

Hà Nội, ngày 14 tháng 10 năm 2013

BÁO CÁO**Kết quả giám sát việc thực hiện chính sách, pháp luật
về bảo hiểm y tế giai đoạn 2009-2012**

Kính gửi: Các vị đại biểu Quốc hội,

Thực hiện Chương trình hoạt động giám sát của Quốc hội năm 2013¹, Ủy ban thường vụ Quốc hội đã thành lập Đoàn giám sát² “Việc thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế giai đoạn 2009-2012”³. Đoàn giám sát (DGS) của Ủy ban thường vụ Quốc hội đã nghe báo cáo của Chính phủ và một số bộ, ngành liên quan; tổ chức Đoàn đi giám sát tại 9 tỉnh/thành phố⁴ (phụ lục số 1); yêu cầu Đoàn đại biểu Quốc hội các tỉnh/thành phố tổ chức giám sát tại địa phương⁵; nghe Bộ trưởng Bộ Y tế giải trình về chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh (KCB) và quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế (BHYT); đồng thời, nghiên cứu thông tin, tư liệu qua các hoạt động có liên quan của Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội để bổ sung cho báo cáo.

Được triển khai ở Việt Nam từ năm 1992, chính sách BHYT đã trải qua các mô hình: quản lý BHYT theo cấp tỉnh (1992-1997), Bộ Y tế quản lý (1998-2003) và quản lý tập trung tại Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam từ năm 2003 đến nay. Giai đoạn 1992-2008, BHYT Việt Nam được thực hiện theo các văn bản dưới luật của Chính phủ. Trên cơ sở thực tiễn gần 20 năm triển khai thực hiện chính sách BHYT, năm 2008 Quốc hội đã ban hành Luật BHYT.

Chính sách, pháp luật (CSPL) về BHYT bao gồm các chủ trương, chính sách, quan điểm của Đảng, Nhà nước thể hiện trong nhiều nghị quyết, chỉ thị của Đảng⁶ (phụ lục số 2) được thể chế hóa trong Luật bảo hiểm y tế. Quan điểm của Đảng, Nhà nước khẳng định chính sách BHYT là một trong những trụ cột của an sinh xã hội, là cơ chế tài chính y tế quan trọng và là cơ chế chi trả trước được đa số các quốc gia trên thế giới áp dụng giúp người dân khi bị ốm đau không bị rơi vào cảnh nghèo đói và là định hướng phát triển trong chăm sóc sức khỏe người dân.

Sau đây, Ủy ban thường vụ Quốc hội xin trình Quốc hội Báo cáo kết quả giám sát thực hiện CSPL về BHYT giai đoạn 2009-2012.

¹ Theo Nghị quyết số 34/2012/QH13 ngày 15/11/2012 của Quốc hội.

² Đoàn giám sát của Ủy ban thường vụ Quốc hội gồm 18 DBQH, đại diện Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Bộ Tài chính và một số chuyên gia.

³ Theo Nghị quyết số 551/NQ-UBTVQH13 ngày 26/12/2012.

⁴ Đoàn đã thực hiện giám sát tại T/p Hồ Chí Minh, Hà Nội, tỉnh Điện Biên, Kiên Giang, Nam Định, Nghệ An, Bình Dương, Đắk Lắk, Ninh Thuận.

⁵ Tính đến ngày 25/9/2013, đã nhận được báo cáo kết quả giám sát của 63/63 tỉnh/thành phố.

⁶ Nghị quyết 46-NQ/TW, Nghị quyết Đại hội Đại biểu toàn quốc lần thứ X và XI của Đảng, Chỉ thị số 38-CT/TW của Ban Bí thư

Phần thứ nhất

KẾT QUẢ THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH, PHÁP LUẬT VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

1. Việc ban hành văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thi hành Luật BHYT

Theo quy định của Luật BHYT (có hiệu lực từ 1/7/2009), có 16 điều giao cho Chính phủ, Bộ Y tế và các bộ ngành liên quan hướng dẫn thi hành. Đến nay, Chính phủ, Bộ Y tế và bộ ngành liên quan đã hướng dẫn thi hành 15 điều tại 2 Nghị định của Chính phủ, 2 quyết định của Thủ tướng Chính phủ, 14 thông tư (trong đó có 5 thông tư liên bộ) do Bộ Y tế và các bộ ngành liên quan ban hành (*phụ lục số 3*). Nhìn chung, các văn bản hướng dẫn thi hành Luật BHYT bảo đảm quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật (VBQPPL) và có tính khả thi.

Cùng với Luật BHYT, năm 2012, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Đề án “Thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân giai đoạn 2012-2015 và 2020”, theo đó, năm 2015 dự kiến sẽ có 70% và đến năm 2020 dự kiến sẽ có 80% dân số tham gia BHYT.

Ngoài các văn bản hướng dẫn do Chính phủ và bộ ngành ban hành, BHXH Việt Nam đã ban hành 6 quyết định và khoảng 150 văn bản hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ; Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố (sau đây gọi chung là cấp tỉnh) theo thẩm quyền đã ban hành các văn bản hướng dẫn để tổ chức triển khai thực hiện tại địa phương. Về cơ bản, nội dung các văn bản này phù hợp với pháp luật.

Qua 4 năm thực hiện, Luật BHYT được đánh giá là một trong những đạo luật được triển khai tương đối kịp thời, đáp ứng yêu cầu của cuộc sống.

Tuy nhiên, tất cả các văn bản hướng dẫn thi hành Luật BHYT do Chính phủ và bộ ngành ban hành đều chậm tiến độ từ 1 tháng đến 40 tháng⁷, đến ngày 01/01/2010 mới triển khai đầy đủ các nội dung của Luật BHYT.

** Những tồn tại trong việc ban hành văn bản quy phạm pháp luật đó là:*

- Theo quy định của Luật BHYT, Bộ Y tế chưa ban hành Hướng dẫn về khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh được quỹ BHYT chi trả⁸.

- Theo Nghị định 62/2009/NĐ-CP còn 3 vấn đề giao cho các bộ, ngành chưa hướng dẫn, trong đó 2 vấn đề thuộc trách nhiệm của Bộ Y tế là Danh mục một số bệnh cần chữa trị dài ngày và sửa đổi quy định về xác định dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn được BHYT chi trả (hiện vẫn áp dụng văn bản quy định về vấn đề này từ trước khi có Luật BHYT); một vấn đề thuộc trách nhiệm Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (LĐ-TB&XH) đó là xác định tiêu chí hộ gia đình làm nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình làm cơ sở để Nhà nước hỗ trợ mua BHYT cho đối tượng này.

- Luật BHYT quy định quỹ BHYT chi thanh toán cho người bị tai nạn giao thông khi không vi phạm pháp luật (khoản 12, Điều 23). Tuy nhiên, khi tổ chức thực hiện⁹, tất cả các trường hợp tai nạn giao thông (cả vi phạm pháp luật lẫn không vi

⁷ So với ngày Luật BHYT có hiệu lực, Chính phủ ban hành Nghị định số 62/2009/NĐ-CP và Nghị định số 92/2011/NĐ-CP chậm từ 1-28 tháng; Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 04/2011/QĐ-TTg chậm 18 tháng; Bộ Y tế và các bộ, ngành liên quan ban hành các thông tư chậm từ 2-39 tháng.

⁸ Bộ Y tế đang soạn thảo văn bản hướng dẫn vấn đề này, con cần nhắc vì khả năng chi trả của quỹ BHYT.

⁹ Thông tư liên tịch số 39/2011/TTLT-BYT-BTC hướng dẫn thủ tục thanh toán tai nạn giao thông rất phức tạp, quy định người tham gia BHYT bị tai nạn giao thông, trong khi chưa xác định người đó có vi phạm pháp luật về giao thông hay không, khi đi KCB được hưởng BHYT theo quy định; khi xác định người bị tai nạn giao thông là do vi phạm pháp luật về giao thông thì người đó có trách nhiệm phải hoàn trả đầy đủ các chi phí KCB cho quỹ BHYT.

phạm pháp luật giao thông) đều được BHYT thanh toán với tổng chi phí khoảng 200 tỷ đồng trên cả nước (năm 2012).

- Luật BHYT quy định về nội dung hợp đồng KCB BHYT và giao cho Bộ trưởng Bộ Y tế quy định mẫu hợp đồng. Tuy nhiên, khi có phát sinh tranh chấp hợp đồng chưa xử lý được, chưa rõ tính pháp lý của hợp đồng và trách nhiệm của các bên trong trường hợp vi phạm hợp đồng.

- Bộ Y tế chưa hướng dẫn phân hạng bệnh viện tư nhân¹⁰, vì vậy BHXH gặp nhiều khó khăn trong việc thanh toán chi phí KCB BHYT tại bệnh viện tư nhân¹¹.

- Luật BHYT giao Bộ Y tế chịu trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, tổ chức có liên quan thực hiện nhiệm vụ tuyên truyền, phổ biến CSPL về BHYT (Điều 6), nhưng Quyết định số 538/QĐ-TTg ngày 29/3/2013 về lộ trình BHYT toàn dân lại giao BHXH Việt Nam là đầu mối chịu trách nhiệm chính trong tuyên truyền về chính sách BHYT.

2. Việc mở rộng đối tượng tham gia BHYT

2.1. Kết quả thực hiện

Luật BHYT quy định 25 nhóm đối tượng tham gia BHYT và lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, theo đó, đến năm 2014, 3 nhóm cuối cùng phải tham gia BHYT đó là nhóm thân nhân người lao động, xã viên hợp tác xã và hộ kinh doanh cá thể.

Giai đoạn 2009-2012, tỷ lệ dân số tham gia BHYT tăng từ 58,2% (2009) lên 66,8% (2012). Như vậy, sau 4 năm thực thi Luật, đã có thêm 8,6% dân số tham gia BHYT, tương đương 9,24 triệu người, bình quân tăng 2,8%/năm. Có 21 tỉnh có tỷ lệ dân số tham gia BHYT tăng trên 15%. Nhiều tỉnh cơ bản đã đạt được BHYT toàn dân (Bắc Kạn gần 100%, Lai Châu 99%, Hà Giang 96%, Lào Cai 95%, Hòa Bình 93%, Sơn La 92%, Tuyên Quang 88%, Lạng Sơn 85%, Thái Nguyên 80%, Kon Tum 85%) (phụ lục số 5). Đa số các tỉnh đạt gần 100% dân số tham gia BHYT là do mở rộng số đối tượng được ngân sách cấp mua BHYT¹².

Phân tích tỷ lệ tham gia BHYT theo nhóm đối tượng cho thấy, nhóm làm công ăn lương, cán bộ công chức trong khu vực công, đồng bào dân tộc thiểu số, người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, nhóm hưu trí, mất sức lao động, đối tượng bảo trợ xã hội do NSNN hoặc quỹ BHXH đóng tiền mua BHYT đều đạt ở mức rất cao (gần 100%).

Tỷ lệ nhóm tự nguyện, hộ cận nghèo tham gia BHYT đã tăng dần từ việc điều chỉnh chính sách nhưng còn ở mức thấp. Có khoảng 20 tỉnh hỗ trợ thêm kinh phí từ ngân sách địa phương cho các đối tượng thuộc diện cận nghèo tham gia BHYT¹³, một số tỉnh hỗ trợ 100% số tiền mua cho hộ cận nghèo như Bình Dương, Ninh Thuận, Kiên Giang...

¹⁰ Luật Khám bệnh, chữa bệnh chỉ giao cho Bộ Y tế phân hạng bệnh viện của Nhà nước.

¹¹ Cũng chính vì sự chậm trễ này dẫn đến việc BHXH Việt Nam ban hành văn bản hướng dẫn tạm thời xếp bệnh viện tư nhân thuộc nhóm bệnh viện hạng 2, nhưng lại có một số ý kiến chưa đồng thuận. Ngoài ra cũng có ý kiến chưa đồng tình về một vài văn bản do BHXH Việt Nam ban hành như: Văn bản số 245/BHXH-CSYT, Văn bản số 1513/BHXH-CSYT, Quyết định số 82/QĐ-BHXH, Văn bản số 3637/BHXH-CSYT (phụ lục số 4)

¹² Năm 2012, tỷ lệ ngân sách nhà nước (NSNN) hỗ trợ đối tượng mua BHYT trong tổng thu BHYT ở Lạng Sơn chiếm 90% Sơn La là 88%, Điện Biên là 79%, Lào Cai là 73%, Đắk Nông là 86%. . trong khi đó tỷ lệ này ở các tỉnh vùng đồng bằng và đô thị chỉ từ 20-30%.

¹³ TP Hồ Chí Minh, Bà Rịa-Vũng Tàu, Bình Dương, Thái Nguyên, Hà Giang, Đà Nẵng, Ninh Thuận, Quảng Ngãi, Lâm Đồng, Long An . .

Cùng với chính sách mở rộng đối tượng được ngân sách hỗ trợ tham gia BHYT (người có công, người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số ở vùng khó khăn¹⁴, nhân dân ở vùng biển đảo...), việc tăng cường công tác chỉ đạo, tuyên truyền của Bộ Y tế, BHXH Việt Nam, Ủy ban nhân dân (UBND) các cấp và xây dựng mạng lưới đại lý BHYT cùng với sự tham gia của một số đoàn thể, tổ chức xã hội trong vận động phong trào mua tặng thẻ BHYT cho những người có hoàn cảnh khó khăn đã góp phần nâng tỷ lệ dân số tham gia BHYT nhanh hơn trong giai đoạn 2009 – 2012. Trên cơ sở đó, ý thức người dân trong việc tham gia BHYT để tự chăm lo sức khỏe cho mình, chia sẻ với cộng đồng được nâng lên so với trước.

Có thể nói trong điều kiện kinh tế - xã hội ở Việt Nam, với mức thu nhập bình quân đầu người là 1.749 USD/người/năm (2012), việc đạt được tỷ lệ gần 70% dân số tham gia BHYT là sự cố gắng lớn của Đảng, Nhà nước và nhân dân. Kết quả đó góp phần quan trọng vào việc bảo vệ quyền được chăm sóc sức khỏe và giúp cho nhiều người dân không bị rơi vào bẫy nghèo đói khi bị ốm đau, bệnh tật. Trên thế giới nhiều nước có điều kiện kinh tế và thu nhập cao hơn Việt Nam nhưng cũng chưa đạt được tỷ lệ dân số tham gia BHYT như Việt Nam¹⁵.

2.2. Một số tồn tại, vướng mắc

- Đến cuối năm 2012, vẫn còn 18 tỉnh có tỷ lệ tham gia BHYT dưới 60%, trong đó có 4 tỉnh dưới 50% dân số tham gia BHYT (Nam Định 49%, Tây Ninh 49%, Kiên Giang 48% và Bình Phước 46%).

- Giai đoạn 2009-2012, có 14 tỉnh tỷ lệ tham gia BHYT tăng chậm (dưới 5%) và có 6 tỉnh tỷ lệ tham gia BHYT giảm từ 1-7% (Bà Rịa-Vũng Tàu, Bình Dương, Đắk Lắk, Gia Lai, Vĩnh Long, trong đó Bến Tre giảm nhiều nhất khoảng 7%).

- Một số đối tượng bắt buộc phải tham gia BHYT nhưng tỷ lệ đạt thấp đó là:

- a) Người lao động trong các doanh nghiệp đạt 54,7%, trong đó khu vực tư nhân chỉ đạt 20-30%; học sinh, sinh viên (HSSV) mới đạt tỷ lệ 80% (Nam Định chỉ đạt 30%), trong đó sinh viên ở các trường trung cấp chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học, đặc biệt các trường tư có tỷ lệ tham gia rất thấp và vẫn còn khoảng 5% trẻ em dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT.

- b) Người thuộc hộ cận nghèo được Nhà nước hỗ trợ 50% kinh phí mua BHYT và tăng lên 70% từ tháng 6/2012 nhưng đến cuối năm 2012 chỉ đạt khoảng 25%, có nơi tỷ lệ chỉ đạt từ 2-5% (Hà Nội: 4,7%, Bình Thuận: 2%, Bình Phước: 0,1%...).

- c) Nhóm người thuộc hộ gia đình làm nông, lâm, ngư và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo lộ trình sẽ tham gia BHYT từ năm 2012 và Bộ Tài chính đã có dự toán bố trí ngân sách hỗ trợ 30% kinh phí để mua BHYT, nhưng chưa triển khai do chưa xây dựng được tiêu chí.

- Nhóm tự nguyện tham gia BHYT không tăng nhiều, đạt 24% (năm 2011) và 28% (năm 2012), tại một số tỉnh tỷ lệ này rất thấp dưới 10% (Ninh Thuận 10%, Hà

¹⁴ Bình quân trên cả nước số người nghèo, dân tộc thiểu số chiếm khoảng 24% tổng số người có thẻ BHYT, tại các tỉnh miền núi tỷ lệ này chiếm khoảng 65-75%

¹⁵ Năm 2012, Paraguay thu nhập bình quân/người/năm (ppp) là 5.050 US\$, có 17% dân số tham gia BHYT; Ấn Độ thu nhập bình quân là 3.550, có 11% dân số tham gia BHYT; Indonesia thu nhập bình quân 4.200, có 63% dân số tham gia BHYT; Albania thu nhập bình quân 8.740 US\$, có 40% dân số tham gia BHYT...

Nam 7,2%, Cà Mau 7,1%, Quảng Trị 6,6%, Nam Định 5,9%, Kiên Giang 5,9%, Thanh Hóa 3%, Nghệ An 3%, Hải Dương 1%...).

- Bên cạnh một số kết quả tích cực đo thực hiện cơ chế tự chủ và xã hội hóa dịch vụ y tế tại các bệnh viện công đã phát sinh những vấn đề cần phải quan tâm, đó là nhiều bệnh viện đã hình thành khu vực KCB theo yêu cầu, dành 5-10% số giường làm dịch vụ để thu phí cao, kết quả là tại cùng một khoa hình thành 2 chế độ, bệnh nhân BHYT với 2-3 người/giường và bệnh nhân KCB theo yêu cầu với 1 người/phòng có đầy đủ tiện nghi¹⁶. Sự tương phản này cùng với yêu cầu về y đức chưa được cải thiện cũng góp phần làm cho BHYT gặp khó khăn trong việc mở rộng độ bao phủ¹⁷. Tuy nhiên, hiện nay một số bệnh viện nhận thức được vấn đề này đã khắc phục một phần bất cập thông qua việc chủ động tách riêng khu dịch vụ theo yêu cầu với khu điều trị chung¹⁸.

