

CƠ CHẾ THANH TOÁN TÀI CHÍNH TRONG HOẠT ĐỘNG ĐIỀU PHỐI, LẤY, GHEP TẠNG TẠI HOA KỲ, NHẬT BẢN VÀ HÀM Ý CHO VIỆT NAM

NGUYỄN HOÀNG PHÚC, NGUYỄN TIẾN THÀNH
Trung tâm Điều phối Ghep tạng Quốc gia - Bộ Y tế

TÓM TẮT

Tài chính luôn là một nội dung nhạy cảm nhưng không thể không có trong quá trình điều phối, lấy, ghép tạng cho bệnh nhân. Tài chính thực hiện ghép tạng cho bệnh nhân suy mô, tạng thường đến từ ba nguồn chính: bảo hiểm y tế, bệnh nhân tự chi trả và nguồn hỗ trợ. Tại nhiều quốc gia nguồn kinh phí bệnh nhân tự chi trả luôn chiếm vai trò chủ đạo trong thanh toán chi phí ghép tạng và Việt Nam chúng ta cũng không phải là ngoại lệ. Tự thanh toán chi phí ghép tạng sẽ tiềm ẩn hai rủi ro về bất bình đẳng trong xã hội và tiêu cực, giảm giá trị nhân văn, nhân đạo trong ghép tạng. Một số quốc gia như Hoa Kỳ, Nhật Bản đã giải quyết thành công các rủi ro này là bài học quý giá cho Việt Nam tham khảo khi hoàn thiện cơ chế thanh toán tài chính trong hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng trong thời gian tới.

Từ khóa: Tài chính ghép tạng, Chi phí ghép tạng, thanh toán ghép tạng.

SUMMARY

FINANCIAL PAYMENT MECHANISM FOR ORGAN COORDINATION, PROCUREMENT AND TRANSPLANTATION IN THE USA, JAPAN AND IMPLICATIONS FOR VIETNAM.

Abstract: Finance is always a sensitive topic, but it cannot be ignored in the process of coordination, procurement and organ transplantation for patients. Funding for organ transplants for patients with tissue or organ failure comes from three main sources: Health insurance, self-payment and donation. In many countries, self-payment is the major source of paying for organ transplant costs, and Vietnam is no exception. Self-paying organ transplant

costs will have potentially risks as social inequality and negative impact, reducing the human values of organ transplantation. Some countries such as the USA, Japan have had successful lessons in dealing with these risks.

These are valuable experiences for Vietnam to refer to in the process of perfecting the financial payment mechanism in organ coordination, procurement and transplantation in the future.

Keywords: Organ transplant finance; Organ transplantation cost; Organ transplantation payment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ chế thanh toán tài chính luôn là một nội dung nhạy cảm trong ngành y tế, nó càng nhạy cảm hơn trong lĩnh vực ghép tạng. Bệnh nhân không may bị suy tạng sẽ nảy sinh nhu cầu phải ghép tạng thay thế. Để ghép tạng thành công bên cạnh kĩ thuật ghép tạng, nguồn tạng hiến thì tài chính để thực hiện ghép tạng cũng là một điều kiện cần để có thể thực hiện ghép tạng thay thế cho bệnh nhân.

Tài chính thực hiện ghép tạng cho bệnh nhân suy mô, tạng thường đến từ ba nguồn chính: bảo hiểm y tế, bệnh nhân tự chi trả và nguồn hỗ trợ (ngân sách nhà nước cho đề án, dự án; tài trợ; từ thiện...). Nếu như kinh phí thực hiện ghép tạng đến từ hai nguồn bảo hiểm y tế và hỗ trợ thường ít chịu tác động của các yếu tố ngoại cảnh do đã được quy định, thể chế hóa trong các quy định của pháp luật thì kinh phí thực hiện ghép tạng do người bệnh tự chi trả bên cạnh trách nhiệm và quyền lợi được khám, chữa, điều trị bệnh thì cũng tiềm ẩn hai rủi ro:

Một là người có tiền mới có thể ghép còn người nghèo không có khả năng chi trả sẽ không thể tiếp cận đến phương pháp ghép tạng thay thế khi cần thiết, điều đó sẽ tạo ra bất bình đẳng trong xã hội.

Hai là nguy cơ tiêu cực trong hoạt động ghép tạng như mua bán nội tạng, dùng tiền để được

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tiến Thành
Email: ngtuannminhvncchot@gmail.com
Ngày nhận: 06/8/2021
Ngày phản biện: 22/9/2021
Ngày duyệt bài: 16/10/2021

ưu tiên ghép, được lựa chọn nguồn tạng... sẽ làm giảm thậm chí ảnh hưởng tới các giá trị nhân văn, nhân đạo của hoạt động hiến, ghép tạng.

Do đó, xây dựng thực hiện cơ chế thanh toán tài chính trong điều phối, lấy, ghép tạng vừa đảm bảo hoạt động ghép tạng được thực hiện thuận lợi, hiệu quả vừa đảm bảo công bằng xã hội cho người bệnh và vừa đảm bảo giá trị nhân văn, nhân đạo là mục tiêu quan trọng mà các quốc gia khi thực hiện hiến, lấy, điều phối và ghép tạng luôn quan tâm đặt ra.

Mục tiêu của bài báo này nhằm tổng quan các bài học kinh nghiệm về cơ chế thanh toán tài chính trong hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng tại Hoa Kỳ và Nhật Bản để cung cấp thông tin cho việc hoàn thiện cơ chế thanh toán tài chính cho hoạt động này ở Việt Nam.

PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu này sử dụng phương pháp nghiên cứu tổng quan tài liệu về cơ chế thanh toán tài chính trong hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng tại Hoa Kỳ và Nhật Bản.

