



Tổ chức
Lao động
Quốc tế



► **Cơ chế phối hợp giữa an sinh xã hội và dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Việt Nam**



Giấy phép Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Ấn phẩm này được cấp phép theo Giấy phép Bản quyền Công khai Attribution 4.0 International. Vui lòng truy cập: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. Người dùng có thể sử dụng lại, chia sẻ (sao chép và tái phân phối), điều chỉnh (tổng hợp lại, điều chỉnh và phát triển thêm dựa trên ấn phẩm gốc) như được nêu chi tiết trong giấy phép. Người dùng phải nêu rõ ILO là chủ sở hữu của ấn phẩm gốc và chỉ ra những thay đổi so với nội dung gốc. Không được sử dụng biểu tượng, tên và logo của ILO trong các bản dịch, bản điều chỉnh hoặc các tác phẩm phát sinh khác.

Ghi nguồn – Người dùng phải nêu rõ nếu có thay đổi và trích dẫn tài liệu như sau: *Cơ chế phối hợp giữa an sinh xã hội và dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Việt Nam, Geneva: Văn phòng Tổ chức Lao động Quốc tế, năm 2025. © ILO.*

Bản dịch – Bản dịch của ấn phẩm này cần bổ sung tuyên bố miễn trừ trách nhiệm sau đây: *Đây là bản dịch của ấn phẩm có bản quyền của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO). Bản dịch này không phải do ILO soạn thảo, xem xét hay công nhận và không được coi là bản dịch chính thức của ILO. ILO từ chối mọi trách nhiệm đối với nội dung và tính chính xác của bản dịch. Trách nhiệm hoàn toàn thuộc về (các) tác giả của bản dịch.*

Bản điều chỉnh – Bản điều chỉnh của ấn phẩm này cần bổ sung tuyên bố miễn trừ trách nhiệm sau đây: *Đây là bản điều chỉnh từ ấn phẩm có bản quyền của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO). Bản điều chỉnh này không phải do ILO soạn thảo, xem xét hay công nhận và không được coi là bản điều chỉnh chính thức của ILO. ILO từ chối mọi trách nhiệm đối với nội dung và tính chính xác của bản điều chỉnh. Trách nhiệm hoàn toàn thuộc về (các) tác giả của bản điều chỉnh.*

Tài liệu của bên thứ ba – Giấy phép Bản quyền Công khai này không áp dụng cho các tài liệu không thuộc bản quyền của ILO được trích dẫn trong ấn phẩm này. Nếu tài liệu được ghi nhận là của bên thứ ba, người sử dụng tài liệu hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc xác nhận quyền sở hữu với bên giữ bản quyền cũng như về các khiếu nại xâm phạm bản quyền.

Những tranh chấp phát sinh theo giấy phép này và không thể hòa giải sẽ được giải quyết theo Quy tắc Trọng tài Thương mại Quốc tế của Ủy ban Liên Hợp Quốc về Luật Thương mại Quốc tế (UNCITRAL). Các bên phải tuân theo mọi phán quyết trọng tài trong quy trình này và chấp nhận đó là phán quyết cuối cùng cho tranh chấp.

Để biết thêm thông tin về quyền và cấp, vui lòng liên hệ: rights@ilo.org. Để biết thêm thông tin về các ấn phẩm và sản phẩm số của ILO, vui lòng truy cập www.ilo.org/publns.

ISBN: 9789220422540 (bản in); 9789220422557 (web PDF)

Các quy định áp dụng đối với các ấn phẩm và dữ liệu của ILO phù hợp với nguyên tắc của Liên Hợp Quốc, và cách trình bày tài liệu trong ấn phẩm không thể hiện quan điểm của ILO về tình trạng pháp lý của bất cứ quốc gia, khu vực, vùng lãnh thổ hoặc chính quyền, hoặc vùng phân định biên giới hay ranh giới nào. Vui lòng truy cập: <https://www.ilo.org/disclaimer>.

Các ý kiến và quan điểm trong ấn phẩm này là của (các) tác giả và không nhất thiết phản ánh ý kiến, quan điểm hoặc chính sách của ILO.

Việc viện dẫn tên công ty, sản phẩm hoặc quy trình thương mại không đồng nghĩa với việc ILO chứng thực các công ty, sản phẩm hoặc quy trình thương mại đó, và việc không được nhắc đến trong ấn phẩm không có nghĩa là ILO không ủng hộ công ty, sản phẩm hoặc quy trình thương mại đó.

Được thiết kế bởi Công ty TNHH Luck House

Được in tại Việt Nam

- ▶ **Cơ chế phối hợp giữa an sinh xã hội và dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Việt Nam**

Lời cảm ơn

Nghiên cứu tình huống này do Nathalie Both (ILO) viết cùng với Marielle Phe Goursat (ILO), Kristina Kurths (ILO) và Lou Tessier (ILO). Việc thu thập và biên soạn dữ liệu sơ cấp và thứ cấp do Lê Thị Thanh Xuân thực hiện. Chúng tôi xin cảm ơn Andre Gama (ILO) và Nguyễn Hải Đạt (ILO) vì những đóng góp của họ cho báo cáo, cũng như cảm ơn Aurore Irakunda (ILO) đã hỗ trợ trong quá trình nghiên cứu.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ana Carolina de Lima Vieira vì sự hỗ trợ trong suốt quá trình xuất bản, cũng như Florian Saint-Aubin vì những đóng góp cho phần minh họa và thiết kế đồ họa.

Mục lục

▶ Lời cảm ơn	ii
▶ Mục lục	iii
▶ Giới thiệu	1
▶ Bối cảnh	5
Đặc điểm nhân khẩu học và kinh tế	6
Gánh nặng bệnh nghề nghiệp	7
Hệ thống an sinh xã hội, bao gồm bảo hiểm y tế công	7
Tổng quan về An toàn và sức khỏe nghề nghiệp	9
Tổng quan về hệ thống y tế quốc gia	10
▶ Mối liên kết giữa an sinh xã hội và dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp	11
Mối liên kết giữa bảo hiểm tai nạn lao động - bệnh nghề nghiệp và bảo hiểm y tế ở Bảo hiểm xã hội Việt Nam	12
Nộp phí bảo hiểm y tế bởi quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp	12
Phạm vi quyền lợi tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp theo chế độ bảo hiểm y tế và chế độ hưu trí	13
Những tác động tiềm tàng	14
Liên kết giữa dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp	17
Các chi tiết về quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được quy định trong Luật An toàn, vệ sinh lao động	17
Chi trả cho các hoạt động phòng ngừa bằng quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp	17
Phối hợp giữa dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp, bảo hiểm y tế và bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp	19
Các công cụ quản trị, pháp lý và quy phạm điều chỉnh sự phối hợp	19
Các chương trình thúc đẩy và điều phối nguồn lực cho an toàn sức khỏe nghề nghiệp và phòng ngừa bệnh nghề nghiệp	19
Cơ hội phối hợp	20
Giám sát và báo cáo	20
Tạo cơ hội cho người lao động tiếp cận các chương trình an sinh xã hội để mở rộng tiếp cận và độ bao phủ	21
▶ Kết luận	22
▶ Tài liệu tham khảo	23
▶ Phụ lục 1: Tổng quan hệ thống y tế quốc gia	27
▶ Phụ lục 2: Tổng quan về hệ thống an sinh xã hội	29
▶ Phụ lục 3: Hệ thống dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp quốc gia	35



Giới thiệu

Sức khỏe con người được xác định bởi các yếu tố sinh lý và các điều kiện mà con người sinh ra, lớn lên, sống, làm việc, vui chơi và già đi, cũng như các hệ thống và yếu tố hình thành nên những yếu tố này – nói cách khác là các yếu tố xã hội, môi trường, hành vi và chính trị (Marmot 2001). Ở cấp độ cá nhân, các yếu tố khác nhau quyết định sức khỏe không đứng riêng rẽ và do đó lý tưởng nhất là chúng nên được giải quyết bằng cách sử dụng một bộ chính sách và khung thể chế có sự phối hợp và toàn diện. Các hệ thống an sinh xã hội, an toàn và sức khỏe nghề nghiệp đều hướng đến giải quyết một số yếu tố xã hội và môi trường quyết định sức khỏe cho lực lượng lao động và các yếu tố khác, đặc biệt là các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và các chương trình an sinh xã hội bao gồm chăm sóc sức khỏe, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Các cơ quan/chương trình này có một mục tiêu chung về sức khỏe công cộng là thúc đẩy sức khỏe tốt, ngăn ngừa tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, hỗ trợ tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không gặp khó khăn, đảm bảo an ninh thu nhập trong suốt thời gian ốm đau/thương tích, và tạo điều kiện phục hồi chức năng. Về mặt này, cả hai chính sách đều hỗ trợ trực tiếp cho việc đạt được các Mục tiêu phát triển bền vững 1.3 và 8.8, và cùng nhau đóng góp vào việc đạt được mục tiêu phát triển bền vững 3 về sức khỏe và hạnh phúc cho tất cả mọi người.

Nhằm thúc đẩy các cách tiếp cận phối hợp và toàn diện, một dự án nghiên cứu đã được triển khai trong khuôn khổ Dự án ILO-Pháp “Tiếp cận toàn dân với an sinh xã hội và an toàn, sức khỏe tại nơi làm việc”. Dự án bao gồm một tổng quan sơ bộ và ba nghiên cứu tình huống quốc gia, với mục tiêu làm rõ mối liên hệ và cơ chế phối hợp hiện có giữa hệ thống an sinh xã hội quốc gia và dịch vụ y tế nghề nghiệp. Đồng thời, nghiên cứu cũng chỉ ra những khoảng trống về mặt tri thức cần được tiếp tục nghiên cứu và hoàn thiện. Nghiên cứu tình huống này tập hợp các phát hiện của nghiên cứu tại Việt Nam - với mục đích cung cấp tổng quan về các cơ chế phối hợp hiện có giữa hệ thống an sinh xã hội quốc gia của Việt Nam và hệ thống dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp quốc gia, đồng thời cũng làm rõ những khoảng trống hiện tại cần được giải quyết. Bằng cách xem xét các hoạt động hiện tại và xác định các lĩnh vực cần cải thiện, báo cáo nhằm mục đích tạo điều kiện thuận lợi cho việc phối hợp giữa dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và hệ thống an sinh xã hội quốc gia, nhằm đảm bảo tăng cường bảo vệ và phúc lợi cho tất cả người lao động trong nước.

Phần còn lại trong mục Giới thiệu này cung cấp một số định nghĩa về các thuật ngữ được sử dụng trong báo cáo và bối cảnh chung.

An sinh xã hội

An sinh xã hội được định nghĩa là một tập hợp các chính sách và chương trình được thiết kế để giảm thiểu và ngăn ngừa đói nghèo, tình trạng dễ bị tổn thương và sự loại trừ xã hội trong suốt vòng đời (ILO 2024). Thuật ngữ này bao hàm nhiều công cụ chính sách, trong đó có bảo hiểm xã hội và trợ giúp xã hội, và hầu hết các hệ thống an sinh xã hội áp dụng kết hợp nhiều công cụ để đạt được mục tiêu của mình. Như đã nêu trong Khuyến nghị về Sàn An sinh xã hội năm 2012 (số 202), an sinh xã hội tối thiểu bao gồm quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không gặp khó khăn - bao gồm chăm sóc thai sản và an ninh thu nhập - trong suốt vòng đời (ILO 2019b).

Bảo vệ sức khỏe xã hội (Social Health Protection - SHP), theo định nghĩa của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO), là các biện pháp nhằm đảm bảo quyền tiếp cận hiệu quả với dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không gặp khó khăn về tài chính, cũng như đảm bảo an sinh thu nhập trong trường hợp ốm đau hoặc thai sản (ILO, 2020). Những đảm bảo này được đặt nền tảng trong một số tiêu chuẩn an sinh xã hội quốc tế, bao gồm Công ước về các tiêu chuẩn tối thiểu của an sinh xã hội năm 1952 (số 102) và Khuyến nghị về Sàn An sinh xã hội năm 2012 (số 202). Công ước số 102 cũng công nhận sự cần thiết của việc đảm bảo an ninh thu nhập trong thời kỳ thai sản và ốm đau, qua đó góp phần đạt được các mục tiêu về sức khỏe. Ngoài ra, quyền được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không gặp khó khăn tài chính cũng được công nhận đối với những người bị tai nạn lao động hoặc mắc bệnh nghề nghiệp, phù hợp với các tiêu chuẩn tối thiểu được quy định trong Công ước số 102 và số 121. Các công cụ pháp lý này không quy định một mô hình cụ thể nào cho việc quản lý các chế độ, do đó cho phép tích hợp các đảm bảo này trong nhiều hình thức tổ chức thể chế khác nhau.

Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp

Khung chuẩn mực của ILO về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp có hơn 40 văn kiện, bao gồm hai Công ước cơ bản. Công ước về Khung thúc đẩy an toàn và sức khỏe nghề nghiệp năm 2006 (số 187) kêu gọi thúc đẩy cải thiện liên tục an toàn và sức khỏe nghề nghiệp thông qua việc xây dựng một khuôn khổ an toàn và sức khỏe nghề nghiệp quốc gia – trong đó bao gồm một chính sách, một hệ thống và một chương trình an toàn và sức khỏe nghề nghiệp quốc gia. Công ước quy định rằng một hệ thống an toàn và sức khỏe nghề nghiệp quốc gia - tức là hạ tầng mà thông qua đó các chính sách và chương trình an toàn và sức khỏe nghề nghiệp được thực hiện - bản thân nó phải bao gồm, trong số nhiều thành phần khác, một cơ quan tham mưu ba bên quốc gia về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp, dịch vụ đào tạo, thông tin và tư vấn, dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và những điều khoản hợp tác với các chương trình bảo hiểm xã hội hoặc an sinh xã hội bao phủ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.

Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được định nghĩa trong Công ước về Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp năm 1985 (số 161) - đó là những dịch vụ với chức năng chủ yếu là dự phòng, tư vấn cho người sử dụng lao động, người lao động và đại diện của họ về các biện pháp cần thiết để thiết lập và duy trì môi trường làm việc an toàn và lành mạnh nhằm thúc đẩy sức khỏe thể chất và tinh thần tối ưu liên quan đến công việc, và việc điều chỉnh công việc theo khả năng của người lao động khi xem xét đến sức khỏe thể chất và tinh thần của họ. Công ước 161 và Khuyến nghị về Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp năm 1985 (số 171) kêu gọi các quốc gia phát triển dần dần các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp cho tất cả người lao động. Ngoài ra, Công ước 161 yêu cầu phạm vi chức năng của các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp phải đầy đủ và phù hợp với các rủi ro nghề nghiệp của cơ sở lao động.

Tiềm năng phối hợp

Với các mục tiêu và nhiệm vụ mang tính tương hỗ của mình, có một số cơ hội hợp tác và phối hợp giữa các cơ quan sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội, đặc biệt trong lĩnh vực bảo vệ sức khỏe xã hội và bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Trước hết, cả hai hệ thống đều có chung mục tiêu duy trì và phục hồi sức khỏe, cho dù tại nơi làm việc (dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp) hay cả trong và ngoài nơi làm việc (hệ thống an sinh xã hội).

Tiềm năng phối hợp được xác định dựa trên trách nhiệm và chức năng của các cơ quan an sinh xã hội và sức khỏe nghề nghiệp – như được nêu trong các văn bản quy phạm. Công ước 130 quy định rằng quyền lợi bảo vệ sức khỏe xã hội cần bao gồm cả chăm sóc dự phòng - thông qua đó các cơ hội phối hợp thể chế liên quan đến chức năng phòng ngừa (là một chức năng chính của dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp) có thể được xác định. Hơn nữa, Khuyến nghị 171 yêu cầu các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp "tham gia vào những hoạt động y tế khác, bao gồm điều trị cho người lao động và gia đình họ, theo sự cho phép của cơ quan có thẩm quyền" tùy thuộc vào bối cảnh quốc gia và khoảng cách từ nơi làm việc đến các cơ sở y tế; trong khi đó, danh sách các quyền lợi y tế được cung cấp trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp theo Công ước 121 bao gồm điều trị khẩn cấp và theo dõi sau điều trị tại nơi làm việc - nơi có thể có những phối hợp. Cuối cùng, việc tham gia của cả cơ quan sức khỏe nghề nghiệp và cơ quan bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp vào phục hồi chức năng nghề nghiệp (theo Khuyến nghị 171, Công ước 102 và Công ước 130) mang đến những cơ hội để phối hợp.

Hơn nữa, các Khuyến nghị về quản trị và điều hành cơ quan sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội không chỉ tạo cơ hội cho sự hợp tác mà còn cho việc thực hiện những hiệp lực lớn hơn. Các tiêu chuẩn an sinh xã hội quốc tế đưa ra hướng dẫn rõ ràng về điểm này, nêu rõ trách nhiệm chính của Nhà nước trong việc đảm bảo quyền được hưởng an sinh xã hội. Các tiêu chuẩn không mang tính quy định khi nói đến những sắp xếp hành chính và thể chế cho các chương trình an sinh xã hội của Nhà nước, vì Điều 7.2 của Công ước 161 quy định về những hình thức tổ chức khác nhau - bao gồm cả các cơ quan an sinh xã hội. Điều này mở ra tiềm năng cho sự phối hợp, hoặc thậm chí là lồng ghép một số - nếu không muốn nói là tất cả - các chức năng của dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp.



Trên cơ sở này, nghiên cứu đã cố gắng xác định những liên kết giữa hệ thống sức khỏe nghề nghiệp và hệ thống an sinh xã hội (đặc biệt là bảo vệ sức khỏe xã hội và bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp). Đáng chú ý, nghiên cứu nhằm xác định bản chất của những liên kết này và tìm hiểu xem quốc gia nào có báo cáo về những liên kết này. Trong báo cáo này, các “liên kết” được định nghĩa là các mối quan hệ trực tiếp và được quy định giữa hai hoặc nhiều tổ chức - tức là bất kỳ chính sách, quy trình hoạt động hoặc chương trình nào kết nối chính thức hoặc không chính thức các hệ thống an sinh xã hội với các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp. Một “tổ chức” được coi là bất kỳ cơ quan chính phủ, đơn vị tư nhân hoặc bán tư nhân nào có nhiệm vụ giám sát và quản lý các chức năng cụ thể của dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp hoặc các chương trình an sinh xã hội của Nhà nước.

Phương pháp luận

Nghiên cứu này được thực hiện bằng cách **rà soát tài liệu**¹- được tiến hành để hiểu các chính sách, quy định, sắp xếp tổ chức hiện hành và việc thực hiện các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp, chương trình bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp tại Việt Nam, cũng như mối liên hệ giữa các dịch vụ này. Hoạt động rà soát tài liệu được bổ sung bằng các cuộc **phỏng vấn** tiến hành vào tháng 10 - 11 năm 2023 với các cơ quan Nhà nước để thu thập những dữ liệu không có sẵn từ các nguồn thông tin công cộng. Cán bộ từ các tổ chức sau đây đã được phỏng vấn:

- ▶ Cục Quản lý Môi trường Y tế (Bộ Y tế)²
- ▶ Cục An toàn lao động (Bộ Lao động - thương binh và xã hội)³
- ▶ Cục Bảo trợ Xã hội (Bộ Lao động - thương binh và xã hội)⁴
- ▶ Viện Sức khỏe Nghề nghiệp và Môi trường (Bộ Y tế)
- ▶ Ban Thực hiện Chính sách bảo hiểm xã hội (Bảo hiểm xã hội Việt Nam)
- ▶ Ban Thực hiện Chính sách bảo hiểm y tế (Bảo hiểm xã hội Việt Nam)

Phần 1 của Báo cáo bắt đầu bằng việc trình bày một số nội dung về bối cảnh tại Việt Nam, bao gồm bối cảnh liên quan đến hệ thống an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội. Phần thứ hai xem xét và phân tích mối liên kết giữa hai hệ thống nói trên và các tác động tiềm tàng của mối liên kết đó, cũng như các cơ hội hiện có để tăng cường sự phối hợp giữa cơ quan sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội. Phần kết là một số bàn luận về ý nghĩa của những phát hiện - làm cơ sở cho một dự án nghiên cứu lớn hơn.