** Nguyên nhân và trách nhiệm đối với các tồn tại trên đó là:*

- Hiệu quả công tác chỉ đạo tuyên truyền, vận động người dân tham gia BHYT của ngành y tế và BHXH còn thấp; chưa có giải pháp tích cực để huy động xã hội tham gia mở rộng BHYT; kinh phí tuyên truyền hạn chế; các tổ chức xã hội, đoàn thể tham gia công tác tuyên truyền, vận động người dân tham gia BHYT còn ít, các đại lý BHYT chưa gắn nhiều với địa bàn.

- Các cấp chính quyền chưa quan tâm đầy đủ việc triển khai chính sách, pháp luật BHYT; Sở Y tế ở nhiều nơi chưa quan tâm chỉ đạo, phối hợp với tổ chức BHXH trong việc thực hiện mục tiêu mở rộng tỷ lệ dân số tham gia BHYT tại địa phương.

- Chấp hành pháp luật chưa nghiêm, công tác phối hợp giữa các cơ quan chức năng và tổ chức công đoàn để thanh tra, kiểm tra việc thực hiện CSPL về BHYT trong doanh nghiệp, bảo vệ quyền lợi người lao động còn hạn chế.

- Do giá dịch vụ y tế ở mức thấp trong nhiều năm, đầu tư của Nhà nước cho bệnh viện còn hạn chế, nhiều bệnh viện thực hiện chủ trương của Nhà nước về tự chủ bệnh viện và xã hội hóa dịch vụ y tế, kể cả kỹ thuật hiện đại để phục vụ nhu cầu của bệnh nhân, quá trình thực hiện đã phát sinh một số yếu tố tiêu cực làm ảnh hưởng đến BHYT¹⁹.

- Đa số tỉnh có tỷ lệ tham gia BHYT giảm hoặc ở mức thấp là các tỉnh thuần nông, có điều kiện kinh tế - xã hội ở mức trung bình, ít đối tượng được ngân sách hỗ trợ tham gia BHYT. Mặt khác, tại một số tỉnh số hộ nghèo giảm, theo đó số người được cấp thẻ BHYT cũng giảm (tỉnh Khánh Hòa trong 2 năm 2009-2010 đã giảm gần 50.000 người nghèo).

¹⁶ Bệnh nhân do Quỹ BHYT chỉ trả tiền giường chỉ 30-100 ngàn đồng/ngày, nhưng phòng dịch vụ có loại 1 triệu đồng/ngày; hoặc khám bệnh theo BHYT với giá 5-30 ngàn đồng/lần, nhưng ngay phòng bên khám dịch vụ với giá 600 ngàn đồng/lần.

¹⁷ Một nghiên cứu xã hội cho biết, hơn 50% số người hưởng lương hiện nay đang tham gia BHYT bắt buộc sẽ không tham gia BHYT nếu pháp luật quy định tham gia BHYT là tự nguyện.

¹⁸ Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ xây dựng tòa nhà riêng (trong khuôn viên bệnh viện) gồm 200 giường phục vụ điều trị theo yêu cầu, với đội ngũ cán bộ chuyên môn y tế riêng biệt, khi cần hỗ trợ từ bệnh viện đa khoa tỉnh thì thanh toán chi phí theo số giờ phục vụ, trình độ cán bộ và bảo đảm công khai minh bạch. Phần tăng thu từ khu dịch vụ đã góp phần hỗ trợ chế độ cán bộ y tế và điều kiện kỹ thuật chung cho cả bệnh viện.

¹⁹ Một nghiên cứu xã hội cho biết, hơn 50% số người hưởng lương hiện nay đang tham gia BHYT bắt buộc sẽ không tham gia BHYT nếu pháp luật quy định tham gia BHYT là tự nguyện.

- Một số quy định của Luật BHYT còn thiếu, chưa cụ thể hoặc chưa đồng bộ như:

+ Chưa quy định cụ thể trách nhiệm của ngành LĐ-TB&XH, chính quyền địa phương trong quy trình cấp thẻ, trách nhiệm trong việc cấp thẻ BHYT miễn phí cho một số đối tượng do ngân sách đảm bảo.... Vì vậy, chưa phân định được trách nhiệm của từng cơ quan trong việc cấp trùng thẻ, chậm thẻ BHYT, sai thông tin trên thẻ.

+ Chưa quy định cụ thể trách nhiệm của ngành giáo dục và nhà trường đối với BHYT HSSV, cùng với tình trạng cạnh tranh về chi hoa hồng của các loại BHYT thương mại với BHYT ở nhà trường nên kết quả tham gia BHYT học sinh ở một số địa phương còn thấp.

+ Chưa gắn việc triển khai chính sách BHYT với hộ gia đình nên còn phổ biến tình trạng chỉ khi ốm nặng hay phát hiện mắc bệnh nan y, mạn tính mới mua BHYT tự nguyện để đi KCB.

+ Luật BHYT quy định trẻ em dưới 6 tuổi khi đi KCB BHYT phải xuất trình thẻ BHYT. Tuy nhiên, Thông tư liên tịch số 09 do Bộ Y tế và Bộ Tài chính lại quy định trẻ em dưới 6 tuổi chưa có thẻ BHYT có thể dùng giấy khai sinh, chứng sinh khi đi KCB. Quy định này làm chậm quá trình cấp thẻ BHYT, gây khó khăn trong việc thanh toán, quản lý đối tượng²⁰.

3. Cơ chế tài chính để mở rộng diện bao phủ và thực hiện chính sách BHYT

3.1. Sự tham gia của ngân sách nhà nước trong việc chuyển dần cấp ngân sách cho bệnh viện công sang hỗ trợ trực tiếp cho một số đối tượng tham gia BHYT

Giai đoạn 2009-2012, ngân sách nhà nước (NSNN) hỗ trợ cho khoảng 70% số đối tượng tham gia BHYT²¹, bình quân chiếm 42% so với tổng số thu BHYT (44.767 tỷ/107.225 tỷ đồng), chủ yếu hỗ trợ cho người có công, người nghèo, cận nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi, học sinh, sinh viên, đối tượng bảo trợ xã hội. Số tiền NSNN hỗ trợ tăng nhanh từ 4.537 tỷ đồng (2009) lên 10.732 tỷ đồng (2010) và 16.937 tỷ đồng (2012), với tỷ lệ tương ứng so với tổng số thu BHYT các năm là 35%, 42% và 43% (phụ lục số 6). Đây là kết quả thực hiện chủ trương và chính sách của Đảng và Nhà nước về y tế thông qua việc thay đổi cơ chế hỗ trợ của Nhà nước cho KCB, từng bước chuyển chi ngân sách cho các bệnh viện sang hỗ trợ trực tiếp cho người dân, đồng thời huy động sự tham gia đóng góp của xã hội và người dân tham gia BHYT.

Đồng thời, việc sửa đổi Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng đã tạo điều kiện mở rộng diện người có công và thân nhân của họ được cấp BHYT; đối tượng là người dân sống ở các vùng đảo xa, khó khăn, đối tượng mới thoát nghèo, hộ cận nghèo sống tại các huyện nghèo cũng được Nhà nước mua BHYT²².

Về cơ bản, các tỉnh đã bố trí kịp thời ngân sách để mua BHYT cho các đối tượng được Nhà nước hỗ trợ. Phần ngân sách hỗ trợ cho các đối tượng tham gia BHYT so với tổng số chi thường xuyên cho y tế hàng năm đã tăng từ 27% (2009) lên

²⁰ Khoản 2, Điều 17 của Luật BHYT quy định về hồ sơ cấp thẻ BHYT cho trẻ em dưới 6 tuổi phải có bản sao giấy chứng sinh/khai sinh, hoặc xác nhận của UBND cấp xã nơi bố mẹ cư trú; phải có danh sách của UBND cấp xã đề nghị cấp thẻ BHYT; trong vòng 10 ngày làm việc phải cấp thẻ BHYT cho các cháu.

²¹ NSNN hỗ trợ 100% mức đóng BHYT cho người có công với cách mạng, thân nhân người có công với cách mạng, cựu chiến binh, người nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi, người dân tộc thiểu số sống ở vùng đặc biệt khó khăn, người hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội...; hỗ trợ 70% mức đóng BHYT cho người thuộc hộ cận nghèo, 30% cho HSSV

²² Theo Chiến lược biển đảo và Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP.

33% (2012)²³. Năm 2012, NSNN chi thường xuyên cho các bệnh viện trong cả nước 17.821 tỷ đồng²⁴ chiếm 27,8% tổng chi cho y tế. Việc thực hiện lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế được tiến hành đồng thời với việc chuyển dần cấp ngân sách chi thường xuyên cho bệnh viện sang hỗ trợ trực tiếp cho người dân mua BHYT²⁵ và lộ trình BHYT toàn dân.

3.2. Việc tham gia BHYT của nhóm đối tượng không có sự hỗ trợ của NSNN

Giai đoạn 2009-2012, chủ sử dụng lao động và người lao động, nhóm cán bộ, công chức làm việc trong khu vực công²⁶ và đối tượng tham gia BHYT tự nguyện đóng trên 52.540 tỷ đồng chiếm 49% tổng số thu BHYT, số tiền này đã tăng từ 7.170 tỷ (2009) lên 18.072 tỷ đồng (2012), nhưng tỷ lệ này có xu hướng giảm dần (năm 2009: 55%, năm 2010: 49%, 2011 và 2012 là 46%).

Giai đoạn 2009-2012, tổ chức BHXH mua BHYT cho một số nhóm đối tượng²⁷ gần 9.650 tỷ đồng, chiếm khoảng 9% tổng số thu BHYT.

3.3. Một số tồn tại, vướng mắc

- Mặc dù NSNN hỗ trợ một số nhóm đối tượng tham gia BHYT đã được phân bổ cho các tỉnh, song vẫn còn tình trạng một số tỉnh nợ ngân sách hỗ trợ mua BHYT cho trẻ em, học sinh (T/p Hồ Chí Minh, năm học 2012-2013 nợ khoảng 142,6 tỷ đồng hỗ trợ BHYT học sinh, tỉnh Điện Biên nợ gần 2,2 tỷ đồng hỗ trợ BHYT học sinh, t/p Hải Phòng nợ 46 tỷ đồng BHYT đã chỉ KCB cho trẻ em dưới 6 tuổi trong giai đoạn 2010-2012, Nam Định nợ BHYT từ NSNN chiếm 80% tổng số nợ BHYT toàn tỉnh).

- Gần 2/3 số tỉnh chưa có nguồn hỗ trợ từ ngân sách địa phương cho hộ cận nghèo tham gia BHYT.

- Đối tượng hưởng trợ cấp tuất hàng tháng từ quỹ BHXH²⁸ chưa được hưởng BHYT, chưa quy định nguồn đóng BHYT cho phụ nữ trong thời gian nghỉ thai sản được hưởng BHYT.

Nguyên nhân và trách nhiệm đối với tồn tại trên đó là:

- Do quỹ BHYT được quản lý tập trung tại BHXH Việt Nam, với cơ chế này nếu kết dư quỹ thì chuyển về trung ương, còn khi bội chi thì xin cấp bổ sung nên chính quyền các địa phương chưa quan tâm nhiều đến trách nhiệm của mình đối với việc mở rộng đối tượng, tăng nguồn thu cho quỹ BHYT.

- Bộ Y tế và Bộ Tài chính chưa giải thích và thông tin đầy đủ để xã hội hiểu và ủng hộ chủ trương điều chỉnh giá dịch vụ y tế, việc tăng viện phí trên thực tế chỉ ảnh hưởng đến số người chưa tham gia BHYT, không ảnh hưởng đến các đối tượng đã có BHYT do Nhà nước hỗ trợ.

- Một số quy định trong các văn bản pháp luật chưa đồng bộ nên một số đối tượng chưa được hưởng BHYT²⁹.

²³ Năm 2012 NSNN phân bổ cho chi sự nghiệp y tế là 51.000 tỷ đồng.

²⁴ NSNN chi thường xuyên cho các bệnh viện trong cả nước năm 2010 là 11.400 tỷ đồng chiếm 25,6% tổng chi cho y tế, năm 2011 là 16.201 tỷ đồng chiếm 29,6% tổng chi cho y tế.

²⁵ Nhà nước vẫn tiếp tục tăng chi cho y tế và chi cho đầu tư phát triển đối với các bệnh viện công.

²⁶ Doanh nghiệp nhà nước, DN có vốn đầu tư nước ngoài, DN ngoài quốc doanh, DN thuộc lực lượng vũ trang; Khối HCSN, đảng, đoàn thể; Khối xã, phường, thị trấn...; Đối tượng tự đóng: Thân nhân người lao động; Hộ làm nông-lâm-ngư nghiệp; Hộ KD cá thể

²⁷ Hưu trí, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp TNLD, bệnh nghề nghiệp, thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động, cán bộ xã, phường hưởng trợ cấp BHXH và người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

²⁸ Riêng Hà Nội có gần 10.700 cu trên 80 tuổi đang hưởng trợ cấp tuất và không được cấp BHYT.

4. Việc quản lý, sử dụng quỹ và cấp, đối thế BHYT

4.1. Phương thức chi trả và thanh toán, quyết toán chi phí KCB BHYT

a) Phương thức chi trả chi phí KCB BHYT:

Việc thanh toán chi phí KCB BHYT hiện nay được áp dụng theo cả 3 phương thức: theo định suất, theo giá dịch vụ và theo trường hợp bệnh.

Về phương thức thanh toán theo định suất, từ tỷ lệ 10% số bệnh viện áp dụng năm 2010, đến năm 2012 đã có 42% số bệnh viện áp dụng cơ chế thanh toán này. Một số tỉnh đã áp dụng phương thức thanh toán theo định suất cho tất cả bệnh viện huyện (Hải Phòng, Hải Dương, Hà Nam). Đây là phương thức thanh toán tạo sự chủ động cho bệnh viện quản lý quỹ KCB, chống lạm dụng thuốc, xét nghiệm. Tuy nhiên, mặt trái của phương thức này là bệnh viện sẽ kiểm soát chặt, cắt giảm quyền lợi của bệnh nhân, hạn chế chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để tiết kiệm chi và phát sinh vướng mắc về cách tính suất phí, thanh toán chi phí ngoài định suất, sử dụng kinh phí chuyển tuyến...

Về phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế, hiện có trên 50% số bệnh viện áp dụng cơ chế này (t/p Hồ Chí Minh áp dụng với tất cả các bệnh viện). Đây là phương thức tạo sự chủ động trong việc chi định xét nghiệm, thuốc, vật tư y tế nhưng dễ dẫn đến nguy cơ lạm dụng dịch vụ y tế, thuốc và gây bội chi quỹ BHYT.

Về phương thức thanh toán trọn gói theo trường hợp bệnh, chỉ mới tổ chức thí điểm tại 2 bệnh viện của Hà Nội với 4 nhóm bệnh (viêm ruột thừa cấp, đẻ thường, viêm phế quản-phổi trẻ em và viêm phế quản-phổi người lớn), bước đầu đạt kết quả khả quan. Đây là phương thức tiến bộ được nhiều nước áp dụng, góp phần giảm việc lạm dụng dịch vụ y tế, xét nghiệm, thuốc nhưng cần phải có văn bản hướng dẫn chi tiết, cụ thể cho hàng ngàn loại bệnh khác nhau.

b) Về thanh toán, quyết toán chi phí KCB BHYT:

Nhìn chung, các quy định về thanh quyết toán được thực hiện theo đúng quy định của Luật BHYT. Việc tạm ứng, thanh quyết toán giữa cơ quan BHXH và bệnh viện được thực hiện trong vòng 75 ngày, thanh toán vượt quỹ đã giải quyết xong ở đa số các tỉnh (trong vòng 1 năm), thanh toán vượt trần chậm hơn do phải trình Hội đồng quản lý quỹ BHXH xem xét và quyết định³⁰.

Bộ Y tế đã cập nhật danh mục thuốc, kỹ thuật y tế mới làm cơ sở cho BHXH thanh toán cho các bệnh viện. Nhiều bệnh viện được thanh toán đúng thời hạn, có nơi rút ngắn thời gian thanh toán hơn so với quy định (Hà Nội).

Bên cạnh đó, còn một số vướng mắc về cách tính vượt quỹ KCB ở bệnh viện, định mức thanh toán giữa bệnh viện và cơ quan BHXH nên đã gây nộ động kéo dài giữa BHXH với bệnh viện, giữa bệnh viện với công ty được tại một số tỉnh.

Về mức trần ở bệnh viện tuyến 2 (bệnh viện từ tuyến tỉnh và tương đương trở lên), Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Tài chính ban hành quy định về trần tuyến 2 để quản

²⁹ Chưa đồng bộ giữa Luật BHYT với Bộ Luật lao động và với Luật người cao tuổi

³⁰ Thông tư liên tịch 09 không quy định gì về thanh toán vượt trần, kể cả do nguyên nhân khách quan nên đến nay vẫn chưa thanh toán vượt trần tuyến 2 của năm 2012. năm 2011, có 50 địa phương bị vượt trần tuyến 2 với số tiền gần 639 tỷ đồng đến quý 2 năm 2013 mới được thanh toán về cơ bản, một số địa phương báo cáo vẫn chưa thanh toán vượt trần tuyến 2 của năm 2011.

lý chi phí ở bệnh viện và chống lạm dụng quỹ BHYT. Tuy nhiên, do có sự chênh lệch về trình độ kỹ thuật và điểm xuất phát nên hiện nay trần tuyến 2 có sự khác nhau giữa các bệnh viện cùng hạng (cùng là bệnh viện lao tuyến tỉnh có nơi là 1,3 triệu đồng/ca bệnh, có nơi là 4 triệu đồng/ca; bệnh viện tâm thần tuyến tỉnh có nơi 1,8 triệu đồng/ca, có nơi 4 triệu đồng/ca; BHXH tỉnh Ninh Thuận áp trần cho Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh trên cơ sở mức chi phí của phòng khám, khoảng 0,35 triệu đồng/ca, trong khi thực tế phải là 2 triệu đồng/ca bệnh).

