

KINH NGHIỆM QUỐC TẾ VỀ CÁC PHƯƠNG THỨC XÃ HỘI HÓA Y TẾ

1. Kinh nghiệm về y tế tư nhân

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

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

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

Về mặt loại hình dịch vụ, ở các nước đang phát triển, tư nhân chủ yếu cung cấp dịch vụ KCB ngoại trú, còn điều trị nội trú chủ yếu vẫn do nhà nước đảm nhiệm. Ở Italia, có rất nhiều doanh nghiệp nhỏ và vừa hợp tác với các nhà cung ứng dịch vụ y tế lớn chẳng hạn như các dịch vụ chăm sóc người già, trẻ em tại nhà, chăm sóc bệnh nhân sau khi ra viện, hỗ trợ người nghiện, tâm thần... và những hợp tác đó rất quan trọng và hiệu quả. Khu vực tư nhân được tham gia cung cấp nhiều dịch vụ phụ trợ như vệ sinh, giặt là, ăn uống, bán thuốc... và cả

dịch vụ y tế cộng đồng như tiêm chủng. Với các nước phát triển, ở các bệnh viện tư, với sự giám sát ngặt nghèo của chính phủ, họ có thể và được phép làm tất cả các phương pháp điều trị tiên tiến nhất như ở các bệnh viện công như: phẫu thuật tim, phẫu thuật thần kinh, cấy và ghép cơ quan...

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

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

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

Chi phí ở y tế tư nhân vì lợi nhuận đắt hơn: Đã có nhiều nghiên cứu so sánh chi phí y tế giữa các cơ sở y tế vì lợi nhuận (tư nhân) và không vì lợi nhuận (bệnh viện công hoặc tư hoạt động không vì lợi nhuận). Các nghiên cứu đều cho kết luận giống nhau: chi phí điều trị tại các cơ sở y tế kinh doanh vì lợi nhuận đắt hơn so với các cơ sở y tế hoạt động phi lợi nhuận từ 11,2% đến 19% và có

những dịch vụ cao hơn tới 91%. Chi phí y tế ở các quốc gia có hệ thống y tế tư nhân phát triển cũng cao hơn các quốc gia có hệ thống y tế công (trích từ Dyer, O .2004).

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

2. Kinh nghiệm về bảo hiểm y tế.

a. Kinh nghiệm BHYT cho người nghèo ở Indonesia.

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

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

Nguồn tài chính và quyền lợi của người tham gia Jamkesmas: Jamkesmas được chính quyền Trung ương (qua Bộ Y tế) hỗ trợ hoàn toàn chi phí KCB thông qua việc mua thẻ BHYT (trị giá 6 USD/năm) và phát miễn phí cho họ.

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

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

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

Một số hạn chế của chương trình Jamkesmas: Sự gia tăng quá mức lượng và lượt người nghèo đi khám, chữa bệnh ở tất cả các tuyến một phần phản ánh hiện tượng lạm dụng dịch vụ, ảnh hưởng tới tính bền vững của hệ thống, đặc biệt là góc độ tài chính. Công tác thông tin không được thực hiện một cách hiệu quả. Không được hướng dẫn rõ ràng hoặc không đủ thông tin dẫn tới nhiều tranh cãi bất lợi cho việc cung cấp dịch vụ một cách tốt nhất, ảnh hưởng đến sự hợp

tác của các bên.

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

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

b. Kinh nghiệm của BHYT nước Pháp.

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

Về mức độ chi trả và kinh nghiệm phòng ngừa lạm dụng: Tính bền vững về tài chính của quỹ BHYT là vấn đề không phải của riêng quốc gia nào, vào năm 2006, quỹ BHYT Pháp đã thâm hụt tới 6 tỷ euro. Cả Pháp và nhiều quốc gia khác đã lựa chọn phương án đồng chi trả để khắc phục hiện tượng này. Ngoài việc quy định mức đồng chi trả theo phần trăm, bệnh nhân còn phải thực hiện nghĩa vụ đóng góp, ví dụ, mỗi lần khám bệnh người bệnh phải trả 1 euro, mỗi lọ thuốc sẽ đóng 0,5 euro, mỗi lần dùng xe cứu thương góp 2 euro... (trừ trẻ em dưới 16 tuổi, phụ nữ có thai và những người có thu nhập thấp là những người được phát thẻ CMU - thẻ khám chữa bệnh miễn phí).

