



LẠI BÀN CHUYỆN “TUYỂN DƯỚI, TUYỂN TRÊN”!

TS. Trần Tuấn

Chuyên gia phân tích hệ thống y tế

Cách đây gần 20 năm, ít ai ngờ rằng, một chuyên gia y tế cộng đồng từng công tác nhiều năm trong cương vị chuyên gia y tế của tổ chức quốc tế tại Việt Nam đã lấy hệ thống y tế nông thôn Việt Nam làm chủ đề phân tích cho luận án tiến sĩ khoa học của mình. Trạm y tế xã nơi đặt chân đến đầu tiên của người dân với hệ thống chăm sóc y tế, đảm nhiệm toàn bộ vai trò của người “lính tuyến đầu”. Hệ thống hợp tác xã là nguồn cung cấp tài chính duy trì các hoạt động thường xuyên. Các hệ thống viện, bệnh viện dưới sự chỉ đạo thống nhất của bộ Y tế đảm nhiệm khâu đào tạo, hỗ trợ kỹ thuật và trang thiết bị y tế, thuốc điều trị. “Toàn bộ hệ thống y tế Việt Nam là một dự án thiết kế hoàn hảo” (the whole Vietnam is one-well designed project). Người chuyên gia viết tiêu đề cho luận án của mình như vậy! Điều ấy không có gì ngạc nhiên, bởi ngược lại trước đó, Tổ chức Y tế thế giới(WHO) và UNICEF trong quá trình chuẩn bị ra tuyên ngôn Alma-Ata về chăm sóc sức khỏe ban đầu 1978 đã từng lấy Việt Nam như là một ví dụ minh chứng cho sự thành công của nền y tế hiệu quả mà các nước đang phát triển cần vươn tới: thiết lập và duy trì mạng lưới chăm sóc sức khỏe người dân nông thôn, đảm bảo mọi người khi ốm đều được chăm sóc y tế miễn phí.

HỆ THỐNG Y TẾ NÔNG THÔN NGÀY NAY

Mười năm sau tuyên ngôn Alma-Ata, hệ thống y tế Việt Nam bước vào thời kỳ chuyển đổi cơ chế phục vụ. Người dân làm quen dần với khái niệm mới: dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Viện phí được áp dụng. Khám chữa bệnh tư, bán thuốc tư trở thành hợp pháp, và phát triển nhanh chóng. Đến giữa thập kỷ 90, trả tiền chi dịch vụ chăm sóc sức khỏe được hưởng ứng đã có chỗ đứng vững chắc trong y tế nông thôn. Số liệu từ các cuộc điều tra mức sống 1992-1993 và 1997-1998 phản ánh sử dụng dịch vụ y tế công cộng đã bị thay thế

đáng kể bởi y tế tư. Nhưng nổi lên hơn cả, là tình trạng tự mua thuốc điều trị, chiếm đến 50% những trường hợp báo cáo có ốm trong thời gian điều tra. Gần đây hơn, các nghiên cứu phục vụ cho chương trình phát triển hệ thống y tế các tỉnh Thái Bình, An Giang, Bình Thuận (1999) và Hưng Yên (2001) một lần nữa khẳng định: mô hình khám chữa bệnh của người nông dân nông thôn phổ biến nhất là tự điều trị (An Giang: 51%; Hưng Yên: 54%; Thái Bình: 57%, và Bình Thuận: 60%), tiếp đó là đi y tế tư, rồi mới đến trạm y tế xã và đứng sau cùng là bệnh viện huyện. Có xấp xỉ 1/3 người ốm không sử dụng bất cứ một loại hình dịch vụ y tế nào, kể cả việc mua thuốc tự điều trị. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng: tính riêng với các trường hợp điều trị ngoại trú (không phải nằm viện), nếu sử dụng dịch vụ y tế tư nhân, phải trả gấp 2.6 lần so với tự điều trị, tăng lên 3.2 lần nếu đi đến bệnh viện tỉnh. Như vậy, việc hạch toán kinh tế đã đưa đến sự lựa chọn phương án chữa bệnh ở người dân nông thôn