4.2. Về công tác giám định BHYT

Tổ chức BHXH Việt Nam ngày càng chú trọng hơn đến công tác tuyển chọn, đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ cho đội ngũ giám định viên³¹. Toàn ngành có khoảng 2.300 cán bộ làm công tác giám định, trong đó khoảng 32% có trình độ đại học y, dược, 22% trung cấp y, dược.

Việc giám định BHYT được triển khai trực tiếp tại các bệnh viện trung ương, hầu hết BHXH các tỉnh phân cấp giám định cho BHXH huyện, một số ít tỉnh không phân cấp cho BHXH cấp huyện mà BHXH tỉnh thực hiện giám định đối với tất cả các bệnh viện trên địa bàn (t/p Hồ Chí Minh, Bình Dương). Hiện nay, BHXH mới thực hiện giám định BHYT cho khoảng 20% tổng số bệnh án KCB BHYT, 80% bệnh án chưa giám định vẫn được thanh toán theo quyết toán của bệnh viện.

Kết quả giám định BHYT cho thấy có tình trạng lạm dụng BHYT cả về phía cán bộ y tế cũng như người có thẻ BHYT. Những vi phạm phổ biến đó là lạm dụng xét nghiệm, thuốc, hóa chất, vật tư y tế, kê đơn thuốc ngoài danh mục cho phép, kê không tiền thuốc, bệnh nhân nằm ghép nhưng vẫn thanh toán mỗi người/1 giường bệnh, lập hồ sơ bệnh án không (như làm giả kết quả xét nghiệm), sử dụng chung xét nghiệm ở một số bệnh viện để thanh toán với quỹ BHYT; có nơi, cán bộ y tế ở bệnh viện sử dụng thẻ BHYT của người thân để làm thủ tục lấy thuốc ở bệnh viện; người có thẻ BHYT lạm dụng thông qua việc cho mượn thẻ, đi khám nhiều nơi trong ngày (nhất là các bệnh mạn tính), cho thuê thẻ BHYT và thuê người bị bệnh mạn tính đi KCB để lấy thuốc (theo kiểm tra của BHXH Việt Nam, có trường hợp thẻ BHYT ở tỉnh Đồng Nai được sử dụng 157 lần KCB trong năm).

Hiện nay, BHXH Việt Nam đang triển khai Đề án “Thí điểm thực hiện phương pháp giám định hồ sơ thanh toán chi phí KCB BHYT theo tỷ lệ” tại 10 địa phương³², theo đó chỉ giám định mẫu 20% - 30% số bệnh án làm cơ sở áp dụng cho 100% số bệnh án. Sau 1 năm thí điểm đã cho thấy có những tiến bộ trong công tác quản lý, sử dụng quỹ BHYT như cải cách thủ tục hành chính, xây dựng quy chế chuyên môn, kiểm soát việc kê đơn thuốc, hạn chế một phần việc lạm dụng thuốc, kỹ thuật y tế³³ và góp phần giảm tỷ lệ sai sót trong KCB BHYT³⁴. Tuy nhiên, số bệnh viện tham gia thí điểm cho rằng hình thức thí điểm này phát sinh khó khăn cho bệnh viện vì cần phải có thời gian và cán bộ để lựa chọn, sắp xếp một số lượng lớn các hồ sơ bệnh án.

³¹ Điều 29 của Luật BHYT quy định tổ chức BHYT thực hiện giám định thủ tục KCB BHYT; kiểm tra, đánh giá chi định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh; kiểm tra, xác định chi phí KCB BHYT.

³² Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Nội, Phú Thọ, Thái Bình, Thái Nguyên, Nghệ An, Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng, Đắk Lắk, Kiên Giang.

³³ Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện nhân dân Gia Định đã thực hiện kiểm soát việc lạm dụng thuốc, xét nghiệm thông qua việc bình các đơn thuốc bất thường trong giao ban hằng ngày của bệnh viện.

³⁴ Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang, sau một năm triển khai đã khắc phục khoảng 50% số sai sót mà trước đó không thể khắc phục được.

4.3. Về sử dụng quỹ BHYT

a) Kết quả thực hiện:

Số tiền thu BHYT tăng nhanh qua các năm, từ 13.037 tỷ đồng (2009), 25.581 tỷ đồng (2010) đã lên đến 40.237 tỷ đồng (2012). Số chi BHYT cũng tăng qua các năm, từ 15.481 tỷ đồng (2009), 19.686 tỷ đồng (2010), 25.564 tỷ đồng (2011) đến 35.584 tỷ đồng (2012). Quỹ BHYT từ chỗ lũy kế bội chi đến năm 2009 là 3.083 tỷ đồng đã cân đối và có kết dư, lũy kế đến năm 2010 kết dư khoảng 2.810 tỷ đồng và lũy kế đến năm 2012 kết dư 12.892 tỷ đồng (phụ lục số 7).

Việc kết dư quỹ là do sau khi Luật BHYT có hiệu lực, đối tượng được ngân sách hỗ trợ tham gia BHYT được mở rộng, mức đóng BHYT tăng từ 3% lên 4,5%, cùng với lương tối thiểu tăng nhiều lần trong những năm qua trong khi viện phí hầu như không thay đổi, đồng thời công tác quản lý quỹ BHYT cũng ngày càng tốt hơn. Nhiều tỉnh miền núi và Tây Nguyên có số kết dư quỹ BHYT khá cao, có tỉnh kết dư hàng trăm tỷ đồng, đây là địa bàn gần đạt 100% dân số có BHYT. Tuy nhiên, do dân cư phân tán, giao thông khó khăn, xa bệnh viện, ít kỹ thuật y tế hiện đại nên người dân dù có bệnh cũng ít tiếp cận dịch vụ y tế dẫn đến quỹ BHYT kết dư lớn.

Bên cạnh đó, vẫn còn một số tỉnh bội chi quỹ BHYT. Năm 2010 có 14 tỉnh, năm 2011 có 24 tỉnh và năm 2012 còn 10 tỉnh bội chi, đa số ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long (An Giang, Bến Tre, Kiên Giang, Hậu Giang, Đồng Tháp, Cần Thơ, Vĩnh Long, Cà Mau, Nam Định, Ninh Bình), có tỉnh bội chi liên tục quỹ BHYT từ khi thực hiện đến nay và thường xuyên nhận hỗ trợ từ quỹ dự phòng trung ương³⁵. Điều này cho thấy sự không hợp lý khi tỉnh có điều kiện kinh tế - xã hội phát triển hơn lại nhận trợ cấp cho việc thâm hụt quỹ BHYT của mình từ việc điều tiết kết dư của các tỉnh miền núi có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn.

Phân tích việc sử dụng quỹ BHYT theo nhóm đối tượng tham gia cho thấy, nhóm tự nguyện có mức bội chi lớn nhất, số tiền được sử dụng để KCB gấp 3 lần số tiền đóng BHYT (vì ốm nặng mới mua BHYT); nhóm cán bộ hưu trí và bảo trợ xã hội số tiền sử dụng để KCB gấp 2,5 lần số tiền đóng BHYT (vì tuổi cao, sức yếu, bệnh nhiều, nhưng đa số đã tham gia BHYT trong nhiều năm).

b) Về sử dụng phần kết dư quỹ BHYT:

Đối với phần kết dư quỹ BHYT, do Luật và văn bản hướng dẫn chưa quy định cụ thể về thủ tục lập quỹ dự phòng hay chia số quỹ kết dư trước nên quá trình thực hiện còn vướng mắc. Đến nay, số kết dư quỹ BHYT gần 13.000 tỷ đồng chưa được phân bổ cho các tỉnh có quỹ kết dư, gây thắc mắc với các địa phương có kết dư quỹ KCB BHYT³⁶.

Trước thực trạng trên, có ý kiến cho rằng nếu quỹ kết dư nhiều thì nên giảm số tiền NSNN mua BHYT. Tuy nhiên, việc Nhà nước mua BHYT cho người dân đó là chính sách phúc lợi xã hội và là quyền lợi của người dân, hơn nữa mệnh giá gần 600 ngàn đồng/1 thẻ (năm 2012) vẫn là mức thấp, vì vậy số kết dư cần được đầu tư trở lại cho tỉnh để tổ chức cung ứng dịch vụ, nâng cấp kỹ thuật y tế, đầu tư phương tiện vận

³⁵ Các tỉnh liên tục bội chi quỹ BHYT trong 3 năm (2010-2012) là Kiên Giang, An Giang, Đồng Tháp, Vĩnh Long, Cần Thơ; một số tỉnh bội chi trong 2 năm (2011-2012) là Nam Định, Ninh Bình, Cà Mau, Hậu Giang

³⁶ Luật BHYT quy định về sử dụng quỹ BHYT (Điều 35); Nghị định số 62/2009/NĐ-CP có quy định về quỹ BHYT (Điều 11); Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC có quy định 60% phần kinh phí kết dư hàng năm được sử dụng tại địa phương. Chậm nhất đến ngày 30/6 năm sau, nếu không sử dụng hết thì chuyển vào quỹ KCB BHYT của tỉnh năm sau.

chuyển bệnh nhân phù hợp với điều kiện sống ở miền núi, vùng sâu, vùng xa để người dân được hưởng lợi một cách công bằng từ chính sách của Nhà nước.

4.4. Chi phí quản lý, công tác kiểm toán quỹ BHYT và áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHYT

a) Chi phí quản lý BHYT và kiểm toán quỹ BHYT:

Hiện nay, chi phí quản lý được bố trí chung cho bộ máy làm công tác BHYT và BHXH, chưa hạch toán được phần chi phí quản lý riêng cho BHYT mỗi năm (*phụ lục số 7*)

Theo quy định của Luật BHYT¹, định kỳ 3 năm Kiểm toán Nhà nước báo cáo Quốc hội về kết quả kiểm toán quỹ BHYT. Đầu năm 2013, Kiểm toán Nhà nước đã tổng hợp tài chính quỹ, kiểm toán việc quản lý và sử dụng quỹ BHYT tại BHXH Việt Nam giai đoạn 2010-2012. Năm 2011, qua kiểm toán tại một số tỉnh đã kiến nghị thu hồi cho ngân sách 6,4 tỷ đồng. Năm 2013, kiểm toán BHYT cho người nghèo tại 8 tỉnh đã phát hiện trên 332.000 thẻ cấp trùng, kiến nghị thu hồi nộp NSNN 114 tỷ đồng. Ngoài ra, qua kiểm toán còn phát hiện việc thanh toán thuốc ngoài danh mục, một số thuốc giá cao hơn quy định, thanh toán thuốc điều trị nội trú đã có trong cơ cấu dịch vụ phẫu thuật, chi phí dịch vụ kỹ thuật cao chưa được Bộ Y tế phê duyệt.

b) Việc áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHYT:

Cơ quan BHXH Việt Nam đã xây dựng và triển khai Kế hoạch ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của ngành BHXH giai đoạn 2012 - 2015³⁷; thống nhất việc sử dụng một số phần mềm nghiệp vụ liên quan đến thực hiện chính sách BHYT trong các đơn vị thuộc BHXH Việt Nam như phần mềm cấp và quản lý sổ, thẻ cho người lao động và đối tượng tham gia BHYT; phần mềm quản lý thu BHYT; phần mềm quản lý BHYT tự nguyện; phần mềm thống kê chi phí KCB BHYT.

Tuy nhiên, số phần mềm trên mới chỉ đáp ứng cho việc xử lý nghiệp vụ độc lập tại các đơn vị BHXH cấp huyện, một phần ở cấp tỉnh và giám định viên ở các cơ sở khám chữa bệnh. Hiện tại, dữ liệu nghiệp vụ còn phân tán, chia cắt, ít có sự liên thông với nhau và chưa được tập trung tại cấp tỉnh. Tổ chức BHXH Việt Nam chưa hình thành được hệ thống quản lý, lưu trữ cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT theo quy định tại khoản 10, Điều 41 của Luật BHYT³⁸.

4.5. Việc quản lý, cấp, đổi thẻ BHYT

Cơ quan BHXH Việt Nam đã ban hành mẫu phôi thẻ BHYT mới³⁹ và khoảng 30 văn bản hướng dẫn, phân cấp việc cấp mới, đổi thẻ BHYT. Thời gian đầu, do chưa có kinh nghiệm triển khai cấp thẻ với nhiều nhóm đối tượng nên việc cấp thẻ, phân nhóm thẻ (nhất là nhóm người có công) phát sinh một số vướng mắc, sai sót về thông tin trên thẻ, mức hưởng, đến nay đã được khắc phục và dần đi vào ổn định. Các tổ chức chịu trách nhiệm quản lý các nhóm đối tượng đã có cố gắng trong việc lập danh sách, rà soát đối tượng tham gia BHYT để chuyển cho cơ quan BHXH cấp thẻ kịp thời cho các đối tượng tham gia. Tuy nhiên, các tỉnh thuộc khu vực miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, vùng đồng bào dân tộc thiểu số các sai sót trên vẫn còn xảy ra khá phổ biến.

³⁷ Nhà nước khuyến khích đầu tư phát triển công nghệ và phương tiện kỹ thuật tiên tiến trong quản lý BHYT.

³⁸ Khoản 10 Điều 41 của Luật BHYT giao BHXH Việt Nam có trách nhiệm ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHYT, xây dựng hệ cơ sở dữ liệu quốc gia về BHYT.

³⁹ Khoản 5 Điều 16 của Luật BHYT giao Tổ chức BHYT quy định mẫu thẻ BHYT, quản lý thẻ BHYT thống nhất trong cả nước và chậm nhất đến ngày 01/01/2014 phải tổ chức thực hiện việc phát hành thẻ BHYT có ảnh của người tham gia BHYT.

Việc cấp thẻ BHYT có ảnh đã được tổ chức thí điểm đối với một số nhóm đối tượng tại 5 địa phương (Gia Lai, Sóc Trăng, Thanh Hóa, Hà Giang và Hải Phòng) với khoảng 261.000 thẻ BHYT góp phần đơn giản thủ tục cho bệnh viện, hạn chế lạm dụng thẻ.

Để người dân tiếp cận và tham gia BHYT thuận lợi, ngành BHXH đã xây dựng mạng lưới đại lý BHYT tại các xã và các trường học. Đến nay, toàn quốc có gần 11.400 đại lý thu BHYT tại 76% tổng số các xã trong cả nước để bán BHYT cho nhóm tự nguyện, hộ cận nghèo... và gần 22.700 đại lý BHYT tại các trường học.

4.6. Một số tồn tại, vướng mắc

- Số kết dư lớn quỹ BHYT là vấn đề đáng quan tâm, bởi đây là loại quỹ ngắn hạn, chỉ giới hạn đóng và sử dụng trong năm. Nhiều nước không quy định quỹ kết dư, nếu kết dư sẽ tăng mức hưởng hoặc giảm mức đóng BHYT. Ở Thái Lan quy định nếu kết dư phải nộp ngân sách hoặc ở Trung Quốc quy định kết dư tối đa là 10%.

- Chưa có phương thức thanh toán hợp lý, khoa học giữa các bệnh viện với cơ quan BHXH về chi phí KCB. Hiện nay, có tỉnh đã thực hiện 100% thanh toán theo định suất ở tuyến huyện, song có địa phương chưa thực hiện; việc tạm ứng kinh phí từ cơ quan BHXH cho bệnh viện còn thực hiện khác nhau ở các địa phương; số hồ sơ bệnh án giám định chỉ chiếm khoảng 20% nên chưa đảm bảo việc thanh toán chính xác, chưa thể phát hiện đầy đủ việc lạm dụng BHYT ở các bệnh viện.

- Sở Y tế một số tỉnh chưa quan tâm hướng dẫn bệnh viện thực hiện đúng quy trình, thủ tục phê duyệt giá của cấp có thẩm quyền nên một số bệnh viện gặp khó khăn khi yêu cầu cơ quan BHXH chi trả một số dịch vụ y tế mới cho bệnh nhân BHYT, gây náo động và ảnh hưởng quyền lợi của bệnh nhân BHYT.

- Hầu hết các xã đều có đại lý BHYT song hoạt động mang tính hành chính, các đại lý chưa thực hiện nhiệm vụ tuyên truyền, vận động nhân dân tham gia BHYT, một số đại lý chỉ bán BHYT tự nguyện cho người có hộ khẩu tại địa phương.

- Tình trạng trùng thẻ BHYT ở các đối tượng do NSNN hỗ trợ⁴⁰ xảy ra tại nhiều tỉnh (cá biệt có người nhận được 4-5 thẻ BHYT). Giai đoạn 2009-2012, qua rà soát tại 42 tỉnh, thành phố đã phát hiện gần 800.000 thẻ BHYT cấp trùng, với số tiền ngân sách phân bổ khoảng 342 tỷ đồng.

- Việc phát hành thẻ BHYT có ảnh của người tham gia BHYT sau thời gian thực hiện thí điểm chưa thể triển khai rộng rãi. BHXH Việt Nam kiến nghị chỉ cấp thẻ có ảnh cho đối tượng tham gia ổn định, chưa có giấy tờ tùy thân thay thế, vì chi phí cho thẻ có ảnh khá tốn kém (khoảng 440 tỷ đồng cho gần 70 triệu người/năm).

** Nguyên nhân và trách nhiệm đối với tồn tại trên đó là:*

- Đội ngũ cán bộ giám định BHYT còn hạn chế cả về số lượng và chất lượng, thiếu công cụ giám định hiệu quả (cần phải có phác đồ điều trị chuẩn cho hàng ngàn loại bệnh, phải có quy trình chuyên môn kỹ thuật chuẩn về xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, đây là những vấn đề đòi hỏi Bộ Y tế phải có thời gian và kinh nghiệm mới ban hành được), chưa đáp ứng yêu cầu về kỹ năng và chuyên môn hóa cao của nghiệp vụ BHYT.

