

TÀI CHÍNH CHĂM SÓC Y TẾ VÀ MÔ HÌNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI VIỆT NAM

Trần Tiên Dũng

Khoa Bảo hiểm, Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

Email: dungtt.vic@gmail.com

Nguyễn Thị Hải Đường

Khoa Bảo hiểm, Trường Đại học Kinh tế Quốc dân

Email: duongnh@neu.edu.vn

Ngày nhận: 24/10/2016

Ngày nhận bản sửa: 28/11/2016

Ngày duyệt đăng: 15/01/2017

Tóm tắt:

Chăm sóc sức khỏe là một trong những trụ cột chính thuộc hệ thống an sinh xã hội của mỗi quốc gia, trong đó tài chính chăm sóc y tế được coi là vấn đề cốt lõi. Nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích so sánh thống kê. Kết quả phân tích các mô hình tài chính chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm y tế tại các nước làm rõ vai trò của bảo hiểm trong tài chính y tế. Kết quả phân tích cũng chỉ ra sự kết hợp giữa công và tư trong mô hình bảo hiểm liên quan đến vấn đề bao phủ và hiệu quả của bảo hiểm đối với tài chính chăm sóc sức khỏe tại mỗi quốc gia. Kết quả phân tích tài chính chăm sóc y tế của Việt Nam chỉ ra điểm yếu của mô hình với tỷ lệ chi trả trực tiếp cao dẫn đến hiệu quả về đảm bảo thấp và làm giảm tính bền vững của hệ thống an sinh xã hội.

Từ khóa: Chi phí y tế, bảo hiểm y tế nhà nước, bảo hiểm y tế thương mại, tài chính chăm sóc y tế.

Health care financing and health insurance model in Vietnam

Abstract

Healthcare is one of the main pillars of the social security system of each country in which health care financing is considered a core issue. The method of comparing statistical analysis was used. Analytical results of health care financial modeling and health insurance in each country clarified the role of insurance in health financing. They also indicated a combination of public and private insurance model related to the coverage and effectiveness of health insurance in health care financing of each country. Results of medical care financial analysis in Vietnam indicated the weaknesses of the model, including low efficiency and reduction of sustainability of social security systems due to out of pocket expenditure from households and direct payment for healthcare expenses.

Keywords: Healthcare expenses, state health insurance, commercial health insurance, health care financing.

1. Đặt vấn đề

Tài chính chăm sóc y tế là khâu then chốt đảm bảo cho hiệu quả của hoạt động chăm sóc sức khỏe toàn dân của

mỗi quốc gia, tùy thuộc vào thể chế và luật pháp tại mỗi quốc gia, nguồn tài chính chăm sóc y tế được hình thành từ nhiều nguồn và phương thức khác nhau.

Tại Việt Nam, tài chính chăm sóc y tế được hình thành từ nhiều nguồn bao gồm ngân sách nhà nước của trung ương và địa phương, bảo hiểm, hỗ trợ của các tổ chức trong và ngoài nước và nguồn tự chi trả của dân cư, trong đó nguồn tài chính tự chi trả từ dân cư và ngân sách nhà nước vẫn giữ vai trò chủ đạo (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2014). Điều này vô hình chung tạo gánh nặng cho bản thân người dân và một phần gánh nặng cho ngân sách nhà nước. Bảo hiểm y tế - một cơ chế đóng góp phí bảo hiểm để chuyển giao rủi ro và phân tán tổn thất giữa những người dân tham gia bảo hiểm thông qua các tổ chức bảo hiểm đã và đang được đẩy mạnh với chính sách bảo hiểm y tế toàn dân, tuy nhiên việc triển khai mô hình bảo hiểm y tế vẫn còn đang rất lúng túng. Việc thúc đẩy mở rộng bảo hiểm y tế nhà nước theo Luật Bảo hiểm y tế với chính sách bảo hiểm y tế toàn dân đang gặp phải những vấn đề như khó khăn trong việc mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm tại khu vực nông thôn, lao động tự do, bội chi quỹ, tỉ lệ chi trả trực tiếp cho các chi phí y tế của người dân vẫn ở mức cao do phạm vi bảo hiểm chưa thật sự phù hợp.

Nghiên cứu sẽ tập trung phân tích các mô hình tài chính chăm sóc y tế và bảo hiểm y tế tại các nước cũng như tại Việt Nam, làm rõ ưu điểm và hạn chế

của mỗi mô hình. Từ các hạn chế của mô hình bảo hiểm y tế ở Việt Nam và kinh nghiệm tổ chức tài chính chăm sóc y tế và các mô hình bảo hiểm y tế hiệu quả tại các nước, đề xuất các gợi ý mở cho việc điều chỉnh, phát triển một mô hình bảo hiểm y tế phù hợp với Việt Nam, nâng cao hiệu quả của chính sách chăm sóc y tế toàn dân và giảm tỉ lệ chi trả trực tiếp của người dân.

