

## **Tiếp cận các dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Việt Nam: Một số bàn luận từ góc độ cung ứng và sử dụng dịch vụ**

**Nguyễn Thị Minh Châu**

Bộ Y tế

**Tóm tắt:** Việt Nam đã và đang đạt được những thành tựu khả quan trong công tác chăm sóc sức khỏe. Người dân Việt Nam đang được sống trong những điều kiện chăm sóc y tế tốt hơn nhưng việc tiếp cận dịch vụ y tế đang còn tồn tại những vấn đề cần quan tâm. Bài viết này xem xét tình hình tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở Việt Nam từ góc độ cấu trúc và năng lực của hệ thống cung ứng dịch vụ, mức độ bao phủ bảo hiểm y tế cho các nhóm đối tượng và thực tế sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của người dân để từ đó có thể đưa ra một số gợi mở về mặt chính sách.

**Từ khóa:** Dịch vụ y tế; Bảo hiểm y tế; Chăm sóc sức khỏe; Tiếp cận dịch vụ y tế.

### **1. Đặt vấn đề**

Cùng với những thành công trong phát triển kinh tế xã hội kể từ giữa những năm 1980, Việt Nam đã đạt được những thành tựu khả quan trong

công tác chăm sóc sức khỏe. Người dân Việt Nam đang được sống trong những điều kiện chăm sóc y tế tốt hơn, chất lượng cuộc sống được cải thiện hơn và tuổi thọ cao hơn. Tuy nhiên, nền kinh tế thị trường với sự hình thành và phát triển của khu vực y tế tư nhân, tự do hóa thị trường được phẩm cũng mang lại nhiều thách thức, trong đó nổi lên vấn đề mất công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế giữa các vùng, miền và giữa các nhóm xã hội khác nhau.

Tiếp cận, theo Viện Y học Mỹ là “việc sử dụng kịp thời các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân để có được tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể” (US Institute of Medicines, 1993). Tiếp cận có thể được nhìn theo hai cách: có khả năng tiếp cận và thực sự tiếp cận. Việc có khả năng tiếp cận hay không liên quan đến năng lực và cấu trúc của hệ thống cung ứng dịch vụ cho thấy hệ thống đó có đủ số lượng và các loại hình nhân lực y tế và chương trình y tế để đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân hay không. Tuy nhiên đây mới chỉ là điều kiện cần chứ chưa đủ để đảm bảo sự tiếp cận thực sự. Việc người dân có thực sự sử dụng dịch vụ hay không mới biến khả năng tiếp cận trở thành hiện thực. Bài viết tập trung xem xét tình hình tiếp cận dịch vụ khám, chữa bệnh (KCB) bảo hiểm y tế (BHYT) ở Việt Nam từ góc độ cấu trúc và năng lực của hệ thống cung ứng dịch vụ, mức độ bao phủ BHYT cho các nhóm đối tượng và thực tế sử dụng dịch vụ KCB BHYT của người dân để từ đó có thể đưa ra một số gợi mở về mặt chính sách.

## **2. Năng lực cung ứng dịch vụ KCB BHYT của hệ thống y tế**

Khả năng cung ứng dịch vụ của hệ thống y tế có ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân. Mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân đòi hỏi hệ thống cung ứng dịch vụ y tế phải được tăng cường về năng lực, đảm bảo tính sẵn có và đa dạng của dịch vụ và hệ thống tài chính y tế phải tạo điều kiện để việc cung ứng và tiếp cận, sử dụng dịch vụ khi có nhu cầu được diễn ra thuận lợi.

### **Cơ cấu tổ chức của hệ thống y tế**

Hệ thống y tế Việt Nam được chia làm 3 tuyến: trung ương, tỉnh/ thành phố và cơ sở. Trong giai đoạn đổi mới đất nước từ 1986 đến nay, hệ thống y tế Việt Nam đã trải qua nhiều thay đổi lớn. Hệ thống y tế được nhà nước

bao cấp hoàn toàn trước đây đã chuyển thành hệ thống y tế với nhiều nguồn thu khác nhau trong đó chi trả trực tiếp của người dân còn chiếm tỷ trọng lớn và nguồn thu từ BHYT đang tăng dần.

