

Respons

Vietnam: Helsetilbod og helseforsikring

- Korleis er helsetilbodet i Vietnam, og kva inneber den statlege helseforsikringa?

Denne responsen tek føre seg generelle trekk ved helsetilbodet og helseforsikringssystemet i Vietnam. Mental helse er ikkje teken med i denne responsen, og hiv/aids vert gjennomgått i ein separat respons (komande). Tilhøve som gjeld barn spesielt, er presentert i Landinfo: Tilhøva for barn og unge (2016).



Viet Duc-sjukehuset i Hanoi. Foto: Caroline Brein

Respons **Vietnam: Helsetilbod og helseforsikring**

Helsetilstanden i befolkninga

Vietnam har ikkje eit veldig godt helseinformasjonssystem, så noko detaljert oversikt over kva befolkninga feilar er ikkje offentleg tilgjengeleg. Det er likevel klart at førekomsten av smittsame sjukdommar har gått sterkt tilbake. Til dømes har tuberkulose minska raskt, sjølv om sjukdommen stadig er ein av dei ti vanlegaste dødsårsakane i landet. Talet på nye førekomstar av hiv/aids aukar heller ikkje (WHO 2012 og møte i Hanoi 2015).

Til gjengjeld aukar no ikkje-smittsame sjukdommar (*non-communicable diseases*) raskare.¹ Ifølgje det vietnamesiske helseministeriet (sitert i Duong 2015, s. 6) steig andelen sjukehusinnleggingar som skyldtes ikkje-smittsame sjukdommar frå 39 % til 69 % mellom 1986 og 2008, og dødsfall som følgje av kroniske lidningar, steig frå 42 % til 63 %. Slag var den leiande dødsårsaka i 2012, med 112 600 dødsfall. I tillegg tar kardio-vaskulære sjukdommar, diabetes, høgt blodtrykk og ulike typar kreft mange liv – ikkje-smittsame sjukdommar utgjer no kring 75 % av dødsfalla i landet. Desse sjukdommane kan også få katastrofale følger for folk sine liv, inkludert å gjere dei og familiane deira fattige (WHO, møte i Hanoi 2015).

Det er fortsatt mange røykarar blant vietnamesiske menn (det er ikkje så vanleg at kvinner røyker), og førekomsten av kols og andre luftvegslidingar er relativt høg. Utover dette er skrumplever, trafikkulukker, malaria og denguefeber også skuld i mange dødsfall. Blant barn er epilepsi utbreidd – sjukdommen rangerte som nummer fem på lista over «the top 5 causes of the burden of disease» i 2012 (WHO 2012; 2015).

Forventa levealder stig fortsatt sakte, men sikkert. Han er no på 71 og 81 år for høvesvis menn og kvinner (WHO u.å.). Dette er eit høgare landsgjennomsnitt enn i mange andre land i regionen, men det er store interne variasjonar, og forventa levealder er lågare i isolerte strok. Nesten 70 % av Vietnams befolkning på kring 92 millionar bur på landsbygda, og nokre av desse bur i fjella eller i tett skog/jungel, der det er lite utbygd infrastruktur. Det er mellom anna derfor store geografiske skilnader både på tilgangen til helsetenester og på kvaliteten på desse. Til dømes nemnde WHO (møte i Hanoi 2015) at mødredødelegheita og barnedødelegheita er høvesvis fire og tre gonger større i isolerte minoritetsområde enn i sentrale strok.

Helsetilbodet

Det vietnamesiske helsesystemet var tidlegare finansiert og administrert i sin heilskap av staten og tilgjengeleg vederlagsfritt for borgarane. I 1989 vart imidlertid delvis brukarfinansiering introdusert, og eit forsikringsbasert helsesystem vart lansert i 1993. I åra deretter har Vietnam bevega seg mot eit blandingsssystem - eit såkalla *mixed delivery system*. Det vil seie at systemet er dels sentralisert, dels desentralisert, dels offentleg og dels privat. Til dømes skal Helseministeriet ha overordna styring, mens det i høg grad er dei lokale styresmaktene som skal levere offentlege helsetenester.

I dette blandingsystemet vert helsetenestane finansierte og leverte av både private aktørar og eit breitt offentleg nettverk bestående av landsbyhelsearbeidarar (*village health workers*), kommunale helsestasjonar, interkommunale poliklinikkar, distriktssjukehus, provinssjukehus, og regionale, sentrale og spesialiserte sjukehus (WHO u.å., s. 14). Det offentlege dominerer

¹ WHO sin utvida definisjon av ikkje-smittsame sjukdommar inkluderer fem hovudgrupper: kardio-vaskulære sjukdommar, diabetes, kroniske luftvegslidingar, kreft og psykiske lidningar (Duong 2015).

tilbudet på sjukehussida, mens privat sektor er dominant blant mindre tilbydarar og på sal av legemidlar (WHO, møte i Hanoi 2015; MedCOI 2016).

