ở các đối tượng tham gia đóng phí BHYT và nhóm được nhà nước trợ cấp một phần phí BHYT (Bảng 4-1). Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 4.1 Mức độ bao phủ bảo hiểm thực tế và dự báo trong Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân, 2010-2015

	Mức bao phủ (%)					
Đối tượng dân cư	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*
Bắt buộc						
Đối tượng đóng góp: công chức; người lao động có việc làm chính thức trong doanh nghiệp tư nhân	62	59	69	71	73	75
Trợ cấp toàn bộ (BHXHVN): Người hưu trí	94	100	100	100	100	100
Trợ cấp toàn bộ (nhà nước): Người có công; trẻ em dưới 6 tuổi; người nghèo	81	92	95	96	97	100
Trợ cấp một phần (nhà nước): Đối tượng cận nghèo; học sinh, sinh viên	53	62	57	62	66	69
Tự nguyện[a]						
Đối tượng đóng góp: Chi trả từ tiền túi	21	26	27	30	32	35
Tổng mức bao phủ bảo hiểm (%)	59	64	66	68	70	71
Tỉ lệ người được (nhà nước) trợ cấp toàn bộ	49	49	48	47	45	43
Tỉ lệ người được (nhà nước) trợ cấp một phần	21	21	22	22	23	23
Tổng dân số (triệu người)	86,9	87,8	88,6	89,5	90,5	91,4

Nguồn: Bộ Y tế - 2012.
a. Cơ chế tham gia tự nguyện sẽ chấm dứt từ tháng 12/2013.

Chính phủ cũng đặt ra mục tiêu đến năm 2015 giảm tỷ trọng chi trả từ tiền túi xuống còn 40% trong tổng chi tiêu y tế (BYT 2012).

Căn cứ Đề án, việc mở rộng độ bao phủ lên 70% sẽ tác động tới tài khoá và nhiều khả năng sẽ đòi hỏi Chính phủ phải tăng mức chi tiêu cho y tế thêm 0,6-0,7% GDP tính đến năm 2015. Theo hai phương án khác nhau về mức đóng góp và mức hỗ trợ đóng phí BHYT của Chính phủ, nguồn thu của BHXHVN dự kiến sẽ đạt 99-110 nghìn tỉ đồng vào năm 2015. Đề án giả định nhà nước sẽ đóng góp khoảng 40% số thu BHYT[1]. Như vậy, chi ngân sách nhà nước cho BHYT sẽ tăng thêm đạt mức 39-45 nghìn tỉ đồng, so với số chi năm 2010 là 8.000 tỉ đồng. Nếu chi ngân sách cho y tế ngoài BHYT của nhà nước vẫn giữ nguyên ở mức cũ của năm 2010 (1,7% GDP) thì tổng chi ngân sách cho BHYT và chi ngân sách cho y tế ngoài BHYT sẽ tăng thêm từ 0,6 đến 0,8% GDP. (Các phương án trong Đề án được tóm tắt theo Phương án I và II trong Bảng 4-2)

Tính chi phí BPTD: Dự tính chi tiêu theo Mô hình Lieberman-Wagstaff

Mô hình của Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân tập trung vào dự tính nguồn thu mà chưa tính đến khả năng tăng mức sử dụng dịch vụ y tế, các thay đổi về đơn giá sử dụng dịch vụ, hay mức tăng bổ sung nguồn vốn phía cung cần thiết để cải thiện và tăng chiều sâu mức độ bao phủ. Nghiên cứu dự toán chi phí BPTD của Ngân hàng Thế giới do Lieberman và Wagstaff (2009) thực hiện đã tính toán chi phí tăng mức bao phủ theo một số tình huống liên quan đến các yếu tố trên và sự chia sẻ giữa các bên, sử dụng số liệu đầu kỳ ước tính năm 2006 (Liebeman và Wagstaff 2009).

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 4.2 Dự toán chi phí BPTD ở Việt Nam: Mô hình của Đề án

	Mức hiện hành (2010)	*Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của Chính phủ (2015)*	
		Phương án I	*Phương án II*
Các giả định chính		• Đóng góp 4,5%; • lương tối thiểu 1.500.000 VND, sau đó mỗi năm tăng 30%; • hỗ trợ đối tượng cận nghèo:70%, học sinh/ sinh viên: 50%, nông dân: 30%	• Đóng góp 5%; • lương tối thiểu 1.500.000 VND, sau đó mỗi năm tăng 30%; • hỗ trợ đối tượng cận nghèo: 70%, học sinh/sinh viên: 50%, nông dân: 30%, sau đó là 50%
Chi tiêu của nhà nước hỗ trợ BHXHVN (phía cầu BHYT)	~ 8.000 tỉ đồng	~ 39.000 tỉ đồng	~ 45.000 tỉ đồng
Chi tiêu cho y tế của nhà nước ngoài BHYT (phía cung)	~ 33.000 tỉ đồng	~ 69.000 tỉ đồng	~ 69.000 tỉ đồng
Tổng chi tiêu cho y tế của nhà nước (CTYTNN)	~ 41.000 tỉ đồng	~ 108.000 tỉ đồng	~ 114.000 tỉ đồng
Tỉ trọng CTYTNN trong tổng chi tiêu của nhà nước (%)	6,3	10,1	10,6
Tỉ trọng CTYTNN trong GDP (%)	1,9	2,5	2,7

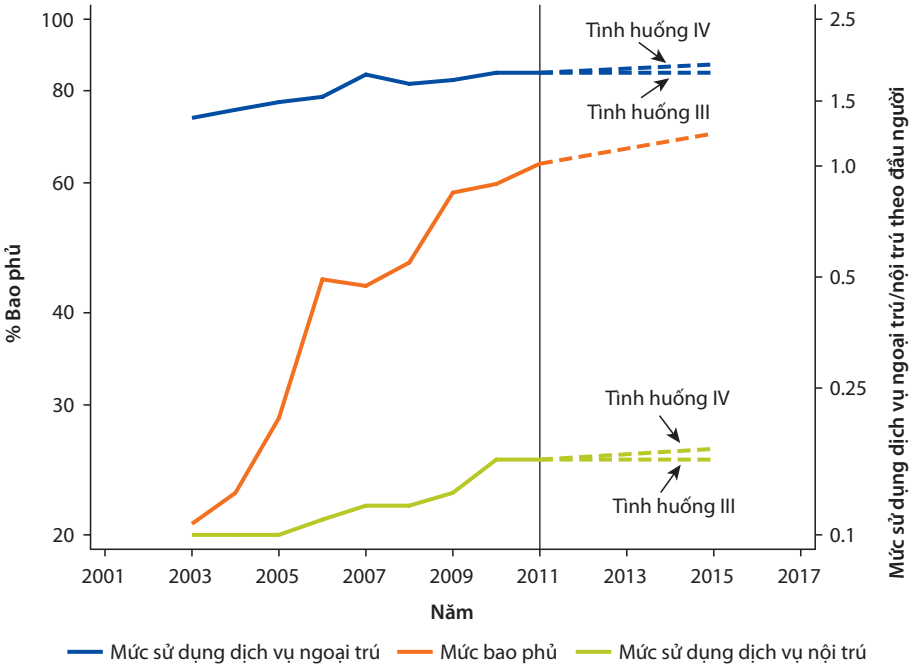
Nguồn: Tính từ dự báo chi phí lập cho báo cáo này, Yip và Hafez, 2013
Chú thích: Đây là các nguồn thu dự tính (chứ không phải chi tiêu).

Phần báo cáo dưới đây sẽ trình bày về các mô phỏng về chi phí và tài khoá, sử dụng mô hình BPTD giản lược và mới cập nhật của tác giả Lieberman-Wagstaff. Mô hình sử dụng số liệu đầu kỳ năm 2010 để dự tính tổng chi ngân sách và chi ngân sách cho y tế của Chính phủ, giả định các tình huống khác nhau có tính đến sự tăng sử dụng dịch vụ y tế, tăng đơn giá dịch vụ, cũng như tăng nguồn tài chính cho phía cung (hệ thống cung ứng dich vụ) nhằm cải thiện và tăng chiều sâu trong bao phủ bảo hiểm. Như sẽ trình bày chi tiết ở phần dưới, 2 tình huống bổ sung được phân tích để bổ sung cho các dự tính dựa trên nguồn thu của Chính phủ (tóm tắt trong phần báo cáo trước).

Quá trình nâng mức bao phủ BHYT của Việt Nam diễn ra trong bối cảnh biến động, tăng mức độ sử dụng dịch vụ y tế. Mức sử dụng dịch vụ khám chữa cả nội trú và ngoại trú của người có bảo hiểm (và toàn bộ dân số nói chung) đều tăng và có xu hướng tiếp tục tăng trong thời gian tới do nhận thức được nâng cao và mở rộng xã hội hóa trong khám chữa bệnh có bảo hiểm, cũng như một số yếu tố dân số-xã hội khác (như mức sống, dân trí tăng). Già hóa dân số cũng là một yếu tố cần xem xét khác như nêu trong Chương 1.

Phân tích số liệu của BHXHVN có thể thấy mức khám chữa bệnh ngoại trú của người tham gia chương trình bảo hiểm của BHXHVN đã tăng từ khoảng

Hình 4.1 Mức sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú/nội trú của người có bảo hiểm của BHXHVN (Mức thực tế: 2003-2011, Mức dự tính: 2012-2015)



Nguồn: Ước tính dựa trên dữ liệu của BHXHVN
Chú thích: Cả hai trục tung đều theo thang lô ga rít

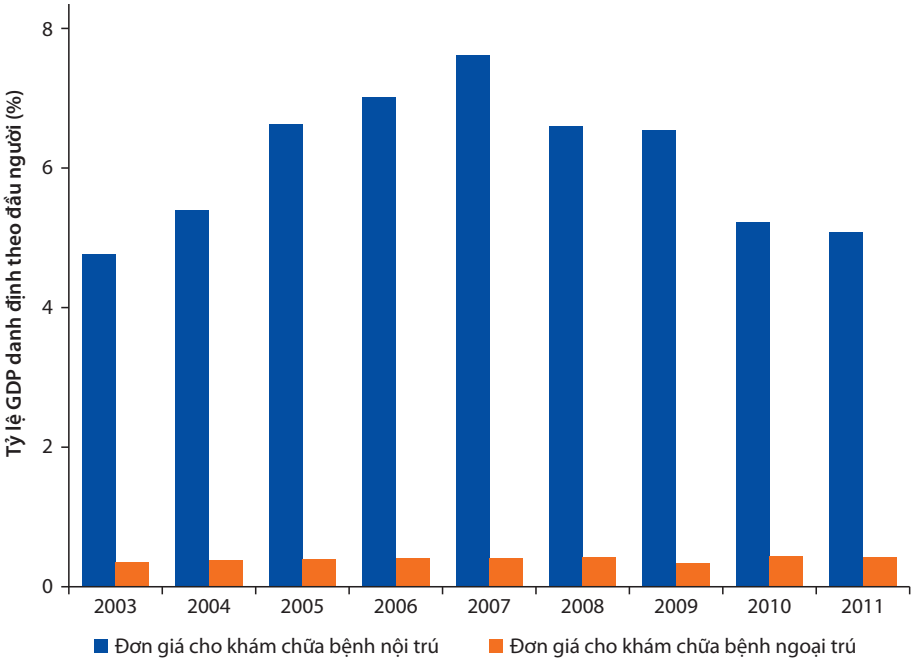
1,35 lượt/người năm 2003 lên 1,79 lượt năm 2011, tức tăng khoảng 3,7% mỗi năm. Khám chữa bệnh nội trú thậm chí còn tăng với tỉ lệ cao hơn trong cùng thời gian này: từ 0,10 lượt năm 2003 lên 0,16 lượt năm 2011, tức tăng khoảng 6,3% mỗi năm (Hình 4-1).

Báo cáo bổ sung tình huống III và tình huống IV dự báo chi phí vào các dự báo nguồn thu của Chính phủ.Tình huống III giả định mức tăng tối đa khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú năm 2015 lần lượt là 6,9% và 5,3%, dựa trên dự báo bằng mô hình hồi quy ước tính với số liệu của ĐTMSVN 2010 (Hình 4-1). Tình huống III cũng giả định đơn giá khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú tăng 50%, được sử dụng để phản ánh mức tăng mới đây trong giá viện phí trong nước. Hình 4-2 cho thấy xu hướng của đơn giá khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú của BHXHVN, giai đoạn 2003-2011 trong GDP. Biểu giá viện phí mới tăng nhiều khả năng sẽ làm các mức đơn giá khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú tăng đáng kể).[2]

Tình huống III cũng giả định chi tiêu của BHXHVN tăng để bù đắp chi tiêu tiền túi, bảo đảm chi tiêu tiền túi còn 40% tổng chi tiêu cho y tế (theo Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của Chính phủ). Ngoài các yếu tố có tính chất quyết định nêu trong Tình huống III, Tình huống VI xem xét tăng chi tiêu của của Chính phủ cho phía cung 50% (từ 1,7% GDP lên 2,6% GDP). Tăng chi tiêu ngân sách cho hệ thống cung ứng dịch vụ nhằm đáp ứng nhu

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 4.2 Đơn giá khám chữa bệnh ngoại trú/nội trú (2003-2011)



Nguồn: Ước tính dựa trên số liệu của BHXHVN.

Bảng 4.3 Dự toán chi phí BPTD ở Việt Nam: Mô hình Lieberman-Wagstaff

	Mức hiện hành (2010)	*Mô hình Lieberman-Wagstaff II (2015)*	
		Tình huống III	*Tình huống IV*
Các giả định chính		• Mức và chi phí sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú tăng; • Chi tiêu của BHXHVN tiếp tục tăng để bù đắp chi trả từ tiền túi	• Mức và chi phí sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh nội trú và ngoại trú tăng; • Chi tiêu của BHXHVN tiếp tục tăng để bù đắp chi trả từ tiền túi và chi tiêu phía cung tăng
Chi tiêu của Chính phủ trợ cấp cho BHXHVN (BHYT phí cầu)	~ 8.000 tỉ đồng	~ 49.000 tỉ đồng	~ 49.000 tỉ đồng
Chi tiêu cho y tế ngoài BHYT của Chính phủ (phía cung)	~ 33.000 tỉ đồng	~ 80.000 tỉ đồng	~ 119.000 tỉ đồng
Tổng chi tiêu cho y tế của Chính phủ (CTYTCP)	~ 41.000 tỉ đồng	~ 129.000 tỉ đồng	~ 168.000 tỉ đồng
Tỉ trọng CTYTCPtrong tổng chi tiêu của Chính phủ (%)	6,3%	11,0%	14,3%
Tỉ trọng CTYTCPtrong GDP (%)	1,9%	2,7%	3,6%

Nguồn: Tính toán dựa trên phương pháp dự tính chi phí thực hiện cho báo cáo này. Yip và Hafez 2013.

cầu tăng và cải thiện mức độ bao phủ.Tình huống III và IV tác động tới chi tiêu tài khoá, để đạt mức bao phủ 70% vào năm 2015 Chính phủ cần chi khoảng 49.000 tỉ đồng (Bảng 5))[3]. Nếu tính cả chi tiêu cho y tế ngoài BHYT thì tổng chi tiêu tài khoá liên quan đến BHYT và ngoài BHYT tăng thêm sẽ dao động trong mức 129-168 nghìn tỉ đồng, hay 0,8-1,7% GDP (Bảng 4-3).

Những ước tính về chi phí BPTD ở Việt Nam trên rất tương đồng với những ước tính bằng các mô hình dự tính chi phí bảo hiểm chi tiết và phức tạp hơn của các nước khác trong khu vực. Chẳng hạn, ở Inđônêxia, các tính toán thống kê bảo hiểm dự báo mức chi tiêu cho y tế của nhà nước sẽ phải tăng trong khoảng 1-2% GDP để đạt mức BPTD đến năm 2015 (trong đó tỉ trọng của y tế trong tổng chi tiêu của nhà nước cần tăng từ khoảng 6% lên 8-13% tùy thuộc vào từng tình huống). Philipin và Ấn Độ cũng ước tính những mức tăng chi tiêu cho y tế của nhà nước tương tự để đạt được BPTD.

Tóm tắt: Ước tính chi phí bao phủ toàn dân

Phân tích trong phần này cho thấy rõ, dù mới là tính toán sơ bộ, mức độ tăng chi tiêu tài khóa và chi tiêu cho y tế của Chính phủ cần để đạt mức bao phủ 70% trên lộ trình tiến tới BPTD của Việt Nam.Tác động thu chi để đạt mức bao phủ 70% sẽ phụ thuộc vào:(a) việc Chính phủ có đạt được mục tiêu tăng số người tham gia dự kiến không; (b) ảnh hưởng của mức sử dụng và đơn giá dịch vụ; (c) các xu hướng tài chính của hệ thống cung ứng dịch vụ.

Căn cứ trên các dự báo nguồn thu nêu trong Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của Chính phủ, cần tăng chi tiêu 0,6-0,8% GDP để đạt mức bao phủ 70%. Theo đó, tỉ trọng của y tế trong tổng chi tiêu của Chính phủ sẽ tăng thêm 3,8-4,3% (tăng từ mức 6,3% năm 2010). Tuy nhiên, kịch bản bổ sung dựa trên chi tiêu nêu trên cho thấy mức chi tiêu sẽ cao hơn nếu mức sử dụng dịch vụ tăng tương ứng với tăng diện bao phủ, chi tiêu của BHXHVN sẽ tăng để bù vào chi tiêu tiền túi của hộ gia đình và Chính phủ cũng cần cấp kinh phí bổ sung cho hệ thống cung ứng dịch vụ. Với các tình huống đó, chi tiêu sẽ phải tăng thêm 0,8-1,7% GDP. Theo đó, tỉ trọng của y tế trong tổng chi tiêu nhà nước cần tăng thêm khoảng 4,7-8,0%.

Chú thích

1. Nếu chính phủ cũng trợ cấp toàn bộ cho những đối tượng hiện đang được trợ cấp một phần (người cận nghèo, học sinh, sinh viên) thì sẽ phải tăng tỉ lệ đóng góp cho BHYTXH của nhà nước lên 50% hay 10.000 tỉ đồng tính đến năm 2015 theo các phương án nêu trong Kế hoạch tổng thể; chính phủ có thể cân nhắc thực hiện phương án này trong vòng 3-5 năm tới nhằm tăng độ phủ cho những đối tượng hiện đang được trợ cấp một phần.
2. Chi phí đơn vị khám chữa nội trú ở đây là chi phí khám chữa nội trú mỗi lần điều trị của BHXHVN; tương tự chi phí đơn vị khám chữa ngoại trú là chi phí mỗi lần khám chữa ngoại trú của BHXHVN.
3. Trong thời hạn dài hơn, nếu mức sử dụng và chi phí tăng do già hóa và bệnh không lây tăng thì cũng sẽ tạo thêm áp lực cho BHYTXH.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Tài liệu tham khảo

Lieberman, S. S., A. Wagstaff. 2009. *Tài chính y tế và cung cấp dịch vụ ở Việt Nam: Hướng đi sắp tới.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

BYT (Bộ Y tế), 2012. Quyết định số 538/QĐ-TTg, ngày 29/3/2013, của Thủ tướng, phê duyệt Kế hoạch tổng thể thực hiện Bảo hiểm Y tế toàn dân giai đoạn 2012–2015 và tầm nhìn đến 2020.

Yip, W. C.-M., R. Hafez. 2013. "Dự báo nhu cầu, chi phí ở Việt Nam." Tài liệu đầu vào chuẩn bị cho báo cáo *Hướng tới phổ cập bảo hiểm y tế xã hội ở Việt Nam: Đánh giá, phương án.*

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 5

Huy động các nguồn lực thực hiện BPTD: Tình hình tài khóa vĩ mô

Chương này phân tích cách thức tài trợ để đạt được mục tiêu BPTD trên cơ sở các dự báo chi phí nêu trong Chương 4. Các khuyến nghị được đề ra trong các chương trước đều yêu cầu gia tăng trong chi tiêu ngân sách để đáp ứng hai mục tiêu chính của Đề án. Do đó, chương này tập trung phân tích chi tiêu công cho y tế từ góc độ dư địa tài chính, và mức độ các nguồn tài chính bổ sung có thể được huy động để tài trợ cho việc mở rộng diện bao phủ bảo hiểm. Đánh giá triển vọng mức độ chủ động tài chính cho y tế trên cơ sở năm trụ cột lớn: (a) điều kiện kinh tế vĩ mô thuận lợi, (b) xác định lại ưu tiên ngân sách cho y tế, (c) các nguồn tài chính đặc thù cho y tế, (d) viện trợ và tài trợ quốc tế,(e) tăng hiệu quả. Việt Nam có thể mong đợi các nguồn tài chính bổ sung cho y tế của khoảng 0,4 phần trăm GDP vào năm 2015, trong điều kiện dự báo về tốc độ tăng trưởng kinh tế vĩ mô như hiện nay và giả định chi phí linh hoạt của Chính phủ cho y tế được duy trì và tỉ lệ kinh phí cấp cho y tế được đảm bảo và ổn định. Rõ ràng là chỉ một phần trong tổng chi phí dự kiến cho mở rộng diện bao phủ có thể được đáp ứng qua nguồn chi phí bổ sung. Cắt giảm được chi tiêu thiếu hiệu quả sẽ có vai trò quyết định để tiếp tục tiến tới BPTD một cách bền vững.

Đánh giá dư địa tài chính cho y tế chủ yếu là đánh giá về các nguồn tài chính tiềm năng khác nhau có thể khai thác được để tăng chi tiêu của Chính phủ cho y tế, với giả định có đủ cơ sở để cho rằng việc tăng chi tiêu này là có lợi và những lợi ích xã hội của việc tăng chi tiêu cho y tế của nhà nước là khả quan. Rõ ràng, trên góc độ bền vững tài chính, kiểm soát chi phí và nâng cao hiệu quả là một đòi hỏi quan trọng cần thực hiện đánh giá đối với ngành y tế. Tuy nhiên, các hạn chế về tài khóa vĩ mô và xem xét cân đối đa ngành có thể làm hạn chế đáng kể sự linh hoạt của quốc gia trong việc tăng chi tiêu của chính phủ cho y tế, cho dù mục đích tăng có hợp lý đến đâu đi nữa.

Đánh giá dư địa tài chính cho y tế đòi hỏi phải nghiên cứu chi tiết 5 nguồn tài chính công lớn, cụ thể là:

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

1. có môi trường tài khóa vĩ mô thuận lợi như tốc độ tăng trưởng kinh tế cao, gia tăng nguồn thu nhà nước lớn để có thể bảo đảm tăng chi tiêu công cho y tế;
2. xác định lại các ưu tiên về y tế trong ngân sách nhà nước;
3. gia tăng các nguồn lực của ngành y tế, như bằng thuế đặc thù bổ sung nguồn lực cho y tế;
4. các nguồn tài trợ, viện trợ nước ngoài dành riêng cho ngành y tế;
5. nâng cao hiệu quả chi tiêu cho y tế của nhà nước, thông qua các chính sách khống chế chi phí và/hoặc cải tiến chuyên môn, nâng cao hiệu quả phân bổ vốn trong chi tiêu cho y tế.

Phần này sẽ phân tích các điểm từ (1) đến (4). Tầm quan trọng của hiệu quả, tiết kiệm và kiểm soát chi phí trong việc đạt mức bao phủ toàn dân một cách bền vững về tài chính sẽ được trình bày trong chương sau, cùng với các khuyến nghị giải pháp để thực hiện mục tiêu này.

Môi trường tài khóa vĩ mô

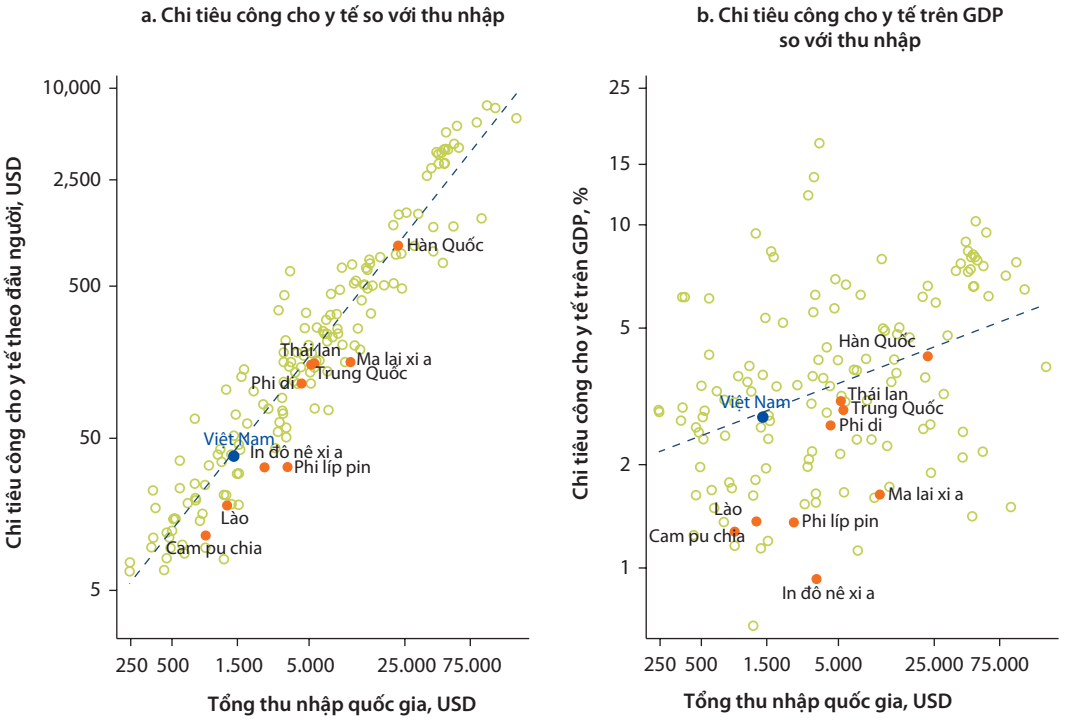
Điều kiện tài khóa vĩ mô thuận lợi là yếu tố quan trọng trong xem xét về mức độ chủ động tài chính của bất kỳ ngành nào. Những điều kiện này bao gồm tăng trưởng kinh tế ổn định, nguồn thu tăng, duy trì thâm hụt/nợ ở mức bền vững. Có một số lý do khiến tăng trưởng kinh tế là một nhân tố quan trọng hỗ trợ cho mức độ chủ động tài chính nói chung và ngành y tế nói riêng. Thứ nhất, ngay cả trong trường hợp tỉ trọng chi tiêu công cho y tế trong GDP không đổi thì nếu GDP quốc gia tăng với một mức nào đó mỗi năm theo giá trị thực, chi tiêu công cho y tế cũng sẽ tăng với cùng tỉ lệ trong năm đó với giá trị thực (giả định rằng những thay đổi về giá dịch vụ y tế không chênh lệch đáng kể so với biến động giá chung trong kỳ). Thứ hai, như đã trình bày trong một bài viết quan trọng của Newhouse (1977), thu nhập quốc dân thường là yếu tố lớn nhất quyết định mức chi tiêu công (cũng như tư nhân) cho y tế ở mọi quốc gia. Vì vậy cần đánh giá chi tiêu công về y tế trong bối cảnh kinh tế vĩ mô chung.

Thời kỳ tăng trưởng kinh tế bền vững và ổn định về tài khóa vĩ mô thường dẫn đến tăng chi tiêu công cho y tế. Những thời kỳ kinh tế tăng trưởng mạnh và tài khóa vĩ mô ổn định thường dẫn đến sự gia tăng không chỉ ở mức độ mà còn cả tỉ trọng của khu vực công trong nền kinh tế, trong đó có ngành y tế (ADB 2006). Trong ngành y, điều này thể hiện rõ trong số liệu đánh giá cắt ngang như trình bày trong Hình 5-1.Ở tất cả các nước, khi thu nhập quốc dân tăng, chi tiêu công cho y tế sẽ tăng cả về mức độ và tỉ trọng trong GDP.

Những lý do này bắt nguồn một phần từ môi trường tài khóa vĩ mô của nhà nước, cũng như sự nới lỏng các hạn chế ngân sách khi thu nhập tăng. Khi kinh tế tăng trưởng và người dân sung túc hơn thì tính chất của gánh nặng bệnh tật, các vấn đề nhân khẩu học và cơ cấu ưu tiên trong nhu cầu tài chính công cho y tế cũng thường thay đổi (Shelton 2007).Cung ứng dịch vụ y tế, vốn

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 5.1 Chi tiêu công cho y tế so với thu nhập(2011)



Nguồn: WHO 2013, Ngân hàng Thế giới 2013
Chú thích: Trục x và y của mỗi biểu đồ theo lô ga rít

là một quá trình đòi hỏi tương đối nhiều nhân công, cũng thường trở nên đắt đỏ hơn ở những nước giàu, khiến chi tiêu cho y tế của nhà nước (và tư nhân) tăng. Chi phí khám chữa bệnh ở những nước giàu thường cao hơn, do chênh lệch giá cả tương đối cũng như do áp dụng công nghệ cao hơn trong khám chữa bệnh, và một số yếu tố khác. Những nước giàu cũng thường có dân số có trình độ giáo dục đào tạo cao hơn, già hơn, già hóa nhanh hơn, với một cơ cấu ưu tiên thường nhấn mạnh hơn về mức độ bảo trợ xã hội. Chi phí cao hơn, nhu cầu khám chữa bệnh có trợ cấp từ nguồn tài chính công cao hơn, cũng như những khiếm khuyết của thị trường BHYT tư nhân, cộng với năng lực tài chính, thể chế tốt hơn trong giải quyết những vấn đề này, là lý do vì sao Chính phủ chi tiêu bình quân cho y tế với ti trọng lớn hơn trong ngân sách khi các quốc gia trở nên giàu có hơn (Shelton 2007).[1]

Với GNI (Thu nhập quốc dân) đầu người năm 2011 là 1,270 USD, Việt Nam được coi là nước thu nhập trung bình thấp. Khoảng 17% dân số Việt Nam vẫn sống với dưới 1 USD mỗi ngày và khoảng một nửa dân số sống dưới mức 2 USD mỗi ngày[2]. Trong những năm gần đây, Việt Nam là một nền kinh tế mới nổi, với tốc độ tăng trưởng kinh tế đạt bình quân 7% mỗi năm kể từ khi bắt đầu thời kỳ Đổi mới năm 1986 (7,2% mỗi năm trong 10 năm qua). Thuế là nguồn thu chủ yếu của nhà nước. Năm 2011, thu từ thuế chiếm khoảng 87%

Bảng 5.1 Các nguồn thu ở Việt Nam, 2008-2011

	2008		*2009*		*2010*		*2011*	
Revenue item	*(nghìn tỉ đồng)*	*%*	*(nghìn tỉ đồng)*	*%*	*(nghìn tỉ đồng)*	*%*	*(nghìn tỉ đồng)*	*%*
Thu từ thuế	363	85	373	82	477	86	615	87
...Thu từ dầu khí	*90*	*25*	*61*	*16*	*69*	*14*	*111*	*18*
...Nguồn thu ngoài dầu khí	*274*	*75*	*312*	*84*	*408*	*86*	*504*	*82*
Viện trợ	9	2	8	2	5	1	7	1
Nguồn thu khác	57	13	72	16	69	13	82	12
Tổng nguồn thu	429	100	453	100	551	100	704	100

Nguồn: IMF.
Chú thích: Số liệu của năm 2010 và 2011 là các số ước tính.

tổng nguồn thu quốc gia, trong khi các nguồn khác chiếm khoảng 12% và 1% còn lại là viện trợ (Bảng 7).

Kế hoạch 5-năm lần đầu sau thống nhất đất nước, ban hành năm 1978, đặt nền tảng cho quá trình phân cấp quản lý tài chính ở Việt Nam bằng cách giao trách nhiệm ngân sách cho địa phương (Vo 2005). Trong suốt 30 năm cải cách sau đó, mức độ phân cấp quản lý tài chính ngày càng tăng: tính đến năm 2010, các địa phương đã thực hiện 51% đầu tư từ ngân sách nhà nước (NHTG 2011). Hiện nay, Luật Ngân sách thông qua năm 2002 là văn bản điều tiết hoạt động phân bổ nguồn thu giữa trung ương và địa phương. Luật này quy định mọi khoản thu từ thuế đều được coi là nguồn thu của quốc gia.

Địa phương (cấp tỉnh, huyện, xã) được tạo nguồn thu riêng một cách hạn chế: san sẻ nguồn thu và phân bổ ngân sách giữa các ban ngành là phương thức quan trọng để cấp vốn cho địa phương. Khoảng 60% tổng nguồn thu được phân bổ cho trung ương (như thuế xuất khẩu, thuế xăng dầu, thu nhập). 40% còn lại được phân bổ chung giữa trung ương và tuyến tỉnh (như thuế thu nhập doanh nghiệp, thuế tiêu thụ trong nước) hay được phân bổ riêng cho tuyến tỉnh (như thuế nhà đất, trong đó có thuế sử dụng đất và thuế chuyển nhượng quyền sử dụng đất, thuế tài nguyên trừ dầu khí) (Hanai, K và M Thị Bách Huyền 2006). Tuy nhiên, gần một nửa nguồn thu được phân bổ cho ngân sách trung ương cũng được chuyển giao cho tuyến tỉnh. Sau khi điều chuyển, tỉ trọng trong tổng ngân sách giữ lại của trung ương còn khoảng 30%, còn 70% thuộc tuyến tỉnh (NHTG 2011).

Tăng trưởng ở Việt Nam đã chậm lại trong mấy năm qua do ảnh hưởng của suy thoái kinh tế toàn cầu, nhưng các dự báo cho thấy Việt Nam sẽ tăng trưởng trở lại trong trung hạn.Tăng trưởng GDP của Việt Nam năm 2007 đạt khoảng 8,5%. Sau khi khủng hoảng kinh tế toàn cầu nổ ra, mức tăng trưởng đã giảm xuống còn 6,3% năm 2008, và năm 2009 chỉ còn khoảng 5,3%. Năm 2010, tăng trưởng hồi phục lại lên mức 6,8%, và 6,2% năm 2011. Tăng trưởng giảm mạnh xuống mức 5,2% năm 2012 và kỳ vọng giữ ở mức 5,3-5,5% cho đến tận năm 2017[3]. Chu kỳ suy thoái kinh tế vĩ mô lần hai này là hậu quả của việc chậm thay đổi các chính sách tài khóa, tiền tệ kích kích tăng trưởng trong đối phó với cuộc khủng hoảng toàn cầu lần đầu năm 2008.Lạm phát là một

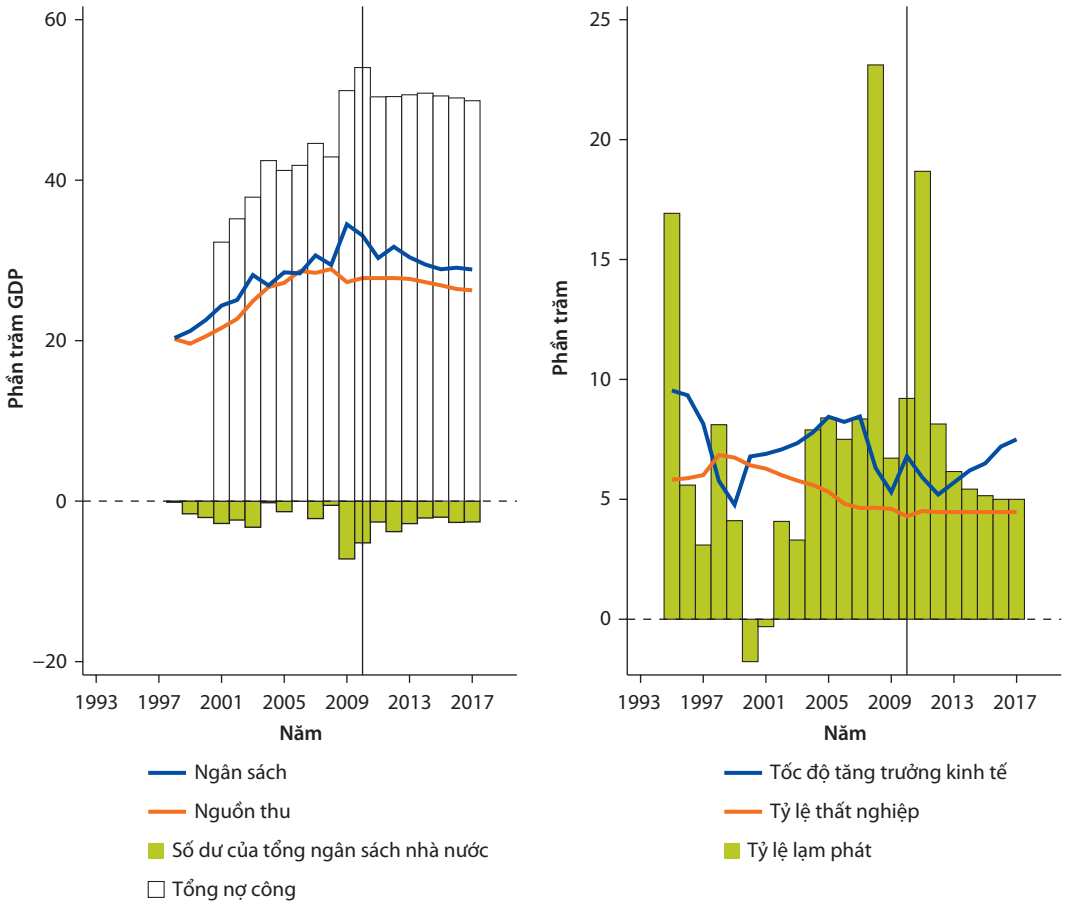
http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

vấn đề thường trực trong mấy năm gần đây và được dự báo sẽ ổn định ở mức khoảng 5% mỗi năm (Hình 5-2). Nợ của Việt Nam được duy trì ở mức khá thấp, dự báo sẽ giảm trong 3-5 năm tới.Tỉ trọng nguồn thu của chính phủ trong GDP dự kiến sẽ duy trì ở mức 27-28% GDP.[4]

Việt Nam không nằm ngoài xu thế của những nước được so sánh trong khu vực về chi tiêu công cho y tế. Với chi tiêu khoảng 38US$ đầu người năm 2011, chi tiêu công cho y tế chung ở Việt Nam hiện ở đúng mức dự tính so với thu nhập, và cao hơn một số nước láng giềng như Campuchia, Lào, Philipin[5]. Tỉ trọng chi tiêu công cho y tế trong GDP ở Việt Nam cũng nằm ở mức dự kiến theo thu nhập (Hình 5-1).

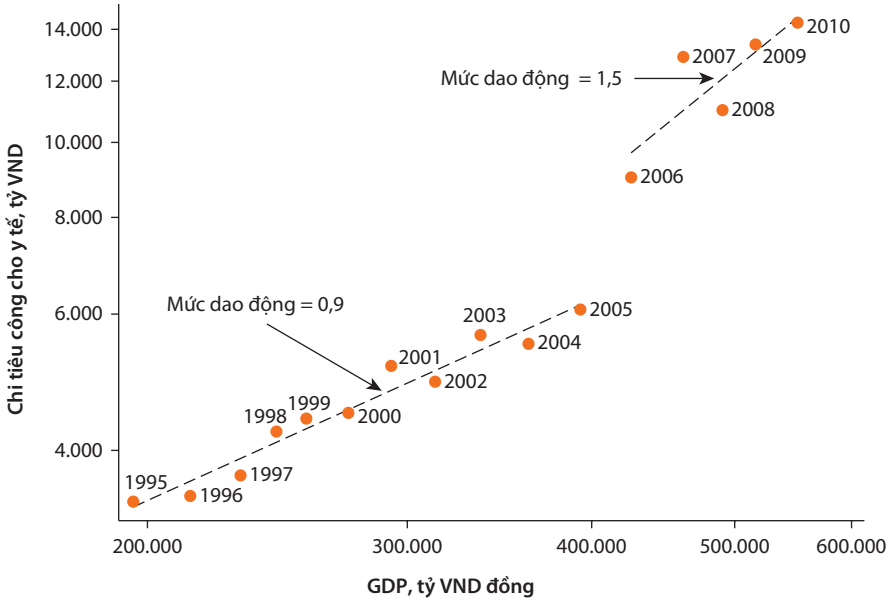
Mức dao động của chi tiêu công cho y tế theo thu nhập ở Việt Nam đã thay đổi đáng kể trong khoảng 10 năm qua[6]. Có hai cơ chế rõ ràng, với sự chuyển tiếp diễn ra vào khoảng năm 2006. Trước năm 2006, chi tiêu cho y tế của nhà nước tăng với tốc độ thấp hơn tăng trưởng kinh tế: mức dao động của thu

Hình 5.2 Các chỉ số tài chính/kinh tế chủ yếu của Việt Nam (1995-2017)



Nguồn: Ngân hàng Thế giới 2013; IMF 2013

Hình 5.3 Mức dao động chi tiêu công cho y tế theo thu nhập ở Việt Nam (1995-2010)



Nguồn: Ước tính dựa trên dữ liệu của WHO 2013.
Chú thích: Trục tung và trục hoành theo lo ga rít

Bảng 5.2 Dự báo chi tiêu cho y tế của nhà nước căn cứ trên mức tăng trưởng kinh tế, (2010-2017)

Năm	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
Mức tăng trưởng GDP thực (%)	6,8	6,2	5,2	5,3	5,4	5,4	5,5	5,5
Tỉ trọng của chi tiêu công cho y tế trong GDP (%)	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,2	2,3

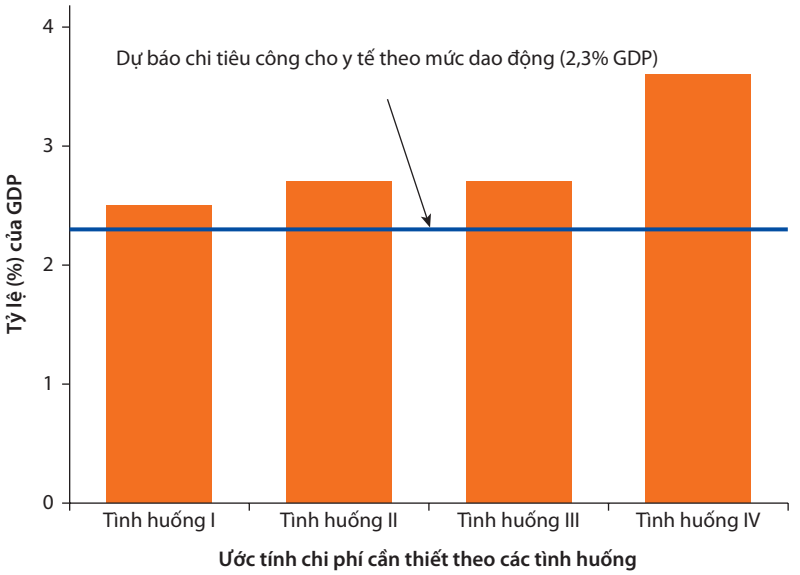
Chú thích: Dự báo dựa trên mức dao động, 2011-2017.

nhập chỉ vào khoảng 0,9 (Hình 5-3). Sau năm 2006, mức dao động chi tiêu công cho y tế theo thu nhập đã tăng đáng kể lên 1,5.

Theo các dự báo về tăng trưởng hiện nay, và nếu mức dao động chi tiêu công theo thu nhập giữ ở mức sau năm 2006, thì đến năm 2015, Việt Nam có thể hy vọng đạt mức tăng ngân sách cho y tế khoảng 0,4% GDP. Theo các dự báo về tăng trưởng hiện nay và với giả định rằng chi tiêu công cho y tế sẽ có cùng xu hướng tăng như thời kỳ sau 2006, Việt Nam có thể hy vọng mức chi tiêu cho y tế của nhà nước đạt khoảng 2,3% GDP đến năm 2015, tức tăng khoảng 0,3% GDP so với năm 2010 (Bảng 5-2). Đây là con số nằm ngoài khung của các kịch bản huy động vốn để đạt tỉ lệ BPTD 70%, như đã nêu trong Chương 4. Sẽ cần thiết bổ sung các nguồn tài chính có thể đạt được trên mức kỳ vọng trên cơ sở xu thế tài chính vĩ mô (Hình 5-4).

Tóm lại, trên góc độ tài khóa vĩ mô, khả năng tăng ngân sách công cho y tế ở Việt Nam dường như còn hạn chế, ngay cả khi mức dao động chi tiêu công cho y tế theo thu nhập duy trì ở mức cao như giai đoạn sau 2006. Mãi

Hình 5.4 Chi tiêu công cho y tế: nhu cầu so với dự báo (2015)



tới những năm gần đây, nhờ kinh tế tăng trưởng nhanh, duy trì tăng trưởng trong một giai đoạn dài, và gia tăng nguồn thu ngân sách ổn định đã những công cụ cung cấp nguồn thu bổ sung cho tất cả các lĩnh vực, trong đó có y tế. Nay tăng trưởng kinh tế đã chậm lại. Nếu các xu hướng vẫn tiếp diễn như trước thì ít nhất trong ngắn đến trung hạn, đến năm 2015, nguồn ngân sách bổ sung cho y tế nhiều khả năng sẽ thúc đẩy tỉ trọng chi tiêu công cho y tế trong GDP tăng lên 2,3%. Cần tiếp tục tái định hướng các ưu tiên để chi tiêu cho y tế tăng cao hơn mức này nếu chiếu theo các tình huống ở Chương 4, và nội dung này sẽ được tập trung phân tích trong phần sau.

Xác định lại các ưu tiên về y tế

Nguồn dư địa tài chính thứ hai là tái định hướng các ưu tiên về y tế để tăng tỉ trọng chi tiêu cho y tế trong tổng chi tiêu công của chính phủ.Tỉ trọng của y tế trong chi tiêu chung của chính phủ ở một số nước có thể tăng, đặc biệt nếu tỉ trọng chi tiêu y tế trong tổng chi ngân sách của chính phủ thấp hơn các nước tương đồng khác trong khu vực hay những nước có cùng mức thu nhập, và nếu một số khoản chi tiêu khác được được coi là không hiệu quả hay không cần thiết, thì có thể giảm bớt các khoản chi đó để chuyển sang cho y tế.