1. Phương pháp thu thập tài liệu nghiên cứu

Bên cạnh các nguồn dữ liệu nhóm nghiên cứu đã có thông qua hợp tác quốc tế giữa Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người với tổ chức mạng lưới quản lý ghép tạng của Hoa Kỳ (UNOS), Nhật Bản (JOTNW), nhóm nghiên cứu cũng tìm kiếm thêm các nguồn dữ liệu uy tín khác trên mạng internet như: Google Scholar, Sciencedirect, Scimagojr, Scopus... Để thu thập được tài liệu phù hợp cho thực hiện nghiên cứu từ những nguồn dữ liệu trên, nhóm nghiên cứu tập trung tìm kiếm tài liệu với các từ khóa: Tài chính ghép tạng (Organ transplant finance), chi phí ghép tạng (Organ transplantation cost), thanh toán ghép tạng (Organ transplantation payment)...

2. Phương pháp phân tích tài liệu nghiên cứu

Tài liệu tổng quan nghiên cứu sau khi được nhóm nghiên cứu tổng hợp sẽ được phân tích qua ba bước cụ thể như sau:

- Đọc phân tích tóm tắt nghiên cứu: Do nội dung thực hiện nghiên cứu còn mới tại Việt Nam nên nhóm nghiên cứu thực hiện đọc và phân

tích tóm tắt của các nghiên cứu thu thập được để sàng lọc sử dụng.

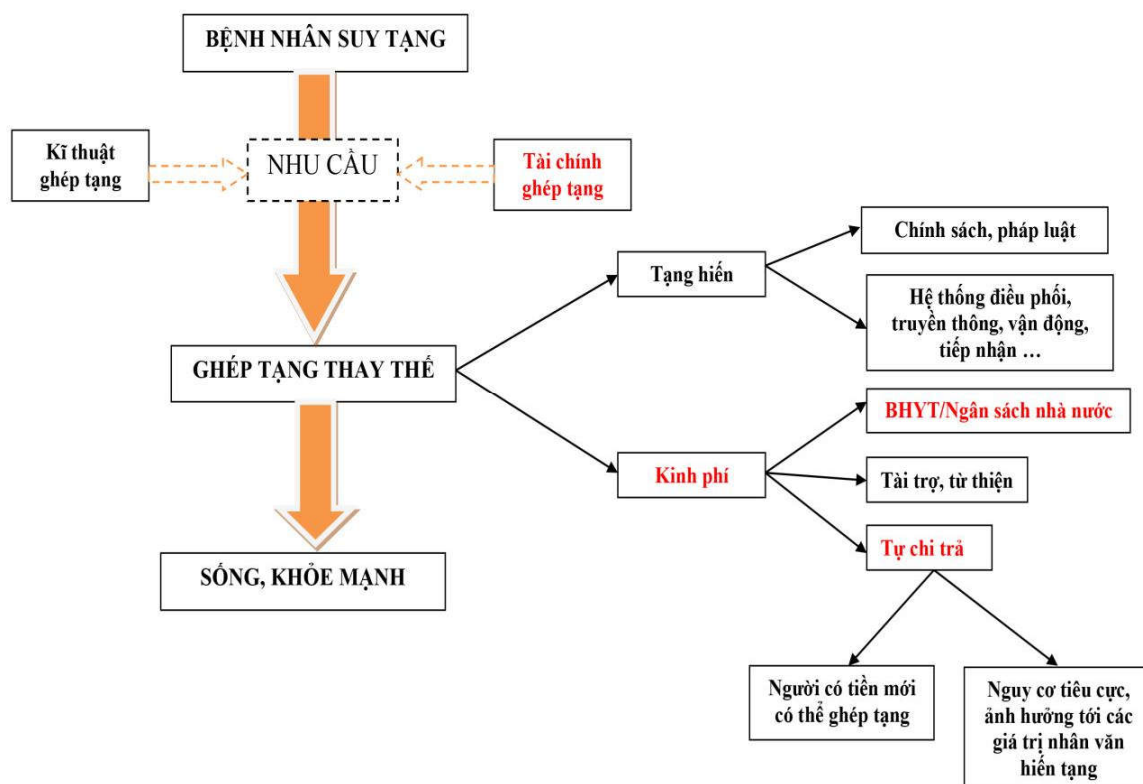
- Đọc nội dung xác định vấn đề nghiên cứu: Với các nghiên cứu đảm bảo nằm trong phạm vi nghiên cứu nhóm nghiên cứu thực hiện đọc và phân tích các nghiên cứu này. Xác định vấn đề nghiên cứu trong đó quan tâm chú ý nhiều đến tính kế thừa giữa các nghiên cứu và kiểm chứng những giải pháp của các nghiên cứu.

- Trao đổi chuyên gia để xác định tính phù hợp của hướng nghiên cứu: Trên cơ sở hướng nghiên cứu được xác định, nhóm nghiên cứu thảo luận với chuyên gia về hiến, lấy, ghép tạng lâu năm tại Hà Nội để xác định sự phù hợp và tính khả thi của bài học kinh nghiệm áp dụng vào thực tiễn Việt Nam.

KẾT QUẢ TỔNG QUAN CƠ CHẾ THANH TOÁN TÀI CHÍNH TRONG ĐIỀU PHỐI, LẤY, GHEP TANG

Ghép tạng là một phương pháp chữa bệnh nó chỉ suất hiện khi bệnh nhân bị suy tạng chỉ có ghép tạng thay thế mới có thể cứu sống hoặc điều trị khỏi bệnh hoàn toàn. Để ghép được tạng thành công thì tài chính thực hiện ghép tạng cũng là một điều kiện cần có vai trò quan trọng không kém kĩ thuật ghép tạng và nguồn tạng hiến, nhất là trong bối cảnh ngày nay khi ghép tạng đã trở thành phương pháp chữa bệnh thường quy được thực hiện tại nhiều quốc gia trên thế giới thì vai trò của tài chính thực hiện ghép tạng và cơ chế thanh toán càng trở nên quan trọng trở thành một nội dung được nhiều nghiên cứu, quản lý quan tâm tìm hiểu.

