

Tham gia BHYT: Đóng chiếu lệ, khám chiếu lệ

 kienthuc.net.vn/diem-nong/tham-gia-bh-y-te-dong-chieu-le-kham-chieu-le-337714.html

Với tư cách tham mưu cho Ban soạn thảo Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, dự kiến được Quốc hội thông qua vào tháng 6/2004, TS.BS Trần Tuấn, Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng, Liên hiệp các hội KH&KT VN đã có cuộc trò chuyện với **Kiến Thức**.

Gói cơ bản quyết định chất lượng khám chữa

Tiếng là cầm thẻ bảo hiểm y tế đi khám nhưng người dân rất mù thông tin: Được thanh toán gì, không được thanh toán gì? Những thắc mắc đó có được làm rõ trong Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi lần này không thưa ông?

Luật Bảo hiểm y tế (BHYT) sửa đổi trình Quốc hội tới đây sẽ hướng đến giải quyết căn bản vấn đề trên. Tôi nói như thế vì dự thảo sửa đổi lần này đã đưa vào một khái niệm mới: Gói dịch vụ y tế cơ bản, hay còn gọi là gói dịch vụ y tế thiết yếu. Tức là BHYT sẽ đảm bảo chi trả cho những dịch vụ y tế được chọn vào theo tiêu chuẩn "thiết yếu" cho mọi người dân.

Nếu được chấp nhận thì theo tôi đây là tiến bộ trong dự thảo Luật BHYT sửa đổi lần này. Gói dịch vụ y tế thiết yếu sẽ tránh được tình trạng ô mòm mở quá nhiều dịch vụ (trong đó có những dịch vụ chi phí tốn kém, hiệu quả thấp, những loại thuốc giá rất cao nhưng tác động cải thiện lại chẳng được bao nhiêu và những kỹ thuật chỉ phục vụ cho một thiểu số rất ít người bệnh nhưng chi phí lại khổng lồ). Ngược lại, tiềm chủng phòng những bệnh thường gặp ở trẻ em, ý nghĩa công bằng và hiệu quả rất lớn, lại nằm ngoài bảo hiểm.

Hiện nay, người dân thấy rất không thuận tiện khi đi khám bằng thẻ BHYT vì cứ phải đứng tuyến, đứng ngày làm. Vậy, nếu ta đã đưa ra gói dịch vụ y tế cơ bản vào luật rồi, đi khám ở đâu cũng như nhau thì cần gì phải quy định khám đúng tuyến?

Đúng là "dịch vụ y tế cơ bản, thiết yếu" thì khám ở đâu cũng như nhau, dù công hay tư, tuyến trên hay tuyến dưới. Bởi ý "dịch vụ y tế cơ bản, thiết yếu", không chỉ bao hàm nội dung dịch vụ đó cần đến cho mọi người dân, mà còn bao hàm cả nghĩa phải nhất thiết đảm chất lượng dịch vụ theo một quy chuẩn xác định. Lúc đó, không cần quy định phân tuyến, tự người dân sẽ tiếp cận cơ sở gần nhất, thuận tiện nhất để có được chăm sóc phổ biến, cần thiết cho những vấn đề thường gặp.

Tuy nhiên, nguồn nhân lực y tế cần được cấu trúc theo các tuyến chăm sóc theo cấp độ phức tạp và độ khó xử lý của bệnh tật nên đưa gói dịch vụ y tế cơ bản vào trong BHYT đi đôi với phân tuyến sẽ tạo nên một hệ thống vận hành hiệu quả, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cộng đồng, tránh được tình trạng quá tải tuyến trên, tạo điều kiện tăng cường chất lượng phục vụ của tuyến dưới.

Nói "chất lượng khám chữa bệnh tương đương" giữa tuyến huyện, tuyến xã với tuyến trung ương sẽ làm người dân nghi ngờ. Vậy có cách nào để chất lượng đó đồng đều thực sự không, thưa ông?

Nếu nhìn vào hạ tầng cơ sở, trang thiết bị nhân lực và khả năng chữa các bệnh khó, phức tạp, khám chữa bệnh ở tuyến dưới không thể so được với tuyến trên, đây là sự thực.

Nhưng với phần lớn vấn đề bệnh tật phổ biến, ví dụ, một số dịch vụ dự phòng như tiêm chủng, hướng dẫn tập luyện dưỡng sinh, khám thai, đỡ đẻ, xử trí chữa bệnh thông thường... thì tuyến cơ sở hoàn toàn có thể làm thay tuyến trên. Mà tính theo hiệu quả, chữa ở tuyến ban đầu còn hiệu quả hơn, do chi phí thấp, bệnh được chữa sớm.



TS.BS Trần Tuấn - Giám đốc Trung tâm Nghiên cứu và Đào tạo Phát triển Cộng đồng nói về Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi.