MedCOI² (2016) siterer ein vietnamesisk lege som uttalar at Vietnam manglar ei primærhelseteneste i tydinga allmennpraktikarar som fungerer som kommune- eller fastlegar. Ikkje dess mindre finst det kring 11 000 kommunale helsestasjonar rundt om i landet, det vil seie om lag ein pr. 9000 menneske. Desse er første kontaktpunkt med helsevesenet for mange, særleg på landsbygda, og dei skal mellom anna implementere nasjonale planar for både kurative og preventive tiltak. Mange av dei er likevel mangelfullt utstyrte og greier ikkje å levere alle tenestane dei er pålagte – til dømes manglar kring ein tredel av sentra ein fast tilsett lege. Dei lokale helsesentra kan derfor mange stadar ikkje gjere mykje meir enn å tilvise til spesialist eller ta seg av heilt enkle lidningar som forkjølingar, magesjuka og liknande (World Bank 2013; Save the Children 2014; Duong 2015).

I ei doktoravhandling frå Harvard Medical School skriv Doung (2015) at det er ei generell oppfatning hjå den vietnamesiske befolkninga at dei kommunale helsestasjonane held lav kvalitet på både tenester og personell. Dei stoler heller ikkje på helsetilbudet på distriktsnivå. I tillegg er det førebels berre sjukehus (og altså ikkje kommune- og distriktshelsestasjonar) som behandlar ikkje-smittsame sjukdomar. Vietnamesarar går derfor gjerne rett til eit provinsielt eller nasjonalt sjukehus i staden for å gå vegen om eit lokalt helsesenter, og desse sjukehusa er derfor alvorleg overfylte (Shobert 2014; Duong 2015). Vietnam har ein ikkje ubetydeleg mangel på legar og anna medisinsk personell, og kombinert med at folk trekkjer mot sentrale institusjonar, gjer dette at etterspurnaden frå pasientar, også i urbane strok, langt overstig det tilbudet som helsevesenet maktar å gje (Shobert 2014).

Folk som vel å gå direkte til ein helseinstitusjon på høgare nivå utan henvising frå lokal helsestasjon, må betale høgare eigendel. Til dømes må dei som kjem til poliklinikken ved Viet Duc-sjukehuset i Hanoi utan tilvising frå kommunelegen sin, betale 60 % eigenandel, medan dei som har slik tilvising, får alt dekkja (Nguyen, møte i Hanoi 2015).

For folk som bur i isolerte strok, kan det vere lang reiseveg berre til det lokale helsesenteret. I fjella i nord og nordvest kan reisa til helsesenteret ta ein halv dag og innebere ei betydeleg utgift. Dette har sjølvsagt også følgjer for tilgangen til augeblikkeleg hjelp (Save the Children 2014, s. 26). I fjell- og minoritetsområda er såkalla *Village Health Workers* einaste kontakt med helsevesenet for mange. *Village Health Workers* er ikkje-medisinsk utdanna frivillige som har fått nokre veker med grunnleggjande medisinsk opplæring ved eit lokalt helsesenter. Dei reiser deretter rundt til avsidesliggjande landsbyer i distrikta sine og tilbyr helseinformasjon og enkle medisinske tenester som helsekontroll og vaksinerings. Talet på slike helsearbeidarar har auka det siste tiåret, men det er ifølgje forskarar ved Hanoi Medical University stadig for få av dei i avsidesliggjande strok (Nguyen & Hoang 2013).

Kvaliteten på helsetenestene er generelt sett lågare i Vietnam enn i andre land i regionen, særleg i rurale og isolerte strok der helsepersonellet sin kompetanse ofte er relativt låg. Den medisinske utdanninga i Vietnam har også visse manglar som gjer at systemet trengjer å styrkast for å sikre at medisinsk personell er best mogleg rusta til å møte pasientar når dei er ferdige med utdanninga (WHO, møte i Hanoi 2015).

² Project MedCOI, dvs. Medical Country of Origin Information, er eit prosjekt finansiert av EUs flyktningsfond. Prosjektet innhentar medisinsk landinformasjon gjennom kvalifiserte legar og andre ekspertar som arbeidar i opphavslanda.

Bruk av alternativ medisin og behandlingsformar

Tradisjonell medisin har framleis ei sterk stilling i Vietnam. Dei fleste sjukehus har til dømes ei avdeling for tradisjonell vietnamesisk medisin (i motsetnad til den såkalla skulemedisinen). Mange stader på landsbygda har folk også meir tru på lokale helbredarar og tradisjonelle medisinar enn på skulemedisin, som dei dessutan har dårleg tilgang til (jf. ovanfor). Folk på landsbygda er gjerne fattige, og i periodar er dei svært opptatte med arbeid på jordene. Dette gjer det uaktuelt å reise langt for å skaffe seg dyre medisinar som dei kanskje ikkje er forsikra for. Lokale tilbydarar av tradisjonell medisin er gjerne einaste alternativ som vert vurdert i slike situasjonar (sjå til dømes Save the Children 2014).