- Các bệnh viện được thực hiện cơ chế tự chủ tài chính và xã hội hóa đã tìm cách để tăng nguồn thu từ dịch vụ y tế làm phát sinh nhiều hình thức lạm dụng BHYT

⁴⁰ Nguồn có công với cách mạng, thân nhân người có công, người hoạt động kháng chiến, trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo, cận nghèo, người hưởng bảo trợ xã hội, thân nhân quân đội, thân nhân công an, HSSV.

tính vì khó phát hiện và kiểm soát, đồng thời vai trò QLNN ở các địa phương còn hạn chế. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, có tỉnh⁴¹ bội chi quỹ BHYT hàng trăm tỷ đồng, khi tăng cường công tác giám định và quản lý, thanh tra, kiểm tra thường xuyên thì việc quản lý, sử dụng quỹ BHYT có hiệu quả hơn.

- Luật BHYT chưa quy định cụ thể việc phân cấp trách nhiệm trong hệ thống BHYT, chưa gắn được trách nhiệm và quyền lợi của địa phương trong quản lý, sử dụng quỹ BHYT nên chưa huy động được sự tham gia của UBND các cấp.

- Ngành BHXH chưa đổi mới mạnh mẽ tổ chức mạng lưới đại lý để tạo điều kiện thuận lợi cho nhân dân tham gia BHYT (khó tìm mua thẻ BHYT ở cộng đồng).

- Vấn đề trùng thẻ nhiều ở các đối tượng được NSNN hỗ trợ mua BHYT là do Luật BHYT giao cho nhiều bộ ngành, nhiều cấp khác nhau lập danh sách các nhóm đối tượng, thực tế 1 người có thể thuộc nhiều nhóm đối tượng trong khi chưa có cơ chế phối hợp để rà soát danh sách đối tượng. Bộ Tài chính chưa kịp thời thanh tra, kiểm tra việc trùng thẻ; hệ thống phần mềm quản lý BHYT của cả BHXH Việt Nam và các bệnh viện chưa kết nối, liên thông được với nhau nên chưa kiểm soát được việc cấp trùng thẻ BHYT.

5. Cung ứng dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT

5.1. Tổ chức mạng lưới, tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị cho bệnh viện

Để phù hợp với điều kiện của Việt Nam, hệ thống cơ sở KCB được tổ chức theo 4 tuyến (bệnh viện tuyến trung ương, tỉnh, huyện và xã). Từ năm 2008 – 2012, tiếp tục chủ trương đầu tư nâng cấp các cơ sở y tế bằng nguồn trái phiếu Chính phủ, đã có hơn 600 bệnh viện huyện và 150 bệnh viện tuyến tỉnh được xây dựng, sửa chữa và nâng cấp trang thiết bị y tế với số vốn đầu tư khoảng 23.200 tỷ đồng.

Tính đến cuối năm 2012, các bệnh viện tuyến huyện đã có thêm 10.000 giường bệnh (tăng 17% so với năm 2008); việc sử dụng các dịch vụ kỹ thuật, thủ thuật, nội soi, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh... đã tăng rõ rệt (120-320% ở tuyến tỉnh, 120-180% ở tuyến huyện). Một số bệnh viện được cung cấp các trang thiết bị y tế hiện đại góp phần nâng cao chất lượng, giảm số người Việt Nam ra nước ngoài KCB. Năm 2012, nguồn thu từ KCB BHYT chiếm hơn 70% tổng thu từ KCB (Hà Nội là 75%, một số bệnh viện tỷ lệ này là 80%).

Cả nước hiện có trên 2.400 cơ sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT, trong đó trên 2.100 cơ sở KCB nhà nước, gần 300 cơ sở KCB tư nhân, khoảng 10.000 trạm y tế xã tham gia KCB BHYT. Hầu hết những bệnh nặng, mạn tính... cần điều trị dài ngày, chi phí lớn đều đưa về các bệnh viện nhà nước. Một số bệnh viện tư nhân thông qua việc cải tiến dịch vụ y tế, nâng cao y đức, thái độ phục vụ và cách ứng xử đã bắt đầu cạnh tranh mạnh với bệnh viện nhà nước trong việc thu hút số lượng đăng ký KCB ban đầu (Bình Dương, Đắk Lắk).

Từ năm 2009 đến 2012, số lượt KCB BHYT tăng mạnh, cụ thể: năm 2009, tổng số lượt KCB BHYT là trên 92,1 triệu (trong đó trên 6,3 triệu lượt nội trú và gần 86,8 triệu lượt ngoại trú); năm 2010, tổng số lượt KCB BHYT là gần 102,2 triệu (trong đó 8,4 triệu lượt nội trú và gần 93,8 triệu lượt ngoại trú); năm 2011, tổng số lượt KCB BHYT là trên 114,4 triệu (trong đó gần 8,9 triệu lượt nội trú và 105,5 triệu lượt ngoại trú);

⁴¹ Tỉnh Phú Thọ, từ chỗ bội chi quỹ BHYT gần 100 tỷ đồng (2010), đến nay đã cân bằng và kết dư (2012)

năm 2012, tổng số lượt KCB BHYT là 121,3 triệu (trong đó gần 10,2 triệu lượt nội trú và trên 111,1 triệu lượt ngoại trú).

Người tham gia BHYT ngày càng có nhiều cơ hội hơn trong việc tiếp cận dịch vụ y tế. Năm 2009, bình quân KCB là 1,84 lượt/thẻ/năm đến năm 2012 đã tăng lên 2,04 lượt/thẻ/năm, trong đó KCB ngoại trú tăng từ 1,7 lên 1,87 lượt/thẻ/năm (phụ lục số 8). Với mệnh giá thẻ BHYT ở mức thấp so với các nước trong khu vực, nhưng người tham gia BHYT ở Việt Nam được hưởng thụ tương đối nhiều dịch vụ y tế và một số dịch vụ kỹ thuật cao, hiện đại (chạy thận nhân tạo, can thiệp tim mạch, thuốc chữa ung thư, chống thải ghép...). Việc tăng mức chi trả từ quỹ BHYT và danh mục quyền lợi tiếp tục mở rộng cho thấy vai trò quan trọng của BHYT trong việc chăm sóc sức khỏe của người dân.

5.2. Đăng ký KCB ban đầu và phân tuyến, chuyển tuyến KCB

a) Đăng ký KCB ban đầu:

Việc đăng ký KCB ban đầu góp phần sử dụng hợp lý, hiệu quả nguồn lực của cơ sở y tế tuyến dưới, giúp người bệnh tiết kiệm và giảm chi phí đi lại không cần thiết⁴². Bộ Y tế và BHXH Việt Nam đã phối hợp chỉ đạo các địa phương phân bổ hợp lý số lượng người tham gia BHYT ở các cơ sở y tế.

Bình quân có 20% người tham gia BHYT đăng ký KCB ban đầu tại y tế tuyến xã, 60% đăng ký tại tuyến huyện và gần 20% đăng ký tại các cơ sở tuyến tỉnh và trung ương. Tại các địa bàn miền núi, đa số người dân đăng ký KCB ban đầu tại tuyến xã (Đắk Lắk là 65%, tỉnh Vĩnh Long là 82,7%, Nam Định 69%, Ninh Thuận 53%, cỏ xã ở Điện Biên, 100% đăng ký tại xã).

b) Phân tuyến, chuyển tuyến KCB BHYT:

Bộ Y tế và BHXH Việt Nam đã phối hợp trong việc ban hành văn bản hướng dẫn và chỉ đạo thực hiện chuyển tuyến KCB BHYT, cải tiến các thủ tục KCB⁴³, tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân khi cần thiết phải vượt tuyến, trái tuyến được quỹ BHYT chi trả 70%, 50%, 30% chi phí tùy theo hạng bệnh viện.

Để đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT, khắc phục tình trạng quá tải, Chính phủ đã chỉ đạo đẩy nhanh tốc độ đào tạo cán bộ y tế, triển khai đề án giảm quá tải bệnh viện⁴⁴, thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở KCB⁴⁵, triển khai đề án bác sỹ trẻ về công tác ở vùng khó khăn, cải tiến quy trình KCB để giảm thời gian chờ đợi cho bệnh nhân.

5.3. Cung ứng thuốc KCB theo BHYT

Công tác đấu thầu, cung ứng thuốc KCB BHYT được thực hiện theo quy định của Luật dược, Luật đấu thầu và Thông tư liên Bộ Tài chính – Bộ Y tế (tháng 01/2012)

⁴² Điều 26 của Luật BHYT quy định người tham gia BHYT có quyền đăng ký KCB BHYT ban đầu tại cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương; trừ trường hợp được đăng ký tại cơ sở KCB tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

⁴³ Luật BHYT quy định về chuyển tuyến KCB BHYT (Điều 27, Điều 28); Nghị định số 62/2009/NĐ-CP có quy định về thanh toán đối với KCB trái tuyến, vượt tuyến (Điều 7); Thông tư số 10/2009/TT-BYT hướng dẫn đăng ký khám chữa bệnh BHYT ban đầu và chuyển tuyến khám chữa bệnh BHYT.

⁴⁴ Bao gồm đầu tư trái phiếu Chính phủ cho y tế, bệnh viện vệ tinh, bác sỹ gia đình ..

⁴⁵ Quyết định số 92/QĐ-TTg ngày 09/1/2013 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt đề án giảm quá tải bệnh viện giai đoạn 2013-2020; Quyết định số 14/2013/QĐ-TTg ngày 20/2/2013 về việc thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở KCB...

về hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong bệnh viện. Việc đấu thầu thuốc được thực hiện theo 3 cách đó là đấu thầu tập trung, đấu thầu theo đơn vị và đấu thầu đại diện.

Năm 2012, đã có 46/63 tỉnh áp dụng đấu thầu tập trung theo tính, 7 tỉnh áp dụng hình thức đấu thầu đại diện, 10 tỉnh đấu thầu theo từng đơn vị, các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, bộ, ngành khác tự tổ chức đấu thầu. Việc đấu thầu, cung ứng cơ bản đã đảm bảo có đủ thuốc thuộc danh mục thuốc do Bộ Y tế ban hành, đáp ứng nhu cầu KCB theo BHYT. Việc áp dụng cơ chế đấu thầu mới theo Thông tư 01 từ đầu năm 2013, bước đầu đã giảm chi phí mua thuốc, có nơi giảm 10-20%⁴⁶. Tỷ trọng chi cho thuốc chiếm khoảng 60% tổng chi phí KCB BHYT.

5.4. Về giá dịch vụ y tế, cùng chi trả, chi phí chi trả tối đa của quỹ BHYT

a) Giá dịch vụ y tế:

Giá dịch vụ y tế là cơ sở để quỹ BHYT thanh toán chi phí KCB với các bệnh viện. Trước tháng 4/2012, viện phí được áp dụng theo quy định từ năm 1995 và được điều chỉnh vào năm 2003. Giá viện phí duy trì ở mức thấp một thời gian dài trong khi giá điện, nước và các loại thuốc, vật tư y tế và tiền đóng BHYT tăng liên tục đã gây khó khăn cho bệnh viện trong việc đảm bảo quyền lợi của bệnh nhân BHYT.

Từ năm 2012, giá dịch vụ y tế được sửa đổi theo Thông tư liên tịch của Bộ Y tế-Tài chính (Thông tư số 04/2012/TTLT-BYT-BTC, mới điều chỉnh 3/7 yếu tố, có 447 loại dịch vụ y tế được điều chỉnh giá). Đến nay, đã có 62/63 tỉnh triển khai thực hiện với mức giá dịch vụ y tế chiếm khoảng 60-85% so với mức giá tối đa⁴⁷, nhiều tỉnh miền núi áp giá này ở gần với mức tối đa.

Việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế góp phần nâng cao một phần chất lượng dịch vụ y tế và điều kiện hoạt động cho bệnh viện, nâng cao hơn quyền lợi cho bệnh nhân BHYT. Sau 1 năm áp dụng, đã dần ổn định, đây là bước đi quan trọng trong lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế, xác định rõ phần Nhà nước hỗ trợ, phần người dân đóng góp trong BHYT gắn với lộ trình chuyển dần việc đầu tư NSNN cho bệnh viện sang hỗ trợ trực tiếp cho người dân tham gia BHYT. Một số bệnh viện có số thu từ BHYT tăng khoảng 10-15% so với trước và sử dụng một phần để cải thiện điều kiện cơ sở vật chất phục vụ bệnh nhân.

b) Về cùng chi trả trong KCB BHYT:

Hiện nay, các nhóm đối tượng thực hiện các mức độ khác nhau trong cùng chi trả khi KCB đó là: 20%, 5% hoặc không cùng chi trả. Từ năm 2009 - 2012, số tiền cùng chi trả ở mức 5% thu được 791 tỷ đồng, mức 20% là 2.400 tỷ đồng, nguồn thu này góp phần bảo toàn quỹ BHYT đồng thời cũng là giải pháp hữu hiệu góp phần kiểm soát lạm dụng quỹ BHYT, nhất là từ phía người bệnh.

Bên cạnh cơ chế cùng chi trả, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 14/2012/QĐ-TTg quy định cơ chế để các tỉnh hỗ trợ người nghèo cùng chi trả 5% chi phí KCB BHYT, tuy nhiên, do còn thiếu hướng dẫn cụ thể⁴⁸ nên nhiều địa phương chưa triển khai thực hiện.

⁴⁶ Bình quân năm 2012, quỹ BHYT chi trả khoảng 24.000 tỷ đồng tiền thuốc.

⁴⁷ Bắc Ninh khoảng 85% mức giá tối đa Sóc Trăng, Đồng Tháp, Cao Bằng, Khánh Hòa, Nghệ An: khoảng 80%; Quảng Ninh: 82%; Quảng Nam: 78%; Ninh Thuận 81%; Bình Định trên 60%, Bắc Giang 65-71%; Thái Nguyên 62-70%, Hà Nam khoảng 63%; Đắk Lắk 66%...

⁴⁸ Bộ Y tế chủ trì và Bộ Tài chính chưa có văn bản hướng dẫn tổ chức thực hiện Quyết định này theo quy định tại khoản 3 Điều 3 của Quyết định này.

Qua giám sát, một số ý kiến đề nghị nên xem xét lại việc cùng chi trả đối với người nghèo, thân nhân người có công, những đối tượng thuộc diện bảo trợ xã hội sống nhờ trợ cấp Nhà nước.

c) Quy định tối đa mức cùng chi trả của bệnh nhân BHYT và chi phí tối đa của quỹ BHYT cho bệnh nhân tham gia BHYT:

Việc không giới hạn số tiền quỹ BHYT chi trả cho bệnh nhân đã cho thấy sự bất hợp lý, một số bệnh nhân được quỹ BHYT chi trả hàng tỷ đồng, hàng ngàn bệnh nhân được chi trả 500-700 triệu đồng/năm, nhiều trường hợp được chi trả mức 50-100 triệu đồng, so với mệnh giá thẻ BHYT thì mức hưởng như vậy đã làm giảm ý nghĩa của nguyên tắc đóng-hưởng trong BHYT.

Mặt khác, một số bệnh nhân BHYT phải cùng chi trả số tiền khá lớn do bị bệnh mạn tính, sử dụng các kỹ thuật cao, thuốc và dịch vụ y tế đắt tiền cùng với khoản tiền phải trả khi sử dụng danh mục thuốc, kỹ thuật ngoài danh mục BHYT, mức cùng chi trả quá lớn đã làm giảm ý nghĩa bảo vệ của BHYT.

5.5. Một số tồn tại, vướng mắc

- Những bất hợp lý đối với việc cung ứng dịch vụ y tế đó là:

+ Sự khác nhau trong số lượt KCB bình quân/năm ở các địa phương, trong khi người dân ở An Giang bình quân đi KCB là 3,2 lượt/thẻ/năm, Tiền Giang 3,7 lượt, Vĩnh Long 4,4 lượt, Bến Tre 3,4 lượt..., thì ở nhiều tỉnh miền núi phía Bắc và Bắc Trung Bộ chỉ số này là 0,8-1,5 lượt/thẻ/năm, như ở Lạng Sơn 1,27 lượt, Hà Nội 1,3 lượt, Thanh Hóa 1,31 lượt và Nam Định 0,85 lượt...

+ Chi phí KCB BHYT còn bất hợp lý, bình quân trên cả nước quỹ BHYT chi trả KCB nội trú tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh gần 2 triệu đồng/ca bệnh, song có tỉnh là 1 triệu đồng, cá biệt có tỉnh là 4 triệu đồng/ca bệnh, trong khi trình độ chuyên môn kỹ thuật và dịch vụ y tế giữa các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh không thể có sự chênh lệch đến mức gấp 3-4 lần. Tại tuyến xã, năm 2012, chi phí KCB BHYT bình quân cả nước là 42.000 đồng/lần, trong khi có tỉnh là 100.000 đồng/lần⁴⁹.

+ Tuy mức đóng BHYT như nhau song mức chi trả của quỹ BHYT lại khác nhau do giá dịch vụ y tế còn khác nhau giữa các địa phương⁵⁰. Mặt khác, do chênh lệch kỹ thuật và trang thiết bị y tế giữa các tỉnh nên việc chăm sóc sức khỏe cho người dân ở miền núi, vùng sâu, vùng xa, biên giới còn hạn chế, khó khăn trong khi người dân ở đồng bằng lại được hưởng nhiều kỹ thuật y tế hiện đại và thuốc đắt tiền do BHYT chi trả.

- Tính công khai, minh bạch trong cung ứng dịch vụ y tế và quyền lợi của người tham gia BHYT còn hạn chế. Người tham gia BHYT chưa hiểu đầy đủ quyền lợi và trách nhiệm của mình khi đến KCB tại bệnh viện. Việc người bệnh có BHYT phải đóng thêm một số khoản chi ngoài quyền lợi hưởng BHYT hoặc phải lặp lại các xét nghiệm chẩn đoán khi chuyển tuyến điều trị vừa gây tốn kém cho bệnh nhân, vừa lãng phí quỹ BHYT.

