

TẠP CHÍ CHÍNH SÁCH Y TẾ

ISSN 1859-2643

- **CHÍNH LUẬN**
- **NGHIÊN CỨU VỀ CHÍNH SÁCH**
- **DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH Y TẾ**
- **NHÌN RA NƯỚC NGOÀI**

SỐ 6 (2010)



TỔNG BIÊN TẬP
TS. Trần Văn Tiến

TÒA SOẠN

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

138 Giảng Võ - Hà Nội

Tel: (04) 3846 1590

(04) 3823 4167

Fax: (04) 3823 2448

Email: tapchichinhsachyte@hspi.org.vn

Giấy phép xuất bản số:
03/GP-SĐBS cấp ngày 25/1/2006
In 2000 cuốn khổ 20,5x29,5

Chế bản in tại:
LAM-SABACU PRINTING

MỤC LỤC

Trang

CHÍNH LUẬN

- Về một số chính sách y tế Việt Nam những năm đầu thế kỷ 21 3
TS. Khương Anh Tuấn

NGHIÊN CỨU VỀ CHÍNH SÁCH

- Tình hình thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP trong hệ thống bệnh viện công lập 9
GS.TS. Lê Quang Cường, TS. Trần Thị Mai Oanh, ThS. Nguyễn Khánh Phương, TS. Trần Văn Tiến, TS. Khương Anh Tuấn, TS. Hoàng Thị Phương, ThS. Dương Huy Lương và cộng sự
- Kết quả nghiên cứu đánh giá chín tháng triển khai thực hiện đề án 1816 và đề xuất giải pháp hoàn thiện đề án 13
ThS. Vũ Thị Minh Hạnh, GS.TS. Lê Quang Cường, TS. Lý Ngọc Kính, TS. Phạm Văn Tác và cộng sự
- Tình hình tử vong mẹ ở Việt Nam trong giai đoạn 2006-2007 20
ThS. Phan Hồng Vân và cộng sự
- Tình hình thực hiện bảo hiểm y tế cho người nghèo và tác động của chính sách này đối với khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo ở vùng nông thôn 27
ThS. Nguyễn Khánh Phương, GS. Đặng Đức Phú, TS. Nguyễn Thị Xuyên

DIỄN ĐÀN CHÍNH SÁCH Y TẾ

- Tỷ số giới tính khi sinh và những vấn đề đặt ra 32
TS. Đoàn Minh Lộc
- Thực trạng nhu cầu bác sĩ trong giai đoạn hiện nay 38
TS. Trần Thị Mai Oanh
- Đánh giá việc thực hiện thí điểm phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất tại một số tỉnh ở Việt Nam 45
TS. Hoàng Thị Phương

- Một số vấn đề về dân số Việt Nam hiện nay 53
TS. Nguyễn Mỹ Hương
- Khi hệ thống y tế bị thả trôi vào vòng xoáy thương mại hóa 58
Trần Văn Tiến

NHÌN RA NƯỚC NGOÀI

- Chính sách Bảo hiểm y tế toàn dân ở một số nước trên thế giới 60
TS. Trần Văn Tiến

VỀ MỘT SỐ CHÍNH SÁCH Y TẾ VIỆT NAM NHỮNG NĂM ĐẦU THẾ KỶ 21

TS. Khuong Anh Tuấn¹

Đảng và Chính phủ Việt Nam luôn coi giáo dục và y tế là hai lĩnh vực trọng tâm hàng đầu trong sự nghiệp xây dựng và phát triển kinh tế - xã hội, đảm bảo cho sự bền vững lâu dài. Sau 20 năm đổi mới, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong phát triển kinh tế - xã hội. Mức sống của nhân dân đã được nâng lên rõ rệt, tỷ lệ đói nghèo đã giảm đáng kể; công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đã từng bước được đổi mới và đạt nhiều thành tựu quan trọng. Nhân dân ở hầu hết các vùng, miền được chăm sóc sức khỏe tốt hơn. Phần lớn các chỉ số cơ bản về sức khỏe của người Việt Nam đều tốt hơn các nước có cùng mức thu nhập bình quân đầu người. Trong quá trình chuyển đổi từ cơ chế bao cấp sang cơ chế thị trường và trước những yêu cầu, thách thức mới của sự phát triển kinh tế xã hội cũng như sự hội nhập quốc tế, từ những năm 1990 nhà nước đã cho phép và khuyến khích các tổ chức, cá nhân đầu tư vào các dịch vụ chăm sóc sức khỏe²; mặt khác nhà nước cũng cho phép các bệnh viện thu một phần viện phí để đảm bảo nguồn tài chính cho hoạt động của các bệnh viện. Tuy nhiên trong thời gian qua, vẫn còn có rất nhiều vấn đề về chính sách và cơ chế vận hành của hệ thống y tế trong nền kinh tế thị trường chưa được làm rõ và phù hợp với tình hình thực tế.

Trước tình hình đó, Đảng và Chính phủ đã ban hành một số văn bản chỉ đạo chung cho sự phát triển của ngành y tế Việt Nam, trong đó văn bản quan trọng nhất là **Nghị quyết 46-NQ/TW** của Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam ban hành ngày 23/2/2005 về đổi mới công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, trong đó chỉ rõ quan điểm và định hướng phát triển của ngành y tế

trong thời kỳ mới. Đây là một văn bản rất quan trọng làm cơ sở để chính phủ và ngành y tế xây dựng các chính sách, kế hoạch phát triển công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Các quan điểm chỉ đạo cụ thể là:

- *Xác định tầm quan trọng của công tác chăm sóc sức khỏe, coi sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư phát triển... Mặt khác cũng xác định Nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt.*
- *Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển nhằm tạo cơ hội cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao.*
- *Thực hiện chăm sóc sức khỏe toàn diện, gắn phòng bệnh với chữa bệnh, phục hồi chức năng và tập luyện thể dục thể thao nâng cao sức khỏe. Phát triển đồng thời y tế phổ cập và y tế chuyên sâu; kết hợp đông y và tây y.*
- *Xã hội hóa các hoạt động chăm sóc sức khỏe gắn với tăng cường đầu tư của Nhà nước. Trong đó xác định y tế công lập giữ vai trò*

¹ Trưởng khoa nghiên cứu Quản lý dịch vụ Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Nghị định số 73/1999/NĐ-CP của Chính phủ

nòng cốt và xác định sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là trách nhiệm, bổn phận của mọi tổ chức, cá nhân trong xã hội. Khuyến khích các thành phần kinh tế đầu tư phát triển các dịch vụ chăm sóc và nâng cao sức khỏe.

Năm 2006, Chính phủ Việt Nam đã phê duyệt **Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020**³ với mục tiêu xây dựng hệ thống y tế Việt Nam từng bước hiện đại, hoàn chỉnh hướng tới công bằng, hiệu quả và phát triển. Quy hoạch đã cụ thể hóa định hướng phát triển hệ thống y tế Việt Nam theo hướng tăng cường xã hội hoá công tác y tế, trong đó y tế nhà nước đóng vai trò chủ đạo. Nội dung chính của quy hoạch tập trung vào đầu tư phát triển mạng lưới y tế dự phòng đủ khả năng dự báo, giám sát, phát hiện sớm và khống chế các dịch bệnh, nhằm giảm tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh, tật; sắp xếp lại mạng lưới khám, chữa bệnh và phục hồi chức năng theo cụm dân cư không phân biệt địa giới hành chính; các đơn vị chuyên môn y tế ở địa phương được quản lý theo ngành; củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao khả năng tiếp cận của người dân đối với các dịch vụ y tế thiết yếu và phát triển ngành dược thành một ngành kinh tế - kỹ thuật mũi nhọn trong đó phát triển mạnh công nghiệp dược, nâng cao năng lực sản xuất thuốc trong nước, ưu tiên các dạng bào chế công nghệ cao.

Nhằm tăng cường ngân sách đầu tư cho y tế tập trung vào lĩnh vực phòng bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu, Quốc hội Việt Nam đã ban hành nghị quyết về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật xã hội hóa để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe nhân dân⁴. Nội dung quan trọng của Nghị quyết này là chủ trương tăng tỷ lệ chi ngân sách hàng năm cho sự nghiệp y tế, bảo đảm tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của ngân sách nhà nước trong đó dành ít nhất 30% ngân sách y tế cho y tế dự phòng. Quan tâm dành ngân sách cho chăm sóc sức khỏe người có công, người

nghèo, nông dân, đồng bào dân tộc thiểu số, nhân dân ở vùng kinh tế - xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn, tiếp tục ưu tiên đầu tư, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện, đa khoa khu vực liên huyện, trạm y tế xã, bệnh viện lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn.

Dựa trên quan điểm chỉ đạo của Nghị quyết 46-NQ/TW, thời gian qua Chính phủ và ngành y tế Việt Nam đã có rất nhiều chính sách chú trọng tới công tác xây dựng và hoàn thiện chính sách nhằm thực hiện các mục tiêu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Những chính sách chủ yếu

1. Trong lĩnh vực khám chữa bệnh:

Chính phủ đã phê duyệt Quy hoạch phát triển mạng lưới khám chữa bệnh đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 cũng đã tạo cơ sở pháp lý quan trọng cho việc xây dựng và phát triển mạng lưới khám chữa bệnh phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của đất nước, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của nhân dân⁵. Dựa vào các định hướng phát triển và quy hoạch phát triển ngành, nhà nước Việt Nam đã có chính sách đầu tư cụ thể để củng cố hầu như toàn bộ mạng lưới bệnh viện tuyến huyện (được coi là tuyến KCB ban đầu thuộc y tế cơ sở) và các bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh ở các địa phương⁶. Cụ thể là ngành y tế được sử dụng nguồn trái phiếu Chính phủ hơn 2.000 tỷ đồng để thực hiện nâng cấp 621 cơ sở y tế tuyến huyện và 16 bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh vùng khó khăn và một

³ Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020

⁴ Nghị quyết của quốc hội số 18/2008/NQ-QH12 ngày 03 tháng 06 năm 2008, Quốc hội khóa XII kỳ họp thứ 3

⁵ Quyết định số 30/2008/QĐ-TTg ngày 22/2/2008 của Thủ tướng Chính phủ.

⁶ Quyết định số 47/2008/QĐ-TTg và Quyết định số 930/2009/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ

số bệnh viện chuyên khoa, tạo điều kiện cho người dân được tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng ngay tại địa phương.

Một cải cách quan trọng là Chính phủ Việt Nam đã cho phép các đơn vị sự nghiệp y tế có thu được thực hiện tự chủ về tài chính⁷ vào năm 2002 và đến năm 2006 với sự ra đời của Nghị định 43/2006/NĐ-CP, cơ chế tự chủ được triển khai rộng rãi cho tất cả các bệnh viện công lập trên toàn quốc và các đơn vị sự nghiệp có thu khác. Mặt khác Chính phủ cũng khuyến khích phương thức xã hội hóa đa dạng trong đầu tư trang thiết bị và cung ứng dịch vụ y tế⁸. Chính phủ cũng tạo điều kiện cho y tế tư nhân phát triển khá mạnh trong thời gian gần đây. Số lượng và quy mô đầu tư các bệnh viện và phòng khám tư nhân gia tăng nhanh chóng và y tế tư nhân đã đóng vai trò đáng kể trong cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú với 32% tổng số lượt khám bệnh tuy nhiên tỉ lệ bệnh nhân nội trú vẫn còn hạn chế⁹.

Để tạo hành lang pháp lý cho thực hiện các quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhằm bảo đảm các điều kiện khám bệnh, chữa bệnh công bằng, bình đẳng, cạnh tranh lành mạnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của nhà nước và tư nhân, Quốc hội Việt Nam đã ban hành Luật khám bệnh, chữa bệnh¹⁰ và theo Luật này thì các loại hình dịch vụ y tế dù thuộc khu vực nhà nước hay tư nhân đều được hoạt động trong một mặt bằng pháp lý, không có sự phân biệt giữa hai khu vực này về các quyền, nghĩa vụ của người bệnh và thầy thuốc. Đây cũng là nền tảng pháp lý để ngành y tế Việt Nam hội nhập với các nước trong khu vực và quốc tế.

Mặc dù các chính sách về tự chủ và xã hội hóa y tế đã trong thời gian qua đã tạo những chuyển biến mới trong công tác quản lý và hoạt động của bệnh viện góp phần tăng cường cung cấp dịch vụ y tế phong phú và đa dạng cho người dân nhưng Chính phủ và ngành y tế Việt Nam vẫn xác định mối quan tâm lớn hiện nay là nâng

cao hiệu quả và chất lượng hoạt động của hệ thống bệnh viện công lập trong bối cảnh thực hiện cơ chế tự chủ bệnh viện và xã hội hóa để đảm bảo sự công bằng, hiệu quả và phát triển, tập trung giải quyết tình trạng quá tải bệnh viện ở các tuyến.

2. Trong lĩnh vực y tế dự phòng:

Từ năm 2006, Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020¹¹ hướng tới mục tiêu giảm các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng; phát hiện sớm, khống chế kịp thời dịch bệnh, không để dịch lớn xảy ra; giảm tỷ lệ mắc và tử vong do bệnh, tật. Quan điểm của Chiến lược là dự phòng tích cực, chủ động, toàn diện và có trọng điểm, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh truyền nhiễm gây dịch nguy hiểm, đặc biệt là các bệnh mới phát sinh, HIV/AIDS, suy dinh dưỡng ở trẻ em; phòng, chống tai nạn thương tích, bệnh nghề nghiệp. Chủ động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm, các bệnh do lối sống có hại cho sức khỏe. Đảm bảo về ngân sách cho lĩnh vực y tế dự phòng thì ngân sách nhà nước vẫn là chủ đạo. Mặt khác cũng xác định công tác y tế dự phòng là trách nhiệm của chính quyền các cấp, các Bộ, ngành, đoàn thể, tổ chức chính trị - xã hội và của mỗi người dân, đẩy mạnh xã hội hóa công tác y tế dự phòng trong đó ngành y tế giữ vai trò nòng cốt về chuyên môn kỹ thuật. Việc tăng cường và mở rộng hợp tác quốc tế về y tế dự phòng là một trong những ưu tiên.

⁷ Nghị định 10/2002/NĐ-CP.

⁸ Nghị định 69/2008/NĐ-CP.

⁹ Tổng cục Thống kê (2008), Điều tra mức sống dân cư 2006. Hà Nội: Nhà xuất bản thống kê.

¹⁰ Luật số 40/2009/QH12, Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam

¹¹ Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg phê duyệt chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020

Về vấn đề An toàn vệ sinh thực phẩm, ngay từ năm 2003, Việt Nam đã có Pháp lệnh về vệ sinh an toàn thực phẩm¹² và các văn bản pháp quy hướng dẫn thực hiện các biện pháp nhằm đối phó với các vấn đề sức khỏe liên quan đến an toàn vệ sinh thực phẩm.

Với công tác phòng chống các dịch bệnh nguy hiểm, sau thành công của việc thực hiện các chương trình mục tiêu y tế quốc gia giai đoạn 2000 - 2005, Chính phủ đã phê duyệt các dự án thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống một số bệnh xã hội, bệnh dịch nguy hiểm và HIV/AIDS giai đoạn 2006 - 2010 với 10 dự án¹³ và năm 2009 đã bổ sung thêm 3 dự án mục tiêu quốc gia là phòng chống sốt xuất huyết và 2 bệnh không lây truyền là tăng huyết áp và đái tháo đường.

Năm 2008, Luật Phòng chống bệnh truyền nhiễm đã tạo hành lang pháp lý cho hoạt động phòng chống bệnh truyền nhiễm, đặc biệt trong bối cảnh đang có những diễn biến phức tạp với sự xuất hiện của dịch bệnh mới nguy hiểm và sự bùng phát trở lại của nhiều bệnh đã từng được khống chế.

Việt Nam cũng là nước đầu tiên trong khu vực có Chính sách Quốc gia phòng, chống tai nạn thương tích và có các kế hoạch hành động Quốc gia về phòng, chống tai nạn thương tích nhằm đối phó với vấn đề tai nạn thương tích là một trong những vấn đề sức khỏe lớn và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay ở Việt Nam¹⁴.

3. Y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu

Chăm sóc sức khỏe ban đầu và đầu tư cho y tế cơ sở luôn là ưu tiên hàng đầu trong sự nghiệp phát triển y tế ở Việt Nam. Trước tình hình mới, năm 2002, Trung ương Đảng CS Việt Nam đã ra chỉ thị về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới trong đó đề cao vai trò của y tế cơ sở và trách nhiệm lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp uỷ đảng, chính quyền, chỉ đạo đổi mới phương thức hoạt động và tăng cường đầu tư cho y tế cơ sở cả về nhân lực, trang thiết bị và

cơ sở hạ tầng¹⁵. Sau đó một loạt các chính sách đã được ban hành nhằm tăng cường năng lực cho y tế cơ sở và công tác CSSK ban đầu như: (1) ban hành và thực hiện Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010¹⁶ và đến nay đã có 55,5% TYTX đạt chuẩn QG; (2) đầu tư xây dựng trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010 trong đó tập trung đầu tư xây dựng trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia cho các xã hiện chưa có trạm y tế thuộc vùng khó khăn¹⁷; (3) Tăng cường nguồn nhân lực và năng lực của cán bộ y tế qua việc thực hiện Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng Đồng Bằng Sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển¹⁸, Đề án 1816 về luân phiên cán bộ về hỗ trợ tuyến dưới nhằm nâng cao năng lực KCB cho các bệnh viện tuyến dưới trong cung ứng dịch vụ, khắc phục tình trạng quá tải và nâng cao chất lượng dịch vụ bệnh viện và nâng cao chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản¹⁹.

¹² Pháp lệnh của ủy ban thường vụ Quốc hội số 12/2003/PL-UBTVQH về vệ sinh an toàn thực phẩm.

¹³ Quyết định số 108/2007/QĐ-TTg

¹⁴ Quyết định của Thủ tướng Chính phủ Số 197/2001/QĐ-TTg ngày 27 tháng 12 năm 2001 về việc phê duyệt, thương tích giai đoạn 2002-2010

¹⁵ Chỉ thị số 06-CT/TW năm 2002

¹⁶ Quyết định số 370/2002/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về Chuẩn quốc gia về y tế xã giai đoạn 2001-2010.

¹⁷ Quyết định 950/2007/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã thuộc vùng khó khăn giai đoạn 2008-2010 theo danh mục quy định tại Quyết định số 30/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ.

¹⁸ Quyết định 1544/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt "Đề án đào tạo nhân lực y tế cho vùng khó khăn, vùng núi của các tỉnh thuộc miền Bắc và miền Trung, vùng Đồng Bằng Sông Cửu Long và vùng Tây Nguyên theo chế độ cử tuyển".

¹⁹ Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg của Thủ tướng chính phủ về việc quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản.

4. Các chính sách hỗ trợ cho các đối tượng dễ tổn thương trong cộng đồng

Chính sách KCB cho người nghèo và cận nghèo: ngay từ năm 2002, tất cả công dân Việt Nam thuộc diện nghèo trên toàn quốc khi đi KCB tại các cơ sở y tế nhà nước đều được nhà nước chi trả viện phí thông qua Quỹ KCB bằng hình thức mua thẻ BHYT hoặc thực chi²⁰. Ngoài ra các đối tượng khó khăn đột xuất, bệnh nặng, chi phí cao cũng được hỗ trợ một phần kinh phí KCB từ quỹ này. Đến năm 2008, Chính phủ nâng mức mua thẻ BHYT cho người nghèo và hỗ trợ 50% mệnh giá thẻ BHYT cho thành viên thuộc hộ cận nghèo tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện²¹. Chính phủ cũng tăng mức trợ cấp phí BHYT đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội bằng 3% mức tiền lương tối thiểu hiện hành²².

Chính sách CSSK cho người cao tuổi: người cao tuổi được ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh, được tạo điều kiện thuận lợi để đóng góp cho xã hội phù hợp với sức khỏe của mình²³. Người cao tuổi được ưu tiên khi đi KCB tại các cơ sở y tế và được quản lý theo dõi sức khỏe tại các Trạm y tế xã²⁴. Ngành y tế phải tổ chức khoa Lão khoa hoặc giường điều trị lão khoa tại các cơ sở KCB của Nhà nước và phát triển chuyên môn kỹ thuật điều trị cho người cao tuổi²⁵.

Chính sách hỗ trợ cho người cao tuổi đã được cải thiện đáng kể. Người cao tuổi trên 90 tuổi nếu không có lương hưu hoặc các khoản trợ cấp xã hội khác được hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng từ ngân sách địa phương²⁶ và đối với hỗ trợ KCB, ngoài các chính sách về hỗ trợ KCB cho người cao tuổi thuộc diện hộ nghèo, cận nghèo, và tất cả người cao tuổi trên 85 tuổi đã được cấp thẻ BHYT miễn phí²⁷.

Chính sách KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi: Việt Nam là nước đầu tiên ở Châu Á và là nước đứng thứ hai trên thế giới ký Công ước Quốc tế về quyền trẻ em. Từ năm 1994, trẻ em dưới 6 tuổi đi KCB đã được miễn giảm một phần viện phí²⁸ và đến năm 2001 thì toàn bộ trẻ em dưới 6 tuổi đều

được KCB miễn phí tại các cơ sở y tế nhà nước²⁹. Từ khi có Luật BHYT vào năm 2008 thì trẻ em dưới 6 tuổi đều được cấp thẻ BHYT miễn phí và như vậy những đối tượng này có thể được KCB và được chi trả BHYT ở cả cơ sở y tế nhà nước và tư nhân.

Với các chính sách này thì hiện nay khoảng 40% dân số Việt Nam được Chính phủ chi trả hoàn toàn hoặc hỗ trợ một phần chi phí KCB thông qua thẻ BHYT (trong đó có 15 triệu người nghèo trên toàn quốc được cấp BHYT miễn phí).

5. Một số chính sách liên quan tới đổi mới cơ chế tài chính và huy động nguồn lực cho y tế

Năm 2008, Quốc hội Việt Nam đã đồng ý tăng tỷ lệ chi ngân sách hàng năm cho sự nghiệp y tế với tốc độ tăng chi cho y tế cao hơn tốc độ tăng chi bình quân chung của NSNN và đảm bảo chi cho y tế dự phòng 30% tổng chi cho y tế³⁰. Chính phủ ưu tiên chi từ ngân sách Nhà nước,

²⁰ Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg của TT Chính phủ về việc khám, chữa bệnh cho người nghèo

²¹ Quyết định 289/2008/QĐ-TTg về một số chính sách hỗ trợ đồng bào dân tộc thiểu số, hộ thuộc diện chính sách, hộ nghèo, hộ cận nghèo và ngư dân

²² Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 117/2008/QĐ-TTg, ngày 27/8/2008, về điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội 2008.

²³ Luật Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân năm 1989

²⁴ Pháp lệnh về người cao tuổi năm 2000 của ủy ban thường vụ Quốc hội

²⁵ Thông tư số 02/2004/TT-BYT của Bộ Y tế

²⁶ Thông tư số 16/2002/TT-BLĐTBXH.

²⁷ Nghị định số 30/2002/NĐ-CP, Nghị định số 120/2003/NĐ-CP của Chính phủ

²⁸ Nghị định số 95/CP ngày 27/8/1994 và Thông tư 14/TTLB ngày 30/9/1995 của Liên bộ Y tế Tài chính Lao động thương binh xã hội- Ban vật giá chính phủ.

²⁹ Nghị định 36/2005/NĐ-CP của Chính phủ và Công văn số 306/YT-KHTC ngày 14/01/2005 của Bộ y tế.

³⁰ Nghị quyết của Quốc hội số 18/2008/NQ-QH12 năm 2008

trái phiếu Chính phủ, nguồn vốn ODA để đầu tư nâng cấp và phát triển hệ thống y tế công lập. Bảo đảm đủ ngân sách thực hiện khám chữa bệnh cho người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, đối tượng chính sách xã hội, người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi; hỗ trợ mệnh giá bảo hiểm y tế cho người cận nghèo.

Về chủ trương, ngành y tế sẽ tiếp tục được ưu tiên ngân sách nhà nước đầu tư cho hoạt động y tế dự phòng và các cơ sở khám, chữa bệnh lao, bệnh phong và bệnh tâm thần, các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế. Thực hiện xây dựng khung giá dịch vụ y tế theo hướng tính đúng, tính đủ chi phí dịch vụ, bảo đảm rành mạch giữa hỗ trợ của Nhà nước và phần đóng góp của người dân trong giá dịch vụ, phù hợp với khả năng chi trả của người bệnh ở các vùng có mức thu nhập khác nhau, bảo đảm công bằng trong chăm sóc sức khỏe³¹.

Để huy động nguồn lực, sẽ xây dựng chế độ phụ cấp hợp lý đối với cán bộ y tế theo nghề và khuyến khích xã hội hóa, xây dựng và thành lập mới bệnh viện cổ phân, bệnh viện liên doanh, cơ sở khám chữa bệnh, bệnh viện tư nhằm tăng thêm số lượng cơ sở cung ứng dịch vụ và cơ sở

dịch vụ y tế chất lượng cao, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh ngày càng cao và đa dạng của nhân dân.

Thực hiện cụ thể, Bộ Y tế đang xây dựng đề án đổi mới cơ chế tài chính y tế trong đó các nội dung cơ bản là: (1) Ưu tiên ngân sách cho các đơn vị không có nguồn thu hoặc nguồn thu thấp, trong đó ngân sách nhà nước sẽ bảo đảm toàn bộ chi thường xuyên đối với các đơn vị hoạt động trong lĩnh vực y tế dự phòng, an toàn thực phẩm, dân số kế hoạch hóa gia đình; (2) Bảo đảm toàn bộ kinh phí để chăm sóc người bệnh bị tâm thần, lao, động kinh trong đó các đơn vị làm nhiệm vụ chăm sóc, điều trị người bệnh bị bệnh tâm thần phân liệt, bệnh phong; người bị bệnh lao trong trường hợp khám, chữa bệnh lao; người bị bệnh động kinh trong trường hợp khám, chữa bệnh động kinh. Ngoài ra Bộ Y tế cũng đang xây dựng khung giá viện phí mới theo hướng tính đúng, tính đủ phù hợp với tình hình thực tế và khả năng chi trả của người dân.

³¹ Kết luận số 42-KL/TW và Kết luận số 43-KL/TW của Trung ương Đảng cộng sản Việt Nam

TÌNH HÌNH THỰC HIỆN NGHỊ ĐỊNH 43/2006/NĐ-CP TRONG HỆ THỐNG BỆNH VIỆN CÔNG LẬP

*GS.TS. Lê Quang Cường, TS. Trần Thị Mai Oanh,
ThS. Nguyễn Khánh Phương, TS. Trần Văn Tiến,
TS. Khuông Anh Tuấn, TS. Hoàng Thị Phương,
ThS. Dương Huy Lương và cộng sự¹.*

Thực hiện chỉ đạo của Bộ trưởng Bộ Y tế trong việc đánh giá tình hình thực hiện Nghị định 43/2006/NĐ-CP (NĐ 43) trong hệ thống bệnh viện công lập, làm rõ những kết quả đạt được cũng như những mặt còn hạn chế và các tác động không mong muốn đối với công tác CSSK để từ đó có cơ sở đề xuất các điều chỉnh, sửa đổi bổ sung cho phù hợp trong thời gian tới, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế phối hợp với Vụ Kế hoạch - Tài chính và một số Vụ/Cục của Bộ Y tế tiến hành khảo sát đánh giá việc triển khai Nghị định 43 tại 18 bệnh viện (BV) ở các tuyến (7 BV trung ương, 5 BV tuyến tỉnh/TP, 6 BV huyện/quận). Điều tra khảo sát được thực hiện với các mục tiêu sau:

- Phân tích quá trình triển khai NĐ 43 tại các bệnh viện, tiến hành rà soát việc tổ chức thực hiện theo các văn bản pháp quy liên quan.
- Đánh giá kết quả triển khai thực hiện NĐ 43 tại các bệnh viện công lập về các mặt: thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính.
- Đề xuất kiến nghị đối với chính sách tự chủ đang thực hiện tại Việt Nam để đảm bảo cung ứng dịch vụ bệnh viện theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp điều tra cắt ngang kết hợp với hồi cứu các số liệu hoạt động của bệnh viện trong khoảng thời gian từ 2005-2008. Số liệu được thu thập dựa trên biểu mẫu có sẵn, phỏng vấn cán bộ y tế, thảo luận nhóm, phỏng vấn sâu và phân tích bệnh án.

MỘT SỐ KẾT QUẢ CHÍNH RÚT RA TỪ NGHIÊN CỨU

Việc thực hiện tự chủ bệnh viện đã mang lại một số tác động tích cực:

Về tổ chức bộ máy:

Các bệnh viện đã chủ động trong sắp xếp lại tổ chức/thành lập mới các khoa phòng, điều chuyển cán bộ giữa các khoa phòng.

Về hoạt động chuyên môn:

Hầu hết các BV đều mở rộng các loại hình dịch vụ KCB, do đó có sự thay đổi rõ rệt về các hoạt động chuyên môn của BV:

- Công suất sử dụng giường bệnh tăng (năm 2008 so với năm 2005: tăng 25% tại các BV tự chủ toàn phần, 17% tại BVTW, 14% tại BV tuyến tỉnh, 16% tại tuyến huyện).
- Số lượt khám bệnh và nhập viện ở hầu hết các bệnh viện các tuyến tăng dần qua các năm: mức chênh lệch về tổng số lượt khám bệnh của năm 2008 và 2005 là từ 1,3 - 1,5 lần; mức chênh lệch về tổng số lượt nhập viện là từ 1,2 - 1,4 lần.
- Tại cả 3 tuyến số xét nghiệm bình quân/lượt bệnh nhân tăng từ sau khi thực hiện tự chủ: so sánh số liệu năm 2008 và 2005 thấy chênh lệch tăng 1,5 lần ở BV tự chủ toàn phần; tăng 1,4 lần ở BV tuyến TW; tăng 2,1 lần ở BV tuyến tỉnh; tăng 1,3 lần ở BV tuyến huyện.

¹ Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

- Số xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh từ CT-scanner trung bình/lượt BN tại BV tuyến TW tăng 2 lần năm 2008 so với năm 2005; ở tuyến tỉnh tăng 3 lần. Số lần siêu âm trung bình/lượt bệnh nhân tăng khoảng 1,4 - 1,5 lần ở các BV tuyến huyện, tỉnh.
- Tổng số phẫu thuật được thực hiện tại các BV tuyến tỉnh và huyện năm 2008 tăng rõ rệt so với năm 2005 (tương ứng với 1,5 lần và 2 lần), trong khi số lượng phẫu thuật tại BV tự chủ toàn phần và tuyến TW tăng không đáng kể.

Về tài chính:

- Việc thực hiện tự chủ tài chính đã tạo điều kiện cho bệnh viện chủ động hơn về tài chính, các đơn vị có thể tự cân đối, điều tiết các khoản mục chi một cách linh hoạt.
- Tăng nguồn thu của BV: Tổng nguồn thu của các bệnh viện các tuyến tăng nhanh qua các năm từ khi thực hiện tự chủ (nguồn thu năm 2008 so với năm 2005 tại BV thực hiện tự chủ toàn phần tăng 1,8 lần, tại BVTW tăng gần 3 lần; BV tuyến tỉnh tăng 2,9 lần; BV tuyến huyện tăng 2.5 lần) trong đó mức tăng chủ yếu là từ nguồn thu sự nghiệp bao gồm viện phí, BHYT và nguồn thu khác.
- Có sự thay đổi về tỷ trọng và cơ cấu các nguồn thu: Tỷ trọng nguồn thu từ NSNN cấp cho hoạt động thường xuyên giảm liên tục qua các năm ở tất cả các tuyến (giảm 2,7 lần ở BV tự chủ toàn phần; giảm 2,5 lần ở BV tuyến TW; giảm 1,3 lần ở BV tuyến tỉnh và huyện). Trong khi đó, tỷ trọng nguồn thu sự nghiệp (bao gồm viện phí, BHYT và nguồn thu khác) tăng lên ở tất cả các nhóm BV, trừ BV Tâm thần TW (thu từ nguồn sự nghiệp chiếm 96,8% ở BV tự chủ toàn phần; 72% ở BV tuyến TW; 81,7% ở BV tuyến tỉnh và 59,4% ở BV tuyến huyện).