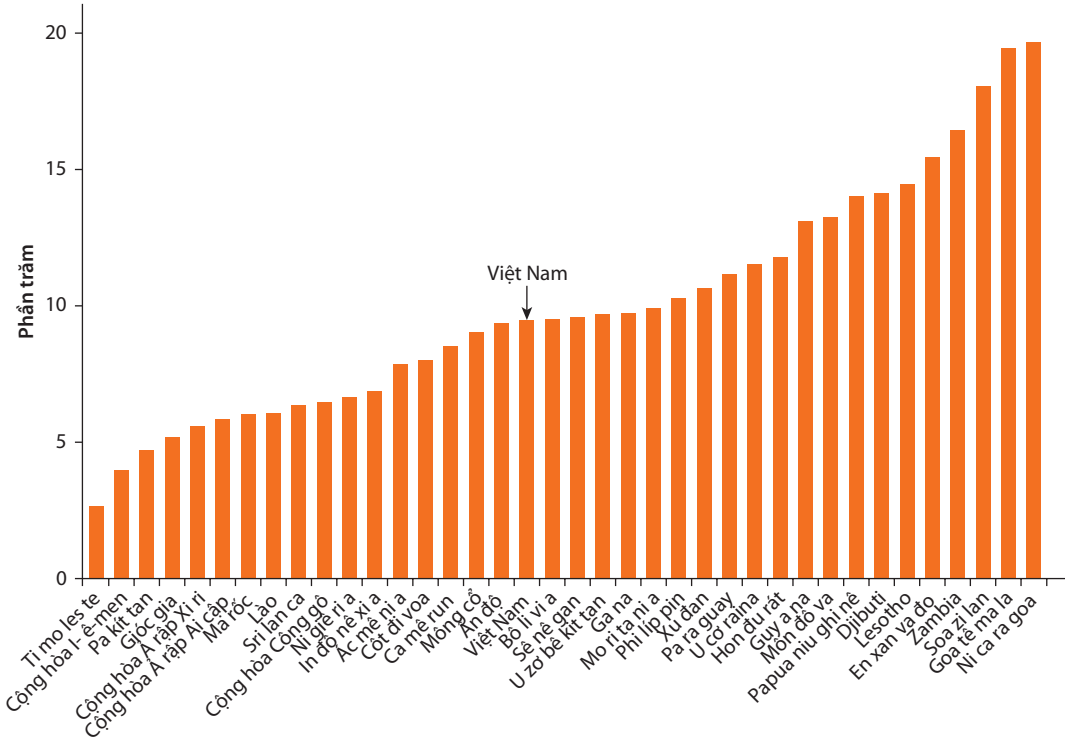
Cho dù những yếu tố kinh tế vĩ mô cơ bản của một nước cho thấy việc tăng chi tiêu chung là khả thi nếu được phép, vẫn không có gì bảo đảm rằng môi trường tài khóa vĩ mô thuận lợi sẽ kéo theo sự gia tăng chi tiêu cho y tế, dù rằng chi tiêu chung của chính phủ tăng lên. Nói chung, khi một nước giàu lên thì tỉ trọng của y tế trong ngân sách nhà nước (cũng như tỉ trọng trong GDP)

thường tăng. Tuy nhiên, trong xu hướng này cũng có những sự dao động lớn, chủ yếu phản ảnh những ảnh hưởng trung gian của những yếu tố khác như mức độ ưu tiên cho y tế so với những lĩnh vực khác, cũng như cách thức tổ chức, cấp kinh phí cho hệ thống y tế.

Ở các nước thu nhập trung bình thấp, tỉ trọng ngân sách dành cho y tế thường chiếm từ dưới 5% ở những nước như Ấn Độ, Pakitxtan đến trên 15% như ở Goatêmala, Zambia (Hình 5-5)[7]. Với mức bình quân 6-7% trong những năm qua, tỉ trọng của y tế trong tổng chi tiêu nhà nước của Việt Nam là cao hơn mức bình quân một chút nếu so với thu nhập và các nước tương đồng trong khu vực (mức bình quân của khu vực ĐATBD và các nước thu nhập trung bình thấp thường là 10-11%).[8]

Ngành y tế có thể nói đang ngày càng nhận được sự ưu tiên cao hơn ở Việt Nam. Trên thực tế, chi tiêu cho y tế được luật pháp Việt Nam bảo vệ: Quốc hội thông qua Nghị quyết số18/2008/NQ-QH12 năm 2008, bảo trợ, khuyến khích tăng chi tiêu công cho y tế. Theo Điều 2 của nghị quyết này, Chính phủ cam kết "… tăng tỉ trọng trong ngân sách nhà nước hàng năm phân bổ cho y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi tiêu cho y tế lớn hơn tốc độ tăng chi tiêu chung trong ngân sách nhà nước". Theo nghị quyết này, Chính phủ có nghĩa vụ dành ít nhất 30% ngân sách y tế của nhà nước cho y tế dự phòng (Grover

Hình 5.5 Tỉ trọng của y tế trong ngân sách nhà nước của các nước thu nhập trung bình thấp (2012)



Nguồn: WHO 2013

2011). Kể từ năm 2009, sau khi ban hành nghị quyết, tăng trưởng hàng năm trong phân bổ ngân sách nhà nước cho y tế nhìn chung đã cao hơn mức tăng bình quân trong tổng ngân sách nhà nước (xem thêm phần trình bày trong phần trước) (Văn Tiến và cộng sự 2011).

Căn cứ trên chi phí để đạt BPTD, các dự báo chi tiêu nhà nước và nguồn thu đến năm 2015, tỉ trọng của chi tiêu ngoài BHYT cho y tế trong tổng ngân sách sẽ cần tăng thêm theo các tình huống đã tóm tắt trong Chương 4. Như vậy, tỉ trọng của y tế trong tổng chi tiêu của nhà nước sẽ phải tăng một số phần trăm. Tái xác định ưu tiên trong ngân sách cần được xem xét nếu phát hiện các hạng mục chi không hiệu quả trong các ngành khác (hay để xác định tình hiệu quả-chi phí trong bản thân ngành y tế, như sẽ trình bày trong chương sau).

Các nguồn vốn dành riêng cho ngành y tế

Những nguồn vốn mới dành riêng cho ngành y tế có thể là một nguồn bổ sung cho dư địa tài chính y tế. Những giải pháp chính sách này có thể kéo theo việc ban hành những loại thuế dành riêng (Chuyên dụng – earmarking: loại thuế được xác định dành riêng để sử dụng cho một mục đích cụ thể - người dịch) và/hoặc mở rộng quỹ BHYT để thu hút thêm đối tượng tham gia hay tăng mức phí bảo hiểm. Thuế dành riêng có thể thực hiện bằng cách quy định sử dụng toàn bộ nguồn thu từ một loại thuế cho một chương trình cụ thể (như thuế từ tiền lương dành riêng cho BHYT xã hội) hay phân bổ riêng một tỉ lệ nhất định của một loại thuế nào đó cho một chương trình (như ấn định tỉ lệ nguồn thu chung từ thuế cho ngân sách y tế).

Nguồn thu từ các loại thuế tiêu thụ những mặt hàng có ảnh hưởng xấu cho sức khỏe thường được dành riêng cho y tế. Chẳng hạn, đánh thuế tiêu thụ thuốc lá, rượu bia thường được coi là hợp lý, không những trên phương diện y tế công cộng mà cả trên góc độ kinh tế[9] (Savedorf 2004). Ngay cả khi không được phân bổ cho y tế thì việc đánh thuế nặng vẫn có thể giảm thiểu mức tiêu thụ, giảm bệnh tật, tai nạn (đối với rượu bia) và giảm nhu cầu khám chữa bệnh sau này, từ đó giảm áp lực về ngân sách. Thuốc lá dưới mọi dạng là nguyên nhân chính gây ra những ca tử vong đáng tiếc trên thế giới. Hút thuốc là nguyên nhân gây tử vong cho 6 triệu người năm 2011, trong đó 80% là ở các nước thu nhập thấp và trung bình. Theo xu hướng hiện nay, đến năm 2030, con số này sẽ tăng lên 8 triệu người mỗi năm. Những trường hợp tử vong này và những vấn đề sức khỏe liên quan đến hút thuốc như các bệnh mạn tính: ung thư phổi, bệnh tim mạch, gây thiệt hại kinh tế hàng trăm tỉ đôla mỗi năm trên toàn thế giới (WHO 2011). Nhiều trường hợp tử vong xảy ra đối với những người đang trong độ tuổi lao động (30-69), từ đó làm giảm năng suất lao động, tước đi nguồn thu của các gia đình (Anh và cs 2011).

Thực tế của một số nước cho thấy phương pháp hiệu quả nhất để giảm tiêu thụ thuốc lá, nâng cao sức khỏe là tăng giá sản phẩm thuốc lá bằng cách tăng thuế (Prakongsai, Patcharanarumol và Tangcharoensathien 2008). Tăng giá thuốc lá là biện pháp hiệu quả vì khuyến khích những người hút thuốc bỏ

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

hút, ngăn chặn thanh niên tập hút thuốc, giảm lượng thuốc lá tiêu thụ của người đang hút thuốc. Đồng thời, ngoài khả năng giảm cầu, nguồn thu từ thuế thuốc lá cũng sẽ tăng.Tuy mọi loại thuế tiêu thụ đều là thuế luỹ thoái, vì những hộ nghèo phải chi tiêu một tỉ lệ từ thu nhập cao hơn cho tiêu dùng nhưng vẫn có những vấn đề khác về thuế thuốc lá cần được quan tâm.

Thái Lan là một ví dụ về một quốc gia đã thực hiện thành công sử dụng thuế chuyên dụng từ thuế trực tiếp tài trợ cho các hoạt động nâng cao sức khỏe. Năm 2001,Thái Lan lập Quỹ Nâng cao Sức khoẻ Thái (ThaiHealth), kinh phí lấy trực tiếp từ 2% thuế chuyên dùng thuốc lá và rượu bia, hàng năm ước tính 100 triệu USD. Thái Lan cũng đã tăng lên đều đặn thuế thuốc lá trong những năm qua dẫn đến giảm tốc độ tiêu thụ nhưng tăng doanh thu của Chính phủ từ thuế thuốc lá. Các nước khác như Úc, Hàn Quốc và Mỹ (WHO 2010) cũng áp dụng thuế hàng hoá độc hại như một loại thuế chuyên dụng.

Gần một nửa nam giới Việt Nam (và dưới 2% phụ nữ) hút thuốc; 2/3 tổng số hộ gia đình ở Việt Nam có ít nhất một người hút thuốc. Thuốc lào và thuốc lá là những loại hình tiêu thụ sản phẩm thuốc lá chính ở Việt Nam, trong đó thuốc lào phổ biến hơn ở nhóm thu nhập thấp, còn thuốc lá phổ biến ở nhóm thu nhập cao (Guindon và cs 2010). Thuốc lá ở Việt Nam hiện có mức thuế suất 42% (thuế tiêu thụ khoảng 33% trên giá bán lẻ, VAT khoảng 9%; trong khi thuốc lào chưa có thuế (WHO 2010).

Thuế suất của thuốc lá (ở Việt Nam – ND) là thấp hơn mức 65-80% giá bán lẻ do Ngân hàng Thế giới đề xuất; WHO kiến nghị quy định riêng thuế tiêu thụ đặc biệt phải chiếm 70% giá bán lẻ dựa trên kết quả nghiên cứu ở những nước đã đạt được một số cải thiện về y tế do giảm hút thuốc. Người nghèo trên toàn thế giới thường là đối tượng hút thuốc nhiều hơn và ở Việt Nam cũng vậy (Anh và cs 2011). Tính bình quân, các hộ nghèo chi tiêu cho thuốc lá nhiều hơn cả chi cho học hành hay y tế (Lam, Simon và Taylor 2006). Hộ nghèo cũng có gánh nặng y tế do hút thuốc cao hơn.Ở Việt Nam, nhà nước chi trả hơn một nửa những chi phí này (Ross, Trung và Phu 2007). Một nghiên cứu mới đây (2007) ước tính có thể huy động được thêm 4,5 nghìn tỉ đồng nguồn thu nếu tăng thuế thuốc lá lên 1/3 đối với thuốc lá điếu ở Việt Nam (qua đó cũng giảm số lượng người hút thuốc được khoảng 1 triệu người).

Hiện có những khả năng có thể huy động thêm nguồn vốn cho BPTD nhờ tăng số lượng người tham gia đóng góp BHYT ở Việt Nam.Trên thực tế, Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân cho rằng mức bao phủ BHYT đối với đối tượng tham gia (công chức, lao động có việc làm chính thức ở doanh nghiệp tư nhân) sẽ tăng từ khoảng 60% hiện nay lên 75% vào năm 2015, và một phần nguồn kinh phí bổ sung dùng để hỗ trợ cho những đối tượng được trợ cấp toàn bộ và một phần sẽ lấy từ các đối tượng bắt buộc. Tuy phần lớn những người hiện chưa tham gia bảo hiểm ở Việt Nam là người không thuộc diện nghèo, nhưng tình trạng không chính thức vẫn là một rào cản đối với việc thu bảo hiểm, như đề cập trong Chương 2.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Tăng phí bảo hiểm là một giải pháp thay thế để huy động nguồn thu bổ sung cho BPTD. Lieberman và Wagstaff (2009) cho rằng vẫn có khả năng tăng phí bảo hiểm đối với những đối tượng bắt buộc, căn cứ vào tỉ lệ chi trả từ tiền túi khá lớn ở Việt Nam.Trong mô hình của mình, các tác giả cho rằng nếu tăng gấp đôi mức phí bảo hiểm đối với đối tượng lao động chính thức thì sẽ có thể huy động được nguồn vốn bổ sung để tăng chiều sâu của chương trình BHYT cho toàn bộ các đối tượng tham gia. Luật pháp Việt Nam hiện nay cho phép tăng mức phí bảo hiểm. Tuy nhiên, trước tình hình suy thoái tăng trưởng kinh tế hiện nay, giải pháp này khó có thể thực hiện được.

Nâng mức phí bảo hiểm có thể gây ảnh hưởng xấu về việc làm vì người sử dụng lao động có thể sẽ có phản ứng tiêu cực với việc tăng chi phí bảo hiểm. Tăng phí bảo hiểm cũng có thể dẫn đến gia tăng tình trạng phi chính thức, vì phí bảo hiểm của lao động không chính thức được trợ cấp. Một lựa chọn có thể sử dụng là tăng đóng góp theo từng giai đoạn trong 3-5 năm tới thay vì tăng đột ngột, có tính đến hiệu quả đạt được trong lĩnh vực y tế và gánh nặng tiềm năng các hộ gia đình và người lao động, đồng thời khắc phục được tư tưởng rằng một số nhóm đối tượng không đóng phí "quá cao" cho BHYT (ngay cả khi sự gia tăng đóng góp có thể là xứng đáng trên quan điểm của sự tiến bộ và đoàn kết xã hội). Nếu mức phí bảo hiểm được hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cũng tăng trong cùng giai đoạn thì sẽ dẫn tới tăng chi phí từ ngân sách, thay vì giảm chi phí ngân sách nhà nước.

Nguồn lực bên ngoài

Một giải pháp khác để tăng dư địa tài chính cho y tế, nhất là ở những nước thu nhập thấp, là huy động thêm các nguồn tài trợ, viện trợ nước ngoài dành riêng cho ngành y tế từ các nhà tài trợ quốc tế. Cam kết Viện trợ phát triển chính thức (ODA) cho ngành y tế Việt Nam giai đoạn 2008-2010 đạt tổng cộng 479 triệu US$ từ các nguồn song phương và 507 triệu US$ từ các nguồn đa phương. Mỹ và Hàn Quốc là hai nước tài trợ song phương lớn nhất, còn Ngân hàng Thế giới và Ngân hàng Phát triển Châu Á (quỹ đặc biệt) là hai nhà tài trợ đa phương lớn nhất (Bảng 5-3). Tổng cộng, trong giai đoạn 2008-2010, khoảng 9% trên tổng số các cam kết tài trợ dành cho phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó có HIV/AIDS, 5% cho chăm sóc sức khỏe cơ bản, và 1% cho phòng chống lao. Từ 2006 đến 2008, 1,3% trên tổng số các cam kết tài trợ dành cho chống sốt rét và 0,05% dành cho kế hoạch hóa gia đình.Trong năm 2009 hay 2010 không có cam kết nào cho chống sốt rét hay kế hoạch hóa gia đình.[10]

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính khoảng 3,4% tổng chi tiêu y tế ở Việt Nam năm 2010 được cấp vốn từ viện trợ. Tỉ lệ này nhìn chung khá ổn định kể từ năm 1998 (Hình 5-6). Tỉ lệ vốn viện trợ hiện tại trong tổng chi tiêu y tế của Việt Nam thấp hơn đáng kể so với mức bình quân của các nước thu nhập trung bình thấp (12,4%) và khu vực Đông Á Thái Bình Dương nói chung (18,1%), dù tỉ lệ bình quân của khu vực này đạt mức cao chủ yếu do tính cả các nước nhỏ khu vực Thái bình dương.

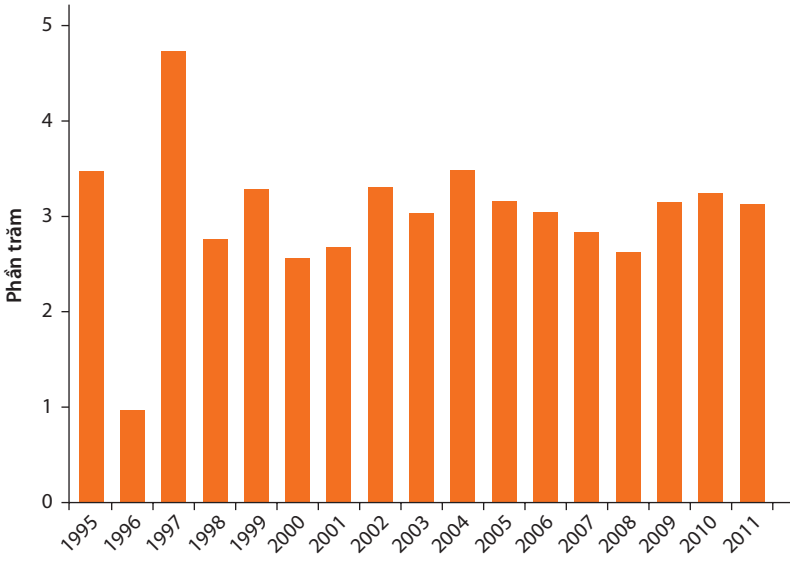
Căn cứ trên đà giảm gần đây là việc Việt Nam hiện đã trở thành nước có thu nhập trung bình thấp, có thể nói viện trợ nước ngoài khó có thể là một giải pháp khả thi để tạo sự chủ động tài chính cho ngành y tê của Việt Nam, đặc biệt khi cuộc khủng hoảng hiện nay vẫn đang ảnh hưởng đến hầu hết các nước viện trợ. Tính đến năm 2011, vốn viện trợ đã tăng đều đặn trong hơn 10 năm. Năm 2011, viện trợ cho các dự án song phương chủ yếu tạo nguồn vốn cho nhiều chương trình y tế ở Việt Nam đã giảm 4,5 % theo giá trị thực (OECD 2012).

Bảng 5.3 ODA cho ngành Y tế ở Việt Nam (2008-10) (số liệu bình quân)

Nguồn:	*Số vốn cam kết (triệu USD)*
Tổng vốn song phương	***160***
Hoa Kỳ	70
Hàn Quốc	22
Đức	15
Tổng vốn đa phương	***169***
Cơ quan phát triển quốc tế IDA	52
Quỹ đặc biệt của ADB	44
Các tổ chức của EU	24

Nguồn: OECD 2013

Hình 5.6 Tỉ trọng vốn viện trợ trong tổng chi tiêu cho y tế của Việt Nam (1995-2010)



Nguồn: WHO 2013

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 5.4 Thực trạng về khả năng tài chính y tế ở Việt Nam

Nguồn của dư địa tài chính	*Thông tin chính*	*Triển vọng dư địa tài chính*
Điều kiện kinh tế vĩ mô	Tốc độ tăng trưởng dự kiến sẽ tăng trở lại mức trước khủng hoảng; mức dao động thu nhập cao trong chi tiêu công cho y tế.	Trung bình
Tái định hướng ưu tiên về y tế trong ngân sách nhà nước	Tỉ trọng chi tiêu y tế trong ngân sách được pháp luật bảo vệ nhưng chưa có quy định rõ sẽ thực hiện như thế nào và liệu mục tiêu này có bền vững hay không.	Trung bình
Nguồn vốn dành riêng cho ngành y	Thuế đánh vào những "tật xấu", đặc biệt là thuốc lá, cũng như số đối tượng tham gia BHYT tăng có thể là những yếu tố tạo sự chủ động tài chính dành riêng cho y tế nhưng có thể vẫn chưa đủ.	Trung bình
Tài trợ, viện trợ nước ngoài riêng cho y tế	Tuy mức phụ thuộc vào viện trợ thấp nhưng xu hướng giảm viện trợ hiện nay sẽ hạn chế khả năng tăng viện trợ cho y tế.	Thấp
Nâng cao hiệu quả	Chương sau	Rất cao

Khuyến nghị

Chi phí để đạt các mục tiêu về BPTD trong Đề án thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân sẽ không thể đạt được chỉ bằng cách tăng ngân sách. Tiết giảm chi tiêu và huy động nguồn lực thông qua hiệu quả, tiết kiệm sẽ là đòi hỏi thiết yếu để thực hiện BPTD.

Trong thời gian tới, thách thức đối với Việt Nam sẽ là làm sao để tìm cách mở rộng dư địa tài chính cho y tế, đối phó với áp lực ngày càng tăng về tăng chi tiêu, đặc biệt với những mục tiêu chính sách là đến năm 2015 đạt mức bao phủ 70% và đến 2020 là 80%. Trong chương này, chúng tôi đã phân tích chi tiêu công về y tế của Việt Nam trên góc độ chủ động tài chính. Bảng 5-4 trình bày tóm tắt triển vọng về chủ động tài chính dựa trên 5 thành tố chính: điều kiện kinh tế vĩ mô thuận lợi, tái xác định ưu tiên cho y tế trong ngân sách, nguồn vốn dành riêng cho ngành y, tài trợ/viện trợ nước ngoài và tăng cường hiệu quả. Giải pháp tối ưu về dư địa tài chính cho y tế ở Việt Nam có lẽ sẽ là nâng cao hiệu quả của các nguồn vốn hiện có trong ngành y tế, và đây cũng là chủ đề của chương tiếp theo.

Chú thích

1. Bằng chứng từ kinh nghiệm cho thấy tầm quan trọng của những yếu tố khác như tỉ lệ tham nhũng, phân bổ sắc tộc-ngôn ngữ, trình độ học vấn trung bình của dân số trong phân bổ ưu tiên cho y tế của nhà nước.
2. Căn cứ trên phân tích số liệu Việt Nam năm 2008 của Ngân hàng Thế giới.
3. Tính toán của cán bộ Ngân hàng Thế giới.

4. Tỉ trọng nguồn thu trên GDP của Việt Nam đạt khoảng mức bình quân đối với nước thu nhập trung bình thấp, nhưng cao hơn đáng kể so với những nước lân cận như Indonexia, Philipin là những nước có tỉ lệ giữa nguồn thu và GDP đạt gần 20%.
5. Chi tiêu công (hay chi tiêu chung) của nhà nước cho y tế, bao gồm mọi khoản chi BHYTXH.
6. Giãn cách thu nhập là tỉ lệ thay đổi chi tiêu cho y tế của nhà nước trên mỗi phần trăm thay đổi GDP.
7. Chỉ tỉ trọng chi cho y tế trên tổng chi tiêu của nhà nước và là chỉ tiêu thay thế cho mức ưu tiên. Tỉ trọng cao không nhất thiết là mức chi tiêu cho y tế trên đầu người của nhà nước cao, ví dụ như khi tổng chi tiêu của nhà nước của một nước còn thấp.
8. Ước tính Tài khoản y tế quốc gia (TKYTQG) của WHO có khác đôi chút so với tính toán về mức chi tiêu cho y tế của nhà nước và tổng chi tiêu nhà nước của từng nước trong một số đề cương chính sách trước; để đối chiếu giữa các nước, phần này sử dụng số liệu về TKYTQG của WHO và riêng Việt Nam sẽ sử dụng số liệu của từng nước, tổng hợp từ tính toán của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (BHXHVN), Quỹ tiền tệ Quốc tế (IMF) và Ngân hàng Thế giới.
9. Ôtxtrâylia, Hàn Quốc, Thái Lan, Mỹ là ví dụ về những nước đã triển khai thành công chính sách phân bổ riêng nguồn thu thuế từ thuốc lá cho đầu tư y tế công. Philipin mới đây đã thông qua luật định phân bổ riêng thuế đánh trên các tật xấu để trợ cấp bảo hiểm cho người nghèo và các nhóm yếu thế trong chương trình bảo hiểm xã hội của nước này.
10. Tuy chưa có cam kết về sốt rét hay kế hoạch hóa gia đình cho năm 2009 hay 2010 nhưng trong cả hai năm này đều có kinh phí giải ngân cho sốt rét và năm 2009 là cho công tác kế hoạch hóa gia đình. Từ 2008 đến 2010, khoảng 13% tổng các khoản giải ngân được sử dụng cho phòng chống LNĐTD, trong đó có HIV, 3,2% cho khám chữa bệnh cơ bản, 0,9% cho phòng chống lao, 1,1% cho sốt rét, 0,3% cho kế hoạch hóa gia đình.

Tài liệu tham khảo

ADB (Ngân hàng phát triển Á Châu). 2006. *Chỉ số chính 2006: tính toán hiệu quả chính sách trong lĩnh vực y tế và giáo dục.* Manila: Ngân hàng phát triển Á Châu.

Anh, P. H., D. Efroymson, L. Jones, S. FitzGerald, L. T. Thu, L. T. T. Hein. 2011. *Thuốc lá và nghèo đói: Bằng chứng từ tổng quan nghiên cứu về Việt nam.* Quỹ HealthBridge Canađa. http://www.healthbridge.ca/tobacco_poverty_Appendix%207%20Vietnam%20Final%20Research%20Report.pdf.

Grover, A. 2011. Báo cáo của *Báo cáo viên đặc trách về Quyền của mọi người được hưởng những tiêu chuẩn cao nhất có thể về sức khỏe thể chất, tinh thần.* Geneva: Ban Nhân quyền Liên hợp quốc.

Guindon, G. E., H. Nguyen-Thi-Thu, K. Hoang-Van, E. McGirr, T. Dang-Vu, L. Nguyen-Tuan. 2010. *Thuế thuốc lá ở Việt Nam.* Pari: Hiệp hội bài lao và bệnh phổi quốc tế.

Hanai, K., M. Huyen Thi Bach. 2006. "Phân bổ nguồn thu giữa ngân sách trung ương và địa phương ở Việt Nam". Chương 7, trong *Báo cáo thu hoạch Chương trình nghiên*

cứu chung về Hệ thống thuế Việt Nam. Vụ Chính sách Thuế, Bộ Tài chính, nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, và Viện nghiên cứu chính sách, Bộ Tài chính.

IMF (Quỹ Tiền tệ Quốc tế). 2012. *Điều IV. Tham vấn: Việt Nam.* Báo cáo của cán bộ về Điều IV. Tham vấn, 2012, Báo cáo quốc gia của IMF số 12/165, Washington, DC.

———. 2013. Cơ sở dữ liệu Triển vọng Kinh tế Thế giới. Truy cập tháng 10/2013. Đăng tải tại http://www .imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/weodata/index.aspx.

Lam, N. T., C. Simon, R. Taylor. 2006. "Tác động kinh tế của chi tiếu cho thuốc lá đối với hộ nghèo ở Việt Nam". VINACOSH, chuyên khảo nghiên cứu về phòng chống thuốc lá, giai đoạn 1999–2005, Bộ Y tế.

Lieberman, Samuel, Adam Wagstaff. 2009. *Tài chính y tế và cung cấp dịch vụ ở Việt Nam: Hướng đi sắp tới.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Newhouse, J. P. 1977. "Chi tiêu y tế: Điều tra giữa các nước." *Tạp chí Nguồn nhân lực* 12 (1): 115–25.

OECD (Tổ chức Hợp tác Phát triển Kinh tế). 2012. "Phát triển: Viện trợ cho nước đang phát triển giảm do suy thoái toàn cầu." http://www.oecd .org/newsroom/developmentaidtodevelopingcountriesfallsbecauseofglobalrecession .htm.

———. 2013. Creditor Reporting System Database. http://stats.oecd.org/Index.aspx ?datasetcode=CRS1.

———. 2013. Cơ sở dữ liệu của hệ thống báo cáo trái chủ. http://stats.oecd.org/Index .aspx?datasetcode=CRS1.

Prakongsai, P., W. Patcharanarumol, V. Tangcharoensathien. 2008. "Ngân sách riêng có huy động, duy trì được nguồn đầu tư cho ngành y tế không?" *Tờ tin Tổ chức Y tế Thế giới* 86 (11): 898–901.

Ross H., D. V. Trung, V. X. Phu. 2007. "Chi phí của thuốc lá tại Việt Nam: Trường hợp khám chữa nội trú." *Phòng chống thuốc lá* 16 (6): 405–9.

Savedoff, W. 2004. "Đầu tư bằng tiền thuế cho hệ thống y tế: Phương án, kinh nghiệm." Bằng chứng, thông tin từ Tham luận chính sách số 4, Tổ chức Y tế Thế giới, Geneva.

Shelton, C. A. 2007. "Quy mô, phân bổ chi tiêu của nhà nước." *Tạp chí Kinh tế công* 91 (11): 2230–60.

Van Tien, T., H. T. Phuong, I. Mathauer, N. T. K. Phuong. 2011. *Đánh giá tài chính y tế Việt Nam tập trung vào bảo hiểm y tế xã hội (vướng mắc thể chế, tổ chức về tài chính y tế và phương án đẩy nhanh tiến độ thực hiện bảo hiểm toàn dân).* Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

Vo, D. H. 2005. "Phân cấp quản lý tài chính ở Việt Nam: Điều tra sơ bộ." Tham luận kinh tế 05–16, Đại học Kinh tế Thương mại: Đại học Tây Úc.

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2010. *Cẩm năng kỹ thuật của WHO về quản lý thuế thuốc lá.* Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

———. 2011. "Báo cáo của WHO về nạn dịch thuốc lá toàn cầu 2011: Cảnh báo nguy cơ của thuốc lá." Sáng kiến không thuốc lá, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf.

———.2013a. "Tài khoản y tế quốc gia Việt Nam". http://www.who.int/nha/country/vnm/en/.

———.2013b. "Tài khoản y tế quốc gia - cơ sở dữ liệu chi phí y tế toàn cầu." http://www.who.int/nha/expenditure_database/en.

Ngân hàng Thế giới. 2011. *Báo cáo phát triển Việt nam 2012: Kinh tế thị trường ở Việt Nam khi trở thành nước thu nhập trung bình.* Báo cáo chung của nhà tài trợ cho Hội nghị nhóm tư vấn các nhà tài trợ cho Việt Nam, 6/12/2011, Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

———. 2013. *Chỉ số phát triển thế giới 2013.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới. Mã doi: 10.1596/978-0-8213-9824-1. Giấy phép: Quyền sáng tạo chung CC BY 3.0.

CHƯƠNG 6

Giảm sự phân mảnh trong hoà quỹ chia sẻ rủi ro

Hai chương trước phân tích chỉ một phần tổng chi phí dự tính của khoản kinh phí mở rộng diện bao phủ có thể được đáp ứng thông các nguồn ngân sách bổ sung. Chương này và chương tiếp theo phân tích cách thức các nguồn hiện được sử dụng hiệu quả và công bằng như thế nào.

Sự phân mảnh quỹ BHYT vừa không hiệu quả, vừa không công bằng. Về nguyên tắc,Việt Nam có một hệ thống BHYT đơn nhất với một quỹ chung và một gói quyền lợi thống nhất. Trên thực tế, quỹ BHYT và hoà quỹ để chia sẻ rủi ro đang bị phân mảnh tới nhiều nhóm đối tượng bảo hiểm và các tỉnh. Điều này dẫn đến sự bất bình đẳng lớn trong bối cảnh gia tăng chi phí hành chính không cần thiết và dư địa tài chính và các lựa chọn tài chính bị hạn chế.

Phân mảnh trong hoà quỹ chia sẻ rủi ro và tác động

Về cơ bản, chương trình BHYT của Việt Nam áp dụng chính sách một người chi trả, một quỹ chung và một gói quyền lợi thống nhất. Thời kỳ đầu phát triển BHYT, có nhiều chương trình BHYT được xây dựng như nêu trong Chương 1, mỗi chương trình có quỹ riêng. Từ giữa năm 1992 - 1998, mỗi tỉnh có quỹ BHYT riêng của mình. Luật BHYT ra đời năm 2008 là một bước ngoặt quan trọng trên lộ trình tiến tới BPTD bởi vì luật thống nhất các chương trình và các quỹ bảo hiểm vào một chương trình bảo hiểm duy nhất với một đối tượng chi trả duy nhất trong BHXHVN. Điều này đã đưa Việt Nam lên trước một số quốc gia khác trong khu vực như Trung Quốc và Indonesia, các quốc gia có nhiều chương trình bảo hiểm liên quan đến nhiều đối tượng chi trả.

Trên thực tế, Chương trình BHYT của Việt Nam vẫn thể hiện mức độ phân tán cao trong tạo quỹ chung để chia sẻ rủi ro. Theo luật BHYT, kinh phí BHYT được quản trị trong một quỹ chung. Trên thực tế, có 63 quỹ chia sẻ rủi ro tại các tỉnh thành, với số dân trong diện bảo hiểm từ 300.000 đến 4,8 triệu người. Việc có nhiều nhóm đối tượng BHYT, mỗi nhóm có mức đóng khác nhau vào quỹ chung khiến cho mức độ phân tán quỹ gia tăng.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

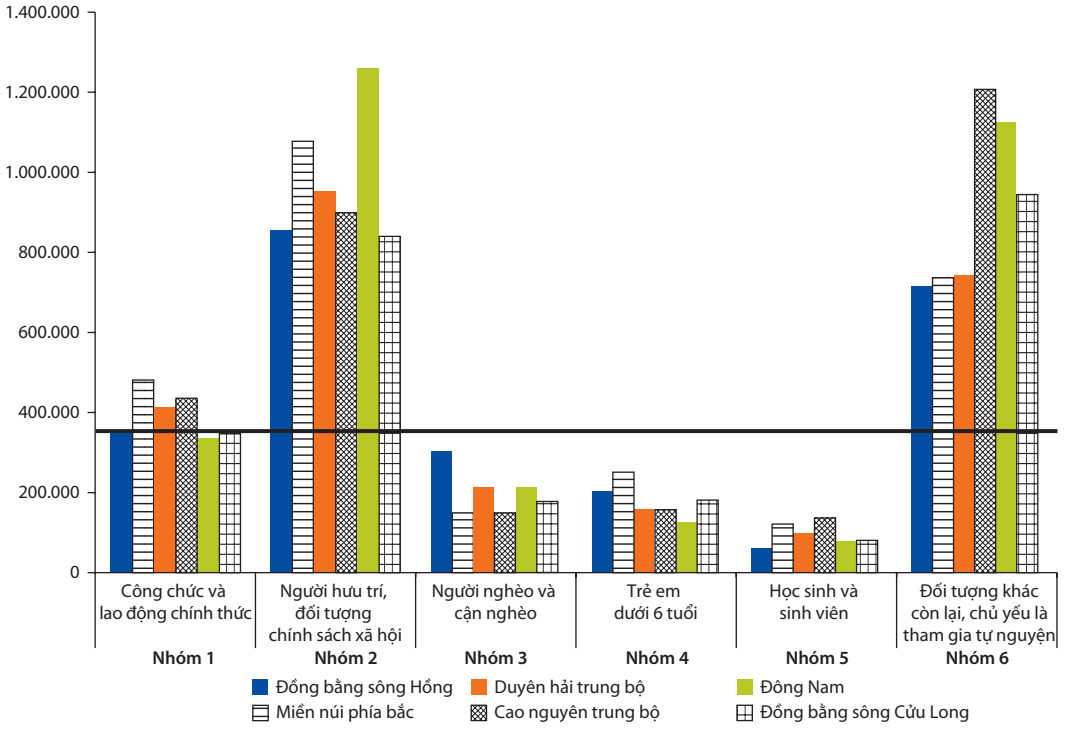
Kết quả là, việc tạo quỹ chung để chia sẻ rủi ro bị hạn chế giữa các nhóm đối tượng BHYT[1] và giữa các tỉnh. Thứ nhất, nguồn thu bảo hiểm không được hợp nhất để chia sẻ rủi ro giữa các nhóm đối tượng tham gia BHYT. Các nhóm bảo hiểm không dựa trên nguyên tắc điều chỉnh rủi ro để đảm bảo chi trả công bằng cho các cơ sở y tế theo mức độ rủi ro của đối tượng bệnh nhân mà các cơ sở y tế chịu trách nhiệm quản lý. Có sự không đồng nhất đáng kể về nguy cơ rủi ro giữa các nhóm bảo hiểm (Van Tien và cs 2011). Thứ hai, có sự hạn chế trong tạo quỹ chung để chia sẻ rủi ro giữa các tỉnh. Các quỹ BHYT vẫn do BHXH cấp tỉnh quản lý. Quỹ khám chữa bệnh BHYT tại mỗi tỉnh bằng 90% tổng thu phí BHYT của các đối tượng bảo hiểm trong tỉnh. Nếu một tỉnh có số thặng dư quỹ vào cuối năm thì 60% BHXH tỉnh được giữ lại để đầu tư và 40% chuyển về quỹ dự phòng trung ương. Thứ ba, hệ thống chi trả theo định suất đang áp dụng góp phần vào sự phân mảnh quỹ chia sẻ rui ro chung. Quỹ định suất được tính riêng cho mỗi nhóm của tổng sáu nhóm đối tượng khác nhau trên cơ sở chi phí và sử dụng của năm trước (xem phụ lục 1 để biết thêm chi tiết về các phương pháp định suất). Có thể tìm thấy nguồn gốc của hệ thống phân tán này từ những giai đoạn đầu phát triển BHYT khi có nhiều chương trình bảo hiểm còn tồn tại.

Trước tiên, cách tính suất phí riêng rẽ cho từng nhóm đối tượng tham gia BHYT làm tăng thêm sự bất bình đẳng hiện có giữa người giàu và người nghèo. Mức định suất chủ yếu phản ánh những rào cản vật lý và địa lý hiện có để tiếp cận chăm sóc y tế của các nhóm BH. Ví dụ, mức định suất cho cán bộ công chức và người lao động khu vực chính thức là gần như gấp đôi so với người nghèo, mà không có sự hiệu chỉnh chi phí y tế theo giới và tuổi. Hình 6-1 thể hiện suất phí trung bình theo khu vực đối với sáu nhóm. Trong năm 2010-11, phí bảo hiểm thường niên áp dụng đối với nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ phí BHYT là khoảng 380.000 đồng, hoặc tương ứng 4,5 % mức lương cơ bản, thể hiện bằng đường thẳng ngang màu đỏ trong Hình 6-1. Rõ ràng là học sinh và sinh viên cũng như người nghèo được hưởng suất phí dưới mức đóng góp. Hệ quả là người nghèo trợ cấp cho người có thu nhập tốt hơn, như lao độngkhu vực chính thứcvà người hưởng lương hưu, trợ cấp.

Phương thức thanh toán theo định suất hiện hành làm tăng sự bất bình đẳng hiện có giữa các tỉnh. Tỉnh có tỉ lệ nhóm người nghèo hoặc dân tộc thiểu số lớn hơn thì có xu hướng chi phí trên đầu người thấp hơn so với các tỉnh khá giả hơn vì các nhóm đối tượng này thường ít sử dụng dịch vụ. Điều này một phần phản ánh cơ sở hạ tầng và chất lượng dịch vụ y tế yếu hơn ở các tỉnh này. Ví dụ, đối với người nghèo, ở đồng bằng sông Hồng, Đông Nam bộ và Duyên hải Nam Trung Bộ có tỷ lệ định suất cao nhất, thể hiện việc tiếp cận các dịch vụ y tế rất dễ dàng và sẵn có các dịch vụ công nghệ cao tạicác tỉnh này. Qui mô quỹ định suất tại mỗi tỉnh thay đổi theo các thành phần tham gia BH, rào cản địa lý tiếp cận các dịch vụ, và năng lực kỹ thuật của các bệnh viện cung cấp dịch vụ. Vì sử dụng khoản kinh phí thặng dư trong quỹ BH của một tỉnh để chi trả cho các khoản thâm hụt của tỉnh khác nên các tỉnh nghèo hơn lại đang trợ cấp các tỉnh giàu hơn.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 6.1 Mức định suất bình quân (VND) theo vùng (2011)

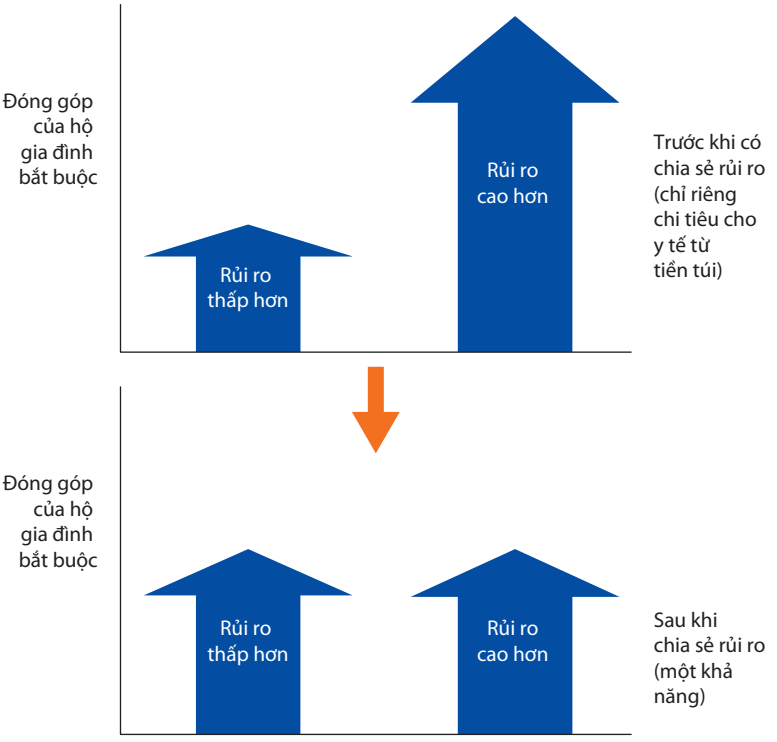


Nguồn: VCLCSYT 2013
Chú thích: Đường màu đen chỉ mức phí bảo hiểm hàng năm của đối tượng được trợ cấp là 380.000 đồng (4,5% mức lương tối thiểu).

Phương thức chi trả theo định suất hiện hành dẫn đến việc dịch vụ cung cấp dưới định mức đối với các nhóm nghèo và các nhóm dễ bị tổn thương khác. Với suất phí chênh lệch lớn giữa các nhóm đối tượng, các tỉnh quản lý quỹ định suất cho từng nhóm và xác định trần chi trả cho các bệnh viện huyện (Văn Tiến 2011). Bệnh viện huyện sẽ hạn chế dịch vụ trong giới hạn quỹ định suất tính riêng cho từng nhóm. Ví dụ, nếu cơ sở y tế có nhiều người tham gia BHYT thuộc nhóm được ngân sách nhà nước trợ cấp phí bảo hiểm như người nghèo thì thường cung cấp ít dịch vụ hơn, do suất phí của nhóm đối tượng này tương đối thấp. Kết hợp với sự bất bình đẳng hiện có trong việc sử dụng và chi tiêu BHYT (được thảo luận trong Chương 3), việc cung cấp dịch vụ dưới định mức làm giảm đi sự chia sẻ rủi ro của BHYT.

Cuối cùng, sự phân mảnh làm tăng chi phí hành chính. Trùng lập đối tượng trợ cấp bảo hiểm không phải là ít gặp, ví dụ trong nhóm đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi và sinh viên, những đối tượng có đủ điều kiện hưởng trợ cấp bảo hiểm theo các nhóm đối tượng khác nhau. Ngoài ra, sự phân mảnh làm giảm ưu thế trong chiến lược mua dịch vụ y tế của BHXHVN bởi nhiều người mua sẽ làm giảm đi sự khuyến khích tăng hiệu suất cung cấp dịch vụ của cơ sở y tế (sẽ phân tích trong Chương 8).

Hình 6.2 Hiệu quả của chia sẻ rủi ro



Nguồn: Baeza và Packard 2006. Được trích dẫn từ Langenbrunner và Somanathan 2011.

Kinh nghiệm quốc tế về giảm sự phân mảnh của quỹ chia sẻ rủi ro

Mục tiêu hàng đầu của BPTD là chia sẻ rủi ro giữa người giàu và người nghèo, giữa người khỏe mạnh và người ốm yếu và giữa trẻ em và người già. Điều này giúp nâng cao sự công bằng trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế và giảm thiểu tác động của các khoản tự chi trả bằng tiền túi đối với người nghèo, người bệnh và người cao tuổi (Hình 6-2). Việt Nam không phải là một nước ngoại lệ trong khu vực khi chưa hoàn toàn đạt được mục tiêu này. Trung Quốc, In đô nê xia, Phi líp pin là các quốc gia áp dụng nhiều chương trình bảo hiểm BHYT; mỗi chương trình bảo hiểm khác biệt về cơ chế quản lý và gói quyền lợi, ít có sự chia sẻ rủi ro giữa các chương trình BH đó; kết quả là tạo ra sự phân tán đáng kể trong tạo quỹ chia sẻ rủi ro. In đô nê xia là nước đã ban hành Luật để xây dựng một chương trình bảo hiểm đơn quỹ, bắt đầu có hiệu lực từ năm 2014, nhưng chưa rõ là sẽ mất bao lâu để hoàn thành.

