

QUAN ĐIỂM VÀ GIẢI PHÁP CƠ BẢN NHẪM THỨC ĐẨY XÃ HỘI HÓA BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM

Chính phủ nhiều nước đã coi việc sử dụng một khoản đáng kể ngân sách của mình vào mục đích y tế là một chính sách ưu tiên nhằm mục đích an dân. Tiếp theo ngân sách nhà nước, BHYT bắt buộc là chương trình BHYT trong đó mức phí đóng bảo hiểm được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động, trong khi quyền lợi khám chữa bệnh được hưởng không theo mức phí đóng góp mà theo nhu cầu khám chữa bệnh. BHYT bắt buộc cũng có điểm ưu việt là thể hiện tính chia sẻ cao trong cộng đồng, nhưng lại chỉ giới hạn trong nhóm những người tham gia bảo hiểm (không thể dễ dàng đem BHYT chỉ cho những đối tượng không tham gia BHYT).

Để khắc phục nhược điểm này của BHYT, chính phủ nhiều nước trong đó có Việt Nam đã dùng ngân sách nhà nước để mua BHYT cho người nghèo và những người thuộc diện chính sách cần hỗ trợ (đồng bào dân tộc thiểu số khó khăn, những xã nghèo...) hoặc mua một phần BHYT bắt buộc cho những công chức hưởng lương nhà nước. Điều này có nghĩa là nhà nước chuyển hình thức phân bổ ngân sách trực tiếp cho các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế sang chi trực tiếp cho người thụ hưởng dịch vụ y tế. Ngoài hình thức BHYT bắt buộc, còn có hình thức BHYT tự nguyện. Đó là chương trình mà mức phí đóng góp được xác định theo xác suất rủi ro mắc bệnh của người hay nhóm người tham gia BHYT.

Ở các nước khác thì BHYT tự nguyện mang tính vì lợi nhuận và không do nhà nước đứng ra tổ chức nên còn được gọi là BHYT thương mại hay BHYT tư nhân. Ở nước ta BHYT tự nguyện được hiểu là loại chương trình phi lợi nhuận với phí đóng góp đồng mức cho từng nhóm đối tượng ở từng khu vực và do BHXH Việt Nam đứng ra tổ chức.

Tính chất chia sẻ trong cộng đồng của BHYT bắt buộc sẽ cao hơn BHYT tự nguyện vì trong BHYT bắt buộc người tham gia đóng bảo hiểm theo % thu nhập trong khi ở bảo hiểm tự nguyện mọi người đều có mức đóng như nhau. Ngoài khái niệm BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện còn có khái niệm BHYT toàn dân, nói lên mức độ dân chúng tham gia BHYT cả bắt buộc lẫn tự nguyện.

Trong khi ngân sách nhà nước và BHYT là nguồn tài chính dành cho y tế mang tính chia sẻ cao trong cộng đồng thì viện phí được xem như món tiền của người bệnh tự chi trả trực tiếp cho các cơ sở y tế sau khi “mua” các dịch vụ y tế.

Khoản tiền này thường là lớn, vượt quá khả năng chi trả của các hộ gia đình nghèo, nên sau khi chi trả như vậy, người nghèo thường sẽ nghèo hơn, và người thuộc tầng lớp trung lưu sẽ nhiều khả năng rơi xuống tầng lớp nghèo.

Tuy vậy khi xét dưới góc độ vận hành bệnh viện khi không có đủ vốn từ hai nguồn ngân sách nhà nước và BHYT cung cấp hay cung cấp một cách chậm chạp và cơ chế thanh quyết toán phiền toái thì viện phí là một giải pháp “tình thế” để có “kịp thu bù chi” và tháo gỡ những khó khăn về thiếu vốn. Viện phí cũng làm cho người bệnh nếu có tiền thì dễ chọn nơi cung cấp dịch vụ hơn. Thoáng nhìn thì thấy hình như là viện phí sẽ làm cho khám chữa bệnh “thông thoáng” hơn. Nhưng nếu phân tích dưới góc độ công bằng trong CSSK thì viện phí là giải pháp nguồn thu dễ mang lại nghèo đói và mất công bằng nhất. Vì vậy viện phí được ví như “bẫy nghèo đói”.

1. Một số quan điểm định hướng cho xã hội hóa BHYT ở Việt Nam.

- Một là, Xã hội hóa BHYT nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho mọi người.

Trong điều kiện nền kinh tế thị trường, kinh tế được tạo điều kiện mọi mặt để phát triển. Xu hướng hội nhập kinh tế quốc tế ngày càng cao đòi hỏi mỗi quốc gia muốn tham gia vào quá trình toàn cầu hoá cần phải chuẩn bị được mọi nguồn lực đủ sức cạnh tranh trên trường quốc tế, trong đó điểm then chốt và có ý nghĩa quyết định là nguồn nhân lực. Để đảm bảo cho nguồn nhân lực của nước mình hội tụ các yếu tố thì cần phải quan tâm đầu tư cả về thể chất và trí tuệ cho con người. Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân thông qua việc ban hành Luật BHYT quy định mọi đối tượng tham gia là một việc làm đúng đắn, hoàn toàn phù hợp với quy luật khách quan của sự phát triển. BHYT để bảo vệ sức khỏe nhân dân - bảo vệ và phát triển thể chất con người là một hoạt động vừa mang tính kinh tế vừa đảm bảo tính xã hội. Nhờ có BHYT thông qua việc thu phí tham gia BHYT mà chúng ta huy động được một khối lượng lớn nguồn tài chính trong mọi tầng lớp nhân dân, huy động được các dòng tiền dư thừa trong xã hội để tạo ra nguồn quỹ BHYT phục vụ cho công tác KCB của người dân, đảm bảo cho người dân có một nền sức khỏe tốt để tham gia vào quá trình sản xuất phát triển kinh tế - xã hội đất nước.

Hiện nay Luật BHYT quy định, bảo hiểm sẽ miễn phí 100% với trẻ dưới 6 tuổi (nếu khám đúng tuyến); người có công; một số đối tượng thuộc lực lượng

công an nhân dân; khám, chữa bệnh tại tuyến xã và chi phí cho một lần khám, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương tối thiểu (97.500 đồng). Các trường hợp còn lại người bệnh sẽ phải đồng chi trả 5% hoặc 20% chi phí tùy theo từng đối tượng. Nhưng qua thực tế hoạt động thì đều nảy sinh vấn đề: khả năng cùng chi trả là rất khó khăn; đặc biệt là đối với một số loại bệnh khó, cần sử dụng tới dịch vụ kỹ thuật cao như chạy thận nhân tạo... Cộng đồng tham gia BHYTBB ở Việt Nam là cộng đồng nguy cơ cao, đóng góp ít bởi Việt Nam có tỷ lệ nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người nghỉ hưu, nghỉ mất sức, người nhiễm chất độc dioxin, người cao tuổi...chiếm tới 2/3 tổng số người tham gia BHYT. Những đối tượng này đều có mức đóng phí thấp hơn nhiều với nhu cầu chi phí y tế thực sự. Nếu thực hiện việc cùng chi trả, áp 5% cho bệnh nhân nghèo thì sẽ có rất nhiều bệnh nhân mắc bệnh mãn tính như chạy thận...sẽ phải từ bỏ điều trị, trong khi đó đối với những loại bệnh nặng này, chỉ cần bỏ một lần lọc thận cũng nguy hiểm tới tính mạng con người. Một ví dụ điển hình: tại bệnh viện Bạch Mai, hiện nay khoa Thận nhân tạo luôn có 480 - 520 bệnh nhân tham gia điều trị chạy thận, trong đó bệnh nhân cùng chi trả 5% có khoảng trên 300 người mà trong số này có 250 bệnh nhân là đối tượng nghèo, để thu 5% phí điều trị, dù chỉ là 400.000 – 450.000đồng/tháng cũng là rất khó khăn; thậm chí có nhiều gia đình có nhiều người cùng chạy thận (hiện có tới 7 cặp là cha - con, chị - em đang cùng chạy thận tại bệnh viện), thì khả năng chi trả của họ là hoàn toàn không thể kéo dài thì ắt hẳn quá trình điều trị bệnh sẽ phải dừng dở dang và hậu quả xấu nhất có thể xảy ra là tử vong nhưng trong điều kiện khả năng cùng chi trả của họ không có thì cũng đành chấp nhận. Đó là khó khăn khá lớn trong việc thực hiện chế độ cùng chi trả chi phí BHYT theo Luật mới ban hành.