Tài chính thực hiện ghép tạng cho bệnh nhân suy mô, tạng thường đến từ ba nguồn chính: bảo hiểm y tế, bệnh nhân tự chi trả và nguồn hỗ trợ (ngân sách nhà nước cho đề án, dự án; tài trợ; từ thiện...) (hình 1). Tùy theo mỗi quốc gia do đặc điểm thể chế chính trị, kinh tế, xã hội nên tỷ lệ đóng góp của các nguồn sẽ có thể khác nhau như tại Hoa Kỳ 80% chi phí phép thận do bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả, 20% còn lại do người bệnh thanh toán, nhưng tại Nhật Bản BHYT gần như chi trả hoàn toàn, trong khi tại Việt Nam hiện nay phần lớn chi phí ghép tạng là do người bệnh tự chi trả.

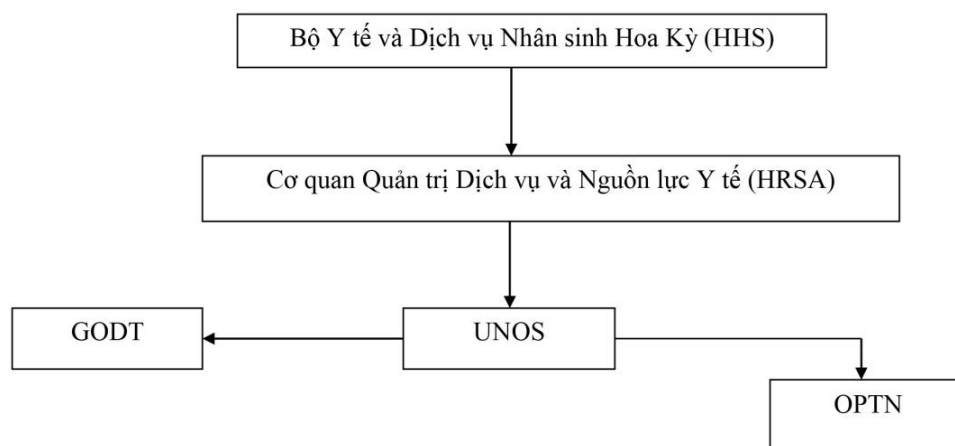


Hình 1. Sơ đồ mối liên quan của của tài chính trong hoạt động ghép tạng

1. Cơ chế thanh toán tài chính trong điều phối, lấy, ghép tạng tại Hoa Kỳ

1.1. Tổ chức mạng lưới

Mạng lưới tổ chức hiến, ghép tạng của Hoa Kỳ bao gồm Organ Procurement Transplantation Network (OPTN) và United Network for Organ Sharing (UNOS), UNOS là cơ quan duy nhất điều hành OPTN thông qua bản hợp đồng/thỏa thuận đã ký giữa với Chính phủ^[7] (hình 2).



Hình 2. Sơ đồ Mạng lưới tổ chức hiến, ghép tạng của Hoa Kỳ

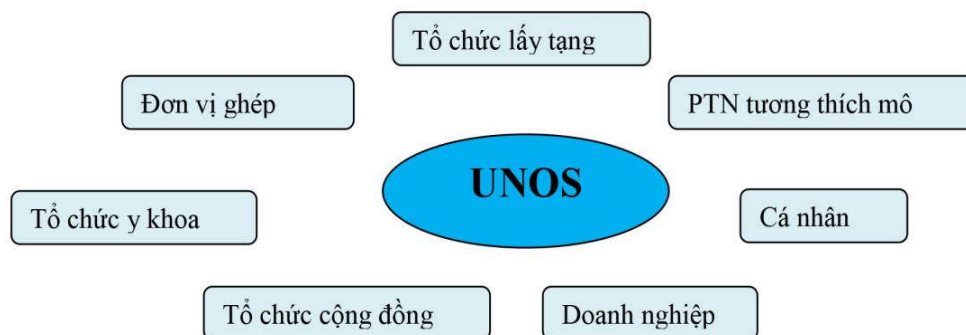
UNOS chia cơ cấu đại diện ở 11 vùng. Ban Giám đốc là một hội đồng gồm có 41 người được chọn, bao gồm:

- Phẫu thuật viên cấy ghép
- Bác sỹ chuyên về cấy ghép
- Chuyên gia về thí nghiệm tương thích
- Điều phối viên cấy ghép
- Các tổ chức thu gom tạng độc lập (OPOs)
- Các tổ chức y tế tự nguyện
- Các tổ chức thành viên y khoa
- Thành viên các tổ chức xã hội, bao gồm bệnh nhân chờ ghép và thân nhân; người hiến

sống; thân nhân người hiến; thân nhân người nhận.

OPTN bao gồm có 7 thành viên chính thức (Hình 3):

- Đơn vị ghép
- Tổ chức lấy tạng
- Phòng thí nghiệm tương thích
- Hội đồng Y khoa (tổ chức y khoa)
- Tổ chức xã hội (tổ chức cộng đồng)
- Thành viên kinh doanh (doanh nghiệp)
- Các cá nhân đơn lẻ



Hình 3. Sơ đồ các thành viên của OPTN

1.2. Cách thức điều phối

Trong danh sách chờ:

Về thứ tự ưu tiên trong danh sách chờ ghép, theo những quy định chung, bệnh nhân có tình trạng khẩn cấp, nhóm máu, kích cỡ và tương thích phù hợp với người hiến, thời gian chờ trong danh sách và có mối quan hệ gần với người hiến sẽ được phân bổ tạng. Trong một số trường hợp, có sự cho phép đặc biệt ưu tiên cho trẻ em.

Quy luật chính nữa trong việc phân bổ tạng là: ưu tiên người địa phương trước. Hoa Kỳ chia cơ cấu đại diện ở 11 vùng, mỗi đại diện được hỗ trợ bởi một tổ chức thu gom tạng đã được chỉ định (a federally-designated organ procurement organization, OPO), nơi có trách nhiệm điều phối tất cả các tạng hiến. Trong trường hợp ngoại lệ của việc tương thích phù hợp thận và bệnh nhân cần gan khẩn cấp, việc ưu tiên nhất là dành cho bệnh nhân ở bệnh viện đặt ở khu vực được OPO hỗ trợ. Sau đó mới ưu tiên đến các bệnh nhân ở khu vực gần OPO, và cuối cùng, chỉ khi không có bệnh nhân nào ở các khu vực này có thể sử dụng tạng, nó mới được chuyển cho các bệnh nhân ở những vùng còn lại thuộc Hoa Kỳ^[7].

