

Mười Điều Hoang Tưởng Về Chăm Sóc Sức Khỏe: Tìm Hiểu Về Cuộc Tranh Luận Phúc Lợi Y Tế Canada

Ulli Diemer

**"Cho mỗi vấn đề phức tạp đều có Câu Trả Lời Đơn Giản: Gọn Gàng,
Thỏa Đáng, và Sai Lầm".
– H.L. Mencken**

Phúc lợi y tế là một thành cỦng của Canada. Tuy khỦng hoàn toàn, nhưng đủ tốt đẹp cho cả thế giới phải ghen tị.

Người dân Canada được tặng một món quà là nhận được sự chăm sóc sức khỏe có phẩm chất cao khi cần đến, mà khỦng vướng bận vấn đề tài chánh hay những trở ngại nào khác. Trong một nước nơi mà chúng ta so sánh mọi việc làm với những gì xảy ra bên kia biên giới phía Nam, chúng ta sẽ ngạc nhiên nhưng hài lòng khi thấy rằng chúng ta đã cải tiến một chương trình chăm sóc sức khỏe để phân phối việc chăm sóc chu đáo hơn, với kết quả khả quan hơn, đến một tỉ lệ dân chúng rất cao hơn, với phí tổn rất thấp hơn, so với nước Mỹ.

Đối phó với những sự kiện này, những người làm chính sách và cỦng chúng đã đưa ra một kết luận có thể tiên đoán được: hệ thống chăm sóc sức khỏe của Canada đang khủng hoảng -- cơn bệnh rất trầm trọng, có lẽ ngay cả đang đẩy chết trên giường bệnh.

Bầu khỦng khí bao trĩm những tiên đoán về số phận và đơn thuốc cho cơn giải phẫu quyết liệt. Cuộc tranh luận về chăm sóc sức khỏe biến thành một trận chiến ý thức hệ cao xa mà nơi này những giả định về chính trị và kinh tế tiên định được đánh giá cao hơn chứng cứ, và là nơi mà sự hoang tưởng được xem như những ân nghĩa chí tình đối với cỦng luận vỦ tu.

Sau đây là sự chỉ dẫn vấn tặc của 10 điều hoang tưởng phổ thỦng về chăm sóc sức khỏe:

Hoang Tường #1: Chi Phí Vượt Tầm Kiểm Soát.

Thực chất: Chi phí về y tế thực ra được kiểm soát hoàn toàn chặt chẽ, đến mức độ mà mức chi tiêu tài trợ cho các dịch vụ y tế của cộng đồng không đuổi kịp đà gia tăng dân số. Nếu tính theo phần trăm tổng sản lượng quốc gia (GNP), chi phí y tế đã san bằng ở mức 9%.

Trong 24 năm sau 1971, khi phúc lợi y tế trở thành chương trình quốc gia, tỉ lệ GNP của Canada chi tiêu cho y tế đã tăng vọt từ 7.5% lên 9%. Mức chi tiêu gia tăng của y tế trong năm 1981, không phải "chi phí trồi ốc", mà do sự kiệt huệ kinh tế gây nên bởi 2 sự suy thoái trong năm 1980 và bởi sự ra đời Hiệp Ước Tự Do Mậu Dịch. Nếu không do hậu quả việc sụt giảm tổng sản lượng quốc gia GNP, Canada vẫn còn giữ ở mức chi tiêu y tế (7.5%) như vào năm 1971.

Khi bàn về chi phí y tế, cần nhớ rằng khu vực công chỉ chiếm 72% tổng số chi phí y tế Canada: khá xa dưới mức trung bình 80% của các nước trong khối OECD. Những chi phí vượt trội nhanh nhất không phải trong khu vực công, mà ở khu vực tư như các dịch vụ về thuốc men và nha khoa.

Hoang Tường #2: Chúng ta không kham nổi hệ thống "tự do" hiện hữu mà phải thiết lập hệ thống phí tổn được trả từ người tiêu dùng.

Thực chất: Điều này khó hiểu cho tường tận, nói thẳng ra, nếu giả sử rằng chi phí quá cao, thì giải pháp là cần nâng cao thêm nữa. Nhưng phí tổn được trả từ người tiêu dùng không làm giảm những chi phí này, mà còn làm gia tăng hơn. Tiền thuế, phí tổn từ người tiêu dùng, hay tiền đóng bảo hiểm: những món tiền này vẫn cứ tuồn ra từ những túi tiền y như trước.

