

# CHÍNH SÁCH Y TẾ VÀ CHĂM SÓC BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN: THỰC TRẠNG VÀ KHUYẾN NGHỊ

TS. Đặng Thị Lệ Xuân

Đại học Kinh tế Quốc dân

*Sức khỏe vừa là mục tiêu vừa là phương tiện của sự phát triển, các chính sách chăm sóc sức khỏe lại có sự ảnh hưởng mạnh mẽ tới tính công bằng và sự hưởng thụ phúc lợi xã hội. Vì vậy, chính sách y tế được coi là một trong 5 chính sách xã hội cơ bản hướng tới các mục tiêu công bằng, phúc lợi và hòa nhập xã hội. Bài viết hướng tới việc phân tích thực trạng chính sách y tế trong việc đạt được các mục tiêu trên và đề ra một số giải pháp cơ bản cho việc đạt được các mục tiêu đó.*

**Từ khóa:** Chính sách y tế, công bằng, chính sách xã hội, tài chính y tế, bảo hiểm y tế, nhân lực y tế, mục tiêu chính sách y tế.

## **1. Mục tiêu của chính sách y tế và chăm sóc sức khỏe nhân dân**

*Chính sách y tế là các quan điểm về y tế và chăm sóc sức khỏe nhân dân đã được thể chế hóa để tác động vào các quan hệ xã hội nhằm giải quyết các vấn đề của ngành y góp phần thực hiện công bằng xã hội, tiến bộ và phát triển con người trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nhân dân.*

Không nằm ngoài mục tiêu của chính sách xã hội nói chung, chính sách y tế (CSYT) và chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân hướng tới các mục tiêu công bằng, bình đẳng, tiến bộ xã hội và phát triển con người. Cụ thể, CSYT cần hướng đến việc thỏa mãn các giá trị mục tiêu trong ngành y như sau:

### **Thứ nhất, công bằng và bình đẳng trong việc tiếp cận và thụ hưởng các dịch vụ CSSK**

+ Bình đẳng về cơ hội sức khỏe: Bình đẳng thường được đề cập đến sự ngang nhau trong cơ hội tiếp cận các nguồn lực ban đầu để các cá nhân có thể mưu cầu cuộc sống như mong muốn và năng lực của họ. Ba cơ hội nguồn lực cơ bản cho sự phát triển của các cá nhân là cơ hội học tập, cơ hội sức khỏe và cơ hội được tiếp cận các nguồn lực kinh tế. CSYT cần hướng tới việc đảm bảo mọi người có cơ hội ngang nhau trong việc có được sức khỏe, làm tiền đề cho học tập và các hoạt động kinh tế.

+ Công bằng trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Tính công bằng được hiểu trên hai khía cạnh: công bằng ngang và công bằng dọc: Công bằng ngang là sự đối xử như nhau với những người như nhau còn công bằng dọc là sự đối xử khác nhau với

những người khác nhau nhằm giảm bớt sự khác biệt sẵn có (Vận, P.V. và Cương.V. 2004). Với y tế, khi nghiên cứu về tính công bằng, người ta thường hay xem xét dưới góc độ chia sẻ lợi ích và chi phí giữa các cá nhân. Để người nghèo được KCB cần thực hiện công bằng dọc trong việc đóng góp tài chính tức cần có các chính sách hỗ trợ của nhà nước như BHYT miễn phí hay miễn giảm viện phí trực tiếp.

### **Thứ hai, đảm bảo được hưởng các mức phúc lợi xã hội cơ bản về y tế và sự hòa nhập cộng đồng.**

Sức khỏe là giá trị cơ bản của cuộc sống, nó vừa là phương tiện, vừa là mục tiêu của mọi quá trình phát triển. Đã từ lâu CSSK là một trong số các yếu tố cấu thành cơ bản của hai chỉ tiêu quan trọng phản ánh sự phát triển của quốc gia: chỉ số phát triển con người HDI và chỉ số nghèo khổ HPI<sup>1</sup>. (Phương, Đ.N.2004). Như vậy, chăm sóc y tế là phúc lợi xã hội cơ bản mà con người cần được hưởng theo chuẩn mực chung của thế giới. Sự cải thiện hay xói mòn về phúc lợi xã hội dưới góc độ y tế được thể hiện thông qua các chỉ tiêu cơ bản như tuổi thọ bình quân, suy dinh dưỡng trẻ em (thể thấp còi, thể nhẹ cân), chết trẻ dưới 5 tuổi, dưới 1 tuổi, tử vong bà mẹ, mức độ tiêm chủng, tỷ lệ mắc và chết ở một số bệnh cơ bản như sốt rét, HIV/AIDS, lao...

Sức khỏe còn là phương tiện quan trọng bởi nó ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng cuộc sống của các cá nhân và quyết định tới năng suất lao động, khả năng làm việc và học tập của họ. Như vậy, chăm sóc y tế sẽ đảm bảo cho các cá nhân được học tập, lao động, được thoát nghèo, đảm bảo sự hòa nhập

của họ với cộng đồng, trong đó yếu tố nghèo ảnh hưởng mạnh mẽ nhất đối với sự hòa nhập bởi cái nghèo ảnh hưởng trực tiếp tới yếu tố học tập và lao động, tạo ra vòng luẩn quẩn giữa bệnh tật và đói nghèo.

## **2. Cơ sở khoa học của việc hoạch định, thực thi chính sách y tế**

- Chính sách CSSK nhân dân phải có hướng đích là con người, hướng tới sự phát triển toàn diện con người cả về trí tuệ và thể chất. CSYT trực tiếp hướng tới sự bảo vệ và phát triển thể lực của các cá nhân và thể lực tốt cũng là tiền đề cho sự hoàn thiện về trí lực. CSYT hướng tới sự phát triển của toàn cộng đồng xã hội nên phải chú ý tới đến những đối tượng xã hội đặc biệt - tầng lớp yếu thế trong XH, những người thiếu điều kiện sống bình thường, ví dụ như người nghèo.