Mục tiêu chia sẻ rủi ro được đáp ứng nói chung tốt hơn khi các nước chuyển từ thu nhập thấp và trung bình lên thu nhập cao (Langenbrunner và Somanathan 2011). Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan (Trung Quốc) đều thực hiện các chiến lược tăng cường sự chia sẻ quỹ bảo hiểm; các nước này đều đã

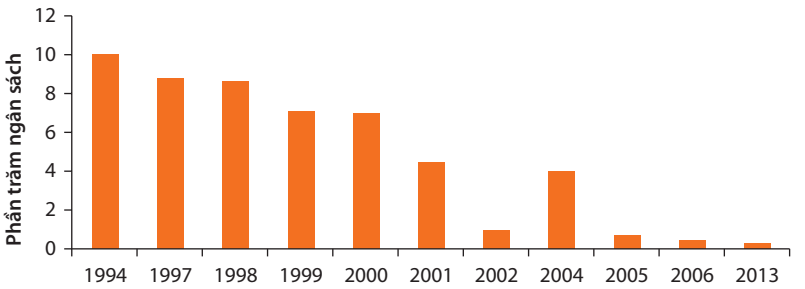
Hộp 6.1 Sự hình thành quỹ chia sẻ rủi ro ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan (Trung Quốc)

Hàn Quốc. Hệ thống BHYT quốc gia bắt đầu với hơn 350 hiệp hội BHYT phi lợi nhuận chia thành 3 nhóm đối tượng bảo hiểm: công nhân, nhân viên nhà nước và giáo viên, và lao động tự do. Hệ thống này được triển khai trong 12 năm, bắt đầu từ năm 1977, theo số lao động của từng chủ sử dụng lao động. Năm 2000, dưới sự lãnh đạo chính trị mạnh mẽ, các hiệp hội bảo hiểm này này đã được sát nhập thành một chương trình duy nhất. Quá trình hợp nhất được thực hiện đối với 139 quỹ BHYT của các hội nghề nghiệp, 227 quỹ BHYT của lao động tự do, và các chương trình BHYT của Chính phủ và trường tư. Sự bất bình đẳng giữa các nhóm thu nhập và nghề nghiệp là nguyên nhân chính dẫn đến sự cải cách. Việc sát nhập tài chính không được thực hiện đầy đủ cho đến tháng 7 năm 2003. Chi phí quản lý thấp hơn nhiều nhờ sự hợp nhất của các chương trình, giảm từ khoảng 10% của tổng chi năm 1994 xuống còn 0,4% tổng chi trong năm 2006 (Hình 6-3).

Đài Loan, Trung Quốc. Đài Loan đạt được mục tiêu bao phủ toàn dân khi ba chương trình BHYT hợp nhất thành một quỹ BHYT. Trước năm 1995, chỉ có 57 % cư dân có bảo hiểm thông qua bảo hiểm lao động (thành lập năm 1950), Bảo hiểm công chức Chính phủ (thành lập năm 1958), và Bảo hiểm nông dân (thành lập năm 1989). Mô hình một đối tượng chi trả đã được phát triển để đảm bảo tốt hơn quyền tiếp cận và kiểm soát chi phí tốt hơn ở cấp quốc gia (và toàn cầu). Quy trình giám định chi trả đã được chuẩn hóa. Tương tự như Hàn Quốc, chi phí hành chính tại Đài Loan, Trung Quốc, là thấp, khoảng 1,76 % (Hu 2007).

Nhật Bản. Có nhiều quỹ bảo hiểm nhưng có cơ chế cân bằng để đảm bảo điều chỉnh chia sẻ rủi ro. Hệ thống các quỹ BHYT Nhật Bản chia thành ba nhóm quỹ, mỗi nhóm có các biến thiên đa dạng. Hai nhóm đầu dựa trên người sử dụng lao động, nhóm thứ ba là các quỹ BHYT cộng đồng, tổng cộng khoảng 3.000 quỹ BH. Mức đóng góp và rủi ro biến thiên giữa các quỹ và nhóm quỹ. Có ba cơ chế cân bằng giữa các quỹ: (a) trợ cấp của Chính phủ cho các quỹ cóngười tham gia thu nhập thấp; (b) trợ cấp chéo giữa các quỹ và quỹ tái bảo hiểm bắt buộc đối với tất cả các quỹ (mỗi quỹ đóng góp 80% tổng ngân sách vào quỹ tái bảo hiểm, và

Hình B6.1.1 Chi phí hành chính tính trên tổng chi phí BHYT quốc gia của Hàn Quốc (1994-2006)



Nguồn: Chun 2007. Trích dẫn từ Langenbrunner và Somanathan, 2011. Số liệu 2013 của Cơ quan Bảo hiểm y tế và Kiểm định Hàn Quốc 2014.

tiếp trang sau

Hộp 6.1 Sự hình thành quỹ chia sẻ rủi ro ở Nhật Bản, Hàn Quốc và Đài Loan (Trung Quốc) *(tiếp)*

chi phí y tế vượt quá ngưỡng được thanh toán từ quỹ tái bảo hiểm), (c) một biểu phí thống nhất cho các nhà cung cấp (Ikegami 2008).

Nguồn: Langenbrunner và Somanathan, 2011.
a. Cấp thứ nhất là chương trình bảo hiểm đầu tiên giành cho khối lao động công, các chương trình cho lao động của các công ty lớn, và các chương trình được quản lý bởi hiệp hội hỗ trợ công chức nhà nước. Hiện có khoảng 78 chương trình giành cho công chức nhà nước và 1.600 chương trình giành cho lao động của các công ty lớn. Cấp thứ hai bao gồm một chương trình hỗ trợ của Chính phủ (Bộ Y tế) cho những doanh nghiệp nhỏ và vừa. Cấp thứ ba - được gọi là chương trình bảo hiểm công dân, giành cho lao động tự do và hưu trí – bao gồm cả những chương trình bảo hiểm cộng đồng, với 1.820 chương trình bảo hiểm cộng đồng và 166 chương trình bảo hiểm nghề nghiệp (ví dụ chương trình riêng của thợ mộc, bác sĩ, nha sĩ)

Hộp 6.2 Hợp nhất quỹ thông qua Cải cách tài chính công ở Chile

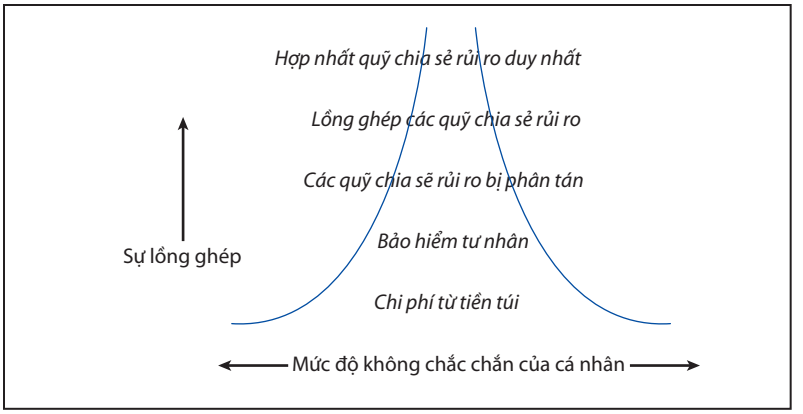
Năm 1985, Chi lê thực hiện một cuộc cải cách triệt để hệ thống y tế (với cải cách cơ cấu trong hệ thống trợ cấp người già). Chile tiến hành tách bảo hiểm và quản lý tài chính ra khỏi trợ cấp công cho các dịch vụ y tế và lập ra Quỹ Y tế Quốc gia (Fondo Nacional de Salud (FONASA)). Quỹ này được tài trợ từ nguồn thuế chung (để trợ cấp cho các khoản đóng góp cho người nghèo thuộc diện bảo trợ của quỹ bảo hiểm từ thuế chung) và 7% tiền lương của người lao động khu vực chính thức (công và tư). Cải cách thống nhất tất cả các nguồn tài chính công cấp cho y tế thành một quỹ chung, giảm sự trùng lặp và tạo cơ sở thực hiện mua dịch vụ y tế một cách chiến lược trong khu vực công. FONASA hợp nhất nguồn ngân sách nhà nước cấp cho Bộ y tế (từ thuế chung) và chương trình Bảo hiểm xã hội công cho người lao động chính thức (bãi bỏ vào năm 1985). Kết quả của các cải cách tiếp theo trong và giữa thập kỷ 90 và cuối cùng là cải cách pháp luật năm 2004, FONASA đã trở thành nhà bảo hiểm quan trọng nhất tại quốc gia này cung cấp dịch vụ bảo hiểm cho gần 80% dân số . FONASA được giao thu và quản lý tất cả các nguồn thu công cho y tế và sử dụng quỹ đó để mua các dịch vụ của các cơ sở y tế, nhà cung cấp công và tư. Công cuộc cải cách của FONASA đã diễn ra trong hơn 10 năm. Hợp nhất tất cả các nguồn tài chính là một quy trình kỹ thuật và chính trị phức tạp. Việc cải tổ củng cố hệ thống của FONASA thành một đơn vị mua dịch vụ y tế trong lĩnh vực công là đặc biệt phức tạp, đòi hỏi những nỗ lực chính trị và kỹ thuật quan trọng được thực hiện ở thập kỷ 1990.

Nguồn: Baeza và Packard 2006 như trích dẫn trong Langenbrunner và Somanathan

bắt khởi đầu với nhiều chương trình bảo hiểm theo nghề nghiệp và nơi cư trú, cũng giống như ở Việt Nam trước đây. Vấn đề này được tóm tắt trong Hộp 6-1. Kinh nghiệm của Chilê được tóm tắt trong Hộp 6-2 cũng đáng chú ý vì nó nêu bật những tác động lợi ích của việc tạo quỹ chia sẻ rủi ro từ góc nhìn hiệu quả. Hai vấn đề quan trọng cần lưu ý. Một là việc hợp nhất các quỹ là quá trình đòi hỏi sự hội nhập dần dần như trong Hình 6-4. Hai là trong bốn quốc gia thảo luận dưới đây, đó là một quá trình kỹ thuật và chính trị phức tạp diễn ra trong nhiều năm.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 6.3 Chia sẻ rủi ro



Nguồn: Smith và Witter 2004

Hộp 6.3 Phối hợp các nỗ lực trung ương và địa phương trong chương trình Y tế hợp tác mới ở Trung Quốc

Chương trình BHYT nông thôn mới, hay Chương trình y tế hợp tác mới (NCMS) của Trung Quốc đòi hỏi sự chỉ đạo quyết liệt của chính quyền trung ương để thực hiện các mục tiêu bảo vệ tài chính và bảo đảm sự tham gia của đối tượng thu nhập thấp là bắt buộc trong chương trình. Trung Quốc quy định mức đóng góp phí BHYT để khuyến khích chính quyền địa phương hành động. Chính quyền trung ương trả phần lớn phí bảo hiểm, còn chính quyền cấp tỉnh và huyện chỉ đóng góp phần đối ứng nhỏ. Quỹ BHYT được quản lý tại địa phương, chính quyền địa phương có quyền bố trí sử dụng quỹ theo nhu cầu thực tế của địa phương và sự tham gia BH của người dân. Giao địa phương quản lý quỹ BH đã đẩy mạnh sự quan tâm của địa phương trong việc thực hiện và nâng cao hệ thống y tế địa phương. Chỉ tiêu tham gia BH của địa phương được xác định, chính quyền địa phương được đánh giá theo kết quả thực hiện chỉ tiêu bao phủ BHYT.

Nguồn: Bonfert, Martin và Langenbrunner, 2013.

Phi tập trung hoá đặt ra những thách thức đặc biệt trong chia sẻ rủi ro. Mở rộng bảo trợ xã hội sẽ gặp nhiều khó khăn nếu thiếu sự tham gia mạnh mẽ của chính quyền cấp tỉnh và huyện.Ở Việt Nam, các chương trình của địa phương có thể làm tăng sự phân mảnh trong chia sẻ rủi ro và thiếu hiệu quả, đòi hỏi phải có sự điều hành và lãnh đạo mạnh mẽ của Chính phủ để đảm bảo sự hài hòa của các chương trình. Chương trình BHYT nông thôn mới (NCMS) của Trung Quốc (Hộp 6-3) là một kinh nghiệm tốt về sự chỉ đạo tốt của Chính phủ để đạt được các mục tiêu bảo vệ tài chính và bao phủ của BHYT. Cơ chế một quỹ có một số ưu điểm về hiệu quả và công bằng so với cơ chế đa quỹ (Kwon 2011).

Khuyến nghị

Khuyến nghị 1: Chia sẻ rủi ro cần được đẩy mạnh qua việc giảm bớt các nhóm đối tượng tham gia BHYT.
Các đối tượng hưởng lợi phải thuộc hoặc nhóm đối tượng đóng góp hoặc nhóm đối tượng được hưởng chế độ trợ cấp phí BHYT. Việc giảm bớt các nhóm đối tượng BH đã được đưa vào Luật BHYT sửa đổi bổ sung 2014.

Khuyến nghị 2: Trong dài hạn, quỹ BHYT chia sẻ rủi ro cần được BHXH 63 tỉnh thành chuyển về một đầu mối là BHXHVN/Ban BHYT.
Như đã phân tích chi tiết tại Chương 8, BHXHVN phải có đủ năng lực và chuyên môn để thực hiện đúng nhiệm vụ quan trọng là chia sẻ rủi ro mà không chỉ đơn thuần làm nhiệm vụ phân bổ nguồn quỹ không kèm theo bất kỳ hình thức điều chỉnh rủi ro hoặc cân bằng nào.

Chú thích

1. Hiện nay có 6 nhóm đối tượng bảo hiểm khác nhau: (a) công chức và lao động chính quy; (b) người nghỉ hưu, người có công, đối tượng chính sách/bảo trợ xã hội, cựu chiến binh; (c) người nghèo và cận nghèo; (d) trẻ dưới 6 tuổi; (e) học sinh, sinh viên; (f) toàn bộ những đối tượng còn lại, gồm người tha gia tự nguyện.

Tài liệu tham khảo

Baeza, C. C., T. Packard. 2006. *Trên mức sinh tồn: Bảo vệ hộ gia đình trước khủng hoảng y tế ở khu vực Mỹ Latinh.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Bonfert, A., A. Martin, J. Langenbrunner. 2013. "Thu hẹp khoảng cách – Kinh nghiệm toàn cầu về Bảo hiểm y tế cho lao động phi chính thức". Đề cương chihs sách 19, bản dự thảo sử dụng cho Hội nghị về Khu vực phi chính quy tại Yokyakarta, Indonesia, 29/9-2/10.

Chun, H. R. 2007. "Bài học kinh nghiệm về hệ thống bảo hiểm y tế của Hàn Quốc." Trình bày tại Hội nghị Tài chính Y tế do CHHG Iran tài trợ, Tehran.

VCLCSYT (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế). 2013. *Đánh giá quốc gia về cơ chế thanh toán cho cơ sở ở Việt Nam.* Báo cáo nghiên cứu, Hà Nội.

Hu, T-W. 2007. *Những cải cách tài chính y tế mới đây ở Trung Quốc và Đài Loan.* Đại học California, Berkeley, CA.

Ikegami, N. 2008. "Hệ thống y tế Nhật Bản: Thành công và thách thức trước mắt." *Đánh giá chính sách y tế Harvard 9* (1): 100–18.

Ban Bảo hiểm y tế Đánh giá Hàn Quốc. 2014. Thư từ cá nhân gửi ông Aparnaa Somanathan. 11/3/2014.

Kwon, S. 2011. "Tài chính y tế ở châu Á: Vướng mắc, tồn tại chính". *Tạp chí Y tế công cộng Châu Á Thái bình dương 23* (5): 651–61.

Langenbrunner, J. L., A. Somanathan. 2011. *Tài chính y tế ở Đông Á Thái bình dương: Thông lệ tối ưu và một số tồn tại.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Lu, J-F. R., W. C. Hsiao. 2003. "Bảo hiểm y tế toàn dân có giúp giảm chi phí y tế? Bài học của Đài Loan." *Vấn đề Y tế* 22 (3): 77–88.

22 (3): 77–88.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Smith, P. C., S. N. Witter. 2004. "Hợp quỹ bảo hiểm trong tài chính y tế: Tác động đến hiệu quả của hệ thống y tế." Tham luận HNP, Ngân hàng Thế giới, Washington, DC.

Van Tien, T., H. T. Phuong, I. Mathauer, N. T. K. Phuong. 2011. *Đánh giá tài chính y tế Việt Nam tập trung vào bảo hiểm y tế xã hội (vướng mắc thể chế, tổ chức về tài chính y tế và phương án đẩy nhanh tiến độ thực hiện bảo hiểm toàn dân)*. Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 7

Tăng cường phân bổ nguồn vốn và mua dịch vụ

Chương trước phân tích sự thiếu hiệu quả trong tổ chức thực hiện lập quỹ chia sẻ rủi ro. Chương này phân tích sự thiếu hiệu quả trong hoạt động phân bổ nguồn vốn và mua dịch vụ gồm:

1. *Gói quyền lợi quá hào phóng vẫn đang tiếp tục được mở rộng mà không xem xét hiệu quả chi phí và các tiêu chí khác;*
2. *Cơ chế chi trả cho cơ sở cung cấp dịch vụ và các chính sách khuyến khích trái chiều đối với các cơ sở dịch vụ dẫn tới sử dụng quá mức hoặc cung ứng dịch vụ quá mức;*
3. *Giá cao, sử dụng quá mức và không hợp lý thuốc;*
4. *Cơ cấu và các chính sách khuyến khích trong hệ thống cung ứng dịch vụ y tế dẫn tới việc sử dụng quá nhiều dịch vụ và hoạt động kém hiệu quả tại các bệnh viện.*

Nguyên nhân chung của tình trạng kém hiệu quả trên là một tập hợp các chính sách khuyến khích không bình thường (nguyên văn: distort incentive) đối với nhà cung ứng dịch vụ, hệ quả của việc phân bổ nguồn vốn và phương thức chi trả cũng như chính sách tự do hóa thị trường trong lĩnh vực y tế trong những năm qua ở Việt Nam.

Nếu không có cải cách để giải quyết các vấn đề thiếu hiệu quả nêu trên và các nguyên nhân chung thì mọi nỗ lực tiến tới BPTD sẽ không bền vững. Cải cách cần thiết gồm: (a) một quy trình rõ ràng để rà soát và chuẩn hóa các gói quyền lợi; (b) sửa đổi căn bản phương thức thanh toán định suất và phương pháp thanh toán theo phí dịch vụ; (c) các giải pháp nâng cao hiệu quả trong việc mua sắm và chi trả cho thuốc và kiểm soát giá thuốc; (d) trong dài hạn, xây dựng gói dịch vụ chăm sóc y tế ban đầu được định nghĩa tốt và được chi trả theo định suất, cùng với việc tăng cường cơ sở hạ tầng cho CSSK ban đầu.

Tối đa hóa giá trị của các nguồn lực hiện có sẽ là yếu tố quan trọng để đạt mục tiêu bảo hiểm toàn dân mà Chính phủ đã đề ra, cũng như bảo đảm tính bền vững tài chính của các mục tiêu này. Điều này đòi hỏi nâng cao hiệu quả

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 7.1 Những nguyên nhân chính của sự mất hiệu quả trong hệ thống y tế trên thế giới

	Nguyên nhân
1	Ít sử dụng thuốc gốc, giá thuốc cao hơn mức cần thiết
2	Sử dụng các loại thuốc kém chất lượng, thuốc giả
3	Sử dụng thuốc bất hợp lý, thiếu hiệu quả
4	Sử dụng quá nhiều hoặc cung cấp quá nhiều trang thiết bị, xét nghiệm, kỹ thuật
5	Bố trí nhân lực bất hợp lý hay chi phí cao, thiếu khuyến khích nhân viên y tế
6	Nhập viện điều trị nội trú không hợp lý, thời gian điều trị bất hợp lý
7	Quy mô bệnh viện bất hợp lý (mức sử dụng cơ sở vật chất thấp)
8	Sai sót trong khám chữa, chất lượng khám chữa bệnh còn thấp
9	Lãng phí, tham nhũng, gian lận
10	Lựa chọn can thiệp y tế thiếu hiệu quả (như giữa dự phòng và điều trị)

Nguồn: WHO, 2010.

sử dụng nguồn vốn từ ngân sách nhà nước và BHYT. Hiệu quả được hiểu là sử dụng, phân bổ đầu vào để làm sao tối đa hóa đầu ra cho một mức đầu vào nhất định hay để đạt một mức đầu ra nào đó với lượng đầu vào tối thiểu (hay chi phí thấp nhất). Người ta thường phân biệt hai khía cạnh của hiệu quả: (a) *hiệu quả kỹ thuật*, tức là đạt mức đầu ra tối đa từ đầu vào đã cho, và (b) *hiệu quả phân bổ*, có nghĩa là lựa chọn đầu vào tối ưu, với mức giá nhất định nhằm đạt đầu ra tối đa với chi phí thấp nhất (*Hollingsworth và Peacock 2008*).[1]

Quyết định phân bổ nguồn vốn và mua sắm của một quốc gia có tác động lớn nhất tới hiệu quả kỹ thuật và hiệu quả phân bổ. Đó là các quyết định về các dịch vụ nào được chi trả (gói quyền lợi), nhà cung ứng dịch vụ là ai (cấu trúc cung ứng) và cơ cấu khuyến khích nào trong thanh toán và cung ứng dịch vụ (phương thức chi trả). Ví dụ, trong số "Top 10" danh sách các nguyên nhân của kém hiệu quả trong ngành y tế do WHO đưa ra (Bảng 7-1), gần như tất cả các nguyên nhân đều liên quan tới sự thay đổi trong thiết kế gói quyền lợi, phương thức chi trả và cơ cấu của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế. Chương này phân tích các điểm chính trong phân bổ nguồn vốn và mua sắm, những nội dung cần được hoàn thiện nhằm mục tiêu tiết kiệm, hiệu quả cần thiết cho Việt Nam.

Nguồn gốc của sự không hiệu quả

Thiết kế gói quyền lợi

Các gói quyền lợi BHYT hiện nay rất hào phóng và tiếp tục được mở rộng không dựa trên sự xem xét đánh giá bằng chứng hoặc không theo một quy trình chuẩn mực. Gói quyền lợi BHYT được xác định rõ ràng trong Luật BHYT bao gồm một dải rộng các dịch vụ khám chữa bệnh và dự phòng. Luật cũng quy định cụ thể tỷ lệ cùng chi trả và trần được chi trả. Cải cách gần đây đã tăng thêm chiều sâu bao phủ (mở rộng gói quyền lợi) và tất cả các đối tượng bảo hiểm được hưởng cùng một gói quyền lợi, mặc dù không phải tất cả mọi người được hưởng lợi bình đẳng bởi có sự mất công bằng như đã

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

phân tích ở chương 3. Vấn đề then chốt là không có quy định về qui trình minh bạch để quyết định bổ sung dịch vụ vào gói quyền lợi: không có quy định về tiêu chuẩn/tiêu chí, không quy định những thông tin nào cần xem xét, không có quy định về việc ai sẽ đại điện cho các bên liên quan trong hội đồng để có thể đưa ra các ý kiến chuyên gia, không thiên vị trong xây dựng gói quyền lợi. Ngoài ra, BHXHVN là người chi trả, nhưng không có ý kiến trực tiếp mà chỉ là người nhận các quyết định có thể có tác động tới sự bền vững của quỹ. Cuối cùng không có nhóm chuyên gia chịu trách nhiệm đưa ra các quyết định có bằng chứng, nhất quán dựa trên phân tích hiệu quả chi phí, đánh giá công nghệ y tế (HTA) hoặc phác đồ dựa trên bằng chứng.

Hậu quả trực tiếp của cách thiết kế gói quyền lợi hiện nay là làm chi phí tăng lên nhanh chóng cho cả quỹ bảo hiểm và người được bảo hiểm. Khung giá viện phí mà BHXHVN đang áp dụng làm cơ sở chi trả cho các cơ sở y tế không tăng trong suốt giai đoạn 2005-2012. Để đối phó với khó khăn về ngân sách, các cơ sở y tế đã tìm cách bù đắp chi phí bằng cách yêu cầu bệnh nhân bảo hiểm phải trả viện phí cho các dịch vụ y tế nằm trong gói quyền lợi bảo hiểm, làm cho chi tiêu tiền túi của bệnh nhân luôn luôn cao (Xem Chương 3). Năm 2012, khung giá viện phí được điều chỉnh và bổ sung thêm danh mục 993 dịch vụ không có trong khung giá trước đây. Dự báo việc tăng giá viện phí sẽ tạo thêm áp lực đối với quỹ BHYT từ năm 2013 trở đi. Một nguyên nhân đặc biệt gây ra sự kém hiệu quả trong thiết kế gói quyền lợi là thuốc; vấn đề này sẽ được phân tích kỹ trong phần liên quan tới dược phẩm.

Phương thức thanh toán và những khuyến khích trái chiều đối với nhà cung cấp dịch vụ

Chính phủ đã thực hiện một số bước quan trọng và quyết định trong lĩnh vực cải cách phương thức thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ y tế. Đó là quyết định áp dụng phương thức thanh toán "khép kín" theo hình thức định suất cho nhà cung cấp dịch vụ, quy định trần thanh toán tối đa khi thanh toán theo viện phí và đang thử nghiệm thanh toán theo nhóm chẩn đoán (DRG) với mục tiêu áp dụng phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh. Chỉ có một số ít quốc gia đã đạt được và duy trì ổn định BPTD mà không loại bỏ hoặc kiểm soát chặt chẽ phương thức thanh toán theo phí dịch vụ.

Tuy nhiên, phương thức thanh toán BHYT hiện còn chắp vá, tạo ra một hệ thống không thống nhất với nhiều mâu thuẫn. Phương thức thanh toán hiện hành gồm thanh toán theo phí dịch vụ, theo định suất, và theo trường hợp bệnh (đang được áp dụng thử nghiệm) cùng với kinh phí từ ngân sách nhà nước cấp cho cơ sở y tế, vừa theo hình thức khoán tổng ngân sách vừa theo mục lục ngân sách (Bảng 7-2). Trong bối cảnh này, chức năng mua dịch vụ chiến lược không thể được khai thác triệt để để giảm bớt sự kém hiệu quả trong chia sẻ rủi ro và mua dịch vụ.

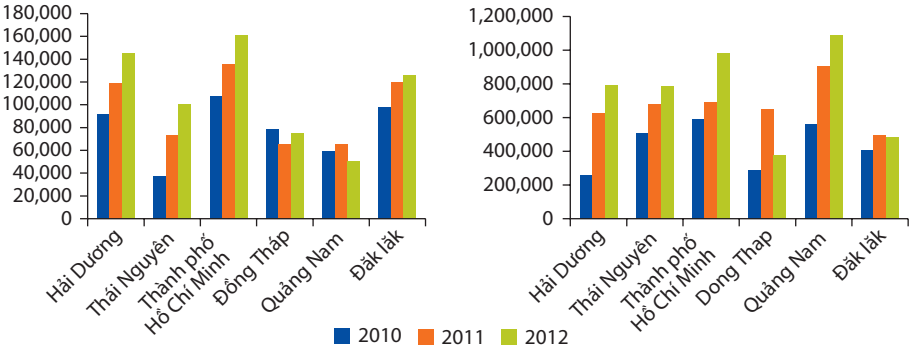
Hệ thống thanh toán theo định suất vẫn chưa kiểm soát được chi phí hoặc chưa góp phần phát triển một hệ thống chuyển tuyến hiệu quả ở cấp huyện. Mặc dù áp dụng định suất như là một bước tiến tới mua dịch vụ hiệu quả hơn nhưng trên thực tế phương thức thanh toán theo phí dịch vụ và theo

Bảng 7.2 Các phương thức thanh toán chi phí y tế tại Việt Nam

Loại nhà cung cấp DV	*Bên mua dịch vụ và phương thức thanh toán*			
	Bộ Y tế	*Sở y tế*	*Các bộ khác*	*BHXHVN*
	Phương thức chi trả			
Bệnh viện TƯ	Khoán tổng ngân sách			Phí dịch vụ, Định suất
Bệnh viện Tỉnh		Khoán tổng ngân sách		Phí dịch vụ, Định suất
TT Y tế Dự phòng tỉnh		Khoán tổng ngân sách Mục lục ngân sách		
Bệnh viện Huyện		Khoán tổng ngân sách		Phí dịch vụ
Trunng tâm y tế Huyện		Khoán tổng ngân sách Mục lục ngân sách		
Trạm y tế xã		Mục lục ngân sách		
Các bệnh viện thuộc bộ y tế			Khoán tổng ngân sách Mục lục ngân sách	Phí dịch vụ, Định suất
Phòng khám tư				Phí dịch vụ, Định suất
Bệnh viện tư				Phí dịch vụ, Định suất

Nguồn: VCLCSYT 2013.

Hình 7.1 Chi phí trung bình (VND) của BHXHVN thanh toán cho bệnh viện tuyến huyện cho một lượt điều trị ngoại trú (trái) và nội trú (phải) (2010–12)



Nguồn: VCLCSYT 2013

định suất được thực hiện không khác nhau là mấy và hệ thống thanh toán định suất không có các đặc tính của định suất như đang được áp dụng phổ biến trên thế giới (NHTG 2013a). Chi phí trung bình cho mỗi lượt điều trị ngoại trú và nội trú tại bệnh viện huyện tăng từ năm 2010-2012 ở hầu hết tất cả các tỉnh đã khảo sát nghiên cứu (Hình 7-1). Do quy định bệnh viện huyện phải gánh chịu hoàn toàn chi phí chuyển viện cũng như chi phí vượt tuyến, hệ thống định suất không khuyến khích bệnh viện huyện chuyển bệnh nhân lên tuyến trên và thực hiện chức năng "gác cổng" một cách hiệu quả. Bệnh

viện tuyến tỉnh và trung ương được thanh toán theo phương thức phí dịch vụ cũng có ít động cơ khuyến khích kiểm soát chi phí bởi rủi ro là do bệnh viện huyện gánh chịu.

Tiếp tục phụ thuộc vào phương thức thanh toán theo phí dịch vụ cùng với việc áp dụng các chính sách tự do hóa thị trường trong ngành y tế khiến cho các cơ sở y tế tập trung vào hoạt động tăng thu. Nguồn tài chính từ ngân sách nhà nước chỉ chiếm ít hơn 30% tổng thu của bệnh viện. Phần lớn các bệnh viện trung ương và cấp tỉnh đạt được 70-90% doanh thu từ việc cung cấp các dịch vụ được BHXH VN chi trả, bệnh nhân chi trả, hoặc cả hai chi trả. Chính sách tự do hóa thị trường đã làm cho bệnh viện phụ thuộc về tài chính vào nguồn thu từ bán dịch vụ y tế. Nguồn tài chính ít ỏi từ ngân sách nhà nước cùng chính sách tự do hóa thị trường và phương thức thanh toán theo phí dịch vụ đã làm hỏng động cơ khuyến khích. Các cơ sở y tế với động lực kích cầu tổ chức cung ứng các dịch vụ mới, đầu tư cho các loại trang thiết bị y tế mới, cung cấp nhiều thủ thuật hơn. Chính sách tự chủ bệnh viện (Nghị định số 43) đã tạo ra một môi trường thuận lợi để đáp ứng các động lực trên, cho phép các bệnh viện tự xác định các gói dịch vụ và huy động nguồn tài chính. Điều này tạo ra một liên kết rõ ràng giữa doanh thu của bệnh viện và thu nhập của nhân viên bệnh viện, tiếp tục tạo ra động lực mạnh hơn trong các hoạt động nâng cao doanh thu.

Các hoạt động nhằm mục tiêu tăng doanh thu dẫn đến việc cung cấp quá mức thiết bị y tế, thủ thuật, dược phẩm và là nguyên nhân chủ yếu của sự kém hiệu quả. Hầu hết các bệnh viện thực hiện các chương trình chia sẻ lợi nhuận giữa nhân viên của bệnh viện theo quy định của Nghị định số 43. Khoản chia cho nhân viên được trả qua các khoản tiền thưởng liên quan đến hiệu suất làm việc, còn cao hơn cả lương của họ. Kế đến là việc thực hành "xã hội hóa" được áp dụng tại hầu hết các bệnh viện trung ương và cấp tỉnh, theo đó nhân viên huy động vốn để đầu tư. Vì doanh thu từ phí sử dụng các thiết bị y tế đóng góp vào cơ chế chia sẻ lợi nhuận nên nhân viên bệnh viện có động lực cao để thực hiện càng nhiều quy trình có sử dụng thiết bị y tế càng tốt. Công nghệ cũng được mua với mục đích tiếp thị. Ví dụ, một bệnh viện tỉnh sở hữu bảy máy siêu âm, mỗi máy thực hiện cho trung bình 107 lượt khám một ngày. Tóm lại chính sách bệnh viện tự chủ, không có trách nhiệm giải trình cùng với sự thiếu kiểm soát hiệu quả phương thức chi trả theo dịch vụ khuyến khích các bệnh viện tăng cường cung cấp các dịch vụ chi phí cao.

Mua sắm và sử dụng dược phẩm

Sự leo thang chi phí thuốc nhanh chóng tại Việt Nam là một mối đe dọa lớn đối với sự bền vững tài chính của BHYT và mục tiêu BPTD. Thuốc và lạm phát giá y tế nói chung đã vượt quá tỉ lệ lạm phát chung trong những năm gần đây. Dược phẩm chiếm tỉ trọng quá lớn trong chi tiêu bảo hiểm và chi phí tiền túi cho y tế. Như Chương 3 đã phân tích, thuốc chiếm tỉ trọng đáng kể trong chi tiêu tiền túi cho y tế. Năm 2009 và 2010, chi phí dược phẩm chiếm tới 69% và 60% trong tổng chi phí khám chữa bệnh của BHXHVN. Chi phí thuốc cũng chiếm tới 64% tổng chi tiêu của các bệnh viện trung ương và 70%

chi tiêu của bệnh viện tỉnh (từ nguồn tài chính BHXHVN và viện phí). BHXHVN chi trả bình quân 89,2% tổng chi tiêu cho thuốc của bệnh viện (Escalante, 2012).

Giá thuốc cao liên quan tới mua sắm không hiệu quả

Chi tiêu cho thuốc lớn xuất phát một phần từ giá thuốc cao. Giá thuốc ở Việt Nam cao hơn đáng kể mức Giá tham chiếu Quốc tế (IRP).Trong số những loại thuốc mà nhà nước mua, giá thuốc biệt dược ở Việt Nam cao gấp 10,4 lần mức giá IRP cùng loại, trong khi giá thấp nhất của thuốc gốc tương đương cao hơn 1,1 lần (Bảng 7-3). Tuy mức chênh lệch giữa mức giá trong nước và IRP từ năm 2005 đã giảm (Nguyễn và cs 2009) nhờ thắt chặt chính sách thuốc (Nghị định 79 và Thông tư 11)[2], nhưng vẫn còn cao và là một nguyên nhân chính gây thiếu hiệu quả. Mức giá không những cao mà vẫn tiếp tục tăng nhanh. Năm 2012, thuốc và chi phí khám chữa bệnh có mức tăng cao nhất trong chỉ số giá tiêu dùng (CPI), lên tới 3,36% (TCTK 2012).

Thiếu hiệu quả trong mua sắm thuốc là nguyên nhân chính khiến giá thuốc cao ở Việt Nam. Thứ nhất, các cơ chế mua sắm thuốc hiện nay còn rất phân tán và phức tạp, với sự tham gia của hơn 1000 đơn vị (Hình 4A-1).Tình trạng này dẫn đến sự chênh lệch lớn trong giá thuốc, dù cùng loại, liều lượng, công thức pha chế giữa các bệnh viện và nguồn cung ứng (Hình 4A-2, Hình 4A-3) (Escalante, 2012). Thứ hai, một đặc điểm của cơ chế mua sắm là tình trạng làm trái, vi phạm các quy định về mua sắm, trong đó có quy định bắt buộc quyết định thắng thầu cho nhà thầu có giá thấp nhất. Chẳng hạn, trường hợp Bệnh viện A như minh họa trong Hình 4A-4, hợp đồng đấu thầu mua cùng một loại thuốc được trao cho 5 nhà cung cấp khác nhau với những mức giá khác nhau. Một số thành viên của hội đồng đấu thầu thuốc bệnh viện cho biết lựa chọn nhà thầu thường căn cứ trên yêu cầu, ý kiến của bác sỹ về chất lượng, hiệu quả của thuốc, hoặc quyết định của lãnh đạo bệnh viện (Escalante, 2012). Ý kiến của bác sỹ thường bị ảnh hưởng bởi các khoản tiền hoa hồng từ các công ty dược. Một đợt kiểm toán nội bộ của nhà nước năm 2012 cho biết thất thoát từ quá trình đấu thầu lên tới 22 tỉ đồng (khoảng1 triệu USD). Qua thanh tra cho thấy giá đấu thầu cao hơn giá thắng thầu thực tế tới 47-357%, và giá trúng thầu thường cao hơn các mức giá không trúng thầu. Ở Hà Nội, giá trúng thầu cao hơn giá CIF nhập khẩu 130-245% (Escalante, 2012).

Bảng 7.3 Tỉ số giá trung vị so với IRP ở cơ sở nhà nước và tư nhân

Loại thuốc	*Cơ sở nhà nước*	*Nhà thuốc bệnh viện*	*Hiệu thuốc tư*	*Mức chung*
Thuốc biệt dược (BD)	10,4	13,0	13,4	12,1
	(0,4-22,2)	(0,4-41,8)	(0,4-41,5)	(0,4-41,1)
Thuốc gốc tương đương giá thấp nhất	1,1	1,4	1,7	1,4
	(0,1-3,4)	(0,1-5,1)	(0,1-5,1)	(0,1-4,9)

Nguồn: Escalante, S. 2012. WHO

Chú thích: Trong ngoặc đơn là khoảng giá trị xung quanh mức trung bình.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Sử dụng thuốc quá nhiều và bất hợp lý

Nguyên nhân quan trọng của tình trạng sử dụng thuốc quá nhiều là sự tổng hợp của cơ chế thanh toán theo phí dịch vụ và các chính sách thị trường tự do trong ngành y tế. Như đã phân tích trong các phần trước, nhà cung cấp dịch vụ y tế có động cơ thúc đẩy cao việc tìm cách tăng số lượng, mua những vật tư tiêu hao, thuốc men có mức lợi suất cao, giảm sử dụng những vật tư, thuốc men có mức lợi suất thấp. Vì các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương không phải chịu bất kỳ rủi ro nào về mức chi tiêu cao cho thuốc trong bối cảnh thanh toán theo phí dịch vụ nên các bệnh viện này chỉ định nhiều thuốc cho bệnh nhân có bảo hiểm. BHXHVN và người bệnh (qua viện phí) là người gánh chịu chi phí. Tình hình còn bị làm trầm trọng thêm bởi hành vi trả hoa hồng của các hãng dược cho cơ sở để khuyến khích kê đơn các loại thuốc của hãng.

Chính sách, quy định về kiểm soát chỉ định quá nhiều thuốc thiếu hiệu quả. Quy định về hạn chế chi tiêu cho thuốc, như quy định hạn mức giá trị mỗi đơn thuốc hay kê đơn các loại thuốc gốc giá thấp đã được ban hành. Cơ sở y tế thường tìm cách né tránh những quy định này bằng cách ghi tăng số lượt khám trên mỗi bệnh nhân để được thanh toán giá trị thuốc nhiều hơn hay buộc bệnh nhân phải trả tiền túi cho những loại thuốc khác có chất lượng cao hơn trên thị trường (Khanh 2007). Tương tự, tuy có quy định về cấm công ty dược trả hoa hồng cho bác sỹ nhưng các quy định đó ít có hiệu quả.

Cả cơ sở y tế và bệnh nhân đều chuộng các loại thuốc biệt dược và thuốc ngoại nhập đắt tiền. Thuốc gốc ít được sử dụng tại các cơ sở y tế và ít khi được kê đơn (Escalante 2012). Năm 2010, thuốc gốc có giá thấp nhất chỉ có ở 26% cơ sở y tế công, 21% nhà thuốc bệnh viện và 29% hiệu thuốc tư nhân (WHO, Cục Quản lý Dược và HSPI 2010). Tỷ lệ này giảm kể từ năm 2005. Tỉ lệ thuốc kê đơn theo tên thuốc gốc cũng thấp: ở bệnh viện trung ương là 37%, ở bệnh viện tỉnh là 22%, bệnh viện huyện là 29% và trạm y tế xã là 38%.

Thuốc ngoại nhập chiếm 57% tổng số thuốc được tiêu thụ năm 2010 (WHO – UNIDO 2011), chiếm lần lượt 80% và 51% tổng số thuốc được bệnh viện trung ương và bệnh viện tỉnh mua (Hình 4A-5). Chỉ có 25% số đơn thuốc có kê đơn thuốc gốc tại bệnh viện sử dụng các sản phẩm sản xuất trong nước (Đơn vị Tin tức Kinh tế 2011).

Những đặc điểm mua sắm, sử dụng thuốc trên vẫn tiếp tục tồn tại dù chính sách, quy chế khuyến khích sử dụng các loại thuốc sản xuất trong nước và/hoặc thuốc gốc giá thành rẻ đã được ban hành.

Tình trạng sử dụng thuốc bất hợp lý là phổ biến, trong đó có kháng sinh và corticosteroid. Hai khảo sát về sử dụng thuốc hợp lý của BYT và WHO năm 2009 và 2010 cho bằng chứng rõ rệt về tình trạng này. Khảo sát năm 2009 cho biết 71% tổng số bệnh nhân nội trú và 47% bệnh nhân ngoại trú được kê đơn ít nhất một loại kháng sinh. Trong số những ca nội trú được kê đơn kháng sinh, có 22% là các ca viêm phổi cấp, là những trường hợp cần dùng kháng sinh; 78% là các ca tăng huyết áp, tiêu chảy, đẻ thường là những trường hợp thường không có chỉ định dùng kháng sinh (BYT và WHO 2009). Khảo sát năm 2010 cho biết trong những bệnh án viêm phổi trẻ em được kiểm

tra, tất cả đều có kê đơn kháng sinh, steroid tổng hợp được kê đơn trong 40% số ca và ít nhất 2 loại kháng sinh kết hợp được kê đơn trong 49% số ca. Phân tích về mặt số lượng trên 30 loại thuốc có mức tiêu thụ cao nhất cho thấy tỉ lệ rất lớn những sản phẩm có công hiệu điều trị thấp (glucosamine, gingko biloba, thuốc nhỏ mắt có natri).[3]

Cuối cùng, thiếu một quy trình dựa trên bằng chứng để lựa chọn thuốc. Danh mục thanh toán BHYT của BHXHVN (DMBH) về tân dược có tới 900 loại thuốc dựa trên Danh pháp quốc tế, với 1143 chủng loại, công thức pha chế, hỗn hợp (Bảng 7-4). Chỉ có 27% các loại thuốc có trong Danh mục thuốc thiết yếu quốc gia có tên trong DMBH. Thông tư 30 quy định rõ những thuốc không có trong DMTTY và không được khuyến khích sử dụng theo Danh mục mẫu của WHO không được đưa vào DMBH. Tuy vậy, trong DMBH vẫn có tới hàng trăm loại chế phẩm, hỗn hợp thuốc này.

Bảng 7.4 So sánh cơ cấu danh mục thanh toán BHYT về thuốc với danh mục của WHO và DMTTY quốc gia

Tiêu chí so sánh	*Danh mục mẫu của WHO*[a]	*DMTTY quốc gia*	*DMBH*
Tổng số thuốc theo tên quốc tế	423	476	1143
Tổng số nhóm điều trị	29	28	30
Quy trình xét chọn	Có căn cứ thực tế; phân tích chi phí-hiệu quả; ĐGCNYT	Chủ yếu dựa trên Danh mục mẫu của WHO	Đề xuất của bệnh viện
Phân loại theo tuyến	Có: danh mục chủ yếu và bổ sung	Có: Cơ sở y tế từ tuyến I đến IV	Có: Cơ sở y tế từ tuyến I đến IV
Có quy định liều dùng phù hợp	Có	Không	Không
Tiêu chí giá	Có	Chưa rõ	Không

Nguồn: Escalante, 2012
Chú thích: Tuyến 1: bệnh viện chuyên khoa, trung ương, tuyến trên; Tuyến 2: bệnh viện tỉnh; Tuyến 3/4: bệnh viện huyện, khu vực.
a. Danh mục mẫu của WHO được phân thành các danh mục chủ yếu và bổ sung, trong đó danh mục chủ yếu đại diện cho các nhu cầu tối thiểu về thuốc của một hệ thống y tế cơ bản, bao gồm những loại thuốc có công hiệu cao nhất, an toàn nhất, giá thành rẻ nhất sử dụng cho những bệnh ưu tiên.Danh mục bổ sung gồm những loại thuốc thiết yếu sử dụng cho những bệnh ưu tiên, trong đó cần chẩn đoán chuyên khoa hay cơ sở giám sát, và/hoặc khám chữa/tập huấn chuyên khoa.

Bảng 7.5 Tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh có thể điều trị được ở tuyến dưới nhưng đến khám tại khoa khám bệnh của các bệnh viện tuyến trên, 2008
(Phần trăm)

Tuyến điều trị	*Bệnh viện đa khoa trungương (n = 1946)*	*Bệnh viện sản trung ương (n = 557)*	*Bệnh viện nhi trung ương (n = 448)*	*Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh (n = 5316)*	*Bệnh viện chuyên khoa (n = 1722)*	*Bệnh viện Huyện (n = 4797)*
Bệnh viện trung ương	40,3	5,9	6,5	2,7	0,9	0,3
Bệnh viện tỉnh	35,5	43,3	46,8	42,5	7,1	7,3
Tuyến huyện	58,2	49,4	41,6	48,3	72,8	71,4
TYTX	-	-	10,9	5,9	20,7	19,1
BV chuyên khoa khác	0,4	0,9	1,6	4,0	2,1	1,8

Nguồn: VCLCSYT, 2010
Chú thích: Bảng này được tính dựa trên mẫu bệnh nhân ngoại trú trong ngày điều tra. Tính phù hợp của điều trị được đánh giá bởi các chuyên gia dựa trên quy định về phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Cơ cấu và cơ chế khuyến khích trong khám chữa bệnh

Nhập viện quá nhiều và thiếu hiệu quả trong hoạt động của bệnh viện là hai vấn đề thiếu hiệu quả chính liên quan đến hệ thống khám chữa bệnh nói chung. Trước tiên, tỉ lệ này cho thấy sự thiếu hiệu quả trong quản lý các trường hợp bệnh hiện nay. Hơn nữa, việc quản lý bệnh nhân tại bệnh viện cũng còn thiếu hụt. Đa phần các bệnh viện đều không có một hệ thống đặt hẹn bệnh nhân có hiệu quả và hệ thống chuyển tuyến còn hạn chế.

