

DH2.17

BỘ Y TẾ



Kinh tế y tế và Bảo hiểm y tế

SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ ĐA KHOA

Chủ biên:

PGS.TS. NGUYỄN THỊ KIM CHÚC



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

BỘ Y TẾ

KINH TẾ Y TẾ VÀ BẢO HIỂM Y TẾ

SÁCH ĐÀO TẠO BÁC SĨ ĐA KHOA

Mã số: Đ.42.Y.21

Chủ biên: PGS.TS. NGUYỄN THỊ KIM CHỨC

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2007**



CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN

Vụ Khoa học và Đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN

PGS. TS. Nguyễn Thị Kim Chúc

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN

PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Chúc

ThS. Nguyễn Thị Bạch Yến

TS. Hoàng Văn Minh

TS. Nguyễn Xuân Thành

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO

ThS. Phí Văn Thâm

BS. Nguyễn Ngọc Thịnh

© bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)



LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục và Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo bác sĩ đa khoa. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách “*Kinh tế Y tế và Bảo hiểm Y tế*” được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục đại học của Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách “*Kinh tế Y tế và Bảo hiểm Y tế*” đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành Bác sĩ đa khoa của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2006. Bộ Y tế ban hành làm tài liệu dạy - học đạt chuẩn chuyên môn của ngành Y tế trong giai đoạn 2006-2010. Trong quá trình sử dụng, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các Giảng viên Bộ môn Kinh tế y tế, Khoa Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này. Cảm ơn PGS. TS. Lê Thế Thự, ThS. Phí Văn Thâm đã đọc, phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản. chúng tôi mong được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

**VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ**





LỜI NÓI ĐẦU

Năm 1986 được coi là mốc quan trọng đối với nền kinh tế Việt Nam, khi chúng ta chuyển từ nền kinh tế “Kế hoạch tập trung” sang “Kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa”. Cùng với sự thay đổi về kinh tế của cả xã hội, ngành Y tế cũng đã có những thay đổi lớn lao, biểu hiện bằng ba chính sách: (1) Thu một phần viện phí, (2) Thực hiện các mô hình bảo hiểm y tế và (3) Cho phép hành nghề y dược tư nhân. Những chính sách này liên quan chặt chẽ đến các nội dung của kinh tế y tế cũng như hoạt động chuyên môn của các bác sĩ. Chính vì thế, việc trang bị kiến thức Kinh tế y tế trở nên cần thiết, không chỉ đối với các nhà hoạch định chính sách, những cán bộ quản lý mà cho cả cán bộ y tế nói chung.

“Kinh tế y tế” là môn học cung cấp các kiến thức về việc sử dụng nguồn lực trong ngành y tế sao cho hiệu quả nhất. Khái niệm “Kinh tế y tế” mới bắt đầu được đưa vào Việt Nam từ những năm đầu thập kỷ 90 của thế kỷ XX. Cũng vào thời gian đó, Trường Đại học Y Hà Nội đã đưa môn học “Kinh tế y tế” vào giảng dạy cho các đối tượng sau đại học, đặc biệt là học viên sau đại học của Khoa Y tế công cộng. Năm học 2004 - 2005, lần đầu tiên môn học này được đưa vào giảng dạy cho đối tượng sinh viên hệ bác sĩ đa khoa. Để tạo điều kiện cho các em sinh viên có tài liệu chính thức về môn học này, Bộ môn Kinh tế y tế - Khoa Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội biên soạn cuốn “Kinh tế y tế và Bảo hiểm y tế” dành cho sinh viên hệ bác sĩ đa khoa. Chúng tôi cũng hy vọng, cuốn sách có thể là một tài liệu tham khảo cho các độc giả quan tâm đến Kinh tế y tế và Bảo hiểm y tế.

Mặc dù các giảng viên của bộ môn đã có nhiều cố gắng trong việc biên soạn nhưng chắc chắn sẽ không tránh khỏi những hạn chế nhất định. Chúng tôi chân thành mong các em sinh viên, các thầy, các cô cùng các độc giả đóng góp ý kiến để lần xuất bản sau cuốn sách sẽ hoàn chỉnh hơn.

Xin trân trọng cảm ơn.

Thay mặt các tác giả
PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Chúc





MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
Giới thiệu kinh tế y tế	9
<i>PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Chúc</i>	
1. Kinh tế	9
2. Kinh tế y tế	18
Phân tích chi phí	30
<i>ThS. Nguyễn Bạch Yến</i>	
1. Mở đầu	30
2. Các khái niệm chung về chi phí	31
3. Tính chi phí	38
4. Phân tích chi phí có thể được sử dụng như thế nào	49
Giới thiệu các phương pháp đánh giá kinh tế và phương pháp đánh giá gánh nặng bệnh tật	50
<i>TS. Hoàng Văn Minh</i>	
<i>PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Chúc</i>	
1. Các phương pháp đánh giá kinh tế y tế	52
2. Đánh giá gánh nặng bệnh tật trong cộng đồng	63
3. Nghiên cứu trường hợp về phương pháp phân tích kinh tế y tế và phương pháp đánh giá gánh nặng bệnh tật trong cộng đồng	70
Tài chính y tế	74
<i>PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Chúc</i>	
1. Khái niệm về tài chính y tế	74
2. Các mô hình tài chính y tế chính	76
3. Tài chính y tế Việt Nam	79
Viện phí và bảo hiểm y tế	92
<i>TS. Nguyễn Xuân Thành</i>	
<i>PGS.TS. Nguyễn Thị Kim Chúc</i>	
1. Mở đầu	92
2. Viện phí	92
3. Bảo hiểm y tế	101





GIỚI THIỆU KINH TẾ Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày một số khái niệm cơ bản về: Kinh tế học, chi phí cơ hội, kinh tế học vi mô, kinh tế học vĩ mô, kinh tế học thực chứng, kinh tế học chuẩn tắc.
2. Trình bày khái niệm thị trường, cung, cầu, cân bằng cung - cầu.
3. Trình bày khía cạnh kinh tế học vi mô, vi mô trong chăm sóc sức khỏe.
4. Phân tích đặc điểm cơ bản của thị trường chăm sóc sức khỏe.

1. KINH TẾ

Từ lúc thức dậy buổi sáng cho đến khi đi ngủ buổi tối, cuộc sống của bạn có vô vàn sự lựa chọn. Sau tiếng chuông đồng hồ báo thức, bạn có những phút chần chừ xem có nên đi tập thể dục không? Bạn sẽ ăn sáng thế nào? ăn ở nhà hay ngoài đường? Bạn đi đến trường bằng xe đạp, xe máy, xe buýt hay taxi? Kế hoạch làm việc trong ngày của bạn thế nào? Việc gì nhất thiết phải hoàn thành trong buổi sáng, trong buổi chiều hôm nay? Thế rồi buổi tối bạn sẽ làm gì? Nghỉ ngơi, xem lại bài, xem vô tuyến ở nhà hay xem phim ngoài rạp? Ngày lại ngày tiếp diễn như vậy, câu hỏi này nối tiếp câu hỏi khác. Điều đó đồng nghĩa với việc bạn liên tục phải lựa chọn. Có những sự lựa chọn quyết định những hướng lớn trong cuộc đời của bạn, như việc bạn quyết định thi vào trường đại học nào: Trường kinh tế, trường y hay trường sư phạm?

Bạn là người quyết định sự lựa chọn của bạn và mỗi người đều có sự lựa chọn của riêng mình. Có khi sự lựa chọn của bạn lại chịu ảnh hưởng bởi một quyết định nào đó của người khác. Ví dụ: Bạn có ý định học văn bằng hai, bạn đang phải lựa chọn hoặc học ở trường ngoại ngữ (bắt buộc phải học trong giờ) hoặc ở trường kinh tế (có thể học ngoài giờ). Khi đó bạn có thể sẽ lựa chọn học ở trường kinh tế chứ không phải ở trường ngoại ngữ, mặc dù bạn thích học trường ngoại ngữ hơn.

Việc lựa chọn của mỗi con người, mỗi tổ chức có thể chỉ ảnh hưởng đến con người hay tổ chức đó nhưng cũng có khi có ảnh hưởng rộng đến người khác, tổ chức khác, thậm chí cả một địa phương, một quốc gia.

Tổng thể, là người tiêu dùng, chúng ta muốn đạt được sự thỏa mãn cao hơn khi chi tiêu mỗi đồng tiền - tức là chúng ta muốn thu được giá trị tối đa từ những đồng tiền của mình. Là nhà sản xuất, chúng ta tìm cách tối đa hoá lợi nhuận thu được. Là Chính phủ, chúng ta muốn đảm bảo cho thể hệ chúng ta và các thế hệ tương lai sự tăng trưởng kinh tế ổn định.

1.1. Định nghĩa kinh tế học

Hầu hết các câu hỏi của kinh tế học đều nảy sinh từ sự khan hiếm nguồn lực. Những gì chúng ta muốn thường nhiều hơn nguồn lực chúng ta có thể có. Chúng ta mong muốn có sức khỏe, sống lâu, điều kiện sống tiện nghi, an toàn, thoải mái về tâm thần và thể chất, chúng ta mong muốn có tri thức. Có thể những mong muốn hôm nay không giống với những mong muốn hôm qua, và về tổng thể, những mong muốn của tương lai cao hơn những mong muốn của hiện tại.

Sự khan hiếm tồn tại không phân biệt người nghèo hay giàu. Một ông chủ muốn có một chiếc xe ô tô Ford, giá 500.000.000đ nhưng ông ta chỉ có 300.000.000đ. Một anh sinh viên muốn đi sinh nhật bạn tối thứ bảy nhưng lại cũng muốn hoàn thành bài tập Anh văn trong buổi tối hôm đó. Nhà triệu phú muốn đi chơi gôn trong kỳ nghỉ cuối tuần nhưng lại cũng muốn dự buổi họp về chiến lược phát triển ngành của ông ta tổ chức cùng thời gian. Nhà triệu phú cũng như anh sinh viên, không thể làm cả hai việc một lúc mà họ đều phải lựa chọn, cái mà họ cho là cần hơn.

Kinh tế học là môn khoa học lựa chọn, môn khoa học giải thích sự lựa chọn và giải thích sự thay đổi lựa chọn của con người để sử dụng tốt nhất nguồn lực khan hiếm.

Khái niệm hữu ích nhất được sử dụng trong lý thuyết lựa chọn là khái niệm **chi phí cơ hội**. Đây là một ý tưởng đơn giản, nhưng được vận dụng hết sức rộng rãi trong cuộc sống, nếu chúng ta hiểu rõ khái niệm này thì ta có được công cụ để xử lý một loạt vấn đề kinh tế khác nhau, một loạt tình huống khác nhau xảy ra trong hoạt động kinh tế. Nguồn lực là có giới hạn, nên nếu chúng ta đã được phân bổ cho một mục đích này thì không thể phân bổ cho mục đích khác. Đối với một người nông dân, đất đai có hạn, đã sử dụng để trồng loại cây này rồi thì không thể sử dụng để trồng loại cây khác. Một doanh nghiệp, chỉ có một số vốn nhất định, nếu đã đầu tư cho hoạt động này thì không thể đầu tư cho hoạt động khác được nữa. **Lợi ích mang lại từ hàng hoá không được sản xuất là chi phí cơ hội của hàng hoá được sản xuất ra.** Quay lại ví dụ trên, nếu anh sinh viên đã sử dụng thời gian để đi dự sinh nhật thì chi phí cơ hội của việc đi dự buổi sinh nhật đó là lợi ích mang lại từ việc ở nhà hoàn thành bài tập tiếng Anh. Ngược lại, nếu anh ta ở nhà để hoàn thành bài tập tiếng Anh thì chi phí cơ hội của việc học này là lợi ích mang lại từ việc đi dự sinh nhật bạn.

Chú ý: Khái niệm "**chi phí cơ hội**" không bao hàm sự chi trả tiền. Nó chỉ đơn giản là sự thể hiện lợi ích (có thể qui ra tiền) của những cơ hội bị bỏ qua.

1.2. Những câu hỏi chính của Kinh tế học

Trước khi đi vào các câu hỏi chính của Kinh tế học, chúng ta cần hiểu khái niệm về hàng hoá và dịch vụ.

Hàng hoá, dịch vụ là những gì có thể trao đổi, mua-bán được. Hay nói cách khác là chúng có thể lượng hoá thành một đơn vị chung, đó là tiền. Tiền là vật ngang giá chung cho hàng hoá, dịch vụ.

Hàng hoá là những gì chúng ta có thể sờ được, như cái áo sơ mi, cái bánh mì, củ khoai tây, su hào. Khi hàng hoá không sờ được mà chỉ có thể được hưởng thụ, thưởng thức chúng khi chúng đang được tiến hành, như tư vấn sức khoẻ, biểu diễn nghệ thuật,...người ta gọi là “dịch vụ”.

Về các câu hỏi chính của Kinh tế học, có tài liệu đưa ra 5 câu hỏi (theo Michael và cộng sự): (1) Sản xuất cái gì, với số lượng bao nhiêu? (2) Sản xuất như thế nào? (3) Sản xuất khi nào? (4) Sản xuất ở đâu? và (5) Sản xuất cho ai? Có tài liệu lại chỉ đưa ra 3 câu hỏi chính (theo David Begg và cộng sự): (1) Sản xuất cái gì? (2) Sản xuất như thế nào? và (3) Sản xuất cho ai?

Câu hỏi “Sản xuất như thế nào?” có thể bao hàm cả “Sản xuất với số lượng bao nhiêu”, “Sản xuất khi nào”, “Sản xuất ở đâu”, vì thế chúng tôi sẽ trình bày ở đây các câu hỏi chính của Kinh tế học theo quan điểm của David Begg và cộng sự.

Khi giá của một loại hàng hoá nào đó tăng lên, người tiêu dùng sẽ cố gắng sử dụng ít đi, nhưng người sản xuất lại muốn bán được nhiều hơn. Sự phản ứng của cả hai phía sản xuất và tiêu thụ do giá thay đổi là cơ sở để nền sản xuất xác định “Sản xuất cái gì?”, “Sản xuất như thế nào?” và “Sản xuất cho ai?”.

1.2.1. Sản xuất cái gì?

Con người luôn tìm cách sản xuất ra các loại hàng hoá/dịch vụ để đáp ứng nhu cầu thiết yếu cũng như việc vui chơi giải trí của con người. Lấy ví dụ về việc xây nhà và việc sản xuất áo quần và dụng cụ thể thao.

Mỗi năm có hàng triệu những căn nhà được xây dựng. Những căn nhà ngày nay rộng rãi và tiện nghi hơn những căn nhà cách đây 20 năm.

Mỗi năm có hàng triệu triệu dụng cụ thể thao được sản xuất: Giày thể thao, vợt cầu lông, xe đạp leo núi, xe đạp đua,... Ngày nay ở Hà Nội, chúng ta thấy rất nhiều cửa hàng bán dụng cụ thể dục thể thao mà 20 năm trước đây, chúng không hề có. Đó là vì ngày nay nhu cầu thể thao của người dân tăng lên rất nhiều, bởi vậy nhiều cửa hàng buôn bán cũng như nhiều cơ sở sản xuất dụng cụ thể thao ra đời nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của người dân (Hình 1.1).



Hình 1.1. Cửa hàng bán quần áo và dụng cụ thể thao

Nên sản xuất hàng hoá, dịch vụ nào và với số lượng bao nhiêu là câu hỏi đầu tiên của kinh tế học. Với các thời điểm khác nhau, chúng ta sẽ thu được những câu trả lời rất khác nhau.

1.2.2. Sản xuất như thế nào?

Để thu hoạch nho làm rượu vang, ở Pháp người ta thực hiện thủ công, bằng cách huy động một lực lượng đông đảo công nhân để hái từng chùm quả rồi cho vào giỏ. Trong khi đó ở California người ta sử dụng máy để thu hoạch nho (Hình 1.2; 1.3), do vậy chỉ cần một số rất ít công nhân trong việc thu hoạch.

Tương tự như vậy, để tính tiền cho khách hàng, có siêu thị đánh số tiền vào máy tính, nhưng cũng có siêu thị dùng mã số. Để theo dõi số lượng thức ăn chăn nuôi gia súc, có người ghi chép bằng giấy và bút nhưng cũng có người làm công việc này bằng máy vi tính.

Những ví dụ trên nói lên một điều, để sản xuất ra một loại hàng hoá hay dịch vụ, người ta có thể có nhiều cách khác nhau.

1.2.3. Sản xuất cho ai?

Câu hỏi này cũng có thể được hỏi dưới một dạng khác là “Ai sẽ sử dụng các hàng hoá, dịch vụ được sản xuất ra?”. Về tổng thể, người nào có thu nhập cao hơn sẽ sử dụng nhiều hàng hoá và dịch vụ hơn hay với cùng một loại hàng hoá, dịch vụ, người có thu nhập cao hơn sẽ sử dụng loại hàng hoá/dịch vụ có chất

lượng cao hơn, và vì thế thông thường sẽ đắt tiền hơn. Bên cạnh đó sở thích của người tiêu dùng còn phụ thuộc vào lòng tin, văn hoá của xã hội mà người ta sống.

Khi một nhà doanh nghiệp quyết định sản xuất áo len thì ông ta phải trả lời câu hỏi “Áo len này sẽ dùng cho ai?”. Rõ ràng chất lượng, màu sắc, thiết kế của áo len sẽ rất khác nhau khi khách hàng là người dân ở nông thôn, ở thành thị, ở Việt Nam hay ở các nước Châu Âu.



Hình 1.2. Thu hoạch nho bằng thủ công



Hình 1.3. Thu hoạch nho bằng máy

1.3. Một số khái niệm của Kinh tế học

1.3.1. Kinh tế học vĩ mô và kinh tế học vi mô

Kinh tế học có thể được chia thành hai nhóm chính: Kinh tế học vĩ mô và kinh tế học vi mô.

Kinh tế học vĩ mô nghiên cứu nền kinh tế với tư cách một tổng thể. Kinh tế vĩ mô không quan tâm đến những chi tiết cụ thể mà nhấn mạnh đến sự tương tác trong nền kinh tế nói chung. Ví dụ: Các nhà kinh tế vĩ mô thường không quan tâm đến việc phân loại hàng hoá tiêu dùng thành ô tô, xe máy, xe đạp, vô tuyến, máy tính. Trái lại, họ sẽ nghiên cứu tất cả các loại hàng hoá này dưới dạng một nhóm gọi là “hàng tiêu dùng” vì họ quan tâm nhiều hơn đến tương tác giữa việc mua hàng tiêu dùng của các gia đình và quyết định của các hãng về việc mua máy móc, nhà cửa. Các vấn đề kinh tế vĩ mô quan trọng nhất bao gồm: tổng sản phẩm quốc dân trên đầu người; lạm phát; tỷ lệ thất nghiệp. Cả ba vấn đề này đều liên quan đến mỗi người dân của một cộng đồng, một quốc gia mà chúng ta xem xét.

*Kinh tế học vi mô đề cập đến hoạt động của các đơn vị kinh tế riêng lẻ. Các đơn vị này gồm có người tiêu dùng, người sản xuất, các nhà đầu tư, các chủ đất, các hãng kinh doanh. Kinh tế học vi mô giải thích tại sao các đơn vị, cá nhân này lại đưa ra các quyết định về kinh tế và họ làm thế nào để có các quyết định đó. Ví dụ, chúng ta có thể nghiên cứu tại sao các gia đình lại thích mua xe máy hơn là ô tô và các nhà sản xuất sẽ quyết định như thế nào trong việc lựa chọn sản xuất ô tô hay xe máy. Sau đó chúng ta có thể tập hợp quyết định của tất cả các gia đình và của tất cả các công ty để xem xét về tổng sức mua và tổng sản lượng ô tô cũng như xe máy. Trong phạm vi một nền kinh tế thị trường chúng ta có thể bàn về thị trường ô tô và thị trường xe máy. Bằng cách so sánh thị trường ô tô với thị trường xe máy chúng ta có thể giải thích được giá tương đối của ô tô và của xe máy và sản lượng tương đối giữa hai mặt hàng này. Một lĩnh vực khá phức tạp của kinh tế học vi mô là *lý thuyết cân bằng tổng thể*. Lý thuyết này đồng thời nghiên cứu tất cả các thị trường cho tất cả các loại hàng hoá. Từ đó chúng ta hy vọng có thể hiểu được toàn bộ cơ cấu tiêu dùng, sản xuất và trao đổi trong toàn bộ nền kinh tế tại một thời điểm.*

1.3.2. Kinh tế học thực chứng và kinh tế học chuẩn tắc

Kinh tế học thực chứng (positive economics) giải thích sự hoạt động của nền kinh tế một cách khách quan, khoa học. Mục tiêu của kinh tế học thực chứng là giải thích xã hội quyết định như thế nào về tiêu thụ, sản xuất và trao đổi hàng hoá.

Kinh tế học chuẩn tắc (normative economics) đưa ra các chỉ dẫn hoặc các khuyến nghị dựa trên những đánh giá theo tiêu chuẩn của cá nhân.

Kinh tế học chuẩn tắc dựa trên cơ sở những ý kiến đánh giá chủ quan chứ không dựa vào sự tìm tòi thực tế khách quan. Ví dụ: Trong câu “Người già phải chi tiêu cho bệnh tật rất nhiều so với người trẻ. Vì thế, Nhà nước nên trợ cấp cho các đơn thuốc của người già”. Phần đầu của giả thiết - câu khẳng định rằng người già phải chi tiêu cho sức khoẻ nhiều hơn người trẻ - là một phát biểu trong kinh tế học thực chứng. Chúng ta có thể tưởng tượng ra một nghiên cứu xác định phát biểu này đúng hay sai. Nói chung, phát biểu này là đúng. Phần thứ hai của giả thiết là khuyến khích Nhà nước nên làm gì - không chứng minh được đúng hay sai bằng công trình nghiên cứu khoa học. Vì đây là một ý kiến đánh giá chủ quan dựa vào cảm xúc của người phát biểu. Có thể có nhiều người tán thành ý kiến này nhưng một số người không tán thành mà vẫn có lý. Những người không tán thành có thể cho rằng cần dành nguồn lực khan hiếm của xã hội để cải thiện môi trường, như vậy ai cũng được hưởng chứ không chỉ những người già.

1.3.3. Thị trường

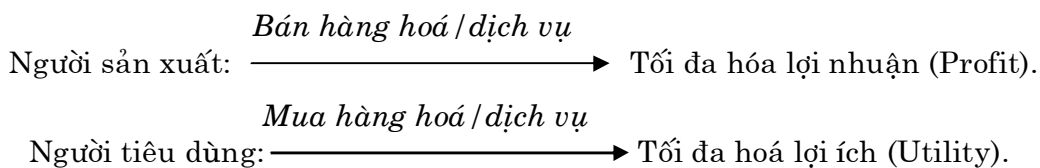
1.3.3.1. Khái niệm

Thị trường là sự biểu hiện phân công lao động xã hội, ở đâu có sản xuất hàng hoá thì ở đó có thị trường. Thị trường là tổng hợp các quan hệ kinh tế hình



thành trong hoạt động mua và bán, là một quá trình mà trong đó người mua và người bán một thứ hàng hoá/dịch vụ nào đó tác động qua lại với nhau để xác định giá cả và số lượng hàng hoá/dịch vụ.

Điều chung nhất đối với các thành viên tham gia vào thị trường là tìm cách tối ưu sự lựa chọn của mình:



“Lợi nhuận” thường được hiểu là tiền. Người sản xuất luôn luôn muốn bán sản phẩm của mình ở mức giá cao nhất có thể được.

“Lợi ích” có thể là tiền mà cũng có khi được biểu hiện dưới dạng một khái niệm rộng hơn - khái niệm thoả dụng. Thoả dụng khác nhau với các cá nhân khác nhau và với một người thì có thể cũng khác nhau ở các thời điểm khác nhau. Ví dụ, có Phương và Linh đều có 100.000đ. Phương sẽ rất vui khi mua được 1 áo sơ mi đẹp với giá 100.000đ nhưng Linh chỉ vui khi có thể mua được một bộ quần áo với giá 100.000đ, cho dù bộ quần áo không được tốt lắm.

Ngoài hai lực lượng nêu trên tham gia vào thị trường, còn có vai trò của Nhà nước. Đặc biệt đối với thị trường không hoàn hảo (sẽ được nói đến ở phần sau) thì vai trò của Nhà nước rất lớn. Với những cơ chế của mình, Nhà nước có thể tham gia vào việc khuyến khích hay hạn chế tiêu dùng một mặt hàng nào. Ví dụ, để giảm tiêu thụ thuốc lá, Nhà nước có thể đánh thuế cao với mặt hàng này. Nhà nước cũng có thể giám sát việc tiêu thụ, sản xuất một số loại hàng hóa đặc biệt, ví dụ như mặt hàng thuốc dùng trong chăm sóc sức khỏe.

1.3.3.2. Cơ chế thị trường

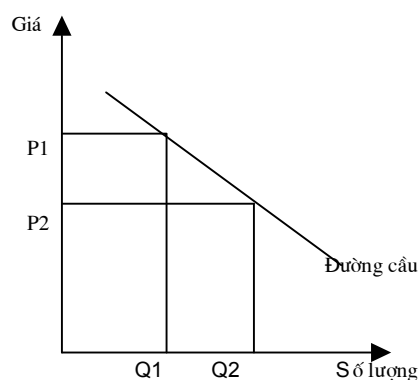
Giá cả thị trường được định ra giữa người mua và người bán là do qui luật cung cầu. “Cung” và “cầu” là những phạm trù kinh tế lớn nhất bao trùm lên thị trường. Khi thị trường có “cầu” thì sẽ có “cung”.

1.3.3.3. Cầu (Demand-D)

- Lượng cầu: Là số lượng hàng hoá và dịch vụ mà người mua có khả năng và sẵn sàng mua ở một mức giá cụ thể trong một thời gian nhất định, với giả thiết các yếu tố khác như thị hiếu, thu nhập, và giá của các hàng hoá khác,... là giữ nguyên (Giả thuyết Ceteris Paribus - CP: Tất cả mọi thứ khác đều không thay đổi).
- Cầu: Là số lượng hàng hoá và dịch vụ mà người mua có khả năng và sẵn sàng mua ở các mức giá khác nhau trong một thời gian nhất định (với giả thiết CP).

“Cầu” không phải là con số cụ thể mà là sự mô tả toàn diện về lượng hàng hoá/dịch vụ mà người mua sẵn sàng và có thể mua ở mọi giá. Nói cách khác, “cầu” là mối quan hệ hàm số giữa “lượng cầu” và “giá cả” của hàng hoá.

“Cầu” (Demand) khác “mong muốn” (Want) và “cần” (Need): “Mong muốn” là những nguyện vọng không mang tính chuyên môn. “Cần”, trong y tế mang tính chuyên môn, cần phải xử lý, sử dụng một hình thức dịch vụ chăm sóc sức khoẻ nào đó để phục vụ việc chăm sóc sức khoẻ. “Cầu” là sự sẵn sàng mua và có khả năng mua (chi trả). Để cho dễ hiểu chúng ta có thể hiểu từ “cầu” (demand) tức là “mua”.



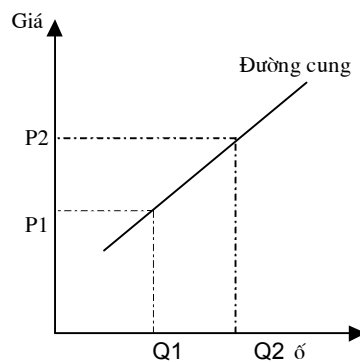
Hình 1.4. Đường cầu

- Đường cầu: Đặc điểm của đường cầu là nghiêng xuống dưới về phía phải, phản ánh mối quan hệ tỷ lệ nghịch có tính phổ biến giữa giá sản phẩm và số lượng sản phẩm (Hình 1.4).
- Luật cầu: Khi giá của một mặt hàng tăng lên (giảm xuống), lượng cầu về hàng hoá đó sẽ giảm đi (tăng lên), vì:
 - + Nếu hạ giá hàng hoá sẽ kích thích người tiêu dùng mua nhiều lên (với giả thiết CP).
 - + Nếu giá tăng, buộc người tiêu dùng thay thế bằng hàng hoá khác rẻ hơn, giảm lượng cầu của hàng hoá này.

Có trường hợp ngoại lệ: Không tăng giá vẫn giảm tiêu thụ (nước đá vào mùa đông) hoặc tăng giá vẫn không giảm tiêu thụ (quần áo đang mốt).

1.3.3.4. Cung (Supply-S)

- Lượng cung: Là số lượng hàng hoá/dịch vụ mà người bán có khả năng và sẵn sàng bán ở một mức giá cụ thể trong một thời gian nhất định, với điều kiện khác như công nghệ, giá, yếu tố đầu vào, chính sách nhà nước,... là không thay đổi (giả thiết CP).
- Cung: Là lượng hàng hoá/dịch vụ mà người bán có khả năng và sẵn sàng bán ở các mức giá khác nhau trong một thời gian nhất định, với giả thiết CP. Như vậy, khác với “lượng cung”, “cung” không phải là một số lượng cụ thể mà là sự mô tả toàn diện mối quan hệ giữa giá cả và “lượng cung” hàng hoá. “Cung” là một hàm số thể hiện hành vi của người bán ở các mức giá khác nhau.



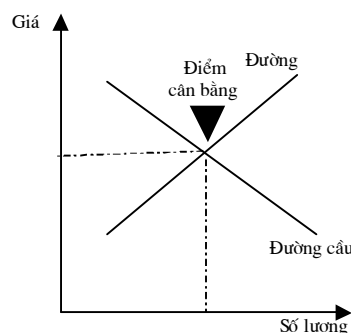
Hình 1.5. Đường cung

- Biểu cung: Là bảng thể hiện mối quan hệ giữa lượng cung của một hàng hoá và giá trị của nó.
- Đường cung: Đặc trưng cơ bản của đường cung (S): Nghiêng lên trên về phía phải, thể hiện mối quan hệ tỷ lệ thuận có tính phổ biến giữa lượng hàng hoá và giá của hàng hoá (Hình 1.5).
- Luật cung: Với giả thiết CP, khi giá một mặt hàng tăng thì lượng cung tăng và ngược lại, vì:
 - + Nếu giá tăng, có thể đưa lại lợi nhuận nhiều hơn cho doanh nghiệp, khiến họ bán ra một lượng hàng hoá/dịch vụ lớn hơn; hoặc sẽ có thêm nhà doanh nghiệp sản xuất hàng hoá/dịch vụ này tham gia vào thị trường.
 - + Nếu giá giảm, có thể làm lợi nhuận thấp đi, khiến doanh nghiệp bán ra một lượng hàng hoá/dịch vụ nhỏ hơn; hoặc sẽ có thể rút ra khỏi ngành đó.

Một số ngoại lệ trái luật cung: Khi giá một mặt hàng tăng, nhưng do có lạm phát nên doanh nghiệp vẫn không bán hàng.

1.3.3.5. Giá cân bằng (cân bằng thị trường - Equilibrium)

Cung - cầu là khái quát 2 lực lượng cơ bản của thị trường đó là người mua và người bán. Nếu “cung” nhiều hơn “cầu” thì giá tăng và ngược lại, nếu “cung” ít hơn “cầu” thì giá giảm. Giá cân bằng là mức giá tại đó số lượng hàng hoá, dịch vụ mà người mua muốn mua đúng bằng số lượng hàng hoá, dịch vụ người bán muốn bán. Nói cách khác, sự cân bằng của thị trường đạt được khi lượng cầu bằng lượng cung (Hình 1.6). Như vậy mức giá cân bằng của một loại hàng hoá không được xác định bởi từng cá nhân riêng lẻ mà hình thành thông qua hoạt động của tất cả người mua và người bán mặt hàng đó.



Hình 1.6. Điểm cân bằng

1.3.3.6. Thị trường hoàn hảo

Một thị trường được gọi là hoàn hảo khi:

- Không có hàng rào vào và ra đối với người cung ứng: Ví dụ, thị trường rau muống không có hàng rào vào và ra đối với người cung ứng. Khi giá rau muống lên cao, ai cũng có thể tham gia sản xuất rau muống nếu họ muốn.
- Hàng hoá tự điều chỉnh điểm cân bằng: Như trên đã nói, mức độ sản xuất và tiêu dùng của hàng hoá được điều khiển bởi giá của hàng hoá. Khi giá của một loại hàng hoá tăng thì lượng cung sẽ tăng và lượng cầu đối với hàng hoá đó sẽ giảm và ngược lại. Cứ như thế, hàng hoá sẽ tự điều chỉnh sự cân bằng.

- Không hạn chế, không khuyến khích việc tiêu dùng và sản xuất: Điểm này cũng tương tự như điểm không có “hàng rào vào và ra đối với người cung ứng” nhưng ở đây đề cập cả phía người sử dụng. Lại lấy ví dụ về rau muống, không có chính sách nào ngăn cản việc sản xuất cũng như việc sử dụng rau muống. Khác với trường hợp rau muống là trường hợp thuốc kháng sinh. Không phải ai cũng được quyền sản xuất kháng sinh và nhà nước hạn chế việc sử dụng kháng sinh bằng cách ban hành qui chế kê đơn đối với các thuốc kháng sinh.
- Hàng hoá không mang tính “công cộng”: Chúng ta sẽ bàn đến khái niệm hàng hoá “công cộng” ở phần cuối của bài này. Nếu thị trường nào có loại hàng hoá công cộng sẽ không được gọi là thị trường hoàn hảo.

Thực tế hiếm có một thị trường nào thật sự hoàn hảo. Người ta đề cập đến vấn đề này chỉ để thấy rõ thị trường chăm sóc sức khỏe không phải là một thị trường hoàn hảo.

2. KINH TẾ Y TẾ

2.1. Định nghĩa

Có thể nói ngắn gọn “Kinh tế y tế” là việc áp dụng các nguyên lý của “Kinh tế” vào “Y tế”.

Nói cụ thể hơn, “Kinh tế y tế” là môn học nghiên cứu việc sử dụng nguồn lực y tế trong các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế nhằm thoả mãn tốt nhất nhu cầu ngày càng cao về dịch vụ y tế của cá nhân và cộng đồng.

2.2. Kinh tế vĩ mô áp dụng trong lĩnh vực y tế

2.2.1. Thu nhập bình quân đầu người và sức khoẻ

Tổng sản phẩm quốc nội (GDP) hay tổng sản phẩm quốc dân (GNP) là một trong những chỉ số của Kinh tế học vĩ mô. Để dễ so sánh giữa các quốc gia, người ta thường dùng chỉ số thu nhập bình quân đầu người, tức là lấy tổng thu nhập của một quốc gia chia cho dân số của quốc gia đó, và gọi là thu nhập bình quân đầu người, với đơn vị là Dollar Mỹ. Ngày nay, nhiều khi người ta dùng đơn vị Dollar quốc tế, viết tắt là PPP (Purchasing Power Parity - sức mua tương đương của đồng tiền).

Về tổng thể, khi thu nhập bình quân đầu người thấp thì sức khỏe sẽ kém. Vì khi nghèo khó, thường là dẫn đến khẩu phần ăn thiếu thốn, điều kiện nhà ở, vệ sinh khó khăn. Tất cả những điều này tạo điều kiện cho bệnh tật phát sinh (đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng). Nghèo khó cũng có thể làm giảm tuổi thọ cá nhân

Một nghiên cứu ở 38 nước về mối quan hệ giữa nghèo khổ và tỷ lệ tử vong trẻ em cho thấy tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở những nước không nghèo trung bình là 41/1.000 trong khi đó ở các nước nghèo (thu nhập <1 USD/ngày) là 215/1.000.

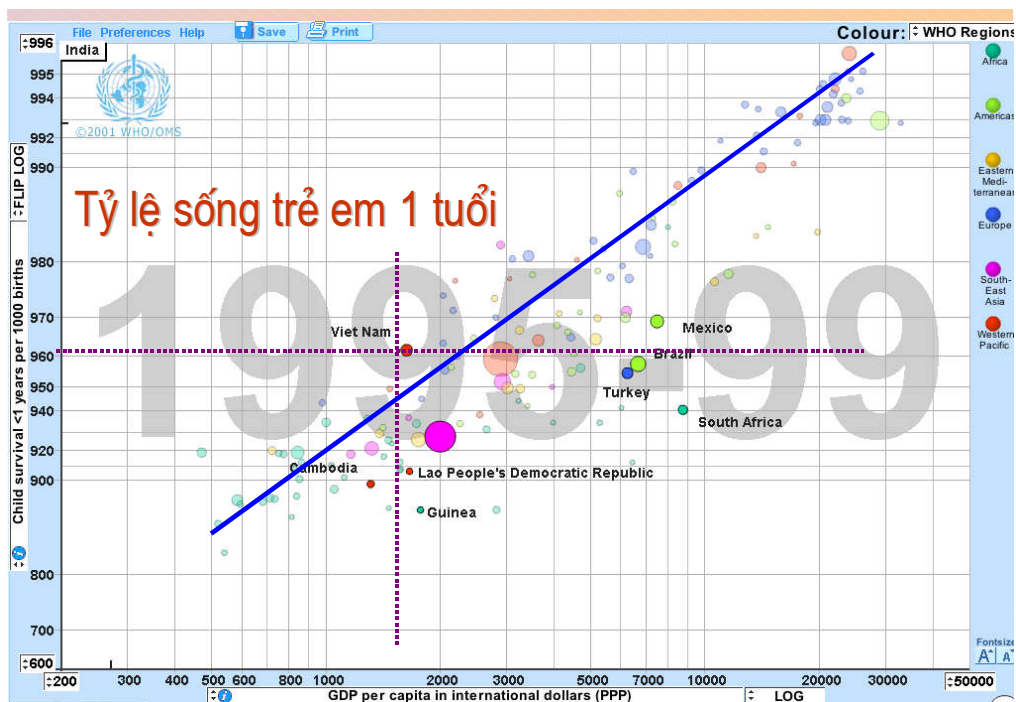
Tuy nhiên người ta cũng thấy có một nhóm bệnh mà tỷ lệ mắc tăng lên cùng với sự "phát triển": Ung thư, tim mạch, các vấn đề liên quan đến stress và suy sụp. Những bệnh này tăng lên do các khía cạnh của sự hiện đại hoá, như nơi làm việc, sự sụp đổ của xã hội, béo bệu và tăng sử dụng chất gây nghiện như rượu, thuốc lá. Ô nhiễm công nghiệp cũng là điều đáng quan tâm, đặc biệt trong thời kỳ chuyển đổi nền kinh tế, tập trung cho công nghiệp hoá mà không chú ý đúng mức đến việc bảo vệ môi trường.

Hiện nay nhiều nước đang phát triển đang phải đối đầu với "gánh nặng bệnh tật kép" - một mặt vẫn tiếp tục "gánh" các bệnh cũ, như sốt rét, lao; mặt khác lại phải "gánh" các bệnh mới như tim mạch, ung thư. Gánh nặng bệnh tật dự báo năm 2020 đối với các nước đang phát triển thể hiện rõ điều này, các bệnh của giàu sang giữ vị trí hàng đầu, nhưng cũng chưa thể thay thế hoàn toàn các bệnh hiện đang là nguyên nhân tử vong chính, như nhiễm trùng đường hô hấp, tiêu chảy và lao (Bảng 1.1).

Hình 1.7 cho thấy có mối quan hệ tổng thể giữa số trẻ em sống đến 1 tuổi và thu nhập bình quân đầu người (tính theo PPP). Nhìn chung, thu nhập bình quân trên đầu người càng cao thì tỷ lệ sống của trẻ em một tuổi càng cao. Tuy nhiên, vẫn có những trường hợp ngoại lệ. Ví dụ: Tỷ lệ sống của trẻ em 1 tuổi ở Việt Nam cao hơn nhiều so với tỷ lệ sống của trẻ em 1 tuổi ở Nam Phi mặc dù thu nhập bình quân đầu người của Nam Phi cao hơn của Việt Nam rất nhiều. Về tổng thể, khi kinh tế tăng thì sức khoẻ tăng và khi kinh tế giảm thì sức khoẻ giảm.