Luật BHYT ban hành đã quy định rõ mức đóng phí cho từng loại đối tượng, các đối tượng phải đóng và các đối tượng được hưởng trợ từ ngân sách Nhà nước khi tham gia BHYT và quyền lợi được hưởng từ BHYT cũng có quy định rõ ràng. Tuy nhiên, đối với một số các trường hợp không được hưởng BHYT theo luật định: KCB trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích, tai nạn giao thông vi phạm pháp luật... sẽ không được thanh toán BHYT. Quy định như trên đã gây ra những trở ngại nhất định trong quá trình thực hiện. Bởi vì, những người bệnh, người tai nạn giao thông thường khi nhập viện sẽ là cấp cứu thì không thể ngay lúc đó kiểm tra được họ có vi phạm pháp luật hay không nên người bệnh vẫn phải đóng tiền viện phí trước. Mặc dù những trường hợp này sau

đó có thể được thanh toán phí điều trị ở cơ sở y tế khi được xác minh là không vi phạm pháp luật. Tuy nhiên, tai nạn thường là bất ngờ nên quy định này cũng ít nhiều gây khó khăn cho người bệnh khi ngay lập tức cần phải có một số tiền nhất định để được cấp cứu, chữa trị thì trong nhiều trường hợp người bệnh không thể có khả năng xoay tiền luôn để nộp viện phí nhập viện. Do đó, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế kịp thời của họ cũng bị hạn chế.

- Hai là, Xã hội hóa BHYT cần được triển khai trong khuôn khổ Luật Bảo hiểm y tế.

BHYT khi có Luật BHYT quy định cần phải tiến hành triển khai thực hiện đồng bộ và thống nhất trên cả nước. Đa dạng hoá cách thức thực hiện sao cho phù hợp với đặc điểm chung của từng địa phương mà vẫn đảm bảo được yêu cầu của luật đề ra. Việc đa dạng hoá cách thức thực hiện giúp cho người dân ở nhiều đối tượng được quy định trong luật dễ dàng tiếp xúc và hiểu luật định sẽ thi hành một cách đầy đủ và nghiêm túc. Trước đây, khi mới chỉ có Nghị định quy định, việc triển khai thực hiện công tác BHYT vẫn có nhiều lộn xộn và có sự khác nhau giữa các vùng miền, địa phương khiến cho quá trình quản lý nhà nước gặp bất cập mà người tham gia BHYT cũng có những thắc mắc, không tin tưởng vào lợi ích của BHYT. Khi tiến hành thực hiện thống nhất và đồng bộ thì bất kỳ người dân nào khi đi KCB ở đâu thì cũng đều được hưởng các quyền lợi KCB như nhau. Điều đó giúp cho BHYT nhanh chóng được nhân dân tiếp nhận và thực sự thấy được sự cần thiết và vai trò to lớn khi Nhà nước ban hành Luật BHYT để quy định trách nhiệm và bảo vệ quyền lợi người tham gia BHYT, mỗi đối tượng tham gia sẽ thấy được quyền lợi của mình khi mua BHYT và cũng thấy được trách nhiệm đóng góp, chia sẻ rủi ro với cộng đồng mình đang sống, cùng chung quỹ để giảm thiểu những tổn thất do những rủi ro sức khoẻ đem lại.

- Ba là, Xã hội hóa BHYT phải đạt được hai mục tiêu: kinh tế y tế và đảm bảo tính nhân văn, công bằng xã hội trong việc cung cấp các dịch vụ BHYT cho mọi người.

Hiệu quả kinh tế là huy động và thu hút được các nguồn tài chính, nguồn tiền dư thừa trong xã hội đóng góp thành quỹ BHYT để phục vụ cho hoạt động KCB của người dân. Với phương châm “số đông bù số ít”, ‘người khoẻ mạnh đỡ người yếu, người trẻ đỡ người già... Hiệu quả xã hội là giải quyết được nhu cầu, nguyện vọng KCB của nhân dân, giúp cho những người không may gặp rủi ro

về sức khoẻ như mắc bệnh nghề nghiệp, ốm đau... không còn phải lo lắng về kinh phí KCB khi vào bệnh viện, chỉ với một mức phí đóng BHYT nhỏ nhưng người tham gia BHYT vẫn được bảo đảm quyền lợi KCB đầy đủ, tạo điều kiện cho người bệnh được tiếp cận với các dịch vụ y tế, dịch vụ kỹ thuật cao trong khám và điều trị bệnh, từ đó củng cố lòng tin vào chế độ và ổn định xã hội.

Sau gần 17 năm hoạt động, số người tham gia BHYT đã tăng vọt từ 5,6% số dân (1993) lên đến 46% số dân (2008), nhất là người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội được Nhà nước cấp thẻ. Tuy nhiên số thu vẫn nhỏ hơn số chi. Năm 2009 BHXH Việt Nam đã dự báo mức bội chi BHYT là khoảng 2000 tỷ đồng mới đảm bảo khả năng chi trả của quỹ. Theo đó, đến cuối năm 2009 BHYT cần khoảng 9300 tỷ đồng, trong đó 1700 tỷ đồng để thanh toán cho năm 2008, 2000 tỷ đồng để thanh toán cho năm 2009 và 5600 tỷ đồng để tạm ứng cho quý I năm 2010. Năm 2010 dự kiến chi 22600 tỷ đồng. Như vậy, phải đến hết năm 2010, quỹ BHYT mới cân đối được. Trước đây, hình thức người bệnh và BHYT cùng chi trả đã phải huỷ bỏ sau ba ngày áp dụng thì nay theo Luật mới sẽ tiếp tục hình thức này với hai mức là 5% và 20%. Đây là nội dung gây nhiều băn khoăn cho người thực thi khi số lượng lớn người tham gia BHYTBB tăng vọt lại chủ yếu là các đối tượng người nghèo, người cao tuổi, hưu trí... Những nhóm đối tượng tham gia BHYT mà mức đóng góp thấp nhưng nhu cầu KCB lại cao.

Trước khi Luật BHYT được ban hành và chính thức áp dụng, gói quyền lợi BHYT chưa được quy định một cách rõ ràng, chưa bao trùm được các nhu cầu chăm sóc sức khoẻ trong lĩnh vực phòng bệnh và chữa bệnh phù hợp với khả năng đóng góp tài chính của người tham gia nên trong quá trình triển khai thực hiện BHYT vẫn còn nhiều vấn đề khúc mắc gây khó khăn cả cho người thực thi BHYT lẫn đối tượng tham gia BHYT được hưởng quyền lợi bảo hiểm khi gặp rủi ro về sức khoẻ. Hầu hết BHYT ở nước ta mới chỉ dừng ở việc chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm mà vấn đề dự phòng y tế còn chưa được quan tâm sát sao, trong khi chi phí cho dự phòng y tế thấp mà hiệu quả trong chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ người dân lại cao hơn gấp nhiều lần chi phí chữa bệnh.

Mức phí BHYT đã được Luật quy định cụ thể với các mức khác nhau tùy theo từng đối tượng. Tuy nhiên, phí tham gia BHYT vẫn lấy cách tính theo tiền lương danh nghĩa nên không huy động được nhiều sức đóng góp của những

người có thu nhập cho nguồn quỹ BHYT, mà phí BHYT là nguồn thu chính của quỹ BHYT, trong khi ngày càng xuất hiện nhiều bệnh lạ, chi phí cho việc khám, chẩn đoán và chữa trị những căn bệnh mới hoặc bệnh nặng ngày càng cao do phải sử dụng các máy móc kỹ thuật hiện đại trong KCB. Thực tế hiện nay ở Việt Nam, mức lương danh nghĩa chưa phải là cao, nếu trích phí tham gia BHYT từ mức lương đó thì nguồn phí BHYT không lớn trong khi ngoài thu nhập tiền lương thì người lao động làm công ăn lương vẫn có những khoản thu khác, là khoản tài chính chủ yếu của người lao động, đó sẽ là những khoản tiền dôi dư mà với cách tính phí như Luật định hiện nay sẽ không thể huy động được nguồn tài chính đáng kể đó.

