

## **Y tế phương Tây: Mô hình Đức, 40 năm chuyển hoá và đổi mới**

**Phạm Duy Thoại**  
*Berlin, Đức*

### **Tóm tắt**

*Sự phát triển của y tế phương Tây từ trên hai thế kỷ qua là do biết vận dụng khoa học tự nhiên. Nhờ tính hiệu quả, Tây y đã thuyết phục, đạt được tin tưởng trong chẩn đoán cũng như trong chữa trị và đóng vai trò chủ yếu của mọi hệ thống y tế quốc gia. Các hệ thống y tế phương Tây hoạt động trên ba nguyên tắc: Trong khi y tế Mỹ chủ yếu qua các bảo hiểm y tế tư, ở Anh lại do nhà nước trực tiếp điều hành. Tại Đức hệ thống y tế hoạt động độc lập với nhà nước và quỹ y tế xã hội nắm vai trò quyết định ngân sách. Trong những thập kỷ qua sự khác biệt về nguyên tắc trên càng lúc càng có nhiều chỗ tiếp cận nhau. Kể từ thời điểm khủng hoảng xăng dầu vào những năm 70 và nhất là sau khi thống nhất đất nước năm 1989, nước Đức đã có hàng loạt chương trình cũng như luật lệ cải tổ và chuyển hoá hai hệ thống y tế Đông-Tây vốn khác nhau về cơ bản. Mô hình y tế Đức hiện nay có một số đặc điểm được coi là mẫu mực như mức độ bảo hiểm cao, quyền tự do chọn lựa bác sĩ, bệnh viện và sự bình đẳng trong việc khám, chữa bệnh. Mặt khác trong mô hình này cũng có một số nhược điểm mà thử thách chính là chưa kiểm soát được hiệu quả chi phí y tế ngày càng cao. Trong chiến lược y tế, y tế dự phòng và y tế cộng đồng đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ sức khoẻ người dân, qua đó giảm được chi phí y tế và hỗ trợ cho nền kinh tế quốc dân.*

### **Y tế phương Tây, thành quả và tiêu chí**

Tây y từ hơn hai thế kỷ qua phát triển nhờ xây dựng trên nền tảng khoa học tự nhiên. Đặc tính của nó là chẩn đoán và chữa trị có chứng cứ nên đã chinh phục lòng tin của con người. Những thành tựu phổ biến đã thay đổi cục diện của đời sống mà ai cũng biết đến như: Chủng đậu từ cuối thế kỷ thứ 18, qua đó mà những trận dịch hàng năm đã từng giết hại

nhiều trăm ngàn người đã được ngăn chặn một cách hiệu quả.<sup>1</sup> Thí dụ khác là việc phát hiện vi trùng và sự thành hình của vi trùng học với Robert Koch và Louis Pasteur vào những năm cuối thế kỷ 19. Đến giữa thế kỷ 20 Fleming tìm ra trụ sinh, mở ra một giai đoạn mới trong việc chữa trị. Tây y tiếp tục lấn sâu vào sự sống con người với thuốc ngừa thai (1965), thụ tinh trong ống nghiệm (1978) và kịp vào đầu thế kỷ 21 với những công trình giải mã Genom.

Sử dụng Tây y để xây dựng một hệ thống y tế trở thành một nhiệm vụ nòng cốt của mỗi quốc gia. Một hệ thống y tế hiệu quả cũng góp phần an dân, ổn định xã hội. Tuy khả năng của mỗi nước có khác, nhưng tiêu chí của y tế là những mục đích phổ quát mà căn cứ vào đó ta có thể đánh giá được một hệ thống y tế. Những tiêu chí chủ yếu là:

1. Sự bình đẳng trong việc chẩn đoán và chữa trị, không phân biệt địa vị, quyền hạn, giới tính, tôn giáo, chủng tộc v.v...
2. Người bệnh được tiếp cận với những phương pháp khám chữa hiệu quả.
3. Người bệnh không phải lo về chi phí y tế.

Tiêu chí số 1 gắn liền với hệ thống chính trị. Trong các hệ thống mà quyền bình đẳng trong đời sống xã hội không được tôn trọng và bảo đảm thì cũng khó có sự bình đẳng trong y tế.