2. Tài chính chăm sóc y tế và vai trò của bảo hiểm

2.1. Tài chính chăm sóc y tế

Chăm sóc sức khỏe toàn dân là một trong những trụ cột chính của hệ thống an sinh xã hội quốc gia. Chăm sóc sức khỏe toàn dân gồm nhiều hoạt động đồng thời như y tế dự phòng, khám chữa bệnh, chăm sóc y tế dài hạn. Nguồn tài chính cho hoạt động chăm sóc sức khỏe toàn dân chiếm tỉ lệ cao trong GDP tùy thuộc vào mô hình và chính sách của từng nước (bảng 1). Trên thực tế, việc cân đối các nguồn tài chính cho chính sách này đang ngày càng trở nên bức thiết bởi sự bất ổn của kinh tế thế giới, khủng hoảng nợ công và sự gia tăng phi mã của các chi phí chăm sóc sức khỏe đặc biệt là các chi phí y tế.

Vấn đề đặt ra đối với hoạt động tài chính chăm sóc sức khỏe toàn dân nói chung và chăm sóc y tế

Bảng 1. Chi chăm sóc y tế theo % GDP tại các nước Đông Á và Thái Bình Dương, 2000-2007

Quốc gia	Tổng chi y tế/ đầu người (USD)	Tỉ lệ chi chăm sóc y tế (% GDP)	Chi chăm sóc y tế của các hộ gia đình/tư nhân (% GDP)	Chi chăm sóc y tế của nhà nước (% GDP)
Campuchia	39,0	8,0	6,8	1,2
Trung Quốc	94,3	4,7	2,8	1,9
Indonesia	16	1,2	0,5	0,7
Nhật Bản	2.358,0	8,0	1,5	6,5
Hàn Quốc	983,0	6,0	2,8	3,2
Lào	18,0	3,6	2,9	0,7
Malaysia	229,1	4,3	1,9	2,4
Philippines	38,5	3,3	2,0	1,3
Singapore	780,3	3,7	2,1	1,6
Thái Lan	116,6	3,6	1,3	2,3
Việt Nam	46,0	6,3	4,3	2,0

Nguồn: Langenbrunner & Somanathan (2011)

nói riêng là mô hình tài chính cần phải xây dựng như thế nào để đảm bảo hiệu quả của chính sách chăm sóc sức khỏe toàn dân đồng thời đảm bảo tính bền vững và không đặt gánh nặng lên ngân sách quốc gia. Rõ ràng mỗi quốc gia với đặc điểm dân cư, thể chế chính trị, chính sách và mục tiêu an sinh xã hội khác nhau thì mô hình tài chính chi phí y tế cũng khác nhau. Thuế gián tiếp tài trợ cho chăm sóc sức khỏe thường được các nước đầu tư vào y tế dự phòng, đầu tư cơ bản và tài trợ nghiên cứu, tỉ lệ này chiếm trên dưới 10% chi cho y tế và chăm sóc sức khỏe. Tại một số quốc gia, công cụ thuế trực tiếp được sử dụng nhằm đảm bảo quyền lợi cho một nhóm đối tượng nhất định và thường là người về hưu như trường hợp của Nhật Bản, Hàn Quốc, Thái Lan, Indonesia, Malaysia,... (Langenbrunner & Somanathan, 2011), hay như tại Mỹ (Baranoff, 2004), tại Australia (Teale, 2008).

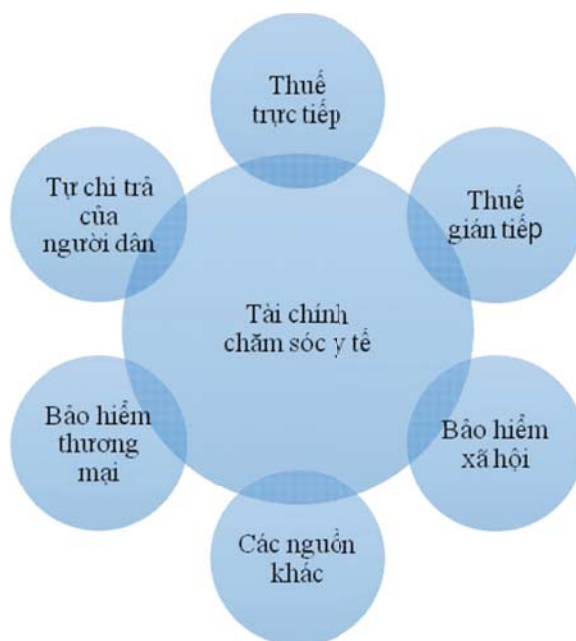
Theo đánh giá của Ngân hàng Thế giới xu hướng chi cho chăm sóc sức khỏe tỉ lệ thuận với mức độ phát triển của nền kinh tế, tại các nước phát triển chi phí chăm sóc khúc khỏe cao gấp hàng chục lần, thậm chí hàng trăm lần so với chi phí này tại các nước đang phát triển. Ví dụ, tại khu vực Đông Á, chi phí cho chăm sóc sức khỏe trên đầu người tại Nhật Bản là 2.358 USD, tại Hàn Quốc là 983 USD, Singapore là 780,3 USD, trong khi chi phí này tại

