

## **Tiếp cận các dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Việt Nam: Một số bàn luận từ góc độ chính sách và thực thi chính sách**

**Nguyễn Thị Minh Châu**  
Bộ Y tế

**Tóm tắt:** Bài viết này xem xét tình hình tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (KCB BHYT) ở Việt Nam từ góc độ chính sách và thực thi chính sách. Tác giả chỉ ra rằng những khoảng trống trong chính sách và những bất cập trong thực thi chính sách cùng với sự hoạt động chưa hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ và tài chính y tế trong khi hành vi chăm sóc sức khỏe và nhận thức của người dân về BHYT và KCB BHYT còn nhiều hạn chế đã khiến thực trạng tham gia BHYT và sử dụng dịch vụ KCB BHYT của người dân chưa cao. Dựa trên kinh nghiệm quốc tế và thực tiễn triển khai chính sách BHYT và các chính sách liên quan đến KCB BHYT ở Việt Nam, bài viết gợi mở những vấn đề cần được xem xét thực hiện trong thời gian tới nhằm cải thiện tình hình tiếp cận dịch vụ KCB BHYT hiện nay ở Việt Nam.

**Từ khóa:** Bảo hiểm y tế; Khám, chữa bệnh; Dịch vụ; Tiếp cận; Chính sách.

### **1. Đặt vấn đề**

Không nằm ngoài xu hướng vận động chung của thế giới là các quốc gia tùy theo hoàn cảnh kinh tế xã hội và đặc thù riêng của mình đều thúc

đẩy tiếp cận hoặc tìm cách tháo gỡ các rào cản tiếp cận dịch vụ y tế thông qua việc tìm kiếm và áp dụng các chính sách y tế và an sinh xã hội phù hợp, kể từ năm 1992, Việt Nam đã thực hiện chính sách BHYT như một cơ chế hữu hiệu để thực hiện định hướng bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân nhằm đảm bảo cho mọi người dân tiếp cận được các dịch vụ y tế khi cần. Cơ sở của sự lựa chọn này là BHYT vừa là một mô hình, kiểu tổ chức nhóm có tính cộng đồng, tương tế và nhân văn cao, đồng thời lại là mô hình tài chính y tế phát triển theo định hướng công bằng và hiệu quả. Từ góc độ tài chính y tế, BHYT được định nghĩa là “một sản phẩm tài chính nhằm giảm thiểu những rủi ro về tài chính do ốm đau bệnh tật gây ra đồng thời giúp người tham gia tiếp cận được các dịch vụ y tế” (Ross C. E. và Mirowsky J., 2000). Từ góc độ an sinh xã hội, bảo hiểm y tế là công cụ đảm bảo sự tiếp cận các dịch vụ y tế khi cần thông qua sự chia sẻ rủi ro giữa người giàu và người nghèo, giữa người khỏe và người ốm, giữa người trẻ và người già (Roy Harvey và Afsar Akal, 2001).

Bài viết này xem xét tình hình tiếp cận dịch vụ KCB BHYT ở Việt Nam từ góc độ chính sách và thực thi chính sách, kết hợp với kinh nghiệm quốc tế để đưa ra những gợi mở nhằm cải thiện tình hình tiếp cận dịch vụ KCB BHYT hiện nay ở Việt Nam.

## 2. Các chính sách liên quan đến KCB BHYT

Thể chế chính sách đóng vai trò quan trọng tạo hành lang pháp lý và môi trường chính sách thuận lợi cho việc tiếp cận dịch vụ y tế của người dân. Việc đảm bảo quyền chăm sóc sức khỏe và tiếp cận được các dịch vụ y tế khi cần cho mọi người dân đòi hỏi phải có sự định hướng chính sách sáng suốt và cam kết chính trị cao.