Hệ thống cung ứng dịch vụ y tế hiện nay có sự tham gia của cả khu vực y tế công và tư. Y tế công gồm các bệnh viện đa khoa, chuyên khoa trung ương và tỉnh, các bệnh viện đa khoa huyện, trạm y tế xã và y tế thôn bản, chiếm ưu thế trong việc cung cấp các dịch vụ KCB tại bệnh viện và chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến cơ sở. Khu vực tư nhân, gồm các bệnh viện tư thường có quy mô nhỏ, các phòng khám tư nhân, phòng khám đông y và hiệu thuốc, chủ yếu cung ứng các dịch vụ thuộc những chuyên khoa dễ triển khai, dễ thu hút người bệnh và bán thuốc.

Quy hoạch phát triển mạng lưới KCB được xây dựng dựa trên quan điểm bảo đảm tính hệ thống và liên tục trong hoạt động chuyên môn của từng tuyến và giữa các tuyến. Việc sắp xếp mạng lưới KCB được thực hiện theo cụm dân cư, tuyến chuyên môn kỹ thuật y tế. Đối với tỉnh thuộc khu vực miền núi, vùng sâu, vùng xa đầu tư được tập trung cho cả bệnh viện tuyến tỉnh và huyện để bảo đảm thuận lợi cho mọi người dân được tiếp cận các dịch vụ KCB (Quyết định 30/2008/QĐ-TTg).

#### **Khả năng đáp ứng KCB BHYT của các cơ sở y tế**

Nỗ lực bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân có thể mang tới độ bao phủ hiệu quả khi hệ thống cung ứng dịch vụ có khả năng đáp ứng được sự gia tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế. Chính phủ đã có đầu tư lớn cho hệ thống cung ứng dịch vụ y tế, đặc biệt cho mạng lưới y tế cơ sở. Trái phiếu Chính phủ đã giúp tăng số lượng bệnh viện huyện lên 17% và giường bệnh viện tuyến huyện lên 64% trong thập kỷ qua (Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế, 2013). Quy hoạch phát triển nguồn nhân lực y tế giai đoạn 2011 - 2020 đã đưa ra các giải pháp để tăng cường duy trì nhân lực y tế ở vùng nông thôn và cải thiện chương trình giáo dục y tế, giúp làm tăng tổng thể số lượng cán bộ y tế được đào tạo trong mười năm qua, gia tăng mật độ nhân lực y tế ở các vùng nghèo, khó khăn của đất nước (Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế, 2012).

Về KCB BHYT, các cơ sở y tế muốn tham gia KCB BHYT phải đáp ứng được các quy định về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực và các quy định chuyên môn kỹ thuật để được ký hợp đồng với cơ quan Bảo hiểm Xã

hội (BHXH) Việt Nam và được chi trả các hoạt động KCB BHYT. Trước đây, tất cả các cơ sở y tế công lập được cung cấp dịch vụ KCB BHYT. Từ 15/11/2011, tất cả các cơ sở y tế, kể cả công lập và tư nhân, đều phải có chứng nhận và cấp phép hành nghề để được tham gia KCB BHYT. Số lượng cơ sở y tế ký hợp đồng KCB BHYT tăng lên qua các năm, trong đó có sự gia tăng đáng kể ở nhóm cơ sở KCB tư nhân.

Công tác KCB BHYT đóng vai trò lớn trong hoạt động của các bệnh viện. Một nghiên cứu khảo sát bệnh viện cho thấy về tỷ trọng số lượt KCB BHYT trên tổng số lượt KCB, mặc dù có khác nhau giữa các bệnh viện và nhóm bệnh viện nhưng xu hướng phổ biến là có sự gia tăng về cung ứng dịch vụ KCB BHYT sau khi thực hiện Luật BHYT 2009 và gia tăng đáng kể là ở nhóm bệnh viện trung ương và tư nhân song tỷ trọng cao nhất luôn nằm ở nhóm bệnh viện tuyến huyện. Về mặt tài chính, nguồn thu từ BHYT chiếm tỷ trọng lớn trong tổng nguồn thu thường xuyên tại hầu hết bệnh viện các tuyến, tỷ lệ bình quân tại tuyến tỉnh là 50%, tuyến huyện là 45% (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế, 2013).

