

Những bất cập từ cơ chế, chính sách thực hiện bảo hiểm y tế và một số khuyến nghị để thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân của Việt Nam

Ths. Lê Minh Tuyền

Bệnh viện Tim Hà Nội

TS. Mai Ngọc Anh

Đại học Kinh tế Quốc dân

Email: maingocanh.ktqd@gmail.com

Mục tiêu thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân vào năm 2014 của Việt Nam đang đứng trước những thách thức nhất định do mức độ bao phủ của BHYT hiện nay mới đạt khoảng 60% dân số. Chính vì vậy việc đi vào phân tích những nguyên nhân về cơ chế chính sách trong thực hiện BHYT hiện nay là cần thiết để tìm ra những hạn chế để có thể đưa ra những khuyến nghị nhằm mở rộng phạm vi bao phủ của BHYT và thực hiện được mục tiêu BHYT toàn dân.

Từ khóa: BHYT, chính sách, đối tượng tham gia

1. Thực trạng phát triển bảo hiểm y tế ở Việt Nam đến năm 2012

Với các chủ trương chính sách của Nhà nước được xây dựng và từng bước hoàn thiện, quyền lợi của người tham gia BHYT được nâng cao, sự tiếp cận dịch vụ y tế với thẻ BHYT của người dân ngày càng trở nên dễ dàng hơn. BHYT đã đảm bảo cho hàng chục triệu người nghèo, người có công với nước, hàng chục ngàn người mắc bệnh hiểm nghèo có đủ tiền chữa bệnh với chi phí lớn mà cá nhân gia đình không thể tự trang trải, giúp họ thoát khỏi khó khăn khi ốm đau, bệnh tật để ổn định cuộc sống. Chính vì vậy, đối tượng tham gia vào hệ thống bảo hiểm y tế (bắt buộc và tự nguyện) ngày một gia

tăng. Bảng 1 cho thấy kết quả số người tham gia BHYT nói chung, BHYTTN nói riêng.

Nếu như năm 1993, nước ta có 3.790 ngàn người mua BHYT, thì đến năm 2007 có 36.500 ngàn người, đạt tỷ lệ 43,3%; năm 2008 có 39.700 ngàn người, đạt tỷ lệ 46,6%; năm 2009, cả nước có 50.070 ngàn người, đạt tỷ lệ 58,2%; và năm 2010 có 51.140 ngàn người, đạt tỷ lệ 58,8%. Sự mở rộng mức độ bao phủ của bảo hiểm y tế ở Việt Nam trong gian vừa qua chủ yếu là do ngày càng nhiều lao động ở khu vực chính thức tham gia vào hệ thống này; còn đối với những đối tượng ở ngoài khu vực chính thức bao gồm nông dân và lao động phi chính thức thì mức độ bao phủ của loại hình bảo hiểm này

Bảng 1: Tình hình tham gia BHYTTN ở Việt Nam

Đơn vị tính: Người

	1993	1995	2007	2008	2009	2010	2012
Bảo hiểm y tế	3.790	7.100	36.500	39.700	50.070	51.140	60.000 *
- BHYTBB	3.470	4.870	11.600	13.500	34.700	47.000	
- BHYT người nghèo		-	15.500	15.600	-	-	
- BHYTTN	320	2.230	9.400	10.600	15.300	4.200	

*Nguồn: BHXHVN (2010); * Bộ LĐTB&XH, 2013*

tăng trưởng không ổn định. Nếu năm 2007 trên cả nước có 9.400 ngàn người mua BHYT, thì đến năm 2008 con số này tăng lên đạt 10.600 ngàn người, và tiếp tục gia tăng lên 15.300 ngàn người ở năm 2009. Tuy nhiên, đến năm 2010, số người mua BHYT trên cả nước chỉ còn 4.200 ngàn người, giảm so với năm 2009 là 11.100 ngàn người. Nói cách khác, phạm vi bao phủ BHYT đối với nông dân, người lao động khu vực phi chính thức không những vẫn còn thấp mà chưa ổn định. Mặc dù các hộ cận nghèo đã được Nhà nước hỗ trợ kinh phí tham gia BHYT tới 50% mức kinh phí và nhiều địa phương hỗ trợ đến 80% kinh phí (Mai Ngọc Cường, 2013), nhưng sự tham gia của người lao động vào BHYT vẫn còn khó khăn. Đây vẫn là vấn đề thách thức của quyết tâm thực hiện BHYT toàn dân vào năm 2014.

