

HOÀN THIỆN PHÁP LUẬT VỀ BẢO HIỂM Y TẾ Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

TS. ĐỖ NGÂN BÌNH*

Nội dung chủ yếu của pháp luật an sinh xã hội ở Việt Nam bao gồm: Các quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, cứu trợ xã hội và ưu đãi xã hội. Với tư cách là bộ phận cấu thành quan trọng của hệ thống pháp luật an sinh xã hội, các quy định về bảo hiểm y tế (BHYT) đã góp phần đáng kể trong việc thực hiện các mục tiêu của an sinh xã hội. Bên cạnh đó, trong quá trình triển khai thực hiện, các quy định hiện hành về BHYT cũng đã bộc lộ những bất cập nhất định, hậu quả là đã dẫn tới tình trạng bội chi quỹ BHYT, hạn chế diện “phủ sóng” của các đối tượng tham gia BHYT hoặc giảm hiệu quả áp dụng các quy định này khi xác định quyền và nghĩa vụ của người thụ hưởng BHYT. Trong phạm vi bài viết này, trên cơ sở đánh giá một cách khái quát việc ban hành và thực hiện các quy định về BHYT ở Việt Nam, chúng tôi sẽ xác định một số nhóm giải pháp cơ bản nhằm hoàn thiện pháp luật về BHYT, nâng cao hiệu quả áp dụng của các quy định này trong việc chăm sóc sức khỏe toàn dân ở Việt Nam.

1. Nhóm giải pháp nhằm mở rộng đối tượng tham gia BHYT

Đối tượng tham gia BHYT được chia thành hai nhóm là đối tượng tham gia BHYT bắt buộc (quy định tại Điều 3 Điều lệ bảo hiểm xã hội)⁽¹⁾ và đối tượng tham gia BHYT tự nguyện (quy định tại Điều 4 Điều lệ BHYT). Thực tiễn triển khai các quy định về

đối tượng tham gia BHYT cho thấy:

1) Các quy định này đã tạo cơ sở pháp lý cho việc mở rộng độ bao phủ của BHYT. Trong những năm qua, đối tượng thụ hưởng BHYT đã liên tục gia tăng. Theo Báo cáo đánh giá tình hình thực hiện BHYT của bảo hiểm xã hội Việt Nam ngày 21/9/2006⁽²⁾ thì số người tham gia BHYT đến cuối năm 2005 đạt 22.700 ngàn người, tăng 24% so với năm 2004; đến cuối tháng 6/2006, số người tham gia BHYT đã đạt 30.997 ngàn người.

2) Hiện đang có sự mâu thuẫn giữa Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định của Chính phủ số 63/2005/NĐ-CP và Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005 về hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện khi quy định về đối tượng tham gia BHYT tự nguyện. Theo quy định tại Điều 25 Nghị định của Chính phủ số 63/2005/NĐ-CP thì những người đã tham gia BHYT bắt buộc nhưng muốn tham gia BHYT tự nguyện để hưởng mức dịch vụ y tế cao hơn vẫn có thể tham gia BHYT tự nguyện. Tuy nhiên, Phần I Thông tư liên tịch số 22/TTLT-BYT-BTC lại quy định: BHYT tự nguyện không áp dụng với những người đã có thẻ BHYT bắt buộc.

3) Thực tế hiện nay, nhiều người dân muốn tham gia BHYT tự nguyện nhưng

* Giảng viên Khoa pháp luật kinh tế Trường Đại học Luật Hà Nội

không được tham gia do quy định về tỉ lệ phần trăm bắt buộc người cùng tham gia trong cộng đồng. Khi triển khai BHYT tự nguyện đối với học sinh, sinh viên một số trường học, nhiều cơ quan bảo hiểm xã hội do dự báo khả năng số học sinh tham gia không đủ tỉ lệ phần trăm nên đã không tổ chức thu BHYT tự nguyện. Một số trường đã tổ chức thu BHYT nhưng do không đạt được tỉ lệ học sinh theo quy định nên đã trả lại tiền cho người đóng BHYT tự nguyện. Điều đó làm giảm số lượng học sinh, sinh viên tham gia BHYT.

4) Nhiều đối tượng có “tiềm năng” tham gia BHYT bắt buộc chưa được bổ sung kịp thời. Điều đó đã hạn chế mục tiêu thực hiện BHYT toàn dân vào năm 2010 theo tinh thần nghị quyết Đại hội, đại biểu toàn quốc lần thứ IX của Đảng và Nghị quyết 46/NQ-TW ngày 23/2/2005 của Bộ chính trị.