### *Quan điểm, định hướng chính sách chung*

Quyền được chăm sóc sức khỏe của người dân được quy định trong Hiến pháp Việt Nam. Điều 39 Hiến pháp năm 1992 có nêu: “...thực hiện BHYT là tạo điều kiện để mọi người dân được chăm sóc sức khỏe...” (Hiến pháp nước CHXHCN Việt Nam, 1992). Điều 38 của Hiến pháp mới năm 2013 quy định: “Mọi người có quyền được bảo vệ, chăm sóc sức khỏe, bình đẳng trong việc sử dụng các dịch vụ y tế và có nghĩa vụ thực hiện các quy định về phòng bệnh, khám bệnh, chữa bệnh”; Điều 39 nêu rõ trách nhiệm của Nhà nước về an sinh xã hội: “Nhà nước tạo bình đẳng về cơ hội để công dân thụ hưởng phúc lợi xã hội, phát triển hệ thống an sinh xã hội, có chính sách trợ giúp người cao tuổi, người khuyết tật, người

nghèo và người có hoàn cảnh khó khăn khác” (Hiến pháp nước CHXHCN Việt Nam, 2013).

Quan điểm về công bằng trong chăm sóc sức khỏe được thể hiện trong Nghị quyết số 46 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới: “Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Phát triển BHYT toàn dân, nhằm từng bước đạt tới 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...” (Nghị quyết số 46/NQ-TW, 2005). Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn 2030 cũng nêu rõ quan điểm “Đổi mới và hoàn thiện hệ thống y tế Việt Nam theo hướng công bằng, hiệu quả, phát triển; bảo đảm mọi người dân, đặc biệt người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, các đối tượng chính sách, người dân vùng khó khăn, vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo và các nhóm dễ bị tổn thương được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản có chất lượng” (Quyết định 122/ QĐ-TTg, 2011).

#### *Chính sách về BHYT*

Chính sách BHYT là một chính sách lớn của Đảng và Nhà nước, góp phần quan trọng thực hiện an sinh và công bằng xã hội. BHYT được thực hiện ở Việt Nam từ năm 1992 và đến nay đã bao phủ được hơn 67% dân số trong cả nước (Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế, 2013). Nhằm phát triển cả về chiều rộng và chiều sâu BHYT, đã có rất nhiều văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến BHYT được ban hành, trong đó Luật Bảo hiểm Y tế số 25/2008/QH12 được thông qua tại kỳ họp thứ 4, Quốc hội khóa XII ngày 14/11/2008 và có hiệu lực từ ngày 1/7/2009 là văn bản pháp lý cao nhất. Luật bao gồm 10 chương và 52 điều với các quy định cụ thể về đối tượng tham gia BHYT, mức đóng, trách nhiệm đóng BHYT, và phương thức đóng BHYT (4 điều); quy định về thẻ BHYT (5 điều); phạm vi được hưởng (3 điều), khám bệnh, chữa bệnh BHYT (6 điều); thanh toán chi phí KCB BHYT (3 điều); quỹ KCB BHYT (3 điều); quyền và trách nhiệm của các bên liên quan (10 điều), thanh tra kiểm tra và xử lý vi phạm (4 điều), cùng các quy định chung và các điều khoản thi hành Luật (Luật Bảo hiểm Y tế, 2008).

Hai văn bản chỉ đạo mang tính định hướng sâu sắc về BHYT được Đảng ban hành là Chỉ thị số 38/CT-TW của Ban Bí thư Trung ương ngày 07/9/2009 về đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới (Chỉ thị số

38/CT-TW) và Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22/11/2012 về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác BHXH, BHYT giai đoạn 2012-2020 (Nghị quyết số 21-NQ/TW). Kể từ năm 2009, ngày 1/7 hàng năm được lấy là ngày BHYT Việt Nam (Quyết định số 823/QĐ-Ttg).

