

## **Tổng quan mô hình hệ thống y tế của một số quốc gia trong khu vực và trên thế giới**

**Phan Huyền Dân**

Viện Nghiên cứu Gia đình và Giới

**Tóm tắt:** Bài viết mô tả những đặc điểm cơ bản về hệ thống y tế của một số quốc gia trong khu vực và trên thế giới, trong đó tập trung vào vai trò nhà nước, các loại hình bảo hiểm và một số dịch vụ y tế quan trọng như chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe dài hạn. Mỗi quốc gia với những khác biệt về quản lý hệ thống, thiết lập các trụ cột an sinh và xây dựng các loại hình dịch vụ y tế sẽ là những mô hình hữu ích để Việt Nam đánh giá và từng bước hoàn thiện hệ thống y tế trong nước.<sup>(1)</sup>

**Từ khóa:** Y tế; Hệ thống y tế; Singapore, Trung Quốc, Nhật Bản, Thụy Điển, Mỹ.

Ngày nhận bài: 2/2/2018; ngày chỉnh sửa: 2/3/2018; ngày duyệt đăng: 2/4/2018.

Bài viết tập trung mô tả hệ thống y tế của một số quốc gia trong khu vực và trên thế giới, bao gồm Singapore, Trung Quốc, Nhật Bản, Thụy Điển và Mỹ. Việc lựa chọn các quốc gia này bắt nguồn từ ba nhóm nguyên nhân sau: thứ nhất, đây là các quốc gia phát triển với hệ thống y tế lâu đời; thứ hai, việc lựa chọn phân theo khu vực địa lý giúp so sánh những điểm khác biệt giữa các quốc gia cũng như những điểm khác biệt trong hệ thống y tế từng quốc gia về vai trò nhà nước, loại hình bảo hiểm và cách thức tổ chức hệ thống cung cấp các dịch vụ y tế; thứ ba, giúp tạo cơ sở để so sánh

với hệ thống y tế của Việt Nam thông qua việc mô tả hệ thống y tế của các quốc gia đã được chọn lựa.

### Singapore

Chính phủ giữ vai trò thiết lập, xây dựng kế hoạch, duy trì và phát triển hệ thống y tế công. Bộ Y tế trực tiếp quản lý hoạt động của hệ thống y tế và lập kế hoạch cung cấp dịch vụ y tế. Singapore là quốc gia nhỏ nên chính quyền trung ương nắm toàn bộ hệ thống y tế. Chính phủ cung cấp bảo hiểm y tế toàn dân, trong đó, một mặt, đảm bảo hệ thống y tế có chi phí phải chăng, mặt khác, gắn trách nhiệm của các cá nhân đối với việc chi trả. Năm 2013, ngân sách nhà nước dành cho y tế chiếm 1,6% GDP (Department of Statistics, Singapore, 2013, dẫn theo Liu & Haseltine, 2016). Ngân sách này được sử dụng cho các khoản trợ cấp, các cuộc vận động khuyến khích nâng cao sức khỏe, đào tạo nâng cao năng lực và đầu tư cơ sở hạ tầng.

Singapore cung cấp bảo hiểm y tế phổ quát cho tất cả công dân. Nguồn tài chính cho loại hình bảo hiểm này bao gồm các khoản trợ cấp chính phủ, các chương trình tài trợ đa tầng và các khoản tiết kiệm cá nhân – tất cả các quỹ tài trợ này đều được quản lý ở cấp nhà nước. Chi trả tư nhân chiếm 69% tổng chi phí y tế quốc gia năm 2010, trong đó 10,1% có nguồn từ bảo hiểm tư nhân (WHO, 2013).

Mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế bao gồm bệnh viện, các cơ sở chăm sóc y tế, trung tâm chăm sóc và điều dưỡng. Bệnh viện ở Singapore chủ yếu là bệnh viện công, bệnh viện tư chỉ chiếm khoảng 20-30% (Mossialos E. và cộng sự, 2016). Bệnh viện công được xếp thành bốn mức, căn cứ trên mức độ tiện nghi. Bệnh nhân lựa chọn mức cao nhất sẽ nhận được dịch vụ như bệnh viện tư, nhưng không được trợ cấp. Bệnh nhân lựa chọn các mức còn lại sẽ nhận được mức trợ cấp khác nhau phụ thuộc vào mức độ tiện nghi và loại hình xét nghiệm. Bệnh viện tư nhân cung cấp khoảng 20% dịch vụ ở mức 2 và mức 3. Hiện nay, khu vực công đang đẩy mạnh liên kết với khu vực tư nhân, bắt đầu từ việc thuê không gian trống của bệnh viện tư để phục vụ bệnh nhân được trợ cấp.

Các đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu hầu như là tư nhân, chỉ có một số phòng khám công dành cho người có thu nhập thấp. Singapore có khoảng 1.400 phòng khám tư chuyên cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (Ministry of Health, 2013). Hệ thống y tế Singapore ngày càng đẩy mạnh hợp tác với mạng lưới y tế tư nhân. Chẳng hạn, chương trình Hỗ trợ y tế cộng đồng (bắt đầu năm 2012) cung cấp hình thức trợ cấp đi động cho người dân thuộc các hộ gia đình có thu nhập thấp và trung bình.

Các tổ chức phúc lợi tự nguyện và bệnh viện tư nhân cung cấp dịch vụ

chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi. Những bệnh nhân được chăm sóc theo hình thức này bắt buộc phải là công dân Singapore hoặc người trên 65 tuổi/bị tàn tật thường trú ở Singapore. ElderShield là chương trình bảo hiểm chăm sóc dài hạn do chính phủ quản lý, nhưng được vận hành bởi các công ty bảo hiểm tư nhân theo chỉ định của chính phủ. Hàng tháng, chương trình này chi trả trực tiếp tiền mặt cho những người cao tuổi không còn khả năng tự chăm sóc bản thân. Hàng năm, Chính phủ cũng hỗ trợ tài chính để tổ chức các khóa đào tạo chăm sóc người già và người tàn tật.

### Trung Quốc

Ở Trung Quốc, chính quyền trung ương có trách nhiệm chung về luật pháp, chính sách và quản lý hệ thống y tế quốc gia. Nguyên tắc phổ quát mà chính phủ đưa ra là mọi công dân đều được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản. Chính quyền địa phương có trách nhiệm cung cấp dịch vụ y tế tùy theo hoàn cảnh địa phương. Các cơ quan y tế bao gồm Ủy ban Y tế và Kế hoạch hóa gia đình Quốc gia và các Ủy ban Y tế và Kế hoạch hóa gia đình địa phương có trách nhiệm chính trong việc tổ chức và cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, đồng thời giám sát các đơn vị cung cấp dịch vụ (chủ yếu là bệnh viện). Thông thường, chính quyền địa phương cung cấp và chi trả bảo hiểm y tế (Fang, 2016).

Năm 2013, Trung Quốc chi khoảng 5,6% tổng sản phẩm quốc nội cho chăm sóc y tế, trong đó 30% do chính quyền địa phương chi trả và 36% hoặc từ nguồn bảo hiểm y tế công, bảo hiểm y tế tư nhân hoặc nguồn quyền góp vì sức khỏe xã hội (National Health and Family Planning Commission, 2014). Năm 2014, tổng chi phí cho bảo hiểm y tế chiếm khoảng 10% tổng chi phí bảo hiểm (cả công và tư) (Zhao và cộng sự, 2015).