Về cơ cấu chi:

- Chi cho con người tăng lên về tổng chi tuyệt đối ở tất cả bệnh viện thuộc các tuyến: so sánh năm 2008 với năm 2005 cho thấy mức

chênh lệch về tổng chi cho nhân lực tại BV tuyến tỉnh là 2,7 lần, BVTW là 1,9 lần, BV huyện là 1,8 lần; nhóm BV tự chủ toàn phần tổng chi cho nhân lực của năm 2008 chỉ tăng 1,2 lần so với năm 2005.

- Tỷ trọng chi cho thuốc trong tổng chi cho chuyên môn nghiệp vụ ở các BV khảo sát dao động trong khoảng 56-65%, có sự khác nhau giữa BV các tuyến và có xu hướng tăng qua các năm (so sánh số liệu năm 2008 và 2005: tăng từ 52% lên 59% ở BV tự chủ toàn phần; tăng từ 51% lên 62% ở BV tuyến TW; tăng từ 50% lên 56% ở BV tuyến huyện). Riêng BV tuyến tỉnh chỉ số này có xu hướng giảm (từ 71% xuống 65%).
- Tỷ trọng chi hành chính năm 2008 trong tổng chi cho chuyên môn nghiệp vụ dao động trong khoảng 5-11% và có xu hướng giảm nhẹ ở BV tất cả các tuyến, trừ nhóm BV tuyến tỉnh.
- Chi cho duy tu bảo dưỡng chỉ chiếm một tỷ trọng rất nhỏ trong tổng chi cho nghiệp vụ chuyên môn, dao động trong khoảng 0,9-1,2% (theo khuyến cáo tỷ lệ này tối thiểu phải chiếm khoảng 5%). Tỷ trọng này có xu hướng giảm rõ rệt ở hầu hết các BV các tuyến kể từ sau khi thực hiện tự chủ, trừ BV thực hiện tự chủ toàn phần là giảm nhẹ (1,3% năm 2005, 1,23% năm 2008).

Tăng thu nhập cho CBCNV:

- Hình thức chi trả thu nhập tăng thêm theo năng suất lao động đã khuyến khích người lao động tích cực, có trách nhiệm cao trong công việc.
- Thu nhập tăng thêm bình quân/1 CB biên chế cao hơn mức chi lương hàng tháng ở hầu hết các BV (trừ BV tuyến huyện) và có sự khác nhau về mức thu nhập tăng thêm bình quân/1 CB biên chế/1 tháng so với lương giữa bệnh viện các tuyến: năm 2008 thu nhập tăng thêm bình quân/1 CB biên chế ở các BV tự chủ toàn phần cao gấp 2,3 lần so với lương; tuyến

TW cao gấp 1,3 lần; tuyến tỉnh cao hơn gấp khoảng 1,4 lần và tuyến huyện thu nhập tăng thêm bình quân/1 CB biên chế bằng 0,5 lần lương.

- Thu nhập của CBCNV tăng lên đáng kể qua các năm: so sánh thu nhập tăng thêm giữa các năm thấy thu nhập tăng thêm của năm 2008 tăng một cách rõ rệt so với năm 2005, tuy nhiên tăng không nhiều ở các BV tự chủ toàn phần (chỉ tăng 1,2 lần do BV phải tự chi trả lương); tăng 1,7 lần ở BV tuyến TW; tăng gấp 3 lần ở các BV tuyến tỉnh.
- So sánh giữa các nhóm BV cho thấy, tại thời điểm năm 2008, nhóm BV tự chủ toàn phần có hệ số thu nhập tăng thêm bình quân cao nhất là 2,1 trong khi tại BV có khả năng thực hiện tự chủ rất hạn chế như BV Tâm thần hay BV tuyến huyện hệ số thu nhập tăng thêm tương ứng chỉ là 0,6-0,8.

Tăng đầu tư TTB y tế theo hình thức XHH:

- Các hình thức đầu tư liên doanh liên kết đa dạng: (1) Liên kết với các công ty đặt máy phân chia lợi nhuận; (2) Nhà đầu tư đặt máy và độc quyền cung ứng hóa chất và vật tư tiêu hao; (3) Cán bộ, nhân viên bệnh viện góp vốn. Bên cạnh hình thức liên doanh liên kết, còn có 2 hình thức đầu tư TTB nữa là: (1) Thực hiện vay vốn ưu đãi từ ngân hàng đầu tư phát triển; (2) Hình thức thuê máy có thời hạn (không phổ biến).
- Phổ biến nhất là 3 hình thức đầu tiên. Có 5/16 bệnh viện áp dụng cả 3 hình thức đầu tư này là: BV Bạch Mai, BV Mắt, BVTW Huế, BV Đồng Tháp, BV Phú Thọ.
- Số TTB y tế được đầu tư tăng qua các năm, đặc biệt là các TTB kỹ thuật cao như CT, MRI

Trong quá trình thực hiện chính sách tự chủ đã xuất hiện các hiện tượng đáng lưu ý là:

- Tăng chỉ định sử dụng các xét nghiệm và TTB kỹ thuật cao: tỷ lệ sử dụng MRI và CT trên lượt bệnh nhân tăng qua các năm và tăng cao ở một số BV; 20% bác sĩ được điều tra

cho biết có nguy cơ lạm dụng XN).

- Tăng nhập viện điều trị nội trú.
- Tăng chi phí thuốc điều trị: chi cho thuốc trong tổng chi cho chuyên môn nghiệp vụ dao động trong khoảng 56-65%, khác nhau giữa BV các tuyến và có xu hướng tăng qua các năm (so sánh số liệu năm 2008 và 2005: tăng từ 52% lên 59% ở BV tự chủ toàn phần; tăng từ 51% lên 62% ở BV tuyến TW; tăng từ 50% lên 56% ở BV tuyến huyện). Riêng BV tuyến tỉnh chỉ số này có xu hướng giảm (từ 71% xuống 65%).
- Kéo dài thời gian điều trị: thời gian điều trị trung bình năm 2008 đều tăng hơn so với năm 2005 ở hầu hết các BV (BV tuyến TW: 9,4 ngày lên 10,1 ngày; BV tuyến tỉnh tăng từ 6,8 ngày lên 7,4 ngày; BV tuyến huyện tăng từ 5,8 ngày lên 6 ngày)
- Tăng chí phí điều trị:

Ở BV tuyến TW: chi phí điều trị ngoại trú của bệnh nhân BHYT tăng từ 1,2-2,6 lần năm 2008 so với năm 2005; chi phí điều trị nội trú tăng 1,1-2,8 lần

Ở BV tuyến tỉnh: chi phí điều trị ngoại trú của bệnh nhân BHYT tăng từ 1,7-3,3 lần năm 2008 so với năm 2005; chi phí điều trị nội trú tăng 1,5-2,0 lần

Ở BV tuyến huyện: chi phí điều trị ngoại trú của bệnh nhân BHYT tăng từ 1,1-3,3 lần năm 2008 so với năm 2005; chi phí điều trị nội trú tăng 1,6-3,4 lần

- Chất lượng phục vụ bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng do đông bệnh nhân, khối lượng công việc nhiều, trong khi số bác sĩ/giường bệnh thiếu ở BV huyện và điều dưỡng/bác sĩ không đủ so với quy định ở hầu hết các BV.
- Công suất sử dụng giường bệnh tăng qua các năm.
- Chỉ số BS/giường bệnh thấp hơn quy định của Thông tư 08 ở BV tuyến huyện (BV

tuyến huyện chỉ được 0,18 BS/giường bệnh theo quy định là 0,25 BS/giường bệnh).

- Chỉ số điều dưỡng/bác sĩ thấp hơn quy định của Thông tư 08 ở tất cả các BV các tuyến, thấp nhất là ở BV tuyến trung ương (1,9 điều dưỡng/1 BS).
- Sự chênh lệch về thu nhập và điều kiện làm việc giữa các bệnh viện tuyến TW, TP lớn với các BV ở tỉnh nghèo, BV huyện dẫn đến sự chuyển dịch cán bộ từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ nông thôn ra thành thị làm cho sự thiếu hụt cán bộ y tế ở tuyến cơ sở ngày càng trầm trọng hơn.

Sự khác nhau về lợi ích giữa BV các tuyến trong thực hiện tự chủ:

Bệnh viện tuyến Trung ương và tỉnh được hưởng nhiều lợi ích từ việc thực hiện tự chủ bệnh viện hơn so với BV tuyến huyện do có ưu thế hơn về nguồn lực và khả năng huy động nguồn lực, trong khi đó khả năng thực hiện tự chủ của bệnh viện tuyến huyện rất hạn chế.

- Mức độ chênh lệch giữa các tuyến về tổng thu: mức tăng ở BV tuyến TW và tuyến tỉnh từ 2,7-2,9 lần, trong khi đó mức tăng ở tuyến huyện chỉ là 1,9 lần (so sánh giữa năm 2008 và năm 2005).
- Hệ số thu nhập tăng thêm cho cán bộ tại BV tuyến huyện thấp hơn đáng kể so với các BV tuyến trên (0,8 lần ở BV tuyến huyện so với 1,5 lần tại tuyến tỉnh). Thu nhập thấp là một trong các nguyên nhân chính của việc thiếu nhân lực tại

tuyến huyện (thông tin từ phỏng vấn lãnh đạo BV).

- Việc đầu tư TTB hầu hết được tập trung tại các BV TW và tuyến tỉnh.

Về việc thực hiện các văn bản pháp quy: còn một số bất cập trong triển khai thực hiện các văn bản liên quan về tự chủ bệnh viện. Hệ thống văn bản pháp quy và các công cụ để quản lý còn chưa hoàn thiện và đồng bộ để giám sát hiệu quả hoạt động của bệnh viện khi thực hiện tự chủ.

Về năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện: Kết quả thực hiện tự chủ còn phụ thuộc vào năng lực quản lý của lãnh đạo bệnh viện, nhưng năng lực quản lý của đa số cán bộ lãnh đạo còn hạn chế do chưa được đào tạo bài bản về lĩnh vực quản lý BV.

Việc ứng dụng hệ thống thông tin quản lý tại bệnh viện còn hạn chế (chỉ có 4/18 BV áp dụng quản lý thông tin bệnh viện qua mạng LAN).

KẾT LUẬN

Chính sách tự chủ bệnh viện đã góp phần tăng nguồn thu bệnh viện, tăng đầu tư trang thiết bị công nghệ cao, tăng khối lượng dịch vụ khám chữa bệnh, trong đó có dịch vụ y tế kỹ thuật cao. Chính sách tự chủ cũng cải thiện nâng cao đời sống cán bộ. Tuy nhiên việc thực hiện chính sách tự chủ bệnh viện có thể dẫn tới nguy cơ lạm dụng dịch vụ để tận thu dưới các hình thức khác nhau, đặc biệt là hình thức tăng chỉ định sử dụng các xét nghiệm và trang thiết bị kỹ thuật cao nếu thiếu sự kiểm soát.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ CHÍN THÁNG TRIỂN KHAI THỰC HIỆN ĐỀ ÁN 1816 VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN ĐỀ ÁN

ThS. Vũ Thị Minh Hạnh¹, GS.TS. Lê Quang Cường²,
TS. Lý Ngọc Kính³, TS. Phạm Văn Tác⁴ và cộng sự

1. Bối cảnh của vấn đề nghiên cứu:

Trên phạm vi toàn cầu, phân bố nhân lực y tế không đồng đều giữa các vùng miền, giữa nông thôn và thành thị, nhất là thiếu cán bộ y tế có trình độ chuyên môn cao ở tuyến dưới hiện đang là vấn đề bức xúc tại nhiều nước không phân biệt về thể chế chính trị cũng như mức độ phát triển kinh tế, xã hội. Năm 2006, trên toàn thế giới mặc dù số dân sống ở thành thị chỉ có chưa đến 55% song đã có tới 75% bác sỹ, 60% điều dưỡng và 58% cán bộ y tế. Tại Trung Quốc, bình quân số cán bộ y tế/1 vạn dân ở khu vực thành thị là 6,63 cao gấp 2,2 lần so với ở nông thôn (2,94). Tại Thái Lan, bình quân cán bộ y tế/1 vạn dân ở Băng Cốc gấp 17 lần so với ở vùng Tây Bắc vào năm 1979 và gấp 7,6 lần vào năm 2002. Để khắc phục tình trạng này, trong nhiều thập kỷ qua các quốc gia trên thế giới đã và đang nỗ lực thực thi hàng loạt các giải pháp bao gồm cả những giải pháp tình thế cũng như những giải pháp lâu dài nhằm tăng cường nhân lực y tế cho các cơ sở tuyến dưới ở những vùng khó khăn trong đó *luân phiên cán bộ y tế về công tác tại vùng nông thôn, vùng sâu, vùng xa là một giải pháp hữu hiệu trong số 4 giải pháp* đã được nhiều nước trên thế giới triển khai thực hiện. Tại Việt Nam, ngành y tế hiện cũng đang phải đối mặt với nhiều khó khăn thách thức đặc biệt là tình trạng khan hiếm nhân lực y tế có chất lượng tại tuyến cơ sở. Nhu cầu bổ sung nhân lực Y tế cho tuyến dưới sẽ ngày càng tăng vào sau năm 2010 khi *Quyết định 47/2008/QĐ-TTg* về phê duyệt đề án đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và bệnh viện đa khoa

khu vực liên huyện và *Quyết định 930/QĐ-TTg* về việc phê duyệt Đề án "Đầu tư xây dựng, cải tạo, nâng cấp các bệnh viện chuyên khoa lao, tâm thần, ung bướu, chuyên khoa nhi và một số bệnh viện đa khoa tỉnh thuộc vùng miền núi, khó khăn" phát huy tác dụng trong thực tiễn. Vì vậy, ngày 26 tháng 5 năm 2008, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký quyết định số 1816/QĐ-BYT phê duyệt Đề án "*Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh*" (gọi tắt là đề án 1816). Sau 9 tháng triển khai thực hiện, để Đề án thực sự đi vào cuộc sống, phát huy hiệu quả và đảm bảo tính bền vững cần thiết phải tiến hành nghiên cứu đánh giá nhằm nhận diện những vấn đề phát sinh cũng như những bất cập cần tháo gỡ từ đó đề xuất các giải pháp sao cho phù hợp và khả thi hơn với tình hình thực tiễn.

2. Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá quá trình tổ chức thực hiện Đề án 1816 tại các tuyến, xác định kết quả bước đầu, phân tích những thuận lợi, khó khăn và nhận diện những vấn đề phát sinh. Trên cơ sở đó đề xuất một số giải pháp để nâng cao tính khả thi của việc thực hiện đề án trong thời gian sắp tới.

3. Thời gian tiến hành: từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2009.

¹ Phó viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

³ Nguyên Cục trưởng Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế

⁴ Vụ trưởng Vụ Tổ chức Cán bộ - Bộ Y tế

4. Địa bàn nghiên cứu: cùng với việc thu thập thông tin bằng biểu mẫu thống kê tại 60 bệnh viện và 55 tỉnh/thành phố trong cả nước; nghiên cứu được tiến hành tại:

- ✓ 3 bệnh viện đa khoa TW: BV Bạch Mai, BV Trung ương Huế, BV Chợ Rẫy.
- ✓ 3 bệnh viện chuyên khoa TW: BV Việt Đức, BV Nhi Trung ương, Viện Lao và bệnh Phổi Trung ương.
- ✓ 3 bệnh viện đa khoa hạng I của các thành phố lớn: BV Xanh Pôn-Hà Nội, BV Việt Tiệp-Hải Phòng, BV Nhân dân Gia Định-TP HCM.
- ✓ 5 tỉnh có tiếp nhận cán bộ luân phiên (đồng thời cũng đã cử cán bộ luân phiên trong tỉnh): Điện Biên, Hà Nam, Quảng Nam, Đắk Nông, Trà Vinh.

5. Phương pháp nghiên cứu: Các phương pháp nghiên cứu đã được kết hợp sử dụng trong quá trình thu thập thông tin bao gồm:

Phương pháp định lượng: Biểu mẫu thống kê về quá trình triển khai thực hiện Đề án và tình hình cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh của 186 bệnh viện cử cán bộ đi luân phiên và 204 bệnh viện tiếp nhận; phỏng vấn bán cấu trúc đối với 389 cán bộ đã và đang đi luân phiên.

Phương pháp định tính: Phỏng vấn sâu 60 cuộc (lãnh đạo UBND các cấp và lãnh đạo ngành y tế các tỉnh/TP, lãnh đạo các cơ sở y tế tuyến trên và tuyến dưới); thảo luận nhóm 69 cuộc (cán bộ đang thực hiện luân phiên và các đồng nghiệp tuyến dưới).

6. Kết quả nghiên cứu:

6.1. Về tổ chức triển khai thực hiện Đề án:

Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ, tại thời điểm khảo sát có 186 bệnh viện đã cử cán bộ đi luân phiên (28 bệnh viện trực thuộc TW, 66 bệnh viện tỉnh, 91 bệnh viện huyện và 1 bệnh viện TW). Trong số này có 100% các bệnh viện thuộc TW, 96,8% bệnh viện tỉnh và 95,8% bệnh

viện huyện đã thành lập Ban Chỉ đạo thực hiện Đề án. Hầu hết các bệnh viện đã tiến hành khảo sát xác định nhu cầu cần hỗ trợ về chuyên môn kỹ thuật của tuyến dưới. Hình thức khảo sát khá đa dạng: qua biểu mẫu thống kê, qua kinh nghiệm chỉ đạo tuyến, qua điện thoại và khảo sát trực tiếp tại thực địa... 100% các bệnh viện thuộc Bộ, 97% số bệnh viện tỉnh, 98% bệnh viện huyện đã lập kế hoạch thực hiện Đề án trong đó chủ yếu là theo quý và theo năm. Một số bệnh viện tuyến trên như: bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Việt Đức, bệnh viện Đa khoa Hòa Bình, bệnh viện Đa khoa Hà Nam... đã xác rõ định tiêu chí trong lựa chọn địa bàn để hỗ trợ, đồng thời một số bệnh viện tuyến dưới cũng chủ động đề xuất các kỹ thuật cần chuyển giao theo đúng nhu cầu và khả năng tiếp nhận của cơ sở. Phần đông các bệnh viện đã tổ chức quán triệt chủ trương thực hiện Đề án trong toàn đơn vị (>65%), xác định một số tiêu chí cần thiết đối với cán bộ được điều đi luân phiên, đặc biệt là những cán bộ có khả năng xử lý chuyên môn độc lập, đảm bảo tư tưởng, phân công nhiệm vụ, vận dụng các chính sách đãi ngộ và giám sát tương đối chặt chẽ trong thời gian thực hiện nhiệm vụ. Đặc biệt bệnh viện Bạch Mai còn tổ chức tập huấn kỹ năng giảng dạy tích cực cho các cán bộ trước khi luân phiên về tuyến dưới.

6.2. Kết quả đạt được:

- ✓ Về số lượng cán bộ đã và đang được điều động luân phiên: Tại thời điểm khảo sát, theo số liệu báo cáo của 186 bệnh viện đã cử 1.794 cán bộ về hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho tuyến dưới. Trong số này có 31% cán bộ của các bệnh viện tuyến TW; 40% cán bộ của các bệnh viện tuyến tỉnh và 29% cán bộ của bệnh viện tuyến huyện. Phần đông cán bộ luân phiên thuộc nhóm >30 tuổi ((93,3%) đã có thâm niên công tác trên 5 năm và 64% số họ có trình độ đại học; 14% có trình độ đại học. Số liệu này cho thấy các bệnh viện tuyến trên đã cử các cán bộ có trình độ chuyên môn cao đi luân phiên theo đúng yêu cầu của lãnh đạo Bộ.

- ✓ *Nhận thức của cán bộ về nhiệm vụ được phân công:* 92% cho rằng việc làm này nhằm tăng cường nhân lực y tế có chất lượng cho vùng sâu, vùng xa; 84% nhận thấy ý nghĩa góp phần thực hiện công bằng trong CSSK, 91% nhận thấy tác dụng đối với việc giúp giảm tải cho bệnh viện tuyến trên và 81% ghi nhận đây là chủ trương rất đúng đắn và cần thiết.
- ✓ *Tâm trạng của cán bộ y tế tuyến trên khi thực hiện nhiệm vụ:* có 92% sẵn sàng đi luân phiên về tuyến dưới vì đây là việc làm có ích cho cộng đồng; 87% sẵn sàng vì muốn có cơ hội được thử thách về chuyên môn; 88% được làm quen với môi trường làm việc mới; 88% được lãnh đạo đơn vị động viên chia sẻ; 87% được người thân đồng tình và tạo điều kiện thuận lợi. Tuy nhiên vẫn còn 51% lo lắng mất cơ hội cập nhật kiến thức và 62% lo ảnh hưởng đến thu nhập; 79% lo lắng về điều kiện làm việc ở tuyến dưới
- ✓ *Thời gian đi luân phiên:* Các cán bộ y tế của 14 bệnh viện được phỏng vấn cho biết thời gian đi luân phiên trung bình 1 đợt của 1 người là 61 ngày. Cán bộ thực hiện nhiệm vụ ở tuyến dưới dài nhất là 90 ngày (theo đúng quy định của Bộ) chiếm khoảng 40% và ngắn nhất là 5 ngày.
- ✓ *Tinh thần thái độ phục vụ của cán bộ tuyến trên trong thời gian luân phiên về tuyến dưới:* 75% số bệnh viện tuyến trên nhận xét cán bộ được điều động đã có ý thức tổ chức kỷ luật tốt; 85% hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ, 75% số bệnh viện tiếp nhận đã ghi nhận cán bộ luân phiên hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ....
- ✓ *Các kỹ thuật được chuyển giao:* Theo số liệu thống kê chưa đầy đủ, có hàng trăm kỹ thuật thuộc các chuyên khoa như: Hồi sức cấp cứu, Ngoại khoa, Sản, Nhi, Mắt, Ung thư, Y học Cổ truyền, Quản lý trang thiết bị y tế... đã được cán bộ của các bệnh viện thuộc tuyến TW chuyển giao cho tuyến dưới trong quá trình được cử đi luân phiên. Cán bộ của các bệnh viện tuyến tỉnh cũng đã chuyển giao được hơn 110 kỹ thuật cho tuyến dưới. Đặc biệt trong số này có nhiều kỹ thuật về Xét nghiệm và Y tế Dự phòng. Cán bộ của các bệnh viện tuyến huyện cũng đã chuyển giao được gần 90 kỹ thuật về chăm sóc sức khỏe ban đầu cho tuyến xã trong đó có nhiều kỹ thuật về sơ cấp cứu ban đầu, chăm sóc sức khỏe sinh sản, chẩn đoán và điều trị các dịch bệnh nguy hiểm, quản lý sổ sách của trạm y tế xã... Đáng chú ý có 1 bệnh viện TW ở Ninh Thuận cũng đã hỗ trợ chuyển giao cho tuyến xã 3 kỹ thuật đó là: dò điện tim, siêu âm và cấp cứu thông thường.
- ✓ *Các trang thiết bị y tế đã được cán bộ tuyến trên sửa chữa, phục hồi và đưa vào sử dụng:* có 9,5% số cán bộ y tế tuyến trên đã đảm nhận việc bảo hành, sửa chữa các trang thiết bị cũ trong thời gian luân phiên. Số cán bộ giúp tuyến dưới vận hành các trang thiết bị y tế mới đạt 15,4%. Theo thống kê chưa đầy đủ tổng số đã có 15 loại thiết bị với 41 chiếc của các bệnh viện tuyến huyện và 7 loại với 60 chiếc của các bệnh viện tuyến tỉnh đã được cán bộ y tế tuyến trên sửa chữa, bảo hành và đưa vào sử dụng, tiết kiệm cho cơ sở y tế tuyến dưới hàng trăm triệu đồng. Đồng thời cũng đã có 33 loại thiết bị mới với 71 máy của các bệnh viện tuyến huyện và 14 loại với 19 máy của các bệnh viện tuyến tỉnh đã được cán bộ y tế tuyến trên giúp hướng dẫn đưa vào vận hành.
- ✓ *Có 50 loại trang thiết bị y tế đã được cơ sở tuyến trên trang bị cho tuyến dưới trong quá trình cử cán bộ luân phiên.* Các bệnh viện tuyến huyện đã được tiếp nhận khoảng 20 loại thiết bị từ bệnh viện tỉnh và các bệnh viện tuyến tỉnh đã tiếp nhận khoảng 30 loại từ BV TW.
- ✓ *Số lượt đồng nghiệp tuyến dưới được cán bộ y tế tuyến trên tập huấn về chuyên môn kỹ thuật là 16.222 lượt người.*

- ✓ Số bệnh nhân tuyến dưới được cán bộ y tế tuyến trên trực tiếp khám bệnh khoảng 139.661. Trong đó số lượt bệnh nhân được cán bộ các bệnh viện TW trực tiếp khám là 85.380, số lượt được cán bộ các bệnh viện tuyến tỉnh trực tiếp khám là 20.879 và số lượt bệnh nhân được cán bộ các bệnh viện huyện trực tiếp khám tại xã là 110.252.
- ✓ Số bệnh nhân tuyến dưới được cán bộ y tế tuyến trên trực tiếp điều trị là 97.415 lượt.
- ✓ Số bệnh nhân tuyến dưới được cán bộ y tế tuyến trên trực tiếp phẫu thuật là 6.529 ca. Trong số này cán bộ của các bệnh viện TW trực tiếp đảm nhận tới 77%.
- ✓ Với những đóng góp về chuyên môn trong thời gian đi luân phiên, phần đông số cán bộ được điều động đã được cơ sở tiếp nhận đánh giá cao: 97% các bệnh viện tuyến tỉnh và 73,3% các bệnh viện tuyến huyện đã hài lòng về những đồng nghiệp tuyến trên

6.3. Một số tác động bước đầu

- *Đối với các cơ sở y tế tuyến dưới:* Với việc luân phiên cán bộ tuyến trên về công tác theo phương châm cầm tay chỉ việc đã giúp cho đội ngũ cán bộ y tế tuyến dưới có cơ hội dễ dàng được học tập để nâng cao trình độ chuyên môn, thao tác kỹ thuật cũng như phương thức quản lý triển khai dịch vụ. Điều kiện cơ sở vật chất của y tế tuyến dưới cũng đã được cải thiện hơn đáng kể. Nhờ vậy khả năng cung cấp dịch vụ KCB của các cơ sở y tế tuyến dưới đã có những chuyển biến tích cực. Số lượt bệnh nhân khám bệnh bình quân/ngày/BV của tuyến huyện thời điểm trước khi có cán bộ luân phiên đến là 201 và tại thời điểm khảo sát là 234. Số liệu tương ứng của bệnh viện tuyến tỉnh là 404 và 416. Số ngày điều trị bình quân/bệnh nhân của bệnh viện tuyến huyện đã giảm từ 14,1 (thời điểm trước khi có cán bộ tuyến trên luân chuyển về) xuống còn 13,9 (thời điểm tiến hành nghiên cứu). Số liệu tương ứng của bệnh viện tuyến tỉnh là 7,6 và 7,2. Uy tín của các bệnh viện tuyến dưới cũng đã ngày càng được nâng lên thông qua chỉ số bệnh nhân bình quân/ngày tại thời điểm đánh giá đã tăng từ 10% đến 16% tại thời điểm khảo sát.
- *Đối với người dân ở vùng sâu, vùng xa:* Nhờ có cán bộ tuyến trên luân chuyển về mà hàng ngàn người được điều trị tại chỗ bằng các kỹ thuật cao, hàng trăm người được cứu sống kịp thời; chi phí cho khám chữa bệnh của các hộ gia đình được giảm đi đáng kể, tiết kiệm được nhiều thời gian và nhân lực trong việc thăm nom chăm sóc người bệnh. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Nông, trước thời điểm cán bộ của bệnh viện Đa khoa Chợ Rẫy về chuyển giao kỹ thuật phẫu thuật sọ não, bình quân 1 quý bệnh viện này phải chuyển về tuyến trên 112 ca chấn thương sọ não, nay chỉ còn phải chuyển về 77 ca, giảm được 40%. Nhờ vậy mà hàng ngàn người đã không bị sa vào “bẫy nghèo đói” khi phải chi trả phí KCB, góp phần đảm bảo an sinh xã hội.
- *Đối với các cơ sở y tế tuyến trên:* Do các cán bộ được điều động đi luân phiên đã phát huy được hiệu quả trong hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật cho tuyến dưới mà uy tín và vị thế chuyên môn của đơn vị ngày càng được củng cố và tăng cường. Luân phiên cán bộ về tuyến dưới còn hỗ trợ đắc lực cho vai trò chỉ đạo tuyến của các bệnh viện tuyến trên. Tình trạng quá tải cũng đã và đang từng bước được giảm dần nhất là đối với các bệnh viện tỉnh. Số lượng bệnh nhân chuyển tuyến trung bình đã giảm từ 470 người/tháng đối với bệnh viện tuyến tỉnh xuống còn 388, giảm 20%. Tỷ lệ này đối với các bệnh viện huyện là 40%.
- *Đối với cán bộ đi luân phiên:* Do có thời gian được làm việc ở tuyến dưới nên đã thấu hiểu và cảm thông với điều kiện khó khăn của đồng nghiệp và bệnh nhân tại tuyến cơ sở. ý thức trách nhiệm, tinh thần hỗ trợ đồng nghiệp tuyến dưới và người dân ở vùng khó khăn cũng nhờ vậy mà được nâng lên. Phần đông cán bộ

tuyển trên đã được đồng nghiệp và bệnh nhân ở tuyến dưới ghi nhận, đánh giá cao về chuyên môn nghiệp vụ cũng như thái độ ứng xử. Bản thân cán bộ luân phiên cũng có thêm cơ hội được thử thách rèn luyện về chuyên môn trong môi trường làm việc còn nhiều khó khăn. Bởi vậy 52% số cán bộ đã và đang đi luân phiên được phỏng vấn đã cho rằng đây là việc làm hữu ích đối với bản thân họ.

- *Đối với toàn Ngành:* Quá trình triển khai thực hiện Đề án 1816 đã mang lại những chuyển biến tích cực trong tạo dựng mối quan hệ và hợp tác về chuyên môn giữa các tuyến nhằm tạo nên sức mạnh tổng hợp của toàn hệ thống trong cung cấp dịch vụ KCB đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa và tại tuyến cơ sở. Đồng thời việc triển khai thực hiện Đề án còn là một biện pháp tình thế nhằm góp phần hữu hiệu đối với việc nâng cao hiệu quả đầu tư đối với các Quyết định 47 và 930. Đây là một bằng chứng sinh động góp phần thiết thực trong việc cụ thể hóa Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị vào thực tiễn cuộc sống tại hầu hết các vùng, miền trong cả nước.