Hệ thống các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế được ban hành tương đối đầy đủ và đồng bộ với sự chỉ đạo và phối hợp thực hiện của các ban ngành nhằm hoàn thiện hệ thống văn bản pháp luật về BHYT. Có một số điểm mới về chế độ chính sách BHYT theo Luật BHYT năm 2009 và các văn bản hướng dẫn so với các Nghị định trước đây về BHYT, cụ thể: về đối tượng tham gia BHYT, Luật BHYT không dùng thuật ngữ “bắt buộc” và “tự nguyện” như trước mà dùng chung thuật ngữ “có trách nhiệm tham gia”. Số đối tượng tham gia BHYT tăng lên 25 nhóm. Mức đóng BHYT hàng tháng của các đối tượng tham gia BHYT tăng từ 3% lên 4,5% mức tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp được áp dụng từ ngày 1/1/2010. Ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức phí BHYT cho người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn và một số nhóm bảo trợ xã hội khác và hỗ trợ 70% mức phí cho người cận nghèo; 30% mức phí cho học sinh, sinh viên và 30% cho nhóm người thuộc hộ gia đình làm nông, ngư và diêm nghiệp có mức sống trung bình. Phạm vi quyền lợi và mức hưởng của các đối tượng tham gia BHYT được quy định khá rõ trong Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật.

Quy định về quyền lợi của người tham gia BHYT là điểm mới. Việc áp dụng đồng chi trả chi phí KCB cũng được quy định theo các mức khác nhau, theo các tuyến, hạng bệnh viện và theo nhóm đối tượng với mục đích đồng chi trả để nâng cao trách nhiệm của người có thẻ BHYT trong việc tuân thủ pháp luật về BHYT, kiểm soát chi phí KCB, hạn chế tình trạng lạm dụng BHYT đồng thời bảo đảm công bằng giữa những người tham gia BHYT trong việc sử dụng dịch vụ y tế. Các đối tượng tham gia BHYT được vào mã mới với 34 mã đối tượng được chia thành 7 mã quyền lợi với các mức hưởng 100%, 95%, 80%. Các đối tượng tham gia BHYT khi đi KCB sẽ được hưởng các dịch vụ: khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con; khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh; vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.

Có 12 văn bản có liên quan đến quy định KCB BHYT, trong đó Bộ Y tế ban hành 7 văn bản hướng dẫn thực hiện KCB BHYT tại các cơ sở y tế, đáng chú ý có: Thông tư số 09/2009/TTLT-BYT-BTC quy định về thủ tục KCB BHYT, chú trọng vấn đề đổi mới phương thức thanh toán KCB BHYT và đưa ra lộ trình cho việc áp dụng phương thức thanh toán theo định suất, đến năm 2011 có ít nhất 30%, đến năm 2013 có ít nhất 60% và đến năm 2015, tất cả các cơ sở y tế đăng ký KCB ban đầu tại địa phương thực hiện phương thức thanh toán theo định suất (Thông tư số 09/2009/TTLT-BYT-BTC, 2009); Thông tư số 10/2009/TT-BYT hướng dẫn việc đăng ký KCB ban đầu và vấn đề chuyển tuyến, theo đó, người tham gia BHYT có quyền đăng ký KCB BHYT ban đầu tại cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương, được thay đổi cơ sở đăng ký KCB ban đầu vào đầu mỗi quý, nếu cấp cứu được KCB tại bất kỳ cơ sở KCB nào khi xuất trình thẻ BHYT tế cùng với giấy tờ theo quy định, trường hợp vượt tuyến chỉ được thanh toán 70% chi phí nếu KCB tại cơ sở y tế hạng III, hạng IV và chưa xếp hạng, 50% chi phí đối với cơ sở hạng II, 30% chi phí đối với cơ sở hạng I, hạng đặc biệt (Thông tư số 10/2009/TT-BYT, 2010). Ngoài ra, Luật và các văn bản hướng dẫn cũng quy định rõ mức hưởng trong các trường hợp bệnh nặng chi phí lớn và các trường hợp không được BHXH thanh toán, danh mục dịch vụ kỹ thuật và danh mục thuốc dùng trong các cơ sở y tế được BHYT thanh toán, phân tuyến chuyên môn đối với hệ thống các cơ sở KCB.