Bảng 1.1. Gánh nặng bệnh tật của các nước đang phát triển

Xếp hạng năm 2020	Nguyên nhân bệnh tật	Xếp hạng năm 1990
1	Tâm thần suy sụp	4
2	Tai nạn giao thông	11
3	Thiếu máu tim	8
4	Tắc nghẽn phổi mạn tính	12
5	Bệnh tuần hoàn não	10
6	Lao	5
7	Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới	1
8	Chiến tranh	16
9	Tiêu chảy	2
10	HIV/AIDS	-



Hình 1.7: Mối quan hệ giữa thu nhập bình quân đầu người và tỷ lệ sống trẻ em 1 tuổi trên 1000 trẻ đẻ sống

2.2.2. Chi phí cho y tế và sức khỏe

Trong lĩnh vực y tế, có phải là chi càng nhiều thì sức khỏe càng tốt không? Câu trả lời là tùy thuộc vào việc chi số tiền đó như thế nào. Về tổng chi cho y tế và đầu ra về sức khỏe, các quốc gia được chia làm 4 nhóm: Chi nhiều, kết quả nhiều; Chi nhiều, kết quả ít; Chi ít kết quả nhiều; Chi ít kết quả ít. Không có một mô hình rõ ràng nào về mối quan hệ giữa chi phí và sức khỏe.

Lấy nước Mỹ làm ví dụ: Quốc gia này chi cho sức khỏe nhiều hơn bất kể một quốc gia nào khác, nhưng các chỉ số sức khỏe không phải là cao nhất. Lý do là hệ thống bảo hiểm y tế tư nhân ở Mỹ đã khuyến khích việc tăng giá dịch vụ, bởi vậy những người không có đủ điều kiện mua bảo hiểm y tế (mà lại không nằm trong diện Medicaid hoặc Medicare) thì sẽ phải chi trả rất nhiều khi sử dụng dịch vụ y tế. Và điều này dẫn đến có một số người trong xã hội không nhận được chăm sóc sức khỏe vì không có khả năng chi trả. Trái lại, Srilanka trong nhiều năm đã duy trì những chỉ số xã hội tốt hơn dự kiến, đạt được mức thu nhập quốc gia cao do thực hiện các chính sách thích hợp, nâng cao sức khỏe, giáo dục và phân bổ thu nhập một cách hợp lý.

Tuy không có mối quan hệ rõ ràng giữa chi phí và hiệu quả về mặt y tế nhưng người ta cũng phải thừa nhận rằng nếu thu nhập của một quốc gia cao thì phần chi cho y tế cũng cao lên. Mức chi trung bình cho y tế của các quốc gia đang phát triển là 4,7% GDP vào năm 1993. Trong khi đó, các quốc gia phát triển cao lại chi phí gấp đôi cho y tế, lên tới 9,2% GNP.

Cũng có xu thế cho rằng, phần chi cho chăm sóc sức khỏe nằm ngoài những nguồn công cộng cho nên nó sẽ tăng lên khi thu nhập của người dân tăng lên. Điều này không chỉ có ý nghĩa về mặt công bằng và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà còn vì tài chính công được sử dụng chi trả cho các can thiệp y tế công cộng nhiều hơn tài chính tư.

Chăm sóc sức khỏe được các nhà kinh tế coi là hàng hoá xa xỉ vì khi thu nhập càng cao bao nhiêu thì người ta càng muốn đầu tư cho sức khỏe bấy nhiêu. Điều này một phần do tăng thu nhập và trình độ văn hoá dẫn đến tăng hiểu biết về nhu cầu sức khỏe, một phần vì giá cả trong hệ thống chăm sóc sức khỏe leo thang do tăng những chi phí trung gian.

Như vậy, điều quan trọng hơn là phải xem xét hệ thống y tế được tổ chức như thế nào để đưa lại lợi ích nhiều nhất so với kinh phí đã đầu tư. Ở những quốc gia đang phát triển, khi giá thành sức khỏe, và chi phí cho sức khỏe tăng theo tỷ lệ thuận với thu nhập thì chi phí biên có xu thế giảm đi; Ở những nước này, cứ mỗi USD chi thêm cho y tế trên đầu người sẽ giảm được 1 trường hợp chết trên 1.000 trẻ đẻ sống hoặc giảm được 1,25 DALY (Disability Adjusted Life Years- số năm sống được điều chỉnh theo mức độ tàn tật). Ngược lại, đối với các nước có thu nhập cao, thì chi phí thêm như vậy không đưa lại hiệu quả gì lớn. Bởi vì, ở các nước giàu có, chết sơ sinh cũng giống như những trường hợp tai nạn hay các bệnh không truyền nhiễm, đều rất khó chữa trị. Do đó với các quốc gia có thu nhập cao, chi phí y tế hầu như tác động nhiều hơn lên các chỉ số chất lượng cuộc sống như tăng vận động, giảm đau đớn ở tuổi già hơn là tác động lên tỷ lệ tử vong.

2.2.3. Tỷ lệ chi phí công cho y tế

Như phần trên đã đề cập, không phải cứ càng tăng tỷ lệ chi phí cho y tế thì các chỉ số sức khỏe sẽ càng tốt. Trong phần chi phí cho y tế, người ta còn chia ra, bao nhiêu từ nhà nước và bao nhiêu từ phía cá nhân. Kết quả tổng hợp cho thấy, tỷ lệ chi phí công cho y tế càng lớn thì chỉ số sức khỏe càng tốt. Tỷ lệ chi phí công là tỷ lệ phần trăm các chi phí từ nguồn nhà nước chi trả cho các dịch vụ y tế trên tổng chi y tế. Ví dụ: Một quốc gia có tổng chi y tế trên đầu người là 20 USD/năm, trong đó, người dân phải tự chi trả là 12 USD, như vậy tỷ lệ chi phí công sẽ là 40%.

Có một số nước tài chính y tế dựa phần lớn vào nguồn tư nhân, ví dụ: Hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Mỹ. Người ta thấy, ở nước này số người không được bảo hiểm y tế tăng lên cùng với việc tăng tổng chi phí cho chăm sóc sức khỏe. Hiện nay, 14-15% GNP được chi cho chăm sóc sức khỏe ở Mỹ, trong khi đó, ở các nước Tây Âu, tỷ lệ này là 8-9% nhưng ở các nước Tây Âu, tỷ lệ chi phí cho y tế từ cá nhân rất thấp, chỉ chiếm 10-20% còn đối với Mỹ tỷ lệ này lại là hơn 50%. Ở Mỹ, số người không được bảo hiểm y tế rất lớn (khoảng 45 triệu người) và một lượng lớn khác được bảo hiểm không đầy đủ.

2.3. Kinh tế vi mô áp dụng trong lĩnh vực y tế

Trong phần 1, chúng ta đã đề cập đến các câu hỏi của Kinh tế y tế, bao gồm “Sản xuất cái gì?” “Sản xuất như thế nào?” và “Sản xuất cho ai?”. Chúng ta sẽ cùng xem xét, trong lĩnh vực y tế, các câu hỏi này sẽ được thể hiện thế nào? Có gì khác với các lĩnh vực khác? Người dân đánh giá thế nào về chăm sóc sức khỏe? Người dân sẵn lòng chi trả bao nhiêu cho chăm sóc sức khỏe? Hành vi của người cung ứng như thế nào? Vấn đề cạnh tranh đối với những người cung ứng ra sao?

2.2.1. Cầu

Chị Lan sống ở một làng nhỏ ở vùng nông thôn. Ở trung tâm huyện có bệnh viện Nhà nước, cách nhà chị 20km. Trẻ em khám chữa bệnh tại bệnh viện này không mất tiền, bệnh nhân đến khám tại bệnh viện rất đông vì thế thời gian chờ đợi khá lâu. Khi con ốm, chị Lan đôi khi mua thuốc của những người bán thuốc ở ngay trong làng. Mới đây, có một bác sĩ quân đội về hưu, mở một phòng mạch tư. Giá khám chữa bệnh ở đây tương đối cao, nhưng ông bác sĩ này lại thu hút được nhiều bệnh nhân. Lần này, con gái sốt, chị Lan chưa biết nên đến đâu để khám và chữa bệnh cho con.

Đoạn văn trên mô tả một tình trạng rất thường gặp ở nông thôn Việt Nam hiện nay. Bên cạnh bệnh viện công của nhà nước còn có những hình thức cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác nữa như phòng mạch tư, người bán thuốc tư,... Trẻ em dưới 6 tuổi sẽ được khám chữa bệnh miễn phí tại các bệnh viện công, tuy nhiên đôi khi người dân vẫn sử dụng dịch vụ y tế tư nhân. Theo quan điểm kinh tế thì người sử dụng dịch vụ y tế sẽ là “cầu”. Khi phải sử dụng dịch vụ y tế, người ta sẽ phải đến với những người “cung”. “Cầu” xuất phát từ người ốm, họ sẽ phải quyết định mua loại dịch vụ nào. Quyết định của họ phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Yếu tố đầu tiên là tính “sẵn có” của dịch vụ, liệu người cung ứng có cung cấp được dịch vụ thích hợp không? Yếu tố thứ hai là “giá cả”. Giá của dịch vụ là bao nhiêu? Nếu so sánh với các loại hàng hoá khác, khi sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe, người ta ít quan tâm đến giá hơn (ví dụ: Khi đi mua thuốc hầu như khách hàng không mặc cả). Tuy nhiên, khi những vấn đề khác (tính sẵn có và chất lượng) đều như nhau, thì người mua sẽ vẫn chọn loại dịch vụ rẻ nhất. Nói cách khác “giá cả” vẫn là một yếu tố mà người sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe quan tâm khi quyết định lựa chọn mua loại dịch vụ nào.

Vấn đề ở đây là “giá” sẽ được xem xét như thế nào? Vì sao phòng mạch tư trong trường hợp nêu trên, giá cao nhưng vẫn thu hút được người sử dụng? Câu trả lời là chúng ta không chỉ xem xét đến “giá” phải trả trực tiếp cho dịch vụ mà cần quan tâm đến tất cả loại giá mà người bệnh phải chi trả. Đến bệnh viện công thì không phải trả tiền khám chữa bệnh, nhưng chị Lan phải trả tiền cho

việc đi lại và thời gian chờ đợi cũng sẽ nhiều hơn ở các cơ sở y tế tư nhân. Nếu so sánh tổng chi phí, kể cả trong trường hợp đến với bác sĩ tư, phải trả tiền điều trị, nhưng bệnh nhân sẽ được khám ngay và lại không phải đi lại xa xôi hay trong trường hợp tự mua thuốc tại các quầy bán thuốc, bệnh nhân sẽ được nhận thuốc ngay thì cũng chưa biết loại hình nào sẽ có giá thấp hơn. Đây là chưa kể đến những chi phí không nhìn thấy được như sự không vừa lòng hay sự lo âu về việc không được chăm sóc tận tình, sự chần nản về thái độ thờ ơ, cửa quyền,...

Ngoài hai yếu tố nói trên, còn yếu tố nào nữa? Thông thường, nếu người ta nghĩ chất lượng của một loại hàng hoá/dịch vụ tốt hơn hàng hoá/dịch vụ khác, người ta sẵn sàng chi cao hơn. Nhưng việc đánh giá chất lượng không phải bao giờ cũng đơn giản, đặc biệt khi sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trên thực tế, người sử dụng rất dễ đánh giá nhầm về chất lượng dịch vụ y tế. Thái độ mềm mỏng của người thầy thuốc có thể sẽ được coi là chất lượng tốt, thậm chí việc kê nhiều thuốc đắt tiền, cao cấp cũng được coi là chất lượng tốt.

Chị Lan mang con đến bệnh viện huyện. Chị muốn có thuốc để hạ sốt cho con. Nhưng người bác sĩ ở bệnh viện huyện lại nói, không phải dùng thuốc mà chỉ cần nghỉ ngơi và cho cháu uống nhiều nước. Thất vọng, chị Lan ra chợ huyện mua một ít thuốc theo lời khuyên của người bán và nghĩ: "Lần sau mình sẽ đến ông bác sĩ tư, ông ta thật là tốt bụng và lại biết nghe xem người bệnh nhân muốn gì".

Nhà kinh tế y tế phân biệt ở đây cái mà chị Lan và con gái chị cần (Need), cái mà chị muốn (Want) với cái mà chị “mua” (Demand). Cái mà chị “mua”, theo thuật ngữ kinh tế gọi là “cầu”.

Như trên đã nói, “Cần” là do nhà chuyên môn quyết định, trong trường hợp này do thầy thuốc. Người thầy thuốc chỉ làm việc này tốt khi được đào tạo tốt, được trang bị thích hợp và có đầy đủ khả năng chuyên môn cũng như lương tâm nghề nghiệp. Hành vi của họ đôi khi bị chi phối bởi nhiều yếu tố khác hơn là những thứ mà người bệnh thực sự “cần”, ví dụ: hệ thống giá cả hay cách nhìn nhận, đòi hỏi của bệnh nhân. Một nghiên cứu về hành vi của thầy thuốc tư ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy nhiều khi thầy thuốc đã vì “chiều” theo yêu cầu của cha mẹ bệnh nhi mà kê những thuốc mạnh, đắt tiền mặc dù tình trạng bệnh không cần dùng đến.

“Mong muốn” là cái mà người bệnh cho rằng sẽ tốt nhất với họ, là cái mà họ muốn (trong trường hợp này là một loại thuốc có tác dụng nhanh). “Mong muốn” có thể phù hợp và cũng có thể không phù hợp với “cần”.

“Cầu” là cái mà cuối cùng người tiêu dùng mua. Cái người tiêu dùng mua thường là do hiểu biết về y học của họ quyết định, nhưng nhiều khi cũng còn do những yếu tố khác, ví dụ: họ có thể chấp nhận bất cứ cách điều trị nào do thầy thuốc đưa ra hay có khi họ tin lời khuyên của một người nào đó, hơn cả tin thầy thuốc. “Cầu” có thể trùng hoặc không trùng với “cần” và “mong muốn”.

Sự phân biệt này rất quan trọng, mục tiêu của chúng ta là đáp ứng được “cần”, tức những thứ cần thiết cho sức khỏe của nhân dân, càng nhiều càng tốt. Để làm được như vậy, chúng ta cần nâng cao năng lực của nhân viên y tế để họ có thể nhận biết và xử lý cái “cần” thực tại (thông qua giáo dục, hỗ trợ, hệ thống chi trả,...). Và chúng ta cũng cần tác động vào “cầu” và “mong muốn”, sao cho “cầu”, “mong muốn” càng trùng với “cần” càng tốt (giáo dục cộng đồng về cách thức điều trị, hoặc khẳng định là đã sẵn có cách thức điều trị hợp lý).

Trong trường hợp của chị Lan, chị muốn có thuốc cho con vì chị nghĩ rằng phải có thuốc thì con chị mới khỏi sốt được. Bác sĩ ở bệnh viện nhà nước thì cho rằng con chị không cần thuốc vẫn có thể khỏi sốt. Tuy nhiên vì điều “muốn” của mình không đạt được nên chị Lan cho rằng người bác sĩ này không tốt.

Vài ngày sau, con gái của chị Lan vẫn còn sốt. Chị Lan quyết định mang con đến khám ông bác sĩ tư trong làng. Bác sĩ đã cho cháu bé dùng kháng sinh và hẹn đến khám lại sau vài ngày. Phải trả nhiều tiền hơn nhưng chị Lan thấy tin tưởng người bác sĩ này.

Chị Lan đã hành động đúng hay sai? Nếu chị Lan mua thóc ngoài chợ, chị sẽ biết chính xác loại thóc chị muốn mua. Thóc là loại hàng mà chị rất quen thuộc, chị sản xuất ra nó, chị dùng nó hàng ngày, cũng như những người nông dân khác, chị có thể đánh giá chất lượng thóc một cách đúng đắn. Đối với loại hàng hoá này, chị là loại *khách hàng có thông tin*, vì thế chị có khả năng tự lựa chọn một cách hợp lý cái gì tốt nhất cho chị và gia đình chị. Đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe thì lại khác, nhiều vấn đề liên quan đến thông tin. Thứ nhất, phải biết được điều gì đã xảy ra với con gái chị. Ngay cả người thầy thuốc, mặc dù đã có thời gian được đào tạo và hành nghề chuyên môn cũng có khi không biết được. Thứ hai, phải biết được cách điều trị nào là hiệu quả nhất, mặc dù sau đó chúng ta cũng không giải thích chắc chắn được sự thành công. Nếu như sau khi điều trị, người bệnh khỏi, họ sẽ nghĩ là do đã dùng biện pháp điều trị, mặc dù trong thực tế thì họ có thể khỏi bệnh một cách tự nhiên, mà chẳng cần phương thuốc nào. So với thầy thuốc, người bệnh biết quá ít về tình trạng của họ. Thay vì tự quyết định (như việc mua thóc ngoài chợ), chị Lan phải dựa trên lời khuyên của người cung ứng, giải quyết tốt nhất cái “cần” của chị. Trong trường hợp này *người cung ứng là tác nhân* rất quan trọng, ảnh hưởng đến việc ra quyết định mua (Demand) loại hàng hoá, dịch vụ nào.

2.2.2. Cung

Bác sĩ Hùng mở phòng mạch ở làng A. Ông Hùng đã vay tiền để sửa nhà và mua trang thiết bị. Mỗi tháng, ông phải trả ngân hàng tiền lãi suất 150.000đ; trả công cho người giúp việc 200.000đ; chi tiền điện, nước, nhà cửa,... hết 100.000đ. Nếu ông đặt giá 2.500đ/lần khám bệnh và mỗi ngày có trung bình 10 bệnh nhân, thì ông sẽ lãi bao nhiêu (giả sử tuần làm việc 6 ngày, và một tháng có 4 tuần), làm thế nào để tăng lợi nhuận?

Tổng chi : $150.000 + 200.000 + 100.000 = 450.000$ (đ)

Tổng thu : $10 \times 25.000 \times 6 \times 4 = 600.000$ (đ)

Như vậy, ông Hùng chỉ thu về 150.000đ/tháng, thấp hơn cả lương của người giúp việc. Muốn tăng lợi nhuận, ông Hùng có thể áp dụng 1 trong 3 cách sau:

(1) Cắt, giảm chi phí (số sản phẩm giữ nguyên, nhưng sử dụng nguồn lực hiệu quả hơn).

(2) Tăng số lượng sản phẩm (giữ nguyên đầu vào, tăng đầu ra).

(3) Tăng giá sản phẩm.

Để thực hiện cách thứ nhất, ông Hùng có thể không dùng người giúp việc nữa, mà tự mình làm tất cả các việc; hoặc thuê người giúp việc chỉ làm những công việc đơn giản với thù lao thấp hơn 200.000đ/tháng. Điều này những nhà kinh tế gọi là yếu tố thay thế trong sản xuất, khi đầu vào được thay thế bởi một loại khác rẻ hơn mà kết quả của việc đó là thay đổi phương pháp sản xuất. Để thực hiện cách thứ hai, ông Hùng cố gắng tăng số lượng bệnh nhân khám mỗi ngày. Cả hai cách trên đều chỉ làm tăng lợi nhuận một cách ngắn hạn (dù là giảm chi hay tăng thu), để tăng lợi nhuận một cách dài hơi, cần phải nghĩ đến chất lượng dịch vụ. Còn việc tăng giá khám bệnh chỉ có thể thực hiện được khi ông Hùng là người cung ứng duy nhất loại hàng hoá này trong vùng đó (hoặc ông ta có thể cấu kết với những người hành nghề tư khác thống nhất về giá).

Trong thị trường cạnh tranh, nếu như người cung ứng nào tăng giá, cao hơn giá thị trường thì sẽ bị mất khách. Tuy nhiên, nếu người cung ứng có thể làm cho sản phẩm của họ khác với của những người cung ứng khác (hiệu quả hơn, chất lượng hoặc thuận tiện hơn) thì họ vẫn có thể tăng giá và giữ được thị phần. Trong chăm sóc sức khỏe, sản phẩm là *không đồng nhất*. Đến khám chữa bệnh tại bệnh viện huyện sẽ hoàn toàn không giống với đến khám chữa bệnh tại phòng mạch của bác sĩ Hùng. Chính vì vậy mà bác sĩ Hùng có thể hành nghề như một nhà độc quyền trong vùng của ông ta, bởi vì sản phẩm của ông ta cạnh tranh với những sản phẩm tương tự nhưng lại có những điểm khác.

2.2.3. Công bằng

Trong kinh tế y tế, nhiều khi người ta cho “công bằng” là một mục tiêu quan trọng. “Công bằng” cũng còn là một tiêu chuẩn để đánh giá sự thành công của những chính sách trong lĩnh vực y tế. Nhưng “công bằng” là gì? Và áp dụng khái niệm này thế nào?

“Công bằng” là không thiên vị, không khác biệt. Không khác biệt đối với tất cả mọi khía cạnh trong cuộc sống. Con người là sinh vật mang tính xã hội và đánh giá sự việc một cách tương đối: Chúng ta chỉ biết chúng ta có cái gì khi chúng ta nhìn thấy cái mà nhà hàng xóm có. Điều này ảnh hưởng đến cách đánh giá của chúng ta về vị trí và thứ bậc của chúng ta trong xã hội, về mong ước và cuối cùng về hạnh phúc của chúng ta. Tuy nhiên, “không khác biệt” chỉ là khái niệm cơ bản, và đặc biệt nó được áp dụng trong lĩnh vực sức khỏe, một lĩnh vực đóng vai trò quan trọng trong hệ thống phúc lợi của con người.

Có một số cách giải thích "công bằng" như sau:

(1) *Ngang bằng về nguồn lực/sử dụng dịch vụ.* Mọi người đều được nhận những loại dịch vụ giống nhau hay có cùng một nguồn lực như nhau để sử dụng, điều này ít thuyết phục vì theo quan điểm hiệu quả, thì nhu cầu về sức khoẻ của mỗi người rất khác nhau.

(2) *Ngang bằng về sức khoẻ.* Với quan điểm này thì mọi người phải có sức khoẻ ngang nhau. Điều đó là tham vọng và có thể là lầm lạc. Bởi ngay từ khi sinh ra, con người cũng đã có sức khoẻ khác nhau. Trong quá trình sống, phụ thuộc vào điều kiện sống, lối sống mà sức khoẻ của từng người cũng khác nhau rất nhiều.

(3) *Cơ hội như nhau.* Một cách giải thích khác cho công bằng trong chăm sóc sức khoẻ là mọi người đều có "cơ hội như nhau". Ví dụ người ta có thể đặt mục tiêu đạt được một tuổi thọ nào đó, khi đó các hoạt động y tế đều tập trung làm thế nào để càng nhiều người sống đến tuổi đó càng tốt. Hậu quả của điều này là sao? Nếu người nào đó do yếu tố di truyền hoặc do hành vi của mình khiến chết sớm hoặc bị tàn phế thì sẽ nhận được nguồn lực cho sức khoẻ không cân đối, trong khi đó thì những người sống quá tuổi trên cũng sẽ ít được quan tâm, kể cả một điều trị có tính hiệu quả cao mà ít tốn kém cho họ. Theo giải thích này, công bằng chẳng mang tính hiệu quả mà cũng chẳng phải là "không thiên tư".

(4) *Ngang bằng trong tiếp cận và sử dụng dựa theo cái "cần".* Chúng ta đã biết đến cái "cần" trong việc sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế. Khi nói đến cái "cần", chúng ta mặc định với nhau là cái "cần" do nhà chuyên môn xác định và sự xác định đó là chuẩn xác, hoặc chí ít là chuẩn xác nhất theo trình độ chuyên môn của cán bộ y tế chứ không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác. Điều này nếu nói theo nghĩa hẹp thì đó là sự ngang bằng về địa lý trong tiếp cận cơ sở y tế, theo nghĩa rộng thì nó bao hàm cả chất lượng dịch vụ và có khả năng chi trả các dịch vụ này. Nếu theo nghĩa rộng thì giá viện phí phải khác nhau hoặc phải có sự tái phân bổ thu nhập nhằm đảm bảo chi phí thật là bình đẳng giữa các nhóm có thu nhập khác nhau. Nếu lấy ngang bằng trong sử dụng là mục tiêu thì sẽ phá vỡ hàng rào văn hoá, mà hàng rào này khiến cho những nhóm người nào đó (về giới tính, dân tộc, tôn giáo) và cả những hàng rào khác, như hàng rào về kinh tế xã hội, không sử dụng hết hay không được sử dụng những dịch vụ chăm sóc sức khoẻ thích hợp. Điều trị ngang bằng cho những cái "cần" như nhau là quan điểm đạo đức cơ bản đối với những thầy thuốc lâm sàng, nghĩa là đối với những người có bệnh như nhau sẽ được chữa trị như nhau.

(5) *Điều trị dựa trên mức độ hiệu quả của liệu pháp điều trị.* Mức độ hiệu quả của một liệu pháp điều trị phụ thuộc vào khả năng hiệu lực của kỹ thuật và đặc tính của người bệnh, đặc tính bệnh nhân có thể làm cho một liệu pháp trở thành có hay không có tác dụng. Định nghĩa này được các nhà kinh tế ưa dùng vì nó liên kết khái niệm không thiên tư với khái niệm hiệu quả và với khái niệm tối ưu hoá lợi ích sức khoẻ. Giả thiết được đặt ra là đồng tiền nên bỏ vào vào những chỗ có thể đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất.

Như vậy, có nhiều cách định nghĩa “công bằng”. Trên thực tế, người ta hay sử dụng định nghĩa thứ tư, tức là công bằng dựa trên cái “cần”. Tuy nhiên điều này cũng không thể thực hiện được với tất cả các loại bệnh, đặc biệt là đối với những hệ thống y tế mà bảo hiểm y tế chưa phát triển. Thí dụ: Không thể áp dụng thay thận cho tất cả các bệnh nhân suy thận, mặc dù các bệnh nhân này đều có cái “cần” như nhau. Để giải quyết tình trạng này, ở một số quốc gia, ví dụ Thái Lan, người ta xây dựng gói điều trị thiết yếu. “Gói” này bao gồm một số bệnh nhất định, khi bị mắc các bệnh trong “gói” thì mọi người dân đều được chữa trị như nhau.

2.3. Đặc tính cơ bản của thị trường chăm sóc sức khỏe

Nếu chúng ta chấp nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe là một loại hàng hóa thì sẽ có một thị trường chăm sóc sức khỏe để thực hiện quá trình mua bán dịch vụ chăm sóc sức khỏe giữa người cung ứng và người sử dụng. Thị trường này sẽ tuân thủ các nguyên tắc cơ bản giống như các thị trường khác. Tuy nhiên, do tính chất rất đặc biệt của dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà thị trường chăm sóc sức khỏe có những điểm đặc thù của nó hay người ta còn nói cách khác: Hàng hoá chăm sóc sức khoẻ là loại hàng hoá đặc biệt.

Tính đặc thù đầu tiên, như đã có dịp nói đến ở trên đó là mức độ hiểu biết về dịch vụ chăm sóc sức khoẻ giữa người cung và người cầu rất khác nhau. Người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hiểu biết rất nhiều về loại dịch vụ này trong khi đó, người sử dụng (người cầu) thì lại biết rất ít. Đặc tính này gọi là **“Thông tin bất đối”**.

Theo lý thuyết, một trong những yếu tố quan trọng để thị trường có thể trở nên hoàn hảo là người tiêu dùng phải có đầy đủ thông tin về sản phẩm không chỉ về giá thành mà còn cả về hiệu quả và sự thích hợp với quyết định cho việc sử dụng theo ưa thích của họ. Nhưng ở thị trường chúng ta đang bàn đến, thông tin về chăm sóc sức khoẻ ít khi đầy đủ, mất cân đối giữa người cung ứng và người sử dụng, trong đó người cung ứng hành động như là đại diện của người sử dụng với tất cả khả năng lạm dụng sử dụng. Tư cách đại diện này khiến cho mối quan hệ cung cầu không còn độc lập nữa. Cũng còn có những vấn đề liên quan đến “người tiêu thụ hợp lý” rằng họ có đưa ra sự lựa chọn xuất phát từ cá nhân họ không hay bị ảnh hưởng bởi xã hội? Sự lựa chọn này có phù hợp với họ không? Họ có tìm cách tối đa hoá lợi ích của mình không?

Đặc tính thứ hai là tính **“không lường trước được”**. “Không lường trước được” có thể thấy ở mọi nơi, mọi lúc. Người ta không biết được lúc nào thì bị gãy chân, bị viêm ruột thừa, tai nạn ô tô, hay nhồi máu cơ tim. Vì thế, nhiều khi việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe được quyết định một cách đột ngột và hoàn toàn ngẫu nhiên. Đôi khi lại xuất phát từ sự quan tâm của bệnh nhân về khả năng mắc một bệnh nào đó, chẳng hạn: “Tôi có bị ung thư không, thưa bác sĩ?”, “Bác sĩ có thể nói giúp tôi vì sao mà tôi thấy rất mệt?”. Chăm sóc sức khỏe là loại “cần” phụ thuộc: Cái mà người ta cần không phải là chăm sóc sức khoẻ mà là sức khoẻ, nhưng người ta không thể biết trước được lúc nào người ta

manh khoẻ và lúc nào bệnh tật ập đến người ta. Do đó “cần” về chăm sóc sức khoẻ là cái không chắc chắn, không đoán trước được và khi nó xảy ra thì nó đắt đỏ đến mức có thể làm cho người ta phá sản. Đó là lý do khiến cho người ta phải tìm ra phương thức tài chính tốt nhất cho chăm sóc sức khoẻ.

Không chỉ bệnh nhân-người sử dụng dịch vụ mà cả phía người cung ứng cũng phải đối đầu với sự “không lường trước được”. Không phải bao giờ một bệnh cũng có các triệu chứng giống nhau ở tất cả mọi bệnh nhân. Việc áp dụng cùng một phác đồ điều trị cho những bệnh nhân có bệnh giống nhau không chắc sẽ đem lại kết quả như nhau. Hơn nữa là thông tin để các thầy thuốc lựa chọn lại thay đổi rất nhanh mà nhiều khi sự thay đổi này lại không hoặc ít có chứng cứ khoa học.

Một điểm nữa làm cho thị trường chăm sóc sức khoẻ khác với các thị trường khác là “**tính ngoại biên**”. Đôi khi người ta dùng từ “**hàng hoá công cộng**” thay cho từ “**tính ngoại biên**”. Thuật ngữ “ngoại biên” ở đây dùng để chỉ những tác dụng gây ra bởi người sử dụng hàng hoá/dịch vụ đối với những người không mua/sử dụng hàng hoá/dịch vụ đó. Tính ngoại biên có cả mặt dương tính và âm tính và bao hàm cả ý lợi ích và chi phí. Một ví dụ điển hình về tính ngoại biên là đối với bệnh nhân mắc các bệnh nhiễm trùng. Khi một người mắc bệnh sỏi hay cúm thì không chỉ họ mắc mà họ còn có nguy cơ truyền bệnh cho người thân, bạn bè, hàng xóm,... Khi họ điều trị khỏi các bệnh này thì không chỉ có bản thân họ mà những người xung quanh họ cũng được hưởng ích lợi đó, vì khả năng mắc bệnh của những người lành sẽ giảm đi.

Nhiều hoạt động y tế ít hoặc không mang tính ngoại biên nhưng nếu phân tích theo khía cạnh xã hội thì rất nhiều các hoạt động liên quan đến y tế mang tính ngoại biên mà thực tế thì lại ít khi được biết đến, ví dụ việc làm sạch cống rãnh, việc ngủ màn, tiêm chủng phòng các bệnh truyền nhiễm,... Có những việc làm của cá nhân nhưng lại mang tính ngoại biên âm tính rất lớn, ví dụ như một người dùng thuốc kháng sinh không đúng sẽ làm tăng khả năng kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn và khi các chủng này kháng thuốc thì không chỉ kháng đối với bản thân người dùng thuốc mà đối với cả cộng đồng.

Với những ý nêu trên, có nhiều tài liệu nói đến sự thất bại hay tính không hoàn hảo của thị trường chăm sóc sức khoẻ. Điều đó có nghĩa là ngay cả khi chúng ta sống trong nền kinh tế thị trường, tuân theo qui luật “cung - cầu” thì dịch vụ chăm sóc sức khoẻ không phải lúc nào cũng mang tính hàng hoá sòng phẳng: có tiền thì mới mua được. Bất kể Nhà nước nào cũng luôn phải quan tâm đến loại hàng hoá đặc biệt này và tìm cách sử dụng nguồn lực của quốc gia, của ngành y tế cho hữu hiệu nhất. Không chỉ cứ chi phí nhiều là sức khoẻ sẽ tăng mà ngoài yếu tố nguồn lực còn yếu tố tổ chức hệ thống y tế, còn vấn đề phân bổ nguồn lực (chi bao nhiêu cho điều trị, cho dự phòng, cho vùng nghèo, vùng xa, vùng thành thị, nông thôn,...). Chúng ta sẽ tìm hiểu sâu về các hệ thống y tế trong bài “Tài chính y tế”.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm: Chi phí cơ hội, Kinh tế học vĩ mô, Kinh tế học vi mô, Kinh tế học chuẩn tắc, Kinh tế học thực chứng. Cho ví dụ?
2. Ba câu hỏi của Kinh tế học là gì? Cho ví dụ?
3. Giả sử bạn sống một mình trên một hòn đảo, những vấn đề nào bạn không cần phải giải quyết trong ba vấn đề “sản xuất cái gì”, “sản xuất như thế nào” và “sản xuất cho ai”. Bạn hãy cho một ví dụ về cách giải quyết các vấn đề trong gia đình của bạn?
4. Cân bằng thị trường là gì?
5. Nêu ảnh hưởng của một số yếu tố kinh tế vĩ mô: Thu nhập bình quân đầu người, tổng chi cho y tế, tỷ lệ chi phí công cho y tế đối với sức khỏe?
6. Những yếu tố nào quyết định sự lựa chọn dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người dân?
7. Đặc điểm cơ bản của thị trường chăm sóc sức khỏe là gì? Cho ví dụ?.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày các khái niệm cơ bản về chi phí.
2. Trình bày các bước tính chi phí.
3. Giải thích vai trò của phân tích chi phí.
4. Trình bày cách tính chi phí cho một trường hợp mắc bệnh và cho một chương trình chăm sóc sức khỏe.

1. MỞ ĐẦU

Nguồn lực nói chung và nguồn lực cho y tế luôn hạn hẹp, ngoài việc xây dựng mô hình cho phân bổ nguồn lực, các nhà kinh tế ứng dụng đã tiêu tốn rất nhiều thời gian vào làm thế nào để đo lường việc sử dụng các nguồn lực. Thu thập và phân tích các số liệu về chi phí của một chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu hay một dịch vụ y tế nào đó sẽ cung cấp những thông tin có giá trị cho các nhà kế hoạch, các nhà hoạch định chính sách và các nhà nghiên cứu để đạt được các mục đích sau:

- Lập kế hoạch kinh phí (việc lập kế hoạch kinh phí sẽ quan tâm nhiều hơn đến các nguồn kinh phí sẵn có khác nhau) thực sự cần thiết để tiếp tục triển khai chương trình hay hoạt động chăm sóc sức khỏe đặc biệt là ở các nước nghèo.
- Đánh giá việc sử dụng nhân sự, hiệu quả của việc sử dụng các nguồn lực khác nhau trong triển khai chương trình hoặc trong cung cấp dịch vụ y tế bằng cách sử dụng các phương pháp đánh giá phân tích chi phí hiệu quả, phân tích chi phí lợi ích để xem xét hiệu quả của các can thiệp y tế khác nhau.

Để xét đoán đúng đắn về hiệu quả của việc sử dụng nguồn lực, các nhà kinh tế cần đo lường chi phí để sản xuất ra sản phẩm và những lợi ích nhận được từ những sản phẩm đó. Bài này sẽ đề cập đến các khái niệm về chi phí, cách đo lường các chi phí và sử dụng những thông tin về chi phí trong công tác quản lý.

Khi lập kế hoạch cho triển khai phân tích chi phí cho một hoạt động nào đó, cần phải suy xét và trả lời các câu hỏi sau đây:

Phân tích chi phí: Những câu hỏi mấu chốt

Tính chi phí:

Để cho cái gì?

Mức độ nào?

Chi phí cho ai?

Nguồn thông tin nào?

Phương pháp nào?

Thời gian nào: có tính đến lạm phát không,

Ảnh hưởng ngắn hạn và dài hạn là gì?

2. CÁC KHÁI NIỆM CHUNG VỀ CHI PHÍ

Đối với các nhà kinh tế thì chi phí là cơ hội sử dụng nguồn lực bị mất đi. Chi phí của bất kỳ một hàng hoá dịch vụ nào đó chính là sự mất đi cơ hội sản xuất ra hàng hoá hoặc dịch vụ khác. Khái niệm này được gọi là chi phí cơ hội. Do vậy, chi phí kinh tế không chỉ đơn giản là chi phí tài chính (hay còn gọi là chi phí kế toán, là số tiền chi tiêu cho triển khai hoạt động) mà nó còn gồm cả các nguồn lực được sử dụng để tạo ra lợi ích của hoạt động đó. Những chi phí này có thể gồm cả các nguồn viện trợ, nguồn lực và thời gian của các hộ gia đình tham gia vào hoạt động và những tác dụng phụ có lợi và không có lợi của hoạt động đó. Như vậy, chi phí kinh tế là sự kết hợp cả chi phí kế toán và chi phí cơ hội.

2.1. Chi phí là gì? Chi phí của một loại hàng hóa, dịch vụ là trị giá của nguồn lực được sử dụng để sản xuất ra hàng hóa, dịch vụ đó.

Khi nói đến chi phí cho sản xuất ra một loại hàng hóa hoặc dịch vụ nào đó, người ta thường nghĩ đến số tiền phải chi trả cho các nguồn lực được sử dụng để sản xuất ra các hàng hóa hoặc dịch vụ đó mà không nghĩ rằng cần có cách nhìn rộng hơn đối với chi phí để sản xuất ra hàng hóa hoặc dịch vụ đó và cách nhìn nhận này sẽ có ích trong nhiều trường hợp. Như vậy cũng như trong các lĩnh vực khác, trong chăm sóc sức khỏe, chi phí để tạo ra một dịch vụ y tế cụ thể hoặc một loạt các dịch vụ y tế là giá trị của nguồn lực được sử dụng để tạo ra các dịch vụ y tế đó (ví dụ chi phí cho một chương trình y tế là nguồn lực được sử dụng để phát triển và thực hiện chương trình y tế đó).

Để thuận tiện và cũng để có thể so sánh được, các chi phí thường được thể hiện dưới dạng tiền tệ, số tiền tệ đó có thể thể hiện nguồn lực thực được sử dụng. Tuy vậy điều này không nên được hiểu lầm rằng số tiền đó luôn thể hiện nguồn lực thực được sử dụng. Ví dụ: Chương trình phòng chống tiêu chảy cần những nguồn lực sau: Nhân sự, tiền, từ các nguồn hỗ trợ bên ngoài và từ thông tin đại chúng. Như vậy, nếu chỉ xem xét đến tiền để thực hiện chương trình phòng tiêu chảy thì các nguồn lực khác dùng cho chương trình đã bị bỏ sót.

Chi phí có phải là giá mua bán ở thị trường không? Chi phí không có nghĩa là giá bởi vì giá chỉ phản ánh sự trao đổi (tỷ lệ trao đổi) ở thị trường mà thôi. Chúng ta hiểu rằng mọi hàng hóa hoặc dịch vụ đều có giá trị trong đó giá của nhiều hàng hóa hoặc dịch vụ có thể không phản ánh đủ giá trị của nó. Trong các chương trình chăm sóc sức khỏe, không có gì khó khăn khi xác định các nguồn lực đầu vào mà không phải chi trả hoặc trả rất ít tiền ví dụ như các tình nguyện viên, các chương trình thông tin đại chúng hoặc vắc-xin hoặc các thuốc được viện trợ mà phải trả phí thấp. Một số hoạt động có chi phí nhưng lại không có giá và cũng không định được giá trị ở thị trường trong khi đó một số hoạt động khác lại có giá ở thị trường nhưng lại không phản ánh nguồn lực thực đối với xã hội của hoạt động đó. Chi phí cũng không có nghĩa là chi tiêu, bởi vì chi tiêu chỉ là tiền được sử dụng để mua hàng hóa hoặc dịch vụ.