1 Xem phần Tài liệu tham khảo

2 Từ ngày 1/3/2025, chức năng quản lý môi trường y tế thuộc Cục Phòng bệnh, Bộ Y tế.

3 Từ ngày 1/3/2025 Cục Việc làm trực thuộc Bộ Nội vụ là cơ quan thực hiện quản lý công tác an toàn lao động.

4 Từ ngày 1/3/2025, Cục Bảo trợ xã hội trực thuộc Bộ Y tế



Bối cảnh

Bảo vệ sức khỏe và an sinh xã hội đều là những quyền được ghi nhận trong Hiến pháp Việt Nam, với một loạt các chiến lược và kế hoạch nhằm đảm bảo và tăng cường khả năng tiếp cận, chất lượng và tính đầy đủ của các dịch vụ và chương trình. Bên cạnh đó, một số kế hoạch và chương trình đã được thông qua trong những năm gần đây để thúc đẩy sức khỏe của người lao động và cải thiện an toàn và sức khỏe nghề nghiệp. Tuy nhiên, tỷ lệ việc làm cao trong nền kinh tế phi chính thức (chiếm 67,5% việc làm trong số những người từ 15 tuổi trở lên có việc làm năm 2019) (ILO 2021b) dẫn đến độ bao phủ tương đối thấp của các chương trình an sinh xã hội theo cơ chế đóng - hưởng (với mục đích đảm bảo an ninh thu nhập), đồng thời hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp. Do đó, theo báo cáo An toàn Vệ sinh Lao động 2022 do Cục Quản lý Môi trường Y tế công bố, năm 2022 các cơ sở y tế đã ghi nhận khoảng 994.397 trường hợp bị chấn thương nghề nghiệp, trong đó có 9.378 trường hợp tử vong (Cục Quản lý Môi trường Y tế 2022). Tuy nhiên, dữ liệu này được coi là đánh giá chưa toàn diện về tình trạng tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp - vốn hầu như không được báo cáo đầy đủ.

► Bối cảnh kinh tế xã hội

Đặc điểm nhân khẩu học và kinh tế

Việt Nam là nền kinh tế tăng trưởng nhanh nhất Đông Nam Á và thứ hai Châu Á với dự báo tăng trưởng GDP là 6,3% vào năm 2023 (Ngân hàng Phát triển Châu Á 2022). Tăng trưởng kinh tế ấn tượng trong ba thập kỷ qua sau khi thực hiện cải cách kinh tế năm 1986 làm thay đổi đáng kể thị trường lao động của Việt Nam. Chính sách công nghiệp hóa và hiện đại hóa đã chuyển dịch phân phối việc làm từ nông-lâm-ngư nghiệp sang sản xuất và dịch vụ: do đó, trong giai đoạn 2000 - 2020, việc làm trong lĩnh vực nông nghiệp đã giảm từ 62,2% xuống còn 34,5% trong khi việc làm trong lĩnh vực công nghiệp và xây dựng tăng từ 13% lên 30,5%, và từ 24,8% lên 36% đối với lĩnh vực dịch vụ (Bộ Kế hoạch và Đầu tư 2020; 2019).

Tổng dân số Việt Nam ước đạt hơn 100 triệu người vào năm 2023, với độ tuổi trung bình là 32,4 tuổi (Liên hợp quốc, Vụ Kinh tế và Xã hội, Ban Dân số 2024). Mặc dù có dân số trẻ, nhưng Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới, với tỷ số phụ thuộc già tăng từ 9,5 năm 2000 lên 12,7 năm 2023 (Liên hợp quốc, Vụ Kinh tế và Xã hội, Ban Dân số 2024).

Tổng cộng, khoảng 66 triệu người ở Việt Nam đang trong độ tuổi lao động (15-64)⁵, trong khi tỷ lệ tham gia lực lượng lao động là 78,3%, cao hơn đáng kể so với mức trung bình 60,9% của khu vực Châu Á - Thái Bình Dương (ILO 2024a). Tình trạng phi chính thức vẫn phổ biến ở Việt Nam, với 67,5% người lao động từ 15 tuổi trở lên tham gia vào nền kinh tế phi chính thức năm 2019 (ILO 2021b). Tỷ lệ việc làm phi chính thức khác biệt đáng kể giữa các ngành kinh tế: hầu hết việc làm nông nghiệp ở Việt Nam là phi chính thức, trong khi tỷ lệ này trong ngành xây dựng và dịch vụ lần lượt là 90% và 70% (ILO 2021b). Người lao động trong nền kinh tế phi chính thức có nguy cơ cao bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, và do đó trở nên dễ bị tổn thương. Lao động phi chính thức thường không được tiếp cận với các biện pháp và đào tạo về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp, cũng như hiếm khi được thanh tra lao động và an toàn và sức khỏe nghề nghiệp tiếp cận. Lao động phi chính thức cũng tiếp cận hạn chế với các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp thiết yếu, các chương trình an sinh xã hội, bao gồm bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và bảo vệ sức khỏe xã hội. Ngoài ra, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp vẫn ít được báo cáo đầy đủ, đặc biệt trong nền kinh tế phi chính thức. Do đó, sức khỏe và phúc lợi của lao động phi chính thức tại nơi làm việc vẫn chưa được bảo vệ đầy đủ.

Gánh nặng bệnh nghề nghiệp

Tăng trưởng kinh tế nhanh chóng nhờ công nghiệp hóa ở Việt Nam kể từ những năm 1990 đi kèm với sự giảm đáng kể các bệnh truyền nhiễm, thay vào đó là sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm. Những bệnh này hiện chiếm phần lớn trong gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam, chiếm 75% tỷ lệ mắc bệnh và tử vong - như được thể hiện qua chỉ số DALY (số năm sống được điều chỉnh theo mức độ bệnh tật) vào năm 2019, so với khoảng 49% vào năm 1990 (Viện Đo lường và Đánh giá Sức khỏe 2019).

Năm 2019, rủi ro nghề nghiệp là nguyên nhân đứng thứ 9 trong số những nguyên nhân hàng đầu của DALY (tài liệu trích ở trên), và năm 2016 hơn 21.000 ca tử vong ở Việt Nam cũng được ước tính là do các yếu tố rủi ro sức khỏe nghề nghiệp gây nên - theo ước tính chung của ILO-WHO (WHO và ILO 2021). Theo báo cáo an toàn, vệ sinh lao động 2022 của Cục Quản lý Môi trường Y tế, khoảng 994.397 trường hợp chấn thương nghề nghiệp đã được ghi nhận tại các cơ sở y tế vào năm 2022, trong đó có 9.378 trường hợp tử vong (Cục Quản lý Môi trường Y tế 2022). Bệnh nghề nghiệp phổ biến nhất là viêm đường hô hấp mạn tính, và ba bệnh nghề nghiệp mà người lao động được trợ cấp bảo hiểm xã hội cao nhất (theo số liệu cộng dồn) vào năm 2022 là bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp (21.407 trường hợp), bệnh bụi phổi nghề nghiệp của công nhân khai thác than (734 trường hợp) và mất thính lực do tiếng ồn (5.249 trường hợp)⁶. Hồ sơ gánh nặng sức khỏe nghề nghiệp của Việt Nam đòi hỏi phải có sự đầu tư thêm vào các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và bảo vệ sức khỏe xã hội (WHO và ILO 2021).

► Tổng quan về hệ thống an sinh xã hội và hệ thống an toàn và sức khỏe nghề nghiệp

Hệ thống an sinh xã hội, bao gồm bảo hiểm y tế công

An sinh xã hội - quyền được ghi nhận trong Hiến pháp - là một trong những ưu tiên quan trọng của Chính phủ Việt Nam. Các mục tiêu liên quan đến mở rộng độ bao phủ an sinh xã hội và cải thiện quyền lợi an sinh xã hội được nêu trong một loạt các chính sách và chiến lược của ngành bảo hiểm xã hội và liên ngành. Hệ thống an sinh xã hội của Việt Nam bao gồm các chương trình đóng góp và không đóng góp, cung cấp 9 chế độ an sinh trong vòng đời. Mặc dù toàn diện, nhưng hệ thống này chủ yếu bao phủ khu vực chính thức - chiếm thiếu số lực lượng lao động của đất nước. Điều này khiến phần lớn những người làm việc phi chính thức có rất ít hoặc không được bảo vệ an sinh xã hội.

Quỹ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý. Bảo hiểm y tế là bắt buộc đối với tất cả mọi người và cung cấp một gói phúc lợi duy nhất. Người dân được phân thành sáu nhóm đối tượng chính, với các mức đóng góp, quyền lợi hưởng và mức đồng chi trả chi phí y tế khác nhau tùy thuộc vào nhóm đối tượng và dựa trên sự kết hợp giữa khoản đóng góp và phần chi trả của Nhà nước (xem Bảng 1).

► **Bảng 1: Tóm tắt các đặc điểm thiết kế chính của chương trình bảo hiểm y tế: độ bao phủ, quyền lợi và cung cấp dịch vụ**

Nhóm dân số và loại đối tượng	Mức đóng	Nguồn đóng góp	Mức đồng chi trả chi phí y tế
Nhóm 1: Cán bộ, công chức, viên chức Nhà nước cấp xã	4,5% mức lương đóng bảo hiểm hoặc lương cơ sở - tùy loại đối tượng	Người sử dụng lao động đóng 3%; người lao động đóng 1,5%	20% chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi hưởng
Nhóm 2: Người hưởng lương hưu và trợ cấp bảo hiểm xã hội	4,5% mức lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hoặc lương cơ sở - tùy loại đối tượng	Bảo hiểm xã hội Việt Nam đóng toàn bộ	5% chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi hưởng (đối với người hưởng lương hưu và trợ cấp mất sức lao động) & 20% chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi hưởng (cho những người còn lại)
Nhóm 3: Quân nhân, công an đang tại ngũ, học viên các trường đào tạo quân sự, công an, người có công, người hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội, người thuộc hộ nghèo, người dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, đại biểu dân cử ở trung ương, người hiến tạng, người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam, cán bộ cấp xã đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách Nhà nước, người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách Nhà nước	4,5% mức lương đóng bảo hiểm hoặc lương cơ sở - tùy loại đối tượng	Ngân sách Nhà nước (hoặc ngân sách của Bộ Lao động - thương binh và xã hội và Sở Lao động - thương binh và xã hội) đóng toàn bộ - tùy loại đối tượng	Từ 0% đến 20% tùy loại đối tượng
Nhóm 4: Người thuộc hộ cận nghèo, học sinh và sinh viên, hộ nông dân	4,5% mức lương cơ sở	Ngân sách Nhà nước đóng toàn bộ hoặc đóng 30% - tùy loại đối tượng	Từ 5% đến 20% tùy loại đối tượng
Nhóm 5: Những cá nhân không thuộc các nhóm trên, phần lớn là lao động phi chính thức	Thành viên thứ nhất của hộ gia đình: 4,5% mức lương cơ sở. Các thành viên tiếp theo đóng theo tỷ lệ giảm dần so với mức đóng của thành viên thứ nhất.	Hộ gia đình đóng toàn bộ	20% chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi hưởng
Nhóm 6: Thân nhân của quân nhân, cảnh sát (cha mẹ, vợ/chồng, con đẻ và con nuôi)	4,5% mức lương cơ sở	Cơ quan/đơn vị của quân nhân, cảnh sát đóng (ngân sách Nhà nước, đơn vị sự nghiệp hoặc doanh nghiệp)	20% chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi hưởng

Chương trình bảo hiểm y tế đã đạt độ bao phủ cao - 93,35% dân số (Bảo hiểm xã hội Việt Nam 2024), với mục tiêu đầy tham vọng là đạt mức bao phủ 95% vào năm 2025 theo Kế hoạch 5 năm mới về an sinh xã hội cho giai đoạn 2021–2025 (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Tuy nhiên, chi tiền túi của người dân cho y tế tiếp tục tăng, với sự bất bình đẳng kéo dài và khoảng trống về bao phủ bảo hiểm đối với các nhóm cận nghèo và người lao động trong nền kinh tế phi chính thức (Bales và cộng sự, 2021).

Ngoài ra, **bảo hiểm xã hội** bao gồm các chế độ hưu trí, trợ cấp tuất, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp ốm đau, thai sản và trợ cấp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp cũng do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý. Năm 2022, khoảng 38% lực lượng lao động được bao phủ bảo hiểm xã hội (Bảo hiểm xã hội Việt Nam 2023). Việc quản lý tất cả các chế độ an sinh xã hội bởi một cơ quan duy nhất cho phép thiết lập mối liên kết giữa các chương trình an sinh, tạo điều kiện đảm bảo độ bao phủ liên tục và góp phần nâng cao hiệu quả chi phí hành chính.

Ngoài ra, còn có một số chương trình **trợ giúp xã hội** dành cho các nhóm dân số cụ thể (bao gồm trẻ mồ côi, cha mẹ đơn thân và người sống chung với HIV), với quyền lợi hạn chế và độ bao phủ thấp - mặc dù hiện có một số chính sách nhằm hỗ trợ một hệ thống toàn diện và bao trùm hơn, mang lại phạm vi bao phủ rộng hơn (James và McClanahan 2019).

Tổng quan về An toàn và sức khỏe nghề nghiệp

Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015 (số 84/2015/QH13) quy định các biện pháp phòng ngừa cần được thực hiện đối với người lao động và nêu rõ nghĩa vụ pháp lý của Nhà nước, người lao động, người sử dụng lao động và các bên liên quan khác trong việc bảo vệ sức khỏe người lao động.

Tuy nhiên, Luật không xác định rõ mô hình tổ chức cho việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp (ví dụ: dịch vụ nội bộ, dịch vụ bên ngoài, dịch vụ do Nhà nước quản lý, v.v.), và cũng không xác định đơn vị chính chịu trách nhiệm tổ chức và cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp. Do đó, trách nhiệm cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp thuộc về nhiều bên liên quan khác nhau (Matsuda 1996; Diep 2020), cụ thể là:

- ▶ **Bộ Lao động - thương binh và xã hội**⁷: chịu trách nhiệm tiến hành thanh tra an toàn thông qua các cơ quan thanh tra lao động được thành lập ở các cấp để khảo sát việc tuân thủ của người sử dụng lao động và điều tra các khiếu nại về lao động cũng như các tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được báo cáo (Diep 2020; Matsuda 1996);
- ▶ **Bộ Y tế**: chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp cơ bản cho người lao động thông qua mạng lưới các trung tâm sức khỏe nghề nghiệp và các trạm y tế (Matsuda 1996; Diep 2020; Pham 2019). Cục Quản lý Môi trường Y tế trực thuộc Bộ Y tế, có chức năng hỗ trợ việc thực hiện các quy định về sức khỏe nghề nghiệp.
- ▶ **Các bộ ngành liên quan**: đóng vai trò chủ chốt trong việc tổ chức và quản lý các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp, cũng như giám sát môi trường lao động, khám sức khỏe, khám bệnh nghề nghiệp, đào tạo an toàn và sức khỏe nghề nghiệp cho người sử dụng lao động và người lao động, đào tạo sơ cấp cứu cũng như giám sát và báo cáo tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp (Diep 2020).
- ▶ **Người sử dụng lao động**: chịu trách nhiệm cung cấp đào tạo và hướng dẫn về các quy định an toàn và sức khỏe nghề nghiệp, cung cấp thiết bị bảo hộ lao động, chăm sóc sức khỏe và khám sức khỏe để phát hiện bệnh nghề nghiệp, điều tra, báo cáo và giám sát tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thông qua việc lập báo cáo và thống kê tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.
- ▶ **Mặt trận Tổ quốc Việt Nam**⁸ và các tổ chức thành viên (Nhà nước): phối hợp với các cơ quan liên quan trong tổ chức các hoạt động đào tạo và tập huấn về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và trong cung cấp dịch vụ an toàn và sức khỏe nghề nghiệp.

7 Từ ngày 1/3/2025, Bộ Lao động-Thương binh và xã hội sáp nhập với Bộ Nội Vụ.

8 Theo Luật Mặt trận Tổ quốc Việt Nam 2015, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam là cơ sở chính trị của chính quyền nhân dân, đại diện, bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp, chính đáng của nhân dân.

- ▶ **Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam:** chịu trách nhiệm phối hợp với người sử dụng lao động xây dựng và giám sát việc thực hiện các kế hoạch an toàn và sức khỏe nghề nghiệp, điều tra tai nạn lao động theo quy định cũng như kiểm tra và giám sát các hoạt động an toàn và sức khỏe nghề nghiệp bao gồm việc cung cấp đầy đủ chế độ bồi thường cho người lao động và đào tạo nghề cho người lao động bị ảnh hưởng. Tổng Liên đoàn cũng tham gia vào việc tổ chức các chiến dịch giáo dục về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và các hoạt động vận động chính sách.

Các trung tâm dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp hiện đang hoạt động bằng ngân sách Nhà nước thông qua Bộ Y tế, mặc dù kinh phí phân bổ cho dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp vẫn được coi là hạn chế ở tất cả các tỉnh. Theo ước tính, chỉ những người lao động chính thức - chiếm 32,3% lực lượng lao động năm 2023 (Tổng cục Thống kê 2023) - được tiếp cận hiệu quả với các dịch vụ này.

Tổng quan về hệ thống y tế quốc gia

Quyền được chăm sóc sức khỏe của mọi công dân được ghi nhận trong Hiến pháp. Để thực hiện quyền này, Chính phủ Việt Nam đã ban hành một số chính sách và chiến lược quốc gia nêu rõ các mục tiêu liên quan đến phát triển ngành và lực lượng lao động y tế. Trong đó có **Chiến lược quốc gia 5 năm bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân đến năm 2030** (được thông qua vào năm 2024)⁹ và Đề án Phát triển nguồn nhân lực y tế giai đoạn 2023-2030, định hướng 2050¹⁰.

Bộ Y tế là cơ quan chính quản lý hệ thống chăm sóc sức khỏe và chịu trách nhiệm xây dựng các chính sách y tế, hướng dẫn chuyên môn và giám sát việc thực hiện chính sách. Chính quyền địa phương cũng chịu trách nhiệm quản lý các hoạt động liên quan đến y tế trong khu vực hành chính của mình (Oanh, Phuong, Tuan 2021). Thực tế, hệ thống y tế của Việt Nam được phân cấp và chia thành bốn tuyến (Trung ương, tỉnh, huyện và xã) tương ứng với hệ thống quản lý hành chính Nhà nước. Ở tuyến cơ sở, xã và huyện có nhiệm vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản và dịch vụ dự phòng. Y tế tuyến tỉnh đóng vai trò là trung tâm chăm sóc ban đầu cho người dân trong tỉnh, trong khi đó tuyến trung ương được giao nhiệm vụ quản lý dịch vụ chăm sóc cấp 2, cấp 3 và cấp 4 cũng như các chương trình giáo dục sức khỏe với sự giám sát của cơ quan trung ương.