- Bốn là, Xã hội hóa BHYT phải trên cơ sở thực sự tôn trọng quyền lợi của người tham gia đóng bảo hiểm được.

Luật BHYT đã mở rộng đối tượng tham gia nhưng chưa thực sự xem người bệnh là trọng tâm. Những quy định trong Luật chưa thể hiện rõ được những chế độ ưu tiên hoặc cần trợ giúp của một số đối tượng có nguồn tài chính eo hẹp nhưng nguy cơ bệnh tật luôn đe dọa cao: người nghèo, người già cô đơn, hưu trí; chưa xem xét kỹ các mối quan hệ của các chủ thể (Nhà nước - cơ sở y tế - người bệnh)... trong luật. Các quy định về quyền và trách nhiệm giữa các chủ thể chưa thấy được sự ràng buộc qua lại lẫn nhau trong khi quá trình thực hiện BHYT thì luôn có sự đan xen không thể tách rời từng chủ thể trong hoạt động BHYT.

Các quy định ban hành, các hướng dẫn dưới Luật (Nghị định, Thông tư) đều rời rạc, các cơ sở y tế không biết thực hiện như thế nào, không có sự thống nhất thực hiện giữa các cơ sở y tế nên không tạo ra sự thống nhất đồng bộ trong quá trình hoạt động, vì thế không thể hiện được tính ưu việt, lợi ích to lớn mà BHYT đem lại cho đối tượng tham gia BHYT.

Luật mới chủ yếu tập trung vào những đối tượng bắt buộc tham gia BHYT mà chưa có đề cập sâu và có những quy định cụ thể cho hình thức tham gia BHYT TN nên thiếu sức thu hút đối với các đối tượng còn lại không thuộc trong thành phần quy định bắt buộc mua BHYT, vì thế, vẫn còn một số lượng không nhỏ người dân không muốn tham gia BHYT do không thấy được những quyền lợi được hưởng do BHYT mang lại.

Ngoài ra, hiện nay thẻ BHYT vẫn ghi nơi đăng ký KCB ban đầu là không cần thiết. Chế độ BHYT là chế độ chính sách chung được quy định thành Luật

cho các đối tượng khác nhau trên cả nước tham gia nên dù khám ở đâu thì cũng được hưởng quyền lợi BHYT như nhau. Việc quy định đăng ký KCB ban đầu đôi khi gây phiền hà cho người bệnh vì nếu trong quá trình KCB, cần phải tới cơ sở, bệnh viện tuyến trên mới đủ những điều kiện để khám, chẩn đoán, điều trị thì người bệnh sẽ gặp sự cản trở của quá trình chuyển BHYT từ nơi KCB này sang nơi KCB khác, gây mất thời gian, công sức thậm chí có những trường hợp người bệnh không được thanh toán chi phí BHYT do KCB bằng BHYT không đúng tuyến đăng ký hoặc không chuyển được BHYT. Hơn nữa, với sự phát triển nhanh chóng của các phương tiện và kỹ thuật điều trị mới tiên tiến, nhiều bệnh tuyến thấp đã vượt qua tuyến trên trong một số lĩnh vực điều trị, một số bệnh viện tư hay bán công đã qua mặt các bệnh viện tuyến cuối trong các lĩnh vực điều trị. Thế nhưng các bệnh viện này không thể điều trị cho bệnh nhân cũng như bệnh nhân không thể đến viện mình tin tưởng vì họ không nhận được giấy chuyển viện của bệnh viện nơi đăng ký KCB ban đầu do bệnh viện họ muốn đến khám không nằm trong tuyến.

Trong quy định cùng chi trả, đối tượng được hưởng 100% ngoài người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi còn có sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân. Đối tượng này là đối tượng tham gia BHYT nhưng lại có khả năng tạo nguồn thu nhập, có khả năng đóng góp cho quỹ BHYT thông qua việc mua phí BHYT, có khả năng chi trả cho KCB cao hơn đối tượng là người nghèo, người dân tộc thiểu số, người miền núi - những con người vướng vào hoàn cảnh khó khăn, thiếu thốn về tài chính nhưng lại bị đe dọa của bệnh tật cao hơn. Việc được hưởng 100% mức hưởng BHYT là sự chênh lệch lớn đối với đối tượng người nghèo. Một bên có khả năng đóng góp, có khả năng chi trả chi phí KCB (do có nguồn lương được hưởng từ ngân sách Nhà nước), nguy cơ gặp rủi ro bệnh tật thấp thì được hưởng trọn mức chi trả BHYT; một bên tài chính eo hẹp, khả năng chi trả cho KCB thấp nhưng lại luôn bị đe dọa bởi bệnh tật thì lại phải tự trang trải kinh phí để chi trả 5% chi phí KCB. Đây thực sự là một bất cập của Luật định.

Việc quy định số ngày nghỉ sau khi người bệnh đã điều trị cũng gây phiền hà đặc biệt đối với bệnh nhân ở tỉnh xa. Chẳng hạn bệnh nhân mổ tái tạo dây chằng chéo trước ở gối ít nhất phải đi nặng trong vòng bốn tuần nhưng bác sĩ chỉ

được phép cấp giấy nghỉ 10 ngày. Sau đó cứ hết 10 ngày thì bệnh nhân phải đi xin giấy khác. Điều đó làm mất thời gian của cả người bệnh và bác sĩ.

Luật BHYT phân thành 25 nhóm đối tượng nhưng trong Nghị định hướng dẫn của Chính phủ nhóm 25 lại bao gồm nhiều nhóm đối tượng: công nhân cao su nghỉ việc, thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp, thân nhân học sinh cơ yếu... Trong thông tư cụ thể hoá cũng hướng dẫn rất chi tiết một số nhóm đối tượng như đối tượng 9 (người có công với cách mạng) thì có tới 12 nhóm nhỏ: bà mẹ Việt Nam anh hùng, anh hùng lực lượng vũ trang, anh hùng lao động, người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hoá học... Tuy nhiên, cũng giống như việc xác định đối tượng tai nạn giao thông vi phạm hay không vi phạm luật; việc xác định đối tượng có bị nhiễm chất độc hoá học rất khó, vì chỉ có thể căn cứ vào con cái họ sinh ra bị dị tật. Nhưng trong trường hợp họ không có con cái thì xác định như thế nào?

Việc phân loại chi li để xác định các nhóm đối tượng tự đóng BHYT hay Nhà nước hỗ trợ một phần hoặc toàn phần... cũng khá rối và vẫn có những đối tượng bị để ngỏ như đối tượng 18 là người đã hiến bộ phận cơ thể và hiến, lấy xác. Theo Luật BHYT những người này được ngân sách Nhà nước đóng BHYT, trong Thông tư lại hướng dẫn: căn cứ vào giấy xác nhận đã hiến bộ phận cơ thể để cấp thẻ BHYT. Nhưng đối với người hiến xác, Thông tư không nói rõ sẽ cấp thẻ BHYT ngay khi đăng ký hiến xác hay khi lấy xác trong khi hiện nay số lượng người đăng ký hiến xác hiện khá đông, chỉ riêng ĐH Y dược Thành phố Hồ Chí Minh hiện tại có trên 12.000 hồ sơ đăng ký, số xác đã hiến là 326 xác. Người sống khi sống đăng ký hiến xác của mình nhưng khi chết đi thân nhân lại không cho lấy xác thì như thế nào?

Luật cũng quy định về việc thanh tra, khiếu nại, tố cáo, giải quyết tranh chấp và xử lý vi phạm về BHYT nhưng hai văn bản dưới Luật là Nghị định và Thông tư lại không có hướng dẫn về công tác này, như vậy việc triển khai thực hiện trong thực tế sẽ như thế nào?

BHYT ở Việt Nam chưa đa dạng về hình thức tham gia bảo hiểm, chỉ có hai hình thức là BHYT BB và BHYTTN nên không tạo ra được nhiều sự lựa chọn cho người tham gia BHYT, không khuyến khích được các đối tượng nhiệt tình tham gia BHYT.