Đại đa số chúng ta đều nghĩ rằng giá cả là một chỉ số tốt để đo lường giá trị của hàng hóa và dịch vụ. Trong thực tế có rất nhiều nguồn lực được sử dụng trong các can thiệp y tế mà không có giá rõ ràng như công việc của các tình nguyện viên, các hàng viện trợ, các thông điệp về chăm sóc sức khỏe trên các phương tiện thông tin đại chúng và như vậy chúng ta không thể nói rằng các nguồn lực đó không có chi phí. Do vậy, khi ra quyết định thì cần phải xem xét liệu có nên đưa cả những nguồn lực mà chúng ta không cần phải chi trả không. Nếu chỉ để xác định nguồn kinh phí được phân bổ đã được sử dụng như thế nào thì có thể bỏ qua những nguồn lực mà ta không phải chi trả nhưng nếu xem xét đến khả năng bền vững của chương trình mà bạn đang triển khai thì cần phải xem xét đến chi phí của tất cả các nguồn lực.

Như vậy, chi phí kinh tế là giá trị của tất cả các nguồn lực (kế toán và phi kế toán).

Xuất phát từ khái niệm về sự khan hiếm của nguồn lực, các nhà kinh tế cho rằng chi phí cho một hoạt động là mất đi cơ hội sử dụng những nguồn lực đó cho những hoạt động tương đương khác. Ví dụ: xây một bệnh viện chuyên khoa thì mất đi cơ hội để xây một trường học. Hoặc những người làm công tác tình nguyện trong các chương trình phòng bệnh khi làm công tác xã hội sẽ mất đi cơ hội kiếm tiền bằng các công việc khác mà đem lại lợi nhuận cho bản thân họ hoặc mất đi cơ hội chăm sóc gia đình họ. Từ sự nhìn nhận đó, các nhà kinh tế đã đưa ra khái niệm về chi phí cơ hội của một hoạt động và chi phí cơ hội có thể được định nghĩa như sau:

Chi phí cơ hội của một hoạt động là thu nhập mất đi do sử dụng nguồn lực cho hoạt động này hơn là cho hoạt động khác.

Với quan niệm này, chi phí cơ hội có nghĩa là một hoạt động tương đương có thể xảy ra nếu như hoạt động đã được lựa chọn không được thực hiện trước. Ví dụ: chi phí cơ hội cho đào tạo một bác sĩ có thể là để đào tạo hai y tá; chi phí cơ hội để mở một phòng khám đa khoa khu vực có thể là để xây ba trạm y tế xã; chi phí cơ hội của thời gian các tình nguyện viên làm cho một chương trình chăm sóc sức khỏe là lợi ích họ có thể đạt được nếu họ dành thời gian đó làm công việc đồng áng hoặc công việc khác.

Trong phân tích chi phí, chi phí cơ hội cũng không thể thay thế được chi phí kế toán, nhưng việc đưa chi phí cơ hội vào phân tích sẽ đưa thêm những thông tin rất hữu ích cho việc ra quyết định.

2.2. Chi phí vốn và chi phí thường xuyên

Trước hết cần phân biệt giữa chi phí vốn và chi phí thường xuyên (chi phí cho hoạt động). Sự phân biệt hai loại chi phí này dựa trên thời gian sử dụng có thể có của hàng hóa hoặc dịch vụ được mua.

Chi phí vốn hay chi phí đầu tư là chi phí để mua hàng hóa có giá trị sử dụng 1 năm hoặc trên 1 năm ví dụ như chi phí xây dựng bệnh viện, phòng khám; chi phí mua trang thiết bị, máy móc; chi phí cho các khóa tập huấn cán bộ một lần mà không có đào tạo lại thường xuyên trong năm.

Ngược lại chi phí để mua hàng hóa có giá trị sử dụng dưới 1 năm thì gọi là chi phí thường xuyên hay chi phí cho triển khai ví dụ: Chi trả lương cho cán bộ; chi cho mua thuốc điều trị và vật tư chuyên môn dùng trong chăm sóc sức khỏe; chi phí cho điện nước; chi cho duy trì và bảo dưỡng nhà cửa và các trang thiết bị; chi cho đào tạo định kỳ vv....

Cách xác định chi phí theo chi phí vốn và chi phí thường xuyên rất có ích và được áp dụng rộng rãi bởi vì nó nhóm các nguồn lực đầu vào thành hai nhóm có đặc tính tương tự nhau. Phân biệt chi phí vốn và chi phí thường xuyên rất quan trọng vì người ta phải sử dụng nhiều cách khác nhau để tính 2 loại chi phí này như chúng ta thấy ở bảng 2.1.

Bảng 2.1. Phân biệt giữa chi phí vốn và chi phí thường xuyên

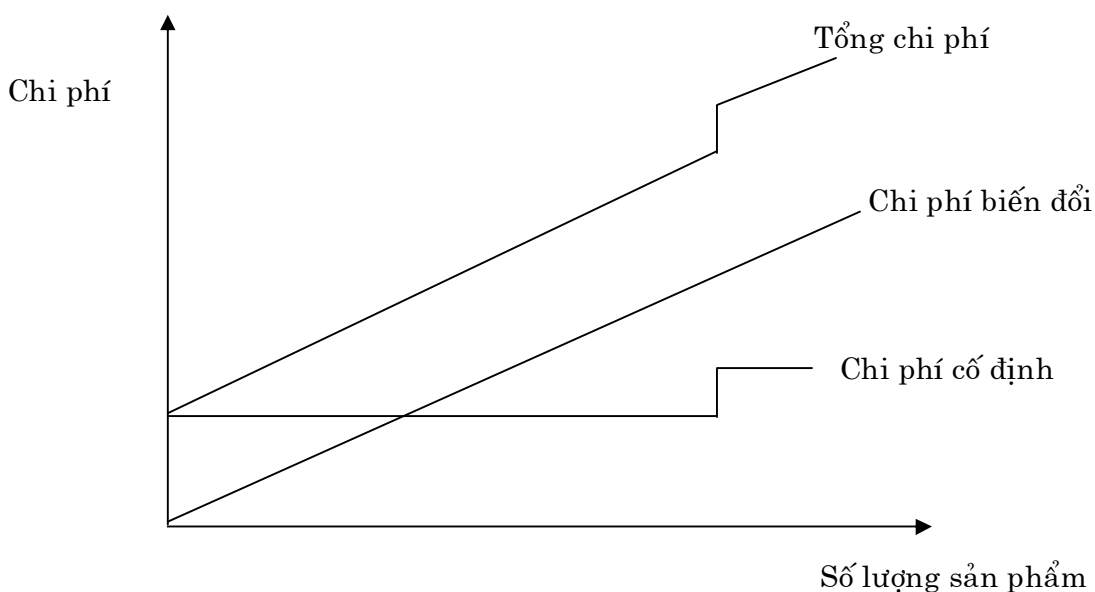
	Chi phí thường xuyên	Chi phí vốn
Loại hàng hóa	Tiêu hao	Đầu tư
Loại chi phí	Hoạt động	Trang thiết bị
Thuật ngữ thường gọi	Thường xuyên	Vốn
Ví dụ	Vac xin, lương, bơm tiêm	Nhà xưởng

2.3. Chi phí cố định và chi phí biến đổi (Hình 2.1)

Theo qui định chung, chi phí cố định là chi phí mà trong khoảng ngắn hạn không phụ thuộc vào số lượng sản phẩm được tạo ra, là các chi phí cần cho thiết lập một hoạt động sản xuất nào đó. Ví dụ: Trong chương trình tiêm chủng, một trong những chi phí không thay đổi theo số lượng mũi tiêm là chi phí cho nhân sự. Giả sử tại một trạm y tế xã, một y tá thực hiện nhiệm vụ tiêm chủng và theo dự kiến 1 ngày y tá đó có thể tiêm được 100 cháu, vậy nếu y tá đó tiêm 30 hay 40 hay 70 cháu thì số y tá đó vẫn không thay đổi hay nói cách khác không có sự thay đổi về chi phí cho nhân sự. Nếu số trẻ đến tiêm chủng lớn hơn 100 trẻ thì cần phải cần thêm 1 y tá nữa và như vậy có sự thay đổi về chi phí cố định.

Chi phí biến đổi là các chi phí thay đổi trực tiếp theo số lượng sản phẩm. Ví dụ: cũng trong chương trình tiêm chủng, chi phí cho vaccin là một trong những chi phí biến đổi. Chi phí này thay đổi số lượng mũi tiêm, nhiều cháu đến tiêm chi phí cho vaccin lớn và ít cháu đến tiêm, chi phí cho vaccin sẽ giảm đi và chi phí này sẽ bằng “0” nếu không có cháu nào đến tiêm chủng. Như vậy chi phí biến đổi là hàm số của số lượng sản phẩm được tạo ra.

Chúng ta cũng nên hiểu rằng trong khoảng dài hạn, tất cả các chi phí sẽ có thể bị thay đổi và chi phí cố định thường được định nghĩa trong mối quan hệ với khoảng thời gian được xem xét (ví dụ trong một năm tài chính).



Hình 2.1. Chi phí cố định, chi phí biến đổi, tổng chi phí

Khái niệm về chi phí cố định và chi phí biến đổi cho thấy chi phí và sản phẩm có mối quan hệ cơ học với nhau. Mối quan hệ này được gọi là quan hệ giữa đầu vào và đầu ra hay còn được đặt cho thuật ngữ là hàm sản xuất. Ngoài mối quan hệ cơ học giữa đầu vào và đầu ra là mối quan hệ giữa những chi phí kèm

theo với những đầu vào, đó là mối quan hệ giữa nguồn lực đầu vào và giá cả. Nhìn chung mối quan hệ giữa sản phẩm và chi phí được quyết định bởi cả hai thành phần trên.

Trong nghiên cứu về hàng loạt các vấn đề, các nhà kinh tế luôn đặt ra câu hỏi: Chi phí thay đổi như thế nào đối với mỗi mức sản phẩm khác nhau? Nguồn lực nào cần để đạt được một mức sản phẩm nào đó? Chi phí cho mỗi đơn vị sản phẩm thay đổi như thế nào đối với các qui mô sản xuất khác nhau? Một sự thay đổi nhỏ các hoạt động thì nguồn lực thay đổi như thế nào?

2.4. Tổng chi phí, chi phí trung bình

1.4.1. Tổng chi phí

Là tổng của tất cả các chi phí để sản xuất ra một mức sản phẩm nhất định. Ví dụ: Chi phí để cung cấp dịch vụ bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Tổng chi phí được tính theo công thức sau:

$$\begin{aligned}\text{Tổng chi phí} &= \text{Chi phí cố định} + \text{chi phí biến đổi} \\ &= \text{Chi phí vốn} + \text{chi phí thường xuyên} \\ &= \text{Chi phí trực tiếp} + \text{chi phí gián tiếp}\end{aligned}$$

1.4.2. Chi phí trung bình (hay chi phí đơn vị)

Là chi phí cho một sản phẩm đầu ra. Chi phí trung bình được tính bằng tổng chi phí chia cho số lượng sản phẩm. Ví dụ: Chi phí trung bình cho một trẻ được tiêm chủng đủ bằng tổng chi phí cho số trẻ được tiêm chủng đủ chia cho số trẻ được tiêm chủng đủ; hoặc trung bình cho một bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa nội năm 2005 bằng tổng chi phí cho khoa nội năm 2005 chia cho số bệnh nhân điều trị tại khoa nội cùng năm; hoặc chi phí trung bình cho một học viên tham dự khóa tập huấn ngắn hạn về lập kế hoạch sẽ bằng tổng chi phí cho khóa học đó chia cho số học viên tham dự khóa tập huấn ...

2.5. Chi phí biên

Chi phí biên (C_m) là chi phí thêm khi sản xuất thêm một đơn vị sản phẩm hàng hóa nào đó nói cách khác đó là chi phí nảy sinh khi chuyển từ n sản phẩm sang $n + 1$ sản phẩm. Ví dụ: Trong trường hợp chương trình tiêm chủng mở rộng, đó là chi phí nảy sinh từ n mũi tiêm sang $n + 1$ mũi tiêm .

$$C_{m_{n+1}} = TC_{n+1} - TC_n$$

Trong đó: TC = tổng chi phí (Total cost)

Nói rộng hơn, chi phí biên thể hiện sự thay đổi về mối quan hệ giữa tổng chi phí với khối lượng hoạt động của một chương trình nào đó. Ví dụ: Chi phí biên cho tiêm chủng có thể được tính theo 2 giai đoạn:

$$C_{m_{2,1}} = (TC_2 - TC_1) / (N_2 - N_1)$$

Trong đó: TC_1 = Tổng chi phí cho trường hợp 1

TC_2 = Tổng chi phí cho trường hợp 2

N_1 = Số mũi tiêm trường hợp 1

N_2 = Số mũi tiêm trường hợp 2

Nếu tổng chi phí cho tiêm 200 mũi vaccin là 250 đơn vị tiền và tổng chi phí cho 240 mũi vaccin là 260 đơn vị tiền thì chi phí biên cho 40 mũi vaccin thêm sẽ là:

$$(260 - 250)/(240 - 200) = 0,25 \text{ đơn vị tiền/mũi tiêm.}$$

Câu hỏi đặt ra là so với chi phí trung bình, chi phí biên có ý nghĩa như thế nào trong phân tích chi phí cho sản xuất ra hàng hóa hoặc dịch vụ. Xem xét mối quan hệ giữa chi phí biên và chi phí trung bình, ta thấy khi chi phí biên của đơn vị sản phẩm tiếp theo lớn hơn chi phí trung bình của các đơn vị sản phẩm đã được sản xuất ra thì việc sản xuất đơn vị sản phẩm tiếp theo sẽ làm tăng chi phí trung bình cho mỗi đơn vị sản phẩm. Ngược lại chi phí biên cho đơn vị sản phẩm tiếp theo nhỏ hơn chi phí trung bình của các đơn vị sản phẩm đã được sản xuất ra thì việc sản xuất đơn vị sản phẩm tiếp theo sẽ làm giảm chi phí trung bình cho mỗi đơn vị sản phẩm. Khi chi phí cho đơn vị sản phẩm tiếp theo bằng chi phí trung bình của các đơn vị sản phẩm đã được sản xuất ra thì việc sản xuất đơn vị sản phẩm tiếp theo sẽ không làm thay đổi chi phí trung bình cho mỗi đơn vị sản phẩm.

Trong phân tích chi phí, việc đo lường chi phí biên thường không dễ dàng và trong những trường hợp như vậy người ta phải sử dụng chi phí trung bình thay cho chi phí biên. Mặc dù vậy việc sử dụng chi phí trung bình thay cho chi phí biên chỉ phù hợp trong một số trường hợp như lập kế hoạch kinh phí cho một chương trình mới hoặc trong theo dõi giám sát mà sẽ không thích hợp trong trường hợp có hay không mở rộng chương trình đang thực hiện.

Ví dụ về hoạt động tiêm chủng cho thấy số cán bộ tiêm chủng hoặc tủ lạnh để lưu trữ vaccin cần thiết ít liên quan đến số trẻ được tiêm chủng. Trong trường hợp như vậy, nếu có thêm một số trẻ được tiêm chủng thì chi phí chương trình tiêm chủng cũng sẽ không tăng lên quá cao và như vậy chi phí biên sẽ thấp hơn chi phí trung bình. Như vậy khái niệm về chi phí biên rất có ích trong đánh giá hiệu quả việc mở rộng độ bao phủ của chương trình tiêm chủng theo khu vực địa lý, hoặc của việc bổ sung thêm vaccin vào chương trình.

Trong lĩnh vực y tế, sự hiểu biết về chi phí của dịch vụ y tế thì có thể mang lại những thông tin quan trọng cho cả những người làm kế hoạch và người quản lý. Nó giúp họ phân tích được những nguồn lực nào đang sử dụng cũng như những nguồn nào đang được sử dụng một cách có hiệu quả và công bằng. Ví dụ: Chi phí một phòng 5 giường bệnh và mối liên quan giữa các loại chi phí cho phòng bệnh đó được thể hiện trong bảng 2.2.

Bảng 2.2. Chi phí cho một ngày điều trị của một phòng 5 giường bệnh

Số bệnh nhân	Chi phí cố định (1)	Chi phí biến đổi (2)	Tổng chi phí (3)	Chi phí trung bình (4)	Chi phí biên (5)
1	20	10	30	30	30
2	20	15	35	17,5	5
3	20	20	40	13,3	5
4	20	35	55	13,8	15
5	20	55	75	15,0	20
6	30	78	108	18,0	33

Chi phí này gồm cả chi phí duy trì bảo dưỡng, điện đèn, hành chính.

Bao gồm chi cho thuốc, thời gian của y tá.

Tổng chi phí cố định và chi phí thay đổi.

Chi phí cho một bệnh nhân trên một ngày.

Chi phí cho thêm một bệnh nhân.

2.6. Chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp

2.6.1. Chi phí trực tiếp

Trong lĩnh vực y tế, chi phí trực tiếp là những chi phí nảy sinh cho hệ thống y tế, cho cộng đồng và cho gia đình người bệnh trong giải quyết trực tiếp bệnh tật. Chi phí này được chia thành 2 loại:

- Chi phí trực tiếp cho điều trị: Là những chi phí liên hệ trực tiếp đến việc chăm sóc sức khoẻ như chi cho phòng bệnh, cho điều trị, cho chăm sóc và cho phục hồi chức năng,...
- Chi phí trực tiếp không cho điều trị: Là những chi phí trực tiếp không liên quan đến khám chữa bệnh nhưng có liên quan đến quá trình khám và điều trị bệnh như chi phí đi lại, ở trọ,...

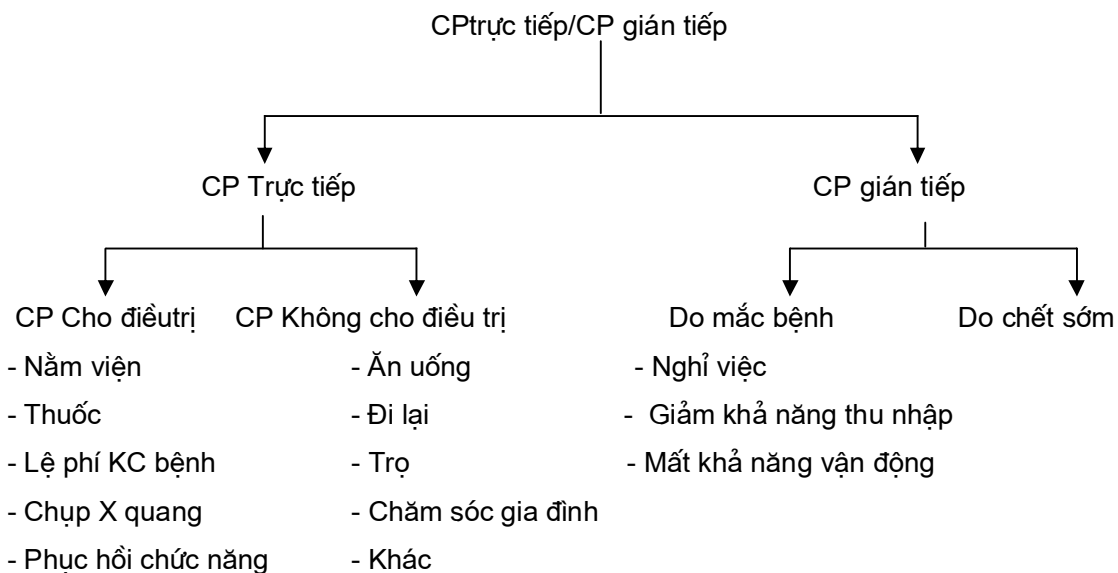
2.6.2. Chi phí gián tiếp

Là những chi phí thực tế không chi trả. Chi phí này được định nghĩa là mất khả năng sản xuất do mắc bệnh mà bệnh nhân, gia đình họ, xã hội và ông chủ của họ phải gánh chịu. Hầu hết các nghiên cứu về chi phí do mắc bệnh đã định nghĩa chi phí này là giá trị của mất đi khả năng sản xuất do nghỉ việc, do mất khả năng vận động và do chết sớm mà có liên quan đến bệnh và điều trị bệnh.

Chi phí gián tiếp nảy sinh dưới 2 hình thức, chi phí do mắc bệnh và chi phí do tử vong. Chi phí mắc bệnh bao gồm giá trị của mất khả năng sản xuất của

những người bệnh do bị ốm phải nghỉ việc hoặc bị thất nghiệp. Chi phí do tử vong được tính là giá trị hiện tại của mất khả năng sản xuất do chết sớm hoặc mất khả năng vận động vĩnh viễn do bị bệnh.

Các chi phí (CP) trực tiếp và gián tiếp có thể được biểu diễn theo sơ đồ sau (Hình 2.2)



Hình 2.2. Chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp

2.7. Chi phí không rõ ràng

Khi xem xét gánh nặng bệnh tật của một bệnh nào đó, ngoài việc xem xét đến chi phí trực tiếp và gián tiếp các nhà kinh tế còn xem xét đến một loại chi phí khác đó là chi phí không rõ ràng. Thông thường đó là các chi phí do đau đớn, lo sợ, giảm sút chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình, mất thời gian nghỉ ngơi. Tuy vậy, trong thực tế các chi phí này thường ít được xem xét đến trong đánh giá kinh tế gánh nặng của bệnh tật bởi vì nó mang tính chủ quan cao và nó phụ thuộc rất nhiều vào văn hoá. Do vậy, khó có thể định giá trị các chi phí này sang tiền tệ.

Chi phí gián tiếp và chi phí không rõ ràng cần được tính đến khi xem xét gánh nặng kinh tế của một bệnh trên quan điểm xã hội hay quan điểm của người bệnh.

3. TÍNH CHI PHÍ

3.1. Tính chi phí cho người cung cấp dịch vụ

Cách tiếp cận trong tính chi phí các dịch vụ y tế tại các cơ sở y tế là “cách tiếp cận theo thành phần” trong đó mỗi can thiệp y tế được mô tả theo cách nguồn lực cần thiết để tạo ra mỗi loại dịch vụ. Đơn vị sản phẩm sẽ là chi phí cho mỗi bệnh nhân được khám cho mỗi loại dịch vụ y tế đã được xác định.

Trước hết, chúng ta tính toàn bộ chi phí cho một loại dịch vụ được thực hiện tại cơ sở y tế. Cách tính này phản ánh khái niệm về những nguồn lực cần thiết ban đầu để đưa ra một dịch vụ y tế có đủ chất lượng. Tất nhiên chỉ có nguồn lực thì chưa đủ để đảm bảo chất lượng của dịch vụ y tế, cách thức sử dụng và phối hợp nguồn lực này mới là cơ sở đảm bảo cho chất lượng của dịch vụ y tế. Điều này có thể được mô tả như một quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Quá trình này phải đòi hỏi các khía cạnh về kiến thức, về kỹ năng và về hiệu quả của sử dụng nguồn lực. Việc tính toán chi phí được thực hiện qua 5 bước như sau:

Nguyên lý chung cho tính chi phí

Có năm bước chính trong tính chi phí:

- Xác định nguồn lực được sử dụng để tạo ra dịch vụ y tế đang được tính toán.
- Ước tính số lượng mỗi nguồn lực đầu vào được sử dụng.
- Định rõ giá trị tiền tệ cho mỗi đơn vị đầu vào và tính tổng chi phí cho đầu vào.
- Phân bổ chi phí cho các hoạt động trong đó chi phí được sử dụng.
- Sử dụng sản phẩm đạt được để tính chi phí trung bình.

Trong thực hiện tính chi phí, một số khái niệm kinh tế chung cần phải được xem xét. Những khái niệm quan trọng nhất được trình bày dưới đây:

- Chi phí toàn bộ, chi phí thay thế: Theo qui định chung, chi phí cần được tính toán dựa trên cơ sở toàn bộ chi phí. Chi phí đó cần đại diện cho chi phí cho mua một vật gì đó trong thời điểm hiện tại chứ không phải giá ban đầu của vật đó.
- Chi phí vốn, chi phí thường xuyên: Sự phân biệt giữa chi phí vốn và chi phí thường xuyên dựa trên thời gian sử dụng của đồ vật đó
- Xử lý đối với những đồ vật viện trợ: Có những đồ vật không được mua trực tiếp từ Bộ Y tế nhưng chi phí cho đồ vật đó vẫn phải được tính đến và có như vậy thì toàn bộ giá trị nguồn lực cho một hoạt động mới được ước tính.
- Tính chi phí cho những phần chiếm chi phí lớn trước để tránh những sai lệch do tính toán.

Sau đây là các bước cụ thể trong thực hiện tính chi phí:

3.1.1. Xác định nguồn lực được sử dụng để tạo ra dịch vụ y tế đang được tính toán

Để xác định được nguồn lực được sử dụng để tạo ra dịch vụ y tế đang được tính toán, trước hết cần phải xác định các hoạt động tạo ra dịch vụ y tế đó.

– Xác định hoạt động:

Bước này xem ra có vẻ như không cần thiết, nhưng thực tế là rất cần. Nhiều nghiên cứu về ước tính chi phí đã bị đi chệch đường với mục tiêu cụ thể của tính toán bởi vì khi các hoạt động không được xác định đầy đủ thì sẽ có một số hoạt động có vẻ như nằm ngoài chương trình (dịch vụ) được tính chi phí.

Ví dụ: Tính chi phí cho 1 trung tâm y tế (TTYT). Những sự phiên giải khác nhau cho một trường hợp như vậy cần phải được hiểu như sau:

- + Một số hoặc tất cả hoạt động ở TTYT.
- + Một số hoạt động khác không thực hiện ở TTYT nhưng do TTYT cung cấp như đi chống dịch.
- + Một số hoạt động hỗ trợ khác cũng không thực hiện ở TTYT như giám sát, đào tạo, thử xét nghiệm, hành chính...
- + Các hoạt động được thực hiện tại TTYT nhưng đại diện cho dịch vụ khác, như giám sát y tế thôn, đội...

Lựa chọn hoạt động nào trên đây để tính chi phí phần lớn sẽ phụ thuộc vào mục đích của tính chi phí.

– Xác định cách phân loại chi phí mà sẽ được sử dụng trong tính toán:

Để tính chi phí, trước hết cần phải xác định cách phân loại chi phí sẽ được sử dụng. Có sự khác biệt về phân loại chi phí giữa các nước, vậy việc lựa chọn cách phân loại chi phí sẽ phải tùy thuộc vào nguồn lực sẵn có và hệ thống kế toán tại cơ sở định tính toán.

Một cách phân loại chi phí hữu ích và thường được sử dụng rộng rãi nhất trong tính toán chi phí cho triển khai một chương trình là phân loại chi phí theo đầu vào. Sau đây là ví dụ về phân loại chi phí theo đầu vào cho chương trình tiêm chủng mở rộng (Bảng 2.3).

Bảng 2.3. Chi phí thường xuyên và chi phí vốn

Chi phí thường xuyên	Chi phí vốn
Chi lương cán bộ gồm cả các phần thưởng, trợ cấp. Chi cho vắc-xin. Chi cho đi lại bao gồm nhiên liệu, phụ cấp cho cán bộ, tiền duy trì bảo dưỡng, tiền lưu bến bãi. Đào tạo lại ngắn hạn. Các chi phí thường xuyên khác: Bơm tiêm và các vật tư tiêu hao Điện nước Duy trì bảo dưỡng nhà cửa Các loại chi khác	Chi mua xe hoặc các bộ phận phụ kiện của xe. Xây nhà. Tủ lạnh. Phích lạnh. Các loại trang thiết bị khác. Đào tạo.

Danh mục chi phí cần đáp ứng được nguồn lực và cách phân loại chi phí ở hệ thống y tế đang tính toán.

– Xác định nguồn lực được sử dụng:

Giai đoạn tiếp theo là xác định nguồn lực cần thiết để thực hiện các hoạt động cần được phân tích chi phí.

Ví dụ: Chi phí cho chương trình tiêm chủng mở rộng (TCMR) do đội lưu động thực hiện gồm có chi phí thời gian của cán bộ, chi phí đi lại, vaccin, bơm kim tiêm, dụng cụ bảo quản vaccin, điện máy nổ, mẫu ghi chép, đào tạo y tá,... Thêm vào những chi phí trên còn phải tính đến chi phí cho cộng đồng. Những chi phí lớn hơn cho xã hội thì khó xác định hơn, nhưng có thể tính đến như chi phí đi lại, chi phí do mất khả năng sản xuất hoặc mất thu nhập.

Có thể có thêm chi phí cho những tổ chức khác mà có nguồn gốc tương tự như dịch vụ y tế. Người ta thường sử dụng những bảng kiểm để xác định những nguồn lực. Với mỗi loại hoạt động, tốt nhất là chia ra chi phí ra thành **chi phí vốn** và **chi phí thường xuyên**. Chi phí vốn là những chi phí một lần, trong khi đó chi phí thường xuyên liên tục xuất hiện như là một phần trong quá trình hoạt động của hoạt động. Như vậy, chi phí xây dựng một toà nhà là chi phí vốn trong khi đó chi phí cho điện là chi phí thường xuyên. Với mỗi loại nguồn lực cho dù là chi phí vốn hay chi phí thường xuyên, xác định số lượng của mỗi nguồn lực là rất cần thiết. Càng phân chia nhỏ giá trị mỗi loại hoạt động thì càng có lợi. Đối với những loại hoạt động hoàn toàn mới, nguồn lực cần được ước tính dựa vào sự mô tả hoạt động đó.

3.1.2. Ước tính số lượng mỗi đầu vào được sử dụng

Để tính chi phí cho một hoạt động, cần phải ước tính được số lượng của các nguồn lực sử dụng cho hoạt động đó. Điều này có nghĩa là phải ước tính số lượng của mỗi đầu vào sử dụng cho hoạt động đó. Ví dụ khi triển khai 1 đợt tiêm chủng cần bao nhiêu y tá tham gia đợt tiêm chủng đó.

3.1.3. Định rõ giá trị tiền tệ cho mỗi đơn vị đầu vào và tính tổng chi phí cho đầu vào

Bước này liên quan đến việc định giá trị tiền tệ cho mỗi nguồn lực đã được xác định. Giá báo trước hay giá thị trường sẽ được sử dụng tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể như cho giai đoạn đánh giá hay lập dự toán. Những thông tin lúc này cũng rất khác nhau. Giá thị trường đối với các đơn vị nguồn lực có thể luôn có sẵn nhưng vẫn cần phân biệt rõ giữa giá thực và giá thị trường. Như chúng ta đã biết, tính chi phí là cách xác định nguồn lực thực được sử dụng cho một hoạt động cụ thể. Mặc dù giá đích thực của một nguồn lực là chi phí cơ hội (ví dụ như giá trị lợi ích của một phương án tốt nhất bị mất đi do nguồn lực không sẵn có), cách tiếp cận thực tế nhất để tính chi phí là sử dụng giá cả hiện đang tồn tại trên thị trường. Tuy vậy trong tính toán cũng không nên bỏ qua điểm thiết yếu của chi phí là nguồn lực thực được sử dụng bởi vì trong thực tế

một số nguồn lực không có giá trên thị trường nhưng rất có giá trị xã hội (như không khí), trong khi đó có những nguồn lực được bán mua trên thị trường nhưng không có giá trị xã hội. Như vậy, giá thị trường (giá mà nguồn lực được mua và bán thực sự) phản ánh nguồn lực thực đối với xã hội trừ một vài lý do cụ thể nào đó. Một ví dụ ngoài lĩnh vực y tế sẽ giúp ta làm rõ vấn đề này:

Giả sử khi đưa phân đạm vào sử dụng trong trồng trọt, Nhà nước bù giá cho phân đạm từ 1400 đồng xuống 1000 đồng/kg để động viên người dân sử dụng loại phân này. Như vậy, giá thị trường dưới mức giá thực là 400 đồng. Khi phải tính chi phí để ra quyết định trong lĩnh vực công cộng và trong những dự án mà có liên quan đến sử dụng loại phân đó thì cần tính chi phí cho phân bón ở giá thực chứ không phải ở giá thị trường đã được Nhà nước bù giá.

Đối với những dự án phát triển với tầm cỡ lớn trong lĩnh vực công cộng, cần phải có sự điều chỉnh tương tự như vậy đối với giá cả thị trường trong giai đoạn đánh giá để lựa chọn phương án thích hợp. Người ta thấy rằng trong đánh giá để lựa chọn phương án thích hợp, do ảnh hưởng của tỷ lệ hối đoái, các hành vi trợ thường được đánh giá thấp so với mức thực tế và chi phí cho nhân sự thường được ước tính cao hơn mức thực tế do vậy người ta có thể sử dụng mức giá tương đương (giá mờ hay giá bóng, shadow price) để giảm bớt sự vượt quá hoặc dưới mức ước tính của các loại chi phí này. Trong lĩnh vực y tế, giá mờ ít được sử dụng rộng rãi và việc sử dụng giá mờ một cách chi tiết cũng rất phức tạp. Tuy vậy có những hiểu biết về giá mờ thì cũng rất có ích trong quá trình tính toán và phân tích chi phí đặc biệt là với những dự án lớn trong lĩnh vực y tế công cộng, việc sử dụng giá mờ đối với những trang thiết bị đắt tiền mà phải nhập khẩu trong giai đoạn đánh giá để lựa chọn lại càng cần thiết.

Giai đoạn đánh giá để lựa chọn, giá mờ được sử dụng cho tính toán thì khi kế hoạch hoặc chương trình đã được phê duyệt, ngân sách cần cho thực hiện kế hoạch hoặc hoạt động đó phải được tính bằng giá thị trường bởi vì đó là lượng chi phí cần thiết để mua hàng hoá hoặc dịch vụ cho hoạt động hoặc chương trình đó.

Như vậy, việc tính chi phí cho tất cả các nguồn lực là tương đối rõ (không mơ hồ), tuy vậy vẫn còn có những vấn đề thường nảy sinh khi tính chi phí, đó là định giá trị như thế nào cho các nguồn lực không được mua bán trong thị trường.

Những đầu vào chủ yếu mà không được mua bán trong thị trường cho các chương trình sức khoẻ là thời gian của những đội viên tình nguyện, thời gian nghỉ ngơi (nhàn rỗi) của bệnh nhân và người nhà họ. Một cách để định giá trị cho những đầu vào này là sử dụng mức tiền công ở thị trường (ví dụ: đối với tình nguyện viên, người ta có thể sử dụng mức chi trả cho những người lao động chân tay). Tuy vậy, định giá trị cho thời gian nhàn rỗi thì khó hơn nhiều. Đã có nhiều cuộc tranh luận về việc tính toán chi phí cho thời gian rỗi của người bệnh và gia đình họ. Có một cách hơi khác một chút là đo lường thời gian của những tình nguyện viên đó và lưu giữ lại cùng với những chi phí khác khi báo cáo kết

quả. Điều này sẽ khiến cho nhà kế hoạch lưu ý rằng chương trình đó sử dụng nhiều tình nguyện viên và như vậy họ có thể dự tính được những nguồn lực cần thiết khi áp dụng một chương trình mới.

Trong tính toán chi phí việc thu thập số liệu về chi phí có vai trò hết sức quan trọng. Nơi nào có hệ thống quản lý tài chính kế toán tốt thì nguồn thông tin sẽ đầy đủ và chính xác hơn.

Chi phí phát sinh nên được ước tính để dùng cho những chi phí không dự tính được. Việc ước tính chi phí phát sinh trong ước tính dự án là cần thiết nhưng không phải giai đoạn nào của tính chi phí cũng đưa vào. Tỷ lệ chi phí phát sinh thường thay đổi từ 5-10% trong tổng chi phí.

Vấn đề lạm phát, khi một hoạt động kéo dài trong nhiều năm thì cần thiết phải có 1 con số để có thể thích ứng đối với mọi trường hợp giá cả tăng lên vấn đề này sẽ được đề cập đến kỹ hơn trong phần sau.

3.1.4. Phân phối chi phí cho các hoạt động (Bảng 2.4)

Để tính chi phí cho mỗi hoạt động hoặc mỗi dịch vụ y tế, cần phải tiến hành phân phối chi phí của các nguồn lực khác nhau cho mỗi hoạt động. Phân phối chi phí có nghĩa là xác định chi phí đó cho 1 hoặc nhiều loại hoạt động. Có nhiều cách phân phối chi phí:

- Phân phối trực tiếp: Khi chi phí được sử dụng một cách rõ ràng cho 1 hoạt động đơn lẻ, thì phân phối thẳng cho hoạt động đó. Ví dụ: Chi phí cho mua vaccin trong chương trình tiêm chủng, chi phí cho mua cân phục vụ cho cân trẻ em trong chương trình theo dõi sự phát triển của trẻ.
- Phân phối gián tiếp: Một số chi phí phải chia cho 2 hay nhiều hoạt động, ví dụ như chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em gồm 4 hoạt động. Cán bộ y tế của chương trình tham gia tất cả các hoạt động nhưng thời gian không hoàn toàn như nhau. Để tính chi phí cho từng hoạt động, cần phân phối chi phí của cán bộ đó cho các hoạt động theo mức thời gian cán bộ y tế đó dành cho từng hoạt động. Có 2 phương pháp cơ bản để phân phối chi phí:
 - + Chia đều giữa các loại hoạt động.
 - + Chia theo tỷ lệ %.
- Phân phối lùi từng bước: Ví dụ một trung tâm y tế gồm có khối hoạt động trực tiếp và hoạt động gián tiếp. Để tính chi phí cho một dịch vụ nào đó thì cần phải lấy chi phí của từng phòng trong khối các hoạt động gián tiếp phân bổ cho các hoạt động trực tiếp. Trong khối các hoạt động gián tiếp, phòng Tổ chức cán bộ chịu trách nhiệm hỗ trợ cho các khoa phòng khác trong khối gián tiếp và các khoa thuộc khối trực tiếp, do vậy cần phân bổ chi phí của phòng Tổ chức cán bộ cho các phòng gián tiếp khác và các khoa phòng trực tiếp. Các khoa phòng còn lại cũng sẽ được phân bổ theo cách phân bổ chi phí của phòng Tổ chức cán bộ.

Sự phân phối chi phí có thể dựa trên cơ sở sau:

- + Thời gian thường áp dụng trong phân bổ chi phí cho nhân sự;
- + Khoảng không (diện tích) áp dụng trong phân bổ chi phí nhà xưởng;
- + Thời gian sử dụng áp dụng trong phân bổ chi phí cho trang thiết bị;
- + Số giường bệnh để phân bổ chi phí hành chính;
- + Số cán bộ y tế để phân bổ chi phí hành chính.

Bảng 2.4. Phân phối chi phí cho các hoạt động

Loại	Đơn vị	Ví dụ
Nhân sự	+ Thời gian làm việc	60% thời gian tiềm chủng x lương
Thuốc và các vật tư tiêu hao	+ Trọng lượng được dùng + Thể tích được dùng + Đơn vị được dùng	30% của vaccin x tổng chi phí của vaccin.
Nhà xưởng	+ Diện tích sử dụng + Thời gian sử dụng	15% diện tích phòng khám x tiền thuê.
Dụng cụ	+ Thời gian sử dụng	20% của dụng cụ x chiết khấu hàng năm.
Xe cộ	+ Khoảng cách, thời gian	40% tổng khoảng cách x chi phí hoạt động của xe.