- Phải xuất phát từ cơ cấu xã hội, từ thực trạng phát triển kinh tế xã hội để hoạch định các CSYT sao cho phù hợp với những sự thay đổi mới và tránh các yếu tố kìm hãm hoặc đi ngược với mục tiêu, định hướng của ngành y. Cơ cấu xã hội sẽ thay đổi theo sự phát triển của lực lượng sản xuất vì vậy CSYT cũng cần tính đến sự thay đổi không ngừng của các quan hệ kinh tế xã hội, của cơ cấu bệnh tật trong bối cảnh mới để có thể đạt mục tiêu CSSK nhân dân một cách hiệu quả nhất.

- Phải từ trình độ phát triển kinh tế để đề ra và vận dụng các CSYT phù hợp. Cần gắn CSYT với chính sách kinh tế bởi điều kiện kinh tế là tiền đề cho việc thực hiện các CSYT. Sẽ là không tốt nếu CSYT vượt quá hoặc tụt hậu quá mức so với trình độ phát triển của LLSX, của tổng thu nhập quốc dân. Nếu CSYT tụt hậu so với sự phát triển kinh tế thì sẽ để lại nhiều hậu quả xã hội phức tạp, kìm hãm sự phát triển kinh tế: bệnh tật, sức lao động giảm, suy giảm giống nòi, bất công bằng xã hội... Ngược lại, chi tiêu của y tế nếu vượt quá sự chịu đựng của tổng thu nhập quốc dân thì đây lại là một gánh nặng, hạn chế sự phát triển của nền kinh tế. Vì vậy cần xác định mối quan hệ giữa y tế và kinh tế là bền chặt, cùng thúc đẩy nhau phát triển và phải phối hợp giữa chúng một cách hài hòa.

- Hoạch định hay thực thi CSYT cần đặt trong bối cảnh có sự khác biệt về trình độ phát triển, về đặc điểm lịch sử, văn hóa, bản sắc của từng vùng miền. CSYT hướng đến con người, đối tượng thụ hưởng ở các vùng miền với các đặc điểm kinh tế, văn hóa, tôn giáo, tín ngưỡng, lịch sử khác nhau... cho nên hoạch định hay thực thi CSYT cần có sự linh hoạt cho phù hợp với đặc thù từng khu vực.

- Phải coi CSYT là một bộ phận trong hệ thống đồng bộ các chính sách xã hội nên cần có sự phối hợp giữa các chính sách để có thể đạt mục tiêu mang lại phúc lợi xã hội cao nhất. CSYT cũng như các chính sách xã hội khác đều có mục tiêu chung là con người, sự phát triển toàn diện và tối đa phúc lợi xã hội của con người nhưng biện pháp tác động thì khác nhau nên có thể kết hợp để có thể đạt mục tiêu hiệu quả nhất, ví dụ phối hợp chính sách giáo dục và y tế với các chương trình y tế học đường giáo dục cách CSSK ban đầu hay thói quen sinh hoạt lành mạnh...

## **3. Thực trạng chính sách y tế và chăm sóc sức khỏe nhân dân hiện nay**

Theo nghĩa rộng, hệ thống y tế bao gồm tổng thể các thiết chế, các nguồn lực (tài chính, nhân lực, khoa học công nghệ...), cùng với các chính sách lớn và cơ chế vận hành để thực hiện công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân (Chiến, T.T.T -2005). Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO-2008). Hệ thống y tế một quốc gia thường bao gồm bốn mảng cơ bản: tài chính y tế, nhân lực y tế, hệ thống cung cấp dịch vụ y tế và quản lý trong lĩnh vực y tế. Chúng kết hợp cùng nhau để đạt mục tiêu công bằng, phúc lợi và hòa nhập của của hệ thống y tế. Các chính sách y tế tác động tới kết quả chăm sóc sức khỏe nhân dân một cách cụ thể ở các mảng hoạt động này như sau:

**3.1. Chính sách phát triển hệ thống cung ứng dịch vụ y tế.** Hệ thống cung ứng dịch vụ y tế của Việt Nam được tổ chức theo tuyến từ trung ương tới thôn bản với 4 lĩnh vực: khám chữa bệnh (KCB), chăm sóc sức khỏe ban đầu, dự phòng và dân số- kế hoạch hóa gia đình.

Hệ thống khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe ban đầu bao gồm cả khu vực nhà nước và tư nhân, trong đó khu vực nhà nước vẫn giữ vai trò chủ đạo với hơn 13.500 cơ sở với hơn 1000 bệnh viện, trên 1.000 phòng khám đa khoa và hộ sinh khu vực, hơn 11.500 trạm y tế. Hệ thống này được phân bố khắp trên cả nước từ thành phố tới miền núi hải đảo tạo điều kiện thuận lợi cho người dân trong việc tiếp cận tới các dịch vụ y tế. Hệ thống y tế đã đáp ứng phục vụ hơn 200 triệu lượt người KCB hàng năm (bình quân 2,5 lượt/1 người/1 năm), hơn 70 triệu ngày điều trị nội trú. Y tế đã chú trọng phát triển nhiều công nghệ kỹ thuật cao ngang tầm khu vực và quốc tế như chẩn đoán hình ảnh hiện đại, chẩn đoán phát hiện bệnh sớm, điều trị can thiệp tim mạch, sọ não, cấy ghép tạng, mổ phaco, thụ tinh ống nghiệm.

*Mạng lưới y tế cơ sở (YTCS) phát triển rộng*

*kháp*: Mạng lưới y tế cơ sở (bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được CSSK cơ bản với chi phí thấp nhất, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xoá đói giảm nghèo. Hiện nay 100% số xã, phường đã có cán bộ y tế hoạt động, 95% trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sỹ sản nhi, 70% có bác sỹ, 85% thôn bản có nhân viên y tế, tỷ lệ xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã năm 2010 là 80%. Tất cả các huyện đều có bệnh viện đa khoa, liên xã có phòng khám đa khoa khu vực (gần 800 phòng khám) (Niên giám TKYT-2009).

Mạng lưới y tế dự phòng (YTDP) được củng cố và phát triển từ tuyến trung ương đến tuyến tỉnh, huyện, xã. Tuyến Trung ương có 11 viện, tuyến tỉnh có 63 trung tâm YTDP, 60 trung tâm phòng chống HIV/AIDS, 23 trung tâm phòng chống bệnh xã hội, 28 trung tâm phòng chống sốt rét, 11 trung tâm kiểm dịch y tế quốc tế, 6 trung tâm sức khỏe lao động và môi trường và thành lập mới chi cục an toàn vệ sinh thực phẩm. Thêm vào đó có 679 trung tâm y tế quận huyện cùng các trạm y tế xã triển khai các hoạt động y tế dự phòng tại cộng đồng.