Nhân tố tác động đến việc phân bổ tạng 5

Thận:

- + Thời gian chờ trong danh sách
- + Sự tương thích giữa người nhận và người hiến
- + Sự ưu tiên của người hiến sống
- + Khoảng cách so với bệnh viện của người hiến
- + Khả năng sống sót
- + Tình trạng bệnh nhi

Phổi:

- + Khả năng sống sót
- + Mức độ khẩn cấp
- + Thời gian chờ trong danh sách
- + Khoảng cách với bệnh viện của người hiến
- + Tình trạng bệnh nhi

Gan:

- + Mức độ khẩn cấp
- + Khoảng cách
- + Tình trạng bệnh nhi

Tím:

- + Mức độ khẩn cấp
- + Khoảng cách
- + Tình trạng bệnh nhi

Một số hệ thống tính toán ảnh hưởng đến việc phân bổ tạng^[5]

+ The Calculated Panel Reactive Antibody (CPRA): Được sử dụng để đánh giá bệnh nhân chờ ghép thận, tụy và cả thận-tụy.

+ An Estimated Post Transplant Survival (EPTS): Được thiết kế cho tất cả các bệnh nhân người lớn trong danh sách chờ ghép thận, là một phần của hệ thống phân bổ thận mới.

+ The Kidney Donor Profile Index (KDPI): Đánh giá tổng quát nguy cơ thất bại sau trường hợp ghép thận.

+ The Lung Allocation Score (LAS): Được sử dụng để phân bổ phổi cho bệnh nhân từ 12 tuổi trở lên.

+ The Model for End-Stage Liver Disease (MELD) and Pediatric End-Stage Liver Disease (PELD): Được sử dụng cho việc phân bổ gan.

1.3. Quy trình điều phối

Mọi cơ sở y tế đều đánh giá bệnh nhân chết não, làm cơ sở cho việc tiếp nhận mô, tạng hiến.

Khi có bệnh nhân chết não, nhân viên y tế (ICU của bệnh viện) thông báo cho điều phối hiến tạng của bệnh viện biết có bệnh nhân chết não. Nhân viên điều phối của bệnh viện tiến hành kiểm tra thông tin đăng ký hiến tạng và gặp gia đình người chết não thảo luận việc hiến tạng.

Nếu gia đình đồng ý hiến, nhân viên điều phối hiến tạng báo cho UNOS qua hệ thống IT về bệnh nhân chết não.

Nhân viên điều phối vùng (OPOs) trên cơ sở thông tin của UNOS trên hệ thống IT sẽ trực tiếp tới gặp gia đình người chết não trao đổi, thống nhất và hoàn tất thủ tục hiến tạng mô, tạng sau khi chết não với gia đình người hiến và làm việc với bệnh viện nơi có bệnh nhân chết não điều trị để tiến hành đánh giá chi tiết các mô, tạng và tiến hành hồi sức chết não cho đến khi tiến hành lấy tạng.

Nhân viên OPOs báo cáo thông số tạng hiến lên hệ thống điều phối của UNOS, làm cơ sở cho việc matching thông số tạng hiến với "Danh sách chờ ghép quốc gia" để tìm ra danh sách người nhận tạng phù hợp theo thứ tự ưu tiên.

Cơ sở y tế nơi có bệnh nhân chờ ghép được điều phối tạng liên lạc với bệnh nhân chờ ghép, đánh giá các thông số ghép và cử ekip tới cơ sở y tế nơi có người chết não để lấy tạng hiến. Trường hợp không đến trực tiếp lấy, OPOs cử kỹ thuật viên tới lấy và vận chuyển tới tận cơ sở y tế nơi có bệnh nhân chờ ghép.

Phần mô (da, xương, gân, mạch máu, giác mạc, van tim... hoặc được kỹ thuật OPOs tiếp

nhận sau khi tạng đã được hiến tại bệnh viện hoặc vận chuyển thi thể người hiến về trụ sở của OPOs để tiến hành thu nhận các mô còn lại, sau đó đóng thùng chuyển về ngân hàng mô (thuộc OPOs) hoặc chuyển tới các ngân hàng mô tư nhân khác và cập nhật dữ liệu, báo cáo kết quả ghép tạng lên hệ thống điều phối của UNOS. Phần thi thể còn lại sẽ được tạo hình để chuyển lại cho Gia đình hoặc tổ chức mai táng (nếu Gia đình người hiến yêu cầu).

Đối với các cơ sở ghép tạng, sau khi bệnh nhân được ghép, cơ sở ghép tạng cập nhật số liệu, báo cáo kết quả ghép tạng lên hệ thống điều phối của UNOS.

Sau khi hoàn tất việc lấy mô, tạng, nhân viên OPOs phối hợp cùng Gia đình tổ chức tang lễ và tiếp tục các ngày tiếp theo liên hệ với gia đình để thăm hỏi, động viên.

1.4. Cơ chế thanh toán

Chi phí cho ghép tạng^[9]

Mọi trường hợp ghép tạng phải có bảo hiểm y tế và chính BHYT mới thanh toán đến 80% cho người ghép tạng. Theo đó, người nhận tạng chỉ tự thanh toán 20% còn lại và nếu người ghép không có đủ điều kiện thanh toán thì chính các cơ sở ghép tạng sẽ huy động, kêu gọi các tổ chức từ thiện, các quỹ hỗ trợ phần còn lại đó... để bảo đảm người bệnh được ghép tạng trong mọi trường hợp.

