

## VAI TRÒ CỦA NHÀ NƯỚC TRONG VIỆC ĐẢM BẢO AN SINH XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

ĐẶNG THỊ VIỆT PHƯƠNG\*  
NGUYỄN THANH THỦY\*\*

### 1. Đặt vấn đề

An sinh xã hội (ASXH) là một thuật ngữ được cho là chính thức xuất hiện lần đầu tiên tại Mỹ trong một đạo luật năm 1935 về an sinh xã hội (Borgatta và cộng sự, 1992). Xuất phát từ quan điểm cơ bản rằng hệ thống ASXH phải đảm bảo các nguyên lý phòng ngừa, giảm thiểu và khắc phục rủi ro cho người dân, khái niệm an sinh xã hội được hiểu là “hệ thống các chính sách can thiệp của nhà nước (bảo hiểm xã hội, trợ giúp xã hội) và tư nhân (các chế độ không theo luật định hoặc của tư nhân) nhằm giảm mức độ nghèo đói và tổn thương, nâng cao năng lực tự bảo vệ của người dân và xã hội trước những rủi ro hay nguy cơ giảm hoặc mất thu nhập, bảo đảm ổn định, phát triển và công bằng xã hội” (ILSSA và GIZ, 2013:10).

Ở Việt Nam, cho đến nay, nhà nước vẫn là chủ thể chính cho toàn bộ hệ thống ASXH quốc gia, từ việc hoạch định chính sách, tổ chức thực hiện và đảm bảo ngân sách. Tuy nhiên, hệ thống ASXH của Việt Nam vẫn chưa phát triển tương xứng với đà tăng trưởng kinh tế: mức độ bao phủ, mức hưởng và khả năng tiếp cận các dịch vụ ASXH thấp, nguồn lực dành cho ASXH còn hạn chế, v.v. Nghị quyết số 15-NQ/TU ngày 1/6/2012 của Ban chấp hành Trung ương Đảng về “*Một số vấn đề về chính sách xã hội giai đoạn 2012-2020*” đặt mục tiêu đến năm 2020, Việt Nam cơ bản hình thành hệ thống ASXH bao phủ toàn dân.

Hai trong số các mục tiêu mà Nghị quyết số 15-NQ/TU đặt ra đến năm 2020 là bảo hiểm y tế (BHYT) toàn dân và mở rộng độ bao phủ của bảo hiểm xã hội (BHXH) tới 50% lực lượng lao động. Trong phạm vi bài viết này, chúng tôi sẽ xem xét vai trò của nhà nước trong việc cung cấp các loại hình BHYT và BHXH, trụ cột lớn của hệ thống ASXH hiện nay ở Việt Nam. Từ đó, chúng tôi đề xuất việc đánh giá lại vai trò của nhà nước nhằm thúc đẩy một hệ thống ASXH đồng bộ, rộng khắp và thỏa đáng, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của đất nước và tiếp cận các mô hình hiện đại trên thế giới.

### 2. Nhà nước và việc đảm bảo ngân sách cho sự nghiệp y tế

Chi phí cho y tế là một mục chi quan trọng trong cơ cấu chi ngân sách của các quốc gia. Nó phản ánh quan điểm và thực tiễn đảm bảo ASXH cho người dân của mỗi quốc gia. Nhìn vào chính sách và thực tiễn đảm bảo ngân sách cho y tế gần một thập niên qua,

---

\* NCS, Viện Xã hội học.

\*\* NCS, Viện Xã hội học.

có thể thấy Nhà nước thể hiện cam kết mạnh đối với sự nghiệp chăm sóc sức khỏe cho người dân. Chỉ thị 38-CT/TU của Ban Bí thư Trung ương Đảng về “Đẩy mạnh công tác bảo hiểm y tế trong tình hình mới” là một trong số nhiều văn bản chính sách vĩ mô thể hiện cam kết này. Theo đó, Chỉ thị yêu cầu tăng đầu tư, phân bổ ngân sách thích hợp và sử dụng có hiệu quả các nguồn ngân sách đã có để củng cố và phát triển mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở, đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh tại các địa phương (Ban Bí thư Trung ương Đảng, 2009). Trong khoảng một thập niên qua, chi phí cho y tế ở Việt Nam hầu như tăng đều mỗi năm. Chi ngân sách nhà nước cho y tế tăng bình quân 34,2% trong giai đoạn 2008 - 2013, cao hơn tốc độ tổng chi thường xuyên của ngân sách nhà nước. Mặc dù tốc độ tăng chi ngân sách nhà nước cho y tế trong ba năm gần đây sụt giảm do những khó khăn kinh tế vĩ mô và chính sách thắt chặt tài khóa của Chính phủ, nhưng chi tiêu cho y tế vẫn tăng. Trong đó, chi tiêu ngân sách cho y tế tăng cao nhất vào năm 2012 (tăng tới 23.570 tỷ đồng so với năm 2011) và dự kiến năm 2015 tiếp tục tăng thêm 6.298 tỷ đồng so với năm 2014 (Bộ Tài chính, 2007-2014).