Sức khỏe là vốn quý nhất của con người nên người bệnh trông đợi được chẩn đoán và chữa trị bằng những phương pháp hiệu quả nhất, hiện đại nhất. Nhưng tiêu chí thứ 2 cũng là điểm có nhiều tranh cãi. Trong các hệ thống y tế thường có một cơ quan độc lập và có thẩm quyền, hiểu biết về chuyên môn để có thể đề xuất ra những hướng dẫn hợp lý.

Điểm 3 xem ra là yêu cầu then chốt. Giải quyết ngân sách cho y tế ở những nước nghèo vốn là một vấn đề nan giải. Ở các nước có mạng lưới y tế hay đội ngũ chuyên môn tốt mà ngân sách thiếu thốn thì khả năng cũng bị giới hạn, có khi bị tê liệt không hoạt động được. Ngay ở các nước công nghiệp cao đây cũng là vấn đề kinh niên, đòi hỏi những đổi mới liên tục.

Ngân sách của y tế phương Tây theo 3 mô hình khác nhau về nguyên tắc (Hình 1). Trong khi tại Anh quốc -và một số nước Bắc Âu- bảo hiểm y tế là nhiệm vụ của nhà nước, được chi phối bởi Sở y tế quốc gia (National

<sup>1</sup> 1796 chủng đậu được BS người Anh Edward Jenner thử nghiệm, công bố và được áp dụng rộng rãi ở Anh. Sang thế kỷ 19 luật bắt buộc chủng đậu được áp dụng trong nhiều quốc gia cho đến những năm 60 của thế kỷ 20. Cách nay 40 năm, em bé Rahima Banu người Bangladesh được ghi nhận là ca cuối cùng bị bệnh đậu mùa. 1980 WHO, qua chương trình xóa bỏ bệnh đậu mùa thế giới (Global Smallpox Eradication Program), chính thức tuyên bố bệnh đậu mùa đã được dứt điểm.

Health Service) là một bộ phận trực thuộc Bộ y tế. Ở Mỹ bảo hiểm y tế thuộc về tư nhân. Các cơ quan y tế nhà nước chỉ phải lo cho những người trên 64 tuổi (Medicare). Những trường hợp nghèo túng hay tàn tật thì xã hội có biện pháp trợ cấp (Medicaid). 15% tức là khoảng 45 triệu người dân Mỹ không có bảo hiểm y tế. Obamacare (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) là một chính sách lớn của tổng thống Obama nhắm vào đối tượng này.

Quỹ bảo hiểm Y tế/xã hội	Bảo hiểm công (nhà nước)	Bảo hiểm tư
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đức</li> <li>• Pháp</li> <li>• Áo</li> <li>• Benelux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anh</li> <li>• Thụy Điển</li> <li>• Đan Mạch</li> <li>• Ý</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mỹ</li> </ul> <p>1965: Medicare/ Medicaid, 2010: Obamacare</p>

Hình 1: Các mô hình về ngân sách của y tế phương Tây

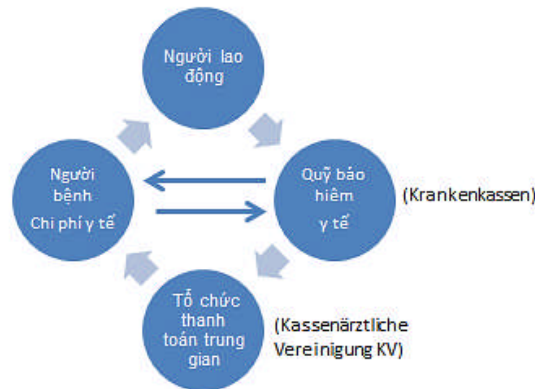
### Mô hình y tế Đức

Đức và một số nước Trung Âu như Pháp, Áo, Benelux chi phí cho y tế thông qua quỹ bảo hiểm y tế độc lập. Đặc biệt ở Đức, quỹ y tế xã hội đã được thủ tướng Bismarck thành lập từ 1883 như một thủ pháp chính trị để nhằm xoa dịu lực lượng thợ thuyền cũng như chống đỡ lại chủ nghĩa xã hội đang tranh giành ảnh hưởng trong giới này. Mọi người lao động đều bắt buộc phải đóng góp vào quỹ nhằm bảo hiểm bệnh tật và những rủi ro lao động khác. Quỹ được quản lý và hoạt động độc lập với nhà nước. Vào thời điểm này, mô hình Bismarck có một không hai trên thế giới!