Hậu quả trực tiếp của tình trạng trên là tình trạng quá tải ở các cơ sở tuyến tỉnh và trung ương. Về khám chữa nội trú, công suất sử dụng giường bệnh là rất cao kể cả khi tính theo số giường bệnh "thực kê".[4,5] (bảng 7-6). Thời gian điều trị bình quân (TGĐTBQ) cũng cao và được duy trì từ năm 2004 đến 2008 đối với những bệnh viện trong nghiên cứu của VCLCSYT (2010). Về khám chữa ngoại trú, tình trạng quá tải có liên quan đến khối lượng công việc rất lớn của nhân viên, đặc biệt là bác sỹ. Dù vậy, hiện vẫn chưa có nhiều bằng chứng thực tế cho thấy khối lượng công việc của nhân viên hiện nay là không thể đáp ứng.

Kết quả của nghiên cứu gần đây của VCLCSYT cho thấy hầu hết các bệnh viện trung ương và tuyến 3 đều hoạt động như những cơ sở tuyến 2, cung cấp những dịch vụ có thể giải quyết tốt ở các bệnh viện tuyến tỉnh và huyện, trong khi bệnh viện tỉnh thì xử lý những ca bệnh đáng ra nên do bệnh viện tuyến huyện đảm trách (Bảng 7-5). Thứ hai, tình trạng sử dụng quá nhiều dịch vụ bệnh viện được đặc trưng bởi mức độ thiếu hiệu quả ngay tại các bệnh viện. Sự kết hợp giữa công suất sử dụng giường bệnh cao trong khi thời gian điều trị bình quân không thay đổi cho thấy sự thiếu hiệu quả trong quản lý rút ngắn thời gian điều trị. Ngoài ra, công tác quản lý bệnh nhân ra vào viện cũng thiếu hiệu quả. Các bệnh viện không có cơ chế sắp xếp lịch hẹn để hợp lý hóa việc tiếp nhận bệnh nhân, không quản lý hiệu quả việc chuyển tuyến.

Có 3 nguyên nhân chung của tình trạng thiếu hiệu quả trong hệ thống khám chữa bệnh. Nguyên nhân thứ nhất là chủ trương tăng thu của cơ sở như đã trình bày ở trên. Trong cơ chế thanh toán theo phí dịch vụ, bệnh viện có động cơ để giữ bệnh nhân ở lại điều trị lâu hơn, thực hiện nhiều dịch vụ hơn. Nguyên nhân thứ hai là sự thiếu hiệu quả và chất lượng yếu kém trong khám chữa tại các tuyến dưới. Quy định của BHXHVN về số lượng, liều lượng thuốc có sự phân biệt đối xử đối với tuyến dưới. Điều này càng làm cho chất lượng khám chữa ở tuyến dưới bị thấp đi. Kết quả là bệnh nhân không tin tưởng vào cơ sở tuyến dưới và vượt tuyến, bỏ qua bệnh viện huyện, trạm y tế xã để lên bệnh viện tuyến trên. Nguyên nhân thứ ba là tình trạng thiếu phối hợp trong khám chữa bệnh và thiếu cơ chế sàng lọc bệnh nhân trong hệ thống.

Yếu tố cuối cùng, nhưng không kém phần quan trọng, là một yếu tố phổ biến trong tất cả vấn đề thiếu hiệu quả trên, đó là sự thiếu năng lực mua sắm chiến lược của BHXHVN. Trong Chương 6 đã phân tích sự phân mảnh trong quản lý chia sẻ rủi ro của quỹ dẫn tới hạn chế quyền lực trong mua sắm của

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

BHXHVN. Chương 8 sẽ phân tích sự không rành mạch về trách nhiệm đối với các nhiệm vụ mấu chốt; đặc biệt là trách nhiệm đối với chức năng mua sắm dịch vụ y tế. Kinh nghiệm quốc tế được phân tích trong phần sau cho thấy năng lực mua sắm chiến lược là có vai trò quyết định trong khống chế chi phí.

Kinh nghiệm quốc tế về phân bổ nguồn tài chính và mua sắm

Hợp lý hóa gói quyền lợi

Hầu hết các nước, đặc biệt là các nước có hệ thống y tế dựa trên BHYT, đều phải cân nhắc quyết định dịch vụ nào sẽ nằm trong gói quyền lợi và bệnh nhân cùng chi trả ở mức nào. Lý tưởng nhất là quyết định dựa trên các tiêu chí khách quan như hiệu quả chi phí, sự cần thiết, gánh nặng tài chính tiềm năng đối với bệnh nhân, tác động đối với tài khoá của BHYT, thông qua một qui trình minh bạch. Trong thực tiễn, đó là một quá trình lựa chọn ưu tiên dựa trên việc lượng hoá các giá trị và chịu ảnh hưởng chồng chéo của các yếu tố chính trị, xã hội và kinh tế.

Hai thách thức đặc thù mà các nước thường gặp là sự không rõ ràng gói dịch vụ cơ bản là gì, và việc loại bỏ một số dịch vụ ra khỏi gói quyền lợi. Hiện nay chưa có căn cứ rõ ràng hoặc hướng dẫn cụ thể về một gói cốt lõi gồm những dịch vụ gì. Vì mục tiêu tối thượng của BHYT là để bảo vệ các cá nhân trước các chi phí quá lớn, người ta thường cho rằng các gói cốt lõi nên bao gồm các dịch vụ có chi phí lớn. Tuy nhiên, điều này tạo động lực cho mọi người trì hoãn việc khám chữa bệnh cho đến khi có nhu cầu dịch vụ y tế cấp tính. Bên cạnh đó, việc KCB ngoại trú có dùng thuốc đắt tiền có thể tạo ra chi

Bảng 7.6 Công suất sử dụng giường bệnh (%)(2008)
(Phần trăm)

Theo thống kê cả nước			
Chỉ số	*Bệnh viện trung ương (34)*	*Bệnh viện tỉnh (62)*	*Bệnh viện huyện (614)*
Công suất sử dụng giường bệnh:			
Tính trên số giường kế hoạch	85-290	109-141	91-139
Tính trên số giường thực kê	–	99-127	88-120
Số bệnh viện có công suất sử dụng vượt quá 100%:			
Tính trên số giường kế hoạch	29	57	404
Tính trên số giường thực kê	21	42	304
Thống kê trong mẫu khảo sát			
Chỉ số	*Bệnh viện trung ương (5)*	*Bệnh viện tỉnh (9)*	*Bệnh viện huyện (6)*
Công suất sử dụng giường bệnh:			
Tính trên số giường kế hoạch	138-193	92-211	101-186
Tính trên số giường thực kê	–	74-145	–

Nguồn: VCLCSYT 2010.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

tiêu quá lớn đối với các hộ gia đình có thu nhập thấp (Wagner và cs 2011). Cũng có ý kiến cho rằng việc cung cấp một gói quyền lợi ngoại trú tốt là chiến lược quan trọng bởi nó làm tăng khả năng tiếp cận của người dân tham gia vào hệ thống BHYT và khuyến khích họ tiếp tục duy trì tham gia BHYT (Kwon 2011). Trong khi đó, các can thiệp có hiệu quả chi phí cao, liên quan tới dinh dưỡng trong chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em thường nằm ngoài gói quyền lợi, ít nhất là trong thời gian trước đây, và được các chương trình mục tiêu y tế quốc gia chi trả.

Ngoài ra, việc loại bỏ hoặc "giảm bớt danh mục" dịch vụ có thể là rất khó khăn về mặt chính trị khi xuất phát điểm của nó là một gói quyền lợi quá hào phóng như ở Việt Nam. Ở Hàn Quốc chẳng hạn, các chương trình BHYT quốc gia bắt đầu với một gói quyền lợi thấp và phạm vi lợi ích được mở rộng từng bước. Chính phủ đặt ưu tiên cao hơn vào phần mở rộng diện bao phủ dân số vì mở rộng quyền lợi (với sự đóng góp cao) có thể là một rào cản đối với việc mở rộng nhanh diện bao phủ cộng đồng (Kwon 2009). Tuy nhiên, điều này có nghĩa là độ bao phủ bảo hiểm sẽ thiếu chiều sâu và các hộ gia đình sẽ dễ bị tổn thương do phải chi trả nhiều từ tiền túi.

Đối với các nước đã áp dụng chính sách quyết định gói quyền lợi dựa trên bằng chứng và có đủ thông tin thì chìa khóa thành công một qui trình minh bạch. Cụ thể, việc này đòi hỏi cần có một hội đồng có đại diện các nhà cung cấp dịch vụ y tế và các nhà nghiên cứu chịu trách nhiệm đưa ra các khuyến nghị trên cơ sở các tiêu chí đánh giá rõ ràng và đã được thống nhất như hiệu quả chi phí, sự cần thiết trong CSSK, gánh nặng tài chính bệnh nhân. Hội đồng sử dụng qui trình để quyết định đưa vào các dịch vụ mới, loại trừ các dịch vụ hiện có ra khỏi gói quyền lợi, xác định mức cùng chi trả đối với các dịch vụ khác nhau, đối với nhà cung cấp, và bệnh nhân. Đánh giá công nghệ y tế có thể được sử dụng như là một phần của qui trình này, nhưng đánh giá công nghệ y tế không phải là nội dung duy nhất của quy trình.

Thiết kế mới và sửa đổi gói quyền lợi không thể chỉ dựa trên một phương pháp đơn lẻ mà cần dựa trên sự hài hoà giữa bằng chứng và xem xét các giá trị, với sự đồng thuận của các bên. Chương trình BPTD của Thái Lan và chương trình BHYT quốc gia của Hàn Quốc là những ví dụ điển hình của quá trình này, được tóm tắt trong Hộp 7-1 và Hộp 7-2

Hoàn thiện cơ chế chi trả

Tình hình ở nhiều quốc gia trong khu vực Đông Á Thái Bình Dương cũng tương tự như ở Việt Nam. Phân bổ ngân sách theo mục lục ngân sách, thường dựa trên định mức giường bệnh đã tạo ra động lực cho các bệnh viện tiếp nhận và lưu giữ bệnh nhân lâu hơn cần thiết. Tình trạng leo thang chi phí khi thanh toán theo phí dịch vụ xảy ra ở Ca na đa, Cộng hòa Séc, các bang của Liên bang Xô viết cũ, Đài Loan (Trung Quốc) và Hoa Kỳ (Langenbrunner và Somanathan 2011). Thanh toán theo phí dịch vụ vẫn còn được sử dụng và liên quan tới việc cung cấp dịch vụ quá mức.

Không có hệ thống thanh toán chi phí nào là tối ưu; hệ thống thanh toán và động lực khuyến khích nhà cung cấp dịch vụ cần được thiết kế để giải

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

quyết được các vấn đề chính sách và mục tiêu riêng của ngành y tế (Langenbrunner và Somanathan 2011) của mỗi nước. Tuy nhiên, có một số kinh nghiệm quốc tế đáng lưu ý. Trước hết đối với bác sĩ, có ba phương thức chi trả được sử dụng rộng rãi ở ở Tây Âu và các nước có thu nhập cao ở Đông Á là: tiền lương, định suất, phí dịch vụ và kết hợp giữa các phương thức trên. Phương thức chi trả theo phí dịch vụ ở Tây Âu và Nhật Bản khác so với ở Việt Nam. Cụ thể, mô hình chi trả theo phí dịch vụ ở Tây Âu quỹ định trần thanh toán tối đa, giá và khối lượng dịch vụ được xác định theo trần chi trả. Chiến lược này tránh được gia tăng chi phí liên quan tới phương thức thanh toán theo phí dịch vụ ở nhiều nước. Thứ hai, đối với các dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nội trú, các nước có xu hướng chuyển sang phương thức kết hợp khoản tổng ngân sách và thanh toán theo trường hợp bệnh. Ở Tây Âu, hầu hết các nước đã chuyển sang chi trả theo hiệu quả hoạt động, phối hợp chi trả cho mỗi lần nhập viện tính theo nhóm chẩn đoán, tổng số tiền chi trả nằm trong số tiền khoán tổng ngân sách. Thứ ba, bên chi trả (quỹ BHYT) là những quỹ lớn, có năng lực mua sắm chiến lược đã thực hiện được vai trò quan trọng để không chế chi phí. Là người mua dịch vụ với khối lượng lớn, có thể là duy nhất, tạo cho bên mua sức mạnh lớn trong thương lượng để đàm phán giá với nhà cung cấp, kiểm soát sử dụng, chất lượng dịch vụ (Hộp 7-3).

Hộp 7.1 Qui trình ra quyết định gói quyền lợi trong Chương trình BPTD của Thái Lan

Với các công nghệ và các can thiệp y tế mới, Ủy ban Gói quyền lợi của Văn phòng an sinh sức khoẻ quốc gia (NHSO) chịu trách nhiệm sửa đổi các gói quyền lợi và kiến nghị tới NHSO việc chấp nhận các loại thuốc và công nghệ mới dựa trên các hướng dẫn được ban hành vào năm 2010. NHSO yêu cầu hai tổ chức về đánh giá công nghệ và đánh giá hệ thống y tế thuộc BYT, gồm Chương trình đánh giá công nghệ và can thiệp y tế (HITAP) và Chương trình Chính sách y tế Quốc tế (IHPP), cung cấp các bằng chứng về tính hiệu quả và hiệu quả chi phí của các can thiệp y tế khác nhau để xem xét mở rộng gói quyền lợi. Tính khả thi tài chính, tác động ngân sách, và cân nhắc đạo đức là một trong những tiêu chí quan trọng trong quá trình ra quyết định.

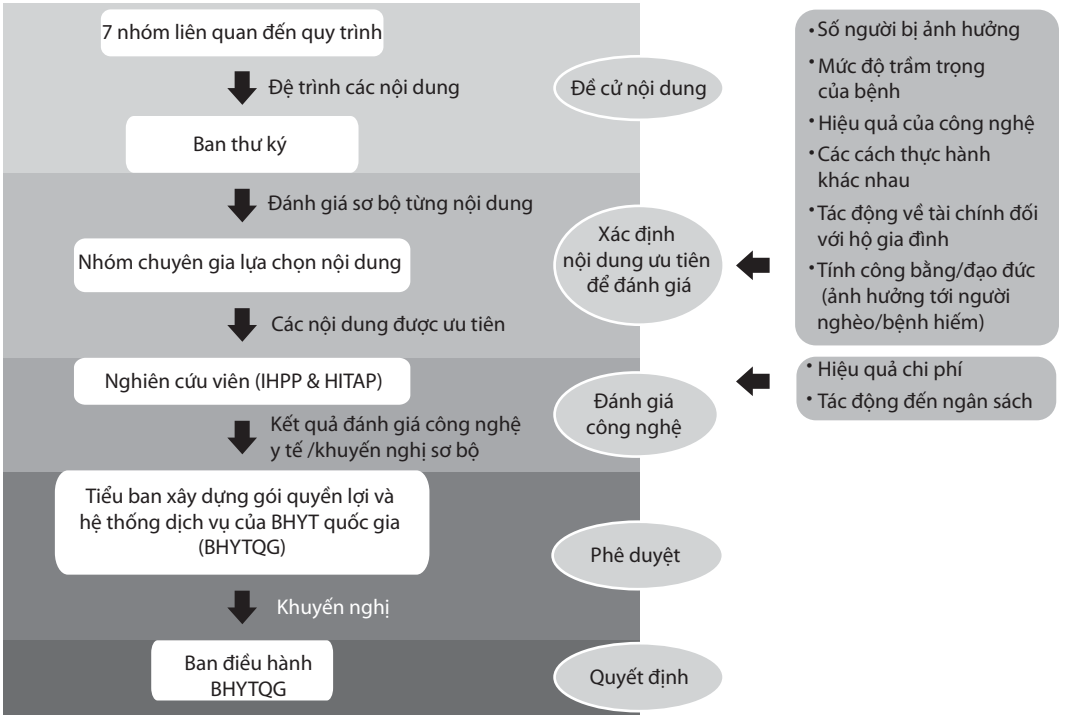
Một ví dụ gần đây là trường hợp vắc xin HPV (Human Papilloma Vaccine), Ủy ban Gói Quyền lợi đã không chấp nhận đưa vắc xin này vào gói quyền lợi ngay cả khi công ty sản xuất vắc-xin đồng ý bán với giá thấp hơn hơn so với mức được coi là có hiệu quả chi phí. Tuy nhiên, một số phương pháp điều trị có chi phí lớn, thách thức tiềm năng chi trả dài hạn vẫn được chấp nhận đưa vào gói quyền lợi (ví dụ lọc thận chu kỳ).

Một quy trình rõ ràng về đánh giá kinh tế và bằng chứng tác động ngân sách trong quyết định của Ủy ban về lợi ích trọn gói đã được thông qua vào năm 2012. Sơ đồ qui trình ra quyết định được cung cấp dưới đây.

Tiếp trang sau

Hộp 7.1 Qui trình ra quyết định gói quyền lợi trong Chương trình BPTD của Thái Lan *(tiếp)*

Hình B7.1.1 Sơ đồ giản lược quy trình ra quyết định



Nguồn: Hanvoravonchai 2013.
Chú thích: IHPP: Chương trình Chính sách y tế quốc tế. HITAP: Chương trình đánh giá công nghệ y tế

Hộp 7.2 Qui trình quyết định gói quyền lợi của BHYT quốc gia Hàn Quốc

Dưới đây là các bước Chương trình BHYT quốc gia Hàn Quốc đã tiến hành để bổ sung các dịch vụ mới vào gói quyền lợi.

1. Nhóm người tiêu dùng hoặc nhà cung cấp đưa ra yêu cầu để đưa một công nghệ hoặc can thiệp y tế mới vào trong gói quyền lợi.
2. Yêu cầu được các ủy ban (gồm các chuyên gia) của BHYT quốc gia và Ban Giám định BHYT (HIRA) xem xét trên cơ sở các tiêu chí khác nhau (hiệu quả lâm sàng, hiệu quả chi phí, số lượng bệnh nhân bị ảnh hưởng, gánh nặng chi trả tiền túi, tác động ngân sách)
3. Quyết định cuối cùng được thực hiện bởi Ủy ban Chính sách BHYT (một ủy ban ba bên bao gồm người tiêu dùng, nhà cung cấp, và Chính phủ/khu vực công)

Nguồn: Kwon, S. 2013.

Khống chế chi phí thuốc

Để kiểm soát hiệu quả chi tiêu cho thuốc men cần kết hợp các sáng kiến cải cách cơ chế quy trình mua sắm và áp dụng "mua sắm thuốc thông minh". Ở những nước khác, những cải cách này thường bao gồm việc chuyển dần sang sử dụng thuốc gốc, định giá thuốc theo giá tham chiếu quốc tế, quy định lãi suất, hợp đồng mua thuốc theo đơn giá x khối lượng, nghiên cứu tổng quan hệ thống các chính sách hoàn trả chi phí, nhất là đối với các loại thuốc giá cao (Seiter 2010). Đồng thời, giải quyết vấn đề lạm dụng, sử dụng thuốc bất hợp lý đòi hỏi phải tăng cường minh bạch trong chia sẻ thông tin, tăng cường giám sát và đặc biệt là cải cách phương thức thanh toán. Hộp 7-4 mô tả chiến lược áp dụng ở nhiều nước để kiểm soát chi phí dược phẩm.

Hộp 7.3 Khống chế chi phí qua cải cách phương thức thanh toán và cải cách mua sắm dịch vụ y tế của Thái Lan và Thổ Nhĩ Kỳ

Thái Lan

Văn phòng An ninh Y tế Quốc gia (NHSO) là nhà mua dịch vụ y tế lớn nhất ở Thái Lan, đại diện cho 75 % dân số (khoảng 50 triệu người tham gia chương trình bao phủ toàn dân) mua dịch vụ. NHSO có đủ năng lực mua chiến lược và đã sử dụng lợi thế mạnh của mình để thương lượng giảm giá thuốc, sản phẩm và can thiệp y tế. Ví dụ, giá chạy thận nhân tạo giảm từ 67 USD xuống còn 50 USD mỗi lần lọc, giúp tiết kiệm 170 triệu USD mỗi năm.

Thêm vào đó, sự kết hợp của phương thức thanh toán phối hợp (định suất cho bệnh nhân ngoại trú và DRGs cho điều trị nội trú) với khoán tổng ngân sách cho bệnh nhân nội trú đã góp phần kiểm soát hiệu quả chi phí. Hệ thống thanh toán trọn gói đầu – cuối đã đưa ra tín hiệu mạnh mẽ cho các cơ sở y tế khống chế chi phí bằng cách kê đơn thuốc gốc, chỉ định dịch vụ y tế hợp lý và khuyến khích phương pháp y học dự phòng. Đồng thời, để chống cung cấp dưới ngưỡng dịch vụ, một nhược điểm tiềm năng của phương thức thanh toán trọn gói, NHSO đã thiết lập các cơ chế như (a) một cơ chế quản lý khiếu nại 24/24 của nhân viên NHSO, (b) đảm bảo chất lượng thông qua cơ chế kiểm định chất lượng bệnh viện, (c) hệ thống kiểm toán của đội kiểm toán y tế ngẫu nhiên với các hình phạt tài chính tại chỗ; (d) đánh giá tần suất sử dụng dịch vụ để theo dõi tỷ lệ sử dụng, và (e) khảo sát thăm dò hàng năm sự hài lòng của người tiêu dùng và các nhà cung cấp qua hợp đồng khảo sát với tổ chức độc lập.

Cần lưu ý rằng mặc dù có các biện pháp nêu trên, tổng chi phí của BPTD tiếp tục tăng. Chi phí cho mỗi thành viên tăng từ 1.201,40 bạt vào năm 2002 lên 2.693,50 bạt vào năm 2011 hoặc từ dưới 60 tỷ bạt trong năm 2002 lên hơn 120 tỷ bạt trong năm 2011. Điều này tương đương với sự gia tăng 70 % chi phí thực trong giai đoạn này. Sự gia tăng là do thù lao tăng của nhân viên chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là sự gia tăng nhanh chóng trong các khoản thanh toán ưu đãi thêm để giữ các chuyên gia kỹ năng cao trong hệ thống.

tiếp trang sau

Hộp 7.3 Khống chế chi phí qua cải cách phương thức thanh toán và cải cách mua sắm dịch vụ y tế của Thái Lan và Thổ Nhĩ Kỳ *(tiếp)*

Thổ Nhĩ Kỳ

Trong những năm 2000, Thổ Nhĩ Kỳ đã tiến hành cải cách toàn diện bệnh viện trong bối cảnh thực hiện Chương trình chuyển đổi Y tế hướng tới nâng cao hiệu quả, tính công bằng và hiệu suất. Một cải cách quan trọng của lĩnh vực này là sự ra đời của một hệ thống thanh toán bổ sung dựa trên hiệu quả làm việc cho nhân viên của bệnh viện của Bộ Y tế bắt đầu vào năm 2004, dựa trên các tiêu chí cá nhân và tiêu chuẩn về thể chế được xác định trước. Những thay đổi về tài chính bệnh viện đã được tạo điều kiện bởi cải cách gộp lại tất cả các chương trình BHYT trước đó thành một, dưới sự bảo trợ của Viện An Sinh Xã Hội. Hơn nữa, ngưỡng chi phí áp dụng cho bệnh viện thuộc Bộ Y tế, tư nhân và trường đại học đã được áp dụng trong những năm gần đây để đảm bảo tăng kiểm soát chi tiêu của bệnh viện phù hợp với GDP. Trong năm 2007, mức khoán tổng ngân sách cho tất cả các bệnh viện thuộc Bộ Y tế đã được thực hiện, đến nay đã thành công trong việc ngăn chặn sự gia tăng chi phí ở các bệnh viện này. Từ năm 2010, Chính phủ cũng đã duy trì thành công mức chi phí trong phạm vi thoả thuận đối với các trường đại học và bệnh viện tư nhân.

Nguồn: NHTG, 2013. Nghiên cứu trường hợp Thái Lan. Chương trình hợp tác NHTG – Chính phủ Nhật Bản về Bao phủ Y tế toàn dân (Dự thảo báo cáo); Hanvoravonchai, 2012; NHTG, 2013. Nghiên cứu trường hợp Thổ Nhĩ Kỳ. Chương trình hợp tác NHTG – Chính phủ Nhật Bản về Bao phủ Y tế toàn dân (Dự thảo báo cáo).

Khuyến nghị

Khuyến nghị 1: Hợp lý hóa và dự trù kinh phí gói quyền lợi

Ngắn hạn:

- Thể chế hóa qui trình minh bạch nhằm hợp lý hoá các gói quyền lợi, đặc biệt là để bổ sung các công nghệ và dịch vụ mới. Qui trình và các tiêu chí dùng để đánh giá công nghệ và dịch vụ cần phải được thống nhất chung. Bước này cần được thực hiện cùng với nỗ lực làm rõ vai trò và trách nhiệm của các bên thực thi chủ chốt (Bộ Y tế, BHXH) trong việc xác định các gói quyền lợi (được thảo luận trong chương 8).
- Quá trình hợp lý hoá gói quyền lợi cần tránh sự tách biệt sai lầm thường gặp giữa dịch vụ phòng bệnh và dịch vụ điều trị, dẫn tới việc loại bỏ các dịch vụ phòng bệnh cá nhân quan trọng ra khỏi gói quyền lợi. Một số dịch vụ dự phòng cá nhân được chứng minh là rất hiệu quả chi phí và tăng cường tính công bằng là dịch vụ tư vấn, kế hoạch hoá gia đình, sàng lọc, dinh dưỡng.
- Mở rộng cơ sở bằng chứng về chi phí và hiệu quả chi phí để hỗ trợ quá trình trên. UNICEF đã có một số nỗ lực để xây dựng và tính chi phí cho gói can thiệp đối với sức khoẻ bà mẹ và trẻ em.
- Về danh mục thuốc:
  - thực hiện nghiên cứu tổng quan danh mục BHYT hiện hành và danh mục thuốc khác, xem xét các giá trị điều trị của thuốc, hiệu quả chi phí và các tiêu chí quan trọng khác. Bước đầu sẽ loại bỏ tất cả các loại thuốc không có hiệu quả hoặc có tỷ lệ lợi ích rủi ro tiêu cực dựa trên y văn. Tiếp

Hộp 7.4 Khống chế chi phí thuốc có hiệu quả ở một số quốc gia lựa chọn

Croatia: Sau một số năm phải chịu áp lực về chi phí ngày càng tăng, năm 2009-10, Croatia đã tiến hành cải cách chính sách liên quan đến định giá, thanh toán giá thuốc. Các cải cách bao gồm tăng cường minh bạch trong quy trình ra quyết định, nâng cao vai trò của y học thực chứng và các tiêu chí kinh tế y tế, chính sách bồi hoàn, trả lại, xây dựng các thỏa thuận liên sản phẩm khi hợp đồng với các hãng thuốc và các giải pháp khác. Nhờ những giải pháp này mà chi tiêu cho thuốc kê đơn đã giảm 13% từ năm 2009 đến 2010, trong khi chi tiêu cho các loại thuốc đắt tiền giảm 29% (Voncina và Strzrep 2010).

Hàn Quốc: Dịch vụ BHYT quốc gia (NHIS) đã áp dụng kết hợp các chiến lược để giúp kiểm soát chi phí thuốc. Từ năm 2006, NHIS đã có danh mục các loại thuốc trong gói quyền lợi, với hai bước riêng biệt để đưa các loại thuốc mới vào danh mục. Khi một loại thuốc mới được nhập khẩu hoặc sản xuất, HIRA quyết định đưa thuốc đó vào danh mục dựa trên hiệu quả chi phí, hiệu quả lâm sàng, tác động ngân sách, giá loại thuốc đó ở nước được BHYT nước ngoài chi trả ở múc nào. Sau đó NHIS thương lượng giá trực tiếp với các nhà sản xuất theo phương thức đơn giá x khối lượng. Giá thuốc được thương lượng dựa trên doanh số bán hàng dự kiến của loại thuốc mới cũng như hiệu ứng thay thế. Nếu bán hàng thực tế vượt quá doanh số bán hàng dự kiến trong khoảng thời gian cụ thể, giá thuốc sẽ phải giảm tương ứng. Quyết định đưa thuốc vào danh mục được đưa ra ở khâu cuối cùng.

Thái Lan: Chương trình BPTD của Thái Lan (BP CSSK TD) sử dụng một số cơ chế để giúp khống chế chi phí thuốc. Danh mục thuốc được lựa chọn dựa trên danh mục thuốc thiết yếu quốc gia, trong đó bao gồm các loại thuốc được lựa chọn dựa trên tính hiệu quả lâm sàng, an toàn, cũng như hiệu quả chi phí. Chương trình BP CSSK TD đã đưa ra chính sách cụ thể để khuyến khích kê đơn thuốc gốc. Chương trình cũng có sức mạnh độc quyền để đàm phán giá với nhà cung cấp dịch vụ và nhà cung cấp dược. Đối với các loại thuốc có giá cao, hệ thống thương thảo giá tập trung được sử dụng để tiến hành thương lượng các thuốc có giá tốt nhất. Trước đây, chương trình BP TD đã sử dụng biện pháp compulsory licensing (bắt buộc phải có bằng) để mua được các loại thuốc vẫn còn đang trong quá trình cấp bằng sáng chế với giá rẻ hơn, ví dụ như thuốc kháng virus, thuốc chống ung thư, erythropoietin. Người ta ước tính rằng NHSO của Thái Lan tiết kiệm được 12,5 tỷ bạt thông qua việc kết hợp các biện pháp kiểm soát chi phí, kể cả đối với dược phẩm.

Nguồn: Croatia -Ngân hàng Thế giới, 2013; Hàn Quốc – Lee 2013 ,Thái Lan 2013 – Hanvoravonchai, 2013.

theo, phát triển một bộ quy tắc để đưa các loại thuốc mới vào trong danh mục. Bộ qui tắc này bước đầu nên dựa trên cơ sở đánh giá nhu cầu và tác động chi phí của thuốc, và sử dụng dữ liệu liên quan từ các nước khác có hệ thống Đánh giá công nghệ y tế (HTA)[6] tiên tiến.

– Ban hành dược thư để quy định chỉ bồi hoàn chi phí cho các loại thuốc thuốc thiết yếu hoặc thuốc có hiệu quả - chi phí tốt.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Trung hạn:

- Áp dụng chính sách cùng chi trả khác nhau đối với các dịch vụ khác nhau, trên cơ sở đặc điểm của các dịch vụ để điều chỉnh các khuyến khích tài chính đối với bệnh nhân;
- Tăng cường quản trị lâm sàng để cung cấp các dịch vụ y tế theo gói quyền lợi dựa trên việc ra các chỉ định điều trị phải trên cơ sở bằng chứng.
- Về danh mục thuốc:
  - Thay đổi thái độ của người bệnh từ chuộng biệt dược đắt tiền sang dùng các loại thuốc gốc với chi phí thấp hơn bằng cách hạ mức cùng trả đối với thuốc gốc, khuyến khích tiêu thụ thuốc gốc (Kaplan, Wirtz và Liang 2011); tuyên truyền loại bỏ thành kiến đối với thuốc sản xuất trong nước và thuốc gốc.

Khuyến nghị 2-4 dưới đây liên quan đến cải cách hệ thống thanh toán và được rút ra từ Nghiên cứu đánh giá các phương thức thanh toán được BYT thực hiện trong năm 2012-2013

Khuyến nghị 2: Phối hợp hài hòa các phương thức thanh toán

Ngắn hạn:

- Đối với dịch vụ bệnh viện tỉnh, hệ thống thanh toán định suất cần được sửa đổi ngay lập tức để loại bỏ chi phí chuyển tuyến cấp tỉnh và chi phí khám chữa bệnh vượt tuyến ra khỏi quỹ định suất tuyến huyện. Phương thức thanh toán thay thế nên được sử dụng để chi trả chi phí chuyển tuyến ở bệnh viện tuyến tỉnh là chi trả theo phí dịch vụ có trần đối với điều trị ngoại trú và chi trả theo trường hợp bệnh đối với bệnh nhân nội trú,

Trung hạn:

- Đối với bệnh viện huyện, nên xem xét loại bỏ các dịch vụ điều trị nội trú ra khỏi hệ thống thanh toán định suất. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy rất hiếm khi, nếu không nói là chưa bao giờ định suất được sử dụng để chi trả cho các dịch vụ điều trị nội trú. Có nhiều lý do giải thích cho việc này. Đầu tiên, không giống như chăm sóc sức khoẻ ban đầu, dịch vụ nội trú không thường xuyên ở cấp độ cá nhân, do đó khó có thể dự báo chi phí điều trị cho một quần thể dân số nhỏ. Do vậy, quỹ định suất phí cho điều trị nội trú khó đáp ứng được nhu cầu và sử dụng thực tế. Thứ hai, thanh toán theo định suất khuyến khích giảm chi phí đầu vào, tăng cường dịch vụ dự phòng, trong khi ở khu vực điều trị nội trú giảm các dịch vụ chữa bệnh có thể dẫn tới hậu quả nghiêm trọng. Tương tự như đối với bệnh viện tỉnh, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ cho khám chuyên khoa ngoại trú và thanh toán theo trường hợp bệnh các dịch vụ nội trú có thể được xem xét áp dụng bệnh viện huyện, tùy thuộc vào kết quả của mô phỏng và phân tích tác động.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

- Cần xác định một gói dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu rõ ràng được chi trả theo định suất bao gồm cả chẩn đoán và điều trị các bệnh thông thường tại bệnh viện huyện, trung tâm y tế huyện, và trạm y tế xã. Quỹ định suất cần chi trả cho các thuốc sử dụng trong gói dịch vụ CSSK ban đầu. Dịch vụ dự phòng hiện không được BHYT chi trả, do các dịch vụ đó được thanh toán từ ngân sách nhà nước, nhưng trong tương lại quỹ định suất nên chi trả cho hoạt động dự phòng và nâng cao sức khoẻ để khuyến khích cơ sở y tế dự phòng và quản lý các bệnh thông thường. Mặc dù gói quyền lợi này cần được quy định rõ ràng, nhưng cần có sự linh hoạt nhất định trong thời gian trước mắt và trung hạn do năng lực của y tế cấp huyện là khác nhau và hiện không có hướng dẫn rõ ràng những gì cần phải quản lý và những gì nên đưa vào áp dụng ở cấp huyện.

Khuyến nghị 3: Hệ thống thanh toán chi phí khám chữa bệnh cần được thiết kế có tính chiến lược hơn nhằm vào các mục tiêu hệ thống y tế quan trọng: giảm sự phân mảnh trong chia sẻ rủi ro và mở rộng diện bao phủ có hiệu quả; giải quyết vấn đề quá tải và sử dụng quá nhiều các dịch vụ chi phí cao tại bệnh viện

Trung hạn:

Cải cách hệ thống thanh toán theo định suất:

- Thực hiện bình đẳng suất phí cơ bản. Trong khi đang khó khăn trong việc hoà quỹ để chia sẻ rủi ro giữa các nhóm bảo hiểm khác nhau, có thể chia sẻ rủi ro một cách gián tiếp, ít nhất là ở mức chăm sóc sức khoẻ ban đầu, qua việc thực hiện bình đẳng suất phí cơ bản.
- Hệ số điều chỉnh. Hiện nay hệ số 1,1 được áp dụng thống nhất, nhưng cơ sở cho hệ số điều chỉnh này là chưa rõ ràng. Cần đưa ra các hệ số điều chỉnh theo khu vực địa lý và tuổi tác/giới tính dựa trên kết quả xác định sự khác biệt trong chi phí thực tế, để nâng cao sự công bằng của hệ thống thanh toán.

Cải cách hệ thống thanh toán theo phí dịch vụ:

- Hợp lý hoá và gom các dịch vụ nhỏ lẻ thành các dịch vụ lớn. Số lượng dịch vụ hiện tại trong khung giá dịch vụ là rất lớn và bao gồm nhiều dịch vụ nhỏ lẻ. Hợp lý hoá khung giá dịch vụ và gom một số dịch vụ nhỏ thành dịch vụ lớn có thể làm giảm động cơ cung cấp dịch vụ quá mức và chuyển một số lượng nhỏ nguy cơ sử dụng đầu vào sang các nhà cung cấp. Chi phí thuốc có thể được đưa vào các dịch vụ điều trị và dịch vụ thủ thuật cụ thể, để khắc phục vấn đề tăng chi phí thuốc.
- Cơ sở tính viện phí. Hiện nay phí dịch vụ không có cơ sở rõ ràng trong cách tính chi phí và trong chính sách ưu tiên, dẫn đến việc các dịch vụ công nghệ cao chi phí lớn được ưa chuộng hơn với mức phí cao hơn. Biểu phí nên được sử dụng như một đòn bẩy chính sách để khuyến khích sử dụng

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

các dịch vụ ưu tiên cao và không khuyến khích sử dụng các dịch vụ chi phí cao nhưng hiệu quả thấp bằng cách quy định mức phí tương đối thấp cho các dịch vụ đó.

Khuyến nghị 4: Phương thức thanh toán chi phí y tế phải được đi kèm với việc tổ chức thực hiện có hiệu quả hơn cùng các giải pháp bổ sung phù hợp.

Dài hạn:

Các giải pháp bổ sung này làm rõ hơn các thỏa thuận giữa bên mua và bên cung cấp và sự mong đợi của cả hai bên, chống lại một số động lực không có lợi của các phương thức thanh toán khác nhau, giảm nguy cơ đẩy bệnh nhân đối mặt với ngày càng nhiều dịch vụ đắt tiền mà bệnh nhân thường phải trả phần lớn hoặc toàn bộ bằng tiền túi. Có thể sử dụng hợp đồng giữa BHXHVN và các nhà cung cấp để xác định và thực thi các giải pháp bổ sung này. Một số lĩnh vực ưu tiên được xác định qua các cuộc họp các bên liên quan gần đây ở Việt Nam gồm:

1. Hệ thống "gác cửa" và chuyển tuyến hoạt động tốt
2. Mức cùng chi trả hợp lý
3. Hạn chế bệnh viện thu thêm viện phí bổ sung từ tiền túi của người bệnh để bù đắp chi phí, hướng tới loại bỏ hoàn toàn
4. Hệ thống thông tin y tế và giám sát chất lượng tốt
5. Gói quyền lợi cơ bản, hợp lý và bền vững về mặt tài chính

Khuyến nghị 5: Xoá bỏ sự phân tán trong mua sắm, chi trả thuốc: tập trung hóa khâu xét chọn thuốc vào danh mục bảo hiểm, triển khai hợp đồng khung để mua các loại thuốc được sử dụng với khối lượng lớn, triển khai hợp đồng theo giá và khối lượng.

Trong cơ chế hiện hành, việc xác định đơn vị thắng thầu và đàm phán giá cả được thực hiện tại đơn vị mua dịch vụ, dẫn đến khác biệt lớn trong mức giá. Xoá bỏ sự phân tán trong quy trình mua sắm sẽ góp phần giảm chênh lệch giá. Hạn chế phân tán trong thanh toán cho cơ sở cũng có thể giúp giảm chênh lệch giá. Nghiên cứu đề xuất 3 biện pháp cải cách sau.

Ngắn hạn:

- Thứ nhất, khâu xét chọn thuốc để đưa vào danh mục bảo hiểm (hay gói quyền lợi dược phẩm chi tiết – xem phần dưới) cần được tập trung hóa. Đề nghị vẫn cho phép cơ sở sử dụng 10-15% ngân sách chi cho thuốc để mua thuốc ngoài danh mục, phù hợp với nhu cầu riêng, và tránh tình trạng có quá nhiều yêu cầu riêng lẻ về việc đưa thuốc vào danh mục bảo hiểm.

Trung hạn:

- Thứ hai, cần sử dụng hợp đồng khung khi mua thuốc với số lượng lớn.Cơ sở cần ký hợp đồng khung để mua thuốc theo bảng giá quốc gia với các mức giá thoả thuận trước. Cơ sở sẽ có 2 hoặc 3 lựa chọn cho từng loại thuốc

nhưng sẽ không được mua thuốc theo giá ngoài bảng giá. Hợp đồng khung phải được đấu thầu lại hàng năm để bảo đảm duy trì đủ số lượng nhà sản xuất trên thị trường. Dần dần, có thể mở rộng phạm vi hợp đồng để đưa toàn bộ các loại thuốc trong danh mục bảo hiểm vào hợp đồng, chứ không chỉ khi mua thuốc với số lượng lớn.

- Thứ ba, giá thuốc cần được đưa trọn gói vào chi phí điều trị cho từng ca bệnh, trừ các loại thuốc đắt tiền.(Xem thêm Khuyến nghị 3 bên trên về cải cách cơ chế thanh toán theo phí dịch vụ).

Khuyến nghị 6: Tăng cường kiểm soát giá thuốc:
Hiện nay đã có một số cơ chế chính về kiểm soát giá nhưng cần triển khai hiệu quả việc tham chiếu giá thuốc theo danh pháp quốc tế (INN). Cần kiểm soát chênh lệch giá chặt chẽ hơn. Những bài học kinh nghiệm từ các chương trình thí điểm về kiểm soát chênh lệch giá cần được đánh giá, đồng thời xây dựng chính sách phù hợp để thay thế cho Nghị định 120 đã bị bãi bỏ do các khó khăn trong triển khai. Sau đây là hai đề xuất cơ bản nhằm tăng cường sử dụng thuốc gốc:

Trung hạn:

- Thứ nhất, cần định hướng chính sách, cơ chế khuyến khích theo hướng kê đơn, sử dụng thuốc gốc. Danh mục bảo hiểm của BHXHVN có thể chỉ nên sử dụng tên thuốc gốc và quy định các mức hoàn trả tối đa (áp dụng cho thuốc gốc và cả thuốc biệt dược), hoặc xác định những loại thuốc biệt dược được kê đơn sau khi BHXHVN đã thỏa thuận hợp đồng khung với nhà cung cấp. Dù cách làm này có thể dẫn đến sự cạnh tranh về số lượng, định lượng giữa các nhãn thuốc có cùng mức giá (theo giá trần) nhưng BHXHVN ít nhất sẽ biết được tổng chi phí cho toàn bộ các cơ sở là bao nhiêu.
- Thứ hai, cần đầu tư đáng kể vào các chính sách bảo đảm chất lượng hữu hình và công tác tuyên truyền nhằm xóa bỏ dần tư tưởng "sính ngoại" của người dân. Trong một thị trường chuộng thuốc ngoại, chính sách thuốc gốc nhiều khả năng sẽ dẫn đến việc người bệnh không hài lòng, cũng như việc cơ sở thuyết phục người bệnh tự chi trả thêm chi phí cao hơn giá tham chiếu cho những biệt dược ưa thích. Một cách để ngăn chặn tình trạng này là bảo đảm quy định mức trần thanh toán đủ cao để các hãng thuốc đa quốc gia đưa ra giá thấp hơn giá trần. Về dài hạn, tuyên truyền và bảo đảm chất lượng sẽ là những giải pháp chính. Một xuất phát điểm tốt là ưu tiên đăng ký các loại thuốc gốc.

Giải quyết các yếu kém trong hệ thống cung ứng dịch vụ KCB nằm ngoài phạm vi của báo cáo này. Vào tháng 9/2010, CP đã ban hành Đề án giảm tình trạng quá tải bệnh viện. Đề án nhằm đưa ra các giải pháp giảm tình trạng quá tải tại các bệnh viện tuyến trên. Đề án giảm quá tải bệnh viện đã đưa ra những giải pháp mềm như xây dựng cơ chế tài chính, sửa đổi quy chế, hiện đại hóa công tác quản lý bệnh viện, mở rộng, tăng cường chăm sóc sức khỏe ban đầu, tăng cường giám sát, quản lý chất lượng, tăng cường quản lý thông

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

tin nhằm khắc phục các vấn đề về trách nhiệm giải trình, quản lý. Đây đều là những bước cải cách phù hợp.Tuy nhiên, để đảm bảo hiệu quả, những giải pháp này cần được thực hiện theo hướng tăng cường chất lượng tổ chức, quản lý trong ngành y tế. Đây sẽ là chủ đề của chương tiếp theo.

Chú thích

1. Cùng trong nhóm hiệu quả chuyên môn và phân bổ, có những loại hiệu quả liên quan đến quy mô, phạm vi trong hệ thống y tế.
2. Nghị định 79 năm 2006 và Thông tư 11 năm 2007 hướng dẫn thực hiện Nghị định 79 có mục tiêu hạ trần giá thuốc và làm rõ cần sử dụng những loại giá nào để đối chiếu.
3. Dựa trên phân tích số liệu IMS về lượng tiêu thụ của 30 loại thuốc có giá tiêu dùng cao nhất do Văn phòng Việt Nam của WHO thực hiện và báo cáo trong nghiên cứu của Escalante (2012).
4. Nghiên cứu này cung cấp những bằng chứng đáng tin cậy nhất cho đến nay về tình trạng quá tải bệnh viện, dựa trên một số số liệu thống kê bệnh viện của BYT nhưng chủ yếu là các nghiên cứu thực hiện trong các năm 2008-09 trong mẫu các bệnh viện tham gia điều tra tại 6 tỉnh. Mẫu này gồm 5 bệnh viện trung ương, 10 bệnh viện tuyến tỉnh (3 bệnh viện sản và một bệnh viện nhi) và 12 bệnh viện huyện.
5. Số giường thực kê là tổng số giường đã gồm cả giường được bổ sung vào số giường theo "kế hoạch" làm căn cứ để nhà nước trợ cấp.
6. Nhiều nước phát triển đã lập ra những cơ quan đặc biệt để đánh giá các công nghệ mới, gọi là các cơ quan ĐGCNYT. Dù có chức năng cung cấp các căn cứ để ra quyết định giải ngân nhưng những cơ quan này thường không tham gia vào quy trình ra quyết định nhằm bảo đảm tính độc lập và tránh mâu thuẫn lợi ích.

Tài liệu tham khảo

Ban Tin tức Kinh tế. 2011. Việt Nam: *Báo cáo y dược.* Tóm tắt ngành, Tạp chí Nhà kinh tế (16/6).

Escalante, S. 2012. "Thực trạng sử dụng thuốc tại Việt Nam: Các yếu tố quyết định cải thiện hiệu quả." Tài liệu đầu vào chuẩn bị cho báo cáo Hướng tới phổ cập bảo hiểm y tế xã hội ở Việt Nam: *Đánh giá, phương án.*

TCTK (Tổng cục Thống kê). 2012. "Theo dõi chỉ số giá tiêu dùng". Tổng cục Thống kê, http://www .gso.gov.vn.