Bảo hiểm y tế công có ba loại: 1) bảo hiểm cơ bản dựa trên việc làm ở đô thị (năm 1998); 2) bảo hiểm cơ bản cho dân cư ở đô thị (năm 2009); và 3) chương trình y tế hợp tác mới cho cư dân nông thôn (năm 2003). Bảo hiểm cơ bản dựa trên việc làm ở đô thị chủ yếu được chi trả từ thuế thu nhập của người lao động và người sử dụng lao động, Chính phủ chỉ tài trợ ở mức tối thiểu. Người lao động ở thành thị bắt buộc phải tham gia bảo hiểm này. Bảo hiểm cơ bản dành cho cư dân đô thị hoàn toàn mang tính tự nguyện ở cấp hộ gia đình. Cả hai loại bảo hiểm này đều do Bộ Nhân lực và An sinh Xã hội quản lý và chính quyền địa phương điều hành. Chương trình y tế hợp tác mới cũng là một loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện ở cấp hộ gia đình do Ủy ban Quốc gia về Y tế và Kế hoạch hóa Gia đình quản lý và chính quyền địa phương điều hành. Loại hình này bao phủ tới 98,7% dân số nông thôn vào năm 2013 (National Health and Family Planning Commission, 2014). Bảo hiểm y tế công gần đạt mức phổ cập, khoảng 95% dân số kể từ năm 2011 (Jiang & Ma, 2015).

Người dân có thể mua bảo hiểm y tế tư nhân bổ sung để chi trả các khoản khấu trừ và các khoản không thuộc phạm vi bảo hiểm y tế công. Bảo hiểm y tế tư nhân chủ yếu do các công ty vì lợi nhuận cung cấp. Trung Quốc khuyến khích phát triển thị trường này, vì vậy, bảo hiểm tư nhân có mức tăng trưởng khá nhanh và có thêm nhiều công ty nước ngoài lấn sân vào thị trường bảo hiểm.

Ở Trung Quốc, bệnh viện có bốn loại hình cơ bản: bệnh viện công, bệnh viện tư, bệnh viện vì lợi nhuận và bệnh viện phi lợi nhuận. Bệnh viện công chiếm khoảng 55%, bệnh viện tư chiếm khoảng 45% tổng số bệnh viện trên cả nước. Bệnh viện ở khu vực nông thôn thường là bệnh viện công, còn ở khu vực thành thị thì có cả bệnh viện công và tư. Bệnh viện tuyến xã ở nông thôn và bệnh viện cộng đồng ở thành thị thường chỉ được coi là cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu nên mô hình giống như trạm y tế thôn hơn là bệnh viện thực sự.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của Trung Quốc được cung cấp bởi cả khu vực nhà nước và khu vực tư nhân. Dịch vụ chủ yếu được thực hiện ở cấp cơ sở bởi đội ngũ bác sĩ cấp thôn, nhân viên y tế ở các trạm y tế địa phương, bác sĩ đa khoa tuyến xã ở nông thôn, bệnh viện cộng đồng ở thành thị, bệnh viện tuyến 2, tuyến 3. Bác sĩ và nhân viên y tế ở trạm y tế thôn hay sống cùng địa bàn với bệnh nhân, nên họ thường tình nguyện khám chữa bệnh ngoài giờ nếu cần. Bệnh viện tuyến xã ở nông thôn và bệnh viện tuyến 2, tuyến 3 ở thành thị đều có phòng và khoa cấp cứu, vì thế góp phần làm giảm nhu cầu bệnh nhân tìm đến các phòng khám tư. Khoa cấp cứu không yêu cầu sàng lọc bệnh nhân, vì thế, bệnh nhân có thể tới thăm khám bất kỳ lúc nào. Bệnh viện công tuyến trung ương thường không hỗ trợ dịch vụ khám bệnh ngoài giờ, vì đã có bệnh viện tuyến dưới.

Theo truyền thống Trung Quốc, gia đình có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe dài hạn cho bệnh nhân, vì vậy, ở Trung Quốc, có rất ít cơ sở y tế chính thức cung cấp dịch vụ này. Những người thực hiện chăm sóc sức khỏe trong gia đình không thuộc đối tượng được hỗ trợ về tài chính hoặc ưu đãi thuế. Bảo hiểm chăm sóc dài hạn gần như không tồn tại, vì vậy, chi phí chăm sóc ở các trung tâm chăm sóc y tế dài hạn chủ yếu do bệnh nhân tự chi trả. Điều kiện vật chất ở các trung tâm này còn nghèo nàn; còn ở các trung tâm cao cấp thì bệnh nhân phải xếp hàng dài để được thăm khám. Theo Cục Thống kê quốc gia (2014), năm 2013, có khoảng 4,94 triệu giường bệnh dành cho người già khuyết tật.