**3.2. Chính sách nhân lực y tế**. Đối với mọi lĩnh vực thì con người luôn đóng vai trò trung tâm, quyết định sự thành công, sự phát triển của lĩnh vực đó. Với lĩnh vực y tế thì vai trò của con người còn quan trọng gấp bội phần khi kết quả điều trị phụ thuộc chủ yếu vào người bác sỹ. Chính vì vậy, các chính sách liên quan đến đào tạo, phân bổ nguồn nhân lực sẽ ảnh hưởng rất lớn tới việc đạt các mục tiêu công bằng, hiệu quả và phúc lợi xã hội của ngành y.

Công tác phát triển nhân lực y tế trong thời gian qua đã đạt được những thành tựu đáng kể. Toàn quốc hiện nay có khoảng 350.000 cán bộ y tế và lực lượng này tăng đều qua các năm. Số lượng cán bộ trên 10 000 dân tăng từ 29,2 năm 2001 lên 34,7 năm 2008. Chỉ số cán bộ y tế trên 10.000 dân là 6,59 đối với bác sỹ, 10,4 đối với điều dưỡng và hộ sinh và 1,78 đối với dược sỹ đại học trở lên (tính cả khu vực sản xuất kinh doanh). Ngoài ra Việt Nam còn có 5,7 y sỹ/10.000 dân phục vụ chủ yếu ở tuyến xã. Về chất lượng nguồn nhân lực và sự phân bổ nguồn lực này có thể được mô tả ở các bảng số liệu.

Nhìn vào bảng 1 ta thấy rõ: trình độ nhân lực khác nhau lớn giữa các tuyến ở tất cả các nhóm

**Bảng 1: Nguồn nhân lực các bệnh viện**

Thông tin chung		Trung ương	Tỉnh	Huyện	
<b>Tổng y</b>		4.988	18.754	15.876	
<b>Y</b>	Trong đó: trình độ thạc sỹ, CK trở lên	Số lượng	3.12	8.971	4.091
		% trong tuyến	62,6	47,8	25,7
<b>Tổng dược</b>		758	4.613	4.709	
<b>Dược</b>	Trong đó: trình độ đại học trở lên	Số lượng	207	707	555
		% trong tuyến	27,3	15,3	11,8
<b>Tổng ĐD</b>		8.594	32.88	20.302	
<b>Điều dưỡng</b>	Trong đó: trình độ CĐ trở lên	Số lượng	1.235	2.601	1.205
		% trong tuyến	14,4	7,9	5,9
<b>Tổng Nữ hộ sinh</b>		609	5333	4930	
<b>Nữ hộ sinh</b>	Trong đó: trình độ CĐ trở lên	Số lượng	69	480	288
		% trong tuyến	11,3	9	5,8
<b>Kỹ thuật viên y</b>	<b>Kỹ thuật viên y</b>		1.836	5.319	3.262
	Trong đó: trình độ ĐH trở lên	Số lượng	380	592	261
		% trong tuyến	20,7	11,1	8
<b>Hộ lý/y công</b>		2.82	8.87	4.378	
Tổng Khác		3.72	11.383	7.109	
<b>Khác</b>	Trong đó: trình độ CĐ trở lên	Số lượng	1.359	3.151	1.66
		% trong tuyến	36,5	27,7	23,4
<b>Tổng</b>		<b>23.325</b>	<b>87.152</b>	<b>60.444</b>	

Nguồn: Kết quả kiểm tra 906 bệnh viện công năm 2009-Bộ Y tế

nhân lực, ví dụ bệnh viện trung ương có tới gần 2/3 số bác sỹ có trình độ từ thạc sỹ/ chuyên khoa trở lên thì ở bệnh viện huyện, con số này chỉ khoảng 1/4. Nếu coi trình độ của bác sỹ như một thước đo về chất lượng KCB thì người nghèo ở nông thôn, các vùng hẻo lánh xa xôi đang phải sử dụng dịch vụ KCB chất lượng không cao. Hoặc nếu muốn được KCB ở tuyến trung ương với máy móc, kỹ thuật hiện đại và trình độ tay nghề của bác sỹ cao thì họ phải chấp nhận mất khá nhiều thời gian và chi phí cho sự di chuyển.

Trước thực trạng này, gần đây, chính phủ đã có nhiều chính sách để khắc phục tình trạng trên như chính sách cử tuyển đào tạo nhân lực cho vùng núi, vùng khó khăn, chính sách đào tạo liên tục, chính sách luân chuyển cán bộ cho tuyến dưới như Quyết định số 1816/QĐ-BYT, ngày 26/05/2008, của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt đề án “Cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh”. Nhiều trường y được thành lập hoặc nâng cấp như Trường đại học y dược Vinh, trường trung cấp y tế Bắc Kạn, trường Đặng Văn Ngữ, thành lập 5 trường cao đẳng y tế trên cơ sở trường trung cấp y tế: Điện Biên, Sơn La, Hưng Yên, Ninh Bình, Lâm Đồng để bổ sung lượng cán bộ y tế cho các địa phương.

Y tế xã phường với 56.442 cán bộ y tế thuộc định biên làm việc tại xã góp phần vào nhiệm vụ chăm lo sức khỏe, trực tiếp giải quyết những sự cố cho khoảng 75% dân số. Số cán bộ này nói chung phân bố đều giữa các vùng miền và nói chung đáp ứng được quy định của Bộ y tế về mức tối thiểu ít nhất 5 cán bộ/trạm y tế (tối đa 10 cán bộ/trạm y tế). Tuy nhiên, trình độ của đội ngũ này là khá yếu khi chỉ có khoảng 2,7% có trình độ đại học và cao đẳng; 75,5% trình độ Trung học và khoảng 11% có trình độ sơ học về y. Nói chung, so với yêu cầu thì chất lượng cán bộ y tế của trạm còn nhiều bất cập. Hầu hết cán bộ y tế xã còn yếu về chuyên môn, khả năng phát hiện bệnh sớm còn hạn chế, đây thực sự là một hạn chế lớn trong hệ thống y tế cơ sở của nước ta.

