

Tài chính y tế của các nước trong khu vực Đông Nam Á

NGUYỄN THỊ THU THƯƠNG*

Tóm tắt

Đảm bảo một hệ thống tài chính y tế cung cấp các nguồn lực trả trước cho các dịch vụ y tế quan trọng, mà không gây áp lực tài chính quá mức cho các hộ gia đình, là mục tiêu chính sách y tế bao trùm của nhiều quốc gia trong khu vực Đông Nam Á (ASEAN). Nghiên cứu đã sử dụng dữ liệu tài chính y tế của 10 quốc gia ASEAN trong giai đoạn 1995-2015 để phân tích nguồn lực, sự chuyển đổi tài chính y tế và sự ưu tiên của chính phủ cho y tế.

Từ khóa: tài chính y tế, chính sách y tế bao trùm, Đông Nam Á

Summary

Ensuring a health financing system that provides prepaid resources for critical health services without exerting excessive financial pressure on households is the overarching goal of health policy in many ASEAN countries. This study uses health financing data of 10 ASEAN countries over the period 1995-2015 to analyze resources, health financing transition and government priorities for health sector.

Keywords: health financing, overarching health policy, Southeast Asia

GIỚI THIỆU

Cải thiện y tế công cộng và giảm gánh nặng chi tiêu y tế tự chi trả từ tiền túi (OOPE) là mục tiêu chính sách y tế công khai ở nhiều quốc gia trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương (WHO, 2015). Khung của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về hệ thống y tế nhấn mạnh, phân tích chi tiêu y tế là đầu vào có giá trị cho việc lập kế hoạch hệ thống y tế và có thể là chỉ dẫn hiệu quả để đạt được bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân (UHC), trong đó có việc giảm gánh nặng tài chính của các hộ gia đình bằng cách bảo vệ họ trước các chi phí bệnh tật. Để đạt được UHC, đòi hỏi các hệ thống tài chính y tế phải thực hiện tốt chức năng chia sẻ rủi ro. Trong đó, quỹ chia sẻ rủi ro cần phải có nguồn lực bền vững đủ để tài trợ cho các dịch vụ y tế quan trọng ở cấp quốc gia.

Mười quốc gia ở khu vực ASEAN, với mức độ phát triển kinh tế và tốc độ mở rộng bao phủ dịch vụ y tế và bảo vệ tài chính khác nhau, đã được lựa chọn cho nghiên cứu này, bao gồm: Brunei, Campuchia, Indonesia, Lào, Malaysia, Myanmar, Philippines, Singapore, Thái Lan và Việt Nam. Bởi, các quốc gia này

chiếm một phần tư dân số thế giới, với tỷ lệ cao các bệnh truyền nhiễm và không lây nhiễm, cũng như có sự đa dạng rất lớn về địa lý, ngôn ngữ, cấu trúc chính trị và thường phải đối mặt với những thách thức chung về sức khỏe. Đồng thời, khu vực này có sự khác biệt lớn về chỉ số kinh tế và nghèo đói giữa các quốc gia...

Nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp cái nhìn tổng quát về nguồn lực, khuynh hướng tài chính y tế và cách thức phân bổ nguồn lực cho y tế của các quốc gia ASEAN.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu sử dụng các thông tin thứ cấp, được thu thập từ các báo cáo và các tạp chí khác nhau. Các số liệu thứ cấp về tài chính y tế và tài khoản quốc gia của 10 nước trong giai đoạn 2000-2017 được thu thập từ dữ liệu chi tiêu y tế toàn cầu của WHO và dữ liệu của Ngân hàng Thế giới. Nghiên cứu đã sử dụng phương pháp so sánh, thống kê mô tả để phân tích. Các dữ liệu được xử lý thông qua phần mềm Excel và STATA 14.

KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

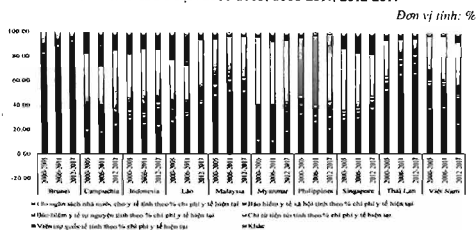
Cơ cấu về nguồn tài chính y tế

Có 5 cách thu ngân sách để tài trợ cho chăm sóc sức khỏe, đó là từ thu nhập chung (thuế), đóng góp bảo hiểm y tế xã hội bắt buộc, đóng góp bảo hiểm y tế tự nhân từ nguyện, thanh toán bằng tiền túi và tài trợ quốc tế. Hầu

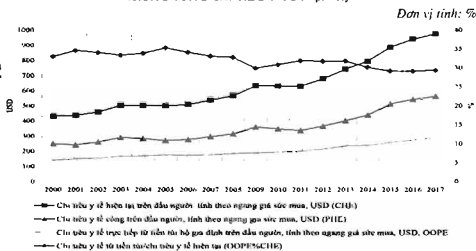
*TS., Trường Đại học Kinh tế và Quản trị Kinh doanh, Đại học Thái Nguyên

Ngày nhận bài: 15/05/2020; Ngày phân biệt: 20/05/2020; Ngày duyệt đăng: 24/05/2020

BIỂU ĐỒ 1: CHI PHÍ Y TẾ QUỐC GIA THEO NGUỒN TÀI CHÍNH, TÍNH TRUNG BÌNH CHO CÁC GIAI ĐOẠN 2000-2005, 2006-2011, 2012-2017



BIỂU ĐỒ 2: CHI TIÊU CHO Y TẾ VÀ TỶ LỆ CHI TIÊU TỪ TIỀN TÚI TRONG TỔNG CHI TIÊU Y TẾ HIỆN TẠI



Nguồn: Tính toán của tác giả

hết các quốc gia có thu nhập cao, tài chính y tế chủ yếu dựa vào thuế hoặc đóng bảo hiểm y tế xã hội bắt buộc, trong khi các nước thu nhập thấp phụ thuộc nhiều hơn vào OOPe. Các quốc gia ASEAN áp dụng các cách khác nhau để huy động tài chính cho chăm sóc sức khỏe.

Biểu đồ 1 mô tả cơ cấu nguồn tài chính cho y tế của các quốc gia trong khu vực ASEAN, giai đoạn 2000-2017. Các số liệu trong giai đoạn này cho thấy, OOPe là nguồn tài chính lớn nhất cho y tế ở hầu hết các quốc gia, đặc biệt là những quốc gia có mức chi ngân sách nhà nước cho y tế thấp. WHO đã đề xuất 2 mục tiêu tài chính y tế quan trọng để đạt được UHC ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương, gồm: (i) OOPe không được vượt quá 30%-40% chi tiêu y tế; (ii) Hơn 70% dân số nên được bao phủ bởi hệ thống trả trước và chia sẻ rủi ro (D. K. Behera và U. Dash, 2018).

Biểu đồ 1 cho thấy, khuynh hướng chi tiêu y tế của các quốc gia trong khu vực ASEAN như sau:

Thứ nhất, các quốc gia, như: Myanmar, Campuchia, Indonesia, Lào, Malaysia, Việt Nam và Singapore có OOPe vượt quá giới hạn 30%-40%. Khuynh hướng này gắn liền với chi tiêu y tế của chính phủ (từ ngân sách nhà nước và bảo hiểm y tế xã hội) thấp hơn. Kết quả này ngụ ý rằng, các quốc gia trên cung cấp sự bảo vệ tài chính ít

hơn cho người dân và sự hạn chế của việc bao phủ bởi các chương trình chi trả trước. Khi các nguồn chi trả từ tư nhân chiếm tỷ trọng cao sẽ luôn tạo nên sự thiếu công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Nếu không có sự hỗ trợ của Nhà nước, thì những người dân không có khả năng chi trả cho chăm sóc y tế sẽ khó có thể tiếp cận được tới các dịch vụ, có khả năng nhận được những dịch vụ có chất lượng thấp, hoặc bị nghèo hóa khi phải trả các chi phí y tế quá lớn.