I Vietnam sitt «mixed delivery system» er farmasiindustrien på private hender, og det er mange private forhandlarar av medisinar og andre helseprodukt. Det er mogleg å kjøpe mange typar medisinar reseptfritt, både konvensjonelle og tradisjonelle medisinar, og også produkt som i utgangspunktet var meint å vere reseptbelagt. Originale medisinar er ofte dyrare enn kopiar og ikkje minst forfalskingar, dette gjeld særleg i avsidesliggjande stork om originale medisinar i det heile finst å få tak i der. Sidan det gjerne er både enklare og billigare å kjøpe tradisjonelle og/eller kopi-medisinar av ikkje-sertifiserte tilbydarar enn å gå via det etablerte helsesystemet, er sjølvmedisinering og -behandling ganske vanleg (Duong 2015; Nguyen, møte i Hanoi 2015).

Behandlingstilbod for nokre vanlege sjukdommar og lidingar

Nyresvikt

Nyresvikt kan ifølgje informasjon innhenta via MedCOI, behandlast ved spesialiserte institusjonar i Hanoi, Ho Chi Minh City og Da Nang, men også ved kring 130 andre senter over heile landet. Desse behandla 14 000 pasientar med hemodialyse i 2011. Ifølgje MedCOI si kjelde er det eit tilstrekkeleg tal dialysesenter i Vietnam.

MedCOI si kjelde hevdar òg at tilgangen til behandlinga er enkel («access to the treatment is easy»). Ikkje dess mindre kan det være høge kostnader involvert, litt avhengig av kva type behandling ein treng. Ei japansk undersøking frå 2011 fann at såkalla *continuous ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD) kosta USD 300/månad og at hemodialyse kosta USD 25–30 pr. behandling (Naramura et al. 2014). Dette gjev ei årleg utgift på kring USD 4000 eller NOK 35 000. Årleg bruttonasjonalinntekt i Vietnam er på mellom USD 2100 og 2200 per capita (World Bank u.å.b; Vietnamnet Bridge 2015), og det er store skilnader i inntektsnivåa mellom ulike yrkesgrupper. Behandling for nyresvikt kan med andre ord vere dyr eller umogleg om ein ikkje er forsvarleg forsikra.

Tilgang på organ er ifølgje ein kirurg ved Viet Duc-sjukehuset i Hanoi som Landinfo hadde møte med i 2015, «eit stort problem» ved organtransplantasjonar. Mange vietnamesarar er framleis uvillige til å donere organ når dei sjølve eller familiemedlemmer døyr. Dessutan er det mange utfordringar knytt til å matche pasientar med passende organ. Ifølgje kirurgen er det 13 helseinstitusjonar i Vietnam som kan utføre transplantasjonar. Nokre pasientar vel heller å reise til Kina eller Singapore for å få utført ein transplantasjon, men dette er dyrt (Nguyen, møte i Hanoi 2015). I tillegg kjem kostnadane for immunsuppressiva som nyretransplanterte må gå på resten av livet.

Respons Vietnam: Helsetilbod og helseforsikring

Kreft

Det er vanskeleg å seie noko generelt om eit så vidt sjukdomsspekter som kreft, men ifølgje informasjon henta inn av MedCOI (2016, s. 19), kan kreft behandlast ved «specialized institutions in Hanoi and Ho Chi Minh». I tillegg er det seks offentlege onkologisjukehus i landet: Vietnam National Cancer Hospital i Hanoi, Ho Chi Minh City Oncology Hospital, Hanoi Oncology Hospital, Nghe An Oncology Hospital, Da Nang Cancer Hospital og Can Tho Cancer Hospital. Endeleg er det til saman 43 onkologiavdelingar ved sentrale og provinsielle sjukehus.

Vietnam sin helseminister uttala i 2013 at landet sine kreftsjukehus var overbelasta, med så mange som fem pasientar per sjukeseng. Statlege media rapporterte at kreftsjukehusa fortsatt var overfylte i 2016 (Thanh Nien News 2013; Vietnam Pictorial 2016).

Tuberkulose

Vietnam ligg som nummer 12 på lista over land med høgast tuberkuloseførekomst i verda, og utbreiingsraten er på 198 smitta per 100 000. Med ei estimert befolkning på 92 millionar, vil det seie at landet har rundt 185 000 tuberkulosesmitta til ei kvar tid. 17 000 personer døyr av tuberkulose kvart år, og om lag 74 000 av dei smitta er i tillegg hiv-positive. Berre kring 52 % av dei TB-smitta får behandling for sjukdommen, og ein stor del av tuberkulosen er multiresistent (USAID 2015; MedCOI 2016).