Nhằm tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, tạo điều kiện cho người tham gia BHYT có thể lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu phù hợp, thuận tiện, cho đến nay đã có hơn 80% trạm y tế xã thực hiện KCB BHYT (Vụ Bảo hiểm Y tế, 2012), đáp ứng được nhu cầu tiếp cận các dịch vụ y tế cơ bản của người có thẻ BHYT, nhất là với nhóm người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người hưu trí và các nhóm ưu đãi xã hội khác.

Mặc dù đã có nhiều nỗ lực, chất lượng và phân bố các dịch vụ y tế vẫn còn là thách thức lớn đối với mục tiêu bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân. Chất lượng KCB nhìn chung còn chưa đáp ứng nhu cầu của nhân dân, nhất là ở tuyến y tế cơ sở và các tỉnh miền núi do điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, quy định phạm vi chuyên môn, năng lực cán bộ còn hạn chế. Hầu hết các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương đều quá tải. Tại hầu hết các bệnh viện, số lượng thẻ đăng ký KCB BHYT tăng lên đáng kể nhưng số lượng cán bộ, đặc biệt là bác sỹ lại gần như không tăng, các bệnh viện huyện đều gặp phải tình trạng chung là không có đủ số bác sỹ theo chỉ tiêu giường bệnh, thậm chí có nhiều bệnh viện 5 năm gần đây không tuyển thêm được bác sỹ nào (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế, 2013). Tình trạng KCB vượt tuyến của người có thẻ

BHYT dẫn tới sự quá tải ở tuyến trên và người dân chưa hài lòng vì thủ tục KCB phức tạp và mất thời gian chờ đợi. Tình trạng lạm dụng BHYT vẫn xảy ra ở một số nơi nhất là các cơ sở được đầu tư, trang bị các máy móc từ nguồn xã hội hóa. Cơ chế tự chủ và thu phí dịch vụ tạo mặt trái là hiện tượng lạm dụng thuốc, kỹ thuật, xét nghiệm, thu hút người bệnh BHYT đồng chi trả tăng lên và khuyến khích bệnh viện làm những gì BHYT không chi trả, tạo gánh nặng tài chính cho người bệnh và làm hệ thống cung ứng dịch vụ trở nên kém hiệu quả (Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế, 2013).

Thiếu hụt trong hệ thống cung ứng dịch vụ trở nên đáng quan ngại hơn khi xem xét sự chuyển dịch dân số và dịch tễ đang diễn ra ở Việt Nam với diễn biến già hóa dân số và sự gia tăng của gánh nặng các bệnh không lây, bệnh mãn tính. Nhu cầu về cung cấp dịch vụ quản lý bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng nhưng y tế cơ sở chưa đủ khả năng đáp ứng khiến cho tình trạng quá tải ở tuyến trên càng trở nên trầm trọng, ảnh hưởng đến việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ của người bệnh nói chung và người có thẻ BHYT nói riêng (Hoang Van Minh và cộng sự, 2012).

Một trong những nỗ lực để khắc phục các bất cập nêu trên có thể kể đến là Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT số 46/2014/QH13 (sau đây gọi tắt là Luật BHYT sửa đổi, 2014) và các văn bản hướng dẫn liên quan có quy định mới về thông tuyến KCB BHYT và tăng quyền lợi, mức hưởng cho người tham gia, một mặt nhằm làm tăng sử dụng dịch vụ KCB BHYT, mặt khác tạo áp lực, đòi hỏi các cơ sở y tế phải đổi mới phương pháp quản lý, tăng cường chất lượng dịch vụ để thu hút người tham gia BHYT. Song song với đó là việc đẩy mạnh thực hiện Chương trình hành động nâng cao chất lượng KCB và Quy tắc ứng xử tại các cơ sở y tế nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ, chống lạm dụng thuốc và các xét nghiệm, nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ, cải cách thủ tục hành chính, giảm phiền hà trong đón tiếp và thanh toán chi phí KCB vì mục tiêu đáp ứng sự hài lòng của người bệnh. Bên cạnh đó là các Đề án Bệnh viện vệ tinh, Đề án 1816 - chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ tuyến dưới – giúp người bệnh tiếp cận dịch vụ ngay tại nơi sinh sống, giảm quá tải tuyến trên. Mô hình bác sỹ gia đình đang được nhân rộng hiện nay cũng là nỗ lực giúp gia tăng số lượng phòng khám và nhân lực, bảo đảm sự tiếp cận thuận tiện cho người dân tại cộng đồng theo hướng tiếp cận toàn diện, liên tục.