Để thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân,⁽³⁾ theo chúng tôi, phải nhanh chóng hoàn thiện những vấn đề sau khi quy định về đối tượng tham gia BHYT:

Thứ nhất, việc quy định một trong những điều kiện để triển khai BHYT tự nguyện là phải đạt tỉ lệ phần trăm cố định người tham gia BHYT cho mọi địa bàn như trong Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC là một điều không hợp lí, vì mỗi vùng, miền có thể có điều kiện phát triển kinh tế, xã hội khác nhau, nhận thức của người dân không giống nhau về BHYT nói chung, BHYT tự nguyện nói riêng, do đó sẽ khó đạt được mục tiêu xã hội hoá công tác BHYT.

Nên chăng có thể áp dụng tỉ lệ phần trăm khác nhau đối với các khu vực khác nhau. Khu vực thành thị, thị xã nên áp dụng tỉ lệ

phần trăm cao hơn so với các khu vực miền núi, vùng sâu, vùng mà điều kiện kinh tế còn khó khăn. Hoặc có thể áp dụng các tỉ lệ phần trăm thấp hơn đối với các trường học lần đầu tiên tham gia BHYT tự nguyện cho học sinh, sinh viên. Như vậy, sẽ đảm bảo tốt hơn quyền lợi cho người tham gia, đảm bảo mục đích an sinh xã hội của loại hình BHYT này.

Thứ hai, về việc xác định hình thức tham gia BHYT cho nhóm đối tượng không có quan hệ lao động: Vào thời điểm hiện tại việc đưa nhóm đối tượng này tham gia BHYT bắt buộc rất khó khăn. Nên chăng trước mắt nhóm đối tượng này sẽ được vận động để tham gia BHYT tự nguyện theo hộ gia đình.

Thứ ba, nên thực hiện BHYT bắt buộc với nhóm đối tượng là học sinh, sinh viên. Đây là nhóm đối tượng có tiềm năng, không chỉ chiếm số lượng đông đảo mà còn là nhóm đối tượng có nhận thức tốt về mọi mặt. Đây là một giải pháp nhằm giáo dục cho tuổi trẻ ý thức được sự cần thiết và bắt buộc đối với bản thân khi lớn lên phải có trách nhiệm tham gia BHYT.

Thứ tư, xem xét bổ sung các quy định về BHYT đối với đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi. Hiện nay, nước ta đang thực hiện chế độ khám, chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi. Theo Nghị định của Chính phủ số 36/2005/NĐ-CP ngày 17/3/2005 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật bảo vệ chăm sóc và giáo dục trẻ em thì việc khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6 tuổi được thực hiện theo hình thức thực thanh, thực chi. Để thực hiện quy định này, nhiều tỉnh đã dành riêng một khoản ngân sách hàng năm để chi trả tiền khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 6

tuổi nhưng chưa có mô hình thống nhất. Qua hai năm thực hiện chính sách này đã nảy sinh nhiều bất cập như: Hầu hết các cơ sở y tế không sử dụng hết dự toán kinh phí khám chữa bệnh dành cho trẻ em trong khi nhiều gia đình vẫn phải tự chi trả cho con em mình; các cơ sở y tế gặp nhiều khó khăn khi lập chứng từ thanh, quyết toán. Thậm chí, có nơi không thể quyết toán được do thiếu hoá đơn, chứng từ hoặc có địa phương còn chưa thực hiện việc phát thẻ khám chữa bệnh miễn phí cho trẻ em. Những bất cập này làm cho quyền lợi của các em không được đảm bảo và các bệnh viện cũng không muốn thực hiện cơ chế này do thủ tục thanh, quyết toán rất phức tạp. Vì vậy, giải pháp tối ưu là thực hiện BHYT cho trẻ em. Bằng cách này có thể giúp các gia đình chủ động về kinh tế cho các em các bệnh viện cũng chủ động hơn trong việc khám chữa bệnh.

2. Nhóm giải pháp nhằm giải quyết tình trạng mất cân bằng thu chi của quỹ BHYT

Mức đóng BHYT bắt buộc và tự nguyện hiện nay chủ yếu được quy định tại Thông tư liên tịch số 21/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 27/7/2005, Thông tư liên tịch số 22/2005/TTLT-BYT-BTC ngày 24/8/2005 và Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30/3/2007. Theo đó, khi xem xét các quy định về phương thức đóng và mức đóng góp BHYT, có thể rút ra những nhận xét sau đây:

1) Mức đóng BHYT bắt buộc theo quy định hiện nay, nếu so với các nước là tương đối thấp.⁽⁴⁾ Nhưng nếu so với mức tiền lương và quyền lợi BHYT mà người tham gia BHYT được hưởng như hiện nay ở nước ta thì có thể

chấp nhận được. Tuy nhiên, các cơ quan BHYT đang đề nghị tăng mức đóng BHYT do tình trạng mất cân bằng thu chi của quỹ BHYT ở Việt Nam trong thời gian gần đây.