### **Nhật Bản**

Chính phủ kiểm soát gần như toàn bộ các lĩnh vực của hệ thống bảo hiểm y tế công (PHIS). Chính phủ đưa ra quy định về chi phí khám chữa bệnh và trợ cấp cho chính quyền địa phương, người mua bảo hiểm và các công ty bảo hiểm. Với Nhật Bản, việc đảm bảo một hệ thống y tế chất

lượng cao và phù hợp nhu cầu của người dân được quy định cụ thể trong luật pháp. Hơn 1.700 địa bàn thực hiện các hợp phần PHIS và bảo hiểm chăm sóc y tế dài hạn, đồng thời tổ chức những hoạt động nhằm nâng cao sức khỏe cho cộng đồng (Tatara & Okamoto, 2009).

Năm 2013, chi phí chăm sóc y tế chiếm khoảng 10% GDP, 83% trong số đó được bảo hiểm y tế công chi trả thông qua hệ thống PHIS (OECD, 2015). Trong hệ thống bảo hiểm y tế công, phí bảo hiểm, trợ cấp trích từ thuế và khoản do bệnh nhân tự chi trả chiếm lần lượt là 49%, 38% và 12% của tổng chi phí chăm sóc y tế (MHLW, 2014a).

Công dân Nhật Bản bắt buộc phải tham gia một hình thức bảo hiểm PHIS nào đó tùy vào tình trạng việc làm và/hoặc nơi cư trú, những người không phải là công dân nhưng cư trú dài hạn cũng phải tham gia PHIS. Những người không duy trì bảo hiểm y tế sẽ phải trả phí bằng hai năm bảo hiểm khi họ đăng ký tham gia trở lại. Người được hưởng trợ cấp xã hội nghiêm nhiên được hưởng bảo hiểm y tế công. Công dân và những người không phải là công dân nhưng cư trú dài hạn có tham gia PHIS dành cho lứa tuổi trên 40 bắt buộc phải tham gia bảo hiểm chăm sóc sức khỏe dài hạn.

Ở Nhật, bệnh viện công chỉ cung cấp khoảng 20% số giường nằm, bệnh viện tư phi lợi nhuận cung cấp tới gần 80% số giường nằm. Một số bệnh viện tư và phi lợi nhuận vẫn nhận được trợ cấp nhà nước vì có yếu tố công trong đó. Chính phủ ngăn chặn không cho các công ty vì lợi nhuận lấn sân vào lĩnh vực bệnh viện. Chỉ có các bệnh viện do công ty vì lợi nhuận lập ra dành cho nhân viên của mình mới được phép hoạt động.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu ở Nhật chủ yếu do tư nhân cung cấp. Hầu hết các phòng khám và khoa khám bệnh ngoại trú của bệnh viện đều cung cấp dịch vụ này. Sở hữu các phòng khám đa số là bác sĩ hoặc các tập đoàn y tế (đây là các thực thể pháp lý đặc biệt trong quản lý chăm sóc y tế, thường thuộc sở hữu của bác sĩ, vì thế bác sĩ cũng là những người kiểm soát các phòng khám và bệnh viện này). Dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu nằm trong diện bảo hiểm toàn dân. Chi phí chăm sóc sức khỏe ban đầu được tính toán dựa trên hệ thống tính phí dịch vụ y tế áp dụng trên phạm vi cả nước.

Các tỉnh thành có trách nhiệm quản lý Bảo hiểm y tế dài hạn bắt buộc cấp quốc gia (LTCI) dành cho người trên 65 tuổi và người khuyết tật từ 40 đến 64 tuổi. Bảo hiểm này chi trả cho dịch vụ chăm sóc tại nhà, các thiết bị hỗ trợ dành cho người khuyết tật và chi phí sửa nhà. Các dịch vụ y tế như chăm sóc giảm nhẹ thương tật, chăm sóc y tế cuối đời ở bệnh viện hoặc các dịch vụ y tế khác nằm trong dịch vụ chăm sóc tại nhà sẽ do bảo hiểm y tế công chi trả, còn dịch vụ dưỡng lão do LTCI chi trả.