### 3. Thực trạng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB BHYT của người dân

#### Hành vi chăm sóc sức khỏe

Thực trạng tiếp cận các dịch vụ KCB ở Việt Nam chưa cao thể hiện qua hành vi chăm sóc sức khỏe, tức là cách xử trí khi đau ốm, với tỷ lệ cao lựa chọn chủ động mua thuốc về tự chữa trị hơn là tìm đến cơ sở y tế (Trần Thị Mai Oanh và cộng sự, 2012). Các nhóm dân cư khác nhau có những cách ứng xử không giống nhau khi gặp phải vấn đề về sức khỏe. Nhóm dân cư có mức sống càng thấp thì tình trạng sức khỏe càng kém và họ thường ít quan tâm đến sức khỏe của mình hơn so với người có điều kiện kinh tế tốt hơn (Trần Thị Minh Ngọc, 2012). Không chữa trị hoặc tự chữa trị thường gặp nhiều hơn ở nhóm có thu nhập thấp. Người nghèo có xu hướng ít sử dụng các cơ sở y tế hơn người giàu và chỉ KCB khi bệnh đã ở mức nghiêm trọng. Khi ốm đau, người nghèo phải phụ thuộc nhiều vào các cơ sở y tế tuyến dưới do không có điều kiện đến bệnh viện tuyến trên (Trần Thị Minh Ngọc, 2012).

#### Tình hình tham gia BHYT

Tỷ lệ bao phủ BHYT có xu hướng gia tăng rõ rệt kể từ năm 2009 khi Luật BHYT chính thức có hiệu lực (Bộ Y tế, 2013) và đạt 76,5% vào cuối năm 2015 (BHXH Việt Nam, 2016). Tuy nhiên, tỷ lệ bao phủ BHYT giữa các nhóm đối tượng và khu vực trên toàn quốc có khác nhau, tùy theo các tầng lớp nghề nghiệp xã hội, nguồn lực kinh tế và vốn xã hội. Hầu hết những người ở tầng lớp cao đều có thẻ BHYT, trong khi tỷ lệ này ở các tầng lớp thấp hơn là khá khiêm tốn (Vũ Mạnh Lợi, Trần Thị Minh Thi, 2012).

Cũng như nhiều nước trong khu vực, Việt Nam đang phải đối mặt với vấn đề “khoảng trống giữa” trong đó tỷ lệ tham gia BHYT cao ở nhóm thu nhập thấp và thu nhập cao nhưng tỷ lệ này lại thấp ở nhóm thu nhập trung bình như cận nghèo, không nghèo và khu vực lao động phi chính quy (Viroj T. và cộng sự, 2011). Theo một nghiên cứu công bố năm 2013, hai nhóm đối tượng có tỷ lệ bao phủ BHYT thấp nhất hiện nay là nhóm cận nghèo và đối tượng tự nguyện với tỷ lệ tương ứng là 21,4% và 26,1%. Trong nhóm đối tượng này, nông dân chiếm đa số. Tỷ lệ tham gia BHYT của người có thu nhập trung bình trở lên thuộc khu vực lao động phi chính thức rất thấp. Mới chỉ một số ít người thuộc hộ gia đình nông, lâm, ngư và

diêm nghiệp có thu nhập trung bình trở lên tham gia BHYT tự nguyện, phần lớn trong số này là những người đang có nhu cầu KCB (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế, 2013), gây nên tình trạng “lựa chọn ngược”, chỉ có người ốm, người già mới tham gia BHYT, làm giảm tính chia sẻ rủi ro của BHYT. Tỷ lệ tham gia BHYT cao ở các nhóm đối tượng được trợ cấp hoàn toàn và tham gia bắt buộc không đồng nghĩa với bao phủ hiệu quả. Một khảo sát đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi năm 2011 cho thấy có tới 27% trẻ dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT. Con số này ở nhóm dân tộc thiểu số là 30% và có tới 35% cha mẹ nhận thẻ cho trẻ em dưới 6 tuổi sau 3 tháng đăng ký (Vụ Bảo hiểm Y tế, 2012).