Từ năm 1989, hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam đã chuyển đổi từ hệ thống hoàn toàn do Nhà nước bao cấp sang hệ thống cung cấp dịch vụ công-tư kết hợp. Hệ thống này bao gồm cả các cơ sở y tế công và tư, với các cơ sở y tế tư nhân ngày càng tăng về số lượng và ngày càng trở nên phổ biến với người dân vì được coi là cung cấp dịch vụ chăm sóc chất lượng cao hơn (Bộ Y tế 2022). Tuy nhiên, theo ước tính mới nhất, phần lớn nhân viên y tế vẫn làm việc trong khu vực công (M.P. Nguyen và Wilson 2017).

Tính đến năm 2018, ước tính Việt Nam có tổng cộng 3,66 nhân viên y tế có kỹ năng/1.000 dân (0,86 bác sĩ, 1,14 điều dưỡng và 0,29 dược sĩ) - chỉ thấp hơn một chút so với mức yêu cầu của WHO để đạt được phổ cập chăm sóc sức khỏe (4,1 nhân viên y tế có kỹ năng/1.000 dân) (Bộ Y tế Việt Nam 2018). Mặc dù đã có cải thiện về số lượng nhân viên y tế, nhưng sự phân bổ nhân lực giữa các vùng vẫn không đồng đều - với sự chênh lệch rõ ràng về mật độ và chất lượng nhân viên y tế có trình độ trên khắp cả nước (WHO 2016).

9 Theo Quyết định 89/QĐ-TTg ngày 23/01/2023.

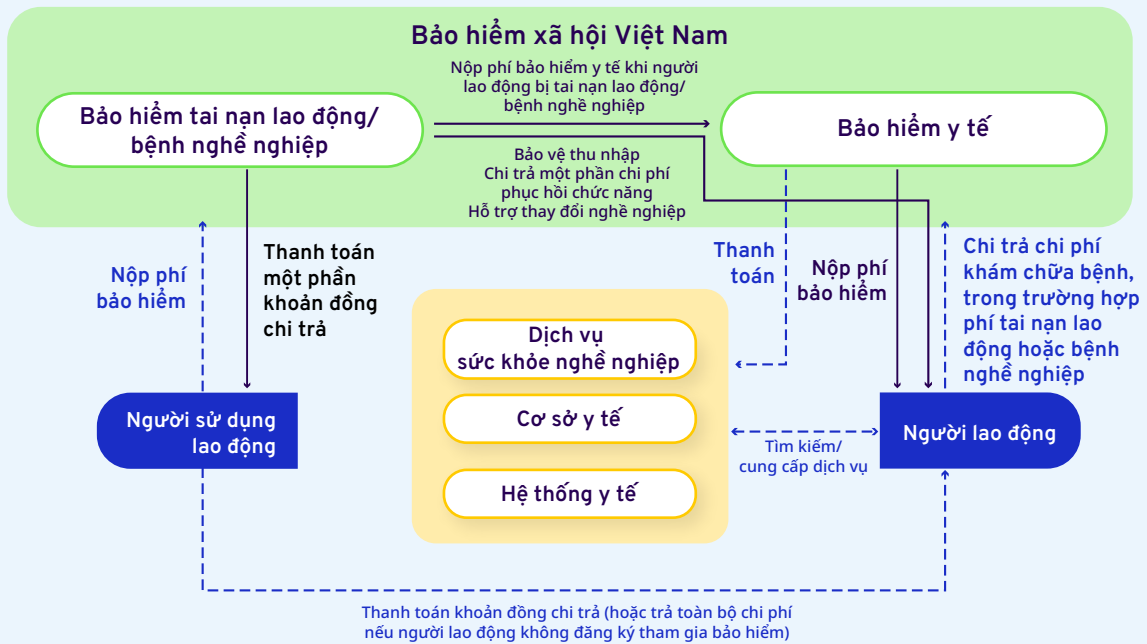
10 Theo Quyết định 869/QĐ-BYT ngày 08/04/2024.



Mối liên kết giữa an sinh xã hội và dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp

Chương này trình bày mối liên kết giữa dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội (đặc biệt là bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và bảo vệ sức khỏe xã hội). Hình 1 tóm tắt những liên kết đó.

► Hình 1. Mối liên kết giữa các cơ quan sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội tại Việt Nam



► Mối liên kết giữa bảo hiểm tai nạn lao động - bệnh nghề nghiệp và bảo hiểm y tế ở Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Thiết kế và hoạt động của Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, chương trình hưu trí và quỹ bảo hiểm y tế được kết nối với nhau để cung cấp sự bảo vệ tài chính cho người lao động bị ảnh hưởng bởi bệnh tật hoặc tai nạn - dù là tai nạn lao động hay tai nạn khác. Trong thực tế, trách nhiệm nộp phí bảo hiểm, chi trả chế độ cho người lao động và thanh toán cho cơ sở y tế có sự đan xen giữa ba chương trình.

Đóng phí bảo hiểm y tế bởi quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp

Thứ nhất, với người lao động hưởng chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp hàng tháng, quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam sẽ tự động đóng phí bảo hiểm y tế cho quỹ bảo hiểm y tế¹¹. Việc này cũng được thực hiện đối với những người lao động hưởng lương hưu, trợ cấp thai sản, trợ cấp ốm đau dài hạn và trợ cấp thất nghiệp - tạo điều kiện cho việc hưởng bảo hiểm y tế liên tục khi một người bị tai nạn, ốm đau, nghỉ hưu, nghỉ thai sản, v.v.

11

Theo Khoản 8 Điều 42 Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015 và Điểm c Khoản 1 Điều 13 Luật Bảo hiểm y tế 2008 sửa đổi năm 2014.

Các khoản phí được chuyển nội bộ từ một số chương trình an sinh xã hội sang bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Việt Nam bao phủ 4% tổng số người tham gia bảo hiểm y tế. Trong số đó, trung bình mỗi tháng chỉ có 6.800 người lao động (chiếm 0,008% tổng số người tham gia bảo hiểm y tế) được hưởng lợi từ việc chuyển phí từ chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp sang chương trình bảo hiểm y tế. Năm 2020, trong khi khoản tiền chuyển nội bộ của Bảo hiểm xã hội Việt Nam chiếm 8,7% doanh thu quỹ bảo hiểm y tế hàng năm, thì khoản chuyển cho chương trình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chỉ chiếm một phần rất nhỏ trong tổng doanh thu của bảo hiểm y tế (0,006%)¹².

Việc một chương trình an sinh xã hội thay mặt cho người có quyền lợi đóng phí cho một chương trình an sinh xã hội khác không chỉ diễn ra ở Việt Nam. Tại Đức, các cơ quan quản lý trợ cấp thất nghiệp (cả chương trình đóng góp và không đóng góp) đều đóng và chuyển các khoản đóng góp cho chương trình bảo hiểm y tế theo luật định thay cho người nhận trợ cấp thất nghiệp. Cả ở Đức và Việt Nam, bảo hiểm y tế là bắt buộc và cơ chế này góp phần đảm bảo rằng người đang hưởng chế độ an sinh vẫn tiếp tục tham gia chương trình, đồng thời đảm bảo các khoản trợ cấp đang nhận không giảm và vẫn duy trì mức thỏa đáng.

Ở Việt Nam, cách tiếp cận này cũng quan trọng vì quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí y tế cho người lao động khi bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp - như sẽ trình bày chi tiết hơn ở phần tiếp theo.

Phạm vi quyền lợi tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp theo chế độ bảo hiểm y tế và chế độ hưu trí

Tại Việt Nam, chế độ trợ cấp cho thân nhân người lao động tử vong do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được hưởng theo chế độ hưu trí được quy định trong Luật An toàn, vệ sinh lao động, trong khi khám bệnh chữa bệnh trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được ngầm hiểu là đã bao gồm trong danh mục dịch vụ được quỹ bảo hiểm y tế chi trả. Trước đây, chi phí y tế trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp đã không được đưa vào hai Luật Bảo hiểm xã hội, mà thuộc về trách nhiệm của người sử dụng lao động. Các dịch vụ này cũng bị loại khỏi phạm vi điều chỉnh của Luật Bảo hiểm y tế 2008, bởi "*Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp hoặc thảm họa*" không nằm trong gói quyền lợi bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, Luật Bảo hiểm y tế 2014 đã lại không loại trừ các dịch vụ này, hiện nay chỉ còn "*Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa*" là bị loại trừ. Như vậy, khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp hiện được ngầm hiểu là đã được bao gồm trong danh mục dịch vụ được bảo hiểm y tế chi trả. Theo như nghiên cứu này xác định, quỹ bảo hiểm y tế sẽ không được hoàn lại chi phí bởi quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.

Nếu người sử dụng lao động không nộp bảo hiểm cho người lao động thuộc diện tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc hoặc nếu người lao động không được quỹ bảo hiểm y tế chi trả, thì người sử dụng lao động có trách nhiệm chi trả các quyền lợi mà người lao động được hưởng theo từng chế độ¹³.

Bảo vệ thu nhập cũng như các chi phí khác phát sinh do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp sẽ được quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chi trả. Cách thức chi trả quyền lợi tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp trong hệ thống bảo hiểm xã hội được tóm tắt trong bảng 2.

12 Số liệu của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, 2021

13 Điều 38 Luật An toàn, vệ sinh lao động năm 2015

► **Bảng 2: Quyền lợi của người lao động bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và thân nhân của họ theo chế độ an sinh xã hội và trách nhiệm của người sử dụng lao động tại Việt Nam**

Quyền lợi được chi trả	
Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp	<ul style="list-style-type: none"> Chi phí liên quan đến giám định y khoa Trợ cấp một lần, trợ cấp hàng tháng và trợ cấp phục vụ Thiết bị trợ giúp sinh hoạt và dụng cụ chỉnh hình Chi phí dưỡng sức và một phần chi phí phục hồi sức khỏe Đào tạo lại Phí bảo hiểm y tế Hoàn lại cho người sử dụng lao động một phần chi phí đồng chi trả đã phát sinh (xem bên dưới)
Chương trình bảo hiểm y tế	<ul style="list-style-type: none"> Chăm sóc y tế trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp không bị loại trừ khỏi gói quyền lợi bảo hiểm y tế
Chế độ trợ cấp tuất	<ul style="list-style-type: none"> Trợ cấp tuất hàng tháng Trợ cấp mai táng phí
Trách nhiệm của người sử dụng lao động	<ul style="list-style-type: none"> <u>Đối với người lao động không tham gia các chương trình an sinh xã hội nêu trên:</u> người sử dụng lao động chi trả tất cả các quyền lợi đề cập ở trên <u>Đối với người lao động tham gia các chương trình an sinh xã hội nêu trên:</u> người sử dụng lao động thanh toán phần chi phí đồng chi trả và những chi phí không được bảo hiểm y tế chi trả (những khoản này được Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chi trả một phần – xem ở trên)

Nguồn: Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015, Luật Bảo hiểm y tế 2008 (sửa đổi năm 2014 và 2024), Luật Bảo hiểm xã hội 2024

Việt Nam không phải là quốc gia duy nhất có chi phí y tế phát sinh do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp không được Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chi trả. Ở một số quốc gia không có các chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và người sử dụng lao động phải chịu trách nhiệm chi trả chi phí y tế và bồi thường tài chính – giống như ở Việt Nam trước khi cải cách pháp luật. Ở các quốc gia khác, hệ thống an sinh xã hội không bao gồm chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, mà thay vào đó, hỗ trợ thu nhập được cung cấp theo chế độ ốm đau và thai sản (trong trường hợp trợ cấp ngắn hạn) hoặc chế độ hưu trí (trong trường hợp trợ cấp dài hạn), trong khi chi phí y tế được chi trả và quản lý thông qua bảo hiểm y tế, ví dụ như trường hợp của Estonia (ISSA, không rõ ngày tháng).

Những tác động tiềm tàng

Có một số tác động tiềm tàng đối với những sắp xếp như vậy ở Việt Nam, cần được nghiên cứu thêm.

Thứ nhất, việc ngầm định dịch vụ chăm sóc y tế cho những người bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp trong gói quyền lợi bảo hiểm y tế được kỳ vọng sẽ đảm bảo rằng sự bảo vệ tài chính trong tiếp cận dịch vụ y tế có thể đạt **mức bao phủ** rộng rãi. Thực tế cho thấy, trong khi bảo hiểm y tế đạt mức bao phủ gần như toàn dân, các chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chỉ bao phủ chưa đến một phần ba lực lượng lao động, trong đó lao động tự làm chủ bị loại trừ về mặt pháp lý và lao động phi chính thức phải đối mặt với những thách thức trong tiếp cận dịch vụ. Mức độ bao phủ khác nhau của các chế độ an sinh xã hội và những phương thức tham gia khác nhau được trình bày trong bảng 3.

► **Bảng 3: Diện bao phủ thực tế của chế độ an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội**

	An toàn và sức khỏe nghề nghiệp; trách nhiệm của người sử dụng lao động	Bảo hiểm y tế	Chế độ trợ cấp tuất	Quỹ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp
Diện bao phủ thực tế	32,5% lực lượng lao động (lao động chính thức)	93,35% tổng dân số	31,5% lực lượng lao động (những người đang tham gia)	29,6% lực lượng lao động

Nguồn: Dữ liệu có sẵn theo điều tra an sinh xã hội của ILO, (Bảo hiểm xã hội Việt Nam 2024; Tổng cục Thống kê 2023)

Việc đưa những quyền lợi nói trên vào bảo hiểm y tế cũng mang lại tiềm năng **tiếp cận hiệu quả** hơn với các dịch vụ, so với trường hợp mà những quyền lợi này thuộc trách nhiệm của người sử dụng lao động hoặc được chi trả bởi bảo hiểm xã hội, vì hai lý do chính. Thứ nhất, trong khi Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015 quy định người sử dụng lao động phải chi trả quyền lợi trong trường hợp người lao động không tham gia bảo hiểm y tế, thì các cơ chế trách nhiệm của người sử dụng lao động thường không hiệu quả trong việc đảm bảo người lao động sẽ được hưởng các quyền lợi - cho dù là do người sử dụng lao động không nhận thức được trách nhiệm của mình hay do họ không tuân thủ (ILO 2024d). Thứ hai, trong trường hợp các chi phí y tế phát sinh do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chi trả, các thủ tục cần thiết để yêu cầu chi trả, chứng minh bản chất liên quan đến công việc của tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và được quỹ bảo hiểm hoàn trả có thể rất phức tạp, dẫn đến việc người lao động không muốn nộp đơn hoặc gặp rào cản trong việc tiếp cận hiệu quả khoản bồi thường - ví dụ như thực tế đã được ghi nhận tại Đài Loan (Cheng, Chung và Cheng 2019).

Từ **góc độ hành chính**, “việc không loại trừ” điều trị y tế trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp khỏi gói quyền lợi bảo hiểm y tế có thể giúp giảm bớt một lớp thủ tục hành chính phức tạp trong quá trình quản lý của cả hệ thống y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Thiết kế như vậy tạo điều kiện thuận lợi cho việc chi trả yêu cầu thanh toán từ các cơ sở khám chữa bệnh - dựa trên kinh nghiệm và chuyên môn của quỹ bảo hiểm y tế trong việc quản lý và chi trả cho các đơn vị cung cấp dịch vụ. Vì cả quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và quỹ bảo hiểm y tế đều do cùng một tổ chức (Bảo hiểm xã hội Việt Nam) quản lý, nên việc cung cấp và chi trả các chế độ y tế do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thông qua chương trình bảo hiểm y tế là hợp lý về mặt hành chính. Điều này giúp tránh được khả năng chông chéo một số chức năng nhất định, chẳng hạn như ký hợp đồng với các cơ sở y tế, thương lượng chi phí và thanh toán chi phí khám chữa bệnh.

Tuy nhiên, thiết kế này tạo ra **sự phân tách trong quản lý an ninh thu nhập và bảo vệ tài chính cho chăm sóc y tế** giữa hai quỹ trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Bảo vệ tài chính trước những chi phí tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe và an ninh thu nhập trong trường hợp suy giảm khả năng lao động tạm thời hoặc vĩnh viễn do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp là hai mục tiêu bổ trợ và gắn bó chặt chẽ với nhau: thiếu một trong hai yếu tố này sẽ làm suy giảm hiệu quả của yếu tố còn lại trong việc ngăn ngừa đói nghèo và duy trì, phục hồi hoặc cải thiện sức khỏe của người lao động bị ảnh hưởng. Việc quản lý tách biệt hai chế độ này tại Việt Nam, với mức độ bao phủ khác nhau, dẫn đến tình trạng một bộ phận lớn lực lượng lao động (chủ yếu trong khu vực phi chính thức) chỉ được tiếp cận với cơ chế bảo vệ tài chính đối với chi phí khám chữa bệnh mà không có sự đảm bảo về thu nhập. Do đó, cần bảo đảm rằng các mục tiêu và kết quả bổ trợ giữa bảo vệ tài chính và đảm bảo thu nhập được hiện thực hóa thông qua việc điều chỉnh, phối hợp tốt hơn trong phạm vi bao phủ của cả hai chế độ.

Mặt khác, việc sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế không đi kèm với các điều chỉnh cần thiết khác để tính đến những tác động tài chính, đặc biệt là khi không xác định được cơ chế để quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp bồi hoàn chi phí cho quỹ bảo hiểm y tế. Thật vậy, không rõ liệu việc sửa đổi Luật nói trên có dựa trên đánh giá tài chính quỹ hay ước tính chi phí phát sinh từ việc mở rộng phạm vi chi trả hay không, và do đó cũng chưa xác định chính xác phần chi phí bổ sung mà quỹ bảo hiểm y tế phải chịu. Ngoài ra, không rõ liệu phần chi phí do quỹ bảo hiểm y tế phải chịu do việc cung

cấp dịch vụ trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp có được giám sát hay không khiến cho việc phân tích tác động tài chính trở nên khó khăn.

Bên cạnh đó, các điều khoản trong luật và văn bản dưới luật liên quan đã tạo ra cơ chế phức tạp để thanh toán chi phí đồng chi trả, đáng lẽ có thể được đơn giản hóa một cách hợp lý để nâng cao hiệu quả thực thi.