⁴⁹ Hà Nội, Ninh Thuận, Đắk Lắk từ 28 000-30 000 đồng/lần. Bình quân cả nước, tỷ lệ chi KCB ở tuyến xã trong tổng chi KCB BHYT là 4,8%, song ở Hải Dương là 16,7%, Lâm Đồng 10,5%, Kon Tum 28,2%, Lai Châu 47,3%, Vĩnh Long 11,1%, Lào Cai 13%, Điện Biên 21,5%, Nam Định 37%, ở một số tỉnh, tỷ lệ này chỉ 1-2% như Vĩnh Phúc 2,1%, Thanh Hóa 2,9% có nơi là 0% như tại Tp Hồ Chí Minh do chưa triển khai KCB theo BHYT tại tuyến xã.

⁵⁰ Điều 88 của Luật KCB quy định: Hối đồng nhân dân cấp tỉnh quy định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở KCB của Nhà nước thuộc phạm vi quản lý của địa phương theo đề nghị của Ủy ban nhân dân cùng cấp.

- Hiện nay, giá dịch vụ y tế chỉ mới thiết kế 3/7 yếu tố hình thành giá (chưa có yếu tố về lương và các loại phụ cấp cho cán bộ y tế), nhưng việc thực hiện điều chỉnh tiền lương hàng năm tại các bệnh viện lại phải lấy một phần từ nguồn thu dịch vụ y tế đã ảnh hưởng đến nguồn tài chính phục vụ KCB BHYT và chưa thực sự tạo động lực cho các bệnh viện đối với chủ trương tăng lương cơ sở.

- Những hạn chế về chuyên môn, tình trạng chậm cải thiện về y đức, thái độ phục vụ, tinh thần trách nhiệm và cách ứng xử của một số cán bộ, nhân viên y tế tại một số bệnh viện công, đặc biệt một số vụ việc nghiêm trọng xảy ra gần đây đã làm giảm sút lòng tin của người bệnh, gia tăng bức xúc trong dư luận xã hội.

- Phần lớn người tham gia BHYT chưa được thực hiện quyền đăng ký KCB BHYT ban đầu tại tuyến xã, tuyến huyện và khi cần thiết được thay đổi như quy định của Luật BHYT. Tại nhiều địa phương, người bệnh phải chấp nhận nơi KCB ban đầu theo phân bổ của cơ quan BHXH và Sở Y tế. Đồng thời, những người đăng ký KCB ban đầu tại tuyến xã có mức hưởng thụ dịch vụ y tế, chất lượng thuốc thấp hơn so với những người đăng ký KCB ban đầu ở tuyến huyện và tỉnh⁵¹.

- Số ca vượt tuyến, trái tuyến tăng nhanh, từ 3 triệu lượt (2010) lên 9,5 triệu (2011) và 11,6 triệu lượt (2012) đã làm tăng tình trạng quá tải ở tuyến trên (khoảng 80% trường hợp quá tải là ở tuyến bệnh viện trung ương và các bệnh viện tỉnh/thành phố có nhiệm vụ như tuyến trung ương). Một số bệnh viện tuyến huyện phải sử dụng 50%, thậm chí trên 70% quỹ KCB BHYT để chi trả cho KCB trái tuyến, vượt tuyến⁵² trong khi không thể kiểm soát được phần chi phí này.

- Tại một số địa bàn, ở các vùng giáp ranh (giữa các tỉnh, huyện) việc KCB BHYT chưa được thuận lợi đối với người dân.

- Đấu thầu thuốc chưa đáp ứng yêu cầu, giá cùng một loại thuốc có sự chênh lệch giữa các tỉnh, giữa các bệnh viện trong tỉnh và giữa các bệnh viện với thị trường bên ngoài. Việc áp dụng cơ chế đấu thầu mới cũng chỉ là đấu giá thuốc, chưa có chế tài đủ mạnh về tiêu chuẩn kỹ thuật, chất lượng thuốc⁵³, một số loại thuốc giá rẻ nhưng chất lượng chưa cao đã trúng thầu.

** Nguyên nhân và trách nhiệm đối với các tồn tại trên đó là:*

- Tình trạng vượt tuyến, trái tuyến một phần là do người dân lo ngại, thiếu tin tưởng vào trình độ của cán bộ y tế tuyến huyện, muốn được KCB tại các bệnh viện tuyến trên với đội ngũ cán bộ y tế giỏi, trang thiết bị y tế hiện đại, được hưởng dịch vụ y tế chất lượng cao... một phần do lực hút từ bệnh viện tuyến trên để tăng nguồn thu đã tạo thuận lợi trong việc tiếp nhận bệnh nhân⁵⁴. Ngoài ra, giá viện phí chênh lệch giữa các tuyến không nhiều, giao thông thuận lợi hơn cũng tạo điều kiện để người dân đến tuyến bệnh viện cao hơn.

- Việc cung ứng dịch vụ y tế có chất lượng là yếu tố quyết định sự thành công của chính sách BHYT, tuy nhiên quy định về cung ứng dịch vụ y tế trong Luật BHYT

⁵¹ Theo báo cáo, quyền lợi của bệnh nhân BHYT khi đi khám nếu tại y tế xã bình quân là 1 thì tại bệnh viện huyện là 3, tỉnh là 6 và bệnh viện tuyến trung ương là 15.

⁵² Bệnh viện đa khoa quận Ngõ Quyền, Hải Phòng chỉ tới 70% quỹ cho KCB BHYT trái tuyến, vượt tuyến; tỷ lệ này ở bệnh viện huyện Bình Thủy, Cần Thơ là 76%...

⁵³ Những hạn chế cần sửa của Thông tư 01 của liên bộ hướng dẫn đấu thầu: Thêm các tiêu chuẩn kỹ thuật, đặc biệt tiêu chuẩn xuất xứ nguyên liệu thuốc, mở thêm danh mục 1 số thuốc biệt dược.

⁵⁴ Một nghiên cứu của Bộ Y tế cho biết, 40-50% bệnh nhân ở một số bệnh viện tuyến trung ương là bệnh có thể điều trị ở tuyến huyện và tỉnh

còn ít, chưa cụ thể, chưa quy định về gói dịch vụ BHYT cơ bản nên quá trình thực hiện đã phát sinh những vướng mắc, áp dụng quyền lợi cho người bệnh còn khác nhau.

- Bộ Y tế, Bộ Tài chính chưa có biện pháp đặc thù để tạo điều kiện cho các bệnh viện tỉnh còn hạn chế về kỹ thuật y tế phát triển theo kịp các bệnh viện khác.

- Do tổ chức đấu thầu thuốc theo từng bệnh viện hoặc theo tỉnh, chưa tổ chức đấu thầu thuốc quốc gia đối với một số thuốc, vật tư y tế thường dùng, có chi phí cao nên giá thuốc khác nhau giữa các bệnh viện và giữa các tỉnh.

- Bộ Y tế và BHXH Việt Nam chưa xác định được tỷ lệ chi hợp lý và hiệu quả từ quỹ BHYT cho trạm y tế xã.

6. Công tác quản lý nhà nước về BHYT

6.1. Công tác chỉ đạo tuyên truyền, vận động nhân dân tham gia BHYT và điều phối liên ngành

- Được phân công quản lý nhà nước (QLNN) về BHYT⁵⁵, Bộ Y tế chịu trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, các tổ chức có liên quan thực hiện nhiệm vụ tuyên truyền về BHYT; đồng thời, UBND các cấp, tổ chức BHXH, cơ sở KCB BHYT, tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động có trách nhiệm tuyên truyền về BHYT.

Trong những năm qua, Bộ Y tế, BHXH Việt Nam và UBND cấp tỉnh đã phối hợp với ngành tuyên giáo tuyên truyền Chỉ thị số 38-CT/TW của Ban bí thư về đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới và Nghị quyết số 21-NQ/TW của Bộ Chính trị về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, BHYT giai đoạn 2012 – 2020; phối hợp với các bộ, ngành và các tổ chức triển khai tuyên truyền vận động về BHYT bằng nhiều hình thức⁵⁶ góp phần nâng cao nhận thức của xã hội và người dân về BHYT; tổ chức tập huấn cho cán bộ y tế và cán bộ BHXH.

- Hầu hết HĐND, UBND các tỉnh đều ban hành Chỉ thị, Nghị quyết, Quyết định và văn bản để chỉ đạo thực hiện chính sách BHYT tại địa phương, khoảng 30 tỉnh đã ban hành chỉ thị, kế hoạch thực hiện Luật BHYT⁵⁷. Bộ Y tế, BHXH Việt Nam và một số tỉnh đã tổ chức giao ban hàng quý để xử lý vướng mắc trong quá trình thực hiện Luật BHYT.

Đồng thời, để phối hợp liên ngành, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 5205/QĐ-BYT về quy chế phối hợp trong thực hiện BHYT giữa ngành y tế với ngành BHXH. Đến nay, gần 40 tỉnh đã xây dựng quy chế phối hợp trong việc thực hiện CSPL về BHYT giữa ngành y tế với ngành BHXH và giữa ngành BHXH với các ban, ngành khác⁵⁸.

6.2. Thanh tra, kiểm tra và xử lý vi phạm

Nhìn chung, đã có sự phối hợp giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam trong việc thanh tra, kiểm tra KCB BHYT, quản lý, sử dụng quỹ BHYT tại một số địa phương. Qua gần 4.500 lượt kiểm tra tại các cơ sở KCB BHYT đã phát hiện nhiều sai phạm,

⁵⁵ Luật BHYT giao Bộ Y tế thực hiện QLNN về BHYT; các bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi, nhiệm vụ, quyền hạn của mình phối hợp với Bộ Y tế QLNN về BHYT; UBND các cấp thực hiện QLNN về BHYT tại địa phương.

⁵⁶ Luật BHYT, cuốn sách 100 câu hỏi và giải đáp CSPL về BHYT, tờ rơi, áp phích hướng dẫn những điều cần biết khi đi KCB BHYT.

⁵⁷ Hà Nội, Hải Phòng, An Giang, Đà Nẵng, Đắk Lắk, Lâm Đồng, Bình Dương, Bình Phước, Kiên Giang...

⁵⁸ Hà Nội, Điện Biên, Cao Bằng, Bắc Kan, Bắc Giang, Hà Nam, Nghệ An, Đắk Nông, Đồng Nai...

đặc biệt là việc lạm dụng thuốc, lạm dụng xét nghiệm và đã yêu cầu xuất toán 149 tỷ đồng, một số trường hợp vi phạm pháp luật đã bị xem xét xử lý hình sự⁵⁹.

Tại một số địa phương, công tác thanh tra, kiểm tra BHYT trên địa bàn cũng được quan tâm và đã xử lý những trường hợp vi phạm nghiêm trọng như tại thành phố Hồ Chí Minh (vụ việc tại Bệnh viện Chợ Rẫy đã được đưa ra xử tại tòa án), Kiên Giang (vụ vi phạm về BHYT tại 8 bệnh viện đã xử lý kỷ luật 7 cán bộ y tế, chuyển cơ quan điều tra vụ việc liên quan tới 3 cán bộ, thu hồi nộp ngân sách trên 192 triệu đồng), Điện Biên (thanh tra trên 200 đơn vị sử dụng lao động và gần 70 cơ sở KCB, đã xử lý kỷ luật 1 bác sỹ và thu hồi gần 270 triệu đồng cho quỹ BHYT)... Tuy nhiên, những trường hợp vi phạm hành chính trong lĩnh vực BHYT lại chưa được Bộ Y tế, các bộ ngành và UBND các cấp quan tâm xử lý theo quy định của pháp luật.

Thực tế cho thấy, BHXH hiện là lực lượng chính trong kiểm tra phát hiện sai phạm về BHYT ở các cơ sở KCB, chưa có sự phối hợp chặt chẽ giữa các ngành trong thanh tra, kiểm tra; bên cạnh việc tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra cần phải xây dựng cơ chế tự quản, tự giám sát của các bệnh viện cũng như tăng cường công tác thanh tra của chính quyền địa phương.

6.3. Một số tồn tại, vướng mắc

- Hoạt động tuyên truyền về BHYT còn hạn chế, nặng tính hình thức, chưa thực hiện thường xuyên, liên tục; chưa có mạng lưới cộng tác viên sâu rộng đến các cộng đồng dân cư; chưa xác định nhóm đối tượng cần tập trung trong tuyên truyền, vận động, vì vậy, rất ít người khỏe mạnh chủ động tham gia BHYT, nhóm tự nguyện tham gia BHYT chủ yếu là người ốm, bị bệnh mạn tính, nan y. Bên cạnh đó, kinh phí cho công tác tuyên truyền còn thấp, khoảng 300-500 triệu đồng/năm/tỉnh (trong đó đã dành quá nửa để mua tạp chí và báo BHXH chuyên ngành); hiệu quả tuyên truyền chưa đáp ứng yêu cầu đặt ra của Đảng và Nhà nước về chính sách BHYT toàn dân.

- Một số ít địa phương (thường là các tỉnh bị bội chi quỹ BHYT nhiều năm) thiếu sự chỉ đạo của UBND để phối hợp giữa ngành y tế và cơ quan BHXH xử lý các vấn đề vướng mắc trong thực hiện BHYT ở địa phương.

- Công tác thanh tra của các ngành y tế, LĐ-TB&XH, tài chính và UBND các cấp còn hạn chế, kết quả mờ nhạt, chưa chủ động phát hiện các vấn đề vi phạm trong quá trình tổ chức thực hiện. Công tác kiểm tra của BHXH Việt Nam chưa thường xuyên với hàng ngàn bệnh viện tham gia KCB BHYT.

- Văn bản quy phạm pháp luật về xử lý vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế từ năm 2011 đã quy định chi tiết về hình thức, thẩm quyền và mức tiền xử phạt đối với hầu hết các hành vi vi phạm về BHYT, nhưng trong thực tế các cơ quan chức năng chưa xử lý theo quy định mặc dù có nhiều sai phạm của cả cán bộ y tế, cán bộ BHXH, người tham gia BHYT, cũng như chủ sử dụng lao động..., tính đến hết năm 2012 chưa có trường hợp nào bị xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực BHYT theo quy định của pháp luật.

- Tổ chức y tế địa phương sắp xếp chưa phù hợp, nhất là tuyến huyện và xã, bộ máy y tế tuyến huyện bị chia tách thành 4 đầu mối⁶⁰, làm phân tán nguồn lực, khó phối

⁵⁹ Vụ án tại Bình Dương (thuê thẻ BHYT của công nhân, thuê bệnh nhân mạn tính đi khám bệnh để lấy thuốc đắt tiền đem bán giá trị trên 80 triệu đồng) đã bị xử tù.

⁶⁰ Phòng Y tế, Trung tâm y tế, Bệnh viện đa khoa, Trung tâm DS-KHHGD huyện.

hợp trong công tác, vướng mắc trong chỉ đạo; đa số các tỉnh chưa có bộ máy chuyên trách giúp thực hiện chức năng QLNN ở Sở Y tế, việc quản lý theo ngành dọc của y tế địa phương cũng làm hạn chế sự tham gia của cấp ủy, chính quyền địa phương với công tác y tế nói chung và BHYT nói riêng trong việc quản lý, mở rộng và thúc đẩy thực hiện BHYT toàn dân.

Phần thứ hai

DÁNH GIÁ, KẾT LUẬN CỤT

Sơ với lịch sử BHYT thế giới hàng trăm năm thì chẳng đường 20 năm thực hiện CSPL về BHYT ở Việt Nam, nhất là sau gần 4 năm thực hiện Luật BHYT, chúng ta đã đạt được kết quả bước đầu quan trọng về BHYT, khẳng định chủ trương, quan điểm đúng đắn, nhất quán của Đảng, Nhà nước về chính sách BHYT. Việt Nam đang từng bước tiếp cận với mục tiêu BHYT toàn dân, góp phần thực hiện tiến bộ, công bằng xã hội, phát triển kinh tế và bảo đảm chính sách an sinh xã hội phù hợp xu thế chung của thế giới.

BHYT Việt Nam về bản chất là BHYT xã hội, là cơ chế tài chính chi trả trước đảm bảo để người dân khi ốm đau có nguồn tài chính chi trả, tránh bị rơi vào hoàn cảnh khó khăn. BHYT Việt Nam đang từng bước thay thế cơ chế bao cấp trong KCB bằng việc Nhà nước tăng đầu tư ngân sách để hỗ trợ cho người dân, đồng thời huy động nguồn lực từ xã hội, người dân và cộng đồng để tham gia BHYT. Với định hướng đúng và sự nỗ lực của Nhà nước, ngành y tế, BHXH, tài chính, giáo dục, lao động, các cơ quan liên quan, UBND các cấp trong thực hiện trách nhiệm được giao, phối hợp giải quyết các vấn đề phát sinh trong quá trình thực hiện Luật BHYT, tỷ lệ dân số tham gia BHYT đã tăng nhanh, người tham gia BHYT được hưởng dịch vụ KCB, kỹ thuật y tế hiện đại, chất lượng hơn, được cung ứng thuốc KCB, kê cả thuốc mới, hiệu quả giúp hàng triệu lượt người vượt qua ốm đau và các căn bệnh mạn tính, nan y, hiểm nghèo. Quỹ BHYT đang dần trở thành nguồn tài chính cơ bản phục vụ cho hoạt động của các bệnh viện, góp phần giảm mức chi trả từ tiền túi của người bệnh cho công tác chăm sóc sức khỏe.

Chính sách BHYT Việt Nam đã bảo đảm nguyên tắc chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia BHYT, đồng thời cũng đảm nhận nhiều chính sách phúc lợi xã hội khác. Đến cuối năm 2012, gần 70% dân số cả nước đã tham gia BHYT, với phần đóng góp của người lao động, người sử dụng lao động và người dân chiếm khoảng 58% trong tổng thu BHYT, tạo nền móng quan trọng để tiến tới BHYT toàn dân. Nhiều tỉnh miền núi và Tây Nguyên gần hoàn thành việc thực hiện BHYT toàn dân. Quỹ BHYT từ chỗ bị bội chi đến năm 2012 đã cân đối và có kết dư.