6.4. Một số bất cập, khó khăn trong quá trình triển khai

Một số bất cập cần khắc phục trong quá trình triển khai thực hiện Đề án:

- *Đối với các cơ sở y tế tuyến trên:* Vẫn còn những đơn vị hiện đang tiếp nhận và triển khai thực hiện đề án một cách thụ động, chưa khảo sát kỹ nhu cầu của tuyến dưới, chưa phát huy được vai trò tư vấn, thương thuyết và định hướng cho tuyến dưới trong đề xuất danh mục các kỹ thuật cần hỗ trợ sao cho phù hợp và khả thi; chưa làm tốt công tác tư tưởng cho cán bộ trước khi giao nhiệm vụ, cử cán bộ không phù hợp với nhu cầu tuyến dưới, vận dụng các quy định một cách máy móc và cứng nhắc.
- *Đối với các cơ sở y tế tuyến dưới:* Thường có nhiều mong muốn lớn hơn so với năng lực

thực tế nên đã đề xuất một số nhu cầu cần hỗ trợ không khả thi, thậm chí còn vượt quá cả khả năng của tuyến trên. Một số đơn vị thiếu sự chuẩn bị kỹ về cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như nhân lực để tiếp nhận chuyển giao, một số nơi thiếu sự hợp tác và cầu thị... Cá biệt có những bệnh viện tuyến dưới còn tỏ rõ thái độ trông chờ ỷ lại vào tuyến trên.

- *Đối với các quy định trong cơ chế thực hiện Đề án:* Quy định về chỉ tiêu cử cán bộ đi luân phiên theo quy mô giường bệnh áp dụng chung cho các hạng bệnh viện đa khoa cũng như các loại bệnh viện chuyên khoa ban đầu là cần thiết để có căn cứ chỉ đạo và giám sát các đơn vị thực hiện song đến nay đã bộc lộ những điểm chưa phù hợp bởi lẽ có thể tạo áp lực đối với các bệnh viện tuyến trên trong việc điều động cán bộ thực hiện nhiệm vụ. Quy định về thời gian luân phiên 3 tháng/người/lần chung cho tất cả các kỹ thuật cần chuyển giao cũng chưa phù hợp gây khó khăn trong thu xếp công việc chuyên môn hàng ngày đối với bệnh viện tuyến trên và cán bộ được điều động dễ làm nảy sinh tình trạng vận dụng đối phó, máy móc kém hiệu quả. Quy định gửi báo cáo về Ban chỉ đạo thực hiện Đề án TW theo định kỳ hàng tuần, hàng tháng chưa thích hợp làm mất thêm thời gian của các đơn vị trong khi thông tin được cập nhật mới không nhiều. Không chỉ thế, trong quá trình triển khai thực hiện Đề án, vai trò phối hợp, giám sát và điều chỉnh kịp thời của các bệnh viện đầu ngành tại các khu vực cũng như của bộ phận thường trực thuộc Ban chỉ đạo Đề án TW có những thời điểm chưa kịp thời khiến các đơn vị điều động cán bộ luân phiên về tuyến dưới đôi khi còn chông chéo.

Một số khó khăn cản trở cần tháo gỡ:

- *Thiếu nhân lực, quá tải về bệnh nhân đối với các bệnh viện tuyến trên.* Một số bệnh viện tuyến tỉnh/TP cũng như tuyến quận/huyện chưa được bố trí kinh phí thực hiện Đề án.

Một số cán bộ tuyến trên do đang đảm nhận các kỹ thuật chuyên khoa chuyên sâu nên khi luân phiên về tuyến dưới để xử lý các bệnh thông thường hiệu quả chưa cao.

- *Mô hình tổ chức và mạng lưới của các chuyên khoa phát triển không đồng đều.* Tại nhiều địa phương một số chuyên khoa chưa được phát triển tương xứng với nhu cầu, chẳng hạn như chuyên khoa Nhi, tỷ lệ giường bệnh hiện có chỉ chiếm 10,5% trong khi tỷ lệ trẻ em chiếm tới 30% dân số.
- *Phân đông các bệnh viện tuyến dưới hiện đang còn nhiều bất cập về điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, vật tư tiêu hao và đặc biệt là nhân lực....*
- *Hiện còn một tỷ lệ đáng kể cán bộ được điều động luân phiên chưa nhận thức hết được ý nghĩa tầm quan trọng của việc triển khai thực hiện Đề án, do vậy vẫn còn một số vướng mắc về tư tưởng khi thực hiện. Cá biệt một số cán bộ ở tuyến dưới ỷ lại vào đồng nghiệp tuyến trên, thiếu cầu thị và hợp tác trong công việc chuyên môn.*
- *Danh mục thuốc theo tuyến và danh mục chi trả của Bảo hiểm y tế theo quy định hiện hành đã làm hạn chế hiệu quả điều trị của cán bộ y tế tuyến trên khi luân phiên về làm việc tại tuyến dưới.* Không chỉ thế, hiện chưa có các chính sách đãi ngộ thỏa đáng nhằm thu hút cán bộ luân phiên về cũng như giữ chân cán bộ yên tâm gắn bó với tuyến dưới.
- *Ảnh hưởng ngoài mong muốn:* Có thể làm gia tăng thêm tình trạng quá tải của các bệnh viện tuyến trên đặc biệt là với các bệnh viện thuộc tuyến TW sau khi có cán bộ luân phiên về tuyến dưới được nhiều bệnh nhân ở các địa phương biết đến và ghi nhận về khả năng chuyên môn. Đồng thời việc thực hiện tự chủ theo Nghị định 43 cũng đã đem lại những ảnh hưởng bất lợi khi một số bệnh viện tuyến trên cũng có mong muốn tăng thu nhờ có thêm nhiều bệnh nhân từ tuyến dưới ngày một tăng.

6.5. Khuyến nghị một số giải pháp góp phần hoàn thiện Đề án.

Một số giải pháp trước mắt

- *Chấn chỉnh kịp thời các bất cập trong tổ chức triển khai thực hiện Đề án tại các bệnh viện ở cả tuyến trên cũng như tuyến dưới.* Các bệnh viện tuyến trên cần xác định rõ các tiêu chí để lựa chọn các địa bàn hỗ trợ, trong đó xác định rõ nơi nào cần làm thay và nơi nào có thể chuyển giao các kỹ thuật. Trên cơ sở đó tiến hành khảo sát kỹ càng nhu cầu của tuyến dưới để lập kế hoạch hỗ trợ ngắn hạn cũng như dài hạn với từng địa phương sao cho phù hợp và khả thi. Các cơ sở tuyến trên cũng cần phải làm tốt hơn nữa việc quán triệt đả thông tư tưởng cho cán bộ trước khi phân công nhiệm vụ, chú trọng cử cán bộ đi luân phiên đúng với nhu cầu chuyên môn của tuyến dưới và cung cấp cho cán bộ đầy đủ các thông tin về địa bàn luân phiên đến cũng như các chế độ chính sách được đãi ngộ.... Các bệnh viện tuyến dưới cũng cần phải chủ động hơn nữa trong việc chuẩn bị các điều kiện cần thiết về nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất, vật tư tiêu hao... để tiếp nhận các kỹ thuật do cán bộ tuyến trên luân phiên đến chuyển giao.
- *Ban chỉ đạo Đề án tuyến TW cần hướng dẫn chi tiết giúp các đơn vị chủ động lập kế hoạch đề xuất về nguồn lực thực hiện bao gồm cả kinh phí xây dựng tài liệu tập huấn, trang bị phương tiện giảng dạy cho các cơ sở tuyến trên và kinh phí mua sắm các thiết bị thiết yếu cùng vật tư tiêu hao cho các cơ sở tuyến dưới đảm bảo tiếp nhận và duy trì có hiệu quả các kỹ thuật được chuyển giao... Thay đổi cách thức phân bổ kinh phí thực hiện Đề án cho các đơn vị theo gói dịch vụ kỹ thuật được chuyển giao.*
- *Bên cạnh việc quy định về giao chỉ tiêu điều động cán bộ luân phiên theo quy mô giường bệnh và quy định về thời gian luân phiên 3 tháng/người/đợt cần bổ xung thêm hình thức*

giao khoán các kỹ thuật cần chuyển giao của bệnh viện tuyến trên đối với tuyến dưới theo định kỳ hàng năm dưới hình thức bệnh viện vệ tinh nhằm tạo điều kiện để các bệnh viện chủ động hơn trong hợp tác hỗ trợ. Ban Chỉ đạo Đề án TW sẽ phân cấp giám sát việc thực hiện của các bệnh viện thông qua việc cấp chứng nhận chuyển giao kỹ thuật. Cần ban hành các điều kiện, tiêu chí, hình thức công nhận đối với kết quả chuyển giao kỹ thuật do cán bộ tuyến trên thực hiện trong thời gian về công tác tại tuyến dưới.

- *Tăng cường vai trò giám sát và hỗ trợ của các bệnh viện đảm nhận vai trò chỉ đạo tuyến tại các vùng, miễn đối với việc duy trì các kỹ thuật đã được chuyển giao nhằm đảm bảo tính bền vững.*
- *Thay đổi định kỳ báo cáo 1 quý/lần thay cho 1 tuần/lần như hiện nay.*
- *Kiện toàn Ban Chỉ đạo thực hiện Đề án tuyến TW với việc bổ sung thêm các thành viên là lãnh đạo các BV ĐK/CK đầu ngành tại các vùng nhằm phát huy vai trò điều phối của bộ phận thường trực thuộc Ban Chỉ đạo Đề án tuyến TW nhằm điều động sự hỗ trợ của các bệnh viện tuyến trên sao cho phù hợp, khả thi và có hiệu quả đối với tuyến dưới.*
- *Xây dựng chuyên trang thông tin về Đề án 1816 trong trang Web của Bộ Y tế (www.moh.gov.vn) để kịp thời cập nhật những nhu cầu cần hỗ trợ của các đơn vị y tế tuyến dưới cũng như khả năng đáp ứng của các cơ sở tuyến trên và các văn bản quy định có liên quan.*

Một số giải pháp lâu dài

- *Điều chỉnh một số quy định chưa phù hợp về danh mục thuốc, danh mục trang thiết bị theo tuyến cũng như danh mục chi trả của bảo hiểm y tế....*
- *Bộ Y tế cần tham mưu để Chính phủ dành một khoản ngân sách Quốc gia đầu tư ổn định cho hoạt động này.*
- *Luật pháp hóa trách nhiệm xã hội của cán bộ y tế cả với cơ sở công lập và ngoài công lập bằng những văn bản có hiệu lực pháp lý cao hơn do Chính phủ ban hành.*
- *Chủ động tạo nguồn nhân lực có chất lượng cho các cơ sở y tế tuyến dưới thông qua việc đa dạng hóa các loại hình đào tạo cũng như các đối tượng cần được đào tạo.*
- *Bổ sung và hoàn thiện các chính sách đãi ngộ nhằm thu hút và giữ chân cán bộ công tác tại các cơ sở y tế tuyến dưới nhất là ở vùng sâu, vùng xa và tuyến cơ sở.*

TÌNH HÌNH TỬ VONG MẸ Ở VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2006-2007

ThS. Phan Hồng Vân¹,
TS. Trần Thị Mai Oanh² và cộng sự

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em là một trong những vấn đề toàn cầu được nhân loại đặc biệt quan tâm. Tại Hội nghị thượng đỉnh Thiên niên kỷ của Liên hiệp quốc năm 2000, 189 quốc gia thành viên nhất trí thông qua Tuyên bố Thiên niên kỷ và cam kết đạt được tám mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ (MDG) vào năm 2015 trong đó có mục tiêu giảm 3/4 tỉ lệ tử vong ở bà mẹ trong giai đoạn 1990 - 2015.

Trong những năm qua việc cải thiện tình trạng sức khỏe bà mẹ và trẻ em luôn được Đảng và Nhà nước ta xem là vấn đề ưu tiên hàng đầu. Ngày 28/11/2000 Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt "Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001-2010". Một trong những mục tiêu cơ bản của chiến lược này là nhằm "nâng cao tình trạng sức khỏe của phụ nữ và các bà mẹ, giảm tỉ lệ bệnh tật, tử vong mẹ, tử vong chu sinh và tử vong trẻ em một cách đồng đều hơn giữa các vùng và các đối tượng, đặc biệt chú ý các vùng khó khăn và các đối tượng chính sách."

Nghiên cứu tình hình tử vong mẹ giai đoạn 2001 - 2002 đã chỉ ra tỉ số tử vong bà mẹ chung toàn quốc là 165 trên 100.000 trẻ đẻ sống. Con số này rất khác biệt ở các vùng sinh thái khác nhau: cao nhất ở vùng núi phía bắc (205 - 617), tiếp đến là Tây Nguyên (116 - 240); duyên hải miền Trung (60 - 338); Bắc Trung bộ (74 - 245); đồng bằng sông Cửu Long (81 - 205); thấp nhất là ở khu vực đồng bằng sông Hồng (45,6 - 46,4) và Đông Nam bộ (46,3 - 46,7). [2]

Trong nhiều năm liền các chương trình can thiệp đã được triển khai nhằm nâng cao sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh đồng nghĩa với việc giảm

tỉ lệ tử vong ở các đối tượng này đặc biệt tại các vùng núi phía bắc và Tây Nguyên. Sáng kiến làm mẹ an toàn đã được triển khai ở Việt Nam với mục tiêu là làm giảm tử vong và bệnh tật của bà mẹ và trẻ sơ sinh. Các hoạt động làm mẹ an toàn đã được triển khai một cách rộng rãi, đồng bộ và đã đạt được những kết quả đáng khích lệ nhưng trên thực tế tại các vùng núi, vùng sâu, vùng xa những tai biến sản khoa và phá thai không an toàn hiện vẫn là những vấn đề bức xúc và nóng bỏng. [8]

Việc đánh giá thực trạng tình hình tử vong mẹ ở Việt Nam là việc làm cần thiết cho công tác xây dựng và hoạch định chính sách chăm sóc sức khỏe sinh sản. Năm 2008, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế phối hợp cùng Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em, Bộ Y tế đã tiến hành điều tra tử vong mẹ giai đoạn hai năm 2006-2007 với quy mô cỡ mẫu được tính toán có thể đại diện cho cả nước.

Mục tiêu của cuộc điều tra gồm:

- (1) Xác định tỉ số tử vong mẹ của Việt Nam 2006-2007, so sánh sự khác biệt giữa khu vực miền núi và đồng bằng.
- (2) Xác định những nguyên nhân trực tiếp, gián tiếp và các yếu tố liên quan đến tử vong mẹ ở Việt Nam, so sánh sự khác biệt giữa khu vực miền núi và đồng bằng.
- (3) Đề xuất những khuyến nghị nhằm làm giảm tử vong mẹ ở Việt Nam.

¹ Trưởng phòng Khoa học - Đào tạo - Hợp tác Quốc tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả phụ nữ từ 15-55 tuổi tử vong trong thời gian hai năm từ 1/1/2006 đến 31/12/2007 trong các huyện của mẫu là đối tượng nghiên cứu.

2.2. Phương pháp luận

Thiết kế nghiên cứu: Đây là điều tra cắt ngang. Thông tin được thu thập từ nhiều nguồn khác nhau (hệ thống báo cáo chính thức, các số liệu hồi cứu từ các cơ sở y tế công và tư, thông tin từ cộng đồng, phỏng vấn hộ gia đình, phỏng vấn cán bộ y tế...). Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc và đánh giá nhanh được phối hợp để thu thập thông tin.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

- Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống có phân tầng. Đơn vị chọn mẫu là huyện. Tổng số huyện được chọn là 30.
- Thiết kế mẫu cho điều tra này là mẫu hai tầng:
 - + 10 tỉnh được chọn ngẫu nhiên hệ thống từ 64 tỉnh/thành.
 - + 30 huyện được chọn từ 10 tỉnh với tỉ lệ huyện miền núi nông thôn/đồng bằng nông thôn/thành thị là 16:10:4. Các huyện của 10 tỉnh sẽ được chia nhóm theo điều kiện địa lý vào 3 chùm: nông thôn miền núi, nông thôn đồng bằng và thành thị. Số huyện trong mẫu của mỗi chùm được chọn ra từ tổng số huyện của chùm đó ở 10 tỉnh bằng phương pháp chọn ngẫu nhiên hệ thống.
 - + Tất cả các xã của 30 huyện được chọn sẽ được tiến hành điều tra tất cả các trường hợp tử vong phụ nữ 15-55.

Các kỹ thuật áp dụng để thu thập thông tin

Phương pháp RAMOS (Reproductive Age Mortality Studies - Nghiên cứu tử vong ở độ tuổi sinh sản) và kỹ thuật xác định nguyên nhân tử vong bằng phương pháp phỏng vấn (verbal autopsy) đã được sử dụng trong điều tra này. Cụ thể các bước như sau:

- (1) Thu thập danh sách phụ nữ 15-55 tuổi tử vong và danh sách trẻ sơ sinh tử vong trong mẫu từ các nguồn hệ thống báo cáo chính thức của UBND, dân số, thống kê, TYT xã, các thống kê tử vong tại bệnh viện, Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản tỉnh. Sau đó dùng phương pháp thảo luận nhóm với những người cung cấp thông tin chủ chốt tại cộng đồng để thu thập thông tin về các trường hợp tử vong phụ nữ 15-55 tuổi loại bỏ các trường hợp sai hoặc trùng lặp, bổ sung vào danh sách những trường hợp tử vong mới phát hiện được.
- (2) Điều tra theo danh sách tại các hộ gia đình có phụ nữ 15-55 tuổi tử vong bằng bộ câu hỏi sàng lọc. Các trường hợp được xác định là tử vong mẹ theo định nghĩa, điều tra sẽ sử dụng bộ câu hỏi có cấu trúc hỏi người thân của các trường hợp tử vong mẹ.
- (3) Điều tra tại các cơ sở y tế đối với các trường hợp tử vong mẹ tại cơ sở y tế hoặc khi tử vong bằng bảng hỏi cán bộ y tế chứng kiến kết hợp với hồi cứu hồ sơ bệnh án tử vong.
- (4) Phương pháp chuyên gia: dựa trên các phiếu điều tra chuyên gia sẽ thẩm định các trường hợp tử vong mẹ và xác định nguyên nhân tử vong.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Về tử vong phụ nữ 15 - 49 tuổi

Khi thu thập số liệu phụ nữ tử vong, chúng tôi đã mở rộng giới hạn tuổi là từ 15 - 55 nhằm giảm tối đa việc bỏ sót các trường hợp tử vong mẹ do việc xác định tuổi có thể không được chính xác tại các địa phương. Khi số liệu thu thập về, chúng tôi đã loại bỏ tất cả các trường hợp tử vong phụ nữ trên 49 tuổi. Thông qua cuộc điều tra, tổng số phụ nữ 15-49 tuổi được xác định là tử vong trong quãng thời gian trên tại địa bàn nghiên cứu là 1196. Tỉ lệ tử vong chung của phụ nữ 15-49 tuổi là 0,072%. Tỉ lệ tử vong chung của phụ nữ 15-49 có khác biệt giữa các khu vực địa lý. Như ta thấy trong bảng dưới ở khu vực nông thôn miền núi tỉ lệ này cao nhất là 0,076%, tiếp đến ở khu vực nông thôn đồng bằng là 0,069% và thấp nhất ở khu vực thành thị 0,066%. (Xem bảng dưới)

Bảng 2: Các trường hợp tử vong phụ nữ 15-49 và số phụ nữ 15-49 trong hai năm 2006 - 2007 theo khu vực địa lý.

Khu vực	Số ca TV PN 15-49	Số PN 15-49	Tỉ lệ chết chung ở PN 15-49 (%)
Nông thôn miền núi	565	740591	0,076
Nông thôn đồng bằng	437	634010	0,069
Thành thị	194	293912	0,066
Chung	1196	1668513	0,072

3.2. Về tử vong mẹ

Trong cuộc điều tra này phát hiện 1196 trường hợp tử vong PN 15-49, trong đó có số tử vong mẹ là 49 trường hợp (chiếm 4,10% tử vong chung của phụ nữ 15-49 tuổi).

Bảng 3: Tỉ lệ tử vong mẹ trong số phụ nữ 15-49 tử vong chung toàn mẫu và theo các khu vực địa lý.

Khu vực	Số trường hợp PN 15-49 tử vong	Số trường hợp tử vong mẹ	Tỉ lệ tử vong mẹ trong số PN 15-49 tử vong (%)
Nông thôn miền núi	565	35	6,19
Nông thôn đồng bằng	437	9	2,06
Thành thị	194	5	2,58
Chung	1196	49	4,10

Trong 49 trường hợp này chỉ có 18 trường hợp từ các nguồn của các địa phương báo lên là tử vong mẹ, còn lại 31 trường hợp phát hiện thông qua các cuộc thảo luận nhóm tại các xã điều tra và điều tra hộ gia đình. Trong 31 trường hợp phát hiện mới này có 12 trường hợp có trong danh sách phụ nữ tử vong chung của địa phương và 19 trường hợp là phát hiện mới ngoài danh sách địa phương. Đặc biệt ở các tỉnh miền núi như Sơn La, con số địa phương báo cáo là 11, nhưng qua điều tra phát hiện tổng số 21 trường hợp, như vậy là địa phương thống kê bỏ sót đến 50% các trường hợp tử vong mẹ. Điều này cho thấy nếu chỉ dựa vào báo cáo từ các nguồn số liệu của địa phương, thì trong toàn mẫu điều tra chúng ta chỉ có được $20/49 = 41\%$ các trường hợp tử vong mẹ

so với thực tế. Trong 20 trường hợp các địa phương báo lên là tử vong mẹ thì có 2 trường hợp qua quá trình điều tra phát hiện đây không phải là tử vong mẹ (1 ở Sơn La và 1 ở Bình Phước). Đây chính là ưu điểm của việc thu thập thông tin từ nhiều nguồn nhằm bổ trợ thông tin và giảm tối đa việc bỏ sót các trường hợp tử vong mẹ. Các tỉ số tử vong mẹ và tỉ suất tử vong mẹ cho các khu vực nông thôn miền núi tương ứng là 70,2/100.000 và 4,7/100.000, khu vực nông thôn đồng bằng là 23,9 và 1,4, khu vực thành thị là 26,9 và 1,7. (Xem bảng dưới). Như vậy ta có thể thấy tử vong mẹ cao nhất ở khu vực miền núi. ở khu vực này tử vong mẹ cao xấp xỉ gấp 3 lần so với khu vực nông thôn đồng bằng và thành thị.

Bảng 4: Tỷ số tử vong mẹ (tính trên 100000 trẻ đẻ sống) và tỉ suất tử vong mẹ (tính trên 100.000 phụ nữ 15-49) trong hai năm 2006-2007 theo các khu vực địa lý

Khu vực	Số ca TVM	Số PN 15-49	Tỉ suất tử vong mẹ	Số trẻ đẻ sống	Tỉ số tử vong mẹ
Nông thôn miền núi	35	740591	4,7	49831	70,2
Nông thôn đồng bằng	9	634010	1,4	37588	23,9
Thành thị	5	239912	1,7	18605	26,9
Chung	49	1668513	2,9	106024	46,2

Trên đây là các con số được tính toán trực tiếp từ các số liệu thu được mà chưa qua một kỹ thuật hiệu chỉnh nào.

Để hạn chế tối đa các sai số do bỏ sót các trường hợp tử vong, chuyên gia của Tổ chức Y tế Thế giới GS. Saffudin của Trường Đại học John Hopkin, Hoa Kỳ đã sử dụng phương pháp của Chandrashekar và Demming về ước đoán các trường hợp bỏ sót bằng cách so sánh hai nguồn cung cấp số liệu trong hệ thống thông tin địa

phương cung cấp [5]. Cụ thể ở đây hai nguồn số liệu được so sánh là các thông tin về các trường hợp tử vong phụ nữ và tử vong mẹ thu được từ các cơ sở y tế công tư, khám chữa bệnh, dự phòng của các huyện, tỉnh điều tra và các thông tin thu được từ các xã điều tra. Sau đó kỹ thuật "Weighted and corrected" estimates đã được sử dụng để tính tỉ số tử vong mẹ chung cho toàn quốc và cho các khu vực nông thôn miền núi, nông thôn đồng bằng và thành thị.

Bảng 5: Ước lượng Tỷ số tử vong mẹ (MMR) cho Việt Nam 2006-2007.

	MMR weighted trên 100.000 TĐS	95% khoảng tin cậy	MMR điều chỉnh (theo WHO) trên 100.000 TĐS	95% khoảng tin cậy
Toàn quốc	42	(23-61)	63	(42-84)
Các khu vực				
Nông thôn miền núi	72	(25-119)	108	(72-144)
Nông thôn đồng bằng	24	(2-46)	36	(24-48)
Thành thị	27	(4-50)	40	(27-54)

Như vậy sau khi tính trọng số thì MMR chung của Việt Nam là 42 trên 100.000 trẻ đẻ sống trong giai đoạn 2006 - 2007. Với 95% khoảng tin cậy MMR dải từ 23 - 61 trên 100.000 trẻ đẻ sống.

Theo một tài liệu về tử vong mẹ năm 2005 do WHO, UNICEF, UNFPA và World Bank phối hợp thực hiện đã chỉ ra rằng ở một số nước

(Brazil, Egypt, Jordan và Thổ Nhĩ Kỳ) đã tiến hành nghiên cứu toàn quốc sử dụng phương pháp RAMOS (hoặc đã tiến hành nghiên cứu theo phương pháp RAMOS ở một số khu vực được chọn mẫu đại diện cho cả quốc gia). Các số liệu về tỉ số tử vong mẹ có được từ cuộc điều tra được chấp nhận như là giới hạn dưới của tỉ số

này và giới hạn trên là MMR thu được từ điều tra RAMOS nhân với hai. Điểm giữa giới hạn trên và giới hạn dưới được xem như là điểm ước lượng cho tỉ số tử vong mẹ [7]. Theo cách ước tính này tỉ lệ tử vong mẹ của Việt Nam là **63 trên 100.000** trẻ đẻ sống với khoảng giao động dải từ 42 - 84 ca tử vong mẹ trên 100.000 trẻ đẻ sống. (Xem bảng trên).

Cũng từ bảng trên ta thấy khi xem xét MMR theo các khu vực địa lý cho thấy sự phân bố mất công bằng MMR ở Việt Nam: Phụ nữ ở miền núi có nguy cơ tử vong mẹ cao gấp ba lần so với phụ nữ ở đồng bằng và thành thị. Tuy nhiên sự khác biệt giữa các khu vực này không có ý nghĩa thống kê (p=0.85).

Bảng 6: Nguy cơ chết mẹ chung cho toàn quốc và cho các khu vực địa lý (tính theo MMR sau điều chỉnh theo khuyến cáo của WHO)

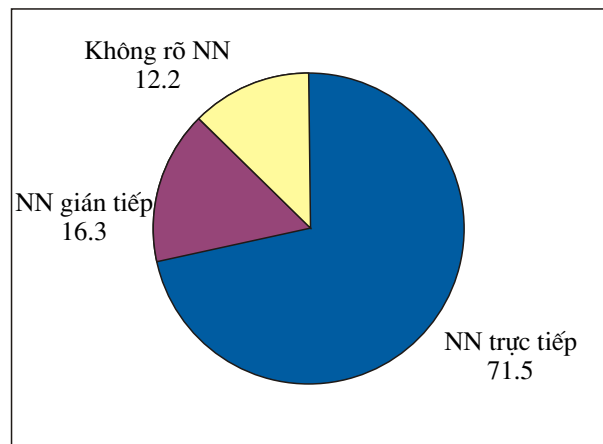
	Tỉ số tử vong mẹ MMR	Tổng tỉ suất sinh (TFR)	Nguy cơ chết mẹ (1/.....PN)	95% CI của nguy cơ chết mẹ
Toàn quốc	63 (42-84)	2,07	1/639	1/959 - 1/479
Nông thôn miền núi	108 (72-144)	2,4	1/322	1/482 - 1/241
Nông thôn đồng bằng	36 (24-48)	2.0	1/1157	1/1736 - 1/868
Thành thị	40 (27-54)	2.0	1/1042	1/1543 - 1/772

So sánh với cuộc điều tra tử vong mẹ của Vụ SKSS phối hợp với TCYTTG năm 2002: MMR năm 2000-2001 là 165/100.000 trẻ đẻ sống và điều tra của Tổng cục Thống kê (điều tra MICS-theo phương pháp sisterhood-điều tra chị em gái) năm 2006 là 162/100.000 trẻ đẻ sống, tỷ số tử vong mẹ (MMR) của cuộc điều tra này đã giảm xuống khoảng 4 lần. Tuy nhiên việc so sánh này có thể không phù hợp vì cách chọn mẫu, phương pháp điều tra của các cuộc điều tra là khác nhau.

3.3. Các nguyên nhân tử vong mẹ

71,5% các trường hợp tử vong mẹ là do các nguyên nhân trực tiếp, 16,3% là do các nguyên nhân gián tiếp, còn lại 12,2% các trường hợp tử vong mẹ không xác định được nguyên nhân. (Xem biểu đồ dưới). Trong số 6 trường hợp tử vong mẹ không rõ nguyên nhân (chiếm 12,2%), có 1 trường hợp ở khu vực thành thị, 1 ở khu vực đồng bằng và 4 ở khu vực miền núi. ở khu vực thành thị và đồng bằng, quá trình phỏng vấn nguyên nhân tử vong được khai thác tỉ mỉ. Tuy nhiên, đây là phương pháp verbal ôxy nên các

thông tin thu được từ phỏng vấn không đủ để chẩn đoán nguyên nhân tử vong. Nhóm nghiên cứu đã liên hệ với cơ sở y tế, nơi người nhà khai báo bệnh nhân đã tử vong, nhưng không tìm được hồ sơ bệnh án. Bốn trường hợp tử vong mẹ tại khu vực miền núi do y tế cơ sở báo lại, nhưng gia đình của bà mẹ tử vong đã chuyển đi nơi khác sinh sống nên không khai thác được thông tin đầy đủ để chẩn đoán nguyên nhân tử vong.



Biểu đồ 1: Các nguyên nhân tử vong của các trường hợp tử vong mẹ (%)

Phân bố tỉ lệ phân trăm các loại nguyên nhân trực tiếp như sau: nguyên nhân do chảy máu chiếm tỉ lệ cao nhất (34,7%), tiếp đến là sản giật (18,4%) và nhiễm khuẩn (14,3%), có 4,1% các trường hợp chết do nguyên nhân tắc ối.

Khi xem xét nguyên nhân tử vong theo các khu vực địa lý ta thấy nguyên nhân do chảy máu vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất ở nông thôn đồng bằng (44%) và nông thôn miền núi (37%). Tử vong do sản giật vẫn là nguyên nhân đứng thứ 2 ở khu vực miền núi. Khi xem xét nguyên nhân tử vong theo thời điểm tử vong, nguyên nhân chảy máu có ở cả 3 thời điểm nhưng ở thời điểm kết thúc thai nghén nguyên nhân này chiếm tỉ lệ cao nhất (52,9%). Trong khi nguyên nhân tử vong do chảy máu tại thời điểm sau kết thúc thai nghén là 28,6% và trước khi kết thúc thai nghén là 18,2%. Nguyên nhân nhiễm khuẩn chỉ xuất hiện ở thời điểm sau khi kết thúc thai nghén và chiếm tỉ lệ 33,3%. Nguyên nhân sản giật có ở cả ba thời điểm, nhưng cao nhất vẫn ở thời điểm trong khi kết thúc thai nghén (23,5%), tiếp đến là sau KTTN (19%) và trước KTTN (9%). Nguyên nhân tắc ối chỉ có ở thời điểm trong khi KTTN (11,8%)

Các yếu tố hỗ trợ liên quan đến tử vong mẹ là các hành vi tìm kiếm sự chăm sóc trong thời kỳ mang thai, sinh đẻ và giai đoạn sau sinh. Trong nghiên cứu này chỉ ra rằng vẫn còn chậm trễ trong việc ra quyết định để có thể tiếp cận với các cơ sở y tế có chất lượng. Sự chậm trễ này có ở tất cả các khu vực đặc biệt là khu vực miền núi, việc chậm trễ trong quyết định cùng với sự không sẵn có của các phương tiện chuyển bệnh nhân cộng thêm với đường giao thông đi lại khó khăn là các rào cản chính cho việc tiếp cận của các bà mẹ. Điều này dẫn đến tỉ lệ sinh tại nhà còn khá cao, đây là một yếu tố góp phần làm tăng tử vong mẹ do không được tiên lượng, xử trí kịp thời các biến chứng. Bên cạnh đó, việc cấp cứu và điều trị chưa kịp thời cũng như trình độ kỹ thuật, điều kiện cơ sở vật chất, dịch vụ chăm sóc y tế thiếu thốn, lạc hậu cùng với các thói quen và nhận thức hạn chế đặc biệt ở khu vực

miền núi cũng là những yếu tố góp phần dẫn đến tử vong mẹ. Các kết quả này cũng tương tự như kết quả cuộc điều tra 2001-2002.