Cuối cùng, điều quan trọng là phải đánh giá những thiết kế này có tương thích với các tiêu chuẩn an sinh xã hội quốc tế, và đặc biệt là các tiêu chuẩn được nêu trong Công ước 102 về an sinh xã hội (Tiêu chuẩn tối thiểu)¹⁴ và Công ước 121 về chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Các yếu tố cần đặc biệt lưu ý là:

- ▶ Cách thức phân bổ trách nhiệm **đóng góp** giữa người sử dụng lao động và người lao động (trong trường hợp làm công hưởng lương) để được hưởng chế độ khi bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp đối với chăm sóc y tế, an ninh thu nhập, hoặc các phúc lợi bằng hiện vật khác.
- ▶ Liệu **thời gian chờ** 30 ngày áp dụng cho một số nhóm đối tượng (người cận nghèo, học sinh, sinh viên và đối tượng thuộc nhóm 5, bao gồm lao động phi chính thức) có phù hợp với các tiêu chuẩn quốc tế - trong đó nêu rõ rằng không được áp dụng thời gian chờ đối với các đối tượng tham gia chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp – hay không (Đoạn 8 của Khuyến nghị 121).
- ▶ Cuối cùng, các cơ chế thanh toán chi phí **đồng chi trả** rất phức tạp và có thể được đơn giản hóa để nâng cao hiệu quả. Các tiêu chuẩn an sinh xã hội quốc tế yêu cầu phải đảm bảo rằng người lao động bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp không phải chịu bất kỳ chi phí nào liên quan đến các dịch vụ y tế mà họ sử dụng trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, trong khi ở Việt Nam, mức đồng chi trả là 0% - 20% chi phí khám chữa bệnh trong phạm vi hưởng, tùy vào nhóm dân số và loại đối tượng như đã nêu ở trên, với các thủ tục thanh toán phức tạp. Thực tế khung pháp lý của Việt Nam đã cố gắng giảm bớt gánh nặng tài chính mà người sử dụng lao động và người lao động phải chịu trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thông qua các biện pháp sau:
 - **Người sử dụng lao động phải thanh toán cho người lao động các khoản đồng chi trả đã phát sinh.** Điểm a, Khoản 2 điều 38 Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015 quy định người sử dụng lao động phải thanh toán “phần chi phí đồng chi trả và những chi phí không nằm trong danh mục do bảo hiểm y tế chi trả đối với người lao động tham gia bảo hiểm y tế”. Điều này mang lại sự bảo vệ tài chính cao hơn cho người lao động, nhưng sự phụ thuộc vào trách nhiệm của người sử dụng lao động đối với việc thanh toán chi phí đồng chi trả cho khám chữa bệnh nghề nghiệp khiến người lao động rơi vào tình thế dễ bị tổn thương: người lao động có thể không dám yêu cầu thanh toán chi phí vì sợ bị trả đũa và có thể không có đủ hiểu biết hay điều kiện để khiếu nại khi quyền lợi không được thực hiện.
 - **Người sử dụng lao động có thể yêu cầu Bảo hiểm xã hội Việt Nam hoàn trả một phần chi phí đó.** Người sử dụng lao động đóng góp cho quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp sẽ được hoàn trả các khoản đồng chi trả mà họ đã thanh toán cho người lao động. Cụ thể, Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015 có điều khoản về việc sử dụng Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp cho “các hoạt động phòng ngừa và chia sẻ rủi ro”, trong đó bao gồm “khám bệnh, chữa bệnh nghề nghiệp”. Người sử dụng lao động thanh toán chi phí khám bệnh hoặc chi phí đồng chi trả cho chữa bệnh nghề nghiệp sẽ có thể được hoàn trả tới 50% các chi phí đó - sau khi bảo hiểm y tế đã chi trả trong trường hợp chữa bệnh nghề nghiệp - tối đa là 800.000 đồng/người cho chi phí khám bệnh và 15 triệu đồng/người cho chi phí chữa bệnh¹⁵. Biện pháp này bảo vệ người sử dụng lao động, đặc biệt hữu ích đối với các doanh nghiệp nhỏ và vừa có thể không đủ năng lực tài chính để chi trả các khoản này. Tuy nhiên, Luật và Nghị định không đề cập đến các cơ chế chia sẻ rủi ro tương tự trong trường hợp xảy ra tai nạn lao động. Trong khi đó, việc hoàn trả một phần cho người sử dụng lao động chỉ áp dụng cho “người lao động đã đóng bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp từ đủ 12 tháng trở lên và vẫn đang tham gia

14 Việt Nam chưa phê chuẩn Công ước An sinh xã hội (Tiêu chuẩn tối thiểu), 1952 (số 102).

15 Nghị định 88/2020/NĐ-CP Quy định chi tiết một số điều của Luật An toàn, vệ sinh lao động về bảo hiểm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp bắt buộc

bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp cho đến tháng ngay trước tháng liền kề tháng đề nghị hỗ trợ tài chính”. Điều này có thể hạn chế việc hưởng lợi từ các thỏa thuận chia sẻ chi phí này.

- **Người lao động có thể yêu cầu hoàn trả một phần chi phí phục hồi chức năng:** trường hợp người lao động đóng góp cho quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được cơ sở y tế giới thiệu đi phục hồi chức năng lao động, nếu bị “suy giảm khả năng lao động” từ 31% trở lên do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thì được thanh toán 50% chi phí phục hồi chức năng sau khi đã được bảo hiểm y tế chi trả, tối đa không quá 3.000.000 đồng/người/lần, tối đa không quá 2 lần/năm. Người sử dụng lao động không phải thanh toán các khoản đồng chi trả liên quan đến dịch vụ phục hồi chức năng, do đó, người lao động tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp phải chịu một phần chi phí.

Với sự phức tạp của các quy định nói trên (ví dụ: một phần chi phí do bảo hiểm y tế chi trả, một phần do người sử dụng lao động chi trả - mà sau đó có thể yêu cầu được bồi hoàn từ quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp), cần hợp lý hóa phương thức đồng chi trả. Ví dụ, ở Kazakhstan, có một số điều khoản mà chương trình bảo hiểm y tế đưa ra để miễn khoản đồng chi trả trong các điều kiện cụ thể, bao gồm: dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, thuộc diện bao phủ của chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp (ILO 2024c).

► Liên kết giữa dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp và bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp

Các tham số của quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được quy định trong Luật An toàn, vệ sinh lao động

Như đã đề cập ở trên, có những liên kết quan trọng giữa khung pháp lý về hệ thống an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và hệ thống bảo hiểm xã hội. Thực tế, Luật Bảo hiểm xã hội 2024 mới được thông qua không bao gồm các điều khoản về điều kiện hưởng, tính chất và mức hưởng cũng như việc sử dụng quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý, vì các nội dung này được quy định trong Luật An toàn, vệ sinh lao động năm 2015. Việc bố trí lập pháp như vậy đòi hỏi phải đánh giá tác động của nó đối với mức độ tuân thủ bởi vì trên thực tế người sử dụng lao động muốn hiểu đầy đủ trách nhiệm của mình liên quan đến việc bồi thường khi xảy ra tai nạn lao động sẽ cần phải tham khảo đồng thời ba văn bản pháp luật là Luật Bảo hiểm y tế, Luật Bảo hiểm xã hội và Luật An toàn, vệ sinh lao động.

Chi trả cho các hoạt động phòng ngừa bằng quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp

Một liên kết quan trọng khác, như được nêu trong Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015, là việc sử dụng nguồn lực của quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp cho các hoạt động phòng ngừa và phục hồi chức năng. Theo Khoản 1 Điều 56, hằng năm quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp dành tối đa 10% nguồn thu để hỗ trợ các hoạt động “phòng ngừa và chia sẻ rủi ro” về tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; các hoạt động bao gồm:

1. Khám bệnh, chữa bệnh nghề nghiệp (như đã nêu ở trên).
2. Phục hồi chức năng lao động – tức là bồi hoàn chi phí phục hồi chức năng cho người lao động (như đã nêu ở trên).
3. Điều tra các vụ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp theo yêu cầu của cơ quan bảo hiểm xã hội – tức là 100% kinh phí chi cho việc điều tra lại.

4. Huấn luyện về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp cho các nhóm người lao động tham gia bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp¹⁶. Ở đây, 70% chi phí huấn luyện được quỹ hoàn trả cho người sử dụng lao động, với mức tối đa tùy thuộc vào chức danh của người được huấn luyện. Để được hoàn trả chi phí, người sử dụng lao động phải nộp đơn lên Sở Lao động - thương binh và xã hội¹⁷, bao gồm báo cáo về các hoạt động đã thực hiện và chi phí thực tế. Sau khi được Sở Lao động - thương binh và xã hội chấp thuận, bảo hiểm xã hội tỉnh sẽ giải ngân trực tiếp cho người sử dụng lao động.

Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp sẽ không chi trả cho các hoạt động được quỹ Bảo hiểm y tế chi trả, hoặc các khoản chi phí do người sử dụng lao động chi trả cho người lao động bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Ngoài ra, Khoản 6 Điều 42 Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015 cũng quy định quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp có thể được sử dụng để “hỗ trợ chuyển đổi nghề nghiệp cho người bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp khi họ trở lại làm việc”, điều kiện hưởng chế độ này được quy định tại Nghị định 88/2020/NĐ-CP. Nguồn quỹ được phân bổ dựa trên kế hoạch hỗ trợ tài chính do Sở Lao động - thương binh và xã hội và các cơ quan hữu quan cấp tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương lập theo Nghị định 88/2020/NĐ-CP.

Năm 2020, khoảng 200 tỷ đồng đã được trích vào quỹ để hỗ trợ phòng ngừa và chia sẻ rủi ro, đồng thời 300 tỷ đồng đã được trích vào quỹ để hỗ trợ chuyển đổi nghề nghiệp. Theo đánh giá rủi ro tài chính của chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp do ILO thực hiện năm 2021, khoản chi này chiếm 0,07% tổng nguồn thu bảo hiểm năm 2020 (ILO 2021a). Điều thú vị là tổng hai khoản phân bổ nói trên tương đương với 90% chi tiêu của quỹ cho các chế độ phúc lợi định kỳ năm 2019 (551 tỷ đồng). Tuy nhiên, không có thông tin nào được cung cấp để chỉ ra liệu các khoản chi tiêu đó có lặp lại ở con số tương tự hay không.

Việc phân bổ nguồn lực từ hệ thống an sinh xã hội cho các hoạt động phòng ngừa hoặc phục hồi chức năng nhằm ngăn ngừa tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp là một thực tiễn đã được áp dụng trong các quốc gia khác, ví dụ như ở Nga và Ba Lan (Alshits và Kulkova 2018; Rydlewska-Liszkowska 2002). Theo góc nhìn của hệ thống an sinh xã hội, việc đầu tư cho công tác phòng ngừa và phục hồi chức năng có thể mang lại hiệu quả về chi phí, với khả năng làm giảm số lượng yêu cầu bồi thường của chương trình bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp (Salim 2014). Bằng chứng quốc tế cho thấy các khoản tiết kiệm tiềm năng mà cơ quan bảo hiểm xã hội có thể đạt được nhờ các khoản đầu tư như vậy. Tuy nhiên, Việt Nam chưa đo lường những tác động đó. Từ góc nhìn an toàn vệ sinh lao động, việc phân bổ nguồn lực từ hệ thống an sinh xã hội có thể là sự bổ sung quan trọng cho việc tổ chức hệ thống sức khỏe nghề nghiệp - một lĩnh vực thường thiếu kinh phí, bao gồm cả ở Việt Nam. Tuy nhiên, do thực tế là các nguồn lực được phân bổ để thanh toán cho người sử dụng lao động cho các hoạt động mà họ thực hiện, nên chúng không góp phần vào việc tài trợ cho các tổ chức dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp công lập. Điều này làm hạn chế khả năng sử dụng nguồn lực đó để chi trả cho các hoạt động hoặc chức năng dành cho những người lao động không được quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp bao phủ. Ngoài ra, vì chỉ một số nhóm người lao động cụ thể đủ điều kiện nhận được hỗ trợ tài chính từ quỹ, nên diện bao phủ của các hoạt động quỹ bị thu hẹp và đặc biệt là loại trừ những người lao động phi chính thức và người lao động không có hợp đồng lao động.

Việc áp dụng thực tế các điều khoản nói trên - và đặc biệt là mức độ mà các hoạt động do quỹ tài trợ có được phối hợp hiệu quả với hoặc được triển khai thông qua cơ cấu an toàn và sức khỏe nghề nghiệp hiện tại - vẫn chưa rõ ràng, điều này đặt ra thách thức, đặc biệt là để có thể hiểu được liệu các hoạt động đó có được thực hiện một cách hiệu quả hay không (đây là một vấn đề được đề cập trong các tài liệu quốc tế về cách tiếp cận này (Meffert, Mittag và Jäckel 2013)). Chất lượng các hoạt động do những chương trình an sinh xã hội tài trợ và tổ chức, cũng như tác động của các hoạt động này đối với các cấu trúc hiện có, có thể bị suy giảm nếu thiếu sự phối hợp - như đã được chứng minh ở những nơi khác (Lecomte-Ménahès 2022).

16 Người quản lý phụ trách an toàn, vệ sinh lao động, an toàn vệ sinh viên, người làm công tác y tế và người làm công tác an toàn, vệ sinh lao động tại các cơ sở sản xuất, kinh doanh phải tham gia huấn luyện an toàn, vệ sinh lao động và sau khi đạt yêu cầu, được cấp chứng chỉ của cơ sở huấn luyện an toàn, vệ sinh lao động. Ngược lại, người sử dụng lao động phải tổ chức huấn luyện cho người làm công việc có yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn, vệ sinh lao động và cấp thẻ an toàn cho họ trước khi bố trí làm các công việc đó.

17 Kể từ ngày 1/3/2025, Sở Lao động - thương binh và xã hội sáp nhập vào Sở Nội vụ

► **Phối hợp giữa dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp, bảo hiểm y tế và bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp**

Ngoài các yếu tố nêu trên, còn có các điều khoản, chương trình, nghị quyết tạo điều kiện phối hợp giữa an toàn và sức khỏe nghề nghiệp, quỹ bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.

Các công cụ quản trị, pháp lý và quy phạm điều chỉnh sự phối hợp

Thứ nhất, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tham gia với tư cách là thành viên của Ban soạn thảo các quy định hướng dẫn thi hành Luật An toàn, vệ sinh lao động, đặc biệt là các quy định về bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Điều này xuất phát từ thực tế là các quy định về chế độ này nằm trong Luật An toàn, vệ sinh lao động chứ không phải trong Luật Bảo hiểm xã hội.

Thứ hai, Điều 91 Luật An toàn, vệ sinh lao động quy định cơ chế phối hợp trong lĩnh vực an toàn, vệ sinh lao động, trong đó nêu rõ trách nhiệm chính trong việc thực hiện các hoạt động phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, chính quyền địa phương và các cơ quan hữu quan. Các nhóm hoạt động cần phối hợp bao gồm:

- ▶ Xây dựng chính sách, luật pháp, tiêu chuẩn và quy chuẩn kỹ thuật về an toàn, vệ sinh lao động;
- ▶ Xây dựng các chương trình và hồ sơ an toàn, vệ sinh lao động quốc gia;
- ▶ Điều tra tai nạn lao động; tai nạn và sự cố kỹ thuật gây mất an toàn, vệ sinh lao động; chế độ, chính sách đối với người bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp;
- ▶ Thông tin, truyền thông, giáo dục, đào tạo, thống kê, báo cáo về an toàn, vệ sinh lao động; kiểm định máy móc, thiết bị, vật tư có yêu cầu nghiêm ngặt về an toàn, vệ sinh lao động;
- ▶ Thanh tra, kiểm tra, giám sát an toàn, vệ sinh lao động; xử lý vi phạm pháp luật về an toàn, vệ sinh lao động;
- ▶ Khen thưởng liên quan đến an toàn, vệ sinh lao động, và;
- ▶ Nghiên cứu và ứng dụng khoa học công nghệ về an toàn, vệ sinh lao động.

Tuy nhiên, Chính phủ cần có hướng dẫn chi tiết hơn về Điều 91 của Luật An toàn, vệ sinh lao động và trên thực tế, hiện nay việc phối hợp giữa các cơ quan an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội vẫn còn hạn chế.

Các chương trình thúc đẩy và điều phối nguồn lực cho an toàn sức khỏe nghề nghiệp và phòng ngừa bệnh nghề nghiệp

Ngoài ra, hai chương trình riêng biệt do Bộ Y tế và Bộ Lao động - thương binh và xã hội triển khai cũng kêu gọi cải thiện sự phối hợp giữa tất cả các bên liên quan, cũng như tập hợp các nguồn lực để đảm bảo sức khỏe của người lao động.

Được phê duyệt theo Quyết định 659/QĐ-TTg ngày 20/05/2020 theo yêu cầu của Bộ Y tế, Chương trình chăm sóc, nâng cao sức khỏe người lao động và phòng ngừa bệnh nghề nghiệp giai đoạn 2020-2030 đặt mục đích cung cấp một khuôn khổ phối hợp cho việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho người lao động; khuyến khích lối sống và dinh dưỡng lành mạnh; phòng chống tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp; và bảo đảm an toàn tính mạng cho người lao động.

Chương trình áp dụng cho tất cả các ngành và lĩnh vực trên toàn quốc và kêu gọi sự phối hợp của nhiều bên liên quan để thúc đẩy sự phối hợp chặt chẽ hơn¹⁸. Quyết định nêu rõ 15 “dự án” cần được thực hiện để đạt được các mục tiêu đã nêu, bao gồm nâng cao năng lực, thiết lập cơ sở dữ liệu để giám sát, tăng cường công tác vận động và truyền thông, cùng nhiều hoạt động khác.

Mặc dù Bảo hiểm xã hội Việt Nam không được đề cập cụ thể như một cơ quan phối hợp trong bất kỳ dự án nào thuộc Quyết định 659, Quyết định vẫn chỉ ra các cơ hội để huy động và phối hợp nguồn lực từ quỹ bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp nhằm mở rộng các nguồn lực sẵn có cho Chương trình. Trước tiên, Quyết định yêu cầu xây dựng các hướng dẫn về sử dụng nguồn từ quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp cho công tác phòng ngừa bệnh nghề nghiệp nhằm hỗ trợ “tăng cường hệ thống cung ứng dịch vụ chuyên môn kỹ thuật y tế và ứng dụng công nghệ thông tin”. Bên cạnh đó, Quyết định đưa ra giải pháp phối hợp, lồng ghép nguồn lực của Chương trình “với các nguồn lực hiện có” - bao gồm nguồn quỹ bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.

Tuy nhiên, một số Bộ - bao gồm Bộ Lao động - thương binh và xã hội - đã không báo cáo với Bộ Y tế về việc triển khai Quyết định 659 trong 3 năm đầu tiên, đây là một trở ngại cho việc xác định xem liệu sự phối hợp, lồng ghép các nguồn lực từ hai quỹ thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam có thực sự đạt được hiệu quả hay không¹⁹.

Chương trình quốc gia về An toàn, vệ sinh lao động giai đoạn 2021-2025, ban hành theo Nghị quyết 19/NQ-CP ngày 16/02/2022 theo yêu cầu của Bộ Lao động - thương binh và xã hội, cũng yêu cầu tăng cường phối hợp giữa các bên liên quan²⁰ để cải thiện điều kiện làm việc; phòng ngừa tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, bảo đảm an toàn tính mạng cho người lao động. Tương tự như Quyết định 659, Nghị quyết này đặt nhiệm vụ phối hợp, lồng ghép các nguồn lực của Chương trình (chủ yếu từ ngân sách Nhà nước và địa phương) với các nguồn khác có sẵn - bao gồm nguồn quỹ bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Nghiên cứu không thể xác định được mức độ đạt được sự phối hợp, lồng ghép nguồn lực đã đề ra.

Mặc dù các văn bản pháp lý và quy định kêu gọi sự hợp tác, song mức độ phối hợp trong quá trình triển khai thực tế các hoạt động chưa rõ ràng, do thông tin sẵn có trong lĩnh vực này còn hạn chế. Sự tham gia của các bên liên quan trong các cuộc họp thường niên và các sáng kiến chung về phổ biến an toàn và sức khỏe nghề nghiệp có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc thu thập các bài học kinh nghiệm và đưa ra những khuyến nghị để cải thiện sự hợp tác - cho dù ở cấp trung ương, tỉnh, huyện hay xã.

► Cơ hội phối hợp

Nghiên cứu điển hình này cũng đã xác định một số cơ hội khác cho việc phối hợp bên cạnh những cơ hội đã xác định và thảo luận ở trên, và tất cả đều nằm trong phạm vi của khuôn khổ pháp lý và quy định. Những cơ hội này bao gồm liên quan đến giám sát và báo cáo.