Đặt trong tương quan với chi ngân sách nhà nước cho hạng mục kinh tế, có thể thấy, chi tiêu cho y tế không chỉ tăng dần theo từng năm, mà khoảng cách giữa chi phí cho lĩnh vực y tế so với kinh tế đang rút ngắn dần. Ước tính năm 2015, khoảng cách chênh lệch chi tiêu ngân sách cho hai hạng mục này chỉ còn 0,12 điểm phần trăm. Thực tiễn phân bổ ngân sách thập niên qua cho thấy sự gia tăng liên tục, thậm chí đột biến (năm 2011 - 2012), cả tỷ trọng và tổng mức chi ngân sách nhà nước dành cho y tế.

Có thể thấy, Nhà nước đang nỗ lực bằng cả chính sách và thực tiễn nhằm duy trì vai trò chủ đạo trong chăm sóc sức khỏe và đảm bảo ASXH cho người dân. Tuy nhiên, những số liệu công bố về tình hình ngân sách trong phiên họp Thường vụ Quốc hội ngày 10/10/2014 khiến chúng ta không khỏi lo ngại.

#### **Ngân sách nhà nước và ASXH: các ý kiến từ đại biểu quốc hội trong cuộc họp Quốc hội ngày 10/10/2014**

*“[Chính phủ] phải thu xếp trả nợ bảo hiểm xã hội 22.500 tỉ đồng. Đây là khoản tiền ngân sách mà Chính phủ phải nộp vào quỹ để trả lương cho người về hưu”* (Chủ nhiệm Ủy ban Các vấn đề xã hội của Quốc hội).

*“72% ngân sách dành cho chi thường xuyên, còn lại chưa đến 30% phải vừa dành đầu tư phát triển, vừa trả nợ vừa làm những việc khác. Đây là một ngân sách có cơ cấu rất xấu”* (Chủ tịch Quốc hội).

*“Do cân đối ngân sách nhà nước năm 2015 khó khăn nên chưa bố trí được ngân sách cải cách tiền lương, không có điều kiện điều chỉnh tiền lương cơ sở”* (Bộ trưởng Bộ Tài chính).

*“Năm 2014 đã hoãn lộ trình tăng lương, năm 2015 Chính phủ cũng báo cáo không bố trí được nguồn để thực hiện”* (Phó Chủ tịch Quốc hội).

*Nguồn: <http://tuoitre.vn/tin/chinh-tri-xa-hoi/20141010/no-nhieu-an-het-lay-dau-dau-tu/656536.html>, truy cập ngày 10/10/2014.*

Tình trạng thâm hụt ngân sách trong chi tiêu dành cho ASXH đặc biệt đáng chú ý khi đặt trong bối cảnh tổng thu ngân sách nhà nước trong những năm gần đây liên tiếp thấp hơn so với tổng chi. Kết quả quyết toán thu chi ngân sách nhà nước từ năm 2005 đến năm 2014 cho thấy bội chi ngân sách diễn ra liên tục và khoảng cách giữa thu và chi ngân sách có chiều hướng gia tăng (Bộ Tài chính, 2015). Năm 2015, dự toán tổng thu và tổng chi NSNN tiếp tục giãn cách với tổng thu là 911.100 tỷ đồng và tổng chi 1.147.100 tỷ đồng (Bộ Tài chính, 2015). Tỷ lệ bội chi ngân sách so với GDP là 4,8%, được coi là nằm trong mức cho phép (Bộ Tài chính, 2014), nhưng vẫn ở mức trung bình cao so với các nước trong khu vực Đông Nam Á.