***Chính sách y tế cơ sở và các chính sách nhằm tăng cường tiếp cận KCB cho người dân***

Trong quá trình đổi mới hệ thống y tế từ năm 1989 đến nay, Đảng và Nhà nước ta vẫn kiên định quan điểm ưu tiên đầu tư ngân sách nhà nước cho y tế cơ sở: “Tăng đầu tư của Nhà nước và tạo chuyển biến mạnh mẽ trong việc nâng cấp mạng lưới y tế cơ sở” (Văn kiện Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X). Chỉ thị số 06/CT-TW của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa IX xác định rõ y tế cơ sở là lĩnh vực y tế quan trọng để nâng cao sức khỏe nhân dân và đảm bảo công bằng xã hội (Chỉ thị số 06/CT-TW, 2002). Nghị Quyết 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị nêu rõ “Nhà nước cần đầu tư mạnh, tạo bước bứt phá để nâng cấp các cơ sở y tế, trong đó ưu tiên củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở” (Nghị quyết 46-NQ/TW, 2005).

Chính phủ đã ban hành văn bản nhằm xác định những chỉ tiêu cụ thể về nhân lực như: “...Bảo đảm 80% số trạm y tế xã có bác sĩ, 100% trạm y tế xã có nữ hộ sinh hoặc y sĩ sản, nhi... Bảo đảm tối thiểu có 5 cán bộ y

tế theo chức danh do Bộ Y tế quy định cho 1 trạm y tế xã” (Quyết định 153/2006/QĐ-TTg, 2006). Đầu tư nâng cấp trạm y tế xã đạt chuẩn quốc gia về y tế xã là một tiêu chí của Chương trình xây dựng nông thôn mới, theo đó việc đẩy mạnh chăm sóc sức khỏe ban đầu, đưa KCB BHYT về tuyến cơ sở đã được chú trọng thực hiện nhằm đáp ứng tốt hơn nhu cầu KCB của người dân nói chung và người có thẻ BHYT nói riêng, góp phần mở rộng diện bao phủ BHYT và thực hiện BHYT toàn dân. Thông qua các văn bản chỉ đạo chung và cụ thể, Đảng và Nhà nước xác định nhiệm vụ của y tế tuyến cơ sở là cung ứng những dịch vụ y tế cơ bản và có chất lượng để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người dân.

### **3. Những khoảng trống trong chính sách và những bất cập trong thực thi chính sách**

#### *Luật Bảo hiểm Y tế*

Khái niệm BHYT như là “hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật” (Luật BHYT, 2008) đã không xác định rõ loại hình bảo hiểm trong Luật là BHYT Xã hội và cũng không nêu được rõ mục tiêu của BHYT Xã hội là tham gia bắt buộc nhằm mục đích cung cấp sự bảo vệ tài chính cho toàn dân trong quá trình tiếp cận các hàng hóa và dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Tổ chức Y tế Thế giới, 2013), do đó tính hiệu lực của Luật chưa cao vì không có chế tài đầy đủ. Tình trạng phân mảnh lớn với 25 nhóm đối tượng, trong khi mức độ phân tán quỹ cao tại 63 tỉnh/ thành, khiến sự chia sẻ rủi ro giữa các nhóm đối tượng, giữa các tỉnh hạn chế, làm tăng chi phí quản lý, thiếu hiệu quả trong quản lý quỹ và nhóm đối tượng. Trách nhiệm tuyên truyền phổ biến chính sách pháp luật về BHYT được giao cho nhiều cơ quan, tổ chức khác nhau nhưng kinh phí hạn hẹp hoặc không có dòng kinh phí riêng, sự phối hợp không tốt, dẫn đến hoạt động tuyên truyền BHYT thực hiện manh mún, tính chuyên nghiệp chưa cao và hiệu quả truyền thông thấp.