Năm 2013, phần lớn các đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà

đều là tư nhân, 64% là công ty vì lợi nhuận và 35% là phi lợi nhuận (MHLW, 2014b). Mặc dù các công ty vì lợi nhuận không được phép cung cấp các dịch vụ y tế theo định chế LTCI, người dân vẫn có thể tự chi trả để sử dụng dịch vụ dưỡng lão tư nhân (MHLW, 2013).

Trợ cấp nghỉ làm để chăm sóc người thân trong gia đình (nằm trong bảo hiểm lao động) được thanh toán lên tới ba tháng kể từ khi nhân viên xin nghỉ để chăm sóc cho người thân (Kwon, 2014, dẫn theo Matsuda, R. 2016).

## Thụy Điển

Ở Thụy Điển, chính quyền cả ba cấp quốc gia, khu vực và cơ sở đều tham gia xây dựng hệ thống chăm sóc y tế. Ở cấp quốc gia, Bộ Y tế và các vấn đề xã hội phối hợp với 8 cơ quan chính phủ chịu trách nhiệm chung về vấn đề y tế và các chính sách chăm sóc y tế. Ở cấp khu vực, 12 hội đồng tỉnh thành và 9 cơ quan trực thuộc vùng chịu trách nhiệm hỗ trợ tài chính và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người dân. Ở cấp cơ sở, 290 huyện thị chịu trách nhiệm đối với dịch vụ chăm sóc người già và người khuyết tật. Hiệp hội chính quyền cơ sở và khu vực SALAR là đại diện của chính quyền cấp khu vực và cấp cơ sở của Thụy Điển (Glennard, 2016).

Năm 2013, chi phí y tế của Thụy Điển chiếm tới 11% GDP. Khoảng 84% trong số đó là từ nguồn tài chính công (57% là từ Hội đồng tỉnh thành, 25% từ chính quyền cơ sở và 2% từ chính quyền trung ương) (Statistics Sweden, 2015). Trợ cấp chính phủ nhằm tái phân bổ các nguồn lực giữa các tỉnh thành và địa phương. Trợ cấp chính phủ cũng hỗ trợ tài chính cho các sáng kiến cải tiến chất lượng dịch vụ y tế (Glennard, 2016).

Bảo hiểm y tế công có tính toàn dân và tự động. Tất cả bệnh nhân thuộc các nước trong Liên minh châu Âu, khu vực kinh tế chung châu Âu và 9 nước ký hợp tác song phương với Thụy Điển đều được hưởng bảo hiểm cấp cứu. Trẻ em tị nạn hoặc chưa có giấy tờ được hưởng dịch vụ chăm sóc y tế giống như trẻ em là cư dân thường trú tại Thụy Điển. Người tị nạn trưởng thành chỉ được hưởng các dịch vụ y tế không thể trì hoãn như chăm sóc thai sản. Người không có giấy tờ chỉ được sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp và không được hưởng trợ cấp chính phủ.

Bảo hiểm y tế tư nhân dưới dạng bảo hiểm bổ sung chiếm chưa tới 1% tổng chi phí chăm sóc y tế. Ý nghĩa chính của bảo hiểm tư nhân là giúp bệnh nhân có thể gặp bác sĩ chuyên khoa để điều trị tự chọn mà không phải chờ đợi.

Thụy Điển có tổng cộng 7 bệnh viện trực thuộc các trường đại học và hơn 70 bệnh viện thuộc quản lý của Hội đồng tỉnh thành. 6 trong số 7 bệnh viện đó thuộc sở hữu tư nhân và 3 trong số đó là phi lợi nhuận, số còn lại

là bệnh viện công. Mỗi tỉnh thành chia thành 6 vùng chăm sóc y tế để duy trì hợp tác và thúc đẩy phát triển mô hình chăm sóc sức khỏe tiên tiến. Những dịch vụ chăm sóc y tế chuyên sâu thường yêu cầu những thiết bị hiện đại nhất và tập trung chủ yếu ở bệnh viện trực thuộc các trường đại học với mục đích tập trung phát triển y tế chuyên sâu mạnh mẽ ở các trung tâm y tế học thuật, tạo ra cơ hội phát triển và nghiên cứu.