3.1.5. Tính chi phí trung bình cho mỗi hoạt động

Do chúng ta thường quan tâm đến chi phí cho các hoạt động khác nhau trong cơ sở y tế hoặc trong chương trình y tế, bước tiếp theo sẽ là ước tính chi phí trung bình cho mỗi lần khám hoặc nhận dịch vụ. Khi chúng ta đã tính được tổng chi phí cho từng hoạt động, kết hợp số liệu này với số liệu về mức sử dụng hoạt động đó trong một khoảng thời gian sẽ cho phép chúng ta tính chi phí trung bình cho mỗi hoạt động.

3.1.6. Lựa chọn thời gian và chiết khấu

Phần lớn các can thiệp y tế có chi phí và kết quả ở những thời điểm khác nhau. Có thể chi phí một lần hoặc nhiều lần riêng biệt cho các chương trình hoặc các hoạt động y tế. Câu hỏi đặt ra ở đây là chi phí ngày hôm nay và chi phí sau 20 năm nữa có nên được coi như nhau hay không? Kết quả của cùng một can thiệp hoặc của các can thiệp khác nhau cũng xuất hiện vào những thời điểm khác nhau. Có nên coi kết quả ngày hôm nay và kết quả sau 20 năm nữa như nhau không?

Chi phí và hiệu quả của một can thiệp cũng xảy ra ở những thời điểm khác nhau. Trong các chương trình phòng bệnh người ta phải đầu tư kinh phí vào trước, nhưng hiệu quả của các chương trình đó xuất hiện rất lâu sau đó. Ví dụ như chương trình tiêm phòng viêm gan B bảo vệ cho người được tiêm chủng 10 năm sau đó. Như vậy chi phí là ngay từ đầu mà hiệu quả là những năm sau đó (số trường hợp dự phòng được nhờ tiêm chủng).

Vậy xử trí như thế nào với trường hợp chi phí và hiệu quả xảy ra ở những thời điểm khác nhau.

Giả sử bạn được nhận tiền thưởng do hoàn thành tốt công việc trong năm vừa qua, bạn sẽ được lựa chọn giữa hai phương án:

+ Phương án 1: Nhận 1.000.000đ ngay;

+ Phương án 2: Nhận 1.000.000đ sau 10 năm nữa.

Bạn sẽ lựa chọn phương án nào?

Tất nhiên, tất cả mọi người sẽ chọn phương án 1. Điều này xảy ra vì mọi người đều đánh giá đồng tiền ngày hôm nay có giá trị hơn đồng tiền những năm sau này. Sự lựa chọn tiền ngày hôm nay chứ không phải vào những năm sau được gọi là “sự lựa chọn thời gian”. **Sự lựa chọn thời gian để đo lường mức độ thích thú** mà người ta có do được nhận tiền hoặc ích lợi vào những thời điểm khác nhau. Như vậy chi phí và hiệu quả diễn ra ở những thời điểm khác nhau, làm thế nào để ta có thể so sánh chúng một cách cân đối?

Phương pháp so sánh chi phí và hiệu quả ở các thời điểm khác nhau gọi là chiết khấu. Thông thường chiết khấu điều chỉnh đồng tiền trong tương lai thành giá trị hiện tại.

Chiết khấu là phương pháp để điều chỉnh giá trị của chi phí và kết quả ở các thời điểm khác nhau về một thời điểm chung.

Như ví dụ trên đã đề cập, 1.000.000đ ngày hôm nay thì giá trị hơn 1.000.000đ 10 năm sau vậy bao nhiêu tiền ngày hôm nay thì có giá trị tương đương với 1.000.000đ 10 năm sau này. Nếu bạn được lựa chọn giữa 1.000.000đ mười năm sau với 990.000đ ngày hôm nay bạn sẽ chọn phương án nào? Với 980.000đ thì sao?

Trong tình huống này, chiết khấu là phương pháp để tìm ra giá trị của hiện tại của 1.000.000 đồng sau 10 năm nữa bằng cách điều chỉnh cho số tiền đó tương đương với tiền hiện tại để người ta không còn phải cân nhắc giữa việc nhận 1.000.000đ sau 10 năm hay nhận một số tiền tương đương vào ngày hôm nay. Trước khi đi vào tính toán giá trị hiện tại, ta hãy xem xét một số yếu tố khiến cho người ta chọn lựa thời gian.

Các yếu tố tạo nên những gì mà nhà kinh tế gọi là lựa chọn thời gian gồm:

+ **Lạm phát:** Đây là sự tăng lên mức giá thông thường các hàng hoá và dịch vụ. Giá cả ngày hôm nay thì cao hơn giá cả của những năm trước đây. Cùng một số lượng tiền nhưng năm nay mua được ít hàng hoá hơn năm ngoái. Như vậy tiền năm nay kém giá trị hơn tiền năm ngoái. Do vậy tiền những năm sau cần được chiết khấu.

+ **Cơ hội đầu tư:** Người ta có thể tạm dừng tiêu dùng vào việc này để làm một việc khác mà kết quả là đạt được nhiều lợi nhuận hơn.

+ Sự nôn nóng của người tiêu dùng: Người ta mong muốn có một vật ngay hơn là có vật đó trong tương lai. Giá trị tiêu dùng trong tương lai kém hơn giá trị tiêu dùng hiện tại. Điều đó chứng tỏ người ta luôn nôn nóng trong tiêu dùng.

Thông thường chiết khấu là quá trình chuyển chi phí và lợi ích tương lai thành giá trị hiện tại. Ví dụ sau sẽ cho chúng ta thấy sự khác biệt giữa sử dụng chiết khấu và không sử dụng chiết khấu trong tính chi phí cho hai chương trình A và B (Bảng 2.5).

Bảng 2.6. Chi phí cho chương trình A và B

Năm	Chi phí chương trình A (Triệu đồng)	Chi phí chương trình B (Triệu đồng)
1	5	15
2	10	10
3	15	4
Tổng	30	29

Trong ví dụ trên, chương trình B cần chi phí nhiều trong năm đầu và chi phí ít hơn trong năm thứ 3. Đối với chương trình A thì ngược lại.

Để so sánh, (được điều chỉnh cho thời gian khác nhau của chi phí) các chương trình y tế phải được thực hiện cách tính chiết khấu chi phí sau này thành giá trị hiện tại.

Việc thực hiện sử dụng chiết khấu phải tuân thủ 2 điều kiện:

+ Mọi biến đưa vào tính toán phải có cùng 1 hệ đơn vị;

+ Sự thừa nhận giả định, giá trị 1 đơn vị chi phí hiện tại lớn hơn 1 đơn vị chi phí trong tương lai.

Công thức để tính giá trị hiện tại của chi phí dựa vào tỷ lệ chiết khấu như sau:

$$PV = \sum_{i=1}^n F_n (1+r)^{-n}$$

Trong đó: PV = giá trị hiện tại

F_n = chi phí tương lai cho năm n

r = tỷ lệ chiết khấu (lãi suất hàng năm)

n = thời gian (năm đầu tư)

Với ví dụ trên, ta có kết quả như sau:

+ Giá trị hiện tại chi phí cho chương trình A: 26,79

+ Giá trị hiện tại chi phí cho chương trình B: 26,81

Phương pháp tính toán trên dựa trên giả thiết rằng tất cả các chi phí đều xảy ra vào cuối năm.

Một giả thuyết khác mà thường được sử dụng cho rằng tất cả các chi phí đều xảy ra đầu năm. Như vậy chi phí cho năm đầu tiên không cần chiết khấu. Theo cách này, công thức tính chi phí sẽ là:

$$PV = F_0 + \sum_{n=0} F_n(1+r)^{-n}$$

Trong đó: PV = Giá trị hiện tại.

F_0 = Chi phí năm đầu tiên.

F_n = Chi phí tương lai cho năm n.

r = Tỷ lệ chiết khấu (lãi suất hàng năm).

n = Thời gian (năm n).

Với ví dụ trên, ta có kết quả như sau:

+ Giá trị hiện tại chi phí cho chương trình A là 28,13.

+ Giá trị hiện tại chi phí cho chương trình B là 28,15.

Mẫu số $(1+r)^n$ được coi là số chiết khấu cho năm “n” và chỉ số “r” có thể tra được trong bảng có sẵn.

Sau đây là ví dụ về tính giá trị hiện tại của chi phí (Bảng 2.6)

Bảng 2.6. Giá trị hiện tại của chi phí

Chi phí (đ)	Năm	Tỷ lệ chiết khấu	Công thức	Giá trị hiện tại (đ)
100.000	1	0,05	$100.000/(1+0,05)$	95.240
100.000	10	0,05	$100.000/(1+0,05)^{10}$	61.390
100.000	1	0,20	$100.000/(1+0,20)$	83.330
100.000	10	0,20	$100.000/(1+0,20)^{10}$	16.150

Phương pháp này rất thuận tiện cho việc so sánh các chương trình với nhau. Thông thường tất cả các chi phí đều xảy ra hàng năm, chỉ có chi phí vốn thì có sự khác biệt giữa năm này sang năm khác. Người ta có thể thể hiện tất cả các chi phí trên cơ sở hàng năm, và tính chi phí vốn hàng năm như sau:

Nếu chi phí một tài sản cố định là K, cần phải tìm chi phí hàng năm E, sao cho tổng E cho n năm (thời gian sử dụng của tài sản cố định) với lãi suất "r" thì bằng K. Từ đó có công thức:

$$K = E \times (\text{Chỉ số hàng năm, } n \text{ năm, lãi suất } r)$$

Từ cơ sở tính toán chi phí hàng năm theo giá trị hiện tại như trên, người ta tìm ra cách tính chi phí vốn hàng năm như sau:

$$\text{Chi phí vốn hàng năm} = \frac{\text{Giá trị hiện tại của đồ vật}}{\text{Chỉ số hàng năm}}$$



Trong đó:

- + Giá trị hiện tại: Ước tính giá trị hiện tại của đồ vật, tức là số tiền phải trả để mua đồ vật đó vào thời điểm hiện tại.
- + Thời gian sử dụng: Ước tính số năm sử dụng của đồ vật đó trong thực tế.
- + Tỷ lệ chiết khấu: Có thể tìm được tỷ lệ chiết khấu tại Bộ Tài chính. Tỷ lệ chiết khấu thông dụng là 3%.
- + Chỉ số hàng năm: Từ bảng tính sẵn.
- + Chi phí vốn hàng năm: Bằng giá trị hiện tại của đồ vật chia cho chỉ số hàng năm.

3.2. Tính chi phí cho người sử dụng các dịch vụ y tế

Chi phí do người sử dụng các dịch vụ y tế phải gánh chịu là tiền bệnh nhân và gia đình họ phải trả cho điều trị bệnh, cho đi tới bệnh viện, cho ăn uống và cho thu nhập mất đi do phải nằm viện và chi phí cho những người đi cùng. Những chi phí này sẽ được phân chia thành chi phí trực tiếp và gián tiếp cho điều trị; chi phí trực tiếp và gián tiếp không cho điều trị. Trong quá trình từ lúc mắc bệnh cho đến khi bệnh nhân khỏi bệnh, các chi phí sẽ gồm có chi phí trước khi vào viện chi phí trong khi khám hoặc nằm viện và chi phí sau khi ra viện.

3.2.1. Chi phí trực tiếp do bệnh nhân gánh chịu

2.2.1.1. Chi phí trực tiếp cho điều trị

Mỗi giai đoạn trong quá trình điều trị bệnh, chi phí trực tiếp cho điều trị do bệnh nhân gánh chịu gồm:

- + Chi cho khám bệnh x giá 1 lần khám.
- + Chi cho ngày giường x số ngày nằm viện.
- + Chi cho thuốc: Số tiền trả cho thuốc trong thời gian bệnh nhân điều trị.
- + Chi cho các xét nghiệm: Tổng số tiền phải trả cho các xét nghiệm trong mỗi đợt điều trị.

Chi phí trực tiếp cho điều trị = Chi phí khám bệnh + Chi cho nằm viện + chi cho thuốc + Chi cho xét nghiệm.

2.2.1.2. Chi phí trực tiếp không cho điều trị:

Chi phí trực tiếp không cho điều trị gồm:

- + Chi phí cho đi từ nhà tới viện và từ viện về nhà.
- + Chi phí cho ăn uống.
- + Chi phí khác.

Tổng chi phí trực tiếp không cho điều trị = Chi phí đi lại + Chi phí ăn uống + Chi phí khác.

3.2.2. Chi phí gián tiếp do bệnh nhân gánh chịu

Chi phí gián tiếp do bệnh nhân gánh chịu sẽ được tính bằng thu nhập mất đi do bệnh nhân bị bệnh, thu nhập mất đi cho người nhà phải đi chăm sóc hoặc đi thăm bệnh nhân. Nếu bệnh nhân là người làm việc ở các công sở, 1 ngày mất thu nhập sẽ bằng tổng số lương và phụ cấp của bệnh nhân của một tháng (hay năm) chia cho số ngày làm việc.

Nếu bệnh nhân là nông dân, trước hết ước tính thu nhập hàng tháng của bệnh nhân đó bằng cách lấy tổng thu nhập của hộ gia đình trong một vụ chia cho số lao động trong gia đình và chia cho số tháng lao động của vụ đó.

Nếu bệnh nhân là người làm các công việc ăn theo số lượng sản phẩm ước tính thu nhập của bệnh nhân theo ngày công. Sau đó ước tính số ngày làm việc và từ đó tính ra thu nhập của bệnh nhân/ngày.

Chi phí gián tiếp của bệnh nhân và người nhà do mất thu nhập = chi phí/ngày x Số ngày.

Như vậy ta có:

Chi phí cho người bệnh = Chi phí trực tiếp cho điều trị + Chi phí trực tiếp không cho điều trị + Thu nhập mất đi do mất đi khả năng sản xuất.

4. PHÂN TÍCH CHI PHÍ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG NHƯ THẾ NÀO?

4.1. Theo dõi giám sát

Phân tích chi phí nhằm lưu giữ những dữ liệu về chi phí để theo dõi sử dụng nguồn kinh phí qua đó người quản lý có thể:

- Biết được nguồn kinh phí sẵn có đã và đang được sử dụng như thế nào. Điều này có vẻ giống như hoạt động tài chính nhưng trong thực tế những thất bại trong hoạt động này có thể dẫn đến những hậu quả đáng tiếc. Mỗi tổ chức dù nhà nước hay tư nhân đều có một hệ thống kế toán để giúp cho nguồn kinh phí của họ khỏi bị mất đi hoặc bị lãng phí. Để có thể biết được nguồn kinh phí đang được sử dụng như thế nào, nhà quản lý cần phải hiểu rõ hệ thống kế toán nhằm lưu giữ những dữ liệu về chi tiêu và giảm thiểu sự lãng phí.
- So sánh được sự khác biệt giữa chi tiêu thực với dự trù ngân sách. Đảm bảo rằng những chi tiêu đều được sử dụng theo dự kiến. Ngân sách là kế hoạch tài chính, là tài liệu hướng dẫn cho việc chi tiêu cho các hoạt động. Nếu bỏ qua sự hướng dẫn chi tiêu từ ngân sách, những vấn đề đáng tiếc có thể xảy ra. Khi chi tiêu vượt quá xa ngân sách, cần phải tìm kiếm thêm nguồn kinh phí. Việc làm này tốn rất nhiều thời gian và đôi khi không thành công khiến cho các hoạt động trở nên không có hiệu quả. Mặt khác việc chi tiêu vượt mức cho phép có thể khiến cho ngân sách bị cắt giảm đi ở những năm sau đó.

Lý tưởng nhất là ngân sách và chi tiêu thực tế khác nhau không đáng kể. Để có thể theo dõi được chi tiêu thực so với ngân sách, lưu giữ những dữ liệu về chi phí là rất quan trọng. Từ những dữ liệu đó, nhà quản lý có thể biết được phần chi tiêu trội lên và phần chi tiêu không hết và từ đó có thể có những điều chỉnh để tránh lãng phí.

4.2. Đánh giá hiệu quả của chương trình

Phân tích chi phí có thể giúp nhà quản lý đánh giá hiệu quả của chương trình sức khỏe hoặc dịch vụ y tế đưa đến cho người dân. Vấn đề đặt ra ở đây là xác định tại sao nguồn lực chưa được sử dụng một cách hiệu quả và từ đó tìm ra biện pháp để giải quyết vấn đề đó. Việc đánh giá thường dựa trên chi phí trung bình cho một dịch vụ y tế ví dụ chi phí cho dịch vụ khám bệnh ngoại trú. Chi phí đó cao hay thấp, sự so sánh thường dựa trên sự khác biệt về chi phí giữa các cơ sở y tế và dựa vào ngay chính tiêu chuẩn của cơ sở y tế đó. Xa hơn nữa, việc đánh giá hiệu quả còn dựa vào phân tích từng phần chi phí, cả số lượng chi và cả tỷ lệ phần trăm của từng phần chi so với tổng chi phí từ đó có thể xác định được phần chi nào có khả năng tiết kiệm được. Một chương trình hoặc một dịch vụ có thể được coi là đạt hiệu quả cao khi chương trình hoặc dịch vụ đó được cung cấp với chi phí thấp mà chất lượng vẫn giữ nguyên. Cách phân tích này thường dùng để so sánh giữa các dự án nhỏ trực thuộc dự án lớn hoặc các dịch vụ y tế tương đương nhau.

Sự xem xét này sẽ giúp cho nhà quản lý tập trung vào những phần mà họ muốn tăng cường hơn nữa hiệu quả. Việc phân tích kỹ lưỡng các phần chi sẽ giúp cho xác định phần chi phí có khả năng tiết kiệm được.

4.3. Lập kế hoạch, dự trù ngân sách và xác định thêm những nguồn lực cần thiết

Lập kế hoạch bằng cách lập ra các dự trù về chi phí tương lai và để ước tính hoạt động gì cần chi phí. Các số liệu về chi phí có thể được sử dụng trong:

- Lập dự trù kinh phí.
- Ước tính những chi phí nào cần thiết để áp dụng một chương trình hoặc một dịch vụ cần thiết vào một nơi khác, để duy trì chương trình hoặc dịch vụ đó ở cùng mức độ, mở rộng hoặc giảm mức độ - đây là những cái mà sẽ chi phí để duy trì chương trình đó.

Lập kế hoạch trong lĩnh vực công cộng là một công cụ để quyết định lựa chọn phương án tốt nhất cho toàn xã hội, đây là sự khác biệt hoàn toàn với lĩnh vực tư nhân. Do vậy, người ra quyết định thuộc lĩnh vực công cộng nên cố gắng đưa vào tính toán tất cả các hiệu quả cho toàn xã hội (không nên chỉ tính hiệu quả cho nơi thực hiện phương án nào đó). Điều này có nghĩa là cần phải đưa vào tính toán tất cả các chi phí của các phương án, và như thế là trái ngược với lĩnh vực tư nhân, chỉ quan tâm đến nơi họ đầu tư do vậy họ chỉ quan tâm đến chi phí bên trong.

Tóm lại: Nguồn lực cho y tế ngày càng trở nên khan hiếm. Việc quyết định nguồn lực đó sẽ được sử dụng như thế nào để đạt được công bằng và hiệu quả là một vấn đề rất quan trọng. Kiến thức về chi phí, cũng như những kỹ năng phân tích về chi phí và khả năng dự kiến sự sẵn có của nguồn lực sẽ rất có ích cho những người lập kế hoạch, các nhà quản lý trong việc sử dụng nguồn lực khan hiếm đó.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm và cho ví dụ về chi phí, chi phí cơ hội, tổng chi phí, chi phí trung bình, chi phí biên, chi phí cố định, chi phí biến đổi, chi phí vốn, chi phí thường xuyên, chi phí trực tiếp và chi phí gián tiếp?
2. Trình bày các bước tính chi phí cho một chương trình chăm sóc sức khỏe và cho hộ gia đình trong điều trị một bệnh nào đó?
3. Trình bày ý nghĩa của phân tích chi phí trong quản lý và giám sát, trong đánh giá hiệu quả và lập kế hoạch?.

GIỚI THIỆU CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KINH TẾ VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ GÁNH NẶNG BỆNH TẬT

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

- 1. Trình bày khái niệm đánh giá kinh tế y tế.*
- 2. Trình bày khái niệm, đặc điểm của 4 phương pháp đánh giá kinh tế y tế.*
- 3. Tính toán và đưa ra quyết định của bài tập phân tích chi phí - hiệu quả, chi phí - lợi ích*
- 4. Trình bày khái niệm và các bước tính toán đánh giá gánh nặng bệnh tật.*

1. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KINH TẾ Y TẾ

Đối với tất cả các quốc gia trên thế giới, nguồn lực nói chung và nguồn lực dành cho y tế nói riêng là luôn luôn khan hiếm. Nguồn lực có thể là tiền bạc, con người, trang thiết bị và thời gian... và tất cả những nguồn lực này đều có thể dùng để phục vụ nhiều mục đích khác nhau trong đó có mục đích tăng cường và bảo vệ sức khỏe cho mọi người dân. Vấn đề đặt ra cho các nhà hoạch định chính sách, thiết lập kế hoạch và tất cả cán bộ y tế là phải làm sao để sử dụng nguồn lực sẵn có một cách có hiệu quả nhất. Các câu hỏi thường được đưa ra bao gồm: Đưa ra loại hình dịch vụ y tế gì cho phù hợp? Số lượng của các dịch vụ y tế là bao nhiêu? Cung ứng các loại hình dịch vụ y tế đó như thế nào?... Các phương pháp đánh giá kinh tế y tế có vai trò cực kỳ quan trọng giúp tất cả chúng ta giải quyết bài toán này.

Đánh giá kinh tế y tế là phương pháp xác định, đo lường, định giá và so sánh chi phí và kết quả của nhiều phương án sử dụng nguồn lực khác nhau.

- + Xác định: Loại chi phí, kết quả gì?
- + Đo lường: Phương pháp định tính, định lượng?
- + Định giá: Chi phí là bao nhiêu?
- + So sánh: Các phương án?

Đánh giá kinh tế y tế là công cụ đắc lực trọng quá trình xây dựng kế hoạch và hoạch định chính sách y tế. Đánh giá kinh tế y tế có tác dụng cải thiện và nâng cao tính công bằng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân và tạo ra hiệu quả trong phân bổ nguồn lực y tế và sản xuất dịch vụ y tế.

Đánh giá kinh tế y tế có thể được chia làm 3 cấp độ: Đánh giá hiệu suất về mặt lâm sàng, hiệu suất về kỹ thuật và hiệu suất về phân bổ nguồn lực. Chúng ta cần phân biệt giữa các thành tố quan trọng của các chương trình, dự án y tế như đầu vào (inputs) ví dụ như thuốc, nhân viên y tế, quá trình thực hiện (processes) ví dụ như quá trình điều trị, đầu ra (outputs) ví dụ như số bệnh nhân được điều trị, và kết quả (outcomes) ví dụ như số bệnh nhân được chữa khỏi bệnh, kéo dài cuộc sống...

Đánh giá hiệu suất về mặt lâm sàng có thể chia ra làm hai loại: Đánh giá hiệu suất trong điều kiện lý tưởng như phòng thí nghiệm (efficacy) và đánh giá hiệu suất trong điều kiện thực tế (effectiveness) khi mà bác sĩ hoặc bệnh nhân không tuân thủ quy trình điều trị hoặc phải chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác quan làm ảnh hưởng quy trình điều trị. Thông thường, hiệu suất trong điều kiện thực tế (effectiveness) thấp hơn hiệu suất trong điều kiện lý tưởng như phòng thí nghiệm (efficacy).

Cấp độ thứ hai của đánh giá kinh tế y tế là đánh giá hiệu suất kỹ thuật, ví dụ lựa chọn giữa các phương pháp điều trị một loại bệnh đặc hiệu nào đó. Nếu các phương pháp có cùng kết quả thì chắc chắn phương pháp nào có chi phí thấp nhất sẽ được lựa chọn và phương pháp này gọi là phân tích chi phí tối thiểu (cost-minimization analysis). Nếu các phương pháp lại đưa ra các kết quả khác nhau thì phương pháp phân tích phức tạp hơn quan tâm đến cả chi phí và hiệu quả sẽ được áp dụng gọi là phương pháp phân tích chi phí - hiệu quả (cost-effectiveness analysis).

Hiệu suất kỹ thuật là thực hiện được nhiều hoạt động hơn với cùng một nguồn lực hoặc thực hiện cùng số hoạt động với nguồn lực ít hơn. Điều kiện cơ bản của đánh giá hiệu suất kỹ thuật là chất lượng của hoạt động không được thay đổi. Nếu chất lượng giảm và số lượng hoạt động tăng lên thì cũng không được gọi là tăng hiệu suất kỹ thuật mà chỉ được gọi là tăng hoạt động.

Hiệu suất phân bổ là đưa nguồn lực vào các hoạt động có năng suất cao hơn. Trong y tế, điều này có nghĩa là sử dụng nguồn lực nhất định để tăng sức khoẻ cho số đông người hơn.

Cấp độ thứ 3 của đánh giá kinh tế y tế là so sánh kết quả của nhiều loại hình can thiệp có cho các loại vấn đề khác nhau (các phương án được so sánh là tối ưu so với các phương án khác để giải quyết 1 loại vấn đề, ví dụ như so sánh phương pháp điều trị bệnh ung thư và phương pháp điều trị bệnh suy thận để đưa ra quyết định nên dành nguồn lực cho phương pháp điều trị nào nhiều hơn. Việc lựa chọn này nói đến hiệu suất phân bổ. Tuy nhiên, nếu kết quả đầu ra là khác nhau và thuộc nhiều lĩnh vực thì cần phải áp dụng các phương pháp phức tạp hơn như phân tích chi phí lợi ích (cost-benefit analysis) và phân tích chi phí thoả dụng (cost-utility analysis).

1.1. Phân tích chi phí tối thiểu

Khi đầu ra hay hiệu quả của các can thiệp là tương đương nhau thì chúng ta chỉ cần quan tâm đến đầu vào. Chương trình nào có chi phí thấp hơn thì được coi là hiệu quả hơn. Phương pháp này gọi là phân tích chi phí tối thiểu (CMA - Cost Minimization Analysis).

Ví dụ: Hai dự án can thiệp nhằm giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở 2 huyện A và B đều đạt kết quả là làm giảm được 5% tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi. Tuy nhiên, dự án ở huyện A có chi phí thấp hơn nên được coi là có hiệu quả hơn.

Nhiệm vụ phân tích chi phí tối thiểu không những chỉ là phải ước tính được các loại chi phí của phương pháp điều trị hay dự án can thiệp (chi phí trực tiếp, gián tiếp, vô hình...) mà còn phải tính toán đến vấn đề thời gian có liên quan đến hệ số khấu hao và một số vấn đề phân tích độ nhạy.

1.2. Phân tích chi phí-hiệu quả

Phân tích chi phí - hiệu quả (Cost Effectiveness Analysis - CEA) là phương pháp đánh giá kinh tế xem xét đến chi phí và kết quả của các phương án khác nhau nhằm đạt được một mục tiêu nhất định. Thông thường kết quả được biểu thị bằng chi phí/một đơn vị hiệu quả của từng phương án, và chi phí-hiệu quả của các phương án này được so sánh với nhau. Phương án có chi phí/một đơn vị hiệu quả thấp nhất được coi là phương án hiệu quả nhất.

Phương pháp phân tích chi phí hiệu quả được vận dụng rất phổ biến trong công tác y tế, đặc biệt là đối với các chương trình y tế. Hàng loạt các câu hỏi có thể trả lời được nhờ vận dụng kỹ thuật này, từ những vấn đề lớn như nên đầu tư cho chương trình chăm sóc sức khoẻ ban đầu nào đến vấn đề nhỏ như thời gian một khoá học nên là bao nhiêu. Ngoài ra còn bao gồm các vấn đề lựa chọn về công nghệ, lựa chọn phương thức điều trị, lựa chọn đối tượng tác động...

Theo lý thuyết, một phân tích chi phí-hiệu quả có sáu bước sau đây:

1.2.1. Xác định mục tiêu của chương trình

Động cơ để tiến hành một phân tích chi phí-hiệu quả thường bắt nguồn từ việc xác định các vấn đề cụ thể, chẳng hạn: vấn đề thiếu thuốc ở các vùng sâu, vùng xa; tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai tại cộng đồng thấp; tình trạng suy dinh dưỡng phổ biến ở trẻ em;...

Trong quản lý y tế, do nguồn lực luôn bị hạn chế nên việc xác định ưu tiên đối với các vấn đề y tế là rất quan trọng. Việc xác định ưu tiên cần cân nhắc kỹ lưỡng các yếu tố gánh nặng bệnh tật, lợi ích dự kiến của chương trình can thiệp sẽ tiến hành, sự chấp nhận của cộng đồng, sự phù hợp với các quy định mang tính pháp lý, khả năng các nguồn lực có thể có.

Khi xác định được vấn đề rồi thì thông thường mục tiêu của chương trình sẽ thấy rõ ngay. Ví dụ: Vấn đề “tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai tại cộng

đồng thấp” bao hàm mục tiêu chương trình sẽ là nhằm “tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai tại cộng đồng”.

Xác định mục tiêu càng chính xác bao nhiêu thì càng thuận lợi bấy nhiêu trong việc tiến hành phân tích chi phí - hiệu quả bởi lẽ cả chi phí và hiệu quả đều có thể dễ dàng xác định rõ và đo lường được. Nếu có thể thì nên nêu rõ mục tiêu một cách định lượng, chẳng hạn như “nhằm giảm tỷ lệ tử vong do uốn ván sơ sinh xuống còn 25%”. Thường thì sẽ đơn giản hơn nếu các mục tiêu biểu thị bằng tỷ lệ % được chuyển đổi sang con số.

Một điểm cần chú ý khi xác định mục tiêu là tính thực tế của mục tiêu. Nếu nguồn nhân lực, tài chính hạn hẹp mà đặt một mục tiêu quá cao thì tính khả thi của phương án không cao.

Như vậy, các nghiên cứu chi phí-hiệu quả thường được khơi nguồn từ việc xác định một vấn đề nhất định. Tuy nhiên không phải bao giờ cũng vậy. Mục tiêu đó có thể được định sẵn cho bạn. Chẳng hạn, Bộ Y tế muốn xem trong các biện pháp nhằm tăng cường việc sử dụng các biện pháp tránh thai, biện pháp nào hiệu quả nhất hoặc xem liệu có cách nào tốt hơn các phương án đang thực hiện?

Mục tiêu cần đạt được không chỉ phụ thuộc vào loại chương trình, hay các vấn đề nổi lên mà còn tùy thuộc vào phạm vi trách nhiệm của nhà quản lý. Các nhà quản lý ở các cấp khác nhau phải đối mặt với các vấn đề và mục tiêu khác nhau. Người phụ trách chương trình quốc gia cần quyết định dùng loại tủ lạnh nào cho dây chuyền vaccin lạnh. Trong khi đó, người phụ trách chương trình tiêm chủng tuyến huyện lại quan tâm tới vấn đề nên tiêm phòng tập trung hay tổ chức đội tiêm phòng lưu động.

1.2.2. Xác định các phương án có thể để đạt được mục tiêu

Bạn cần xác định ít nhất hai phương án để đạt được mục tiêu đã đề ra. Kết quả chi phí hiệu quả của một phương án bản thân nó không nói nhiều về hiệu quả. Đối với mỗi phương án nêu ra cần phải mô tả chi tiết, có thể sau đó bạn sẽ cần phân tích một số đặc điểm để chứng minh phương án này hiệu quả hơn phương án kia. Vậy làm thế nào để xác định các phương án này? Điều này tùy thuộc vào mục tiêu của nghiên cứu là nhằm vào một vấn đề cụ thể hay là một nghiên cứu mang tính thăm dò.

Trong trường hợp thứ nhất, bạn cần xem xét tất cả các phương án có thể để đạt được mục tiêu đề ra. Khi bạn đã có một danh sách các phương án rồi, bạn cần tiến hành chọn lọc vì việc tiến hành phân tích chi phí hiệu quả tất cả các phương án rất tốn kém và thường không cần thiết. Bạn có thể loại bỏ các phương án sau đây:

- + Không thể thực hiện được do kinh phí không cho phép.
- + Thấy rõ kém hiệu quả hơn các phương án khác trên cơ sở ước lượng chi phí, hiệu quả.

- + Không khả thi về mặt kỹ thuật và chính trị.
- + Khó khăn và tốn kém trong việc phân tích.

Trong trường hợp thứ hai, so sánh hai hay nhiều phương thức hiện đang dùng để đạt được một số mục tiêu hoặc đánh giá hiệu quả của một phương thức hoàn toàn mới, các phương án có vẻ không rõ ràng như trường hợp thứ nhất. Tuy vậy, bạn vẫn cần giới hạn nghiên cứu vào một số phương thức. Tiêu chuẩn lựa chọn dựa vào thời gian và ngân sách.

Ví dụ, khi bạn muốn đạt được một tỷ lệ (số lượng) trẻ em nào đó được tiêm chủng, bạn có thể hoặc huy động các trẻ em đến trạm y tế để tiêm hoặc bạn đến từng nhà để tiêm cho từng cháu bé. Với hai phương án như vậy, chi phí và hiệu quả thu được (số trẻ em được tiêm chủng) có thể sẽ khác nhau.

1.2.3. Xác định chi phí của từng phương án

Để xác định chi phí của từng phương án cần áp dụng các nguyên tắc về phân tích chi phí đã được nói đến trong phần trước. Tuy nhiên, có một số điểm cần lưu ý khi tính toán chi phí cho mục đích phân tích chi phí hiệu quả.

- Thứ nhất là việc đo lường chi phí và hiệu quả của từng phương án phải gắn liền với nhau. Nguồn lực đang tính chi phí phải là nguồn lực dùng để tạo ra các kết quả mà sẽ được đo lường sau đó.
- Thứ hai là phải tính đủ toàn bộ các chi phí đầu vào. Có thể kiểm tra bằng việc điểm lại tất cả các chức năng liên quan, tất cả những người tham gia đóng góp, tất cả các tuyến mà tại đó vận hành phương án. Các nguồn tài trợ cũng cần được tính đến. Tuy nhiên, cần chú ý không lặp lại trong việc tính toán chi phí.

Thông thường, chi phí được phân thành chi phí vốn và chi phí thường xuyên. Chi phí vốn là chi phí cho các khoản mục có thời hạn sử dụng trên một năm (nhà xưởng, trang thiết bị, xe cộ...). Chi phí thường xuyên là chi phí cho các khoản mục có thời hạn sử dụng dưới 1 năm (lương nhân viên, thuốc, nhiên liệu, điện, nước tiêu hao, chi phí đi lại, chi phí bảo hành, bảo trì...).

Cần lưu ý là các chương trình can thiệp nhiều khi chỉ cung cấp một phần tài chính, còn nhân lực, phương tiện và các chi phí khác không ít tốn kém lại lấy từ nguồn lực sẵn có của cơ sở, địa phương. Bởi vậy, khi tính toán chi phí phải tính đến cả những chi phí này.

1.2.4. Xác định và đo lường hiệu quả của từng phương án

Hiệu quả là sự đo lường mức độ mục tiêu đạt được. Hiệu quả khác lợi ích ở chỗ kết quả ở đây không được đo lường theo đơn vị tiền tệ. Việc lựa chọn chỉ số đo lường hiệu quả, đối với y tế, cần cân nhắc giữa kết quả cuối cùng đối với sức khỏe như số năm người ta sống lâu thêm nếu được chữa bệnh và kết quả trung gian như là số trường hợp được chữa bệnh. Sử dụng kết quả cuối cùng tác động đến tình trạng sức khỏe là lý tưởng nhất. Tuy nhiên, việc đo lường kết quả cuối

cùng thường khó khăn và tốn kém. Do đó, hiệu quả có thể được đo lường theo kết quả trung gian - đầu ra dịch vụ như số trẻ em được tiêm chủng, số người đến khám thai... Những chỉ số này có thể thu thập được dễ dàng. Sau đó, nếu có thể được, theo mối liên quan giữa kết quả trung gian và kết quả cuối cùng đã được xác lập trong các nghiên cứu trước, đánh giá tác động cuối cùng đến sức khỏe của can thiệp.

Ví dụ với mục tiêu giảm số trẻ em mắc lao người ta sẽ tiến hành tiêm phòng lao (BCG) cho trẻ em từ lúc sơ sinh đến 1 tháng tuổi. Đơn vị hiệu quả tốt nhất sẽ là số trẻ em mắc lao giảm đi nhưng điều đó đòi hỏi thời gian lâu nên người ta có thể dùng các đơn vị đầu ra trung gian như: Số vaccin đã dùng, số trẻ có sẹo. Giữa hai đơn vị đầu ra này thì đơn vị “sẹo của trẻ em” sẽ tốt hơn là số lượng vaccin vì có thể số lượng vaccin tiêu thụ cũng chưa chắc đã được sử dụng đúng.

Thông thường, việc đo lường hiệu quả chỉ dựa theo một chỉ số. Tuy nhiên có trường hợp việc so sánh một chỉ số này không bao hàm được tất cả sự khác nhau giữa hai phương án can thiệp nên phải sử dụng một vài chỉ số khác. Tất nhiên việc so sánh và đo lường nhiều chỉ số cùng một lúc là một công việc phức tạp.

Một phương pháp để đo lường hiệu quả là người ta đo lường sự thay đổi của chỉ số trong thời gian quan tâm. Phương pháp này chỉ có giá trị khi ta biết chắc rằng sự thay đổi đó là kết quả của can thiệp đang được khảo sát. Để đo lường sự thay đổi của một chỉ số hiệu quả ta cần biết giá trị của nó trước và sau thời kỳ đo lường. Điều này có thể dễ hay khó tùy thuộc vào bản chất của chỉ số hiệu quả như đã trình bày ở trên. Trong trường hợp khó xác định sự thay đổi của chỉ số hiệu quả bao nhiêu phần là do can thiệp ta cần so sánh hiệu quả giữa nhóm thử và nhóm chứng. Hai nhóm này phải có những đặc điểm tương tự nhau, trong đó nhóm thử là nhóm can thiệp và nhóm chứng là nhóm không được can thiệp.

Đơn vị đo lường hiệu quả phải mang tính định lượng. Nó có thể là con số như 500 trẻ em được tiêm chủng, 1200 cuộc khám thai... hoặc là tỷ lệ như tỷ lệ trẻ em được tiêm chủng. Tuy nhiên nếu dùng tỷ lệ sẽ gây khó khăn khi so sánh với chi phí. Do đó, nên dùng đơn vị dưới dạng con số.

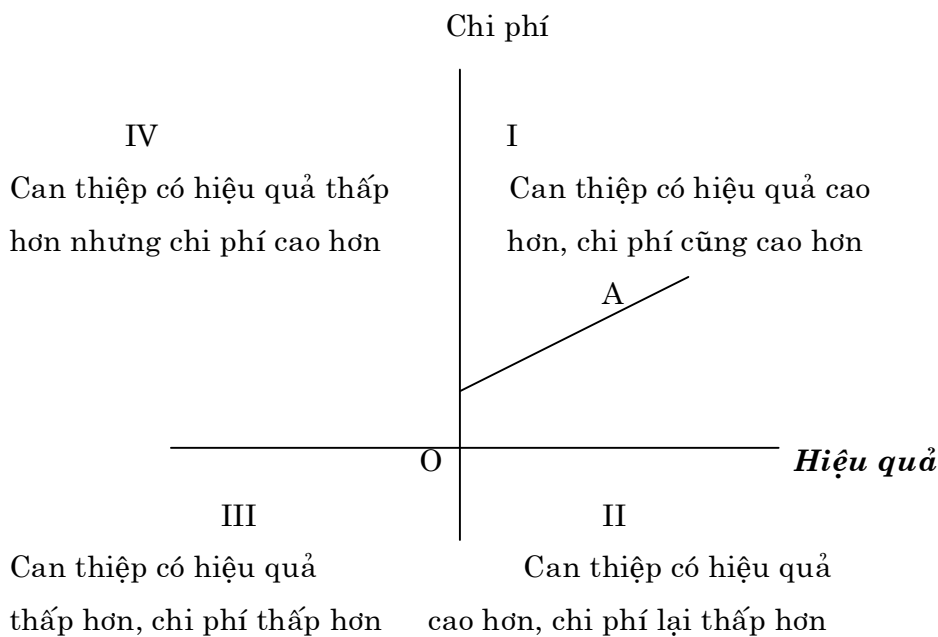
1.2.5. Xác định chi phí-hiệu quả của từng phương án và so sánh kết quả này giữa các phương án

Tỷ suất chi phí - hiệu quả cho từng phương án tức là chi phí trên một đơn vị hiệu quả sẽ được xác định bằng cách chia tổng chi phí cho tổng số đơn vị hiệu quả đạt được.