2) Mặc dù Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC đã có sự điều chỉnh về mức đóng BHYT tự nguyện nhưng vẫn có sự chênh lệch rất lớn giữa việc đóng BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện. Trong khi theo quy định tại Điều lệ BHYT (ban hành kèm theo Nghị định của Chính phủ 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. Như vậy, có thể thấy quy định về mức đóng BHYT tự nguyện như hiện nay là một trong những nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tình trạng mất cân đối thu chi của quỹ BHYT, đặc biệt là quỹ BHYT tự nguyện.

Xuất phát từ thực tế nói trên, theo chúng tôi, để hạn chế tình trạng bội chi của quỹ BHYT, cần nhanh chóng thực hiện những giải pháp cơ bản sau đây:

- Cần tiến hành nghiên cứu để có thể giảm bớt việc áp dụng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, thay vào đó là phương thức thanh toán theo định suất.

Hiện nay, thanh toán theo phí dịch vụ đang là phương thức thanh toán được sử dụng phổ biến. Đây là phương thức thanh toán phù hợp trong giai đoạn đầu áp dụng BHYT vì nó đảm bảo được quyền lợi của người bệnh và đáp ứng chi phí khám chữa bệnh thực tế tại các bệnh viện. Nhưng phương thức thanh toán theo phí dịch vụ không thể thực hiện lâu dài như là một phương thức duy nhất vì nó có nhiều nhược điểm như không khuyến khích

được việc phòng bệnh, làm cho chi phí khám chữa bệnh ngày càng gia tăng mà không có sự kiểm chế.

Trong thời gian tới, chúng ta nên áp dụng phương thức thanh toán theo khoán định suất. Đây là phương thức thanh toán có nhiều ưu điểm hơn hẳn phương thức thanh toán theo phí dịch vụ. Khoán định suất là phương thức thanh toán qua đó cơ sở khám chữa bệnh nhận được một khoản tiền cố định cho mỗi người đăng kí khám chữa bệnh tại đó trong một thời gian nhất định (tháng, quý, năm) mà không tính đến số lượng dịch vụ sẽ cung cấp. Khoán định suất có hai hình thức: 1) Trường hợp đơn giản, cơ sở khám chữa bệnh nhận được số tiền như nhau cho mỗi người đăng kí khám chữa bệnh; 2) Trường hợp phức tạp hơn, mức khoán định suất có sự khác nhau do tính đến các nhân tố tuổi, giới tính, bệnh mãn tính và khu vực thường trú của người được bảo hiểm. Khi thực hiện phương thức này, cơ sở khám chữa bệnh phải chia sẻ rủi ro cùng với quỹ BHYT vì họ có thể thu được lợi nhuận do một số người không sử dụng dịch vụ y tế trong thời gian bảo hiểm. Ngược lại, quỹ khoán sẽ không đủ nếu có nhiều bệnh nhân mắc bệnh nặng hay bệnh mãn tính. Khoán định suất phù hợp cho cơ sở khám chữa bệnh là cơ sở ban đầu và cấp hai vì nó khuyến khích mối quan hệ thường xuyên, liên tục giữa người tham gia bảo hiểm và phòng khám, từ đó cho phép quản lí hồ sơ bệnh án để bác sĩ có thể xử lí nhanh và chuyển bệnh nhân lên tuyến điều trị thích hợp. Cơ sở khám chữa bệnh chủ động được nguồn kinh phí nên sẽ làm tăng tính cạnh tranh ở những nơi có nhiều cơ sở khám chữa bệnh và khuyến khích việc nâng

cao chất lượng y tế.

Khoán định suất được đánh giá là phương pháp thanh toán có khả năng quản lí chi phí khám chữa bệnh, đảm bảo được chất lượng dịch vụ y tế, việc quản lí hành chính khá dễ dàng với chi phí quản lí thấp. Phương thức thanh toán này đang được nhiều quốc gia trong khu vực như Thái Lan, Philippine áp dụng và tỏ ra có hiệu quả cao trong quản lí quỹ và bảo đảm quyền lợi cho người tham gia BHYT. Do đó, nên áp dụng rộng rãi hơn phương thức thanh toán này trong thực tế Việt Nam hiện nay.

- Hoàn thiện chính sách giá viện phí.