4. KẾT LUẬN

Cuộc điều tra xác định có 1196 phụ nữ 15-49 tuổi tử vong trong hai năm 2006-2007 tại 10 tỉnh nghiên cứu, trong đó có 49 trường hợp tử vong mẹ. Tỉ lệ tử vong mẹ trên tổng số tử vong phụ nữ 15-49 do tất cả các nguyên nhân (PMDF) là 4,1%.

Trong số 49 trường hợp tử vong mẹ có 35 trường hợp (71,4%) ở khu vực nông thôn miền núi, 9 trường hợp tử vong (18,4%) ở khu vực nông thôn đồng bằng, và 5 trường hợp (10,2%) khu vực thành thị. Theo tính toán từ kết quả điều tra thì tỉ số tử vong mẹ (MMR) ở Việt Nam là 42 trên 100.000 trẻ đẻ sống trong giai đoạn 2006-2007. 95% khoảng tin cậy của MMR dao động từ 23 - 61 trên 100.000 trẻ đẻ sống.

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới cho các điều tra tử vong mẹ bằng phương pháp RAMOS thì MMR điều chỉnh chung cho toàn quốc là 63 trên 100.000 trẻ đẻ sống (dao động từ 42 đến 84). MMR điều chỉnh cho khu vực nông thôn miền núi là 108 [72-144], cao hơn 3 lần so với khu vực nông thôn đồng bằng (36 trên 100.000 trẻ đẻ sống) và khu vực thành thị (40 trên 100.000 trẻ đẻ sống).

Tuy con số chung về tử vong mẹ đã giảm đáng kể trong 5 năm qua, nhưng vẫn còn có sự mất công bằng giữa các khu vực. Nguy cơ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh ở khu vực miền núi cao gấp 2-3 lần so với các khu vực khác. Tử vong chủ yếu tập trung ở nông dân là những đối tượng có thu nhập thấp trong xã hội.

71,5% các trường hợp tử vong mẹ là do các nguyên nhân trực tiếp; 16,3% là do các nguyên nhân gián tiếp, còn lại 12,2% các trường hợp tử vong mẹ không xác định được nguyên nhân.. Các nguyên nhân tử vong trực tiếp chủ yếu là nguyên nhân do chảy máu chiếm tỉ lệ cao nhất (34,7%), tiếp đến là sản giật (18,4%) và nhiễm

khuẩn (14,3%), có 4,1% các trường hợp chết do nguyên nhân tắc ối.

5. KHUYẾN NGHỊ

(1) Cần định kỳ thu thập thông tin qua điều tra (survey) hoặc thiết lập một hệ thống theo dõi (surveillance) số liệu tử vong mẹ trong phạm vi toàn quốc để có được con số chính xác giúp cho quá trình lập kế hoạch và hoạch chính sách y tế.

(2) Cần phải có các chính sách cụ thể và phân bổ nguồn lực phù hợp cho công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở khu vực miền núi.

Đặc biệt, chương trình làm mẹ an toàn khi xây dựng kế hoạch cần tập trung vào các đối tượng phụ nữ nghèo ở khu vực miền núi.

(3) Tăng cường đội ngũ nhân lực cả về số lượng và chất lượng cũng như cơ sở vật chất, trang thiết bị đầy đủ cho y tế tuyến cơ sở khu vực miền núi nhằm nâng cao tiếp cận của bà mẹ với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hoàn thiện bộ máy vận chuyển cấp cứu, chuyển tuyến cho bệnh nhân lên các tuyến trên.

(4) Tăng cường tuyên truyền, giáo dục cho người dân về cách chăm sóc trước trong và sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế - UNICEF. *Phỏng vấn tìm nguyên nhân tử vong mẹ - 12/2000.*
2. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe sinh sản. *Tử vong mẹ ở Việt Nam. Nhà xuất bản y học, 2004.*
3. Campbell O. *Measuring progress in Safe Motherhood: uses and limitations of health outcome indicators. Reproductive Health Matters. 1999(Supplement on Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues):31-42.*
4. Chandra-Sekar C, Deming WE. *On a Method of Estimating Birth and Death Rates and the Extent of Registration. Journal of the American Statistical Association. 1949;44:101-15.*
5. Chandrashekar-Demming vs capture - recapture and log - linear methods using dual/multi record system: comparison. *Unpublished 1996 POPLINE Document Number 194386.*
6. Loudon I. *Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950. London: Oxford University Press; 1992*
7. WHO/UNICEF. *Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World health Organization; 2007.*
8. www.moh.gov.vn/sức_khỏe_sinh_sản/chương_trình_chăm_sóc_sức_khỏe_uu_tiên_22/5/2010.

TÌNH HÌNH THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI NGHÈO VÀ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH NÀY ĐỐI VỚI KHẢ NĂNG TIẾP CẬN VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI NGHÈO Ở VÙNG NÔNG THÔN

ThS. Nguyễn Khánh Phương¹
GS. Đặng Đức Phú²
TS. Nguyễn Thị Xuyên³

Đặt vấn đề

Vấn đề chăm sóc sức khỏe cho người nghèo nhằm đảm bảo công bằng trong tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế luôn được Đảng và Nhà nước ta quan tâm chú trọng. Việc ra đời Quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo theo quyết định số 139/2002/QĐ-Ttg của Thủ tướng Chính phủ năm 2002 về việc khám chữa bệnh cho người nghèo đã đánh dấu một bước chuyển biến quan trọng trong công tác CSSK người nghèo. Ban đầu, kinh phí từ Quỹ Khám chữa bệnh cho người nghèo được sử dụng hỗ trợ người nghèo qua hai hình thức: mua thẻ BHYT cho người nghèo hoặc thanh toán trực tiếp cho cơ sở y tế đã điều trị miễn phí cho các đối tượng được hưởng chính sách 139. Năm 2004, tỷ lệ người nghèo được hưởng lợi từ Quỹ khám chữa bệnh người nghèo là 84%. Trong đó 35,5% người nghèo được cấp thẻ BHYT, còn lại 64,5% được hưởng lợi thông qua hình thức chi trả trực tiếp⁴.

Những đánh giá sơ bộ cho thấy tính ưu việt của phương thức mua thẻ BHYT cấp cho người nghèo cũng như tính phù hợp với định hướng BHYT toàn dân, do đó trong năm 2005, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 63/2005/NĐ-CP về Điều lệ BHYT sửa đổi Nghị định số 58/1998/NĐ-CP trong đó quy định đối tượng hưởng lợi từ Quyết định 139 thuộc diện BHYT bắt buộc. Việc thực hiện chính sách này đã tạo một cơ chế bảo vệ tài chính hữu hiệu cho người nghèo trước nguy cơ chi phí y tế, tăng tiếp cận dịch vụ y tế cho người nghèo. Bài báo này sẽ

cung cấp thông tin về tác động của việc triển khai cấp thẻ BHYT cho người nghèo đối với khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo sống tại vùng nông thôn thuộc tỉnh Hải Dương và Bắc Giang.

Mục tiêu:

- Mô tả tình hình triển khai BHYT người nghèo. Phân tích những khó khăn, vướng mắc trong triển khai thực hiện.
- Đánh giá tác động của việc cấp thẻ BHYT cho người nghèo đối với khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT của người nghèo.

Phương pháp

Nghiên cứu cắt ngang khảo sát hộ gia đình người nghèo sống tại vùng nông thôn thuộc hai tỉnh Hải Dương và Bắc Giang năm 2006. Bốn huyện thuộc hai tỉnh Hải Dương và Bắc Giang đã được chọn để tiến hành nghiên cứu, cụ thể là: Chí Linh, Nam Sách (Hải Dương) và Việt Yên, Yên Dũng (Bắc Giang). Tổng số 2.400 hộ gia đình đã được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu phân tầng ngẫu nhiên. Tại mỗi huyện chọn 4 xã, tại mỗi xã chọn ngẫu nhiên 3 thôn, sau đó các hộ gia đình được xác định theo phương pháp ngẫu

¹ Trưởng Khoa Kinh tế Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

³ Thứ trưởng Bộ Y tế

⁴ Nguyễn Hoàng Long (2007), Báo cáo tại Hội nghị đối tác ngành y tế

nhiên từ danh sách hộ gia đình của thôn. Hộ nghèo là hộ nằm trong mẫu nghiên cứu, được xác định là hộ nghèo theo đánh giá của địa phương. Các điều tra viên tiến hành phỏng vấn tại các hộ gia đình và điền thông tin vào phiếu hỏi đã được thiết kế. Thông tin chủ yếu được khảo sát bao gồm: thông tin chung về hộ gia đình, các thông tin liên quan đến BHYT, sử dụng dịch vụ y tế đối với bệnh mạn tính, tình hình ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế trong vòng 4 tuần qua, sử dụng dịch vụ điều trị nội trú trong vòng 12 tháng qua. Phiếu trả lời được nhập vào máy tính bằng chương trình Epi-Info sau đó xử lý, phân tích bằng phần mềm Stata 9.0. Ngoài ra, nghiên cứu còn tiến hành khảo sát định tính thông qua thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu các đối tượng liên quan bao gồm: đại diện Sở Y tế, Sở Lao động - Thương binh - Xã hội, cơ quan BHXH tỉnh, người nghèo có thẻ BHYT (mỗi xã một cuộc bao gồm 8 người). Tài liệu gõ băng sẽ được xử lý, phân tích theo phương pháp mã hóa mở và phân tích theo nhóm chủ đề.

Một số phát hiện chính

Tình hình thực hiện BHYT cho người nghèo

Tại Hải Dương, việc cấp thẻ BHYT cho người nghèo được thực hiện ngay từ năm 2002 khi triển khai Quyết định 139/2002/QĐ-Ttg về Quỹ Khám chữa bệnh cho người nghèo. Trong khi đó tại Bắc Giang, giai đoạn từ 2002-2005, tỉnh thực hiện theo phương thức thực thanh thực chi cho cơ sở khám chữa bệnh các chi phí khám chữa bệnh cho người nghèo. Từ năm 2006, theo Nghị định 63, tất cả các đối tượng thuộc diện hỗ trợ từ Quỹ 139 đều thuộc diện BHYT bắt buộc, tức là tất cả thành viên thuộc hộ nghèo được xác định theo tiêu chí của Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội đều được cấp thẻ BHYT.

Quy trình cấp phát thẻ BHYT cho người nghèo là một ví dụ điển hình về sự phối hợp liên ngành để thực hiện một vấn đề chính sách xã hội. Trước hết, việc xác định người nghèo được các địa phương triển khai theo hướng dẫn của

ngành Lao động - Thương binh - Xã hội. Chuẩn nghèo của Chính phủ thời kỳ 2006-2010 là 200 nghìn đồng/1 người/1 tháng đối với khu vực nông thôn và 260 nghìn đồng/1 người/1 tháng đối với khu vực thành thị. Đầu tiên, việc bình bầu, rà soát hộ nghèo được tiến hành tại cấp thôn. Sau đó, danh sách hộ nghèo từng thôn được gửi lên xã, rồi từ xã tập hợp gửi lên Phòng LĐ-TB-XH huyện. Danh sách hộ nghèo của mỗi huyện sẽ được tổng hợp và gửi tiếp lên Sở LĐ-TB-XH. Tại đây, bộ phận nhập tin, xử lý và tổng hợp kết quả làm việc để hoàn thiện danh sách các hộ nghèo trong tỉnh. Danh sách này được báo cáo Ban chỉ đạo giảm nghèo của tỉnh, sau đó gửi cho các huyện, xã để địa phương quản lý, theo dõi, đồng thời danh sách được gửi sang cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh để in thẻ BHYT. Dựa theo danh sách này, kinh phí mua thẻ BHYT cho người nghèo trước đó sẽ được Sở tài chính chuyển sang cơ quan BHXH. Khi đã có thẻ BHYT, việc cấp phát thẻ BHYT cho người nghèo sẽ do cơ quan LĐ-TB-XH tổ chức thực hiện và kiểm tra giám sát. Thông thường, người nghèo sẽ nhận thẻ BHYT từ trưởng thôn. Quy trình cấp phát thẻ thường bắt đầu từ tháng 10 năm trước. Đến tháng 1, tháng 2 năm sau người nghèo mới được nhận thẻ.

Qua khảo sát, nghiên cứu đã nhận thấy có một số vướng mắc, bất cập liên quan đến quy trình cấp phát thẻ BHYT cho người nghèo. Thứ nhất, việc xác định người nghèo chưa được thực hiện một cách thống nhất theo đúng hướng dẫn chuẩn của ngành LĐ-TB-XH. Thảo luận nhóm với người nghèo cho thấy, tại một số địa phương, người dân chưa được tham gia vào quá trình bình bầu, rà soát ở cấp thôn. Tính chính xác, khách quan trong việc xác định hộ nghèo đôi khi chưa được đảm bảo. Có một thực tế khá phổ biến được ghi nhận là nhiều hộ được đưa vào danh sách nghèo tại Yên Dũng không phải dựa trên thu nhập bình quân đầu người trong hộ mà đơn giản chỉ vì hộ đó có con đi học đại học nên xin vào danh sách hộ nghèo để hưởng chính sách miễn giảm học phí.

“Trưởng thôn tự xác định hộ gia đình nghèo và lập danh sách. Họ không tổ chức họp với chúng tôi để xác định người nghèo. Trưởng thôn nộp danh sách người nghèo cho UBND nhưng không lấy ý kiến nhất trí của chúng tôi.”

Một người nghèo

“Việc xác định người nghèo nhiều khi không chính xác. Có những hộ gia đình không nghèo nhưng vẫn có trong danh sách hộ nghèo. Chúng tôi muốn có ý kiến nhưng không ai tổ chức các cuộc họp nên chúng tôi không biết ý kiến với ai”

Một người nghèo

Vấn đề thứ hai là người nghèo rất thiếu hiểu biết về thẻ BHYT cho người nghèo, kể cả việc sử dụng thẻ như thế nào cũng như quyền lợi được hưởng là gì.

“Tôi có thẻ KCBNN nhưng tôi không biết cách sử dụng thẻ và không biết sử dụng thẻ đó để làm gì, vì vậy tôi cũng vẫn không thể đi bệnh viện khám chữa bệnh vì tôi không có tiền”

Một người nghèo

“Tôi rất nghèo nhưng tôi không biết tại sao tôi lại không được cấp thẻ”

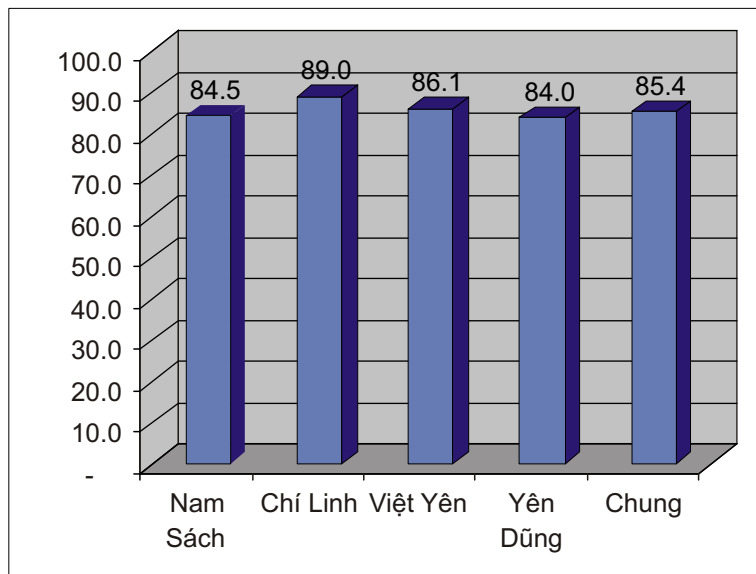
Một người nghèo

Chính sự thiếu hiểu biết này đã làm hạn chế việc thụ hưởng của người nghèo đối với lợi ích mà thẻ BHYT có thể đem lại.

Một vấn đề khá nổi cộm nữa là việc sai thông tin cá nhân như tên, tuổi trên thẻ BHYT cho người nghèo. Tình trạng này khá phổ biến gây nhiều khó khăn cho người nghèo khi đến các cơ sở y tế để khám chữa bệnh bằng thẻ BHYT. Theo quy định, người cầm thẻ sẽ không được hưởng quyền lợi khám chữa bệnh BHYT nếu thông tin trên thẻ sai lệch so với thực tế. Việc báo đổi, cấp lại thẻ thường kéo dài hàng tháng gây ảnh hưởng lớn đến việc thụ hưởng quyền lợi của người nghèo. Thông tin từ khảo sát định tính cho thấy nguyên nhân chủ yếu dẫn đến những sai sót này là do việc lập danh sách từ thôn không theo đúng quy trình hướng dẫn.

Tác động của chính sách đối với khả năng tiếp cận và sử dụng DVYT của người nghèo

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ bao phủ của thẻ BHYT cho người nghèo mới đạt bình quân mức 85,4% tại các địa bàn khảo sát. Như vậy, còn gần 15% hộ thuộc diện nghèo nhưng chưa nhận được thẻ BHYT tại thời điểm khảo sát.



Hình 1: Tỷ lệ bao phủ thẻ BHYT người nghèo tại các huyện nghiên cứu, 2006

Năm 2006 là năm đầu tiên triển khai BHYT cho người nghèo đồng loạt tại các địa phương nên không tránh khỏi các thiếu sót, hạn chế dẫn đến tỷ lệ bao phủ chưa đạt 100%. Việc xác định hộ nghèo chính xác và thực hiện đầy đủ quy trình cấp phát thẻ là các yếu tố quan trọng đảm bảo độ bao phủ cao.

Bảng 1 cho thấy, khi gặp vấn đề bất thường về sức khỏe, gần 60% người nghèo đi khám chữa

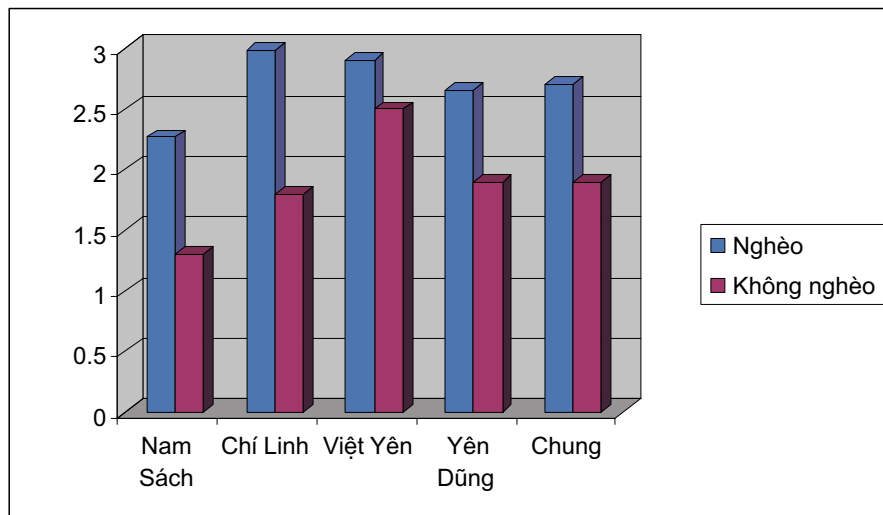
bệnh, 37% tự mua thuốc điều trị và chỉ có 3,4% không điều trị gì. Theo kết quả điều tra khảo sát về tình hình CSSK người nghèo trên cùng địa bàn Hải Dương và Bắc Giang của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế năm 2002, tỷ lệ người ốm không điều trị là 8,7% ở Hải Dương và 6,1% ở Bắc Giang⁵. Như vậy, tỷ lệ không điều trị khi đau ốm ở người nghèo năm 2006 giảm đáng kể so với năm 2004.

Bảng 1: Hành vi xử trí khi ốm của người nghèo

	Nam Sách	Chí Linh	Việt Yên	Yên Dũng	Chung
Không điều trị	1.15	7.69	3.16	2.56	3.37
Tự điều trị	54.02	39.74	27.37	32.69	37.26
Đi KCB	44.83	52.56	69.47	64.74	59.38

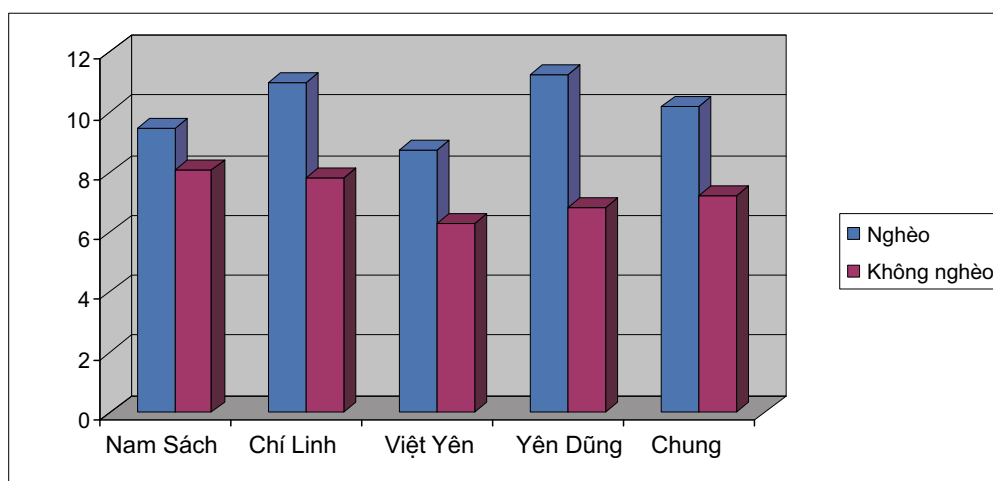
Mức độ sử dụng dịch vụ y tế của người nghèo về cả dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú và điều trị nội trú đều cao hơn nhóm không nghèo. Số lượt khám bệnh bình quân đầu người trong vòng 12 tháng ở nhóm nghèo là 2,7 lượt trong khi ở

nhóm không nghèo là 1,9 lượt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,000). Số lượt nằm viện trên 100 người trong vòng 12 tháng ở nhóm nghèo là 10,2 cao hơn rõ rệt nhóm không nghèo với 7,2 lượt (p=0,003).



Hình 2: Số lượt khám bệnh bình quân đầu người trong vòng 12 tháng giữa nhóm nghèo và không nghèo tại các huyện khảo sát, 2006

⁵ TS. Trần Thị Mai Oanh, ThS. Nguyễn Khánh Phương và cộng sự (2004), Tác động của Quỹ Khám chữa bệnh người nghèo đối với hộ gia đình nghèo tại Hải Dương và Bắc Giang



Hình 3: Số lượt nằm viện bình quân trên 100 người trong vòng 12 tháng giữa nhóm nghèo và không nghèo tại các huyện khảo sát, 2006

Kết luận

- Việc thực hiện chương trình BHYT cho người nghèo tại các địa phương là một quá trình công tác xã hội gắn liền với sự tham gia phối hợp liên ngành của ngành Lao động-Thương binh - Xã hội, BHXH và ngành y tế.
- Trong quá trình cấp phát thẻ BHYT cho người nghèo còn bộc lộ một số hạn chế, vướng mắc liên quan đến tính chính xác trong xác định hộ nghèo, hiểu biết của người nghèo về quyền lợi và thủ tục sử dụng thẻ BHYT và những sai sót về thông tin cá nhân trên thẻ.
- Vẫn còn tỷ lệ nhất định người nghèo chưa được cấp thẻ BHYT (15%).
- Sau khi được cấp thẻ BHYT, tình hình sử dụng DVYT của người nghèo đã có những

cải thiện rõ rệt: tỷ lệ đi KCB khi ốm tăng lên, số lượng sử dụng dịch vụ khám bệnh và điều trị nội trú cao hơn nhóm không nghèo.

Kiến nghị

- Cần có sự chỉ đạo nhất quán, chặt chẽ của chính quyền địa phương đối với công tác phối hợp liên ngành trong thực hiện BHYT cho người nghèo.
- Cần chú trọng tập huấn quy trình chuẩn cho các cán bộ tham gia quy trình cấp phát thẻ BHYT cho người nghèo.
- Cần tăng cường việc theo dõi, giám sát trong quá trình cấp phát thẻ BHYT cho người nghèo đảm bảo theo quy trình chuẩn hóa, tránh sai sót, nhầm lẫn ảnh hưởng quyền lợi của người nghèo.

TỶ SỐ GIỚI TÍNH KHI SINH VÀ NHỮNG VẤN ĐỀ ĐẶT RA

TS. Đoàn Minh Lộc¹

1. Nghiên cứu về tỷ số giới tính khi sinh ở các nước

Kể từ khi phát hiện ra tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) là 113,8 vào năm 1989, cao hơn so với mức bình thường là 107; chính phủ Trung Quốc đã thực sự quan ngại trước hiện tượng này. Sau đó một số nghiên cứu trong và ngoài nước về vấn đề này đã được triển khai thực hiện ở Trung Quốc như (Hull, 1990; Johansson và Nygren, 1991; Xu và Guo, 1991; Gu và Peng, 1991; Banister, 1992; Wen, 1992). Đến tháng 10/1992, TSGTKS trở thành chủ đề thảo luận tại "Hội thảo quốc tế về Tổng điều tra dân số Trung Quốc - 1990" được tổ chức tại Bắc Kinh với sự tham gia của các nhà khoa học từ nhiều nước như: Banister, 1992; Coall, 1992; Hull, 1992; Johansson và Arvidsson, 1992; Li, 1992; Tu và Liang, 1992; Zeng và cộng sự, 1992. Đến tháng 11/1994 Quỹ Dân số Liên hợp quốc (UNFPA) đã tổ chức Hội nghị quốc tế về mối liên hệ giữa tâm lý lựa chọn giới tính ở trẻ em với động lực thúc đẩy sự thay đổi một cách nhanh chóng về nhân khẩu học ở châu Á tại Seoul. Hội nghị này đã mang đến những ý kiến đóng góp khác nhau về TSGTKS của các nhà khoa học từ các nước Châu á và giúp hiểu được các quá trình phức tạp của sự giảm sinh nhanh chóng, tâm lý chọn giới tính trẻ em và sự thích ứng của văn hoá và xã hội" (Singh, 1994; Nizamuddin, 1994; Roy, 1994)

Một vài nghiên cứu để giải thích hiện tượng mất cân đối nghiêm trọng về giới tính khi sinh được triển khai từ những năm 1990. Các nhà nghiên cứu nước ngoài ở Trung Quốc đã nêu lên rằng: Các báo cáo cần phải bao gồm cả việc không báo cáo việc sinh trẻ gái (dẫn tới bỏ sót trẻ em gái trong bất cứ ghi chép nào hoặc tất cả

các sổ sách ghi chép, kể cả việc từ chối sự tồn tại), gồm cả sự từ chối hoặc phủ nhận con gái và tặc giết trẻ sơ sinh (Hull, 1990; Johansson và Nygren, 1991). Theo số liệu đến năm 1990, một số nhà khoa học tranh luận rằng: Việc báo cáo số trẻ sinh ra khác nhau là nguyên nhân quan trọng thứ nhất gây nên TSGTKS cao ở Trung Quốc (trong khi giá trị thực tế còn bình thường). Sự xác định giới tính trước khi sinh bằng siêu âm và các kỹ thuật khác là nguyên nhân thứ 2. Và sự kết hợp cả 2 nguyên nhân trên đã gây nên tình trạng giết trẻ sơ sinh gái lan rộng (Zeng Yi và cộng sự. 1993).

Nhưng sau này, một số ý kiến thống nhất rằng: Sự mất cân đối TSGTKS là một hiện tượng thực tế ở một số nước Đông Nam Á, nơi có sự kết hợp giữa mức sinh thấp, tâm lý thích có con trai còn phát triển mạnh và việc sử dụng các dịch vụ y tế được thực hiện một cách rộng rãi và dễ dàng. Việc tăng sử dụng biện pháp xác định giới tính trước khi sinh (Sau đó là việc nạo phá thai gái) đóng một vai trò ngày càng quan trọng trong việc làm cho TSGTKS tăng cao (Báo cáo Chính sách và Dân số Châu Á - Thái Bình Dương số 34, 1995; Park và Cho, 1995).

Một bằng chứng đặc biệt nữa đối với nạo phá thai lựa chọn giới tính là gây nên sự mất cân đối nghiêm trọng TSGTKS ở các nhóm thứ tự con sinh ra. Tại Hàn Quốc và Trung Quốc, tỷ số giới tính sinh con thứ 3 trở lên bắt đầu có dấu hiệu tăng từ đầu những năm 1980. Năm 1989 tỷ số này ở Đài Loan là 134 đối với lần sinh con thứ 3 và là 159 đối với lần sinh con thứ 4. (Dân số và Chính sách Châu Á - Thái Bình Dương số 34,

¹ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

1995), trong khi đó ở Trung Quốc tỷ số giới tính ở lần sinh con thứ 2 đã là 120,9 và ở Hàn Quốc tỷ số giới tính ở lần sinh con thứ 3 là 185. (Anonymous, 1995).

Chính sách một con giúp Trung Quốc giảm bớt tốc độ gia tăng dân số. Song một số người cho rằng đó là lý do chính khiến nhiều gia đình siêu âm trước khi sinh để lựa chọn giới tính của thai nhi nhằm bảo đảm rằng đứa bé sinh ra là con trai. Hiện nay Trung Quốc là một quốc gia thiếu nữ giới trầm trọng nhất thế giới. Tháng 2/2004, Chủ tịch Hồ Cẩm Đào tuyên bố rằng vấn đề phải được giải quyết trước năm 2010. Giới chức Trung Quốc qui định rằng việc phá thai để lựa chọn giới tính thai nhi là tội hình sự. Các vụ phá thai như vậy đã bị cấm trước đó nhưng các bác sĩ thường nhận tiền đút lót của các bậc cha mẹ, những người muốn có con trai. Trung Quốc không hẳn từ bỏ biện pháp kiểm soát dân số, nhưng chính phủ đang xem xét để có những thay đổi. Hội đồng Nhà nước đã chỉ định một nhóm nghiên cứu gồm 250 nhà nhân khẩu học để nghiên cứu về các vấn đề như mất cân bằng giới tính, giảm tỷ lệ sinh đẻ và các biện pháp chuẩn bị cho tình trạng dân số già ngày càng nhanh. Nhóm này cũng xem xét liệu Trung Quốc có nên áp dụng chính sách hai con trên toàn quốc hay không. Hao Linna, phát ngôn viên của Ủy ban Quốc gia về Dân số và Kế hoạch hoá gia đình cho biết: “Trong tương lai chúng tôi sẽ phải xem xét vấn đề này và nghiên cứu cách thức thay đổi”.