Tuy vậy, lợi ích thật sự của phí tổn được trả từ người tiêu dùng, theo quan điểm của những người tán thành việc này, là họ ngăn cản người nghèo tìm đến sự chăm sóc y tế. Vì nếu người nghèo bị từ chối chăm sóc y tế, thì những người không nghèo có thể tránh được việc giúp trả chi phí cho họ.

Khi tỉnh bang Saskatchewan áp dụng chương trình phí tổn được trả từ người tiêu dùng do đảng tự do nắm quyền vào những năm của thập niên 1970, số người có lợi tức thấp đi khám bác sĩ đã giảm xuống 18%.

Dĩ cho việc này xảy ra, tổng mức phí tổn đã gia tăng, do những thay đổi về "cách thức sử dụng" và sự "chen lấn của dịch vụ". Rất giản dị, các bác sĩ duy trì lợi tức của họ bằng cách mời những bệnh nhân có lợi tức cao đến phòng mạch thường xuyên hơn hay gửi họ đi các phòng thử nghiệm nhiều hơn.

Hậu quả là phải chi tiêu nhiều tiền hơn để cung cấp dịch vụ cho số người ít hơn.

Hoang Tường #3: Nguyên nhân chính của gia tăng chi phí y tế là do sự lạm dụng hệ thống của con người.

Thực chất: Bệnh nhân khỪng viết được toa thuốc, khỪng tự ghi danh những cuộc thử nghiệm, khỪng sắp xếp hàng loạt các cuộc lấy hẹn xét nghiệm kế tiếp, và khỪng tự ý nhập viện hay phẫu thuật cho chính mình. Người ta thường tìm đến bác sĩ bởi vì họ nghĩ có điều gì bất ổn, chứ khỪng phải vì ý tưởng mua vui khi ngồi hàng giờ trong phòng đợi khách.

Hoang Tường #4: Chương trình y tế do chính phủ điều hành là quan liêu và vô hiệu. Áp dụng bảo hiểm sức khỏe tư nhân để cạnh tranh giúp cho hệ thống hữu hiệu hơn.

Thực chất: Có bằng chứng từ các nước trong khối OECD cho thấy rằng khu vực do tư nhân quản lý còn quan liêu hơn và hiệu quả kém hơn khu vực cỪng lo việc cung cấp dịch vụ y tế.

Ngay chính nước Mỹ, có hệ thống y tế được tư hữu hóa nhiều nhất trong các nước của khối OECD, cũng chỉ tiêu 14% tổng sản lượng quốc gia GNP cho y tế, so với 9% của Canada.

Nước Mỹ hàng năm phải chi trả 911 đỪ la cho mỗi đầu người về chi phí điều hành, trong khi Canada chỉ trả 270 đỪ la trên mỗi đầu người.

Sự thiếu cân đối về tổng phí bảo hiểm lại càng đáng lưu ý: tổng phí tính trên đầu người ở Mỹ là 212 đỪ la so với 34 đỪ la ở Canada. Blue Cross/Blue Shield ở tiểu bang Massachusetts, một hãng bảo hiểm chính yếu, thuê đƯng 6680 nhân viên điều hành dịch vụ bảo hiểm cho 2.5 triệu khách hàng, nhiều hơn số nhân viên điều hành bảo hiểm y tế cỪng cộng cho 28 triệu dân Canada.

Gần đây, khi nước Đức hoán chuyển dịch vụ nha khoa từ hệ thống cỪng cộng qua bảo hiểm tư nhân, chi phí điều hành đã nhảy vọt gấp ba lần từ 5% đến 15%.

Hoang Tường #5: Người Mỹ chi trả nhiều hơn cho y tế, nhưng hiệu quả là họ nhận được sự chăm sóc tốt đẹp hơn.

Thực chất: Những nghiên cứu cho thấy rằng, trung bình người dân Canada thường nhận được sự chăm sóc nhanh hơn dân Mỹ. Tính theo đầu người, dân Canada có nhiều lần đi bác sĩ hơn dân Mỹ, chích ngừa nhiều hơn, nhập viện nhiều hơn, và phẫu thuật nhiều hơn. Một cuộc khảo sát 10 nước trong khối OECD chỉ rằng dân Canada hài lòng nhất với sự chăm sóc họ nhận được, trong khi người Mỹ ít vừa lòng nhất. Thật sự, người Canada hài lòng nhận sự chăm sóc sức khỏe gấp 5 lần so với người Mỹ.