**3.3. Chính sách tài chính cho y tế.** Nền y tế của bất cứ quốc gia nào cũng lệ thuộc vào vấn đề tài chính. Chính sách tài chính y tế là một trong những chính sách quan trọng nhất, quyết định đối với công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân bởi cách thức huy động nguồn lực tài chính hay cách thức sử dụng các nguồn lực này ảnh hưởng trực tiếp tới tính công bằng và hiệu quả: hai tiêu chí phát triển của bất kỳ hệ thống y tế nào. Do vậy, để

đạt được mục tiêu của ngành, từng bước hướng tới công bằng, tối đa phúc lợi người dân và phát triển hệ thống y tế, trước hết lĩnh vực y tế phải có một chính sách tài chính phù hợp.

**Mức chi y tế.** Tổng chi cho y tế ở Việt Nam khoảng 5- 6% GDP và có xu hướng tăng dần trong những năm qua, từ khoảng 4,9% GDP năm 1999, lên 6,1% GDP năm 2009. Trên thế giới, các nước có thu nhập thấp và trung bình cũng chi cho y tế trong khoảng từ 5 đến 6% GDP. Nếu tính mức chi của NSNN cho y tế thì con số này cũng được tăng lên đáng kể, từ 7,34% năm 2004 lên 10,79% năm 2008 tương ứng với mức tăng từ 13.000 tỷ năm 2004 lên tới trên 43.000 tỷ năm 2008. Tính bình quân, mức tăng chi ngân sách cho y tế tăng trên 20% một năm.

**Cơ cấu chi y tế.** Cơ cấu chi còn nhiều bất cập khi tài chính y tế Việt Nam dựa chủ yếu vào các chi trả trực tiếp của hộ gia đình (chiếm tới 67% tổng chi y tế), trong khi chi từ các nguồn tài chính công chỉ chiếm gần 30%. Tỷ trọng chi công như vậy được coi là rất thấp so với các nước có thu nhập thấp và trung bình trên thế giới (khoảng 45%) và thuộc nhóm có cơ cấu chi gây bất bình đẳng nghiêm trọng theo khuyến cáo của WHO<sup>2</sup>.

**NSNN phân bổ theo tuyến.** NSNN cấp cho y tế được phân bổ theo ngân sách trung ương và ngân sách địa phương. Theo số liệu của Tài khoản y tế quốc gia năm 2005, tỷ lệ NSNN cấp cho y tế tại tuyến trung ương là 36,8%, tuyến tỉnh là 44,7%, tuyến huyện là 16,2% và tuyến xã là 2,3%. Việc phân bổ ngân sách cho các địa phương dựa trên đầu người dân, có hệ số điều chỉnh, ưu tiên hơn cho các vùng núi cao và hải đảo với hệ số lần lượt cho các vùng đồng bằng; núi thấp/vùng sâu; núi cao/hải đảo là 1,35 - 1,72 và 2,4.

Tỷ lệ NSNN chi cho y tế tuyến huyện và xã chiếm tỷ trọng rất thấp, chỉ chiếm 18,5% tổng chi NSNN cho y tế trong khi NSNN là nguồn kinh phí chủ yếu đảm bảo hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở. Điều này dẫn đến tình trạng các cơ sở y tế tuyến huyện xã thường hoạt động trong điều kiện thiếu thốn về cơ sở vật chất, khó khăn về nhân lực, chế độ thù lao quá thấp, chi thường xuyên thấp, dẫn đến yếu kém về chất lượng chuyên môn. (Bộ Y tế, 2008). Vấn đề này đã được Chính phủ nhìn nhận và giải quyết bằng việc ban hành hai quyết định: Quyết định số 225/2005/QĐ-TTg về nâng cấp bệnh viện đa khoa huyện và khu vực với tổng số vốn đầu tư cho giai đoạn 2005 - 2008 là 8.350 tỷ và Quyết định số 950/2005/QĐ-TTg về đầu tư xây dựng trạm y tế xã vùng khó khăn giai đoạn 2008 - 2010 nhằm thực

hiện trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia.

**NSNN phân theo lĩnh vực.** Ngân sách phân bổ cho hai lĩnh vực phòng bệnh và chữa bệnh mất cân đối. Chi cho YTDP thường có tỷ lệ thấp, điều này dẫn đến phần lớn người dân ở cộng đồng, nhất là người nghèo chưa được hưởng đầy đủ lợi ích do y tế mang lại từ nguồn ngân sách Nhà nước. Theo thống kê của Bộ Y tế, giai đoạn 1998 - 2003, công tác KCB chiếm từ 84 đến 86% nguồn vốn chi cho y tế trực tiếp; chi cho phòng bệnh chỉ chiếm 14% đến 16%. Đến năm 2005 thì tình hình có cải thiện: tỷ lệ chi cho YTDP từ nguồn NSNN đạt 27,7%. Các đánh giá đã chứng minh chi phí - hiệu quả đầu tư cho các can thiệp dự phòng thường cao hơn nhiều so với can thiệp cho điều trị. Do đó, tỷ lệ phân bổ giữa khu vực dự phòng và điều trị cần được cân đối để đảm bảo thực hiện các mục tiêu của ngành y.

**Bảo hiểm y tế (BHYT).** Tính đến 31/12/2009, có tổng cộng trên 53,3 triệu người tham gia các chế độ BHYT chiếm 62 % dân số. Trong số này có đến trên 40% số người có thể BHYT là người nghèo. Như vậy diện bao phủ của BHYT khá rộng, đặc biệt là với người nghèo. Đây sẽ là phao cứu sinh cho người nghèo để họ có thể tiếp cận được với các dịch vụ CSSK khi chẳng may đau ốm, đặc biệt là khi ốm nặng. Tuy nhiên, mức phí BHYT cho mọi đối tượng nói chung hay cho người nghèo nói riêng là khá thấp khi nó chỉ bằng 22% so với chi y tế bình quân (năm 2008). Mức phí thấp này đã đe dọa nghiêm trọng tới sự an toàn của quỹ BHYT. Trong những năm qua, quỹ BHYT luôn âm với mức khá lớn: năm 2008 chi cao hơn thu tới 176,3%, tương đương 7.182 tỷ đồng. Mức phí thấp như thế khiến thẻ BHYT không còn là chìa khóa mở cánh cửa bệnh viện cho mọi người. Theo thống kê của BHYT thuộc BHXH Việt Nam, số lượt KCB bình quân của người có BHYT trong năm 2008 chỉ 1,73 lượt, thấp hơn rất nhiều so với mức KCB bình quân chung cả nước (2,4 lượt). Riêng nhóm nghèo thì số lượt KCB bình quân chỉ là 1,09 trong khi họ là đối tượng dễ đau ốm, chi phí bình quân cho nhóm bệnh nhân nghèo có BHYT cũng chỉ bằng 68,4% so với nhóm bắt buộc (năm 2008) và con số này là 55% năm 2007. Như vậy thẻ BHYT cũng không thực sự hiệu quả trong việc giúp người bệnh tiếp cận được với dịch vụ CSSK và hưởng thụ việc chăm sóc đó.