Việt Nam là 46 USD, Philippines là 38,5 USD, Trung Quốc là 94,3 USD (số liệu 2000-2007). Hơn nữa, tỉ trọng chi cho hoạt động chăm sóc y tế trên GDP từ ngân sách nhà nước của Nhật Bản, Hàn Quốc cũng cao hơn tỉ lệ chi chăm sóc y tế của các hộ gia đình, tư nhân, điều này cho thấy sự quan tâm của chính phủ các nước này đối với vấn đề chăm sóc y tế toàn dân. Ngược lại, tại các nước đang phát triển, tỉ trọng chi chăm sóc y tế trên GDP từ ngân sách nhà nước xấp xỉ hoặc thậm chí thấp hơn tỉ trọng này của khu vực hộ gia đình, tư nhân (Langenbrunner & Somanathan, 2011).

Nguồn tài chính chăm sóc sức khỏe tập trung vào các hình thức thuế trực tiếp, thuế gián tiếp, các khoản thu ngoài thuế từ chính phủ, bảo hiểm xã hội/ bảo hiểm y tế nhà nước, bảo hiểm thương mại, cơ chế tự chi trả của các hộ gia đình/cá nhân (hình 1).

Về cơ cấu tài chính y tế, theo số liệu thống kê của Ngân hàng Thế giới, tại khu vực Đông Á, ngân sách nhà nước của hầu hết các quốc gia (trừ Singapore) đều đóng góp một tỉ lệ nhất định cho chi phí chăm sóc y tế. Các chi phí này thường tập trung vào các khoản y tế dự phòng, đầu tư xây dựng cơ bản phục vụ chính sách sách chăm sóc sức khỏe. Các nước trong khu vực cũng luật hóa khoản đóng góp cho chăm sóc sức khỏe và cụ thể hóa bởi khoản thuế trực tiếp mà người dân hoặc một bộ phận nhất định

Hình 1. Mô hình tài chính chăm sóc y tế



Nguồn: Tổng hợp từ Andargie (2008) và Langenbrunner & Somanathan (2011)

của dân cư phải đóng góp căn cứ vào thu nhập (bảng 2). Bảo hiểm xã hội hay bảo hiểm y tế nhà nước giữ vai trò chủ đạo trong cơ cấu tài chính chăm sóc y tế tại một số quốc gia (trường hợp của Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc, Indonesia), vai trò của các doanh nghiệp bảo hiểm tương đối khiêm tốn tuy nhiên tại hầu hết các nước, nguồn tài chính chi cho khu vực này cũng xấp xỉ 50% so với tài chính từ bảo hiểm xã hội hoặc bảo hiểm y tế nhà nước. Một thực tế đang diễn ra là chi trả chi phí chăm sóc y tế của các hộ gia đình, tư nhân hay còn gọi là tài chính tự chi trả (Out-Of-Pocket: OOP) có tỉ trọng cao nhất và lớn gấp đôi hoặc gấp ba các nguồn tài chính khác chi cho chăm sóc sức khỏe toàn dân. Với cơ chế trả phí và chuyển giao rủi ro dựa vào quy luật số đông (Nguyễn Văn Định, 2012), bảo hiểm được coi là cơ chế tài chính ổn định, bền vững và an toàn đối với tài chính chăm sóc sức khỏe nói chung và tài chính chăm sóc y tế nói riêng. Tuy nhiên, việc phát triển các mô hình tài chính y tế sẽ quyết định mô hình bảo hiểm tại mỗi nước (Langenbrunner & Somanathan, 2011; Dan, 2014). Các nghiên cứu về kinh tế y tế cũng chỉ ra rằng bảo hiểm với nguyên lý vận hành theo cơ chế thị trường sẽ trở thành nhân tố trọng tâm đảm bảo nguồn tài chính trong chăm sóc y tế hiệu quả (Office of Health Economics, 2007; Andargie, 2008).

2.2. Các mô hình bảo hiểm y tế

Cơ chế thị trường với việc xác định giá dựa trên cơ sở cân bằng giữa cung và cầu về chăm sóc sức khỏe sẽ xác định được chính xác giá cả dịch vụ. Chi phí chăm sóc y tế được xác định chính xác sẽ tạo ra sự cân bằng và trong trường hợp này nhà cung cấp dịch vụ có thể xác định được hiệu quả hoạt động tùy thuộc vào mục tiêu của tổ chức. Nhà cung cấp bảo hiểm y tế bất kể là cơ quan bảo hiểm xã hội/cơ quan bảo hiểm y tế của nhà nước hay các doanh nghiệp bảo hiểm đều cần vận hành theo quy luật cung - cầu và các mục tiêu của tổ chức.