Lợi ích của từng cá nhân được chú trọng

Được biết, điểm mới trong dự thảo Luật BHYT sửa đổi lần này là đưa vào BHYT theo hộ gia đình, vậy công chức, viên chức sẽ đăng ký mua bảo hiểm theo hộ gia đình thay vì như hiện nay là người sử dụng lao động mua?

Với mục tiêu tăng độ bao phủ, tiến tới BHYT toàn dân, thì việc đưa ra phương án đăng ký tham gia theo hộ gia đình là một giải pháp giúp mở rộng bao phủ nhanh và theo hướng bền vững. Với các công chức viên chức, sẽ thực hiện thêm việc đăng ký mua cho các thành viên trong gia đình. Với đối tượng lao động không chính thức, đăng ký theo hộ gia đình dường như là phương án khắc phục được tình trạng bao phủ thấp ở đối tượng y tế tự nguyện trong thời gian vừa qua. Tất nhiên, Ban soạn thảo sẽ đề xuất thực hiện theo lộ trình, có nghiên cứu thí điểm trên quy mô nhỏ để tính hết các phương án giải quyết thực tế phát sinh trước khi nhân rộng.

Có nhiều ý kiến cho rằng, ta đang đóng bảo hiểm ở mức "chiều lệ" nên chữa bệnh cũng "chiều lệ", nếu từng người dân muốn được chăm sóc tốt có nên tăng mức đóng bảo hiểm lên không?

Mức đóng BHYT của Việt Nam, nếu so với quốc tế là rất thấp và BHYT chi trả cho dịch vụ y tế cung cấp bởi bên y tế cũng thấp. Luật BHYT sửa đổi đợt này, khi giới hạn phạm vi ở gói dịch vụ thiết yếu, đưa lại một hướng thực tế về tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế (chỉ tập trung vào các dịch vụ thiết yếu và phục vụ ngay cho vận hành hệ thống BHYT). Như thế, sẽ có thể có sự điều chỉnh lại mức đóng bảo hiểm theo hướng tăng. Khi kinh phí cho bảo hiểm y tế tăng, các dịch vụ được giới hạn bởi sự thỏa mãn các tiêu chuẩn giá thành - hiệu quả, thì chất lượng dịch vụ chắc chắn sẽ ra khỏi được tình trạng "chiều lệ".

Theo các số liệu thống kê, có tới 40% người tham gia BHYT nhưng đi khám lại không sử dụng dịch vụ BHYT, ngoài lý do về chất lượng thì lý do thanh toán viện phí vẫn rất phiền hà. Vậy khi BHYT đã phổ biến tới từng gia đình, từng người thì có nên quẹt thẻ để đi khám?

Canada hay nhiều nước châu Âu đã sử dụng thẻ điện tử thanh toán chi phí khám chữa bệnh. Người dân đi chữa bệnh chỉ cần quẹt thẻ là bác sĩ đã có đầy đủ thông tin. Khám chữa bệnh xong thì được chi trả bao nhiêu, tự chi trả bao nhiêu đều rõ ràng. Ở ta đưa khoa học kỹ thuật đến đâu

phải tính. Có thể với đối tượng trẻ em dưới 6 tuổi mới sinh ra được cấp thẻ ngay và cấp 6 năm luôn. Hằng năm thẻ này được dán lại tem gọi là gia hạn. Nếu làm tốt đối tượng này ta có thể nhân rộng ra để giảm thiểu phiền hà mỗi khi đi khám chữa bệnh bằng thẻ cho người dân.

Nhưng như tôi đã đề cập, mọi ý tưởng cần được đưa vào thử nghiệm với góc độ tìm bằng chứng khoa học minh chứng cho việc ra quyết sách. Quẹt thẻ hay không cũng cần đưa vào thử nghiệm trong giai đoạn tới trước khi ra các quyết định triển khai trên diện rộng.

Xin cảm ơn ông.

Quyền lợi, mức hưởng BHYT theo dự thảo Luật BHYT sửa đổi:

- Quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí khi người bệnh có thời gian tham gia BHYT 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ sở (6,9 triệu đồng).
- Bổ sung quyền lợi trẻ em dưới 6 tuổi được thanh toán tai nạn giao thông, tai nạn lao động.
- Khám chữa bệnh trái tuyến được thanh toán 20%, 50%, 70% chi phí khám chữa bệnh tại bệnh viện tuyến T.Ư, tuyến tỉnh, tuyến huyện.
- Nâng mức hưởng bảo hiểm của người thuộc hộ gia đình nghèo, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn và bảo trợ xã hội từ 95% lên 100%.
- Nâng mức hưởng bảo hiểm của người thuộc hộ cận nghèo từ 80% lên 95%.