**Chính sách thu một phần viện phí.** Hiện nay các bệnh viện công đang thực hiện thu một phần viện phí theo quy định tại Nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ, mức thu của các dịch vụ theo Thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995 và

Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT ngày 26/01/2006. Cách thu một phần viện phí này chính là phương thức trợ cấp viện phí nhưng mức thu viện phí theo thông tư số 14 này đã trở nên không phù hợp trong bối cảnh hiện nay khi mức thu cho một lần khám bệnh dao động từ 500 đồng ở tuyến xã tới 3000đ/lần ở tuyến Trung ương, và tiền giường bệnh chỉ 18.000đ/ngày. Tuy nhiên, thực tế các bệnh viện hiện nay mức phí theo bảng giá này từ lâu đã không còn được áp dụng, bởi hầu như các bệnh viện đều thu mức phí khám bệnh khoảng 30.000 - 50.000 đồng... Bộ y tế đang có kiến nghị tăng viện phí cho phù hợp với tình hình mới, và cũng là để hợp lý hoá mức viện phí họ đang áp dụng. Nhưng nói chung, mức thu viện phí hiện nay vẫn thấp hơn so với chi phí cung cấp dịch vụ-một cách để người nghèo được tiếp cận với dịch vụ KCB nhưng mức phí thấp này cũng để lại những hệ lụy như chất lượng KCB không cao (chủ yếu là chất lượng phục vụ) và các khoản chi phi chính thức (buộc phải chi) của người bệnh (phong bì).

#### **4. Đánh giá thành tựu, hạn chế và nguyên nhân hạn chế của chính sách y tế và chăm sóc sức khỏe nhân dân hiện nay**

##### **4.1. Một số thành tựu cơ bản**

Là một nước đang phát triển với khoảng 70% dân số sống ở nông thôn và thu nhập bình quân đầu người ở mức 1160USD/người một năm (2011), Việt Nam có đầy đủ các đặc điểm chung của một nước đang phát triển, tuy nhiên, lĩnh vực y tế có trình độ phát triển cao dựa vào các chỉ tiêu CSSK cơ bản (Michel. G và Dũng, P.H-2003):

Nếu so sánh các chỉ số cơ bản về sức khỏe người dân phản ánh mức độ phát triển của ngành y tế của các quốc gia này với các quốc gia khác, đặc biệt các quốc gia có cùng mức thu nhập thì thấy y tế Việt Nam phát triển hơn nhiều so với trình độ phát triển kinh tế (xem bảng 3).

So với các quốc gia có cùng mức thu nhập hoặc mức thu nhập cao hơn (từ 1 đến 6) thì các chỉ tiêu trong lĩnh vực sức khỏe của Việt Nam tốt hơn rất nhiều nếu không muốn nói là bỏ xa các “hàng xóm” về thu nhập. Nếu lấy các chỉ tiêu y tế cơ bản để làm mốc so sánh (ví dụ tuổi thọ bình quân-các quốc gia từ số 8 đến 14) thì Việt Nam lại đang ngang hàng với các quốc gia có thu nhập cao hơn gấp nhiều lần (có thể gấp 10 lần như trường hợp của Thổ Nhĩ Kỳ). Nếu so với các chỉ tiêu của khu vực hay toàn thế giới thì các chỉ tiêu y tế của Việt Nam đều cao hơn mức trung bình (các hàng từ 15 đến 20)

*Về y tế dự phòng và CSSK ban đầu:* Công tác

**Bảng 2: Một số chỉ tiêu CSSK cơ bản**

STT	Chỉ tiêu	2008	2010*
1	Tuổi thọ trung bình (năm)	73	73
2	Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi (‰)	15	15
3	Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi (‰)	25,5	25
4	Tỷ lệ sơ sinh nhẹ hơn 2,5kg (%)	5,3	NA
5	Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ dưới 5 tuổi (%), cân nặng/tuổi)	19,9	18
6	Tỷ lệ tử vong mẹ/100000 trẻ đẻ sống	75	68
7	Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ em dưới 1 tuổi (%)	81,8	NA
8	Tỷ lệ trạm y tế xã có bác sỹ (%)	65,93	70
9	Tỷ lệ thôn bản có nhân viên y tế (%)	84,44	85
10	Giảm tỷ lệ sinh (%)	NA	0,3
11	Tỷ suất sinh thô (%)	NA	17,1
12	Tỷ lệ phát triển dân số (%)	NA	1,05

\*ước thực hiện, NA: Số liệu không có (not available)

Nguồn: Bộ y tế, 2010 và Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2015

CSSK ban đầu và YTDP ở Việt Nam luôn được duy trì bền vững với chất lượng cao hơn, qua nhiều năm không để phát sinh các dịch bệnh lớn. Một số dịch đã được bao vây, dập tắt kịp thời kể cả các dịch bệnh hiểm nghèo mới nổi như SARS, cúm A/H5N1 và cúm A/H1N1. Các chương trình mục tiêu y tế quốc gia được thực hiện có hiệu quả trên quy mô rộng. Trong giai đoạn 2001- 2010 đã có 7 Chương trình y tế mục tiêu quốc gia với 10 dự án cụ thể được triển khai. Các chương trình phòng chống bệnh xã hội như sốt rét, phong, lao, uốn ván, bại liệt... có tiến bộ. Số người bị sốt rét giảm từ 128.622 người năm 2004 xuống còn 60.547 người năm 2008. Số người nhiễm lao bị kiểm chế không phát sinh thêm (khoảng 98.000 người). Chương trình mục tiêu quốc gia tiêm chủng mở rộng đạt kết quả tốt nên các bệnh truyền nhiễm gây dịch ở trẻ em đã giảm 140 lần (2005) so với trước khi thực hiện chương trình này (1976). Tỷ lệ tiêm chủng các loại vắc- xin của chương trình tiêm chủng mở rộng đạt tỷ lệ rất cao (Năm 2008 đạt 93,9%). Độ bao phủ của tiêm chủng mở rộng giữa các vùng miền không có sự khác biệt đáng kể. Các chuyên gia y tế thế giới đánh giá Việt Nam là quốc gia có hệ thống y tế dự phòng mạnh từ trung ương đến địa phương.