Tỷ lệ bao phủ BHYT biến động khá rõ rệt giữa các tỉnh, dao động từ các tỉnh thấp nhất là dưới 50% (Nam Định, Cà Mau, Kiên Giang và Bình Phước) đến hơn 100% (Lai Châu, Điện Biên và Bắc Kạn). Tình trạng một người cùng lúc có thẻ BHYT thuộc các nhóm đối tượng khác nhau là điều lý giải cho tỷ lệ cao hơn 100% bất hợp lý này (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế, 2013).

Đã có bằng chứng cho thấy tác động tích cực từ thay đổi chính sách đến tỷ lệ bao phủ BHYT. Luật BHYT sửa đổi có các quy định mới, đó là tham gia BHYT bắt buộc thay vì có trách nhiệm tham gia như trước đây, và tham gia theo hộ gia đình thay vì cá nhân, bổ sung quy định người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; tại xã đảo, huyện đảo được cấp thẻ BHYT miễn phí từ nguồn ngân sách nhà nước. Nhờ đó đối tượng tham gia BHYT tăng mạnh, đặc biệt là ở một số địa phương trước đây có tỷ lệ bao phủ BHYT thấp. Từ chỗ cả nước có 29 địa phương có tỷ lệ bao phủ BHYT dưới 65% dân số thì đến cuối năm 2015, chỉ còn lại 4 địa phương (Bảo hiểm xã hội Việt Nam, 2016). Tuy nhiên cũng có những bất cập phát sinh từ quy định mới có thể có tác động tiêu cực đến tiếp cận BHYT, đơn cử như việc quy định tham gia theo hộ gia đình là trở ngại đối với những hộ eo hẹp về tài chính hoặc khi trong hộ có người không hợp tác. Việc tuyên truyền, vận động là điều cần làm để nâng cao ý thức tuân thủ luật và tinh thần tương thân tương ái.

### **Sử dụng thực tế các dịch vụ KCB BHYT**

Người tham gia BHYT được tiếp cận dịch vụ y tế ở tất cả các tuyến theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe và bệnh tật. Số lượt KCB của người tham gia BHYT tăng hàng năm. Trong năm 2011 đã có 114 triệu lượt người KCB

BHYT (8,9 triệu lượt điều trị nội trú và 105,5 triệu lượt điều trị ngoại trú) với tần suất KCB bình quân 2,02 lần/người/năm. Tỷ lệ KCB BHYT tại các cơ sở tuyến trung ương là 3,4%; tuyến tỉnh là 24,3%; tuyến huyện chiếm tỷ trọng cao nhất là 42,7% và tuyến xã là 29,6 %. Có tới 75% dịch vụ khám ngoại trú được thực hiện ở tuyến huyện và tuyến xã và mô hình này hầu như không thay đổi qua các năm, trong khi đó 90% dịch vụ nội trú của bệnh nhân BHYT là ở tuyến huyện và tuyến tỉnh (Bộ Y tế, 2012). Mức sử dụng dịch vụ KCB cả nội trú và ngoại trú của người có thẻ BHYT và của toàn bộ dân số nói chung đều tăng và có xu hướng tiếp tục tăng trong thời gian tới do nhận thức được nâng cao và mở rộng xã hội hóa trong KCB BHYT, bên cạnh một số yếu tố dân số, xã hội khác như mức sống tăng, trình độ dân trí tăng. Mức KCB ngoại trú của người tham gia BHYT đã tăng từ 1,35 lượt/ người năm 2003 lên 1,79 lượt/ người năm 2011, tức tăng khoảng 3,7% mỗi năm. KCB nội trú thậm chí còn tăng với tỷ lệ cao hơn trong cùng thời gian này từ 0,10 lượt năm 2003 lên 0,16 lượt năm 2011, tức tăng khoảng 6,3% mỗi năm (Aparnaa S. và cộng sự, 2014). Giữa các nhóm đối tượng BHYT cũng có sự chênh lệch lớn về mức độ sử dụng dịch vụ y tế. Nhóm tự nguyện có số lần khám bình quân/ người/ năm cao gấp 5,8 lần nhóm học sinh, sinh viên và cao gấp 3,7 lần nhóm nghèo và cận nghèo (Bộ Y tế, 2012).