Testing og behandling av tuberkulose skal vere gratis ved alle offentlege helsesenter, skriv MedCOI (2016) og USAID (2015). Nokre senter tar likevel betalt for diagnostisering. I ei undersøking utført av USAID (2013) svarte 30 % av respondentane at testen var gratis, mens resten oppgav at han kosta pengar (frå «under VND 100 000» til «over 200 000»). Litt over ein tredjepart meldte at forsikringa deira dekkja kostnaden. Utan forsikring, kan det koste VND 500 000 (ca. NOK 185) for ein mogleg TB-smitta å ta to testar (*sputum smear test*), røntgenbilete samt ein 14 dagars antibiotikakur. Først etter denne behandlinga kan ein slå fast om pasienten har tuberkulose eller ikkje.

For dei som testar positivt, er behandling ved offentlege institusjonar som nevnt gratis, men pasientane må betale for mat og «andre medisinar» medan dei er innlagde. Den endelege kostnaden for ein pasient kan kome opp i ei gjennomsnittleg årsløn sidan det kjem til mange ekstrakostnader for opphaldet og ekstra kost- og næringstilskot, skriv USAID (2015). I tillegg må pasientar som har ein multi-resistent type tuberkulose, betale for medisinarane sjølv, ifølgje helsepersonell som USAID (2013) har snakka med.

Alle Vietnam sine 688 distrikt har spesialiserte, offentlege tuberkuloseklinikkar der diagnosen kan stillast. Dei skal så tilvise vidare til institusjonar på provinsnivå dersom positiv diagnose vert stilt. Det vert også gjeve noko ettervern ved kommunehelsesentra når pasienten har fått den grunnleggjande behandlinga og ikkje lenger er smittefarleg (USAID 2013).

Helseforsikring

Det standard, offentlege forsikringstilbodet i Vietnam vert på engelsk gjerne kalla Social Health Insurance (SHI). Alle pasientar som har eit ID- og eit helsekort og som vender seg til si lokale primærhelseteneste, har rett på alle godane definerte i Helseforsikringslova. I prinsippet har altså alle SHI-medlemmar rett på same godar. SHI-pakka inkluderer ei lang rekkje tenester, frå poliklinisk undersøkjing og behandling til rehabilitering, avansert

diagnostikk og behandling, helsesjekk ved graviditet, fødsler, samt i visse tilfelle transportkostnader (Rousseau 2014, s. 10).

For grunnleggjande medisinske tenester vert 80–100% av utgiftene dekkja, avhengig av kva for sosial forsikringsgruppe ein tilhøyrer. Til dømes får barn under 6 år 100 % dekkja, fattige får gjerne 95 % dekkja og vanlege forsikringstakarar 80 %. Det skal ikkje vere nokon eigendel for polikliniske tenester eller fødsler hjå kommunehelsesentra så lenge kostnadane ligg innafør rammene som styresmaktene har stipulert (MedCOI 2016, s. 14-15).

Blant tenester som ikkje er dekkja, finn vi rutinemessig helsesjekk, ufrivillig barnløyse, «estetiske» tenester, yrkesskader, stoffmisbruk og sjølvskading (Rousseau 2014).

Ein forsikra borgar kan utbe seg forsikringsdekkja behandling på sitt lokale kommune- og distriktsnivå. Berre i spesielle tilfelle kan ein gå direkte, altså utan tilvising, frå lokalt helsepersonell, til provins- eller sentrale institusjonar og framleis få behandlinga dekkja av forsikringa. Om ein sjølv vel å gå direkte til provins- eller sentralt nivå utan tilvising frå ein institusjon på lågare nivå, vil eigendelen verte høgare.

Likevel er det mange som vel nettopp dét, anten fordi dei ikkje har tiltru til den lokale helsetenesta, eller fordi det lokale sjukehuset ikkje har det utstyret eller den ekspertisen som trengst. The Economist (2014) fortel om Ms Hoat, ein risbonde frå ein provins 130 km frå Hanoi. Ho hadde ein svulst i hjernen, men måtte reise til hovudstaden fordi det lokale, offentlege sjukehuset ikkje hadde ein hjerne-scannar som kunne avgjere om svulsten var ondarta eller ikkje. Den statlege forsikringsordninga hennar dekkja imidlertid berre 30 % av medisinske kostnader påløpt utanfor heimprovinsen hennar. Ms Hoat måtte derfor betale USD150 for blodprøvar og hjernescanning – noko som for henne var det same som ein månads inntekt (Economist 2014).

Helseforsikring for nokre vanlege sjukdommar og lidingar

Nyresvikt

Ifølgje informasjon innhenta via MedCOI, dekkjer den statlege helseforsikringa opptil 100 % av behandlingkostnadane ved nyresvikt for spesielle typar pasientar (som «revolutionary contributors» og «social protection groups», utan at det framgår nærare kva som ligg i desse definisjonane). I ei pasientundersøking frå 2013 var likevel 80 % den vanlegaste dekkingsgraden – altså som for andre grunnleggjande behandlingar (sjå side 5).