Về nguyên tắc, việc đảm bảo ASXH cho người dân không thể vượt quá khả năng chi trả của một quốc gia. Lý thuyết về xã hội phúc lợi nhấn mạnh rằng: các chủ thể khác nhau đều cần tham gia vào việc cung ứng các dịch vụ phúc lợi (Fujimura, 2000). Ngày nay, trong mọi hoạt động của hệ thống ASXH, nhà nước không nên và cũng không thể là chủ thể duy nhất. Để phát triển hệ thống ASXH bao phủ toàn dân như mục tiêu Nghị quyết 15-NQ/TU đặt ra, cần có sự tham gia của nhiều chủ thể phúc lợi, trong đó nhà nước đóng vai trò chủ đạo, tạo khuôn khổ pháp lý và chính sách, tạo cơ chế nhằm huy động sự tham gia của các đối tác phi nhà nước, kêu gọi trách nhiệm xã hội của mỗi thành viên trong xã hội.

### **3. Nhà nước và việc cung cấp bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế**

#### **3.1. Bảo hiểm xã hội**

BHXH là sự bảo đảm thay thế hoặc bù đắp một phần thu nhập của người lao động khi họ gặp phải những biến cố, rủi ro, làm giảm hoặc mất thu nhập do đau ốm, thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, hết tuổi lao động hoặc qua đời, trên cơ sở đóng góp vào quỹ BHXH. BHXH xây dựng và sử dụng quỹ tài chính tập trung do người sử dụng lao động và người lao động đóng góp. Ở Việt Nam, BHXH được thực hiện từ năm 1947. Hệ thống này ban đầu chỉ giới hạn cho đối tượng là cán bộ công nhân viên trong khu vực nhà nước. Đến năm 1993, hệ thống này được mở rộng cho cả các doanh nghiệp tư nhân và các công ty liên doanh. Đến luật BHXH năm 2006, với việc bổ sung BHXH tự nguyện, BHXH đã trở thành phương thức đảm bảo ASXH dành cho mọi người. Chương trình BHXH bắt buộc hiện nay bao gồm các chế độ như: ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, hưu trí, tử tuất; BHXH tự nguyện bao gồm: trợ cấp hưu trí và trợ cấp tử tuất; BH thất nghiệp thì gồm trợ cấp thất nghiệp, hỗ trợ học nghề, hỗ trợ tìm việc làm. Luật BHXH (năm 2006, sửa đổi bổ sung năm 2014) đã đánh dấu một bước phát triển lớn, tạo hành lang pháp lý cao nhất trong việc thực hiện chính sách BHXH cho người lao động.

Đối tượng tham gia BHXH những năm gần đây tăng dần. Đối tượng tham gia BHXH bắt buộc tăng từ gần 8,2 triệu người năm 2007 lên 10,4 triệu người vào năm 2012 (tăng 27,2% so với năm 2007 (ILSSA, 2014)). Tỷ lệ gia tăng đối tượng tham gia BHXH bình quân hàng năm là 5,4%, chủ yếu trong phạm vi khu vực kinh tế chính thức. Tuy thế, BHXH hiện mới chỉ bao phủ được khoảng 2/3 số đối tượng thuộc diện bắt buộc tham gia. BHXH tự nguyện, dù có đà tăng mạnh sau năm đầu triển khai, cũng chỉ chiếm 0,27% tổng số lao động thuộc diện tham gia<sup>1</sup>(ILSSA, 2014). Nếu tính cả BHXH tự nguyện thì cho đến nay, chỉ khoảng 20% lực lượng lao động cả nước thuộc diện bao phủ của BHXH.

<sup>1</sup> Phần lớn trong số họ trước đó đã từng tham gia BHXH bắt buộc.

Tính đến cuối năm 2012, BHXH mới chỉ đáp ứng được hơn 1/5 dân số từ 60 tuổi trở lên được nhận trợ cấp hưu trí. Bên cạnh đó, tình trạng nợ đọng, trốn đóng BHXH còn diễn ra ở nhiều doanh nghiệp. Quỹ BHXH, nhất là quỹ hưu trí, từ tuất có nguy cơ mất cân đối trong tương lai gần (từ năm 2011 đến năm 2014, ngân sách nhà nước đã tăng chi cho quỹ BHXH để chi trả lương hưu và bảo đảm xã hội, từ 29,7% lên 42,6%). Đây sẽ là thách thức mà Việt Nam phải đối mặt với mục tiêu tăng độ bao phủ của BHXH tới năm 2020.