NHỮNG THÁCH THỨC MỚI CỦA HỆ THỐNG Y TẾ NÔNG THÔN

Những cố gắng liên tục trong suốt mười năm qua đã đưa hệ thống y tế nông thôn, đặc biệt là mạng lưới y tế xã thường thay đổi cơ bản. Trang thiết bị y tế đã được đổi mới, không còn tình trạng thiếu thuốc như những năm thập kỷ 80, và cán bộ y tế được đảm bảo lương, bác sĩ công tác ở xã đã trở nên phổ biến. Hệ thống bệnh viện huyện cũng được nâng cấp đáng kể. Nhưng vẫn còn không ít những bất cập từ yếu tố thị trường: chất lượng dịch vụ và giá cả phục vụ liệu có được người dân chấp nhận, và nguy cơ người nghèo không tiếp cận được chăm sóc y tế đang có chiều hướng leo thang biến động cung cầu?

Khác với các loại hình dịch vụ khác, người mua khó có đủ kiến thức đánh giá chất lượng chăm sóc y tế mà mình đã được nhận. Nghiên cứu tại Hưng Yên (2001) cho thấy, mặc dù người dân chấp nhận sử dụng dịch vụ y tế tư hơn là đến khám chữa tại trạm y tế xã và bệnh viện huyện nhưng nhìn chung, chất lượng y tế tư nhân vẫn thấp

hơn rõ rệt so với y tế công: 11% đội ngũ hành nghề y dược tư nhân không có bằng cấp chuyên môn. Người nghèo mắc bệnh nhiều hơn, nhưng sử dụng dịch vụ y tế ít hơn người không nghèo. Bảo hiểm y tế mới chỉ chiếm chưa đến 1/4 dân số nông thôn, nhưng ngay cả những người có bảo hiểm y tế, có đến 40% khi ốm vẫn tự mua thuốc điều trị, 10% sử dụng dịch vụ y tế tư, chỉ có 11% trong số này sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh.

Nền kinh tế đất nước tiếp tục phát triển, người dân giàu lên, hệ thống hạ tầng cơ sở được cải thiện, lẽ đương nhiên người dân hoàn toàn có quyền lựa chọn dịch vụ theo ý mình. Điều này, đưa đến hệ quả, khi bệnh nhẹ, chưa có đủ tiền, để mặc không điều trị; hoặc người khá giả hơn, tự mua thuốc điều trị; khi lo lắng trước tình trạng nguy hiểm của bệnh, đổ ra các trung tâm y tế ở thành phố lớn. Và do vậy, sự quá tải bệnh nhân ngày càng trở lên nghiêm trọng đối với các cơ sở y tế lớn ở Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh. Trong khi hệ thống bệnh viện huyện lại trống vắng. Tự điều trị càng phát triển, nhu cầu thuốc càng tăng, và giá thuốc nằm trong sự điều phối của thị trường theo quy luật cung cầu.

Đã coi chăm sóc y tế là một loại hình dịch vụ và dịch vụ này không nằm ngoài quy luật khắc nghiệt của thị trường: các cơ sở y tế tuyển dưới, trang thiết bị nghèo hơn, trình độ nhân viên thấp hơn, liệu có tồn tại được trong cuộc cạnh tranh khốc liệt hiện nay? Có cần thiết không, và can thiệp thế nào từ phía nhà nước để hệ thống y tế nông thôn tồn tại và phục vụ theo tôn chỉ của một hệ thống y tế hiện đại: chất lượng công bằng, và hiệu quả?

Hai mươi năm kể từ khi thế giới khuyến cáo xây dựng hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu noi gương theo Việt Nam, đã xảy ra sự xoay chuyển cơ bản từ hệ thống y tế phục vụ nhân dân lấy chăm sóc sức khỏe con người làm nền tảng, sang hệ thống y tế phục vụ nhân dân lấy hiệu quả theo khái niệm đầu tư làm mục tiêu, phải chăng hệ thống y tế nông thôn Việt Nam đã lộn xác và đang đặt ra những thách thức mới?