Tại châu Á, các mô hình tài chính bảo hiểm y tế đa dạng, bảo hiểm giữ vai trò chủ đạo, các nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm bao gồm nhà nước, các tổ chức và doanh nghiệp bảo hiểm. Cụ thể, tại Trung Quốc, có hai hệ thống bảo hiểm y tế chính: hệ thống bảo hiểm y tế cho lao động làm công ăn lương với phạm vi bảo hiểm chi trả các chi phí y tế cơ bản, hệ thống này bao gồm cả các tài khoản tiết kiệm cho chi phí y tế cá nhân và được triển khai tại khu vực thành thị; tại khu vực nông thôn, các hệ thống y tế hợp tác xã kiểu mới xuất hiện, các hệ thống này hình thành từ các tài khoản tiết kiệm hộ gia đình bảo vệ cho chi phí y tế hoặc theo hình thức quỹ tài chính đóng góp tập trung. Các công ty bảo hiểm thương mại cung cấp phạm vi bảo hiểm bổ sung cho bảo hiểm y tế cơ bản với mức trách nhiệm cao song song tồn tại với hai hệ thống vừa được đề cập.

Chính sách chăm sóc y tế toàn dân được thực hiện tại Nhật Bản thông qua bốn nguồn tài chính:

Bảng 2. Tỉ trọng chi cho y tế từ các nguồn của các nước Đông Á, 2000-2007 (%)

Quốc gia	Thuế trực tiếp	Thuế gián tiếp	Các khoản thu ngoài thuế	Bảo hiểm xã hội	Bảo hiểm thương mại	Tự chi trả	Nguồn khác
Nhật Bản	19,5	13,7	0	54,0	12,8	0	0
Hàn quốc	4,8	6,3	0,8	41,1	3,4	37,7	5,9
Singapore	0	0	26,5	15,5	-	58,0	0
Trung Quốc	3,4	11,9	1,7	23,0	4,0	49,0	6,0
Indonesia	12,5	9,0	13,2	21,3	6,0	38,0	0,0
Malaysia	30,9	14,3	10,8	0	6,0	33,0	5,0
Philippines	11,7	13,1	3,9	11,0	6,3	48,4	5,6
Thái Lan	22,8	26,8	6,1	8,0	8,4	27,7	0,2
Việt Nam	-	19,8	-	12,6	1,9	60,6	5,2

Nguồn: Langenbrunner & Somanathan (2011)

thuế trực tiếp, thuế gián tiếp, bảo hiểm xã hội và bảo hiểm thương mại; trong đó bảo hiểm xã hội giữ vai trò chủ đạo, với chính sách này 100% dân số Nhật Bản được hỗ trợ hoàn toàn về chi phí y tế và chăm sóc sức khỏe. Tại Hàn Quốc, mô hình này được thực hiện tương tự như Nhật Bản, tuy nhiên khu vực tư nhân vẫn phải chi trả một phần chi phí y tế. Tại Thái Lan, tài chính chăm sóc sức khỏe toàn dân được đảm bảo bởi tất cả các phương thức tài chính bao gồm thuế trực tiếp, thuế gián tiếp, bảo hiểm nhà nước, bảo hiểm tư nhân và cơ chế tự chi trả. Tuy nhiên, điểm khác của Thái Lan là mô hình bảo hiểm y tế toàn dân được thực hiện theo ba hệ thống: hệ thống bảo hiểm xã hội bảo hiểm cho lao động làm công ăn lương khu vực tư nhân, hệ thống phúc lợi y tế dân sự bảo hiểm cho công chức với nguồn chi từ ngân sách, phần còn lại là quỹ y tế toàn dân bảo hiểm cho phần còn lại của dân cư. Singapore là quốc gia hoàn toàn không có sự chi trả từ ngân sách, tài chính y tế do các hệ thống bảo hiểm công và tư đảm trách theo cơ chế tài khoản bảo hiểm y tế cá nhân. Mức khấu trừ có thể rất cao tùy thuộc vào chương trình bảo hiểm y tế mà người dân lựa chọn (Dan, 2014). Theo tổng hợp của Dan, bảo hiểm y tế trang trải trên dưới 40% chi tiêu cho chi phí y tế ở hầu hết các quốc gia.