Giám sát và báo cáo

Hiện nay, cả Bộ Y tế và Bộ Lao động - thương binh và xã hội đều có trách nhiệm liên quan đến việc giám sát và báo cáo các khía cạnh khác nhau của an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và tai nạn lao

18 Bao gồm: Bộ Y tế, Bộ Lao động - thương binh và xã hội, Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Ủy ban nhân dân các tỉnh, Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam, Liên đoàn Thương mại và Công nghiệp Việt Nam, Liên minh Hợp tác xã Việt Nam, Hội Nông dân Việt Nam, Viện Khoa học An toàn và Vệ sinh lao động, Hiệp hội Doanh nghiệp nhỏ và vừa Việt Nam, Hội Khoa học Kỹ thuật và An toàn Vệ sinh Lao động Việt Nam.

19 Bộ Y tế, Báo cáo 560/BC-BYT ngày 27/04/2023

20 Bao gồm Bộ Lao động - thương binh và xã hội, Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Đầu tư, Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam, Liên đoàn Thương mại và Công nghiệp Việt Nam, Liên minh Hợp tác xã Việt Nam, Hội Nông dân Việt Nam, Viện Khoa học An toàn và Vệ sinh lao động, Hiệp hội Doanh nghiệp Nhỏ và Vừa Việt Nam, Ủy ban nhân dân các tỉnh.

động và bệnh nghề nghiệp. Khung pháp lý²¹ nêu rõ Bộ Lao động - thương binh và xã hội và Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm giám sát báo cáo hàng năm lên Chính phủ về việc thực hiện Chương trình Bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và công tác kế toán của Chương trình cũng như việc thu thập các số liệu thống kê liên quan. Bộ Lao động - thương binh và xã hội cũng chịu trách nhiệm đối chiếu dữ liệu về tai nạn lao động – dựa trên dữ liệu do Bộ Y tế cung cấp về người lao động bị chấn thương nghề nghiệp đang được khám chữa bệnh. Điều 36 và 37 của Luật An toàn, vệ sinh lao động quy định Bộ Y tế chịu trách nhiệm thống kê và xây dựng cơ sở dữ liệu về bệnh nghề nghiệp, cũng như theo dõi, tổng hợp và phổ biến thông tin về dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp. Bên cạnh đó, Cục Quản lý môi trường y tế giám sát môi trường làm việc để xem có bằng chứng về các mối nguy nghề nghiệp hay không - đây là tiêu chí thiết yếu để phân loại bất kỳ chấn đoán bệnh nào xem có phải là bệnh nghề nghiệp hay không. Do đó, mặc dù báo cáo về sức khỏe nghề nghiệp có thể phân mảnh, nhưng đây vẫn là một quá trình phối hợp.

Mặc dù thực tế này rất quan trọng, rõ ràng là sự phối hợp giữa Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam vẫn khá hạn chế trong việc thu thập và đối chiếu dữ liệu liên quan đến người lao động bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và được hưởng các quyền lợi từ quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Theo đó, quỹ Bảo hiểm y tế, mặc dù chi trả chi phí cho các dịch vụ được sử dụng trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, không được phân công bởi bất kỳ quy định nào phải tham gia vào các nỗ lực giám sát và báo cáo. Và trên thực tế, không rõ Chương trình này sẽ đối chiếu thông tin về chủ đề này ở mức độ nào, vì không có thông tin công khai nào về chủ đề này. Do đó, cần phối hợp tốt hơn giữa giám sát/báo cáo với hệ thống an sinh xã hội.

Tạo cơ hội cho người lao động tiếp cận các chương trình an sinh xã hội để mở rộng tiếp cận và độ bao phủ

Những sắp xếp về thể chế cũng tạo ra cơ hội cải thiện khả năng tiếp cận các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp trong nền kinh tế phi chính thức và mở rộng mức độ bao phủ của các chương trình an sinh xã hội. Đầu tiên, dịch vụ y tế lao động được lồng ghép vào mạng lưới các cơ sở y tế Nhà nước thông qua các trung tâm Kiểm soát bệnh tật (Diep 2020). Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được cung cấp cho cả người lao động chính thức và phi chính thức vì trên thực tế, theo Quyết định 659/QĐ-TTg năm 2020, Bộ Y tế chịu trách nhiệm triển khai “mô hình dịch vụ y tế lao động cơ bản cho doanh nghiệp nhỏ, vừa, làng nghề và cho người lao động không có hợp đồng lao động”. Việc cung cấp các dịch vụ y tế lao động thông qua các cơ sở y tế Nhà nước là cơ hội để mở rộng khả năng tiếp cận dịch vụ này, đặc biệt là đối với những người lao động dễ bị tổn thương và những người trong nền kinh tế phi chính thức. Sắp xếp này cũng có thể là cơ hội để chia sẻ thông tin về các quyền và chế độ an sinh xã hội hoặc để các cơ sở y tế giới thiệu người lao động bị ảnh hưởng tới quỹ Bảo hiểm y tế hoặc quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, với cơ chế bảo vệ thu nhập – bên cạnh các dịch vụ dự phòng và điều trị do các cơ sở y tế Nhà nước cung cấp.

Hiện nay, quỹ bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp đều do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý. Sắp xếp về thể chế này có thể tạo ra cơ hội để phối hợp chặt chẽ hơn và chuyển gửi đối tượng giữa các chương trình. Ví dụ, người lao động sử dụng các dịch vụ y tế do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp chưa hưởng quyền lợi bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp có thể được bảo hiểm y tế giới thiệu sang bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp để tiếp cận sự bảo vệ thu nhập. Tuy nhiên, việc này sẽ yêu cầu bảo hiểm y tế phải ghi nhận bản chất nghề nghiệp (liên quan đến công việc) của thương tật hoặc bệnh mà người lao động mắc phải.

Kết luận

Nghiên cứu đã xác định một loạt những liên kết khác nhau giữa an toàn và sức khỏe nghề nghiệp và các chế độ an sinh xã hội khác. Mặc dù không phải là trọng tâm của nghiên cứu, nhưng nghiên cứu này cũng xác định những liên kết giữa các chế độ khác nhau của hệ thống an sinh xã hội có thể có ý nghĩa quan trọng đối với độ bao phủ và khả năng tiếp cận an sinh.

Trong khi một số liên kết trình bày trong báo cáo này cũng được xác định trong những bối cảnh khác, kinh nghiệm của Việt Nam cũng cung cấp sự bổ sung phong phú cho các liên kết được xác định ở cấp độ toàn cầu theo dự án nghiên cứu chung - mà nghiên cứu điển hình này là một phần trong đó. Cụ thể:

- ▶ Cũng không phải là điều hiếm gặp khi các quy định liên quan đến các chương trình an sinh xã hội nằm trong nhiều văn bản **pháp luật** khác nhau, mặc dù việc các quy định này được nêu trong các luật chuyên biệt về an toàn và sức khỏe nghề nghiệp thì ít phổ biến hơn. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, các quy định về sức khỏe nghề nghiệp và một số chế độ an sinh xã hội lại được ban hành cùng nhau trong cùng một văn bản pháp luật (Flores, Giménez Caballero và Peralta, 2017). Điều này có thể phản ánh mong muốn của nhà làm luật trong việc xem xét hai lĩnh vực này một cách tích hợp ở Việt Nam cũng như trong trường hợp khác.
- ▶ Ở Việt Nam, một số liên kết mang tính chất **tài chính**. Sự đầu tư của bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp vào các hoạt động phòng ngừa không phải là hiếm thấy (ILO 2013) và phương thức hoàn trả chi phí đào tạo cho người sử dụng lao động như ở Việt Nam cũng được áp dụng ở những nơi khác (Alshits và Kulkova 2018). Tuy nhiên, điều quan trọng là phải hiểu liệu cách tiếp cận đó có thúc đẩy hay tạo ra động lực lớn hơn cho việc điều phối với các bên liên quan đến an toàn và sức khỏe nghề nghiệp hay không. Mặt khác, việc kêu gọi chia sẻ nguồn lực giữa nguồn an sinh xã hội và các nguồn khác để góp phần chi trả cho các chương trình dự phòng và nâng cao sức khỏe người lao động không phải là cách tiếp cận được áp dụng trong các bối cảnh khác thuộc phạm vi của nghiên cứu này. Cần có những nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố (hoặc các tác nhân) thúc đẩy việc kêu gọi nói trên, những thách thức và cơ hội để thực hiện phương thức tài trợ như vậy, và tác động của việc tài trợ phối hợp kiểu này – nhằm rút ra bài học từ kinh nghiệm này.
- ▶ Việc không loại trừ chi phí y tế trong trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp khỏi gói quyền lợi bảo hiểm y tế – và việc không có cơ chế để quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp bồi hoàn chi phí cho quỹ Bảo hiểm y tế – có nghĩa là **các chi phí này được quỹ Bảo hiểm y tế chi trả và quản lý**. Sắp xếp này cũng được áp dụng trong các bối cảnh khác (ILO 2024b), thể hiện rằng việc này mang lại hiệu quả hành chính nhất định đồng thời có khả năng hỗ trợ việc đạt được độ bao phủ lớn hơn và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người lao động. Tuy nhiên, cần nghiên cứu thêm để đánh giá xem liệu những lợi ích này có đạt được trên thực tế hay không, cũng như các tác động tài chính của sắp xếp này và mức độ phù hợp của nó với các tiêu chuẩn an sinh xã hội quốc tế.
- ▶ Sự hiện diện của các chương trình nâng cao sức khỏe người lao động và phòng ngừa tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp **đòi hỏi sự phối hợp** giữa tất cả các bên liên quan cũng là một bước khởi đầu thú vị và quan trọng để chuyển những liên kết thành sự phối hợp. Thúc đẩy điều phối giữa các chương trình riêng lẻ là một cơ chế được áp dụng ở Tây Ban Nha nhằm giám sát những người lao động phơi nhiễm amiăng, thông qua đó đạt được sự phối hợp và trao đổi ở các cấp độ khác nhau (García Gómez và cộng sự, 2006). Tuy nhiên, việc không có báo cáo về vấn đề này ở Việt Nam đặt ra thách thức trong việc xác định mức độ thành công tương đối của các nỗ lực cũng như các cơ hội và thách thức trong phối hợp.

Tóm lại, có rất ít bằng chứng chỉ ra những chính sách, sáng kiến hoặc hoạt động cụ thể được triển khai một cách phối hợp giữa các cơ quan sức khỏe nghề nghiệp và an sinh xã hội, mặc dù có cơ sở pháp lý chặt chẽ để thực hiện điều này và có những liên kết đã được xác định giữa các hệ thống này - một vài trong số đó tạo ra các động lực và cơ hội để phối hợp sâu hơn, như đã được nêu ở chương trước.

Tài liệu tham khảo

- Alshits, YA và IA Kulkova. 2018. 'Hiệu quả của các biện pháp phòng ngừa nhằm giảm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp tại nơi làm việc'. *Tạp chí Nhà quản lý* 9 (2): 18-25. <https://doi.org/10.29141/2218-5003-2018-9-2-4>.
- Ngân hàng Phát triển Châu Á. 2022. 'Triển vọng Phát triển Châu Á: Phụ lục tháng 12/2022'. Tóm tắt dữ liệu. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/844296/ado-supplement-december-2022.pdf>.
- Bales, Sarah, Marielle Phe Goursat và Nguyen Khanh Phuong. 2021. 'Mở rộng bảo vệ sức khỏe xã hội tại Việt Nam: Đẩy nhanh tiến độ hướng tới chăm sóc sức khoẻ toàn dân'. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowResource.action?id=57668>.
- Cheng, WJ, PH Chung và YW Cheng. 2019. 'Chuyển gánh nặng chăm sóc sức khoẻ do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp từ bảo hiểm lao động sang bảo hiểm y tế quốc gia tại Đài Loan'. *Tạp chí Y học Công nghiệp Hoa Kỳ* 62 (6): 496-502. <https://doi.org/10.1002/ajim.22979>.
- Dang, M. 2013. 'Đại biểu Quốc hội kể chuyện bị "làm khó" khi khám bảo hiểm y tế'. Công an nhân dân Online, ngày 09/11/2013. <http://cand.com.vn/Xa-hoi/Dai-bieu-Quoc-hoi-ke-chuyen-bi-lam-kho-khi-kham-bao-hiem-y-te-243030/>.
- Depouilly, và Phạm Thị Hồng Phúc. 2022. 'Nghiên cứu về khả năng tiếp cận dịch vụ an sinh xã hội và sức khỏe nghề nghiệp của công nhân nông trại cà phê'. ILO; Quỹ Vision Zero và Cơ quan Viện trợ & Phát triển Luxembourg.
- Diep, Nguyen Bich. 2020. 'Bối cảnh an toàn, vệ sinh lao động tại Việt Nam'. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường. https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/32121%20OSHA%20report%20of%20Vietnam-buntan1-6.pdf.
- Duong, T. 2014. 'BT Tien: Bệnh nhân có bảo hiểm bị phân biệt đối xử'. Bản tin 24h, ngày 02/04/2014. <https://www.24h.com.vn/tin-tuc-trong-ngay/bt-tien-benh-nhan-co-bao-hiem-bi-phan-biet-doi-xu-c46a620445.html>
- Flores, Laura, Edgar Giménez Caballero và Néstor Peralta. 2017. 'Sức khỏe nghề nghiệp tập trung vào bảo vệ người lao động tại Paraguay'. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud* 15 (3): 111-28.
- García Gómez, M., L.Artieda Pellejero, V.Esteban Buedo, A.Guzman Fernandez, F.Camino Duran, A.Martinez Castillo và M.Lezzaun Goni. 2006. 'Giám sát sức khỏe của người lao động phơi nhiễm a-mi-ăng: Một ví dụ về sự hợp tác giữa Hệ thống phòng ngừa nghề nghiệp và Hệ thống y tế quốc gia'. *Revista Espanola de Salud Publica* 80 (1): 27-39.
- Tổng cục Thống kê. 2023. 'Điều tra lực lượng lao động 2023'. Hà Nội.
- ILO. 2013. *Tăng cường vai trò của các chương trình chấn thương nghề nghiệp để giúp phòng ngừa tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp*. Geneva: ILO. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_214022.pdf.
- . 2020. 'Bảng dữ liệu an sinh xã hội thế giới | Mục tiêu phát triển bền vững 1.3.1: Bao phủ hiệu quả theo chức năng của an sinh xã hội (%) - Chấn thương nghề nghiệp'. <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=19>.
- . 2021a. 'Phân tích rủi ro tài chính của chế độ bảo hiểm ốm đau, thai sản, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và thất nghiệp của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tính đến ngày 31/12/2019'. Tổ chức Lao động Quốc tế.

- . 2021b. 'Việc làm phi chính thức ở Việt Nam: Xu hướng và các yếu tố quyết định'.
- . 2024a. 'Triển vọng việc làm và xã hội Châu Á - Thái Bình Dương năm 2024: Thúc đẩy việc làm thỏa đáng và công lý xã hội để quản lý các xã hội già hóa'. Bangkok: Văn phòng ILO khu vực Châu Á - Thái Bình Dương. <https://www.ilo.org/publications/major-publications/asia-pacific-employment-and-social-outlook-2024-promoting-decent-work-and>.
- . 2024b. 'Kết nối an sinh xã hội và sức khỏe nghề nghiệp để thúc đẩy các mục tiêu phát triển bền vững'. Geneva: ILO. <https://www.social-protection.org/gimi/ShowResource.action?id=58826>.
- . 2024c. 'Mở rộng bảo vệ sức khỏe xã hội: Đẩy nhanh tiến độ hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân ở Trung Á và Tây Á'. Geneva: Tổ chức Lao động Quốc tế. <https://www.social-protection.org/gimi/Media.action?id=19951>.
- . 2024d. 'Báo cáo an sinh xã hội thế giới 2024-26: An sinh xã hội phổ quát cho hành động khí hậu và chuyển đổi công bằng'. <https://www.ilo.org/media/593496/download>.
- ILO, chưa công bố. 2021. 'Phân tích rủi ro tài chính của chế độ bảo hiểm ốm đau, thai sản, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và thất nghiệp của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tính đến ngày 31/12/2019'. Geneva: ILO: Cục An sinh xã hội.
- Viện Đánh giá và Đo lường sức khỏe. 2019. 'So sánh trực quan hóa dữ liệu GBD: Việt Nam | DALY 1990-2019'. Seattle, WA: IHME, Đại học Washington.
- ISSA. không rõ ngày tháng 'An sinh xã hội trên toàn thế giới: Hồ sơ quốc gia'. Truy cập ngày 24/01/2025. <https://www.issa.int/databases/country-profiles>.
- Kim, Q. và H. Vu. 2013. 'Nhiều người "né" bảo hiểm y tế vì bị phân biệt đối xử'. Công an nhân dân Online, ngày 09/11/2013. <http://cand.com.vn/thoi-su/Nhieu-nguoi-ne-bao-hiem-y-te-vi-bi-phan-biet-doi-xu-243048/>.
- Le, Duc-Cuong, Tatsuhiko Kubo, Yoshihisa Fujino, Truong-Minh Pham, và Shinya Matsuda. 2010. 'Hệ thống chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam: Hiện trạng và những thách thức'. *Tạp chí Quản lý bệnh tật Châu Á - Thái Bình Dương* 2010; 4 (2): 23-30.
- Le, Nga, Wim Groot, Sonila M Tomini và Florian Tomini. 2018. 'Bảo hiểm y tế và sự hài lòng của người bệnh: Bằng chứng từ các vùng nghèo nhất của Việt Nam'. *Tài liệu làm việc của UNU-MERIT* 2018-40. <https://www.merit.unu.edu/publications/working-papers/abstract/?id=7992>.
- Lecomte-Ménahès, Gabrielle. 2022. 'Khi các cơ quan bảo hiểm y tế đầu tư bổ sung vào dự phòng ngừa sức khỏe nghề nghiệp'. Hal. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03631214/document>.
- Lieberman, Samuel S, và Adam Wagstaff. 2009. 'Tài chính y tế và cung cấp dịch vụ y tế tại Việt Nam: Con đường phía trước'. Loạt bài về sức khỏe, dinh dưỡng và dân số. Washington DC: Ngân hàng Thế giới. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2594>.
- Matsuda, S. 1996. 'Phân tích Hệ thống an toàn, vệ sinh lao động của Việt Nam và thiết lập các ưu tiên bằng quy trình phân cấp phân tích.' *Tạp chí Y tế Lao động và Môi trường* 53 (4): 281-86. <https://doi.org/10.1136/oem.53.4.281>.
- Meffert, C, O Mittag và WH Jäckel. 2013. 'Các chương trình dự phòng cho doanh nghiệp của bảo hiểm hưu trí Đức'. *Tạp chí Phục hồi chức năng (Stuttg.)* 52 (6): 391-98.
- Bộ Y tế. 2022. 'Báo cáo Y tế 2021, 76/BC-BYT'. Bộ Y tế.
- Bộ Kế hoạch và Đầu tư. 2019. 'Báo cáo điều tra lực lượng lao động 2019'. Hà Nội, Việt Nam: Tổng cục Thống kê. <https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/05/labor-force-report-2019.pdf>.