Thực hiện Nghị định của Chính phủ số 95/NĐ-CP ngày 27/8/1994 về việc cho phép các cơ sở khám chữa bệnh được thu một phần viện phí, Bộ y tế, Bộ tài chính, Bộ lao động, thương binh và xã hội đã ban hành Thông tư liên tịch số 14/TTB-BTC-BYT-BLĐTB&XH ngày 30/9/1995 về thu một phần viện phí. Theo đó, nguyên tắc chỉ đạo để thu một phần viện phí đối với bệnh nhân nói chung và bệnh nhân có thẻ BHYT nói riêng là: một phần viện phí được phép thu của bệnh nhân chỉ là một phần trong tổng số chi phí cho việc khám chữa bệnh; không tính khấu hao tài sản cố định, chi phí sửa chữa thường xuyên, chi phí hành chính, đào tạo, nghiên cứu khoa học, đầu tư cơ sở vật chất và trang thiết bị lớn. Ngày 26/01/2006, Bộ tài chính, Bộ y tế, Bộ lao động, thương binh và xã hội đã ban hành Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BTC-BYT-BLĐTB&XH bổ sung thêm khung giá một số dịch vụ y tế phát sinh từ năm 1995 đến nay chưa được quy định trong Thông tư liên tịch số 14/TTCB-BTC-BYT-BLĐTB&XH. Qua

nghiên cứu bảng giá quy định tại Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BTC-BYT-BLĐTB&XH vẫn nổi lên một số vấn đề bất cập như:

1) Mức giá chênh lệch giữa giá tối thiểu và giá tối đa trong Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BTC-BYT-BLĐTB&XH quá lớn, lại hướng dẫn rất chung chung tạo nên sự tùy tiện trong việc thu viện phí của bệnh viện. Phần lớn các bệnh viện áp dụng mức giá tối đa làm ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh.

2) Bảng giá tại Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BTC-BYT-BLĐTB&XH hầu hết là ngang bằng với giá thị trường, thậm chí có giá dịch vụ y tế còn cao hơn giá thị trường (*Ví dụ:* dịch vụ nông thực quản nội soi: 300.000 đến 2.000.000 đồng). Các cơ sở y tế tư nhân thường dựa vào bảng giá trong Thông tư liên tịch số 03/2006/TTLT-BTC-BYT-BLĐTB&XH để nâng giá các dịch vụ y tế lên cao.

Để có cơ sở điều chỉnh những mức giá bất hợp lý theo đúng nguyên tắc thu một phần viện phí, cần phải tiến hành khảo sát chi phí thực tế tại các cơ sở khám chữa bệnh. Đồng thời kiểm tra việc chấp hành việc định giá các dịch vụ y tế tại tất cả các cơ sở khám chữa bệnh thuộc sở hữu nhà nước, xử lý nghiêm minh các trường hợp tự quy định giá các dịch vụ y tế, gây ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh.

3. Nhóm giải pháp nhằm đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT

Thứ nhất, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT.

Một trong những nét đặc thù của BHYT là không thể tách rời ngành y tế nói chung và cơ sở khám chữa bệnh nói riêng. Hiện nay,

chi của ngân sách cho hoạt động y tế ở Việt Nam đã tăng lên song mới chỉ đạt 10 USD/người/năm.⁽⁵⁾ Trình độ của cán bộ y tế cũng như cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện nay chưa đồng bộ, đặc biệt thiếu hụt ở tuyến xã. Bên cạnh đó, trong những năm vừa qua, tinh thần thái độ phục vụ của cán bộ y tế đã nhận được sự đánh giá cao do sự cải thiện tích cực các chính sách đãi ngộ đối với cán bộ y tế và các biện pháp tuyên truyền, giáo dục, kiểm tra của lãnh đạo các bệnh viện. Tuy nhiên, tình trạng xuống cấp y đức của một số thầy thuốc vẫn diễn ra do sự quá tải ở các bệnh viện luôn ở tình trạng đàng báo động, chính sách đãi ngộ đối với cán bộ y tế vẫn còn rất thấp, trong khi đó một số bệnh nhân cũng có những yêu cầu quá mức. Trong thời gian tới, cần nghiên cứu để sắp xếp lại

(Xem tiếp trang 38)

(1). Ban hành kèm theo Nghị định của Chính phủ số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 về hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện.

(2). Xem: Báo cáo số 3561/báo hiểm xã hội- GDYT gửi Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội.

(3). Theo đề tài nghiên cứu khoa học: "*Các giải pháp cơ bản để tiến tới thực hiện BHYT toàn dân*", chủ nhiệm đề tài TS. Phạm Đình Thành, Hà Nội 2004 thì "*BHYT toàn dân được hiểu là toàn bộ người dân của một quốc gia đều được tham gia vào hệ thống bảo hiểm xã hội về y tế của quốc gia đó hoặc là mạng lưới bảo hiểm y tế quốc gia bao trùm toàn bộ cư dân của quốc gia đó*".

(4). Việt Nam quy định là 3% mức lương hàng tháng (trong đó người sử dụng lao động đóng 2%, người lao động đóng 1%), trong khi: Nhật Bản là 9,1%; Nga 10%, Đức là 12%.

(5). Xem: GS.TSKH. Phạm Mạnh Hùng - Thứ trưởng thường trực Bộ y tế, "*Y tế Việt Nam phát huy thành quả 55 năm phục vụ cách mạng*".