Thời gian sau thế chiến thứ II, hệ thống bảo hiểm y tế xã hội tuy vẫn duy trì nguyên tắc Bismarck. Nhưng vì kinh tế chưa phục hồi, hệ thống y tế đã được cải tổ về hành chính để thoả ứng yêu cầu là nghĩa vụ đóng góp vào quỹ không bóp nghẹt khả năng cạnh tranh của kỹ nghệ. Trong số 15% khấu trừ từ lương của người lao động, cơ sở kỹ nghệ phải góp một

nửa. Tăng tiền đóng bảo hiểm dẫn đến tăng giá thành sản phẩm, khả năng cạnh tranh sẽ bị tác động tiêu cực. Trong hoàn cảnh thị trường cạnh tranh mô hình Bismarck phải đối đầu với mâu thuẫn là: Một mặt nhà nước muốn an dân, muốn thực hiện lý tưởng cao đẹp lo cho dân, như được ghi trong hiến pháp ("Y tế thuộc về trách nhiệm nhà nước và sức khỏe người dân là tài sản của xã hội"). Hoạt động của bộ máy y tế lại độc lập, không "thuộc quyền" của guồng máy nhà nước. Cuối cùng theo luật định, nhà nước lại phải chịu gánh vác trách nhiệm cuối cùng!

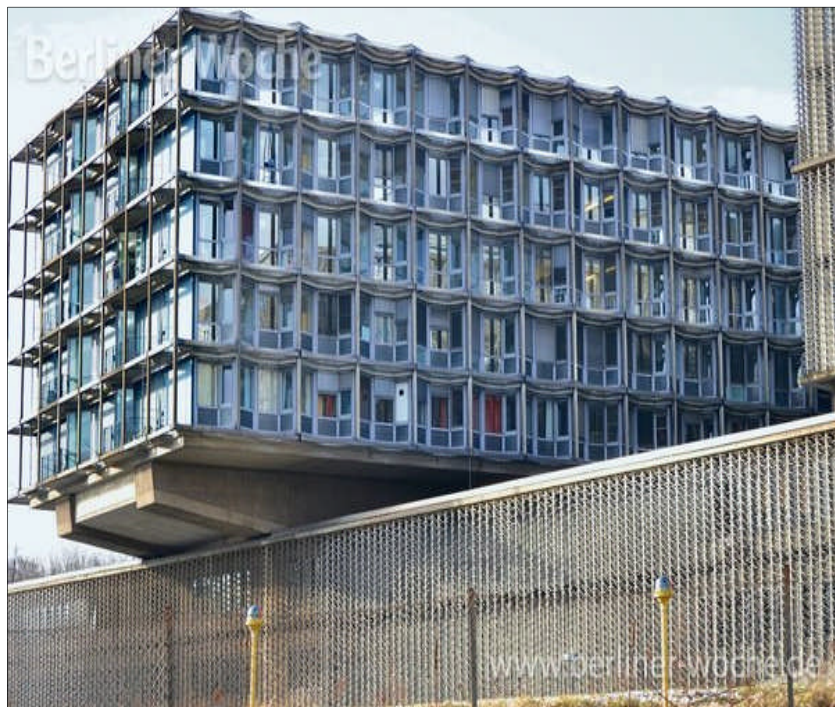
Mâu thuẫn thứ hai chính là nguyên tắc "đoàn kết, đóng góp". Vì theo cùng phần trăm đóng góp, nên lương nhiều sẽ phải đóng nhiều, lương ít thì đóng ít, không lương không đóng (trường hợp này quỹ trợ cấp xã hội sẽ đóng thay). Mức độ được bảo hiểm lại giống nhau. Qua đó có sự trải đều già-trẻ, khỏe-ốm, giàu-nghèo. Sự đóng góp như vậy có hàm chứa tính "bất bình đẳng". Trong hình 2 ta không thấy những người không lao động vì thất nghiệp, những người làm nghề tự do, những bà nội trợ, trẻ em và người già. Đó là những người không có lương nên không thể đóng phần "đoàn kết" của mình vào quỹ bảo hiểm y tế. Họ sẽ có một số biệt lệ dưới nhiều hình thức khác nhau để đều có thể hưởng bảo hiểm. Từ năm 2007 luật pháp bắt buộc mọi người đều phải có bảo hiểm. Năm 2011, theo Sở thống kê liên bang, mạng lưới bảo hiểm phủ kín 99,8% dân số trên nước Đức.