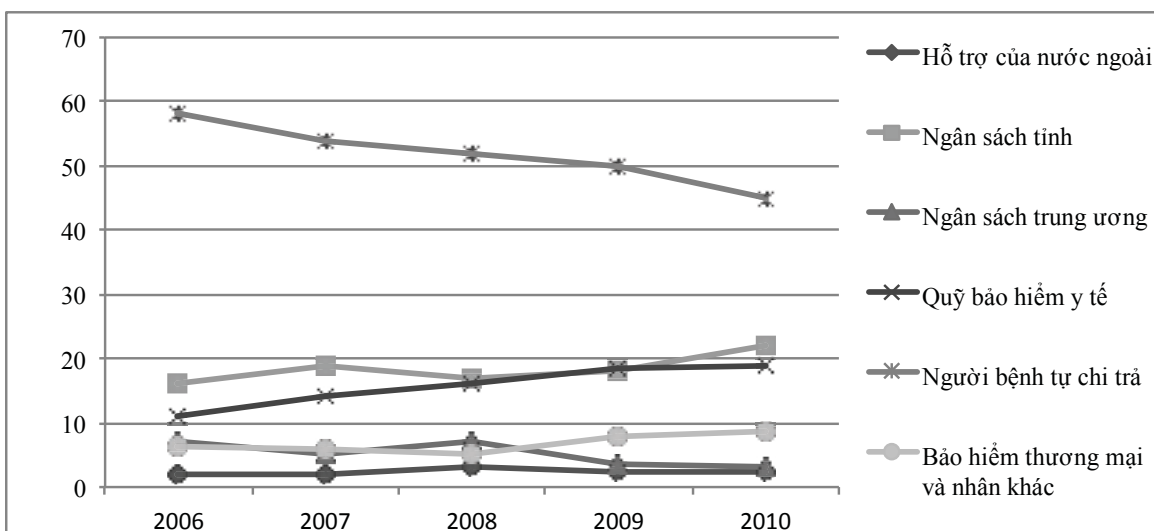
Tại Mỹ, bảo hiểm y tế được vận hành theo cơ chế thị trường, bảo hiểm xã hội chỉ cung cấp bảo hiểm y tế cho đối tượng hưởng hưu trí, đối tượng mất khả năng lao động. Với đối tượng là người lao động, luật quy định việc bắt buộc bảo hiểm y tế và phạm vi bảo hiểm y tế cơ bản còn việc cung cấp dịch vụ bảo hiểm theo các chương trình bảo hiểm nào hoàn toàn tuân thủ theo cơ chế thị trường, các nhà cung cấp là các công ty, tổ chức bảo hiểm nhân thọ và sức khỏe hoặc chuyên về bảo hiểm sức khỏe. Các nhà cung cấp tập trung vào hai hệ thống HMOs (chỉ chi trả cho các chi phí mà người mua bảo hiểm của hệ thống sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp dịch vụ trong hệ thống) và PPOs (chỉ trả cho các chi phí mà người mua bảo hiểm của hệ thống sử dụng dịch vụ của các nhà cung cấp dịch vụ trong hoặc ngoài hệ thống). Các chương trình bảo hiểm được xây dựng theo mức cơ bản, mở rộng và toàn diện với các mức khấu trừ và hạn mức trách nhiệm khác nhau tùy thuộc vào từng chương trình và khả năng trả phí của người tham gia bảo hiểm (Baranoff, 2004). Có thể khẳng định hệ thống bảo hiểm của Mỹ mang tính linh hoạt cao, gánh nặng ngân sách cho tài chính y tế giảm tuy nhiên tính bao phủ không thể rộng như hệ thống bảo hiểm y tế toàn dân tại Nhật Bản, Hàn Quốc.

Cơ chế tự chi trả chiếm tỉ trọng cao nhất trong tổng các nguồn tài chính chi phí y tế (thậm chí tại một số quốc gia nguồn tài chính tự chi trả chiếm gần 50% tài chính chi phí y tế). Tuy nhiên, tài chính tự chi trả từ phía người dân cần được đánh giá một cách khách quan. Tại một số nước đang phát triển, người dân phải trả trực tiếp cho các chi phí y tế phát sinh từ tiền túi của họ đặc biệt là các khoản chi phí y tế mang tính thảm họa, đây là nhân tố làm tăng nguy cơ nghèo đói hoặc tái nghèo của tầng lớp dân cư có thu nhập thấp. Ngược lại, cơ chế tự chi trả lại tỏ ra hiệu quả khi thông qua hệ thống bảo hiểm. Nói cách khác, người dân tự trả chi phí bảo hiểm cho mình dưới hình thức bắt buộc hoặc tự nguyện. Thông qua quy luật số lớn, các tổ chức/doanh nghiệp bảo hiểm sẽ đảm bảo việc phân tán tổn thất hiệu quả dẫn đến chi phí tự chi trả của người mua bảo hiểm giảm xuống và tránh được các chi phí mang tính thảm họa. Singapore là quốc gia điển hình cho việc vận hành cơ chế tự chi trả hiệu quả dưới hình thức tài khoản tiết kiệm bảo hiểm y tế cá nhân và bảo hiểm cá nhân. Khoản tiết kiệm y tế cá nhân được tự động khấu trừ vào tài khoản tiết kiệm chi phí y tế do nhà nước quản lý, nhà nước có trách nhiệm đầu tư và trả lãi trực tiếp vào tài khoản. Chính nhờ có cơ chế này, việc trả trực tiếp cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế được hạn chế và bảo hiểm hiệu quả hơn (Dan, 2014; Langenbrunner & Somanathan, 2011). Tương tự như vậy, việc tự do quyết định chương trình bảo hiểm và nhà cung cấp dịch vụ tại Mỹ cho phép người lao động linh hoạt trong việc tự chi trả chi phí y tế và lựa chọn các phạm vi bảo hiểm rộng. Nguồn tài chính từ bảo hiểm trong tinh huống này đảm bảo sự ổn định nhưng vẫn mang tính chất dịch vụ đáp ứng nhu cầu của người tham gia bảo hiểm. Nhược điểm của hệ thống này là độ phủ rộng có thể hạn chế, đặc biệt là đối với đối tượng thu nhập thấp, lao động có thu nhập không ổn định (Baranoff, 2004).