Ví dụ: Chi phí cho một ca phẫu thuật, chi phí cho một trẻ em được tiêm chủng.

Bước tiếp theo là so sánh tỷ suất chi phí - hiệu quả giữa các phương án khác nhau. Phương án nào cho tỷ suất thấp hơn tức là phương án đó có chi phí

hiệu quả cao hơn. Khi so sánh chi phí - hiệu quả giữa phương án A đang được quan tâm với một phương án khác (phương án O), có 4 khả năng khác nhau có thể xảy ra được minh họa trong sơ đồ sau đây (Hình 3.1).



Hình 3.1. So sánh chi phí - hiệu quả giữa 2 phương án

Trong sơ đồ này, trục hoành biểu thị sự khác nhau về hiệu quả, trục tung biểu thị sự khác nhau về chi phí. Nếu điểm A nằm ở ô II hoặc IV thì sự lựa chọn giữa hai chương trình thật dễ dàng. Ở ô II, can thiệp vừa có hiệu quả cao hơn vừa ít tốn kém hơn; ở ô IV, tình hình lại hoàn toàn ngược lại. Ở ô I và III, việc lựa chọn phương án nào phụ thuộc vào tỷ suất chi phí-hiệu quả.

Trên thực tế, hầu hết các can thiệp rơi vào ô I, tức là can thiệp tăng thêm hiệu quả nhưng chi phí cũng tăng lên. Vì vậy ngoài tỷ suất chi phí - hiệu quả, người ta còn sử dụng tỷ suất chi phí - hiệu quả gia tăng tức là chi phí gia tăng để có thêm một đơn vị hiệu quả. Tỷ suất này được dùng để đánh giá và cân nhắc về mức độ mở rộng chương trình can thiệp.

1.2.6. Phân tích độ nhạy

Sau khi tiến hành xác định chi phí hiệu quả, chúng ta cần phân tích độ nhạy. Đây là sự phân tích trong đó các giả thiết then chốt và những ước tính được thay đổi và xem xét kết quả thay đổi như thế nào. Phân tích độ nhạy cho thấy giả thiết cơ bản nào có ảnh hưởng ý nghĩa nhất trên kết quả. Phương pháp này có thể được sử dụng để ước tính các thông số chắc chắn sẽ phải thay đổi bao nhiêu để thay đổi vị trí các phương án. Trước đây, ít có phương pháp đánh giá kinh tế nào sử dụng phân tích độ nhạy trong lĩnh vực sức khỏe, tuy nhiên ngày nay, phân tích độ nhạy là 1 đòi hỏi trong nghiên cứu.

Các bước cần tiến hành như sau:

(1) Xác định các thông số không chắc chắn cần tiến hành phân tích độ nhạy đối với thông số đó.

(2) Xác định ranh giới dao động trên và dưới của các yếu tố không chắc chắn dựa vào:

+ Tổng quan tài liệu.

+ Hỏi ý kiến chuyên gia.

+ Dùng một khoảng tin cậy cụ thể quanh giá trị trung bình.

(3) Tính kết quả nghiên cứu dựa vào sự kết hợp và điều chỉnh các dự đoán, cái gì cần bảo tồn nhất, cái gì không cần bảo tồn nhất.

1.3. Phân tích chi phí thoả dụng

1.3.1. Khái niệm phân tích chi phí - thoả dụng (Cost Utility Analysis-*CUA*)

Phân tích chi phí - thoả dụng là dạng đặc biệt của phân tích chi phí-hiệu quả với đơn vị đầu ra là QALYs (Quality Adjusted Life Years).

Ví dụ, chương trình dự phòng thấp tim cấp II nhằm ngăn ngừa không cho người bị thấp tái phát. Tuy nhiên bệnh nhân thấp không thể phục hồi chức năng tim một cách hoàn toàn, vì vậy những năm sống và mang theo bệnh có giá trị cuộc sống thấp hơn so với người không bị bệnh, ví dụ bằng 80%. Trường hợp này nếu sống thêm 10 năm mang bệnh tim thì giá trị cuộc sống quy ra QALY bằng 10 năm x 0,8 = 8 năm sống khoẻ mạnh.

Tỷ số chi phí - thoả dụng dùng để so sánh hiệu quả của các chương trình hay dự án y tế A và B khác nhau được tính bằng:

$$\text{Tỷ số chi phí - thoả dụng} = \frac{\text{Chi phí cho chương trình A} - \text{Chi phí cho chương trình B}}{\text{Số QALY đạt thêm từ chương trình A} - \text{Số QALY đạt thêm từ chương trình B}}$$

1.3.2. Sự khác nhau giữa phương pháp phân tích “Chi phí - thoả dụng” (*CUA*) với phương pháp phân tích “Chi phí - hiệu quả” (*CEA*).

Cả hai phương pháp đều có điểm tương đồng về “chi phí”, nhưng khác nhau về 3 điểm cơ bản sau:

- *CUA* dựa trên số đo đầu ra chung cho mọi nghiên cứu (cả trong và ngoài ngành y) còn *CEA* chỉ sử dụng số liệu đầu ra riêng cho chương trình y tế.
- *CUA* phản ánh ưa thích của khách hàng còn *CEA* chỉ phản ánh bản thân giá trị hiệu quả.

- CUA bao gồm đo lường số lượng và chất lượng cuộc sống còn CEA chỉ nêu được hiệu quả hoặc số lượng hoặc chất lượng.

1.3.3. Phân tích chi phí - thỏa dụng được áp dụng khi nào

Người ta sử dụng phương pháp phân tích “chi phí - thỏa dụng” trong các trường hợp sau đây:

- Khi đầu ra của nghiên cứu liên quan đến chất lượng cuộc sống. Ví dụ: Các chương trình điều trị thấp khớp, người ta không quan tâm đến tỷ lệ tử vong mà chỉ liên quan đến chức năng sinh lý, xã hội và tình trạng tâm lý.
- Khi kết quả của chương trình đồng thời liên quan đến tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh. Ví dụ trong điều trị bệnh ung thư, người ta quan tâm đồng thời đến việc kéo dài tuổi thọ và chất lượng cuộc sống tốt hơn về lâu dài, nhưng chất lượng cuộc sống lại giảm đi trong thời gian điều trị.
- Khi chương trình đòi hỏi nhiều đầu ra và người ta lại muốn những đầu ra này có chung một mẫu số.
- Khi người ta muốn so sánh các chương trình khác nhau bằng khái niệm của phân tích chi phí thỏa dụng.

Còn trong các trường hợp sau thì người ta không sử dụng phân tích chi phí thỏa dụng:

- Khi số liệu đầu ra chỉ là những kết quả trung gian, ít liên quan đến chất lượng cuộc sống.
- Khi đầu ra hiệu quả có tác dụng như nhau đối với người sử dụng.
- Khi hiệu quả của một chương trình này rõ ràng hơn chương trình kia và chi phí của nó cũng rõ ràng hơn chương trình kia.
- Khi những chi phí để có được giá trị thỏa dụng mong muốn rõ ràng là không có được ý nghĩa chi phí hiệu quả.

1.3.4. Khái niệm về số năm sống được điều chỉnh theo chất lượng (Quality adjusted life years - QALYs)

Khái niệm QALYs được Herbert Klamman và cộng sự bắt đầu sử dụng từ năm 1968 trong một nghiên cứu về suy thận mạn. Khái niệm này được sử dụng rộng rãi kể từ năm 1977 khi có một số bài báo được đăng trên tạp chí New England Journal of Medicine của trường đại học Harvard.

QALYs là một đơn vị đo lường thể hiện được cả số lượng những năm sống (số năm sống tới khi tử vong - kỳ vọng sống) và cả chất lượng của những năm sống đó (mức độ ưa thích đối với các tình trạng sức khỏe khác nhau). QALYs còn được sử dụng dưới các tên khác như: Year of Healthy Life (YHL), Health Adjusted Person Year (HAPY), Health Adjusted Life Expectancy (HALE).

1.3.5. Đặc tính của QALYs

- Phụ thuộc vào mức độ ưa thích (bao gồm thoả dụng và giá trị). Trạng thái sức khoẻ tốt hơn có mức ưa thích cao hơn.
- QALY nằm trong khoảng hoàn toàn khoẻ mạnh (ưa thích = 1) và tử vong (ưa thích = 0).
- Đo lường dựa trên thang điểm (biến khoảng chia).

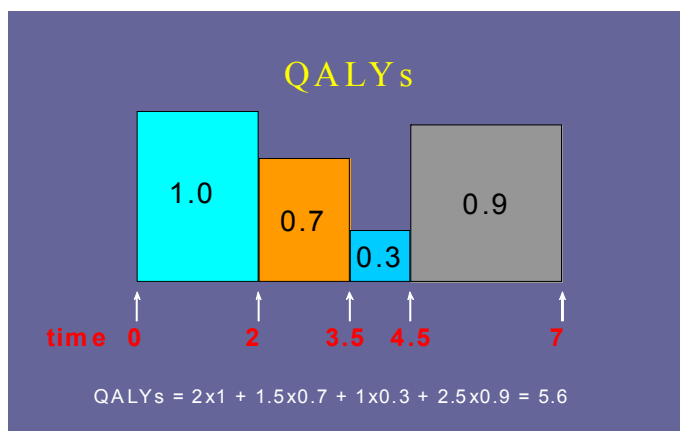
1.3.6. Tính toán QALYs

- Tính thời gian của mỗi trạng thái.
- Tính hệ số cho mỗi trạng thái (đo lường mức ưa thích: thoả dụng hoặc giá trị).
- Nhân và cộng.
- Đưa hệ số chiết khấu (Discount rate).

1 năm sống hoàn toàn khoẻ mạnh (thoả dụng = 1) tương đương 1 QALY

Ví dụ: Một người có kỳ vọng sống là 7 năm trong đó 2 năm ông ta đạt trạng thái sức khoẻ là hoàn toàn khoẻ mạnh, 1,5 năm đạt trạng thái sức khoẻ có mức thoả dụng là 0,7, 1 năm đạt trạng thái sức khoẻ có mức thoả dụng là 0,3 và 2,5 năm có mức thoả dụng là 0,9. Khi đó QALYs sẽ được tính như sau (Với giả thiết là không quan tâm đến các hệ số chiết khấu):

$$QALYs = 2 \times 1 + 1,5 \times 0,7 + 1 \times 0,3 + 2,5 \times 0,9$$



Có nhiều phương pháp xác định hệ số QALYs như cho thang điểm, đo lường may rủi chuẩn mực, hành trình lựa chọn, bù trừ thời gian, bù trừ con người hoặc dựa trên bảng tra sẵn như EuroQOL.... Một số nghiên cứu đã tiến hành và đưa thành bảng các bệnh hay gặp, với các hệ số khác nhau.

1.4. Phân tích chi phí lợi ích (Cost Benefit Analysis - CBA)

Khi cả đầu vào và đầu ra của các chương trình can thiệp đều được quy ra tiền, chúng ta tiến hành phân tích chi phí lợi ích. Khi so sánh đầu vào và đầu ra của một chương trình (đều được quy ra tiền) thì chương trình là có lợi ích nếu chi phí đầu vào thấp hơn lợi ích thu được.

Ví dụ: khi so sánh lợi ích của các chương trình có các loại đầu ra khác nhau ví dụ như so sánh lợi ích của chương trình tiêm chủng mở rộng và chương trình cung cấp nước sạch thì chúng ta phải quy đầu ra về tiền để có thể so sánh.

Các bước trong phân tích chi phí lợi ích bao gồm:

- Xác định các mục tiêu của chương trình.
- Xác định và tính chi phí của chương trình.
- Xác định và ước tính lợi ích quy ra tiền tệ.
- Tính lợi ích ròng = Tổng lợi ích - Tổng chi phí (TB - TC).
- Tính tỉ suất lợi ích/chi phí: B/C.

1.5. So sánh các phương pháp đánh giá kinh tế y tế

Bốn phương pháp đánh giá kinh tế y tế có thể được tổng hợp ở bảng 3.1 dưới đây. Tùy vào điều kiện cụ thể của từng phương pháp điều trị hay dự án can thiệp mà chúng ta cần lựa chọn phương án thích hợp.

Bảng 3.1. So sánh các phương pháp đánh giá kinh tế y tế

Phương pháp	Đầu vào	Đầu ra	Áp dụng
Phân tích chi phí tối thiểu	Tiền	Không quan tâm	Khi có cùng kết quả đầu ra
Phân tích chi phí hiệu quả	Tiền	Đơn vị tự nhiên	So sánh 2 hay nhiều chương trình có cùng mục tiêu.
Phân tích chi phí lợi ích	Tiền	Tiền	Đánh giá dự án có đáng thực hiện hay không - So sánh các loại chương trình can thiệp thuộc các lĩnh vực khác nhau.
Phân tích chi phí thoả dụng	Tiền	QALY	Khi vấn đề chất lượng cuộc sống được đặt lên hàng đầu.

2. ĐÁNH GIÁ GÁNH NẶNG BỆNH TẬT TRONG CỘNG ĐỒNG

2.1. Khái niệm chỉ số y tế và DALYs

Các chỉ số y tế “Health Indicators” của cộng đồng là sự tổng hợp và khái quát những thông số sức khỏe của các cá nhân và có liên quan đến một số đặc điểm của hệ thống y tế. Phân tích các chỉ tiêu y tế nhằm mục đích xác định các vấn đề về sức khỏe, so sánh tình hình sức khỏe giữa các cộng đồng khác nhau, nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe và hỗ trợ cho việc thiết lập các chính sách cũng như đánh giá việc thực hiện các chính sách...

Có nhiều các chỉ tiêu được dùng để khái quát tình trạng sức khỏe của cộng đồng như kỳ vọng sống, tỷ suất chết thô, tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi, tỷ suất chết trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh cao huyết áp, tỷ lệ mắc bệnh béo phì... Các chỉ tiêu này đã và đang được sử dụng rộng rãi trong việc đánh giá hiệu quả các chương trình can thiệp y tế ví dụ như chương trình can thiệp nào đó có tác dụng nâng cao kỳ vọng sống hay giảm thiểu tỷ lệ chết mẹ, tỷ lệ chết trẻ em... Tuy nhiên các chỉ tiêu này đều là các chỉ tiêu đơn lẻ, thể hiện được một cách “thô sơ” tình trạng sức khỏe của cộng đồng và chỉ đưa ra thông tin về một mục tiêu của các chương trình can thiệp (kéo dài tuổi thọ hoặc phòng ngừa chết sớm).

Bên cạnh những chỉ tiêu đơn lẻ phản ánh tình trạng sức khỏe của cộng đồng nêu trên còn có một số chỉ tiêu tổng hợp khác (các chỉ tiêu nhiều thuộc tính) cũng đã được đưa ra và được sử dụng như là phương tiện hữu ích trong việc so sánh tình trạng sức khỏe chung giữa các cộng đồng khác nhau và hỗ trợ một cách đặc lực quá trình thiết lập ưu tiên, phân bổ nguồn lực y tế... Trong số các chỉ tiêu tổng hợp này, DALY (số năm sống được điều chỉnh theo mức độ tàn tật - Disability Adjusted Life Years) thể hiện được những ưu điểm và ngày càng được sử dụng rộng rãi trên thế giới.

Khái niệm số năm sống được điều chỉnh theo mức độ bệnh tật (Disability Adjusted Life Years - DALYs) được nhiều người biết đến kể từ khi nó được giới thiệu trên một báo cáo của Ngân hàng thế giới “The World Bank’s World Development report 1993: Investing in Health” và được áp dụng rộng rãi kể từ năm 1996.

DALYs là đơn vị đo lường gánh nặng bệnh tật trong cộng đồng thể hiện được sự mất đi những năm sống do tàn tật, bệnh tật (mất những năm sống khỏe) và do chết sớm. DALYs cho phép so sánh tất cả các dạng đầu ra về sức khỏe khác nhau. 1 DALY có nghĩa là mất đi một năm sống khỏe mạnh.

2.2. Các giá trị cấu thành chỉ số DALYs

Về bản chất DALY là tổng số những năm sống bị mất đi do chết sớm (YLL - Year Life Lost) và số năm sống mất đi vì tàn tật hoặc thương tích (YLD - Year Lived with Disability):

$$DALY = YLL + YLD$$

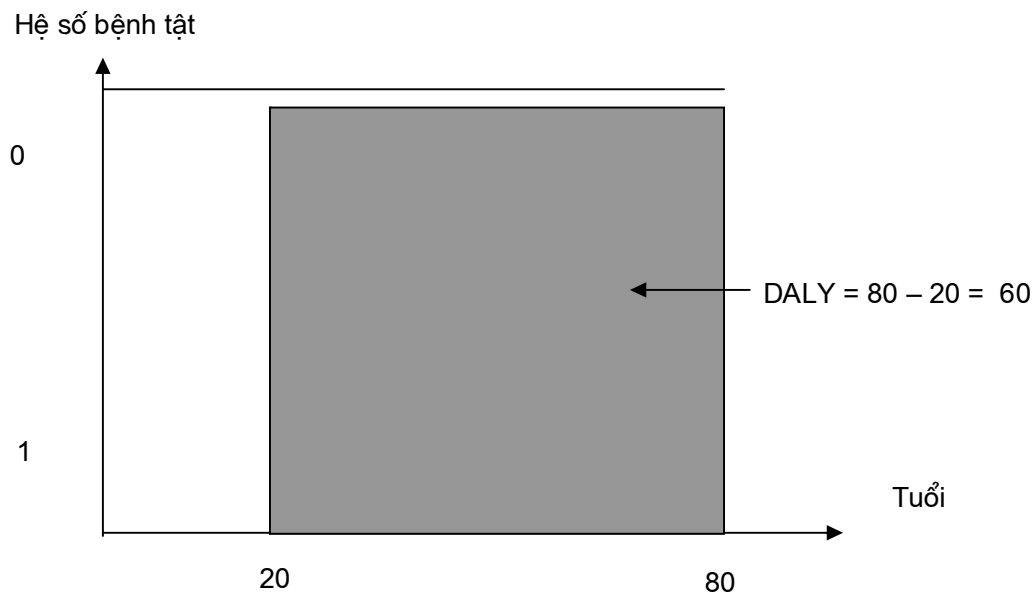


Các thành tố cấu thành DALY mà chúng ta cần xem xét bao gồm:

2.2.1. Những năm sống bị mất đi do chết sớm (YLL)

Khái niệm này được sử dụng để tính số năm sống mất đi do chết sớm. Để tính được YLL chúng ta phải sử dụng kỳ vọng sống chuẩn. Kỳ vọng sống chuẩn thường được sử dụng là của người Nhật Bản (Nữ là 82,5 tuổi và nam là 82 tuổi).

Số năm sống mất đi vì chết sớm tính bằng hiệu số giữa kỳ vọng sống và tuổi lúc chết. Ví dụ: Một trường hợp nam giới chết khi mới 20 tuổi nghĩa là anh ta mất 60 năm vì chết sớm.



Khi tính số năm mất đi vì chết sớm cho một cộng đồng, người ta dựa vào kỳ vọng sống trung bình cho từng nhóm tuổi và theo hai giới (thường chia là 21 nhóm tuổi: dưới 1, 1-4, 5-9... 95+) và áp dụng công thức sau:

$$YLL = \frac{1}{0,03} (1 - e^{-0,03L}) \times \text{số chết của từng khoảng}$$

Trong đó L là kỳ vọng sống (được tính dựa trên phương pháp phân tích bảng sống-life table) và mức khấu hao theo tuổi là 3% theo quy định chung của cách tính gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD).

Tuy nhiên ở một số nước như Úc, người ta không tính khấu hao theo tuổi, nhờ đó cách tính YLL đơn giản hơn (cũng tính theo giới và nhóm tuổi, nhóm bệnh). Hơn nữa, thường là số liệu của điều tra nhân khẩu học không phải là luôn sẵn có (thông tin sử dụng để phân tích để tính kỳ vọng sống theo phương pháp phân tích bảng sống). Công thức tính YLL là:

$$YLL_{\text{Nam}} = (80 - a) I$$

$$YLL_{\text{Nữ}} = (82,5 - a) I$$

Trong đó, I là số mới mắc hoặc chết trong một khoảng thời gian, có thể tính chung cho cả cộng đồng với mọi nguyên nhân gây chết, hoặc có thể tính riêng cho từng nguyên nhân chết.

Ví dụ, theo dõi tình hình tử vong của một cộng đồng A gồm 10.000 người là nam giới, trong một năm có 60 người chết. Số người chết phân bố theo nguyên nhân và tuổi như sau:

- 40 người chết trước 1 tuổi vì viêm phổi.
- 10 người chết lúc 55 tuổi vì cao huyết áp.
- 10 người chết lúc 79 tuổi vì ung thư.

Nếu tính tỷ suất tử vong thô là 60/1000. Số năm sống mất đi vì chết sớm ở cộng đồng này sẽ là:

- Vì viêm phổi: $(80-1) \times 40 = 3160$ năm.
- Vì cao huyết áp: $(80 - 55) \times 10 = 250$ năm.
- Vì ung thư: $(80 - 79) \times 10 = 10$ năm.

Cộng 3.420 năm.

Cũng tương tự, đối với cộng đồng B gồm 10000 nam giới, trong 1 năm có 60 người chết. Số người chết phân bố theo nguyên nhân và tuổi như sau:

- 10 người chết trước 1 tuổi vì viêm phổi.
- 10 người chết lúc 55 tuổi vì cao huyết áp.
- 40 người chết lúc 79 tuổi vì ung thư.

Tỷ suất tử vong thô cũng bằng cộng đồng A, là 60/1000. Số năm sống mất đi vì chết sớm của cộng đồng này sẽ là:

- Vì viêm phổi: $(80 - 1) \times 10 = 790$ năm.
- Vì cao huyết áp: $(80 - 55) \times 10 = 250$ năm.
- Vì ung thư: $(80 - 79) \times 40 = 40$ năm.

Cộng 1.080 năm.

Như vậy, với cùng tỷ suất tử vong thô là 60/1000 nhưng nếu tính YLL sẽ thấy cộng đồng A có gánh nặng bệnh tật lớn hơn hẳn cộng đồng B.

Hiện nay để dễ dàng phân tích gánh nặng bệnh tật tử vong theo nguyên nhân, người ta chỉ tính theo 3 nhóm nguyên nhân sau đây:

(1). Nhóm bệnh lây nhiễm, suy dinh dưỡng và các trường hợp chết liên quan tới chữa đẻ, chết chu sinh (gồm: Tiêu chảy, lao, sốt rét, sốt xuất huyết, STD, giun sán, ARI, các tai biến sản khoa và chết mẹ).

(2). Nhóm các bệnh không lây nhiễm gồm: Các khối u, bệnh nội tiết, bệnh tim mạch, hen suyễn và viêm phế quản mạn, bệnh tiêu hoá như loét dạ dày, tá tràng, xơ gan, bệnh thận...

(3). Nhóm tai nạn, chấn thương, ngộ độc do hoá chất gồm: Tai nạn giao thông, lao động, bỏng, ngứa, chết đuối, ngộ độc hoá chất, tự tử, vết thương do bạo lực, chiến tranh.

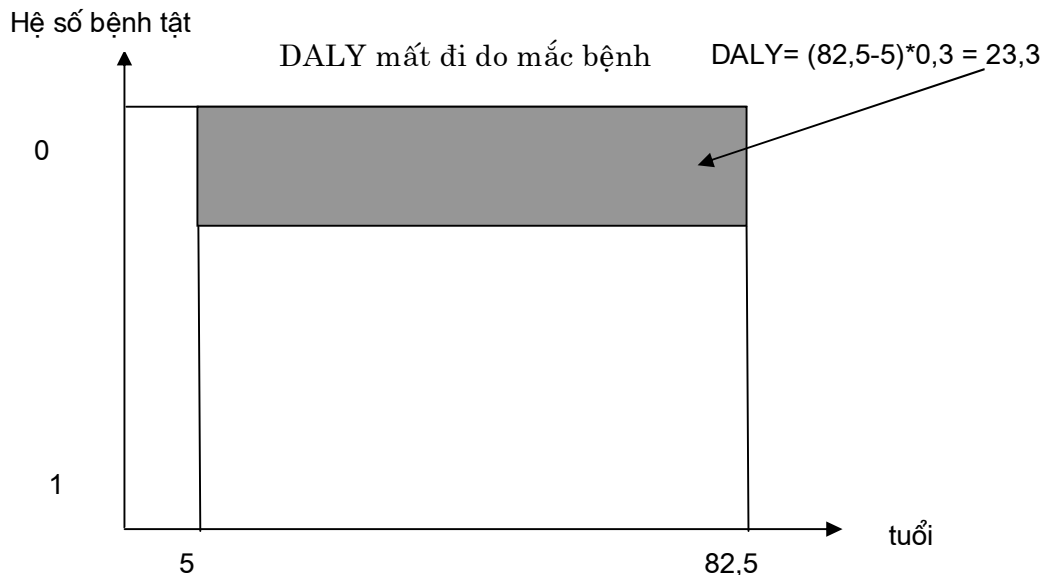
2.2.2. Số năm sống mất đi vì bệnh tật hoặc thương tích (YLD)

Số năm sống mất đi vì bệnh tật hoặc thương tích được tính theo công thức sau:

$$YLD = I \times D \times L$$

Trong đó: I là số trường hợp mới mắc trong một khoảng thời gian nhất định (Incidence); D (disability weight) là hệ số bệnh tật (mức độ nặng nhẹ của bệnh) và L là thời gian mang bệnh trung bình.

Ví dụ một người (nữ giới) mắc bệnh thấp khớp lúc 5 tuổi và bệnh khớp có hệ số bệnh tật là 0,3 thì DALY được tính như hình minh hoạ dưới đây:



Hệ số bệnh tật hay còn gọi là mức độ nặng nhẹ của bệnh liên quan đến những tình trạng bệnh tật khác nhau là yếu tố rất quan trọng để so sánh giữa các loại bệnh tật cũng như so sánh thời gian sống cùng bệnh tật với thời gian mất đi do chết sớm. Hệ số bệnh tật có giá trị chạy từ 0 (hoàn toàn khoẻ mạnh) tới 1 (tử vong). Việc xác định hệ số bệnh tật là một trong những khâu khó khăn nhất và có gây nhiều bàn cãi nhất.

Hệ số D được xác định dựa trên các nguồn số liệu sẵn có trên thế giới như:

a. *Bảng tra sẵn hệ số D (Bảng 3.2; 3.3) từ tài liệu Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật ở Úc - Victorian Burden of disease study 1999:*

Bảng 3.2. Hệ số D cho các tình trạng bệnh

Bệnh	D
Rụng răng	0,004
Thiếu máu do thiếu sắt mức độ nhẹ	0,005
Viêm khớp mức độ 2 chưa có triệu chứng lâm sàng	0,010
Thiếu máu mức độ vừa	0,011
Hạn chế thị giác	0,020
Mất sức nghe mức độ nhẹ	0,020
U da không phải ung thư	0,058
Tiểu đường do tụy	0,070
Hen	0,076
Thiếu năng mạch vành	0,080
Viêm khớp độ 2 có triệu chứng	0,140
VPQ mãn	0,170
Bệnh mạch máu ngoại vi	0,243
Ung thư nhẹ và vừa	0,250
Ung thư nặng	0,420
Viêm khớp độ 3 có triệu chứng	0,420

Bảng 3.3. Hệ số D cho các thương tích do chấn thương tai nạn

Chấn thương	D = GB D	Thời gian mang bệnh
Tổn thương cột sống	0,725	Suốt đời
Chấn thương sọ não	0,350	Suốt đời
Bỏng trên 60%	0,255	Suốt đời
Vỡ sọ	0,350	Suốt đời
Gãy xương đùi	0,272	Suốt đời
Tổn thương dây thần kinh	0,064	Suốt đời

b. *Dựa trên Phân loại mức nặng nhẹ của bệnh tật theo Murray C JL và cộng sự, Quantifying the burden of disease: The technical basis for disability - adjusted life years, Bulletin of World Health Organization, 1994 (Bảng 3.4).*

Bảng 3.4.. Hệ số mức độ mất khả năng do bệnh tật (D)

	Mô tả	Hệ số D
Mức 1	Hạn chế khả năng thực hiện một hoạt động thuộc một trong những lĩnh vực sau: Học tập, hoạt động sáng tạo, sinh sản và nghề nghiệp	0,096
Mức 2	Hạn chế khả năng thực hiện hầu hết các hoạt động của một trong những lĩnh vực sau: Học tập, hoạt động sáng tạo, sinh sản và nghề nghiệp	0,220
Mức 3	Hạn chế khả năng thực hiện các hoạt động của ít nhất 2 lĩnh vực sau: Học tập và nghề nghiệp	0,400
Mức 4	Hạn chế khả năng thực hiện của hầu hết các hoạt động của các lĩnh vực sau: học tập và nghề nghiệp.	0,600
Mức 5	Cần được giúp đỡ bằng phương tiện cho các hoạt động sống hàng ngày như nấu ăn, mua sắm hoặc làm việc nhà	0,810
Mức 6	Cần được giúp đỡ đối với các hoạt động sống hàng ngày như ăn uống, vệ sinh cá nhân hoặc sử dụng toa lét	0,920

Trong đó:

Mức độ trầm trọng của bệnh (levels of seriousness) tính một cách tương đối dựa trên cách xử trí.

- + Mức 1: Không phải dùng thuốc hoặc nếu dùng thì chỉ ở mức tự mua thuốc về chữa hoặc dùng Đông y.
- + Mức 2: Cần đến thầy thuốc khám chữa bệnh ở tuyến xã hoặc thầy thuốc tư nhân trong xã.
- + Mức 3: Phải khám chữa bệnh tại bệnh viện (từ huyện trở lên).

c. Dựa trên Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu: Global burden of disease study 1996 (Bảng 3.5).

Bảng 3.5. Hệ số D và thời gian mang bệnh dựa trên ba mức trầm trọng của bệnh

Triệu chứng	Mức 1	Mức 2	Mức 3
* Cao huyết áp			
D	0,00	0,05	0,10
L	suốt đời	suốt đời	suốt đời
* Bệnh tim			
D	0,10	0,20	0,40
L	1 tuần	8 tuần	suốt đời
* Ho			
D	0,05	0,10	0,20
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần
* Sốt			
D	0,05	0,10	0,20
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần

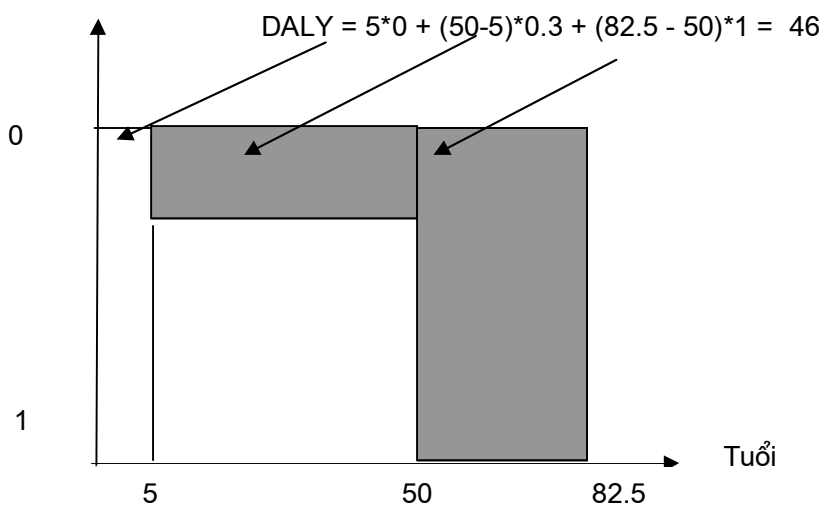
Triệu chứng	Mức 1	Mức 2	Mức 3
* Hô hấp cấp			
D	0,10	0,20	0,40
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần
* Đau đầu			
D	0,05	0,10	0,20
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần
* Đau bụng không tiêu chảy			
D	0,10	0,2	0,4
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần
* Bệnh đường tiêu hoá			
D	0,075	0,15	0,30
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần
* Đau cơ /khớp			
D	0,05	0,10	0,20
L	1 tuần	2 tuần	3 tuần
* Tai nạn, thương tích			
D	0,10	0,20	0,40
L	1 tuần	10 tuần	26 tuần
* Bệnh khác			
D	0,05	0,10	0,20
L	1 tuần	2 tuần	4 tuần

Ví dụ: YLD của một người bị mắc bệnh cao huyết áp mức độ 3 trong khoảng thời gian 18 tháng sẽ là $0,1 * 18/12 = 0,15$. Giả sử người này chỉ bị bệnh này trong thời gian nói trên thì số DALY của họ sẽ là 0,15 (YLL = 0).

2.3. Ví dụ đơn giản về tính DALYs

Câu hỏi 1: Tính DALY cho một người (nữ giới) mắc bệnh thấp khớp lúc 5 tuổi và chết lúc 50 tuổi.

Hệ số bệnh tật



Câu hỏi 2: Tính DALY cho cộng đồng có 6 người, với các dữ kiện sau:

	Mắc bệnh	Tử vong
Nam, 56 tuổi	Mắc Cao HA 1 năm (0,1)	Chết lúc 60 tuổi
Nữ, 52 tuổi	Ho trong 6 tháng (0,2)	Không
Nữ, 50 tuổi	Khoẻ mạnh	Không
Nam, 40 tuổi	Ho và cao HA 2 tháng Cao HA 6 tháng	Không
Nam, sinh ra chết ngay	-	-
Nữ, 35 tuổi	Viêm khớp 1 năm (0,272)	Không

Trả lời:

	YLD	YLL	DALY
Nam, 56 tuổi	$1 \times 0,1 = 0,1$	$80 - 56 = 24$	20,1
Nữ, 52 tuổi	$6/12 \times 0,2 = 0,1$	0	0,1
Nữ, 50 tuổi	0	0	
Nam, 40 tuổi	$2/12 \times 0,2 = 0,03$ $2/12 \times 0,1 = 0,01$ $6/12 \times 0,1 = 0,05$	0	0,09
Nam, sinh ra chết ngay	0	80	80
Nữ, 35 tuổi	$1 \times 0,272 = 0,272$	0	0,272
Tổng cộng	0,562	104	104,562

3. NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP VỀ PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ KINH TẾ Y TẾ VÀ ĐÁNH GIÁ GÁNH NẶNG BỆNH TẬT TRONG CỘNG ĐỒNG

3.1. Nghiên cứu trường hợp về phân tích chi phí-hiệu quả

3.1.1. Trường hợp 1

Có hai cách tổ chức tiêm phòng uốn ván, một là tiêm định kỳ vào một số ngày cố định, hai là tổ chức tiêm theo chiến dịch bằng một đợt đi tiêm chủng tại nhà. Kết quả về chi phí và hiệu quả được ghi lại trong bảng sau:

Các khoản chi phí	Tiêm định kỳ	Tiêm chiến dịch
Chi cho trạm y tế	17.000	15.600
Chi cho quản lý	3.500	7.600
Vaccin	1.250	1.600
Cộng đồng tham gia	0	2.400
Xe và phương tiện đi lại	250	2.400
Chi phí khác cho tiêm chủng	2.250	2.800
Chi ngoài kế hoạch	750	4.000
Tổng số tiền đã chi	25.000	40.000
Số người được tiêm ít nhất 2 mũi	8.000	10.000
Số mũi tiêm	22.000	45.000
Dự kiến số ca chết vì uốn ván sẽ giảm đi do tiêm chủng	40	50

Phép đo kết quả (hiệu quả) nào trong bảng trên là tốt nhất? Tại sao?

Với phép đo mà anh/chị cho là tốt nhất đó, hãy tính tỷ số chi phí - hiệu quả của 2 giải pháp?

Bàn luận về chi phí - hiệu quả giữa hai giải pháp?

Hãy đưa ra những lý do dẫn đến sự khác nhau về chi phí - hiệu quả giữa hai giải pháp trên. Từ đó theo anh/chị nên cải tiến phương pháp tiêm chủng như thế nào cho hiệu quả?

3.1.2. Trường hợp 2

Một nghiên cứu về chương trình tiêm phòng lao và chương trình tiêm phòng bạch hầu - ho gà - uốn ván ước tính chi phí và hiệu quả của các chương trình trong thời gian 5 năm như sau:

	Chi phí (\$)	Số tử vong tránh được
Tiêm phòng lao	600.000	3000
Tiêm phòng bạch hầu - ho gà - uốn ván	1.200.000	20.000
Kết hợp cả hai chương trình	1.300.000	23.000

Nếu chỉ thực hiện chương trình tiêm phòng lao thì chi phí/1 trường hợp tử vong tránh được là bao nhiêu?

Nếu chỉ thực hiện chương trình tiêm phòng bạch hầu - ho gà - uốn ván thì chi phí/ 1 trường hợp tử vong tránh được là bao nhiêu?

Nếu kết hợp cả hai chương trình thì theo anh (chị) có tiết kiệm được chi phí không? Tại sao?

3.2. Nghiên cứu trường hợp tính toán DALY

3.2.1. Bài tập 1: Tính DALY cho:

1 bệnh nhân nữ tử vong vì bệnh K phổi lúc 40 tuổi.

1 bệnh nhân nam mắc bệnh thấp tim lúc 20 tuổi và chết năm 55 tuổi (hệ số bệnh tật của bệnh tim mạch là 0.40).

1 bệnh nhân nam mắc bệnh VPQ mãn lúc 37 tuổi và mang bệnh suốt đời (hệ số bệnh tật của bệnh tim mạch là 0.17).

1 bệnh nhân nữ mắc bệnh thiếu máu lúc 32 tuổi và khỏi khi 36 tuổi (hệ số bệnh tật của bệnh tim mạch là 0.011).

Lấy kỳ vọng sống của người Nhật Bản.

3.2.2. Bài tập 2: Tính DALY cho cộng đồng có 6 người, với các dữ kiện sau:

	Mắc bệnh	Tử vong
Nam, 56 tuổi	Mắc Cao HA 1 năm (0,1)	Chết lúc 60 tuổi
Nữ, 52 tuổi	Ho trong 6 tháng (0,2)	Không
Nữ, 50 tuổi	Khoẻ mạnh	Không
Nam, 40 tuổi	Ho và cao HA 2tháng Cao HA 6 tháng	Không
Nam, sinh ra chết ngay	-	-
Nữ, 35 tuổi	Viêm khớp 1 năm (0,272)	Không

Lấy kỳ vọng sống của người Nhật Bản.

3.2.3. Bài tập 3: Tính DALY cho cộng đồng gồm 1000 người, với các dữ kiện:

Bệnh	Số trường hợp	Mức độ trầm trọng		
		1	2	3
Cao HA	100	20	75	5
Bệnh tim	7	1	5	1
Hô hấp cấp	400	50	300	50
Bệnh cơ xương	150	10	10	130
Tai nạn	75	5	60	10

Với hệ số bệnh tật như sau:

STT	Triệu chứng	Mức độ 1	Mức độ 2	Mức độ 3
1	Bệnh hô hấp	0,1	0,20	0,40
2	Bệnh cơ xương	0,05	0,10	0,20
3	Cao HA	0,00	0,05	0,10
4	Bệnh tim	0,10	0,20	0,40
5	Tai nạn	0,10	0,20	0,40

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm đánh giá kinh tế y tế?
2. Trình bày đặc điểm và khả năng áp dụng của bốn phương pháp đánh giá kinh tế y tế?
3. Trình bày khái niệm QALY và cho biết QALY phụ thuộc vào những yếu tố nào?
4. Khi nào thì áp dụng phương pháp phân tích chi phí thoả dụng và khi nào thì không dùng phương pháp này?
5. Nêu khái niệm DALY, thành phần của DALY và cách tính toán đơn giản các thành phần của DALY?.

