

XÂY DỰNG LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM

*Lê Thị Hoài Thu**

1. Chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam

Bảo hiểm y tế (BHYT) là một trong những chính sách xã hội của nhà nước ta, là một trong những loại hình được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nhằm trợ giúp các thành viên tham gia chi phí khám chữa bệnh khi họ không may gặp rủi ro, đau ốm cần phải khám, điều trị. BHYT có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện công bằng xã hội, bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Ở nước ta, những năm trước đây Nhà nước bao cấp hoàn toàn công tác khám, chữa bệnh. Khi nền kinh tế đất nước chuyển dần sang kinh tế thị trường thì sự bao cấp cho y tế đã không còn phù hợp và ngày càng bộc lộ những hạn chế. Thực hiện đường lối đổi mới của Đảng, Quốc hội khoá VIII kỳ họp thứ 6 đã cho phép Hội đồng Bộ trưởng chỉ đạo triển khai thí điểm BHYT ở một số địa phương cũng như thực hiện chế độ thu viện phí của một số đối tượng. Việc triển khai cơ chế thu viện phí bên cạnh một số mặt tích cực, cũng tiếp tục bộc lộ những hạn chế bất cập mới và xuất hiện những tiêu cực trong công tác khám chữa bệnh. Bệnh viện vắng bệnh nhân và xuống cấp nghiêm trọng, công suất giường bệnh đạt thấp, các đối tượng chính sách xã hội, người về hưu, người thu nhập thấp, người nghèo gặp nhiều khó khăn trong khám chữa bệnh. Trong bối cảnh đó, Bộ Y tế đã tích cực tổ chức chỉ đạo thí điểm BHYT ở một số tỉnh từ năm 1989 nhằm tiến tới xây dựng một hệ thống BHYT thống nhất, thay dần cho việc thu viện phí. Việc triển khai thí điểm BHYT, với phương thức huy động đóng góp của nhân dân, hình thành quỹ BHYT, trả tiền viện phí thay cho những người tham gia BHYT, thông qua hợp đồng với các bệnh viện. Kết quả tổ chức thí điểm BHYT ở

các địa phương và một số ngành đã đóng góp cho việc tổng kết thực tiễn, nghiên cứu, đúc rút kinh nghiệm để triển khai trên phạm vi cả nước sau này. Cơ sở pháp lý quan trọng để BHYT Việt Nam ra đời đã được quy định tại Điều 39 của Hiến pháp 1992: “Nhà nước đầu tư phát triển và thống nhất quản lý sự nghiệp sức khỏe của nhân dân, huy động và tổ chức mọi lực lượng xã hội xây dựng nền y học Việt Nam theo hướng dự phòng, kết hợp phòng bệnh với chữa bệnh, phát triển và kết hợp y dược cổ truyền với y dược học hiện đại, kết hợp phát triển y tế nhà nước với y tế nhân dân; thực hiện bảo hiểm y tế, tạo điều kiện cho mọi người được chăm sóc y tế”. Trên cơ sở đó, chúng ta đã xây dựng và từng bước hoàn thiện chế độ BHYT với các văn bản pháp lý quan trọng như: Điều lệ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/08/1992; Điều lệ bảo hiểm y tế ban hành kèm theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP; Thông tư liên tịch số 15/1998/TTLT-BYT-BTC-BLĐTBXH ngày 5/12/1998 hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc. Thông tư số 77/2003/TTLB-BTC-BYT ngày 7/8/2003 hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện. Với những văn bản trên và thực tiễn thực hiện bảo hiểm y tế những năm gần đây, chế độ bảo hiểm y tế đã bộc lộ những bất cập nhất định đòi hỏi cấp thiết phải có sửa đổi, bổ sung nhằm hoàn thiện, do vậy, ngày 16/5/2005 Chính phủ đã ban hành Nghị định số 63/2005/NĐ-CP kèm theo Điều lệ bảo hiểm y tế mới, đánh dấu điểm mốc phát triển hoàn thiện của chế độ bảo hiểm y tế. Tiếp sau đó một loạt các văn bản hướng dẫn thi hành ra đời như: Thông tư số 21/2005/TTLB-BYT-BTC ngày 27/7/2005 ban hành hướng dẫn thực hiện chế độ bảo hiểm y tế bắt buộc, Thông tư số 22/TTLB-BYT-BTC ngày 24/8/2005 ban hành hướng dẫn thực hiện chế độ bảo hiểm y tế tự nguyện, Quyết định số 36/2005/QĐ-BYT ngày 31/10/2005 của Bộ Y tế ban hành danh mục dịch vụ kỹ thuật cao,