Chi phí cho lấy tạng^[9]

Với người hiến sống: Bảo hiểm của bệnh nhân ghép sẽ chi trả những chi phí y tế cho một người hiến, như là kiểm tra đánh giá, phẫu thuật, và giới hạn các cuộc xét nghiệm. Tuy vậy, bảo hiểm có thể chi trả hoặc không chi trả cho các dịch vụ nếu có sự cố xảy ra trong quá trình hiến. Họ không được trả tiền cho việc hiến vì vi phạm luật National Organ Transplant Act năm 1984, tuy vậy, họ có thể nhận được khoản chi phí bồi hoàn nhất định liên quan đến quá trình hiến. Người hiến có thể trao đổi những khúc mắc liên quan đến tài chính với những nhân viên xã hội hoặc điều phối viên tài chính của các cơ sở ghép để họ có thể tìm được nguồn thích hợp cho người hiến. Hoặc liên hệ với National Living Donor Assistance Center để có thể được cung cấp sự hỗ trợ tài chính như chi phí đi lại, ăn ở, và các khoản chi phí (không phải y tế) liên quan đến việc đánh giá, phẫu thuật và các dịch vụ khác (trong vòng 90 ngày sau khi hiến).

Với người hiến sau khi chết: Sau khi hiến, người hiến được đưa về tổ chức đám tang, nhân viên của OPO làm việc với bên nhà tang lễ để tổ chức tôn vinh người hiến và thực hiện ước muốn của thân nhân người hiến về đám tang.

Sau hiến tạng, vẫn có thể tổ chức một đám tang quan tài mở với thân thể đã được phục hồi. Vài tuần sau đó, OPO gửi thu cho gia đình người hiến, để họ biết được tạng được ghép như thế nào và giữ bí mật danh tính của người nhận. Hầu hết OPO vẫn tiếp tục hỗ trợ gia đình người hiến như là an ủi nỗi đau mất người thân, hay các sự kiện tưởng niệm.

Chi phí cho hoạt động điều phối^[9]

UNOS là một tổ chức vô vụ lợi, hoạt động riêng biệt, ký hợp đồng liên bang với Chính phủ để quản lý và điều hành Mạng lưới lấy, ghép tạng Quốc gia (OPTN). Khoảng 6% nguồn kinh phí của UNOS đến từ Hợp đồng OPTN, số còn lại tới từ phí đăng ký được trả bởi các trung tâm ghép; tài trợ dự án từ các tổ chức, tập đoàn; các khoản góp từ thiện được khấu trừ thuế; các dự án đầu tư; các diễn đàn về ghép; các dịch vụ phân tích dữ liệu khoa học, nguồn trích của BHYT...

Quy trình thanh toán^[9]

Kể từ khi gia đình người chết não đồng ý hiến tạng, mọi chi phí hồi sức chết não của bệnh viện sẽ do OPOs thanh toán.

Sau khi các mô, tạng được cơ sở y tế hoặc ngân hàng mô tiếp nhận, có trách nhiệm thanh toán lại chi phí cho OPOs để lấy tạng, mô và OPOs sẽ thanh toán lại cho cơ sở hồi sức chết não, chi phí vận hành hoạt động của OPOs (lương cho nhân viên, điện, nước, thiết bị, vật tư tiêu hao, truyền thông, vận động hiến tạng, lấy, vận chuyển, điều phối, chăm sóc, vinh danh người hiến tạng... tóm lại là để duy trì tổ chức OPOs hoạt động hiệu quả). Theo đó, giá xác định cho các mô, tạng đó dựa trên chi phí thực tế, không cố định trong từng trường hợp vì liên quan tới thời gian hồi sức chết não lâu, mau, số tạng, mô tiếp nhận được, khoảng cách vận chuyển xa, gần..., tuy nhiên khung giá mà cơ sở lấy tạng phải thanh toán lại cho OPOs giao động từ: 30,000 USD - 50,000 USD thận; 40,000 USD-50,000 USD gan; 50,000 USD thận-tụy; 50,000 USD-60,000 USD tim, phổi (chưa bao gồm khoản lấy, vận chuyển tạng: khoảng 45,000 USD tùy khoảng cách xa gần)...

Trường hợp nếu mô, tạng không đủ điều kiện để lấy hoặc phút cuối gia đình không đồng ý hiến tạng thì OPOs phải thanh toán toàn bộ chi phí hồi sức chết não cho bệnh viện.

Mọi công dân Hoa Kỳ chỉ được ghép tạng (thận) nếu có thể bảo hiểm y tế. Nếu không có thể bảo hiểm y tế, tuyệt đối không được ghép.

Tuy nhiên, vẫn có khoảng 1-5% bệnh nhân không có quốc tịch Hoa Kỳ vẫn được ghép tạng với điều kiện họ phải thanh toán một khoản chi

phí rất lớn (khoảng 200,000 USD/quả thận-Chưa bao gồm chi phí giường bệnh, lọc máu tuần hoàn...).

Bệnh nhân muốn ghép tạng phải có tên trong “Danh chờ ghép Quốc gia” và nếu không có tên trong “Danh chờ ghép Quốc gia”, tuyệt đối không bao giờ được ghép tạng.

Để được có tên trong “Danh chờ ghép Quốc gia”, bệnh nhân phải đóng một khoản phí 975 USD/năm cho UNOS để được quản lý, theo dõi và điều phối tạng cho bệnh nhân chờ ghép. Khoản tiền này sẽ do BHYT thanh toán cho bệnh nhân. Nghĩa là, khi Bệnh viện up danh sách bệnh nhân chờ ghép lên hệ thống điều phối của UNOS để vào “Danh chờ ghép Quốc gia” sẽ kèm theo 975 USD và BHYT sẽ thanh toán lại cho bệnh viện khoản chi phí này.

Nguồn thu của OPOs^[9]

Toàn bộ chi phí ghép tạng cho người ghép có thể bảo hiểm y tế được bảo hiểm y tế thanh toán cho bệnh viện (cơ sở ghép); trên cơ sở đó, Bệnh viện thanh toán cho OPOs; OPOs thanh toán lại cho cơ sở hồi sức chết não.

Đối với tim, gan, phổi, bệnh viện sẽ thu của Bệnh nhân ghép và thanh toán lại cho OPOs (Do Bảo hiểm y tế chưa thống nhất cơ chế thanh toán chi phí, nên bệnh nhân phải tự thanh toán, và chi phí thường rất lớn: Khoảng 200,000 USD một trường hợp ghép).

Các ngân hàng mô thanh toán kinh phí tiếp nhận mô cho OPOs.