Tại Hội nghị Châu Á - Thái Bình Dương lần thứ 4, tháng 10-2007, tại Hyderabad, Ấn Độ về “Quyền và Sức khỏe sinh sản, Sức khỏe tình dục”, Shuzhuo Li cho rằng: những yếu tố làm tăng TSGTKS và mức chết cao vượt trội của trẻ em gái tại Trung Quốc có thể được phân thành ba nhóm: (1) *Nhóm nguyên nhân trực tiếp (proximal causes)* làm tăng TSGTKS là tục giết trẻ sơ sinh, sự thiếu hụt hoặc sai sót của các báo cáo về số trẻ gái dưới 1 tuổi và nạo hút thai bỏ những thai nhi gái; (2) *Nhóm nguyên nhân phụ trợ (conditional causes)* bao gồm một số yếu tố nhân khẩu học và kinh tế - xã hội; (3) *Nhóm*

nguyên nhân cơ bản (fundamental causes) là chế độ gia trưởng, phụ hệ và dòng họ quyết định vị trí thống trị của nam giới trong thừa kế tài sản, sắp xếp cuộc sống gia đình, nối dõi tông đường và cơ cấu quyền lực trong dòng họ.

Những quốc gia khác như Ấn Độ và Hàn Quốc không có chính sách kế hoạch hoá gia đình một cách khắc nghiệt như Trung Quốc, cũng gặp phải tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh. Tuy nhiên các thống kê cho thấy sự mất cân bằng giới tính khi sinh ở Trung Quốc trở nên trầm trọng kể từ khi chính sách một con được thực thi vào cuối những năm 1970. Tháng 1/2005 Bắc Kinh thông báo trên toàn quốc cứ 100 bé gái thì có 119 bé trai. Các nhà nhân khẩu học dự đoán rằng trong vài thập kỷ tới, khoảng 40 triệu chàng trai Trung Quốc sẽ không tìm được bạn đời. Li Shengming, một quan chức của Ủy ban Kế hoạch hoá gia đình ở Anxi, cho biết sự ưa chuộng con trai của các bậc cha mẹ bắt nguồn từ các lý do thực dụng. Các gia đình đều muốn có con trai để có người lao động và các bậc cha mẹ mong có người chăm sóc khi về già. Theo truyền thống của Trung Quốc, cha mẹ thường ở với con trai còn con gái sẽ về nhà chồng. Ở những vùng nông thôn, con trai được coi như *nguồn lương hưu*. Để giải quyết tình trạng đó, Chính phủ đã thử nghiệm một chương trình trợ cấp cho khoảng 300.000 người già chỉ có một con hoặc toàn con gái. Theo đó mỗi người nhận được 180 USD/năm, một khoản tiền lớn ở nông thôn. Li cho rằng những sự khuyến khích về tài chính này nhằm tăng giá trị của các cô gái và khiến các bậc cha mẹ giảm tình trạng phá thai. Dù đúng như vậy thì qui mô của chương trình đã khiến tác dụng của nó bị giới hạn bởi Anxi chỉ là một trong số 24 thành phố nơi các bé gái nhận được trợ cấp tài chính trong khi ngân sách cho việc này khó có thể tăng (theo NYT).

Rất nhiều cặp vợ chồng ở Ấn Độ, đặc biệt ở vùng nông thôn, thích có con trai hơn con gái, bởi con trai có thể làm việc và kiếm được nhiều tiền hơn. Ngoài ra các cô gái phải có tiền hồi môn khi lấy chồng. Việc chuộng con trai hơn con gái đã làm mất cân bằng giới tính khi

sinh ở Ấn Độ, quốc gia có số dân hơn một tỷ người. Năm 1991 cứ 1.000 bé trai thì có 945 bé gái, song đến năm 2001, số bé gái giảm xuống còn 927. Bang Andhra Pradesh của Ấn Độ sẽ trả 2.300 USD để khuyến khích các gia đình chỉ sinh một con gái. Đây là một phần trong nỗ lực nhằm ngăn tình trạng số bé gái được sinh ra giảm đi nghiêm trọng. Khoản tiền trên, dưới dạng bảo hiểm, sẽ được trả cho cô gái khi cô đến tuổi 20 nếu cả bố và mẹ cô bé chấp nhận triệt sản. Chính quyền bang Andhra Pradesh cũng sẽ cấp học bổng 29 USD hàng tháng cho các nữ sinh từ lớp 9 đến lớp 12. Chương trình này sẽ giúp đỡ và khuyến khích những gia đình nghèo khó cho con gái đến trường. Tuy nhiên mức hỗ trợ này sẽ giảm nếu các gia đình quyết định sinh hai con gái. Trong trường hợp đó mỗi cô gái sẽ nhận được 700 USD khi đến tuổi 18.

Ở Tây Âu, theo tạp chí Nature, việc lựa chọn giới tính thai nhi đã bị cấm ở Anh, Canada và một vài quốc gia khác, ít nhất một phần là do mối lo ngại của cộng đồng rằng điều đó sẽ dẫn đến sự phân biệt giới tính. Tuy nhiên, một cuộc thử nghiệm lâm sàng mới ở Mỹ sẽ cho phép các cặp vợ chồng lựa chọn giới tính của đứa trẻ sắp ra đời, nhằm xác định những ảnh hưởng của xã hội lên đứa trẻ đó. Các nhà nghiên cứu đã mất 9 năm để xin giấy phép cho thử nghiệm này. Mãi đến tháng 9/2005 mới được bắt đầu tại Houston. 50 cặp đề nghị được tham gia, nhưng nhóm nghiên cứu chỉ chọn ra vài cặp vợ chồng - những người đã có 1 con và muốn đứa khác có giới tính đối lập. Các bác sĩ tạo ra phôi cho những cặp vợ chồng tham gia nghiên cứu bằng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Sau đó họ nhận diện giới tính của phôi nhờ qui trình có tên gọi *chẩn đoán gene tiền cấy ghép (PGD)*. Tiếp đó các cặp cha mẹ sẽ lựa chọn một phôi nam hay phôi nữ để cấy vào tử cung người mẹ. Trong nhiều năm qua, các nhà khoa học đã tranh cãi về mặt đạo đức, sức khỏe cũng như những ảnh hưởng về tâm lý và xã hội lên những đứa trẻ chọn lọc này. Thử nghiệm mới được đặt ra nhằm xác định ảnh hưởng của sự lựa chọn giới tính. Các nhà khoa học sẽ tìm hiểu sức khỏe thể chất của những đứa bé và tác dụng xã

hội trong gia đình theo thời gian. Hiệp hội Y học sinh sản Mỹ và Đại học Sản khoa và Gene học Mỹ phản đối việc lựa chọn giới tính này. Song theo Sandra Carson, trưởng nhóm thử nghiệm, sự phản đối của các tổ chức trên là “dựa trên ý kiến công luận, chứ không phải dựa trên kết quả”, “ý kiến công luận là quan trọng, nhưng nó không nên được sử dụng để cấm một điều gì đó”. Trong một khảo sát độc lập đầu năm 2005 do Tarun Jain tại Đại học Illinois tiến hành đã chỉ ra rằng những phụ nữ đang điều trị chữa vô sinh cho biết họ sẽ chọn giới tính cho đứa con của mình nếu được tạo cơ hội. Jain cho rằng “một trong những nỗi lo ngại là sự lựa chọn giới tính sẽ dẫn đến một loại giới tính nhất định” và suy đoán ở đây là xu hướng thích con trai, nhưng nghiên cứu của chúng tôi không chứng tỏ điều đó. Thực tế các cặp vợ chồng chưa có con không muốn con trai nhiều hơn con gái.

2. Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam qua các nguồn số liệu

Các phân tích số liệu Tổng điều tra dân số (TĐTDS) 1999 chỉ ra rằng không có sự chủ động lựa chọn giới tính trước sinh trên phạm vi lớn trước năm 2000. Ở cấp độ quốc gia, tỷ số giới tính khá ổn định trong khoảng 105-106/100 đối với nhóm dân cư dưới 15 tuổi. Phân tích sâu hơn theo khu vực cho thấy không có sự mất cân bằng giới tính nào theo vùng địa lý².

Trong cuộc điều tra Nhân khẩu học và sức khỏe 2002 (DHS-2002), khi nghiên cứu về lịch sử sinh đẻ của các bà mẹ, bằng phương pháp hồi cứu đã đưa ra các số liệu về TSGTKS cho các năm từ 1993-2002. Kết quả bảng 1 cho thấy TSGTKS bình quân là 102,5 và 105,5 tương ứng cho các thời kỳ 1993-1997 và 1998-2002. Nghiên cứu này góp phần khẳng định TSGTKS của Việt Nam tính đến năm 2002 vẫn ở mức bình thường. Tất nhiên cũng có thời điểm hơi cao một chút, dao động từ 100 đến 112.

² Những biến đổi gần đây về tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam, UNFPA 8-2009

Bảng 1. TSGTKS theo DHS-2002³

Năm	Tỷ số giới tính khi sinh		
	Còn sống	Đã chết	Tổng số
1993	94,7	110,8	95,3
1994	99,8	120,3	100,6
1995	113,3	86,5	112,2
1996	106,4	141,5	107,6
1997	96,9	212,3	98,7
1998	98,2	127,3	99,2
1999	107,8	61,7	106,6
2000	114,6	34,7	111,2
2001	103,4	29,9	102,8
2002	110,4	0,0	109,4
1993 - 1997	101,9	120,6	102,5
1998 - 2002	106,5	64,9	105,5

Từ năm 2005, ở Việt Nam qui định mọi trẻ em dưới 6 tuổi được chăm sóc sức khoẻ ban đầu, được khám chữa bệnh không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập⁴. Mỗi trẻ em dưới 6 tuổi đều có thể nhận Thẻ khám chữa bệnh được in từ máy

tính. Bảng 2 thể hiện số liệu được kết xuất từ cơ sở dữ liệu trẻ em dưới 6 tuổi của 64 tỉnh/ thành phố trên cả nước tính đến 1/10/2006 (trừ các tỉnh Điện Biên, Bắc Ninh, Hà Tây, Bình Phước chưa có số liệu cho từng năm)⁵.

Bảng 2. TSGTKS theo Thẻ khám và chữa bệnh trẻ em dưới 6 tuổi, 2000-2005

Năm	Số sinh trong năm		Tỷ số giới tính khi sinh
	Nam	Nữ	
2000	442692	411658	107,5
2001	587436	548516	107,1
2002	586720	548530	107,0
2003	667166	619462	107,7
2004	660259	608394	108,5
2005	624399	571622	109,2
2000 - 2005	3568672	3308182	107,9

³ Điều tra nhân khẩu học và sức khoẻ 2002, Biểu C.3, tr.171

⁴ Khoản 2 điều 15 Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em sửa đổi năm 2004

⁵ Võ Anh Dũng, Trung tâm Thông tin, Tổng cục DS-KHHGD

Như trên đã trình bày, cơ sở dữ liệu Thẻ khám chữa bệnh trẻ em dưới 6 tuổi là một nguồn số liệu lớn, hàng năm có trên một triệu cháu được cấp phát thẻ. Tỷ số giới tính tính toán được từ Thẻ khám chữa bệnh cho trẻ em hàng năm có thể dùng để ước lượng TSGTKS chung cho cả nước, các vùng và các tỉnh. Nếu chấp nhận giả

thiết này, bảng 2 cho thấy, TSGTKS thời kỳ 2000-2005 dao động trong khoảng từ 107 đến 109 bé trai trên 100 bé gái.

Bảng 3 trình bày ước lượng TSGTKS qua kết quả điều tra biến động dân số hàng năm (2000-2007).

Bảng 3: Tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam, 2000-2007 (Điều tra biến động dân số hàng năm)

Năm điều tra	Thời gian điều tra *	Tỷ số giới tính khi sinh
2000	1/7/2000	106,2**
2001	1/4/2001	109,0
2002	1/4/2002	107,0
2003	1/4/2003	104,0
2004	1/4/2004	108,0
2005	1/4/2005	106,0
2006	1/4/2006	110,0
2007	1/4/2007	111,6

* TSGTKS được tính cho các trường hợp sinh trước thời điểm điều tra 1 năm

** Ước lượng của chuyên gia

Số liệu cho thấy, trước năm 2004, TSGTKS biến động ngẫu nhiên trong khoảng 106-109/100, không theo một xu hướng rõ ràng. Tuy nhiên, TSGTKS tăng lên dần từ năm 2004 và đạt 111,6 năm 2006 (số liệu điều tra 1/4/2007).

Kết quả TĐTDS 1/4/2009 cho thấy TSGTKS của Việt Nam là 110,5 và không có sự khác biệt đáng kể giữa khu vực thành thị và nông thôn. “Điểm nóng” của TSGTKS nằm ở vùng Đông bằng sông Hồng (115,3) và Đông Nam bộ (110,1). Trong đó, 29/63 tỉnh, thành phố có TSGTKS cao hơn mức trung bình của cả nước. Đặc biệt 9 tỉnh, thành phố có TSGTKS cao hơn mức 115/100, đó là: Hưng Yên (130,7); Hải Dương (120,2); Bắc Ninh (119,4); Bắc Giang (116,8); Nam Định (116,4); Hòa Bình (116,3); Hải Phòng (115,3); Quảng Ngãi (115,1); Quảng Ninh (115,0).

3. Một số vấn đề đặt ra

Các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng có sự gia

tăng nhanh chóng và bất thường của TSGTKS. Nếu năm 2000, tỷ số này còn ở mức bình thường, thì năm 2009 đã ở mức 110,5/100. “Sự tăng nhanh chóng này có thể liên quan đầu tiên đến các yếu tố cung cấp dịch vụ hơn là do mức độ gia tăng tâm lý ưa thích con trai. Khả năng tiếp cận đến các dịch vụ xác định giới tính có chất lượng hiện nay đã cho phép nhiều cặp vợ chồng điều chỉnh hành vi sinh sản của họ đáp ứng nhu cầu có con trai”⁶.

Trên thực tế, sự gia tăng TSGTKS bắt đầu trong những năm gần đây và chỉ mới ảnh hưởng đến tỷ số giới tính của nhóm dân số trẻ em⁷, chưa gây nên tình trạng mất cân bằng cơ cấu giới tính chung của Việt Nam vẫn còn nghiêng về nữ giới

⁶ Những biến đổi gần đây về tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam, UNFPA 8-2009.

(97,6/100). Tuy nhiên, nếu TSGTKS tiếp tục tăng sau năm 2010 thì cơ cấu giới tính của dân số cả nước sẽ bị ảnh hưởng, cụ thể là các bé trai sinh ra sau năm 2005 và bước vào tuổi lập gia đình vào năm 2030 sẽ dư thừa so với phụ nữ cùng lứa tuổi.

Các chính sách trong tương lai cần phải chú ý đến các yếu tố làm gia tăng TSGTKS: (1) *nhu cầu cần có con trai của các cặp vợ chồng* và (2) *yếu tố cung cấp dịch vụ có thể làm điều chỉnh hành vi sinh sản của họ đáp ứng nhu cầu có con trai*.

Chính sách giảm sinh làm giảm tốc độ gia tăng dân số, nhưng cũng là nguồn gốc sâu xa làm gia tăng TSGTKS. Do đó cần điều chỉnh chính sách này qua từng thời kỳ, đặc biệt là đối với các địa phương đã đạt mức sinh thay thế ổn định. Cần có những biện pháp ngăn chặn hiện tượng lựa chọn giới tính dẫn đến mất cân bằng giới tính, như một số nước ở châu Á (Trung Quốc, Ấn Độ ...) đang đối mặt.

Hiện tượng “thiếu hụt trẻ em gái” đã dẫn tới mất cân bằng giới tính trong cơ cấu dân số của một số nước và tác động gián tiếp tới các vấn đề nhân khẩu học như quy mô dân số, già hóa dân

số, dân số ở tuổi lao động và kết hôn. Mặt khác sự bất bình đẳng giới, thông qua việc tác động đến phát triển dân số, đã ảnh hưởng nghiêm trọng đến xã hội, mà trước hết là ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Quá trình này đã vi phạm quyền được sống, được phát triển kinh tế và được tham gia các hoạt động xã hội của phụ nữ, gây hại tới phúc lợi chung và ảnh hưởng tới sự phát triển bền vững của quốc gia.

Đã đến lúc cần phải tuyên truyền mạnh mẽ hơn nữa về hậu quả của việc lựa chọn giới tính thái quá, xóa bỏ các quan niệm truyền thống lạc hậu đã từ lâu coi trọng con trai hơn con gái, khẳng định vai trò của phụ nữ đối với gia đình và xã hội. Kinh nghiệm của một số nước Châu Á phải đối mặt với việc mất cân bằng giới tính nghiêm trọng nhiều năm sẽ giúp chúng ta rút ra những bài học sâu sắc khi bàn về lựa chọn giới tính và những ảnh hưởng của nó đến cơ cấu giới tính của dân số. Sẽ là quá muộn nếu TSGTKS tiếp tục gia tăng trên toàn quốc và lan tỏa ra nhiều địa phương trong những năm tới.

⁷ Tỷ số giới tính của dân số nhóm 0-4 tuổi là 108,7 (Kết quả TĐTDS-2009, 7-2010)

THỰC TRẠNG NHU CẦU BÁC SĨ GIAI ĐOẠN HIỆN NAY

TS. Trần Thị Mai Oanh¹

Trong giai đoạn gần đây, để xây dựng hệ thống y tế Việt Nam từng bước hiện đại, hoàn chỉnh hướng tới công bằng, hiệu quả và phát triển; đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng và đa dạng của nhân dân về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe, một số chính sách quy định về nhân lực trong ngành y tế đã được ban hành. Có hai văn bản chủ yếu là: (1) Quy hoạch tổng thể phát triển hệ thống y tế Việt Nam giai đoạn đến năm 2010 và tầm nhìn đến năm 2020; (2) Thông

tư liên tịch số 08/2007/TTLT/BYT-BNV hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước.

Thực tế cho thấy hầu hết các cơ sở y tế ở tuyến tỉnh, huyện và xã đều phải đối mặt với tình trạng thiếu bác sĩ. Bài báo này đề cập đến thực trạng và nhu cầu bác sĩ giai đoạn hiện nay để đáp ứng được những quy định theo như hướng dẫn của hai văn bản nêu trên².

1. Thực trạng phân bố bác sĩ trên cả nước theo vùng tính đến 31/12/2008

Bảng 1. Số BS cho 10.000 dân theo vùng

	Vùng	2005	2006	2007	2008
1	Đồng bằng sông Hồng	4,9	4,9	4,9	4,9
2	Đông Bắc	5,8	6,1	6,2	6,4
3	Tây Bắc	4,1	4,3	4,6	5,0
4	Bắc Trung Bộ	4,0	4,2	4,3	4,5
5	Duyên Hải Nam Trung Bộ	4,8	4,8	4,9	5,0
6	Tây Nguyên	4,5	4,5	4,7	4,9
7	Đông Nam Bộ	5,4	5,4	5,7	5,6
8	Đồng bằng sông Cửu Long	3,8	4,0	4,1	4,2

Nguồn: Niên giám thống kê Y tế

Theo số liệu của Niên giám Thống kê y tế năm 2008, số bác sĩ cho 10.000 dân năm 2007 là 6,45 và năm 2008 là 6,52. Tuy nhiên, nếu tính toán số lượng bác sĩ cho 10.000 dân theo từng vùng thì kết quả cho thấy nhìn chung số bác sĩ cho 10.000 dân đạt rất thấp ở hầu hết các vùng (trừ vùng Đông Bắc và vùng Đông Nam bộ). Đặc biệt ở khu vực Đồng bằng sông Cửu

Long số bác sĩ cho 10.000 dân thấp nhất, chỉ đạt là 4,2.

¹ Phó Viện trưởng Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Số liệu nêu trong bài báo này được phân tích qua việc sử dụng 2 nguồn số liệu sau: (1) nguồn số liệu của Niên giám Thống kê y tế năm 2005-2008; (2) nguồn số liệu nhân lực y tế của 63 tỉnh thành năm 2007 do Vụ Tổ chức - Cán bộ, Bộ Y tế cung cấp.

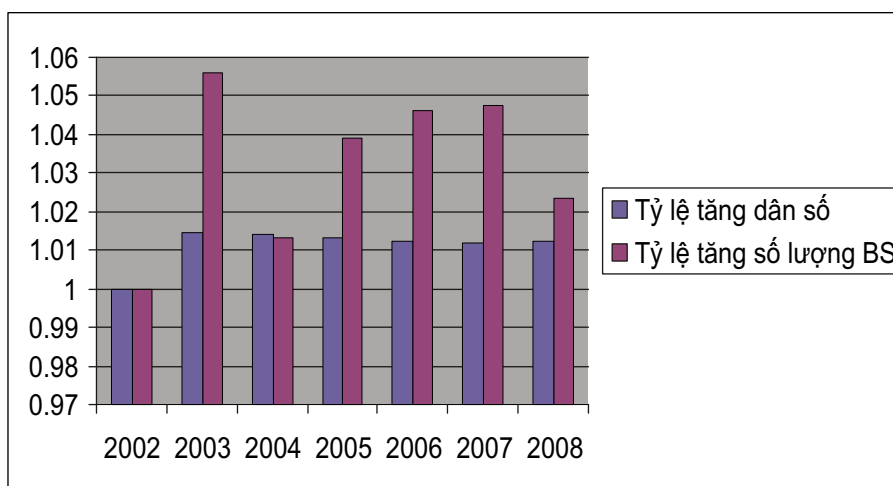
Bảng 2. Tỷ lệ phân bố bác sỹ năm 2008 theo tuyến và theo vùng

TT	Tuyến/Vùng	Tỷ lệ dân số (%)	Số lượng BS (người)	Tỷ lệ BS (%)
	Trung ương		10.627	19,7
	63 tỉnh/thành phố			
1	Đồng bằng sông Hồng	21,5	6.486	12,0
	Hà Nội		2.606	4,8
2	Đông Bắc	11,2	6.172	11,4
3	Tây Bắc	3,1	1.333	2,5
4	Bắc Trung Bộ	12,5	4.873	9,0
5	Duyên hải Nam Trung Bộ	8,4	3.641	8,4
6	Tây Nguyên	5,8	2.474	4,6
7	Đông Nam Bộ	16,9	3.338	6,2
	TP. Hồ Chí Minh		4.906	9,1
8	Đồng bằng sông Cửu Long	20,5	7.463	13,8
	Tổng	100,0	53.919	100,0

Nguồn: Niên giám Thống kê y tế, 2008

Kết quả Bảng 2 cho thấy trong tổng số bác sỹ hiện có của các cơ sở y tế nhà nước năm 2008, khoảng 33% số bác sỹ làm việc ở các cơ sở y tế tuyến trung ương và 2 thành phố lớn là Hà Nội

và TP. Hồ Chí Minh. Vùng Đồng bằng sông Cửu Long có số dân đông nhất trong cả nước, chiếm khoảng 20% dân số nhưng tỷ lệ bác sỹ làm việc tại vùng này chỉ chiếm 13,8%.



Biểu đồ 1. So sánh tỷ lệ tăng số lượng BS và tỷ lệ tăng dân số qua các năm

Nguồn: Niên giám Thống kê Y tế 2002-2008

Xét về số liệu tuyệt đối thấy số lượng bác sỹ tăng đều qua các năm. Biểu đồ 1 cũng cho thấy khi so sánh năm sau với năm trước, tỷ lệ tăng số lượng bác sỹ trên thực tế cao hơn tỷ lệ tăng dân số

ở tất cả các năm. Tuy nhiên, theo số liệu năm 2008, sự chênh lệch giữa tỷ lệ tăng số lượng bác sỹ và tỷ lệ tăng dân số là thấp hơn một cách đáng kể so với sự chênh lệch của năm 2005, 2006 và 2007.

2. Nhu cầu nhân lực y tế và nhu cầu bác sỹ trên cả nước theo quy định của Thông tư 08/2007

2.1. Lĩnh vực điều trị

Bảng 3. Số lượng bác sỹ cần bổ sung để đáp ứng quy định của Thông tư 08/2007 trong lĩnh vực điều trị

	Nhân lực thực có năm 2007*	Nhu cầu theo TT08**	Số lượng cần bổ sung
Tuyển trung ương	16.120	21.303	5.183
<i>Trong đó: BS</i>	7.815	3.787	-4.028
Tuyển tỉnh	73.428	96.775	23.347
<i>Trong đó: BS</i>	14.572	17.641	3.069
Tuyển huyện	52.754	63.307	10.553
<i>Trong đó: BS</i>	10.829	11.255	1.377
Tổng số BS tuyển tỉnh + huyện	25.401	28.896	4.446
Tuyển xã	52.540	54.995	2.455
<i>Trong đó: BS</i>	6.920	10.999	4.079

Nguồn: * Báo cáo về nhân lực năm 2007 của tất cả các cơ sở y tế nhà nước ở các tuyến của 64 tỉnh/thành

** Tính toán dựa trên số giường bệnh kế hoạch của từng bệnh viện

Bảng 3 phân tích nhu cầu nhân lực và bác sỹ trong lĩnh vực điều trị theo quy định của Thông tư 08 dựa trên số giường bệnh kế hoạch năm 2007 của từng bệnh viện thuộc các tuyến trên cả nước. Kết quả cho thấy để đáp ứng yêu cầu về số lượng bác sỹ cần có theo quy định của Thông tư

08 thì trên cả nước, ở thời điểm năm 2007 tại tuyến tỉnh và tuyến huyện còn thiếu khoảng 4.446 bác sỹ trong lĩnh vực điều trị và tuyến xã thiếu 4.079 bác sỹ. Nếu tính theo số giường bệnh thực kê thì số lượng bác sỹ ở các CSYT công còn thiếu sẽ lớn hơn rất nhiều.

2.2. Lĩnh vực y tế dự phòng

Bảng 4. Số lượng bác sỹ cần bổ sung để đáp ứng quy định của Thông tư 08/2007 trong lĩnh vực y tế dự phòng.

	Nhân lực thực có năm 2007*	Nhu cầu theo TT08**	Số lượng cần bổ sung
Tuyển trung ương**	2.890	Không thay đổi	0
Tuyển tỉnh	11.133	17.547	6.414
<i>Trong đó: BS</i>	3.002	4.474	1.472
Tuyển huyện	15.525	30658	15.133
<i>Trong đó: BS</i>	2.690	5.212	2.522
Tổng số BS	5.692	9.686	3.994

Nguồn: * Số liệu về nhân lực y tế dự phòng năm 2007 do Vụ Tổ chức Cán bộ cung cấp.

** Báo cáo của Vụ Tổ chức Cán bộ, Bộ Y tế.

Bảng 4 tính toán nhu cầu nhân lực và bác sĩ trong lĩnh vực dự phòng theo quy định của Thông tư 08 cho tuyến tỉnh và huyện của từng tỉnh. Kết quả cho thấy để đáp ứng yêu cầu về số lượng bác sĩ cần có theo quy định của Thông tư 08 thì trên cả nước còn thiếu khoảng 3.994 bác sĩ y tế dự phòng.

Như vậy, số lượng bác sĩ cần bổ sung để đáp ứng yêu cầu theo quy định của Thông tư 08 trong cả lĩnh vực điều trị và dự phòng cho tuyến tỉnh và tuyến huyện trên cả nước là 8.440 người, ở tuyến xã là 4.079 người.

2.3. Nhu cầu bác sĩ theo các vùng

Bảng 5. Số lượng bác sĩ cần bổ sung ở từng vùng để đáp ứng quy định của Thông tư 08/2007

	Vùng	Bác sĩ hiện có năm 2007	Nhu cầu theo TT08	Số lượng cần bổ sung	Số cần bổ sung trung bình/1 tỉnh
1	Đồng bằng sông Hồng	6.945	7.074	1.057	105
2	Đông Bắc	4.263	5.206	1.059	96
3	Tây Bắc	958	1.561	604	151
4	Bắc Trung Bộ	3.289	4.024	776	129
5	Duyên Hải Nam Trung Bộ	2.841	3.456	748	124
6	Tây Nguyên	1.902	2.424	549	110
7	Đông Nam Bộ	6.308	7.733	1.629	203
8	Đồng bằng sông Cửu Long	5.601	7.144	1.584	122

Bảng 5 tính toán số lượng bác sĩ cần bổ sung ở từng vùng để đáp ứng quy định của Thông tư 08 dựa trên việc tính toán chi tiết cho từng cơ sở y tế của từng tỉnh, bao gồm cả lĩnh vực điều trị và dự phòng ở tuyến tỉnh và huyện. Kết quả cho thấy so với quy định của Thông tư 08, tất cả các

vùng đều còn thiếu rất nhiều bác sĩ cho cả lĩnh vực điều trị và dự phòng, đặc biệt là vùng Đông Nam bộ và vùng Tây Bắc. Trung bình mỗi tỉnh ở vùng Đông Nam bộ thiếu khoảng 200 bác sĩ và mỗi tỉnh vùng Tây Bắc thiếu khoảng 150 bác sĩ (cả tuyến tỉnh và tuyến huyện).

Bảng 6. Số lượng bác sĩ cần bổ sung ở từng vùng để đáp ứng quy định của Quy hoạch tổng thể ngành y tế

	Vùng	Bác sĩ hiện có năm 2007	Nhu cầu theo quy hoạch 7BS/10000 dân năm 2010*	Số lượng cần bổ sung	Số cần bổ sung trung bình/1 tỉnh trong 3 năm 2008-2010
1	Đồng bằng sông Hồng	6.945	12.880	5.935	593
2	Đông Bắc	4.263	6.681	2.418	220
3	Tây Bắc	958	1.855	897	224
4	Bắc Trung Bộ	3.289	7.506	4.217	703
5	Duyên Hải Nam Trung Bộ	2.841	5.029	2.188	364
6	Tây Nguyên	1.902	3.454	1.552	310
7	Đông Nam Bộ	6.308	9.935	3.627	453
8	Đồng bằng sông Cửu Long	5.601	12.267	6.666	513
	Cả nước	54.910	59.608	4.698	

*Ước tính dựa trên dân số năm 2007

Bảng 6 tính toán số lượng bác sỹ cần bổ sung trên cả nước và cho từng vùng để đáp ứng quy định của Quy hoạch tổng thể ngành y tế vào năm 2010. Kết quả cho thấy nếu tính trên cả nước, năm 2010 cần phải có 59.608 bác sỹ để đạt được tiêu chí 7 bác sỹ/10.000 dân. Trong khi đó theo

số liệu của Niên giám Thống kê năm 2008, trên cả nước tổng số mới có 56.208 bác sỹ. Nếu tính theo vùng, tất cả các vùng còn thiếu rất nhiều bác sỹ mới đạt được tiêu chí 7 bác sỹ/10.000 dân, thiếu nhiều nhất là vùng Đồng bằng sông Cửu Long và vùng Đồng bằng sông Hồng.

3. Khả năng đáp ứng của các trường đào tạo đối với nhu cầu bác sỹ hiện nay

Bảng 7. Số sinh viên đại học là bác sỹ tốt nghiệp và số đang học dự kiến sẽ ra trường hàng năm (từ 2007 đến 2014)

Đã tốt nghiệp năm				Dự kiến tốt nghiệp năm				
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
3.226	2.994	3.520	3.435	3.970	4.210	4.890	5.330	6.390

Nguồn: Vụ Khoa học Đào tạo, Bộ Y tế (số liệu bao gồm cả hệ đào tạo không chính quy)

Theo số liệu của Vụ Khoa học Đào tạo, số sinh viên đại học là bác sỹ đã tốt nghiệp và số đang học dự kiến sẽ ra trường tăng đáng kể qua các

năm. Số sinh viên là bác sỹ sẽ ra trường vào năm 2014 cao hơn gấp 2 lần so với số sinh viên tốt nghiệp bác sỹ năm 2007.