Hình 2: Mô hình Tây Đức: Quỹ bảo hiểm y tế

Trong khi tại **Tây Đức**, nương theo phát triển kinh tế và sự hỗ trợ đặc biệt từ Mỹ, cùng với một thế hệ những bác sĩ được tu nghiệp trở về, *lực lượng bác sĩ* Đức đã nhanh chóng bắc lại nhịp cầu với các nước Tây Âu và Mỹ, thúc đẩy y khoa kịp theo đà tiến thế giới. Nhiều trung tâm giáo dục y khoa hiện đại cũng được xây dựng, tiêu biểu là bệnh viện Klinikum Steglitz thuộc Đại học Tự do (Tây) Berlin được khánh thành

năm 1969 sau 10 năm chuẩn bị, 4 năm xây dựng với tổng phí là 304 triệu DM, trong đó có 58 triệu do quỹ Benjamin-Franklin (Mỹ) tài trợ. Công trình này có ý nghĩa tượng trưng cho quan hệ Đức-Mỹ. Cũng vì thế Đại sứ Mỹ tại Đức Henry Cabot Lodge,<sup>2</sup> đã tham dự buổi lễ khánh thành tại Tây Berlin, tuyên bố khẳng định Mỹ bảo đảm An ninh và Tự do cho Tây Berlin.



Hình 3: Klinikum Steglitz (Free University Berlin) tại Tây Berlin, là trung tâm giáo dục y khoa hiện đại nhất châu Âu trong thời điểm này. Xây dựng với sự trợ giúp của Mỹ và tọa lạc ở Tây Berlin nằm giữa Đông Đức, nó cũng là biểu tượng cho quan hệ chặt chẽ giữa Đức và Mỹ sau chiến tranh ( Nguồn: Berliner Woche).

Trong 40 năm vừa qua, hai sự kiện quan trọng là đợt khủng hoảng xăng dầu vào những năm 70 và việc thống nhất nước Đức năm 1989. Tại Tây Đức khủng hoảng xăng dầu dẫn đến tăng thất nghiệp và tác dụng trực tiếp đến quỹ y tế. Các biện pháp cấm xe hơi vào cuối tuần để tiết kiệm

---

<sup>2</sup> Henry Cabot Lodge (1902-1985): Trước nhiệm kỳ tại CHLB Đức Lodge đã từng được Tổng thống Kennedy cử làm Đại sứ Mỹ tại Nam Việt Nam nhằm "uốn nắn" Tổng thống Ngô Đình Diệm, khi phong trào đấu tranh Phật giáo lên cao độ. Lodge được xem là đã cùng CIA nhúng tay vào việc đảo chính và giết Tổng thống Diệm.

nhiên liệu không mang lại kết quả kinh tế đáng kể. Trong tình hình đó, khái niệm “giảm chi phí” (Kostendämpfung) cho y tế trở thành một yêu cầu chính trị. Từ 1975-1989 chi phí cho y tế khoảng 6-7% GDP và thường được giữ trong giới hạn này. Chính quyền và các cơ cấu liên hệ đưa ra những biện pháp tiết giảm chi phí chủ yếu qua việc đổi mới tổ chức truyền thống cũng như giản lược hành chính. Song song vào đó, từng bước các biện pháp cạnh tranh trong y tế được đưa vào thử nghiệm.