Việc ban hành danh mục các thuốc được thanh toán BHYT còn chậm so với tình hình thực tế nên cũng gây khó khăn trong việc thanh toán và chi trả BHYT cho người bệnh.

Ở nước ta, BHYT mới tính đến từng cá thể cả về trách nhiệm và lợi ích trong một số ít dân số, mang tính chất ai làm người đày hưởng, chưa gắn được lợi ích của người có thu nhập và người chưa có thu nhập trong gia đình làm cho tính cộng đồng và tính hấp dẫn của BHYT còn hạn chế. Mục tiêu kinh tế xã hội của BHYT chưa được phát huy trong tiềm năng của nó.

2. Một số giải pháp cơ bản nhằm thúc đẩy xã hội hóa BHYT ở Việt Nam.

2.1. Mở rộng và tăng dần đối tượng tham gia BHYT

Hiện nay chúng ta chỉ có hai hình thức tham gia BHYT, đó là BHYTBB và BHYTTN và chỉ có một số mức đóng bảo hiểm nhất định, điều đó làm hạn chế sự lựa chọn của người tham gia BHYT trong việc lựa chọn những hình thức thích hợp nhất cho mình, phù hợp với khả năng, điều kiện và mong muốn của mình trong việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của chính bản thân. Hiện nay, các nước trên thế giới tiến hành nhiều hình thức BHYT khác nhau, có BHYTBB, có BHYTTN, có cả BHYT thương mại đã tạo ra sự cạnh tranh trong việc thu hút các đối tượng tham gia các loại hình bảo hiểm. Nhờ có sự cạnh tranh nên các loại hình bảo hiểm này phải luôn đưa ra những điểm đáng chú ý, những gói quyền lợi hấp dẫn để người dân có thể lựa chọn hình thức bảo hiểm cho mình. Nhờ đó mà chất lượng và dịch vụ BHYT được nâng cao đáp ứng tốt nhu cầu KCB của người tham gia BHYT. Mặt khác, thông qua việc đa dạng hoá các loại hình BHYT cũng là cách thúc đẩy BHYT ngày càng phát triển.

Chúng ta cũng chưa có các loại hình BHYT ngành, trong khi đó, đối với một số ngành lao động đặc biệt thì có độc hại và nguy cơ rủi ro cao đòi hỏi mức bảo hiểm phải được bảo hiểm cao hơn như những người làm việc trong ngành than: khai thác than trong các hầm mỏ, vận chuyển than..., khai thác dầu khí ngoài biển khơi, đánh bắt cá trên biển dài ngày... Những đối tượng lao động này khi tham gia trong các lĩnh vực này đều là những lĩnh vực có mức độ nguy hiểm cao, phải hứng chịu những chất độc hại rất gây tổn hại đến sức khỏe, đến khả năng lao động của họ. Hiện nay, những người lao động làm việc trong các lĩnh

vực độc hại mới chỉ được hưởng phụ cấp độc hại với một mức phụ cấp rất nhỏ. Nên chăng, chúng ta cần phải nghiên cứu và đưa ra một số loại hình BHYT đặc biệt phù hợp với các ngành nghề lao động đặc biệt sẽ đáp ứng tốt hơn nguyện vọng chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của người dân lao động.

Theo Luật mới, đã có những mức phí đóng BHYT nhưng vẫn chỉ là mức phí khác nhau căn cứ theo mức lương của từng đối tượng cụ thể, cần thực hiện nhiều mức đóng bảo hiểm khác nhau, chỉ giới hạn mức phí tối thiểu và để mở mức phí tối đa khi tham gia BHYT. Như thế, người tham gia BHYT sẽ hiểu được với mức tham gia bảo hiểm như thế nào thì họ sẽ được hưởng quyền lợi tương đương như thế đó. Điều này sẽ kích thích tính tự nguyện sẵn sàng và chủ động tham gia BHYT của nhiều đối tượng khác nhau trong xã hội.

Ở hầu hết các nước trên thế giới thực hiện chính sách BHYT đều thực hiện bảo hiểm cho cả gia đình. Chính từ đó, lợi ích của mỗi người gắn chặt với lợi ích của gia đình, đồng thời cũng là lợi ích của cộng đồng, thể hiện nguyên lý lấy số đông bù số ít. Càng có số đông người tham gia thì mức phí bảo hiểm càng thấp, làm cho cộng đồng dù nghèo gì cũng đều có thể tham gia bảo hiểm được và khi sử dụng phúc lợi bảo hiểm đều được bù trừ làm cho tính nhân đạo và công bằng xã hội càng thể hiện được bản chất văn minh của nó trong đời sống xã hội. Việc tham gia BHYT không chỉ để chính cho lợi ích của mỗi người mà còn vì lợi ích của mỗi gia đình mình và lợi ích cộng đồng. Vì thế trong thời gian tới, chúng ta cần đẩy mạnh việc bảo hiểm cho cả gia đình. Luật BHYT mới chỉ nói đến đối tượng ăn theo gia đình nhưng chưa có quy định nào cho việc tiến hành bảo hiểm gia đình hay bảo hiểm cho hội, đoàn thể.

Đối với khu vực người nghèo, chúng ta phải tính tới khả năng hầu hết người bệnh nặng, chi phí lớn kéo dài ở cả nước sẽ trở thành người nghèo (bấy nghèo trong y tế) và được hưởng lợi từ quỹ BHYT cho người nghèo. Như vậy, cần sớm dự báo khả năng mức phí BHYT người nghèo ngày càng cao.

Đối với người lao động làm công ăn lương, hiện nay phí BHYT được trừ phần trăm theo tiền lương nhưng như thế sẽ không đảm bảo được nghĩa vụ đóng góp của người lao động vì trên thực tế, ngoài lương thì người lao động còn có những khoản thu nhập khác. Chính vì thế cần phải thay đổi cách tính phí BHYT đối với nhóm đối tượng này bằng % tổng thu nhập của họ chứ không theo tiền

lương danh nghĩa. Có như thế mới thực sự đạt được mục đích bảo đảm người lao động tham gia BHYT đóng góp theo đúng khả năng thực của mình.

2.2. Phát triển nhiều loại hình BHYT.

Trong xã hội hiện đại, chi phí cho việc khám chữa bệnh tăng chóng mặt. Ở Pháp, chi phí này năm 1992 là 180 tỉ francs, đến năm 1994 đã là 250 tỉ francs.

Ngày nay, y học bước sang giai đoạn y học chứng cứ, tất cả đều phải có bằng chứng nên giá thành chẩn đoán và điều trị đã tăng lên chóng mặt. Lỗi này không chỉ ở thầy thuốc mà còn ở cả bệnh nhân và gia đình. Nếu không sử dụng các phương pháp chẩn đoán và điều trị hiện đại sẽ gây thắc mắc rất lớn, nhiều khi kiện cáo nhau. Thật ra, đó cũng là điều tất yếu phải xảy ra trong một xã hội hiện đại. Các chi phí này, suy cho cùng chỉ có thể trả nổi bằng bảo hiểm y tế (BHYT).

Tuy nhiên, BHYT của chúng ta vẫn còn nhiều điều cần phải bàn thêm, đó là sự minh bạch và tính đa dạng của BH. Về tính minh bạch, nhiều CB-CNV Nhà nước khác từ khi phải mua BH trừ ngay từ tiền lương hằng tháng đến giờ vẫn chưa có trong tay một bản hợp đồng ký với BH. Người mua bảo hiểm muốn phải được trực tiếp ký với BHYT, phải có được bản hợp đồng trong đó ghi rõ trách nhiệm và quyền lợi của mỗi bên, những loại dịch vụ y tế mà chúng tôi được chi trả hoàn toàn hay phải chi trả một phần. Có như thế người mua bảo hiểm mới thật sự yên tâm, tránh được những thắc mắc không cần thiết giữa người mua và người bán BH.