Hanvoravongchai, P. 2013. *Cải cách tài chính y tế ở Thái Lan: Hướng tới bảo hiểm toàn dân trong bối cảnh tài chính eo hẹp.* Loạt nghiên cứu về bảo hiểm y tế toàn dân. (UNICO), Loạt nghiên cứu của UNICO số 20, Ngân hàng Thế giới, Washington, DC.

VCLCSYT (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế). 2010. *Tình trạng quá tải bệnh viện: Vấn đề và giải pháp.* Báo cáo nghiên cứu, Hà Nội.

———. 2013. *Đánh giá quốc gia về cơ chế thanh toán cho cơ sở ở Việt Nam.* Báo cáo nghiên cứu, Hà Nội.

Hollingsworth, B., S. J. Peacock. 2008. *Chỉ số hiệu quả về sức khỏe và y tế.* New York: Routledge.

Kaplan, W., A. N. Wirtz, R. Laing. 2011. "Giải pháp chính sách tăng mức sử dụng thuốc gốc ở các nước thu nhập thấp và trung bình: Báo cáo đánh giá." Bản dự thảo, WHO/HAI 2011.

Khanh, C. 2007. "TP.HCM: Bệnh viện thiếu thuốc – bệnh nhân lãnh đủ". Việt Báo, 16/8/2007. http://vietbao.vn/Suc-khoeTPHCM-Benh-vien-thieu-thuoc-benh-nhan-lanh-du/ 75162985/248/.

Kwon, S. 2009. "30 năm bảo hiểm y tế quốc dân ở Hàn Quốc: Bài học về thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân". *Chính sách Kế hoạch y tế* 24 (1): 63–71.

———. 2011. "Tài chính y tế ở châu Á: Vướng mắc, tồn tại chính". *Tạp chí Y tế công cộng Châu Á Thái bình dương 23* (5): 651–61.

———. 2013. "Gói bảo hiểm trong bảo hiểm y tế". Bài trình bày tại Hội thảo về bảo hiểm y tế, Vĩnh Phúc, Việt Nam, 16/10.

Langenbrunner, J. L., A. Somanathan. 2011. *Tài chính y tế ở Đông Á Thái bình dương: Thông lệ tối ưu và một số tồn tại.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Lee, T.-J. 2013. "Quy định giá thuốc ở Việt Nam". Bài trình bày tại hội thảo về sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm Y tế Việt Nam, Vĩnh Phúc, Việt Nam, 17-18/6.

BYT (Bộ Y tế) và WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2009. "Điều tra về sử dụng thuốc, vật tư y tế và quản lý dịch vụ y tế (QLDVYT) của BYT và Tổ chức Y tế Thế giới".

Nguyen, A. T., R. Knight, A. Mant, Q. M. Cao, M. Auton. 2009. "Giá thuốc, khả năng cung ứng, chi trả ở Việt Nam". *Đánh giá Y tế Phương Nam* 2 (2).

Praditsitthikorn, N., Y. Teerawattananon, S. Tantivess, S. Limwattananon, A. Riewpaiboon, S. Chichareon, N. Ieumwananonthachai, V. Tangcharoensathien. 2011. "Đánh giá kinh tế học các giải pháp chính sách về phòng chống ung thư cổ tử cung ở Thái Lan." *Dược kinh tế học* 29 (9): 781–806.

Seiter, A. 2010. *Mô hình thực tiễn về chính sách dược.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Voncina, L., T. Strizrep. 2010. "Croatia: Cải cách giá thuốc và thanh toán chi phí thuốc năm 2009/2010". *Eurohealth* 16 (4): 20–22.

Wagner, A. K., A. J. Graves, S. K. Reiss, R. Lecates, F. Zhang, D. Ross-Degnan. 2011. "Tiếp cận thuốc men, điều trị, gánh nặng chi phí y tế, phòng ngừa rủi ro: Kết quả Khảo sát Y tế Thế giới." *Chính sách y tế* 100 (2–3):151–58.

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2010. *Đầu tư cho hệ thống y tế: Con đường thực hiện bảo hiểm toàn dân.* Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới.

———. 2014. Tài khoản y tế quốc gia - cơ sở dữ liệu chi phí y tế toàn cầu. http://www.who.int/nha/expenditure_database/en.

WHO, CQLD, VCLCSYT. 2010. "Khảo sát cấp I và cấp II." WHO, Cục Quản lý dược (CQLD), Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (VCLCSYT).

WHO-UNIDO. 2011. *Phát triển sản xuất thuốc nội địa (SXTNĐ) ở Việt Nam: Thực trạng ngành dược, đánh giá chính sách nhà nước, đề xuất kế hoạch hoạt động nhằm cải thiện tình hình.* Báo cáo chưa công bố, WHO-UNIDO.

Ngân hàng Thế giới. 2013a. *Khảo cứu điểm Việt Nam.* Dự thảo báo cáo, Chương trình Hợp tác Nhật Bản-Ngân hàng Thế giới về bảo hiểm y tế toàn dân.

———. 2013b. *Khảo cứu điểm Thái Lan.* Dự thảo báo cáo, Chương trình Hợp tác Nhật Bản-Ngân hàng Thế giới về bảo hiểm y tế toàn dân.

———. 2013c. *Khảo cứu điểm Thổ Nhĩ Kỳ*. Dự thảo báo cáo, Nhật Bản.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

———. 2013d. *Nâng cao sức khỏe: Cải thiện các kết quả của hệ thống y tế ở Đông Âu và Trung Á*. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

Ngân hàng Thế giới, BYT (Vụ Kế hoạch Tài chính), VCLCSYT. 2011. "Bài học về triển khai chính sách tự chủ bệnh viện ở Việt Nam từ kinh nghiệm quốc tế: Các vấn đề rút ra từ các nghiên cứu quốc tế và Khảo sát bệnh viện nhà nước ở Việt Nam". Đề cương chính sách.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 8

Củng cố tổ chức, quản lý và quản trị BHYT

Các chương trước đã cho thấy hoạt động của hệ thống BHYT cần được cải thiện về nhiều mặt nhằm đáp ứng mục tiêu bao phủ toàn dân được đặt ra trong Đề án thực hiện lộ trình BHYT toàn dân; BHYT hiện quản lý rất nhiều nguồn vốn qua vô số các hợp đồng với các cơ sở y tế công và tư, đòi hỏi các kỹ năng quản lý đầy đủ và tinh tế. Để giải quyết các thách thức trên, hệ thống BHYT cần được định nghĩa rõ ràng, được quản lý và giám sát tốt. Chương 8 sau đây sẽ rà soát tổ chức, quản trị và quản lý BHYT của Việt Nam nhằm mục đích xác định các công cụ và các quá trình hiện có hoặc cần có để bảo đảm tính trách nhiệm của các bên liên quan trong hệ thống BHYT.

Tổ chức, quản lý và quản trị BHYT cần được phân tích một cách kỹ lưỡng nhằm giải quyết các vấn đề về mặt cơ cấu và hoạt động của BHYT trong thời gian trước mắt. Để có thể thực hiện bao phủ toàn dân trong theo tiến độ mà Chính phủ đã đặt ra, cần phải có các quyết định chính sách mạnh mẽ và chuyển thành hành động thực tế để tạo nên một lộ trình thực hiện thành công BHYT, bao gồm việc sửa đổi Luật BHYT, được Chính phủ đưa vào kế hoạch thực thi trong năm 2014 (WHO 2013). Tức là cần rà soát và điều chỉnh lại vai trò của BHXHVN và của Bộ Y tế trong vấn đề BHYT. Đặc biệt cần phải thành lập một cơ quan chuyên môn, chuyên trách về BHYT với một Hội đồng BHYT để đảm bảo đưa ra các quyết định đúng đắn, minh bạch và có tính trách nhiệm giải trình.

Trước khi thảo luận vấn đề này, cần có câu trả lời cho 2 câu hỏi cơ bản sau:

1. Ai hay cơ quan nào sẽ chịu trách nhiệm về sự tham gia BHYT của toàn dân, với việc cung ứng dịch vụ và hàng hoá y tế có chất lượng, được chi trả hợp lý;
2. Cần có những thay đổi nào trong việc tổ chức hành chính của BHYT để mở rộng việc tham gia bảo hiểm, tăng mức độ bảo vệ tài chính và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ toàn dân (UHC)?

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn dân là một mục tiêu chính sách rõ ràng của Chính phủ Việt Nam được thể hiện trong Hiến Pháp "Nhà nước... bảo đảm BHYT và tạo điều kiện tốt nhất cho người dân được chăm sóc sức khoẻ". Thực hiện quy định pháp lý này, Chính phủ Việt Nam đã giành sự ưu tiên chính trị và thể chế cho BHYT như một công cụ pháp lý và tài chính cơ bản để hỗ trợ người dân tiếp cận tài chính đối với các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sẵn có nhằm mục tiêu bao phủ toàn dân.

Trong nỗ lực nhằm thực hiện bảo vệ tài chính và bao phủ toàn dân, quan trọng là cần có một cách tiếp cận sáng tạo, tổng thể (tức là cần huy động và tập hợp tất cả các nguồn lực sẵn có - liên quan đến pháp lý, tài chính, thể chế và nhân lực) và kịp thời (trong khung thời gian quy định trong Đề án thực hiện lộ trình tiến tới bao phủ BHYT toàn dân trong giai đoạn 2012–2015 và đến năm 2020 do Bộ Y Tế đệ trình Chính phủ năm 2012.

Chẩn đoán vấn đề

Sai lầm trong thiết kế

Các vấn đề hiện tại trong tổ chức và quản lý BHYT lý giải cho thực trạng yếu kém của BHYT trong khía cạnh đăng ký tham gia, bảo vệ tài chính và khả năng tiếp cận hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ chất lượng của người dân. Vấn đề bao trùm nằm trong cơ cấu hiện tại của BHYT đối với công tác quản lý và điều hành. Bản chất của vấn đề khá đơn giản. Luật BHYT đã có một thiết kế về tổ chức rõ ràng và phù hợp đối cho công tác quản lý và điều hành BHYT, tuy nhiên hiện chưa có một cơ quan BHYT độc lập nào được thành lập theo thiết kế đó. Thay vào đó một số chức năng của quản lý và điều hành BHYT được giao cho BHXHVN, và một số chức năng khác được giao cho Bộ Y Tế. Thiết kế sai lầm là nguyên nhân của tình trạng thiếu năng lực và hoạt động kém hiệu quả trong mọi cố gắng về tổ chức, cho dù đó là nhà nước hay tư nhân. Trong trường hợp BHYT ở Việt Nam, một tổ chức tài chính lớn, sai lầm trong thiết kế tổ chức hiện nay là nguyên nhân chính của các vấn đề trong quá trình thực hiện.

Phân mảnh trong quản lý

Sự phân mảnh trong quản lý khiến cho việc thực hiện các chức năng BHYT một cách nhất quán không thể thực hiện được; ví dụ việc thực hiện chức năng quan trọng là mua dịch vụ y tế và hợp đồng với cơ sở y tế. Trong tổ chức bộ máy công của Việt Nam, BHXHVN được xem là một cơ quan thực hiện chính sách nhưng không được giao quyền hạn liên quan đến việc thực hiện chính sách. Như vậy, BHXHVN không có khả năng kiểm soát quá trình thực hiện các quy định, giám sát việc tuân thủ quy định, theo dõi việc tuân thủ hợp đồng và giải quyết các mâu thuẫn giữa các cơ sở y tế và giữa cơ sở y tế và người hưởng lợi. BHXHVN được giao nhiệm vụ mua dịch vụ y tế nhưng lại không thể hoạt động như một cơ quan mua sắm chiến lược nhằm quản lý hiệu quả một số rủi ro liên quan đến hệ thống BHYT; trong đó việc quản lý một loại rủi ro cơ bản là chi quá mức quy định.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Phân mảnh trong quản lý cũng tạo ra các khoảng trống trong năng lực chuyên môn và quản lý liên quan đến việc theo dõi và cưỡng chế tham gia bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm, giám định, phân tích thống kê bảo hiểm, thiết kế gói quyền lợi và xây dựng các phương thức thanh toán và tỉ lệ bồi hoàn. Các nhiệm vụ quan trọng khác như việc kiểm định và công nhận chất lượng (accreditation), tính chi phí các dịch vụ y tế và giám sát, dự báo chi phí, phân tích thống kê bảo hiểm, theo dõi các chỉ số hoạt động chính của hệ thống, cũng như hỗ trợ và hướng dẫn người sử dụng lao động và người hưởng lợi phần lớn đều bị bỏ qua.

Bộ Y Tế và Bộ Tài chính đều chịu trách nhiệm xây dựng các quy định và quy tắc về BHYT trong đó bao gồm các "các chính sách về BHYT" cũng như các quy định thực hiện chính sách. Đối với Bộ Y Tế, trách nhiệm xây dựng hướng dẫn thực hiện BHYT thuộc về các vụ, cục khác nhau trong đó mỗi vụ, cục chịu trách nhiệm về một vấn đề rất cụ thể. Vì vậy, không thể điều hành hiệu quả hệ thống BHYT do thiếu sự lồng ghép giữa các chính sách và quy định. Bộ Y Tế phối hợp với BHXHVN với vai trò là người thực hiện chính sách nhiều hơn là người cung cấp tầm nhìn chính sách tổng thể về BHYT.

Khác biệt trong cấu trúc quản lý

Sự khác biệt trong cấu trúc và phân cấp quản lý giữa BHXHVN và Bộ Y Tế khiến cho việc trao đổi và hợp tác trở nên khó khăn. BHXHVN được tổ chức theo chiều dọc, trong đó có 1 cơ quan cấp trung ương và các cơ quan trực thuộc cấp tỉnh phụ thuộc vào các hướng dẫn và quy định của cấp trung ương (WHO 2013). BHXHVN thực hiện tất cả các chính sách bảo hiểm xã hội: bảo hiểm hưu trí, BHYT và các trợ cấp ngắn hạn khác như trợ cấp ốm đau và thai sản. BHYT là một trong nhiều trách nhiệm của BHXHVN (WHO 2013).

Trình độ chuyên môn để quản lý một hệ thống BHYT phức tạp đã bị coi nhẹ khiến việc quản lý trở nên khó khăn hơn bao giờ hết khi các chức năng BHYT/chi trả trong BHXH VN được phân tán trong nội bộ và đan xen với các chức năng khác thuộc về các chương trình bảo hiểm xã hội khác. Trong Bộ Y Tế, có 3 Vụ chịu trách nhiệm chính về các vấn đề BHYT. Nhiệm vụ giám sát BHYT địa phương do cấp tỉnh tự xây dựng. Cả Bộ Y Tế và Sở Y tế các tỉnh đều quản lý trực tiếp và có trách nhiệm cuối cùng trong việc điều hành các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ y tế nhưng sự phối hợp bị hạn chế và thiếu sự đồng nhất trong tiếp cận quản lý chung. Tóm lại, hạn chế trong quản trị BHYT có nguyên nhân từ cấu trúc hệ thống quản lý BHYT hiện hành.

Mặc dù BHXHVN không có "quyền phủ quyết" một cách chính thức, dựa trên nền tảng pháp lý, kinh nghiệm trong 5 năm vừa qua cho thấy Bộ Y Tế luôn đàm phán với BHXHVN để đạt được thoả thuận về các điều khoản quy định và pháp lý trước khi đệ trình, cho dù đó là trình lên Quốc hội hay Thủ tướng (WHO 2013). Hệ quả của các cơ cấu hiện thời liên quan đến quá trình ra quyết định là một số quy định pháp lý và điều hành liên quan đến tài chính y tế đôi khi trở nên không nhất quán hoặc không rõ ràng. Tổng giám đốc BHXHVN chịu trách nhiệm trước Chính phủ, Thủ tướng, Hội đồng Quản lý BHXHVN, và các đại biểu quốc hội. Quá nhiều tầng lớp chịu trách nhiệm sẽ

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

làm suy yếu trách nhiệm giải trình. Không có quy định pháp lý rõ ràng về người chịu trách nhiệm chính mà chỉ có các quy định về chế độ và yêu cầu báo cáo (WHO 2013).

Chế độ báo cáo và sự minh bạch

Luật BHYT không nêu cụ thể và đầy đủ các yêu cầu về báo cáo. Các yêu cầu về báo cáo là tối thiểu, dẫn tới hoạt động báo cáo tối thiểu của BHXHVN. Thực trạng đáng chú ý nhất là BHXHVN đưa ra một báo cáo tổng hợp chung tất cả các quỹ bảo hiểm do BHXHVN quản lý, chứ không có báo cáo riêng cho từng quỹ bảo hiểm xã hội (WHO 2013). Vì vậy tính chất đặc thù trong quản lý tài chính BHYT không thể được hiểu đúng và đánh giá đúng đắn, dẫn đến hệ quả là sự thiếu minh bạch.

Giám sát yếu kém

Cơ chế giám sát duy nhất là Hội đồng Quản lý của BHXHVN, chịu trách nhiệm giám sát tất cả các quỹ bảo hiểm xã hội thuộc phạm vi của BHXHVN. Vai trò và chức năng cụ thể của cơ quan này được quy định khá hạn chế. Ví dụ, Hội đồng Quản lý của BHXHVN không có quyền ra quyết định ngoài các quyết định đầu tư. Vì vậy, trong thực tế BHXHVN không phải là cơ quan giám sát mạnh. Đáng chú ý là bản thân Tổng Giám Đốc BHXHVN là Phó Chủ tịch thường trực của Hội đồng quản lý (WHO 2013). Ở đây có sự mâu thuẫn về lợi ích: nhân vật chịu trách nhiệm chủ chốt về giám sát lại giám sát chính bản thân mình.

Hội đồng Quản lý của BHXHVN không cho phép có sự tham gia rộng rãi của các bên liên quan và các bên liên quan chính (người cung cấp dịch vụ, người hưởng lợi) không có đại diện ở đây. Ví dụ:

- ở cấp tỉnh, không có cơ chế tham gia của các bên liên quan
- tính trách nhiệm giải trình của BHXHVN và của chính quyền về mặt thực hiện BHYT còn thấp;
- Ít người chịu trách nhiệm khi kế hoạch không hoàn thành. Khó có thể chỉ ra người chịu trách nhiệm chính.

Chẩn đoán chung

Chẩn đoán cuối cùng là tổ chức, quản lý và điều hành BHYT bị phân mảnh và rối loạn chức năng. Kịch bản này khiến việc thực hiện BHYT trở nên chậm chạp, phức tạp và kém hiệu quả. Để đáp ứng mục tiêu chính sách của Chính phủ đề ra trong Quy hoạch tổng thể và đẩy nhanh tiến trình tiến tới bao phủ toàn dân, thể chế quản lý BHYT cần được đánh giá và thay đổi. Chương này sẽ trình bày chi tiết các vấn đề và đề xuất một số giải pháp thực hiện.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Tổng quan tóm tắt về Luật BHYT xã hội năm 2008

Luật BHYT xã hội năm 2008 thiết lập khung chung cho BHYT của Việt Nam và nhằm bảo vệ tài chính cho người dân trong quá trình tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khoẻ chất lượng. Các quy định thực hiện dưới luật (bao gồm Thông Tư 09, Thông Tư 10, Thông Tư 11) được ban hành nhằm làm rõ và hướng dẫn thực hiện Luật này. Luật BHYT xã hội quy định phạm vi áp dụng (Điều 1) và các nguyên tắc về BHYT (Điều 3), quy định đối tượng và người hưởng lợi, cả bắt buộc và tự nguyện, quy định về đóng góp và hưởng trợ cấp của Chính phủ (Điều 12 đến 15). Luật cũng đề cập đến thẻ BHYT (Điều 16 đến 20), lợi ích BHYT nói chung (Điều 21 đến 23), và quyền và nghĩa vụ của người được bảo hiểm, người cung cấp dịch vụ bảo hiểm và Cơ quan BHYT, mặc dù cơ quan này (cơ quan BHYT – ND) đến nay chưa được thành lập (Điều 36 đến 44) (WHO 2013).

Khái niệm BHYT như 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 này", không xác định rõ "loại hình bảo hiểm", cũng không nêu rõ mục tiêu của BHYTXH. BHYT XH là một loại hình bảo hiểm đặc biệt và khác biệt với các loại hình BHYT khác của tư nhân (WHO 2013). Mục đích cụ thể của BHYTXH là cung cấp sự bảo vệ về tài chính cho toàn dân trong quá trình tiếp cận các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Trong Luật BHYT, mục đích của BHYT không được nêu hoặc nêu không đầy đủ.

Nghị định đầu tiên về BHYT năm 1992 có nêu: "BHYT được thiết lập nhằm huy động sự đóng góp của các cá nhân, tập thể, cộng đồng và xã hội nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc sức khoẻ". Khái niệm này được điều chỉnh trong 2 Nghị định tiếp theo như sau: "Mục đích của BHYT là huy động sự đóng góp của người lao động, cán bộ công nhân viên, các tổ chức và cá nhân, nhằm chi trả cho chi phí chăm sóc sức khoẻ, khi người có thẻ BHYT bị ốm". Các định nghĩa này đã không nêu được mục tiêu cuối cùng là bảo vệ tài chính trong quá trình tiếp cận dịch vụ y tế cần thiết, có chất lượng cho toàn dân. Việc nhấn mạnh đến khía cạnh huy động nguồn lực đã dẫn đến việc xem nhẹ tầm quan trọng của mục đích sử dụng tối ưu nguồn lực. Luật đã tạo ra một hệ thống BHYT bắt buộc đơn quỹ đối với người hưu trí, công nhân nhà nước, các nhóm ưu tiên chính sách trong xã hội, người nghèo (trước đó được hưởng từ Quỹ chăm sóc sức khoẻ dành cho người nghèo), cận nghèo, trẻ em và các nhóm đối tượng xã hội cần bảo vệ khác. Luật xác lập mục tiêu bao phủ BHYT bắt buộc cho toàn dân vào năm 2014.

Sự phân nhóm gần 30 đối tượng BHYT trong Luật BHYT là không cần thiết và là một gánh nặng cho quản lý. Tất cả các đối tượng hưởng lợi hoặc thuộc về nhóm thực hiện nghĩa vụ đóng góp (tất cả những người có khả năng đóng phí bảo hiểm xã hội trên cơ sở các ngành nghề chính thức) hoặc thuộc về nhóm không phải đóng góp mà được hỗ trợ từ ngân sách nhà nước (tất cả những người đóng phí bảo hiểm xã hội được trợ cấp theo nhiều hình thức, một phần hay toàn phần bởi cơ quan nhà nước hay các đơn vị khác). Việc

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

phân chia thành nhiều đối tượng hưởng BHYT làm phức tạp hơn việc tham gia và tỏ ra thiếu hiệu quả, như đã được phân tích trong Chương 2.

Ngoài ra, việc phân chia thành nhiều đối tượng BHYT có thể dẫn đến việc một người sẽ rơi vào nhiều đối tượng BHYT: một trẻ em của một gia đình nghèo sẽ vừa là trẻ em vừa là người nghèo. Sự chồng chéo này sẽ gây khó khăn cho việc tham gia và đăng ký bảo hiểm và danh sách đối tượng sẽ trở nên thiếu tin cậy. Không có quy định hay tiêu chí nào về ưu tiên phân loại. khó có thể chuyển một đối tượng từ nhóm này sang nhóm khác, ví dụ một người thuộc khu vực không chính thức có việc làm trong khu vực chính thức. Ngoài ra quá trình này và sự phân mảnh của quá trình cũng đang gây khó khăn phức tạp cho việc cấp thẻ BHYT, dễ dẫn tới nhầm lẫn, cấp nhiều thẻ BHYT cho một người (WHO 2013). Do việc có thẻ BHYT không có nghĩa là tiếp cận với dịch vụ y tế, những vấn đề nêu trên là các thách thức cơ bản trong quá trình tiến tới bao phủ toàn dân và bảo vệ tài chính cho toàn dân. Chương 2 đã nêu rõ vấn đề tham gia bảo hiểm.

Sửa đổi luật BHYT dựa trên kinh nghiệm và các thách thức mới

Kinh nghiệm 4 năm thực hiện Luật BHYT cho thấy sự thiếu nhất quán về mặt thể chế, thiếu quy định rõ ràng về chức năng nhiệm vụ đã làm hạn chế hiệu quả và tính công bằng trong tổ chức, quản lý và điều hành công tác BHYT. Điều này, ngược lại khiến cho việc đạt được mục tiêu tham gia BHYT toàn dân, bảo vệ tài chính và tiếp cận chăm sóc sức khoẻ trở nên khó khăn hơn. Dựa trên kinh nghiệm đó, Chính phủ Việt Nam đã quyết định rà soát lại Luật BHYT nhằm cải tiến toàn bộ khâu tổ chức, quản lý và điều hành công tác BHYT nhằm tiến tới bao phủ BHYT toàn dân một cách bền vững về tài chính. Chính phủ cũng nhận thức nhu cầu cần điều chỉnh cơ cấu thể chế nhiều cấp để giúp BHYT trở nên hiệu quả và công bằng hơn. Việc sửa đổi Luật BHYT được đưa ra thảo luận tại Quốc hội từ cuối năm 2013. Các vấn đề có liên quan đến tổ chức, quản lý và điều hành công tác BHYT như phân tích trong chương này đều là các vấn đề quan trọng cần xem xét.

Các gợi ý sau đây cần được xem xét trong quá trình sửa đổi Luật BHYT:

1. Xác định mục tiêu của BHYT xã hội là "bảo vệ tài chính nhằm tiếp cận các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sẵn có, cần thiết và có chất lượng cho toàn dân"
2. Làm rõ khái niệm BHYT xã hội là: (a) một cơ chế tài chính để cung cấp các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ và (b) việc quản lý BHYT là một công việc liên quan đến quản lý tài chính, không phải liên quan đến chăm sóc sức khoẻ.
3. Giữ nguyên việc thành lập Cơ quan BHYT xã hội (SHIA) trong Luật BHYT sửa đổi ngay cả khi cơ quan này chưa được thành lập trong thời gian trước mắt. Một khi quá trình bao phủ toàn dân về tài chính và bao phủ phủ dịch vụ mở rộng hơn, các nhiệm vụ quản lý và điều hành BHYT sẽ là một nhiệm vụ đặc biệt lớn, sự cần thiết có cơ quan BHYT riêng biệt có đủ năng lực, chuyên môn hoá và tự chủ sẽ trở nên rõ ràng.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

4. Nêu rõ quy định trong điều khoản chuyển tiếp đối với giai đoạn khi SHIA chưa được thành lập, BHXHVN sẽ thực hiện vai trò quản lý BHYT.
5. Giảm bớt số nhóm đối tượng tham gia BHYT. Mục đích cuối cùng của BHYT là bao phủ toàn dân có nghĩa là toàn bộ dân số không phân biệt ai thuộc nhóm đối tượng nào. Phân biệt duy nhất cần thực hiện là những người hưởng lợi phải đóng góp (chế độ đóng góp) những người hưởng lợi được trợ cấp (chế độ trợ cấp).
6. Đưa vào một điều khoản quy định nguyên tắc các nguồn tài chính trong BHYT chỉ dùng để thanh toán các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ có trong gói dịch vụ tiêu chuẩn. Điều này cho phép hình thành các gói quyền lợi bổ sung (ví dụ gói bệnh viện) với điều kiện đóng thêm phí trong tương lai và tạo điều kiện quản lý BHYT hiệu quả hơn. Cần hạn chế sử dụng nguồn tài chính trong BHYT để tăng cường năng lực cho ngành y tế, như đầu tư vào xây dựng, đổi mới, cấp cứu và các trang thiết bị. Đây là môt nhiệm vụ của Bộ Y Tế với vai trò là người chủ sở hữu, hay trách nhiệm của các bệnh viện tự chủ tài chính hơn là trông chờ vào nguồn thu từ quỹ BHYT . Chuyển nguồn tài chính từ BHYT sang hỗ trợ ngoài các gói dịch vụ sẽ làm người hưởng lợi không muốn đóng phí, vì họ cho rằng tiền đã được sử dụng cho các mục đích không phải là chăm sóc sức khoẻ. Tăng lượng người tham gia BHYT trong những năm tới sẽ cần có thêm nguồn tài chính để cung cấp thêm các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ cho nhiều người hưởng lợi hơn. BHYT /BHXHVN phải dự trữ đủ nguồn tài chính để đối phó với tình hình gia tăng nhu cầu tài chính.
7. Đưa thêm vào điều khoản quy định nguyên tắc các quỹ khác trong BHXHVN không được vay từ nguồn tài chính của BHYT. Nếu điều này xảy ra, nguồn vay sẽ cấp lại trong năm tài chính sau.
8. Đưa thêm vào điều khoản quy định bất kỳ nguồn thặng dư tài chính nào từ BHYT đều không được phân phối. Nguồn thặng dư nên bổ sung vào quỹ dự phòng để bảo đảm an toàn cho mục tiêu bảo vệ tài chính khi sử dụng dịch vụ CSSK cho số đối tượng bảo hiểm tăng thêm và để tiến tới bao phủ toàn dân và bảo vệ tài chính trong CSSK.

Tổ chức BHYT

Các điểm yếu trong cơ cấu tổ chức, chức năng và nhiệm vụ

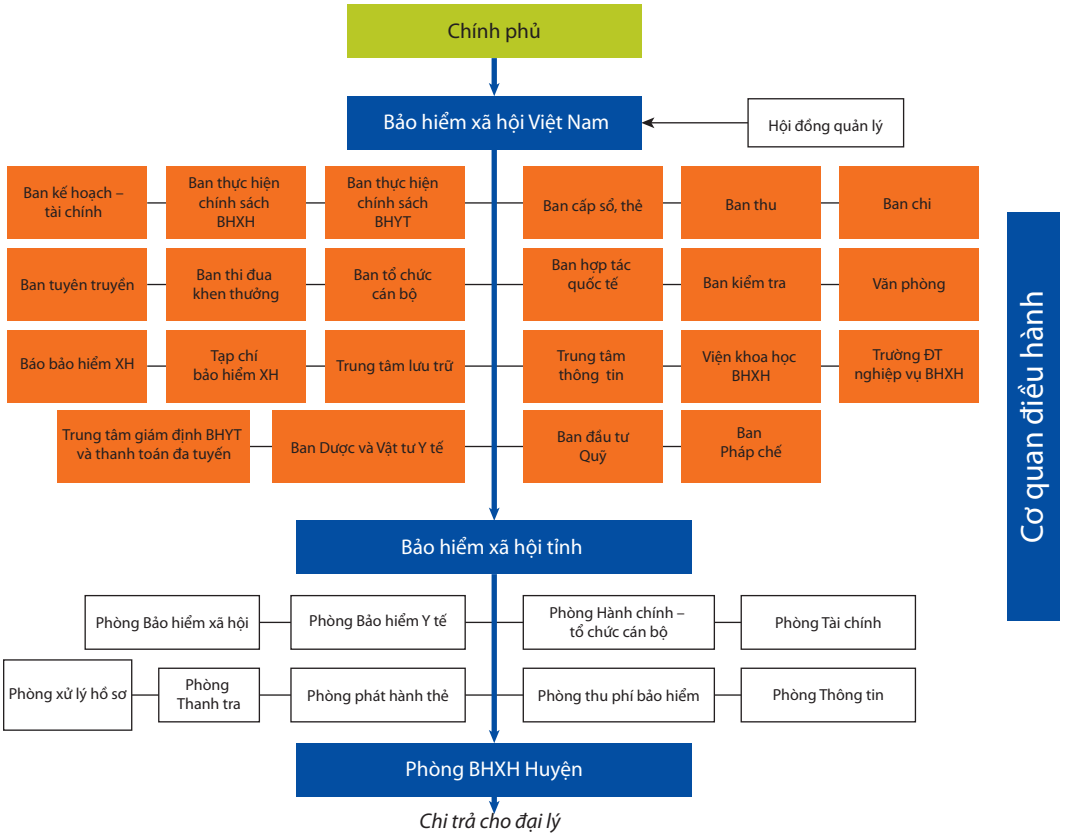
Luật BHXH (2008) đã dự liệu việc thành lập Cơ quan BHYT xã hội để quản lý BHYT. Tuy nhiên đến thời điểm hiện tại cơ quan này vẫn chưa được thành lập. Việc quản lý BHYT[1] hiện tại khá phức tạp và phân mảnh. BHXHVN vẫn được phân giao một phần chức năng và nhiệm vụ thực hiện BHYT nhưng không được giao chức năng ban hành các quy định quản lý, kiểm soát và cưỡng chế thực thi chính sách. Luật BHYT trao cho Bộ Y Tế quyền quản lý BHYT. Ở Việt Nam, do có sự phân biệt giữa các cơ quan quản lý và cơ quan thực hiện nên khó hình thành được một thể chế thống nhất, vốn rất cần thiết để thực hiện thành công BHYT. BHXHVN được xem là cơ quan thực hiện với vai trò và chức năng quản lý BHYT nhưng lại không được can thiệp vào các

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Bảng 8.1 Chức năng cơ bản của Bộ Y Tế và BHXHVN/BHYTđối với BHYTXH

Cơ quan	
BYT (chính sách)	*BHXHVN/BHYTXH (thực hiện)*
Chức năng	
Chính sách BHYT tổng thể	Quản lý BHYT
Ra quyết định về các gói quyền lợi	Thực hiện chức năng chi trả bảo hiểm: Tiếp nhận đăng ký Thu phí bảo hiểm Chia sẻ rủi ro Phân bổ nguồn lực Mua sắm
Quản lý hành chính đối với các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế	Quản lý giải quyết mâu thuẫn với cơ sở cung cấp dịch vụ y tế
Giám sát BHYT	Quản lý khiếu nại của người hưởng lợi

Hình 8.1 Sơ đồ tổ chức của Bảo hiểm xã hội Việt Nam



Nguồn: WHO 2013.

quyết định chính sách và quy định dưới luật hay tham gia vào các quyết định quản lý. Chức năng "quản lý" BHYT của Bộ Y Tế chưa được xác định rõ ràng và cũng không rõ ràng cơ quan này quản lý gì về mặt thủ tục. Sự phân mảnh và không phân định rõ ràng quyền hạn là nguồn gốc của các xung đột về thẩm quyền và khiến việc thực hiện trở nên phức tạp và thiếu hiệu quả. Nếu được cải tổ, BHXHVN nên trở thành một cơ quan quản lý BHYT với đầy đủ các chức năng và quyền hạn phù hợp để quản lý BHYT trước khi một Cơ quan BHYT xã hội được thành lập.

Chức năng chính nên có của Bộ Y Tế về BHYT là xây dựng chính sách chung về BHYT, các quyết định về các gói quyền lợi (có tham vấn BHXHVN), điều chỉnh và quản lý các cơ sở y tế dịch vụ y tế và giám sát, nhưng không quản lý BHYT (nguyên văn: "but not in managing SHI" – người dịch) (Bảng 8-1Bảng). Giám sát ở đây sẽ bao gồm việc theo dõi hiệu quả và hiệu suất quản lý BHYT và yêu cầu, tiếp nhận và xem xét các báo cáo của BHXHVN/BHYT về kết quả thực hiện các nhiệm vụ liên quan đến chức năng tài chính y tế và chức năng bảo hiểm (sự tham gia /đăng ký/ thẻ BHYT xã hội; thu, chia sẻ rủi ro, mua sắm dịch vụ y tế và ký hợp đồng cung cấp dịch vụ; thực hiện các gói quyền lợi; giám định, giải quyết khiếu nại/mâu thuẫn). Bộ Y Tế cũng có chức năng quan trọng tác động đến BHYT, như chức năng nâng cao sức khoẻ, y tế dự phòng, tăng cường chất lượng và an toàn của hệ thống chăm sóc sức khoẻ thông qua việc điều hành các cơ sở cung cấp và cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, củng cố lợi ích của bệnh nhân, tăng cường sức khoẻ cộng đồng, xây dựng các quy định pháp lý về chăm sóc sức khoẻ và sức khoẻ cộng đồng, xây dựng các văn bản pháp lý về tiêu chuẩn cung cấp dịch vụ y tế, xây dựng và giám sát việc thực hiện các chương trình chăm sóc sức khoẻ quốc gia và quốc tế.

Việc tổ chức phân mảnh như hiện tại khiến cho việc điều hành BHYT trở nên cồng kềnh, phức tạp và kém hiệu quả. Ngoài ra, môi trường thể chế phân mảnh cũng khiến cho việc đạt được các mục tiêu chính của BHYT ở Việt Nam trở nên khó khăn: (a) mở rộng diện phủ BHYT tới một bộ phận dân cư lớn hơn; (b) nhấn mạnh chiều sâu của diện phủ nhằm giảm chi tiêu tiền túi của bệnh nhân và (c) khống chế chi phí.

BHXHVN là một cơ quan Nhà nước thực hiện tất cả các chương trình bảo hiểm xã hội, chịu trách nhiệm quản lý tất cả các quỹ bảo hiểm xã hội, như lương hưu, BHYT, quỹ thất nghiệp, các quỹ bảo trợ xã hội và trợ cấp xã hội khác (WHO 2013). BHXHVN được tổ chức theo ngành dọc, với 1 cơ quan cấp trung ương và các cơ quan trực thuộc cấp tỉnh và huyện. BHXHVN có khoảng 20.000 nhân viên ở 63 tỉnh thành, trong đó 600 người làm việc tại Bảo hiểm xã hội trung ương, 6.400 ở cấp tỉnh và 13.000 ở cấp huyện. Nhân viên của BHXHVN là cán bộ viên chức nhà nước. Thực hiện BHYT là một trách nhiệm bổ sung của BHXHVN và vì vậy BHYT XH không phải là nhiệm vụ riêng biệt, hay một nhiệm vụ đặc biệt của BHXH VN. Như vậy, Việt Nam là một trong số rất ít quốc gia mà tất cả các chương trình bảo hiểm xã hội, an sinh xã hội, trong đó có BHYT XH, được quản lý chỉ bởi một cơ quan.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Chức năng tài chính BHYT và chức năng bảo hiểm cũng bị phân mảnh trong BHXH VN. Các nhiệm vụ quản lý có liên quan đến BHYT như đăng ký, thu phí, lập kế hoạch và kiểm toán nội bộ được phân công cho tất cả các cơ quan trong BHXH VN có chức năng thực hiện tất cả các hệ thống bảo hiểm xã hội, trong khi các vấn đề chuyên môn phức tạp liên quan đến quản lý BHYT - như phân tích thống kê BHYT – lại không được quan tâm[2]. Quản lý rủi ro, chi phí y tế, theo dõi, đàm phán với cơ sở y tế, mua sắm chiến lược và tham vấn người sử dụng dịch vụ lại không được quan tâm đầy đủ và đúng mức. BHXHVN có một loạt các chức năng sau đây liên quan đến việc cung cấp nguồn kinh phí cho BHYT: (a) thu phí BHYT từ người lao động, các chính quyền (trung ương và địa phương), các hộ gia đình và trường học; (b) tập hợp kinh phí (góp vốn) và quản lý quỹ theo quy định của quản lý tài chính của Bộ Tài chính; (c) thanh toán cho người cung cấp dịch vụ y tế theo chính sách và quy định của Bộ Y Tế (đôi khi hợp tác với Bộ Tài chính trong một số vấn đề ttch đặc biệt); và (d) bảo đảm khả năng thanh toán của quỹ BHYT và phát triển quỹ (các hoạt động đầu tư). Về mặt quản lý và vận hành quỹ, BHXHVN chịu sự quản lý chặt chẽ và trực tiếp của Bộ Tài chính.

BHXHVN không phải là một cơ quan chuyên sâu về BHYT và có năng lực chuyên môn về BHYTXH. Chỉ có 3 trong số 20 đơn vị của BHXHVN được phân công trách nhiệm về BHYT và các cơ quan đó có số lượng người rất hạn chế. Các cơ quan này bao gồm Ban thực hiện chính sách BHYT (với 23 nhân viên), Ban Dược và Thiết bị y tế (10 nhân viên), và Trung tâm Giám định BHYT và Thanh toán đa tuyến (100 nhân viên), mới được chuyển từ Phòng giám định BHXH Thành phố Hà nội) (WHO 2013)[3]. Việc thu phí BHYT, tiếp nhận đăng ký, thanh toán và lập kế hoạch do các cơ quan khác thực hiện, chịu trách nhiệm thực hiện các nhiệm vụ bảo hiểm xã hội khác, như đã nêu ở trên. Không có một cơ quan nào chuyên trách về giám sát hay cưỡng chế tham gia và đóng phí BHYT.

Với tư cách là cơ quan thực hiện, BHXHVN tham gia vào quá trình tổ chức thực hiện BHYT nhưng không can thiệp trực tiếp vào quá trình hoạch định chính sách, xây dựng văn bản dưới luật hay các quá trình ra quyết định về quản lý. Vai trò của Bộ Y Tế đối với BHYT chỉ liên quan đến chính sách, "quản lý" và ban hành các quy định (gọi chung là "các chính sách về BHYT" trong Luật BHYT). Ở hầu hết các quốc gia, sự phân mảnh trách nhiệm này được giảm thiểu bằng cách tách riêng chức năng tài chính BHYT khỏi chức năng của Bộ Y Tế và giao cho một cơ quan BHYT độc lập hay quy định rõ ràng rằng Bộ Y Tế giám sát BHYT nhưng không quản lý nó, để tránh làm giảm trách nhiệm và trách nhiệm giải trình về BHYT.

Một trong các trách nhiệm chính của BHXHVN là cân bằng nguồn tài chính dành cho BHYT sao cho tổng chi không vượt tổng thu (WHO 2013). Câu hỏi là liệu đó có phải là trách nhiệm chính của BHXH VN hay không. Quan trọng đối với quỹ BHYT không chỉ là tính thanh khoản (như quan trọng đối với bất kỳ định chế tài chính nào khác), mà còn phải đảm bảo hoạt động đầu tư để tăng tích luỹ quỹ dự phòng không được coi là ưu tiên cao hơn so với việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ. Ngoài ra, rất khó

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

để BHXHVN hoàn thành nhiệm vụ thực hiện BHYT trong khi cơ quan này không được ra quyết định về việc sử dụng quỹ. Việc sử dụng bao gồm xác định gói quyền lợi, mức phí và tỉ lệ chi trả cũng như xử phạt các cơ sở y tế dịch vụ y tế và người bệnh sử dụng quỹ sai mục đích. Trong hoàn cảnh đó, dễ hiểu là Bộ Y Tế, Bộ Tài chính và các cơ quan trung ương và địa phương, trong đó có BHXHVN, đã xem vai trò của BHXHVN trong vấn đề BHYT chỉ đơn thuần là một trung gian tài chính.

Để tăng cường hiệu quả và tính công bằng trong BHYT, BHXHVN cần xem xét thực hiện một số thay đổi tổ chức như sau:

- Thiết lập trong BHXHVN một Cục BHYT (nguyên văn: "SHI Directorate/ Division" – người dịch) là cơ quan chuyên trách quản lý BHYT. Cơ quan này cần tách khỏi các cơ quan khác do BHXHVN quản lý[4], có tài khoản riêng và các yêu cầu báo cáo riêng, thực hiện các nhiệm vụ của Ban thực hiện chính sách BHYT hiện nay. Một giải pháp khác là tập trung các nhiệm vụ liên quan đến BHYT hiện đang được thực hiện ở các đơn vị khác nhau thành một mối về Ban thực hiện chính sách BHYT.
- Thành lập Hội đồng quản lý BHYT xã hội để hướng dẫn và giám sát Cục BHYT, báo cáo thường niên cho Hội đồng quản lý BHXHVN. Việc thiết lập một Hội đồng quản lý BHYT như vậy sẽ góp phần tạo nên sự minh bạch và trách nhiệm giải trình, quyền ngôn luận và quyền tham gia quyết định cho các bên liên quan trong BHYT. Chức năng chính của Hội đồng quản lý BHYT sẽ là xây dựng chính sách hoạt động và giám sát việc thực hiện của BHXHVN đối với công tác BHYT hơn là quản lý BHYT. Chủ tịch Hội đồng quản lý BHYT là một chủ tịch độc lập do Chính phủ bổ nhiệm. Thành phần của Hội đồng quản lý sẽ được quyết định sau nhưng cần bao gồm các đại diện sau: Bộ y tế, Tài chính và Bộ Lao động, thương binh và xã hội;[5] các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế nhà nước và tư nhân; đối tượng hưởng lợi, khu vực nhà nước và tư nhân; và Uỷ ban các vấn đề xã hội, Quốc hội. Lãnh đạo của Cục BHYT trong BHXH VN sẽ giữ vị trí thư ký của Hội đồng quản lý BHYT, có quyền phát biểu ý kiến nhưng không có quyền biểu quyết, chịu trách nhiệm thực hiện các quyết định của Hội đồng quản lý BHYT .
- Tổ chức lại bộ máy BHYT dựa trên các chức năng BHYT như tiếp nhận đăng ký tham gia, thu phí, chia sẻ rủi ro, mua sắm dịch vụ y tế, và hợp đồng, giám định.
- Thiết lập một cơ chế giải quyết các mâu thuẫn như bộ phận thanh tra giải quyết mâu thuẫn giữa người cung cấp dịch vụ và người hưởng lợi/bệnh nhân và Uỷ ban khiếu nại xử lý các mâu thuẫn giữa BHXHVN và các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, tất cả đều là các thành viên độc lập, không kiêm nhiệm.
- Thành lập một đơn vị đào tạo bồi dưỡng cán bộ để xây dựng và thực hiện một chương trình đào tạo liên tục cho tất cả các cán bộ của BHXHVN/ BHYT ở trung ương và địa phương.
- Sửa đổi Luật BHYT để cho phép BHXHVN ban hành các hướng dẫn và quy định về việc thực hiện BHYT với các quyền được giám sát và cưỡng chế.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

- Xây dựng các hệ thống quản lý thông tin để quản lý BHYT.
- Xây dựng cơ chế sử dụng thẻ BHYT lưu động, ngoài địa phương cư trú.
- Yêu cầu rà soát sau khi có báo cáo kiểm toán Nhà nước và yêu cầu báo cáo việc thực hiện các kiến nghị và nhận định của cơ quan kiểm toán;

Xác định lại vai trò của Bộ Y Tế

Bộ Y Tế có các vai trò khác nhau – bao gồm việc xây dựng các chính sách, y tế công, cơ quan hành pháp, chủ sở hữu các cơ sở y tế công, cung cấp ngân sách nhà nước cho các bệnh viện trung ương (mặc dù ngân sách cấp cho các bệnh viện này chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ là 10% trong ngân sách của Bộ Y Tế), và vai trò giám sát. Các Sở Y tế tỉnh cũng có vai trò quản lý và chi trả cho các cơ sở y tế tỉnh.