Trên thực tế, trừ Singapore, các mô hình bảo hiểm y tế đều là sự kết hợp giữa bảo hiểm xã hội hoặc bảo hiểm y tế bắt buộc và bảo hiểm y tế tư nhân (do các doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp). Mô hình vận hành theo hướng bảo hiểm y tế bắt buộc giữ vai trò chủ đạo, bảo hiểm y tế tư nhân hay bảo hiểm y tế thương mại nắm vai trò hỗ trợ bổ sung đảm bảo cho các chi phí y tế không được bảo hiểm bởi bảo hiểm y tế bắt buộc hoặc vượt quá hạn mức chi trả của bảo hiểm y tế bắt buộc.

Từ thực tế các nước thông qua các nghiên cứu phân tích ở trên có thể thấy mô hình bảo hiểm y tế

Hình 2. Cơ cấu tài chính chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam (2006-2010)



Nguồn: Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014)

giữ một vị trí quan trọng trong việc đảm bảo nguồn tài chính cho tài chính chăm sóc y tế cũng như góp phần giảm tỉ lệ chi trả trực tiếp cho chi phí chăm sóc y tế của người dân, góp phần đảm bảo an sinh xã hội và phát triển bền vững của quốc gia. Mô hình bảo hiểm y tế giữa các nước có sự khác biệt nhất định. Một số nước vận hành hệ thống bảo hiểm theo cơ chế thị trường với các nhà cung cấp dịch vụ từ cả khu vực nhà nước và tư nhân, ở một số nước khác nhà nước giữ vai trò chủ đạo trong hệ thống bảo hiểm xã hội/bảo hiểm y tế, bảo hiểm tư nhân mang tính chất bổ sung hỗ trợ. Mỗi mô hình có những ưu điểm và nhược điểm nhất định tùy thuộc vào hoàn cảnh và điều kiện tại mỗi nước, tuy nhiên việc cho phép các nhà bảo hiểm tư nhân tham gia vào hệ thống tài chính chăm sóc sức khỏe về cơ bản tạo ra cơ chế linh hoạt và cạnh tranh giúp gia tăng hiệu quả cho chương trình chăm sóc y tế toàn dân nói chung và bảo hiểm chi phí y tế nói riêng.

3. Tài chính chăm sóc y tế và mô hình bảo hiểm y tế tại Việt Nam

Tại Việt Nam, nguồn tài chính cho chăm sóc y tế được cung cấp từ nhiều nguồn khác nhau, bao gồm nguồn tài chính từ ngân sách trung ương và địa phương (theo phương thức thuế gián tiếp), bảo hiểm y tế nhà nước, bảo hiểm y tế thương mại, tự chi trả của người dân và các nguồn khác. Theo số liệu của Bộ Y tế tỉ lệ chi ngân sách nhà nước cho y tế so với tổng chi thường xuyên ngân sách nhà nước chiếm xấp xỉ 8%/năm; tỉ lệ tự chi trả của người dân duy

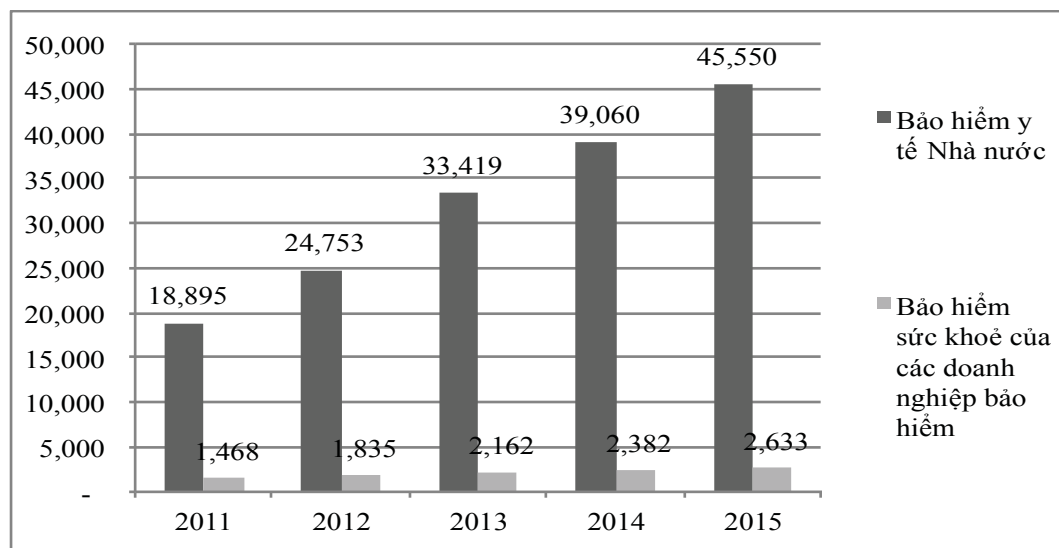
trì ở mức cao và chiếm trên 50% tổng chi cho y tế trước khi Luật Bảo hiểm y tế được ban hành và gần 50% sau khi Luật Bảo hiểm y tế có hiệu lực (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2014). Tỉ lệ tự chi trả của người dân duy trì ở mức cao hơn rất nhiều so với các nước trong khu vực và trên thế giới (bảng 2), phần lớn là chi trả trực tiếp cho chi phí chăm sóc y tế, đặc biệt là các khoản chi phí y tế thảm họa (Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế, 2014). Xét trên khía cạnh an sinh, chi trả trực tiếp của người dân cao có thể là nhân tố ảnh hưởng xấu đến an sinh xã hội, là nguyên nhân tái nghèo của tầng lớp thu nhập thấp.