Hệ thống y tế Thụy Điển mang tính lồng ghép cao. Khoảng 60% cơ sở y tế công và 40% cơ sở y tế tư nhân cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Mô hình phổ biến của dịch vụ này bao gồm một đội với khoảng bốn bác sĩ đa khoa, y tá, hộ lý, bác sĩ vật lý trị liệu, bác sĩ tâm lý, bác sĩ phụ khoa. Người dân có thể đăng kí khám chữa bệnh với bất kì cơ sở y tế nào (cả công và tư) được cấp phép. Các cơ sở y tế (cả công và tư) đều nhận được khoản thanh toán hỗn hợp, trong đó có 2-3% cho chất lượng khám chữa bệnh (Glennard, 2016).

Chính quyền cơ sở có trách nhiệm cung cấp tài chính và tổ chức dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn cho người lớn tuổi và hỗ trợ người khuyết tật trong địa bàn quản lý. Bộ luật dịch vụ xã hội quy định người cao tuổi có quyền được hưởng các dịch vụ và hỗ trợ từ xã hội bao gồm tiền trợ giúp chăm sóc tại nhà và đồ ăn. Người cao tuổi cũng được hỗ trợ chăm sóc cuối đời dù họ ở nhà riêng, trại dưỡng lão hay bệnh viện. Chính sách quốc gia thúc đẩy dịch vụ hỗ trợ và chăm sóc tại nhà giúp cho người già sống ở nhà riêng của họ lâu nhất có thể. Chính quyền cơ sở có thể trực tiếp hoàn lại chi phí cho những người chăm sóc phi chính thức (gọi là phụ cấp chăm sóc người thân) hoặc thuê họ thực hiện chăm sóc.

## Mỹ

Tại Mỹ, Bộ luật Chăm sóc y tế với giá cả phải chăng (ACA) được ban hành năm 2010 đã thiết lập “trách nhiệm chia sẻ” giữa chính phủ, người sử dụng lao động và các cá nhân nhằm đảm bảo tất cả công dân Mỹ đều được tiếp cận với dịch vụ bảo hiểm y tế chất lượng cao có giá cả hợp lý. Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) quản lý chương trình Medicare (Bảo hiểm liên bang dành cho người trên 65 tuổi, người khuyết tật hoặc có hoàn cảnh đặc biệt), đồng thời phối hợp với chính quyền tiểu bang để quản lý Medicaid (bảo hiểm hỗ trợ chi phí y tế cho người có thu nhập và tài sản hạn chế) và Chương trình bảo hiểm y tế dành cho trẻ em. Đây là một tập hợp các chương trình giữa chính quyền liên bang và chính quyền tiểu bang dành cho dân số có thu nhập thấp (The Commonwealth Fund, 2016).

Năm 2013, chi phí y tế công chiếm khoảng 48% tổng chi phí y tế nói chung (OECD, 2015). Chương trình Medicare có nguồn tài chính từ thuế tiền lương, phí bảo hiểm và nguồn thu của chính phủ liên bang. Medicaid được gây quỹ từ thuế và do các tiểu bang quản lý. Các tiểu bang nhận tài

trợ từ chính phủ liên bang cho chương trình Medicaid theo tỉ lệ tương ứng với thu nhập bình quân đầu người của mỗi tiểu bang. Việc mở rộng chương trình Medicaid theo Bộ luật ACA được chính phủ liên bang hỗ trợ tài chính toàn bộ cho đến năm 2017 và giảm xuống 90% từ 2017 đến 2020.

Năm 2014, Mỹ có 33 triệu người không tham gia bảo hiểm, chiếm 10,4% dân số (U.S. Census Bureau, 2014). Sau đó, Mỹ áp dụng Bộ luật ACA, với những cải cách bao gồm: yêu cầu gần như tất cả người Mỹ phải mua bảo hiểm y tế; mở cửa thị trường bảo hiểm y tế mang lại nguồn trợ cấp phí bảo hiểm cho những người thu nhập trung bình và thu nhập thấp; mở rộng chương trình Medicaid ở các tiểu bang giúp tăng phạm vi bảo hiểm cho người thu nhập thấp. Theo dự kiến đến năm 2018, việc áp dụng Bộ luật ACA sẽ làm giảm 24 triệu người không có bảo hiểm y tế (CBO, 2015).