Ba đơn vị của Bộ Y tế phụ trách BHYT bao gồm: (a) Vụ BHYT với 15 cán bộ, nhiều người là cán bộ mới tuyển dụng hoặc được tuyển dụng từ các tỉnh khác; (b) Vụ Kế hoạch Tài chính, có Phòng Quản lý Phương thức thanh toán mới được thành lập, chịu trách nhiệm cải cách tài chính y tế, xây dựng khung giá viện phí và các cơ chế thanh toán cho người cung cấp dịch vụ y tế; và (c) Vụ Pháp Chế, xây dựng và ban hành các quy định và văn bản pháp lý. Cần lưu ý là BHYT là một lĩnh vực tài chính, không phải là lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ. Vai trò của Bộ Y Tế đối với BHYT cần được sửa đổi vì BHYT như một cơ chế tài chính y tế không phải là lĩnh vực Bộ Y Tế cần quản lý.

Bộ Y Tế và các Sở Y Tế quan tâm đến khả năng đứng vững của các cơ sở y tế nhà nước (đặc biệt là các bệnh viện) và đời sống của cán bộ nhân viên y tế, tuy nhiên đây là các nhiệm vụ tách biệt khỏi tài chính y tế. BHYT chi trả cho các hàng hoá và dịch vụ chăm sóc sức khoẻ từ các cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn và có năng lực. Bộ Y Tế có nhiệm vụ bảo đảm rằng các nhà cung ứng dịch vụ (công và tư) được cấp chứng chỉ hành nghề, được cấp giấy phép hoạt động và được công nhận kiểm định chất lượng theo quy định. Cục Quản lý Khám chữa bệnh thuộc Bộ Y Tế chịu trách nhiệm quản lý hoạt động của các bệnh viện và chất lượng khám chữa bệnh và có vai trò gián tiếp vì BHXHVN không có vai trò giám sát chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ mà BHXHVN chi trả. Do thiếu các tiêu chuẩn chất lượng hoặc các tiêu chuẩn chất lượng còn yếu, các đơn vị giám sát BHYT thường chỉ bảo đảm rằng hoạt động cung ứng dịch vụ đáp ứng các điều kiện và điều khoản quy định trong hợp đồng với các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân. Dường như các hợp đồng của BHXHVN chỉ dừng ở mức này.

Bộ Y Tế và các Sở Y tế tham gia vào hoạt động sản xuất và phân phối dược phẩm trong nước, quản lý phần lớn cổ phần của nhà nước trong các các công ty này. Vấn đề này có thể tạo nên mâu thuẫn về lợi ích với chức năng chính "kiểm soát và điều chỉnh giá dược phẩm và bình ổn giá thuốc trên thị trường" (Nghị định 188/2007 của Bộ Y Tế). Trong bối cảnh đó, Bộ Y Tế và các Sở Y tế – với tư cách là một bên trong mối quan hệ ba bên – khó có thể đóng vai trò trung gian trong quá trình giải quyết mâu thuẫn giữa cơ sở y tế dịch vụ y tế và BHXHVN. Như vậy, sự tách biệt hoàn toàn bên mua dịch vụ và bên cung cấp dịch vụ chưa thực hiện ở cả cấp trung ương và địa phương. Nhìn chung,

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

có một cảm nhận là Bộ Y Tế rất khó có thể duy trì vị thế độc lập hay trung gian trong mối quan hệ giữa một bên là BHXHVN và một bên là các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế.

BHXHVN và Bộ Y Tế có cấu trúc quản lý khác nhau không thuận lợi cho sự trao đổi thông tin và hợp tác, đặc biệt giữa cơ quan BHXHVN và các Sở Y tế. Điều này càng trở nên nghiêm trọng vì ngay trong cơ quan BHXHVN cấp tỉnh cũng không có phòng chuyên trách về BHYT, ngoài Trung tâm giám định và thanh toán đa tuyến (ở cấp trung ương) (WHO 2013).

Quản lý BHYT

Lồng ghép các chức năng tài chính y tế, bảo hiểm y tế trong quản lý BHYT

Các công cụ thể chế cần thiết để củng cố công tác quản lý BHYT là rất quan trọng. Một Cục BHYT trong BHXHVN sẽ tập hợp các chức năng có liên quan đến BHYT hiện tại từ các đơn vị khác của BHXHVN. Cục BHYT cần có một giám đốc và các đơn vị giúp việc (pháp chế, kế toán, nhân sự, kiểm toán, thông tin, công nghệ thông tin vv) và các đơn vị chuyên trách thực hiện các chức năng của tài chính y tế, BHYT. Một Hội đồng quản lý BHYT mới sẽ báo cáo về hoạt động của Hội đồng lên Hội đồng quản lý của BHXHVN, nhưng Hội đồng quản lý BHYT sẽ không phải là đơn vị trực thuộc Hội đồng quản lý BHXH VN. Giám đốc Cục BHYT là Thư ký đương nhiên của Hội đồng quản lý BHYT, có nhiệm vụ xây dựng chương trình nghị sự và báo cáo trong các cuộc họp của Hội đồng quản lý BHYT, thực hiện các quyết định của Hội đồng quản lý BHYT nhưng không có quyền biểu quyết. Các chức năng chi trả/BHYT chính cần xem xét là quản lý đăng ký, thu phí, chia sẻ rủi ro, phân bổ và mua sắm dịch vụ y tế[6]. Nhiệm vụ quản lý đăng ký tham gia bảo hiểm được bổ sung vào danh mục các trách nhiệm quản lý của BHYT một cách rõ ràng nhằm thúc đẩy quá trình tham gia bảo hiểm tự nguyện và bắt buộc nhằm bao phủ về bảo vệ tài chính và tiếp cận dịch vụ y tế toàn dân. Việc quản lý đúng đắn các chức năng này là rất quan trọng, đặc biệt trong bối cảnh có những công cụ, chính sách tài chính đối nghịch nhau đang được sử dụng. Điều thú vị là hầu hết, nếu không phải là tất cả các nước đang phát triển, đều phải đối mặt với những hạn chế năng lực trong quản lý các chức năng này.

Chức năng quản lý đăng ký tham gia bảo hiểm

Chức năng quản lý đăng ký tham gia bảo hiểm cần được ưu tiên để bảo đảm toàn dân tham gia vào hệ thống BHYT xã hội trong tương lai gần (5 năm). Vì vậy, việc đăng ký phải là một quá trình đơn giản và hiệu quả. Ở Việt Nam, người hưởng lợi được phân loại thành các nhóm đối tượng và các cá nhân khác nhau nên việc quản lý đăng ký trở nên khó khăn. Chỉ riêng đối với trường hợp người nghèo (thành viên theo nhóm) được tham gia theo hộ gia đình. Tất cả những người hưởng lợi rơi vào 2 loại hình– hoặc đóng phí hoặc được trợ cấp– khiến cho việc lập danh sách các nhóm hưởng lợi trở nên khó khăn và thiếu tính thực tế.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Mặc dù có các yêu cầu đăng ký bắt buộc trong Luật BHYT, tình trạng không tuân thủ là phổ biến. Nhiều đơn vị tư nhân không đăng ký hoặc báo cáo thiếu về số lượng người lao động (và/hoặc về lương của người lao động). Công tác giám sát của BHXHVN đối với việc đăng ký còn yếu do thiếu cán bộ và thiếu biện pháp khuyến khích cần thiết để phát hiện các trường hợp không tuân thủ. Đáng buồn là có rất ít sự phối hợp giữa BHXHVN và cơ quan thuế, hoặc với các Sở Công thương.

Do cần phải cải thiện việc đăng ký trong thời gian ngắn, nhiệm vụ này nên được giao cho Đơn vị Khai thác thuộc Cục BHYT XH thuộc BHXHVN. Các chức năng này nên bao gồm việc xác định đối tượng hưởng lợi (và các gia đình/hộ gia đình), việc xác định tình trạng BHYT (hoặc tự nguyện hoặc bắt buộc), đăng ký số người hưởng lợi, phát hành thẻ BHYT, và duy trì cơ sở dữ liệu về người đăng ký/người hưởng lợi. Cơ sở dữ liệu sẽ giúp lưu trữ thông tin về người hưởng lợi trong trường hợp họ thay đổi chỗ ở hay nơi làm việc và để bảo đảm BHYT được sử dụng lưu động ngoài nơi cư trú.

Chức năng thu phí bảo hiểm

Chức năng thu phí là một chức năng phức tạp và không nên bị phân mảnh. Đây là một chức năng quan trọng nhưng thường bị đánh giá thấp. Thu phí bảo hiểm trong BHYT là một quá trình và các thủ tục cần thiết để tiếp nhận tiền đóng bảo hiểm đến từ nhiều nguồn: các công ty tư nhân (đối với công nhân được trả lương); các cơ quan nhà nước (đối với cán bộ công nhân viên); các cơ quan tài chính trung ương và tỉnh (đối với trẻ em, người nghèo và các nhóm hỗ trợ xã hội); hộ gia đình và trường học (đối với khu vực không chính thức và học sinh); và trợ cấp từ ngân sách Chính phủ để chi trả cho những người không phải đóng phí (khu vực không chính thức, người nghèo, cận nghèo, và các đối tượng khác theo quy định).

Việc thu phí bảo hiểm hiện đang do BHXHVN thực hiện và tương lai sẽ vẫn do BHXHVN thực hiện; tuy nhiên xu hương quốc tế là lồng ghép và phối hợp thu thuế và thu phí BH xã hội. Việc thu phí xã hội xã hội sẽ được lồng ghép vào quá trình thu thuế dựa trên các nguyên tắc tự đánh giá (tự khai báo mức đóng, nộp tờ khai, rà soát tờ khai, thu cưỡng chế, hậu kiểm). Thuế thông thường và lợi nhuận của doanh nghiệp được sử dụng làm cơ sở để cung cấp thông tin cho quá trình đánh giá và thu phí bảo hiểm — điều chỉnh để bổ sung vào các thông tin mới cần thiết cho việc đóng phí bảo hiểm xã hội. Các hệ thống cần được thiết kế để nắm bắt các thông tin có liên quan đến người đóng phí và chuyển giao thông tin cho cơ quan bảo hiểm xã hội dưới hình thức phù hợp với hệ thống quản lý tin học.

Vì việc thu phí bảo hiểm vẫn là trách nhiệm của Cục BHYT XH thuộc BHXH VN, tiền thu BHYT cần được ghi chép và hạch toán riêng không chung với các quỹ khác của BHXHVN. Cục BHYT XH nên ký hợp đồng uỷ quyền thu một phần phí bảo hiểm cho các ngân hàng, bưu điện, HTX và các tổ chức khác, trong khi vẫn chịu trách nhiệm pháp lý về chức năng thu phí BHYT.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Chức năng hoà quỹ chia sẻ rủi ro

Hiện tại các quỹ BHYT chưa hoà nhập để chia sẻ rủi ro, mà chỉ đơn thuần là nhập lại với nhau mà không có quy định chính thức nào hay một cơ chế nào để chia sẻ rủi ro giữa các địa phương/vùng hay giữa các nhóm hưởng lợi. Chức năng này vẫn nên đặt trong BHXHVN do Cục BHYT XH thuộc BHXHVN phụ trách như đề xuất. Nhiệm vụ chuyên môn và đảm bảo công bằng trong việc chia sẻ rủi ro, tuy nhiên, lại phải cần đưa vào chức năng của BHXHVN. BHXHVN phải có đủ chuyên môn và trình độ để thực hiện nhiệm vụ phức tạp này chứ không chỉ phân bổ nguồn lực mà bỏ qua chia sẻ rủi ro. Trong tương lai có thể chuyển chức năng này từ 63 cơ quan BHXHVN cấp tỉnh sang Cục BHYT XH thuộc BHXHVN trung ương.

Chức năng phân bổ nguồn lực

Một quyết định quan trọng và mang tính chính trị khác là xây dựng một gói quyền lợi chung cho toàn dân, hay chỉ xây dựng một gói quyền lợi tối thiểu cho tất cả mọi người, được chi trả từ quỹ BHYT và ngân sách nhà nước, và trả phí dịch vụ từ tiền túi cho các dịch vụ y tế ngoài gói quyền lợi tối thiểu. Một gói bảo hiểm hào phóng là điều thiếu thực tế và khó có thể chi trả, cung cấp và cũng tạo nên ảo tưởng trong dân chúng. Trong trường hợp của Việt Nam, về mặt chính trị và xã hội khó có thể giảm quy mô và thu gọn hơn nữa gói bảo hiểm cơ bản hiện tại mặc dù nhiều dịch vụ trong gói này không được cung cấp, không sẵn có, trong một số trường hợp hoàn toàn không sẵn có dịch vụ.

Chức năng phân bổ nguồn lực giao cho Đơn vị mua sắm dịch vụ/hợp đồng BHYT thuộc Cục BHYT XH. Quá trình ra quyết định về phân bổ nguồn lực, với các nội dung xác định nhu cầu CSSK, những dịch vụ được BHYT chi trả

Hộp 8.1 Phân bổ nguồn lực cho các gói cơ bản: Những câu hỏi cần trả lời

- Ai nên quyết định nội dung của các gói cơ bản, quyết định việc lựa chọn các dịch vụ cần thiết và xác định ưu tiên chi trả BHYT cho các hàng hoá và dịch vụ y tế ?
  - Bộ Y Tế;
  - BHXHVN/ Quỹ bảo hiểm quốc gia hoặc
  - Một cơ quan độc lập
- Nên xây dựng một gói dịch vụ y tế toàn dân, hay xây dựng một gói mức tối thiểu, phần còn lại thì chi trả từ tiền túi?
- Ai sẽ quyết định chi phí các gói cơ bản và tiêu chuẩn để được đăng ký gói này ?
- Ai sẽ chịu trách nhiệm cập nhật gói cơ bản?
- Tiêu chuẩn nào hướng dẫn việc cập nhật gói cơ bản?
  - Tập hợp các nguồn lực tài chính sẵn có, khả năng cung cấp, năng lực quản lý hoặc
  - Hiệu quả lâm sàng và hiệu quả chi phí .
- Ai sẽ chịu trách nhiệm đánh giá tính hiệu quả của gói cơ bản trên cơ sở nhu cầu của người dân và mối quan tâm dịch tễ học?

và mức độ trợ cấp từ ngân sách nhà nước cần được thực hiện phối hợp với Bộ Y Tế. Cục BHYT XH phải có vai trò quan trọng vì đây là cơ quan chịu trách nhiệm quản lý nguồn tài chính BHYT và là một cơ quan tài chính (có khả năng thanh toán). Điều này yêu cầu cần có các quy định mới và sửa đổi liên quan đến việc phân bổ nguồn lực từ cấp trung ương đến địa phương và đến cấp các cơ sở y tế nhằm bảo đảm khả năng tiếp cận công bằng và cung cấp một cách công bằng các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tới người hưởng lợi. Cuối cùng, việc phân bổ nguồn lực tối ưu có ý nghĩa đối với các cơ chế thanh toán chi phí y tế, đặc biệt là cơ chế thanh toán theo định suất hiện nay và cách tính suất phí cho mỗi nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm. Sự thay đổi chức năng như vậy sẽ ảnh hưởng đến tổ chức và các nhiệm vụ quản lý khác của cơ quan BHXHVN cấp tỉnh.

Chức năng mua dịch vụ y tế

Chức năng mua dịch vụ y tế là chìa khoá để chuyển từ mua sắm "thụ động" (hay đơn giản là thanh toán theo hoá đơn) sang mua sắm "chiến lược" có nghĩa là chi trả theo hiệu suất và nhu cầu chăm sóc sức khoẻ. Người mua cần một dòng vốn ổn định có thể dự báo trước để có thể ký hợp đồng trả đầy đủ và đúng hạn cho cơ sở cung cấp dịch vụ. Chức năng mua sắm dịch vụ y tế được thực hiện (trong khu vực nhà nước và tư nhân) thông qua một hệ thống hợp đồng phức tạp. Việc mua sắm dịch vụ BHYT rất quan trọng: (a) nhằm sử dụng hiệu quả và hiệu suất nguồn lực công vốn khan hiếm (b) áp dụng tính linh hoạt cho các cơ chế mua sắm công vốn cứng nhắc; (c) thu hút sự tham gia của khu vực tư nhân trong quá trình thực hiện các chính sách công hiệu quả hơn (trong vấn đề cung cấp hàng hoá và dịch vụ y tế); và (d) tăng cường hiệu quả mua sắm giữa các cơ quan nhà nước.

Ký hợp đồng đòi hỏi phải có một khung pháp lý[7] và các cơ chế thực thi hiệu quả. Cần giảm thiểu sự can thiệp chính trị và ảnh hưởng thái quá của các tổ chức chuyên ngành vào quá trình ra quyết định. Các chuyên gia y tế và các nhà quản lý ngành đôi khi còn thiếu kỹ năng và hiểu biết về các khía cạnh pháp lý và tài chính của hợp đồng chăm sóc sức khoẻ. Việc cung cấp các hàng hoá và dịch vụ y tế cần diễn ra trong một hệ thống hợp đồng rõ ràng, minh bạch, có tính trách nhiệm và có thể thực hiện được (có các định mức và thủ tục cần thiết). Ký hợp đồng nghĩa là lựa chọn cơ sở cung cấp dịch vụ, xác định những dịch vụ cần cung cấp, ai cung cấp, đàm phán hợp đồng, giám sát việc tuân thủ hợp đồng (đặc biệt là các mục tiêu về hiệu quả thực hiện), quản lý giám định, kiểm tra, và giải quyết mâu thuẫn. Ở hầu hết các quốc gia, việc ký hợp đồng là một phần quan trọng trong quá trình quản lý chức năng mua sắm dịch vụ.

Chức năng mua sắm/ký hợp đồng cần được giao cho Cục BHYT XH. Để có thể thực hiện chức năng này, Cục BHYT XH cần có thêm quyền hạn để ký hợp đồng với cơ sở cung cấp dịch vụ y tế nhằm đảm bảo người hưởng lợi nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ chất lượng. Có nghĩa là cần phải thay đổi từ một người mua sắm bị động thành môt người mua sắm chủ động và có chiến lược. Tăng cường năng lực nhằm quản lý hiệu quả BHYT phải là

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

ưu tiên hàng đầu và trước mắt của BHXHVN. Điều này cần đi đôi với việc xoá bỏ các rào cản về pháp lý cố hữu đối với quá trình thực thi các chức năng của cơ quan này. BHXHVN cần có quyền thanh tra, các quy định điều hành, và quyền lực thực hiện có hiệu quả việc mua sắm /ký hợp đồng, giám định, chi trả một cách chủ động, chứ không đơn thuần là thanh toán các hoá đơn một cách bị động.

Việc giám định và thanh toán cho cơ sở y tế cần phải được tổ chức quy củ hơn và quản lý chuyên nghiệp hơn (WHO 2013). Quá trình xử lý các yêu cầu thanh toán của các cơ sở y tế là khâu dễ xảy ra mâu thuẫn nhất giữa BHXHVN và các cơ sở y tế. Trong mắt các cơ sở y tế BHXHVN chỉ được xem như là người thanh toán các yêu cầu chi trả do các cơ sở này gửi đến và các cơ sở cho rằng họ có toàn quyền trong việc quyết định thực hiện dịch vụ gì và yêu cầu thanh toán khoản mục nào. Vì thiếu công nghệ thông tin, thiếu các hướng dẫn lâm sàng và trình độ chuyên môn về y tế, các cán bộ BHXHVN sẽ rất khó có thể kiểm tra các yêu cầu thanh toán và đối thoại với các cơ sở y tế nhằm kiểm soát chi phí. Một cơ chế giải quyết mâu thuẫn như Uỷ ban giải quyết khiếu nại độc lập là cần thiết để có thể giải quyết các xung đột giữa BHXHVN và các cơ sở y tế.

Đăng ký tham gia bảo hiểm, thu phí và hoà quỹ để chia sẻ rủi ro một cách chiến lược cùng với các gói quyền lợi được thiết kế sát thực tế, thủ tục mua sắm hợp lý sẽ tác động mạnh mẽ tới chi phí, khả năng tiếp cận, chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của khách hàng. Để có thể thực hiện sự thay đổi này một cách hiệu quả, tuy nhiên, hệ thống BHYT (hiện tại là BHXHVN) phải được điều chỉnh và củng cố về mặt chức năng, quyền hạn và trách nhiệm, nhưng trước hết là để tránh tình trạng phân mảnh.

Quản trị BHYT

Quản trị mang lại tính nhất quán đối với BHYT và đảm bảo tính công bằng, minh bạch và tự chịu trách nhiệm.

Quản trị là một khái niệm có nhiều cách hiểu khác nhau, nhưng có thể được định nghĩa rộng quản trị là "tất cả những yếu tố ảnh hưởng đến hành vi của một tổ chức". Quản trị doanh nghiệp liên quan tới luật, các thực thể, các qui tắc và qui trình hạn chế, điều chỉnh hoạt động của các cơ quan nhà nước và những doanh nghiệp tư nhân. Hiểu một cách đơn giản, quản trị liên quan tới những cơ chế "kiểm soát" được sử dụng để bảo đảm tính trách nhiệm giải trình của một tổ chức (Savedoff and Gottret, 2008). Đối với BHYT, quản trị là một phương pháp giúp "chỉ đạo, quản lý và kiểm soát hệ thống" (Fattore and Tediosi, 2013), nhằm đảm bảo thực hiện được tất cả các mục tiêu của hệ thống BHYT. Vì vậy, có thể thực hiện quản trị thông qua việc sử dụng các công cụ tài chính và pháp lý, các qui trình quản lý thông tin, những hành vi chi phối, những tác nhân giúp cho hoạt động có trách nhiệm hơn và hướng tới một mục tiêu chung của xã hội. Quản trị cũng liên quan tới thiết kế và tổ chức của hệ thống, tới những qui tắc hợp lý và đầy đủ nhưng không gây phiền toái và cơ chế giám sát phù hợp.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Vì BHYT, Nhà nước hoặc tư nhân, là một hoạt động tài chính được luật pháp điều chỉnh, những khái niệm và nguyên lý của quản trị doanh nghiệp được áp dụng cho BHYT xã hội, cơ quan BHYT cũng như những công ty BHYT tư nhân. Tại Việt Nam, không phụ thuộc vào cơ cấu hiện tại của BHYT, cơ chế quản trị BHYT, tổ chức BHYT, quản lý và quản trị là những hoạt động của một thể chế tài chính, do vậy, có thể áp dụng những nguyên tắc của quản trị doanh nghiệp.

Quản trị cũng có thể được hiểu là những nhân tố nội tại như cách thức quản lý và lực lượng các bộ nhân viên, và những nhân tố khách quan như nhóm khách hàng, nhóm người tiêu dùng và những nguyên tắc quản lý. Theo Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế (2004), "Quản trị doanh nghiệp bao hàm hàng loạt những mối quan hệ trong hoạt động quản lý của một công ty, hội đồng quản trị, các cổ đông và những người liên quan khác. Quản trị doanh nghiệp cũng nhằm đưa ra cơ cấu mà qua đó đặt ra các mục tiêu của công ty, cách thức để đạt được những mục tiêu đó cũng như cơ chế giám sát liên quan. Quản trị doanh nghiệp hiệu quả sẽ giúp Hội đồng quản trị chọn lựa những ưu tiên hợp lý và tiến hành hoạt động quản lý phù hợp nhằm đạt được những mục tiêu mong đợi của công ty và cổ đông, tăng cường hiệu quả giám sát."

BHYT xây dựng kế hoạch nguồn vốn, quản lý và tiêu dùng nguồn tài chính và thuê tuyển trực tiếp hoặc gián tiếp một lượng lớn nhân sự làm việc trong lĩnh vực y tế và các ngành cung cấp, tiến hành hàng loạt những giao dịch hợp pháp thông qua những hợp đồng với các nhà cung cấp. Tuy nhiên, hoạt động của BHYT thường rất khó thỏa đáng. Có những mối lo ngại về việc làm sao có thể sử dụng thận trọng và khôn ngoan các nguồn, trên cơ sở hoạt động minh bạch và có uy tín, đảm bảo chất lượng và số lượng các dịch vụ tài trợ, cung cấp cho người dân. Rất nhiều vấn đề phát sinh từ cách thức BHYT tổ chức, quản lý và quản trị. Khung nguyên tắc, pháp lý, các vai trò của những cơ quan nhà nước, thông tin tuyên truyền, thái độ của những nhà quản trị BHYT, những nhà cung cấp, những người hưởng lợi và những đảng phái chính trị, nhà chính trị có ảnh hưởng rất lớn tới BHYT, có thể tích cực hoặc tiêu cực.

Quản trị tốt cần phải tăng cường các nguyên tắc pháp lý, trên cơ sở có sự tham gia của nhiều thành phần, minh bạch và uy tín. Quản trị BHYT vận động cơ quan nhà nước, doanh nghiệp tư nhân và xã hội dân sự sử dụng hữu hiệu nhất nguồn tài chính y tế cung cấp dịch vụ y tế chất lượng, công bằng cho mọi người. Đó là lý do tại sao Việt Nam rất cần cơ cấu hợp lý hệ thống BHYT phù hợp với các chức năng tài chính y tế, BHYT và thực hiện theo đúng các tiêu chuẩn quản trị chuẩn mực. Chỉ có thể như vậy mới giúp BHXHVN tiếp tục giám sát hoạt động BHYT nhằm điều chỉnh những thiếu sót, sai lệch chắc chắn không thể tránh khỏi khi triển khai một chương trình qui mô lớn như BHYT.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

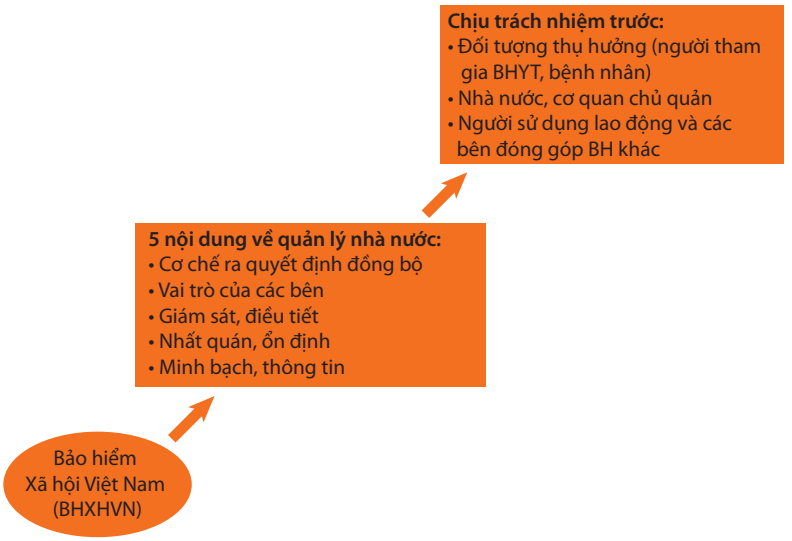
Phân tích hoạt động quản trị

Phân tích hoạt động quản trị dưới đây theo khung phân tích của Savedoff và Gottret (2008) bao hàm 5 phương diện chính của BHYT : (a) 1 cơ cấu ra quyết định nhất quán; (b) Có sự tham gia của các bên liên quan; (c) Giám sát và điều chỉnh; (d) Nhất quán và bền vững; và (e) minh bạch và thông tin (Hình 8.2). 5 phương diện này là những điều kiện thiết yếu cho tính minh bạch và uy tín của hệ thống BHYT đối với nhà nước, những người hưởng lợi, người đóng góp, những người điều chỉnh và cũng là những tác nhân cơ bản góp phần vào sự thừa nhận và thành công của BHYT. Đồng thời, những phương diện này sẽ giúp xác định những phương án cải thiện hoạt động của hệ thống BHYT Việt Nam dựa trên những mục tiêu bảo vệ tài chính toàn dân và tiếp cận với những dịch vụ, hàng hóa y tế chất lượng cần thiết và sẵn có.

Cơ cấu ra quyết định nhất quán

Quyết định nhất quán là một điều kiện cơ bản giúp quản trị tốt BHYT. Quyết định nhất quán bao gồm: (a)Việc phân định chức năng, nhiệm vụ hợp lý cho các thành viên chủ chốt, xác định rõ ràng vai trò và trách nhiệm của các bên, giảm thiểu những xung đột về lợi ích; (b) Tất cả những chức năng và nhiệm vụ của BHYT được thực hiện nhất quán; và (c) nguồn tài chính, pháp lý, năng lực thể chế, qui định và giám sát đều đầy đủ. Phân định nhiệm cụ trong cơ cấu hiện tại của BHYT ở Việt Nam không rõ ràng xét về thẩm quyền và trách nhiệm. Đây là trường hợp của BHXHVN và Bộ Y tế: các chức năng của BHYT không tạo nên nền tảng cho tổ chức và quản lý; năng lực, công cụ pháp lý thì hạn chế và không nhất quán.

Hình 8.2 Khung phân tích quản trị



Nguồn: Trích từ tài liệu Saveoff and Gottret 2008

Một khuyến nghị để bảo đảm việc ra quyết định nhất quán là tập hợp các chức năng của BHYT trong tổ chức BHXHVN vào Cục BHYT XH với một Hội đồng quản lý chuyên biệt BHYT nhằm đưa ra những quyết định nhất quán. Phương án này cùng thực hiện với những thay đổi về thể chế về BHYT trong phạm vi Bộ Y tế. Có thể thành lập Vụ Kỹ thuật BHYT ở Bộ Y tế, kết hợp chức năng quản lý BHYT của cả 3 Vụ, cục của Bộ Y tế hiện nay đang giải quyết các vấn đề BHYT (xem hình 3.11). Đơn vị Kỹ thuật của Bộ Y tế này sẽ đóng vai trò quan trọng nhằm tăng cường sự phối hợp, hợp tác giữa BHXHVN và các bộ và các bên liên quan và góp phần xây dựng những quyết định nhất quan hơn về các quy chế tài chính y tế, nhằm mục tiêu cuối cùng là tăng cường bảo vệ tài chính và mang lại quyền tiếp cận công bằng với dịch vụ cho tất cả các đối tượng. Để phương án này thành công thì cần có sự đồng thuận giữa Bộ Y tế và BHXHVN nhằm xác định rõ các khía cạnh chính sách BHYT thuộc quyền quyết định của Bộ Y tế và qui trình triển khai thuộc quyền quyết định của BHXHVN. Cục BHYT XH cần được đảm bảo một vai trò chính thức hơn trong việc triển khai những qui định về chức năng của BHYT, như thiết kế cơ chế chi trả của người cung cấp và quy định tỷ lệ chi trả.

Sự tham gia của các bên liên quan

Sự tham gia của các bên liên quan là sự tham gia của bên liên quan tới BHYT, nhà nước, người sử dụng lao động, người cung cấp, cung ứng dịch vụ y tế, bệnh nhân và cộng đồng nói chung, trong việc ra quyết định và giám sát triển khai BHYT. Sự tham gia tích cực của các bên liên quan có thể giúp ngăn chặn việc đưa ra các quyết định mang tính ưu ái cho một số nhóm lợi ích, góp phần tăng cường tính minh bạch, trách nhiệm giải trình và giúp kiểm soát tham nhũng, xung đột về quyền lợi.

Ở Việt Nam, sự tham gia của bên liên quan trong việc ra quyết định khá hạn chế do đặc tính của nhà nước và tổ chức xã hội. Việc công bố những chính sách quan trọng lên Internet trong vòng 1 đến 2 tháng để lấy ý kiến cộng đồng trước khi phê duyệt đã cho thấy không hiệu quả. Hội đồng quản lý BHXHVN (WHO 2013) có những thành viên đại diện ở nhiều Bộ (Chính phủ), Hiệp hội Y tế (nhà cung cấp), công đoàn (công nhân), Phòng thương mại và Công nghiệp VN (người sử dụng lao động) cũng như những đại diện của những tổ chức lớn như Hội liên hiệp Phụ nữ, Hội nông dân (cộng đồng). Tuy nhiên, nhiều những thành viên ở cuối danh sách nêu trên không phải là những người tham gia tích cực vào quá trình ra quyết định và quản trị BHYT, bởi Hội đồng quản lý BHXHVN quản lý chung các quỹ BHXH mà không có sự quan tâm riêng đối với BHYT. Sự thiếu vắng một cơ quan chuyên trách về BHYT có thể là nguyên nhân của sự thiếu nhạy cảm đối với các vấn đề BHYT trong Hội đồng BHXH VN. Bởi vậy công tác quản trị để bảo vệ quyền lợi của những người đóng góp (người sử dụng lao động) và những người hưởng lợi là yếu.

Sự tham gia tích cực của các bên liên quan giúp tăng cường tính minh bạch và trách nhiệm giải trình là một giá trị và là nền tảng quan trọng cho những quyết định nhất quán được chấp thuận rộng rãi. Một Hội đồng quản lý BHYT

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

có đại diện của người hưởng lợi, nhà cung cấp dịch vụ y tế, bệnh nhân là cần thiết. Về quy mô, số thành viên hội đồng không quá 15 là hiệu quả[8]. Hội đồng quản lý BHYT XH sẽ làm việc chủ yếu về các vấn đề BHYT. Tổ chức hợp lý sự tham gia của các bên liên quan sẽ giúp các thành viên Hội đồng và người có bảo hiểm được tôn trọng ý kiến, nhất là khi xảy ra xung đột về quyền lợi.

Giám sát và qui chế

Luật BHYT liệt kê danh sách những cơ quan triển khai BHYT như Thanh Tra Y tế (Bộ Y tế); thanh tra tài chính (Bộ Tài chính); UBND tỉnh, tuy nhiên, vai trò giám sát không được nêu rõ. Nghị định 94/2008 nêu rằng BHXHVN được quản trị và giám sát bởi Hội đồng quản lý BHXHVN, nhưng bản chất và phạm vi của vai trò giám sát này không được nêu rõ. Trên thực tế, một sự nghiệp của nhà nước có tác động xã hội sâu sắc như BHYT nhìn chung không được giám sát. Giám sát và qui chế nên góp phần tăng cường trách nhiệm giải trình. Theo đó, điều quan trọng là cần xác định được BHXHVN phải chịu trách nhiệm trước ai. Cũng cần phải quy định rõ thẩm quyền và vai trò giám sát của UBND tỉnh đối với cơ quan BHXHVN tỉnh trong hoạt động triển khai BHYT.

Thẩm quyền quy định phân mảnh và BHXHVN chỉ được giao thẩm quyền quy định đối với thẻ bảo hiểm. Triển khai BHYT cần nhiều qui định phải liên tục được cập nhật và sửa đổi, hủy bỏ trong quá trình triển khai và khi có những vấn đề phức tạp phát sinh. Có rất nhiều loại qui định, một số có tính chính thức cao hơn nhưng tất cả các quy định đều có chung mục đích: Nhằm giải thích, định nghĩa, giải quyết sự thiếu nhất quán, đưa ra các qui trình và qui tắc. Các quy định là cần thiết nhưng các quy định không tạo thêm phiền phức, quy định phải giúp giải quyết được những vấn đề quan trọng và không quá tiểu tiết, có tính tới chi phí thực hiện của nhà cung cấp dịch vụ, tính tới ảnh hưởng đối với những người hưởng lợi cũng như đối với công tác quản lý của BHXHVN.

Tính nhất quán và bền vững

Tính nhất quán và bền vững, bao gồm sự bền vững trong xây dựng Luật và văn bản dưới luật, là những điều kiện quan trọng của quản trị hiệu quả. Việc triển khai chương trình BHYT bị ảnh hưởng bởi chính những chính sách BHYT và bởi những chính sách y tế liên quan tới tự chủ bệnh viện, cũng như giá cả của các dịch vụ y tế và dược, vật tư y tế tiêu hao. Nhằm tăng cường quản lý tài chính và giúp người dân tiếp cận dễ dàng hơn với các dịch vụ, hàng hóa y tế có chất lượng với giá cả hợp lý, những chính sách về gía dịch vụ và dược phẩm cần được thiết kế kỹ lưỡng nhằm khuyến khích cơ sở y tế cung cấp dịch vụ y tế hợp lý, hiệu quả, không cung cấp quá nhiều. Nói chung, chính sách y tế cần thống nhất và phù hợp với chính sách BHYT.

Triển khai BHYT là một qui trình liên tục cần có sự đánh giá và sửa đổi thường xuyên dựa trên kinh nghiệm và khả năng thích ứng với nhu cầu y tế gia tăng của cộng đồng vì việc phổ biến đăng ký và việc tiếp cận với hàng hóa và dịch vụ y tế ngày càng đa dạng hơn. Trong bối cảnh này, quản trị BHYT

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

càng trở nên phức tạp và những thay đổi về quy định, luật pháp phải nhất quán, có định hướng rõ ràng tránh sự nhầm lẫn và hiểu nhầm khiến cho việc diễn giải và triển khai gặp khó khăn. Trong 20 năm qua, đã có một luật và sáu nghị định về BHYT, cùng với hàng loạt những thông tư đưa ra hàng loạt những qui định và qui trình phổ biến nhằm xây dựng và thể chế hóa BHYT , đặc biệt là ở một quốc gia đông dân, nhiều vùng khác biệt và rộng lớn như Việt Nam.

Cần phải thường xuyên xem xét (ví dụ 3-5 năm 1 lần tùy thuộc vào số lượng các qui định mới) các văn bản về luật và dưới luật (nghị định, thông tư) và rà soát tính nhất quán, hiệu lực, những mâu thuẫn có thể có. Sau khi rà soát, các qui định BHYT sửa đổi, hoàn thiện và hài hoà sẽ được ban hành[9]. Nhằm tăng cường xây dựng năng lực quản trị vốn dĩ cần cho tất cả các cơ quan tài chính y tế cũng như hệ thống y tế nói chung, cần tổ chức những khóa tập huấn về quản lý và kỹ thuật cả trong ngắn hạn và dài hạn dùng ngôn ngữ tiếng Việt cho các cán bộ Bộ Y tế và BHXHVN hiện thời, ở cả cấp trung ương và địa phương và cho các cơ sở y tế. Cuối cùng, toàn bộ hệ thống BHYT và việc quản trị hệ thống cần phải có những nỗ lực bền bỉ đối với qui định và chính sách tài trợ y tế, cải thiện không ngừng hệ thống BHYT với những phân tích, thống kê bảo hiểm, tính toán chi phí, đánh giá công nghệ y tế, những hội thảo thảo luận chính sách.

Tính minh bạch và thông tin

Tính minh bạch và thông tin là một nguyên tắc vàng cho hiệu quả của quản trị BHXH. Việc này liên quan đến thông tin đồng bộ và cần thiết cung cấp cho các nhà hoạch định chính sách, quản lý tài chính, cơ quan pháp chế, người nộp BH (chủ sở hữu lao động), những người hưởng lợi và cộng đồng nói chung. Thông tin cần minh bạch và sự minh bạch sẽ giúp làm giảm tham nhũng.

Do mục tiêu của BHYT không được nêu rõ ràng trong Luật nên rất khó để truyền tải bằng những thuật ngữ dễ hiểu về ý nghĩa và phạm vi của BHYT , thông tin và tính minh bạch còn hạn chế. Một nhân tố cơ bản của tính minh bạch và quản trị là việc thông tin cho cộng đồng về BHYT , các đặc tính, lợi ích, qui trình, quyền và nghĩa vụ, làm thế nào để xây dựng nó nhằm đạt được tất cả những mục tiêu về bảo vệ tài chính chung và việc tiếp cận với dịch vụ và hàng hóa y tế. Người dân cần nhận thức được rằng BHYT là một công cụ đối với chất lượng cuộc sống và hiểu được ý nghĩa cũng như tầm quan trọng của BH. Cộng đồng cũng cần được thông báo về những vụ gian lận và lạm dụng, những vụ việc này đã được giải quyết như thế nào nhằm đảm bảo BHYT và những nguồn tài chính được sử dụng và bảo vệ hợp pháp. Những phương tiện truyền thông cần đơn giản nhưng sử dụng ngôn ngữ chính xác sử dụng đài, ti vi, và phương tiện truyền thông xã hội.

Yêu cầu cung cấp thông tin cho cộng đồng về lợi ích BHYT không được quy định rõ và những nhà cung cấp dịch vụ cũng không truyền tải thông tin này. Trong bối cảnh tự chủ bệnh viện thiếu sự kiểm soát và thiếu sự giám sát và bối cảnh tự do hóa thị trường y tế, tình trạng bệnh nhân có bảo hiểm phải

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

trả tiền túi ngoài khoản tiền cùng chi trả, thậm chí cho cả những dịch vụ được BHYT chi trả là khá phổ biến. Điều này dẫn tới sự rối loạn và hoài nghi về hệ thống BHYT. Cần thường xuyên tiến hành các chiến dịch thông tin đại chúng ở tất cả các cấp. Thông tin về mức chi dùng dịch vụ của các thành phần dân số khác nhau và chi phí thực tế về sử dụng dược phẩm, y tế rất hạn chế vì những yêu cầu báo cáo (mẫu/biểu) không được nêu rõ/thể chế hóa ở trong những văn bản pháp quy BHYT khiến cho việc đánh giá và định giá BHYT rất khó khăn.

Quỹ BHYT cần được kiểm toán bởi Kiểm toán Nhà Nước và những cơ quan kiểm toán độc lập, công bố công khai kế hoạch tài chính năm, xây dựng những mẫu biểu báo cáo rõ ràng, đồng bộ nhằm tăng cường cập nhật thông tin cho Chính phủ, các bên liên quan và xã hội. Hoạt động của BHYT làm tăng những xung đột đòi hỏi những giải pháp khách quan, công bằng và kịp thời. Những xung đột giữa bệnh nhân/người hưởng lợi và nhà cung cấp cần được giải quyết thông qua một cơ quan thanh tra BHYT độc lập hoạt động nhờ tài trợ của BHYT. Một Hội đồng Khiếu nại được tài trợ bởi BHYT cần phải giải quyết những mâu thuẫn giữa BHYT và những nhà cung cấp. Cải thiện và nâng cấp hệ thống Công nghệ thông tin là rất cần thiết cho việc quản lý thông tin hiệu quả và tăng cường tính minh bạch. Điều này cho phép thiết lập và chính thức hóa những kênh trao đổi thông tin cùng cấp giữa Sở Y tế và những cơ quan BHXHVN ở tỉnh, thu thập dữ liệu và các báo cáo tài chính bệnh viện với thông tin tài chính rõ ràng và kịp thời, số lượng và việc sử dụng các quỹ BHYT, quảng bá cho việc quản lý và lập kế hoạch bệnh viện rõ ràng, hoàn thiện hơn.

Cơ quan BHYT

Cơ quan BHYT tương lai – đã được xem xét thấu đáo trong luật BHYT hiện hành – là một thiết kế đúng đắn cho việc quản trị và quản lý trong tương lai đối với BHYT ở Việt Nam. Như đã nêu ở phần trước, việc bảo vệ tài chính y tế toàn dân và BHYT toàn dân với quyền tiếp cận thực sự đối với các dịch vụ và hàng hóa của những nhà cung cấp có đủ thẩm quyền là một thách thức rất lớn. BHYT cần một cơ quan độc lập có thẩm quyền, đủ mạnh để thực hiện những nhiệm vụ đó dưới một cơ chế giám sát đơn giản nhưng hiệu quả. Cơ quan BHYT không chỉ hoạt động một mình mà thực hiện những nghĩa vụ của mình cùng với Bộ Y tế, Bộ Y tế và những cơ quan khác, ở cả cấp Trung ương và địa phương. Điều quan trọng là cần có một cơ quan BHYT độc lập và tự chủ.

Để Cơ quan BHYT phát triển được toàn diện tiềm năng của nó, cần có Luật BHYT mới định nghĩa và nêu rõ chức năng, nhiệm vụ, trách nhiệm, thẩm quyền để bảo đảm Cơ quan BHYT hoạt động hiệu quả. Luật BHYT mới phải nêu rõ mức độ tự chủ của Cơ quan BHYT và luật hoá chính sách nhà nước về vấn đề này trong Luật BHYT mới. Luật BHYT cũng cần phải được bổ sung các qui định và qui tắc phù hợp đảm bảo mức độ tự chủ được áp dụng theo

qui định của pháp luật và bảo đảm rằng sẽ không xảy tình trạng phân mảnh, mâu thuẫn.

Những luận cứ cho vấn đề tự chủ

Đối với Cơ quan BHYT, sự độc lập hoặc tự chủ nghĩa là có được quyền ra quyết định hợp pháp đối với việc điều hành và quản lý BHYT. Tự chủ không hàm ý tính độc lập hoàn toàn đối với nhà nước và những tổ chức công cộng khác. Tự chủ liên quan tới quyền xây dựng và thiết kế tổ chức bộ máy, xây dựng qui trình, phương pháp hoạt động riêng. Cơ quan BHYT cần có mức độ tự chủ hợp lý để được bảo vệ trước sự can thiệp của các tổ chức khác vào những nhiệm vụ cốt lõi của BHYT, vào nguồn quỹ Cơ quan BHYT nhằm đảm bảo tính khách quan và trung lập của Cơ quan BHYT trong việc ra quyết định.