Landinfo har ikkje funne svar på kor stor del av transplantasjonskirurgien og immunsuppressiva som eventuelt vert dekkja av vanleg helseforsikring. UK Home Office sin 2013-rapport (s. 135) siterer imidlertid ein artikkel frå ein vietnamesisk nettstad³ der leiaren for Helseministeriets avdeling for helseforsikring fortel at helseforsikringa betalar VND 400 000 (USD 22) «each time a patient has dialysis». Kjelda seier ikkje noko meir om kor stor del av pasienten sine kostnader dette dekkjer.

³ Lenka som UK Home Office oppgjev til artikkelen, verkar ikkje lenger, og Landinfo er ikkje kjende med nettstaden. Landinfo antek imidlertid at Home Office gjekk gode for kjelda på publiseringstidspunktet. Kjeldene som vert siterte, vert oppgjeve å vere helsefagleg eller -politisk tilsette.

Kreft

Kva gjeld kreft, vert det ifølgje MedCOI sine kjelder ikkje gjeve noko finansiell stønad til behandling frå staten eller velferdssystemet, men behandlingkostnadane kan dekkast av ei ekstra helseforsikring («a complementary health insurance»). MedCOI sine kjelder seier ikkje noko meir om kva ei slik forsikring kostar eller kven som kan kjøpe ho, men det er sannsynleg at det er for seint å skaffe denne forsikringa etter at ein er diagnostisert med kreft. Medisinar mot kreft, derimot, er delvis dekkta av helseforsikringa. Dyre/spesialiserte medisinar vert berre dekkta med 30–50%, mens heile kostnaden vert dekkta for «50 less expensive medicines» (MedCOI 2016).

Hepatitt og diabetes

MedCOI (2016) skriv at kostnadar forbunde med hepatitt i sin heilskap vert dekkta av privat forsikring. Landinfo forstår dette som at den offentlege forsikringa ikkje dekker hepatitt.

Konsultasjonar i samband med diabetes vert førebels dekkta av eit nasjonalt diabetesprosjekt, men dette er ei midlertidig ordning (Duong 2015). Diabetes er ikkje dekkta av offentlig forsikring. Pasientar med privat forsikring kan få utgifter til insulin dekkta, mens pasientar utan slik forsikring må betale full pris (MedCOI 2016).

Kven er forsikra, og kva krevjast for å vere dekkta?

I januar 2015 tok Vietnam si reviderte lov om helseforsikring til å gjelde. Frå det tidspunktet har ingen grupper lenger frivillig deltaking i forsikringssystemet – innmelding var heretter obligatorisk for alle (Economist 2014; WHO, møte 2015). Likevel tek det tid å innrulle heile befolkninga, og førebels er berre i overkant av 70 % av vietnamesarane dekkta av helseforsikringa. Målet er 85 % innan 2020 (Nguyen og WHO, møter i Hanoi 2015).

Administrasjonen av forsikringssystemet er fragmentert, og ein del administrative prosedyrar gjer at særleg dei fattige i mange tilfelle ikkje nyttar det regulære helsesystemet sjølv om dei er innrullerte i helseforsikringa. Til dømes er den årlege utskrivninga av helse(forsikrings)kort til dei fattige ein alvorleg flaskehals. Dette kortet går ut på dato kvar 31. desember. Deretter må kvar einaste korthaldar vurderast av styresmaktene for å slå fast om dei fortsatt er fattige og såleis fortsatt har krav på kortet. Nokre stader får ein det nye kortet sitt seint i januar eller tidleg i februar, medan mange andre stader må folk ofte vente til april eller mai. Korta har *ikkje* tilbakeverkande kraft, så om ein vert sjuk i mellomperioden, har ein inga forsikringsdekking og må enten avstå frå behandling eller betale heile kostnaden sjølv, noko ein fattig person sjølvsagt ikkje har moglegheit til (WHO, møte i Hanoi 2015).

Dei som arbeider i formell sektor, er no stort sett dekkta. Uformell sektor gjenstår derimot i stor grad, og dette gjer kvinner meir sårbare enn menn, sidan det er flest kvinner i uformell sektor. Folk som ikkje er tilsett i formell sektor, fattige eller medlem av ein etnisk minoritet, fell utanfor helseforsikringssystemet slik det er no (WHO, møte i Hanoi 2015).

Forsikringa er heller ikkje mobil. Det vil seie at ein i hovudsak berre er forsikra der ein er hushaldsregistrert (*ho khau*-registrert). Dette er eit problem for slike som Ms Hoat frå Economist-artikkelen nemnt over, som må reise til ein annan provins for å få diagnose og/eller behandling. Det er også eit stort problem for dei mange arbeidsmigrantane som har flytta frå heimstaden sin, oftast på landsbygda, og inn til byane eller dei industrielle sonene for å finne arbeid. Dei er dermed ikkje dekkta der dei arbeider. Rousseau (2014) skriv at

oppimot 90 % av migrantarbeidarane i urbane stork i Vietnam manglar helsetryggleik. Kostnadane og dei mange byråkratiske irrgangane involvert, gjer helsetenestene utilgjengelege for mange migrantar med utanbys hushaldsregistrering.