Năm 2013, chi phí cho bảo hiểm y tế tư nhân chiếm 33% tổng chi phí chăm sóc y tế (CMS, 2015). Năm 2014, thị trường bảo hiểm y tế do nhà nước liên bang và tiểu bang quản lý được thành lập nhằm cung cấp thêm một hướng tiếp cận bảo hiểm y tế tư nhân dành cho người có thu nhập trung bình và thu nhập thấp. Ngoài ra, các bang cũng tham gia vào chương trình mở rộng đối tượng Medicaid được nhận trợ cấp liên bang.

Bệnh viện có thể tồn tại dưới hình thức phi lợi nhuận (cung cấp khoảng 70% giường bệnh trên cả nước), vì lợi nhuận (15% giường bệnh) hoặc bệnh viện công (15% giường bệnh). Bệnh viện công có thể phục vụ bệnh nhân không tham gia bảo hiểm.

Cũng tùy quy định của từng chương trình bảo hiểm mà bệnh nhân có thể dễ dàng hoặc gặp nhiều khó khăn hơn khi muốn khám bác sĩ chuyên khoa. Đặc biệt đối với người tham gia chương trình Medicaid và người không tham gia bảo hiểm thì việc hẹn khám với bác sĩ chuyên khoa gặp khó khăn hơn, trước hết vì mạng lưới an sinh dành cho dịch vụ chăm sóc chuyên khoa khá hạn chế, ngoài ra một số bác sĩ chuyên khoa từ chối tiếp bệnh nhân thuộc chương trình Medicaid vì tỉ lệ hoàn phí thấp.

Dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn được cung cấp bởi cả công ty vì lợi nhuận và phi lợi nhuận. Medicaid – chương trình có phạm vi bảo hiểm chăm sóc sức khỏe dài hạn rộng nhất - yêu cầu người tham gia được chứng thực có đủ điều kiện tham gia, vì thế, bệnh nhân thường xuyên cắt bớt tài sản của họ để đủ điều kiện tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe dài hạn. Hầu hết các cơ sở điều dưỡng có giấy phép đều là cơ sở y tế vì lợi nhuận (chiếm 69%), chỉ có 24% là phi lợi nhuận và 6% là của Chính phủ (Henry J. Kaiser Family Foundation, 2015). Một số bang có chương trình hỗ trợ người chăm sóc phi chính thức và ngân sách y tế giúp đỡ bệnh nhân sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà. Tuy nhiên, hầu hết những người



chăm sóc phi chính thức đều không được nhận các khoản tiền hoặc ưu đãi khi họ chăm sóc người thân.

### Kết luận

Từ những mô tả về hệ thống y tế của một số nước trong khu vực và trên thế giới, có thể thấy mỗi quốc gia có sự phân quyền trong quản lý hệ thống, thiết lập các trụ cột an sinh và xây dựng các loại hình dịch vụ y tế với rất nhiều điểm riêng biệt. Chính quyền trung ương Singapore nắm toàn bộ hệ thống y tế, đẩy mạnh mạng lưới y tế tư nhân, đồng thời xây dựng hệ thống “chân vạc” bảo hiểm công “3Ms” vững chắc. Trung Quốc chú trọng mạng lưới y tế cơ sở và hoàn thành cơ bản mục tiêu mọi công dân đều được hưởng các dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản. Chính phủ Nhật Bản kiểm soát hầu như toàn bộ hệ thống y tế, nhưng cung cấp phần lớn dịch vụ y tế là các bệnh viện tư phi lợi nhuận. Hệ thống y tế Thụy Điển mang tính lồng ghép cao và tập trung phát triển y tế chuyên sâu ở các trung tâm y tế học thuật. Mỹ quản lý hệ thống y tế ở hai cấp liên bang và tiểu bang, với những nỗ lực không ngừng trong việc mở rộng phạm vi bảo hiểm hướng tới đối tượng có thu nhập trung bình và thấp, từ đó nâng cao tỉ lệ người tham gia bảo hiểm. Những đặc điểm riêng biệt đó là những mô hình hữu ích để Việt Nam đánh giá và từng bước hoàn thiện hệ thống y tế trong nước. ■