#### **Nhận xét chung**

- Việt Nam có một hệ thống tổ chức y tế hoàn chỉnh. Trong hệ thống này, mạng lưới y tế phát triển rộng khắp góp phần tích cực vào công tác KCB và CSSK ban đầu cho người dân. Mạng lưới rộng khắp này đã giúp cho người dân dễ dàng tiếp cận và thực

hiện được quyền được chăm sóc sức khỏe, nâng cao phúc lợi xã hội và đảm bảo công bằng.

- Công tác KCB được cải thiện: Hệ thống các bệnh viện công lập được giữ vững củng cố và phát triển. Các trang thiết bị y tế được trang bị đầy đủ hơn và từng bước được hiện đại hoá. Các bệnh viện trung ương nâng cao được chất lượng chẩn đoán và điều trị, nhiều kỹ thuật mới và phức tạp đã được thực hiện thành công, trình độ và kỹ thuật y tế Việt Nam đang dần tiến bộ ngang với các nước trong khu vực, góp phần chữa trị và cứu sống được nhiều người bệnh hiểm nghèo, hạn chế việc người dân phải ra nước ngoài chữa bệnh.

- Hệ thống y tế cơ sở rộng lớn, cơ bản đáp ứng được nhu cầu CSSK ban đầu của người dân, giảm thiểu việc người dân phải tự mua thuốc điều trị hay phải di chuyển tốn kém lên tuyến trên.

- Các hoạt động CSSK ban đầu và YTDP ngày càng nhiều và đạt được những thành quả to lớn. Công tác phòng dịch được chú trọng và hoạt động có hiệu quả.

- Người bệnh được nhà nước hỗ trợ một phần thông qua chính sách thu một phần viện phí. Các nhóm yếu thế được quan tâm thích đáng, người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi hay nhóm người có công được hưởng các chính sách miễn giảm viện phí thông qua các chính sách miễn giảm trực tiếp hay qua thẻ BHYT miễn phí (một phần, toàn phần).

- Các chỉ tiêu CSSK người dân cả ở nhóm chữa bệnh và phòng bệnh đều có nhiều tiến bộ theo thời

**Bảng 3: So sánh kinh tế - y tế cơ bản giữa Việt Nam và một số quốc gia khác - năm 2008)**

STT	Quốc gia	GDP/người (USD) (năm 2007)	Tuổi thọ trung bình (năm)	Tỷ lệ chết trẻ sơ sinh (‰)	Tỷ lệ chết trẻ dưới 5 tuổi (‰)
1	Equatorial Guinea	19.552	53	90	147
2	Uzbekistan	830	68	14	14
3	Lào	701	62	48	61
4	Pakistan	879	63	72	89
5	Senegan	900	59	57	108
6	Zambia	953	48	92	198
7	Việt Nam	860	73	12	14
8	Paraguay	1.997	74	24	28
9	Cộng hòa Ả Rập Syria	1.898	72	14	13
10	Trung Quốc	2.432	74	18	21
11	Thái lan	3.844	70	13	14
12	Malaysia	7.033	73	6	6
13	Belarus	4.615	70	11	13
14	Thổ Nhĩ Kỳ	8.877	74	20	22
15	Gía trị nhỏ nhất		42	1	2
16	Gía trị trung vị		71	21	23
17	Gía trị lớn nhất		83	165	257
18	Khu vực Đông nam Á		65	48	63
19	Các quốc gia thu nhập trung bình thấp		67	44	63
20	Toàn thế giới		68	45	65

Nguồn: WHO statistical 2010 và Human Development Rerort 2009

gian. Nhiều chỉ tiêu CSSK của Việt Nam hiện nay được coi là khá ấn tượng khi ngang bằng với các quốc gia có mức phát triển cao hơn nhiều.

*Tất cả các thành tựu đó tựu chung lại đã bảo vệ, cải thiện được tình trạng sức khỏe của người dân, nâng cao phúc lợi của từng cá nhân, của toàn xã hội, tạo điều kiện cho các cá nhân được hòa nhập xã hội về sinh hoạt, học tập và làm việc. Các thành tựu đó cũng thể hiện khía cạnh công bằng của các chính sách khi đảm bảo người dân có quyền được CSSK, được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ CSSK, được tiếp cận với nguồn lực của xã hội đầu tư vào lĩnh vực y tế.*

#### **4.2. Một số hạn chế chủ yếu về chính sách y tế.**

Chính sách y tế đã góp phần vào việc nâng cao phúc lợi xã hội, tăng cường khả năng hòa nhập xã hội cho người dân dưới góc độ y tế. Tuy nhiên, chính sách y tế còn nhiều khiếm khuyết dẫn đến việc thụ hưởng là không đồng đều giữa các cá nhân ở các vùng miền gây ra tình trạng bất công bằng

trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế. Người nghèo, cận nghèo khu vực nông thôn, miền núi, vùng sâu vùng xa, người lao động khu vực phi chính thức chưa tiếp cận được với dịch vụ y tế tối thiểu.

- Hệ thống y tế rộng khắp nhưng phân bố không đều, các bệnh viện lớn tập trung ở các thành phố lớn khiến người nghèo khó tiếp cận với dịch vụ CSSK kỹ thuật cao. Đi theo những bệnh viện lớn này là đội ngũ bác sỹ có trình độ chuyên môn cao và cả nguồn ngân sách khổng lồ. Điều đó vừa bất công cho người ở vùng sâu vùng xa trong việc tiếp cận dịch vụ, vừa gây ra hiện tượng trợ cấp ngược: người giàu được hưởng chi từ NSNN hơn là người nghèo

- Mạng lưới y tế phát triển rộng khắp nhưng chủ yếu là có “danh” hơn “thực” khi trang thiết bị y tế, chất lượng cán bộ YTCS còn nhiều hạn chế, đầu tư của NSNN cho khu vực này còn khá khiêm tốn trong khi đầu tư của NSNN lại thường rơi vào các bệnh viện lớn, nơi người giàu sử dụng dịch vụ hơn là người nghèo.