#### *Các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật BHYT*

Hệ thống chuyển tuyến hoạt động không hiệu quả do chưa có quy định rõ thế nào là đúng tuyến, trái tuyến, việc chuyển bệnh nhân lên tuyến trên và chuyển trở lại tuyến dưới rất hạn chế, thiếu kết nối do các bệnh viện đều có động lực giữ bệnh nhân, dẫn đến tính liên tục trong chăm sóc bị ảnh hưởng đồng thời cũng gây nên tình trạng quá tải các cơ sở y tế tuyến trên. Nguyên nhân sâu xa là do bất cập của phương thức thanh toán BHYT

hỗn hợp giữa viện phí áp dụng chung cho mọi tuyến với sự chênh lệch lớn về mức thanh toán giữa các tuyến và định suất áp dụng ở hầu hết bệnh viện huyện lại đang còn nhiều bất cập vì áp dụng cho cả nội trú và ngoại trú, suất phí tính riêng cho các nhóm đối tượng trong khi việc chia nhóm không dựa trên đặc điểm tuổi, giới tính và nguy cơ bệnh tật của người tham gia BHYT, cơ sở tính suất phí dựa theo chi phí KCB năm trước mà không căn cứ vào nhu cầu chăm sóc sức khỏe (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ BHYT, 2013) dẫn đến thanh toán đa tuyến cao do tình trạng bệnh nhân tự vượt tuyến để hưởng quyền lợi tốt hơn ở tuyến trên làm ảnh hưởng đến việc quản lý quỹ BHYT tại các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế tuyến dưới. Quy định mức đồng chi trả không có giới hạn làm hạn chế việc tiếp cận dịch vụ KCB BHYT, đặc biệt của đối tượng cận nghèo. Việc chưa có quy định phân hạng các bệnh viện tư nhân dẫn đến nhiều bất cập trong thanh toán chi phí KCB BHYT cũng như hạn chế sự tham gia của bệnh viện tư nhân trong KCB BHYT.

#### *Chính sách y tế cơ sở*

Việc chuyển đổi mô hình tổ chức và cơ chế quản lý diễn ra liên tục tạo ra sự mất ổn định về tổ chức, xáo trộn về nhân lực và năng lực cung cấp dịch vụ trong toàn mạng lưới y tế cơ sở, ảnh hưởng bất lợi đến tâm lý làm việc của cán bộ. Thiếu các văn bản quy định, hướng dẫn cụ thể và thống nhất về cơ chế phối hợp giữa các đơn vị y tế tuyến huyện trong quản lý Nhà nước và trong chỉ đạo, quản lý các hoạt động chuyên môn đối với trạm y tế xã là một bất cập lớn cho công tác KCB BHYT ở tuyến cơ sở.

Về cung ứng dịch vụ, văn bản chỉ đạo của Đảng, Nhà nước xác định dịch vụ y tế cơ sở cung cấp là những dịch vụ cơ bản để tăng khả năng tiếp cận và đảm bảo công bằng song tính phù hợp cho từng vùng miền, theo mô hình bệnh tật, đảm bảo chất lượng dịch vụ và an toàn trong cung ứng dịch vụ y tế cho người dân chưa được đề cập nhiều. Về nhân lực, mục tiêu phát triển nguồn nhân lực đáp ứng về mặt số lượng được nêu rõ trong các văn bản chỉ đạo nhưng chất lượng và cơ cấu nhân lực phù hợp theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe vẫn là vấn đề còn bỏ ngỏ. Về phân bổ ngân sách nhà nước, hệ thống các văn bản pháp luật đã quy định khá đầy đủ, chi tiết, tuy nhiên định mức phân bổ mới dựa theo vùng miền mà chưa tính đến cơ cấu dân số, mô hình bệnh tật. Mức chi thường xuyên của trạm y tế xã dưới dạng kinh phí khoán không căn cứ trên thực tế hoạt động trong khi nguồn chi này do địa phương cấp nên tính khả thi và hiệu quả thực thi chính sách thấp nếu ngân sách eo hẹp (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ BHYT, 2013).