Với mục tiêu tăng độ bao phủ bảo hiểm xã hội lên 50% vào năm 2020 (Ban chấp hành Trung ương Đảng, 2012b), Nhà nước xác định BHXH bắt buộc không còn là giải pháp duy nhất để tăng độ bao phủ của BHXH, mà còn phải tăng độ bao phủ thông qua việc huy động sự tham gia BHXH tự nguyện của người dân. Rút ngắn khoảng cách thụ hưởng giữa khu vực công và khu vực tư cũng được xem là một trong những cách thức tăng độ bao phủ của BHXH. Nghị quyết cũng nhấn mạnh đến việc mở rộng mạng lưới BHXH tự nguyện đến các nhóm đối tượng nông dân, lao động khu vực phi chính thức... Có thể nói đây là một sự thay đổi lớn trong quan điểm của Nhà nước khi xác định các đối tượng thụ hưởng các chính sách đảm bảo ASXH hiện nay.

Tuy vậy, việc mở rộng đối tượng thụ hưởng ASXH không đi cùng với việc mở rộng chủ thể tham gia. Nhà nước vẫn tự xác định là chủ thể duy nhất trong việc đảm bảo ASXH. Nghị quyết 21-NQ/TU đặt ra nhiệm vụ cần *“mở rộng chính sách hỗ trợ của Nhà nước đối với người tham gia các loại hình BHXH, BHYT, nhất là BHXH tự nguyện cho nông dân, lao động trong khu vực phi chính thức; BHYT cho các đối tượng chính sách, người thuộc hộ gia đình cận nghèo, nông dân, học sinh, sinh viên, đồng bào ở các vùng đặc biệt khó khăn, vùng núi”*. Chỉ thị 05/CT-TTg, ngày 02/4/2015 của Thủ tướng Chính phủ yêu cầu sự vào cuộc khẩn trương hơn nữa của các bộ, ban, ngành nhằm thực hiện các chỉ tiêu Nghị quyết 21-NQ /TU đề ra: *“Đối với các tỉnh có tỷ lệ bao phủ BHXH thấp (dưới 20%), BHYT thấp (dưới 60%) cần tập trung xây dựng, ban hành kế hoạch và tổ chức thực hiện nhằm nâng cao số người tham gia BHXH, BHYT để đạt bằng tỷ lệ trung bình của cả nước về người tham gia BHXH, BHYT vào cuối năm 2015”*.

### **3.2. Bảo hiểm y tế**

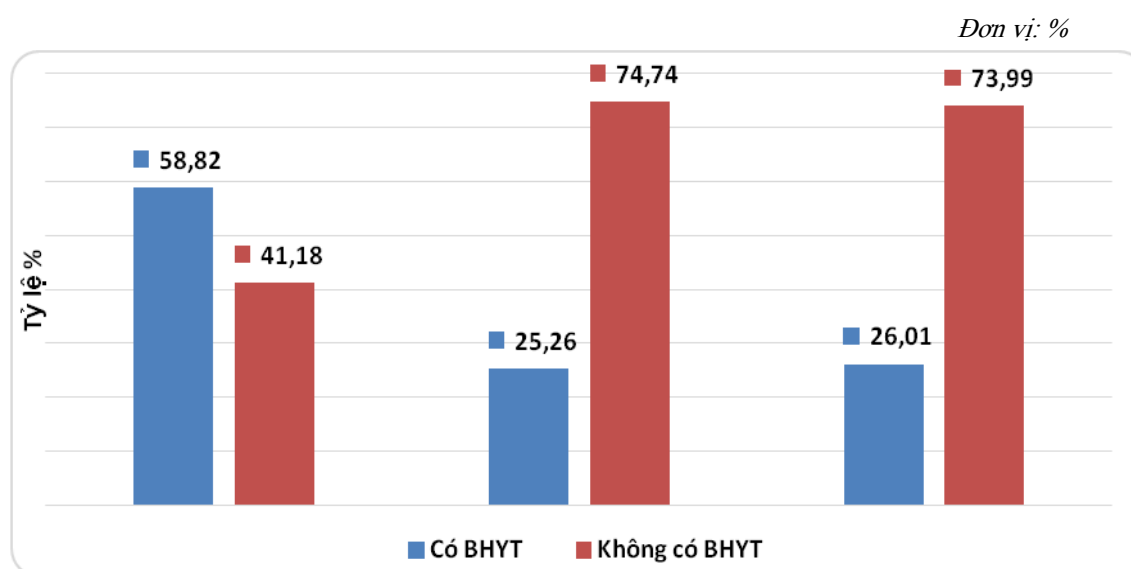
Luật BHYT có hiệu lực từ ngày 1/7/2009 đã quy định trách nhiệm tham gia BHYT của các nhóm đối tượng theo lộ trình. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT năm 2014 thể hiện rõ hơn quyết tâm chính trị nhằm thúc đẩy thực hiện BHYT toàn dân theo tinh thần của Hiến pháp 2013 và Nghị quyết 21-NQ/TU. Để thực hiện mục tiêu này, Luật BHYT sửa đổi quy định toàn dân bắt buộc tham gia BHYT, đồng thời hỗ trợ ngân sách cho một số nhóm đối tượng tham gia BHYT. Chẳng hạn, Nhà nước khuyến khích việc tham gia BHYT theo hộ gia đình bằng cách giảm dần mức đóng từ thành viên thứ hai trong hộ. Chỉ thị 05/CT-TTg, ngày 02/4/2015 của Thủ tướng Chính phủ yêu cầu sự vào cuộc khẩn trương hơn nữa của các bộ, ban, ngành nhằm thực hiện các chỉ tiêu Nghị quyết 21-NQ/TU đề ra. Đối với Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ tướng yêu cầu *“huy động mọi nguồn lực để hỗ trợ cho người dân tham gia BHYT, trước mắt tập trung hỗ trợ 30% mức đóng BHYT còn lại cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo”* (Thủ tướng Chính phủ, 2015). Một lần nữa, Nhà nước tiếp tục hỗ trợ ngân sách để