Một số trường hợp đặc biệt, gia đình người hiến có thể tặng lại toàn bộ chi phí phúng viếng của người chết não cho OPOs.

2. Cơ chế thanh toán tài chính trong điều phối, lấy, ghép tạng tại Nhật Bản

2.1. Tổ chức mạng lưới

Mạng lưới ghép tạng Nhật Bản (Japan Organ Transplant Network - JOTNW) trước năm 1997 có tên là Japan Kidney Transplant Network (JKTNW) Mạng lưới ghép thận Nhật Bản và từ ngày 16/10/1997 khi Luật ghép tạng chính thức có hiệu lực, bao gồm những quy định chặt chẽ, đặc biệt đáng chú ý là việc ghép tạng từ người hiến chết não thì JKTNW được đổi tên thành Japan Organ Transplant Network (JOTNW) bao gồm cả cấy ghép tim, gan bên cạnh thận từ trước đó^[7].

Mô hình tổ chức: Mạng lưới trên toàn nước Nhật bao gồm Trung tâm quốc gia khu vực Tokyo và bảy khối khu vực còn lại. Mỗi khối có một trung tâm điều phối ghép sử dụng có kinh nghiệm thực hiện các hoạt động khác nhau bao gồm:

- Giáo dục, tuyên truyền cộng đồng về cấy ghép nội tạng; đăng ký người chờ ghép.

- Thu thập thông tin từ người hiến
- Sắp xếp cuộc gặp giữa bệnh viện và gia đình của người hiến.
- Tiến hành các xét nghiệm đối với người hiến
- Tổ chức lấy tạng
- Lựa chọn người nhận phù hợp một cách công bằng dựa trên các tiêu chí đã thành lập.
- Bảo đảm việc vận chuyển tạng nhanh chóng.

2.2. Cách thức điều phối

Cách thức điều phối: JOTNW là tổ chức duy nhất được phép thu nhận và phân bổ tạng trong cả nước Nhật. Chủ yếu được hỗ trợ bởi các điều phối viên, nó hoạt động 24 giờ để tạo điều kiện thuận lợi nhất cho việc hiến tạng từ người hiến chết não.

Những điều phối viên tại JOTNW phối hợp với điều phối viên tại các tỉnh và làm việc tại bệnh viện trong việc thực hiện các thủ tục khác nhau từ việc xác nhận nguyện vọng của người hiến và gia đình của họ để giải thích cho gia đình, lập văn bản đồng ý, đánh giá khả năng hiến tạng, kết nối với các chuyên gia tư vấn cấy ghép, quản lý động lực tuần hoàn sau khi chẩn đoán chết não, chọn người nhận trong danh sách chờ, chọn nhóm lấy tạng và vận chuyển tạng.

Sau khi cuộc cấy ghép tạng được thực hiện, JOTNW công bố thông tin sau khi có sự đồng ý của gia đình người hiến với mục đích bảo đảm tính minh bạch của cuộc ghép.

Việc thanh toán chi phí cho việc hiến tạng, cơ sở vật chất, nhóm thực hiện được thực hiện thông qua JOTNW. Cơ hội hiến tạng được khuyến khích bởi JOTNW thông qua việc cấp thẻ hiến cũng như đăng ký hiến qua internet.

2.3. Quy trình điều phối

Quy trình điều phối: Các thủ tục cho việc thu nhận và phân bổ nội tạng từ người hiến chết não hơi khác nhau từ những người hiến ngừng tim^[6].

Thứ nhất, khi một bệnh nhân (người hiến tiềm năng) trong điều kiện được chẩn đoán chết não và gia đình bệnh nhân đồng ý sau khi được giải thích của điều phối viên, một văn bản cam kết hiến tạng của gia đình sẽ được lập. Điều phối viên của JOTNW, phối hợp với điều phối viên tại các tỉnh và trong bệnh viện nhanh chóng đến bệnh viện và bắt đầu công việc, từ đánh giá chi tiết các thông tin thu thập của người hiến tiềm năng và ý kiến của các bác sĩ liên quan.

Điều phối viên tìm hiểu liệu trước đó đã có sự đồng ý hiến tạng bằng văn bản. Ví dụ: Nếu người hiến tiềm năng có thể hiến, hoặc được

công khai trên giấy bảo hiểm y tế hay giấy phép lái xe, hoặc đã đăng ký với JOTNW qua Internet... nếu ý định từ chối hiến tạng được công nhận, bệnh nhân không thể là người hiến.

Nếu ý nguyện của người hiến tiềm năng là hiến hoặc chưa rõ, tạng có thể được hiến dựa trên sự đồng ý của gia đình. Bước đầu tiên để hiến tạng từ bệnh nhân chết não là được sự đồng ý của gia đình với các quá trình chẩn đoán chết não hợp pháp. Nếu có sự đồng ý, bản chẩn đoán chết não bao gồm kết quả kiểm tra ngưng thở sẽ được tiến hành 2 lần. Nếu bệnh nhân được chẩn đoán chết não, gia đình sẽ phải được thông báo và hỏi lại rằng liệu họ có muốn hiến tạng từ chết não, hay ngừng tim, hoặc không hiến. Gia đình ở đây bao gồm vợ/chồng, cha mẹ, anh chị em và cả người sống với bệnh nhân. Quyết định cuối cùng dựa trên sự đồng lòng của tập thể gia đình, và họ cần đại diện 1 người đưa ra ý kiến.

Các điều phối viên đóng vai trò trung tâm trong việc thực hiện tất cả các bước tham vấn với các bác sĩ điều trị. Sau khi có sự đồng ý của gia đình, bản chẩn đoán chết não và bản đồng ý cho lấy tạng được lập thành 3 bản (cơ sở hiến, JOTNW và gia đình mỗi bên giữ một bản).