-YTDP chưa được quan tâm thích đáng, tiềm ẩn nhiều nguy cơ bùng phát dịch bệnh, vệ sinh an toàn thực phẩm chưa bảo đảm; mức chi của NSNN cho YTDP quá thấp trong khi mảng y tế này vừa có khả năng đảm bảo cả tính công bằng và tính hòa nhập cũng như phúc lợi xã hội bởi chúng mang lại phúc lợi nhiều cho người nghèo, người dân nông thôn và góp phần hiệu quả vào việc hạn chế bệnh dịch trong cộng đồng.

-Các chính sách ưu đãi, CSSK cho người nghèo, trẻ nhỏ, người có công... thông qua thẻ BHYT miễn phí cũng có “danh” nhiều hơn “thực” khi người có BHYT miễn phí này không sử dụng dịch vụ y tế bằng mức trung bình của cộng đồng và mức chi trả của BHYT cho họ cũng rất thấp khiến thẻ BHYT người nghèo phát ra chỉ lấy số lượng hơn là chất lượng, không giúp được họ nhiều trong việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, bảo vệ họ khỏi các thảm họa bệnh tật, thảm họa tài chính do bệnh tật.

### 4.3. Nguyên nhân của các hạn chế

Những hạn chế trên có thể tìm thấy nguyên nhân từ các yếu tố chủ quan lẫn khách quan trong điều kiện Việt Nam hiện nay như sau:

- Việt Nam vẫn còn là một nước nghèo với tổng thu nhập quốc dân chỉ hơn 100 tỷ USD nhưng phải chăm lo sức khỏe cho gần 88 triệu dân. Nhu cầu CSSK nhân dân ngày một cao trong điều kiện ngân sách hạn hẹp.

- Nền kinh tế thị trường đã làm phân hóa giàu nghèo ngày một sâu sắc trong khi định hướng xã hội chủ nghĩa lại yêu cầu dịch vụ y tế phải đảm bảo tính công bằng. Ngành y phải gánh hai nhiệm vụ lớn: vừa phải đảm bảo về chuyên môn, vừa lấp đầy khoảng trống bất công bằng do thị trường để lại.

- Cơ cấu bệnh tật thay đổi: hiểm họa tự nhiên do biến đổi khí hậu, tai nạn thương tích gia tăng. Hơn nữa, Việt Nam đang ở giai đoạn giao thời với cơ cấu bệnh tật gánh cả hai vai: một vai là cơ cấu bệnh tật của nước nghèo với các bệnh nhiễm trùng, vai kia đã phải gánh gánh nặng bệnh tật của các nước giàu với các bệnh không lây nhiễm tăng nhanh vì vậy CSYT vừa phải quan tâm tới công tác phòng dịch cho toàn cộng đồng, vừa phải phát triển y tế kỹ thuật cao, y tế chuyên sâu.

- Cơ cấu chi không hợp lý giữa y tế dự phòng và y tế KCB, giữa tuyến cơ sở với tuyến trung ương, giữa chi tư và chi công, giữa đảm bảo phúc lợi của người giàu với phúc lợi của người nghèo.

- Công tác quản lý còn nhiều bất cập, từ pháp luật, chính sách đến quản lý ở các đơn vị, ở mỗi bệnh

viện còn nhiều chông chéo, sơ hở, lúng túng, nhiều bất cập.

- Bảo hiểm y tế còn ở mức sơ khai, thực tế vận hành còn nhiều bất cập. Mức phí thấp, quyền lợi của người sử dụng và cung cấp dịch vụ đều không được đảm bảo nên gây ra sự không hài lòng cho tất cả khiến BHYT không thực sự mang lại niềm tin cho các bên.

## 5. Định hướng hoàn thiện chính sách y tế và chăm sóc sức khỏe nhân dân những năm tới

Để chính sách y tế hướng tới việc đạt mục tiêu công bằng, phúc lợi và hòa nhập xã hội cho mọi người dân đến năm 2020 phần đầu mọi người dân nhất là người nghèo, cận nghèo ở nông thôn, người lao động khu vực phi chính thức, đồng bào dân tộc thiểu số phải được sử dụng dịch vụ y tế ở mức tối thiểu trở lên. Muốn vậy, chính sách y tế cần được hoàn thiện theo hướng sau:

*Thứ nhất, tăng cường sự lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền.* Các cấp ủy Đảng, chính quyền cần xác định rõ CSSK nhân dân là nhiệm vụ chính trị quan trọng; sức khỏe là mục tiêu, là phương tiện của mọi quá trình phát triển nên cần phải thường xuyên theo dõi và có những chỉ đạo sát sao đối với công tác CSSK nhân dân. Tăng cường sự giám sát của Quốc hội, hội đồng nhân dân các cấp và của cộng đồng đối với lĩnh vực KCB: Giám sát đối với các hoạt động tài chính: ngân sách cho y tế lập dự toán, phân bổ, sử dụng, giám sát thu chi BHYT, viện phí. Thực hiện quy chế dân chủ cơ sở, tuyên truyền chính sách nhà nước để mọi người dân hiểu rõ trách nhiệm và quyền lợi của mình, quản lý chặt chẽ giá thuốc.

*Thứ hai, hoàn thiện hệ thống pháp luật.* Vai trò của nhà nước không chỉ là đối tượng duy nhất cung cấp dịch vụ CSSK nhân dân mà vai trò của nhà nước chuyển dần sang mảng điều tiết, giám sát hoạt động của cả hệ thống y tế bao gồm hai khu vực: nhà nước và tư nhân. Củng cố hệ thống thanh tra nhằm thực hiện công việc giám sát tốt hơn. Tạo hành lang pháp lý vững chắc cho các hoạt động KCB cũng như là cơ sở cho việc thanh tra, giám sát. Rà soát lại các văn bản, tránh hiện tượng chông chéo, mâu thuẫn nhau giữa các văn bản hay vừa thừa vừa thiếu.