#### 4. Kết luận và một số gợi mở về chính sách

Những bất cập và hạn chế trong nội hàm chính sách và trong thực thi chính sách cùng với sự hoạt động chưa hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ và tài chính y tế trong khi hành vi chăm sóc sức khỏe và nhận thức của người dân về BHYT và KCB BHYT còn nhiều hạn chế đã khiến thực trạng tham gia BHYT và sử dụng dịch vụ KCB BHYT của người dân chưa cao. Kinh nghiệm quốc tế và thực tiễn triển khai chính sách BHYT và các chính sách liên quan đến KCB BHYT ở Việt Nam gợi mở những vấn đề cần được xem xét thực hiện trong thời gian tới như sau:

##### *Cải thiện hệ thống thể chế chính sách*

Sửa đổi, cải thiện hệ thống thể chế chính sách tạo hành lang pháp lý thông thoáng và thuận tiện cho hệ thống cung ứng dịch vụ y tế và cho người sử dụng dịch vụ KCB BHYT: Để đạt BHYT toàn dân nhất thiết phải quy định bắt buộc tham gia là kết luận được đưa ra trong nhiều phân tích quốc tế về kinh nghiệm thực hiện BHYT xã hội (Lieberman S. S. và cộng sự, 2009). Luật BHYT của Phillippines ngay trong phân đầu đã xác định rõ mục tiêu của BHYT là đảm bảo sự tiếp cận về tài chính đối với dịch vụ y tế cho mọi công dân Phillippines (Obermann K. và cộng sự, 2006). Việc triển khai BHYT theo hộ gia đình thay vì cá nhân cũng là một kinh nghiệm quan trọng từ các nước đã đạt BHYT toàn dân như Úc, Nhật Bản, Hàn Quốc. Theo phân tích của các chuyên gia, trong số các yếu tố làm hạn chế việc mở rộng bao phủ BHYT, việc không triển khai BHYT cho thân nhân người lao động là một yếu tố đầu tiên được kể đến. Chọn hình thức tham gia theo hộ gia đình giúp đẩy nhanh việc mở rộng độ bao phủ, tăng mức độ chia sẻ rủi ro giữa các thành viên tham gia BHYT, giảm tình trạng lựa chọn ngược gây rủi ro cho quỹ BHYT (Aparna S. và cộng sự, 2014). Với mục đích cuối cùng của BHYT là bao phủ toàn dân, có nghĩa là bao phủ toàn bộ dân số không phân biệt ai thuộc nhóm đối tượng nào, việc xem xét giảm bớt số nhóm đối tượng tham gia BHYT thành nhóm những người hưởng lợi cố đóng góp và nhóm những người hưởng lợi được trợ cấp cũng là điều được khuyến nghị cần làm (Trần Văn Tiến, 2012).

##### *Tăng cường hiệu quả của hệ thống y tế*

Tăng cường hiệu quả của hệ thống cung ứng dịch vụ và đổi mới hệ thống tài chính y tế để nâng cao tính đáp ứng của hệ thống y tế trong KCB BHYT: Kết hợp giữa việc tăng cường sự sẵn có và chất lượng dịch vụ y tế ở mọi tuyến, đặc biệt là ở tuyến y tế cơ sở nơi gần dân nhất, thông qua đầu tư phát triển nguồn nhân lực và đào tạo cập nhật kiến thức thường xuyên,