#### **Đăng ký KCB ban đầu và tình trạng vượt tuyến**

Khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB BHYT có liên quan trực tiếp đến nơi đăng ký KCB ban đầu. Tỷ lệ đăng ký KCB ban đầu chủ yếu tại tuyến huyện và xã, chiếm 86% (Bộ Y tế, 2012). Song sự phân bố này có sự khác nhau rõ rệt giữa các địa phương. Một nghiên cứu cho thấy trong khi các tỉnh như Thanh Hóa, Nam Định, Sơn La có từ 70% đến 80% số thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu tại tuyến xã thì tại Thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này rất thấp, chỉ là 2% (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế, 2013). Điều này phản ánh một thực tế là các thành phố lớn là nơi tập trung nhiều bệnh viện và khá thuận lợi cho việc tiếp cận nên người có thẻ BHYT không muốn đăng ký KCB ban đầu tại trạm y tế xã, phường trong khi đó tại các tỉnh khác, đặc biệt là các tỉnh miền núi, phần lớn người dân khi đau ốm đều đến trạm y tế xã. Sau khi có Luật BHYT sửa đổi, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư quy định đăng ký KCB BHYT ban đầu và chuyển tuyến KCB BHYT, theo đó người tham gia BHYT được quyền đăng ký KCB BHYT ban đầu tại một trong các cơ sở y tế quy định



theo Thông tư này không phân biệt địa giới hành chính, phù hợp với nơi làm việc, nơi cư trú và khả năng đáp ứng của cơ sở KCB (Thông tư 40/2015/TT-BYT).

Về tình trạng vượt tuyến, trước đây bệnh nhân BHYT tự ý vượt tuyến hoặc sử dụng trái tuyến so với nơi đăng ký KCB ban đầu sẽ phải chịu mức đồng chi trả cao hơn. Chi phí KCB BHYT giữa các tuyến chênh lệch rất lớn với mức chi bình quân một lần khám bệnh ở tuyến trung ương là 500.000 đồng so với 35.000 đồng ở tuyến xã. Chi phí BHYT thanh toán cho một đợt điều trị nội trú tại bệnh viện trung ương gấp 8,5 lần tại bệnh viện tuyến huyện. Mức chênh lệch như vậy đã góp phần gây nên tình trạng quá tải bệnh viện ở tuyến trên do tình trạng vượt tuyến gia tăng (Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, Vụ Bảo hiểm Y tế, 2013). Quy định mở thông tuyến KCB BHYT theo Luật BHYT sửa đổi đã tạo điều kiện thuận lợi nhất cho người tham gia BHYT trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, cụ thể là mở thông tuyến KCB BHYT giữa tuyến xã và tuyến huyện trên cùng địa bàn tỉnh, trước đây nếu người dân đi KCB không đúng tuyến chỉ được thanh toán 70% chi phí KCB thì theo Luật BHYT sửa đổi được thanh toán 100% chi phí KCB đối với những đối tượng KCB trong cùng địa bàn tỉnh. Không những thế việc mở thông tuyến KCB BHYT đến tuyến tỉnh và tuyến trung ương trong phạm vi cả nước nếu điều trị nội trú được áp dụng đối với người thuộc hộ gia đình nghèo và người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại các xã đảo, huyện đảo.

### **Tác động của BHYT tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ**

Một số nghiên cứu cho thấy những tác động tích cực của BHYT tới tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB. BHYT bắt buộc và BHYT cho người nghèo, các đối tượng chính sách giúp làm giảm tình trạng tự chữa trị bệnh, tăng sử dụng dịch vụ y tế, cả nội và ngoại trú, do các cơ sở y tế công cung cấp cho người có BHYT. BHYT cũng giúp giảm chi tiêu tiền túi của người dân, và có tác động nhất định đến bảo vệ tài chính cho người dân trước các chi phí y tế thảm họa (Bales S. và cộng sự, 2008; Hoang Văn Minh và cộng sự, 2012). Loại hình BHYT tự nguyện cũng được đánh giá là làm tăng sử dụng KCB ngoại trú ở các cơ sở y tế công, giảm tự điều trị và tìm đến y tế tư nhân, có nhiều tác động tích cực đến các nhóm có thu nhập thấp (Hà Anh Đức, 2011).