*Thứ ba, Nhà nước cần tăng cường đầu tư hơn nữa về ngân sách bảo vệ sức khỏe.* Có chính sách đầu tư hợp lý và tạo nguồn ngân sách để duy trì hoạt động và phát triển hệ thống y tế. Thực hiện cấp ngân sách y tế theo đầu người dân và thay đổi các cơ chế quản lý ngân sách cho phù hợp, tăng cường sự quản lý và điều hành của ngành y tế đối với ngân sách y tế.



*Thứ tư: Từng bước triển khai thực hiện BHYT toàn dân một cách bền vững.*

BHYT là một cơ chế đáp ứng một cách tốt nhất các nguyên tắc của hệ thống CSSK nhân dân thông qua cơ chế: mọi người chăm sóc cho một người, xã hội chăm sóc sức khoẻ cho các cá nhân. Đây cũng là giải pháp có cơ chế “gánh nặng tài chính lũy tiến” đối với thu nhập: người trong độ tuổi lao động (có thu nhập, khoẻ mạnh), người giàu (ít đau ốm) thì nộp tiền BHYT cao và hưởng thụ ít còn người nghèo (hay đau ốm) và người không trong độ tuổi lao động (thu nhập thấp hoặc không có thu nhập như trẻ em, người già, các đối tượng ăn theo khác..) thì sẽ đóng góp ít nhưng lại được hưởng thụ dịch vụ CSSK nhiều hơn. Điều này hoàn toàn phù hợp với nguyên tắc công bằng dọc trong y tế. Chính vì vậy, cần khẳng định phương án BHYT toàn dân là sự lựa chọn cao nhất.

*Thứ năm, củng cố y tế cơ sở.* Vai trò của y tế cơ sở được tăng cường đồng nghĩa với việc người dân được dễ dàng tiếp cận với các dịch vụ y tế mà không quá tốn kém, giảm dần chi từ tiền túi cho y tế. Vì vậy, trước hết nhà nước phải chăm lo xây dựng và có chính sách đãi ngộ hợp lý đối với cán bộ y tế cơ sở để thu hút cán bộ y tế có trình độ về làm việc tại tuyến cơ sở và yên tâm làm việc tại đây. Cần đầu tư

đúng mức cho y tế cơ sở về trang thiết bị y tế và cơ sở vật chất khác. Đây cũng là điều kiện tiên quyết để có thể phát huy tác dụng của chính sách BHYT cho người nghèo nói riêng.

*Thứ sáu:* Hoàn thiện chính sách về nhân lực y tế, trong đó chú trọng tới việc hoàn thiện chính sách đãi ngộ kết hợp chấn chỉnh tinh thần thái độ phục vụ bệnh nhân. Có các chiến lược đào tạo và đào tạo lại phù hợp, chú trọng công tác trao đổi chuyên môn, chuyển giao công nghệ, luân chuyển cán bộ giữa các tuyến trong hệ thống y tế.

*Cuối cùng, tổ chức lại ngành dược và trang thiết bị y tế ở trung ương và địa phương.* Thuốc và trang thiết bị y tế là đầu vào vô cùng quan trọng đối với công tác KCB, ảnh hưởng lớn tới chi phí KCB. Trong điều kiện hiện nay, ngân sách nhà nước còn hạn hẹp, không đủ chăm lo cho gần 88 triệu dân, hơn 50% chi phí y tế là do nhân dân tự bỏ tiền túi trong khi thu nhập trung bình đầu người vẫn ở mức thấp nên chi phí đang là gánh nặng cho người dân. Đa số thuốc được sử dụng hiện nay là thuốc nhập khẩu. Trước mắt, nhà nước cần quản lý chặt chẽ giá thuốc cũng như quy trình đấu thầu cung cấp thuốc cho các bệnh viện. Về mặt lâu dài cần phát triển ngành dược trong nước, hạn chế chi phí nhập khẩu thuốc và hạn chế sự phụ thuộc. □

1. HDI được sử dụng để đo lường chất lượng sống của con người ở các quốc gia dựa trên 3 chỉ tiêu: (1) tuổi thọ mong đợi; (2) trình độ học vấn; (3) và điều kiện kinh tế. Chỉ số HPI để đo lường mức nghèo khổ của một quốc gia, bao gồm 3 nội dung (1) Tỷ lệ sinh tồn; (2) Tỷ lệ thất học và thiếu giao tiếp; (3) Tỷ lệ thiếu những điều kiện cơ bản cho cuộc sống được tôn trọng, được tổng hợp theo 3 chỉ số là tỷ lệ người không được dùng nước sạch, tỷ lệ người không được chăm sóc y tế, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi.

2. Theo WHO, các quốc gia có mức chi công dưới 50% tổng chi cho y tế sẽ có nguy cơ gây bất bình đẳng nghiêm trọng.

#### **Tài liệu tham khảo:**

1. Bộ y tế (2008), *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2008-Tài chính y tế ở Việt Nam*, Hà Nội.
2. Trần Thị Trung Chiến (2005), *Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển*, truy cập ngày 14-7-2008, tại trang web <http://www.moh.gov.vn/homeby/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=1457&ID=2778>
3. Michel, Grignon và Phạm Huy Dũng (2003), *Tiếp cận dịch vụ y tế và đảm bảo tài chính cho y tế ở Việt Nam, Khóa họp lần thứ tư diễn đàn kinh tế, tài chính Việt-Pháp*, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Đỗ Nguyên Phương (2004), *Xây dựng một hệ thống y tế phát triển và công bằng trong điều kiện của nền kinh tế thị trường theo định hướng xã hội chủ nghĩa ở Việt Nam*, truy cập ngày 29-1-2008, tại trang web [www.moh.gov.vn](http://www.moh.gov.vn).
5. Phạm Văn Vận và Vũ Cương, chủ biên (2004), *Giáo trình kinh tế công cộng*, NXB Thống kê, Hà nội.
6. Department for International Development (DFID) (2000), *Better health for poor people. Strategies for achieving the International development targets 58*.
7. Eddy, van Doorslaer và Adam, Wagstaff (1998), “Equity in finance and delivery of health care: an introduction to the Ecuity Project”, trong Morris L.Barer, chủ biên, *Health, health care and health economics*, John Wiley & Sons, New York, tr. 179-208.