*Bảng 8. Ước tính số lượng bác sỹ được bổ sung và số lượng bác sỹ còn thiếu hàng năm ở các CSYT công tuyến tỉnh huyện theo quy định của Thông tư 08 (tính từ năm 2007)**

	Số BS còn thiếu theo TT 08 a	Số BS nghỉ hưu (khoảng 7% ³) b	Số BS ra trường ⁴ c	Số BS còn thiếu nếu đã tuyển dụng hết d=a+b-c
2007	8.440	3.844 ⁵	2.994	9.290
2008	9.290	3.934 ⁶	3.520	9.704
2009	9.704	4000 ⁷	3.435	10.269
2010	10.269	4000	3.970	10.299
2011	10.299	4000	4.210	10.089
2012	10.089	4000	4.890	9.199
2013	9.199	4000	5.330	7.869
2014	7.869	4000	6.390	5.479
2015	5.479	4000	6.390	3.038
2016	3.089	4000	6.390	699

* Chưa tính số bác sỹ cần bổ sung cho tư nhân

³ Theo khuyến cáo của Vụ Tổ chức Cán bộ, Bộ Y tế

⁴ Theo số liệu ước tính của Vụ Khoa học Đào tạo

⁵ Theo Niên giám Thống kê Y tế năm 2007, có 54.914 bác sỹ

⁶ Theo Niên giám Thống kê Y tế năm 2008 có 56.208 bác sỹ

⁷ Ước tính trung bình mỗi năm có khoảng 4000 bác sỹ nghỉ hưu (do chưa có số liệu bác sỹ thực tế)

Bảng 8 tính toán số lượng bác sỹ thiếu hàng năm dựa trên số liệu bác sỹ thiếu ở các cơ sở y tế công của tuyến tỉnh và huyện theo quy định của Thông tư 08 ở thời điểm năm 2007. Nếu chỉ tính đến số lượng bác sỹ biến động ước tính do nghỉ hưu (khoảng 7%/năm theo khuyến cáo của Vụ Tổ chức Cán bộ, Bộ Y tế) mà chưa tính đến số lượng bác sỹ cần cho các cơ sở y tế tư nhân thì với số lượng bác sỹ ra trường hàng năm theo như số liệu của Vụ Khoa học Đào tạo, thì đến khoảng năm 2016 số lượng bác sỹ được đào tạo

mới có thể đủ để đáp ứng nhu cầu bác sỹ theo Thông tư 08 ở các cơ sở y tế công ở tuyến tỉnh - huyện. Giai đoạn 2007-2011, tổng số bác sỹ được đào tạo ở các trường trên cả nước mới chỉ đủ để cung cấp bù cho số lượng bác sỹ nghỉ hưu hàng năm. Nếu tính cả số lượng bác sỹ cần cho các cơ sở y tế tư nhân thì với năng lực đào tạo như hiện nay, đến năm 2016 vẫn chưa thể đáp ứng được nhu cầu phát triển của các cơ sở y tế công lập và tư nhân.

Bảng 9. Ước tính nhu cầu đào tạo bác sỹ đến năm 2015
(Ước tính dân số cả nước năm 2015 là 92.154.719.000 người)

	Năm 2006		Ước vào 2015*							Năng lực đào tạo (khóa 2007-2013)
	Số BS /1 vạn dân (2006)	Số lượng 2006	Số BS trên 1 vạn dân theo mục tiêu đến 2015 (theo QĐ153)	Số lượng BS cần 2015	Cho tư nhân (khoảng 10%)	Bổ sung cho về hưu và phát triển (10%/năm)	Tổng cần có đến 2015	Số cần bổ sung đến 2015	Số cần đào tạo hàng năm	
	a	b	c	$d=c*DS/1wan$	e	$f=b*10\%^{8*}$ 9 năm	$g=d+e+f$	$h=g-b$	$i=h/9$	
Bác sỹ	6	52.413	8	73.724	7.372	47.172	128.268	75.855	8.428	4.700

* Tính theo mục tiêu về nhân lực y tế đến năm 2015 theo Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, áp dụng theo cách tính của Vụ Khoa học Đào tạo, Bộ Y tế

Bảng 9 ước tính nhu cầu đào tạo bác sỹ đến năm 2015 dựa theo tiêu chí của Quyết định số 153/2006/QĐ-TTg. Kết quả cho thấy nếu ở điều kiện lý tưởng là tất cả học viên ra trường đều đi làm và được tuyển dụng đồng đều giữa các vùng miền thì số cán bộ y tế bậc đại học là bác sỹ ra trường hàng năm vào thời điểm năm 2015 vẫn chưa thể đáp ứng được nhu cầu phát triển của các cơ sở y tế công lập và tư nhân theo quy hoạch tổng thể ngành y tế do năng lực đào tạo chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế. Cụ thể là: nếu ước tính tỷ lệ bác sỹ cần bổ sung cho về hưu và phát triển là 10%/năm theo ước tính của Vụ Khoa học Đào tạo - Bộ Y tế thì số bác sỹ cần đào tạo hàng năm

phải là 8.428 bác sỹ. Trong khi đó số bác sỹ được đào tạo trên thực tế khóa 2007-2013 tuy có tăng so với những khóa trước nhưng mới chỉ được là 4.700 người.

KẾT LUẬN

- Có tình trạng thiếu bác sỹ về mặt số lượng trên phạm vi cả nước và có sự khác biệt lớn giữa các vùng
- Có sự phân bố bác sỹ không đồng đều theo tuyến và theo vùng: khoảng 33% số bác sỹ

⁸ Theo ước tính của Vụ Khoa học Đào tạo, Bộ Y tế

làm việc ở các cơ sở y tế tuyến trung ương và 2 thành phố lớn là Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh. Vùng Đồng bằng sông Cửu Long có số dân đông nhất trong cả nước, chiếm khoảng 20% dân số nhưng có tỷ lệ bác sỹ làm việc chỉ chiếm 13,8%.

- So với quy định của Thông tư 08, các CSYT công ở tuyến tỉnh và huyện còn thiếu 8.440 bác sỹ, trong đó lĩnh vực điều trị thiếu 4.446 bác sỹ và lĩnh vực dự phòng thiếu 3.994 bác sỹ. Để đảm bảo 100% TYT xã/phường có

bác sỹ thì cả nước còn thiếu 4.079 bác sỹ.

- Nguyên nhân thiếu do: (i) năng lực thu dung đào tạo của các Trường Đại học Y chưa đủ để đáp ứng nhu cầu thực tế: khả năng đào tạo như hiện nay thì đến năm 2015 mới chỉ đáp ứng được khoảng 56% nhu cầu bác sỹ cần có cho cả các CSYT công theo quy định và cả các CSYT tư nhân cũng như cho sự biến động nhân lực do về hưu và phát triển; (ii) các CSYT công có sự biến động lớn về bác sỹ do chuyển đi, nghỉ việc/ra làm tư và nghỉ chế độ.

ĐÁNH GIÁ VIỆC THỰC HIỆN THÍ ĐIỂM PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ THEO ĐỊNH SUẤT TẠI MỘT SỐ TỈNH Ở VIỆT NAM

TS. Hoàng Thị Phương¹ và Cộng sự²

Nghiên cứu đánh giá việc thực hiện thí điểm phương thức thanh toán theo định suất được tiến hành bởi nhóm nghiên cứu đa ngành bao gồm đại diện cán bộ của Vụ Bảo hiểm Y tế, Vụ Kế hoạch Tài chính, Cục Quản lý Khám chữa bệnh Bộ Y tế, Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Bộ Tài chính.

Mục tiêu của nghiên cứu bao gồm:

- Mô tả thực trạng việc thực hiện thí điểm phương thức thanh toán theo định suất tại tỉnh Hải Dương, Thanh Hóa, Hà Nam và Hòa Bình, năm 2009.
- Phân tích những thuận lợi, khó khăn trong quá trình triển khai thực hiện phương thức thanh toán theo định suất.
- Đề xuất các giải pháp nhằm cải tiến và mở rộng việc áp dụng phương thức thanh toán theo định suất theo lộ trình của Luật BHYT.

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của nghiên cứu này bao gồm: Đại diện lãnh đạo cơ quan BHXH tuyến TW, tuyến tỉnh và tuyến huyện; Bộ Tài chính; Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế: Bộ Y tế, các Vụ/Cục có liên quan; Sở Y tế các tỉnh thuộc địa bàn nghiên cứu; Đại diện lãnh đạo, bác sĩ trực tiếp khám và điều trị cho bệnh nhân BHYT một số cơ sở y tế đã triển khai thí điểm thí điểm phương thức thanh toán theo định suất.

Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, so sánh, kết hợp phân tích các số liệu hồi cứu các hoạt động của các bệnh viện trước và sau khi thực hiện thí điểm phương thức thanh toán theo định suất. Số liệu được thu thập dựa trên biểu mẫu thiết kế sẵn, qua phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm các đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2009 đến tháng 12/2010 tại 4 tỉnh thí điểm thanh toán theo định suất, gồm Hải Dương, Hòa Bình, Thanh Hóa và Hà Nam.

Một số hạn chế của nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu trường hợp, đánh giá nhanh thực trạng triển khai thực hiện thí điểm phương thức thanh toán theo định suất tại 4 tỉnh được chọn, nhìn nhận vấn đề từ góc độ của cơ quan quản lý quỹ và thanh toán (BHXH), cơ sở cung ứng dịch vụ (bệnh viện, nhân viên y tế), và cơ quan hoạch định chính sách (Bộ Y tế), nhưng chưa nhìn nhận đánh giá từ phía người sử dụng dịch vụ y tế (bệnh nhân).

¹ Phó trưởng khoa Nghiên cứu Kinh tế Y tế - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

² Th.S Nghiêm Trần Dũng, PVT Vụ BHYT; ThS Dương Đức Thiện, PTP Chính sách Vụ KH-BYT; ThS Trần Quang Thông, PTB Thực hiện CSBHYT - BHXHVN; ThS Nguyễn Văn Anh, CV Vụ HC-VX BTC; ThS Nguyễn Bích Lưu, TP Điều dưỡng, Cục QLKCB; ThS Nguyễn Thị Kim Phương, chuyên gia TCYT - WHO

II. MỘT SỐ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÍNH VÀ BÀN LUẬN

Tình hình triển khai thực hiện thí điểm định suất tại các địa bàn nghiên cứu

Quá trình triển khai thực hiện thí điểm

Tính đến thời điểm nghiên cứu, cả nước có 43 cơ sở dịch vụ y tế thực hiện thí điểm thanh toán định suất bắt đầu từ năm 2001, chủ yếu là các bệnh viện đa khoa (BVĐK) tuyến huyện, chỉ có 01 bệnh viện (BV) thuộc tuyến tỉnh và 02 BV cán bộ³, chiếm khoảng 4,3% trong tổng số các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) trong toàn quốc.

Trong 4 tỉnh được chọn vào mẫu nghiên cứu có 22 BVĐK huyện áp dụng thí điểm thanh toán theo định suất, chiếm trên 50% tổng số cơ sở thí điểm trong toàn quốc tính đến thời điểm nghiên cứu. Phạm vi, quy mô và thời điểm áp dụng có sự khác biệt lớn giữa các tỉnh. Hải Dương là đơn vị tiên phong triển khai thí điểm sớm nhất trong các tỉnh nghiên cứu. Bắt đầu tại 2 BVĐK huyện Thanh Miện và Nam Sách vào năm 2007 và sau đó mở rộng hầu hết các huyện và các xã trong tỉnh vào năm 2009, trừ BVĐK thành phố Hải Dương. Hà Nam là đơn vị đi sau Hải Dương nhưng cũng đã áp dụng đồng loạt ở tất cả 6/6 BVĐK huyện trong toàn tỉnh và các xã thuộc huyện từ ngày 01/01/2009, trong khi đó Thanh Hóa chỉ thực hiện thí điểm tại 2/26 BVĐK huyện trong tỉnh, đó là BV Mường Lát và Hà Trung từ đầu năm 2009. Hòa Bình cũng chỉ thực hiện thí điểm 04/11 BV huyện/thị từ tháng 1/2009, đó là các BV: Tân Lạc, Mai Châu, Lạc Sơn, Yên Thủy. Trong đó, 2 BV huyện Lạc Sơn, Yên Thủy áp dụng thanh toán định suất hoàn toàn còn BV huyện Tân Lạc và Mai Châu thì áp dụng hỗn hợp cả thanh toán định suất và theo phí dịch vụ (50/50).

Nhìn chung, các bệnh viện thực hiện thí điểm đa số là các bệnh viện thuộc huyện nghèo có điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực hạn chế; quy mô giường bệnh kế hoạch rất khác

n nhau, dao động từ 50 giường đến 150; công suất sử dụng giường cũng rất khác nhau, có nơi vượt trên 150% (Hà Trung, Mường Lát, Nam Sách, Tân Lạc), do vậy số giường thực tế có khi lên tới 262 giường trong khi giường theo chỉ tiêu chỉ là 120 giường (Hà Trung); KCB BHYT là chủ yếu chiếm trên 70%. Quá trình xây dựng đề án, xác định suất phí và tổng quỹ KCB theo định suất được thảo luận qua nhiều hội nghị tư vấn, có sự phối hợp chặt chẽ giữa Sở Y tế và cơ quan BHXH tỉnh. Tuy nhiên, trên thực tế chưa đạt được sự thống nhất trong cách tính suất phí KCB BHYT giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB.

Thiết kế, xác định mức định suất

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhìn chung các đơn vị triển khai thực hiện thí điểm phương thức thanh toán theo định suất đều thực hiện theo đúng các quy định của Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT bắt buộc. Tuy nhiên, có một số khác biệt trong cách quản lý quỹ, cách cơ quan BHXH thanh toán cho đơn vị nhận định suất, gói dịch vụ bao phủ bởi quỹ định suất, hay cách cân đối quỹ và bù đắp chi phí giữa các bệnh viện nghiên cứu.

Tỉnh Hải Dương, Thanh Hóa là 2 tỉnh có nét thiết kế cơ bản giống nhau, các BV nhận tổng quỹ định KCB theo định suất và chịu trách nhiệm thanh toán chi phí KCB BHYT tại tất các các tuyến chuyên môn kỹ thuật trong và ngoài tỉnh, cơ quan BHXH chịu trách nhiệm chi trả hộ các khoản chi phí phát sinh ngoài cơ sở KCB ban đầu và khấu trừ phần kinh phí này vào tổng quỹ định suất tại cơ sở đó.

Trong khi đó tỉnh Hà Nam tổng quỹ định suất sau đó được chia ra làm 2 quỹ: một quỹ giao cho bệnh viện huyện để chi trả cho các những dịch vụ y tế được cung cấp tại cơ sở này; quỹ định suất còn lại do BHXH quản lý để thanh toán các

³ BHXH Việt Nam, Báo cáo Tình hình tổ chức thực hiện phương thức thanh toán chi phí KCB theo định suất, 2008

khoản chi phí phát sinh ngoài cơ sở KCB, kể cả chi phí được thanh toán trực tiếp tại cơ quan BHYT. Theo đó có bệnh viện như BV Bình Lục và Phủ Lý chỉ được giao 40,1% và 17,7% quỹ chi tiêu tại bệnh viện còn 59,9% và 83,3% quỹ định suất còn lại BHXH giữ lại để thanh toán đa tuyến và trực tiếp.

Tại Hòa Bình, việc thí điểm thanh toán định suất có sự hỗ trợ của dự án KICK nên phương thức thanh toán có một số nét mới thanh toán dùng 2 phương pháp hỗn hợp: theo định suất và theo phí dịch vụ. Quỹ định suất giao cho bệnh viện huyện sẽ là 50%. Theo đó với mỗi một bệnh nhân KCB BHYT, bệnh viện sẽ được bồi hoàn như sau: 50% của tổng chi phí cho bệnh nhân được trả theo phí dịch vụ và do BHXH trả; 50% còn lại sẽ được trả từ quỹ định suất. Phương

pháp này đi kèm một điều kiện là số bệnh nhân chuyển viện không vượt quá 5% tổng số bệnh nhân đến khám hoặc điều trị tại bệnh viện huyện. BHXH tỉnh thanh toán chi phí đa tuyến cũng vẫn theo tỷ lệ 50/50. Đối với tuyến xã, bệnh viện huyện thanh toán tiền thuốc điều trị vật tư tiêu hao và công thầy thuốc theo qui định và đảm bảo tổng chi phí theo đầu thẻ đăng ký KCB ban đầu ở tuyến xã không nhỏ hơn 12.000 đồng, trừ dịch vụ đỡ đẻ. Trong thời gian thí điểm, Dự án KICK lập một quỹ dự phòng để bổ sung cho Trạm Y tế hay BV huyện nếu quỹ định suất không đủ bù đắp chi phí thực tế cho người bệnh BHYT trong khi các địa phương khác thì nếu vượt quỹ khách quan sẽ được BHXH thanh toán 50%, còn 50% sẽ phải trình cấp có thẩm quyền phê duyệt (Bảng 1).

Bảng 1: Những nét cơ bản về thiết kế, cách xác định suất phí tại các bệnh viện nghiên cứu

Nội dung	Hải Dương / Thanh Hóa	Hà Nam	Hòa Bình
Phương thức TT	Định suất	Định suất	Định suất + Phí DV
Đơn vị thực hiện	BV huyện + TYT xã	BV huyện + TYT xã	BV huyện + TYT xã
Người hưởng lợi	Toàn bộ số người đăng ký KCB ban đầu tại tuyến huyện hoặc xã	Toàn bộ số người đăng ký KCB ban đầu tại tuyến huyện hoặc xã	Toàn bộ số người đăng ký KCB ban đầu tại tuyến huyện hoặc xã
Phạm vi thanh toán	DV tuyến xã DV tuyến huyện DV tuyến tỉnh + trung ương Bệnh nhân vượt tuyến	DV tuyến xã DV tuyến huyện BN vượt tuyến	DV tuyến xã (3 xã điểm/huyện) DV tuyến huyện BN vượt tuyến
Quỹ huyện	Chi tại chỗ, thanh toán trực tiếp, đa tuyến nội, ngoại tỉnh $Q = M \times N \times k$ <i>Thanh Miện: 156.070 đ</i> <i>Nam Sách: 154.829 đ</i> <i>Mường Lát: 120.162 đ</i> <i>Hà Trung: 159.067 đ</i>	Chi tại chỗ, thanh toán trực tiếp $Q = M \times N \times k$ <i>Bình Lục: 217.456</i> <i>(40.1% chi tại chỗ)</i> <i>Phủ lý: 217.456 đ</i> <i>(17.7% chi tại chỗ)</i>	Nửa suất phí - chỉ áp dụng chi thanh toán tại chỗ (huyện + xã) $Q = M \times N \times k$ <i>Mai Châu: 65.000 đ</i> <i>Tân Lạc: 50.000 đ</i>
Quỹ xã	Chi thuốc, VTYTTH, DVKT $Q_{xã} = (M \times N_i) \times 90\% \times 20\%$	Chi thuốc, VTYTTH, DVKT $Q_{xã} = (M \times N_i) \times 90\% \times 20\%$	$Q_i = n_i \times 12.000$ đồng, áp dụng trọn gói trừ DV đỡ đẻ

Dư quỹ	Thực hiện theo NĐ 43	Thực hiện theo NĐ 43	Thực hiện theo NĐ 43
Vượt quỹ	Khách quan BHXH thanh toán 50%, 50% trình cấp có thẩm quyền	Khách quan BHXH 50%, 50% trình cấp có thẩm quyền	Dự án KICH hỗ trợ 10.000 đồng/thẻ (quỹ dự phòng)

Một số thay đổi sau khi thực hiện khoán quỹ định suất

Chi phí bình quân cho một lượt bệnh nhân KCB nội và ngoại trú đều tăng lên so với năm trước khoán quỹ

Tại 7 trong tổng số 8 bệnh viện, chi phí bình quân/lượt khám chữa bệnh ngoại trú tăng lên so với năm trước khi thực hiện khoán định suất với mức gia tăng dao động trong khoảng 18,2% - 30,6%, cao nhất là BV huyện Bình Lục (30,6%) và thấp nhất là BV huyện Thanh Miện (18,2%). Riêng bệnh viện huyện Mường Lát có chi phí bình quân/lượt KCB ngoại trú giảm hơn so với năm trước khi thực hiện khoán định suất, tuy nhiên mức độ giảm không đáng kể (2%).

Tương tự như vậy, chi phí bình quân/đợt điều trị nội trú của năm khoán định suất đều tăng ở hầu hết các bệnh viện nghiên cứu và mức độ dao động khá lớn giữa các bệnh viện 4,8% - 80,1%, trong đó, bệnh viện có tỷ lệ chênh lệch lớn nhất đó là BV huyện Nam Sách (80,1%), sau đó là BV Bình Lục (36%) và thấp nhất là bệnh viện Thanh Miện (4,8%).

Như vậy sau khi thực hiện khoán quỹ định suất, chi phí bình quân/lượt KCB nội trú và ngoại trú không những không giảm mà còn tăng một cách đáng kể ở hầu hết các BV thí điểm. Mặc dù chi phí cho người bệnh không giảm so với năm thực hiện phí dịch vụ, nhưng trong phạm vi của nghiên cứu này cũng không đủ cơ sở để kết luận rằng chất lượng KCB của người bệnh được đảm bảo sau khi thực hiện khoán định suất. Sự gia tăng chi phí đó có thể do ảnh hưởng của một số yếu tố khách quan ví dụ như: sự leo thang chi phí về giá cả thuốc và các vật tư tiêu hao, nhân công lao động; sự trượt giá của sức mua đồng tiền... và có thể do tác động của chính sách tự

chủ tài chính theo quy định của Nghị định 43/2006/NĐ-CP, ngày 26/5/2006 dẫn tới tình trạng chỉ định sử dụng các dịch vụ y tế không thực sự cần thiết, nhằm tăng thêm nguồn thu cho bệnh viện.

Mất khả năng cân đối quỹ ở hầu hết các bệnh viện khi thực hiện khoán quỹ định suất

Kết quả cân đối chi tiêu quỹ định suất cho thấy tình trạng âm quỹ xảy ra ở hầu hết các bệnh viện thực hiện khoán định suất (6/8). Chỉ có 2 bệnh viện là có kết dư quỹ, đó là BV Hà Trung và BV Tân Lạc, nhưng số dư này cũng không phản ánh đúng nhu cầu chi phí và tình hình KCB, lãnh đạo của 2 BV này dự báo BV sẽ bị âm quỹ vào cuối năm 2009.

Tình trạng mất cân đối quỹ một phần là do sự ảnh hưởng của một số yếu tố gia tăng các chi phí như đã phân tích ở trên, nhưng nguyên nhân chính là do bệnh viện phải thanh toán cả chi phí đa tuyến nội tỉnh và ngoại tỉnh. Mặc dù, số lượng bệnh nhân khám và điều trị tại các tuyến trên rất ít, nhưng chi phí lại quá cao do các dịch vụ ở tuyến trên không có trần và các BV huyện cũng không kiểm soát được chi phí. Tình trạng này không chỉ xảy ra ở các bệnh viện có thanh toán đa tuyến nội ngoại tỉnh mà còn xảy ra ở cả các đơn vị chỉ áp dụng chi trả tại chỗ như bệnh viện huyện Bình Lục và huyện Phủ Lý âm tới 478 triệu và 259 triệu tính đến hết tháng 9/2009.

Tình trạng mất khả năng cân đối quỹ xảy ra ở hầu hết các bệnh viện huyện. Nguyên nhân có thể do quỹ khoán cho một bệnh viện huyện nhưng có nhiều bệnh viện khác có quyền quyết định chi; bệnh viện huyện dường như không thể kiểm soát được quỹ và cũng không có động cơ kiểm chế chi phí (do bệnh viện vẫn có thể được bù đắp phần vượt quỹ, nếu chứng minh vượt quỹ

do lý do khách quan và việc xác định suất quỹ theo số liệu lịch sử của năm trước đó cũng vẫn hàm chứa khả năng gia tăng chi phí do các đơn vị chi cao lên để có thể có suất quỹ cao hơn vào năm sau). Với tình trạng mất cân đối quỹ như trên thì một trong những mục tiêu quan trọng của phương thức thanh toán theo định suất là kiểm soát chi phí vẫn chưa được đảm bảo.

Chi phí đa tuyến chiếm tỷ trọng khá lớn trong tổng chi tiêu của các BV nghiên cứu

Phân tích về cơ cấu chi theo các tuyến bệnh viện cho thấy chi đa tuyến chiếm tỷ trọng khá cao trong tổng chi của bệnh viện. Có những BV chiếm tới 81,7%. Chính điều này dẫn đến tình trạng mất cân đối quỹ như phân tích ở trên.

Có sự thay đổi ở một số chỉ số hoạt động của bệnh viện nghiên cứu trước và sau triển khai thí điểm định suất:

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng ở một số chỉ số hoạt động của bệnh viện trước và sau khi áp dụng khoán định suất, cụ thể là:

- + Gia tăng chỉ định sử dụng các xét nghiệm ở tất cả các BV, trong đó cao nhất là BV Nam Sách (tăng 55,8%); tiếp theo là BV Hà Trung (tăng 31,8%), Phủ Lý (tăng 29,8%) và thấp nhất là BV Mường Lát (tăng 0,5%).
- + Gia tăng chỉ định chụp XQ: Bệnh viện Thanh miện có tỷ lệ gia tăng cao nhất (57,3%), tiếp theo là BV Mai Châu (18%). Tuy nhiên, chỉ số này ở BV Mường Lát lại giảm (21,6%).
- + Gia tăng chỉ định làm siêu âm: bệnh viện Phủ Lý tăng 83,2%, bệnh viện Hà Trung 35,2%, bệnh viện Mường Lát 28,2% và Bình Lục - 1,8%.
- + Tỷ lệ chuyển tuyến nội trú gia tăng khá cao tại BV Nam Sách và Phủ Lý (lần lượt là: 43,5% và 26,5%), trong khi đó BV Mai Sơn và Bình Lục lại giảm (53% và 10%).
- + Tỷ lệ chuyển tuyến ngoại trú lại tăng hầu hết ở các bệnh viện, trừ BV Nam Sách.

Kết quả phân tích ở trên cho thấy rằng, mặc

dù khoán định suất nhưng một số chỉ số hoạt động cung ứng dịch vụ của các bệnh viện liên quan đến các hoạt động cận lâm sàng như: siêu âm, xét nghiệm, chụp XQ... và chuyển tuyến nội/ngoại trú lại có xu hướng tăng lên ở hầu hết các bệnh viện. Điều này có vẻ như không phù hợp với có xu hướng cắt giảm dịch vụ, quyền lợi của người bệnh khi thanh toán theo định suất. Trong thực tế, phương thức thanh toán tại các cơ sở nghiên cứu mang tính chất thanh toán theo phí dịch vụ.

Thuận lợi và khó khăn, bất cập khi triển khai thực hiện khoán định suất

Kết quả thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu cho thấy các bên liên quan đều nhận thức được tầm quan trọng và ý nghĩa của phương thức thanh toán theo định suất và đều cho rằng trong bối cảnh hiện nay phương thức thanh toán này được cho là công cụ hữu hiệu để có thể kiểm soát sự gia tăng chi phí trước khi có những phương thức thanh toán ưu việt hơn.

Thực hiện khoán định suất giúp các bệnh viện chủ động quản lý quỹ KCB, tiết kiệm chi phí, nâng cao năng lực chuyên môn, đầu tư TTB, hạn chế chuyển tuyến không cần thiết... Tuy nhiên, kết quả triển khai thực hiện thí điểm định suất lại chưa hoàn toàn phản ánh được các quan điểm nêu ở trên, phương thức thanh toán theo định suất hiện đang thí điểm chưa thực sự kiểm soát được chi phí mà chi phí bệnh viện vẫn ngày càng gia tăng dẫn đến hiện tượng âm quỹ xảy ra ở hầu hết các BV thí điểm nói chung và BV thuộc địa bàn nghiên cứu nói riêng⁴. Phải chăng, chúng ta chưa thực sự vận dụng đúng nguyên tắc của định suất hoặc do gặp phải những khó khăn, bất cập liên quan đến cơ chế chính sách, mối quan hệ, vai trò trách nhiệm giữa các bên có liên quan, và các chi tiết kỹ thuật của phương thức này.

⁴ BHXH Việt Nam, BHXH Việt Nam, Báo cáo Tình hình tổ chức thực hiện phương thức thanh toán chi phí KCB theo định suất, 2008

Những bất cập liên quan đến cơ chế chính sách: Hầu hết các ý kiến cho rằng việc triển khai thí điểm định suất chưa có hành lang pháp lý rõ ràng, các văn bản quy phạm pháp luật còn thiếu, chưa đồng bộ thống nhất, còn nhiều chồng chéo, bất cập, mỗi địa phương áp dụng loại hình thanh toán khác nhau tạo một tâm lý không thoải mái cho cơ sở thực hiện. Việc áp dụng khoán quỹ diễn ra khi các cơ sở y tế thực hiện chính sách tự chủ tài chính theo Nghị định 43/2006/NĐ-CP. Các đơn vị không muốn triển khai khoán quỹ mà vẫn “*yêu thích*” được thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Mặt khác, giá thu một phần viện phí theo Thông tư liên tịch số 14 quá thấp không bù đắp đủ chi phí. Thông tư 03 quy định một số các dịch vụ kỹ thuật bổ sung cho Thông tư 14 đã phân nào bù đắp chi phí cho các bệnh viện, tuy nhiên bản thân Thông tư số 03 cũng có một số bất cập. Việc phân tuyến kỹ thuật cũng chưa khuyến khích cơ sở cung ứng dịch vụ trong việc tăng cường chất lượng dịch vụ. Bệnh viện tuyến huyện được thanh toán chi phí với mức giá thu một phần viện phí thấp hơn so với tuyến trên. Có những dịch vụ mà tuyến huyện có thể làm được nhưng không được làm, dẫn đến tỷ lệ chuyển tuyến cao, gia tăng chi phí tuyến trên và những chi phí này tuyến huyện phải thanh toán, dẫn đến tình trạng âm quỹ tại nhiều bệnh viện tuyến huyện.

Mặt khác, việc xác định tổng suất phí và hệ số k chưa hợp lý, chưa bù đắp đủ chi phí do một số lý do sau như : i) Việc tính toán quỹ định suất dựa vào chi phí KCB của năm trước mà chưa tính toán cụ thể chi phí đầu vào cần thiết và dự báo nhu cầu KCB của cơ sở trong năm sau đó; ii) Hệ số $k = 1,1$ và được áp dụng đồng nhất giữa các địa phương là chưa hợp lý, k chưa phản ánh được sự gia tăng chi phí. Nếu tính theo tốc độ trượt giá và nhu cầu KCB, khả năng kinh tế của từng khu vực thì k không thể nào bằng 1,1.

Khó khăn liên quan đến cơ quan BHXH: Các ý kiến cũng cho rằng, đối với bất cứ phương thức nào thì công tác giám định bảo hiểm cũng

rất quan trọng. Giám định BHXH tuy được trao quyền nhưng không có đủ công cụ để kiểm soát các cơ sở dịch vụ y tế nhằm mục đích đảm bảo an toàn quỹ, chống lạm dụng, làm hồ sơ khống.... Cần có những giám định viên có chuyên môn, giàu kinh nghiệm, tuy nhiên, hiện nay đội ngũ cán bộ giám định vừa thiếu và vừa yếu, chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế.

Khó khăn liên quan đến cơ sở cung ứng dịch vụ y tế: Ngoài những khó khăn liên quan đến cơ chế chính sách, khả năng cân đối quỹ, đến cơ chế thanh toán của BHYT còn có khó khăn liên quan đến sự yếu kém về cơ sở vật chất, TTB và trình độ chuyên môn của các BV huyện dẫn đến tỷ lệ chuyển tuyến khá cao (bình quân các BV là 50%, riêng Phủ Lý 80%). Khi được hỏi về việc áp dụng định suất, đa số các bác sĩ đều trả lời không muốn làm vì không có động cơ khuyến khích. Quỹ thường xuyên âm, nợ nần chồng chất, BHXH thanh toán chậm thì tiền công của anh em cũng sẽ bị chậm, do vậy các bác sĩ có tâm lý không muốn thực hiện phương thức thanh toán theo định suất. Mặt khác, do hạn chế trong ứng dụng công nghệ thông tin nên việc ghi chép, theo dõi sử dụng dịch vụ và chi phí khám chữa bệnh BHYT vẫn được thực hiện chủ yếu theo phương pháp thủ công, tạo ra gánh nặng hành chính khá lớn cho đơn vị cung ứng dịch vụ, đặc biệt là tại các cơ sở y tế hiện đang quá tải bệnh nhân BHYT.

III. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên, có thể đưa ra một số kết luận như sau:

Về quá trình xây dựng và triển khai thực hiện thanh toán theo định suất:

Các bên liên quan đều nhận thức được chủ trương đúng đắn và tầm quan trọng của việc đổi mới phương thức thanh toán

Có sự đồng thuận cao hơn ở cấp TW và tỉnh, ít đồng thuận ở các đơn vị cung ứng dịch vụ y tế (cách tính suất phí, quản lý và sử dụng quỹ)

Vai trò của ngành y tế địa phương và cơ sở KCB còn hạn chế ở khâu xây dựng đề án, thiết kế dự án

Về thiết kế, xác định suất phí

Suất phí được tính dựa vào chi năm trước chưa phản ánh hết chi phí đầu vào, có nguy cơ chi cao hơn để được giao quỹ năm sau cao hơn.

Hệ số k chưa phản ánh sát thực các yếu tố làm gia tăng chi phí y tế;

Suất phí bao gồm cả thanh toán đa tuyến nội và ngoại tỉnh, nơi mà các bệnh viện nhận định suất không kiểm soát được chi phí ở các tuyến này, không thực sự quản lý và kiểm soát quỹ, điều này đi ngược lại nguyên tắc của định suất. Thực tế là hầu hết các đơn vị đều vượt quỹ khi thực hiện định suất.

Thay đổi sau khi áp dụng thanh toán định suất:

Phương thức thanh toán định suất giúp các bệnh viện nâng cao tính chủ động, trách nhiệm trong tổ chức cung ứng dịch vụ y tế.

Chi phí cho người bệnh không bị giảm đi; một số các chỉ số bệnh viện có xu hướng gia tăng như: số các dịch vụ xét nghiệm cận lâm sàng; số ngày điều trị nội trú bình quân; chi phí bình quân theo đầu thẻ cả nội trú và ngoại trú (tăng cả giá trị tuyệt đối).

Quỹ định suất bị bội chi lớn ở hầu hết các bệnh viện, kể cả bệnh viện có thanh toán đa tuyến (Hải Dương, Thanh Hóa), bệnh viện chỉ thanh toán tại chỗ (Hà Nam) và bệnh viện áp dụng hỗn hợp xuất phí (Hòa Bình).

Việc cải cách phương thức thanh toán và cải cách cơ chế tài chính bệnh viện có mục tiêu chính sách trái ngược nhau, dẫn đến trong thực hiện có nhiều bất cập.

Cơ sở vật chất và năng lực chuyên môn của các bệnh viện tuyến huyện còn nhiều hạn chế

tác động lớn đến mức độ chuyển tuyến và khả năng cân đối quỹ.

Chưa có bằng chứng về tác động của phương thức thanh toán theo định suất đến chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân.

IV. KHUYẾN NGHỊ

1. Thiết kế phương thức thanh toán:

Phương thức thanh toán theo định suất chỉ nên thực hiện cho thanh toán tại chỗ, tuyến cơ sở (TYT xã và bệnh viện huyện), nơi mà sự dao động về chi phí giữa các hoạt động không nhiều. Một số dịch vụ chi phí cao (tại chỗ) có thể được thanh toán riêng theo phí dịch vụ.

Tính toán quỹ định suất không nên dựa vào chi phí lịch sử - trong chừng mực cao nhất có thể, cần được tính toán trên cơ sở khả năng ngân quỹ hiện có, và hài hòa nhu cầu khám chữa bệnh giữa tuyến huyện với các tuyến cao hơn. Việc này cần thực hiện song song với chính sách nâng cấp những bệnh viện huyện còn thấp kém về cơ sở vật chất và chuyên môn.

Suất phí cơ bản nên được tính chung cho toàn tỉnh, hoặc nhóm bệnh viện có năng lực tương đồng, có tính đến các yếu tố như: tuổi, giới, mô hình bệnh tật của người có thẻ và vùng địa lý...). Việc tính toán như thế sẽ minh bạch hơn đối với cơ sở KCB và hạn chế cuộc chạy đua gia tăng chi phí KCB của các bệnh viện tuyến huyện. Đồng thời sẽ tạo điều kiện và khuyến khích các bệnh viện yếu đầu tư thêm nguồn nhân lực và cơ sở vật chất. Điều này cũng giúp cho bệnh nhân ở các vùng khó khăn được hưởng quyền lợi gần ngang bằng với các vùng khá giả.

Song song với cải cách phương thức thanh toán ở tuyến cơ sở, cũng cần có giải pháp cho phương thức thanh toán đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, trung ương, và các bệnh viện chuyên khoa.

2. Triển khai thực hiện

Cần tăng cường trách nhiệm quản lý nhà nước của UBND các cấp để chỉ đạo các bên có liên quan trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT theo định hướng cải cách cơ bản về phương thức thanh toán đảm bảo thực hiện theo lộ trình mà Luật BHYT đã quy định.

Bộ Y tế, Bộ Tài chính cần sớm sửa đổi, xây dựng cơ chế tài chính phù hợp với phương thức thanh toán mới (quản lý, sử dụng hay biện pháp giải quyết khi dư quỹ, thiếu hụt quỹ; cơ chế khuyến khích cơ sở dịch vụ y tế thực hiện khoán định suất; cơ chế kiểm soát chi phí KCB BHYT tuyến trên; phân tuyến kỹ thuật; giá dịch vụ các tuyến; danh mục các bệnh nặng chi phí lớn,..)

Cần nâng cao năng lực của các cán bộ làm công tác BHYT đặc biệt là tuyến tỉnh và huyện trong việc quản lý quỹ và áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý quỹ.

Cần gắn cơ chế thanh toán BHYT với việc đảm bảo chất lượng dịch vụ của các cơ sở KCB. Cải cách phương thức thanh toán cũng đòi hỏi điều chỉnh phù hợp vai trò, nhiệm vụ của các cán bộ làm công tác BHYT thay vì giám sát tài chính và lo giữ quỹ, đổi sang giám sát chất lượng nhiều hơn; giải thích các qui định và quyền lợi cho bệnh nhân;

Nên thiết lập một tổ công tác, tập trung những chuyên gia giỏi nhất trong lĩnh vực BHYT ở cả 3 ngành BHYT, y tế, và tài chính, để chuyên nghiên cứu và đề xuất các lĩnh vực kỹ thuật trong thực hiện BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BHXH Việt Nam, Báo cáo Tình hình tổ chức thực hiện phương thức thanh toán chi phí KCB theo định suất, 2008
2. Đàm Viết Cương và cộng sự - Tổng quan các phương thức thanh toán khám chữa bệnh BHYT và kinh nghiệm các nước, tháng 4/2008.
3. Luật BHYT Việt Nam và các Thông tư hướng dẫn (Thông tư 62, Thông tư 21, Thông tư 09...)
4. Nghiêm Trần Dũng, Thanh toán chi phí khám chữa bệnh - Lựa chọn phương thức nào? Tạp chí Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, Số 5B/2009 (130)
5. Nghị định 43/2006/NĐ-CP của Chính phủ về việc giao quyền tự chủ tự chịu trách nhiệm về nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế, tài chính cho các đơn vị sự nghiệp công lập.
6. Thông tư 15/2005/TT-BYT của Bộ Y tế, ngày 12/12/2007, của Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về sử dụng tài sản để liên doanh liên kết hoặc góp vốn liên doanh để mua sắm TTB phục vụ hoạt động dịch vụ của các cơ sở y tế công lập.
7. Trần Văn Tiến, Nghiêm Trần Dũng. Bảo hiểm y tế trong Quản lý bệnh viện, NXB Y học 2002, trang 243-260.
8. Viện Chiến lược và Chính sách y tế - Đánh giá các vấn đề tài chính bệnh viện, đề tài cấp Bộ, 2008
Viện Chiến lược và Chính sách Y tế - Đánh giá tác động tự chủ tài chính đối với người cung ứng và sử dụng dịch vụ y tế, Báo cáo nghiên cứu khoa học 2008.

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ DÂN SỐ VIỆT NAM HIỆN NAY

TS. Nguyễn Mỹ Hương¹

Dân số và sức khỏe sinh sản được coi là cấu phần quan trọng của chiến lược phát triển kinh tế - xã hội quốc gia và là nhân tố quan trọng nâng cao chất lượng cuộc sống của người dân. Với những nỗ lực của Chính phủ trong việc thông qua nhiều luật, chính sách và hướng dẫn chỉ đạo về hai lĩnh vực trên, Việt Nam đã đạt được những thành tựu nhân khẩu học quan trọng: giảm số con trung bình của mỗi phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ xuống duy trì ở dưới mức sinh thay thế đã giúp làm giảm áp lực về gia tăng dân số đối với sự phát triển kinh tế xã hội và an sinh về chính trị và xã hội; giúp phụ nữ và trẻ em gái có quyền bình đẳng hơn thông qua việc tiếp cận thuận tiện và hiệu quả với các dịch vụ y tế, giáo dục và việc làm. Tuy nhiên, do tác động của sự phát triển không đồng đều giữa các vùng nên Việt Nam vẫn phải đối mặt với những thách thức như tỷ lệ tử vong bà mẹ và tử vong trẻ dưới 1 tuổi vẫn cao ở các vùng khó khăn hoặc hiện tượng mất cân bằng giới tính khi sinh. Dựa trên kết quả của các điều tra nhân khẩu học và tổng điều tra dân số, bài viết này sẽ phân tích một số đặc tính nhân khẩu học đặc trưng cho Việt Nam thời gian hiện tại.

1. Qui mô và phân bố dân số

Theo báo cáo “Các kết quả phân tích sơ bộ cuộc Tổng điều tra dân số Việt Nam tháng 4 năm 2009, tính đến 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2009”,

tổng số dân của Việt Nam là 85.789.573 người, tăng thêm 9,47 triệu người trong thời gian 10 năm, mỗi năm tăng bình quân 947 nghìn người. Tỷ lệ tăng dân số bình quân năm giữa hai cuộc tổng điều tra dân số (1999 và 2009) là 1,2%/năm, giảm khá mạnh so với thời kỳ 10 năm trước đó (Bảng 1). Tổng cục Thống kê dự báo năm 2024 dân số Việt nam sẽ vượt quá 100 triệu người.

Với diện tích 330.000 km², mật độ dân số của Việt nam năm 2009 là 259 người/km², tăng hơn 28 người/km² so với năm 1999 và 64 người/km² năm 1989. Những khu vực có mật độ dân số cao nhất là đồng bằng sông Hồng 930 người/km², vùng Đông Nam Bộ 594 người/km² và đồng bằng sông Cửu long 423 người/km² (chiếm 59% tổng số dân của cả nước). Tuy Tây nguyên là khu vực có mật độ dân số thấp nhất (93 người/km²) nhưng cũng tăng lên 77% so với 10 năm trước đó (67 người/km² năm 1999), là hậu quả của dân số nhập cư tăng nhanh (tỷ lệ tăng dân số bình quân là 2,3%/năm thời kỳ 1999-2009). Như vậy, so với “mật độ chuẩn” (35-40 người/km²) thì ở Việt nam, mật độ dân số đã cao gấp khoảng 6-7 lần, chỉ thấp hơn 4 nước khác trên thế giới là Ấn Độ, Nhật Bản, Băng-la-đét và Phi-lip-pin. Theo dự báo của Tổng cục Thống kê, nếu vẫn tiếp tục tăng qui mô dân số như tốc độ hiện nay thì đến 2024, mật độ dân số sẽ lên tới 335 người/km².

Bảng 1. Dân số và tỷ lệ tăng dân số, 1960-2009

Năm	Dân số (nghìn người)	Tỷ lệ tăng dân số bình quân hàng năm (%)
1960	30 172	3,9
1965	34 929	2,9
1970	41 063	3,2
1976	49 160	3,0
1979	52 742	2,2
1989	64 376	2,1
1999	76 323	1,7
2009	85 790	1,2

¹ Trưởng Phòng Thông tin Thư viện - Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

Nguồn: trích dẫn từ “*Tổng điều tra dân số và nhà ở 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2009: kết quả sơ bộ*”. Hà Nội, 9-2009.

Tuy nhiên dân số Việt nam được phân bố không đều và có sự khác biệt lớn theo sáu vùng kinh tế - xã hội. Số liệu trong bảng 2 cho thấy đồng bằng sông Hồng là nơi đông dân nhất, tiếp đến là Bắc Trung Bộ - duyên hải miền Trung và đồng bằng sông Cửu Long. Vùng có số dân ít nhất là Tây Nguyên. Điều đó có nghĩa là khoảng 43,7% dân số tập trung ở đồng bằng sông Hồng và đồng bằng sông Cửu long trong khi diện tích đất đai của hai vùng này chỉ chiếm 16,6%. Mật

độ dân số cao và phân bố không đều như vậy tác động rất lớn đến vấn đề an ninh lương thực. Cho dù Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu trong vấn đề an ninh lương thực và là nước thứ hai xuất khẩu gạo trên thế giới nhưng những thành quả đó vẫn chưa ổn định do phải đồng thời đối mặt với vấn đề tăng phụ thuộc vào sản phẩm nông nghiệp và quá trình quá độ dân số mà Việt Nam đang trải qua.

Bảng 2. Tổng số dân số, tỷ lệ tăng dân số và mật độ dân số, theo vùng

Khu vực	Tổng số dân	Tỷ lệ tăng dân số bình quân	Mật độ dân số (người/km ²)	Tỷ số giới tính (%)
Trung du và miền núi phía Bắc	11 064 449	1,0	116	99,9
Đồng bằng sông Hồng	19 577 944	0,9	930	97,2
Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung	18 835 485	0,4	196	98,2
Tây Nguyên	5 107 437	2,3	93	102,4
Đông Nam Bộ	14 025 387	3,2	594	95,3
Đồng bằng sông Cửu Long	17 178 871	0,6	423	99,0

Nguồn: “*Tổng điều tra dân số và nhà ở 0 giờ ngày 1 tháng 4 năm 2009: kết quả sơ bộ*”. Hà Nội, 9-2009.

2. Mức sinh, chết và xu hướng thay đổi

Các kết quả điều tra biến động dân số và tổng điều tra dân số tiến hành định kỳ 10 năm một lần cho thấy xu hướng giảm của tỷ suất tăng tự nhiên. Do mức độ chết của dân số Việt Nam tương đối thấp và thay đổi không nhiều nên sự thay đổi của tỷ suất tăng tự nhiên chủ yếu phụ thuộc vào sự thay đổi của tỷ suất sinh thô. Xu hướng giảm sinh của Việt Nam đã diễn từ khoảng 20 năm cuối của thế kỷ 20 với tốc độ khá nhanh kéo theo sự giảm qui mô dân số. Nếu giai

đoạn 1979 - 1989, dân số Việt Nam tăng 22,7% thì giai đoạn từ 1989-1999 giảm xuống còn 18,5% và giai đoạn 1999-2009 giảm xuống còn 16,7%. Mức sinh bắt đầu giảm từ những năm 1990 và giảm nhanh trong giai đoạn 10 năm gần đây: từ gần 2% ở những năm đầu thập kỷ giảm xuống còn 1,7% năm 1999 và 1,2% năm 2009. Đây được coi là thời kỳ có tỷ lệ tăng dân số thấp nhất trong vòng 50 năm qua (Bảng 1).

Giảm sinh ở Việt Nam thể hiện khá rõ qua các chỉ báo đo lường mức sinh, đó là tỷ suất sinh

thô (số trẻ được sinh ra trong 1 năm tính trên 1000 dân) và tổng tỷ suất sinh (số con sinh ra còn sống cho một phụ nữ - TFR). Từ trước năm 1960, tỷ suất sinh thô của Việt Nam rất cao (44 phần nghìn). Sau 5 thập kỷ thực hiện công tác kế hoạch hoá gia đình, tỷ suất này giảm xuống còn 19,9 phần nghìn năm 1999 và 17,2 phần nghìn năm 2007. Tương tự như tỷ suất sinh thô, tổng tỷ suất sinh cũng có xu hướng giảm dần. Trong 20 năm (1979-1999) tổng tỷ suất sinh đã giảm mạnh, từ 5,3 con cho một phụ nữ xuống còn 2,3 con, gần đạt được mức sinh thay thế (là mức sinh mà một đoàn hệ phụ nữ trung bình có vừa đủ số con gái để thay thế mình trong dân số. Mức sinh thay thế sẽ đạt được khi tỷ suất tái sinh sản thực bằng 1 hoặc tổng tỷ suất sinh = 2,1). Năm 2005, Việt Nam đã đạt được mức sinh thay thế và duy trì ổn định ở dưới mức thay thế từ năm 2006 đến nay (TFR=2,08 năm 1008). Tuy nhiên vẫn tồn tại sự khác biệt về mức sinh giữa các vùng, miền: tổng tỷ suất sinh ở khu vực thành thị khá thấp (1,8 con) so với khu vực nông thôn (2,15 con). Tây Nguyên có mức sinh cao nhất (TFR=2,65 con) và thấp nhất là vùng Đông Nam Bộ (1,69 con). Mức sinh hiện nay hầu như tập trung ở độ tuổi từ 23-34 ở thành thị và 20-29 ở nông thôn.

Có thể coi mức sinh giảm nhanh như vậy là một thành tựu của công tác dân số Việt Nam nếu xét theo khía cạnh thời gian gấp đôi (Số năm cần thiết để một dân số ở một địa bàn tăng gấp đôi qui mô hiện tại với tỷ lệ tăng dân số hiện hành): nếu tỷ lệ tăng dân số hàng năm vẫn duy trì ở mức 2% như năm 1990 thì sau 35 năm nữa, dân số Việt Nam sẽ tăng gấp đôi, nhưng với tỷ lệ tăng dân số 1,4% thì thời gian tăng gấp đôi sẽ là 50 năm. Tuy nhiên, khi tổng tỷ suất sinh đã ở dưới mức sinh thay thế và tỷ suất sinh vẫn tiếp tục giảm thì dân số Việt Nam vẫn sẽ tiếp tục tăng lên tuyệt đối trong khoảng 20 năm tiếp theo hoặc là một thế hệ (khoảng 25 năm), cho đến khi nhóm người được sinh ra tại thời điểm bùng nổ dân số bước qua độ tuổi sinh đẻ. Do đó Việt Nam vẫn tiếp tục là nước đông dân thứ 3 ở khu

vực Đông Nam Á (sau Ấn Độ và Philippin) và đứng thứ 14 trong số những nước đông dân nhất thế giới.

Xu hướng giảm sinh trong khi qui mô dân số vẫn tiếp tục tăng khiến dân số Việt Nam có một đặc tính nổi bật, đó là xu hướng già hoá dân số khi vẫn là một dân số trẻ. Điều này thể hiện ở xu thế giảm của tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi, từ 39% năm 1989 xuống còn 33% năm 1999 và 25% năm 2008. Trong khoảng thời gian gần 4 thập kỷ (1979-2008), tỷ lệ phụ thuộc trẻ em đã giảm rất nhanh, từ 84,5% năm 1979 xuống còn 73% năm 1989, 56,3% năm 1999 và 38,4% năm 2008. Kết quả điều tra biến động dân số, nguồn lao động và kế hoạch hoá gia đình năm 2008 cho thấy có sự chuyển đổi của tháp tuổi (tháp dân số) từ dạng “mở rộng” sang “co hẹp” thông qua sự thu hẹp của ba thanh ở đáy tháp, đặc biệt là của hai thanh thuộc các nhóm 0-4 tuổi và 5-9 tuổi. Điều này cho thấy sự xuất hiện của những đoàn hệ mới nhỏ hơn làm cho cơ cấu tuổi thay đổi, phản ánh sự chuyển đổi từ thời kỳ dân số tăng trưởng nhanh sang thời kỳ tăng trưởng thấp và biểu hiện của một dân số có số dân trong độ tuổi lao động cao.

Cùng với mức sinh và chết giảm, tuổi thọ bình quân khi sinh cũng tăng lên 3,7 tuổi đối với dân số nam và 5,5 tuổi đối với dân số nữ trong khoảng thời gian 10 năm. Cụ thể, tuổi thọ bình quân của nam giới tăng từ 66,5 tuổi năm 1999 lên 70,2 tuổi năm 2009 và tuổi thọ bình quân của nữ tăng từ 70,1 tuổi lên 75,6 tuổi những năm tương ứng. Do sự giảm sinh đáng kể trong khi tuổi thọ trung bình tăng lên nên Việt Nam sẽ bước nhanh vào thời kỳ già hoá dân số với tỷ trọng dân số trẻ ngày càng giảm và tỷ trọng người già ngày càng tăng. Chỉ số già hoá phản ánh cấu trúc của dân số phụ thuộc (là tỷ lệ phần trăm giữa dân số từ 65 tuổi trở lên và dân số dưới 15 tuổi) tăng từ 12% năm 1989 lên 17,4% năm 1989 và 24,5% năm 1999 và 35,9% năm 2009. Chỉ số này hiện nay cao hơn mức trung bình của các nước khác khu vực Đông Nam Á (30%). Cũng trong thời gian đó, tỷ trọng nhóm dân số

trong độ tuổi lao động (15-59 tuổi) tăng từ 58% lên 66% và nhóm dân số già (từ 60 tuổi trở lên) tăng từ 8% lên 9%. Trong giai đoạn 10 năm từ 1989 đến 1999, tỷ lệ phụ thuộc chung giảm từ 86% xuống còn 70% và đến năm 2008, tỷ lệ này tiếp tục giảm xuống còn 54%, phần lớn do tác động của việc thực hiện chính sách dân số - kế hoạch hoá gia đình, dẫn đến giảm tỷ lệ phụ thuộc trẻ em từ 0-14 tuổi. Với sự giảm nhanh tỷ lệ phụ thuộc trẻ em dưới 15 tuổi và tỷ lệ phụ thuộc chung, Việt nam hiện đang trải qua một gia đoạn nhân khẩu học, đó là “thời kỳ dân số vàng”. Trong thời kỳ này, nhóm dân số trong độ tuổi lao động sẽ cao gấp đôi nhóm dân số trong độ tuổi phụ thuộc và chỉ xảy ra duy nhất một lần trong lịch sử nhân khẩu học của mỗi quốc gia. Cơ cấu dân số vàng đã tạo ra cơ hội nguồn nhân lực cho Việt Nam, đóng góp đáng kể vào phát triển kinh tế, tạo thêm các cơ hội việc làm cho người dân. Tuy nhiên, Việt Nam cũng cần phải có những ứng phó với già hoá dân số để đảm bảo an sinh xã hội cho người già do đặc tính dễ bị tổn thương của nhóm dân số này.

Thời gian qua, việc Chính phủ tăng đầu tư vào lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ ban đầu và kế hoạch hoá gia đình đã góp phần vào việc tăng cường và mở rộng hệ thống y tế ra toàn quốc. Các dịch vụ điều trị và phòng bệnh cho bà mẹ và trẻ em, chăm sóc thai nghén, sinh đẻ an toàn và chăm sóc sau sinh, kế hoạch hoá gia đình được cung cấp tại các cơ sở y tế công cộng và tư nhân với chất lượng ngày càng đảm bảo. Điều đó đã có tác động tích cực đến các chỉ báo về tử vong. Từ 1990 đến 1999, tỷ suất chết bà mẹ đã giảm từ 200 trường hợp /100.000 trẻ sinh ra sống xuống còn 100 trường hợp. Tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi (IMR), một chỉ báo phát triển quan trọng đã giảm đáng kể từ 41,5% năm 1994 xuống còn 36,7% năm 1999 và trong giai đoạn 10 năm tiếp theo giảm nhanh chỉ còn 15 phần nghìn. Tuy nhiên vẫn có sự khác biệt lớn giữa các vùng, đặc biệt là hai vùng trung du và miền núi phía Bắc và Tây Nguyên, tuy mức chết đã có xu hướng giảm nhưng các tỷ suất chết vẫn còn cao.

3. Tỷ số giới tính và tỷ số giới tính khi sinh (SRB)

Tỷ số giới tính của dân số được định nghĩa là số nam trên 100 nữ. Kể từ năm 1960, tỷ số giới tính của Việt nam luôn ở mức dưới 100 do tử vong nam giới cao, hậu quả của những cuộc chiến tranh và tử vong vượt trội của nam giới. Tuy nhiên, từ 1979, tỷ số này có xu hướng tăng lên do ảnh hưởng chiến tranh giảm dân và tăng tỷ số giới tính khi sinh, tăng từ 96,7 năm 1999 lên 98,1 năm 2009. Tỷ số giới tính chung là một chỉ báo quan trọng đánh giá sự phát triển kinh tế và đặc điểm ngành nghề ở các khu vực kinh tế - xã hội khác nhau. ở những vùng phát triển các ngành nghề thu hút nam giới có tỷ số giới tính cao do thu hút lao động nam di cư từ các vùng khác đến. Ngược lại, tỷ số này sẽ thấp hơn ở những vùng phát triển các ngành nghề thu hút lao động nữ là chính. Số liệu Bảng 2 cho thấy tuy hai vùng Tây Nguyên và Đông Nam Bộ đều có mức tăng dân số nhanh hơn mức bình quân chung nhưng tỷ số giới tính của Tây Nguyên là 102,4 cao hơn tỷ số giới tính chung của cả nước. Trong khi đó, Đông Nam bộ có tỷ số giới tính là 95,3 thấp hơn tỷ số giới tính chung của cả nước.

Tuy nhiên, vấn đề dân số nổi bật của Việt Nam hiện nay là dấu hiệu về mất cân bằng giới tính khi sinh, điều các nhà hoạch định chính sách cũng như các cơ quan thông tin đại chúng hết sức quan tâm. Chỉ báo giới tính khi sinh được định nghĩa là số trẻ em trai được sinh ra trên 100 trẻ gái được sử dụng để đánh giá mức độ cân bằng giữa nam và nữ. Bình thường chỉ số này là 105, dao động từ 103-107. Hiện nay trên thế giới không có nhiều quốc gia bị mất cân bằng giới tính khi sinh, phần lớn tập trung tại các quốc gia đang phát triển ở châu Á và châu Phi. Đó là một trong những hậu quả của tư tưởng thích con trai còn tồn tại tại một số nước đang phát triển châu á và châu Phi và sự phát triển nhanh chóng và tiếp cận dễ dàng với các kỹ thuật chẩn đoán sớm giới tính thai nhi và dịch vụ nạo hút thai.

Theo báo cáo về những thay đổi về tỷ số giới tính khi sinh ở Việt Nam của Quỹ dân số Liên hiệp quốc, hiện tượng tăng nhanh bất thường của tỷ số giới tính khi sinh xảy ra ở trong thập kỷ đầu tiên của thế kỷ 21. Nếu năm 2000 tỷ số giới tính khi sinh của Việt Nam là 106 thì đến năm 2008, tỷ số này đã tăng lên 112, xếp Việt Nam vào hàng có chỉ số giới tính khi sinh thuộc loại cao nhất trên thế giới, chỉ sau Ác-mê-ni-a (117), Gru-dia (116) và Trung Quốc (112). Báo cáo trên cũng dự đoán rằng nếu kể từ năm 2006, mỗi năm tỷ số giới tính khi sinh tăng lên một điểm thì SRB có thể vượt ngưỡng 115 trong vòng 3 năm tới. Kết quả của hai cuộc điều tra biến động dân số và kế hoạch hoá gia đình cho thấy chỉ trong 1 năm (2006-2007), SRB đã tăng thêm 2 điểm (từ 110 lên 112) trên phạm vi cả nước. Đó là dấu hiệu nhân khẩu học đáng lo ngại nếu biết rằng giá trị của CRB luôn ổn định theo thời gian và không gian, giữa các châu lục và quốc gia, khu vực và dân tộc. Bất kỳ một sự thay đổi đáng kể nào khiến tỷ số này chệch khỏi mức sinh học bình thường đều phản ánh những can thiệp có chủ định ở các mức độ khác nhau đến sự cân bằng tự nhiên này. Mặc dù không có sự khác biệt lớn về tỷ số giới tính khi sinh ở thành thị và nông thôn nhưng số liệu cũng cho thấy tỷ số giới tính khi sinh đặc biệt cao ở khu vực đồng bằng sông Hồng (CRB=115,3). Đặc biệt, số địa phương có tỷ số giới tính khi sinh cao cũng tăng lên. Nếu 2006 chỉ có 19 tỉnh / thành phố có SRB từ 110 trở lên thì đến 2007, đã có 35 tỉnh/ thành

phố có SRB ở giá trị này. Bằng chứng của một số điều tra được tiến hành gần đây cho thấy đã có dấu hiệu của sự lựa chọn của cha mẹ, sự can thiệp của y tế để sinh con trai. Kinh nghiệm ở nhiều nước như Trung Quốc, Hàn Quốc cho thấy việc mất cân bằng giới tính khi sinh đã mang lại những hậu quả kinh tế- xã hội và nhân khẩu học rất nghiêm trọng. Do đó, cần tiếp tục thực hiện các nỗ lực để tăng cường giáo dục người dân về quyền con người và thúc đẩy bình đẳng giới, nâng cao vị thế của người phụ nữ trong gia đình và xã hội để có thể hạn chế việc lựa chọn giới tính thai nhi của người dân.

Như vậy, với đặc tính cả mức sinh và chết đều giảm và duy trì ở mức thấp cùng với sự thay đổi đáng kể về mô hình sinh theo độ tuổi, chuyển từ sớm sang muộn chủ yếu do tác động của xu hướng kết hôn muộn và sự thay đổi hành vi sinh con của nhóm phụ nữ trẻ và xu hướng tăng của tỷ số giới tính khi sinh nên trong giai đoạn tới, xu thế nhân khẩu học của Việt Nam sẽ mang những đặc tính như sau: Đạt và ổn định mức sinh thay thế, qui mô dân số tiếp tục tăng với mức sinh hàng năm giảm dần; Tỷ lệ giới tính khi sinh tăng theo thời gian dẫn đến hiện tượng mất cân bằng giới tính; Việt Nam bắt đầu bước vào thời kỳ “dân số vàng” nhưng cũng sẽ sớm bước vào giai đoạn già hoá dân số do giảm tỷ lệ phụ thuộc chung và tỷ lệ trẻ em dưới 15 tuổi trong khi tỷ lệ người già từ 60 tuổi trở lên lại tăng lên nhanh chóng.

Lời Tòà soạn: Báo cáo sức khỏe thế giới năm 2008 của Tổ chức Y tế thế giới đã đề cập tới vấn đề thương mại hóa hệ thống y tế tại một số nước đang phát triển, nhấn mạnh thực trạng hệ thống y tế các quốc gia này đang bị thả trôi theo vòng xoáy thương mại hóa và những hệ quả của thực trạng thương mại hóa hệ thống y tế. Tạp chí Chính sách Y tế xin giới thiệu một phần trong báo cáo này.

KHI HỆ THỐNG Y TẾ BỊ THẢ TRÔI VÀO VÒNG XOÁY THƯƠNG MẠI HÓA¹

Ở nhiều quốc gia, nếu không phải là ở hầu hết các quốc gia thu nhập thấp và thu nhập trung bình, sự thiếu hụt tài chính trong một hệ thống cung ứng dịch vụ y tế bị cắt đoạn đã đẩy nhanh quá trình thương mại hóa y tế, người mua dịch vụ y tế phải tự trả chi phí cho từng dịch vụ y tế (*phương thức thanh toán theo phí dịch vụ - fee for service*) mà không có sự quản lý; người bán dịch vụ thuộc mọi thành phần y tế công, y tế tư nhân hoặc y tế của các tổ chức phi chính phủ.