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng BHYT không có nhiều tác động đến tăng cường tiếp cận và sử dụng dịch vụ KCB của các hộ gia đình cận nghèo do đối tượng này chỉ được hỗ trợ 50% mệnh giá bảo hiểm và ngay kể cả ở nhiều nơi có dự án hỗ trợ thêm 30% mệnh giá, không phải hộ cận nghèo nào cũng quyết định bỏ ra số tiền còn lại để mua BHYT (Hà Văn Thúy, Nguyễn Đình Thường, 2012). Đến 2012, khi mức hỗ trợ phí tham gia BHYT của nhà nước cho nhóm đối tượng này tăng lên 70% thì mức tham gia vẫn tăng rất chậm. Không những thế, tỷ lệ tham gia BHYT không đồng nghĩa với sử dụng hiệu quả. Một nghiên cứu cho thấy BHYT chi trả 10% tổng chi phí KCB cho số rất ít những người di cư có BHYT (15%), trong khi gần 60% người di cư có BHYT đã không sử dụng dịch vụ y tế do những trở ngại về quy định và thủ tục KCB (Aparnaa S. và cộng sự, 2014). Một ví dụ khác là BHYT chỉ mang lại tác động khiêm tốn về bảo vệ tài chính cho người dân. Trên thực tế, người có BHYT vẫn phải chi trả tiền túi tương đối cao do quy định đồng chi trả đối với hầu hết các đối tượng tham gia BHYT, gói dịch vụ y tế thuộc phạm vi thanh toán của BHYT còn hạn chế và người dân vẫn phải trả thêm cho các dịch vụ ngoài BHYT, các chi phí đi lại, ăn ở của bệnh nhân và người nhà, các chi phí không chính thức như phong bì, quà biếu... (Hà Anh Đức, 2011).

Với Luật BHYT sửa đổi, quyền lợi và mức hưởng của người tham gia BHYT được quan tâm hơn như bỏ quy định đồng chi trả 5% với người nghèo, dân tộc thiểu số đang sinh sống ở vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn; bỏ quy định đồng chi trả 20% với thân nhân người có công là cha mẹ đẻ, hoặc vợ/chồng, con của liệt sĩ, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ; giảm mức đồng chi trả từ 20% xuống còn 5% với thân nhân của người có công khác và người cận nghèo. Đây là những giải pháp nhằm giảm gánh nặng chi phí KCB, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho các nhóm đối tượng này.

Luật cũng quy định chi trả 100% chi phí KCB kể cả chi phí vận chuyển người bệnh trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật cho các đối tượng thuộc nhóm bảo trợ xã hội, thanh toán 100% chi phí KCB khi người bệnh có thời gian tham gia BHYT từ 5 năm liên tục trở lên và toán số tiền đồng chi trả trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở. Đây là những điểm mới giúp tăng tính bảo vệ, hỗ trợ của BHYT cho người bệnh trước các rủi ro tài chính.

#### 4. Kết luận và những gợi mở về chính sách

Những phân tích ở trên cho thấy, mức độ cung ứng dịch vụ ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng tiếp cận dịch vụ của người dân. Vấn đề quyết định đối với việc tham gia BHYT và sử dụng dịch vụ KCB BHYT của người dân là chất lượng của cơ sở y tế. Thiếu các loại hình dịch vụ đáp ứng nhu cầu đa dạng của người dân ở tuyến y tế cơ sở và chất lượng dịch vụ chưa tốt do hạn chế về nguồn lực cản trở việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người dân. Vị trí địa lý của cơ sở y tế cũng như cách thức tổ chức vận hành của cơ sở y tế cũng là những yếu tố về mặt hệ thống thu hút hoặc cản trở người dân tiếp cận dịch vụ. Từ góc độ nhu cầu khám, chữa bệnh, nhận thức và hiểu biết về sức khỏe của người dân có ảnh hưởng đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế khi đau ốm, đến quyết định tham gia BHYT và sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT. Niềm tin của người dân vào hệ thống BHYT, vào cơ sở y tế cũng là những yếu tố có liên quan đến việc người dân có quyết định mua và sử dụng thẻ BHYT khi đi KCB hay không. Trên thực tế, các vấn đề về phía cung và cầu không dễ gì tách biệt và có liên quan trực tiếp với nhau. Nếu dịch vụ chăm sóc sức khỏe có sẵn nhưng với chất lượng kém thì nhu cầu sử dụng sẽ không nhiều. Nhu cầu cao đi kèm với khả năng chi trả tương đối sẽ khuyến khích việc cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng. Các yếu tố văn hóa và giáo dục có thể cản trở nhận thức về đau ốm và những lợi ích tiềm tàng của chăm sóc sức khỏe trong khi những khó khăn kinh tế lại hạn chế việc sử dụng dịch vụ ngay cả khi lợi ích của chăm sóc sức khỏe được thừa nhận.