tăng cường cơ sở vật chất và trang thiết bị, phát triển các kỹ thuật điều trị mới, với việc cải tiến phương thức thanh toán nhằm cung cấp các gói quyền lợi phù hợp cho người dân là điều cần làm để củng cố niềm tin của người dân vào y tế cơ sở. Kinh nghiệm quốc tế cho thấy việc cung cấp một gói quyền lợi ngoại trú tốt là chiến lược quan trọng để tăng khả năng tiếp cận của người dân tham gia vào hệ thống BHYT và khuyến khích họ tiếp tục duy trì tham gia và sử dụng BHYT một cách hiệu quả (Kwon S, 2013). Bên cạnh đó, việc thiết kế gói dịch vụ phù hợp nên có sự cân đối của cả dịch vụ phòng bệnh và chữa bệnh như tư vấn sức khỏe, quản lý thai sản và dinh dưỡng, quản lý các bệnh mãn tính đang ngày càng tăng v.v. được chứng minh là có hiệu quả chi phí cao. Thiết lập lại hệ thống chuyển tuyến để đảm bảo y tế cơ sở là đơn vị đầu tiên người dân tiếp cận khi KCB và là đầu mối điều phối hoạt động KCB của người dân trong hệ thống chăm sóc sức khỏe mới phát huy được năng lực của y tế cơ sở, tạo dựng được niềm tin của người dân và do đó góp phần giảm tải cho các bệnh viện tuyến trên, bảo đảm hiệu quả hoạt động của toàn bộ hệ thống y tế. Đối mới phương thức chi trả là điều cần được quan tâm thực hiện trong thời gian tới để cải thiện hiệu quả cung ứng dịch vụ, đáp ứng tốt hơn nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người dân nói chung và người tham gia BHYT nói riêng.

#### *Hỗ trợ mang tính chiến lược cho các nhóm dân cư*

Tăng mức bao phủ BHYT hiệu quả thông qua các chính sách hỗ trợ cho người dân tham gia BHYT và sử dụng dịch vụ KCB BHYT: Kinh nghiệm nhiều nước cho thấy ngân sách nhà nước đóng vai trò không thể thay thế trong quá trình mở rộng bao phủ BHYT tới khu vực phi chính quy. Chương trình BHYT nông thôn mới dành cho đối tượng người dân tại vùng nông thôn Trung Quốc được xem là một ví dụ minh chứng cho sự thành công mở rộng bao phủ BHYT bằng quyết tâm chính trị và sự hỗ trợ cơ bản về tài chính. Thái Lan với chương trình y tế 30 Baht bảo đảm chăm sóc sức khỏe cho tất cả công dân Thái Lan chưa tham gia chương trình BHYT nào, chủ yếu là đối tượng nông dân và lao động tự do bằng nguồn tiền từ ngân sách là một ví dụ điển hình khác (Nguyễn Thị Minh Châu, 2013). Tại Việt Nam, ngân sách nhà nước đã hỗ trợ toàn bộ phí tham gia BHYT cho người nghèo và các đối tượng khó khăn, nâng mức hỗ trợ cho nhóm cận nghèo lên 70% năm 2002 và 100% cho một số đối tượng thuộc nhóm cận nghèo năm 2013. Tuy nhiên giới nghiên cứu đều đồng quan điểm để đạt mức BHYT toàn dân, mức hỗ trợ này sẽ cần phải tiếp tục tăng trong thời gian tới để hỗ trợ 100% cho toàn bộ đối tượng cận nghèo và

tăng dần trợ cấp mua BHYT cho những đối tượng làm nông, ngư, lâm nghiệp vì những người này dù không nghèo vẫn phải đối mặt với rào cản đáng kể khi mua BHYT và tiếp cận dịch vụ y tế. Bên cạnh việc tăng hỗ trợ mức phí cho người dân tham gia BHYT, cần đẩy mạnh truyền thông mang tính chiến lược nhằm tới các nhóm đối tượng đích để bảo đảm bao phủ hiệu quả. Kinh nghiệm quốc tế và thực trạng tham gia BHYT và sử dụng dịch vụ y tế hiện nay ở Việt Nam cho thấy thách thức lớn nhất đối với việc mở rộng độ bao phủ theo dân số là rào cản tham gia BHYT ở nhóm cận nghèo và nông dân. Rào cản ở đây không chỉ là về tài chính mà còn về nhận thức của người dân về quyền lợi BHYT và ý nghĩa bảo vệ tài chính khi tham gia BHYT. ■