thúc đẩy quá trình mở rộng đối tượng, thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân và đảm bảo ASXH. Bằng các biện pháp này, Chính phủ phấn đấu đạt mục tiêu đến hết năm 2015, số người tham gia BHYT đạt 75% dân số (trong khi tỷ lệ tham gia BHYT hiện tại là 71%) (Thủ tướng Chính phủ, 2015).

Đánh giá thực tế tham gia BHYT từ năm 2001 đến năm 2012, tỷ lệ dân số tham gia BHYT đã tăng lên (đạt gần 60 triệu người vào năm 2012). Điều đáng nói là, trong số gần 60 triệu người đó, có tới 78% số người tham gia BHYT là do nhà nước hỗ trợ mua (Somanathan và đồng nghiệp, 2014). Tuy nhiên, ngay cả trong các nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần hoặc thuộc diện bắt buộc tham gia BHYT, tỷ lệ người lao động không có BHYT vẫn còn cao. Có những địa phương, ngay cả khi được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng 70%, thậm chí có địa phương hỗ trợ tới 90% chi phí mua BHYT, thì số đối tượng tham gia vẫn còn thấp (Bộ Y tế, 2013).

Tính đến hết năm 2012, vẫn còn gần 37% dân số chưa tham gia BHYT, bao gồm đối tượng có trách nhiệm tham gia BHYT, đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng, và đối tượng phải tự đóng toàn bộ mức đóng. Trong đó, có khoảng gần 74,7% người cận nghèo, 48,6% người lao động trong các doanh nghiệp và 74% nông dân, người lao động khu vực phi chính thức và các đối tượng khác chưa tham gia BHYT (Bộ Y tế, 2013). Có thể thấy, sự ách tắc trong thực hiện BHYT toàn dân nằm ở các nhóm có chiều hướng yếu thế, dễ bị tổn thương này. Với việc Chính phủ hỗ trợ 30% mức đóng BHYT còn lại cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo, sự ách tắc này có thể phần nào được tháo gỡ (ILSSA và GIZ, 2013).

**Biểu 1. Tình hình tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng 2012**



Chú thích: Nhóm 1: Do người lao động và người sử dụng lao động đóng

Nhóm 2: Nhóm kết hợp giữa NSNN và đóng góp của người sử dụng

Nhóm 3: Nhóm đối tượng tự nguyện tham gia BHYT

Nguồn: Bộ Y tế, 2013.