Ngày nay, do sự cố tình hoặc do sự yếu kém trong quản lý mà tình trạng thương mại hóa y tế đã phát triển tới mức chưa từng có ở nhiều quốc gia có thu nhập thấp hoặc trung bình. Ban đầu, sự thương mại hóa chỉ giới hạn trong khu vực đô thị, với việc cung ứng dịch vụ y tế của nhiều nhà cung ứng dịch vụ độc lập theo cơ chế thu phí dịch vụ. Giờ đây, nền y tế thương mại hóa đã thống soái một vùng rộng lớn từ khu vực châu Phi - sa mạc Hạ Sahara tới các nước có nền kinh tế chuyển đổi² ở châu Á và châu Âu.

Thương mại hóa y tế xâm nhập vào cả hệ thống y tế công lẫn hệ thống y tế tư. Thực tế, việc cung ứng dịch vụ y tế tại cơ sở y tế của nhà nước và thậm chí tại các cơ sở y tế phi chính phủ (NGO) vốn có truyền thống cung ứng dịch vụ phi lợi nhuận đã bị thương mại hóa, do tình trạng chi trả ngầm và do các cơ chế phục hồi chi phí, chuyển gánh nặng chi phí sang người sử dụng dịch vụ y tế nhằm bù đắp lại sự thiếu hụt tài chính mãn tính của khu vực y tế công và sự cứng nhắc trong khả năng điều chỉnh dự toán chi tiêu.

Ở những quốc gia này, công chức y tế hành nghề y tế tư tạo ra một thành phần đáng kể của

thị trường y tế không quản lý; những người không hành nghề tư thì quay sang thu tiền không chính thức của người bệnh. Các cuộc thảo luận về y tế công tư kéo dài mấy thập kỷ nay thường bỏ qua một điểm: đối với người dân, vấn đề chính không phải người cung ứng dịch vụ là cán bộ nhà nước hay doanh nghiệp tư nhân, cũng không phải cơ sở y tế là thuộc sở hữu nhà nước hay sở hữu tư nhân mà quan trọng hơn cả đối với người dân là họ phải bán tài sản đi để trả tiền cho dịch vụ y tế mà họ phải chi trả theo phương thức phí dịch vụ, trong khi sự thiếu hụt vai trò quản lý nhà nước và các cơ chế cần thiết để bảo vệ họ.

Thị trường hóa có hệ quả xấu đối với chất lượng cũng như tiếp cận dịch vụ y tế. Nguyên nhân thì rất rõ: nhà cung ứng dịch vụ y tế có kiến thức, còn người bệnh thì có ít hoặc không có kiến thức (về y tế). Nhà cung ứng luôn quan tâm bán những gì có lợi nhuận cao nhất, nhưng không nhất thiết là thứ tốt nhất cho người bệnh. Nếu không có cơ chế kiểm tra, quản lý hiệu quả, sẽ thấy xuất hiện các báo cáo của cơ quan bảo vệ khách hàng hoặc xuất hiện trên báo chí các bài báo phản ánh sự mất niềm tin của người dân đối với người cung ứng dịch vụ y tế. Những người không có tiền trả phí dịch vụ thì bị truất quyền được chăm sóc sức khỏe, những người có tiền

¹ Tiêu đề từ nguyên bản tiếng Anh trong Báo cáo sức khỏe thế giới 2008 "Health systems left to drift towards unregulated commercialization".

² Nền kinh tế chuyển đổi: nền kinh tế kế hoạch tập trung chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường của các nước xã hội chủ nghĩa ở châu Á và châu Âu.

thì có thể phải trả nhiều tiền cho những loại dịch vụ y tế không thực sự cần thiết, nhưng loại dịch vụ mà mình cần thì có thể vẫn không có.

Những hệ thống y tế bị thương mại hóa không có sự kiểm soát của Nhà nước vừa rất tốn kém vừa không hoạt động hiệu quả: nó làm trầm trọng thêm sự bất bình đẳng của hệ thống y tế, cung cấp các dịch vụ y tế kém chất lượng và đôi khi còn nguy hiểm cho sức khỏe (ví dụ ở Cộng hòa Dân chủ Công-gô, cụm từ “*la chirurgie safari*” phẫu thuật safari - chỉ một kiểu hành nghề tư của cán bộ y tế công, thực hiện ca mổ ruột thừa hoặc những loại phẫu thuật khác tại

gia đình bệnh nhân với giá rất đắt đỏ).

Như vậy, thị trường hóa chăm sóc sức khỏe là một yếu tố quan trọng dẫn tới sự mòn mỏi niềm tin vào hệ thống cung ứng dịch vụ y tế, làm giảm khả năng của Nhà nước trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân. Chính điều đó khiến các chính trị gia phải có sự quan tâm nhiều hơn so với thời gian 30 năm trước đây và là một trong những lý do tại sao cần thiết phải nỗ lực cải cách hệ thống y tế, nhằm đảm bảo hệ thống y tế không những vượt qua được các thách thức hiện nay trong nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe, mà còn đáp ứng được sự mong đợi của người dân.

TỔNG QUAN VỀ CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

TS. Trần Văn Tiến

Bảo hiểm y tế xã hội là một trong hai cơ chế tài chính y tế đáp ứng được mục tiêu công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Trong tổng số 30 nước có nền kinh tế phát triển thuộc tổ chức OECD¹, có tới 15 nước lựa chọn cơ chế tài chính y tế dựa trên BHYT xã hội, trong đó có 11 nước đã phát triển chính sách bảo hiểm y tế (BHYT) từ thập kỷ 60 của thế kỷ trước và duy trì cho tới nay. Đó là các nước: Đức, Pháp, Áo, Bỉ, Luxembourg, Mexico, Hà Lan, Thụy Sĩ, Thổ Nhĩ Kỳ, Nhật và Hàn Quốc. Các nước này, trừ Mexico và Thổ Nhĩ Kỳ, cơ bản đã đạt được mục tiêu bao phủ BHYT toàn dân. Bốn nước thuộc tổ chức OECD còn lại là 4 nước Đông Âu, bao gồm Czech, Ba Lan, Hungary, Slovakia. Các nước này phục hồi lại hệ thống BHYT từ đầu thập kỷ 90, sau nhiều năm thực hiện cơ chế tài chính y tế dựa trên thuế theo mô hình Semasko của Liên Xô trước đây.

Cũng cần lưu ý thêm rằng có 8 quốc gia² thuộc tổ chức OECD trước đây đã từng thực hiện chính sách BHYT nhưng trong những thập kỷ gần đây đã chuyển đổi sang cơ chế tài chính y tế dựa trên thuế.

Phần trình bày sau đây chọn giới thiệu tóm tắt về chính sách BHYT và việc tổ chức thực hiện chính sách BHYT tại 4 quốc gia thuộc tổ chức OECD đã có bề dày nổi bật về thâm niên và thành tích thực hiện chính sách BHYT. Đó là 2 nước ở châu Âu, là Đức, Pháp và 2 nước ở châu Á, là Nhật và Hàn Quốc.

I. CỘNG HÒA LIÊN BANG ĐỨC

Vì luật BHYT được ban hành và thực hiện đầu tiên trên thế giới vào năm 1883, tạo ra mô

hình tài chính y tế dựa trên bảo hiểm y tế Bismarck³, BHYT của Đức luôn được coi là mô hình BHYT kinh điển. Chính sách BHYT của Đức phải đối mặt với những thách thức chung là sự già hóa dân số và chi phí y tế tăng nhanh đòi hỏi sự điều chỉnh liên tục. Những lần sửa đổi gần đây nhất của Luật BHYT tại Đức là vào năm 2004 (*Social Health Insurance Modernization Act 2004*)⁴ và năm 2009. Điểm nổi bật trong lần sửa đổi này là quy định các giải pháp khắc phục tình trạng mất cân đối quỹ BHYT, thông qua việc tăng mức cùng chi trả, không thanh toán chi phí mua thuốc không kê đơn, giảm giá bắt buộc đối với thuốc BHYT.

Diện bao phủ

Trước hết, người lao động có thu nhập dưới một mức nhất định (năm 2006 là 47.250 € một năm cho khu vực Tây Đức và 42.740 euro một năm cho khu vực Đông Đức) là đối tượng tham gia BHYT bắt buộc. Nếu có thu nhập cao hơn quy định nói trên, người dân có thể tiếp tục tham gia BHYT xã hội, nhưng không bắt buộc, hoặc lựa chọn tham gia tự nguyện các chương trình BHYT thương mại (tư nhân). Trước năm 2009,

¹ OECD: viết tắt của Tổ chức hợp tác và phát triển kinh tế (Organization of Economic Cooperation and Development).

² Những nước thuộc tổ chức OECD chuyển đổi từ BHYT sang cơ chế tài chính y tế dựa trên thuế bao gồm: Đan Mạch, Hy Lạp, Iceland, Italy, Na Uy, Bồ Đào Nha, Tây Ban Nha và Thụy Điển.

³ Bismarck, Thủ tướng đầu tiên của Đức, người ký ban hành Luật BHYT năm 1883.

⁴ Stephanie Stock, Marcus Redaelli, and Karl Wilhelm Lauterbach, 2005: *The Influence Of The Labor Market On German Health Care Reforms*, *Health Affairs* 25, no. 4 (2006): 11431152

có khoảng 88% dân số Đức tham gia BHYT xã hội, trên 11% tham gia BHYT thương mại và có khoảng 1% dân số không có BHYT (gồm một số người có thu nhập cao hơn ngưỡng phải tham gia BHYT bắt buộc nên không đóng BHYT bắt buộc nhưng cũng không mua BHYT tự nguyện, số khác là những người vì những lý do khác nhau mà mất khả năng đóng phí BHYT bắt buộc hoặc BHYT thương mại).

Từ ngày 1/1/2009, Luật BHYT sửa đổi không miễn trừ trách nhiệm tham gia BHYT cho bất kỳ công dân nào⁵, đưa diện bao phủ BHYT tại Đức thành bao phủ toàn dân, lần đầu tiên sau 126 năm thực hiện Luật BHYT tại quốc gia này. Đây là một trong 4 nội dung cải cách về y tế của Đức, được Quốc hội Đức thông qua từ năm 2007⁶.

Nguồn tài chính BHYT

Quỹ BHYT xã hội tại Đức có hai nguồn thu chính: đó là tiền đóng BHYT của người lao động và chủ sử dụng lao động, tính theo thu nhập và tiền hỗ trợ từ ngân sách nhà nước.

Đối với người lao động hưởng lương, mức phí BHYT được tính theo tỷ lệ % của tiền lương trước thuế. Trước năm 2009, mức phí BHYT ở mức từ 10 đến 15% tiền lương, tùy thuộc vào từng quỹ BHYT (hệ thống BHYT xã hội của Đức được tổ chức theo mô hình đa quỹ, xin xem phần về tổ chức dưới đây). Luật quy định mức tiền lương tối đa để tính phí BHYT; năm 2006, mức tiền lương tối đa để tính phí BHYT là 3.562,5 euro/tháng.

Năm 2008, tính bình quân trong tất cả các quỹ BHYT, chủ sử dụng lao động đóng khoảng 7% và người lao động đóng khoảng 8% tiền lương. Mức đóng BHYT tối đa của người lao động hưởng lương năm 2008 là khoảng 540 euro/tháng.

Vợ, chồng, con của người lao động hưởng lương được đăng ký chế độ BHYT mà không phải đóng góp phí BHYT, nếu thu nhập của vợ, chồng, con không vượt quá một ngưỡng nhất định (340 euro/tháng cho năm 2006), hoặc

không là thành viên của một quỹ BHYT khác.

Đối với người lao động tự do, mức đóng tối thiểu là 170 euro/tháng áp dụng từ 1/4/2007; trước đây, mức đóng tối thiểu là 250 euro/tháng).

Người thất nghiệp ngắn hạn đóng phí BHYT theo tỷ lệ thu nhập từ trợ cấp thất nghiệp. Đối với người thất nghiệp dài hạn, hưởng mức trợ cấp thất nghiệp thấp, cơ quan quản lý lao động đóng phí BHYT cho họ với một mức phí cố định.

Từ 1/1/2009, chính phủ quy định một mức phí chung cho tất cả các quỹ BHYT, nguồn thu được tập trung vào một quỹ quốc gia và phân bổ về cho các quỹ BHYT tính theo đầu thẻ (định xuất) bằng một công thức, có tính tới tuổi, giới và 80 bệnh mãn tính hoặc bệnh chi phí lớn. Mỗi quỹ BHYT có thể thu thêm phí BHYT bổ sung, nếu số tiền được phân bổ từ quỹ quốc gia không đủ cân đối chi phí khám chữa bệnh.

Quyền lợi

Gói quyền lợi của người có chế độ bảo hiểm bắt buộc theo luật định tại CH Liên bang Đức rất toàn diện, bao gồm các quyền lợi về y tế (dịch vụ y tế dự phòng, điều trị nội trú và điều trị ngoại trú), một phần phụ cấp nghỉ ốm, nghỉ đẻ, và phụ cấp nuôi con. Những quyền lợi chính bao gồm:

- Các dịch vụ dự phòng và chẩn đoán sớm một số bệnh (đặc biệt là khám sàng lọc trẻ em dưới 6 tuổi, tuổi dậy thì, người lớn từ 35 tuổi 2 năm khám một lần sàng lọc. Nữ từ 20 tuổi, nam từ 45 tuổi khám sàng lọc phát hiện ung thư);
- Nha khoa dự phòng;
- Tiêm chủng, trừ trường hợp tiêm chủng để đi ra nước ngoài;

⁵ Nguồn: Bộ Y tế Cộng hòa liên bang Đức, 2009.

⁶ 4 nội dung cải cách y tế 2007 là: 1) bao phủ BHYT toàn dân, 2) cải cách hệ thống chăm sóc sức khỏe và cải cách tổ chức các quỹ BHYT bắt buộc, 3) cải cách cơ chế tài chính y tế và 4) cải cách BHYT thương mại

- Chính hình xương, khớp;
- Chữa răng;
- Thuốc, băng gạc, thiết bị trợ thính, xe đẩy;
- Điều trị nội trú;
- Một phần hoặc toàn bộ chi phí điều trị dự phòng và phục hồi chức năng cần thiết;
- 70% lương khi nghỉ ốm kể từ tuần thứ 7 (6 tuần đầu do chủ sử dụng lao động trả), tối đa không quá 78 tuần trong khoảng thời gian 3 năm. Nông dân có chế độ riêng.
- Phụ cấp nuôi con ốm tối đa 10 ngày mỗi năm cho mỗi con dưới 12 tuổi (nếu nuôi con 1 mình được phụ cấp 20 ngày). Nếu nhiều con, được tối đa 25 ngày/năm, nuôi con 1 mình được 50 ngày. Trẻ lớn tàn tật lớn hơn 12 tuổi được hỗ trợ thêm.
- Được giúp đỡ nội trợ nếu con nằm viện điều trị hoặc phục hồi chức năng hoặc nuôi con tàn tật dưới 12 tuổi cần người trông nom;
- Chăm sóc điều dưỡng tại nhà;
- Chăm sóc điều dưỡng tại nhà khi cần thiết đối với bà mẹ mang thai;
- Phụ cấp nuôi con và lương khi nghỉ đẻ, phụ cấp sơ sinh (6 tuần trước và 6 tuần sau khi sinh con), nếu sinh con thiếu tháng, sinh đôi, sinh ba trở lên thời gian hưởng phụ cấp được tăng lên gấp đôi. Mức hưởng bằng lương trung bình 3 tháng cuối, quỹ BHYT trả tối đa 13 euro/ngày, phần còn lại chủ sử dụng lao động trả.

Cùng chi trả

Do tình trạng mất cân đối quỹ trong những năm trước 2005, Luật BHYT sửa đổi quy định chi tiết nhiều khoản người tham gia BHYT phải cùng chi trả, thực hiện từ 1/1/2005, cụ thể là:

- 10% giá trị đơn thuốc, tối thiểu không dưới 5 euro và tối đa không quá 10 euro,
- Vật tư y tế: như trên.
- Vận chuyển: 10% chi phí, tối thiểu 5, tối đa 10 euro;

- Điều trị ngoại trú: 10% chi phí, + 10 euro cho mỗi đơn thuốc;
- Thiết bị hỗ trợ (nặng, xe lăn vv): 10% chi phí, tối thiểu 5 euro, tối đa 10 euro;
- Vật tư y tế tiêu hao: 10% chi phí, tối đa 10 euro/tháng;
- Nằm viện: 10 euro/ngày, tối đa không trả quá 280 euro,
- Phục hồi chức năng ngoại trú + nội trú: 10 euro/ngày;
- Phục hồi chức năng sau điều trị nội trú: 10 euro/ngày, tối đa 280 euro;
- Khám bệnh: 10 euro/3 tháng.

Để đảm bảo số tiền cùng chi trả của người bệnh không tạo ra gánh nặng tài chính cho họ, Luật BHYT Đức quy định tổng số tiền cùng chi trả không vượt quá ngưỡng tối đa, đồng thời miễn cùng chi trả cho một số nhóm đối tượng.

Theo quy định hiện hành, ngưỡng cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh của người có BHYT tối đa bằng 2% thu nhập cá nhân trước thuế (*gross disposable income*). Bệnh nhân dưới 18 tuổi được miễn cùng chi trả, trừ trường hợp chi phí chữa răng và chi phí vận chuyển. Nhằm đảm bảo điều kiện chăm sóc y tế cho những người phải điều trị và chăm sóc lâu dài, luật quy định những trường hợp sau được miễn cùng chi trả:

- Người cần chăm sóc ở cấp độ II và III;
- Người mất sức lao động từ 60% trở lên;
- Người mắc một số bệnh mãn tính cần điều trị lâu dài.

Các thành viên trong gia đình của người có bệnh mãn tính cũng được miễn cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh.

Phương thức thanh toán

Khu vực ngoại trú, thầy thuốc được chi trả bằng phương pháp kết hợp giữa phí dịch vụ và chu kỳ thời gian. Hàng năm, các quỹ BHYT đàm phán, thỏa thuận với hiệp hội các bác sĩ

ngoại trừ một khoản tiền khoán nhằm khống chế chi phí khám chữa bệnh ngoại trú.

Các bệnh viện thanh toán chi phí điều trị với cơ quan BHYT dựa trên nhóm chẩn đoán (hiện nay, số nhóm chẩn đoán được sử dụng để tính chi phí là 1.100 nhóm, được điều chỉnh hàng năm).

Tổ chức hệ thống

Hệ thống BHYT tại Cộng hòa Liên bang Đức được tổ chức theo mô hình đa quỹ, mỗi quỹ hoạt động tự chủ và độc lập với nhau và độc lập với các quỹ bảo hiểm hưu trí. Các quỹ BHYT xã hội là các tổ chức phi chính phủ, hoạt động không vì lợi nhuận, theo luật và chịu sự quản lý Nhà nước của chính quyền các bang ("*Länder*"). Với 420 quỹ ở năm 2000, hiện tại còn trên 220 quỹ. Từ năm 1996, mọi công dân có quyền tự do lựa chọn tham gia BHYT tại bất kỳ quỹ BHYT nào. Hiện có những loại quỹ BHYT chính sau đây:

- a. Quỹ BHYT của các doanh nghiệp gọi là quỹ BHYT BKK - (*Betriebskrankenkassen*) có nguồn gốc lâu nhất. Năm 2000 có 337 quỹ BKK;
- b. Quỹ BHYT khu vực, đóng theo địa giới hành chính còn gọi là quỹ AOK (*Allgemeine Ortskrankenkassen*). Năm 2000 có 17 quỹ AOK.
- c. Quỹ BHYT "*Ersatzkassen*" (12 quỹ - dành cho những lao động trí thức không tham gia BHYT doanh nghiệp)..
- d. 32 quỹ BHYT cho các hiệp hội (*Innungskrankenkassen*) và một số quỹ BHYT ngành nghề khác (ví dụ 20 quỹ BHYT cho nông dân, 1 quỹ cho thủy thủ, 1 quỹ cho thợ mỏ).

Năm quỹ BHYT có nhiều người tham gia nhất hiện nay là AOK, BEK, BKK, DAK và KKH. Quy định nguồn thu đóng BHYT của tất cả các quỹ BHYT bắt buộc, theo một mức phí chung do chính quyền liên bang quyết định, rồi tập trung về một quỹ BHYT quốc gia (trung

ương), sau đó phân bổ lại cho từng quỹ căn cứ số người tham gia và tình trạng sức khỏe (giới, tuổi, nhóm bệnh tật ...vv...) về bản chất là sự thống nhất, sáp nhập các quỹ BHYT bắt buộc thành một quỹ chung cho cả nước.

II. CỘNG HÒA PHÁP

Các chương trình BHYT đã được triển khai tại Pháp từ đầu thế kỷ 20. Năm 1930 luật BH xã hội đầu tiên được thông qua với 5 nội dung bảo hiểm, bảo hiểm bệnh tật là nội dung số một. Trước khi bùng nổ chiến tranh thế giới lần thứ 2 vào năm 1939, 2/3 dân số Pháp đã có BHYT. Ngày sau khi chiến tranh kết thúc, sắc lệnh 4/10/1945 được ban hành, đưa ra định hướng bao phủ BHYT toàn dân. Tuy vậy, năm 1961 Pháp mới mở rộng BHYT cho nông dân và năm 1966, người lao động tự do ngoài khu vực nông nghiệp mới bắt đầu tham gia BHYT.

Trong 2 thập kỷ cuối của thế kỷ 20, chính sách BHYT liên tục được sửa đổi và với Luật bao phủ toàn dân (CMU - "*Couverture Maladie Universelle*") được ban hành năm 2000 với các giải pháp tài chính hỗ trợ cho người thu nhập thấp, Pháp mới chính thức đạt được mục tiêu bao phủ BHYT cho toàn dân. Cho tới nay, 100% dân số Pháp có BHYT bắt buộc và 92% dân số tham gia chương trình BHYT tự nguyện bổ sung. Người dân tham gia BHYT tự nguyện bổ sung để được thanh toán những chi phí ngoài chế độ của BHYT bắt buộc.

Diện bao phủ

Luật Bao phủ toàn dân năm 2000 (CMU "*Couverture Maladie Universelle*") đã tạo ra những thay đổi lớn. Trước hết, là sự bảo đảm cho toàn dân được BHYT. Trước Luật CMU, người lao động tham gia các chương trình BHYT theo nơi làm việc của mình, đóng phí BHYT tính theo tiền lương. Nay, theo luật CMU, người dân có quyền lựa chọn bất cứ quỹ BHYT nào phù hợp để tham gia, nguồn thu BHYT không chỉ từ tiền lương, mà còn từ thuế thu nhập cá nhân và các nguồn khác, trong đó có từ thuế rượu bia và

thuế thuốc lá. Ngoài ra, theo luật CMU, Quốc hội có vai trò tích cực hơn trong xác định thu chi của quỹ BHYT. Luật CMU cũng tạo điều kiện cho người có thu nhập thấp dưới ngưỡng được quyền tham gia các chương trình BHYT bổ sung miễn phí (do ngân sách nhà nước hỗ trợ mức phí).

Nguồn tài chính BHYT

Quỹ BHYT xã hội có những nguồn tài chính sau:

- Từ quỹ lương: Chủ sử dụng lao động: 12,8% lương; Người lao động: 0,75% lương (trước năm 1999, mức đóng của người lao động là 6,8% lương). Nguồn tài chính từ quỹ lương chiếm 43% nguồn thu của quỹ BHYT tại Pháp;
- Nguồn từ thuế thu nhập cá nhân (do ngân sách nhà nước chuyển sang): 33% tổng thu BHYT;
- Thuế rượu bia: 8%;
- Tiền hỗ trợ của chính phủ: 2%;
- Nguồn từ các quỹ BHXH khác: bằng 8% tổng thu của quỹ;

Nguồn thu cho đối tượng người nghèo (theo luật CMU) được chuyển từ thuế thu nhập doanh nghiệp kinh doanh thuốc lá và từ 2,5% thuế thu nhập doanh nghiệp của các quỹ BHYT thương mại.

Quyền lợi

Người dân Pháp được đảm bảo quyền lợi trong khám chữa bệnh nội - ngoại trú, một phần chi phí điều trị răng và mắt. Tuy vậy, tương tự như tại Cộng hòa Liên bang Đức, người bệnh phải cùng trả cho những chi phí sau:

- *Khám bệnh ngoại trú:* cùng chi trả 30% chi phí nếu đến khám tại phòng khám bác sĩ đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (*medicin referent*)⁷ hoặc 50% chi phí (nếu đến khám tại phòng khám bác sĩ không đăng ký) và 1 euro một lần khám, mức cùng chi trả không quá 50 euro/năm. Phân chênh lệch tỷ lệ cùng

chi trả giữa bác sĩ theo đăng ký và bác sĩ không theo đăng ký sẽ không được chương trình BHYT bổ sung chi trả.

- *Điều trị nội trú:* Cùng chi trả 20% chi phí nội trú và 14 euro/ngày điều trị nội trú. Người bệnh không phải cùng chi trả từ ngày thứ 31 trở đi.
- *Xét nghiệm:* 40% chi phí + 1 euro/ngày, tối đa không quá 50 euro/năm;
- *Thuốc theo đơn và dụng cụ y tế:* cùng chi trả 0%, 35% hoặc 65% chi phí tùy theo hiệu quả của loại thuốc chỉ định;
- *Điều trị răng:* 30% chi phí;
- *Vận chuyển:* 35% chi phí;
- *Máy trợ thính, nạng, xe lăn ...:* 35% chi phí

Các khoản cùng chi trả nêu trên có thể được quỹ BHYT bổ sung bồi hoàn. Tuy vậy, từ năm 2008, số tiền cùng chi trả cho một số dịch vụ ngoại trú (tiền cùng trả cho 1 lần khám, tiền đơn thuốc và tiền vận chuyển, nếu có tổng số trong năm dưới 50 euro sẽ không được quỹ BHYT bổ sung bồi hoàn).

Những trường hợp sau đây được miễn cùng chi trả:

- Điều trị các bệnh mãn tính (ước khoảng 12% dân số);
- Tai nạn lao động;
- Trẻ em, người già, người tàn tật;
- Người nghèo (đối tượng tham gia chương trình CMU).

Phương thức thanh toán

Từ năm 2008, tất cả các bệnh viện đều thực hiện phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán (DRG). Phương thức thanh toán theo DRG chuẩn sẽ được hoàn thiện vào năm 2012.

⁷ Luật cải cách BHYT năm 2004 quy định người bệnh phải khám chữa bệnh thông qua bác sĩ khám chữa bệnh ban đầu.

Khu vực ngoại trú, các thầy thuốc được chi trả theo phí dịch vụ, với 22 euro/ lượt khám cho bác sĩ đa khoa và 23 euro/ lượt khám cho bác sĩ chuyên khoa.

Tổ chức hệ thống

Các quỹ BHYT tại Pháp và các quỹ hưu trí, quỹ bảo trợ xã hội liên kết với nhau trong một liên minh, được gọi là “Liên minh các quỹ an sinh xã hội quốc gia” (*Union des caisses nationale de securite sociale UCANSS*). Các quỹ trong Liên minh hoạt động hoàn toàn độc lập, nhưng có sự phối hợp trong hoạt động thu phí bảo hiểm, thông qua việc thành lập một tổ chức chuyên trách thu phí chung, có tên là ACOSS (*Agence Centrale des Organismes des Securite Sociale*). Tổ chức này chịu trách nhiệm thu phí và phân bổ lại cho các quỹ BHYT, hưu trí và bảo trợ xã hội. Có tất cả 105 đại lý thu phí tư nhân đứng ra thu phí an sinh xã hội dưới sự giám sát của ACOSS.

Trong khi quỹ hưu trí và quỹ bảo trợ gia đình hoạt động theo mô hình đơn quỹ (một quỹ duy nhất cho cả nước) thì các quỹ BHYT tại Pháp hoạt động theo mô hình đa quỹ, độc lập với nhau.

Có chương trình BHYT lớn và 11 quỹ BHYT nhỏ như sau:

- Chương trình BHYT cho người làm công ăn lương và gia đình của họ (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Travailleurs Salaries CNAMS*). Chương trình này cũng đảm trách nhóm đối tượng được Nhà nước bảo trợ theo Luật CMU 2000, bao gồm 950.000 người (1,6% dân số). Toàn bộ chương trình CNAMS bao phủ 84% dân số Pháp;
- Quỹ BHYT cho nông dân (*Mutualité Sociale Agricole MSA*), bao phủ 7,2 % dân số;
- Quỹ BHYT cho lao động tự do phi nông nghiệp (*Caisse Nationale d'Assurance*

Maladie des Professions Indépendantes CANAM), bao phủ khoảng 5% dân số;

- 11 quỹ nhỏ cho một số ngành nghề riêng và gia thuộc (7 quỹ do CNAMS quản lý, 4 quỹ độc lập bao phủ 4% dân số).

Ba quỹ BHYT lớn (CNAMS, MSA và CANAM) nêu trên tổ chức mạng lưới các quỹ ở địa phương. Ví dụ quỹ CNAMS có 129 quỹ địa phương (chịu trách nhiệm chi trả chi phí khám chữa bệnh), 16 quỹ khu vực chịu trách nhiệm về bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và 1 quỹ trung ương thực hiện BHYT cho người hưởng lương.

Ở tuyến cơ sở, các quỹ BHYT khác nhau có thể phối hợp với nhau để thành lập 1 liên đoàn BHYT địa phương (gọi là URCAMS), để cùng đàm phán với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế. Về khía cạnh pháp lý, đa số các cơ quan BHYT xã hội là các tổ chức tư nhân⁸, nhưng được tổ chức giống như tổ chức công (“quasi-public”) chịu sự giám sát của chính phủ. Từ năm 2002, Bộ Y tế Pháp, theo Luật BHYT mới, chịu trách nhiệm giám sát các quỹ BHYT, cùng với Bộ Phúc lợi xã hội và Bộ Tài chính.

Năm 2004, một luật mới được ban hành. Theo đó, hai hiệp hội BHYT được thành lập: Hiệp hội quốc gia các quỹ BHYT xã hội bắt buộc (UNCAM) và Hiệp hội quốc gia các quỹ BHYT tự nguyện (UNOCAM). Luật mới cũng trao quyền cho các quỹ BHYT bắt buộc quyền xác định gói quyền lợi, giá dịch vụ và mức cùng chi trả.

⁸ Simone Sandier, Valerie Paris, Dominique Polton. Health care system in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European. Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. World Health Organization - *European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005. Social health insurance system in Western Europe.*
2. WHO, 2005. *Social health insurance: Selected case studies from Asia and the Pacific.*
3. The Commonwealth Fund, 2008. *Description of health care system: Denmark, France, Germany, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom*
4. Berstelmann Stiftung, 2004. *International Reform Monitor: Social Policy, Labour Market Policy and Industrial Relations.*
5. Simone Sandier, Valerie Paris, Dominique Polton. *Health care system in transition: France.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European. Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
6. Stephanie Stock, Marcus Redaelli, and Karl Wilhelm Lauterbach, 2005: *The Influence Of The Labor Market On German Health Care Reforms*, Health Affairs 25, no. 4 (2006): 1143-1152
7. Tetsuo Fukawa. *Public health insurance in Japan.* World Bank, 2002.
8. Masanori Ito, 2004. *Health insurance systems in Japan: neurosurgeon's view.* Neurol Med Chir (Tokyo), 44, 617-628, 2004