2. Những bất cập về cơ chế, chính sách trong triển khai bảo hiểm y tế ở nước ta hiện nay

Thứ nhất, từ môi trường luật pháp và cơ chế chính sách thực hiện BHYT

Các văn bản quy phạm pháp luật có liên quan đến thực hiện chính sách BHYT ở nước ta còn có bất cập, chưa đồng bộ như quy định về viện phí, đầu thầu thuốc, xã hội hóa trong khám chữa bệnh, khám chữa bệnh của trẻ dưới 6 tuổi, người cao tuổi...

Cơ chế về quản lý sử dụng quỹ BHYT gặp nhiều khó khăn. Tình trạng lạm dụng quỹ BHYT còn xảy ra ở nhiều cơ sở khám chữa bệnh, biểu hiện bằng các hình thức như: Chỉ định xét nghiệm đồng loạt, cắt đoạn một dịch vụ kỹ thuật thanh toán nhiều lần, thực hiện các dịch vụ kỹ thuật sử dụng máy móc thiết bị được trang bị từ nguồn vốn xã hội hóa rộng rãi, quá mức cần thiết so với tình trạng bệnh lý; lập hồ sơ bệnh án không để thanh toán BHYT; thống kê những chi phí không thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT; thanh toán trùng lặp, chênh lệch so với thực tế, kê sai số lượng, đơn giá thuốc, lạm dụng khám cận lâm sàng, thu trùng chi phí KCB, 2-3 bệnh nhân nằm ghép một giường bệnh nhưng vẫn thanh toán chi phí tiền giường theo số người bệnh theo định suất giường bệnh,...

Cơ chế quản lý thuốc chữa bệnh chưa đồng bộ và thiếu hiệu quả, giá thuốc ở Việt Nam cao hơn giá thuốc của các nước trong khu vực từ 10% đến 20% và không ổn định theo xu hướng tăng liên tục, thậm chí giá thuốc chênh lệch giữa các bệnh viện trong cùng một tỉnh và giữa các tỉnh cùng một khu vực.

Thực tế chi phí cho thuốc chiếm tỷ trọng lớn từ 60 đến 70% trong tổng chi phí khám chữa bệnh. Thống kê hàng năm cho thấy mức gia tăng do chi phí về thuốc ngày càng lớn, nhiều loại biệt dược được sử dụng quá mức cần thiết.

Việc phê duyệt giá viện phí chưa thực hiện đúng nguyên tắc và lộ trình của liên bộ, hầu hết các địa phương phê duyệt giá viện phí ở mức giá tối đa của Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH trong khi điều kiện kinh tế xã hội, mức thu nhập của dân cư còn thấp và chất lượng các dịch vụ khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế ở các tỉnh còn thấp.

Quy định đối tượng tự nguyện không ràng buộc các điều kiện tham gia, dẫn đến tình trạng nhiều người ốm mới tham gia BHYT, thậm chí khá nhiều người khi bản thân đã mắc bệnh nặng, bệnh hiểm nghèo có chi phí rất lớn mới đóng BHYT để được thanh toán hàng trăm triệu đồng từ quỹ BHYT.