TÀI CHÍNH Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

- 1. Trình bày các khái niệm về tài chính y tế, công bằng và hiệu suất trong tài chính y tế.*
- 2. Phân tích sự khác biệt giữa các mô hình tài chính y tế.*
- 3. Phân tích tình hình tài chính y tế Việt Nam hiện nay.*

1. KHÁI NIỆM VỀ TÀI CHÍNH Y TẾ

Dòng của nguồn tiền chi trả cho chăm sóc sức khỏe hay cho hệ thống bảo hiểm y tế (BHYT) bao gồm 3 nội dung:

(1) Nguồn kinh phí để chi trả cho các hoạt động y tế.

(2) Phân bổ kinh phí đã có cho các cơ sở y tế khác nhau của hệ thống y tế.

(3) Việc trả tiền công, tiền lương lao động cho các cá nhân tham gia vào hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Khái niệm tài chính y tế, ở nơi này hay nơi khác chưa được thống nhất, mỗi một nội dung nói trên đều có thể được hiểu là tài chính y tế. Trong tài liệu này, chúng tôi chỉ đề cập đến nội dung (1) nguồn kinh phí để chi trả cho các hoạt động y tế.

Dịch vụ y tế thường tiêu tốn rất nhiều tiền, trong khi đó người cần sử dụng dịch vụ y tế nhiều khi lại không có đủ khả năng về tài chính. Điều này có thể dẫn đến tình trạng sử dụng dịch vụ này một cách không đầy đủ. Chính vì thế, các Chính phủ đều tìm cách tạo nguồn kinh phí cho ngành y tế thích hợp nhất cho quốc gia của mình trong từng thời gian cụ thể.

1.1. Các nguồn tài chính cho y tế

Có bốn nguồn tài chính y tế chính: Chi trả trực tiếp, bảo hiểm y tế (BHYT) tư nhân, BHYT xã hội và thuế.

- **Chi trả trực tiếp:** Chi trả trực tiếp bao gồm các chi trả mà người sử dụng phải lấy tiền túi của mình để mua dịch vụ y tế. Người sử dụng có thể phải chi trả toàn bộ chi phí phải trả hay đồng chi trả với BHYT. Các chi trả này xảy ra ngay khi sử dụng dịch vụ. Ví dụ: một bệnh nhân nội trú khi ra viện,

nếu không có BHYT sẽ phải trả toàn bộ phí khám, chữa bệnh (KCB), nếu có BHYT sẽ chỉ trả một tỷ lệ nào đó, hoặc chỉ trả thêm những phần thuốc không có trong danh mục của BHYT. Phần này sẽ được phân tích kỹ trong bài viện phí.

- **Bảo hiểm y tế tư nhân:** Người sử dụng dịch vụ y tế mua BHYT tư nhân theo mệnh giá nhất định. Mệnh giá - được quyết định tùy theo nguy cơ mắc bệnh của người mua bảo hiểm. Với mệnh giá này họ sẽ được cung cấp gói dịch vụ như đã thỏa thuận với công ty BHYT tư nhân. Công ty bảo hiểm tư nhân là loại công ty hoạt động có lợi nhuận.

Ví dụ: Một người 70 tuổi nghiện thuốc lá sẽ phải mua BHYT của công ty BHYT tư nhân với mệnh giá cao hơn người 25 tuổi không có bệnh và không có nguy cơ gì.

Tuy nhiên, công ty bảo hiểm tư nhân cũng có thể ban hành mệnh giá bảo hiểm chung, áp dụng cho mọi người ở một cộng đồng nào đó khi xác định được tỷ lệ mắc bệnh của cộng đồng đó. Điều này sẽ được phân tích kỹ hơn trong bài BHYT.

- **Bảo hiểm xã hội (bảo hiểm y tế xã hội):** Mọi người đều đóng BHYT xã hội dựa trên thu nhập, không kể người đó có sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hay không. BHYT xã hội cũng có thể được cắt từ thuế ra.
- **Thuế:** Có thể dưới hai hình thức :
 - + Trực tiếp: Theo thu nhập, thông thường mức đóng thuế trực tiếp này theo lũy tiến, tức là thu nhập càng cao thì tỷ lệ thuế phải đóng càng nhiều.
 - + Gián tiếp: Theo mức tiêu thụ (thuế VAT: Value Added Tax).

Người ta cũng có thể chia các nguồn tài chính y tế thành 3 nguồn: Nguồn Nhà nước, nguồn tư nhân và nguồn khác. Với các phân loại này, “nguồn khác” ít được quan tâm vì trên thực tế thường không chiếm tỷ lệ lớn và không ổn định.

1.2. Hiệu suất tài chính y tế

Để đánh giá hiệu suất của một nền tài chính y tế, có hai khía cạnh cần phải quan tâm:

- Chi phí hành chính liên quan đến việc tạo nguồn: Tạo nguồn thông qua BHYT tư nhân sẽ tốn nhiều chi phí hành chính hơn so với việc tạo nguồn bằng phương pháp thu thuế.
- Hiệu suất kinh tế liên quan đến chi phí hiệu suất. Về lý thuyết, BHYT tư nhân có hiệu suất hơn vì nó mức mệnh giá phản ánh khả năng sẽ sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khoẻ của các cá nhân.

Quay lại ví dụ trên, người 70 tuổi, có nguy cơ ốm 4 lần cao hơn người 25 tuổi vì thế phải mua mệnh giá bảo hiểm cao hơn. Với nguồn tài chính từ thuế thì dù thu thuế theo hình thức nào (cố định hay lũy tiến) cũng ảnh hưởng giảm

tính hiệu suất vì nó không dựa trên phản ánh được mức sử dụng dịch vụ y tế của các đối tượng có tình trạng sức khỏe khác nhau.

1.3. Công bằng trong tài chính y tế

Các nguồn tài chính y tế khác nhau có mức độ công bằng khác nhau. Hình thức tài chính trực tiếp và BHYT tư nhân có khuynh hướng dẫn đến gánh nặng cho nhóm người có thu nhập thấp hơn là cho nhóm có thu nhập cao. Ví dụ: nếu mệnh giá của bảo hiểm là 100.000 đ/năm thì đối với người có thu nhập 2.000.000đ/năm, con số này chiếm 5% nhưng nếu với người có thu nhập 20.000.000đ/năm thì chỉ là 0,5%. Người ta gọi hệ thống tài chính y tế trong đó người nghèo lại phải đóng góp cao hơn người giàu (theo tỷ lệ thu nhập) là hệ thống lạc hậu. Ngược lại, hệ thống tài chính y tế, trong đó người giàu đóng góp nhiều hơn người nghèo là hệ thống tiến bộ. Để đạt được điều này, người ta thường đánh thuế thu nhập theo lũy tiến. Ví dụ: Ở Bồ Biển Nga, thuế thu nhập đối với nhóm người nghèo nhất là 26%, trong khi đó, nhóm người giàu nhất là 32%. Còn ở Peru, tỷ lệ tương ứng là 8% và 45%.

Về tổng thể, hình thức chi trả trực tiếp hay BHYT tư nhân đều được xem là các hình thức tài chính y tế lạc hậu. Nghiên cứu tại các nước đang phát triển cho thấy chi trả trực tiếp lạc hậu hơn BHYT tư nhân và BHYT tư nhân lại lạc hậu hơn bảo hiểm xã hội. Tuy nhiên, BHYT tư nhân ở các nước nghèo lại được xem là tiến bộ vì chỉ có người giàu mới có khả năng mua được loại BHYT này, và như vậy khi họ cần chăm sóc sức khỏe, Nhà nước không phải lo cho họ và kinh phí của Nhà nước, vì thế sẽ có thể dành cho các đối tượng nghèo.

Như vậy, mức độ công bằng của các hình thức tài chính y tế có thể rất khác nhau, phụ thuộc vào tính thích hợp của hình thức, tỷ lệ đóng góp, tỷ lệ bao phủ.

2. CÁC MÔ HÌNH TÀI CHÍNH Y TẾ CHÍNH

Trong 4 nguồn tài chính y tế chính đã được đề cập ở phần trên, chúng ta sẽ không đề cập kỹ chi trả trực tiếp (bao gồm chi trả viện phí, chi mua thuốc ngoài bệnh viện, chi phí tự điều trị,...) trong chương trình này. Tuy nhiên phần “viện phí” sẽ được trình bày kỹ hơn các nội dung khác của chi trả trực tiếp ở bài tiếp theo. Phần này sẽ đưa ra một số mô hình, minh họa cho nguồn tài chính y tế từ thuế, từ BHYT xã hội và từ BHYT tư nhân.

2.1. Mô hình Beveridge

Mô hình này là nguồn chi cho y tế chủ yếu dựa vào ngân sách Nhà nước (từ thuế). Vì tài chính y tế từ nguồn ngân sách Nhà nước nên mọi người dân đều được khám chữa bệnh (KCB) miễn phí. Triết lý của mô hình này là “xã hội chăm sóc con người từ khi sinh ra đến khi chết đi” (từ cái nôi đến nấm mồ). Hệ thống cung cấp dịch vụ y tế có thể là công hoặc tư. Anh là nước đại diện cho các quốc gia áp dụng mô hình tài chính này. Với mô hình này mức thuế thu nhập rất cao (30 - 50%) và tỷ lệ chi phí công cho y tế rất cao (60 - 90%).

Điều kiện để thực hiện mô hình tài chính Beveridge:

Ngân sách Nhà nước đủ lớn.

Nền kinh tế phát triển.

Hệ thống thu thuế hoàn thiện.

2.2. Mô hình Semashko

Sau Cách mạng Tháng Mười, theo đề nghị của Semashko, Chính phủ Liên bang Xô viết đã quyết định mọi chăm sóc y tế cho nhân dân đều được Nhà nước bao cấp. Các nước trong phe xã hội chủ nghĩa cũng đi theo mô hình này.

Mô hình Semashko có những đặc điểm sau:

- Mọi dịch vụ y tế đều mang tính xã hội. Mọi người dân đều không phải trả tiền khi sử dụng dịch vụ y tế.
- Chính quyền các cấp có trách nhiệm cung cấp các dịch vụ y tế.
- Phòng bệnh và chữa bệnh được lồng ghép với nhau, trong đó quan tâm hơn đến phòng bệnh.
- Mọi nguồn lực y tế và dịch vụ y tế đều được kế hoạch hoá trong hệ thống kinh tế kế hoạch tập trung.
- Nhân dân tham gia vào việc hoạch định chính sách y tế và quyết định các chính sách này được thực hiện ở tuyến trung ương.
- Do nguồn lực hạn chế nên dành ưu tiên cho công nhân của các xí nghiệp và cho trẻ em.
- Mọi thành phần của hệ thống y tế đều đặt dưới sự điều khiển của Bộ Y tế và các cơ quan hữu quan.
- Y tế tư nhân tuy không bị cấm tuyệt đối nhưng được đặt dưới sự giám sát chặt chẽ của Chính phủ.

Mô hình này cũng dựa trên thuế nhưng khác mô hình Beveridge ở 3 điểm:

- + Trong mô hình Semashko, hệ thống dịch vụ y tế chịu sự quản lý của hệ thống hành chính trong khi ở mô hình Beveridge lại độc lập với hệ thống hành chính.
- + Tài chính y tế của Semashko dựa vào thuế nhưng là thuế chung, chứ không chỉ đánh vào thu nhập.
- + Hệ thống cung ứng dịch vụ ở mô hình Semashko là công trong khi hệ thống ở mô hình Beveridge có cả công lẫn tư.

2.3. Mô hình Bismarck

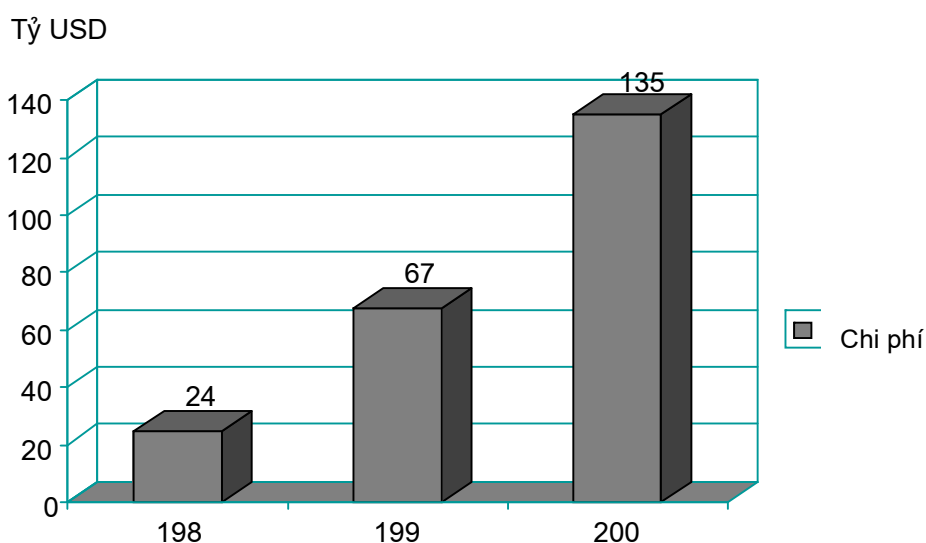
Mô hình này do Otto Von Bismarck (1815-1898), Thủ tướng đầu tiên của nước Đức sáng lập, được thực hiện đầu tiên ở Đức. Sau đó, một số quốc gia khác

như Pháp, Bỉ, Nhật, Áo, Peru, Brazil,... cũng thực hiện. Với mô hình này, chính sách xã hội được áp dụng cho tất cả mọi người dân. Thành lập BHYT xã hội, trách nhiệm đóng góp là cả ba bên: cá nhân, chủ sở hữu lao động và Nhà nước. Đối với y tế, quyền lợi được hưởng là theo cái “cần” chứ không phải ngang bằng giữa mọi người. BHYT xã hội là các cơ quan hoạt động không lợi nhuận mặc dù việc cung ứng dịch vụ y tế, chủ yếu do tư nhân đảm nhiệm. Sau này, BHYT mở rộng ra cả các tổ chức tư nhân, hoạt động theo lợi nhuận. Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm của BHYT xã hội tại Đức không ngừng tăng. Đến năm 1995, 100% người dân Đức có BHYT xã hội.

2.4. Mô hình tài chính y tế dựa vào bảo hiểm tư nhân

Có thể nói, Mỹ là quốc gia đại diện cho mô hình tài chính y tế dựa vào BHYT tư nhân. Nước Mỹ cũng được coi là nước có chi phí cho y tế lớn nhất thế giới, cả về số tuyệt đối (Hình 4) cũng như tỷ lệ từ tổng thu nhập quốc dân (khoảng 14% GNP). Tuy nhiên, tỷ lệ chi phí cho y tế từ nguồn công thì thấp.

Tài chính chủ yếu thông qua BHYT thương mại nghĩa là các công tư BHYT tư nhân hoạt động vì lợi nhuận sẽ thay mặt bệnh nhân chi trả cho các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Ở Mỹ, thực tế chỉ có những người có thu nhập trên trung bình mới có thể mua được BHYT. Với những người không có khả năng mua BHYT, khi cần sử dụng dịch vụ y tế sẽ phải chi trả một khoản rất cao, đến mức dường như là không chịu đựng nổi. Số người không có khả năng mua BHYT ở Mỹ năm 2003 là 44 triệu người, chiếm khoảng 15% dân số Mỹ. Quỹ BHYT của Mỹ chỉ chi trả cho 30 triệu người già (Medicare) và 30 triệu người nghèo (Medicaid).



Hình 11. Chi phí y tế ở Mỹ từ 1980 - 2002

3. TÀI CHÍNH Y TẾ VIỆT NAM

Từ trước 1986, nền kinh tế Việt Nam là nền kinh tế kế hoạch tập trung. Về tài chính y tế, chúng ta áp dụng mô hình Semashko, tức là nền tài chính y tế dựa vào thuế, mọi dịch vụ chăm sóc sức khỏe đều được cung cấp miễn phí. Trong thời kỳ này, ở Việt Nam không có y tế tư nhân hợp pháp. Công cuộc “Đổi mới” phát động từ năm 1986 đã đánh dấu sự chuyển đổi của Việt Nam từ một nền kinh tế tập trung sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Về tài chính y tế, Việt Nam áp dụng mô hình hỗn hợp, bao gồm ngân sách Nhà nước, thu phí dịch vụ, bảo hiểm y tế và BHYT xã hội. Mặc dù tiến trình này đã đem lại những cải thiện về phúc lợi cho hầu hết người dân Việt Nam, nhưng cuộc sống của nhiều người vẫn có nguy cơ trở lại tình trạng nghèo khổ, đặc biệt là những gia đình chẳng may có người ốm đau nặng.

3.1. Tổng quan về những thách thức trong quá trình phát triển

Gần hai thập kỷ nay, Việt Nam đã và đang trải qua một thời kỳ chuyển đổi kinh tế và xã hội quan trọng. Công cuộc “Đổi mới” đã đánh dấu sự chuyển đổi từ nền kinh tế kế hoạch tập trung sang nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa nước. Nhà nước Việt Nam đã phát triển các quy chế, luật pháp nhằm thực hiện một chính sách mở cửa với tất cả các nước. Những cải cách cơ bản bao gồm việc trở lại kinh tế nông nghiệp gia đình, xoá bỏ sự hạn chế trong các hoạt động tư nhân về thương mại và công nghiệp, hợp lý hoá các doanh nghiệp Nhà nước. Nhìn chung quá trình này (khởi sự từ năm 1986) được đánh giá là đã đạt được những thành tựu đáng kể trong việc nâng cao toàn diện đời sống của đại đa số người Việt Nam. Tăng trưởng bình quân tổng thu nhập quốc gia trên đầu người dân đạt hơn 6% hàng năm trong hơn một thập kỷ qua. Việt Nam từ một nước nhập khẩu gạo trở thành nước xuất khẩu gạo lớn thứ hai trên thế giới. Một trong những thành tựu nổi bật là Việt Nam đã giảm tỷ lệ đói nghèo từ 70% trong những năm 1980 xuống còn 36% trong năm 2001, theo số liệu tính toán sử dụng ngưỡng đói nghèo so sánh quốc tế của Ngân hàng Thế giới.

Mặc dù vậy, Việt Nam vẫn là một nước nghèo, theo tài liệu thảo luận số 2 của các tổ chức liên hiệp quốc tại Việt Nam, tháng 6 năm 2003: Thu nhập bình quân đầu người trong năm 2000 là 400 USD; có đến 28 triệu người mà thu nhập của họ vẫn không đủ để đảm bảo một cuộc sống ổn định. Nhiều người vẫn sống ở mức cận nghèo và nguy cơ bị kéo trở lại đói nghèo vẫn rất cao. 48% dân số vẫn còn chưa có nước sạch và an toàn để sử dụng; tỷ lệ này tăng đến 56% ở khu vực nông thôn. Trong năm 1999, 33% trẻ em dưới 5 tuổi có cân nặng nhẹ hơn so với tuổi. Sự cách biệt về mức sống giữa thành thị và nông thôn ngày càng tăng. Các dân tộc ít người sống ở vùng núi cao và vùng sâu, vùng xa chịu tác động và hưởng lợi rất ít từ tiến trình phát triển. Sự chênh lệch đang tăng nhanh, mức độ khác biệt về phân phối thu nhập giữa nhóm người giàu nhất và nghèo nhất đã tăng từ 4,9 trong năm 1992 lên 8,9 trong năm 1999.

Rất nhiều việc sẽ cần phải làm để củng cố, duy trì và tiếp tục phát triển trên cơ sở những thành tựu đã đạt được. Nhưng Việt Nam vẫn phải đối mặt với những thách thức không nhỏ. Như đã được đề cập trong chiến lược phát triển kinh tế, xã hội 10 năm của Việt Nam (từ 2001 đến 2010), để lấy lại nhịp độ tiếp tục đi lên của công cuộc đổi mới, đầu tư và tăng trưởng kinh tế là rất quan trọng trong thập kỷ tiếp theo. Tuy nhiên, thách thức cơ bản vẫn là làm sao để các khu vực, các tỉnh, các tầng lớp dân cư, các dân tộc ít người đều có cơ hội tham gia và hưởng lợi từ tiến trình phát triển và để đất nước đạt được sự công bằng cao trong phát triển con người. Bên cạnh sự cải cách kinh tế vĩ mô phù hợp, cần phải có một công cuộc cải cách hành chính Nhà nước, trong đó vấn đề nổi cộm là chi trả cho các dịch vụ công. Lương cho người cung cấp dịch vụ công còn quá thấp so với chi tiêu trung bình hàng tháng của hộ gia đình, dẫn đến việc cung cấp dịch vụ với chất lượng kém, và nhiều hiện tượng tiêu cực là điều hầu như không thể tránh. Hơn thế, cần phải củng cố pháp luật Nhà nước, cải thiện các biện pháp bảo trợ xã hội và tăng cường sự tham gia của các tầng lớp xã hội.

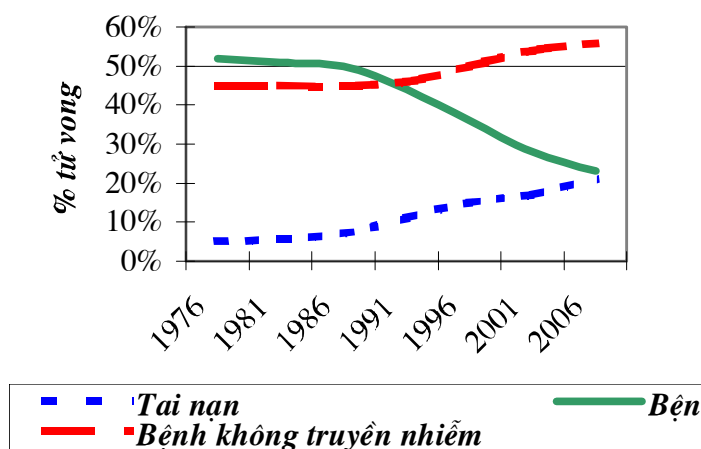
3.2. Tình hình sức khỏe

Về kinh tế, Việt Nam là một nước nghèo trên thế giới, nhưng các chỉ số sức khỏe cơ bản của Việt Nam cao hơn nhiều nước có cùng mức kinh tế. Ví dụ: Tuổi thọ trung bình của người phụ nữ Việt Nam dài hơn 10 năm so với mức tuổi thọ có thể có với một quốc gia có cùng mức phát triển về kinh tế. Tỷ lệ chết của trẻ sơ sinh trong năm 2001 là 36,7 trên 1000 trẻ đẻ sống, ngang với tỷ lệ của một số nước khác như Brazil, Peru và Thổ Nhĩ Kỳ, trong khi thu nhập bình quân đầu người của các quốc gia này cao hơn của Việt Nam. Một trong những nguyên nhân dẫn thành công trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe của Việt Nam là chúng ta có hệ thống chăm sóc sức khỏe rộng với trọng tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu. Năm 2004, tất cả các xã (10.588 xã) trong toàn quốc đã có trạm y tế (Niên giám thống kê Bộ Y tế, 2004). Nhiều chương trình y tế quốc gia được tổ chức tốt, như chương trình tiêm chủng mở rộng. Tỷ lệ biết chữ trong dân cư cao cũng là một yếu tố tạo nên thành công trong nền y tế Việt Nam.

Mặc dù đã có những thành tựu như vậy trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, Việt Nam vẫn phải đối mặt với một tỷ lệ suy dinh dưỡng cao trong nhóm trẻ em dưới 5 tuổi, tỷ lệ trẻ đẻ non cao, tỷ lệ chết chu sinh khá cao (chủ yếu trong nhóm các dân tộc ít người ở vùng sâu, vùng xa) và tỷ lệ nạo phá thai cao. Vẫn còn rất nhiều vấn đề phải giải quyết trong lĩnh vực các bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng, mặc dù những bệnh này chiếm dưới 30% các nguyên nhân tử vong (Ví dụ: Các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp ở trẻ em, viêm gan B, các vấn đề liên quan đến ngộ độc thực phẩm). Mặt khác, có một sự tăng liên tục những bệnh không thuộc nhóm bệnh nhiễm trùng như bệnh về tim mạch, bệnh ung thư, tiểu đường; và sự bắt đầu tăng hoặc tăng trở lại của các bệnh như bệnh lao, HIV/AIDS, sốt xuất huyết, và viêm não Nhật Bản. Bên cạnh đó còn có sự gia tăng của các bệnh liên quan đến lối sống như nghiện thuốc lá, uống rượu, sử dụng ma túy, tai nạn giao thông, bạo hành, tự tử, và các bệnh về tâm thần. Tử vong do tai nạn giao thông có xu hướng tăng lên, đến hơn 20%

tổng số các trường hợp tử vong tại bệnh viện; trong khi đó, tử vong do các bệnh nhiễm trùng đang có xu hướng giảm đi (Hình 4.2). Tai nạn giao thông hiện đang chiếm hơn 20% các trường hợp tử vong, và là nguyên nhân chính gây tử vong trong những người chết trẻ.

Hơn nữa, có sự khác nhau đáng kể về tình trạng sức khỏe giữa các khu vực địa lý hay giữa các nhóm dân cư. Nhìn chung, các chỉ số sức khỏe ở khu vực đồng bằng sông Cửu Long, khu vực miền núi miền Trung, miền núi phía Bắc thấp hơn đáng kể so với cả nước. Tỷ lệ chết mẹ và trẻ sơ sinh trong khu vực các dân tộc ít người cao hơn nhiều so với tỷ lệ trung bình của cả nước. Sự chênh lệch về thu nhập và xã hội đã tăng nhanh trong những năm 1990, điều đó đã có những tác động lên sức khỏe, và các cuộc nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh trong 20% dân số nghèo nhất đang tăng lên.



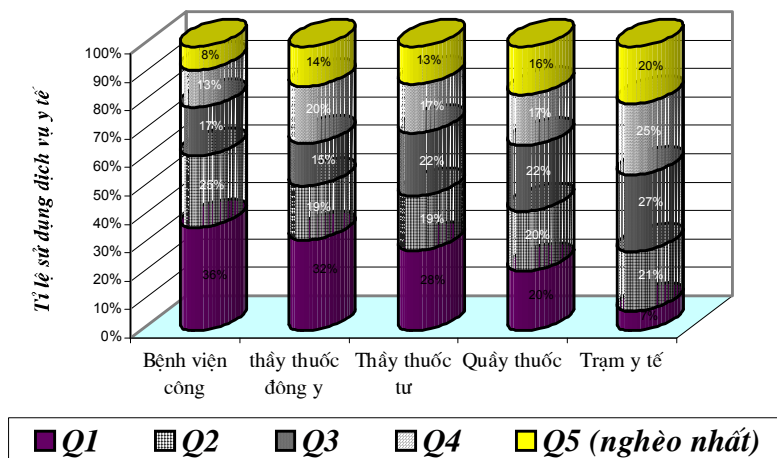
Nguồn: Bộ Y tế 2001, UNDP 2001

Hình 4.2. Tỷ lệ các nhóm nguyên nhân tử vong ở Việt Nam

Tỷ lệ chi phí công cho y tế thấp, việc phải chi trả phí khám bệnh kể cả “phí ngầm” ở các cơ sở dịch vụ công và việc phát triển nhanh chóng hệ thống y tế tư và bán thuốc tư dẫn đến việc chi trả trực tiếp từ túi người dân cho sức khỏe rất cao. Ngày nay người dân phải tự chi trả phần lớn, một cách chính thức hay không chính thức, cho chăm sóc y tế. Hệ thống miễn, giảm phí dịch vụ cho người nghèo chưa được vận hành một cách có hiệu quả.

Ngày 15/10/2002, Thủ tướng Chính phủ đã ra quyết định số 139 về việc khám chữa bệnh cho người nghèo. Theo quyết định này những người nằm trong hộ được hỗ trợ sẽ hoặc là nhận thẻ bảo hiểm y tế hoặc là sẽ được thanh toán những khoản chi phí nhất định khi họ sử dụng dịch vụ y tế. Ngay cả việc thực hiện Nghị định 139, tưởng chừng đơn giản nhưng cũng còn có nhiều bất cập. Có khi người không nghèo cũng được hưởng chế độ này (những người không nghèo nhưng lại nằm trong các xã nghèo) hoặc có những người nghèo thì lại

không được hưởng chế độ đó do không biết hoặc do hệ thống quản lý ở địa phương hoạt động không hiệu quả. Hệ thống BHYT xã hội chỉ bao phủ một phần nhỏ dân số (số này là những người có thu nhập cao trong xã hội). nhỏ dân số (số này lại là những người có thu nhập cao hơn). Người nghèo không sử dụng các dịch vụ y tế một cách thường xuyên mà chủ yếu tự chữa bệnh khi ốm đau. Số liệu về việc sử dụng các dịch vụ y tế khẳng định rằng sự bất công bằng đang tăng lên giữa người giàu và người nghèo trong việc sử dụng dịch vụ y tế công (Hình 4.3).



Nguồn: Bộ Y tế, Ngân hàng Thế giới 2001

Hình 4.3. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế theo các nhóm thu nhập

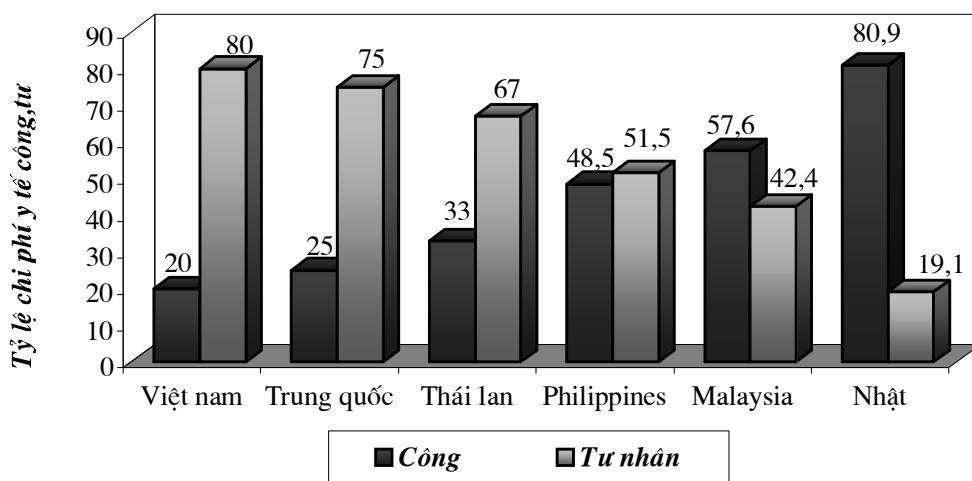
Những người nghèo sử dụng các dịch vụ y tế công ít hơn, chi phí ít hơn cho sức khỏe, tiếp cận các dịch vụ có chất lượng kém hơn, và thường các dịch vụ này không đáp ứng nhu cầu của họ. Các trạm y tế xã ít được sử dụng cho các hoạt động chữa bệnh có lẽ vì được coi là nơi cung cấp các dịch vụ kém chất lượng trong khi lại có những người hành nghề y tế tư ngay ở địa phương. Các chương trình phòng bệnh tiếp tục hoạt động thành công thông qua các trạm y tế. Cuối cùng, việc thiếu một cơ chế pháp luật chặt chẽ đối với y tế tư, đặc biệt trong lĩnh vực dược, dẫn đến việc sử dụng thuốc không hợp lý và điều này mang lại những hậu quả lâu dài cho sức khỏe cộng đồng. Hiện tượng kháng kháng sinh chủ yếu do sử dụng thuốc không hợp lý đã trở thành một vấn đề y tế công cộng đáng được quan tâm hiện nay ở Việt Nam.

3.3. Tài chính y tế ở Việt Nam

Chính sách tài chính y tế là một trong những lĩnh vực ưu tiên, luôn được Bộ Y tế phối hợp với các Bộ, Ngành nghiên cứu, trình Chính phủ pháp chế hoá để áp dụng vào thực tiễn hoạt động của ngành Y tế. Thực tế hiện nay, Việt Nam vẫn tồn tại 3 nguồn tài chính cho y tế:

3.3.1. Ngân sách Nhà nước

Mức chi cho y tế của Việt Nam năm 2001 từ ngân sách nhà nước (Bao gồm cả ngân sách trung ương và địa phương) khoảng 3 USD cho một đầu người, chiếm 20% tổng chi cho y tế. Đây là một trong những tỷ lệ thấp nhất trên thế giới và Việt Nam được xếp sau Trung Quốc, Thái Lan và Philippin (Hình 4.4). Nguồn ngân sách nhỏ đó lại được phân bổ từ cấp trung ương dựa trên số giường bệnh cho hoạt động chữa bệnh và trên dân số cho hoạt động phòng bệnh, điều này mang lại lợi ích nhiều hơn cho các bệnh viện ở thành thị, các khu vực giàu hơn và các tỉnh đông dân hơn (vì ở đó có các bệnh viện lớn, số giường bệnh nhiều hơn và số dân cũng đông hơn). Trong khi đó, ở các tỉnh giàu thì bản thân nguồn ngân sách của các tỉnh đó đã lớn hơn. Việc phân bổ ngân sách từ trung ương ít quan tâm đến sự chênh lệch kinh tế giữa các tỉnh và trong mỗi tỉnh. Việc thiếu tài trợ chéo giữa các xã trong một tỉnh dẫn đến sự chênh lệch giữa các xã về khả năng cung cấp dịch vụ cho những người nghèo ở địa phương. Việc kiểm soát sử dụng các công nghệ cao và sử dụng thuốc chưa đúng mục, làm hạn chế tác dụng và hiệu quả trong việc sử dụng các nguồn lực. Hơn thế, ngân sách Nhà nước hay nguồn vốn ODA (khoảng 0,5 USD/đầu người/năm) tập trung chủ yếu vào các chi phí đầu tư thay vì các chi phí thường xuyên. Chi phí thường xuyên, kể cả trả lương cho nhân viên y tế, chủ yếu do bệnh nhân chi trả.



Nguồn: Tài chính cho chăm sóc y tế Việt Nam - Hà Nội, 2003

Hình 4.4. Tỷ lệ chi phí y tế công và tư ở Việt Nam

Chi trả trực tiếp từ tiền túi

Là nguồn thứ hai để cung cấp tài chính cho y tế và đang là nguồn chiếm tỷ trọng lớn nhất trong tài chính y tế Việt Nam hiện nay. Năm 2001, chi phí từ túi cá nhân là 23 USD/người/năm, bao gồm các chi trả chính thức và không chính thức cho các dịch vụ y tế công, y tế tư, tự kê đơn, tự mua thuốc hoặc tiền thuốc kê bởi thầy thuốc. Việc áp dụng hệ thống phí dịch vụ (viện phí) đã làm tăng

nguồn thu nhập cho ngành y tế. Các tỉnh áp dụng các mức phí khác nhau. Phí cao hơn với các dịch vụ của bệnh viện ở các khu vực giàu hơn. Điều này dẫn đến hậu quả là các nhân viên y tế không muốn làm việc ở các khu vực nghèo vì thu nhập của họ tăng không đáng kể qua hệ thống phí. Hậu quả của sự xuống cấp này có thể được nhìn thấy qua sự thay đổi về mức độ sử dụng của các cơ sở y tế công theo thời gian. Một điều rõ ràng rằng việc đưa gánh nặng tài chính trực tiếp sang người dân thông qua hệ thống phí cho dịch vụ đã làm giảm mức độ công bằng trong KCB, dẫn đến đói nghèo gây ra bởi một phần lớn thu nhập của hộ gia đình đã phải dành cho chi tiêu khi ốm đau. Mặc dù vậy, phí dịch vụ là nguồn tài chính lớn. Nghị định số 10/2002/NĐ - CP năm 2002 và Nghị định 43/2006/NĐ - CP năm 2006 ban hành về cơ chế quản lý tài chính của những cơ sở cung cấp dịch vụ công có thu phí, sẽ củng cố thêm xu hướng đó nếu áp dụng vào ngành y tế. Ngoài khoản chi chính thức, thu nhập của bệnh viện và nhân viên y tế còn được nâng cao bởi những khoản thu không chính thức do bệnh nhân trả.

Chi phí trực tiếp từ túi người dân chủ yếu dùng để chi trả phần lớn lượng thuốc tiêu thụ ở Việt Nam, ước lượng khoảng 15-20 USD/đầu người một năm. Rõ ràng chi phí cho thuốc là một trong những chi phí lớn cho y tế ở Việt Nam hiện nay.

Để giảm cản trở (do hệ thống phí) đối với những người không có thể bảo hiểm đi khám bệnh (đặc biệt cho những người nghèo), Nhà nước đã áp dụng chính sách miễn, giảm phí cho người nghèo. Tuy nhiên, như trên đã đề cập, việc thực hiện chính sách miễn, giảm phí trong KCB có những bất cập làm cho người nghèo nhiều khi ngại không muốn thực hiện. Để giải quyết tình trạng này, Nhà nước đã ban hành quyết định 139 về KCB cho người nghèo, dưới hình thức thực thanh thực chi hoặc mua thẻ BHYT.

3.3.3. Bảo hiểm y tế xã hội

Đây là phương thức được áp dụng cho các loại hình BHYT nhà nước. Nhà nước Việt Nam đã áp dụng BHYT bắt buộc và tự nguyện từ năm 1992. Những mô hình bảo hiểm này đã đóng góp 0,4 USD đầu người năm cho tài chính y tế. Mục tiêu của các loại hình bảo hiểm này là nhằm làm ổn định nguồn tài chính cho y tế, và nâng cao tính công bằng trong tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. BHYT Việt Nam, dưới sự chỉ đạo của Bộ Y tế, là đơn vị chịu trách nhiệm về xây dựng và quản lý cả hai mô hình BHYT này. Hiện tại có các mô hình BHYT cơ bản sau:

- *Bảo hiểm y tế bắt buộc*: Được áp dụng với tất cả cán bộ công nhân viên nhà nước đang còn công tác hoặc đã nghỉ hưu; cán bộ, công nhân viên các doanh nghiệp (nhà nước hoặc tư nhân), của tất cả các doanh nghiệp có từ 10 công nhân trở lên. Tuy nhiên, hiện tại, diện bao phủ của BHYT bắt buộc trong các doanh nghiệp tư nhân còn rất thấp. Năm 1997, chỉ có khoảng 13% số công nhân của các doanh nghiệp tư nhân có tham gia BHYT bắt buộc. Hiện tại, BHYT vẫn chưa bao phủ được một số nhóm lao



động như: Nhóm lao động hưởng lương của các doanh nghiệp tư nhân; nhóm lao động không chính qui (không đăng ký, lao động tự do, v.v.) và các thành viên trong gia đình của họ. Khả năng để bao phủ được các doanh nghiệp tư nhân tùy thuộc nhiều vào việc đăng ký và sự ổn định của các doanh nghiệp, đặc biệt là trong giai đoạn này, thời kỳ chuyển đổi sang cơ chế kinh tế thị trường. Với mệnh giá bảo hiểm là 3% lương (trong đó người thuê lao động trả 2% và người lao động trả 1%), nguồn thu từ khối lao động này là đáng kể nếu diện bao phủ cho khối doanh nghiệp tư nhân được mở rộng.

- *Bảo hiểm y tế tự nguyện*: Mô hình này chủ yếu bao gồm trẻ em trong nhà trường, với mức đóng góp phí là từ 15.000đ đến 30.000đ một em. Việc thu phí BHYT và đăng ký tham gia bảo hiểm do ban lãnh đạo nhà trường thực hiện, với sự hợp tác của ngành giáo dục ở cấp Sở và cấp Bộ. Mô hình BHYT cho học sinh trong nhà trường đã góp phần mở rộng sự hiểu biết về ý nghĩa và giá trị bảo vệ của BHYT. Tuy vậy, mô hình này cũng phần nào cản trở một hướng phát triển khác hợp lý hơn của BHYT, đó là phát triển theo hướng bảo hiểm toàn gia đình. BHYT tự nguyện cũng được thí điểm với nông dân, trong đó người nông dân đóng góp 30% đến 70% mệnh giá thẻ, còn lại ngân sách tỉnh đóng góp.
- *Bảo hiểm y tế hoàn toàn được bao cấp bởi Nhà nước*: Hình thức này được áp dụng cho những người có công với cách mạng, những người nghèo được cấp thẻ BHYT không mất tiền, v.v.