Số trẻ em tử vong, số người mẹ tử vong, và tuổi thọ ở Canada tẹ hơn nước Mỹ trước

khi áp dụng chương trình phúc lợi y tế. Hiện tại số trẻ em tử vong của Canada chỉ bằng 70% so với Mỹ, trong khi phụ nữ Mỹ có nguy cơ chết trong lúc sinh đẻ gấp 2 lần so với phụ nữ Canada. Người dân Canada trung bình trong hiện tại sống lâu hơn người Mỹ trung bình đến 2 năm.

Hoang Tưởng #6: Bệnh viện tư nhân sẽ cải tiến phương tiện dịch vụ bằng cách loại trừ sức ép của hệ thống công cộng.

Thực chất: Các bệnh viện tư thu hút tư nguyên từ hệ thống công cộng. Những bệnh viện tư này đem lại phương tiện ưu đãi tốt lành cho y tế, trong khi khu vực công phải đứng mũi chịu sào.

Bởi vì dễ tiếp cận với những nguồn lợi tức phụ trội qua khoảng chi trả của những bệnh nhân sung túc, trong khi vẫn còn có thể bắt hệ thống công trả tiền đầy đủ cho những việc họ làm, các bác sĩ ở bệnh viện tư có thể kiếm nhiều tiền đáng kể. Do đó các bác sĩ này tìm cách tối đa hóa số bệnh nhân họ khám ở các bệnh viện tư trong khi tối thiểu hóa số bệnh nhân họ gặp trong lĩnh vực công. Một khi các bác sĩ ngưng phục vụ, thì danh sách bệnh nhân chờ đợi ở các cơ quan công sẽ dài thêm ra và động hướng tìm kiếm dịch vụ ở khu vực tư được gia tăng cho những ai có đủ tiền chi trả.

Khi mà những bệnh nhân sung túc còn nhận được việc chăm sóc sức khỏe qua công hệ thống như bao người khác, họ tiếp tục đòi hỏi hệ thống y tế phải cung ứng sự chăm sóc tối ưu. Trong hệ thống "2 kết buộc", các bệnh nhân sung túc không còn tùy thuộc vào những tiện nghi công cho việc chăm sóc sức khỏe và mất đi quyền lợi sẵn có nhằm đảm bảo sự chăm sóc tối ưu của hệ thống công.

Hoang Tưởng #7: Chúng ta có thể để dành tiền bằng cách dựa vào nhiều hơn sự chăm sóc cộng đồng và ít hơn ở bệnh viện.

Thực chất: "Chăm sóc cộng đồng" đã thường là một từ ngữ qui tắc để ngưng cung cấp chăm sóc. Khi tỉnh bang Ontario đóng cửa những viện tâm thần trong thập niên 1980 để thiết lập hệ thống "chăm sóc cộng đồng" cho các bệnh nhân tâm thần, thì những người này bị vứt bỏ ra đường phố mà không được cung cấp chỗ ở thích nghi hay những dịch vụ trợ cấp.

Khi áp dụng cho những người già yếu hay kẻ tàn tật về thể chất và tâm thần, chương trình "chăm sóc cộng đồng" là một thể thức lịch sự nói lên rằng những gia đình (đặc biệt giới phụ nữ, dĩ nhiên) mong đợi được cung cấp chăm sóc miễn phí, bởi vì hệ thống y tế sẽ không lo điều này.

Săn sóc cộng đồng thật sự không phải rẻ. Chương trình này có thể tốt hơn đối với những ai nhận sự chăm sóc ở nhà riêng của mình hay trong khung cảnh cộng đồng, nhưng không có chứng cứ thuyết phục nào chứng tỏ rẻ hơn nếu sự chăm sóc được cung cấp bởi các chuyên viên giỏi. Có thể còn mắc hơn. Ví dụ, một bác sĩ có thể

khám nhiều bệnh nhân ở phòng mạch của mình hơn là gọi điện thoại đến từng nhà để gặp họ.

Hoang Tường #8: Thay vì hệ thống hiện tại "chăm sóc bệnh" chúng ta nên chuyển qua một hệ thống chủ yếu về phòng bệnh và "an dưỡng".