* TS. Luật học, GVC. Khoa Luật - Đại học Quốc gia Hà Nội

chi phí lớn được bảo hiểm xã hội thanh toán. Tiếp đến là Thông tư liên tịch số 06/2006/TTLT- BYT- BTC ngày 30/03/2007 của liên Bộ Y tế, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện (thay thế Thông tư liên tịch số 22). Sau hơn tám tháng thực hiện, Thông tư này đã bộc lộ nhiều bất cập khi hầu hết các địa phương triển khai gặp nhiều khó khăn vì không hội đủ các điều kiện tham gia BHYT tự nguyện. Trên tinh thần tạo điều kiện thuận lợi nhất cho người dân khi tham gia BHYT tự nguyện, ngày 10/12/2007, Bộ Y tế và Bộ Tài chính đã ban hành Thông tư số 14/2007/TTLB - BYT - BTC, hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư 06. Chế độ bảo hiểm y tế là một chính sách xã hội do nhà nước tổ chức thực hiện nhằm huy động sự đóng góp của người lao động, người sử dụng lao động, các tổ chức và cá nhân trong việc thanh toán chi phí khám chữa bệnh theo quy định của pháp luật cho người có thể bảo hiểm y tế khi ốm đau.

Định hướng tiến tới BHYT toàn dân được Nghị quyết Đại hội Đảng IX chỉ rõ, các cấp các ngành trong toàn quốc đang tích cực tổ chức thực hiện. Quan điểm chỉ đạo của Đảng được tiếp tục khẳng định và nâng lên tầm cao hơn trong Nghị quyết số 46/NQ-TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị Ban chấp hành Trung ương về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, với quan điểm chỉ đạo: “Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo, trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Đầu tư cho lĩnh vực này là đầu tư phát triển, thể hiện bản chất tốt đẹp của chế độ. Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế theo hướng công bằng, hiệu quả và phát triển, nhằm tạo cơ hội thuận lợi cho mọi người dân được bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe với chất lượng ngày càng cao, phù hợp với sự phát triển kinh tế-xã hội của đất nước. Phát triển BHYT toàn dân, nhằm từng bước đạt tới sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe, thực hiện sự chia sẻ giữa

người khỏe với người ốm, người giàu với người nghèo, người trong độ tuổi lao động với trẻ em, người già...”. Và gần đây nhất, Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X tiếp tục nhấn mạnh “Phát triển và nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế, xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân, phát triển mạnh các loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện, bảo hiểm y tế cộng đồng. Mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám, chữa bệnh theo bảo hiểm y tế. Hạn chế và giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh. Đối mới phương thức thanh toán viện phí qua quỹ bảo hiểm y tế”¹. Như vậy, quan điểm của Đảng và Nhà nước ta về BHYT đều khẳng định nhất quán mục tiêu từng bước tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân, bằng cách đa dạng hoá các loại hình BHYT, với các mức phí khác nhau để người dân ở bất kỳ mức thu nhập nào cũng có thể tiếp cận. Chính sách bảo hiểm y tế đã gắn kết các thành viên trong xã hội cùng đoàn kết, tương trợ, chia sẻ rủi ro bệnh tật. Nhưng sự đoàn kết tương trợ, chia sẻ rủi ro này không phải chỉ xuất phát từ lòng hảo tâm “lá lành đùm lá rách”, mà được thực hiện bằng quyền và nghĩa vụ, mỗi thành viên phải đóng góp theo khả năng kinh tế của mình, sau đó được “hưởng thụ” khi ốm đau. Người nào không đóng góp, người đó không được “hưởng thụ”. Hoạt động BHYT toàn dân thể hiện tính cộng đồng xã hội đã ở mức cao, trên phạm vi toàn quốc, theo pháp luật. Từ khi thực hiện chính sách BHYT cho đến nay (1992-2007) đã tạo ra một cuộc cải cách lớn trong chính sách xã hội, chuyển biến từ cơ chế hành chính bao cấp, mọi người đều được khám chữa bệnh không mất tiền chuyển sang khám chữa bệnh theo phương thức BHYT. Mọi công dân Việt Nam đều có quyền và nghĩa vụ bình đẳng như nhau trong việc chăm sóc sức khỏe khi ốm đau, bệnh tật, góp phần đảm bảo an toàn xã hội. Đó là:

¹ Đảng Cộng sản Việt Nam (2006), Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X, NXB Chính trị quốc gia, Hà Nội, Tr.119-220.

- Đối tượng tham gia BHYT ngày càng được mở rộng, đặc biệt từ khi triển khai thực hiện Nghị định số 63/2005/NĐ-CP. Nghị định số 58/1998/NĐ-CP trước đây chỉ quy định có 4 nhóm đối tượng tham gia BHYT bắt buộc, thì Nghị định số 63 mở rộng 14 nhóm đối tượng tham gia BHYT bắt buộc, trong đó toàn bộ người nghèo (chiếm hơn 20% dân số) là đối tượng của BHYT bắt buộc; người lao động trong các doanh nghiệp từ một lao động trở lên; người có công với cách mạng; cán bộ xã phường thị trấn; đại biểu hội đồng nhân dân; thân nhân sỹ quan công an; cựu chiến binh thời kỳ chống Pháp, chống Mỹ; người cao tuổi từ 90 tuổi trở lên...được tham gia BHYT bắt buộc. BHYT tự nguyện được áp dụng đối với mọi đối tượng có nhu cầu tự nguyện tham gia BHYT. “Năm 2005 tổng số người tham gia BHYT là 23,7 triệu tăng hơn 6 lần so với năm 1993 (năm đầu tiên thực hiện BHYT), năm 2006, số người tham gia BHYT cả nước là 36,8 triệu người, tăng 47% so với năm 2005, chiếm khoảng 43,3% dân số. Năm 2006 có khoảng 15,6 triệu người nghèo có thể BHYT, tăng 9,3 triệu người so với năm 2005. Tổng số người tham gia BHYT tự nguyện năm 2006 tăng gần gấp 2 lần so với năm 2003, trong đó chủ yếu là nhóm học sinh, sinh viên”².