Một số nội dung trong các văn bản hướng dẫn thực hiện BHYT còn bất cập, chưa phù hợp với thực tiễn: Không khống chế mức trần thanh toán BHYT tối đa/1 người trong năm; bổ sung nhiều danh mục kỹ thuật cao vượt quá khả năng thanh toán của quỹ BHYT (mức quỹ BHYT bình quân một người trong năm 2010 là 466.000 đồng, mà thực tế trên địa bàn Hà Nội năm 2010 có 676 lượt người mức chi phí từ 100 triệu đến gần 400 triệu đồng/1 bệnh án); mở rộng nhiều biệt dược thanh toán BHYT làm cho quy trình quản lý giá gặp nhiều khó khăn; khung giá của các dịch vụ kỹ thuật này xây dựng không dựa trên chi phí thực tế tại các cơ sở khám chữa bệnh, sự chênh lệch giữa mức giá tối đa và mức giá tối thiểu trên một dịch vụ kỹ thuật tại khung giá quy định quá lớn, có loại dịch vụ kỹ thuật được quy định chênh lệch gấp 10 lần làm tăng thêm gánh nặng của quỹ BHYT (Bộ Y tế, ..., 2006).

Chưa có quy định cụ thể về việc xử phạt các vi phạm trong lĩnh vực BHYT, do đó chưa hạn chế được tình trạng lạm dụng quỹ BHYT vẫn đang diễn ra hiện nay.

Thứ hai, trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT. Mặc dù thanh toán theo phí dịch vụ là một phương thức kém hiệu quả nhưng lại chưa có sự chỉ đạo kiên quyết từ phía cơ quan quản lý nhà nước ở trung ương cũng như địa phương để đẩy nhanh tiến độ chuyển đổi phương thức thanh toán. Các cơ sở khám, chữa bệnh vẫn chủ yếu lựa chọn phương thức

thanh toán theo phí dịch vụ. Chưa có cơ chế khuyến khích cơ sở khám, chữa bệnh chuyển sang thực hiện các phương thức thanh toán tiên tiến, hiệu quả hơn nhằm tiết kiệm chi phí, nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT như thanh toán theo định suất, thanh toán theo nhóm chẩn đoán mà các nước trên thế giới đã và đang áp dụng.

Các cơ sở KCB chưa ý thức được trách nhiệm trong việc quản lý quỹ BHYT, do đó tranh thủ lạm dụng để tăng thu cho bệnh viện bằng nhiều hình thức lạm dụng đã nêu ở trên.

Quá trình cung cấp và quản lý thuốc, vật tư y tế còn tồn tại khá nhiều bất cập như: việc đấu thầu thuốc, vật tư y tế được giao cho các cơ sở y tế chủ trì, trong khi đó, cơ quan BHXH là đơn vị thanh toán tiền thuốc, vật tư y tế nhưng không có vai trò trong suốt quá trình đấu thầu cung ứng, do đó không kiểm soát được giá thuốc, vật tư y tế, thậm chí giá thuốc lại được đẩy lên cao hơn so với giá thị trường từ 20-30%.

Vấn đề xã hội hoá các trang thiết bị y tế trong khám, chữa bệnh của các cơ sở y tế là một chủ trương đúng nhưng trong thực tế đang bị lạm dụng để mang lại lợi ích cho một số ít cá nhân và đã trở thành một trong các vấn đề nóng bỏng ở không ít các địa phương như: một số cơ sở khám, chữa bệnh liên kết với tư nhân hoặc các hãng nước ngoài mua máy, trang thiết bị chẩn đoán, điều trị (máy siêu âm màu, CT Scanner, Cộng hưởng từ hạt nhân, máy mổ đục thủy tinh thể nhân tạo bằng Laser...) đặt tại các bệnh viện nhằm mục đích kinh doanh thông qua việc các bác sỹ tăng cường chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng để lạm dụng trong khi chưa có cơ chế quản lý tài chính đối với các nguồn đầu tư cá nhân vào các trang thiết bị của bệnh viện.

Việc quản lý khám chữa bệnh của nhân viên ngành y tế còn lỏng lẻo, nhân viên bệnh viện được đăng ký khám chữa bệnh (KCB) ban đầu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh và đi KCB nhiều hơn gấp 2 lần so với đối tượng khác như Bến Tre: 6 tháng năm 2011 tần suất sử dụng thẻ BHYT của nhân viên bệnh viện gần 4 lần/thẻ.