Trên thế giới, rất nhiều nước đang áp dụng đa dạng hóa các loại BHYT. Từ việc cho các nhà đầu tư tư nhân tham gia vào thị trường BH, BH và tái BH. BH riêng cho từng loại bệnh, BH bệnh cấp cứu, tai nạn và bệnh nghề nghiệp. Về giá BH cũng nên có nhiều mức độ khác nhau kèm theo những hợp đồng rõ ràng cho từng đối tượng. Có những đối tượng có nền kinh tế tương đối khá, họ có thể đóng mức BH cao để được BHYT hoàn toàn, có thể đi cả nước ngoài để khám và điều trị, hoặc mời đích danh những chuyên gia thăm khám cho họ. Tại sao lại không?

Hiện nay, có rất nhiều nhà hảo tâm muốn làm từ thiện giúp đỡ bệnh nhân. Các bệnh viện cũng thành lập các hội từ thiện để quyên góp giúp đỡ người nghèo. Tấm lòng ấy rất đáng trân trọng, phù hợp với tinh thần đạo nghĩa “lá lành

đùm lá rách” của dân tộc ta. Song, hiệu quả thật sự chỉ là thời vụ và kết quả chưa cao. Thực tế cho thấy trong bệnh viện có những bệnh nhân nghèo, mắc bệnh nguy hiểm được khá nhiều người đến cho tiền, nhưng lại dùng tiền này để mua sắm các tiện nghi sinh hoạt. Nhà nước đã bỏ ra một số tiền khá lớn để mua BHYT cho người nghèo, tại sao lại không khuyến khích những nhà hảo tâm, những doanh nghiệp mua cho họ? Với những thẻ BHYT cầm trong tay, tin rằng người nghèo sẽ yên tâm làm ăn, khi có bệnh họ sẽ được khám và chữa trị hoàn toàn miễn phí. Cách làm này xem ra sẽ hiệu quả và thiết thực hơn nhiều so với các hình thức từ thiện khác mà chúng ta đã thực hiện trước đây.

2.3. Khuyến khích các thành phần kinh tế tham gia cung ứng các dịch vụ BHYT.

Nền kinh tế thị trường ra đời trong những thập niên cuối của thế kỷ XX và được coi là thành tựu tuyệt vời của nền văn minh nhân loại. Việt Nam cũng là một trong số những quốc gia sớm chịu ảnh hưởng của nền kinh tế thị trường. Có thể nói, kinh tế thị trường đã tác động mạnh mẽ vào mọi lĩnh vực của nền kinh tế quốc dân, và lĩnh vực BHYT nước ta cũng không nằm ngoài sự tác động ấy.

Qua thực tiễn công cuộc đổi mới đất nước, qua nhiều năm tìm tòi thực hiện rồi đúc rút kinh nghiệm từ thực tiễn, tại Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X, Ban chấp hành Trung ương Đảng ta đã khẳng định, nền kinh tế Việt Nam là nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Để giữ vững định hướng xã hội chủ nghĩa, tiến tới thực hiện được lý tưởng cao đẹp của chủ nghĩa xã hội, đòi hỏi ngay từ ban đầu chúng ta phải có sự kết hợp giữa tăng trưởng kinh tế với công bằng xã hội. Nói một cách khác, quá trình thực hiện các chính sách kinh tế và chính sách xã hội phải đảm bảo nằm trong một chỉnh thể thống nhất với một giải pháp đồng bộ về kinh tế và xã hội. BHYT cũng đòi hỏi phải tạo ra được hiệu quả kinh tế cao, đồng thời phải đảm bảo công bằng xã hội. Đây là một đòi hỏi rất khó, bởi lẽ BHYT là một lĩnh vực đặc biệt, nó không chỉ đơn thuần là một ngành kinh tế hay các ngành nghề dịch vụ khác. Công bằng xã hội trong lĩnh vực BHYT được hiểu dưới hai khía cạnh, một là tạo môi trường xã hội công bằng cho các đối tượng tham gia vào lĩnh vực kinh tế BHYT, đảm bảo ai cũng nhận được cơ hội tham gia như nhau, không có bất cứ sự phân biệt hay trói buộc nào, hai là đảm bảo cho mọi người dân đều có quyền được hưởng các dịch vụ BHYT một cách tốt nhất. Lĩnh vực BHYT vận hành theo qui luật kinh tế thị

trường đã mang lại hiệu quả to lớn về mặt kinh tế và xã hội, là động lực thúc đẩy ngành y tế nước ta không ngừng phát triển. Song, nếu không có sự quản lý đúng đắn, không có những chính sách điều chỉnh hợp lý của nhà nước, dưới sự tác động của cơ chế thị trường, lĩnh vực BHYT sẽ nảy sinh rất nhiều những hạn chế và tiêu cực, thậm chí sẽ gây những khủng hoảng sâu sắc, để lại những hậu quả nghiêm trọng về mặt kinh tế và xã hội.

Để có lĩnh vực BHYT phát triển thật sự bền vững, điều kiện đầu tiên đó là, BHYT phải thu hút được sự tham gia của các thành phần kinh tế. Vấn đề được đặt ra là, làm thế nào để huy động tối đa các nguồn lực trong xã hội cùng tham gia vào lĩnh vực BHYT tạo môi trường cạnh tranh lành mạnh giữa các tổ chức BHYT Nhà nước và tư nhân, khuyến khích và tạo cơ hội thậm chí đầu tư cho các tổ chức cung ứng dịch vụ BHYT có tiềm năng để có những bước phát triển vượt trội, hỗ trợ các tổ chức BHYT chưa có tiềm năng không bị thua thiệt và có cơ hội phát triển, tránh sự phân hoá về trình độ chuyên môn và chất lượng dịch vụ bảo hiểm, đảm bảo mọi người dân đều có cơ hội được hưởng các dịch vụ BHYT với chất lượng cao, tiến tới xây dựng nền y tế Việt Nam hiện đại ngang tầm với các quốc gia phát triển. Thuật ngữ “Xã hội hoá BHYT” ra đời trong những năm đầu thế kỷ XXI đã phần nào đáp ứng được những đòi hỏi ấy.

Xã hội hoá BHYT là gì, và thực hiện xã hội hoá BHYT như thế nào? Để có lời giải đáp tận cùng không phải là đơn giản, cần phải có thời gian hoạt động thực tiễn, tìm ra những đường lối đi thích hợp, có sự tổng kết thực tế rồi sau đó kiểm chứng lại mới hy vọng có được chân lý của vấn đề. BHYT là một lĩnh vực đặc biệt, mọi diễn biến trong lĩnh vực dịch vụ BHYT đều là chủ đề nóng bỏng của xã hội, cho nên vấn đề xã hội hoá BHYT đã và đang là mối quan tâm hàng đầu của toàn xã hội. Rất nhiều tổ chức đoàn thể và người dân có tâm huyết đã nghiên cứu, đưa ra những giải pháp cụ thể về xã hội hoá BHYT. Đảng và Chính phủ cũng đã vạch ra những đường lối chủ trương cụ thể cho việc xã hội hoá BHYT. Ngày 28/4/2006, Thủ tướng chính phủ đã ban hành Nghị định số 43, qui định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập. Đây là văn bản pháp lý quan trọng thay thế Nghị định 10 về chế độ tài chính áp dụng cho đơn vị sự nghiệp có thu, nhằm tạo quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập.

Quyết định này thực sự sẽ thổi một luồng không khí mới vào lĩnh vực BHYT, góp phần thúc đẩy dịch vụ BHYT nước nhà phát triển mạnh mẽ.

Để công cuộc xã hội hoá BHYT thật sự có hiệu quả, đòi hỏi Đảng, Nhà nước và mọi tầng lớp nhân dân không ngừng tìm tòi, sáng tạo, chủ động đề ra những giải pháp cụ thể để đưa dịch vụ BHYT nước nhà thoát khỏi tình trạng tụt hậu và có những bước tiến nhảy vọt, làm sao cho dịch vụ BHYT Việt Nam sánh ngang tầm thời đại mới.

2.4. Xây dựng cơ chế phối hợp giữa tổ chức cung ứng dịch vụ BHYT với các cơ sở y tế và bệnh nhân trong khám chữa bệnh và thanh toán các khoản chi phí.