- Việc lựa chọn chính sách tài chính y tế thông qua BHYT mang tính xã hội cao dựa trên nguyên tắc đoàn kết, tương trợ, chia sẻ rủi ro trong cộng đồng, hướng tới mục tiêu công bằng hiệu quả và phát triển của ngành y tế. Cùng với chính sách bảo hiểm xã hội, BHYT đã góp phần hình thành và phát triển hệ thống an sinh xã hội ở nước ta. “Quyỹ BHYT từ chỗ chiếm tỷ lệ nhỏ trong tổng chi y tế, đến nay đã chiếm khoảng 1/3 ngân sách nhà nước dành cho y tế và chiếm một tỷ trọng xấp xỉ 50-60% ngân sách nhà nước dành cho công tác khám, chữa bệnh”³. Thông qua nguồn kinh phí từ BHYT đã góp phần quan trọng, ổn định trong việc đảm bảo ngân sách hoạt động của các bệnh viện và

từng bước nâng cao chất lượng dịch vụ của các cơ sở y tế.

- Việc mở rộng cơ sở khám, chữa bệnh BHYT, cả công và tư đã tạo thuận lợi cho người bệnh trong việc lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh, vừa giảm tải cho các cơ sở công, vừa gián tiếp thúc đẩy sự phát triển của khu vực tư nhân. Bên cạnh đó, cơ chế BHYT đã từng bước thúc đẩy các cơ sở y tế chuyển đổi cơ chế quản lý, sử dụng nguồn lực và nâng cao chất lượng phục vụ để thu hút người bệnh. Việc mở rộng khám chữa bệnh BHYT tại tuyến xã đã góp phần củng cố và phát triển y tế cơ sở, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám chữa bệnh thông thường tại tuyến y tế cơ sở, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế cơ sở của người có thể BHYT. Thông qua BHYT học sinh đã góp phần khôi phục và phát triển hệ thống y tế trường học, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho hàng triệu học sinh trong cả nước.

- Chính sách BHYT đã góp phần xóa đói, giảm nghèo và thực hiện mục tiêu công bằng xã hội trong bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Ngoài ra chính sách BHYT còn góp phần làm thay đổi nhận thức của người dân trong việc lựa chọn giải pháp tài chính để chăm lo cho sức khỏe của bản thân, đồng thời góp phần hình thành và phát triển hệ thống an sinh xã hội ở nước ta.

2. Một số hạn chế

Qua 15 năm thực hiện, bên cạnh những ưu điểm, pháp luật BHYT hiện hành đã bộc lộ nhiều bất cập với yêu cầu thực tiễn hoạt động BHYT. Đó là:

- Theo qui định tại Điều 25 Nghị định của Chính phủ số 63/2005/NĐ-CP thì những người đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc nhưng muốn tham gia BHYT tự nguyện để hưởng mức dịch vụ y tế cao hơn vẫn có thể tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện. Tuy nhiên, khoản 2 Mục 1 Thông tư liên tịch số 14/2007/TTLT-BYT-BTC lại quy định: BHYT tự nguyện được áp dụng với mọi công dân Việt Nam trừ những người đã có thể BHYT bắt buộc. Quy định như hiện nay đang có sự mâu thuẫn giữa Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số

² Bộ Y tế (2007), Báo cáo đánh giá 15 năm (1992-2007) thực hiện chính sách bảo hiểm y tế.

³ Tài liệu đã dẫn.

63/2005/NĐ-CP ngày 16/05/2005 của Chính phủ và Thông tư liên tịch số 14/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 10/12/2007 về hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện.