### Tài liệu trích dẫn

- Aparnaa Somanathan, A. Tandon và cộng sự. 2014. *Tiến tới bao phủ Bảo hiểm y tế toàn dân ở Việt Nam: Đánh giá và giải pháp*. Ngân hàng Thế giới. Nhà xuất bản Hồng Đức, 2014.
- Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế. 2013. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế 2013: Hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân.
- Chỉ thị 06/CT-TW của Ban Bí thư Ban Chấp hành Trung ương khóa IX ban hành ngày 22 tháng 01 năm 2002 về “Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”.
- Chỉ thị số 38/CT-TW của Ban Bí thư Trung ương ngày 07/9/2009 về đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới.
- Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 1992.
- Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam. 2013.
- Kwon S.. 2013. Gói bảo hiểm trong BHYT. Bài trình bày tại Hội thảo BHYT, Vĩnh Phúc, Việt Nam, 16/10/2013.
- Lieberman, S.S, A. Wagstaff. 2009. *Tài chính y tế và cung ứng dịch vụ y tế ở Việt Nam: Hướng đi sắp tới*. Washington DC. Ngân hàng Thế giới.
- Luật Bảo hiểm Y tế của Quốc hội Khóa XII, Kỳ họp thứ tư, số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008.
- Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22/11/2012 về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác BHXH, BHYT giai đoạn 2012-2020.
- Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới.
- Nguyễn Thị Minh Châu. 2013. *Tổng quan tình hình nghiên cứu và các vấn đề liên quan đến tiếp cận của người dân với dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT*.
- Obermann K., M.R. Jowett, M.O.O. Alcantara, E.P. Banzon, and C. Bodart. 2006. “Social Health Insurance in a Developing Country: The case of the

Philippines”. *Social Science and Medicine* 62:3177-85.

Quyết định 122/QĐ-TTg ngày 10/01/2013 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân giai đoạn 2011-2020, tầm nhìn đến năm 2030.

Quyết định 153/2006/QĐ-TTg ngày 30/06/2006 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Quy hoạch tổng thể phát triển ngành y tế đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.

Quyết định số 823/QĐ-Ttg ngày 16/6/2009 lấy ngày 1 tháng 7 hàng năm là ngày Bảo hiểm y tế Việt Nam.

Ross, C. E, Mirowsky, J. 2000. “Does medical insurance contribute to socioeconomic differentials in health?” *The Milbank Quarterly*, 78(2), 2000, pp. 291-321.

Roy Harvey & Afsar Akal. 2001. The role of health insurance and community financing in funding immunization in developing countries. Paper prepared for the Financing Task Force of the Global Alliance for Vaccines and Immunization, 2001.

Thông tư Liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC ngày 14 tháng 8 năm 2009 hướng dẫn thực hiện BHYT. 2009.

Thông tư số 10/2009/TT-BYT hướng dẫn chi tiết việc đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và vấn đề chuyển tuyến.

Tổ chức Y tế Thế giới. 2013. *Báo cáo về tổ chức, quản lý BHYT ở Việt Nam*. Tài liệu đầu vào cho nghiên cứu Tiến tới Bao phủ BHYT toàn dân ở Việt Nam: Đánh giá và Giải pháp. 2013.

Trần Văn Tiến. 2012. Nghiên cứu trường hợp BHYT ở Việt Nam. Bài trình bày tại Hội thảo Flagship về đổi mới hệ thống y tế và tài chính y tế ở Việt Nam, tại Quảng Ninh, từ ngày 16-27/4/2012.

Văn kiện Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ X.

Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ BHYT. 2013. Dự thảo Báo cáo đánh giá ba năm thực hiện Luật BHYT. 2013.