Thể chế tự chủ của Cơ quan BHYT là cần thiết vì những lý do sau đây:

- Xác định việc thành lập tổ chức nội bộ của Cơ quan BHYT nhằm quản lý tốt nhất những chức năng bảo hiểm/tài chính y tế, trong đó có bộ máy quản lý BHYT và cơ cấu của Cơ quan BHYT ở tất cả các cấp, Trung ương, tỉnh và huyện.
- Để thực hiện quản lý tài chính khách quan và hiệu quả nguồn quỹ BHYT, dù đó nguồn đó từ đâu, từ thu phí BHYT, từ chuyển khoản ngân sách hoặc từ trợ cấp ngân sách nhà nước căn cứ hướng dẫn của Hội đồng quản lý BHYT, không theo các yêu cầu bên ngoài hệ thống.
- Để thực hiện quyền tự chủ hợp đồng, một nội dung tự chủ không thể thiếu nhằm thực hiện tốt chức năng mua sắm, hợp đồng cung ứng các dịch vụ y tế.
- Để xây dựng các mối quan hệ với các cơ quan nhà nước và tư nhân trong sự độc lập chính thống khỏi các cơ quan nhà nước .
- Để thiết lập những qui tắc đối nội và đối ngoại hoặc để thiết lập cơ chế tự chủ chuẩn mực đối với các chức năng cốt lõi (của BHYT) và điều chỉnh mối liên hệ với nhà cung ứng dịch vụ và triển khai hợp đồng.
- Cơ quan BHYT cần tự trị để hoạt động một cách khách quan nhằm đạt được những mục đích và không lệ thuộc vào những quyết định mang mục đích chính trị hoặc phải sử dụng nguồn tài chính BHYT để mua thiết bị cho Bộ Y tế hoặc đầu tư vốn vào những phương tiện công.
- BHYT là một loại hình bảo hiểm trả trước vừa đặc biệt vừa chuyên môn. BHYT đặc biệt bởi vì nó khác với những loại hình BHYT truyền thống như bảo hiểm bồi thường.[10] BHYT mang tính chuyên môn vì mục đích của nó là chi trả cho việc cung cấp những dịch vụ, hàng hóa y tế có trong những gói quyền lợi y tế nhà nước và những khía cạnh liên quan khác như nâng cao sức khoẻ, y học dự phòng, chương trình giáo dục thay đổi lối sống nhằm thay đổi hành vi.
- Tự chủ theo quy định của luật có vai trò quan trọng trong quản lý nguồn tài chính của Cơ quan BHYT một cách đúng đắn, minh bạch và có trách nhiệm. BHYT tập hợp và quản lý nhiều nguồn thu tư nhân và nhà nước, bao gồm nguồn từ ngân sách nhà nước, nguồn phí BHYT, nguồn viện phí.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Quỹ BHYT rất lớn khiến nhà quản lý BHYT trước hết là nhà quản lý tài chính.

- Phạm vi quyền lực của tổ chức BHYT trong mua sắm dịch vụ và hợp đồng KCB là rất lớn, và vì thế, nếu quyền lực mua sắm và hợp đồng không được quản lý theo cơ chế tự chủ, việc mua sắm và hợp đồng có thể bị tác động và tham nhũng bởi các yếu tố bên ngoài, nếu có cơ hội ngoài. Thực tế là, khi đi vào hoạt động đầy đủ, Cơ quan BHYT là nhà thầu chính, nếu không phải là nhà thầu mua dịch vụ y tế duy nhất, có đóng góp gián tiếp quan trọng cho việc gia tăng việc làm.
- Tự chủ quản lý những nguồn tài chính lớn phải mang tính khách quan, rõ ràng, trung lập và thực hiện theo những hướng dẫn và chuẩn mực và không lệ thuộc vào những ảnh hưởng bên ngoài khi sử dụng những nguồn BHYT để tài trợ cho quỹ bảo hiểm xã hội khác hoặc tài trợ những hoạt động ngoài mục đích và thẩm quyền pháp lý.

Tóm lại, Luật BHXH mới thiết lập và xác định quyền tự chủ của tổ chức BHYT nhưng tính độc lập không phải là tuyệt đối. Tổ chức BHYT hoạt động trung lập theo những qui định của Luật BHYT mới. Một Hội đồng quản lý BHYT với sự đại diện của nhà nước, khu vực tư nhân và những người hưởng lợi sẽ quản lý tổ chức BHYT. Tổ chức BHYT sẽ là một phần của cơ cấu nhà nước. Nó sẽ được giám sát và lệ thuộc vào những nguyên tắc minh bạch về kế toán, tài chính, báo cáo được nêu trong Luật BHYT và những qui định, qui tắc nội bộ. Bởi vậy, tổ chức này cần có quyền tự chủ để hoạt động khách quan không có sự can thiệp của bên ngoài vào việc ra quyết định, hoạt động minh bạch theo các quy định, quy chế rõ ràng, có trách nhiệm giải trình. Điều này không thể đạt được nếu tổ chức BHYT là một tổ chức phụ thuộc vào một tổ chức khác, gây cản trở cho việc quản lý đúng đắn.

Lộ trình đổi mới thể chế

Các giai đoạn đổi mới BHYT

Khuyến nghị của báo cáo này là đổi mới cơ cấu tổ chức hiện tại của BHYT qua 2 giai đoạn như sau:

- Trước hết, hợp nhất tất cả các chức năng BHYT vào Cục BHYT XH thuộc BHXHVN[11], trong báo cáo này được gọi tắt là BHYT/BHXHVN. Những thay đổi này cần được đưa vào nội dung sửa đổi của Luật BHYT năm 2014 và có hiệu lực 6 tháng kể từ khi những sửa đổi được phê duyệt. Lộ trình thực hiện những thay đổi này cần khoảng từ 1 đến 3 năm. Cần tiến hành chuẩn bị dự thảo và phê duyệt Luật BHYT XH hoàn chỉnh mới[12].

- Giai đoạn thứ hai, giai đoạn kế tiếp, Luật BHYT mới sẽ thành lập và đưa vào hoạt động Cơ quan BHYT XH đã được nêu trong Luật BHYT hiện hành như là một tổ chức tự chủ, có tất cả các chức năng của Cục BHYT XH. Luật BHYT mới cần tính đến những ưu nhược điểm mà Cục BHYT XH đã

có trước đây trong quản lý thực hiện các chức năng tài chính y tế, BHYT, đặc biệt là trong việc mở rộng sự tham gia, chi trả cho các dịch vụ y tế và trong chuẩn hoá hoạt động của các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế tư nhân và nhà nước, thông qua hợp đồng KLB BHYT. Cơ quan BHYT sẽ cần một đến ba năm để triển khai đầy đủ các hoạt động, và cần tới 7 năm để củng cố hoạt động. Bởi việc triển khai BHYT là một qui trình năng động và liên tục, có thể cần sẽ phải đưa ra những sửa đổi Luật BHYT mới nhằm giải quyết những vấn đề nảy sinh trong quá trình triển khai nhằm đáp ứng yêu cầu mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm, tiếp cận dịch vụ y tế thực tế và những nhu cầu y tế mới.

Lộ trình cải cách tổ chức Cục BHYT XH

Những khuyến nghị trong báo cáo này cần được đưa vào Luật sửa đổi một số điều của Luật BHYT hiện hành, để trong giai đoạn chuyển đổi thành lập Cục BHYT trong BHXH VN chịu trách nhiệm quản lý riêng biệt về BHYT.

Trong khi chờ đợi, có thể xem xét những bước sau:

- Một nghị quyết liên tịch (dưới dạng mẫu biểu pháp lý phù hợp) của Bộ Y tế và BHXHVN về việc thành lập Cục BHYT thuộc BHXHVN nhằm quản lý BHYT. Có thể Bộ Tài chính cùng tham gia xây dựng nghị quyết này, do vai trò lớn của Bộ tài chính đối với nguồn ngân sách nhà nước cấp cho BHYT.
- Cục BHYT thuộc BHXHVN sẽ là nền tảng cho Cơ quan BHYT XH được thành lập trong tương lai. Quá trình chuyển đổi này cần một khoảng thời gian cho tới khi Luật BHYT mới được phê duyệt và Cơ quan BHYT mới bắt đầu vận hành. Khoảng thời gian dự kiến có thể là từ 1 đến 3 năm.
- Nghị quyết liên tịch của BHXHVN và Bộ Y tế cũng thành lập một Hội đồng quản lý BHYT trong BHXHVN
- Nghị quyết liên tịch quy định thành phần của Hội đồng quản lý BHYT lâm thời, với các quyết định bổ nhiệm thành viên của hội đồng. Thành viên Hội đồng gồm có đại diện Bộ Y tế, Bộ Tài chính, BHXH VN, Bộ Lao động, nhà cung cấp dịch vụ y tế, người hưởng lợi. Số lượng thành viên đề xuất là 15.
- Cục BHYT trong BHXHVN thực hiện tất cả các chức năng về BHYT và tập hợp toàn bộ nhân sự hiện đang thực hiện các nhiệm vụ liên quan tới BHYT ở ban, trung tâm của BHXHVN.
- Tổ chức Cục BHYT trong BHXHVN phù hợp với các chức năng về tài chịnh y tế, BHYT.
- Chuẩn bị một loạt qui tắc nội bộ về hoạt động của Cục BHYT với tư cách là Cục BHYT là đơn vị quản lý đơn nhất về BHYT .
- Cơ cấu bộ máy của BHYT ở cấp TW, tỉnh và huyện.
- Xác định mối quan hệ giữa BHYT và Bộ Y Tế, các Sở Y tế và những cơ quan khác.
- Xây dựng những qui trình và hướng dẫn thống nhất cơ bản.
- Xây dựng Điều lệ hoạt động của Hội đồng quản lý BHYT.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Nhằm trả lời cho câu hỏi ai sẽ giám sát Cục BHYT, một tổ chức lâm thời, có một số phương án sau:

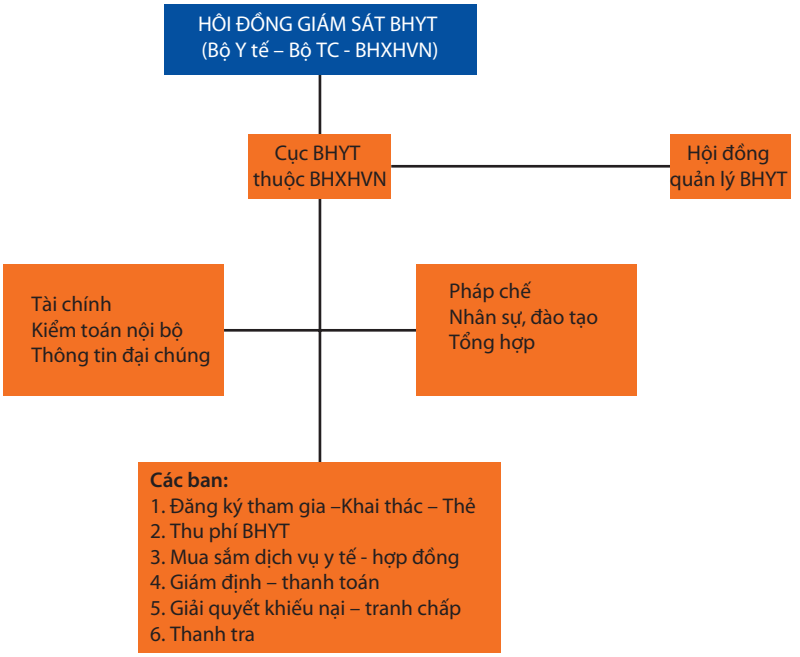
- Phương án 1 là Cục BHYT sẽ được giám sát bởi Hội đồng quản lý BHXHVN. Như đã đề cập ở phân tích trong chương này, thành phần và vai trò của Hội đồng quản lý BHXHVN không, và gần như sẽ không thể là nhà giám sát phù hợp cho BHYT. BHYT là một loại hình bảo hiểm đặc biệt, rất riêng và việc giám sát nó không thể là nhiệm vụ bổ sung thêm của Hội đồng quản lý BHXHVN vì Hội đồng đang gánh vác trách nhiệm giám sát BHXHVN và quản lý các quỹ bảo hiểm xã hội.
- Phương án thứ 2 là Bộ Y tế sẽ chịu trách nhiệm giám sát Cục BHYT. Phương án này sẽ chỉ làm tăng thêm căng thẳng giữa BHXHVN và Bộ Y tế. Cơ quan BHYTkhông phải là cơ quan y tế-Cơ quan này chi trả cho các dịch vụ y tế. Cơ quan này không cung cấp những hàng hóa và dịch vụ như vậy. Hơn nữa, Bộ Y tế không có chức năng giám sát tài chính.
- Phương án thứ 3 là BHYT được giám sát bởi Bộ Lao động, thương binh và xã hội. Phương án này sẽ tạo nên sự căng thẳng không cần thiết với BHXHVN. Hơn nữa, BHYT không phải là vấn đề lao động. BHYT bao phủ tất cả dân số, lao động chính thức và không chính thức, và tất cả những người phụ thuộc, người nghèo và cận nghèo. Như trong trường hợp của Bộ Y tế, Bộ Lao động, TB và XH không có chức năng giám sát tài chính.
- Phương án thứ 4 là một phương án thỏa hiệp về Hội đồng giám sát BHYT gồm có Bộ tài chính, Bộ Y tế, và BHXHVN Hội đồng Quản lý sẽ gồm các đại diện chính thức từ Bộ tài chính, Bộ Y tế, và BHXHVN, cụ thể là Bộ trưởng Tài chính, Bộ trưởng Y tế, Tổng Giám đốc BHXHVN là những đại diện chính thức ban đầu của Hội đồng. Mỗi người có thể cử một đại diện tham gia họp khi người đứng đầu không thể tham gia.

Lộ trình tiến tới hình thành Cơ quan BHYT xã hội

Những bước tiếp theo cần được xem xét để thiết lập và đưa vào hoạt động Cơ quan BHYT xã hội:

- Dự thảo Luật BHYT mới cần đưa vào những vấn đề sau:
  - Định nghĩa về mục đích của BHYT xã hội .
  - Định nghĩa về các mục tiêu của bảo vệ tài chính y tế toàn dân và việc tiếp cận chăm sóc sức khoẻ toàn dân.
  - Định nghĩa về những mục đích của Luật và đặc biệt là việc triển khai và diễn giải Luật BHYT .
  - Đề cập tới vai trò Cục BHYT (lâm thời) thuộc BHXH VN sẽ là cơ sở của Cơ quan BHYT xã hội mới và việc chuyển đổi hợp pháp các chức năng, nhân sự vào Cơ quan BHYT xã hội.
  - 1 chương về việc thành lập Cơ quan BHYT xã hội, mức độ tự chủ, quản trị, chức năng, quyền hạn, nghĩa vụ và trách nhiệm, vv, để tạo cơ sở pháp lý, thể chế và tài chính cho Cơ quan BHYT xã hội.
  - 1 chương về nguồn quỹ của BHYT xã hội.

Hình 8.3 Giám sát lâm thời đối với Cục BHYT thông quan Hội đồng giám sát



  - Giám sát Cơ quan BHYT, trong đó có Hội đồng quản lý BHYT .
  - Có thể cân nhắc đưa vào 1 chương về BHYT tư nhân.
  - Nêu một số sửa đổi khi sửa đổi Luật BHYT hiện tại diễn ra trong giai đoạn 2014.
- Định nghĩa về cơ cấu tổ chức của Cơ quan BHYT.
- Khi Luật BHYT mới được phê duyệt, các bước tiếp theo cần được tiến hành để đưa Cơ quan BHYT đi vào hoạt động và tiếp nhận các chức năng của Cục BHYT lâm thời thuộc BHXHVN. Qui trình này sẽ kéo dài từ 1 đến 3 năm.
- Giám sát Cơ quan BHYT sẽ được thực hiện bởi Hội đồng giám sát BHYT gồm các thành viện đại diện Bộ Tài chính, Bộ Y tế, đại diện của quốc hội. Trong giai đoạn chuyển đổi, Hội đồng giám sát này sẽ thay thế vai trò của BHXHVN, mặc dù đại diện BHXHVN có thể xuất hiện ở Hội đồng quản lý BHYT .

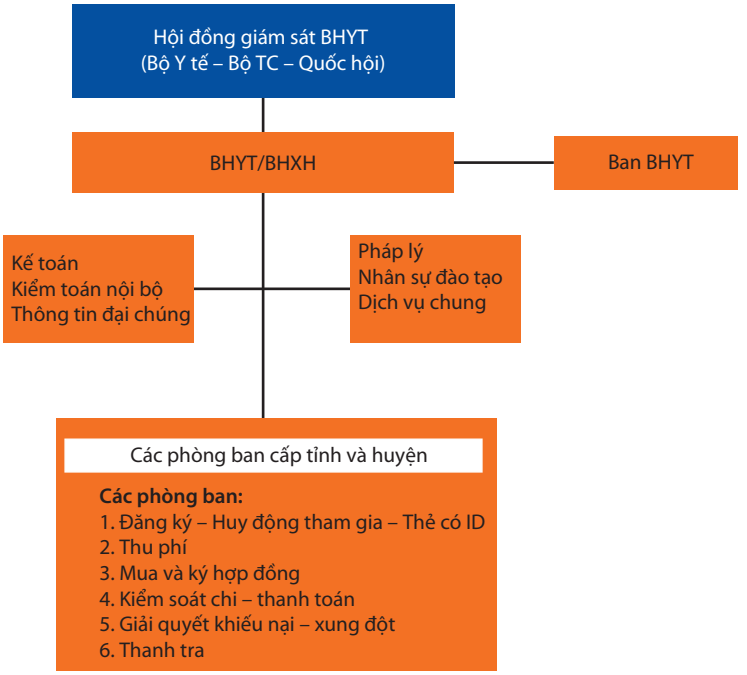
Khuyến nghị

Khuyến nghị 1: về việc sửa đổi Luật BHYT :

- Xác định mục tiêu/thẩm quyền của BHYT là một công cụ tài chính nhằm tiến tới bao phủ chăm sóc sức khoẻ toàn dân;
- Nêu rõ mục tiêu hoặc thẩm quyền của Cục BHYT lâm thời trong BHXH VN "thu phí và tập hợp nguồn thu từ các cá nhân, người sử dụng lao động và Chính phủ (chuyển phí BHYT từ ngân sách và trợ cấp cho quỹ BHYT từ

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình 8.4 Cơ cấu giám sát Cơ quan BHYT ở giai đoạn hoàn thiện



ngân sách) nhằm chi trả và bồi hoàn cho các dịch vụ y tế trong gói quyền lợi"; và

- Ủy quyền cho BHXH VN giám sát và quản lý hoạt động BHYT, trong khuôn khổ giám sát BHYT chung của Bộ Y tế.

Mục đích của khuyến nghị này là đạt được sự thấu hiểu rõ ràng về vai trò và quyền hạn của BHXHVN, một cơ quan có vai trò triển khai hiệu quả BHYT và mối quan hệ của cơ quan này với Bộ Y tế. Các cơ quan nhà nước, quốc hội, BHXHVN, những nhà cung cấp dịch vụ và người hưởng lợi cần có quan điểm rõ ràng về vai trò và quyền hạn của BHXHVN và Bộ Y tế trong thực thi chính sách BHYT.

Khuyến nghị 2: Sửa đổi và định nghĩa vai trò, quyền hạn, trách nhiệm, thẩm quyền của những cơ quan chủ đạo (Bộ Y tế, BHXHVN) trong BHYT nhằm giảm thiểu sự phân mảnh và chồng chéo về thẩm quyền.
Mục đích của khuyến nghị này là đảm bảo BHXHVN là một đơn vị triển khai hiệu quả BHYT xã hội. Nhằm đạt được điều đó, cần phải xác định rõ các chức năng tài chính y tế, BHYT ((việc đăng ký tham gia của những người hưởng lợi, thu phí, chia sẻ rủi ro, mua sắm và chi trả cho các nhà cung cấp) và thẩm quyền triển khai. Ý tưởng này nhằm tăng cường vai trò của BHXHVN và củng cố các chức năng và chuyên môn trong phạm vi BHXHVN nhằm quản lý BHYT xã hội như là một loại hình bảo hiểm đặc biệt, chuyên môn hoá, cần

có những kỹ năng điều hành và kỹ thuật đặc thù. Bộ Y tế có vai trò xây dựng chính sách và quản lý chung đối với cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, y tế công cộng và hoạt động giám sát, nhằm giảm thiểu những xung đột về quyền lợi.

Khuyến nghị 3 về tổ chức BHYT xã hội:

- Quy định BHXHVN quản lý Cục BHYT xã hội, cho đến khi Cơ quan BHYTXH VN được thành lập;
- Quy định Chính phủ, hoặc Hội đồng quản lý BHXH VN bổ nhiệm một giám đốc BHYT XH để quản lý Cục BHYT xã hội.

Mục đích của khuyến nghị này là tạo ra một cơ quan BHYT xã hội trong BHXHVN. Điều này sẽ giúp đảm bảo tính thống nhất của hệ thống BHYTXH trong BHXHVN cho đến khi BHYT XN Việt Nam được thành lập với Văn phòng trung ương và những nhánh văn phòng khác ở địa phương, vẫn cần BHXHVN đưa ra một cơ cấu tổ chức dựa trên những chức năng tài chính y tế, BHYT.

Khuyến nghị 4 quản lý BHYT:

- Thành lập Hội đồng quản lý BHYTXH thuộc Cục BHYTXH với chức năng là bộ phận giám sát và ra quyết định, với những đại diện phù hợp. Một lựa chọn khác là Hội đồng BHXHVN thành lập một Tiểu ban Quản lý BHYT thực hiện vai trò cuả là Hội đồng quản lý BHYT;
- Quy định Giám đốc của Cục BHYTXH báo cáo lên Hội đồng Quản lý BHYT và thực hiện vai trò như là Thư ký đương nhiên của Hội đồng quản lý (tư cách là giám đốc điều hành của CBP CSSK TD) và có quyền tham gia vào Hội đồng quản lý nhưng không có quyền bỏ phiếu.

Mục đích của khuyến nghị này là thể chế hóa cơ cấu quản trị chuyên cho việc triển khai, thực hiện, hướng dẫn và những chức năng giám sát của BHYT.

Khuyến nghị 5 về quản trị BHYT:

- BHXHVN cần có những tài khoản riêng cho BHYTXH để trách việc tài trợ chồng chéo từ nguồn lương hưu và hỗ trợ xã hội;
- Thành lập hệ thống giải quyết xung đột BHYT trong BHXHVN nhằm quản lý những khiếu nại từ các nhà cung cấp, những người hưởng lợi;
- Yêu cầu BHXHVN đưa thông tin về những khiếu nại và giải quyết xung đột trong Báo cáo thường niên; và
- Xác định rõ những trường hợp cần phải chịu phạt, mức độ phạt và thẩm quyền áp dụng, thi hành những hình phạt đó (nên là BHXHVN).

Mục đích của khuyến nghị này là thúc đẩy và yêu cầu thiết lập những hệ thống đảm bảo với nhà nước, những nhà cung cấp, người hưởng lợi rằng BHYT được quản lý công bằng, cởi mở và có trách nhiệm.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Khuyến nghị 6 về trách nhiệm giải trình của BHYT:

- Cần có kiểm toán độc lập và kiểm toán Nhà nước kiểm toán các tài khoản của BHYTXH hàng năm;
- Cục BHYTXH trong BHXHVN chuẩn bị và công bố những báo cáo năm về nguồn thu BHYT , mức độ bao phủ (gồm có việc đăng ký và dịch vụ được tài trợ, cung cấp), và những vấn đề khác được xác định bởi Hội đồng Quản lý/Ban BHYT.

Mục đích của khuyến nghị này là đảm bảo thực hiện trách nhiệm quản lý tài chính BHYT XH trước nhà nước, các nhà cung cấp, những người hưởng lợi một cách rõ ràng, khách quan và có trách nhiệm giải trình.

Chú thích

1. Cho đến năm 2002, cơ quan Bảo hiểm Y tế Việt Nam vẫn trực thuộc BYT. Sau đó, cơ quan này được xáp nhập vào BHXHVN (BHXH, cơ quan trung ương chịu trách nhiệm thực hiện bảo hiểm hưu trí, bảo hiểm y tế và các cơ chế trợ cấp ngắn hạn khác (ốm đau, thai sản). Lý do xáp nhập là để giảm số lượng các cơ quan hành chính có cùng chức năng nhằm tránh chồng chéo, nâng cao hiệu quả quản lý nhà nước. Ban Tổ chức Chính phủ (nay là Bộ Nội vụ) cho rằng bảo hiểm y tế và bảo hiểm hưu trí có chức năng rất giống nhau. Thủ tướng Chính phủ quyết định xáp nhập cơ quan bảo hiểm y tế Việt Nam vào Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (WHO 2013).
2. Đã trình bày tại Chương 4.
3. Để so sánh, ở Chilê (dân số 17,4 triệu người), Quỹ Y tế Quốc gia có 239 nhân viên ăn lương ngân sách và 1.175 nhân viên hợp đồng; còn ở Môngtenogrô (dân số 630.000 dân), Quỹ bảo hiểm y tế có 114 nhân viên.
4. Luật BHYTXH quy định BYT quản lý BHYTXH nên từ "quản lý" ở đây được sử dụng với nghĩa rộng chỉ vai trò của BHXHVN về BHYTXH và nhằm tránh nhầm lẫn. Chức năng này sẽ được bổ sung sau tại các phần về Điều hành, Quản lý của Chương này.
5. BLĐTBXH: Bộ Lao động Thương binh Xã hội.
6. . Luật BHYTXH đã giải quyết được phần nào nhiều vấn đề liên quan đến sự vận hành của các chức năng tài chính y tế chính: (a) *Thu ngân sách*:. Luật BHYTXH quy định các mức đóng góp, trợ cấp cho một số đối tượng/người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc và tự nguyện, cũng như vấn đề đăng ký hay tham gia của đối tượng trong cơ chế bảo hiểm y tế (Điều 12-15); (b) *Hợp quỹ:* Luật BHYTXH quy định các khoản đóng góp, trợ cấp sẽ được nộp/chuyển cho Quỹ bảo hiểm y tế; (c) *Đấu thầu:* Luật BHYTXH có quy định về việc ký hợp đồng hay thỏa thuận giữa cơ quan thực thi và nhà cung cấp nhưng không nêu rõ các nội dung chính về chức năng thu mua, đấu thầu như đấu thầu chiến lược, đấu thầu hạn chế.
7. Để xây dựng được khung pháp lý hợp đồng phù hợp cần: (a) điều chỉnh sâu rộng khung pháp lý hiện hành về thu mua/đấu thầu nhà nước nhằm sửa đổi, bổ sung luật định hiện hành trong khối nhà nước. Chẳng hạn, nếu bên mua là cơ quan nhà nước phải tuân thủ các định mức đấu thầu nhà nước mà không có sự linh hoạt trong đấu thầu như trong các quy định dân sự, thương mại tư nhân thì quy trình đấu thầu sẽ có những hạn chế nội tại lớn; (b) đánh giá quy trình đấu thầu hiện hành: mức độ tự chủ trong đấu thầu so với các can thiệp chính trị, mức độ minh

bạch, trách nhiệm, hiệu quả xét về hiệu quả đồng vốn và chất lượng dịch vụ theo hợp đồng, được cung cấp.

8. Ở Hàn Quốc, Hội đồng Quản trị cơ quan BHYTXH có 18 ủy viên; ở Étxtônia là 15, và Môngtenơgrô là 13.
9. Ở Chilê, mọi luật định (đặc biệt luật về y tế, hưu trí, lao động) đều được sửa đổi, bổ sung định kỳ, được công bố rộng rãi, bán tại quầy sách báo với giá trợ cấp để toàn dân biết và có thông tin đầy đủ.
10. Như vậy, bảo hiểm y tế xã hội cũng tương tự như một loại bảo hiểm tư nhân trả trước, vốn cũng là một dạng bảo hiểm y tế đặc biệt.
11. Tên gọi Cơ quan BHYTXH hay Vụ BHYTXH thuộc BHXHVN do chính phủ quyết định. Trong tài liệu này, cơ quan này được gọi là BHYTXH/BHXHVN với ý nghĩa là cơ quan này có vị tí cao trong bộ máy của BHXHVN.
12. Luật BHYTXH mới phải *toàn diện*, nghĩa là phải đề cập đến mọi mặt nội dung, mục đích, khái niệm về BHYTXH, Cơ quan bảo hiểm y tế, các chức năng tài chính y tế/BHYT, vai trò của BYT, BTC, quản lý, giám sát v.v. Trong luật này thậm chí còn có một chương về bảo hiểm y tế tư nhân.

Tài liệu tham khảo

Fattore G., F. Tediosi. 2013. "Tầm quan trọng của các giá trị trong việc định hình vai trò hỗ trợ của công tác quản lý, điều hành hệ thống y tế đối với mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân." *Y tế Giá trị 2013* 16 (1): Phụ bản S19023.

OECD (Tổ chức Hợp tác Phát triển Kinh tế). 2004. "Các nguyên tắc quản trị công ty". Pari, Pháp.

Savedoff, W. D., P. Gottret, tuyển tập. 2008. *Quản lý bảo hiểm y tế bắt buộc: Học tập kinh nghiệm.* Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

WHO (Tổ chức Y tế Thế giới). 2013. "Báo cáo về tổ chức, quản lý bảo hiểm y tế ở Việt Nam". Tài liệu đầu vào chuẩn bị cho nghiên cứu *Hướng tới phổ cập bảo hiểm y tế xã hội ở Việt Nam: Đánh giá, phương án.* Chưa công bố.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

CHƯƠNG 9

Lộ trình thực hiện tiến tới bao phủ toàn dân tại Việt Nam

Bao phủ CSSK toàn dân là một mục tiêu chính sách quan trọng đối với nhiều nước trên thế giới, nhưng đó là đầy thách thức. Tại Hội đồng Y tế Thế giới vào năm 2013, Chủ tịch Kim của Ngân hàng Thế giới kêu gọi các thành viên của Hội đồng sẽ là thế hệ thực hiện bao phủ CSSK toàn dân (Kim 2013). Thực tế không thiếu các cam kết chính trị cho mục tiêu này giữa các nước. Tuy nhiên, đạt được BPTD và duy trì ổn định nó đã được chứng minh là một thách thức lớn ngay cả đối với các nước có thu nhập cao, chưa nói tới các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Ngay cả các nước như Thái Lan đã thành công trong việc mở rộng độ bao phủ cho toàn dân số đã phải vật lộn để duy trì mức độ bao phủ cao và phải đối mặt với áp lực chi phí phát sinh từ sự thay đổi dân số và chuyển đổi dịch tễ, tiến bộ công nghệ y tế và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao. Các nước đã thành công bao phủ toàn dân đã mất nhiều thập kỷ để dần thực hiện, với những thay đổi về chính sách và thể chế, thử nghiệm nhiều mô hình khác nhau về nguồn tài chính và cơ chế tài chính cho chăm sóc sức khoẻ. Báo cáo này đại diện cho một đánh giá độc lập về BHYT của Việt Nam được thực hiện bởi Ngân hàng Thế giới, WHO, UNICEF và Quỹ Rockefeller trong quá trình sửa đổi Luật BHYT. Báo cáo phân tích các tiến bộ đáng kể tới nay của Việt Nam trong việc tiến tới các mục tiêu quan trọng liên quan đến bao phủ toàn dân, phân tích những thiếu sót và những thách thức tiềm năng cũng như đề xuất một loạt các khuyến nghị.

Chương này tổng hợp các khuyến nghị nêu trong các chương 2-8 tập trung vào các mục tiêu chính của bao phủ toàn dân gồm: (a) Mở rộng phạm vi bao phủ BHYT; (b) nâng cao sự công bằng và bảo vệ tài chính, và (c) Cơ chế tài chính bền vững cho bao phủ toàn dân. Mục tiêu cuối cùng thể hiện việc huy động các nguồn lực đảm bảo nguồn tài chính ổn định, giảm sự phân mảnh trong chia sẻ rủi ro và đẩy mạnh phân bổ nguồn kinh phí và mua sắm. Mục tiêu thứ 4, xuyên suốt là tăng cường tổ chức, quản lý và quản trị BHYT.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Tiếp theo là một lộ trình thực hiện xác định các cải cách hoặc giải pháp cần thiết để thực hiện các khuyến nghị nêu trong báo cáo. Lộ trình thực hiện tổ chức các cải cách và giải pháp cần thiết chia thành ba nhóm dưới đây, với các đề xuất theo ngắn hạn và trung hạn cho từng nhóm:

- *Các giải pháp về luật và quy định dưới luật;*
- *Các giải pháp tăng cường hệ thống y tế;*
- *Các giải pháp khắc phục nhược điểm của hệ thống thông tin, dữ liệu.*

Các giải pháp về luật và quy định dưới luật[1]

Luật và các văn bản dưới luật để đạt được từng mục tiêu BPTD được nêu dưới đây. Đánh dấu đầu dòng bằng chấm đậm thể hiện nội dung thay đổi trong luật. Đánh dấu đầu dòng bằng chấm nhạt thể hiện nội dung thay đổi bằng văn bản dưới luật hoặc các giải pháp khác.

Mở rộng phạm vi bao phủ

Trong ngắn hạn (2014-2015):

- Thiết lập và tăng cường trách nhiệm của BHXHVN trong công tác thu hút người tham gia và các đối tượng bắt buộc tham gia BHYT cũng như giao quyền cho BHXHVN ban hành và thực thi chế tài xử phạt.
- Quy định trách nhiệm của nhà nước trong việc hỗ trợ đóng góp BHYT cho các cá nhân hoặc hộ gia đình, chỉ rõ tăng trợ cấp lên mức 100% (tới năm 2020) cho các nhóm đối tượng như cận nghèo như là cam kết ngân sách Chính phủ;
- Giao Bộ Tài chính/ Bộ Y tế/BHXHVN theo quy định xác định mức trợ cấp cho từng đối tượng, ban hành quy định tăng dần trợ cấp có xem xét điều kiện kinh tế vĩ mô.
- Xác định các hộ gia đình/gia đình, xác định trợ cấp và trách nhiệm tham gia BHYT trong luật BHYT sửa đổi
  - Ban hành quy định liên tịch Tài chính/Bộ Y tế /BHXHVN về trợ cấp cho gia đình tham gia BHYT, mức đóng góp của hộ gia đình đối với đối tượng cận nghèo sẽ được trợ cấp toàn bộ hoặc một phần.
- Quy định rõ BHYT là một quyền lợi và sở hữu thẻ bảo hiểm là một quyền trong luật
  - Ban hành quy định Phát hành thẻ BHYT một cách thuận lợi nhất, tránh phiền hà thủ tục hành chính

Trong trung hạn (2016 và sau đó):

- Xác định mức ưu đãi thuế đối với người sử dụng lao động để khuyến khích sự tham gia BH của người phụ thuộc lao động, có thể cần sửa đổi các luật về thuế.
  - Ban hành các quy định liên tịch BTC/BYT/BHXHVN về mức trợ cấp của nhà tuyển dụng cho hộ gia đình đối với người lao động có thu nhập dưới ngưỡng (cần xác định lại); trợ cấp có thể là miễn giảm thuế.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Tăng cường bảo vệ tài chính và công bằng

Trong ngắn hạn (2014-2015):

- Giao quyền cho BYT/BHXHVN quy định qui trình, mức độ, chế độ thu và sử dụng số thu từ cùng chi trả;
  - Ban hành quy định chung của BYT/ BHXHVN về cơ chế cùng chi trả gồm (a) chính sách cùng chi trả: ai thuộc đối tượng cùng chi trả, đối tượng miễn cùng chi trả (quy định rõ người nghèo và các đối tượng dễ tổn thương khác và ghi trên thẻ), quy định chỉ cùng chi trả tại quầy thu viện phí, có biên lai thu viện phí; (b) yêu cầu công khai chính sách cùng chi trả tại tất cả các cơ sở y tế, ai phải nộp, ai được miễn, số tiền cùng chi trả cho mỗi can thiệp y tế, quyền khiếu nại và thủ tục giải quyết; (c) xử phạt các cơ sở y tế không thực hiện đúng quy định

Trong trung hạn (2016 và sau đó):

- Luật hóa hệ thống giải quyết tranh chấp tại BHXHVN với các quy định về thủ tục khiếu nại
- Xây dựng chính sách bảo hiểm đối với chi phí y tế thảm họa và giao nhiệm vụ cho Bộ Y tế / BHXHVN phát triển nó vào năm 2016, và ủy quyền cho Bộ Y tế/BHXHVN phát triển các quy định thực thi bảo hiểm thảm họa khi nó được phê duyệt.
  - Bộ Y tế / BHXHVN cần xây dựng quy định và cách thức xác định ngưỡng chi phí y tế thảm hoạ, qua thu nhập.

Bảo đảm tài chính bền vững cho BPTD qua việc huy động các nguồn lực một cách bền vững, giảm phân mảnh trong chia sẻ rủi ro và hoàn thiện phân bổ tài chính và mua sắm dịch vụ y tế.

Trong ngắn hạn (2014-2015):

- Thuế tiêu thụ đặc biệt đối với thuốc lá, rượu, vv, sẽ được thực hiện hoặc tăng thêm sau khi điều chỉnh các pháp luật thuế liên quan, quy định rõ rằng các khoản thu thuế này sẽ được sử dụng để cho BHYT. Điều này cũng sẽ phải được bao gồm trong bộ luật về thuế và các quy định.
- Luật hiện hành đã qui định việc tăng mức đóng góp.
  - Ban hành quy định để tăng dần mức đóng góp có xem xét hiệu quả đạt được trong lĩnh vực y tế, triển vọng kinh tế và qua đánh giá của các bên liên quan.
- Giảm số lượng các đối tượng tham gia bảo hiểm nêu trong Luật BHYT, lý tưởng là chỉ phân hai loại đối tượng chính là đối tượng phải đóng góp và đối tượng được trợ cấp.
- Quy định rõ trách nhiệm xây dựng gói quyền lợi và thực hiện gói quyền lợi: Bộ Y tế xây dựng nội dung lâm sàng; các cơ quan chuyên môn, BHXHVN và Bộ Y tế xác định hiệu quả chi phí và kinh phí thực hiện.
- Xây dựng khái niệm hàng hoá và dịch vụ y tế được BHYT chi trả là những dịch vụ y tế nằm trong gói quyền lợi.
- Thể chế hóa quy trình minh bạch để xây dựng và điều chỉnh gói quyền lợi

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

  - Ban hành quy định liên tịch Bộ Y tế / BHXHVN về gói quyền lợi. Xác định các can thiệp y tế nào sẽ nằm trong gói quyền lợi (như CSSK ban đầu, chăm sóc trước sinh và sau sinh, đẻ, dịch vụ dinh dưỡng, các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em không có trong chương trình mục tiêu y tế quốc gia, khám chữa bênh ngoại trú, nội trú, chăm sóc người cao tuổi). Các tiêu chí phải kết hợp hiệu quả lâm sàng của các can thiệp theo gánh nặng bênh tật, phòng ngừa và điều trị, giá trị xã hội (người cao tuổi), hiệu quả chi phí, và năng lực thực thi (cơ sở y tế, nhân lực y tế, thuốc, sự sẵn có các thiết bị, phương tiện đi lại và thông tin). Phải đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế ngay tại nơi người dân cư trú hoặc nơi tạm trú, coi đó là điểm tiếp cận đầu tiên đối với dịch vụ y tế. Các gói quyền lợi cần được điều chỉnh hàng năm.
- Sửa đổi quy định về hệ thống thanh toán trên cơ sở kết quả nghiên cứu "Đánh giá và chẩn đoán các phương thức chi trả". Giao Bộ Y tế/BHXHVN xây dựng quy định chi tiết về phương thức thanh toán cho nhà cung cấp dịch vụ;
  - Ban hành quy định toàn diện, liên tịch giữa Bộ Y tế và BHXHVN về cơ chế chi trả cho cơ sở y tế gồm cả việc sửa đổi (a) phương thức chi trả theo định suất, với suất phí cơ bản mới, có hệ số điều chỉnh mới, (b) cơ chế chi trả theo phí dịch vụ với biểu phí điều chỉnh và phí dịch vụ theo các gói dịch vụ lớn.
- Rà soát các chính sách và quy định hiện hành về thuốc/dược và hiện trạng sản xuất/nhập khẩu, bảo quản, phân phối và giá.

Trong trung hạn (2016 và sau đó):

- Tăng cường hơn nữa pháp luật thuế hàng hoá độc hại.
- Sửa đổi luật để chuyển chức năng chia sẻ rủi ro quỹ BHYT từ 63 tỉnh thành về BHYTXH quốc gia.
- Thiết lập hoặc củng cố quyền thực hiện của BHXHVN gồm: a) chức năng điều hành hiệu quả, b) tham gia xác định các gói quyền lợi và giá cả dịch vụ, c) kiểm soát việc thu phí của cơ sở y tế đối với người có BHYT và giám sát tuân thủ thu phí theo quy định; d) thực hiện thanh tra và xử phạt. Các vai trò cao này của BHVN rất cần thiết để đẩy mạnh chính sách cùng chi trả, giới hạn trần phí người có BHYT phải chi trả trong trường hợp chi phí y tế thảm hoạ và giải quyết tình trạng cơ sở y tế thu phí bổ sung ngoài quy định.
- Áp dụng quy trình lâm sàng, quản trị lâm sàng và đánh giá các gói quyền lợi, gồm cả trách nhiệm tổ chức rõ ràng của từng đơn vị.
- Tiếp tục sửa đổi quy định về hệ thống thanh toán trên cơ sở kết quả nghiên cứu "đánh giá và chẩn đoán các phương thức thanh toán"(Provider Payment Diagnostic Assessment)
- Thiết lập hoặc tăng cường quyền thực thi của BHXHVN gồm: a) Xây dựng chính sách mua sắm và cơ chế hợp đồng; b) mua sắm dịch vụ, vật tư y tế; c) dự thảo và ký hợp đồng; d)đàm phán với nhà cung ứng; e) quy trình giám định và quản lý hệ thống thanh toán; f) Thanh tra và xử phạt.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

- Sửa đổi luật BHYT quy định liên quan cơ chế giá và mua sắm đấu thầu thuốc/dược phẩm

Đa số các thay đổi trên dựa trên giả định mạnh mẽ về một cơ quan BHYT độc lập với nhiệm vụ huy động sự tham gia, thu phí, chia sẻ rủi ro, mua sắm dịch vụ, như mô tả trong mục IV dưới đây. Một cơ quan như vậy có tính quyết định cho việc thực thi Luật BHYT và các quy định dưới luật. Các cải cách pháp lý cần thiết cho để đạt được yêu cầu trên bao gồm:

Tăng cường công tác tổ chức, quản lý và quản trị BHYT

Trong ngắn hạn (2014-2015):

- Đưa thêm một điều luật mới vào Luật BHYT sửa đổi để xác định: (i) BHYT là một công cụ tài chính để đạt được mục tiêu BPTD; (ii) Mục tiêu của cơ quan BHYTXH Việt nam là: thu phí và lập quỹ chia sẻ rủi ro từ các cá nhân và người sử dụng lao động và Chính phủ (chuyển ngân sách trả phí BHYT và bảo trợ cho quỹ BHYT, và mua sắm và chi trả các gói dịch vụ y tế trong gói quyền lợi.
- Giao quyền giám sát và quản lý hiệu quả cho BHXHVN trong khuôn khổ giám sát BHYT chung của Bộ Y tế.
- Để giảm thiểu các xung đột trong mục tiêu hoạt động của các bên, cần xác định và điều chỉnh vai trò, nhiệm vụ, trách nhiệm và quyền hạn của các đơn vị chủ chốt (Bộ Y tế, BHXHVN) trong công tác BHYT nhằm giảm phân mảng quản lý và nhiệm vụ chồng chéo: BHXHVN cần xác định rõ chức năng đồng bộ với chức năng BHYT (đăng ký tham gia của các bên hưởng lợi, thu phí, quản lý qỹ chung, mua dịch vụ y tế, chi trả bên cung ứng và cơ sở y tế); và quyền thực thi. Bộ Y tế giữ vai trò tổng thể trong chính sách và quy phạm pháp luật, quy tắc của cơ sở y tế và nhà cung ứng cũng như cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn dân.

Tổ chức BHYT:

- Cho phép BHXHVN quản lý Cục BHYT trực thuộc BHXHVN cho đến khi Cơ quan BHYTXH Việt Nam được thành lập
- Chính phủ bổ nhiệm Giám đốc Cục BHYT XH (lâm thời) thuộc BHXHVN. Cũng có thể giao Hội đồng Quản lý BHXH bổ nhiệm Giám đốc Cục BHYT XH lâm thời.

Trong trung hạn (2016 và sau đó):

Quản lý BHYT:

- Lập Hội đồng quản lý BHYTXH trong Cục BHYTXH thuộc BHXHVN để ban hành các quyết định về công tác BHYT và có vai trò giám sát các hoạt động, với thành viên hội đồng là các đại diện phù hợp. Hoặc Hội đồng Quản lý của BHXHVN có thể thành lập Tiểu Ban Quản lý BHYT XH để thực hiện nhiệm vụ quản lý BHYT XH.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

- Quy định Giám đốc Cục BHYT XH báo cáo Hội đồng Quản lý BHYTXH và là Thư ký đương nhiên của Hội đồng quản lý BHYTXH, có quyền phát biểu tại Hội đồng, nhưng không có quyền biểu quyết.

Quản trị BHYT:

- BHXHVN cần mở tài khoản riêng cho hoạt động BHYT để tránh chi trả trợ cấp chồng chéo từ tiền lương hưu và trợ cấp xã hội.
- Lập một hệ thống giải quyết tranh chấp BHYT tại BHXHVN để giải quyết khiếu nại của các cơ sở y tế, nhà cung cấp và các đối tượng hưởng lợi
  - Ban hành quy định liên tịch Bộ Y tế /BHXHVN/Bộ Tư pháp về thủ tục khiếu nại
- BHXHVN cần đưa thông tin về khiếu nại và giải quyết tranh chấp vào Báo cáo thường niên
- Xác định rõ những tình huống cần áp dụng xử phạt, mức xử phạt và thẩm quyền thực thi xử phạt (nên là BHXHVN).
  - Ban hành quy định sửa đổi liên tịch Bộ Y tế /BHXHVN, hướng dẫn xử phạt nghiêm túc các trường hợp không tuân thủ luật và các quy định về BHYT, từ mức phạt tiền tới phạt giảm mức bồi hoàn.

Trách nhiệm giải trình trong BHYT:

- Đòi hỏi Kiểm toán nhà nước và kiểm toán độc lập tiến hành kiểm toán tài chính BHYT thường niên và công bố công khai báo cáo thường niên về tình hình quỹ BHYT, mức độ bao phủ về số lượng người tham gia và về các dịch vụ y tế được bao phủ cùng các vấn đề liên quan khác.