- Nhiều qui định đã tỏ ra lỗi thời, không còn phù hợp với yêu cầu thực tiễn, có những qui định còn chung chung, chưa cụ thể và thiếu rõ ràng gây khó khăn cho quá trình tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế, thậm chí còn trùng lặp, chồng chéo, chưa đồng bộ, thống nhất và chưa sát với thực tiễn. Cụ thể là: việc cho phép các cơ sở khám chữa bệnh được thu một phần viện phí, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 95/CP ngày 27/08/1994. Nguyên tắc thu một phần viện phí quy định tại Nghị định 95/CP chỉ là thu một phần trong tổng chi phí khám chữa bệnh cho nên chưa đủ để bù đắp các chi phí trực tiếp phục vụ người bệnh, dẫn đến tình trạng bệnh viện không có đủ kinh phí để thực hiện khám chữa bệnh, chất lượng khám chữa bệnh bị giảm sút. Mặt khác, quy định này chưa rõ ràng: người bệnh không biết một phần là bao nhiêu, viện phí tính đúng và đủ gồm những khoản mục nào, cho nên không biết được mức độ bao cấp của Nhà nước trong khám chữa bệnh. Phương thức thu viện phí quy định tại Nghị định 95/CP là theo ngày điều trị đối với người bệnh nội trú và theo dịch vụ đối với người bệnh ngoại trú, chưa phù hợp với thực tế. Ngoài ra, còn một số hạn chế khác như: mức thu hiện nay còn mang tính bình quân, chưa thu theo khả năng đóng góp của người bệnh vì thế chưa huy động đúng và hợp lý các nguồn lực của xã hội cho hoạt động y tế và chưa phù hợp Pháp lệnh Phí và Lệ phí đã được Quốc hội ban hành. Mức thu giữa các bệnh viện và các tuyến kỹ thuật chưa có sự khác biệt, do vậy chưa khuyến khích được người bệnh mắc các bệnh thông thường khám và điều trị ở tuyến y tế cơ sở; người bệnh thường đến thẳng các bệnh viện tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương, tạo nên sự quá tải của các bệnh viện tuyến trên, gây lãng phí cho xã hội.

- Đối tượng tham gia BHYT đã được mở rộng nhưng mức độ bao phủ BHYT trong dân số chưa cao, đối tượng tham gia hiện tại chủ yếu là diện bắt buộc. Tình trạng các

doanh nghiệp tư nhân, hộ kinh doanh cá thể trốn đóng bảo hiểm y tế cho người lao động còn ở mức cao. “Hiện nay mới chỉ khai thác được khoảng 50% đối tượng diện bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế thuộc khối doanh nghiệp. Số tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện chưa nhiều, chủ yếu là học sinh, sinh viên và chưa mở rộng ra các đối tượng khác”⁴. Trong khi các đối tượng khác được Nhà nước bảo đảm thông qua chế độ BHYT bắt buộc, người nông dân hiện nay đi khám chữa bệnh đang gặp nhiều khó khăn, họ hoàn toàn phải bỏ tiền túi trả tiền viện phí cho bệnh viện. Họ không có chế độ BHYT nếu không tham gia loại hình BHYT tự nguyện. Hiện nay, có khoảng hơn hai triệu người dân đang tham gia BHYT tự nguyện, trong đó chủ yếu là nông dân. Diện bao phủ BHYT tự nguyện đến người nông dân còn quá thấp. Chính sách bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nông dân còn nhiều bất cập và ngày càng đặt ra những yêu cầu bức xúc.

- Mức đóng BHYT của cả hai loại hình BHYT bắt buộc và tự nguyện vẫn có sự chênh lệch lớn. Trong khi đó, theo quy định tại Điều lệ BHYT (ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP) tất cả các đối tượng tham gia BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện đều được hưởng quyền lợi như nhau. Qui định như vậy là không công bằng là một trong những nguyên nhân cơ bản dẫn đến tình trạng mất cân đối thu chi nghiêm trọng của quỹ BHYT, làm ảnh hưởng đến quyền của người có thể BHYT và các cơ sở khám chữa bệnh.

- Qui định quỹ BHYT thanh toán chi phí tai nạn giao thông là không phù hợp, vì tai nạn giao thông đã được qui định trong bảo hiểm phươg tiện giao thông, việc xác định tai nạn giao thông có vi phạm hay không để quyết định cho hưởng chế độ BHYT khó thực hiện trong thời gian người bị tai nạn giao thông nằm điều trị, dễ bị lạm dụng tiêu cực, thanh toán sai chế độ.

⁴ Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Báo cáo tổng kết 15 năm tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam, Tháng 6/2007.