Thứ hai, các quốc gia, như: Brunei và Thái Lan có OOPe thấp hơn giới hạn 30%-40%, gắn liền với chi tiêu y tế của chính phủ cao hơn. Điều đó ngụ ý rằng, các quốc gia này đã được cung cấp bao phủ tài chính theo các cơ chế trả trước khác nhau.

Thứ ba, các quốc gia, như: Malaysia, Philippines, Thái Lan, Indonesia và Việt Nam đã bắt đầu tăng chi tiêu cho y tế thông qua hệ thống bảo hiểm y tế tự nguyện.

Chuyển đổi tài chính y tế

Tài chính y tế đóng vai trò quan trọng trong việc đạt mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Tuy nhiên, các quốc gia trong khu vực ASEAN đang đối mặt với những hạn chế tài chính rất lớn, dẫn đến sự thiếu hụt đầu tư công cho y tế. Nói cách khác, phần doanh thu của chính phủ phân bổ cho y tế bị hạn chế. Kết quả là các khoản chi tiêu y tế từ tiền túi của hộ gia đình cao (D. K. Behera và U. Dash, 2018).

Theo S. W. Fan VY (2014), ở hầu hết các quốc gia có thu nhập thấp và thu nhập trung bình, chi tiêu y tế từ trả của hộ gia đình tăng lên một cách tuyệt đối, nhưng phần của nó trong tổng chi tiêu y tế giảm, bởi vì quỹ chia sẻ rủi ro tăng nhanh hơn. Xu hướng này cũng không ngoại lệ đối với các quốc gia trong khối ASEAN. Biểu đồ 2 thể hiện xu hướng trong quá trình chuyển đổi tài chính y tế - sự gia tăng tổng chi phí y tế hiện tại (CHE) ở trục y bên trái và sự giảm xuống của phần chi phí y tế từ tiền túi của hộ gia đình (OOPe) trong tổng chi phí y tế (OOPe%CHE) ở trục y bên phải. Xu hướng gia tăng CHE và giảm OOPe%CHE được quan sát trong suốt giai đoạn từ năm 2000 đến năm 2017.

Nghiên cứu của S. W. Fan VY (2014) cho thấy, không nhất thiết là chuyển đổi tài chính y tế ở tất cả các quốc gia diễn ra với cùng tốc độ theo thời gian và sẽ bị ảnh hưởng bởi chính sách công của chính phủ. Bằng việc so sánh sự thay đổi hàng năm trong chi tiêu công cho y tế bình quân đầu

người (quỹ chia sẻ rủi ro) với thay đổi hàng năm trong chi tiêu y tế từ tiền túi của các hộ gia đình, có thể thấy 3 mô hình chuyển đổi tài chính y tế quan trọng trong xu hướng chi tiêu y tế của các quốc gia trong khối ASEAN (Biểu đồ 3). Cụ thể là:

Mô hình 1: Khi chi tiêu công cho y tế tăng, còn chi tiêu y tế từ tiền túi giảm hoặc giữ nguyên, các quốc gia trải qua sự dịch chuyển nhanh qua quá trình chuyển đổi tài chính y tế (Thái Lan và Indonesia).

Mô hình 2: Khi chi tiêu công cho y tế tăng tăng nhanh hơn tốc độ tăng chi tiêu y tế từ tiền túi, các quốc gia tiến triển qua quá chuyển đổi tài chính y tế chậm hơn (Campuchia, Malaysia và Singapore).

Mô hình 3: Khi chi tiêu công cho y tế tăng chậm hơn tốc độ tăng chi tiêu y tế từ tiền túi, các quốc gia trải qua sự lữ thoái trong quá chuyển đổi tài chính y tế (Brunei, Lào, Myanmar, Philippines và Việt Nam).