Tuy vậy, để tiến tới BHYT toàn dân và đạt mục tiêu xây dựng nền y tế công bằng, hiệu quả và phát triển, chúng ta phải tiếp tục vượt qua một số tồn tại, thách thức, đó là:

1. Trong khi tỷ lệ bao phủ BHYT bình quân cả nước là gần 70%, thì vẫn còn một số địa phương có tỷ lệ tham gia BHYT thấp; bên cạnh nhiều tỉnh có quỹ BHYT kết dư hàng trăm tỷ đồng chưa được phân bổ lại để sử dụng thì một số địa phương liên tục bội chi quỹ BHYT và nhận sự hỗ trợ của quỹ trung ương nhiều năm mà chưa có cơ chế giải quyết hữu hiệu; chưa có giải pháp để thúc đẩy nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia BHYT thấp; chưa có cơ chế cụ thể để tạo điều kiện cho các nhóm cuối cùng tham gia lộ trình BHYT toàn dân vào năm 2014 như quy định tại Điều 51 của Luật BHYT.

2. Chất lượng KCB BHYT ở tuyến dưới chưa đáp ứng yêu cầu do hạn chế về nhân lực chuyên môn và kỹ thuật y tế đã gây nên tình trạng quá tải, chờ đợi lâu ở các bệnh viện tuyến trên; tinh thần thái độ và ý thức của cán bộ y tế chậm được cải thiện đã tạo tâm lý lo ngại đối với người tham gia BHYT và xã hội.

3. Các hình thức lạm dụng quỹ BHYT, nhất là tại các bệnh viện ngày càng tinh vi, khó kiểm soát và phát hiện, song chưa có công cụ và biện pháp hiệu quả để kiểm soát; vẫn còn tồn tại tình trạng chênh lệch giá thuốc cùng loại giữa các bệnh viện trong tỉnh, giữa các tỉnh, giữa bệnh viện với thị trường; tình trạng không công bằng về chi trả quỹ BHYT cho mỗi ca bệnh ở các bệnh viện cùng hạng; tình trạng chênh lệch về tần suất KCB giữa các địa phương.

4. Công tác thanh tra, kiểm tra, công tác quản lý còn hạn chế; chậm áp dụng công nghệ thông tin để cải tiến thủ tục KCB, thanh toán BHYT; tình trạng sai thông tin trên thẻ, cấp chậm, trùng thẻ BHYT ở nhiều tỉnh với số lượng khá lớn gây khó khăn cho người có thẻ cũng như lãng phí ngân sách.

Những nguyên nhân, trách nhiệm đối với các tồn tại trong từng vấn đề liên quan đã được phân tích kỹ ở phần kết quả thực hiện CSPL về BHYT. Ở góc độ QLNN, trách nhiệm liên quan đến những tồn tại trên đó là:

a) Đối với Quốc hội trong việc ban hành chính sách y tế:

- Việc phân bổ ngân sách đầu tư cho y tế nói chung và BHYT nói riêng còn hạn chế, chủ yếu mới chỉ tăng diện bao phủ theo chiều rộng; chưa đủ điều kiện để cải thiện rõ nét chất lượng KCB.

- Đối với một số nội dung trong Luật BHYT đó là:

+ Chưa xây dựng cơ chế khuyến khích việc tham gia BHYT theo hộ gia đình trong lộ trình BHYT toàn dân đến năm 2014 nên chỉ người ốm mới mua BHYT tự nguyện; quy định mức cùng chi trả của một số nhóm đối tượng chưa hợp lý;

+ Chưa quy định cụ thể trách nhiệm quản lý đối tượng của ngành giáo dục, ngành lao động, trách nhiệm của các bộ có liên quan trong việc thực hiện chính sách BHYT cho các đối tượng được NSNN hỗ trợ tham gia; chưa quy định cụ thể, về phân cấp quản lý quỹ BHYT cho tỉnh/thành phố;

+ Chưa đặt đúng tầm của công tác giám định BHYT trong việc quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ BHYT;

+ Chưa quy định cụ thể trách nhiệm của UBND các cấp trong QLNN và chỉ đạo thực hiện chính sách BHYT ở địa phương;

+ Chưa quy định nguyên tắc để điều hành Quỹ BHYT linh hoạt và kịp thời đúng với tính chất của quỹ ngắn hạn.

b) Đối với Chính phủ trong việc tổ chức thực thi Luật BHYT:

- Tổ chức, quy hoạch hệ thống y tế chưa hợp lý, đầu tư nâng cấp y tế tuyến dưới chưa đủ mạnh; bộ máy làm công tác y tế ở tuyến huyện phân tán; bộ máy làm công tác BHYT chưa đáp ứng với nhiệm vụ mang tính chuyên nghiệp cao, phức tạp, giám định chi phí quỹ BHYT cho hàng ngàn loại bệnh, loại thuốc khác nhau nhưng lại thiếu công cụ chuẩn mực để phục vụ giám định trong điều kiện các bệnh viện thực hiện tự chủ và xã hội hóa để tăng nguồn thu.

- Chưa ban hành cơ chế điều hành quỹ BHYT theo hướng bảo đảm an toàn nhưng linh hoạt để đáp ứng kịp thời quyền lợi của người tham gia, phù hợp tính chất quỹ ngắn hạn và xử lý phần kết dư hàng năm hợp lý.

- Phân công tuyên truyền, vận động về BHYT giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam chưa phù hợp (Luật BHYT quy định Bộ Y tế chủ trì, nhưng Thủ tướng Chính phủ có quyết định giao BHXH Việt Nam kinh phí để chủ trì tuyên truyền BHYT); chưa chỉ đạo các ngành, địa phương tìm biện pháp mạnh mẽ để khắc phục tình trạng lạm dụng đối với quỹ BHYT cũng như giải quyết những phát sinh tiêu cực do thực hiện Nghị định 43 và 85/NĐ-CP; chưa chú trọng chỉ đạo các cơ quan chức năng, UBND các cấp tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra việc thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân.

c) Đối với Bộ Y tế:

- Là cơ quan được giao trách nhiệm QLNN về BHYT nhưng thực hiện chức năng QLNN còn hạn chế; chưa thường xuyên chỉ đạo và đôn đốc các địa phương thực hiện công tác tuyên truyền, thanh tra, kiểm tra và xử lý vi phạm pháp luật BHYT.

- Chưa có giải pháp hiệu quả nhằm kiểm soát chống lạm dụng quỹ BHYT như: phương thức chi trả hợp lý của quỹ BHYT cho bệnh viện, phác đồ điều trị chuẩn, quy chuẩn xét nghiệm để các bệnh viện công nhận kết quả lẫn nhau tránh lặp lại xét nghiệm mỗi khi chuyển tuyến; chưa có giải pháp phù hợp để đảm bảo sự công bằng về quyền lợi BHYT giữa các địa phương; chưa quy định phân tuyến chuyển tuyến kỹ thuật hợp lý (hiện mới chỉ có quy định chuyển tuyến theo địa dư hành chính)⁶¹; chưa có giải pháp hữu hiệu để nâng cao chất lượng KCB BHYT ở tuyến huyện, xã.

- Chậm đề xuất các giải pháp hữu hiệu để đảm bảo đầu thầu thuốc có hiệu quả nhằm lựa chọn được các loại thuốc có chất lượng với giá hợp lý phục vụ KCB BHYT.

- Chưa tập trung chỉ đạo và xử lý quyết liệt nhằm chấn chỉnh, nâng cao ý thức và tinh thần thái độ của cán bộ y tế trong các bệnh viện, chậm đề xuất và triển khai ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ công tác KCB.

d) Đối với BHXH Việt Nam:

- Tổ chức phát hành và quản lý thẻ BHYT chưa khoa học, chưa tạo điều kiện thuận lợi để người dân tham gia BHYT; chậm ứng dụng công nghệ thông tin phục vụ quản lý BHYT.

- Chưa tạo được động lực để khuyến khích người dân tích cực tham gia BHYT, BHYT vẫn còn mang nặng tính bao cấp.

- Chưa chủ động kiểm tra, phát hiện trùng thẻ, chưa nghiên cứu để cải tiến mạnh mẽ các thủ tục KCB BHYT, thủ tục thanh toán giữa BHXH với bệnh viện.

- Chưa có giải pháp đủ mạnh để nâng cao trình độ, năng lực chuyên môn, nghiệp vụ của đội ngũ cán bộ làm công tác giám định BHYT.

đ) Đối với các bộ, ngành khác:

- Ngành Tài chính chưa phát hiện kịp thời và thanh tra việc sử dụng NSNN hỗ trợ mua BHYT cho một số đối tượng nên để trùng số lượng lớn thẻ BHYT sau nhiều năm.

⁶¹ Chuyển tuyến hành chính: Là thứ tự xã lên bệnh viện huyện, tỉnh, trung ương, chuyển tuyến kỹ thuật là ruy bệnh, nếu bệnh nặng có thể chuyển trực tiếp từ xã lên tỉnh, hay từ huyện lên tuyến trung ương

- Ngành LD-TB&XH chưa hướng dẫn cụ thể quy trình lập, rà soát danh sách đề nghị cấp thẻ BHYT cho các đối tượng do ngành quản lý, để xây ra tình trạng chậm lập danh sách đối tượng, trùng danh sách cấp thẻ; chưa thường xuyên thanh tra việc thực hiện BHYT trong các doanh nghiệp.

e) Đối với chính quyền các tỉnh/thành phố:

- Chưa thực hiện đầy đủ chức năng QLNN trong phạm vi địa phương, chỉ đạo phối hợp liên ngành để xử lý vấn đề phát sinh, thanh tra, kiểm tra về BHYT còn hạn chế; chưa quan tâm bố trí bộ máy làm công tác QLNN về BHYT.

- Công tác tuyên truyền về BHYT còn mang tính hình thức; chưa chỉ đạo và huy động được sự tham gia của các ban ngành, đoàn thể trong việc vận động, tuyên truyền nhân dân tham gia BHYT.

- Một số tỉnh chưa bố trí đủ kinh phí để mua/hỗ trợ tham gia BHYT cho một số đối tượng; một số tỉnh còn để ngân sách nợ tiền BHXH.

Phần thứ ba **MỘT SỐ KIẾN NGHỊ**

1. Với Quốc hội

a) Ban hành Nghị quyết về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật BHYT, tiến tới BHYT toàn dân trên cơ sở kết quả của Báo cáo giám sát.

b) Tiếp tục tăng ngân sách để thực hiện các chính sách an sinh xã hội trong đó có chăm sóc sức khỏe, xây dựng nền y tế công bằng, hiệu quả và phát triển; phân bổ ngân sách theo hướng chuyển từ chi ngân sách cho bệnh viện sang cấp ngân sách hỗ trợ nhân dân tham gia BHYT cùng với lộ trình tinh đúng, tinh đủ giá dịch vụ y tế nhằm tăng tỷ lệ tham gia BHYT và quyền lợi BHYT cho người dân.

c) Thường xuyên giám sát việc thực hiện mục tiêu dân số tham gia BHYT, đưa chỉ tiêu tỷ lệ dân số tham gia BHYT vào Nghị quyết phát triển kinh tế - xã hội hàng năm của Quốc hội; tăng cường giám sát việc thực hiện chính sách an sinh xã hội nói chung và BHYT nói riêng.

d) Xem xét và đưa quy định về đấu thầu thuốc BHYT trong dự án Luật đấu thầu (sửa đổi).

đ) Xem xét, sửa đổi một số điều của Luật BHYT, đó là:

- Xây dựng cơ chế để khuyến khích tham gia BHYT theo hộ gia đình.

- Quy định cụ thể trách nhiệm của các bộ, ngành, chính quyền địa phương đối với việc thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT.

- Phân cấp việc quản lý quỹ BHYT cho tỉnh mạnh mẽ hơn để nâng cao sự chủ động của địa phương trong việc tăng tỷ lệ người dân tham gia BHYT, quản lý, sử dụng quỹ BHYT có hiệu quả, phục vụ quyền lợi người dân tốt hơn.

- Quy định cơ chế thống nhất giá dịch vụ y tế đối với bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc; quy định cụ thể về đấu thầu thuốc, vật tư y tế phục vụ KCB theo BHYT.

- Bổ sung cơ chế kiểm soát lạm dụng dịch vụ y tế, đặt công tác giám định BHYT đúng tầm, quy định cụ thể gói quyền lợi BHYT cơ bản mà người tham gia BHYT được hưởng.

- Điều chỉnh chính sách cùng chi trả với một số nhóm đối tượng (thân nhân liệt sĩ, đối tượng thuộc diện bảo trợ xã hội); quy định mức cùng chi trả tối đa đối với người tham gia BHYT.

- Nghiên cứu, sửa đổi quy định về thẻ BHYT có ảnh cho phù hợp (xem phụ lục số 9).

2. Với Chính phủ

- Tiếp tục chỉ đạo việc hướng dẫn đầy đủ các quy định của Luật BHYT; thúc đẩy thực hiện lộ trình chuyển từ cấp NSNN trực tiếp cho cơ sở KCB sang hỗ trợ trực tiếp kinh phí cho người dân mua BHYT cùng với lộ trình tính đúng, đủ giá dịch vụ y tế và BHYT toàn dân.

- Tổ chức đánh giá, tổng kết và xem xét, điều chỉnh mô hình tổ chức BHYT cũng như mô hình y tế cấp cơ sở (tuyến huyện và xã) phù hợp với thực tế, gắn với trách nhiệm của UBND các cấp, đảm bảo hiệu quả trong QLNN về y tế nói chung và về BHYT nói riêng.

- Ban hành tiêu chí đối với hộ nông, lâm, ngư nghiệp có mức sống trung bình làm cơ sở để hỗ trợ nhóm này tham gia lộ trình BHYT.

- Tập trung chỉ đạo các tỉnh/thành phố triển khai các giải pháp hữu hiệu để mở rộng đối tượng tham gia BHYT, đặc biệt quan tâm các địa phương có tỷ lệ tham gia BHYT còn thấp và các nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia BHYT thấp; chỉ đạo xử lý phần quỹ kết dư theo quy định của pháp luật để đảm bảo hợp lý quyền lợi của các địa phương có kết dư quỹ BHYT.

- Chỉ đạo các bộ, ngành và UBND các tỉnh/thành phố tăng cường hoạt động thanh tra, kiểm tra việc thực hiện CSPL về BHYT; kiểm soát việc cấp trùng thẻ BHYT, thúc đẩy việc áp dụng công nghệ thông tin thống nhất, đồng bộ trong quản lý BHYT giữa các cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan BHXH.

- Chỉ đạo Bộ Y tế, BHXH Việt Nam, UBND các cấp, cơ quan thông tin đại chúng phối hợp Mặt trận tổ quốc và các đoàn thể trong hoạt động thông tin, giáo dục, truyền thông về BHYT.

- Chỉ đạo BHXH Việt Nam tăng cường tính chuyên nghiệp của bộ máy làm công tác BHYT, nâng cao trình độ, năng lực đội ngũ cán bộ giám định BHYT và khẩn trương xử lý phần vượt trần BHYT năm 2012 đối với bệnh viện tuyến tỉnh.

- Chỉ đạo Bộ Tài chính tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra việc quản lý sử dụng Quỹ BHYT; kiểm soát việc trùng thẻ BHYT; kiểm soát ngân sách phân bổ cho các đối tượng được Nhà nước mua hoặc hỗ trợ mua BHYT.

- Chỉ đạo Bộ LĐ-TB&XH tiến hành rà soát các đối tượng được hưởng chính sách BHYT trong phạm vi quản lý; đánh giá, sửa đổi các tiêu chí của các đối tượng phù hợp với từng giai đoạn phát triển kinh tế - xã hội.

3. Với Bộ Y tế

- Tiếp tục hoàn thiện và ban hành gói dịch vụ y tế cơ bản phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội, ngân sách và mức đóng để bảo đảm quyền lợi của người tham gia và an toàn quỹ BHYT.

- Ban hành đầy đủ các quy định nhằm kiểm soát lạm dụng quỹ BHYT như: phác đồ điều trị chuẩn, quy định chuẩn xét nghiệm để công nhận kết quả lẫn nhau giữa các bệnh viện; đẩy nhanh thực hiện thanh toán KCB BHYT theo phương thức hợp lý.

- Triển khai các giải pháp đầu thầu, cung ứng thuốc, vật tư y tế để lựa chọn được các loại thuốc hợp lý, nâng cao chất lượng KCB BHYT.

- Tăng cường thực hiện QLNN về BHYT, chấn chỉnh y đức, tăng cường thanh tra và đôn đốc các địa phương thực hiện nâng cao y đức, chất lượng hoạt động chuyên môn trong ngành y tế; tiếp tục tập trung các biện pháp hiệu quả để giảm quá tải bệnh viện.

- Phối hợp cùng Bộ Tài chính và BHXH Việt Nam xem xét, rà soát việc quy định trần KCB BHYT ~~tuyến 2~~ đối với các bệnh viện cho phù hợp với thực tế.

4. Với Mặt trận Tổ quốc Việt Nam

Mặt trận Tổ quốc Việt Nam, các tổ chức thành viên và tổ chức xã hội khác tham gia tuyên truyền, vận động thành viên của mình và nhân dân thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT.

5. Các tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương

- UBND các tỉnh/thành phố chỉ đạo Sở Y tế, cơ quan BHXH, các sở, ban ngành, chính quyền và đoàn thể các cấp phối hợp chặt chẽ trong việc tuyên truyền, vận động người dân tham gia BHYT. Đồng thời, triển khai các biện pháp hiệu quả để mở rộng tỷ lệ tham gia BHYT, thực hiện lộ trình BHYT toàn dân tại địa phương.

- Quan tâm chỉ đạo công tác QLNN về BHYT, đặc biệt là hoạt động thanh tra, kiểm tra và xử lý vi phạm về BHYT. Chú trọng điều phối liên ngành và chỉ đạo các cơ quan chức năng phối hợp giải quyết kịp thời các vấn đề phát sinh trong quá trình tổ chức thực hiện Luật BHYT.