- Chính sách bảo hiểm y tế tự nguyện chưa được nghiên cứu đầy đủ, chưa sát với thực tiễn. Do đó, các quy định về bảo hiểm y tế tự nguyện chưa chặt chẽ, thiếu tính ổn định, nên chỉ những người thường xuyên ốm, người mắc bệnh mãn tính hoặc người điều trị bệnh có chi phí lớn tham gia. “Năm 2006, riêng đối tượng BHYT tự nguyện đã bội chi hơn 1.000 tỷ đồng (thu 746 tỷ đồng, chi 1.843 tỷ đồng)”⁵. Việc liên Bộ Y tế - Tài chính vừa ban hành Thông tư số 14 sửa đổi Thông tư số 06 hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện theo hướng bỏ tất cả các qui định ràng buộc mang tính cộng đồng thì tình trạng “lựa chọn ngược” trong tham gia BHYT tự nguyện sẽ còn tăng. Hơn nữa, qui định đồng chi trả 20% trong trường hợp bệnh nhân điều trị nội trú và đối với ngoại trú có chi phí cho một lần khám chữa bệnh từ 100.000 đồng trở lên (Mục III, Thông tư 06) là không thực tế. Đây quả là vấn đề nan giải, bởi không chỉ giảm bớt quyền lợi người tham gia mà còn tăng thêm phiền hà khi xử lý hồ sơ, thủ tục cho cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở y tế đồng khám, chữa bệnh và bệnh nhân. Có thể liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hy vọng đưa ra cơ chế này làm tăng nguồn quỹ, đồng thời chống lạm dụng quỹ. Song, liên Bộ lại không nghĩ đến khả năng lạm dụng quỹ ở ngay chính đội ngũ y, bác sỹ khám, cho thuốc kê đơn, bởi một người bình thường làm sao xin đầy đủ thủ tục lấy thuốc khi bản thân không lâm bệnh. Hơn nữa, chẳng có gì khó khăn đối với bác sỹ điều trị muốn lạm dụng thẻ bảo hiểm y tế tự nguyện với y lệnh theo chế độ ngoại trú tương ứng 99.000đ trở xuống cho một đợt khám, chữa bệnh, muốn bao nhiêu đơn với bao nhiêu thẻ là tùy ý!

- Mức đóng bảo hiểm y tế bắt buộc không thay đổi trong nhiều năm qua với mức qui định là 3% tiền lương (tiền công) và phụ cấp lương hoặc mức lương tối thiểu chung. Chính vì thế mức đóng bình quân cả hai khu vực BHYT bắt buộc và tự nguyện có sự chênh lệch lớn và chưa đáp ứng được so với nhu cầu chi phí thực tế. Mặc dù số đối tượng

tham gia BHYT tăng nhưng mức bình quân không tăng vì số đối tượng tham gia chủ yếu là người nghèo đóng phí thấp (60.000 đồng/người/năm 2006 và 80.000 đồng/người/năm 2007), chỉ bằng 1/5 mức bình quân của đối tượng BHYT bắt buộc. Mức đóng BHYT tự nguyện chỉ bằng 1/3 mức bình quân của đối tượng bắt buộc. Mức đóng không được điều chỉnh kịp thời so với mức độ gia tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật cao. Như chúng ta biết, mức phí BHYT là cơ sở để quyết định mức hưởng thụ quyền lợi của bệnh nhân BHYT và các cơ sở khám, chữa bệnh. Vì vậy, việc điều chỉnh từng bước mức phí BHYT của các đối tượng cho phù hợp là vấn đề quan trọng cần được xem xét trong thời gian tới.

- Việc mất cân đối Quỹ BHYT đang ở mức độ trầm trọng “Năm 2005 tất cả 64 tỉnh, thành phố đều bội chi quỹ BHYT tự nguyện (tỉnh cao nhất 372,5%), năm 2006 có 63/64 tỉnh, thành phố bội chi với số tiền 1.260 tỷ đồng, thành phố Hồ Chí Minh bội chi cao nhất 742%”⁶. Nguyên nhân của tình trạng này cho thấy: mức đóng bảo hiểm y tế của tất cả các đối tượng đều thấp hơn mức hưởng; phạm vi quyền lợi được mở rộng, với việc bổ sung gần 1000 dịch vụ kỹ thuật, danh mục thuốc... được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán; phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiện đang áp dụng dựa trên chi phí dịch vụ mà chưa thanh toán theo định suất và ca bệnh nên dẫn đến việc lạm dụng dịch vụ, thuốc, đặc biệt là cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...) tăng chi phí hành chính cho cả phía bệnh viện và cơ quan bảo hiểm y tế; quản lý quỹ BHYT còn lúng túng trong việc tìm ra các phương thức thanh toán giữa cơ quan BHXH với các cơ sở khám chữa bệnh BHYT; công tác kiểm tra, thanh tra, giám định chi phí khám chữa bệnh... còn nhiều bất cập, tình trạng lạm dụng quỹ BHYT còn diễn ra khá phổ biến ở hầu hết các địa phương.

⁵ Bộ Y tế, *Tờ trình về Dự án luật bảo hiểm y tế - 20007*.

⁶ Huy Nghị - Kim Thoa (2007), *Vấn đề lạm dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT*, Tạp chí Lao động và Xã hội, số 317.

Ngoài ra, cơ sở vật chất, trang thiết bị, đội ngũ cán bộ y tế nhất là y tế tuyến cơ sở chưa được chú trọng, tập trung đầu tư. Quy trình, thủ tục khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa thật sự thuận tiện, còn gây phiền hà cho người bệnh dẫn đến chất lượng khám chữa bệnh, chưa đáp ứng với yêu cầu. Công tác tuyên truyền, phổ biến, giáo dục về chính sách bảo hiểm y tế chưa được coi trọng.