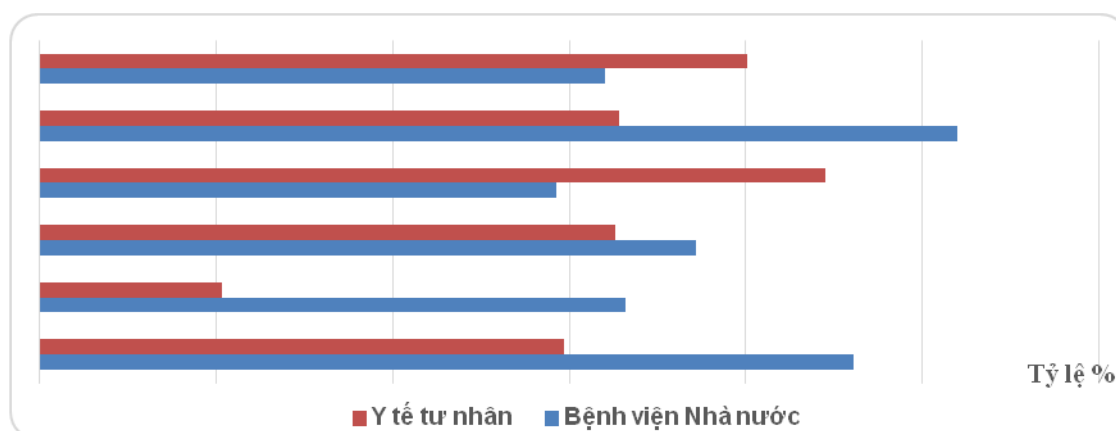
Với việc tăng chi ngân sách cho y tế, mạng lưới tổ chức khám chữa bệnh được mở rộng hơn. Cả nước có 35 bệnh viện đa khoa và chuyên khoa công lập tuyến trung ương, 382 bệnh viện công lập tuyến tỉnh, và hầu hết các huyện đều có bệnh viện đa khoa cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh ban đầu. Trong khi đó, theo số liệu khảo sát năm 2011, các bệnh viện tư chỉ chiếm 7% tổng số bệnh viện và 4,4% tổng số giường bệnh (Trần Thị Mai Oanh và đồng nghiệp, 2011). Năm 2013, trung bình cả nước có 25 giường bệnh/10.000 dân, thì khoảng 24,3 giường thuộc bệnh viện công lập (Bộ Y tế và HPG, 2013). Mức độ tham gia của các cơ sở y tế tư nhân vào hệ thống BHYT còn rất hạn chế. Theo thống kê năm 2011, chỉ có 12,7% cơ sở y tế tư nhân tham gia ký hợp đồng khám chữa bệnh bằng BHYT với tỷ lệ thẻ đăng ký ban đầu là 3,8%. Việc dùng BHYT ở các cơ sở y tế tư nhân chủ yếu dành cho khám chữa bệnh ngoại trú (93,8%) (Trần Thị Mai Oanh và đồng nghiệp, 2011). Có thể thấy cơ sở hạ tầng y tế nhận khám chữa bệnh có BHYT cho đến nay hầu như vẫn là “độc quyền” của khu vực nhà nước.

Bức tranh “độc quyền” ở trên trở nên khác biệt nếu xét đến tần suất thăm khám tại các cơ sở y tế. Năm 2011, mỗi người dân Việt Nam trung bình khám bệnh 1,8 lần tại các cơ sở y tế tư nhân, 1,2 lần tại trạm y tế xã và 0,8 lần tại bệnh viện công. Các cơ sở khám chữa bệnh tư nhân tiếp tục khẳng định lợi thế trong việc thu hút người dân đến khám chữa bệnh vào năm 2012. Khu vực y tế tư nhân trở thành khu vực đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ ngoại trú, chiếm tới 60% số lượt khám, tập trung vào các loại dịch vụ để thu hồi vốn (Bộ Y tế và (HPG), 2013). Như vậy, trong khi khu vực y tế tư nhân tham gia hạn chế vào hệ thống BHYT, nhưng lại thu hút đa số người dân vào các dịch vụ ngoại trú, rõ ràng Nhà nước cần có các chính sách phù hợp hơn nhằm thúc đẩy sự hợp tác giữa khu vực y tế công và tư trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Thực trạng sau đây làm rõ hơn vấn đề vừa nêu: Tỷ lệ người có thẻ BHYT mà không sử dụng khi đi khám chữa bệnh khá cao. Kết quả khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2010 - 2012 cho thấy, trong phạm vi cả nước (cũng như từng khu vực nông thôn, đô thị) tỉ lệ người có thẻ BHYT tăng lên. Tuy nhiên, tỉ lệ người sử dụng thẻ BHYT (trong số người có thẻ) còn ít. Từ năm 2004 đến 2012, tỉ lệ dân số không dùng thẻ BHYT hoặc số khám chữa bệnh miễn phí trong điều trị, cả nội trú và ngoại trú, đều không mấy thay đổi, chỉ bằng khoảng 50% so với tổng số người có thẻ BHYT. Ở nhóm nghèo, dân tộc ít người và các vùng khó khăn, tỉ lệ sử dụng thẻ BHYT còn thấp hơn các nhóm/vùng còn lại. Tỷ lệ dân số có BHYT điều trị nội trú chủ yếu rơi vào các nhóm thu nhập thấp và giảm dần tỷ lệ đến nhóm thu nhập cao nhất (Tổng cục Thống kê, 2013). Sự đối lập giữa tỉ lệ người sử dụng thẻ BHYT còn thấp (trong cả điều trị nội trú và ngoại trú) so với tỉ lệ người có thẻ BHYT tăng lên có thể khiến chúng ta cần đặt câu hỏi về hiệu quả của thẻ BHYT đối với người dân (Bùi Quang Dũng và cộng sự, 2013).

