

# Một số vấn đề trong cải cách hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Trung Quốc

Tran Văn Tiến

*Hệ thống chăm sóc sức khỏe ở Trung Quốc đã có nhiều cải cách trong hai thập kỷ qua. Một hệ thống chăm sóc sức khỏe có thể coi là tốt khi hệ thống đó chăm sóc sức khỏe cho nhân dân với thước đo là chỉ số sức khỏe, bằng cách đảm bảo các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp kịp thời cho mọi người dân không kể giàu nghèo, ở mức độ phù hợp với khả năng của nền kinh tế quốc gia. Các khảo sát cho thấy sức khỏe của người dân Trung Quốc đã được cải thiện song với tốc độ chậm hơn sự phát triển kinh tế. Nguyên nhân là do khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cơ bản của người nghèo giảm đi, vì chi phí y tế vượt quá khả năng tài chính của họ. Bài học thất bại khi áp dụng kinh tế thị trường trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe có thể được các nước đang phát triển rút ra là không nên thả nổi hệ thống y tế theo nền kinh tế thị trường*

*The health care system in China has experienced many renovations during the two recent decades. A good health care system is the one, which provides all people with health services measured by health indicators regardless they are rich or poor in line with suitable capacity level of national economy. Investigations show that Chinese health has been improved but slower than the economic development. Causes are the poor people accessibility to health services is reduced, as the health cost is not affordable for them. The lesson of failure when applying the market economy in public health care field should be drawn by developing countries; that is not to float the health system in the market economy.*

## Tiếp cận dịch vụ y tế: giảm sút

Trước hết, về các chỉ số sức khỏe của dân cư Trung Quốc, theo nhận định chung của nhiều chuyên gia, chỉ số sức khỏe của Trung Quốc đã không tốt lên theo sự mong đợi. Một trong các chỉ số sức khỏe có độ nhạy cao là tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi. Theo Ngân hàng thế giới, tốc độ giảm hàng năm của tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi của Trung Quốc không tương xứng với mức độ tăng GDP, thấp hơn so với mong đợi. Trong thập kỷ 60 và 70, tốc độ giảm tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi ở Trung Quốc là -6%/năm. Sang thập kỷ 80 và 90, mặc dù tốc độ GDP của Trung Quốc tăng nhanh, tốc độ giảm tỷ lệ tử vong chậm lại, chỉ còn -2%/năm.

Về tình hình tiếp cận dịch vụ y tế, các khảo sát cho thấy số người có chỉ định điều trị nội trú nhưng không đến bệnh viện ngày càng nhiều hơn. Theo kết quả Điều tra y tế quốc gia năm 2003, có 30% bệnh nhân đã không vào viện điều trị theo chỉ định của bác sĩ và trong số bệnh nhân đã vào viện thì

50% xin ra viện sớm.

## Chi phí cho sức khỏe: vượt quá khả năng tài chính cá nhân.

Vậy nguyên nhân nào đã khiến tỷ lệ sử dụng dịch vụ y tế của người dân Trung Quốc giảm sút?

Đương nhiên, quyết định sử dụng dịch vụ y tế phụ thuộc trước hết vào chính người dân và cũng trước hết, người dân sử dụng dịch vụ y tế khi họ có điều kiện để tiếp cận với dịch vụ y tế.

Cũng theo kết quả Điều tra y tế quốc gia 2003 thì đa số những người không vào viện theo chỉ định của bác sĩ trả lời rằng họ không vào viện vì không có tiền. Chi phí điều trị nội trú là khoản tiền lớn đối với người nghèo; bình quân một đợt điều trị nội trú tốn khoảng 4000 NDT, tương đương 200% thu nhập/năm của nhóm 1/5 dân cư có thu nhập thấp nhất. Đa số nông dân Trung Quốc không có bảo hiểm y tế (BHYT), và họ không có đủ tiền để chi trả cho khoản tiền điều trị nội trú tốn kém nói trên.

Chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân được vào viện điều trị, nhưng phần lớn trong số đó lại phải đối mặt với một thảm cảnh khác: vì bệnh tật mà họ và gia đình họ trở thành những người nghèo đói. Theo số liệu Điều tra y tế 2003 thì 30% số hộ nghèo trả lời rằng lý do nghèo đói của họ là ốm đau. Đứng thứ nhì trong khu vực, 11% hộ dân Trung Quốc phải đối mặt với chi phí y tế lớn bằng 25-40% chi tiêu sinh hoạt không bao gồm thực phẩm.

### **Bảo hiểm y tế: suy giảm về diện bao phủ và mức thanh toán**

Nói cách khác, khả năng bảo vệ tài chính cho nhân dân của hệ thống chăm sóc sức khỏe Trung Quốc đang suy giảm theo thời gian. Một trong các cơ chế bảo vệ tài chính của hệ thống chăm sóc sức khỏe là BHYT, nhưng BHYT ở Trung Quốc đã bị co lại cả chiều rộng (diện bao phủ) lẫn chiều sâu (mức độ thanh toán chi phí y tế).