Sau đó cần đánh giá khả năng sử dụng các nội tạng được đánh giá ngay lúc đầu. Dựa trên 1 phần của JOTNW, những thành viên của hội đồng đánh giá sẽ lựa chọn đánh giá tim, phổi, gan, thận, tụy và ruột non, 1 quyết định sẽ được lập dựa trên việc xét nghiệm các tình trạng nhiễm trùng và các chức năng, điều kiện hình thái của tạng như xét nghiệm máu, nước tiểu, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh khác, v.v.. Để ngăn chặn sự suy giảm của các cơ quan trong hoạt động thể xác, cần thiết để xác định loại và liều lượng catecholamine, để sửa chữa bất thường. Nếu những vấn đề này, cũng như kiểm soát nhiễm khuẩn không được thực hiện từ các bác sĩ tại cơ sở hiến tạng, điều phối viên phải nhận nhiệm vụ và mời bác sĩ tư vấn.

JOTNW lựa chọn người nhận tạng và chuyển đến các cơ sở thực hiện việc lấy tạng. Thông thường, việc lấy tạng được thực hiện từ đội ngũ ở các bệnh viện thực hiện cấy ghép. Sau khi quyết định thời gian của việc lấy tạng, điều phối viên xác định khi nào nhóm đến và thứ tự lấy tạng sẽ như thế nào. Những thỏa thuận này được thành lập ở cuộc họp tổ chức trước đó. Một khi tạng được lấy ra, điều phối viên hoàn thành bản báo cáo mô tả việc lấy tạng, điều kiện của tạng, vận chuyển tạng và báo cáo tới các bệnh viện thực hiện cấy ghép. Điều phối viên phải nắm bắt đầy đủ việc vận chuyển tạng. Nếu

đích đến của tim hoặc phổi cách xa về địa lý với bệnh viện hiến, có thể cần phải dùng máy bay trực thăng và sắp xếp thời gian cất cánh và hạ cánh. Gan và thận thường được vận chuyển bằng tàu hỏa hoặc ô tô.

Sau khi cuộc phẫu thuật cấy ghép hoàn thành, các kết quả của người nhận được báo cáo tới JOT. Những thông tin này được lưu lại cũng như tiếp tục theo dõi chuyển biến sau phẫu thuật. Các điều phối viên chuyển các thư cảm ơn được viết bởi người nhận tới gia đình người hiến và nói với họ về tiến trình của cuộc cấy ghép, chuyển lòng biết ơn của người nhận, chuyển thư cảm ơn của Bộ trưởng Y tế, Bộ Lao động và Phúc lợi.

2.4. Cơ chế thanh toán

Chi phí cho ghép tạng^[9]

Bệnh nhân suy tạng khi thực hiện ghép tạng tại Nhật Bản từ người cho chết não sẽ được Bảo hiểm y tế thanh toán chi trả 100% nhưng phải tuân thủ hoàn toàn quy định về đăng ký chờ ghép và ghép tạng các cơ sở y tế trong lãnh thổ Nhật Bản.

Với các trường hợp ghép tạng khác, bệnh nhân ghép tạng cũng sẽ được bảo hiểm y tế thanh toán phần lớn chi phí ghép.

Chi phí cho lấy tạng^[9]

Với người hiến sống: Bảo hiểm của bệnh nhân ghép sẽ chi trả những chi phí y tế cho một người hiến, như là kiểm tra đánh giá, phẫu thuật, và giới hạn các cuộc xét nghiệm.

Với người hiến sau khi chết: Sau khi hiến, người hiến được đưa về tổ chức đám tang, nhân viên của JOTNW làm việc với bên tang lễ để tổ chức tôn vinh người hiến và thực hiện ước muốn của thân nhân người hiến về đám tang. Vài tuần sau nhân viên JOTNW sẽ gửi thư thông tin hoặc điện thoại về kết quả các tạng được ghép cho người bệnh và hàng năm vào ngày giỗ JOTNW sẽ gửi thư hoặc gọi điện tri ân người hiến tạng về cho gia đình.

Chi phí cho hoạt động điều phối^[8]

- JOTNW có nguồn kinh phí được hỗ trợ từ Chính phủ, các nhà tài trợ (người đăng ký chờ ghép) và một phần chi phí (khoảng 30%) được bảo hiểm y tế Nhật Bản thanh toán từ tổng ngân sách cho mỗi trường hợp ghép tạng thành công.

- Cũng như tại Hoa Kỳ, sau mỗi ca hiến tạng từ người cho chết não tính từ thời điểm bệnh nhân xác định là chết não và hoàn thiện các thủ tục hiến tạng thì JOTNW sẽ thực hiện việc điều phối cũng như việc thanh toán chi phí cho việc hiến tạng, cơ sở vật chất, nhóm thực hiện lấy, điều phối đều được thực hiện thông qua JOTNW là đầu mối.

BÀN LUẬN VỀ BÀI HỌC KINH NGHIỆM CHO VIỆT NAM

Qua nghiên cứu cơ chế thanh toán tài chính trong điều phối, lấy, ghép tạng tại Hoa Kỳ, Nhật Bản và vận dụng vào thực tế hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng tại nước ta hiện nay, nhóm nghiên cứu tổng hợp một số kinh nghiệm và hàm ý cho Việt Nam trong quá trình hoàn thiện chính sách trong đó có liên quan đến cơ chế thanh toán tài chính trong hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng là:

Một, cần tham gia và tuân thủ tuyên bố Istanbul về phòng chống buôn bán tạng và du lịch ghép tạng để đảm bảo nguyên tắc hiến tặng vô vụ lợi, vì mục đích nhân văn, nhân đạo và loại trừ mua bán tiêu cực. Lấy đó là một trong những tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp cho cán bộ, y bác sĩ và nhân viên y tế tham gia vào hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng.

Hai, hoạt động điều phối ghép tạng cần tham gia ngay từ khi đánh giá chết não và sẽ là người chủ trì việc thực hiện lấy, điều phối tạng cũng như thanh toán các chi phí cho các bên liên quan. Các cơ sở y tế sẽ chỉ còn phải tập trung việc ghép và điều trị sau ghép đảm bảo kết quả được tốt nhất.