Tình hình tại **Đông Đức** sau chiến tranh từ 1951-1989 có những thành công đáng kể với mức tăng trưởng kinh tế trung bình hàng năm là 4.5%. Nhưng tiềm lực kinh tế của Đông Đức với khoảng 16 triệu dân và GDP cao nhất là 353 tỷ DDR Mark (nếu theo sức mua 1988, 1DM = 4.4 DDR Mark, tính ra là 45 tỷ €) vẫn còn khiêm nhường bên cạnh Tây Đức. 60% bệnh viện phía Đông được xây dựng vào đầu thế kỷ XX và Đông Đức cũng không thoát khỏi nạn chung của các nước XHCN là tình trạng thiếu thiết bị và thuốc cao cấp. Trong giai đoạn từ 1977-1989 có 316.000 người dân Đông Đức xin xuất cảnh.<sup>3</sup> Chỉ riêng năm 1987, trong số 112.000 người xin xuất cảnh, số lớn có tay nghề cũng như nhiều chuyên viên trong ngành y tế:<sup>4</sup>

- 52.000 Thợ chuyên môn
- 11.500 Trình độ đại học
- 1142 Bác sĩ
- 2675 Chuyên viên y tế, điều dưỡng
- 670 Giáo viên

Trong hệ thống y tế nhà nước XHCN của Đông Đức có một số mặt tích cực nên được ghi nhận như là danh sách tập trung các bệnh ung thư, các công tác tiêm phòng hay các chương trình dự phòng cho thiếu nhi, các bà mẹ v.v... Các trạm y tế cơ sở với các BS chuyên môn (Polikliniken) là một mô hình mà sau khi thống nhất cũng được ứng dụng trên khắp nước Đức (Medizinische Versorgungszentren, MVZ), dĩ nhiên với nguyên tắc chi phí khác.

<sup>3</sup> Henke, Klaus Dietmar et al. (Hrsg.): Anatomie der Staatssicherheit. Geschichte, Struktur und Methoden. MfS-Handbuch. Teil 3: Wichtige Dienstleistungen Teil 17: Die zentrale Koordinierungsgruppe Bekämpfung von Flucht und Übersiedlung, Berlin 1995, S. 50

<sup>4</sup> Wolfgang Mayer “Flucht und Ausreise”, Anita-Tykve-Verlag 2002, S. 113

## TÂY ĐỨC

Tái xây dựng

- Khủng hoảng xăng dầu
- Thống nhất đất nước

Giới hạn chi phí  
2004: G-DRG

1949-1975

1975-1989

1989-2015

Tái xây dựng

1975-1980 Chảy máu  
chất xám → Tây Đức

- Thuế phụ thu Đoàn kết
- Hiện đại hoá  
bệnh viện & thiết bị
- Chuyển đổi nhân sự &  
mạng lưới Y tế

## ĐÔNG ĐỨC

Hình 4: Một số đặc điểm trong thời gian đổi mới và chuyển hóa hệ thống y tế Đức

Sau khi nước Đức thống nhất, việc chuyển đổi hệ thống y tế tại các bang phía Đông được khẩn trương tiến hành. Mạng lưới phòng mạch được thành lập. Thay đổi cơ cấu trong các bệnh viện song song với yêu cầu xây dựng và nâng cấp trang thiết bị y khoa một cách lớp lang. Từ năm 1991 cho đến năm 2019 theo luật „phụ thu đoàn kết“ (Solidaritätszuschlag) một khoản tiền 3,75-7,5% tiền lương (tùy theo năm) được thu để hỗ trợ các bang phía Đông. Đến nay số tiền chuyển từ Tây sang Đông khoảng 1.500 tỷ €. <sup>5</sup> Chi phí cho y tế của CHLB Đức thống nhất năm 2012 khoảng 300 tỷ €. <sup>6</sup>

### G-DRG (German-Diagnosis Related Groups)

Giai đoạn sau thống nhất cũng là giai đoạn đổi mới sâu rộng nhất, khi hệ thống tính điểm chi trả cho các dịch vụ y tế theo cùng một giá được áp dụng cho khắp nước Đức.

Trong mạng lưới y tế, bệnh viện đóng vai trò then chốt. Chi phí cho bệnh viện chiếm khoảng 30% toàn bộ chi phí cho y tế. DRG là khái niệm chỉ một „gói bệnh“ với những vấn đề và việc làm khác liên hệ với căn bệnh chính. Năm 1983 người Mỹ sử dụng DRG để đánh giá chất lượng chữa trị nội bộ trong các nhà thương hoặc để phân phối ngân sách. Tại Đức, sau nhiều năm chuẩn bị và thử nghiệm tình nguyện, từ năm 2004 G-DRG được chính thức áp dụng một cách bắt buộc cho toàn nước Đức. Và trong thời điểm này nước Đức là nước duy nhất trên thế giới dùng DRG để chi trả phí tổn y tế cho nhà thương. Nguyên tắc cơ bản của việc áp dụng DRG là: Cùng công việc thì được trả cùng một số tiền.