Ở khu vực đô thị, diện bao phủ BHYT cho người làm công ăn lương (bao gồm quỹ BHYT cho người lao động, quỹ BHYT cho công chức và gần đây, quỹ BHYT cơ bản giảm từ 70% (năm 1993) xuống dưới 40% (ở tỉnh nghèo chỉ còn 20%) năm 2003. Trong khi đó, mức độ cùng chi trả tăng cao, năm 1997, người bệnh chi trả 30% chi phí nội trú và khoảng 2/3 chi phí ngoại trú. Tài khoản y tế cá nhân trong BHYT là một hình thức hạn chế sử dụng dịch vụ y tế, nhưng đồng thời, trong hoàn cảnh hệ thống cung ứng dịch vụ y tế ở Trung Quốc, tài khoản y tế cá nhân lại làm tăng thêm mức độ cùng chi trả của người có BHYT.

Tình hình còn xấu hơn tại khu vực nông thôn, nơi cư trú của trên 70% dân số. Hệ thống y tế hợp tác xã, một thời đảm bảo tiếp cận dịch vụ y tế cơ bản cho hầu như toàn bộ nông dân Trung Quốc, hệ thống được coi là thành công nhất trong lịch sử BHYT dựa vào cộng đồng trên thế giới, đã sụp đổ trong thập kỷ 80 sau khi hệ thống hợp tác xã nông nghiệp ở Trung Quốc tan rã. Một số cố gắng nhằm hồi sinh cho hệ thống y tế hợp tác xã đã không thành công, bởi những hạn chế trong quản lý quỹ, khả năng chia sẻ thấp của quỹ và sự lựa chọn bất lợi, vốn là thuộc tính của bất cứ chương trình BHYT tự nguyện nào.

Năm 2004, trong sự cố gắng mới nhằm giúp nông dân chống lại sự nghèo đói do chi phí điều trị, Chính phủ Trung Quốc thử nghiệm một chương trình BHYT hợp tác xã theo phong cách mới tại

300 trong tổng số hơn 2000 huyện. Mức phí cá nhân là 10 NDT, chính quyền trung ương và địa phương mỗi cấp hỗ trợ 10 NDT, tổng cộng 30 NDT/người/năm.

Lo ngại lớn nhất đối với chương trình BHYT theo phong cách mới là tính bền vững và nó đang được thử thách trước khi triển khai trên phạm vi toàn quốc, dự kiến vào năm 2010. Những thách thức lớn của chương trình BHYT theo phong cách mới là: a) Về danh nghĩa, đây là chương trình tự nguyện nhưng trong thực tế không phải như vậy; b) Mức phí BHYT quá thấp (30 NDT) so với chi phí khám chữa bệnh bình quân đầu người tại Trung Quốc là 102 NDT/người/năm. Mức phí này không thể đáp ứng được nhu cầu chăm sóc y tế; c) Do vậy, hoặc Chính phủ Trung Quốc phải tìm nguồn tài chính khác để bù đắp sự thiếu hụt (dự đoán là khổng lồ) trong tương lai, hoặc phải hạn chế thật nhiều quyền lợi của người tham gia bảo hiểm.

### **Hệ thống cung ứng dịch vụ: phí dịch vụ là nguồn tài chính cơ bản**

Cứ giả thiết rằng hệ thống BHYT của Trung Quốc có thể làm được điều kỳ diệu là bao phủ toàn dân thì vấn đề cũng mới chỉ giải quyết được một nửa. Nửa còn lại kia của vấn đề chính là sự gia tăng chi phí của các dịch vụ khám chữa bệnh vượt quá khả năng của đa số người dân, không phù hợp với một nước đang phát triển có GDP bình quân đầu người khoảng 1000 USD/năm.

### **Tại sao chi phí y tế tại Trung Quốc lại tăng lên như vậy?**

Quy luật về sự thất bại của thị trường trong y tế (thuật ngữ của các nhà kinh tế y tế) chính là lời giải thích cho câu chuyện y tế giá cao của Trung Quốc. Dưới thời bao cấp trước đây, cũng như tại Việt Nam, các cơ sở y tế Trung Quốc được Nhà nước cấp ngân sách để hoạt động; ngân sách là nguồn tài chính duy nhất cho bệnh viện. Không có động cơ nào khuyến khích thầy thuốc chỉ định nhiều dịch vụ. Khi Trung Quốc chuyển sang nền kinh tế thị trường, các bệnh viện chỉ được cấp một phần nhỏ kinh phí từ ngân sách Nhà nước và Nhà nước cho phép các bệnh viện thu viện phí để bù đắp chi phí hoạt động. Giá các dịch vụ cơ bản được cơ quan quản lý giá quy định thấp hơn chi phí thực tế, nhưng giá dịch vụ kỹ thuật cao và giá thuốc thì cao hơn chi phí thực. Các bệnh viện công của Trung Quốc

chuyển sang hoạt động theo cơ chế lấy nguồn thu từ phí dịch vụ (do BHYT và người dân trả) để phục hồi chi phí, hạch toán và tự chủ về tài chính.