Dịch vụ y tế thường tiêu tốn rất nhiều tiền trong khi đó người cần sử dụng dịch vụ y tế nhiều khi lại không có đủ khả năng về tài chính. Điều này sẽ dẫn đến tình trạng sử dụng dịch vụ này một cách không đầy đủ. Chính vì thế, trong các biện pháp tạo nguồn kinh phí cho ngành y tế của mỗi nước, BHYT được coi là một chìa khoá quan trọng và hữu hiệu không chỉ giải quyết nhu cầu nguồn tài chính cho y tế mà còn đảm bảo được vai trò xã hội, thể hiện được tính nhân văn cộng đồng trong chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ nhân dân.

Chính sách BHYT ở Việt Nam đã được triển khai từ năm 1992 và cho đến nay đã phát triển trở thành Luật BHYT là một bước đi quan trọng góp phần vào sự phát triển của ngành y tế nói chung. BHYT trong những năm qua đã thực sự đóng góp một nguồn kinh phí không nhỏ trong việc cùng với Nhà nước giải quyết các vấn đề về y tế và đảm bảo tính công bằng trong chăm lo, bảo vệ sức khoẻ nhân dân, giúp người dân tham gia BHYT có điều kiện tiếp cận với những dịch vụ y tế hiện đại để phòng, khám, chữa bệnh; hạn chế được những nguy cơ bệnh tật đe dọa tới sức khoẻ của nhân dân và đồng thời góp phần trang trải một phần chi phí KCB khi người dân mắc bệnh phải vào bệnh viện.

Trước tiên, cần phải xem xét và điều chỉnh quy định về thực hiện cùng chi trả. Đối với đối tượng có thu nhập, có khả năng đóng góp phí bảo hiểm là sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân không nên để mức hưởng BHYT là 100%. Đây là một trong những nhóm đối tượng được Nhà nước ưu tiên nhưng tham gia BHYT không nhất thiết là mức hưởng 100%. Trong khi đó, đối với nhóm đối tượng nghèo, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều

kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn việc chi trả 5% chi phí KCB cũng là những vấn đề lớn đối với họ nên Chính phủ cần xem xét, điều chỉnh lại mức cùng chi trả, có thể giảm xuống mức cùng chi trả từ 1- 2%, như thế sẽ đảm bảo được sự quan tâm, chú ý và tính công bằng đối với nhóm đối tượng này vì đây là nhóm đối tượng có nguy cơ bệnh tật cao, bệnh nặng cần chi phí dịch vụ y tế lớn nhưng khả năng chi trả lại rất nhỏ hẹp.

Thứ hai, đối với nhóm đối tượng không được hưởng BHYT như tai nạn giao thông do vi phạm pháp luật thì căn cứ nào để ngay ban đầu có thể xác định người bệnh đó bị tai nạn giao thông là do người khác hay do chính họ vi phạm pháp luật?

Đối với các đối tượng không nhất thiết phải ghi nơi đăng ký KCB ban đầu, người bệnh có thể BHYT có thể khám ở bất cứ cơ sở y tế nào trên lãnh thổ Việt Nam nhưng Chính phủ sẽ quy định mức đóng, mức cùng tham gia chi trả chi phí điều trị ở các bệnh viện để người dân trước khi đi khám bệnh có thể tự lựa chọn bệnh viện để mình tới KCB và có chính sách khuyến khích khám tại các bệnh viện, cơ sở KCB theo tuyến thì sẽ được hưởng mức thanh toán chi phí KCB cao hơn. Như thế vừa đảm bảo được tình trạng không quá tải đối với các bệnh viện tuyến trên vừa đảm bảo được nhu cầu KCB của người tham gia BHYT, kết quả là các bên tham gia BHYT đều thoải mái.

Đối với quy định về số ngày nghỉ sau khi người bệnh đã điều trị nên để cho chính bác sĩ điều trị, phẫu thuật quyết định thời gian nghỉ, thời gian luyện sau mổ ngay trong phần giấy xuất viện nhưng trên căn cứ Nhà nước có những quy định cụ thể về giới hạn ngày nghỉ đối với các loại bệnh khác nhau, giải quyết được tình trạng người bệnh phải đi lại xin giấy nghỉ nhiều lần, rất mất thời gian, công sức mà cũng tránh được tình trạng lạm dụng quyền ghi ngày nghỉ bừa bãi của bác sĩ (trong trường hợp bệnh nhân có yêu cầu và mong muốn nhờ riêng bác sĩ viết giấy ngày nghỉ nhiều hơn).

Nên khuyến khích các đơn vị sử dụng phương thức thanh toán tính chi phí hiệu quả chứ không áp đặt một phương thức thanh toán bất kỳ nào. Mỗi đơn vị thực hiện thanh toán BHYT được chủ động lựa chọn phương thức thanh toán phù hợp với tình hình, điều kiện và đặc trưng đơn vị mình nhưng đảm bảo tính chi phí hiệu quả. Cách làm đó vừa giảm tải được những vướng mắc trong việc thực hiện thanh toán BHYT cho bệnh nhân vừa phát huy được tính chủ động,

sáng tạo của mỗi đơn vị, giảm được gánh nặng quản lý và nguy cơ vỡ quỹ khi quản lý chung thống nhất theo một mối.

Một yếu tố nữa cần đề cập tới đó là việc Bộ Y tế và các cơ quan liên quan cần tiến hành ban hành danh mục thuốc, hoá chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT một cách nhanh chóng, cập nhật và quy định phù hợp với các loại bệnh, đặc biệt là những loại thuốc đặc trị cho những bệnh nặng. Khi có thuốc mới hoặc loại bỏ một số loại thuốc cũ thì ngay lập tức Bộ cần phải có những văn bản quy định chặt chẽ.

Trong cơ chế thị trường, CSSK được cung ứng dưới dạng các dịch vụ. Tuy sức khoẻ không thể xem như hàng hoá đơn thuần mà phải là loại hàng hoá đặc biệt. Nhưng cung ứng dịch vụ CSSK cũng đòi hỏi phải hoạch toán, cân bằng thu chi. Không thể nghĩ đơn giản là cứ giao nhiệm vụ cho ngành y tế và ra lệnh bắt buộc ngành y tế phải phục vụ đầy đủ và có chất lượng cao mà không tính đến cân bằng thu chi. Trong nền kinh tế vận hành theo cơ chế bao cấp triệt để và kế hoạch hoá tập trung, chúng ta đã quen với việc ra lệnh yêu cầu ngành y tế phải phục vụ với tinh thần và chất lượng cao nhất trong khi ngành y tế không phải lo nguồn tài chính mà được nhà nước bao cấp từ A đến Z, việc hạch toán không được đặt ra cho bất kỳ một trường hợp bệnh nào, công tác y tế không mang tính chất dịch vụ có điều kiện về tài chính.

Ngày nay tình hình đã khác hẳn: CSSK được cung cấp dưới dạng dịch vụ, nguồn tài chính dành cho y tế không còn được bao cấp. Vì vậy ngành y tế phải thực hiện “thu đủ chi” dựa trên cân đối giữa “giá thành” và “giá”. Việc xác định giá thành rất quan trọng ở chỗ: trước hết nó là chỗ dựa cho xác định giá, chỉ sau khi xác định giá thành thì mới quy giá cho các dịch vụ. Hơn thế đó cũng là căn cứ kinh tế để so sánh và yêu cầu đơn vị cung ứng dịch vụ thực hiện đúng chất lượng của dịch vụ (không phải là cứ chi phí cao thì chất lượng mới cao nhưng khi đã tính đúng và đủ giá thành thì đơn vị cung ứng dịch vụ phải luôn có nghĩa vụ đảm bảo chất lượng dịch vụ và người bệnh có căn cứ để yêu cầu đơn vị cung ứng dịch vụ phải thực hiện dịch vụ có chất lượng). Không thể có dịch vụ y tế có chất lượng mà lại không tính toán đủ giá thành hoặc cắt xén giá thành khi hạch toán. Ngoài ra có xác định được giá thành các dịch vụ y tế thì mới có cơ sở để dự tính tổng chi xã hội cho y tế và lập kế hoạch của các nguồn thu. Việc định giá phải đảm bảo nguyên tắc chí ít cũng thu đủ chi phí đầu vào đã bỏ ra. Tại các cơ