<sup>5</sup> Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, FAZ 01.07.15

<sup>6</sup> GDP của CHLB Đức năm 2014 là 2.903 tỷ €

Hàng năm các thông tin và đề nghị liên quan đến quá trình áp dụng DRG được tập trung, phân tích và sửa đổi hay bổ xung nhằm cập nhật .

- Năm 2015 có tất cả 664 “Gói bệnh”
- Ấn định các “Gói bệnh” bằng “*Trị giá ca bệnh*” (Case Mix Index, CMI) căn cứ vào ngân sách và trị giá ca bệnh với CMI=1.0 bằng bao nhiêu tiền. Năm 2015 “Gói bệnh” nào có CMI bằng 1.0 sẽ được chi trả số tiền là 3.190 €

Các “Gói bệnh” sẽ được mã hóa, thí dụ: Ruột thừa. Các khám nghiệm và chi phí liên hệ đến viêm ruột thừa sẽ được mã hóa là G23. Và G23 có CMI là 0,74. Với biểu giá năm 2015, phí tổn chữa trị giải phẫu ruột thừa sẽ được trả trọn gói là 2.360 € (0,74x3.190€). Tương tự như thế cho bệnh nhân bị đột quy là 3.068 € (CMI=0,962x3.190€). Hay trường hợp đau tim nặng phải phẫu thuật ghép tim, với CMI=34,594, nhà thương sẽ được chi trả 110.354 €.

Trong thời gian 10 năm qua DRG đã được „tối ưu hóa“. Hệ quả của nó đối với nhà thương là:

- Rút ngắn thời gian nằm viện
- Tăng số ca bệnh
- 20-30% thời gian làm việc của bác sĩ là để giải quyết các vấn đề hành chánh
- Tạo ra cạnh tranh giữa các nhà thương

Với việc chi trả theo gói bệnh, cơ sở y tế hay nhà thương nào không hoạt động hiệu quả kinh tế, chỗ ấy sẽ lỗ lã. Trong thời gian từ 2003-2012 theo báo cáo của cơ quan bảo hiểm y tế có 74 nhà thương với 5200 giường bệnh đã phải đóng cửa.<sup>7</sup> Kết quả của báo cáo năm 2015 công bố về 1000 bệnh viện với 600 hồ sơ chi thu cho thấy 33% những bệnh viện này làm ăn lỗ, 17% có nguy cơ phá sản.<sup>8</sup>

Bộ phận thứ hai của mạng lưới y tế là lực lượng *bác sĩ phòng mạch* tư.

Trong tổng số 365.200 bác sĩ hành nghề có 147.900 bác sĩ làm việc tại các phòng mạch và 186.300 bác sĩ tại bệnh viện.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Osterloh, Falk Krankenhausreform: Welche Häuser müssen schließen? Dtsch Arztebl 2015; 112(24): A-1071 / B-895 / C-867

<sup>8</sup> Krankenhaus-Rating-Reports 2015. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Institute for Health Care Business (hcb), Stiftung Münch und Philips Healthcare. [http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/Pressemeldungen/Flyer-Krankenhaus\\_Rating\\_Report\\_2015\\_A4-Format.pdf](http://www.medhochzwei-verlag.de/fileadmin/medhochzwei/Pressemeldungen/Flyer-Krankenhaus_Rating_Report_2015_A4-Format.pdf)

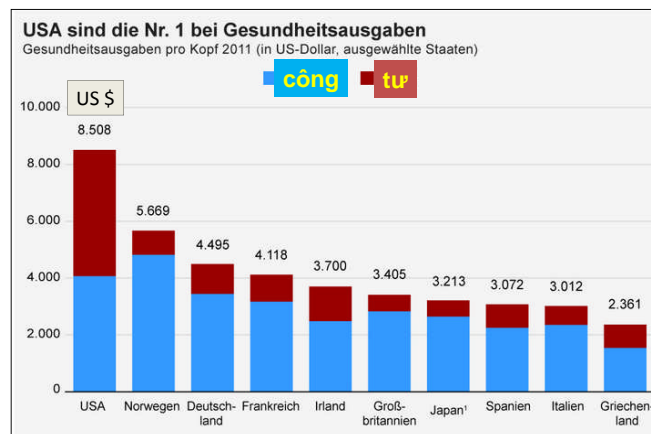
<sup>9</sup> Nguồn: Thống kê 2014 của Deutsche Bundesärztekammer