- HĐND các tỉnh/thành phố xem xét để đưa chỉ tiêu tỷ lệ dân số tham gia BHYT vào Nghị quyết phát triển kinh tế-xã hội hằng năm và dành ngân sách địa phương hỗ trợ cho nhóm đối tượng có hoàn cảnh khó khăn tham gia BHYT.

Trên đây là Báo cáo kết quả giám sát thực hiện CSPL về BHYT giai đoạn 2009-2012, Ủy ban thường vụ Quốc hội xin kính trình Quốc hội./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Chính phủ;
- VPIW Đảng, VPQH, VPCP;
- Ban Kinh tế TW, Ban Tuyên giáo TW;
- Các Bộ: Y tế, Tài chính, LĐ-TB&XH, GD&ĐT, Ủy ban DT, BHXH Việt Nam;
- Đoàn DBQH các tỉnh, TP trực thuộc trung ương;
- UBND các tỉnh, TP trực thuộc trung ương;
- Các thành viên Đoàn giám sát;
- Lưu: HC, TH, CVĐXH.

Số e-pas: 77647

TM. ỦY BAN THƯỜNG VỤ QUỐC HỘI
KT. CHỦ TỊCH
PHÓ CHỦ TỊCH



Tổng Thị Phóng

**ỦY BAN NHÂN DÂN
TỈNH BÌNH ĐỊNH**

SAO Y BẢN CHÍNH

Số: 1661/ SY-UBND

Bình Định, ngày 29 tháng 10 năm 2013

Nơi nhận:

- Sở Lao động Thương binh và Xã hội;
- Sở Giáo dục và Đào tạo,
- Sở Y tế;
- Ban Dân tộc tỉnh;
- Bảo hiểm xã hội tỉnh;
- K15, K16;
- Lưu: VT (07b)

**TL. CHỦ TỊCH
KT. CHÁNH VĂN PHÒNG**



Mai Việt Trung

Phụ lục số 1:

**Danh mục cơ quan, địa phương được giám sát
Việc thực hiện CSPL về BHYT giai đoạn 2009 - 2012**

STT	Nơi giám sát	Thời gian	Cơ quan, đơn vị làm việc với đoàn giám sát	Thành phần đoàn giám sát ¹
1	Chính phủ và các bộ ngành	Lần thứ 1: 25/2/2013 Lần thứ 2: 18/7/2013	- Chính phủ - Bộ Y tế - Bộ tài chính - Bảo hiểm xã hội Việt Nam - Bộ Giáo dục và Đào tạo - Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội - Kiểm toán nhà nước	- Thành viên Đoàn giám sát theo 551/NQ-UBTVQH13 ngày 26/12/2012 của Ủy ban thường vụ Quốc hội về thành lập Đoàn giám sát “Việc thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, giai đoạn 2009-2012”
2	Địa phương: 9 tỉnh, thành phố			
	1. Điện Biên	27/2 – 1/3/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Điện Biên - UBND huyện Mường Ảng - UBND xã Thanh Luông, huyện Điện Biên - UBND xã Ảng Nưa, huyện Mường Ảng	- Đ/c Trương Thị Mai – Chủ nhiệm Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội làm Trưởng đoàn - Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Đỗ Mạnh Hùng, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH – Phó Trưởng đoàn, Đ/c Giảng A Chu – Phó Chủ tịch Hội đồng dân tộc, Đ/c Bùi Nguyên Sứy – Phó Trưởng Ban dân nguyện, Đ/c Nguyễn Thị Khả, Đ/c Lê Thị Nguyệt, Đ/c Bùi Ngọc Chương - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Hoàng Thị Hoa - Ủy viên thường trực Ủy ban VH, GD, TN, TN & ND, Đ/c Hồ Thị Thủy – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Vĩnh Phúc, thành viên Ủy ban về CVĐXH
	2. T/p Hà Nội	4 – 6/3/2013	- Ủy ban nhân dân thành phố - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa Thanh Nhân - Bệnh viện Lao và bệnh phổi - UBND huyện Ứng Hòa - UBND huyện Đông Anh - UBND xã Phương Tú, huyện Ứng Hòa - UBND xã Xuân Nộn, huyện Đông Anh	- Đ/c Trương Thị Mai – Chủ nhiệm Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội làm Trưởng đoàn - Đ/c Tổng Thị Phóng, Phó chủ tịch Quốc hội tham gia gia buổi làm việc với UBND T/p Hà Nội - Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Đỗ Mạnh Hùng, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH – Phó Trưởng đoàn, Đ/c Giảng A Chu – Phó Chủ tịch Hội đồng dân tộc, Đ/c Bùi Nguyên Sứy – Phó Trưởng Ban dân nguyện, Đ/c Nguyễn Thị Khả, Đ/c Lê Thị Nguyệt, Đ/c Bùi Ngọc Chương - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Hoàng Thị Hoa - Ủy viên thường trực Ủy ban VH, GD, TN, TN & ND, Đ/c Hồ Thị Thủy – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Vĩnh Phúc, thành viên Ủy ban về CVĐXH

¹ Khi giám sát tại mỗi địa phương đều có đại diện Đoàn đại biểu Quốc hội tỉnh/thành phố tham gia đoàn.

3. Kiên Giang	25 – 26/3/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Châu Thành - UBND huyện Giồng Riềng - UBND xã Vĩnh Hòa Hiệp Châu Thành - UBND xã Hòa An huyện Giồng Riềng	- Đ/c Trương Thị Mai – Chủ nhiệm Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội làm Trưởng đoàn - Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Nguyễn Thị Khả - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trần Quang Chiêu - Ủy viên thường trực Ủy ban Tài chính – ngân sách, Đ/c Bùi Mạnh Hùng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Bình Phước, thành viên Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trương Minh Hoàng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Cà Mau
4. T/p Hồ Chí Minh	27 – 28/3/2013	- Ủy ban nhân dân thành phố - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện Chợ Rẫy - Bệnh viện nhân dân Gia Định - UBND huyện Hóc Môn - UBND xã Xuân Thới Thượng, huyện Hóc Môn	- Đ/c Trương Thị Mai – Chủ nhiệm Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội làm Trưởng đoàn - Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Nguyễn Thị Khả - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trần Quang Chiêu - Ủy viên thường trực Ủy ban Tài chính – ngân sách, Đ/c Bùi Mạnh Hùng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Bình Phước, thành viên Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trương Minh Hoàng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Cà Mau, Đ/c Huỳnh Thành Lập – Trưởng Đoàn ĐBQH t/p Hồ Chí Minh
5. Nam Định	26 – 28/3/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Hải Hậu - UBND huyện Xuân Trường - UBND xã Hải Trung, huyện Hải Hậu - UBND xã Xuân Kiên, huyện Xuân Trường	- Đ/c Bùi Sỹ Lợi, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH làm Trưởng đoàn - Đ/c Lê Thị Nguyệt, Đ/c Bùi Ngọc Chương - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Hoàng Thị Hoa - Ủy viên thường trực Ủy ban VH, GD, TN, TN & ND, Đ/c Phạm Đức Châu – Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Quảng Trị, thành viên Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Hồ Thị Thủy – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Vĩnh Phúc
6. Nghệ An	29 – 30/3/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội	- Đ/c Bùi Sỹ Lợi, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH làm Trưởng đoàn - Đ/c Lê Thị Nguyệt, Đ/c Bùi Ngọc Chương - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Hoàng Thị Hoa - Ủy viên thường trực Ủy ban VH, GD, TN, TN & ND, Đ/c Phạm Đức Châu – Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Quảng Trị, thành viên Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Hồ Thị

			- Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Nghi Lộc - UBND thị xã Cửa Lò - UBND thị trấn Quán Hàu, huyện Nghi Lộc - UBND phường Nghi Hương, thị xã Cửa Lò	Thùy – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Vĩnh Phúc
7. Bình Dương	27 - 28/6/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Bến Cát - UBND thị xã Thuận An - UBND phường Bình Chuẩn, tx Thuận An - UBND xã An Tây, huyện Bến Cát	- Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH làm Trưởng đoàn. - Đ/c Nguyễn Thúy Anh - Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Giảng A Chu – Phó Chủ tịch Hội đồng dân tộc, Đ/c Nguyễn Thị Khá, Đ/c Đặng Thuần Phong - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trần Quang Chiêu - Ủy viên thường trực Ủy ban Tài chính – ngân sách, Đ/c Bùi Mạnh Hùng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Bình Phước, Đ/c Phạm Đức Châu – Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Quảng Trị, Đ/c Nguyễn Phạm Ý Nhi – ĐBQH t/p Hà Nội, thành viên Ủy ban về CVĐXH	
8. Đắk Lắk	1 - 2/7/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Buôn Đôn - UBND t/p Buôn Ma Thuột - UBND xã Cuôr Knia, huyện Buôn Đôn - UBND phường Tân An, t/p Buôn Ma Thuột	- Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH làm Trưởng đoàn - Đ/c Nguyễn Thúy Anh - Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Giảng A Chu – Phó Chủ tịch Hội đồng dân tộc, Đ/c Nguyễn Thị Khá, Đ/c Đặng Thuần Phong - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trần Quang Chiêu - Ủy viên thường trực Ủy ban Tài chính – ngân sách, Đ/c Bùi Mạnh Hùng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Bình Phước, Đ/c Phạm Đức Châu – Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Quảng Trị, Đ/c Nguyễn Phạm Ý Nhi – ĐBQH t/p Hà Nội, thành viên Ủy ban về CVĐXH	
9. Ninh Thuận	3 - 4/7/2013	- Ủy ban nhân dân tỉnh - Sở Y tế - Bảo hiểm xã hội - Sở Tài chính - Sở Giáo dục và Đào tạo - Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Bệnh viện đa khoa tỉnh - UBND huyện Ninh Phước - UBND huyện Ninh Hải - UBND xã Phước hậu, huyện Ninh Phước - UBND xã Nhơn Hải, huyện Ninh Hải	- Đ/c Nguyễn Văn Tiên, Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH làm Trưởng đoàn - Đ/c Nguyễn Thúy Anh - Phó Chủ nhiệm Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Giảng A Chu – Phó Chủ tịch Hội đồng dân tộc, Đ/c Nguyễn Thị Khá, Đ/c Đặng Thuần Phong - Ủy viên thường trực Ủy ban về CVĐXH, Đ/c Trần Quang Chiêu - Ủy viên thường trực Ủy ban Tài chính – ngân sách, Đ/c Bùi Mạnh Hùng – Phó Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Bình Phước, Đ/c Phạm Đức Châu – Trưởng Đoàn ĐBQH tỉnh Quảng Trị, Đ/c Nguyễn Phạm Ý Nhi – ĐBQH t/p Hà Nội, thành viên Ủy ban về CVĐXH.	

Phụ lục số 2:

Tổng hợp quan điểm của Đảng về bảo hiểm y tế

1. Chỉ thị số 06-CT/TW ngày 22/01/2002 của Ban Bí thư Trung ương Đảng về củng cố và hoàn thiện y tế cơ sở còn định hướng: ... Phát triển bảo hiểm y tế (BHYT) ở nông thôn, đặc biệt là BHYT cho người nghèo, những người thuộc diện chính sách trợ cấp xã hội và nông dân.

2. 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, khẳng định:

- Phát triển BHYT toàn dân, nhằm từng bước đạt tới sự 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.

- Việc thực hiện tự chủ về tài chính của các cơ sở KCB công lập cần được tiến hành từng bước, cùng với tiến trình mở rộng BHYT, tiến tới BHYT toàn dân.

3. Nghị quyết Đại hội Đại biểu toàn quốc lần thứ X Đảng ngày 25/4/2006 tiếp tục nhấn mạnh: “Phát triển và nâng cao chất lượng BHYT; xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân; phát triển mạnh các loại hình BHYT tự nguyện, BHYT cộng đồng. Mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám bệnh, chữa bệnh theo BHYT. Hạn chế và giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh. Đổi mới phương thức thanh toán viện phí qua quỹ BHYT”.

4. Kết luận số 42-KL/TW ngày 01/4/2009 của Bộ Chính trị về đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính (trong đó có tiền lương và giá dịch vụ y tế) đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập đã nhấn mạnh quan điểm: Đổi mới cơ chế tài chính trong các đơn vị sự nghiệp y tế công lập gắn với việc thực hiện lộ trình tiến tới BHYT toàn dân, đồng thời theo hướng tính đúng, tính đủ chi phí dịch vụ y tế.

5. Kết luận số 43-KL/TW ngày 01/4/2009 của Bộ Chính trị về 3 năm thực hiện Nghị quyết số 46-NQ/TW của Bộ Chính trị về “Công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới” và 5 năm thực hiện Chỉ thị số 06-CT/TW của Ban Bí thư về “Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở” nêu rõ quan điểm:

- Tổ chức, sắp xếp hệ thống y tế công lập, đặc biệt là y tế cơ sở để tạo ra một mô hình hợp lý và ổn định dựa trên quản lý theo ngành đối với y tế địa phương... Tăng cường quản lý nhà nước đối với BHYT.

- Tiếp tục chuyển đầu tư trực tiếp ngân sách nhà nước cho các cơ sở dịch vụ công sang đầu tư trực tiếp cho người hưởng dịch vụ bằng cách mua thẻ BHYT cho người có công với cách mạng, người nghèo, người tàn tật và rủi ro về sức khỏe, hỗ trợ mua thẻ BHYT cho người cận nghèo; đẩy nhanh tiến độ thực hiện BHYT toàn dân.

6. Chỉ thị số 38-CT/TW ngày 7/9/2009 của Ban Bí thư về đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới, nêu rõ quan điểm:

- Tiếp tục quán triệt sâu sắc và nâng cao nhận thức về vị trí, vai trò, ý nghĩa của BHYT.

- Tổ chức thực hiện đồng bộ, có hiệu quả các chính sách về BHYT.

- Đổi mới công tác thông tin, truyền thông và tuyên truyền về BHYT.

- Tăng cường công tác quản lý nhà nước về BHYT và quản lý quỹ BHYT.

- Tổ chức tốt công tác khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

- Phát động cuộc vận động toàn dân tham gia BHYT và chuẩn bị lộ trình tiến đến BHYT bắt buộc trong những năm tiếp theo.

7. Nghị quyết số 15-NQ/TW ngày 01/6/2012 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XI về một số chính sách xã hội giai đoạn 2012 – 2020 khẳng định quan điểm:

Bảo đảm y tế tối thiểu và nâng cao hiệu quả sử dụng BHYT đối với đồng bào dân tộc thiểu số, vùng miền núi, các hộ nghèo. Sửa đổi, bổ sung Luật BHYT, đổi mới công tác quản lý nhà nước về BHYT, có chính sách khuyến khích người dân, nhất là người có thu nhập dưới mức trung bình tham gia BHYT. Đến năm 2020 trên 80% dân số tham gia BHYT.

8. Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22/11/2012 của Bộ Chính trị ban hành về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, BHYT giai đoạn 2012 – 2020, có nêu rõ một số quan điểm chủ đạo:

- Bảo hiểm xã hội và BHYT là hai chính sách xã hội quan trọng, là trụ cột chính của hệ thống an sinh xã hội, góp phần thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội, bảo đảm ổn định chính trị - xã hội và phát triển KT - XH.

- Mở rộng và hoàn thiện chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội, BHYT có bước đi, lộ trình phù hợp với phát triển KT - XH của đất nước. Phát triển hệ

thống bảo hiểm xã hội, BHYT đồng bộ với phát triển các dịch vụ xã hội, đáp ứng ngày càng tốt hơn nhu cầu của nhân dân; tạo điều kiện thuận lợi cho mọi người tham gia và thụ hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội, BHYT.

- Bảo hiểm xã hội, BHYT phải theo nguyên tắc có đóng, có hưởng, quyền lợi tương ứng với nghĩa vụ, có sự chia sẻ giữa các thành viên, bảo đảm công bằng và bền vững của hệ thống bảo hiểm xã hội, BHYT.

- Thực hiện tốt các chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội BHYT là trách nhiệm của các cấp ủy đảng, chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội, doanh nghiệp và của mỗi người dân.

- Đa dạng sản phẩm dịch vụ BHYT phù hợp với các tầng lớp trong xã hội, điều chỉnh các mức phí, mức hưởng đi đôi với phát triển các dịch vụ y tế chất lượng cao... Quy định mức thanh toán BHYT theo hướng vừa bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm, vừa bảo đảm cân đối quỹ theo nguyên tắc “đóng – hưởng”.

Như vậy, quan điểm của Đảng và Nhà nước ta về BHYT đều khẳng định nhất quán mục tiêu từng bước tiến tới BHYT toàn dân./.