sở y tế công lập và kể cả y tế tư không vì mục đích lợi nhuận, sự chênh lệch giữa giá với giá thành không ở mức cao. Ngoài ra việc định giá còn phụ thuộc vào quan hệ cung – cầu trong từng thời điểm. Có khi giá được xác định thấp hơn giá thành với mục đích khuyến mãi. Trong chính sách tài chính y tế, càng tiến đến áp dụng chế độ một giá với mỗi loại dịch vụ cho tất cả các đối tượng thì càng tốt (có như vậy thì mới có dịch vụ với chất lượng ngang nhau cho các đối tượng khác nhau). Không giống với các loại dịch vụ khác, do tính chất nhân đạo của y tế, hầu như đối với các gói dịch vụ thuần túy y tế và liên quan đến sinh mạng (dịch vụ y tế thiết yếu), không nên (và nếu xét trên phương diện đạo đức thì không thể) phân chia thành “gói dịch vụ rẻ tiền” dành cho người nghèo và “gói dịch vụ đắt tiền” dành cho người giàu. Việc đặt giá và việc **thu theo giá** lại là hai việc khác nhau nhưng liên quan với nhau chặt chẽ. Tùy theo đối tượng và mục tiêu an sinh xã hội, bệnh nhân có thể chỉ trả trực tiếp cho đơn vị cung ứng dịch vụ một phần của giá, thậm chí không trả chút nào (các đối tượng hưởng chính sách xã hội). Trong trường hợp này, các cơ quan an sinh xã hội (như BHYT, quỹ từ thiện hay nhà nước thông qua mua BHYT cho người dân) phải thay bệnh nhân bù đắp chi phí cho cơ sở cung ứng để có đủ giá thành. Có như vậy thì mới tiến đến một nền y tế giảm dần sự khác biệt về chất lượng trong khám chữa bệnh giữa người giàu và người nghèo và công bằng bền vững. Nguyên tắc này cũng làm cho ngành y tế dễ thực hiện tự chủ, công khai, minh bạch trong tài chính và tránh những tiếng tăm xấu do có cách biệt trong đối xử y tế với các đối tượng khác nhau trong xã hội. Phát triển nhanh và vững chắc BHYT và coi đây là nguồn thu chính thay cho viện phí.

2.5. Phát triển chương trình BHYT cộng đồng.

Hiện tại ở Việt Nam, trong khi người nghèo phải chi đến 13% ngân sách gia đình cho y tế, nhưng hơn 80% hộ nghèo không có bảo hiểm y tế, và vấn đề đặt ra nhiều thách thức cho viện chăm sóc sức khỏe cho người nghèo. Một giải pháp đã được thực hiện thành công ở Trung Quốc [10] và một số nước có nền kinh tế phát triển tương đương như nước ta là bảo hiểm y tế cộng đồng. Mục tiêu của chương trình BHYTCD là phổ quát hóa bảo hiểm y tế ở bình diện cho toàn quốc, bằng cách huy động và sử dụng ngân quỹ từ địa phương và ngoài địa phương, kể cả ngoài hệ thống y tế, dựa vào nguyên tắc tự nguyện. Triết lý của chương trình này là “lá lành đùm lá rách” (trương trợ xã hội): người giàu hỗ trợ

người nghèo, người có việc làm hỗ trợ người không có việc làm, và người khỏe mạnh hỗ trợ người có bệnh.

Tùy theo quốc gia, chương trình BHYTCD dựa vào sự tự nguyện của dân trong các làng xã ở nông thôn, và nguyên tắc hoạt động cũng giống như Quỹ tín dụng hiện khá thành công ở nông thôn. Chương trình BHYTCD có thể được quản lí bởi chính quyền địa phương, công ti tư nhân (không lấy lời), hay Sở Y tế tỉnh hay Sở thương binh xã hội. Một hội đồng quản trị được bầu ra để quản lí quỹ BHYTCD, và công khai tất cả chi thu.

Theo chương trình BHYTCD, mỗi làng xã cần vận động khoảng 60% các hộ đóng góp vào quỹ y tế như là một hình thức đầu tư cho sức khỏe. Quỹ có thể hình thành từ hai nguồn: trích khoảng 1,5 đến 2% thu nhập, và Nhà nước đóng góp khoảng 0,2 đến 0,5% GDP. (Ở các nước Phi châu, ngay cả niên liễm 5% đến 10% ngân sách gia đình được xem là quá đắt và rất ít người tham gia). Ở Thái Lan, sau 12 năm triển khai chương trình, hiện nay tỉ lệ dân số tham gia vào chương BHYTCD chỉ 35%, nhưng quỹ có thể cung cấp bảo hiểm cho 100% dân số. Quỹ BHYTCD chi cho các dịch vụ như khám thai, tiêm vắc-xin cho trẻ em dưới 8 tuổi, dịch vụ cứu thương, và chi phí một số ngày nằm bệnh viện mỗi năm cho hội viên. Qua thực tế triển khai tại các nước đang phát triển ở Phi châu và Á châu, quỹ BHYTCD chẳng những tiết kiệm ngân sách gia đình mà còn cung cấp một “lá chắn” hữu hiệu cho các hộ nghèo khi có vấn đề bệnh tật.

Thật ra, chương trình BHYTCD cũng từng được giới thiệu ở Việt Nam, nhưng việc triển khai chương trình vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Do đó, cần phải nghiên cứu thêm về tính khả thi và lợi ích của chương trình đối với các hộ nghèo và nông dân. Kinh nghiệm triển khai chương trình BHYTCD ở các nước đang phát triển cho thấy, một số yếu tố có ảnh hưởng đến quyết định tham gia vào chương trình: tiền niên liễm và uy tín của chính quyền địa phương trong việc quản lí chương trình.

Ngày nay, ở nước ta càng ngày càng có ít người chết vì những bệnh truyền nhiễm, nhưng phần đông chết vì những bệnh liên quan đến ăn uống và thừa thải thực phẩm, và việc điều trị thường quá khả năng tài chính của bệnh nhân. Những bệnh thường hay gặp nhất ở nông thôn ngày nay là: cao huyết áp, tiểu đường, khớp xương, tim mạch và tai biến mạch máu não. Chi phí cho điều trị,

phần lớn là bệnh viện phí và thuốc, cho những bệnh này đã và đang làm cho nhiều gia đình điêu đứng.

Trong thời hòa bình, giáo dục và y tế là hai vấn đề xã hội được quan tâm nhiều nhất. Tại các nước Tây phương, mỗi lần tranh cử là mỗi lần hai vấn đề này được đem ra phân tích và bàn thảo nhiều nhất. Ở nước ta, trong thời gian qua, vấn đề giáo dục đã được “mỏ xẻ” nhiều, nhưng vấn đề y tế tuy nhức nhối hơn và nghiêm trọng hơn thì lại chưa nhận được quan tâm đúng mức của quần chúng và chính quyền địa phương. Trong khi các bệnh viện tỉnh và huyện xuống cấp nghiêm trọng thì chính quyền lại tập trung vào việc xây dựng các trụ sở ủy ban và đảng ủy. Thay vì tập trung đầu tư vào các cơ quan hành chính, tôi đề nghị một mặt Nhà nước cần phải đầu tư nhiều hơn nữa cho y tế, mặt khác, nông thôn Việt Nam cần có một quỹ bảo hiểm như BHYTCD để đảm bảo mọi người dân hưởng các dịch vụ y tế và nâng cao chất lượng cuộc sống cho mọi người dân.

2.6. Tăng cường vai trò của Nhà nước trong chỉ đạo và triển khai xã hội hóa BHYT.

Chính sách BHYT ở Việt Nam bắt đầu được triển khai từ năm 1992. Theo Điều lệ BHYT được ban hành kèm theo Nghị định 299/NĐ/CP của Chính phủ, BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế; BHYT các tỉnh và ngành trực thuộc BHYT Việt Nam. Đến 1998, thực hiện Nghị định số 58/1998/NĐ-CP của Chính phủ, BHYT Việt Nam được thành lập trên cơ sở thống nhất hệ thống cơ quan BHYT từ trung ương đến địa phương và BHYT ngành để quản lý và thực hiện chính sách BHYT. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất trên phạm vi cả nước. Từ 1-1-2003, BHYT sáp nhập vào Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Bảo hiểm Xã hội Việt Nam là cơ quan tổ chức thực hiện chính sách BHYT. Đến ngày 8-8-2005 Chính phủ đã có Quyết định thành lập Vụ BHYT thuộc Bộ Y tế để thực hiện chức năng quản lý nhà nước về BHYT.