**Biểu 2. Tỷ lệ người khám chữa bệnh ngoại trú trong 12 tháng tại các cơ sở khám chữa bệnh**

Đơn vị: %



Nguồn: Tổng cục Thống kê, 2013.

Việc người dân ít dùng đến thẻ BHYT trong khám chữa bệnh<sup>2</sup>, cùng với tần suất thăm khám nghiêng hơn về phía các cơ sở y tế tư nhân, cho thấy cần điều chỉnh lại vai trò điều hành trực tiếp của nhà nước đối với việc cung cấp các dịch vụ y tế trong bối cảnh xu hướng tư nhân hóa đang hình thành ngày một rõ rệt và tỏ ra hiệu quả trong một vài nhân tố. Chúng tôi cho rằng cần đa dạng hóa các hình thức chăm sóc y tế bằng việc tạo môi trường cạnh tranh lành mạnh giữa khu vực nhà nước và tư nhân trong cung cấp các dịch vụ y tế. Điều này sẽ tạo thành mạng lưới chăm sóc y tế rộng khắp, đảm bảo cho mọi người dân có quyền được lựa chọn phương thức BHYT một cách chủ động và công bằng. Hệ thống BHYT không chỉ cần bao phủ cho toàn dân mà còn nên mở rộng đối tượng cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT. Tuy nhiên, điều này đòi hỏi phải xây dựng cơ chế quản lý giám sát để bảo đảm tính bền vững của hệ thống.

## 5. Kết luận

Việt Nam đặt mục tiêu tăng trưởng kinh tế đi đôi với bảo đảm ASXH, và xác định vai trò của nhà nước như là chủ thể phúc lợi chủ yếu và cơ bản cho toàn bộ hệ thống ASXH quốc gia. Nhà nước đang kiên trì thực hiện cam kết này, với vai trò chủ đạo từ việc hoạch định chính sách, tổ chức thực hiện và đảm bảo ngân sách. Do nợ công và tình trạng bội chi ngân sách kéo dài, nhà nước cần xác định lại vai trò của mình trong việc đảm bảo sự phát triển bền vững của hệ thống ASXH, theo nghĩa phân chia lại các vai trò và huy động sự tham gia của khu vực tư nhân trong việc cung cấp các dịch vụ ASXH.

Việc đa dạng hóa các chủ thể ASXH trên cơ sở một khung khổ pháp lý và chính sách chung (mà Nhà nước đóng vai trò chủ đạo) sẽ góp phần hình thành một hệ thống ASXH nhiều tầng lớp để bảo vệ, hỗ trợ người dân ứng phó với rủi ro. Cần

<sup>2</sup> Còn có nhiều nguyên nhân khác của việc không dùng đến thẻ BHYT trong khám chữa bệnh, nhưng chất lượng khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT thấp có lẽ là một trong những nguyên nhân quan trọng.

đẩy mạnh cơ cấu quỹ BHXH gồm 3 tầng như sau: tầng thứ nhất từ nguồn ngân sách nhà nước (từ thuế) - tầng cơ bản mọi người được hưởng như nhau; tầng thứ hai dựa trên sự đóng góp bắt buộc của người sử dụng lao động và người lao động; tầng thứ ba kêu gọi sự tự nguyện tham gia đóng góp của người lao động để tăng mức thụ hưởng của họ sau khi nghỉ lao động. Nhà nước đóng vai trò xây dựng cơ chế, chính sách nhằm đảm bảo thị trường cung ứng các dịch vụ an sinh công khai, minh bạch và hiệu quả; khuyến khích sự tham gia của khu vực tư nhân vào việc cung cấp các dịch vụ xã hội.