For å være innrullert og dekkja av forsikringa, må ein ha bidrege (betalt/vorte trekt i løn for forsikringspremie) i minst 30 dagar for «vanlege medisinske tenester». For spesialiserte medisinske tenester varierer den påkrevde bidragsperioden med type medlemskap og teneste (US Social Security Administration 2014).

Pensjonistar er automatisk dekkja i kraft av alderen, og det same gjeld barn under 6 år (WHO, møte i Hanoi 2015).

Out-of-pocket

Sjølv om dekningsgraden i befolkninga generelt er høg (over 70 %), og nær universell blant dei fattige (97 % allereie i 2011), så er høge eigendelar eit problem for mange vietnamesarar, særleg blant dei i det lågare inntektssjiktet. Verdsbanken skreiv i 2013 at «out-of-pocket (OOP) payments are high and persistent, resulting in limited financial protection for the poor» (Somanathan et al. 2013, s. 1).

Dei høge eigendelane betyr at brukarane gjennom OOP-betalingar fortsatt finansierer mellom 60 og 80 prosent av helseutgiftene (Somanathan 2014; UNICEF, møte i Hanoi 2015). At delen finansiering som kjem frå eigendelar er så høg, samstundes som over 70 % av befolkninga er dekkja av helseforsikring, skuldast truleg fleire forhold, som til dømes at ikkje alle tenester er dekkja. Desse inkluderer mellom anna rutinemessige kontrollar, familieplanlegging, fertilitetsbehandling, yrkesskader og skader som følgje av lovstridige handlingar eller rusmisbruk (Rousseau 2014, s. 10). Det kan også skuldast at mange, som nemnt over, vel å hoppe over primærhelsenivået og gå rett til eit høgare nivå utan tilvising. I slike tilfelle må dei betale høgare eigendel eller heile kostnaden sjølve.

Dei pågåande helsereformene har ikkje makta å få bukt med dei høge OOP-kostnadane som fortset å eksponere vietnamesiske hushald for økonomisk risiko. Både UNICEF og WHO fortalde då Landinfo møtte dei i Hanoi i 2015, at helseutgiftene er store for eit vanleg hushald og at vanlege, ikkje-smittsame sjukdommar kan ha katastrofale økonomiske konsekvensar og gjere folk fattige. Høge OOP-kostnader gjer også at folk vegrar seg for å oppsøkje helsetenester når dei vert sjuke (World Bank u.å.a; Somanathan 2014). Dei einaste som ikkje treng å bekymre seg for OOP-kostnadane, er dei som det offentlege har klassifisert som fattige: Viss dei har helsekortet sitt i orden, er det inga formelle OOP-kostnadar for dei (WHO, møte i Hanoi 2015)

Kva hender om ein ikkje er forsikra?

Trass i at helseforsikringa vart obligatorisk for alle vietnamesarar i 2015, er over ein fjerdepart av befolkninga fortsatt ikkje innrullert i praksis. I tillegg kjem den fattige delen av befolkninga som i byrjinga av kvart år må vente på nytt helseforsikringskort i kortare eller lengre tid (sjå over).

Viss ein vert sjuk og manglar eller har utilstrekkeleg forsikring, kan dette vere katastrofalt. Både kontroll/diagnostisering, medisinar, behandling og transport til og frå lege/sjukehus kostar pengar. Viss ein ikkje har forsikring, eller viss forsikringa ikkje dekkjer den

sjukdommen eller ulukka som har ramma ein, må ein betale alle kostnadane sjølv. Då må ein bruke oppsparte midlar, låne av slekt, vener og/eller naboar, eller selje eigedelar/eigedom. Med unntak for hiv/aids-behandling, der den delen av behandlingstilbodet som er finansiert av internasjonale donorar er relativt høg, er det så vidt Landinfo har kunna ta reie på, lite nærvær av helsetilbod drive av velgjerande organisasjonar eller liknande i Vietnam.

Dei høge kostnadane betyr at sjølv mindre lidningar kan vere katastrofale og at folk kan verte fattige som følgje av sjukdom. WHO (møte i Hanoi 2015) fortalde at mange ikkje-smittsame sjukdommar er økonomisk katastrofale, særleg for dei såkalla «nesten fattige» (*near-poor*). Mange vil såleis så langt råd er freiste å unngå legar og sjukehus.

Andre kostnadar ved bruk av helsetenester

I Vietnam, som i mange andre land, er uformelle betalningar utbreidd i helsesektoren. The Economist (2014) skriv at mange av OOP-betalingane som finn stad, eigentleg er bestikkingar som kjem *i tillegg til* dei formelle sjukehusavgiftene. Slike bestikkingar gjer at kostnadane ved ein helsetransaksjon ofte blir ei mykje større bekymring for pasienten enn dei elles ville vore, med unntak for dei mest velstående. The Economist (2014) fortel om «eit typisk tilfelle» der ein universitetslektor i Hanoi fortel at ho stakk til legar og sjukepleiarar rundt USD 250 for å sikre seg «attentive treatment» då ho skulle føde ved eit offentleg sjukehus.