Xem xét về mô hình, bảo hiểm y tế Việt Nam bao gồm cả bảo hiểm y tế bắt buộc và bảo hiểm thương mại (tư nhân), trong đó bảo hiểm y tế nhà nước bắt buộc giữ vai trò chủ đạo, vai trò của bảo hiểm y tế thương mại vẫn còn mờ nhạt.

Theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế (Quốc hội, 2008), Việt Nam đang triển khai bảo hiểm y tế toàn dân, bảo hiểm y tế nhà nước là phương thức bắt buộc đối với các đối tượng làm công ăn lương, học sinh sinh viên và từng bước phủ rộng sang các đối tượng lao động tự do và các thành phần dân cư khác, tính đến 31/12/2015 bảo hiểm y tế bắt buộc của nhà nước đã bao phủ được xấp xỉ 76% dân cư. Về khía cạnh tài chính, bảo hiểm y tế bắt buộc của nhà nước có vị trí đáng kể trong hệ thống tài chính chăm sóc y tế tại Việt Nam, tuy nhiên tỉ lệ chi trả từ bảo hiểm y tế nhà nước cho chi phí y tế năm 2012 mới chỉ ở mức gần 20% tổng chi cho chăm sóc y tế (Bộ Y tế và Nhóm

Hình 3. Chi trả bảo hiểm y tế của Bảo hiểm y tế nhà nước và Bảo hiểm sức khỏe thương mại tại Việt Nam

Đơn vị: 1 tỷ đồng



Nguồn: Tổng hợp từ báo hiểm xã hội Việt Nam (2012-2016) và Hiệp hội Bảo hiểm Việt Nam (2012-2016)

đôi tác y tế, 2014). Với phạm vi bảo hiểm y tế cơ bản đang áp dụng như hiện nay, tỉ lệ chi trả trực tiếp cho các chi phí y tế của người dân có thể sẽ vẫn duy trì ở mức cao trong thời gian tới.

Bảo hiểm sức khỏe thương mại hay còn gọi là bảo hiểm sức khỏe tư nhân Việt Nam hiện tại do các doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp với phạm vi bảo hiểm bao gồm cả chi phí y tế và tai nạn con người, mức độ bao phủ được mở rộng tương đối nhanh với tốc độ tăng trưởng doanh thu phí bảo hiểm bình quân 25%/năm (Cục Quản lý, giám sát bảo hiểm, 2016). Tuy nhiên, phí bảo hiểm sức khỏe thương mại rất cao so với mặt bằng thu nhập chung của người Việt Nam và chủ yếu thiết kế dưới hình thức bảo hiểm nhóm cho lao động tại các tập đoàn, doanh nghiệp lớn, người dân bình thường khó có khả năng tiếp cận. Xét về tỉ lệ chi trả, mức chi trả từ bảo hiểm sức khỏe thương mại còn rất khiêm tốn so với bảo hiểm y tế bắt buộc của Nhà nước (hình 3).

Đánh giá tổng thể mô hình bảo hiểm y tế tại Việt Nam, hai hệ thống bảo hiểm y tế nhà nước và bảo hiểm sức khỏe thương mại chưa có sự kết hợp chặt chẽ, khớp nối bổ sung liên quan đến phạm vi bảo hiểm và chi trả chi phí y tế, sự trùng lặp về phạm vi bảo hiểm gây ra lãng phí tài chính đối với người

tham gia bảo hiểm, làm giảm hiệu quả của bảo hiểm. Việc mở rộng diện bao phủ của bảo hiểm thương mại vẫn bị giới hạn bởi yếu tố thu nhập của dân cư do phạm vi bảo hiểm và hạn mức bảo hiểm chưa phù hợp.

4. Một số gợi ý phát triển mô hình bảo hiểm y tế tại Việt Nam

Từ thực tế cho thấy việc xây dựng và hoàn thiện mô hình tài chính chăm sóc sức khỏe toàn dân nói chung và chăm sóc y tế nói riêng ở Việt Nam là vô cùng cần thiết và cấp bách. Mô hình này phải đảm bảo giảm gánh nặng cho ngân sách nhà nước đặc biệt là trong tình trạng nợ công tăng và thâm hụt ngân sách như hiện nay của Việt Nam, mô hình tài chính chăm sóc y tế cũng phải đảm bảo giảm mức tự chi trả của dân cư hoặc giảm thiểu rủi ro cho dân cư đối với các khoản chi phí y tế thảm họa và tăng hiệu quả của các khoản chi trả này.