Trên thực tế, BHYT đang đứng trước tình thế lưỡng nan giữa một bên là mục tiêu bao phủ BHYT toàn dân; và một bên là tình trạng người có thể BHYT không sử dụng thẻ trong các dịch vụ chăm sóc y tế công mà hướng tới các dịch vụ thăm khám tư nhân. Bên cạnh tất cả những nguyên nhân khiến hệ thống BHYT chưa bao phủ được toàn dân và chưa đem lại chất lượng thỏa đáng cho người thụ hưởng, cần lưu ý một thực tế là các nhu cầu chăm sóc y tế hiện đã phân hóa rất rõ giữa những nhóm người thụ hưởng có các mức thu nhập khác nhau. Hệ thống BHYT một mặt phải đảm bảo đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế tối thiểu, mặt khác phải được thiết kế đa dạng nhằm đáp ứng các nhu cầu chăm sóc sức khỏe khác nhau của người tham gia.

ASXH là quyền cơ bản của con người. Để điều này đi vào thực tiễn đời sống xã hội thì trước hết cần nỗ lực nâng cao nhận thức người dân về quyền an sinh của họ. Mỗi người dân xác định rõ quyền và nghĩa vụ của mình trong việc chủ động trang bị một hình thức ASXH phù hợp; tránh sự trông chờ, phụ thuộc vào nhà nước. Sự tham gia của các thành viên trong xã hội vừa với tư cách là người thụ hưởng nhưng cũng đồng thời là các chủ thể an sinh là phương thức đảm bảo sự bền vững của hệ thống ASXH ở Việt Nam hiện nay.

### **Tài liệu tham khảo**

- Aparnaa, S. Ajay, T. Đào Lan Hương, Kari L. H và Hernan L. Fuenzalida - Puelma. 2014. Tiến tới bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam: Đánh giá và Giải pháp. Định hướng trong phát triển. Washington, DC: World Bank.
- Ban chấp hành Trung ương Đảng. 2012a. Nghị quyết số 15-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng ngày 1/6/2012 về “*Một số vấn đề về chính sách xã hội giai đoạn 2012-2020*”.
- Ban chấp hành Trung ương Đảng. 2012b. Nghị quyết số 21-NQ/TW của Ban Chấp hành Trung ương ngày 22/11/2012 về “*Tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác BHXH, BHYT giai đoạn 2011-2020*”.
- Ban Bí thư Trung ương Đảng. 2009. Chỉ thị số 38-CT/TW của Ban Bí thư ngày 7/9/2009 về “*Đẩy mạnh công tác bảo hiểm y tế trong tình hình mới*”.
- Bộ Y tế. 2013. Đề án thực hiện lộ trình tiến tới Bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012-2015 và 2020.
- Bộ Tài chính. 2015. Báo cáo quyết toán thu chi ngân sách năm 2005-2014.
- Bộ Tài Chính. 2014. Báo cáo ngân sách Việt Nam 2012-2013.
- Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế. 2013. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013. Hà Nội.



- Bùi Quang Dũng, Đỗ Thiên Kính, Đặng Thị Việt Phương. 2013. “Một số vấn đề về đời sống văn hóa xã hội nông thôn Việt Nam hiện nay”, *Tạp chí Xã hội học*, số 4/2013, tr. 23-36.
- Viện Khoa học Lao động và Xã hội (ILSSA). 2014. *Báo cáo tổng kết đánh giá thi hành luật bảo hiểm xã hội*. Hà Nội.
- Viện Khoa học Lao động và Xã hội (ILSSA) và GIZ. 2013. *Phát triển hệ thống an sinh xã hội ở Việt Nam đến năm 2020*.
- Masayuki, F. 2000. "The Welfare State, the Middle Class, and the Welfare Society", *Review of Population and Social Policy*, No. 9, 2000, tr. 1-23.
- Thủ tướng Chính phủ. 2015. Chỉ thị số 05/CT-TTg ngày 02/4/2015 của Thủ tướng Chính phủ về tăng cường thực hiện chính sách bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế.
- Tổng cục Thống kê. 2013. *Kết quả khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2012*. Nxb Thống kê.
- Trần Hữu Quang. 2009. Hệ thống phúc lợi ở thành phố Hồ Chí Minh với mục tiêu tiến bộ xã hội và công bằng xã hội (bản phúc trình tổng kết đề tài nghiên cứu), Viện Nghiên cứu phát triển TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh (báo cáo nghiên cứu).
- Trần Thị Mai Oanh, K. Hort, Khương Anh Tuấn, Nguyễn Thị Minh Hiếu, Trịnh Ngọc Thành và cộng sự. 2011. *Nghiên cứu về y tế ngoài công lập*, Viện Chiến lược và chính sách y tế.