I ei undersøking Transparency International (Zellmann 2012) gjorde blant helsepersonell og brukarar av helsesektoren, fann dei at begge grupper meinte at uformelle godtgjersler var gjennomsyra («were pervasive») sektoren. Ein stor del av respondentane meinte at såkalla «konvoluttbetalningar» ikkje var vanlege før Vietnam byrja på utviklinga mot markedsøkonomi på andre halvdel av 1980-talet, og at denne praksisen hadde vorte eit «betydeleg problem» frå år 2000 og utover.

Intervju med pasientar og helsearbeidarar indikerte at typen gåve og storleiken på summen som vert gjeve, varierer med region og med alvorleghetsgraden av sjukdommen. Materielle gåver kostar vanlegvis ikkje så mykje, men summen i konvoluttane er betrakteleg høgare ved sentrale sjukehus, provinssjukehus og urbane fasilitetar enn ved helseinstitusjonar på lågare nivå og i rurale strok. Faktisk vart uformelle betalningar, særleg konvoluttar, sjeldan rapportert som eit problem ved helseinstitusjonar på distrikts- og kommunenivå (TI 2011).

Førekosten av og storleiken på uformelle betalningar varierer mellom sjukehus, men òg mellom avdelingar internt på eit og same sjukehus. Bestikkingar har høgare sannsyn i samband med høg risiko – til dømes ved kirurgi, ulukker, fødselar og pediatri. Legar får høgare summar enn sjukepleiarar og hjelpepleiarar, men stundom får også administrativt tilsette og reinhaldarar mindre pengesummar eller gåver. Transparency fann også at allereie eksisterande kjennskap mellom pasient og helsearbeidar ikkje såg ut til å påverke storleiken på eller sannsynet for uformelle betalningar. Til og med helsearbeidarar sjølve rapporterte at dei kjende seg pinleg berørte viss dei ikkje gav gåver eller konvoluttar til kollegaer som behandla slektningane deira.

Om Landinfos responser

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) innhenter og analyserer informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE)

og Justis- og beredskapsdepartementet har behov for kunnskap om.

Landinfos responser er basert på opplysninger fra nøye utvalgte informasjonskilder, og kan bygge på både skriftlig og muntlig kildemateriale. Opplysningene er behandlet i henhold til [anerkjente kvalitetskriterier for landinformasjon](#) og [Landinfos retningslinjer for kilde- og informasjonsanalyse](#).

En respons er et svar på konkrete spørsmål som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo, og er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema. Responsene er utarbeidet innenfor korte frister, og kildegrunnlaget er ikke alltid like bredt som i våre temanotater.

Landinfo er en faglig uavhengig enhet, og informasjonen som presenteres, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos responser gir heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som omtales.

Referansar

Skriftlege kjelder

- Duong, D.B. (2015). *Understanding the Service Availability for Non-Communicable Disease Prevention and Control at Public Primary Care Centers in Northern Vietnam*. Boston: Doctoral dissertation, Harvard Medical School. Tilgjengeleg frå <https://dash.harvard.edu/handle/1/15821581> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Economist (2014, 20. september). Limping along. *The Economist*. Tilgjengeleg frå <http://www.economist.com/news/asia/21618894-ordinary-folk-are-sick-and-tired-their-public-hospitals-limping-along> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Landinfo (2016, 14. september). *Vietnam: Tilhøva for barn og unge*. Oslo: Landinfo. Tilgjengeleg frå http://landinfo.no/asset/3421/1/3421_1.pdf [lasta ned 10. oktober 2016]
- MedCOI (2016, 10. september). *Access to Healthcare: Vietnam*. Brussel: MedCOI.
MedCOI, dvs. Medical Country of Origin Information, er eit belgisk-nederlandske prosjekt som vart sett i verk i 2010 for å innhente medisinsk landinformasjon. Prosjektet er delfinansiert av EU og Storbritannias flyktningefond. Rapportane er unntatt offentlegheit, men informasjonen i dei kan verte vidareformidla.
- Nguyen, D.H. & Hoang, V.M. (2013, 25. februar). Public health in Vietnam: scientific evidence for policy changes and interventions. *Global Health Action, Volume 6*. Tilgjengeleg frå <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582694/> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Rousseau, T. (2014, oktober). *Vietnam. Social Health Insurance. Report of study visit 21-24 October 2014*. [s.l.]: COOPAMI. Tilgjengeleg frå <http://www.coopami.org/en/expertise/realisation/2014/pdf/2014120101.pdf> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Save the Children (2014). *Child Rights Situation Analysis*. Hanoi: Save the Children. Tilgjengeleg frå http://resourcecentre.savethechildren.se/sites/default/files/documents/child_rights_situation_analysis_in_vietnam_2014_-_save_the_children.pdf [lasta ned 5. oktober 2016]
- Shobert, B. (2014, 31. juli). Healthcare In Vietnam – Part 1. *Forbes*. Tilgjengeleg frå <http://www.forbes.com/sites/benjaminshobert/2014/07/31/healthcare-in-vietnam-part-1/#a927eae7e176> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Somanathan, A., Dao, H.L. & Tien, T.V. (2013) *UNICO Studies Series 24. Integrating the Poor into Universal Health Coverage in Vietnam*. Washington D.C.: World Bank. Tilgjengeleg frå <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13314/74945.pdf> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Somanathan, A. (2014, 15. september). What lies ahead in Vietnam's path towards Universal Health Coverage? *World Bank*. Tilgjengeleg frå <http://blogs.worldbank.org/eastasiapacific/what-lies-ahead-vietnam-path-towards-universal-health-coverage> [lasta ned 5. oktober 2016]