Để hạn chế tình trạng lạm dụng hoặc lợi dụng việc khám bệnh, lấy thuốc từ

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

c. BHYT Đức.

Cộng hòa liên bang Đức là một trong số các nước có hệ thống BHYT hoạt động lâu đời nhất trên thế giới với 125 năm hình thành và phát triển, diện bao phủ 100% dân số (khoảng 82 triệu dân), hệ thống này được gọi là BHYT luật định. Đối tượng tham gia BHYT theo luật định bao gồm người đang làm việc (vợ hoặc chồng và con cái dưới 18 tuổi của họ tự động được hưởng bảo hiểm), người về hưu, người thất nghiệp, sinh viên của các trường trung cấp, cao đẳng, đại học, người khuyết tật đang làm việc tại cơ sở được phê chuẩn hoặc trong hệ thống xúc tiến việc làm.

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

- Điều trị nằm viện không giới hạn, cùng chi trả không vượt quá

14 ngày/năm.

- Thuốc theo đơn được thanh toán, nhưng có cùng chi trả.
- Hưởng một số hoặc tất cả chi phí phòng ngừa và phục hồi cần thiết.
- Trợ cấp ốm đau: Người được bảo hiểm có thể nhận trợ cấp ốm đau tối đa 78 tuần trong khoảng thời gian 3 năm.
- Trợ giúp về trông nom nhà khi người tham gia bảo hiểm phải nằm viện hoặc điều trị phục hồi chức năng không thể trông nom nhà cửa và có trẻ nhỏ dưới 12 tuổi sống cùng.

- Điều dưỡng tại nhà cho phụ nữ khi cần thiết do mang thai hoặc sinh con.
- Liệu pháp xã hội dành cho người được bảo hiểm có nỗi đau buồn tinh thần nghiêm trọng làm cho họ không chấp nhận điều trị y khoa.
- Tiền sinh con và trợ cấp sinh con trong thời gian mang thai và sau khi sinh.

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

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

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

cho InEK tính toán.

3. Kinh nghiệm về thu một phần viện phí.

a. Kinh nghiệm của Trung Quốc:

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

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

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

b. Kinh nghiệm của một số quốc gia khác :

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

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

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

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

Phương án cung ứng dịch vụ theo yêu cầu về bản chất và tác động tương tự như phương án viện phí. Còn đối với hình thức liên doanh liên kết, qua khảo sát, tác giả nhận thấy mô hình này hầu như không được các quốc gia áp dụng. Trừ

trường hợp Trung quốc, ở một số bệnh viện, nguồn vốn cho bệnh viện có thể được góp từ nhân viên và ở Indonesia, các bệnh viện đôi khi thuê trang thiết bị y tế của tư nhân. Tuy nhiên, hiệu quả của phương án này đến nay vẫn chưa được khẳng định.

5. Bài học kinh nghiệm rút ra cho Việt nam

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

Về y tế tư nhân:

- Y tế tư nhân là một kênh quan trọng trong hệ thống y tế các quốc gia, Tư nhân không chỉ có mặt trong lĩnh vực KCB mà còn tham gia vào nhiều hoạt động dịch vụ gián tiếp phục vụ KCB và các hoạt động mang tính hỗ trợ cho công tác KCB của y tế công như các dịch vụ chăm sóc người già, trẻ em tại nhà, chăm sóc bệnh nhân sau khi ra viện, hỗ trợ người nghiện, tâm thần... Những hoạt động dịch vụ gián tiếp hay hỗ trợ này của khu vực tư nhân được cho là có hiệu quả.

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

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

Về BHYT

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

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

- Lạm dụng quỹ BHYT là vấn nạn đối với mọi quốc gia. Đa số các quốc gia dùng biện pháp đồng chi trả để hạn chế lạm dụng từ phía bệnh nhân, dùng

phương pháp thanh toán thích hợp (ví dụ theo nhóm điều trị) để hạn chế lạm dụng từ phía bệnh viện, quản lý chặt giá thuốc để hạn chế lạm dụng từ các công ty dược.

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

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

Về phương thức viện phí.

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

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

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

- Phương thức viện phí thường được bổ trợ bởi các chính sách KCB miễn

phí cho người nghèo.

Về phương thức liên doanh liên kết

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



TTBD ĐBDC