Từ những vấn đề nêu trên, việc ban hành Luật BHYT là hết sức cần thiết, nhằm thể chế hoá đường lối, chủ trương của Đảng trong việc thực hiện chính sách BHYT, tạo cơ sở pháp lý cao nhất trong thực hiện chính sách BHYT, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân.

3. Một số kiến nghị

a/ Cần mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

Việc mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế cần được điều chỉnh theo hướng tăng cường loại hình tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc đối với một số nhóm đối tượng có tiềm năng, phát triển loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện một cách thận trọng, bền vững. Trong thời gian tới cần nghiên cứu, bổ sung một số đối tượng vào diện tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc.

Thứ nhất, nhóm trẻ em dưới 6 tuổi. Theo Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em mà Việt Nam đã phê chuẩn thì trẻ em có quyền được hưởng mức độ cao nhất có thể đạt được về sức khoẻ và phương tiện chữa bệnh, an toàn xã hội, bao gồm cả bảo hiểm xã hội. Ngoài ra, Luật Bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em còn qui định “Trẻ em dưới 6 tuổi được chăm sóc sức khoẻ ban đầu, được khám, chữa bệnh không phải trả tiền tại các cơ sở y tế của Nhà nước” (Điều 9). Nghị định số 95/CP về thu một phần viện phí cũng đã qui định trẻ em dưới 6 tuổi là đối tượng được miễn nộp một phần viện phí. Tuy nhiên, thực hiện các quy định này như thế nào là một vấn đề chưa được giải quyết một cách thoả đáng. Trong những năm qua, Nhà nước đã cấp một phần ngân sách và trên cơ sở thu một phần viện phí, các cơ sở y tế đã thực hiện khám, chữa bệnh miễn phí, giảm viện phí cho trẻ em dưới 6 tuổi. Nhưng trong thực tế, không phải ở bất cứ đâu,

trong trường hợp nào trẻ em dưới 6 tuổi cũng được miễn nộp viện phí. Do nguồn kinh phí của các cơ sở khám chữa bệnh bị hạn chế nên hầu như trẻ em dưới 6 tuổi khi đi khám, chữa bệnh chỉ được miễn giảm tiền ngày giường bệnh, tiền công khám. Các chi phí về thuốc, xét nghiệm, máu, dịch truyền, phẫu thuật,... hầu hết vẫn do cha mẹ các cháu phải đóng góp. Thực tế cho thấy, phương thức miễn giảm viện phí cho trẻ em dưới 6 tuổi hiện nay là kém hiệu quả và nên được thay thế bằng phương thức mua thẻ bảo hiểm y tế.

Thứ hai, đối tượng là học sinh, sinh viên đang học ở mọi loại hình trường, lớp. “Hiện tại có gần 18 triệu học sinh đang theo học các cấp, đã có khoảng 10 triệu học sinh tham các loại hình bảo hiểm tự nguyện, trong đó có gần 5 triệu em tham gia bảo hiểm tự nguyện. Số còn lại do hoàn cảnh kinh tế gia đình còn nhiều khó khăn nên chưa có điều kiện để tham gia các loại hình bảo hiểm, chủ yếu rơi vào các gia đình nghèo, cận nghèo, đông con, khu vực nông nghiệp”⁷. Do vậy, sẽ rất khó khăn cho các gia đình này nếu như các cháu ốm đau, bệnh tật. Vì vậy, để khắc phục tồn tại trên luật nên qui định tất cả học sinh, sinh viên ở các cấp học phải thực hiện bảo hiểm y tế bắt buộc với sự hỗ trợ đóng góp của ngân sách Nhà nước, trong đó có chăm sóc sức khoẻ ban đầu tại y tế trường học. Chính vì thế, cần quy định chuyển học sinh ở các cấp học từ đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế tự nguyện nhiều năm sang đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc.

Thứ ba, thân nhân của người lao động (bố, mẹ, vợ, chồng, con) mất khả năng lao động hoặc con không trong độ tuổi lao động là một nhóm đối tượng rất cơ bản, cần có bảo hiểm y tế bắt buộc. Nhóm đối tượng này tuy đã được bước đầu tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế theo loại hình BHYT tự nguyện trong năm 2005 nhưng vẫn còn một số hạn chế nhất định. Nhóm này cần có sự hỗ trợ tích

⁷ Bảo hiểm xã hội Việt Nam (2007), Báo cáo tổng kết 15 năm tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam.

cực từ phía người sử dụng lao động để họ có khả năng tham gia BHYT bắt buộc.