Ba, xây dựng chi phí thực hiện việc hồi sức bệnh nhân chết não, chẩn đoán chết não, lấy tạng, vận chuyển tạng, phối hồi thi thể bệnh nhân chết não, mai tang và chi ân người chết não, truyền thông, vận động... thành một gói chi phí "điều phối" để từ đó sẽ được thanh toán bởi các nguồn như ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế, người nhận tạng.... để từ đó áp dụng trong cả nước tiến tới đảm bảo công bằng cho cả cơ sở y tế lấy tạng và cơ sở y tế nhận tạng.

Bốn, đưa ra định mức giá dịch vụ ghép và tỷ lệ thanh toán của bảo hiểm y tế cùng các bên có liên quan trong hoạt động ghép tạng hoặc một vài loại tạng trước mắt để tăng cơ hội nhận tạng ghép cho tất cả người bệnh cũng như giảm gánh nặng cho bệnh nhân và gia đình.

KẾT LUẬN

Theo quan điểm của mạng lưới quản lý, điều phối ghép tạng Hoa Kỳ (UNOS) và Nhật Bản (JOTNW) thì tạng hiến là tài sản của quốc gia nên cần có sự chung tay của cả hệ thống trong việc chi trả chi phí cho hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng. Nguồn tài chính thực hiện điều phối, lấy, ghép tạng cho bệnh nhân suy mô, tạng thường đến từ ba nguồn chính: bảo hiểm y tế, bệnh nhân tự chi trả và nguồn hỗ trợ. Tại nhiều quốc gia nguồn kinh phí bệnh nhân tự chi trả luôn chiếm vai trò chủ đạo trong thanh toán chi phí ghép tạng và Việt Nam chúng ta cũng không

phải là ngoại lệ. Tự thanh toán chi phí ghép tạng sẽ tiềm ẩn hai rủi ro về bất bình đẳng trong xã hội và tiêu cực, giảm giá trị nhân văn, nhân đạo trong ghép tạng nên rất cần các nhà quản lý y tế tại Việt Nam lưu tâm khi đưa ra các quyết sách liên quan. Một số quốc gia như Hoa Kỳ, Nhật Bản đã giải quyết thành công các rủi ro này là bài học quý giá cho Việt Nam tham khảo khi hoàn thiện cơ chế thanh toán tài chính trong hoạt động điều phối, lấy, ghép tạng trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn**. Ghép tạng và chết não (Tái bản lần thứ nhất, có sửa chữa và bổ sung). Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, 2021.
2. Quốc hội (2006). Luật Hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.
3. **Nguyễn Hoàng Phúc, Nguyễn Tiến Thành, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Thị Phương Hoàng, Vương Thị Lệ Nghi, Nguyễn Hải Yến, Lê Văn Trụ, Phạm Thị Hào**. Thực trạng triển khai thực hiện chế độ, chính sách đối với người đã hiến tạng tại các trung tâm ghép mô, tạng ở Việt Nam hiện nay và một số giải pháp hoàn chỉnh chế độ, chính sách nhằm tăng cường nguồn hiến tạng mô, tạng. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2020, Phụ bản tập 24, số 5: 1 - 9.

4. Thủ tướng Chính phủ (2012). Quyết định số 2002/QĐ-TTg ngày 10/11/2011 của về việc thành lập Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người.

5. Organ Procurement Transplantation Network (<https://optn.transplant.hrsa.gov/>), [Truy cập 11/6/2021].

6. Japan Organ Transplant (<https://www.jotnw.or.jp/en/>), [Truy cập 31/12/2019].

7. **Trịnh Hồng Sơn và cộng sự** (2017). Hoạt động của Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người giai đoạn 29.06.2013 - 31.12.2016, Nhà xuất bản Giáo dục.

8. Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người (2014). Công văn số 111/ĐPGTQG-HTQT-KHĐT ngày 12/12/2014 về việc báo cáo kết quả chuyển đi công tác học tập mô hình tổ chức mạng lưới điều phối hiến, ghép tạng tại Nhật Bản.

9. Trung tâm Điều phối Quốc gia về ghép bộ phận cơ thể người (2018). Công văn số 17/ĐPGTQG-HTKHĐT ngày 28/01/2018 về việc báo cáo chuyển đi công tác học tập mô hình tổ chức mạng lưới điều phối hiến, lấy, ghép tạng tại Hoa Kỳ.

MỐI QUAN HỆ GIỮA SỨC KHỎE BỆNH TẬT VỚI TUỔI ĐỜI VÀ THỜI GIAN TIẾP XÚC ĐỘC HẠI TẠI MỘT SỐ XÍ NGHIỆP QUỐC PHÒNG

**ĐỖ PHƯƠNG HƯỜNG¹,
NGUYỄN PHƯƠNG HIỀN², TRƯƠNG THỊ THU HIỀN³**

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Học viện Y học Cổ truyền Việt Nam

³Trung tâm Đào tạo, Nghiên cứu Độc học và Phóng xạ, Học viện Quân y

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối quan hệ giữa sức khỏe bệnh tật với tuổi đời và thời gian tiếp xúc môi trường độc hại, ô nhiễm kim loại nặng.

Đối tượng nghiên cứu: 2000 công nhân ở một số xí nghiệp Quốc phòng chế tạo thuốc nổ, vật liệu nổ, lao động trực tiếp trong các phân

xưởng tiếp xúc với benzen và kim loại nặng: Chì (Pb), thủy ngân (Hg) và Asen (As) ở các mức độ khác nhau.

Kết quả: Xu hướng bệnh tật phổ biến của các đối tượng làm việc trong môi trường tiếp xúc với benzen và kim loại nặng: Pb, Hg và As thường hay mắc các bệnh về thần kinh, cơ quan sinh dục, hô hấp, cơ - xương - khớp, và thiếu máu. Thời gian tiếp xúc càng dài thì các hội chứng bệnh lý: suy nhược thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật, dạ dày - tá tràng, viêm gan mạn tính, phổi - phế quản, thiếu máu và bệnh cơ

Chịu trách nhiệm: Trương Thị Thu Hiền
Email: truonghientruong@gmail.com
Ngày nhận: 18/8/2021
Ngày phản biện: 23/9/2021
Ngày duyệt bài: 13/10/2021