Thực chất: Người ta có khuynh hướng đi bác sĩ khi họ bị bệnh, chứ không phải để cảm nhận một bài học về cách ăn uống cho tốt hơn, vận động nhiều hơn, hay cai thuốc lá.

Phòng bệnh là một ý tưởng tốt, nhưng ngoại trừ một số ít thể thức tiêu chuẩn như khám thai, chích ngừa, khám mắt, trị liệu bui nhốt, hầu hết mọi thứ giúp cho sức khỏe tốt lâu dài không thể nhận ở phòng mạch.

Yếu tố quyết định sơ khởi đối với sức khỏe xấu đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu về bệnh dịch học. Chúng gồm có thiếu dinh dưỡng, đặc biệt dinh dưỡng cho phụ nữ, thất nghiệp, nghèo khó, bất lực, chỗ ở không thích nghi, và bức xúc trong gia đình. Những chính sách về xã và kinh tế chắc có thể góp phần làm cho những vấn đề này tốt hơn hay tệ hại hơn, nhưng khó nhìn thấy như thế nào mà hệ thống y tế có thể làm gì được hơn, ngay cả nếu được đổi lại nhãn hiệu "hệ thống an dưỡng".

Hoang Tường #9: Do không có tiền, chính phủ không còn đủ khả năng cung cấp y tế có phẩm chất cao cho mọi người dân Canada.

Thực chất: Tiền được trích ra từ hệ thống, không phải từ trên trời rơi xuống, nhưng do những quyết định thận trọng của chính phủ. Những giảm thiểu đại qui mô về những chi trả hoán chuyển của chính phủ liên bang đang thật sự gây xóa mòn phúc lợi y tế và những chương trình xã hội khác. Sự đóng góp của liên bang đã được cắt giảm có hệ thống từ những năm đầu thập niên 1980. Phần tiền mặt của những chi trả hoán chuyển liên bang cho tất cả chương trình xã hội đến lúc hoàn toàn biến mất vào khoảng năm 2005. Hậu quả là phải gia tăng áp lực tài chánh lên những kế hoạch y tế của tỉnh bang, dẫn đến việc các chính phủ tỉnh bang phải xoay trở xóa bỏ sự chi trả y tế phổ thông và thiết lập hệ thống "2 kết buộc". Nếu những cắt giảm tài trợ này cứ tiếp tục theo kế hoạch, phúc lợi y tế không thể sống còn.

Hoang Tường #10: Những thiếu hụt của chính phủ làm cho việc cắt giảm tài trợ không thể tránh được.

Thực chất: Những thiếu hụt của chính phủ là hậu quả của những quyết định chính sách có ý thức. Những cải tổ về thuế của các chính phủ Trudeau và Mulroney làm giảm thiểu kinh khủng số lượng thuế được trả bởi dân giàu Canada và các công ty. Với công quỹ bị sụt đoạt hàng tỉ đô la về thu thuế, các chính phủ đã tạo thêm mức thâm thủng bằng cách vay mượn từ những người thừa hưởng của chương trình

"ngày nghỉ thuế", với lãi xuất rất cao. Nếu chính phủ đứng đắn về việc loại trừ những thiếu hụt, thì đã có thể đảo ngược số tiền thuế thất thu trong những thập niên 1970 và 1980.

Tài Liệu Tham Khảo

1. Evans, Robert G., Barer, Morris L., Stoddart, Greg L., Bhatia, Vandna. Who Are the Zombie Masters, and What Do They Want? The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice. June 1994.
2. Himmelstein, David U., Woolhandler, Steffie. The National Health Program Book: A Source Guide for Advocates. Common Courage Press. 1994
3. Stoddart, Greg L., Barer, Morris L., Evans, Robert G., Bhatia, Vandna. Why Not User Charges? The real Issues. The premier's Council on Health, Well-being and Social Justice.

Bài viết này xuất hiện trong Volume 2, Number 2 of Parliamentary Names & Numbers, được xuất bản bởi Sources www.sources.com

Aussi disponible en français: 10 mythes des soins de santé.

También disponible en español: Diez Mitos del Cuidado de la Salud: Entendiendo el Debate del Servicio Medico en Canadámm.

Also available in English: Ten Health Care Myths.

Auch in Deutscher Version

Ulli Diemer
www.diemer.ca