Thứ tư, nhóm những hộ gia đình thuộc diện cận nghèo: Đây là nhóm đối tượng cần được chăm sóc y tế nhưng chưa được hưởng thụ chính sách BHYT theo diện nghèo. Trong thực tế, những đối tượng này sẽ gặp phải rất nhiều khó khăn khi không may bị mắc phải ốm đau, bệnh tật. Hỗ trợ mua thẻ BHYT bắt buộc cho nhóm đối tượng này là một giải pháp tích cực đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho họ.

b/ Về mức đóng bảo hiểm y tế

Mức đóng BHYT bắt buộc hiện nay bằng 3% mức tiền lương, tiền công hoặc mức tiền lương tối thiểu thấp hơn nhiều so với nhu cầu chi trả các chi phí khám chữa bệnh, nhất là trong thời gian tới giá viện phí sẽ tiếp tục điều chỉnh tăng, giá thuốc, vật tư y tế có nhiều biến động làm cho quỹ BHYT sẽ không đủ khả năng thanh toán. Nếu so với các nước, mức đóng BHYT như hiện nay là tương đối thấp (trong khi: Nhật Bản là 9,1%; Hàn Quốc là 8%; Đức là 12%; Pháp là 13,55%; Nga là 10%). Vì vậy, cần xây dựng mức đóng góp trên cơ sở tính toán khả năng cân đối quỹ, đáp ứng được chi phí chăm sóc sức khỏe, bảo đảm bù đắp chi phí điều trị và khả năng ngân sách của Nhà nước đóng góp cho các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội.

Ngoài ra, để chính sách BHYT phát triển một cách bền vững, ổn định, quyền lợi của người tham gia BHYT được đảm bảo và cân đối được quỹ BHYT, theo chúng tôi mức phí BHYT khu vực của người làm công ăn lương cần căn cứ theo thu nhập thực tế nhằm mục đích bảo đảm người tham gia BHYT đóng góp theo khả năng thực sự chứ không đóng góp theo khả năng danh nghĩa. Nhằm giúp cho nhóm đối tượng có thu nhập thấp (lao động tự do, nông dân) được thụ hưởng chính sách BHYT là rất cần sự hỗ trợ của Nhà nước về mức phí mua BHYT, tạo nên sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân.

c/ Về quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế

- Cần có quy định rõ ràng hơn về quyền lợi của người tham gia BHYT trên cơ sở bảo

đảm khám chữa bệnh cơ bản, có tính đến khả năng chi trả của quỹ BHYT. Các dịch vụ y tế không liên quan đến ốm đau như: chi phí vận chuyển, dịch vụ thẩm mỹ, tai nạn giao thông... sẽ không thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT. Các dịch vụ y tế này sẽ được qui định trong quyền lợi của loại hình BHYT tự nguyện để mọi người lựa chọn tham gia.

- Cần có quy định pháp lý về việc cập nhật danh mục thuốc, danh mục các kỹ thuật, dịch vụ y tế bảo đảm người có BHYT được sử dụng một cách hợp lý các tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị. Danh mục thuốc BHYT là căn cứ pháp lý để BHYT thanh toán với bệnh viện, theo chúng tôi cần tiếp tục hoàn thiện, tổ chức xây dựng và phát triển một cách khoa học, thực hiện đúng mục tiêu sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và tiết kiệm.

- Cần hoàn thiện các qui định pháp lý nhằm bảo đảm cơ chế sử dụng ngân sách trong lĩnh vực y tế theo hướng chuyển phần kinh phí nhà nước hỗ trợ cho người có thẻ BHYT thông qua các cơ sở y tế công lập sang cấp trực tiếp cho người hưởng thụ phù hợp với từng lĩnh vực, nhằm tạo điều kiện để người hưởng thụ lựa chọn cơ sở dịch vụ không phân biệt công lập hay ngoài công lập.

d/ Về phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ sở khám chữa bệnh và quỹ bảo hiểm y tế.

- Hoạt động BHYT gắn liền với cơ sở khám, chữa bệnh và không thể tách rời khỏi sự quản lý của ngành y tế. Vì thế, BHYT hoạt động trong mối quan hệ ba bên: thầy thuốc, bệnh nhân và người quản lý quỹ BHYT. Do tính chất đặc biệt của mối quan hệ này nên Luật BHYT phải xác định rõ trách nhiệm và mối quan hệ giữa các chủ thể. Trong đó, cơ quan bảo hiểm xã hội với vai trò là người đại diện cho quyền và lợi ích của người tham gia BHYT phải có trách nhiệm kiểm tra, giám sát chất lượng dịch vụ y tế mà bệnh viện yêu cầu. Bệnh viện khám chữa bệnh cho bệnh nhân BHYT phải thực hiện khám và điều trị đúng chuyên môn và y đức ngành y. Quan hệ giữa bệnh viện và người tham gia BHYT là quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, không có bất kỳ sự phân biệt đối xử nào trong khám và điều trị.