Respons Vietnam: Helsetilbod og helseforsikring

- Thanh Nien (2013, 20. januar). Central Vietnam's first cancer hospital charity-minded. *Thanh Nien News*. Tilgjengeleg frå <http://www.thanhniennews.com/health/central-vietnams-first-cancer-hospital-charityminded-3699.html> [lasta ned 5. oktober 2016]
- TI, dvs. Transparency International (2011). Towards a Transparent and Quality Healthcare System. *Tranparency International*. Tilgjengeleg frå <http://archive.transparency.org/content/download/65214/1045711> [lasta ned 5. oktober 2016]
- UK Home Office (2013, 9. august). *Country of Origin Information Report - Vietnam*, London: UK Home Office? Tilgjengeleg frå <http://www.refworld.org/docid/5204d62c4.html> [lasta ned 10. oktober 2016]
- USAID (2013, februar). *Barriers To Access And Use Of Public TB Diagnostic Services In Vietnam*. Hanoi: USAID. Tilgjengeleg frå http://www.path.org/publications/files/CP_vietnam_barriers_tb_rpt.pdf [lasta ned 5. oktober 2016]
- USAID (2015, juli). *Factsheet. Tuberculosis in Vietnam*. Hanoi: USAID. Tilgjengeleg frå https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1861/FS_USAID_Vietnam_Tuberculosis_Eng_July%202015.pdf [lasta ned 5. oktober 2016]
- US Social Security Administration (2014). *Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific, 2014. Vietnam*. Baltimore: US Social Security Administration. Tilgjengeleg frå <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2014-2015/asia/vietnam.html> [lasta ned 5. oktober 2016]
- VietNamNet Bridge (2015, 15. juli). Vietnam's per capita income reaches nearly \$2,200. *VietNamNet Bridge*. Tilgjengeleg frå <http://english.vietnamnet.vn/fms/business/136071/vietnam-s-per-capita-income-reaches-nearly--2-200.html> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Vietnam Pictorial (2016, 7. juni). Japan helps Vietnam build cancer treatment centre. *Vietnam Pictorial*. Tilgjengeleg frå <http://vietnam.vnanet.vn/english/japan-helps-vietnam-build-cancer-treatment-centre/251925.html> [lasta ned 5. oktober 2016]
- WHO, dvs. World Health Organization (u.å.). *Viet Nam*. Hanoi: WHO. Tilgjengeleg frå <http://www.who.int/countries/vnm/en/> [lasta ned 5. oktober 2016]
- WHO (2012). *Health Service Delivery Profile. Viet Nam*. Hanoi: WHO. Tilgjengeleg frå http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_vietnam.pdf [lasta ned 5. oktober 2016]
- WHO (2015). *Viet Nam: WHO statistical profile*. Hanoi: WHO. Tilgjengeleg frå <http://www.who.int/gho/countries/vnm.pdf> [lasta ned 5. oktober 2016]
- World Bank (u.å.a). *Moving Toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam*. Washington D.C.: World Bank. Tilgjengeleg frå <http://www.worldbank.org/en/country/vietnam/publication/moving-toward-universal-coverage-of-social-health-insurance-in-vietnam> (antakelig 2014) [lasta ned 5. oktober 2016]
- World Bank (u.å.b). *GDP per capita*. Washington D.C.: World Bank. Tilgjengeleg frå <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> [lasta ned 5. oktober 2016]
- Zellmann, C. (2012, 21. juni) Vietnam: Who Pays the Doctor? *Space for Transparency* [blogg]. Tilgjengeleg frå <http://blog.transparency.org/2012/06/21/vietnam-who-pays-the-doctor/> [lasta ned 5. oktober 2016]

Munnlege kjelder

- Nguyen, D.C. Lege ved sjukehus i Hanoi. Møte i Hanoi 29. september 2015.
- UNICEF. Møte i Hanoi 30. september 2015.
- WHO. Møte i Hanoi 1. oktober 2015.

Respons Vietnam: Helsetilbod og helseforsikring

© Landinfo 2016

Materialet i denne publikasjonen er omfatta av åndsverklova. Utan særskild avtale med Landinfo er eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate når det er heimla i lov.