Đội ngũ cán bộ làm công tác giám định BHYT thiếu về số lượng và hạn chế về chất lượng chuyên môn, chưa đáp ứng được yêu cầu nhiệm vụ ngày càng tăng trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT; lãnh đạo Bảo hiểm xã hội ở một số tỉnh, thành phố chưa chỉ đạo sát sao công tác BHYT.

3. Một số khuyến nghị hoàn thiện cơ chế chính sách nhằm thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân

Việc thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân có đạt được hay không phụ thuộc vào phạm vi và mức độ bao phủ của loại hình này. Mức độ bao phủ của BHYT lại dựa vào số người tham gia. Trong khi nhóm đối tượng ở khu vực chính thức phải thực hiện nghĩa vụ tham gia, các đối tượng chính sách được nhà nước đảm bảo cho sự tham dự, còn lại người nông dân và lao động phi chính thức là nhóm đối tượng còn lại quyết định sự thành công của mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân mà Chính phủ hướng tới. Tuy nhiên, sự tham dự của đối tượng này lại phụ thuộc vào điều kiện kinh tế và nhận thức của họ. Chính vì thế, để thúc đẩy sự tham gia của nhóm đối tượng này, Nhà nước cần:

(i) *Hỗ trợ về kinh phí để khuyến khích họ tham gia.* Theo quan điểm của chúng tôi, những đối tượng được hỗ trợ không chỉ dừng lại ở những hộ cận nghèo mà còn cả những hộ có thu nhập trung bình. Bởi đây là nhóm ít có xu hướng tham gia bảo hiểm nhất do phân tích lũy của họ là rất thấp và hầu như không có. Tích lũy thấp, hoặc không có tích lũy thì dù có mong muốn người ta cũng sẽ không tham gia vào hình thức đóng hưởng dựa trên nguyên tắc sản sẽ rủi ro của bảo hiểm. Tuy nhiên mức hỗ trợ như thế nào thì còn tùy điều kiện kinh tế của địa phương. Xem Hộp 1.

(ii) *Giải quyết những vướng mắc về cơ chế chính sách cũng như những bất cập trong khâu sử dụng thẻ BHYT để khám chữa và điều trị bệnh.* Bởi những bất cập này sẽ gây ra những tác động xấu đến nhận thức của người dân về lợi ích khi sử dụng thẻ BHYT, làm giảm động cơ tham gia của nhóm đối tượng này. Để làm được điều này, trong giai đoạn tới chính phủ cần: 1) Thực hiện đồng bộ các giải pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh với việc đầu tư, mở rộng mạng lưới khám chữa bệnh, đặc biệt là y tế cơ sở thông qua thực hiện Đề án giảm tải bệnh viện, xây dựng gói quyền lợi phù hợp, tăng cường thực hiện xã hội hóa y tế, đa dạng các loại hình khám chữa bệnh, cải cách thủ tục hành chính, nâng cao chất lượng phục vụ và đáp ứng sự hài lòng của người bệnh tại những cơ sở khám chữa và điều trị bệnh bằng thẻ BHYT. 2) Đổi mới cơ chế tài chính y tế thông qua BHYT, từng bước thực hiện việc chuyển đổi cơ chế cấp ngân sách Nhà nước theo tinh thần Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP ngày 18/4/2005 của Chính phủ gắn với lộ trình tăng giá viện phí để

Hộp 1. Mức đóng bảo hiểm: Bao nhiêu là vừa để đến năm 2020 có hơn 90% dân số tham gia BHYT toàn dân?

Theo bà Tổng Thị Song Hương, Vụ trưởng Vụ BHYT cho biết: trong Đề án “Thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012 – 2015 và 2020” cũng đã đưa ra hai phương án cho mức đóng BHYT.