Thể chế, chính sách có tầm ảnh hưởng quyết định tới việc tăng cường tiếp cận dịch vụ y tế của người dân thông qua tác động đến cung hoặc cầu, hoặc cả cung và cầu với nhiều lựa chọn chính sách khác nhau phụ thuộc vào các quyết định về chính trị, bối cảnh lịch sử và giá trị xã hội. Việc xem xét một cách toàn diện xu thế phát triển của cộng đồng sẽ giúp các nhà hoạch định chính sách và cung cấp dịch vụ đánh giá nhu cầu, nguyện vọng của cộng đồng để tìm ra mô hình phù hợp cho từng vùng, từng địa phương, tại mỗi giai đoạn phát triển nhằm tăng cường sự tiếp cận các dịch vụ y tế của người dân nói chung và người có BHYT nói riêng. ■

#### 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. Nxb. Hồng Đức.

- Bales S. và cộng sự. 2008. *Báo cáo tổng hợp đánh giá tác động của Quyết định 139*.
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam. 2016. *Báo cáo kết quả công tác năm 2015 và phương hướng, nhiệm vụ năm 2016 (3/2/2016)*.
- Bộ Y tế và Nhóm Đối tác Y tế. 2012. Báo cáo chung Tổng quan ngành Y tế 2012: Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.
- 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.
- Bộ Y tế. 2012. Báo cáo đánh giá ba năm thực hiện Luật Bảo hiểm Y tế và đề xuất sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm Y tế.
- Bộ Y tế. 2013. Đề án thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2015 - 2020.
- Hoang Van Minh, Nguyen Thi Kim Phuong, Priyanka Saksena, Chris D. James, Ke Xu,. 2012. “Financial burden of household out of pocket health expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standards Survey 2002-2010”. *Social Science & Medicine X* (2012).
- Hà Anh Đức. 2011. *Bảo hiểm y tế xã hội như là phương tiện để đạt mục tiêu BHYT toàn dân và các dấu ra sức khỏe công bằng hơn*. Báo cáo chuyên đề theo đặt hàng của Ngân hàng Thế giới, tháng 6/2011.
- Hà Văn Thúy, Nguyễn Đình Thường. 2012. “Kết quả bước đầu hoạt động hỗ trợ người cận nghèo mua thẻ bảo hiểm y tế”. Kỷ yếu *Hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ hai – Tài chính y tế hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân*. Hà Nội, tháng 11/2012.
- Luật Bảo hiểm Y tế của Quốc hội Khóa XII, Kỳ họp thứ tư, số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008.
- Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi - Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014.
- Quyết định 30/2008/QĐ-TTg ngày 22/2/2008 phê duyệt Quy hoạch phát triển mạng lưới khám, chữa bệnh đến năm 2010 và tầm nhìn 2020.
- Trần Thị Mai Oanh và cộng sự. 2012. “Kết quả thực hiện chức năng nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi”. *Tạp chí quốc tế về hoạch định và quản lý y tế*. Chính sách Y tế. Số 10.2012.
- Trần Thị Minh Ngọc. 2012. “Phân tầng xã hội trong chăm sóc sức khỏe”. Kỷ yếu Hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ hai - *Tài chính y tế hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân*. Hà Nội, tháng 11/2012.
- US Institute of Medicine.1993. Access to Health Care in America. Washington,

D.C. National Academy Press.

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

Viroj T., Đặng Bội Hương và cộng sự. 2011. “Cải cách tài chính y tế ở Đông Nam Á: Những thách thức để đạt được độ bao phủ toàn dân”. Tạp chí *The Lancet*, xuất bản online ngày 25/11/2011. Bản dịch tiếng Việt của Đặng Bội Hương, trình bày tại Hội nghị Kinh tế Y tế tháng 11/ 2012.

Vụ Bảo hiểm Y tế. 2012. Báo cáo kết quả nghiên cứu khả năng thực hiện bảo hiểm Y tế toàn dân.

Vũ Mạnh Lợi, Trần Thị Minh Thi. 2012. *Những vấn đề cơ bản về các giai tầng xã hội của Việt Nam giai đoạn 2011 -2020*. Viện Hàn lâm Khoa học xã hội Việt Nam.