- . 2020. 'Báo cáo điều tra lực lượng lao động: Quý 1 năm 2020'. Điều tra. Hà Nội, Việt Nam: Tổng cục Thống kê. https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/01/Quy-1.2020_final_Eng.pdf.
- Nguyen, Mai Phuong, và Andrew Wilson. 2017. 'Làm thế nào để y tế tư nhân có thể đóng góp tốt hơn vào bao phủ chăm sóc sức khỏe tại Việt Nam?' *Tạp chí quốc tế về chính sách và quản lý y tế* 6 (6): 305–8. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.05>.
- Nguyen, Thi Kim Tien, và Tsung-Mei Cheng. 2014. 'Hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam chú trọng dự phòng và theo đuổi mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân'. *Tạp chí công tác y tế* 33 (11): 2057–63. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1141>.
- Oanh, Tran Thi Mai, Nguyen Khanh Phuong và Khuong Anh Tuan. 2021. 'Tính bền vững và khả năng phục hồi của hệ thống y tế Việt Nam'. Trường Kinh tế và Khoa học Chính trị London. https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Vietnam_Report.pdf.
- Pham, Cong Tuan. 2019. 'Sức khỏe và sự an toàn của người lao động di cư trong ngành may mặc tại Việt Nam: Các vấn đề chính và chiến lược tiềm năng'. Đại học Griffith, Queensland, Úc. https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/387966/Pham,%20Cong%20Tuan%20Final%20Thesis_Redacted.pdf?sequence=1.
- Rydlewska-Liszkowska, I. 2002. 'Tài trợ cho các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Ba Lan'. *Tài liệu lưu trữ quốc tế về sức khỏe nghề nghiệp và môi trường* 75:10–13. <https://doi.org/10.1007/s00420-002-0352-2>.
- Salim, Celso. 2014. 'An sinh xã hội ở Brazil: Tác động của mối liên hệ dịch tễ học đối với các quyền lợi liên quan đến bệnh nghề nghiệp'. *Tạp chí Y tế lao động và môi trường* 71 (Phụ lục 1): A79–80. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102362.248>.
- Somanathan, Aparnaa, Huong Lan Dao, và Tran Van Tien. 2013. 'Đưa người nghèo vào chăm sóc sức khỏe toàn dân tại Việt Nam'. 24. Loạt bài nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe toàn dân (UNICO). Washington DC: Ngân hàng Thế giới. <http://documents.worldbank.org/curated/en/323521468320704369/Vietnam-Integrating-the-poor-into-universal-health-coverage-in-Vietnam>.
- Somanathan, Aparnaa, Ajay Tandon, Huong Lan Dao, Kari L Hurt và Hernan L Fuenzalida-Puelma. 2014. 'Hướng tới bảo hiểm y tế xã hội toàn dân tại Việt Nam: Đánh giá và các lựa chọn'. 89066. *Định hướng phát triển: Phát triển con người*. Washington DC: Ngân hàng Thế giới. <http://documents.worldbank.org/curated/en/383151468138892428/Moving-toward-universal-coverage-of-social-health-insurance-in-Vietnam-assessment-and-options>.
- Tran, Bach Xuan, Giang Thu Vu, Kiet Tuan Huy Pham, Quan-Hoang Vuong, Manh-Tung Ho, Thu-Trang Vương, Hong-Kong T. Nguyen và cộng sự, 2019. 'Triệu chứng trầm cảm ở công nhân công nghiệp tại Việt Nam và các yếu tố tương quan: Khảo sát đa địa điểm.' *Tạp chí quốc tế về nghiên cứu môi trường và sức khỏe cộng đồng* 16 (9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091642>.
- Tran, Thuy Thi Thu, Chinh Thi Thuy Phan, Tuan Cong Pham, và Quynh Thuy Nguyen. 2016. 'Các triệu chứng rối loạn cơ xương sau ca làm việc ở lao động nữ và các yếu tố liên quan đến công việc: Một nghiên cứu cắt ngang tại một nhà máy chế biến hải sản ở Việt Nam.' *Tạp chí Y tế công cộng AIMS* 3 (4): 733–49. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2016.4.733>.
- Liên hợp quốc, Hội đồng Kinh tế và xã hội, Ban Dân số. 2024. 'Cổng thông tin'. <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/67/locations/704/start/1990/end/2024/table/pivotbylocation?df=b8580bb9-d132-4922-987f-7581411bf2b8>.
- Tổng cục Thống kê. 2019. 'Kết quả khảo sát mức sống dân cư Việt Nam năm 2018'. Hà Nội: Nhà xuất bản Thống kê. <https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2020/05/VHLSS2018.pdf>.
- Bộ Y tế Việt Nam. 2018. 'Niên giám thống kê y tế Việt Nam 2018'. Hà Nội: Bộ Y tế Việt Nam.

Cục Quản lý Môi trường Y tế. 2022. 'Báo cáo an toàn, vệ sinh lao động tại Việt Nam năm 2022'. Báo cáo chính thức. Cục Quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam. 2024. 'Nâng cao vai trò của chính sách bảo hiểm y tế như một trụ cột để đảm bảo an sinh xã hội của đất nước'. Ngày 27/02/2024. <https://vss.gov.vn/english/news/Pages/vietnam-social-security.aspx?CateID=0&ItemID=11656>.

Wagstaff, Adam, Ha Thi Hong Nguyen, Huyen Dao, và Sarah Bales. 2016. 'Khuyến khích bảo hiểm y tế cho khu vực phi chính thức: Một thử nghiệm ngẫu nhiên theo cụm ở Việt Nam'. *Tạp chí Kinh tế y tế* 25 (6): 663–74. <https://doi.org/10.1002/hec.3293>.

WHO. 2016. 'Nhân lực y tế. Hồ sơ quốc gia: Việt Nam'. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259990>.

———. không rõ ngày tháng 'Nhân lực y tế tại Việt Nam'. Nhân lực y tế. không rõ ngày tháng. <https://www.who.int/vietnam/health-topics/health-workforce>.

WHO và ILO. 2021. 'Ước tính chung của WHO/ILO về gánh nặng tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, 2000-2016: Báo cáo giám sát toàn cầu'. Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới và Tổ chức Lao động Quốc tế. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945>.

Ngân hàng Thế giới. 2016. *Chất lượng và công bằng trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản tại Việt Nam: Phát hiện từ khảo sát cơ sở y tế tuyến huyện và xã ở Việt Nam năm 2015*. AUS13083. Washington DC file:///C:/Users/admin/AppData/Local/Temp/vietnam_health_report_june_27_final_with_cover_page_002_.pdf.

Phụ lục 1: Tổng quan hệ thống y tế quốc gia



Bối cảnh

Y tế đã được Chính phủ Việt Nam công nhận là một ưu tiên quốc gia kể từ khi thành lập nước và do đó là mục tiêu không thể thiếu của phát triển xã hội và tăng trưởng kinh tế. Trên thực tế, Hiến pháp của Việt Nam công nhận quyền được chăm sóc sức khỏe của mọi công dân. Từ năm 1989, hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam đã chuyển đổi từ hệ thống hoàn toàn do Nhà nước bao cấp sang hệ thống cung cấp dịch vụ công-tư kết hợp. Ngoài ra, phương thức chi trả theo “phí dịch vụ” đã được áp dụng tại các cơ sở y tế, tạo ra rào cản tài chính tiềm ẩn đối với các nhóm có khả năng tài chính hạn chế. Kể từ đó tới nay, Việt Nam đã cam kết đạt được chăm sóc sức khỏe toàn dân, bao gồm thông qua bảo vệ sức khỏe xã hội - lần đầu tiên được đưa ra vào đầu những năm 1990 (xem Phụ lục 2).

Tầm nhìn và chiến lược y tế quốc gia

Chính phủ Việt Nam rất coi trọng vai trò của y tế trong việc đạt được tiến bộ và bình đẳng xã hội, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân và đáp ứng nhu cầu công nghiệp hóa, hiện đại hóa. Về khía cạnh này, chính phủ coi đầu tư vào y tế là một thành phần quan trọng của phát triển bền vững, nhận ra tác động đáng kể của sự đầu tư này đối với phúc lợi chung của đất nước. Để hỗ trợ cam kết đảm bảo quyền được chăm sóc sức khỏe cho tất cả người dân, Chính phủ Việt Nam đã xây dựng một số chính sách và chiến lược quốc gia, trong đó bao gồm:

- ▶ **Kế hoạch phát triển ngành y tế 5 năm (còn gọi là Kế hoạch bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân)**²². Tài liệu chiến lược và kế hoạch tổng thể này của Việt Nam cho ngành y tế nêu bật các ưu tiên và ý định của Nhà nước về phát triển lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, tập trung vào việc thực hiện chăm sóc sức khỏe toàn dân.
- ▶ **Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020**²³. Đây là quy hoạch tổng thể của Việt Nam về tăng cường nguồn nhân lực y tế, tầm nhìn đến năm 2030.
- ▶ **Chương trình “Vi một Việt Nam khỏe mạnh”**. Chương trình nâng cao sức khỏe này được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt vào năm 2018 nhằm thúc đẩy các hành vi sức khỏe tích cực và nâng cao nhận thức về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà người dân có thể tiếp cận.

Trong ba tài liệu nói trên, không có tài liệu nào đề cập dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp như một cấu phần thiết yếu của chăm sóc sức khỏe toàn dân.

²² Theo Quyết định số 139 /KH-BYT ngày 01/03/2016.

²³ Theo Quyết định số 816/QĐ-BYT ngày 16/03/2012.

Quản trị hệ thống y tế

Hệ thống y tế của Việt Nam được phân cấp và chia thành bốn tuyến (trung ương, tỉnh, huyện và xã) tương ứng với hệ thống quản lý hành chính Nhà nước (D.-C. Le và cộng sự 2010). Việc phân hệ thống y tế thành các tuyến khác nhau này giúp đảm bảo các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp và quản lý hiệu quả tại địa phương.

Bộ Y tế là cơ quan chính quản lý hệ thống chăm sóc sức khỏe và chịu trách nhiệm xây dựng các chính sách y tế, hướng dẫn chuyên môn và giám sát việc thực hiện chính sách. Bộ cũng chịu trách nhiệm quản lý các bệnh viện tuyến cuối và viện trường tuyến trung ương cũng như lập kế hoạch và thực hiện giáo dục y khoa (Oanh, Phuong, Tuan 2021). Mặt khác, chính quyền địa phương chịu trách nhiệm quản lý các hoạt động liên quan đến y tế trong khu vực hành chính của mình (Oanh, Phuong, Tuan 2021).

Tổng quan về cung cấp dịch vụ

Việc cung cấp dịch vụ cũng được phân cấp theo các tuyến của hệ thống y tế. Ở tuyến cơ sở, xã và huyện có nhiệm vụ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cơ bản và dịch vụ dự phòng. Y tế tuyến tỉnh đóng vai trò là trung tâm chăm sóc ban đầu cho người dân trong tỉnh, trong khi đó tuyến trung ương được giao nhiệm vụ quản lý dịch vụ chăm sóc cấp 2, cấp 3 và cấp 4 cũng như các chương trình giáo dục sức khỏe với sự giám sát của cơ quan trung ương.

► Đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Hệ thống chăm sóc sức khỏe của Việt Nam bao gồm các cơ sở y tế công và tư. Số cơ sở y tế tư nhân đã tăng lên vì y tế tư nhân ngày càng trở nên phổ biến đối với người dân Việt Nam, và được coi là cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng cao hơn (Bộ Y tế 2022). Tầm quan trọng của y tế tư nhân dường như rõ rệt hơn trong chăm sóc ngoại trú - vì nó chiếm 28% tổng số lượt khám ngoại trú vào năm 2018, nhưng chỉ chiếm 6% tổng số lượt điều trị nội trú (Tổng cục Thống kê 2019). Trong khi đó, theo ước tính mới nhất, phần lớn nhân viên y tế (84%) vẫn làm việc trong khu vực công (MP Nguyen và Wilson 2017).

Nhân lực y tế

Nhân lực y tế - bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh và dược sĩ - đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp các dịch vụ y tế có chất lượng, thúc đẩy việc đạt được chăm sóc sức khỏe toàn dân và các mục tiêu phát triển bền vững liên quan đến sức khỏe. Chính phủ Việt Nam đã ưu tiên phát triển nhân lực y tế ở tuyến cơ sở để cải thiện tính bền vững và khả năng phục hồi của hệ thống y tế thông qua chăm sóc sức khỏe ban đầu và chăm sóc dự phòng. Để đạt được mục tiêu này, một số chính sách đã được thực hiện, bao gồm các chương trình đào tạo y khoa đặc biệt, phụ cấp đặc thù cho nhân viên y tế ở vùng nông thôn/vùng sâu vùng xa, luân chuyển có thời hạn đối với nhân viên y tế tuyến huyện và xã, và chuyển giao nhiệm vụ giữa các nhóm chuyên môn. Quy hoạch phát triển nhân lực y tế giai đoạn 2012-2020 tầm nhìn đến năm 2030 nhằm mục đích cải thiện chất lượng và số lượng nhân lực y tế của đất nước. Quy hoạch này tập trung vào việc tăng số lượng nhân viên y tế, cải thiện sự phân bố nhân lực y tế trên toàn quốc, nâng cao kỹ năng và kiến thức của họ thông qua các chương trình giáo dục và đào tạo, và nâng cao năng lực quản lý nguồn nhân lực. Ngoài ra, quy hoạch nhằm mục đích giữ chân nhân viên y tế ở các vùng nông thôn và vùng khó khăn.

Và thực tế, Việt Nam đã chứng kiến sự gia tăng đáng kể về số lượng các cơ sở đào tạo y tế và sinh viên tốt nghiệp trong 20 năm qua. Số lượng các trường đại học cung cấp chương trình đào tạo bác sĩ đã tăng gần gấp đôi kể từ năm 1997, từ 9 trường lên tổng số hiện tại là 17 trường (WHO, không rõ ngày tháng). Tính đến năm 2018, ước tính Việt Nam có tổng cộng 3,66 nhân viên y tế có kỹ năng/1.000 dân (0,86 bác sĩ, 1,14 điều dưỡng và 0,29 dược sĩ) - chỉ thấp hơn một chút so với mức yêu cầu của WHO để đạt được chăm sóc sức khỏe toàn dân (4,1 nhân viên y tế có kỹ năng/1.000 dân) (Bộ Y tế Việt Nam 2018). Mặc dù đã có cải thiện về số lượng nhân viên y tế, nhưng sự phân bố nhân lực giữa các vùng vẫn không đồng đều, với mật độ nhân viên y tế thấp nhất ở vùng núi Tây Bắc và Tây Nguyên và cao nhất ở vùng Đông Nam Bộ (WHO 2016).

Phụ lục 2: Tổng quan về hệ thống an sinh xã hội

Tầm nhìn, chiến lược và chính sách quốc gia

An sinh xã hội là một trong những ưu tiên hàng đầu của Chính phủ Việt Nam. Hệ thống an sinh xã hội của đất nước chủ yếu bao gồm các chương trình bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và trợ giúp xã hội - bao gồm 9 chế độ an sinh xã hội, cụ thể là: hưu trí, khuyết tật, tử tuất, ốm đau, chăm sóc y tế, thai sản, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, thất nghiệp và trợ cấp gia đình.

Các văn bản chính sách và chiến lược khác nhau nêu rõ tầm nhìn của đất nước về an sinh xã hội. Hiến pháp mới công nhận quyền được hưởng an sinh xã hội của mọi công dân cũng như trách nhiệm của Nhà nước trong việc bảo đảm quyền này cho mọi người trong suốt vòng đời (Điều 34, 2013). Ngoài ra, mọi công dân đều có quyền được bảo vệ sức khỏe, chăm sóc sức khỏe và bình đẳng trong sử dụng dịch vụ y tế (Điều 38, 2013). Năm 2012, Chính phủ Việt Nam đã thông qua Nghị quyết 15 về Chính sách xã hội giai đoạn 2012-2020 nhằm tăng cường vai trò của an sinh xã hội trong khuôn khổ giảm nghèo của Việt Nam thông qua một loạt các cải cách. Trong đó, Nghị quyết nêu rõ tầm nhìn của đất nước về an sinh xã hội bao gồm bốn trụ cột bổ trợ lẫn nhau, cụ thể là: 1) chính sách thị trường lao động, 2) bảo hiểm xã hội, 3) phúc lợi xã hội/trợ giúp xã hội; và 4) cung cấp các tiếp cận dịch vụ xã hội cơ bản như chăm sóc sức khỏe, giáo dục, nhà ở và nước sạch.

Một loạt các cải cách gần đây đã được thực hiện để mở rộng phạm vi bao phủ và các phúc lợi được cung cấp theo chế độ trợ giúp xã hội và bảo hiểm xã hội. Năm 2017, Đề án đổi mới, phát triển trợ giúp xã hội giai đoạn 2017-2025 và tầm nhìn đến 2030 đã được thông qua nhằm mục đích mở rộng phạm vi bao phủ tới những người nghèo nhất cũng như nâng cao mức hưởng. Năm 2018, Nghị quyết số 28-NQ/TW của Hội nghị lần thứ 7 Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam khóa XII về cải cách chính sách bảo hiểm xã hội được thông qua với mục tiêu chính là mở rộng bảo hiểm xã hội cho khu vực phi chính thức. Các mục tiêu của Chính phủ liên quan đến bảo vệ sức khỏe xã hội được nêu trong Nghị quyết 20-NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó nêu rõ mục tiêu cần đạt được là bao phủ bảo hiểm y tế cho 95% dân số vào năm 2025 và giảm chi tiền túi cho y tế xuống còn 35% và 30% vào năm 2025 và 2030.

Cuối cùng, Kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 2021-2025 của Việt Nam nêu rõ các mục tiêu và chỉ tiêu an sinh xã hội của Chính phủ cho giai đoạn 5 năm. Đáng chú ý, Kế hoạch kêu gọi thiết lập và thực hiện lộ trình hướng tới đạt được mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân. Kế hoạch cũng nỗ lực mở rộng các chế độ an sinh xã hội khác thông qua bảo hiểm xã hội và với chỉ tiêu là đạt được bao phủ bảo hiểm xã hội cho 45% người lao động đủ điều kiện, và đạt được bao phủ bảo hiểm thất nghiệp cho 35% người lao động đủ điều kiện.

Các chương trình an sinh xã hội chính và phạm vi bao phủ

Có một số chương trình an sinh xã hội không dựa trên cơ chế đóng-hưởng dành cho các nhóm dân số cụ thể, bao gồm trẻ mồ côi, người khuyết tật, người sống chung với HIV và người trên 80 tuổi không được hưởng lương hưu bảo hiểm xã hội.

Chế độ bảo hiểm xã hội cung cấp bảo vệ thu nhập trước những rủi ro tuổi già, tử vong, thất nghiệp, ốm đau, thai sản và tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. quỹ Bảo hiểm y tế cung cấp bảo vệ tài chính trước những chi phí chăm sóc sức khỏe. Các chương trình bảo vệ thu nhập chủ yếu bao phủ người lao động chính thức, đạt khoảng 38% dân số, trong khi chương trình bảo hiểm y tế đã bao phủ được 93,35% dân số.

Cả chế độ bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế đều do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý. Đây là một đơn vị sự nghiệp công lập hoạt động dưới sự giám sát của Bộ Lao động - thương binh và xã hội. Bộ này chịu trách nhiệm ban hành quy định và chính sách lao động, và giám sát việc thực hiện pháp luật lao động. Bộ Y tế đóng vai trò tương tự đối với Bảo hiểm y tế, trong khi Bộ Tài chính giám sát chung về quản lý tài chính của các chương trình an sinh xã hội.

Bảo vệ sức khỏe xã hội

► *Diện bao phủ pháp lý*

Bảo hiểm y tế là chương trình bảo vệ sức khỏe xã hội chính của đất nước, theo quy định chương trình này dành cho mọi người dân. Chương trình được thiết lập vào năm 2008 theo Luật Bảo hiểm y tế đầu tiên, hợp nhất các chương trình trước đó thành một chương trình bảo vệ sức khỏe xã hội quốc gia. Theo Luật Bảo hiểm y tế 2008 được sửa đổi vào năm 2014, bảo hiểm y tế là bắt buộc đối với tất cả mọi người - bất kể tình trạng việc làm hay tình trạng công dân của họ như thế nào. Chương trình bao gồm sáu nhóm đối tượng với mức độ bảo vệ tài chính cũng như nguồn đóng phí bảo hiểm khác nhau (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021).