Phương án 1, với mức đóng giữ nguyên là 4,5% mức lương tối thiểu hiện hành và có tăng theo lộ trình lương tối thiểu của Bộ LĐTB&XH đã trình Chính phủ. Năm 2012, mức hỗ trợ cho người cận nghèo 70%, mức hỗ trợ cho học sinh, sinh viên là 30% và nông dân có mức sống trung bình là 30%. Từ năm 2013, mức hỗ trợ cho cận nghèo 70%, mức hỗ trợ cho học sinh, sinh viên là 50% và nông dân có mức sống trung bình là 30%. Theo phương án này, số tiền từ ngân sách nhà nước để đóng (toàn bộ mức đóng) và hỗ trợ một phần mức đóng cho các đối tượng dao động trong khoảng 37,3% - 41,4% tổng số thu BHYT. Bình quân mỗi năm ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ đóng phải tăng thêm khoảng 6.000 tỷ đồng, dự kiến là 107.529 tỷ đồng trong 4 năm từ 2012-2015.

Phương án 2, với mức tăng lên 5% và lương tối thiểu tăng theo lộ trình của Bộ LĐTB&XH đã trình Chính phủ. Từ năm 2013, mức đóng BHYT bằng 5% mức tiền lương, tiền công, lương hưu, trợ cấp BHXH hoặc mức lương tối thiểu, riêng học sinh, sinh viên và thân nhân người lao động đóng 3,3% mức lương tối thiểu. Năm 2012, mức hỗ trợ cho cận nghèo là 70%, mức hỗ trợ cho học sinh, sinh viên là 30% và nông dân có mức sống trung bình là 30%. Từ năm 2013, mức hỗ trợ cho người cận nghèo, học sinh, sinh viên là 70% và nông dân có mức sống trung bình là 50%. Theo phương án này, số tiền từ ngân sách nhà nước để đóng (toàn bộ mức đóng) và hỗ trợ một phần mức đóng cho các đối tượng dao động trong khoảng 39,4% - 43,2% trong số thu BHYT. Bình quân mỗi năm ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ đóng tăng thêm khoảng 8.000 tỷ đồng, dự kiến là 122.989 tỷ đồng trong 4 năm từ 2012-2015.

Hiện phương án 1 đang nhận được sự đồng tình của nhiều các chuyên gia hơn cả. Tuy nhiên, theo lãnh đạo Bộ Y tế, muốn Đề án này thực hiện được đúng lộ trình thì điều quan trọng là mỗi người dân cần được nâng cao được nhận thức, hiểu biết về quyền lợi khi tham gia bảo hiểm./.

Thanh Tâm, 2012

thực hiện chuyển hình thức cấp ngân sách của Nhà nước từ cấp cho cơ sở cung ứng dịch vụ sang cấp trực tiếp cho đối tượng thụ hưởng dịch vụ y tế thông

qua hình thức BHYT...

Thực hiện được điều này, thì mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân mới có khả năng trở thành hiện thực.□

Tài liệu tham khảo:

1. Mai Ngọc Anh (2010): An sinh xã hội đối với nông dân trong điều kiện kinh tế thị trường ở Việt Nam. NXB Chính trị quốc gia.
2. Bộ Y tế, Bộ Tài Chính, Bộ Lao động thương binh và xã hội- Ban Vật giá chính phủ (2006) Số 03/2006/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH ngày 26/01/2006 V/v Bổ sung Thông tư liên Bộ số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của liên Bộ Y tế - Tài chính - Lao động Thương Binh và Xã hội - Ban Vật giá Chính phủ hướng dẫn thực hiện việc thu một phần viện phí.
3. Mai Ngọc Cường (2013): Một số vấn đề cơ bản về an sinh xã hội ở Việt Nam giai đoạn 2012-2020. NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội, 2013.
4. Tổng Thị Song Hương (2013): Những giải pháp thực hiện lộ trình BHYT toàn dân; <http://suckhoedoisong.vn/20120628101214360p61c100/nhung-giai-phap-thuc-hien-lo-trinh-bhyt-toan-dan.htm> (ngày 15/3/2013).
5. Thanh Tâm (2012) Tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân: thách thức còn lớn. Baomoi.com/144/905.4972.epi
6. Lê Minh Tuyền (2011): Hoàn thiện cơ chế quản lý tài chính bệnh viện công trong điều kiện kinh tế thị trường, lấy ví dụ ở Bệnh viện Tim Hà Nội, Luận văn thạc sĩ tại Đại học Kinh tế Quốc dân.