Tính đến tháng 6 năm 2006, tổng số thẻ bảo hiểm đã phát hành và sử dụng trên toàn quốc là khoảng 30,5 triệu, tương đương 36% dân số của Việt Nam (*Nghiêm Trần Dũng, 2006*). Khái niệm về BHYT hiện tại chưa thật gần gũi với người dân Việt Nam. Mặt khác, người có thẻ bảo hiểm nhiều khi vẫn còn thất vọng, phàn nàn về việc sử dụng thẻ bảo hiểm, chủ yếu là về thời gian chờ đợi và thái độ của nhân viên y tế đối với họ. Vì thế, khi ốm đau nhỏ, người ta thường tự bỏ tiền túi để KCB, thay vì sử dụng thẻ BHYT.

3.4. Chính sách tài chính y tế

Cơ chế mới đã cho phép ngành y tế có cơ hội khai thác các nguồn thu bổ sung cho ngân sách để cải thiện tình hình tài chính y tế, đồng thời môi trường mới cũng làm phát sinh những thách thức cho các bước phát triển tiếp theo. Có thể nêu **những tồn tại chính** trong lĩnh vực sử dụng nguồn tài chính y tế và cơ chế tài chính trong giai đoạn hiện nay như sau:

(1) Các nguồn tài chính y tế hiện đang phân bổ không đều giữa các vùng kinh tế xã hội của đất nước. Chi cho điều trị còn chiếm tỷ lệ cao trong tổng chi y tế của các địa phương, hiệu quả chi cho điều trị tại tuyến huyện chưa cao, chi đầu tư còn hạn chế.

Kinh tế thị trường đã tạo sự phát triển nhanh ở một số vùng có điều kiện kinh tế - xã hội thuận lợi như các thành phố lớn, khu công nghiệp, trong khi các

vùng khác chưa phát triển ngang tầm, tạo mức GDP bình quân chênh lệch giữa các địa phương. Ví dụ: Thành phố Hồ Chí Minh (hơn 1200 USD/đầu người/năm) và Bình Phước (250 USD), Hà Nội (800 USD/đầu người/năm) với Hà Giang (150 USD)... Sự chênh lệch còn xảy ra ngay trong nội bộ một tỉnh, thành phố (Quận 1 thành phố Hồ Chí Minh so với huyện Duyên Hải, Hóc Môn ...).

Các địa phương có ngân sách kết dư đã có thể chi đầu tư cao hơn định mức cho hoạt động y tế, đặc biệt là lĩnh vực KCB, nơi đòi hỏi kinh phí rất lớn để trang bị thiết bị kỹ thuật cao và xây dựng bệnh viện hiện đại. Kết quả, chất lượng dịch vụ KCB ở tuyến trên được cải thiện rõ rệt, bệnh nhân đến rất đông, sử dụng nhiều dịch vụ kỹ thuật cao, trả viện phí nhiều, thậm chí số thu viện phí có nơi còn cao hơn số ngân sách cấp cho điều trị (100-150% tại thành phố Hồ Chí Minh và một số bệnh viện tuyến trung ương).

Một yếu tố rất quan trọng nữa là số người có thể BHYT bắt buộc (cán bộ, công chức, công nhân,...) cũng tập trung phần lớn ở các vùng nói trên. Hiển nhiên, quỹ BHYT chi trả cho bệnh viện cũng chiếm tỷ lệ cao trong ngân sách điều trị của các địa phương này. Do có nguồn thu bổ sung, cơ sở vật chất ngày càng tốt hơn, tổng chi cho y tế năm sau thường cao hơn năm trước, người dân trong khu vực và người bệnh ở khu vực khác đến điều trị được hưởng chất lượng dịch vụ y tế tương đối cao. Các bệnh viện lớn tuyến tỉnh, thành phố trong vùng trở thành các trung tâm y tế điều trị bệnh nhân cho cả khu vực ở các quy mô khác nhau với các khoản thu lớn. Địa phương có thể dành kinh phí chi bổ sung cho các hoạt động y tế và phát triển mạng lưới y tế cơ sở.

Trong khi đó ở các tỉnh nghèo, ngân sách tỉnh chủ yếu do Chính phủ trung ương trợ cấp, chỉ có thể chi cho hoạt động y tế theo định mức chi tối thiểu do Bộ Tài chính quy định. Viện phí thu được rất thấp do tỷ lệ miễn phí cao. Vì không đủ nguồn, địa phương phải tập trung kinh phí chi cho lĩnh vực điều trị (khoảng 80 - 85% tổng chi từ phần ngân sách nhà nước cấp), nên thiếu kinh phí đầu tư cho nâng cấp cơ sở vật chất. Chất lượng KCB chưa cao, nhất là ở tuyến huyện, xã, thôn, bản.

Ví dụ: Số nông dân có thẻ BHYT năm 1998 chỉ bằng 0,02% tổng số người có thẻ BHYT. Nghiên cứu của Vụ Điều trị - Bộ Y tế năm 1996 cho thấy vùng miền núi phía Bắc có dân số bằng 83,4% dân số đồng bằng sông Hồng, nhưng tổng chi y tế chỉ bằng 53%. Bệnh nhân nặng ở các vùng này thường phải chuyển lên tuyến tỉnh hoặc chuyển vùng để điều trị ở các tỉnh lân cận có bệnh viện tốt hơn. Chính quyền địa phương không có đủ kinh phí đầu tư thỏa đáng cho y tế dự phòng, hoạt động phòng dịch và phòng chống các bệnh xã hội chủ yếu do ngân sách trung ương cấp, công tác xã hội hóa y tế chưa phát triển tốt.

Mức chi cho y tế dự phòng với tỷ lệ 10 - 20% tổng chi y tế chưa đáp ứng được nhu cầu chi của các địa phương. Các khoản chi chủ yếu của công tác này do kinh phí của các chương trình mục tiêu y tế quốc gia (MTYTQG) đảm bảo. Các hoạt động không được nhận kinh phí từ các MTYTQG chưa triển khai trên phạm vi rộng (vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường, vệ sinh lao động, chống



vectơ truyền bệnh...), khi có dịch lớn xảy ra thường chờ kinh phí trung ương giúp đỡ. Các vùng cao, vùng sâu, hoạt động dự phòng hạn chế do còn thiếu nhân lực. Đây là một điểm tồn tại cần phải nghiên cứu tìm giải pháp khắc phục.

Về chi cho đầu tư phát triển, tổng chi y tế từ phân ngân sách cấp mới chỉ dành được khoảng 20% cho mua sắm tài sản cố định và đầu tư xây dựng cơ bản, bởi phải dành 80% để chi cho việc duy trì hoạt động thường xuyên. Trong điều kiện tổng ngân sách còn khá thấp, tỷ lệ nêu trên chưa đáp ứng được nhu cầu phát triển lâu dài và bền vững của ngành y tế.

(2) Chi phí KCB có xu hướng tăng do tiến bộ khoa học kỹ thuật, áp dụng kỹ thuật cao trong KCB; nên khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng cao của nhân dân vùng nghèo, vùng sâu còn hạn chế.

Các năm gần đây nhiều bệnh viện tuyến trên được trang bị các phương tiện kỹ thuật cao, áp dụng khoa học kỹ thuật mới, kết hợp với sử dụng các loại biệt dược mà nước ta chưa sản xuất được phải nhập khẩu trong chẩn đoán và điều trị bệnh. Vì thế, chất lượng điều trị được nâng cao đáng kể, đồng thời, giá thành KCB có xu hướng tăng, kéo theo việc làm tăng mức chi trả của người bệnh. Do hạn chế về khả năng chi trả và điều kiện địa lý, đồng bào nghèo vùng sâu chưa có nhiều điều kiện tiếp cận với các dịch vụ KCB kỹ thuật cao.

(3) Chế độ tài chính để tạo điều kiện chuyển các cơ sở KCB sang thực hiện chế độ đơn vị sự nghiệp có thu theo định hướng của Chính phủ còn chưa hoàn chỉnh.

Để các cơ sở KCB công lập có đủ điều kiện hoạt động ổn định khi chuyển sang chế độ sự nghiệp có thu theo quy định của Nghị định số 10/2002/NĐ - CP, đơn vị cần có quyền hạn nhất định trong việc tự định mức các khoản thu chính để đảm bảo nguồn thu hợp lý đủ trang trải chi phí. Tuy nhiên điều này chưa được quy định rõ trong Nghị định 10, các khoản thu cơ bản của ngành Y tế như phí, lệ phí, viện phí, học phí ... đều do các cơ quan có thẩm quyền quy định mức thu. Nghị định 43/2006/NĐ-CP năm 2006 đã có những điều chỉnh và quy định rõ hơn những quyền hạn tự chủ, tự chịu trách nhiệm về tài chính của các đơn vị sự nghiệp tự đảm bảo chi phí hoạt động và đơn vị sự nghiệp tự đảm bảo một phần chi phí hoạt động.

Hiện tại chế độ thu viện phí chưa được sửa đổi. Theo đó mức thu quy định từ năm 1995 đã lạc hậu, không thể đảm bảo nguồn thu cho các bệnh viện, nhất là tuyến huyện, tỉnh, bệnh viện lao, phong, tâm thần..., nên sẽ gặp nhiều khó khăn khi chuyển sang cơ chế mới cần trả lương cao hơn, các chi phí nhiều hơn nhưng đầu vào theo chế độ cũ còn thấp và không ổn định. Mặt khác bệnh viện còn phải miễn giảm viện phí cho người nghèo chưa có thể, đây là một đặc thù ngành Y tế phải đảm nhiệm mà các ngành khác không có. Ngoài ra chế độ định mức chi cho bệnh viện và định biên cũng không còn phù hợp, chưa đủ điều kiện đảm bảo kinh phí và nhân lực để chuyển sang cơ chế đơn vị sự nghiệp có thu.

(4) Chưa có chế độ tài chính phù hợp và đồng bộ mang tính pháp quy để đào tạo và khuyến khích cán bộ y tế về công tác ở vùng khó khăn.

Hiện tại, ngành Y tế chưa có các cơ chế chi phù hợp làm đòn bẩy kinh tế để góp phần điều chỉnh cán bộ y tế về công tác tại các vùng khó khăn. Đây là một vấn đề tồn tại đã lâu, cần có sự phối hợp của các Bộ, Ngành để giải quyết, góp phần tăng cường cán bộ y tế cho vùng khó khăn.

Để thực hiện tốt chủ trương của ngành y tế là hướng về cơ sở, ưu tiên cho y tế dự phòng và y tế cộng đồng, cung cấp có hiệu quả và công bằng các dịch vụ y tế cho nhân dân; bên cạnh các *điều kiện cần* về cơ sở vật chất và đầu tư tài chính, môi trường kinh tế xã hội được cải thiện, cần có *điều kiện đủ* về số lượng cán bộ y tế được đào tạo chuyên môn phù hợp về công tác tại tuyến y tế cộng đồng. Hiện tại, cán bộ y tế đang tập trung làm việc với mật độ cao tại các vùng đô thị và vùng kinh tế phát triển, trong khi ở những tỉnh miền núi cao phía Bắc, có huyện chỉ có 4 bác sĩ đang công tác. Một trong những nguyên nhân của sự mất cân bằng này là điều kiện thu nhập thấp và chưa có chế độ thu hút cán bộ về những vùng khó khăn. Để từng bước khuyến khích cán bộ y tế về công tác tại tuyến y tế cơ sở và vùng khó khăn, bên cạnh những biện pháp giáo dục hoặc pháp chế, cần có mức đãi ngộ thỏa đáng. Công việc này cần có chế độ cụ thể được Nhà nước ban hành và nguồn kinh phí lớn để chi. Khó khăn khách quan là:

- Ngành Y tế không thể đòi hỏi có một chế độ riêng thoát ly xa mặt bằng chung về chế độ lương, phụ cấp đang thực hiện cho cán bộ, công chức, viên chức.
- Điều kiện ngân sách dành cho y tế của các địa phương còn hạn chế.
- Thiếu cán bộ ở tuyến dưới làm nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu đã ảnh hưởng đến việc mở rộng phạm vi cung cấp dịch vụ để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của nhân dân sống ở các vùng địa lý khó khăn và vùng nghèo. Đây là một tồn tại cần sớm giải quyết để thực hiện mục tiêu chiến lược hướng về cơ sở, ưu tiên cho vùng nghèo của ngành Y tế.

3.5. Định hướng cơ bản về chính sách tài chính y tế trong thời gian tới

(1) Cần có chính sách đầu tư để đảm bảo tài chính công (Ngân sách Nhà nước, BHYT...) giữ vai trò chủ đạo; ưu tiên hỗ trợ kinh phí cho vùng khó khăn và y tế cơ sở; đảm bảo đủ kinh phí cho hoạt động y tế dự phòng, chăm sóc sức khỏe ban đầu, dân số KHHGD, bảo vệ bà mẹ trẻ em. Ngân sách tiếp tục đầu tư cho y tế chuyên sâu, thiết bị KCB cho y tế cơ sở và đào tạo cán bộ y tế, trên cơ sở phải xem xét, đánh giá hiệu quả đầu tư.

Trong đó:

- Chính phủ, các Bộ cần xây dựng cơ chế tài chính mang tính pháp lý, các định mức phân bổ ngân sách có tính đến đặc thù kinh tế-xã hội theo vùng

và cơ cấu bệnh tật để phân phối lại một phần nguồn tài lực ở các vùng kinh tế phát triển để bổ sung chi y tế cho các tỉnh nghèo để từng bước nâng cao tính công bằng về khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế, trước hết là dịch vụ y tế cộng đồng ở tuyến y tế cơ sở.

Đồng thời, khi xây dựng cơ chế điều tiết, không làm triệt tiêu động lực và môi trường để khuyến khích tăng thu cho ngân sách y tế của các tỉnh “giàu”. Cơ chế vẫn phải đảm bảo cho các địa phương có điều kiện thì đi trước và phát triển nhanh, duy trì vai trò trung tâm y tế của khu vực để có điều kiện hỗ trợ cho các địa phương khác cả về chuyên môn và nguồn tài chính trong việc điều trị cho bệnh nhân chuyển tuyến, chuyển vùng.

- Ngân sách trung ương và địa phương tăng đầu tư chiều sâu, nâng cấp cơ sở vật chất và thiết bị cho y tế tuyến huyện, phòng khám đa khoa khu vực, trạm y tế xã để nâng cao một bước chất lượng KCB cho tuyến y tế cơ sở, góp phần thu hút cư dân ở cộng đồng vào điều trị, vừa tăng khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế của dân nghèo, vừa thu hút nguồn lực tài chính đầu tư cho y tế.
- củng cố hệ thống quản lý thống nhất ngành y tế địa phương theo Nghị định số 01/1998/NĐ - CP ngày 03/01/1998 của Chính phủ quy định về hệ thống tổ chức y tế địa phương để tạo điều kiện chủ động điều hoà, phân bổ lại các nguồn kinh phí trong nội bộ tỉnh, tăng chi cho huyện nghèo để tăng số lượng dịch vụ y tế cung cấp cho những vùng khó khăn.

(2) Cải tiến cơ chế quản lý tài chính theo hướng tăng quyền tự chủ của đơn vị y tế công, xây dựng môi trường pháp lý về tài chính để xã hội hoá, đa dạng hoá các loại hình hoạt động y tế, khuyến khích y tế tư nhân và nước ngoài đầu tư nhằm góp phần tạo nguồn thu, bổ sung cho hoạt động cung cấp dịch vụ y tế thiết yếu và giảm quá tải cho cơ sở y tế công.

Cần lưu ý:

- Chính sách xã hội hóa hoạt động y tế cần khuyến khích các vùng nghèo năng động hơn trong việc tạo nguồn thu cho ngành Y tế.
- Cải tiến chế độ thu viện phí theo hướng tính toán mức thu hợp lý tại các cơ sở KCB tuyến trên và trung tâm kỹ thuật cao, thu mức phí thấp tại tuyến y tế cơ sở để khuyến khích người bệnh vào điều trị ở bệnh viện tuyến dưới.
- Khuyến khích y tế tư nhân và nước ngoài tham gia đầu tư cung cấp các dịch vụ y tế, kể cả trong lĩnh vực kỹ thuật cao, bệnh viện hiện đại và tại tuyến huyện, xã, thôn bản, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và điều dưỡng tại nhà, dịch vụ phòng bệnh, dịch vụ phòng dịch, hành nghề y học cổ truyền với mức phí phù hợp .

(3) Lập quỹ KCB cho người nghèo để trang trải một phần chi phí điều trị và mua BHYT cho người nghèo.

Vừa qua Chính phủ đã ban hành Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg về công tác KCB cho người nghèo, trong đó có quy định về việc lập Quỹ KCB cho người nghèo.

(4) Xây dựng lộ trình thực hiện BHYT toàn dân để hạn chế dần hình thức chi trả viện phí trực tiếp, chuyển sang hình thức chi trả trước thông qua hệ thống BHYT. Mở rộng quy mô hoạt động của BHYT ra các vùng nông thôn, vùng nghèo, tuyến y tế cơ sở tại huyện, xã.

BHYT cần mở rộng quy mô hoạt động, tìm các biện pháp khả thi tăng số lượng người mua thẻ BHYT tự nguyện và thẻ BHYT học sinh, mở rộng khả năng bảo hiểm tại các vùng nông thôn, vùng nghèo, xây dựng đối tác cung cấp dịch vụ y tế cho người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế từ tuyến huyện trở xuống đến trạm y tế xã.

(5) Xây dựng chính sách ưu đãi để khuyến khích cán bộ y tế làm việc ở vùng khó khăn, tuyến y tế cơ sở từ huyện xuống thôn bản, góp phần tăng cường cán bộ cho các đội y tế lưu động, y tế tuyến cộng đồng, có chính sách ưu đãi về tuyển chọn và trợ cấp gắn với chế độ phân công công tác cho học sinh là người địa phương thuộc các vùng khó khăn.

Cụ thể:

- Có phụ cấp ưu đãi cho bác sĩ về xã và cán bộ y tế về công tác ở huyện miền núi, vùng sâu, vùng biên giới, hải đảo.
- Có định mức biên chế và chế độ lương cho cán bộ y tế xã, do trung tâm y tế huyện chi trả.
- Có chế độ trợ cấp ổn định cho cán bộ y tế thôn bản, bao gồm cả tiền mua thẻ BHYT.
- Có chính sách ưu đãi cho bác sĩ tình nguyện về vùng khó khăn công tác.
- Nhà nước có chính sách cấp học bổng, ưu tiên tuyển chọn học sinh là người vùng khó khăn và có chế tài ràng buộc để sau khi học xong họ phải về công tác tại địa phương cử đi học.
- Ngành y tế có quy định về việc luân phiên điều động cán bộ về tăng cường cho vùng khó khăn, giao quyền điều động cho giám đốc các Sở Y tế kết hợp với chế độ khuyến khích như nêu trên. Bên cạnh đó thành lập các đội y tế lưu động do Sở Y tế quản lý để triển khai công tác y tế cộng đồng tại tuyến dưới.
- Sử dụng lực lượng quân y để tăng cường cho công tác y tế cộng đồng.

Các biện pháp nói trên cần được đảm bảo bằng một khoản kinh phí bổ sung cho ngân sách hàng năm của các địa phương trong cả nước. Cụ thể: Các tỉnh có kết dư ngân sách phải bổ sung chi theo chế độ mới phát sinh để khuyến

khích cán bộ về các huyện ngoại thành, vùng sâu, vùng xa; ngân sách trung ương bổ sung để chi cho các tỉnh nghèo trong diện thường xuyên phải nhận trợ cấp từ trung ương.

Cả năm định hướng nêu trên có thể điều chỉnh cho phù hợp với từng thời kỳ cụ thể, nhưng phải đảm bảo yêu cầu chung là ***góp phần làm tăng hiệu quả sử dụng các nguồn tài chính y tế để cung cấp các dịch vụ thiết yếu về điều trị và dự phòng cho mọi tầng lớp nhân dân ở mọi vùng của đất nước.***

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm về tài chính y tế?
2. Trình bày khái niệm công bằng và hiệu suất trong tài chính y tế?
3. Phân tích sự khác nhau giữa các mô hình tài chính y tế. Liên hệ với tình hình Việt Nam?
4. Phân tích tình hình tài chính y tế Việt Nam hiện nay?

VIỆN PHÍ VÀ BẢO HIỂM Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

- 1. Trình bày bản chất của viện phí, bảo hiểm y tế.*
- 2. Trình bày nguyên lý của bảo hiểm y tế, các vấn đề gặp phải khi thực hiện bảo hiểm y tế.*
- 3. Phân tích tác động tích cực và tiêu cực của viện phí.*
- 4. Trình bày các nguyên tắc để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân.*

1. MỞ ĐẦU

Tài chính y tế là một vấn đề vô cùng quan trọng ở tất cả các quốc gia, nhưng quan trọng hơn ở các nước nghèo, nơi các nguồn lực cho y tế đặc biệt khan hiếm. Như chúng ta đã biết ở phần tài chính y tế, thông thường, có bốn nguồn tài chính y tế chính, đó là từ thuế, bảo hiểm y tế tư nhân, bảo hiểm y tế xã hội và chi trả trực tiếp từ túi cá nhân. Phần chi trả trực tiếp cá nhân đối với hầu hết các nước đó là chi trả viện phí. Ở Việt Nam, một phần lớn của chi trả trực tiếp là người dân tự đi mua thuốc để điều trị ốm đau. Tuy nhiên Viện phí vẫn chiếm một tỷ trọng đáng kể trong tổng chi phí y tế của Việt Nam. Phương thức chi trả thông qua bảo hiểm y tế được nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các nước có thu nhập cao và trung bình áp dụng và là con đường tất yếu của tất cả nước để đạt được một nền y tế công bằng. Bản chất của viện phí và BHYT là gì, mục đích và tác động của chúng đến công tác y tế như thế nào và một số nét về viện phí và BHYT ở Việt Nam là những nội dung chính trong bài viết này.

2. VIỆN PHÍ

2.1. Bản chất của viện phí

Viện phí là hình thức chi trả trực tiếp các chi phí khám chữa bệnh tại thời điểm người bệnh sử dụng dịch vụ y tế hay nói cách khác là khoản phí mà người bệnh phải trả từ tiền túi của mình khi sử dụng dịch vụ y tế. Phí phải trả có thể là chi phí khám bệnh, chi phí sử dụng thuốc, vật tư y tế hay các dịch vụ liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh. Viện phí thường áp dụng đối với các dịch vụ khám chữa bệnh vì người dân thường chấp nhận chi trả cho việc sử dụng thuốc hay các biện pháp chẩn đoán, điều trị trực tiếp đối với họ hơn là đối với các dịch vụ mang tính dự phòng, giáo dục sức khỏe.

Chính sách viện phí được hình thành và áp dụng từ thập kỷ 80 của thế kỷ XX ở hầu hết các nước trên thế giới khi mà ngân sách Nhà nước không đủ để đảm bảo bao cấp cho y tế. Nguồn thu từ viện phí, tuy chiếm tỷ trọng khác nhau nhưng đã và đang là nguồn kinh phí bổ sung quan trọng cho ngân sách y tế (Bảng 5.1).

Bảng 5.1. Tỷ trọng nguồn thu từ viện phí trong tổng chi của bệnh viện ở một số nước

TT	Nước	Tỷ lệ %
1	Bolivia	38,4
2	Trung Quốc	85,6
3	Ghana	11,8
4	Indonexia	19,9
5	Jamaica	2,8
6	Thổ Nhĩ Kỳ	12,6
7	Thụy Sĩ	4,7
8	Ai Cập	78,9
9	Zimbabwe	3,0

(Nguồn: Public hospitals in developing countries, H. Barnum and J. Kutzin, 1993)

1.1.1. Tác động tích cực của viện phí

- Khi thu phí sẽ hạn chế được việc sử dụng những dịch vụ không cần thiết. Khi người ta phải chi trả cho dịch vụ y tế thì người ta sẽ suy nghĩ thận trọng hơn trong việc sử dụng dịch vụ y tế.
- Củng cố hệ thống tuyến điều trị bằng cách đặt giá cao hơn ở các tuyến cao hơn. Ví dụ, cùng là mổ ruột thừa nhưng giá ở bệnh viện huyện sẽ thấp hơn giá ở bệnh tỉnh; Giá ở bệnh viện tỉnh sẽ thấp hơn giá ở bệnh viện trung ương. Khi đó, người dân sẽ sử dụng dịch vụ tại tuyến cơ sở, hạn chế sự vượt tuyến gây quá tải tuyến trên và lãng phí vì những chi tiêu không cần thiết khác cho người bệnh (Chi phí đi lại, ăn ở trong quá trình khám chữa bệnh).
- Các cơ sở khám, chữa bệnh có nguồn kinh phí bổ sung, tạo điều kiện giải quyết sự thiếu hụt ngân sách, nâng cao khả năng đáp ứng của bệnh viện với các nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của người dân.
- Cải thiện chất lượng dịch vụ thông qua việc cung ứng đủ thuốc, vật tư tiêu hao và bù đắp được những chi phí khác của bệnh viện.
- Việc thu của các đối tượng có khả năng chi trả và miễn giảm hợp lý cho người nghèo không có khả năng chi trả sẽ tạo sự bao cấp chéo giữa các nhóm đối tượng người bệnh, giành sự bao cấp của ngân sách Nhà nước cho các đối tượng nghèo, thúc đẩy mục tiêu công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Ba lý do đầu tiên mang tính hiệu quả của hệ thống y tế, hai lý do sau thể hiện tính công bằng và chất lượng dịch vụ. Đó chính là những mục tiêu cơ bản của ngành Y tế.

1.1.2. Tác động tiêu cực của viện phí

Tuy nhiên, vì trả ở thời điểm sử dụng dịch vụ nên viện phí cũng có những hạn chế như sau:

- Hạn chế sự tiếp cận của người nghèo với các dịch vụ y tế, giảm sử dụng dịch vụ y tế (giảm cầu). Một nghiên cứu ở Việt Nam (Ensor and San, 1993) cho thấy: người nghèo thường đến bệnh viện chậm hơn so với người khá giả. Lý do trì hoãn là lo ngại không có tiền trả viện phí. Tuy nhiên sự giảm cầu có khác nhau trong từng trường hợp cụ thể và từng dịch vụ cụ thể. Nhiều nghiên cứu cho thấy là sự co giãn của cầu với tăng giá viện phí ở trong khoảng 0-1, điều này có nghĩa là khi tăng giá viện phí, việc thay đổi của cầu là rất nhỏ. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra một số dẫn chứng cho việc thay đổi về sử dụng dịch vụ y tế sau khi ban hành chính sách viện phí. Ví dụ như tổng số khám bệnh ngoại trú giảm 50% sau 12 tháng ban hành viện phí và giảm nhiều ở khu vực nông thôn (nghiên cứu ở Ghana); sau 4 năm, chỉ số khám bệnh ở khu vực thành thị tăng lại bằng mức trước khi thực hiện viện phí nhưng ở khu vực nông thôn vẫn giảm từ 27-46% (Kenya). Ngược lại, ở Cameroon, số lượng đến khám bệnh lại tăng sau khi thực hiện chính sách thu phí vì chất lượng dịch vụ được cải thiện tốt hơn (M.Jowett and T. Ensor, 2000). Nhìn chung người nghèo chịu tác động của viện phí nhiều hơn. Tuy nhiên, trong vấn đề này vẫn còn nhiều nghiên cứu cho những kết quả trái ngược nhau, vẫn còn nhiều nội dung đang bàn cãi và cần được tiếp tục nghiên cứu thêm.
- Viện phí là nguyên nhân làm tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ một cách giả tạo. Điều này trong phần giới thiệu về kinh tế y tế đã đề cập đến, khi quyền lợi của thầy thuốc phụ thuộc vào chi trả trực tiếp của bệnh nhân, thầy thuốc có thể chỉ định những dịch vụ/thuốc có thể không thực sự cần thiết cho người bệnh để tăng phí (nhiều bằng chứng đã chứng minh điều này: kê đơn quá nhiều, chỉ định nhiều xét nghiệm...).
- Khó khăn trong việc xác định đối tượng thu - miễn, cơ chế miễn giảm phức tạp, mặc dù đã có nhiều biện pháp và hình thức được đưa ra nhằm thực hiện việc miễn giảm cho đúng đối tượng.
- Việc thực hiện thu và miễn giảm viện phí đòi hỏi một khoản chi phí hành chính lớn.
- Mâu thuẫn giữa việc tự nguyện chi trả và khả năng chi trả. Với những người nghèo thì viện phí có thể là nguyên nhân gây đói nghèo. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, để trả viện phí người bệnh phải giảm bớt chi tiêu cho các nhu cầu khác, phải vay mượn, bán tài sản, hoặc trì hoãn đến bệnh viện hoặc xin ra viện sớm... Những vấn đề này có thể gây ra hậu quả lâu dài về sức khỏe.



- Thu phí làm hạn chế sử dụng các dịch vụ mang tính dự phòng, nếu có thu phí cả những dịch vụ này. Người dân thường tự nguyện chi trả cho các dịch vụ mang tính chữa trị cá nhân khi đau ốm chứ không sẵn sàng trả cho các dịch vụ mà chưa ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của mình (các dịch vụ mang tính dự phòng như tiêm chủng, chăm sóc trước đẻ, khám sức khỏe định kỳ, vệ sinh phòng bệnh...- những dịch vụ mang tính hàng hoá công cộng). Việc này gây tác hại không chỉ đến cá nhân mà đến lợi ích của cả cộng đồng. Vì vậy, cần có chính sách giá đối với dịch vụ dự phòng để khuyến khích sử dụng. Về nguyên tắc, không nên thu phí hoặc nếu thu thì chỉ nên ở một mức độ thấp ở những cơ sở khám chữa bệnh ban đầu, để khuyến khích sử dụng dịch vụ ở tuyến này.
- Khi thực hiện thu viện phí, mối quan hệ thầy thuốc - người bệnh sẽ thay đổi; người bệnh thường đòi hỏi sự phục vụ tốt hơn để nhìn thấy ngay lợi ích mà mình phải bỏ tiền chi trả.

Đó là những mặt tiêu cực của viện phí và là những lý do để cần phải nghiên cứu thay đổi chính sách viện phí bằng một cơ chế tài chính khác.

1.2. Một số nguyên tắc khi xây dựng chính sách viện phí

Có nhiều vấn đề được đặt ra cho Nhà hoạch định chính sách khi xây dựng chính sách viện phí:

- Trước hết cần phải làm rõ thu đối tượng nào phải trả viện phí? Chính sách miễn, giảm như thế nào cho đối tượng không có khả năng chi trả?
- Giá viện phí được xác định như thế nào? Mức thu bao nhiêu là hợp lý? Cần phải quan tâm đến:
 - + Thu nhập và khả năng chi trả của người dân.
 - + Chính sách định giá: Thu một phần hay thu đủ toàn bộ chi phí?
- Hình thức và cách thức tổ chức thu phí như thế nào?
 - + Thu theo hình thức điều trị ngoại trú/nội trú?
 - + Thu theo dịch vụ/ca bệnh/ngày điều trị bình quân...?
 - + Cấu trúc bảng giá như thế nào?
 - + Chi phí hành chính để thu phí là bao nhiêu?
- Sử dụng nguồn thu như thế nào?
 - + Cho phép giữ tại cơ sở bệnh viện hay chuyển nộp ngân sách?
 - + Cho phép chi tiêu/phục hồi chi phí bệnh viện, chi thưởng nhân viên hay không?
 - + Phân bổ theo tỷ lệ nào là hợp lý?
- Điều chỉnh mức thu/giá như thế nào?

- + Khi nào cần điều chỉnh?
- + Mức điều chỉnh là bao nhiêu? (liên quan đến chính sách giá).
- + Ai là người có thẩm quyền quyết định?

1.3. Một số phương thức thu phí

Về nguyên tắc có thể áp dụng các phương pháp định mức và hình thức thu phí như sau:

- Thu theo dịch vụ: Định mức phí cho từng loại dịch vụ và thu theo thực tế sử dụng dịch vụ của người bệnh.
- Thu theo một mức phí cố định:
 - + Theo ngày điều trị.
 - + Theo đợt điều trị/ca bệnh.
 - + Theo bệnh hay nhóm bệnh.

Mỗi phương thức đều có những ưu khuyết điểm riêng, kể cả những khó khăn thuận lợi trong việc định giá, trong tổ chức thu phí và đều có những tác động nhất định đến hệ thống y tế.

1.3.1. Phương pháp thu theo dịch vụ

Bao gồm: Toàn bộ chi phí sử dụng các dịch vụ thực tế + Tỷ lệ tăng nhất định. Ví dụ, nếu sử dụng thuốc: Tính giá thuốc thực tế + Tỷ lệ tăng trên giá thực tế của thuốc.

Với cách thu này, người bệnh phải trả thực tế những gì họ nhận được, không có sự bao cấp về giá. Cách này có thể phù hợp với người bệnh vì dễ được chấp nhận. Tuy nhiên, nhược điểm của cách thu này là việc hạch toán phức tạp, chi phí hành chính để thu cao hơn so với các hình thức khác; người bệnh không biết trước được họ sẽ phải trả cho những gì và bao nhiêu cho điều trị bệnh của mình nên thiếu chủ động.

1.3.2. Phương pháp thu một mức phí cố định

Có 2 cách định giá thu: Tính cùng một mức phí cho tất cả các loại bệnh hay chia các bệnh thành nhiều nhóm khác nhau và xây dựng giá cho từng nhóm bệnh. Nên phân nhóm nhỏ vì thực tế sự khác nhau về bệnh tật thường kéo theo sự khác nhau trong chi phí điều trị, có những bệnh sẽ phải chi phí lớn hơn rất nhiều so với các bệnh khác. Hai đơn vị tính có thể được chọn là:

- Ngày điều trị bình quân hay nhóm bệnh được xác định. Cách tính này đơn giản hơn vì có bảng giá được công khai trước; có thể bao cấp chéo từ nhóm bệnh nhẹ cho nhóm bệnh nặng hơn, có chi phí lớn hơn. Tuy nhiên, hạn chế của phương pháp này là những người bệnh nhẹ cũng phải chi trả cùng một mức phí như người bệnh nặng vì mức phí được xác định dựa trên chi phí bình quân.

- Thu giá cố định theo giai đoạn điều trị bệnh (thu theo lần vào viện của người bệnh): người bệnh chỉ trả một khoản phí cố định khi vào viện và không phải chi cho những lần vào viện tiếp sau có liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh ban đầu. Cũng có thể áp dụng cùng một mức phí cho tất cả các bệnh hay có các mức khác nhau theo các nhóm bệnh khác nhau. Khi có những diễn biến đặc biệt không lường trước được, người bệnh có thể phải trả thêm cho những chẩn đoán hay điều trị cần thiết so với giá cố định ban đầu.

Cách này cũng cho phép bao cấp chéo giữa các nhóm người bệnh, đồng thời thúc đẩy người bệnh trở lại với cơ sở y tế ngay sau khi ra viện nếu có vấn đề liên quan đến sức khỏe mà không được cải thiện.

Cả ba cách trên đều có thể cho phép áp dụng chính sách giá khác nhau cho các nhóm đối tượng bệnh nhân cụ thể: Theo nhóm tuổi (trẻ em thu thấp hay không thu); theo tính chất bệnh (các bệnh mạn tính hay cấp tính); nhóm dân tộc (quan tâm hơn đến đồng bào dân tộc thiểu số); nhóm thu nhập (ưu tiên cho người nghèo bằng mức phí thấp (giảm) hay miễn hoàn toàn (phí = 0)). Các cách thu khác nhau có ảnh hưởng khác nhau đến sử dụng dịch vụ, sử dụng thuốc của bệnh nhân và hành vi của thầy thuốc.

1.4. Chính sách viện phí ở Việt Nam

1.4.1. Quá trình hình thành và phát triển

- Giai đoạn trước 1989: Không thực hiện chính sách thu viện phí, mọi người dân khi đến các cơ sở khám chữa bệnh đều không phải trả tiền.
- Giai đoạn 1989 đến 1995: Bắt đầu áp dụng chính sách thu một phần viện phí theo các văn bản:
 - + Quyết định 45-HĐBT của Hội đồng Bộ trưởng về việc thu một phần viện phí và qui định đối tượng thu, đối tượng miễn,
 - + Thông tư liên bộ 14-TTLB (Bộ Tài chính và Bộ Y tế) hướng dẫn cụ thể các nội dung của Quyết định 45.
- Từ 1995 đến nay: Việc thu viện phí được áp dụng theo:
 - + Nghị định 95-của Chính phủ thay thế QĐ 45-HĐBT: Quy định cụ thể các nội dung thu, các đối tượng, tỷ lệ hạch toán nguồn thu với 15% chi cho khen thưởng, 85% chi cho phục hồi chi phí.
 - + Thông tư liên bộ số 20 của 4 bộ (Ban Vật giá Chính phủ, Bộ Y tế, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ tài chính) quy định thu phí bệnh nhân nội trú theo ngày điều trị trung bình.
 - + Thông tư liên bộ số 14 (Ban Vật giá Chính phủ, Bộ Y tế, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội, Bộ Tài chính), huỷ thông tư 20, quay lại hình thức thu phí theo dịch vụ.



- + Nghị định 33 bổ sung cho Nghị định 95, quy định lại tỷ lệ 70% nguồn thu dùng cho phục hồi chi phí; 30% còn lại được sử dụng cho khen thưởng và các chi khác.
- + Tiến hành các nghiên cứu để có cơ sở xây dựng cấu trúc giá (một phần hay toàn bộ), cách thu (theo nhóm bệnh hay dịch vụ) cho phù hợp.

1.4.2. Nội dung chính sách

– Đối tượng thu - miễn:

Theo quy định của Nghị định 95 và Nghị định 33 của Chính phủ và Thông tư 14/TTLB của Liên Bộ Y tế Tài chính:

+ Đối tượng phải nộp viện phí bao gồm:

- Những người không có thẻ BHYT và không thuộc diện miễn nộp.
- Những người có thẻ BHYT hoặc thuộc diện miễn nộp nhưng muốn khám, chữa bệnh theo yêu cầu.
- Những người bị tai nạn (tai nạn nghề nghiệp, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt,...), tự tử, say rượu, đánh nhau...

+ Đối tượng miễn nộp viện phí bao gồm:

- Trẻ từ 5 tuổi trở xuống.
- Bệnh nhân các bệnh tâm thần phân liệt, động kinh, phong, lao phổi BK dương tính,...
- Người bệnh ở các xã vùng cao;
- Đồng bào khai hoang, xây dựng kinh tế mới trong 3 năm đầu.
- Người tàn tật, mồ côi, người già yếu không nơi nương tựa, người quá nghèo,...
- Người có công cách mạng.
- Thương binh hạng I-IV.

– Nội dung thu:

- + Những khoản chi trực tiếp cho người bệnh;
- + Giá viện phí chưa tính đến chi phí đầu tư (khấu hao).

– Hình thức thu:

Thu theo dịch vụ:

- + Ngoại trú: Lần khám bệnh + Dịch vụ sử dụng;
- + Nội trú: Tiên phòng + Các dịch vụ kỹ thuật + Thuốc dịch truyền.

- *Quản lý và sử dụng nguồn thu:*
 - + 70% phục hồi chi phí bệnh viện;
 - + 25-28% chi thưởng nhân viên bệnh viện;
 - + 2 - 5% điều tiết hỗ trợ thu nhập cán bộ bệnh viện khác không thu viện phí.
- *Xây dựng và quản lý giá:*
 - + Khung giá do liên Bộ qui định.
 - + Ủy ban nhân dân tỉnh qui định giá cụ thể dựa trên khung giá.