### Chú thích

<sup>(1)</sup> Bài viết là sản phẩm của Đề tài cấp Bộ “Nghiên cứu khả năng tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh có chất lượng của gia đình Việt Nam hiện nay” (Mã số: KHXH-GD/16-19/11). Đề tài thuộc Chương trình “Nghiên cứu, đánh giá tổng thể về gia đình thời kỳ công nghiệp hóa - hiện đại hóa đất nước và hội nhập quốc tế” của Viện Hàn lâm Khoa học Xã hội Việt Nam.

### Tài liệu trích dẫn

#### Singapore

Liu, C. and Haseltine, W. 2016. The Singaporean Health Care System, 2015. In Mossialos E. et al. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. 179 pages. (143-151).

Ministry of Health, Singapore. 2013. *Expenditure Overview*. Department of Statistics, Singapore.

Mossialos E. et al. 2016. *2015 International Profiles of Health Care Systems*. 179 pages.

Haseltine, W. A. 2013. *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*.

World Health Organization (WHO). 2013. *World Health Statistics 2013*. Part III, “Global Health Indicators” 138–39. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/).

#### Trung Quốc

Fang, H. 2016. The Chinese Health Care System, 2015. In Mossialos E. et al. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. 179 pages. (31-38).

- Jiang, C. and J. Ma. 2015. "Analyzing the role of overall basic medical insurance in the process of universal health coverage". *Chinese Health Service Management* 2(320):108–10.
- National Health and Family Planning Commission. 2014. *China Health and Family Planning Statistical Yearbook 2014*. ChinaUnion Medical University Press, Beijing.
- National Bureau of Statistics. 2014. *China Statistical Yearbook 2014*. China Statistics Press, Beijing.
- Zhao, D., S. He, R. Zhang, B. Sun, Y. Chen. 2015. *Analysis on Commercial Health Insurance Among Stakeholders in China*. *Health Economics Research*, 5(337):37–39.
- Nhật Bản*
- Matsuda, R. 2016. The Japanese Health Care System, 2015. Trong Mossialos E. et al. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. 179 pages. (107-114).
- Ministry of Health, Labor and Welfare. 2013. *The current situation and future direction of the Long-Term Care Insurance System in Japan, with a focus on housing for the elderly*.
- Ministry of Health, Labor and Welfare. 2014a. *Estimates of National Medical Care Expenditure, Summary of Results for FY 2012*.
- Ministry of Health, Labor and Welfare. 2014b. *2012 Survey of Long-Term Care Providers, 2012*.
- OECD. 2015. *OECD Health Data 2015*.
- Tatara, K., & Okamoto, E. 2009. *Japan: Health system review*. *Health systems in Transition* 11(5).
- Thụy Điển*
- Glenngard, A. H. 2016. *The Swedish Health Care System, 2015*. Trong Mossialos E. et al. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. 179 pages. (153-160).
- Statistics Sweden. 2015. *Systems of Health Accounts (SHA) 2001–2013*.
- Mỹ*
- Congressional Budget Office (CBO). 2015. *Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act-CBO's March 2015*. Baseline, <https://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/43900-2015-03-ACAables.pdf>.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2015. *National Health Expenditure Data*. <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nhe-fact-sheet.html>.
- Henry J. Kaiser Family Foundation. 2015. *Number of Dual Eligible Beneficiaries*. <http://kff.org/medicare/state-indicator/dual-eligible-beneficiaries/>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2015. *Health Data*.
- The Commonwealth Fund. 2016. The U.S. Health Care System, 2015. Trong Mossialos E. et al. (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. 179 pages. (171-179).
- U.S. Census Bureau. 2014. *Health Insurance Coverage in the United States: 2014*. Current Population Reports. <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-253.pdf>.