Sáu nhóm bao gồm:

- **Nhóm 1: Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng.** Nhóm này bao gồm người lao động trong nền kinh tế chính thức, công chức (trừ lực lượng vũ trang đang tại ngũ) và viên chức làm việc theo hợp đồng lao động ở cấp xã.
- **Nhóm 2: Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng.** Nhóm này bao gồm những người hưởng lương hưu và trợ cấp bảo hiểm xã hội (ví dụ: trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp tàn tật, trợ cấp ốm đau).
- **Nhóm 3: Nhóm do ngân sách Nhà nước (tiền thuế) đóng.** Nhóm này chủ yếu bao gồm quân nhân và cảnh sát (bao gồm cả những người đang trong quá trình đào tạo), cựu chiến binh, hộ nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội cùng nhiều đối tượng khác.
- **Nhóm 4: Nhóm được ngân sách Nhà nước (tiền thuế) hỗ trợ mức đóng.** Nhóm này bao gồm người cận nghèo, học sinh, sinh viên đại học và hộ gia đình làm nông nghiệp.
- **Nhóm 5: Thân nhân của quân nhân, cảnh sát.**
- **Nhóm 6: Các cá nhân còn lại.** Nhóm này bao gồm những cá nhân không thuộc các đối tượng trên - bao gồm cả những người lao động trong nền kinh tế phi chính thức - tham gia bảo hiểm y tế theo diện hộ gia đình.

► *Nguồn tài chính*

Bảo hiểm y tế dựa vào nguồn tài chính hỗn hợp, bao gồm cả khoản đóng góp và tài chính từ thuế (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Nguồn thu của bảo hiểm y tế tương ứng với sáu nhóm đối tượng được mô tả ở trên bao gồm:

- **Nhóm 1:** người sử dụng lao động và người lao động lần lượt đóng 3% và 1,5% thu nhập.
- **Nhóm 2:** Quỹ bảo hiểm xã hội của Bảo hiểm xã hội Việt Nam đóng.
- **Nhóm 3:** Nguồn thuế đối với cá nhân thuộc nhóm 3, nhóm 4 sống trong hộ cận nghèo ở các huyện nghèo.
- **Nhóm 4:** Nguồn thuế và các khoản đóng góp của hộ gia đình/cá nhân thuộc nhóm 4, trừ những cá nhân vừa nêu ở trên.
- **Nhóm 5:** Người sử dụng lao động đóng.
- **Nhóm 6:** Hộ gia đình đóng.



► **Gói quyền lợi**

Chương trình bảo hiểm y tế cung cấp một gói quyền lợi duy nhất cho tất cả các đối tượng tham gia - bất kể họ thuộc nhóm nào. Gói quyền lợi này tương đối toàn diện và bao gồm dịch vụ chẩn đoán và điều trị, phục hồi chức năng, chăm sóc trước sinh, chăm sóc khi sinh, thuốc men, chất phóng xạ, dịch vụ y tế kỹ thuật, thiết bị y tế và vật tư tiêu hao, bao gồm các phương pháp y học cổ truyền và hiện đại (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Gói quyền lợi hiện tại không bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chi trả bởi các nguồn tài trợ hoặc chương trình khác như dịch vụ dự phòng, tránh thai, pháp y, chân tay giả, dịch vụ theo yêu cầu và một số dịch vụ khác như đo thị lực, máy trợ thính và thiết bị hỗ trợ đi lại (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Các dịch vụ nâng cao sức khỏe cũng bị loại khỏi gói quyền lợi vì chúng được chi trả bằng nguồn tài chính của Nhà nước tại các trung tâm y tế quận huyện hoặc trạm y tế xã phường (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Tương tự, chi phí liên quan đến phòng, chống bệnh truyền nhiễm được chi trả bởi ngân sách Nhà nước (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021).

Điều đáng chú ý là trong khi khám chữa bệnh và phục hồi chức năng đối với trường hợp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp bị loại khỏi gói quyền lợi bảo hiểm y tế theo Luật Bảo hiểm y tế 2008 (Điều 23), thì Luật sửa đổi năm 2014 lại đưa các chế độ này ra khỏi danh mục loại trừ (Điều 22).

► **Mức thanh toán chi phí/bảo vệ tài chính**

Mức độ bảo vệ tài chính theo bảo hiểm y tế xã hội phụ thuộc vào loại đối tượng bảo hiểm y tế xã hội của người tham gia. Để được hưởng các quyền lợi bảo hiểm y tế xã hội, hầu hết người tham gia bảo hiểm sẽ phải thanh toán phần đồng chi trả tại cơ sở y tế, ngoại trừ một số nhóm dễ bị tổn thương (ví dụ: trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo, người dân tộc thiểu số thiệt thòi và người nhận trợ giúp xã hội) và các nhóm có công (ví dụ: người tham gia cách mạng, cựu chiến binh, lực lượng vũ trang đang tại ngũ và thân nhân của một số nhóm người có công) (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Cán bộ hưu trí, thành viên hộ gia đình cận nghèo và thân nhân của một số nhóm người có công chỉ phải thanh toán phần đồng chi trả là 5% (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Đối với người tham gia bảo hiểm không thuộc các nhóm trên, mức đồng chi trả là 20% (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Người khám chữa bệnh vượt tuyến cũng sẽ phải thanh toán mức đồng chi trả cao hơn (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Người nhận trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thuộc nhóm đối tượng 2, thanh toán 20% mức đồng chi trả.

► **Mạng lưới đơn vị cung cấp dịch vụ**

Bảo hiểm xã hội Việt Nam ký hợp đồng với một mạng lưới rất nhiều cơ sở y tế công và tư (có giấy phép) để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người thụ hưởng. Các cơ sở đăng ký cung cấp dịch vụ bao gồm các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu (ví dụ: trạm y tế, phòng khám đa khoa khu vực, trung tâm y tế quận huyện, trạm xá tại nơi làm việc, và một số phòng khám tư), bệnh viện công và tư (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Trong khi một hệ thống chuyển tuyến đã được thiết lập để tạo điều kiện cho việc lồng ghép các dịch vụ dự phòng và điều trị, thì tuyến chăm sóc sức khỏe ban

đầu thường bị bỏ qua do tình trạng không đủ kinh phí hoạt động kéo dài và chất lượng kém của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tuyến xã (tài liệu trích ở trên). Bảo hiểm xã hội Việt Nam ký hợp đồng với tất cả các bệnh viện và trung tâm y tế Nhà nước (tài liệu đã dẫn). Bảo hiểm xã hội Việt Nam cũng tự động chi trả cho các dịch vụ được cung cấp tại các trạm y tế mà không cần ký hợp đồng với trạm (tài liệu trích ở trên). Bảo hiểm xã hội Việt Nam cũng ký hợp đồng với các bệnh viện và phòng khám tư nhân, nhưng phần lớn các phòng khám ngoại trú tư nhân – mà người dân hay sử dụng dịch vụ - lại không có hợp đồng với Bảo hiểm xã hội Việt Nam và do đó không được bảo hiểm y tế xã hội chi trả, cho thấy có sự tồn tại của một hệ thống tư nhân song song (tài liệu đã dẫn).

► **Diện bao phủ trên thực tế**

Đến cuối năm 2021, bảo hiểm y tế đã bao phủ 93,35% dân số. Phần dân số chưa được bao phủ còn lại được cho là bao gồm những người lao động phi chính thức và học sinh, sinh viên - mặc dù chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để kiểm chứng điều này (Bales, Phe Goursat và Phuong 2021). Một nghiên cứu xem xét các động lực có thể dẫn tới mở rộng diện bao phủ cho nền kinh tế phi chính thức đã phát hiện ra rằng việc cung cấp thông tin và trợ cấp cho bảo hiểm y tế không làm tăng độ bao phủ trong nhóm người lao động phi chính thức - cho thấy những thách thức tiềm ẩn về chất lượng và khả năng tiếp cận dịch vụ (Wagstaff và cộng sự, 2016).

► **Sự chấp nhận và chất lượng của quyền lợi hưởng**

Mặc dù có một gói quyền lợi toàn diện, việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu và chuyên khoa được bảo hiểm vẫn hạn chế do người sử dụng dịch vụ nhận thấy chất lượng dịch vụ thấp (N. Le và cộng sự 2018). Việc thiếu kinh phí và năng lực hạn chế của đội ngũ nhân viên y tế tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu được báo cáo là những nguyên nhân chính dẫn đến chất lượng dịch vụ kém ở tuyến chăm sóc ban đầu (Lieberman và Wagstaff 2009; Somanathan và cộng sự 2014; Ngân hàng Thế giới 2016). Ở tuyến chăm sóc chuyên khoa, tình trạng quá tải và thời gian chờ đợi lâu được báo cáo là phổ biến ở các bệnh viện tỉnh và trung ương (T.K.T Nguyen và Cheng 2014; Somanathan, Dao, và Tien 2013). Hiện tượng này có thể được lý giải bằng thực tế là người bệnh vượt tuyến lên các cơ sở y tế tuyến trên do nhận thấy chất lượng kém tại tuyến cơ sở (N. Le và cộng sự 2018). Việc thiếu hệ thống chuyển tuyến đã khiến các cơ sở y tế chuyên khoa sâu cạnh tranh với các cơ sở tuyến dưới. Khoảng cách chất lượng ngày càng tăng giữa các dịch vụ được cung cấp cho bệnh nhân bảo hiểm và bệnh nhân không bảo hiểm trong cùng một cơ sở y tế đã được quan sát thấy - với sự phân biệt đối xử xảy ra đối với bệnh nhân bảo hiểm (Dang 2013; Duong 2014; Kim và Vu 2013).

Việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân bảo hiểm được tạo điều kiện thuận lợi thông qua mạng lưới rộng lớn các cơ sở y tế ký hợp đồng với Bảo hiểm xã hội Việt Nam (N. Le và cộng sự 2018). Nhân viên y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản (làm việc dưới sự quản lý của trạm y tế) cũng tạo điều kiện cho việc tiếp cận dịch vụ y tế ở những vùng sâu vùng xa. Bất chấp những nỗ lực đó, sự phân bố không đồng đều về tài chính và nhân lực giữa vùng nông thôn và thành thị khiến những người sống ở vùng sâu vùng xa và vùng khó khăn không được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng.

Bảo vệ trước tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp

► **Diện bao phủ**

Chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp là chế độ bồi thường duy nhất của Nhà nước. Diện bao phủ pháp lý được quy định trong Bộ luật lao động, Luật An toàn, vệ sinh lao động và Luật Bảo hiểm xã hội bao gồm người lao động khu vực công và tư, bao gồm lao động gia đình, với hợp đồng có thời hạn ít nhất một tháng; lao động trong lĩnh vực nông-lâm-ngư-diêm nghiệp; công chức; người lao động thuộc hợp tác xã và công đoàn; công an và quân đội và một số nhóm công dân nước ngoài đang làm việc hợp pháp tại Việt Nam. Người lao động tự làm chủ không được tham gia chế độ này, cũng như cán bộ không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn.

Số liệu gần đây nhất cho thấy mức độ bao phủ thực tế của chương trình này là 26,2% (ILO 2020).



► **Nguồn hình thành**

Quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp bao gồm các nguồn hình thành sau:

1. Người sử dụng lao động đóng góp bằng 0,5% tiền lương hàng tháng của người lao động;
2. Lợi nhuận từ các hoạt động đầu tư do quỹ thực hiện;
3. Các nguồn thu hợp pháp khác.

► **Quyền lợi hưởng**

Chương trình này chủ yếu cung cấp hưởng chế độ cho người lao động tham gia bảo hiểm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp dưới hình thức tiền trợ cấp và trang thiết bị y tế. Khoản bồi thường này chỉ được cung cấp cho các tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp đủ điều kiện, nằm trong danh mục chính thức các bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế và Bộ Lao động - thương binh và xã hội ban hành.

Các quyền lợi cốt lõi có trong chương trình này được tóm tắt ngắn gọn dưới đây:

- **Trợ cấp một lần:** đối với người lao động suy giảm 5% khả năng lao động thì được hưởng năm lần mức lương cơ sở, sau đó cứ suy giảm thêm 1% thì được hưởng thêm 0,5 lần mức lương cơ sở. Ngoài mức trợ cấp nói trên, còn được hưởng thêm khoản trợ cấp tính theo số năm đã đóng vào quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.
- **Trợ cấp hàng tháng:** người lao động suy giảm 31% khả năng lao động thì được hưởng bằng 30% mức lương cơ sở, sau đó cứ suy giảm thêm 1% thì được hưởng thêm 2% mức lương cơ sở. Ngoài mức trợ cấp nói trên, còn được hưởng thêm khoản trợ cấp tính theo số năm đã đóng vào quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.
- **Thiết bị y tế** bao gồm các thiết bị trợ giúp sinh hoạt và dụng cụ chỉnh hình.
- **Trợ cấp phục vụ:** dành cho người lao động bị thương tật nặng, mất khả năng lao động từ 81% trở lên.
- **Quyền lợi tử vong:** thân nhân của người lao động tử vong do tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được hưởng trợ cấp một lần bằng 36 lần mức lương cơ sở.
- **Nghỉ dưỡng sức và trợ cấp phục hồi sức khỏe:** nghỉ từ 5 đến 10 ngày và hưởng trợ cấp bằng 25-40% mức lương cơ sở/ngày

Các quyền lợi hưởng theo chương trình này không bao gồm việc thanh toán chi phí chăm sóc y tế liên quan đến tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp - được bảo hiểm y tế chi trả (như đã đề cập ở trên), trong khi các khoản đồng chi trả và chi phí điều trị không bao gồm trong gói quyền lợi bảo hiểm y tế sẽ do người sử dụng lao động chi trả (người sử dụng lao động có thể được bảo hiểm xã hội hoàn trả khoản tiền này nếu có đóng bảo hiểm). Theo Khoản 2 Điều 38 Luật An toàn, vệ sinh lao động, người sử dụng lao động có trách nhiệm chi trả toàn bộ chi phí y tế cho người lao động không tham gia bảo hiểm y tế.

Tương tự, các quyền lợi dành cho thân nhân trong trường hợp người lao động tử vong liên quan đến công việc hiện cũng được chi trả bởi chế độ tử tuất, chuyển gánh nặng tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp từ người sử dụng lao động sang những người lao động đóng góp cho chương trình này.

► **Đáp ứng nhu cầu của dân số và giải quyết gánh nặng bệnh nghề nghiệp**

Một hạn chế lớn của chương trình nằm ở **định nghĩa hẹp về bệnh nghề nghiệp**. Danh sách hiện tại với 35 bệnh nghề nghiệp đủ điều kiện được hưởng chế độ theo chương trình không bao gồm các rối loạn cơ xương liên quan đến công việc và các mối nguy về tâm lý xã hội như căng thẳng và lo âu tại nơi làm việc²⁴. Mặc dù việc xác định nguyên nhân của các bệnh liên quan đến công việc có thể là một thách thức, một số nghiên cứu đã chỉ ra những yếu tố liên quan đến công việc có liên quan đến các bệnh phổ biến ở người lao động như trầm cảm, mệt mỏi về tinh thần và đau cơ xương. Việc các bệnh đó không nằm trong danh sách chi trả của bảo hiểm làm nổi bật những khoảng trống quan trọng trong việc đáp ứng nhu cầu sức khỏe nghề nghiệp của người lao động.

Một cuộc khảo sát gần 400 lao động nữ tại các nhà máy chế biến hải sản cho thấy khoảng 80% công nhân bị đau cơ xương - một phần do điều kiện làm việc và yêu cầu công việc (T.T.T Tran và cộng sự 2016). Một nghiên cứu khác với 289 công nhân công nghiệp Việt Nam cho thấy 38,6% trong số họ bị trầm cảm (B.X Tran và cộng sự, 2019). Nghiên cứu cũng cho thấy rằng làm việc nhiều giờ và tiếp xúc với những mối nguy sức khỏe tại nơi làm việc là một phần của các yếu tố góp phần làm tăng khả năng mắc bệnh trầm cảm. Các phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải có một cách tiếp cận toàn diện và bao trùm hơn đối với chính sách bồi thường cho người lao động tại Việt Nam để công nhận và giải quyết nhiều vấn đề sức khỏe nghề nghiệp hơn mà người lao động phải đối mặt.

Năm 2019, tổng chi của quỹ bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp là 808 tỷ đồng, trong khi đó tổng thu - bao gồm cả đóng phí và thu nhập từ đầu tư - đạt 7.433 tỷ đồng, gấp hơn 9 lần tổng chi của quỹ (ILO, chưa công bố, 2021). Dòng tiền ròng dương của quỹ cũng cho thấy dự trữ của quỹ tăng từ 32.066 tỷ đồng cuối năm 2016 lên 47.487 tỷ đồng cuối năm 2019. Mức chi thấp của quỹ so với mức thu (theo tiêu chuẩn quốc tế) cho thấy gói quyền lợi của chương trình có thể cần được xem xét lại và việc quản lý chương trình hiện không tối ưu để tiếp cận tới tất cả người lao động có thể hưởng lợi từ chương trình này (ILO, chưa công bố, 2021).

Người lao động trong nền kinh tế phi chính thức tiếp tục phải đối mặt với **rào cản trong việc tiếp cận** chương trình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Không giống như chương trình lương hưu bảo hiểm xã hội nơi lao động tự làm chủ có thể đăng ký tham gia tự nguyện, chương trình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp không cung cấp cơ hội tương tự cho họ. Một nghiên cứu gần đây do ILO thực hiện đã xem xét khả năng tiếp cận các dịch vụ an sinh xã hội và sức khỏe nghề nghiệp cho công nhân vùng trồng cà phê. Nghiên cứu phát hiện ra rằng mặc dù 78% công nhân vùng trồng tự báo cáo về các chấn thương nghề nghiệp, nhưng từ năm 2019 không có tai nạn nào được báo cáo cho Bộ Lao động - thương binh và xã hội bởi các doanh nghiệp nông-lâm nghiệp, bao gồm doanh nghiệp sản xuất cà phê (Depouilly và Pham 2022). Một số yếu tố góp phần vào tình trạng báo cáo không đầy đủ này gồm: i) chỉ những tai nạn chấn thương dẫn đến hậu quả sức khỏe ở một mức độ cụ thể - chẳng hạn như nghỉ làm việc 1 ngày - mới được đưa vào các báo cáo này; ii) tai nạn và chấn thương liên quan đến công việc mà lao động phi chính thức mắc phải được phân loại là tai nạn tại gia, không được báo cáo là sự cố sức khỏe nghề nghiệp; và cuối cùng; iii) trong một số trường hợp, cả người lao động và người sử dụng lao động đều chọn không báo cáo các tai nạn liên quan đến công việc do cảm thấy gánh nặng phải đáp ứng các yêu cầu hành chính để yêu cầu bồi thường và lo sợ phải đối mặt với tiền phạt (Depouilly và Pham 2022).

Tuy nhiên, 78% nông dân trồng cà phê được khảo sát đã xác định họ có nhu cầu tham gia chương trình tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp và 42% mong muốn có thêm thông tin về chương trình này (Depouilly và Pham 2022). Điều này chỉ ra nhu cầu cấp thiết phải mở rộng chế độ bồi thường tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp cho người lao động trong nền kinh tế phi chính thức mà có nguy cơ chấn thương và bệnh tật cao hơn.