Phí tổn chi trả cho các phòng mạch dựa vào hệ thống tính điểm EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) có giá trị từ năm 2009. Khám tổng quát được định là 202 điểm. Căn cứ vào ngân sách và tổng số điểm được ghi nhận mỗi năm, tổ chức thanh toán trung gian sẽ tính ra một định giá bằng tiền. Năm 2015 mỗi điểm được tính là 10 Cent. Với 202 điểm cho khám tổng quát, BS sẽ nhận được thù lao là 20,2 €. Ngoài ra mỗi phòng mạch còn có ngân sách giới hạn từng quý. Đây là một biện pháp nhằm tránh tăng số lượng bệnh nhân vì lý do kinh tế. Hậu quả là nếu không biết tổ chức, chưa hết kỳ hạn mà đã vượt ngân sách, phòng mạch phải đóng cửa cho hết quý. Tuy nhiên giới hạn này có thể thay đổi cho năm sau, nếu có lý do chính đáng. Các phòng mạch BS tư vì thế càng lúc chật vật với gánh nặng hành chính.

Như thế các BS trong bệnh viện hay tại các phòng mạch cũng như nhân viên điều dưỡng thuộc vào “bên thua cuộc” trong quá trình chuyển hoá và thay đổi từ bốn thập niên qua. Họ phải tốn thời giờ nhiều hơn cho công việc hành chính, và vì thế ít thời giờ hơn cho bệnh nhân.

Chi phí cho y tế trong năm 2011 là 293,8 tỷ Euro, là 11,3% của GDP. Nếu tính từ những năm sau thống nhất từ 1999 đến 2011 chi phí y tế tăng hàng năm, tổng cộng tăng 85%, tức là gấp đôi tăng trưởng GDP. Tính theo đầu người chi phí y tế của Đức đứng thứ 3 sau Mỹ và Na Uy.



Hình 5: Chi phí cho y tế trên đầu người (2011), Nguồn: Tổ chức cộng tác và phát triển kinh tế châu Âu (OECD).

Với mục đích giảm chi, các biện pháp giới hạn ngân sách nhắm vào nhiều mặt. Trong việc chi tiêu của bệnh viện, hơn 50% là tiền trả cho nhân viên nói chung (Hình 6). Nên để giảm chi, công việc đầu tiên cho những chuyên gia kinh tế thường làm là giảm số bác sĩ, y tá.

Bác sĩ, điều dưỡng	51,1%
Thuốc men, vật dụng y tế	26,9%
Ăn ở	24%
Hành chính	5,3%
Dự phòng, chuyên chở v.v...	9,1%

Hình 6: Chi phí cho y tế 2006. (Nguồn: Sở thống kê liên bang)

Đặc biệt trong hai thập niên qua có thể mô tả tình hình nội bộ trong các bệnh viện như là những chiến trường không tiếng súng. Những "chiến dịch" thu gọn nhân sự, tối ưu tổ chức và hoạt động thường nhật, cải tổ bộ máy hành chính v.v... là những yêu cầu phải làm thường xuyên. Những chỉ số kinh tế được áp dụng vào bệnh viện và được kiểm soát chặt chẽ. Quan hệ bác sĩ/bệnh nhân vì thế không tránh khỏi bị sức ép kinh tế tác động.