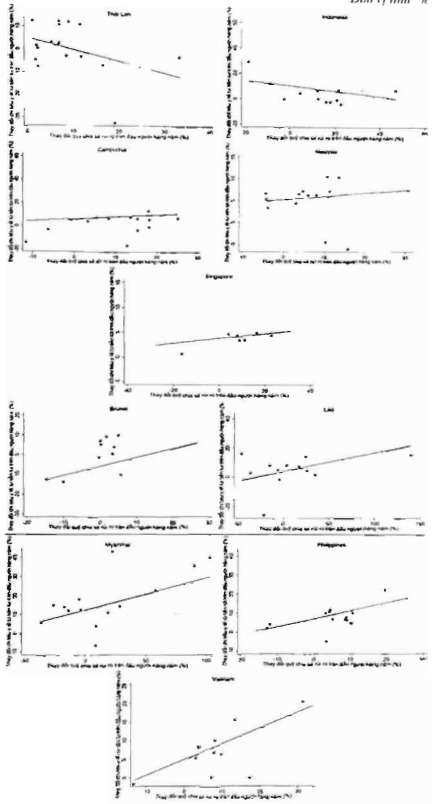
Sự ưu tiên của chính phủ dành cho y tế

Hầu hết các nước trong khu vực ASEAN đã cải thiện phân bổ ngân sách cho y tế trong 18 năm qua, được thể hiện thông qua sự gia tăng phần chi tiêu cho y tế trong tổng chi tiêu công (Biểu đồ 4). Trong giai đoạn 2012-2017, chi tiêu công trung bình cho y tế của khu vực là khoảng 7,4% tổng chi tiêu công, từ 3,4% (Myanmar) đến 14,6% (Thái Lan). Tuy nhiên, trong khi một số quốc gia ngày càng ưu tiên chi tiêu y tế theo thời gian (Indonesia, Malaysia, Myanmar, Philippines, Singapore và Thái Lan), thì những năm gần đây, 3 trong số 10 nước đã dành chi tiêu công ít hơn cho y tế (Brunei, Campuchia và Lào).

Biểu đồ 5 cho thấy, ưu tiên của chính phủ dành cho lĩnh vực y tế tại các quốc gia trong khu vực ASEAN dường như không liên quan nhiều đến thu nhập bình quân trên đầu người. Quốc gia có thu nhập bình quân đầu người cao như Brunei (khoảng 80.000 USD), không dành ưu tiên cao hơn cho y tế trong chi tiêu công (khoảng 6%). Tỷ lệ chi tiêu cho y tế của Brunei chỉ tương đương với mức của Lào - nước có thu nhập bình quân đầu người thấp nhất trong khối ASEAN. Ngược lại, Thái Lan - quốc gia có thu nhập thấp hơn rất nhiều so với Singapore (17.909 USD), phân bổ trên 15% chi tiêu công cho lĩnh vực y tế. Việt Nam có thu nhập bình quân đầu người tương đương với Lào, thấp hơn nhiều so với Indonesia

BIỂU ĐỒ 3: SỰ THAY ĐỔI CỦA QUỸ CHIA SẺ RỦI RO VÀ CHI PHÍ Y TẾ TỪ TIỀN TÚI GIAI ĐOẠN 2000-2017

Đơn vị tính %



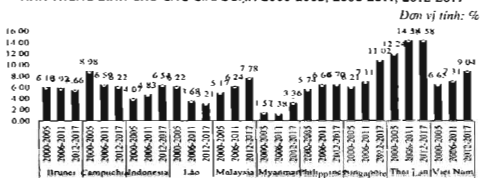
Nguồn: Tính toán của tác giả

và Malaysia, song đã dành khoảng 9,5% chi tiêu chính phủ cho y tế, trong khi tỷ lệ này ở Lào, Indonesia và Malaysia lần lượt là 7,0%, 8,7% và 8,9%.

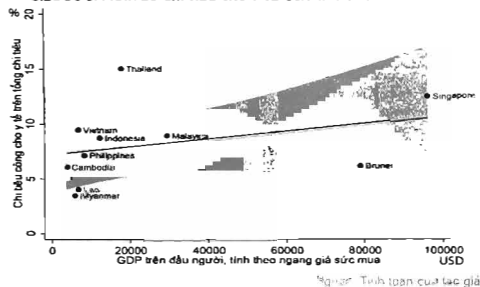
KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu đã phân tích khả năng huy động tài chính của hệ thống tài chính y tế tại các nước ASEAN.