Hệ quả của chính sách trên là các bệnh viện chỉ định sử dụng ô ạt các dịch vụ kỹ thuật cao và bán nhiều thuốc nhằm thu về nhiều lợi nhuận, trong khi bỏ qua các dịch vụ y tế cơ bản để tránh sự thiếu hụt kinh phí. Các bệnh viện có cơ chế thưởng riêng cho từng thầy thuốc, mức thưởng tỷ lệ thuận với số lượng dịch vụ và thuốc được bác sĩ chỉ định. Một khảo sát cho thấy trong 360.219 đơn thuốc của 40 bệnh viện có từ 19,6% - 26% loại thuốc được kê không hợp lý.

Và nếu Nhà nước ngả theo "cơ chế thị trường", vẫn tiếp tục buông hệ thống cung ứng dịch vụ (dù là bệnh viện công hay bệnh viện tư) tự xoay sở hạch toán bằng cách thanh toán theo phí dịch vụ như vậy thì kể cả khi toàn bộ dân số Trung Quốc có BHYT, người dân sẽ vẫn phải rút nhiều tiền túi hơn để chi trả cho bệnh viện, bởi không quỹ BHYT nào có đủ nguồn tài chính để trả theo phí dịch vụ.

Tóm lại, nếu lấy 2 tiêu chuẩn cơ bản (các chỉ số sức khỏe tốt và chi phí chấp nhận được cho đa số) để đánh giá hệ thống y tế Trung Quốc thì có thể thấy hệ thống đó đang trong tình trạng báo động.

Các chỉ số sức khỏe không tăng tương xứng với tăng trưởng kinh tế, chi phí y tế ngày càng cao, người không có bảo hiểm (kể cả người có bảo hiểm y tế) khó tiếp cận dịch vụ y tế, tỷ trọng chi phí do cá nhân tự trả ngày càng lớn, hệ thống y tế đang phục vụ chủ yếu người giàu ... là những đặc điểm của hệ thống y tế Trung Quốc hiện nay.

### ... Và bài học rút ra

Bài học rút ra từ trường hợp của Trung Quốc là bài học kinh điển (sự thất bại khi áp dụng cơ chế thị trường trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe). Không có nhà nước nào (kể cả ở Mỹ, quốc gia "thị trường" nhất) phó mặc lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho thị trường. Mặc dù đó là bài học kinh điển, vẫn có không ít người ngộ nhận rằng kinh tế thị trường là phép màu giúp ta biến cái không thể thành cái có thể trong mọi lĩnh vực, và rằng các nguyên tắc của thị trường phải được áp dụng triệt để trong lĩnh vực y - được (ví dụ trong vấn đề quản lý giá thuốc).

Rõ ràng hệ thống y tế Trung Quốc đang bị thả nổi theo nên kinh tế thị trường, thiếu sự can thiệp cần thiết của Nhà nước. Hy vọng rằng hiện thực của hệ thống chăm sóc sức khỏe của Trung Quốc sẽ không phải là viễn cảnh nền y tế của các nước có nền kinh tế chuyển đổi.

---

#### Tác giả:

Trần Văn Tiến, Viện chiến lược và chính sách y tế, Bộ Y tế. Địa chỉ: 138 Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội. E.mail: trantien512@yahoo.com; tien.tranvan@gmail.com.

#### Tài liệu tham khảo:

1. David Kelaher and Brian Dollery: Health Reform in China: An Analysis Of Rural Health Care Delivery. Working Paper Series in Economics, University of New England, School of Economics, 2003.
2. Meng-Kin Lim, Hui Yang, Tuohong Zhang, Wen Feng,

and Zijun Zhou: Public Perceptions Of Private Health Care In Socialist China, Health Affairs, Volume 23, Number 6, 2004, tr 222 - 234.

3. Peter Smith (University of York), Christine Wong (University of Washington) and Yuxin Zhao (The National Health Economics Institute, China): Public Expenditure and Resource Allocation in the Health Sector in China. Unpublished document, 7/2004.

4. World Bank: China's Health Sector-Why Reform is Needed, in "Rural Health in China: Briefing Notes Series", China Rural Health AAA (Analytical and Advisory Activities) Study, Briefing Note No 3, 4/2005.