### Thảo luận

Trong nhiều nước, Y tế phương Tây với ba tiêu chí nêu trên- bình đẳng, hiệu quả và người bệnh không phải lo về phí tổn y tế- tuy có ít nhiều khác nhau, nhưng đã trở thành hiện thực trong cuộc sống hàng ngày. Trải qua những thay đổi trong vài chục năm vừa qua ta thấy những nguyên tắc phân chia giữa các hệ thống y tế không còn rõ rệt. Tiêu biểu cho y tế tư nhân ở Mỹ đã có những bổ xung y tế "công" như mạng lưới đỡ những người già và những người không có bảo hiểm. Y tế Anh với nguyên tắc Beveridge từ thời thế chiến thứ II, vốn kỳ vọng bảo hiểm cho mọi người: Người bệnh, bác sĩ hay bệnh viện không cần phải quan tâm đến phí tổn mà chỉ cần tập trung đến việc chữa bệnh. Với những biện pháp giảm chi, y tế công ở Anh quốc ngày nay chỉ còn để chi cho những yêu cầu cơ bản. Đến năm 2015 NHS phải tiết kiệm khoảng 20 tỷ Bảng Anh (khoảng 27 tỷ €). Người dân phải mua thêm những bảo hiểm tư phù hợp với yêu cầu riêng của mình.

Mô hình Bismarck của Đức mà đặc điểm là có mức độ bảo hiểm gần như vô hạn, và lại cho phép người bệnh được tự do lựa chọn bác sĩ hay bệnh viện mà mình tin tưởng. Đó là những khía cạnh có thể được coi là mẫu mực cho các nước khác. Với tình trạng tuổi thọ càng ngày càng cao và tiến bộ y khoa còn nhiều đột phá mới tốn kém hơn, chi phí cho y tế có nguy cơ còn tăng tiếp tục. Các yếu tố đó đang là một thử thách nghiêm

trọng làm hệ thống y tế trở nên bấp bênh. Bản thân mô hình Đức chứa đựng 3 nhược điểm là: 1. Không kiềm hãm nổi chi phí ngày càng cao. 2. Hiệu quả và chất lượng y tế còn nhiều khác biệt khi so sánh với nhau. 3. Thiếu điều phối trong dây chuyền chữa trị. Qua 15 chính sách đổi mới từ hơn 30 năm nay các vấn đề then chốt này vẫn chưa được giải quyết.<sup>10</sup>

Trong kế hoạch y tế quốc gia, bảo đảm sức khỏe người dân còn bao gồm cả chính sách hỗ trợ sức khỏe và dự phòng bệnh tật. Công việc này bao trùm việc vận động cá nhân, các tổ chức xã hội về ý thức và hiểu biết những vấn đề liên quan đến sức khỏe. Nguyên nhân gây ra những loại bệnh phổ biến đều có thể giảm thiểu, nếu cá nhân và xã hội có khả năng được tác động tích cực hơn trong đời sống như ăn uống, cách tổ chức sinh hoạt và làm việc, thói quen vận động, thể dục và thể thao. Hơn 50% của toàn bộ chi phí cho y tế là do 4 nhóm bệnh: Tim mạch, đường ruột, tâm thần và chỉnh hình.<sup>11</sup> Các nước châu Âu bỏ ra trung bình 2.5% GDP cho công tác “Dự phòng và Y tế cộng đồng”. Đức bỏ ra 3.3%, tuy trên mức trung bình, nhưng kém xa các nước như Tân Tây Lan hay Gia Nã Đại khoảng 6%.<sup>12</sup> Trong năm nay (2015) Bộ y tế Đức đã đưa ra chiến lược y tế dự phòng cấp quốc gia. Quỹ xã hội sẽ chi thêm 500 triệu €/hàng năm nhằm hỗ trợ các cơ sở công cộng trong những biện pháp y tế dự phòng.<sup>13</sup> Y tế dự phòng vì thế là một chiến lược quan trọng không những để giảm chi y tế, mà còn tác động tích cực cho nền kinh tế quốc dân.

© Thời Đại Mới

<sup>10</sup> Chancen für das deutsche Gesundheitssystem, ISBN 978-3-642-25682-0 Springer Berlin (Redefining German Health Care, ISBN 978-3-642-10825-9 Springer, Berlin Heidelberg) 2012. Trong Porter M.E., Teisberg E.O.: Redefining Health Care. Harvard Business School Press 2006

<sup>11</sup> Sở thống kê liên bang : Chi phí cho y tế ( [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de); Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben)

<sup>12</sup> Báo cáo của Tổ chức cộng tác và phát triển kinh tế châu Âu (OECD)2007

<sup>13</sup> Luật tăng cường hỗ trợ sức khỏe và y tế dự phòng (Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Präventionsgesetz – PräVG). <http://bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>