BIỂU ĐỒ 4: CHI TIÊU CÔNG CHO Y TẾ TRONG TỔNG CHI TIÊU CỦA CHÍNH PHỦ, TÍNH TRUNG BÌNH CHO CÁC GIAI ĐOẠN 2000-2005, 2006-2011, 2012-2017



BIỂU ĐỒ 5: PHÂN BỐ CHI TIÊU CHO Y TẾ CỦA CÁC QUỐC GIA ASEAN



Kết quả cho thấy, nguồn tài chính lớn nhất cho y tế ở hầu hết các quốc gia trong khu vực là OOEPE, đặc biệt là những quốc gia có mức chi ngân sách nhà nước cho y tế thấp. Nghiên cứu quan sát mô hình chuyển đổi tài chính y tế tại các nước ASEAN trong giai đoạn 2000-2017 cho thấy: Thái Lan đang dịch chuyển nhanh chóng thông qua quá trình chuyển đổi tài chính y tế, trong đó chi tiêu y tế của chính phủ bình quân đầu người tăng trong khi OOEPE giảm nhanh chóng; Các quốc gia, như: Campuchia, Malaysia và Singapore đang tiến tới quá trình chuyển đổi tài chính y tế. Các quốc gia, gồm: Brunei, Lào, Myanmar, Philippines và Việt Nam đang tiến tới quá trình chuyển đổi tài chính

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D. K. Behera and U. Dash (2018). Healthcare financing in South-East Asia: Does fiscal capacity matter?, *International Journal of Healthcare Management*, access to <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.154815910>
2. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2018). Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, *Lancet*, 391, 1783-1798
3. S. W. Fan VY (2014). The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence, *Soc Sci Med.* 105, 112-121
4. <https://databank.worldbank.org/>
5. <https://apps.who.int/>

y tế với tốc độ chậm hơn. Bên cạnh đó, nghiên cứu chỉ ra rằng, ưu tiên của chính phủ dành cho lĩnh vực y tế tại các quốc gia trong khu vực Đông Nam Á dường như không tương quan nhiều đến thu nhập bình quân trên đầu người.

Để tăng dự địa tài chính cho y tế tại các nước ASEAN, có thể đưa ra một số kiến nghị sau:

Một là, xác định lại các ưu tiên về y tế để tăng không gian tài khóa cho y tế. Tái định hướng các ưu tiên về y tế có thể cho phép tăng tỷ trọng chi tiêu cho y tế trong tổng chi tiêu công của chính phủ. Nếu các hạng mục chi trong các ngành khác được coi là không hiệu quả hay không cần thiết, thì có thể giảm bớt các khoản chi đó để chuyển sang cho y tế.

Hai là, tăng cường các nguồn vốn dành riêng cho y tế thông qua việc ban hành những loại thuế chuyên dụng. Những nguồn vốn mới dành riêng cho ngành y tế có thể là một nguồn bổ sung cho dự địa tài chính y tế. Nguồn thu từ các loại thuế chuyên dụng, như thuế tiêu thụ những mặt hàng có ảnh hưởng xấu cho sức khỏe (thuốc lá, rượu, bia, nước ngọt có ga...), có thể được dành riêng cho y tế. Ngoài ra, có thể mở rộng quỹ bảo hiểm y tế để thu hút thêm đối tượng tham gia hay tăng mức phí bảo hiểm.

Ba là, tăng cường các nguồn lực từ bên ngoài. Một giải pháp khác để tăng dự địa tài chính cho y tế, nhất là ở những nước thu nhập thấp, là huy động thêm các nguồn tài trợ, viện trợ nước ngoài dành riêng cho ngành y tế từ các nhà tài trợ quốc tế.

Bốn là, phân chia nguồn lực cho y tế một cách hiệu quả để giảm thiếu OOEPE. Hệ thống y tế hiệu quả và công bằng cần phân bổ phần lớn ngân sách cho chăm sóc sức khỏe ban đầu, đồng thời duy trì đủ nguồn lực cho các bệnh viện tuyến trên để đảm bảo chăm sóc sức khỏe đặc biệt. □