1.4.3. Một số kết quả

Nguồn thu từ viện phí: Nguồn thu từ viện phí (kể cả số thu 20% cùng chi trả của bệnh nhân BHYT) chiếm tỷ trọng thứ hai trong tổng chi của các bệnh viện và dao động không lớn qua các năm, trong khoảng 25-35% tổng chi của bệnh viện (Bảng 5.2).

Bảng 5.2. Tỷ trọng các nguồn kinh phí trong tổng chi của bệnh viện (%)

Nguồn	Năm					
	1994	1995	1996	1998	1999	2000
Ngân sách nhà nước	68,8	58,4	51,8	54,0	47,7	48,9
Thu viện phí	23,2	30,7	34,6	24,9	31,0	32,8
Bảo hiểm y tế	7,2	10,4	11,9	14,8	12,5	13,0
Các nguồn khác	1,3	1,1	1,6	6,3	8,8	5,1
Tổng	100	100	100	100	100	100

Nguồn: Kết quả kiểm tra bệnh viện qua các năm, Vụ Điều trị

Nguồn thu từ viện phí (và BHYT) ngày càng tăng đã hỗ trợ một phần quan trọng đảm bảo cho hoạt động thường xuyên của các bệnh viện ở tất cả các tuyến và hỗ trợ một phần đời sống nhân viên bệnh viện.

Miễn giảm viện phí: Tổng số bệnh nhân ngoại trú được miễn giảm viện phí chiếm khoảng 3,4% số bệnh nhân điều trị ngoại trú với tổng số tiền miễn giảm khoảng 15 - 20 tỷ đồng/năm. Tỷ lệ bệnh nhân nội trú được miễn giảm viện phí cao hơn nhiều so với điều trị ngoại trú, dao động trong khoảng 23 - 29% tổng số bệnh nhân. Tổng số tiền miễn giảm bình quân hàng năm của các bệnh viện đối với bệnh nhân nội trú khoảng 90 - 110 tỷ đồng/năm. Số tiền miễn giảm tính bình quân khoảng 85.000đ/bệnh nhân.

Để kết thúc phần trình bày về viện phí và chuyển sang phần bảo hiểm y tế, chúng tôi xin trích dẫn một số ý kiến của các nhà quản lý về vấn đề viện phí (có liên quan đến bảo hiểm y tế) trong nghiên cứu do Ban Khoa giáo Trung ương phối hợp với Bộ Y tế tiến hành năm 2002.

Ý kiến Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy:

Bệnh viện Chợ Rẫy thu viện phí nhiều nhất nước: Năm 2000 thu 200 tỷ đồng, dự kiến năm 2001 sẽ thu nhiều hơn. Mặc dù đã thu nhiều nhất nhưng chúng tôi khẳng định viện phí không phải là con đường đi của tài chính y tế, mà phải chờ vào giải pháp của Nhà nước là bảo hiểm y tế.

...Dịch vụ bệnh viện có hướng phục vụ người giàu nhiều hơn không? Điều này có thật và và chính sách Nhà nước tạo nên điều này. Thu một phần viện phí chính là chúng ta bớt đi phần bệnh viện phải bỏ ra để phục vụ người bệnh. Chính sách của chúng ta vô hình trung là lo cho người giàu chứ không phải người nghèo và người có công. Do đó phải tính đủ và giảm mạnh. Giảm cho người nghèo và người có công, còn người giàu thì tính đủ....

Ý kiến của Chủ tịch Hội Nông dân tỉnh Long An

Tác động tích cực của viện phí là rõ ràng. Tuy nhiên không thể không thừa nhận những tiêu cực trong ngành Y tế. Người bệnh không chỉ tốn tiền đóng viện phí mà còn tiền đi lại, thăm nom nuôi dưỡng và các phí tiêu cực khác mà nhiều người khó nói ra. Ở tỉnh tôi tỷ lệ hộ ở ngưỡng nghèo có mức sống trung bình chiếm trên 50%, đối tượng này chưa được hưởng dịch vụ y tế một cách công bằng.

Về giải pháp tôi, phải tiếp tục đẩy mạnh truyền thông cho cộng đồng để có ý thức phòng bệnh, khám sức khoẻ định kỳ, khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế. Nhà nước nên cải tiến tiền lương cho cán bộ y tế, đồng thời có chế độ tiền thưởng trực tiếp cho thoả đáng. Đó là trách nhiệm của Nhà nước chứ không giao cho ngành Y tế tự hạch toán vì dễ rơi vào tiêu cực.

Trước mắt tôi đồng ý vẫn tiếp tục thu viện phí. Nhưng trích 30% bồi dưỡng cho bác sĩ là nhiều quá, nên giảm và tiến tới không trích. Quản lý công - tư phải rõ ràng minh bạch để khỏi nhọc nhằn về quản lý, không mất uy tín của thầy thuốc và cũng không “mất” y, bác sĩ.

Ý kiến của Phó Ban Tuyên giáo tỉnh Đồng Nai

Từ ngày đổi mới đến nay không chỉ có kinh tế mà tất cả các lĩnh vực xã hội đều tiến bộ. Nhưng như thế không tỷ lệ thuận với công bằng xã hội. Trong điều kiện hiện nay ta nên đặt vấn đề qui định viện phí và bảo hiểm y tế như thế nào để giảm bớt bất công. Qui định như thế nào để có công bằng thì không có đâu! Thí dụ, viện phí phải tính đủ, không thể bao cấp cho tất cả các đối tượng được và trên cơ sở tính đủ đó tùy theo khả năng của Nhà nước mà bao cấp đến đâu và bao cấp cho ai.

Viện phí và bảo hiểm y tế phải cùng tồn tại và tác động lẫn nhau, không thể đặt viện phí ngoài bảo hiểm y tế và ngược lại, và theo hướng tăng dần người mua bảo hiểm, giảm dần người đóng viện phí, nghĩa là tiến tới các bệnh viện là nơi cung cấp các dịch vụ kỹ thuật chứ không phải động chạm đến việc thu tiền.

Ý kiến của một cán bộ Ban Tư tưởng - Văn hoá TP.HCM

...Có người phải bán cả nhà, cả vườn để nằm viện thì lại cho là họ đã trả đầy đủ viện phí và cho đó là thoả đáng, nhưng về nhà rồi thì người ta ra sao?

Viện phí sẽ được chấm dứt theo tốc độ triển khai bảo hiểm y tế toàn dân, lúc nào ta đạt được cái đó thì có thể đặt vấn đề nên thu viện phí hay thôi. Tất nhiên đó là đối với bệnh viện công.

Khoa bán công trong một bệnh viện công có nhiều vấn đề rất phức tạp. Nếu không có hạch toán kỹ thì lãng phí công tư, trả lương như thế nào, vô hình trung có lúc ảnh hưởng cả hai lương trong cùng một thời gian. Nên nghiên cứu để tách hẳn công và bán công.

2. BẢO HIỂM Y TẾ

2.1. Khái niệm bảo hiểm và bảo hiểm y tế

Thế giới quanh ta đầy những nguy cơ không lường trước được. Lửa cháy có thể làm hư hại hay phá huỷ ngôi nhà của bạn; kẻ cắp có thể lấy đi cái xe máy bạn vẫn dùng hay khi lái xe không cẩn thận, bạn có thể đâm vào đâu đấy,... “Bảo hiểm” là một từ được dùng rất rộng rãi, với khái niệm: Người sử dụng chi trả trước cho một dịch vụ nào đấy, mà người ta không dự đoán được khi nào sẽ sử dụng (có thể không bao giờ sử dụng) nhưng khi sử dụng thì chi phí rất lớn. Bất kể một cá nhân hay tập thể nào đó cũng có thể mua bảo hiểm để giảm bớt hậu quả tài chính gặp phải khi tai nạn xảy ra. Thông thường việc chi trả này không trực tiếp cho người cung ứng dịch vụ mà thông qua một cơ quan bảo hiểm. Khi người đóng bảo hiểm cần sử dụng loại dịch vụ đó, cơ quan bảo hiểm sẽ thay mặt họ thanh toán cho người cung ứng dịch vụ. Xã hội càng phát triển thì các hình thức bảo hiểm càng phong phú. Ví dụ: Người ta có thể mua bảo hiểm thân thể, bảo hiểm nhà cửa, thậm chí bảo hiểm tài sản, tiền bạc,...

Cơ quan bảo hiểm có thể là cơ quan nhà nước hay tư nhân, có thể hoạt động không lợi nhuận hay có lợi nhuận. Người tham gia bảo hiểm có thể tự nguyện hay bắt buộc tùy theo loại bảo hiểm.

Tương tự như vậy, bệnh tật là một cái gì đó không mong muốn, có thể xảy ra với tất cả mọi người. Nói cách khác, ai cũng có một xác suất mắc bệnh nào đó. Khi mắc bệnh, ngoài việc phải chi trả phí để điều trị, người ta còn mất cả khả năng làm việc. Và như vậy về tổng thể là khi mắc bệnh, có thể khỏi bệnh, tàn phế hay tử vong nhưng bao giờ cũng tổn thất lớn về tài chính. Để giảm bớt tổn thất này, người ta mua BHYT.

Khác với một số loại hình bảo hiểm như bảo hiểm về hàng hoá, tài sản thông thường, BHYT mang tính chính trị và xã hội. Tính chất xã hội biểu hiện ở chỗ, gánh nặng tài chính cho chăm sóc sức khoẻ thường ảnh hưởng đến các

nhóm dễ bị tổn thương trong xã hội nhiều hơn so với các nhóm khác. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra: Tỷ lệ chi phí cho y tế trong tổng chi hộ gia đình của các hộ gia đình nghèo cao hơn các hộ giàu. Trong khi đó các hộ nghèo, người nghèo lại hay mắc ốm đau bệnh tật hơn. Gánh nặng chi phí cho việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng với mất thu nhập do bệnh tật có thể làm cho những người có mức sống trung bình trở thành nghèo. Tính chính trị của BHYT thể hiện ở chỗ nhiều người cho rằng chăm sóc sức khỏe là quyền lợi hay phúc lợi xã hội.

2.2. Các loại hình bảo hiểm y tế

2.2.1. Bảo hiểm y tế bắt buộc

Các thành viên trong một tổ chức, cộng đồng nào đó, dù muốn hay không cũng phải mua BHYT, với một mức phí qui định. Ví dụ: Ở Việt Nam, các cán bộ công nhân viên Nhà nước phải đóng (mua) BHYT bắt buộc là 3% lương, trong đó Nhà nước chi 2% và cá nhân chi 1%. Cũng có khi, BHYT nằm trong bảo hiểm xã hội nói chung, nhưng vẫn bắt buộc phải mua. Ví dụ: Ở Đức, Thụy Điển, Pháp,..... mỗi cá nhân đều phải đóng bảo hiểm xã hội (trong đó có BHYT) theo tỷ lệ lũy tiến với mức thu nhập.

Để đảm bảo độ bao phủ cao, bao giờ cũng phải áp dụng chế độ bảo hiểm y tế bắt buộc. Điều này khó thực hiện với các nước sản xuất chủ yếu dựa nông nghiệp và việc kiểm soát thu nhập không được chặt chẽ.

2.2.2. Bảo hiểm y tế tự nguyện

Các cá nhân được quyền quyết định mua hay không mua BHYT. Ở Việt Nam hiện nay đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện chủ yếu là học sinh, sinh viên. đã có những tín hiệu tích cực ở một số vùng nông thôn, thí dụ như ở Hải Phòng, nhiều nông dân đã tự nguyện mua Bảo hiểm y tế.

2.2.3. Bảo hiểm y tế tư nhân vì lợi nhuận

Những người tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện có thể tự chọn công ty bảo hiểm y tế tư nhân. Với trường hợp này thì mệnh giá, quyền lợi của người tham gia bảo hiểm sẽ là sự thoả thuận giữa công ty bảo hiểm và cá nhân người tham gia bảo hiểm. Những công ty bảo hiểm tư nhân do hoạt động vì lợi nhuận nên quyết định mệnh giá dựa trên tình trạng sức khỏe của từng thành viên mua bảo hiểm chứ không phải tình trạng sức khỏe chung của cộng đồng. Thường những người khá giả mới áp dụng hình thức bảo hiểm này vì họ sẽ được nhận mức bảo hiểm cao khi họ đóng bảo hiểm nhiều.

2.2.4. Bảo hiểm y tế nông thôn hay còn gọi là bảo hiểm y tế cộng đồng

Tự mỗi cộng đồng (xã hay huyện) đề ra mệnh giá bảo hiểm (bao nhiêu tiền trong thời gian bao lâu), hình thức bảo hiểm (bảo hiểm theo hộ gia đình hay cá nhân), mức độ bảo hiểm (chi trả cho những dịch vụ ở tuyến xã, huyện, một phần

tuyến tính, trung ương,...); cách thức đóng góp (đóng tiền hay đóng thóc, đóng 1 lần hay 2 lần trong năm,..).

2.3. Cách tính phí bảo hiểm y tế

Trên lý thuyết, để tính mức phí BHYT cho một năm, người ta dựa vào xác suất ốm của cộng đồng trong một năm và chi phí trung bình cho 1 lần ốm rồi tính theo công thức sau:

$$K = P \times C + M$$

Trong đó: K = mức phí BHYT

P = xác suất ốm.

C = chi phí điều trị 1 lần ốm.

M = phí quản lý quỹ bảo hiểm.

Giả sử có một cộng đồng dân cư gồm 100 thành viên với số lần mắc bệnh trung bình/năm của cộng đồng là 10 (xác suất 10%) và chi phí trung bình để điều trị bệnh là 1.000.000đ. Nếu phí quản lý là 5%, ta có:

$$K = 10\% \times 1.000.000 + 5\% = 100.000 + 5\% \times 100.000 = 105.000 (\text{đ}).$$

Tuy nhiên, trên thực tế để đưa ra được mức phí BHYT hợp lý là một việc làm rất khó khăn vì nó vừa phải bao phủ được chi phí khám chữa bệnh lại vừa phải phù hợp với khả năng chi trả của người dân.

2.4. Nguyên lý căn bản của bảo hiểm y tế

Có hai nguyên lý căn bản của các mô hình BHYT trên thế giới là BHYT dựa trên “tỷ lệ cộng đồng” (community rating) và dựa trên “tỷ lệ nguy cơ” (risk rating). Theo nguyên lý thứ nhất, tất cả mọi người tham gia đều mua BHYT với 1 mức phí như nhau không phụ thuộc vào xác suất bị bệnh của họ cao hay thấp. Ngược lại, ở nguyên lý thứ hai, mức phí bảo hiểm phụ thuộc chặt chẽ vào xác suất bị bệnh. Những người có xác suất mắc bệnh cao như người già, trẻ em... khi tham gia BHYT theo nguyên lý dựa trên tỷ lệ nguy cơ sẽ phải mua mức phí cao hơn những người có xác suất ốm thấp như thanh niên khỏe mạnh... Thông thường, các mô hình BHYT bắt buộc được dựa theo nguyên lý thứ nhất còn BHYT tự nguyện dựa theo nguyên lý thứ hai.

Bản chất của BHYT là chia sẻ, phân tán nguy cơ và huy động nguồn tài chính cho y tế. Do vậy, chính sách này có tác động hết sức tích cực đến xã hội. BHYT giúp tăng nguồn tài chính cho y tế rất lớn, góp phần tăng qui mô và chất lượng của các dịch vụ y tế phục vụ nhân dân, đồng thời giảm ngân sách đầu tư cho y tế để đầu tư cho các ngành quan trọng khác của đất nước. Với BHYT, người nghèo không phải lo lắng là không được chăm sóc sức khỏe khi bị đau yếu vì lý do không có tiền. Nói cách khác BHYT đã làm tăng tính tiếp cận các dịch

vụ y tế của người dân, đặc biệt là trong nhóm nghèo và cận nghèo. Đây chính là biểu hiện của việc tăng tính công bằng trong chăm sóc sức khỏe khi người giàu cũng như người nghèo đều có thể sử dụng các dịch vụ y tế lúc đau yếu. Ngoài ra, với việc chia sẻ nguy cơ tài chính giữa người khỏe và người ốm; giữa người giàu và người nghèo, BHYT đã thể hiện một tính nhân văn vô cùng sâu sắc cần được khuyến khích phát triển tiến tới BHYT toàn dân.

2.5. Một số vấn đề gặp phải khi thực hiện bảo hiểm y tế

Lý thuyết về BHYT thì rất rõ ràng, nhưng để triển khai được một mô hình BHYT thật hiệu quả trên thực tế là một việc rất khó khăn vì sẽ gặp phải một số các vấn đề sau đây:

- Thứ nhất là mọi người không nhận ra lợi ích mà BHYT mang lại nên họ không muốn tham gia hoặc sau một thời gian thì không tiếp tục tham gia nữa.
- Thứ hai là tâm lý lạm dụng của thầy thuốc và của bệnh nhân tham gia BHYT. Sự lạm dụng của thầy thuốc xảy ra khi không có hợp đồng thỏa thuận chi tiết giữa cơ quan BHYT và bệnh viện cũng như không có sự giám sát chặt chẽ của cơ quan BHYT. Vì lợi ích của mình, cơ sở y tế có thể cho bệnh nhân làm những xét nghiệm, dùng những thuốc hay dịch vụ không cần thiết, thậm chí thanh toán khống với cơ quan BHYT. Tâm lý lạm dụng của bệnh nhân tham gia BHYT cũng vì mục đích tối đa hoá lợi ích của mình. Người tham gia BHYT sẽ đi khám và sử dụng các dịch vụ y tế quá nhiều và thậm chí là không cần thiết vì họ nghĩ BHYT sẽ thanh toán hết cho họ. Để hạn chế vấn đề này chính sách “Đồng chi trả” đã ra đời và được áp dụng, nghĩa là cả bệnh nhân và cơ quan BHYT cùng chi trả cho phí khám chữa bệnh của bệnh nhân. Ví dụ như ở Việt Nam trước ngày 01/7/2005, bệnh nhân trả 20% còn cơ quan BHYT trả 80%. Khi phải chi trả dù là một khoản không lớn, người ta sẽ phải suy nghĩ xem có thật sự cần phải chi khoản đó không? Điều đó làm giảm đáng kể sử dụng dịch vụ y tế, nhất là khi chưa thật cần thiết.
- Thứ ba là “Sự lựa chọn ngược”: Chỉ những người yếu, biết mình sắp phải sử dụng dịch vụ y tế tự nguyện tham gia BHYT. Ví dụ, một người sắp phải vào viện để mổ thì trước đó anh ta sẽ đi mua BHYT.
- Thứ tư là hiện tượng “Hốt váng kem”: Cơ quan BHYT chỉ bán bảo hiểm cho những người khỏe. Như vậy có khả năng là số tiền thu được sẽ không chi trả hết cho những người mua bảo hiểm và cơ quan bảo hiểm được hưởng.

Hai điểm cuối chỉ xảy ra với hình thức BHYT tự nguyện và các công ty BHYT hoạt động vì lợi nhuận.

2.6. Những nguyên tắc cơ bản của BHYT xã hội ở các nước thực hiện BHYT toàn dân

Ba nguyên tắc cơ bản của BHYT xã hội sau đây bảo đảm sự công bằng và hiệu quả, giúp phân biệt BHYT xã hội với các loại hình BHYT kinh doanh (hay BHYT thương mại)

- Mức phí đóng góp theo khả năng: BHYT xã hội có mức phí đóng theo khả năng, tức là theo thu nhập. Người có thu nhập cao, đóng phí cao; người có thu nhập thấp, đóng phí thấp, không phụ thuộc vào tình trạng sức khỏe của người tham gia BHYT.
- Tham gia bắt buộc: BHYT xã hội là hình thức BHYT bắt buộc, đôi khi còn gọi là “Thuế sức khỏe”. Tham gia là nhiệm vụ, mỗi cá nhân phải có trách nhiệm đóng góp tạo quỹ, lo sức khỏe cho cộng đồng, cho toàn xã hội, trong đó có bản thân mình. Kinh nghiệm lớn nhất rút ra từ quá trình triển khai BHYT tự nguyện là tính không bền vững của các chương trình BHYT xã hội tự nguyện. Cơ chế tự nguyện tạo ra tình trạng chỉ người ốm mới tham gia dẫn đến hậu quả là càng có nhiều người tham gia BHYT tự nguyện thì nguy cơ vỡ quỹ càng lớn. Do đó, BHYT xã hội tự nguyện chỉ có thể phù hợp trong giai đoạn quá độ. Kinh nghiệm của tất cả các nước thực hiện BHYT toàn dân là phải ban hành luật tham gia BHYT bắt buộc. Trong giai đoạn chưa thể thực hiện BHYT bắt buộc cho toàn dân thì bên cạnh hình thức BHYT bắt buộc, cần triển khai các mô hình BHYT tự nguyện dựa trên cộng đồng đối với khu vực nông thôn dành cho nông dân.
- Quyền lợi theo tình trạng sức khỏe: mặc dù đóng góp theo khả năng nhưng quyền lợi là theo yêu cầu cần sử dụng dịch vụ y tế, hoàn toàn không phụ thuộc vào số tiền đã đóng.

Cần nhấn mạnh rằng BHYT xã hội hoàn toàn khác với BHYT thương mại. Mức phí của BHYT thương mại căn cứ vào tình trạng sức khỏe, xác suất bệnh tật, việc tham gia BHYT thương mại là sự tự nguyện theo hợp đồng bảo hiểm và quyền lợi của BHYT thương mại có giới hạn, phụ thuộc vào mức đóng góp. Thực hiện BHYT thương mại là thực hiện một hoạt động kinh doanh vì lợi nhuận BHYT thương mại chưa bao giờ, chưa ở đâu trên thế giới mang lại sự công bằng, hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe.

Có thể nêu một ví dụ về một quốc gia có nền tài chính y tế dựa chủ yếu vào bảo hiểm y tế thương mại, đó là nước Mỹ. Y tế của Mỹ không đảm bảo sự công bằng, hiện nay có khoảng 45 triệu người Mỹ không có BHYT nên không được chăm sóc sức khỏe. Nền y tế nước này không hiệu quả vì chi phí y tế bình quân đầu người của Mỹ cao hơn gấp 2 lần so với các nước khác có thu nhập cao nhưng các chỉ số đầu ra về sức khỏe cũng chỉ tương đương.

2.7. Bảo hiểm y tế ở Việt Nam

2.7.1. Sự hành thành và phát triển

Ở Việt Nam, BHYT được hình thành và phát triển từ năm 1992 với mô hình BHYT bắt buộc cho những người làm công ăn lương. Mức phí BHYT là 3% lương, trong đó chủ lao động đóng 2% còn người lao động đóng 1%. Năm 1995, phương thức thanh toán phí dịch vụ y tế bảo hiểm đã được chuyển đổi từ “thu bình quân” sang “thu theo thực tế sử dụng”, phần kinh phí cơ quan BHYT thanh toán cho các bệnh viện được đồng nhất về mức phí và cơ chế sử dụng với viện phí mà bệnh viện thu trực tiếp từ bệnh nhân. Kết quả là trong 2 năm 1996-1997 mức kết dư quỹ BHYT sụt giảm mạnh xuống còn 73,6 tỷ năm 1996 và 22,2 tỷ năm 1997. Để tránh nguy cơ vỡ quỹ, Thông tư liên bộ số 11/TTLB ngày 19/9/1997 quy định khống chế trần chi trả của BHYT và từ năm 1998, thực hiện chế độ cùng chi trả 20% viện phí (co-payment) đối với người bệnh có thẻ BHYT theo Điều lệ BHYT mới. Kết quả là cuối năm 1998 quỹ BHYT kết dư 98 tỷ. Tuy nhiên, mức kết dư này không có nghĩa là tính an toàn quỹ được đảm bảo khi chế độ thanh toán BHYT mới quy định mức cùng chi trả của 1 bệnh nhân tối đa không quá 6 tháng lương cơ bản/năm. Điều này làm cho BHYT phải thanh toán nhiều hơn cho những bệnh nhân nặng, phải điều trị tốn kém như các bệnh máu, thận, đại phẫu thuật, ghép phủ tạng,

Năm 2002, Thủ tướng Chính phủ chuyển cơ quan BHYT từ Bộ Y tế sang Bảo hiểm Xã hội Việt Nam với mục tiêu tăng cường phát triển BHYT tiến tới BHYT toàn dân. Chúng ta hy vọng rằng mục tiêu này của Chính phủ sẽ sớm đạt được để tăng cường công bằng xã hội bằng việc công bằng trong chăm sóc sức khỏe.

Đến nay, qua hơn 10 năm thực hiện nhiều hình thức BHYT đã được triển khai thực hiện trên diện rộng, mang lại một số kết quả cụ thể như sau:

2.7.1.1. Số người tham gia BHYT

Tính đến tháng 6 năm 2006, là khoảng 31,5 triệu, chiếm gần 13% tổng dân số trong đó có toàn bộ cán bộ viên chức nhà nước, cán bộ xã phường, đại biểu hội đồng nhân dân các cấp, người lao động trong các doanh nghiệp Nhà nước, các tổ chức xã hội, cán bộ nghỉ hưu, nghỉ mất sức, người có công với nước, người nghèo... và số đông lao động trong các doanh nghiệp tư nhân có từ 10 lao động trở lên.

2.7.1.2. Nguồn thu bảo hiểm y tế

Tỷ lệ thu từ BHYT trong tổng ngân sách Nhà nước dành cho y tế tăng lên theo thời gian (Bảng 5.3). Ở một số tỉnh, tỷ lệ này lên tới 50%. Nhờ nguồn thu BHYT, nhiều cơ sở khám chữa bệnh, đặc biệt là tuyến huyện đã có điều kiện củng cố và phát triển.

Bảng 5.3. Nguồn tài chính từ BHYT so với ngân sách y tế 1993 - 1998

(đơn vị: tỷ đồng)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Số thu từ BHYT	111	256	400	520	540	669	796
BHYT/Ngân sách y tế (%)	8	15	20	25	25	25	

Nguồn: Báo cáo của BHYT Việt Nam 9/2000

2.7.1.3. Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế

Mặc dù có những ý kiến chưa nhất quán về quyền lợi của những người tham gia BHYT nhưng những con số dưới đây đã nói lên điểm dương tính của BHYT Việt Nam:

- Trên 70% số bệnh nhân đến khám chữa bệnh tại các bệnh viện Y học cổ truyền là bệnh nhân BHYT.
- Trên 90% bệnh nhân chạy thận chu kỳ tạo các trung tâm lọc máu là người có thẻ BHYT;
- Người tham gia BHYT được quỹ BHYT thanh toán chi phí cho các dịch vụ y tế, trong đó có nhiều dịch vụ kỹ thuật cao như siêu âm màu, chụp cắt lớp vi tính,...các phương pháp điều trị chi phí cao như chạy thận nhân tạo, điều trị ung thư,..
- Hệ thống BHYT và các cơ sở khám chữa bệnh đã phối hợp để đảm bảo cho bệnh nhân BHYT được chăm sóc sức khỏe ngay tại tuyến xã. Đến cuối năm 2001, 42% số trạm y tế xã trên toàn quốc đã tổ chức khám chữa bệnh thông thường cho người có thẻ BHYT.
- Từ năm 2001, BHYT và các bệnh viện ở một số thành phố lớn đã thí điểm cải cách thủ tục hành chính trong tiếp nhận và khám chữa bệnh, kê đơn cấp thuốc cho bệnh nhân BHYT, đưa công nghệ thông tin phục vụ bệnh nhân ngoại trú, tạo phong cách mới trong công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe. Quyền lợi của bệnh nhân càng được đảm bảo hơn.

2.7.1.4. Bảo hiểm y tế học sinh

Bắt đầu thực hiện năm 1995, chương trình BHYT cho học sinh, sinh viên đã nhanh chóng mở rộng tổng toàn quốc. Đến năm học 2001-2002 đã có 4,2 triệu học sinh, sinh viên tham gia BHYT, tạo điều kiện cho hệ thống y tế trường học phục hồi và phát triển. Đến nay, quỹ BHYT học sinh là nguồn kinh phí chủ yếu để duy trì hoạt động y tế của các trường học.

Tuy nhiên, diện bao phủ của BHYT học sinh chưa lớn, tốc độ phát triển chậm lại trong hai năm vừa qua. Đến nay mới có khoảng 20% tổng số học sinh, sinh viên trong cả nước tham gia BHYT. Lý do chủ yếu là sự cạnh tranh của các loại hình bảo hiểm tư nhân.

2.7.1.5. Bảo hiểm y tế cho nông dân

Một số chương trình BHYT tự nguyện cho nông dân đã được triển khai từ trước năm 1989 và tiếp tục phát triển thử nghiệm trong hơn 9 năm qua ở nhiều địa phương. Việc xây dựng các mô hình BHYT tự nguyện cho nông dân luôn luôn được coi là nhiệm vụ trọng tâm của cơ quan BHYT. Tuy nhiên, hầu hết các chương trình BHYT tự nguyện cho nông dân đều có những điểm hạn chế chung như sau:

- Tỷ lệ tham gia thấp: Không có mô hình nào huy động được 100% số hộ trong xã tham gia BHYT
- Chương trình không có tính bền vững: Đa số các chương trình thí điểm chỉ thực hiện được trong một năm đầu tiên. Những người tham gia BHYT trong năm đầu nếu không bị ốm đau, không sử dụng dịch vụ y tế thường không muốn tham gia tiếp BHYT trong những năm tiếp theo.
- Khả năng cân đối quỹ BHYT thấp: Tất cả các chương trình thí điểm BHYT nông dân cho đến nay đều không cân đối được quỹ. Nguyên nhân là do mức phí đóng BHYT thấp, người tham chủ yếu là người có nguy cơ mắc bệnh, làm giảm khả năng chia sẻ rủi ro của quỹ BHYT.

2.7.2. Những vướng mắc chính

2.7.2.1. Mức phí BHYT

Ở cả hai khu vực bắt buộc và tự nguyện đều thấp hơn nhiều có với nhu cầu chi phí y tế trong thực tế. Theo số liệu của các nghiên cứu gần đây, chi phí y tế bình quân đầu người hiện nay ở nước ta là hơn 25 USD/năm; nếu dành 40% cho khu vực y tế dự phòng (thực tế có thể thấp hơn) thì chi phí khám chữa bệnh trung bình cho một người sẽ khoảng 15 USD/năm. Trong khi đó, mức phí BHYT bắt buộc hiện nay là 7-8 USD/người/năm, mức phí cho BHYT tự nguyện là 1,5-3 USD/người/năm.

2.7.2.2. Điều lệ BHYT

Hiện tại điều lệ BHYT chưa đủ mạnh để các doanh nghiệp tư nhân tuân thủ việc đóng BHYT cho người lao động. Chính vì vậy, nhiều chủ doanh nghiệp tư nhân tìm cách trốn tránh không tham gia BHYT. Một số doanh nghiệp sẵn sàng chấp nhận nộp phạt hành chính một số tiền nhỏ để không phải đóng phí BHYT với số tiền lớn hơn nhiều lần.

Hiện nay Vụ Bảo hiểm y tế đang soạn thảo Luật Bảo hiểm Y tế để trình Quốc hội thông qua.

2.7.2.3. Phương thức thanh toán

Theo các qui chế hiện hành, quỹ BHYT thanh toán chi phí khám chữa bệnh về bản chất là theo phí dịch vụ. Với cách thanh toán này sẽ làm tăng các chi phí khám chữa bệnh không thật cần thiết và gây tăng chi phí quản lý. Các nước thực hiện BHYT toàn dân đã từng bước loại bỏ phương thức thanh toán này.

2.7.2.4. Giá thuốc

Giá thuốc chưa được quản lý thống nhất, có sự chênh lệch lớn giữa các khu vực và có khi ngay tại các bệnh viện liền kề. Giá một số loại thuốc thay đổi nhanh, có khi trong một ngày, tùy thuộc vào sự khan hiếm và hoàn toàn do nhà cung ứng quyết định.

2.7.2.5. Đầu tư của ngân sách Nhà nước

Như bài Tài chính đã trình bày, đầu tư của ngân sách Nhà nước cho y tế thấp hơn nhiều so với nhu cầu thiết yếu của các cơ sở khám chữa bệnh và mức lương quá thấp hiện nay của cán bộ y tế trong khu vực khám chữa bệnh đã ảnh hưởng xấu đến quyền lợi của người tham gia BHYT. Ở nhiều cơ sở khám chữa bệnh, có hiện tượng phân biệt đối xử giữa bệnh nhân BHYT và bệnh nhân khám chữa bệnh theo “dịch vụ”.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Bản chất viện phí? Các hình thức chi trả viện phí?
2. Tác động tiêu cực và tích cực của viện phí?
3. Bản chất của bảo hiểm y tế?
4. Những khó khăn gặp phải khi thực hiện chính sách BHYT?
5. Những nguyên tắc để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Nguyễn Quang Ân (2003), *Bài giảng về tài chính y tế cho lớp Cán bộ y tế cấp sở*, Đơn vị Chính sách Bộ y tế.
2. Bộ Y tế, Ban Khoa giáo Trung ương (2002), *Viện phí, bảo hiểm y tế và sử dụng dịch vụ y tế*, Chương trình hợp tác Việt Nam - Thụy Điển, tháng 9/2002.
3. Phạm Huy Dũng, Nguyễn Thị Kim Chúc (2002), *Bài giảng Kinh tế Y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Trương Việt Dũng (2001), *Đo lường và đánh giá gánh nặng bệnh tật của cộng đồng trong phân tích kinh tế y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Tổ chức Y tế Thế giới (1994), *Những đánh giá so sánh toàn cầu đối với lĩnh vực sức khỏe - Những chỉ tiêu gánh nặng bệnh tật và can thiệp y tế trọn gói*.
6. Trường Đại học Kinh tế Quốc dân (1995), *Kinh tế học*, Hà Nội, (sách dịch từ Economics của David Begg và cộng sự).
7. Trường Cán bộ Quản lý Y tế (1998), *Kinh tế y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Tài liệu tiếng Anh

8. Charles C. Griffin (1989), *Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector*.
9. Charles E. Phelps (2003), *Health Economics*, Addison Wesley.
10. Creese A, Parker D (1994), *Cost Analysis in Primary Health Care. A Training Manual for Programme Managers*, World Health Organization.
11. Drummond M.F. et al (1997), *Method for Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Second edition, Oxford Medical Publication.
12. S. Witter, T. Ensor, M. Jowett and R. Thompson (2000), *Health Economics for developing countries - A practical guide*.

Năm 1986 được coi là mốc quan trọng đối với nền kinh tế Việt Nam, khi chúng ta chuyển từ nền kinh tế “Kế hoạch tập trung” sang “Kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa”. Cùng với sự thay đổi về kinh tế của cả xã hội, ngành Y tế cũng đã có những thay đổi lớn lao, biểu hiện bằng ba chính sách: (1) Thu một phần viện phí, (2) Thực hiện các mô hình bảo hiểm y tế và (3) Cho phép hành nghề y dược tư nhân. Những chính sách này liên quan chặt chẽ đến các nội dung của kinh tế y tế cũng như hoạt động chuyên môn của các bác sĩ. Chính vì thế, việc trang bị kiến thức Kinh tế y tế trở nên cần thiết, không chỉ đối với các nhà hoạch định chính sách, những cán bộ quản lý mà cho cả cán bộ y tế nói chung.

Chị Lan sống ở một làng nhỏ ở vùng nông thôn. Ở trung tâm huyện có bệnh viện Nhà nước, cách nhà chị 20km. Trẻ em khám chữa bệnh tại bệnh viện này không mất tiền, bệnh nhân đến khám tại bệnh viện rất đông vì thế thời gian chờ đợi khá lâu. Khi con ốm, chị Lan đôi khi mua thuốc của những người bán thuốc ở ngay trong làng. Mới đây, có một bác sĩ quân đội về hưu, mở một phòng mạch tư. Giá khám chữa bệnh ở đây tương đối cao, nhưng ông bác sĩ này lại thu hút được nhiều bệnh nhân. Lần này, con gái sốt, chị Lan chưa biết nên đến đâu để khám và chữa bệnh cho con.

Chị Lan mang con đến bệnh viện huyện. Chị muốn có thuốc để hạ sốt cho con. Nhưng người bác sĩ ở bệnh viện huyện lại nói, không phải dùng thuốc mà chỉ cần nghỉ ngơi và cho cháu uống nhiều nước. Thất vọng, chị Lan ra chợ huyện mua một ít thuốc theo lời khuyên của người bán và nghĩ: "Lần sau mình sẽ đến ông bác sĩ tư, ông ta thật là tốt bụng và lại biết nghe xem người bệnh nhân muốn gì".

Vài ngày sau, con gái của chị Lan vẫn còn sốt. Chị Lan quyết định mang con đến khám ông bác sĩ tư trong làng. Bác sĩ đã cho cháu bé dùng kháng sinh và hẹn đến khám lại sau vài ngày. Phải trả nhiều tiền hơn nhưng chị Lan thấy tin tưởng người bác sĩ này.

Bác sĩ Hùng mở phòng mạch ở làng A. Ông Hùng đã vay tiền để sửa nhà và mua trang thiết bị. Mỗi tháng, ông phải trả ngân hàng tiền lãi suất 150.000đ; trả công cho người giúp việc 200.000đ; chi tiền điện, nước, nhà cửa,... hết 100.000đ. Nếu ông đặt giá 2.500đ/lần khám bệnh và mỗi ngày có trung bình 10 bệnh nhân, thì ông sẽ lãi bao nhiêu (giả sử tuần làm việc 6 ngày, và một tháng có 4 tuần), làm thế nào để tăng lợi nhuận?

Hiệu suất kỹ thuật là thực hiện được nhiều hoạt động hơn với cùng một nguồn lực hoặc thực hiện cùng số hoạt động với nguồn lực ít hơn. Điều kiện cơ bản của đánh giá hiệu suất kỹ thuật là chất lượng của hoạt động không được thay đổi. Nếu chất lượng giảm và số lượng hoạt động tăng lên thì cũng không được gọi là tăng hiệu suất kỹ thuật mà chỉ được gọi là tăng hoạt động.

Hiệu suất phân bổ là đưa nguồn lực vào các hoạt động có năng suất cao hơn. Trong y tế, điều này có nghĩa là sử dụng nguồn lực nhất định để tăng sức khoẻ cho số đông người hơn.

Tính chi phí:

Để cho cái gì?

Mức độ nào?

Chi phí cho ai?

Nguồn thông tin nào?

Phương pháp nào?

Thời gian nào: có tính đến lạm phát không,

Ảnh hưởng ngắn hạn và dài hạn là gì?

Nguyên lý chung cho tính chi phí

Có năm bước chính trong tính chi phí:

- Xác định nguồn lực được sử dụng để tạo ra dịch vụ y tế đang được tính toán.
- Ước tính số lượng mỗi nguồn lực đầu vào được sử dụng.
- Định rõ giá trị tiền tệ cho mỗi đơn vị đầu vào và tính tổng chi phí cho đầu vào.
- Phân bổ chi phí cho các hoạt động trong đó chi phí được sử dụng.
- Sử dụng sản phẩm đạt được để tính chi phí trung bình.

Ý kiến của một cán bộ Ban Tư tưởng - Văn hoá TP.HCM

...Có người phải bán cả nhà, cả vườn để nằm viện thì lại cho là họ đã trả đầy đủ viện phí và cho đó là thoả đáng, nhưng về nhà rồi thì người ta ra sao?

Viện phí sẽ được chấm dứt theo tốc độ triển khai bảo hiểm y tế toàn dân, lúc nào ta đạt được cái đó thì có thể đặt vấn đề nên thu viện phí hay thôi. Tất nhiên đó là đối với bệnh viện công.

Khoa bán công trong một bệnh viện công có nhiều vấn đề rất phức tạp. Nếu không có hạch toán kỹ thì lằng nhằng công tư, trả lương như thế nào, vô hình trung có lúc ảnh hưởng cả hai lương trong cùng một thời gian. Nên nghiên cứu để tách hẳn công và bán công.