Các giải pháp tăng cường hệ thống y tế

Phần này đề cập đến các biện pháp tăng cường hệ thống y tế rộng hơn nằm ngoài phạm vi cải cách BHYT, điều này rất quan trọng để nâng cao hiệu quả và công bằng trong cung ứng dịch vụ y tế. Điều này bao gồm: các biện pháp ngắn hạn để nâng cao hiệu quả điều trị ngoại trú và các dịch vụ điều trị nội trú chuyên khoa bằng cách thay đổi chính sách ưu đãi và tăng cường dịch vụ bệnh viện cấp thấp hơn, và một kế hoạch chiến lược dài hạn để tăng cường chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Những cải cách này cần được thực hiện trong trung và dài hạn cùng với những thay đổi quy phạm pháp luật đề xuất ở phần trên để thực hiện tiến trình hướng đến BPTD.

- Tăng cường sự sẵn có và chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ ban đầu để cung cấp các gói quyền lợi CSSK ban đầu theo cơ chế thanh toán mới.
- Tạo / tăng cường đội ngũ cán bộ CSSK ban đầu: hiện đại hóa chương trình đào tạo, đào tạo lại nhân viên hiện có, tạo cán bộ mới và tạo chính sách khuyến khích làm việc tại vùng nông thôn, vùng nghèo.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

- Tăng cường chất lượng chăm sóc y tế ở mọi cấp của hệ thống thông qua cấp chứng chỉ hành nghề, công nhận chất lượng, phát hành các hướng dẫn thực hành lâm sàng (trong đó có hướng dẫn sử dụng thuốc), đảm bảo chất lượng liên tục. Điều này bao gồm cả việc giải quyết các vấn đề sử dụng thuốc bất hợp lý thông qua hướng dẫn thực hành KCB
- Hệ thống thông tin quản lý(MIS) tốt là cần thiết để: a) giám sát sự tuân thủ của người tham gia có hiệu quả, b) tránh trùng lặp đối tượng tham gia BH bởi một người cùng lúc có thể rơi vào các đối tượng BH khác nhau, và c) để người tham gia BHYT có thể tiếp cận dịch vụ y tế ở địa phương ngoài nơi cư trú. Người tham gia BHYT có mã số định danh (số thẻ) duy nhất, nhà cung ứng dịch vụ và cơ sở y tế có thể kiểm tra giá trị thẻ BHYT trực tuyến, theo thời gian thực. Cần một hệ thống thông tin tốt để hạn chế tình trạng thu thêm viện phí ngoài quy định, thực hiện chính sách cùng chi trả có hiệu quả, và quản lý trần chi trả tối đa đối với trường hợp chi phí y tế thảm hoạ. Có số liệu chính xác về số tiền tự chi trả (OOP) trong tháng, trong năm của từng người tham gia BHYT đã vượt ngưỡng tối đa chưa là một thách thức trong triển khai chính sách bảo vệ tài chính trước chi phí y tế thảm hoạ. Sẽ có khó khăn nếu cơ sở y tế yếu kém, hệ thống thông tin không đáp ứng, hoặc người bệnh sử dụng dịch vụ y tế ở nhiều cơ sở y tế khác nhau. Mã định danh cá nhân (số thẻ BHYT duy nhất) sẽ giúp xử lý vấn đề trên. BHXHVN nên triển khai một hệ thống quản lý thông tin rộng, hoặc phát triển hệ thông tin quản lý riêng cho BHYT.

Giải quyết nhược điểm trong dữ liệu, thông tin.

Trong ngắn hạn (2014-2015):

- Tham gia BH gia đình được khuyến khích mạnh mẽ, nhưng chưa có thông tin về mức phí bảo hiểm cần tăng thêm bao thì có thể chấp nhận được đối với Chính phủ, người sử dụng lao động và tác động của việc tăng phí đối với lương và lao động – việc làm. Cần nghiên cứu mô phỏng và phân tích để tính toán mức phí hợp lý và mức trợ cấp hợp lý từ ngân sách nhà nước.
- Thực hiện phân tích thống kê bảo hiểm và dự báo chính xác hơn phản ứng của người sử dụng dịch vụ và cung ứng dịch vụ khi có sự thay đổi về mức độ bao phủ
- Bổ sung bằng chứng về chi phí và hiệu quả chi phí để hỗ trợ quá trình tính toán nêu trên. UNICEF đã có một số hỗ trợ xây dựng và tính chi phí gói quyền lợi chăm sóc sức khoẻ bà mẹ và trẻ em.
- Thí điểm chính sách sử dụng thẻ BHYT ngoài địa bàn cư trú tại một số thành phố lớn như Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.
- Phân tích các mô hình CSSK ban đầu thành công của các nước khác tương đồng với Việt Nam

Trong dài hạn (2016 và sau đó):

- Khảo sát các cơ sở y tế và bệnh nhân để đánh giá kỹ hơn về mức độ thu viện phí ngoài qui định;

- Đánh giá nhu cầu và tác động chi phí thuốc trong danh mục thuốc BHYT, sử dụng dữ liệu của một số nước có hệ thống đánh giá công nghệ y tế phát triển.
- Phân tích các phân bổ nguồn thu của bệnh viện cho nhân viên qua phương thức chi trả cho hiệu suất công việc, xã hội hoá, cơ chế công tư kết hợp (PPP) và các cơ chế khác
- Dữ liệu về chất lượng cung cấp dịch vụ
- Dữ liệu về việc cung cấp các dịch vụ y tế không cần thiết tại các cơ sở.

Chú thích

1. Các công cụ luật định gồm thông tư, nghị định.

Tài liệu tham khảo

Kim, J. Y. 2013. Phát biểu của Chủ tịch Nhóm Ngân hàng Thế giới Jim Yong Kim tại "Hội đồng Y tế Thế giới: Đói nghèo, sức khỏe và tương lai nhân loại." http://www.worldbank .org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim -speech-at -world-health-assembly.

PHỤ LỤC A

Tổng quan ngành y tế[1]

Tài chính y tế

Tổng chi y tế là 6,9% tổng sản phẩm trong nước năm 2010, tương đương 85 Đôla Mỹ cho mỗi đầu người. Chi tiêu từ tiền túi của hộ gia đình chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tổng chi tiêu y tế - 56,1% trong năm 2011 - mặc dù tỉ lệ này đã giảm từ 67,1% trong năm 2005. Hình A.1 minh họa dòng tài chính ở Việt Nam. Chính phủ trợ cấp cho bên cung ứng thông qua Bộ Y tế hoặc Sở Y tế trong khi các khoản trợ cấp cho bên có nhu cầu được chuyển qua BHXHVN.

Cung ứng dịch vụ

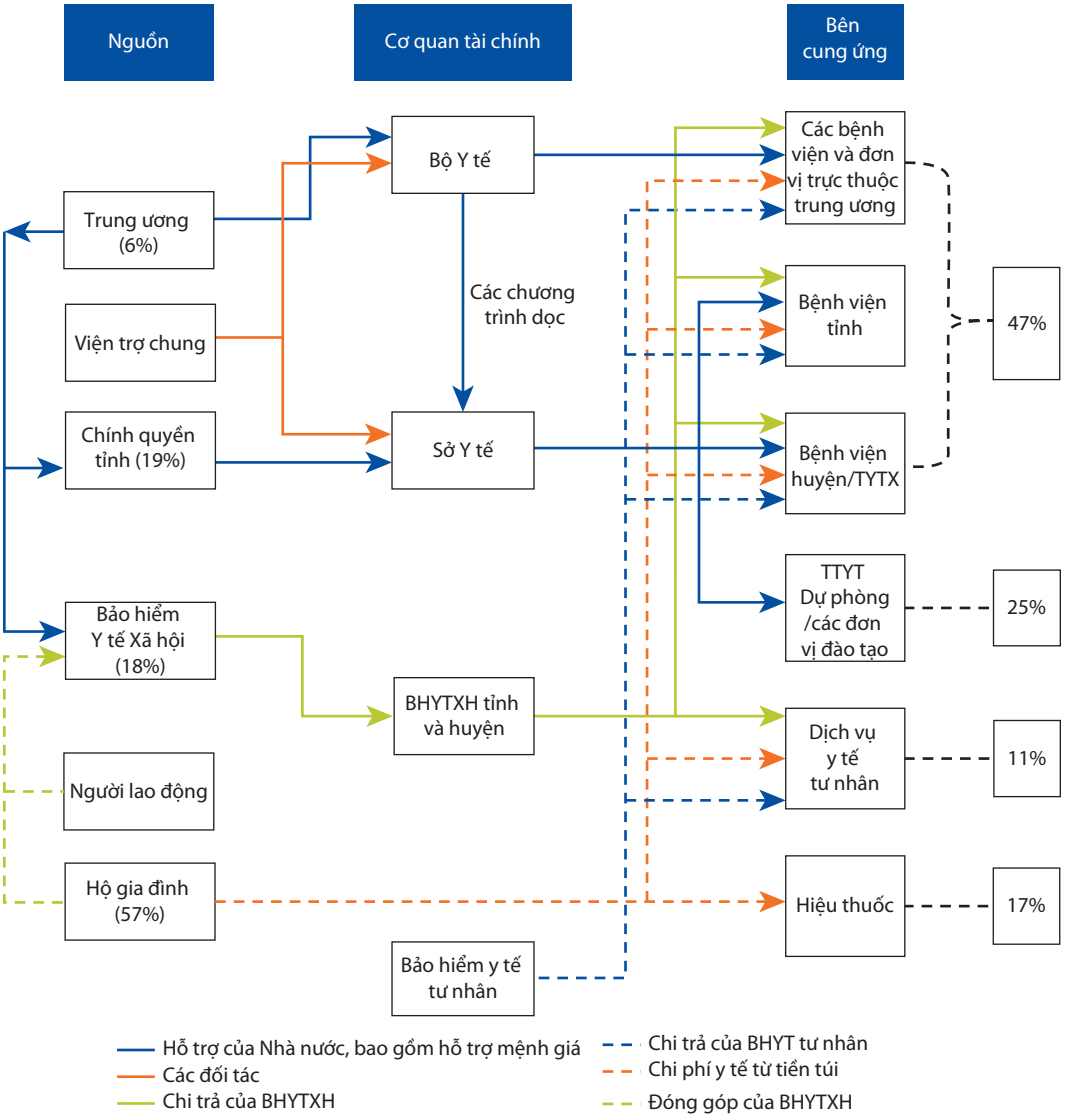
Việt Nam có một hệ thống hỗn hợp cung ứng dịch vụ, với khu vực công chiếm ưu thế trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc bệnh viện, và khu vực tư nhân chiếm ưu thế trong số các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu nhỏ hơn và bán dược phẩm, thuốc y tế. Hệ thống phân phối khu vực công bao gồm các bệnh viện trung ương và chuyên ngành, bệnh viện tuyến tỉnh và huyện, các trạm y tế xã (TYT xã) và nhân viên y tế thôn bản. Các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ y tế tư nhân có chăm sóc y tế ban đầu, cung cấp thuốc y tế, bác sĩ đa khoa, nhà thuốc tư nhân, và nhà dưỡng lão.

Khu vực bệnh viện tư nhân tương đối kém phát triển. Số giường bệnh viện tư nhân chỉ chiếm 4 phần trăm của tổng số giường bệnh trên cả nước. Trong năm 2010, các bệnh viện khu vực công và TYT xã chiếm gần một nửa của tất cả các chi phí y tế. Các nhà cung cấp chăm sóc y tế tư nhân chiếm 12 phần trăm và cửa hàng thuốc chiếm 17 phần trăm tổng số chi phí y tế.

Tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế công đã tự động được chấp thuận tham gia cung cấp dịch vụ KCB BHYT trước tháng 11 năm 2011, trong khi các nhà cung cấp tư nhân cần cấp giấy chứng nhận và cấp phép. Trong những năm gần đây, không có nhà cung cấp nào bị tước quyền tham gia cung cấp dịch vụ KCB BHYT. Từ 15 tháng 11 năm 2011, tất cả các nhà cung cấp từ công đến tư đều yêu cầu phải có chứng nhận và cấp phép hành nghề y.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình A.1 Sơ đồ mô hình hệ thống tài chính y tế quốc gia (2010)



Chăm sóc sức khỏe ban đầu và chuyển tuyến

Các TYT xã là điểm tới khám đầu tiên của phần lớn người dân, đặc biệt là ở khu vực nông thôn, nhưng không cung cấp được nhiều dịch vụ y tế như vai trò quy định. Hiện có hơn 10.000TYT xã trên cả nước, mỗi xã có một trạm, bao phủ khoảng 10.000 người. Nghiên cứu gần đây cho thấy nhiều dịch vụ như các chương trình dinh dưỡng, các chương trình kiểm tra sức khỏe trẻ em, chẩn đoán và điều trị các bệnh không lây qua đường hô hấp nên được các

trạm y tế xã thực hiện, tuy nhiên đã không thực hiện được như vậy (Dương và đồng nghiệp, 2010). Lý do có thể giải thích cho điều này là thiếu nhân sự, 35% TYT xã không có bác sĩ; không có sẵn thuốc, trang thiết bị hạn chế và chất lượng kém. Tiếp cận đào tạo chuyên môn liên tục của nhân viên trạm y tế xã cũng rất hạn chế, góp phần ảnh hưởng đến chất lượng cung cấp dịch vụ

Dịch vụ chăm sóc y tế ban đầu được cung cấp bởi các phòng khám liên xã, bệnh viện huyện, phòng khám đa khoa và cấp huyện; tất cả các cấp cơ sở này đều nhận bệnh nhân nội trú, và cung cấp dịch vụ cấp cứu và điều trị cơ bản cho bệnh thông thường. Trung bình mỗi bệnh viện tuyến huyện có 80 giường bệnh, nhưng các bệnh viện huyện rất khác nhau trong năng lực cung cấp kỹ thuật và chất lượng dịch vụ y tế phức tạp. Chất lượng dịch vụ kém ở các cấp thấp hơn làm xấu đi sự bất bình đẳng trong việc tiếp cận với các dịch vụ. Một cuộc khảo sát tại 13 tỉnh trong khu vực ĐBSCL cho thấy lựa chọn dịch vụ y tế tại TYT xã của bệnh nhân trong nhóm hộ nghèo chiếm 61,3% trong khi nhóm hộ giàu chỉ chiếm 35,5 % (Nguyễn Hoàng Yến và cộng sự 2013)

Theo hướng dẫn chuyển tuyến bệnh nhân quy định trong Thông tư của Bộ Y tế năm 2009[2], các thành viên tham gia BHYT chỉ có thể sử dụng dịch vụ y tế của trạm y tế xã hoặc bệnh viện huyện nơi đăng ký, và phải chuyển tuyến đến các bệnh viện tuyến 2 và tuyến 3. Bệnh nhân được bảo hiểm tự ý bỏ qua các cơ sở giới thiệu chuyển tuyến cấp cơ sở để lên tuyến cao hơn phải trả một tỷ lệ cùng chi trả viện phí KCB cao hơn, tùy thuộc vào mức độ mà họ sử dụng dịch vụ y tế: 30 phần trăm tại các bệnh viện huyện, 50 phần trăm tại các bệnh viện tỉnh, và 70 phần trăm tại bệnh viện trung ương và BV đại học. Trên thực tế, cơ chế chuyển tuyến vẫn không hiệu quả vì chất lượng tại các cơ sở chăm sóc ban đầu còn hạn chế.

Cơ sở hạ tầng phía cung ứng

Có sự khác biệt lớn về số lượng giường bệnh bình quân đầu người giữa các vùng trên toàn quốc. Khu vực Bắc Trung Bộ và Tây Nguyên có rất ít giường bệnh bình quân đầu người, và đặc biệt ít giường bệnh hơn theo cấp tỉnh so với các vùng khác. Tỷ lệ dân số nông thôn/thành thị là rất tương quan với tỷ lệ giường bệnh cấp huyện/tỉnh, thể hiện tỉnh có tỷ lệ dân số nông thôn nhiều hơn, phụ thuộc vào bệnh viện huyện nhiều hơn.

Trong những năm gần đây, Chính phủ đã đầu tư đáng kể vào việc cải thiện cơ sở hạ tầng y tế công, với một số chương trình tập trung vào hạ tầng chăm sóc y tế ban đầu. Từ năm 2008, Chính phủ đã sử dụng nguồn vốn trái phiếu Chính phủ để tài trợ nâng cấp các trạm y tế xã và bệnh viện huyện[3]. Ngoài ra, một dự án nâng cấp bệnh viện huyện và BV đa khoa huyện nhận được 3.750 tỷ đồng (202 triệu USD) và 3.000 tỷ đồng (162 triệu USD) mỗi loại hình BV tương ứng trong năm 2008. Năm 2009, 500 tỷ đồng (26,9 triệu USD) trái phiếu Chính phủ được phân bổ để xây dựng và nâng cấp bệnh viện tuyến tỉnh và bệnh viện đa khoa chuyên ngành ở các tỉnh khó khăn/nghèo[4].

Việc phân bổ các khoản trợ cấp từ phía cung chủ yếu dựa trên các định mức trước đây. Bộ Y tế phân bổ các khoản trợ cấp cho các bệnh viện đại học và bệnh viện chuyên khoa, và chính quyền các tỉnh phân bổ trợ cấp cho các

Hộp A.1 Công thức tính quỹ định suất

Người tham gia BHYT được chia thành sáu nhóm cụ thể, với tỷ lệ ứng định suất trước tính cho từng nhóm của 63 tỉnh thành sử dụng công thức sau:

$$R_{ij} = (Exp_{ij}/N_{ij}) \times K,$$

Trong đó

R_{ij} là tỷ lệ ứng trước cho nhóm i trong tỉnh *j;*

Exp_{ij} là tổng chi y tế thuộc nhóm I trong tỉnh j cho năm trước

N_{ij} là tổng số của nhóm i trong tỉnh j cho năm trước

K là hệ số điều chỉnh hàng năm để giải thích cho sự biến động của chi phí chăm sóc y tế, lạm phát, và những thay đổi trong các yếu tố liên quan khác trong năm tiếp theo.

BV cấp tỉnh, huyện, và các TT dịch vụ y tế cấp xã thông qua Phòng Y tế Phòng tỉnh. Cả hai loại trợ cấp ngân sách được phân bổ dựa trên số liệu mức chi phí năm trước và số giường bệnh, ngoại trừ trợ cấp chăm sóc y tế dự phòng theo định suất.

BHXHVN quản lý doanh thu của BHYT, và mua các dịch vụ cho người được bảo hiểm theo hương thức thanh toán kết hợp. Phí bảo hiểm từ BHYT sử dụng lao động (4,5 phần trăm của mức lương tối thiểu) và trợ cấp phía cầu từ Chính phủ cho người nghèo, cận nghèo, và các nhóm dễ tổn thương (4,5 phần trăm của mức lương tối thiểu cơ bản) cũng do BHXHVN quản lý. Phòng BHXH tỉnh quyết định việc thanh toán BH ở cấp tỉnh.

Cơ chế định suất được sử dụng đối với bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân nội trú tại sử dục dịch vụ y tế tại trạm y tế xã và bệnh viện tuyến huyện. Đến nay gần 60 phần trăm số các bệnh viện tuyến huyện đã chuyển sang cơ chế thanh toán định suất. Mở rộng định suất cho tất cả các bệnh viện tuyến huyện là một chính sách ưu tiên quan trọng. Người tham gia BHYT phải ghi danh tại trạm y tế xã hoặc một bệnh viện tuyến huyện. Các bệnh viện tuyến huyện được ký hợp đồng cung cấp dịch vụ KCB BH với BHXHVN. Quỹ định suất chi trả tất cả chi phí định suất cho TYT xã và BV tuyến huyện, cũng như chi trả chi phí chuyển tuyến cho các BV tuyến 2 và 3 cho các bệnh nhân chuyển tuyến đúng mà đăng ký tại bệnh viện huyện.

Quỹ định suất được giới hạn trong 90 phần trăm tổng các khoản thu từ các người tham gia BHYT. Khi có kết dư trong quỹ định suất trong bất kỳ một năm, bệnh viện tuyến huyện có thể sử dụng lên đến 20 phần trăm tại bệnh viện, số còn lại nộp về quỹ Y tế. Khi có sự thâm hụt, cơ quan bảo hiểm xã hội tỉnh sẽ hoàn trả lại ít nhất 60 phần trăm của mức thâm hụt hoặc chuyển lên BHXHVN. Phí dịch vụ y tế là phương thức thanh toán được sử dụng cho tất cả các bệnh viện tuyến 2 và 3 và một số dịch vụ giá cao không được tính trong thanh toán định suất

Giới hạn chi phí được đưa ra để kiểm soát chi phí. Đối với bệnh viện huyện áp dụng thanh toán định suất, quỹ định suất không được vượt quá 90 phần

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

trăm của quỹ chăm sóc y tế của bệnh viện huyện. Quỹ chăm sóc sức khỏe/y tế của bệnh viện huyện là 90% doanh thu phí bảo hiểm thu từ các đối tượng bảo hiểm đăng ký tại bệnh viện huyện; 10% còn lại đưa vào quỹ dự phòng. Đối với bệnh viện tuyến 2 và 3 áp dụng phí dịch vụ tiền công, giới hạn chi phí dựa trên chi phí lịch sử có điều chỉnh lạm phát[5]. Ngoài ra, một giới hạn áp dụng cho mỗi trường hợp lợi ích tối đa mà quỹ BHYT sẽ chi trả, được xác định là 40 tháng lương tối thiểu hàng tháng (tương ứng khoảng US $ 35 trong năm 2010) cho các dịch vụ công nghệ cao và dịch vụ chi phí cao.

Chú thích

1. Tư liệu sử dụng trong phụ lục này trích dẫn từ nghiên cứu của Somanathan, Dao, Tien (2012).
2. Thông tư số 10/2009/TT/BYT, hướng dẫn đăng ký điểm khám chữa ban đầu cho bệnh nhân có bảo hiểm và cơ chế chuyển gửi.
3. Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg, về việc Thủ tướng Chính phủ phê duyệt dự án đầu tư xây dựng, nâng cấp cơ sở y tế từ nguồn vốn trái phiếu chính phủ, giai đoạn 2008-2010.
4. Báo cáo này sử dụng tỉ giá sau: 1 US$ = 18.518 VND.
5. Hạn mức chi khám chữa nội trú = chi tiêu bình quân một lần nhập viện của năm trước x 1,1 x số lần nhập viện mỗi tháng. Hạn mức chi khám chữa chuyên khoa ngoại trú = chi tiêu bình quân mỗi lượt khám ngoại trú năm trước x 1,1 x số lượt khám mỗi tháng.

Tài liệu tham khảo

Nguyễn Hoàng Yến, Nguyễn Hương Giang, Nguyễn Đăng Vững, Trần Đức Thạch, Nguyễn Quang Ninh, Phạm Thị Hương. 2013. *Báo cáo kết quả thực hiện chính sách "khám chữa bệnh cho người nghèo" và "khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi" tại các vùng dân tộc thiểu số.* Hà Nội: Trung tâm Tư vấn Sức khỏe Phát triển Cộng đồng và UNICEF.

Somanathan, A., H. L. Dao, T. V. Tien. 2012. *Đưa đối tượng nghèo vào cơ chế bảo hiểm toàn dân ở Việt Nam. Loạt nghiên cứu về bảo hiểm y tế toàn dân* (UNICO) 24. Washington, DC: Ngân hàng Thế giới.

PHỤ LỤC B

Qui trình tham vấn rà soát đánh giá BHYT

STT	*Sự kiện*	*Bên Báo cáo*	*Thời gian*
1.	Hội thảo khởi độngthống nhất phạm vi nghiên cứu,và trách nhiệm của các bên liên quan với Bộ Y tế, BHXH VN. Đại diện của Ủy ban về các vấn đề xã hội cũng tham gia cuộc họp.	Ngân hàng Thế giới	1/2012
2.	Thảo luận kỹ thuật với các phòng ban liên quan của Bộ Y tế và BHXHVN về cơ chế thanh toán cho bên cung cấp.	Ngân hàng Thế giới, WHO	8/2012
3.	Thảo luận kỹ thuật với các phòng ban liên quan của Bộ Y tế và BHXH trên những phát hiện sơ bộ của báo cáo (chương 2, 3,4, 5,6).	Ngân hàng Thế giới, WHO, UNICEF, VCLCSYT, HMU	10/2012
4.	Báo cáo kết quả sơ bộ của báo cáo trong hai hội thảo quốc gia (Hà Nội và TP Hồ Chí Minh) để thảo luận về các tùy chọn điều chỉnh bổ sung Luật BHYT với các phòng ban liên quan của Bộ Y tế, BHXHVN, các Bộ liên quan và các tỉnh.	Ngân hàng Thế giới, WHO, UNICEF	11&12/2012
5.	Báo cáo kết quả chính của báo cáo tại hai Hội thảo cấp quốc gia tại Hà Nội và TP Hồ Chí Minh với sự tham gia từ cấp trung ương và đại diện 63 tỉnh.	Ngân hàng Thế giới	6/2013
6.	Thảo luận kỹ thuật với các phòng ban liên quan của Bộ Y tế và BHXHVN trên những phát hiện chính của Chương 7.	Ngân hàng Thế giới	10/2013
7.	Thảo luận kỹ thuật với các Ủy viên Quốc hội, Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội tổ chức.	Ngân hàng Thế giới, WHO	1/2014
8.	Hội thảo Phổ biến cuối cùng cấp quốc gia.	Ngân hàng Thế giới, WHO, UNICEF	1/2014

PHỤ LỤC C

Chi tiết Mô phỏng dự toán chi phí BPTD

Ước tính chi phí để đạt được BPTD đòi hỏi thông tin phạm vi bao phủ dân số diện rộng cũng như đơn giá liên quan đến phạm vi và chiều sâu phạm vi bảo hiểm cung cấp trong gói quyền lợi. Công thức cơ bản để tính chi phí này có thể được tóm tắt như sau:

$$\text{Phạm vi dân} \times [P \times Q + A] = E,$$

Trong đó
P= đơn giá dịch vụ mỗi người;
Q= số lượng của dịch vụ mỗi người (VD, sử dụng),
A= chi phí hành chính, và
E= tổng chi y tế thuộc hệ thống BPTD (Guerard 2011).

Trong phân tích tính toán bảo hiểm, đơn giá cung cấp một dịch vụ cụ thể gộp trong gói quyền lợi BPTD thường được ước tính là chi phí "trực tiếp" nguồn từ dữ liệu yêu cầu bảo hiểm (ví dụ, từ giá phải trả cho một dịch vụ nhất định). Tuy nhiên, từ góc độ xã hội, đơn giá cũng nên bao gồm cả chi phí "gián tiếp" như những người liên quan đến kinh phí chuyển từ bên cung cấp cũng như bất kỳ khoản thanh toán OOP liên quan khác chưa được bảo hiểm chi trả theo yêu cầu bảo hiểm, cả hai phản ánh thỏa thuận chia sẻ chi phí mà có thể ngầm hiểu hoặc rõ ràng. Hơn nữa, công thức tính chi phí BPTD trên không phải là tĩnh: chi phí sẽ được dựa vào phản ứng nhu cầu bảo hiểm ngày càng tăng, sự sẵn có hiện tại của dịch vụ, đáp ứng cung theo thời gian, những thay đổi trong công nghệ y tế, các phương thức chi trả, cũng như cải thiện hiệu quả và cơ chế kiểm soát chi phí khác có thể được đưa ra (Guerard 2011).

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Các giả định chính	*Chi phí hiện hành (2010)*	*Tình huống I*[a]	*Tình huống II*[b]
Tỉ lệ bao phủ (%)	59,8%	70%	70%
Tổng dân số	88,3 triệu	93,7 triệu	93,7 triệu
GDP	1.981 nghìn tỉ đồng	4.059 nghìn tỉ đồng	4.059 nghìn tỉ đồng
GDP đầu người	22.444.728 đồng	43.330.424 đồng	43.330.424 đồng
Tổng chi tiêu nhà nước	648 nghìn tỉ đồng	1.178 nghìn tỉ đồng	1.178 nghìn tỉ đồng
Khám chữa bệnh ngoại trú do BHXHVN thanh toán	1,79	—	—
Đơn giá khám chữa bệnh ngoại trú của BHXHVN	98.670 đồng	—	—
Khám chữa bệnh nội trú do BHXHVN thanh toán	0,16	—	—
Đơn giá khám chữa bệnh nội trú của BHXHVN	1.151.741 đồng	—	—
Chi tiêu BHYT			
Chi tiêu của BHXHVN	~ 20.000 tỉ đồng	~ 99.000 tỉ đồng*	~ 110.000 tỉ đồng*
… tỉ trọng chi tiêu của BHXHVN trong GDP (%)	1,0%	2,4%	2,7%
Chi tiêu của nhà nước trợ cấp cho BHXHVN (BHXHYT phía cung)	~ 8.000 tỉ đồng	~ 39.000 tỉ đồng	~ 45.000 tỉ đồng
Tỉ trọng chi tiêu của BHXHVN do nhà nước trợ cấp (%)	41%	39%	41%
Chi tiêu của nhà nước ngoài BHYT			
Chi tiêu cho y tế của nhà nước ngoài BHYT (phía cung)	~ 33.000 tỉ đồng	~ 69.000 tỉ đồng	~ 69.000 tỉ đồng
Tổng chi tiêu cho y tế của nhà nước (CTYTNN)	~ 41.000 tỉ đồng	~ 108.000 tỉ đồng	~ 114.000 tỉ đồng
Tỉ trọng CYYTNN trong tổng chi tiêu của nhà nước (%)	6,3%	10,1%	10,6%
Tỉ trọng CTYTNN trong GDP (%)	1,9%	2,5%	2,7%

Các giả định chính	*Chi phí hiện hành (2010)*	*Mô hình Lieberman-Wagstaff I (2015)*	
		Tình huống III[c]	*Tình huống IV*[d]
Tỉ lệ bao phủ (%)	59,8%	70%	70%
Tổng dân số	88,3 triệu	93,7 triệu	93,7 triệu
GDP	2.158 nghìn tỉ đồng	4.681 nghìn tỉ đồng	4.681 nghìn tỉ đồng
GDP đầu người	22.444.728 đồng	43.330.424 đồng	43.330.424 đồng
Tổng chi tiêu nhà nước	648 nghìn tỉ đồng	1.178 nghìn tỉ đồng	1.178 nghìn tỉ đồng
Khám chữa bệnh ngoại trú do BHXHVN thanh toán	1,79	1,88	1,88
Đơn giá khám chữa bệnh ngoại trú của BHXHVN	98.670 đồng	285.981 đồng	285.981 đồng
Khám chữa bệnh nội trú do BHXHVN thanh toán	0,16	0,17	0,17
Đơn giá khám chữa bệnh nội trú của BHXHVN	1.151.741 đồng	3.314.777 đồng	3.314.777 đồng
Chi tiêu BHYT			
Chi tiêu của BHXHVN	~ 20.000 tỉ đồng	~ 123.000 tỉ đồng	~ 123.000 tỉ đồng
Tỉ trọng chi tiêu của BHXHVN trong GDP (%)	1,0%	2,6%	2,6%
Chi tiêu của nhà nước trợ cấp cho BHXHVN (BHXHYT phía cung)	~ 8.000 tỉ đồng	~ 49.000 tỉ đồng	~ 49.000 tỉ đồng
Tỉ trọng chi tiêu của BHXHVN do nhà nước trợ cấp (%)	41%	~40%	~40%
Chi tiêu của nhà nước ngoài BHYT			
Chi tiêu cho y tế của nhà nước ngoài BHYT (phía cung)	~ 33.000 tỉ đồng	~ 80.000 tỉ đồng	~ 119.000 tỉ đồng
Tổng chi tiêu cho y tế của nhà nước (CTYTNN)	~ 41.000 tỉ đồng	~ 129.000 tỉ đồng	~ 168.000 tỉ đồng
Tỉ trọng CYYTNN trong tổng chi tiêu của nhà nước (%)	6,3%	11%	14,3%
Tỉ trọng CTYTNN trong GDP (%)	1,9%	2,7%	3,6%

Chú thích:

a. Giả thuyết chính: Phí bảo hiểm 4,5%. Lương tối thiểu 1.500.000 đồng (tăng 30% hàng năm), hỗ trợ cho người cận nghèo 70%; sinh viên 50%; nông dân 30%.

b. Giả thuyết chính: Phí bảo hiểm 5%. Lương tối thiểu 1.500.000 đồng (tăng 30% hàng năm), hỗ trợ cho người cận nghèo 70%; sinh viên 50%; nông dân 30% và sau đó tăng lên 50%

c. Giả thuyết chính: Tăng tỉ lệ sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú và giá dịch vụ; tăng chi phí của BHXHVN để giảm chi tiêu từ tiền túi.

d. Giả thuyết chính: Tăng tỉ lệ sử dụng dịch vụ nội trú và ngoại trú và giá dịch vụ; tăng chi phí của BHXHVN để giảm chi tiêu từ tiền túi và hỗ trợ bên cung ứng dịch vụ.

Tài liệu tham khảo

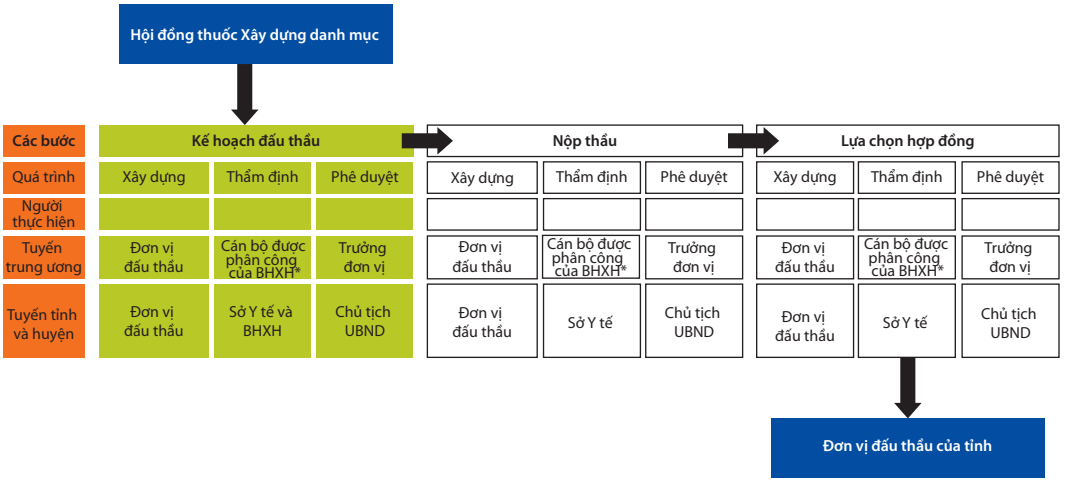
Guerard, Y., M. Wiener, C. Rokx, G. Schieber, P. Harimurti, E. Pambudi, and A. Tandon. 2011. "Actuarial Costing of Universal Health Insurance Coverage in Indonesia: Options and Preliminary Results." HNP Discussion Paper, World Bank, Washington, DC.

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

PHỤ LỤC D

Thiếu hiệu quả trong chi tiêu cho thuốc

Hình D.1 Đấu thầu thuốc: Chu trình và các bên tham gia

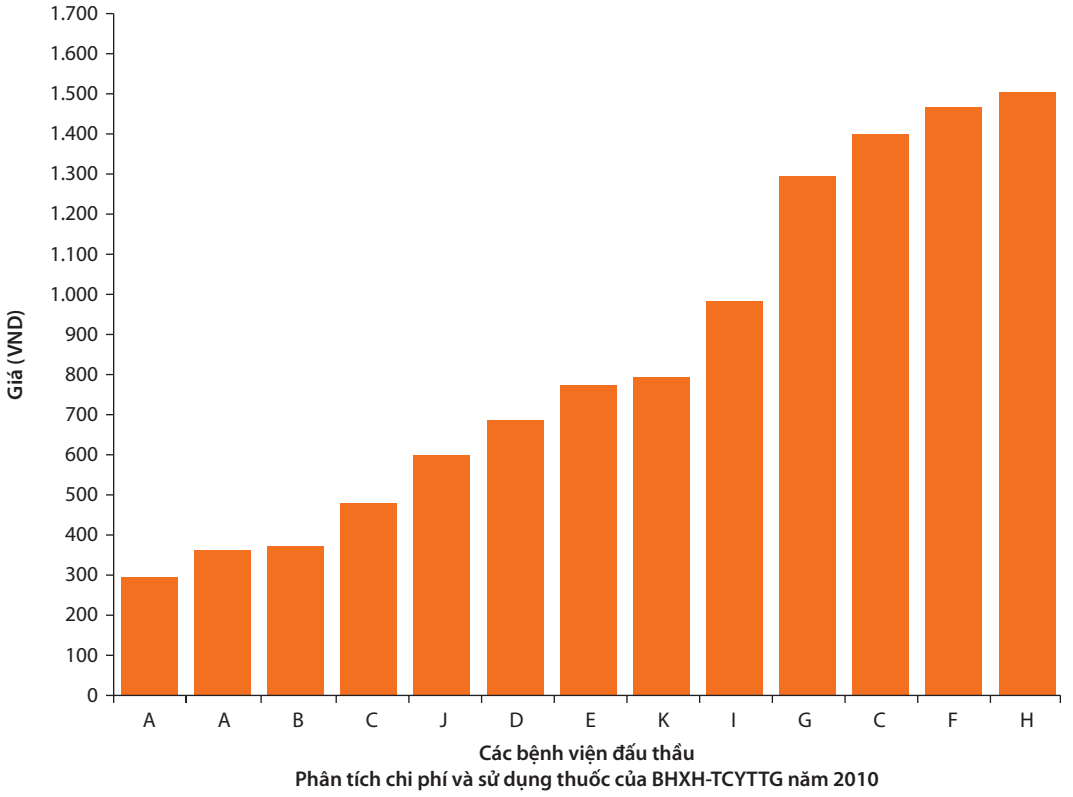


Nguồn: Escalante 2012

* Phụ trách cơ quan phân công một cán bộ hoặc một đơn vị chịu trách nhiệm thẩm định.

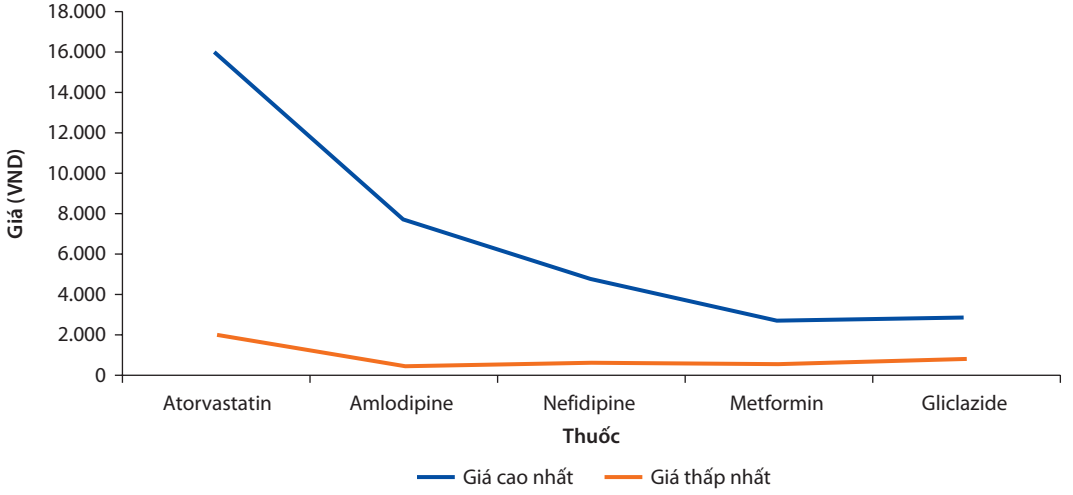
http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Hình D.2 Giá đấu thầu thuốc Amoxicillin 500mg ở một số bệnh viện



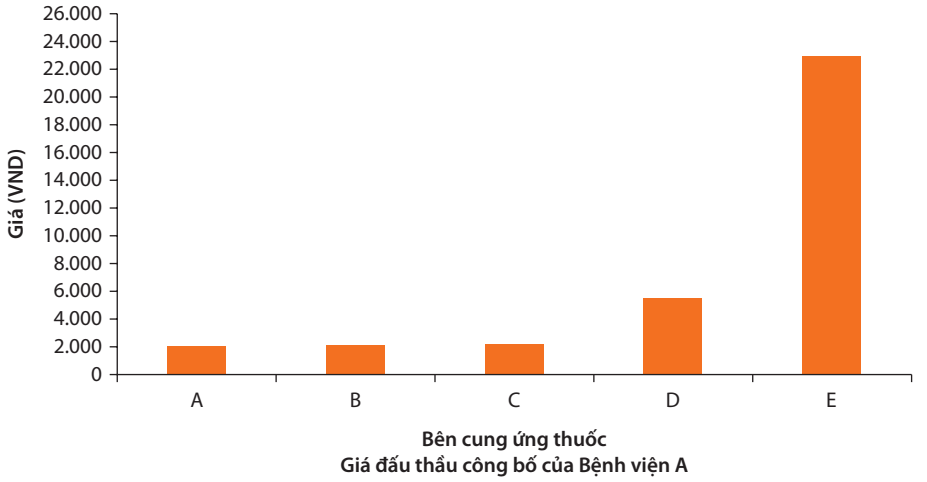
Nguồn: Escalante 2012 (Phân tích chi phí và sử dụng thuốc của BHXH-TCYTTG năm 2010)

Hình D.3 Giá đấu thầu của một số thuốc điều trị các bệnh không lây



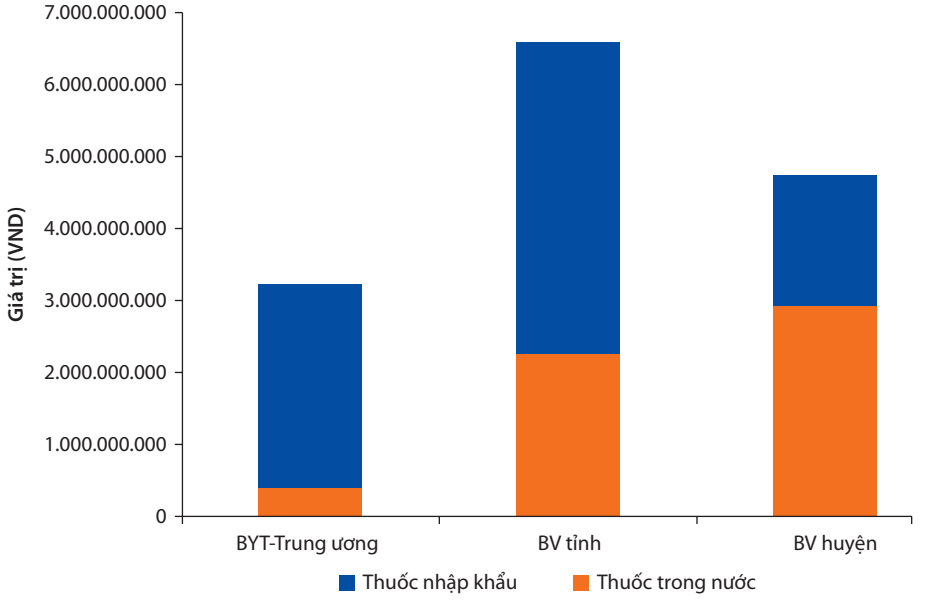
Nguồn: Escalante 2012 (Số liệu của BHXH-TCYTTG về giá đấu thầu thuốc tại 8 bệnh viện trung ương và bệnh viện tỉnh)

Hình D.4 Giá đấu thầu thuốc Atorvastatin, 20mg ở Bệnh viện A (2011)



Nguồn: Escalante 2012 (Công bố giá thắng thầu)

Hình D.5 Tổng chi phí đấu thầu đối với thuốc nhập khẩu và thuốc sản xuất trong nước (theo loại bệnh viện) (2009-10)



Nguồn: Escalante 2012 (Phân tích của TCYTTG dựa vào báo cáo chấm thầu của các bệnh viện cho Bộ Y tế)

Tài liệu tham khảo

Escalante, S. 2012. "Thực trạng sử dụng thuốc tại Việt Nam: Các yếu tố quyết định cải thiện hiệu quả." Tài liệu đầu vào chuẩn bị cho báo cáo *Hướng tới phổ cập bảo hiểm y tế xã hội ở Việt Nam: Đánh giá, phương án.*

http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0261-4

Trong 20 năm qua, Việt Nam đã có những tiến bộ vượt bậc trong quá trình tiến tới bao phủ Bảo hiểm Y tế toàn dân. Tuy nhiên, tỉ lệ tham gia Bảo hiểm Y tế còn thấp và những vấn đề liên quan đến bất công bằng vẫn là những thách thức đáng kể. Đảm bảo được nguồn tài chính hỗ trợ cho mục tiêu bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân cũng là một vấn đề cần phải quan tâm. Đề án Bao phủ Bảo hiểm Y tế toàn dân được Chính phủ phê duyệt năm 2012 đã trực tiếp đề cập đến những giải pháp cho vấn đề trên.

Mở rộng độ bao phủ bảo hiểm, đặc biệt ở những nhóm khó tiếp cận như cận nghèo và lao động không chính thức sẽ cần Nhà nước tăng đáng kể mức độ hỗ trợ để có thể trợ cấp toàn bộ mệnh giá bảo hiểm cho người cận nghèo. Tuy nhiên, bao phủ Bảo hiểm Y tế theo chiều rộng không đủ để đảm bảo mức độ bảo vệ tài chính và công bằng khi mức chi trả từ tiền túi của người dân cho các dịch vụ y tế còn cao. Bao phủ y tế toàn dân sẽ cần những nỗ lực liên tục để nâng cao tính hiệu quả của hệ thống và đạt được giá trị đồng tiền cao hơn từ nguồn lực hiện có.

Việt Nam cần có những giải pháp tích cực để tăng tính hiệu quả cho hệ thống. Gói quyền lợi bảo hiểm quá rộng, lạm dụng cung ứng dịch vụ do cơ chế chi trả chưa phù hợp, sử dụng thuốc chưa hợp lý, cũng như cấu trúc và tổ chức hệ thống chưa hiệu quả là những nguyên nhân chính mà Việt Nam cần khắc phục.

Báo cáo Tiến tới bao phủ Bảo hiểm Y tế toàn dân ở Việt Nam đưa ra những khuyến nghị để mở rộng độ bao phủ, tăng tính hiệu quả thông qua tiết kiệm nguồn lực, củng cố hệ thống tổ chức, cũng như những giải pháp cụ thể để thực hiện những khuyến nghị này.

NGÂN HÀNG THẾ GIỚI