Trong gần 17 năm qua, Chính phủ và các bộ, ngành liên quan đã ban hành nhiều văn bản pháp luật về BHYT, tạo cơ sở pháp lý cho việc triển khai chính sách BHYT, góp phần tích cực tạo nguồn tài chính cho việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Đặc biệt, tại kỳ họp thứ 4, vào ngày 14-11-2008, Quốc hội khoá XII đã thông qua Luật BHYT và bắt đầu có hiệu lực từ ngày 1-7-2009 và ngày này đã được Thủ tướng Chính phủ quyết định là Ngày BHYT Việt

Nam theo Quyết định số 823/QĐ-TTg ngày 16-6-2009. Nội dung của Luật BHYT đã cơ bản khắc phục được những vướng mắc, tồn tại trong việc thực hiện chính sách tài chính y tế để từng bước tiến tới mục tiêu xã hội hóa BHYT theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

Để từng bước hoàn thiện chính sách về xã hội hóa BHYT, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh BHYT, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao và đa dạng về khám, chữa bệnh của nhân dân, nhất là của những người tham gia BHYT trong thời gian tới cần đẩy mạnh thực hiện một số giải pháp sau:

1. Nâng cao nhận thức của cấp ủy đảng, chính quyền, các tổ chức đoàn thể và mọi người dân về ý nghĩa, tầm quan trọng của xã hội hóa BHYT và nghĩa vụ của mỗi người dân trong tham gia xã hội hóa BHYT và thực hiện chính sách xã hội hóa BHYT.

2. Tăng cường trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền các cấp trong việc lãnh đạo, chỉ đạo và tổ chức triển khai thực hiện chính sách xã hội hóa BHYT, triển khai thực hiện Luật BHYT với 3 nội dung cụ thể là:

- Xây dựng và ban hành các văn bản dưới luật;
- Tổ chức việc học tập phổ biến, tuyên truyền nội dung của Luật;
- Xây dựng chỉ tiêu dân số tham gia BHYT và danh ngân sách nhà nước để mua BHYT cho người nghèo, người cận nghèo và các đối tượng chính sách xã hội trong kế hoạch phát triển kinh tế xã hội;

3. Tăng cường và đổi mới công tác thông tin, truyền thông về xã hội hóa BHYT: của các cơ quan thông tấn, báo chí; tuyên truyền cho từng đối tượng cụ thể, nhất là một số đối tượng cần được đặc biệt quan tâm như nông dân, người cận nghèo, học sinh, sinh viên và chủ sử dụng lao động. Công tác thông tin, tuyên truyền phải tham gia tích cực vào việc giới thiệu gương tốt trong thực hiện BHYT, đồng thời phát hiện và phê phán những đơn vị và cá nhân không chấp hành nghiêm hay vi phạm Luật BHYT.

4. Củng cố và nâng cao năng lực bộ máy thực hiện xã hội hóa BHYT; tăng cường đào tạo nâng cao chuyên môn, nghiệp vụ cho cán bộ làm công tác BHYT; tăng cường hợp tác quốc tế, đẩy mạnh nghiên cứu khoa học, tổng kết kinh nghiệm... để hoàn thiện chính sách xã hội hóa BHYT.

5. Tăng cường năng lực quản lý nhà nước về xã hội hóa BHYT, đẩy mạnh công tác thanh tra, kiểm tra, giám sát, xử lý nghiêm các vi phạm; đề xuất động viên khen thưởng kịp thời các trường hợp thực hiện tốt chính sách xã hội hóa BHYT. Xây dựng và triển khai thực hiện hiệu quả các quy chế phối hợp trong hoạt động xã hội hóa BHYT.

- Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh BHYT, tập trung cải cách thủ tục hành chính, nâng cao đạo đức nghề nghiệp cho cán bộ y tế;

- Sử dụng tốt các nguồn đầu tư cho mạng lưới khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt là y tế cơ sở;

- Thực hành tiết kiệm trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

2.7. Đào tạo nguồn nhân lực đáp ứng yêu cầu xã hội hóa BHYT:

Chủ trương xã hội hóa BHYT nảy sinh vấn đề nguồn nhân lực vì vậy việc kế hoạch hóa nguồn nhân lực là yếu tố quan trọng để thúc đẩy xã hội hóa BHYT. Cần chú trọng chất lượng nguồn nhân lực, số lượng nguồn nhân lực và nguồn cung ứng nguồn nhân lực trong tương lai. Người lao động phải có kiến thức tổng quát về đặc thù của riêng lĩnh vực BHYT, có trình độ tin học sử dụng các phần mềm ứng dụng trong . Đối với các nhân viên giao dịch phải có các kỹ năng bán hàng, kỹ năng maketing, giao tiếp. Tạo điều kiện phát huy hết tiềm năng, bồi dưỡng hoàn thiện kiến thức, nâng cao kỹ năng trong công tác đối với các nhân viên. Phối hợp với các trường chuyên ngành mở các lớp tập huấn cập nhật thêm kiến thức mới về BHYT, đồng thời doanh nghiệp cần phối hợp công tác đào tạo chính sách chế độ đãi ngộ giữ chân những nhân viên giỏi. Cần tiến hành đào tạo phát triển nguồn nhân lực tại chỗ thông qua các cơ sở, các trường đào tạo chuyên ngành. Lựa chọn các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp trường có chuyên ngành phù hợp gắn với BHYT để phối hợp đào tạo xã hội hóa BHYT. Các doanh nghiệp phối hợp tuyển dụng, đào tạo, lương, đãi ngộ để duy trì đội ngũ nhân viên giỏi nâng cao hiệu quả hoạt động kinh doanh và tính cạnh tranh khi có các doanh nghiệp nước ngoài tham gia vào thị trường . Để đạt mục tiêu mở rộng cung cấp dịch vụ và nâng cao hiệu quả cung ứng dịch vụ BHYT thì cần bổ sung thêm kiến thức tin học ứng dụng và kinh doanh. Đổi mới hoạt động sản xuất kinh doanh theo nâng cao hiệu suất của lao động làm việc trong lĩnh vực BHYT, có chế độ tuyển dụng hợp lý trên cơ sở

hiệu quả, xây dựng chế độ sát hạch, thưởng phạt để khuyến khích tăng năng suất lao động.

Mở rộng quan hệ hợp tác trong nước và quốc tế trong đào tạo nguồn nhân lực BHYT, chú trọng đào tạo nguồn nhân lực có trình độ cao về nghiệp vụ và quản lý. Xây dựng chương trình nội dung cụ thể và triển khai các lớp học bổ túc thường xuyên, các lớp nâng cao của cán bộ trong bộ máy quản lý Nhà nước cũng như trong các doanh nghiệp. Xây dựng và thực hiện các chương trình đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn, đào tạo nhân lực BHYT đạt tiêu chuẩn cao.

Như vậy, mối quan hệ giữa người bệnh, người cung cấp dịch vụ (bác sĩ - bệnh viện), người quản lý quỹ BHYT không có tiếng nói chung và cuối cùng trở thành mâu thuẫn gay gắt. Một trong những nguyên nhân đó là do cơ chế chi trả BHYT bất hợp lý, không sòng phẳng, dẫn đến tình trạng phân biệt đối xử giữa người có thẻ BHYT và người tự chi trả theo giá bệnh viện yêu cầu. Cũng do cơ chế chi trả BHYT mà có lúc quỹ bị thâm hụt, có lúc lại kết dư, vấn đề cần đặt ra là sự quản lý thống nhất, khoa học và hợp lý nhằm đáp ứng yêu cầu khách quan của quá trình phát triển kinh tế thị trường theo định hướng XHCN và là bước đi quan trọng tạo đà tiến tới BHYT toàn dân, tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện chính sách XHH công tác CSSK nhân dân với mục tiêu cao cả là xây dựng chính sách y tế công bằng, hiệu quả và phát triển, góp phần đưa chúng ta tiến tới nhanh và gần với BHYT toàn dân vào năm 2014 như đã định.

TTBD ĐBDC