Kết quả đánh giá cũng xác định mức quyền lợi hiện tại là **chưa thỏa đáng**, một phần là do các khoản trợ cấp của chương trình chủ yếu dựa trên “lương cơ sở” chứ không phải mức lương thực tế của người lao động (ILO, chưa công bố, 2021). Đánh giá đề xuất sửa đổi công thức tính khoản trợ cấp dựa trên mức lương thực tế của người lao động, điều này sẽ dẫn đến trợ cấp cao hơn và tăng phúc lợi cho người lao động bị ảnh hưởng (ILO, chưa công bố, 2021). Việc mở rộng danh mục bệnh nghề nghiệp cũng như tăng mức hưởng và phạm vi gói quyền lợi cũng nên được xem xét.

Phụ lục 3: Hệ thống dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp quốc gia

Cơ sở pháp lý cho việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp

Cơ sở pháp lý cho việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp là Luật An toàn, vệ sinh lao động (số 84/2015/QH13). Luật này xác định các hành động phòng ngừa cần được cung cấp cho người lao động cũng như nghĩa vụ pháp lý của Nhà nước, người lao động, người sử dụng lao động và các bên liên quan khác liên quan đến bảo vệ sức khỏe của người lao động. Tuy nhiên, Luật không xác định rõ ràng và bắt buộc mô hình tổ chức cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp (ví dụ: dịch vụ nội bộ, dịch vụ bên ngoài, mô hình an sinh xã hội, dịch vụ của Nhà nước, v.v.) và cũng không xác định thực thể chính chịu trách nhiệm tổ chức và cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp. Trách nhiệm cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được chia sẻ giữa các bên liên quan chính sau đây:

- ▶ **Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức thành viên (Nhà nước):** phối hợp với các cơ quan liên quan tổ chức tuyên truyền, giáo dục, huấn luyện về an toàn, vệ sinh lao động cũng như phát triển các dịch vụ an toàn, vệ sinh lao động;
- ▶ **Công đoàn:** phối hợp với người sử dụng lao động xây dựng và giám sát việc thực hiện kế hoạch an toàn, vệ sinh lao động, điều tra tai nạn lao động theo yêu cầu, kiểm tra, giám sát việc giải quyết chế độ, đào tạo nghề cho người lao động bị ảnh hưởng. Công đoàn cũng tham gia tích cực vào việc tổ chức các chiến dịch giáo dục về an toàn, vệ sinh lao động và các hoạt động vận động chính sách;
- ▶ **Người sử dụng lao động:** tổ chức huấn luyện, hướng dẫn các quy định, nội quy, quy trình, biện pháp bảo đảm an toàn, vệ sinh lao động; trang bị đầy đủ phương tiện, công cụ lao động bảo đảm an toàn, vệ sinh lao động; thực hiện việc chăm sóc sức khỏe, khám phát hiện bệnh nghề nghiệp; điều tra, báo cáo và giám sát tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp thông qua báo cáo bằng văn bản và thống kê tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.
- ▶ **Bộ Lao động - thương binh và xã hội:** tiến hành thanh tra an toàn thông qua các cơ quan thanh tra lao động các cấp để kiểm tra việc tuân thủ của người sử dụng lao động và điều tra các khiếu nại về lao động cũng như tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được báo cáo (Diep 2020; Matsuda 1996); và
- ▶ **Bộ Y tế:** cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp cơ bản cho người lao động thông qua mạng lưới các trung tâm sức khỏe nghề nghiệp và các trạm y tế (Matsuda 1996; Diep 2020; Pham 2019). Nội dung này sẽ được bàn luận dưới đây.

Tổ chức dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp

Như đã nói ở trên, việc tổ chức dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Việt Nam không tuân theo một mô hình cung cấp dịch vụ nghiêm ngặt. Đáng chú ý là không có nghĩa vụ pháp lý rõ ràng nào quy định đối với người sử dụng lao động trong việc cung cấp các dịch vụ phòng ngừa nội bộ hoặc từ bên ngoài mặc dù nghĩa vụ cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp của họ như huấn luyện, khám sức khỏe và giám sát tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp được quy định rõ trong Luật An toàn, vệ sinh lao động 2015. Bộ Y tế, các bộ ngành liên quan, người sử dụng lao động và các doanh nghiệp tư nhân là những bên chủ chốt trong cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp cơ bản. Trong khi Bộ Lao động - thương binh và xã hội chủ yếu chịu trách nhiệm thực hiện và quản lý các quy định và chương trình

an toàn lao động, Bộ Y tế chịu trách nhiệm về tất cả các vấn đề liên quan đến y tế lao động và vệ sinh (Matsuda 1996; Diep 2020). Việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được chia thành các cấp sau:

► Cấp trung ương

Ở cấp trung ương, Cục Quản lý Môi trường Y tế thuộc Bộ Y tế hỗ trợ Bộ trong việc thực hiện các quy định về sức khỏe nghề nghiệp và quản lý tổng cộng 5 cơ sở y tế dự phòng quốc gia, các cơ sở này cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp cơ bản, huấn luyện an toàn vệ sinh lao động và thực hiện các chương trình sức khỏe nghề nghiệp quốc gia (Diep 2020), bao gồm:

1. Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường;
2. Viện Y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh;
3. Viện Vệ sinh Dịch tễ Tây Nguyên;
4. Viện Pasteur Nha Trang;
5. Viện Y học biển.

Các trường đại học y dược tham gia vào việc đào tạo an toàn, vệ sinh lao động và cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp cơ bản cũng thuộc sự quản lý của Cục Quản lý Môi trường Y tế (Diep 2020).

► Cấp bộ ngành

Có 7 ngành cùng các bộ liên quan tham gia vào việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp, bao gồm: Bộ Công Thương, Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, Bộ Xây dựng, Bộ Giao thông Vận tải, Bộ Công an, Bộ Quốc phòng, ngành đường sắt, hàng không, khai thác than và khoáng sản, dệt may, cao su, dầu khí, bưu chính viễn thông (Diep 2020; Matsuda 1996). Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được tổ chức và quản lý bởi các bộ ngành tương ứng và thường được cung cấp bởi một/một số bệnh viện ngành và phòng khám bệnh nghề nghiệp dành riêng cho ngành (nội bộ hoặc bên ngoài) (Diep 2020; Matsuda 1996).

Các dịch vụ được cung cấp thường bao gồm quan trắc môi trường làm việc, kiểm tra sức khỏe, khám bệnh nghề nghiệp, huấn luyện an toàn, vệ sinh lao động cho người sử dụng lao động và người lao động, đào tạo sơ cứu, giám sát và báo cáo tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp (Diep 2020).

► Cấp tỉnh

Sở Y tế - là đơn vị trực thuộc Bộ Y tế - chịu trách nhiệm quản lý mọi hoạt động liên quan đến sức khỏe nghề nghiệp trong một tỉnh nhất định (Diep 2020). Sau cải cách hệ thống y tế Việt Nam năm 2017²⁵, việc cung cấp dịch vụ dự phòng đã được thực hiện thông qua các Trung tâm kiểm soát bệnh tật - trước đây gọi là Trung tâm Y tế Dự phòng tỉnh. Trung tâm kiểm soát bệnh tật cung cấp nhiều dịch vụ dự phòng chung, bao gồm dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp (Diep 2020). Dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp thường được cung cấp thông qua các phòng khám bệnh nghề nghiệp do Khoa sức khỏe nghề nghiệp của Trung tâm kiểm soát bệnh tật quản lý (Diep 2020). Điều quan trọng cần lưu ý là không phải tất cả các trung tâm kiểm soát bệnh tật đều có khoa sức khỏe nghề nghiệp, điều đó có nghĩa là việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp vẫn chỉ giới hạn ở những tỉnh mà trung tâm kiểm soát bệnh tật có khoa sức khỏe nghề nghiệp và phòng khám bệnh nghề nghiệp.

Các dịch vụ được cung cấp thường bao gồm quan trắc môi trường làm việc, kiểm tra sức khỏe, khám bệnh nghề nghiệp, huấn luyện an toàn, vệ sinh lao động cho người sử dụng lao động và người lao động và đào tạo sơ cứu (Diep 2020). Trong khi hầu hết các trung tâm kiểm soát bệnh tật đều có phòng khám bệnh nghề nghiệp, năng lực cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp của họ vẫn còn hạn chế. Ở cấp tỉnh, phần lớn các cơ sở không có đủ năng lực để giám sát đầy đủ các điều kiện sức khỏe nghề nghiệp và thực hiện đầy đủ các xét nghiệm chẩn đoán bệnh nghề nghiệp (Diep 2020).

Theo báo cáo của Cục Quản lý Môi trường Y tế và số liệu công bố trên trang web của Bộ Y tế, tổng cộng có 106 phòng khám bệnh nghề nghiệp được thành lập vào năm 2022. Ngoài ra, 243 đơn vị quan trắc môi trường lao động (thuộc các bệnh viện công hoặc tư, nhưng tách biệt với phòng khám bệnh nghề nghiệp) đã được các bộ ngành và Sở Y tế phê duyệt.

► Cấp quận/huyện²⁶

Ở cấp quận huyện, các trung tâm y tế quận huyện cung cấp nhiều dịch vụ dự phòng và điều trị cho toàn bộ dân số. Việc cung cấp dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được thực hiện thông qua Khoa Y tế Công cộng của các trung tâm y tế quận huyện (Diep 2020). Các dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp được cung cấp thường bao gồm quan trắc môi trường làm việc (mà tất cả các doanh nghiệp phải trải qua), khám sức khỏe (bao gồm khám trước khi tuyển dụng và khám định kỳ), và đào tạo sơ cứu (Diep 2020).

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, hoạt động quan trắc môi trường lao động phải cho thấy các mối nguy nghề nghiệp để chẩn đoán bệnh nghề nghiệp. Các đơn vị cung cấp dịch vụ đáp ứng tiêu chí đủ điều kiện để quan trắc môi trường lao động sẽ được công bố trên trang web của Cục Quản lý Môi trường Y tế hoặc Sở Y tế. Tuy nhiên, không có đơn vị y tế quận huyện nào có giấy phép của Sở Y tế để tiến hành quan trắc môi trường lao động hoặc điều tra và chẩn đoán bệnh nghề nghiệp (Cục Quản lý Môi trường Y tế, 2023). Bên cạnh đó, việc giám sát kết quả quan trắc môi trường lao động vẫn hạn chế. Do đó, tất cả những người tham gia phỏng vấn từ ngành y tế đều khuyến nghị rằng cần có một cơ quan bên ngoài để xác nhận kết quả quan trắc môi trường lao động.

Hàng năm, Cục Quản lý Môi trường Y tế tổ chức họp tổng kết về: 1) Kết quả khám sức khỏe định kỳ (phân loại sức khỏe thành 5 mức theo hướng dẫn của Bộ Y tế); 2) Các bệnh thường gặp ở người lao động; 3) Kết quả kiểm tra, giám định 34 bệnh nghề nghiệp (phụ lục 1.2). Kết quả quan trắc môi trường lao động được báo cáo theo Thông tư 19/2016/TT-BYT từ huyện lên tỉnh, sau lên tuyến trung ương (Cục Quản lý Môi trường Y tế).

► Cấp xã phường

Cấp xã phường chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, và chủ yếu được tiếp cận bởi lao động nông nghiệp và lao động phi chính thức (Diep 2020). Trạm y tế cung cấp nhiều dịch vụ y tế cơ bản như chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, kế hoạch hóa gia đình, điều trị các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp cấp, tiêu chảy và điều trị các bệnh thông thường (Diep 2020). Về sức khỏe nghề nghiệp, các dịch vụ được cung cấp thường bao gồm khám sức khỏe định kỳ cho người lao động, đào tạo sơ cứu và dịch vụ sơ cứu cho các doanh nghiệp địa phương (Diep 2020).

► Cấp doanh nghiệp

Theo Luật An toàn, vệ sinh lao động, để bảo đảm an toàn, vệ sinh lao động trong cơ sở sản xuất, kinh doanh, doanh nghiệp phải đảm bảo có bộ phận an toàn, vệ sinh lao động (Điều 72), bộ phận y tế (Điều 73), an toàn vệ sinh viên (Điều 74), hội đồng an toàn và sức khỏe nghề nghiệp (Điều 75) tùy theo “quy mô, tính chất lao động, nguy cơ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, điều kiện lao động”. Thường thì các nhà máy có trạm xá - nơi cung cấp dịch vụ y tế lao động cho người lao động, bao gồm khám sức khỏe trước khi tuyển dụng và khám định kỳ, khám bệnh thông thường cũng như dịch vụ sơ cứu (Matsuda 1996; Diep 2020, 202). Các trường hợp nghi mắc bệnh nghề nghiệp được chẩn đoán tại các trạm xá này, sau đó được chuyển đến Khoa Bệnh nghề nghiệp của bệnh viện huyện hoặc bệnh viện tỉnh (Matsuda 1996). Theo khảo sát của Cục Quản lý Môi trường Y tế tại 57/63 tỉnh thành vào năm 2016, 11,7% doanh nghiệp có cán bộ y tế nội bộ, 5,4% có trạm xá, 0,05% có bệnh viện riêng, 0,2% có phòng khám riêng và 3,5% ký hợp đồng với các cơ sở chăm sóc sức khỏe khác (Diep 2020).

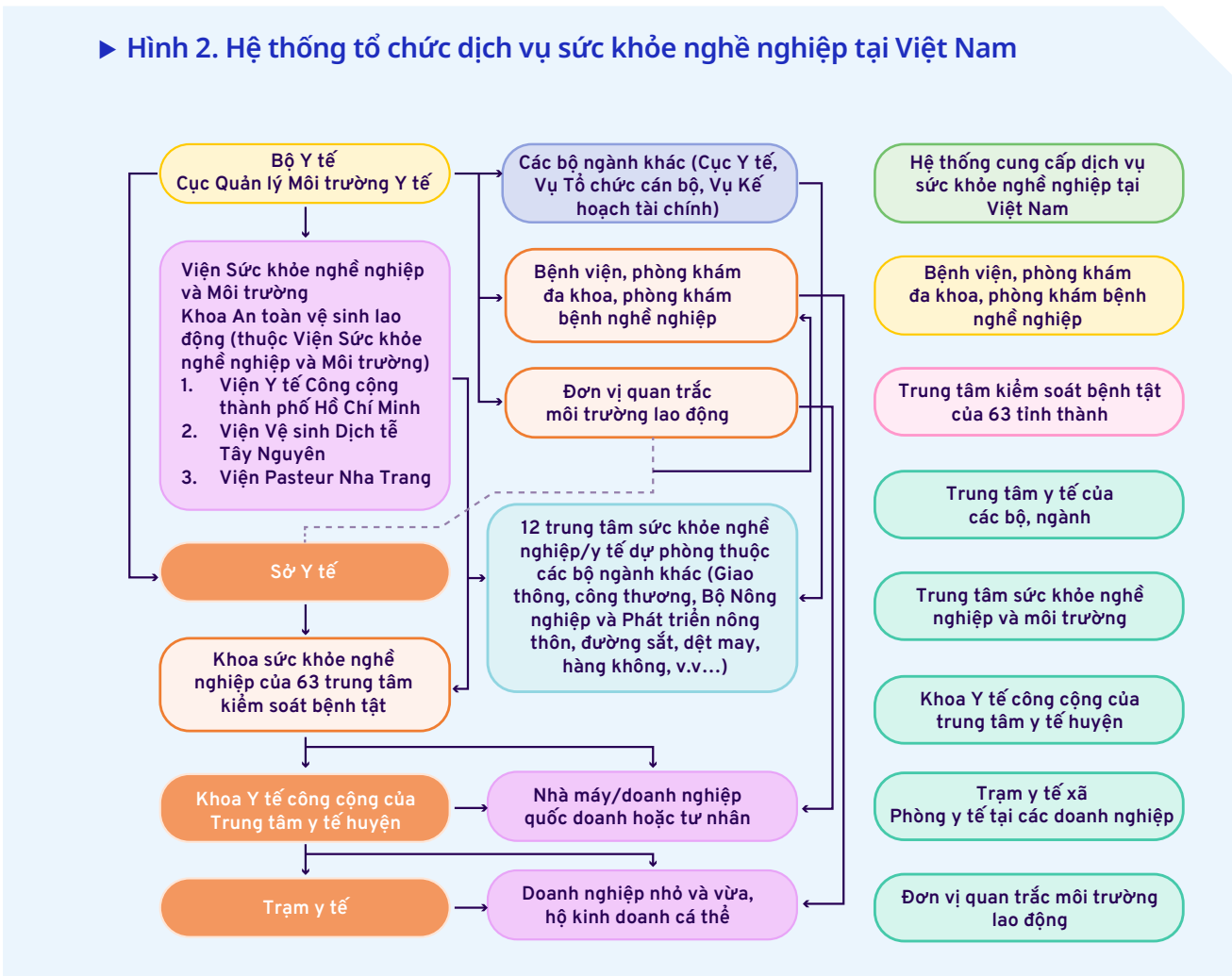
Ngoài ra, theo Điều 38 Luật An toàn, vệ sinh lao động (số 84/2015/QH13), người sử dụng lao động có nghĩa vụ sau đây:

²⁶ Theo Nghị quyết 74/NQ-CP năm 2025 về Kế hoạch thực hiện sắp xếp đơn vị hành chính và xây dựng mô hình tổ chức chính quyền địa phương 2 cấp, hoạt động của đơn vị hành chính cấp huyện sẽ bỏ từ ngày 1/7/2025.

- ▶ Thanh toán phần chi phí đồng chi trả và những chi phí không nằm trong danh mục do bảo hiểm y tế chi trả đối với người lao động tham gia bảo hiểm y tế.
- ▶ Kịp thời sơ cứu, cấp cứu; chi trả và tạm ứng chi phí sơ cứu, cấp cứu.
- ▶ Tổ chức và chi trả chi phí khám sức khỏe cho người lao động ít nhất một lần/năm và ít nhất sáu tháng một lần đối với người lao động làm nghề/công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm, lao động là người khuyết tật, lao động chưa thành niên và lao động cao tuổi. Việc khám sức khỏe phải được thực hiện tại các cơ sở y tế đạt tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật quốc gia.

Hình 2 dưới đây tóm tắt về hệ thống tổ chức dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Việt Nam.

▶ Hình 2. Hệ thống tổ chức dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp tại Việt Nam



Các ô màu cam đại diện cho hệ thống y tế công, ngoài dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp còn bao gồm cả môi trường y tế và kiểm soát bệnh tật. Cột thứ hai thể hiện cơ cấu tổ chức theo ngành dọc. Hai ô màu cam ở giữa là các đơn vị liên ngành chuyên về dịch vụ sức khỏe nghề nghiệp. 12 trung tâm y tế dự phòng nằm ở cùng cấp với Khoa sức khỏe nghề nghiệp của các trung tâm kiểm soát bệnh tật – nhưng thuộc các bộ ngành khác nhau. Tuy nhiên, không phải ngành nào cũng có trung tâm y tế dự phòng – hiện nay chỉ có 12 trung tâm.

VĂN PHÒNG TỔ CHỨC LAO ĐỘNG QUỐC TẾ TẠI VIỆT NAM

 Tòa nhà Xanh Một Liên Hợp Quốc
304 Kim Mã, Ba Đình, Hà Nội

 Tel: +84 24 38 500 100

 Email: hanoi@ilo.org

 www.ilo.org/hanoi

 www.facebook.com/Vietnam.ILO