Mô hình bảo hiểm phù hợp sẽ đảm bảo sự bền vững về tài chính và hiệu quả trong chính sách chăm sóc sức khỏe toàn dân. Sự kết hợp giữa bảo hiểm y tế bắt buộc của nhà nước và bảo hiểm y tế thương mại nếu hiệu quả về cơ bản sẽ tạo nên yếu tố phù hợp vừa nêu. Tuy nhiên, một số khía cạnh rất cần được hoàn thiện bổ sung trong mỗi loại hình bảo hiểm.

Đối với bảo hiểm y tế bắt buộc của nhà nước, với phạm vi bảo hiểm cơ bản như hiện nay sẽ giới hạn được các khoản chi trả y tế thảm họa, tuy nhiên gánh nặng sẽ chuyển sang cho người tham gia bảo hiểm. Việc đặt ra các mức khấu trừ, các khoản tự chi trả chi phí y tế đầu tiên trong khả năng tài chính của người tham gia bảo hiểm là rất cần thiết nhằm đảm bảo giảm bớt chi phí hành chính và nâng cao trách nhiệm từ phía người tham gia bảo hiểm.

Đối với bảo hiểm y tế thương mại, thị trường bảo hiểm đang mở rộng liên quan đến các phạm vi chi phí không được bảo hiểm bởi bảo hiểm y tế bắt buộc của Nhà nước hoặc các chi phí y tế phát sinh từ hoạt động dịch vụ yêu cầu cao về chất lượng phục vụ. Việc thiết kế các sản phẩm bảo hiểm y tế đa dạng và triển khai các mạng lưới tuyên truyền, phân phối là

ơ hội phát triển kinh doanh nhưng cũng là yếu tố đảm bảo cơ chế chuyển giao rủi ro và giảm thiểu chi trả trực tiếp cho chi phí y tế từ phía người tham gia bảo hiểm.

Ngoài ra, việc loại trừ bảo hiểm trùng về chi phí y tế giữa bảo hiểm y tế bắt buộc của Nhà nước và bảo hiểm y tế thương mại là yếu tố cần được đưa vào trong khâu thiết kế chương trình bảo hiểm và cần sự kết hợp của cả hai bên bảo hiểm y tế nhà nước và các doanh nghiệp bảo hiểm thương mại.

Thiết lập mô hình bảo hiểm chăm sóc y tế hiệu quả cần có khung pháp lý kịp thời và sự tham gia tư vấn của các nhà chuyên môn cũng như nỗ lực của các nhà cung cấp dịch vụ là các doanh nghiệp bảo hiểm và ý thức tự bảo vệ của người dân.

Tài liệu tham khảo

- Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2012-2016), *Báo cáo tổng kết*, Hà Nội.
- Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2014), *Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế năm 2013*, 111-119, từ <http://jahr.org.vn/downloads/JAHR2013/JAHR2013_Final_VN.pdf?phpMyAdmin=5b051da883f5a46f0982cec60527c597>.
- Cục Quản lý, giám sát bảo hiểm (2016), *Niên giám thị trường Bảo hiểm Việt Nam năm 2015*, truy cập lần cuối ngày 01 tháng 3 năm 2017, từ <http://www.mof.gov.vn/webcenter/portal/cqlgsbh/r/m/ngttbh/ngttbh_chitiet?dDocName=MOFUCM094528&_afrLoop=45716278889243977#!%40%40%3F_afrLoop%3D45716278889243977%26dDocName%3DMOFUCM094528%26_adf.ctrl-state%3D15rz3ta7g8_87>.
- Nguyễn Văn Định (2012), *Giáo trình Bảo hiểm*, Nhà xuất bản Đại học Kinh tế Quốc dân, Hà Nội.
- Dan Y.Y. (2014), *Understanding Healthcare Systems in Asia*, National University Health System, National University of Singapore, Singapore.
- E. Baranoff (2004), *Risk Management and Insurance*, Wiley, US.
- G. Andargie (2008), *Introduction to Health Economics*, University of Gondar, truy cập lần cuối ngày 01 tháng 3 năm 2017, từ <https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/health_science_students/ln_intro_to_health_economics_final.pdf>.
- Hiệp hội Bảo hiểm Việt Nam (2012 -2016), *Số liệu thị trường bảo hiểm Việt Nam*, Hà Nội.
- J.C. Langenbrunner & A. Somanathan (2011), *Financing Health Care in East Asia and the Pacific*, World Bank, Washington, D.C.
- J. Teale (2008), *Insurance and Risk Management*, John Wiley & Sons Australia, Ltd.
- Office of Health Economics (2007), *Economics of Health Care*, Martin Green of Watford Grammar School, truy cập lần cuối ngày 01 tháng 3 năm 2017, từ <<https://www.ohe.org/sites/default/files/TheEconomicsofHeathCare2007.pdf>>.
- Quốc hội (2008), *Luật số 25/2008/QH Luật Bảo hiểm y tế*, ban hành ngày 14 tháng 11 năm 2008.