- Cần từng bước thay thế phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, bởi phương thức này: làm gia tăng chi phí y tế không thể kiểm soát nổi; việc chỉ định quá mức các dịch vụ y tế và các loại thuốc đắt tiền với mục đích lợi nhuận làm ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ y tế; chi phí quản lý hành chính lớn và ít hiệu quả. Trong thời gian tới, theo chúng tôi trong Luật cần qui định áp dụng phương thức thanh toán theo định suất, do cơ sở khám chữa bệnh phải chịu trách nhiệm về quỹ khám chữa bệnh nên họ luôn quan tâm đến hiệu quả chi phí trong khám chữa bệnh. Nếu thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT theo định suất sẽ giảm những chi phí không cần thiết cho quá trình điều trị, bản thân các thầy thuốc sẽ cân nhắc kỹ lưỡng trước khi chỉ định dùng dịch vụ kỹ thuật cao hoặc sử dụng thuốc tên gốc thay thế thuốc biệt dược có tác dụng tương tự mà giá lại rẻ hơn và những bệnh mãn tính, bệnh nhẹ sẽ được chữa trị có hiệu quả hơn. Với phương thức khoán quỹ sẽ khuyến khích cơ sở khám chữa bệnh tăng cường chăm sóc sức khoẻ ban đầu và phòng, chống bệnh. Tuy nhiên, với phương thức này có thể dẫn đến tình trạng cơ sở khám chữa bệnh cung cấp không đủ hoặc hạn chế chất lượng dịch vụ để giảm chi phí. Hiện tượng này có thể khắc phục được vì người tham gia bảo hiểm được quyền thay đổi nơi đăng ký khám chữa bệnh định kỳ theo năm. Khoán quỹ sẽ có lợi cho cơ sở khám chữa bệnh trong trường hợp dư quỹ có thể tăng thu nhập cho thầy thuốc.

- Cần nghiên cứu vấn đề cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh của người tham gia BHYT ở mức độ cùng chi trả và phương pháp nộp tiền cùng chi trả hợp lý trên cơ sở mối liên quan đến mức đóng, phạm vi quyền lợi cũng như phương thức thanh toán được áp dụng. Tuy nhiên, cùng chi trả đến mức nào thì được quỹ BHYT hỗ trợ cũng cần được nghiên cứu kỹ cho phù hợp với khả năng của từng nhóm đối tượng.

d/ Về tổ chức quản lý

- Luật BHYT cần xác định mô hình tổ chức BHYT phù hợp hơn cho hoàn cảnh kinh tế và xã hội của nước ta. Với một quốc gia đông dân (trên 90 triệu dân trong 10 năm

tới), nền kinh tế đang trên đà phát triển, hệ thống y tế tiếp tục được đổi mới là những yếu tố quan trọng cần tính tới trong thiết kế hệ thống tổ chức. Trong những năm tới, mô hình tổ chức BHYT đa quỹ hoặc đơn quỹ, có sự phân cấp sẽ phù hợp hơn đối với thực trạng khác biệt giữa các tỉnh, thành phố về kinh tế - xã hội, phù hợp với sự phân cấp mạnh mẽ trong quản lý ngân sách nhà nước, quản lý hệ thống cung ứng dịch vụ phòng bệnh, chữa bệnh. Đồng thời mô hình đa quỹ cũng có thể tạo ra chủ động cho từng địa phương, đặc biệt trong giai đoạn phát triển các chương trình bảo hiểm y tế tự nguyện.

- Nhằm thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân, cần nâng cao năng lực quản lý của hệ thống BHYT bằng cách chuyên nghiệp hoá công tác bảo hiểm y tế, tách biệt hoạt động BHYT ra khỏi hoạt động của quỹ hưu trí, thất nghiệp. Theo chúng tôi, cần thiết kế bộ máy quản lý BHYT độc lập với bộ máy quản lý quỹ hưu trí.

Về quản lý quỹ BHYT, các nước trên thế giới đều thực hiện mô hình quỹ BHYT độc lập với quỹ BHXH, bảo hiểm y tế là một tổ chức riêng biệt. Nguyên nhân do quỹ hưu trí và quỹ BHYT khác biệt hoàn toàn về tính chất: quỹ hưu trí là quỹ dài hạn và quỹ BHYT là quỹ ngắn hạn, có tính chất đặc thù để chi trả cho việc khám chữa bệnh. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy các quốc gia triển khai thành công chính sách BHYT đều dựa trên một tổ chức quản lý chuyên nghiệp và áp dụng mô hình quản lý phân cấp phù hợp.

- Cần có chế tài xử phạt nghiêm khắc hơn đối với các hành vi trốn đóng BHYT bắt buộc, phát hành thẻ BHYT sai đối tượng, cho mượn thẻ, lạm dụng quỹ BHYT từ nhiều phía... Vì vậy luật cần qui định cụ thể một số hành vi vi phạm và mức xử phạt để đảm bảo tính tuân thủ pháp luật về BHYT.

Xây dựng Luật BHYT là cơ sở để thực hiện mục tiêu mở rộng BHYT, tiến tới BHYT toàn dân như Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X đã đề ra. Luật BHYT cũng đang được các cơ quan có thẩm quyền nghiên cứu, xây dựng và hi vọng sớm được ban hành nhằm bảo vệ và chăm sóc sức khoẻ nhân dân, phù hợp với thông lệ quốc tế.