Danh mục Văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thi hành Luật bảo hiểm y tế

STT	Tên văn bản	Trích yếu	Thời gian ban hành
1	Nghị định 62/2009/NĐ-CP	Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế	27/07/2009
2	Nghị định 92/2011/NĐ-CP	Quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực Bảo hiểm y tế	17/10/2011
3	Thông tư liên tịch 09/2009/TTLT-BYT-BTC	Hướng dẫn thực hiện BHYT	14/08/2009
4	Thông tư liên tịch 39/2011/TTLT-BYT-BTC	Hướng dẫn thủ tục thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người tham gia BHYT bị tai nạn giao thông	11/11/2011
5	Thông tư liên tịch 25/2010/TTLT-BQP-BYT-BTC	Hướng dẫn quản lý, tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đối với người lao động trong quân đội và thân nhân quân nhân tại ngũ	05/03/2012
6	Thông tư liên tịch 03/2012/TTLT-BQP-BYT-BTC	Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu và thân nhân người đang làm công tác cơ yếu	16/01/2012
7	Thông tư liên tịch 11/2012/TTLT-BCA-BYT-BTC	Hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế đối với thân nhân các sĩ quan, hạ sĩ quan, chiến sĩ đang công tác trong công an nhân dân	12/09/2012
8	Thông tư 10/2009/TT-BYT	Hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT	14/08/2009
9	Thông tư 11/2009/TT-BYT	Ban hành Danh mục dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng và số ngày bình quân một đợt điều trị của một số bệnh, nhóm bệnh được quỹ Bảo hiểm y tế thanh toán	14/08/2009
10	Thông tư 12/2010/TT-BYT	Ban hành Danh mục thuốc y học cổ truyền chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB	29/04/2010

11	Thông tư 31/2011/TT-BYT	Ban hành và hướng dẫn thực hiện Danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	11/07/2011
12	Thông tư 10/2012/TT-BYT	Sửa đổi, bổ sung một số điều của thông tư số 31/2011/TT-BYT ngày 11/07/2011 về việc ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán	08/06/2012
13	Thông tư 19/2010/TT-BTC	Quy định mức thu, chế độ thu, nộp, quản lý và sử dụng phí cấp lại và đổi thẻ bảo hiểm y tế	03/02/2010
14	Thông tư 134/2011/TT-BTC	Quy định chi tiết và hướng dẫn thực hiện một số điều của quyết định số 04/2011/QĐ-TTg ngày 20/01/2011 của Thủ tướng Chính phủ về quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam	30/09/2011
15	Thông tư 113/2012/TT-BTC	Quy định chi tiết về hoạt động đầu tư để bảo toàn và tăng trưởng các quỹ bảo hiểm do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý	17/7/2012
16	Thông tư liên tịch 01/2012/TTLT-BYT-BTC	Về hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế	19/01/2012
17	Quyết định 04/2011/QĐ-TTg	Về Quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam	20/01/2011
18	Quyết định 797/2012/QĐ-TTg	Nâng mức hỗ trợ đóng BHYT cho người thuộc hộ gia đình cận nghèo	26/6/2012

**Đánh giá về văn bản hướng dẫn chuyên môn, nghiệp vụ
do Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành**

Luật BHYT giao Tổ chức BHYT quy định về 2 vấn đề: mẫu thẻ BHYT (tại khoản 5 Điều 16) và hướng dẫn hồ sơ, thủ tục, tổ chức thực hiện chế độ BHYT (khoản 2 Điều 41). Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã ban hành 6 quyết định để hướng dẫn các vấn đề trên và gần 150 văn bản hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ đối với BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, BHXH Bộ Quốc phòng. Bên cạnh đó, BHXH tất cả các tỉnh, thành phố cũng ban hành nhiều văn bản để hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ trong triển khai thực hiện BHYT tại địa phương.

Nhìn chung, các văn bản hướng dẫn do BHXH Việt Nam ban hành phù hợp với pháp luật, có tính khả thi, song một số văn bản vẫn còn vướng mắc, bất cập:

- Do Bộ Y tế chưa thực hiện phân hạng bệnh viện tư nhân nên BHXH Việt Nam phải hướng dẫn tạm thời phân hạng bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện hạng II¹ và áp dụng trần thanh toán tuyến 2 đối với các bệnh viện tư nhân (Văn bản số 245/BHXH-CSYT) để thực hiện quy định tại khoản 3 Điều 22 Luật BHYT và xác định danh mục thuốc thanh toán BHYT.

- Văn bản số 1513/BHXH-CSYT về việc hướng dẫn triển khai Thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC quy định giá dịch vụ y tế, thuốc sử dụng để thực hiện dịch vụ được tính theo giá trúng thầu được phê duyệt áp dụng cho năm 2012, nếu một loại vật tư hoặc 1 loại thuốc được phê duyệt nhiều mức giá thì áp dụng giá thấp nhất gây thắc mắc, tâm tư đối với các cơ sở và cán bộ y tế.

- Văn bản số 3637/BHXH-CSYT về triển khai thực hiện giá dịch vụ y tế mới được phê duyệt theo Thông tư 04 có quy định chỉ thanh toán dịch vụ siêu âm Doppler màu tim 4D đối với cơ sở KCB được phép thực hiện phẫu thuật hoặc can thiệp tim mạch là chưa phù hợp, vì nếu danh mục này được Hội đồng nhân dân tỉnh phê duyệt thì phải được thanh toán (tuy nhiên, BHXH đã thống nhất với Bộ Y tế trước khi ban hành để chống lạm dụng dịch vụ này tại các bệnh viện).

- Quyết định số 82/QĐ-BHXH ngày 20/01/2010 của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam có quy định về nguyên tắc đăng ký nơi KCB ban đầu: người tham gia BHYT cư trú hoặc công tác tại huyện nào được đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện và tương đương trên địa bàn huyện đó... Quy định như vậy chưa thực sự phù hợp với Điều 26 của Luật BHYT².

¹ Trong thực tế bệnh viện tư nhân có thể đạt hoặc không đạt tiêu chuẩn bệnh viện hạng II.

² Điều 26 của Luật BHYT quy định người tham gia BHYT có quyền đăng ký KCB BHYT ban đầu tại cơ sở KCB tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương; trừ trường hợp được đăng ký tại cơ sở KCB tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Phụ lục 5: Tỷ lệ bao phủ BHYT theo địa phương năm 2009-2012

Đơn vị: người

TT	Đơn vị	Năm 2009			Năm 2010			Năm 2011			Năm 2012		
		Số người tham gia BHYT	Tổng số dân	Tỷ lệ có BHYT	Số người tham gia BHYT	Tổng số dân	Tỷ lệ có BHYT	Số người tham gia BHYT	Tổng số dân	Tỷ lệ có BHYT	Số người tham gia BHYT	Tổng số dân	Tỷ lệ có BHYT
1	Hà Nội	4,418,066	6,472,200	68%	3,691,008	6,561,900	56%	4,350,748	6,699,600	65%	4,414,235	6,771,294	65%
2	TP HCM	4,273,920	7,165,200	60%	4,502,936	7,396,500	61%	4,736,390	7,521,100	63%	4,803,927	7,601,585	63%
3	An Giang	708,036	2,149,200	33%	1,028,511	2,149,500	48%	1,096,866	2,151,000	51%	1,188,957	2,174,018	55%
4	Bà Rịa - VT	639,886	996,900	64%	562,144	1,012,000	56%	546,625	1,027,200	53%	644,461	1,038,192	62%
5	Bạc Liêu	407,619	858,400	47%	377,288	867,800	43%	358,179	873,300	41%	446,842	882,645	51%
6	Bắc Giang	772,082	1,560,200	49%	803,174	1,560,300	51%	954,558	1,574,300	61%	983,255	1,591,147	62%
7	Bắc Kan	293,139	295,300	99%	297,677	296,500	100%	310,638	298,700	104%	302,791	301,896	100%
8	Bắc Ninh	521,503	1,026,700	51%	524,903	1,034,200	51%	622,407	1,060,300	59%	674,409	1,071,647	63%
9	Bến Tre	726,957	1,255,800	58%	572,998	1,256,700	46%	671,695	1,257,800	53%	651,921	1,271,260	51%
10	Bình Dương	1,044,123	1,497,100	70%	1,007,150	1,619,900	62%	1,106,460	1,691,400	65%	1,178,690	1,709,500	69%
11	Bình Định	745,342	1,489,000	50%	831,746	1,489,700	56%	935,889	1,497,300	63%	934,162	1,513,323	62%
12	Bình Phước	272,109	877,500	31%	346,168	893,400	39%	414,204	905,300	46%	422,468	914,988	46%
13	Bình Thuận	428,750	1,171,700	37%	570,100	1,176,900	48%	635,283	1,180,300	54%	645,537	1,192,931	54%
14	Cà Mau	439,230	1,207,000	36%	510,702	1,212,100	42%	576,949	1,214,900	47%	592,655	1,227,901	48%
15	Cao Bằng	446,770	512,500	87%	473,258	513,100	92%	482,619	515,000	94%	490,539	520,511	94%
16	Cần Thơ	429,907	1,189,600	36%	582,040	1,197,100	49%	610,205	1,200,300	51%	659,664	1,213,145	54%
17	Đà Nẵng	724,424	890,500	81%	686,140	926,000	74%	783,732	951,700	82%	820,545	961,884	85%
18	Đắk Lắk	1,292,976	1,733,100	75%	1,215,863	754,400	69%	1,274,105	1,771,800	72%	1,274,816	1,790,761	71%

19	Đắk Nông	298,574	492,000	61%	276,197	510,600	54%	305,319	516,300	59%	316,165	521,825	61%
20	Điện Biên	447,819	493,000	91%	445,587	504,500	88%	489,272	512,300	96%	507,433	517,782	98%
21	Đồng Nai	1,320,126	2,491,300	53%	1,439,039	2,569,400	56%	1,553,089	2,665,100	58%	1,584,915	2,693,620	59%
22	Đồng Tháp	865,974	1,667,700	52%	739,455	1,670,500	44%	909,498	1,673,200	54%	1,047,325	1,691,105	62%
23	Gia Lai	965,197	1,277,600	76%	885,218	1,300,900	68%	931,171	1,322,000	70%	960,417	1,336,147	72%
24	Hà Giang	472,949	727,000	65%	714,114	735,800	97%	731,880	746,300	98%	725,454	754,286	96%
25	Hà Nam	391,735	786,400	50%	393,215	786,300	50%	437,968	786,900	56%	449,991	795,321	57%
26	Hà Tĩnh	701,007	1,230,300	57%	624,536	1,228,000	51%	841,340	1,229,300	68%	798,289	1,242,455	64%
27	Hải Dương	728,699	1,706,800	43%	1,093,717	1,712,800	64%	1,031,245	1,718,900	60%	1,060,461	1,737,294	61%
28	Hải Phòng	820,009	1,841,700	45%	1,184,666	1,857,800	64%	1,221,650	1,878,500	65%	1,229,523	1,898,602	65%
29	Hậu Giang	292,464	758,000	39%	315,873	758,600	42%	398,800	769,200	52%	463,078	777,431	60%
30	Hoà Bình	509,270	789,000	65%	502,242	793,500	63%	677,669	799,300	85%	748,733	808,359	93%
31	Hưng Yên	415,587	1,131,200	37%	522,887	1,132,300	46%	613,309	1,150,400	53%	631,257	1,162,711	54%
32	Khánh Hoà	677,844	1,159,700	58%	671,120	1,167,700	57%	685,356	1,174,100	58%	689,043	1,186,664	58%
33	Kiên Giang	794,279	1,687,900	47%	752,551	1,703,500	44%	831,618	1,714,100	49%	837,285	1,732,443	48%
34	Kon Tum	336,399	432,900	78%	349,518	443,400	79%	374,503	453,200	83%	390,530	458,050	85%
35	Lai Châu	353,799	371,400	95%	363,809	382,400	95%	375,462	391,200	96%	391,390	395,386	99%
36	Lạng Sơn	343,426	733,100	47%	652,305	735,600	89%	660,976	741,200	89%	671,268	794,132	85%
37	Lào Cai	555,610	614,900	90%	564,173	626,200	90%	608,168	637,500	95%	611,074	644,322	95%
38	Lâm Đồng	699,357	1,189,300	59%	635,036	1,204,900	53%	678,366	1,218,700	56%	744,468	1,231,742	60%
39	Long An	732,634	1,438,500	51%	761,505	1,446,200	53%	890,024	1,449,600	61%	902,834	1,465,113	62%
40	Nam Định	665,571	1,826,300	36%	773,032	1,830,000	42%	794,219	1,833,500	43%	900,071	1,853,121	49%

41	Nghệ An	1,755,434	2,919,200	60%	1,794,775	2,917,400	62%	2,051,609	2,942,900	70%	2,109,619	2,974,393	71%
42	Ninh Bình	421,031	900,100	47%	607,339	900,600	67%	559,132	906,900	62%	606,312	916,605	66%
43	Ninh Thuận	215,155	565,700	38%	258,826	570,100	45%	296,204	569,000	52%	336,295	575,089	58%
44	Phù Thọ	612,071	1,316,700	46%	735,152	1,322,100	56%	949,269	1,326,000	72%	911,576	1,340,190	68%
45	Phú Yên	348,227	863,000	40%	457,080	868,500	53%	462,748	871,900	53%	480,558	881,230	55%
46	Quảng Bình	492,041	848,000	58%	532,165	849,300	63%	619,436	853,000	73%	613,029	862,128	71%
47	Quảng Nam	799,358	1,421,200	56%	976,298	1,425,100	69%	978,554	1,435,000	68%	1,112,591	1,450,356	77%
48	Quảng Ngãi	711,167	1,219,200	58%	725,096	1,218,600	60%	752,552	1,221,600	62%	783,609	1,234,673	63%
49	Quảng Ninh	615,232	1,146,600	54%	870,094	1,159,500	75%	874,183	1,163,700	75%	901,636	1,176,153	77%
50	Quảng Trị	346,341	599,200	58%	358,647	600,500	60%	430,605	604,700	71%	430,802	611,171	70%
51	Sóc Trăng	534,900	1,293,200	41%	695,123	1,300,800	53%	643,945	1,303,700	49%	838,957	1,317,651	64%
52	Sơn La	895,066	1,083,800	83%	1,070,073	1,092,700	98%	998,689	1,119,400	89%	1,036,276	1,131,379	92%
53	Tây Ninh	432,678	1,067,700	41%	392,366	1,075,300	36%	485,124	1,080,700	45%	534,706	1,092,265	49%
54	Thái Bình	876,298	1,784,000	49%	1,086,524	1,786,300	61%	1,140,302	1,786,000	64%	1,167,926	1,805,112	65%
55	Thái Nguyên	870,747	1,127,400	77%	796,543	1,131,300	70%	845,436	1,139,400	74%	920,049	1,151,593	80%
56	Thanh Hoá	2,108,972	3,405,000	62%	2,066,359	3,406,800	61%	2,472,752	3,412,600	72%	2,445,624	3,449,119	71%
57	TT Huế	723,854	1,088,700	66%	755,264	1,090,900	69%	831,186	1,103,100	75%	845,778	1,114,905	76%
58	Tiền Giang	648,890	1,673,900	39%	811,799	1,677,000	48%	893,153	1,682,600	53%	946,393	1,700,606	56%
59	Trà Vinh	707,370	1,004,400	70%	704,328	1,005,900	70%	582,998	1,012,600	58%	733,894	1,023,436	72%
60	Tuyên Quang	381,013	727,500	52%	567,818	728,900	78%	633,547	730,800	87%	650,135	738,620	88%
61	Vĩnh Long	592,401	1,029,800	58%	466,533	1,026,500	45%	545,304	1,028,600	53%	537,283	1,039,607	52%
62	Vĩnh Phúc	552,923	1,003,000	55%	564,733	1,008,300	56%	619,260	1,014,600	61%	617,569	1,025,458	60%

63	Yên Bái	389,337	743,400	52%	602,401	746,400	81%	639,362	758,600	84%	658,630	766,718	86%
64	Khối LL.VT				1.268,153		0%	1,268,153			1.300,000		
65	Ghi thu tại BHXH VN (DT hưu trí)	2,064,937											
	Tổng cộng	50,068,611	86,024,600	58.2%	52,407,090	86,927,700	60%	57,081,956	87,839,500	65%	59,310,125	88,824,998	66.8%

Ghi chú: Tỷ lệ dân số tham gia BHYT của một số tỉnh/thành phố tại phụ lục này có chênh với báo cáo của địa phương vì một số địa phương đã cộng số đối tượng tham gia BHYT là thân nhân của khối lực lượng vũ trang.

Phụ lục số 6: Ngân sách Nhà nước hỗ trợ đóng BHYT giai đoạn 2009 - 2012

Đơn vị: triệu đồng

STT	Chỉ số	Năm 2009		Năm 2010		Năm 2011		Năm 2012		Tổng NSNN hỗ trợ từ 2009-2012
		Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %	Số tiền	Tỷ lệ %	
I	Ngân sách Nhà nước đóng	4.460.668		9.808.976		12.018.154		15.176.566		41.464.364
1	Cán bộ hưởng trợ cấp NSNN	9.057	0,20	14.303	0,15	15.540	0,13	20.112	0,13	59.012
2	Người có công với cách mạng	379.253	8,50	641.820	6,54	750.479	6,24	981.307	6,47	2.752.859
3	Cựu chiến binh	77.202	1,73	148.107	1,51	162.379	1,35	214.764	1,42	602.452
4	Người tham gia KC chống Mỹ		-	11.422	0,12	14.793	0,12	17.204	0,11	43.419
5	Đại biểu Quốc hội, HĐND	26.535	0,59	44.541	0,45	46.140	0,38	62.772	0,41	179.988
6	Người hưởng trợ cấp BTXH	161.428	3,62	301.733	3,08	606.993	5,05	810.679	5,34	1.880.833
7	Người nghèo, DTTS vùng ĐBKK	3.276.320	73,45	5.088.043	51,87	6.401.027	53,26	7.647.300	50,39	22.412.690
8	Thân nhân người có công		-	16.491	0,17	29.171	0,24	36.315	0,24	81.977
9	Thân nhân LLVT, cơ yếu	264.655	5,93	559.797	5,71	139.675	1,16	876.274	5,77	1.840.401
10	Trẻ em dưới 6 tuổi	253.747	5,69	2.979.720	30,38	3.849.458	32,03	4.506.633	29,69	11.589.558
11	Người đã hiến bộ phận cơ thể		-		-		-	2	0,00	2
12	Người lao động bị ốm đau dài ngày		-	22	0,00	14	0,00	42	0,00	78
13	Lưu học sinh	12.471	0,28	2.978	0,03	2.484	0,02	3.164	0,02	21.097
II	Đối tượng đóng, NSNN hỗ trợ	76.349		923.690		541.624		1.761.276		3.302.939
1	Người thuộc hộ cận nghèo	76.349	100,00	136.896	14,82	181.203	33,46	699.483	39,71	1.093.931
2	Học sinh, sinh viên	-	-	786.794	85,18	360.421	66,54	1.061.793	60,29	2.209.009
3	Hộ N-L-N-ĐN mức sống trung bình									
	Tổng số (I + II)	4.537.017		10.732.666		12.559.778		16.937.842		44.767.303
III	Tổng thu bảo hiểm y tế toàn quốc	13.034.944		25.540.580		29.362.987		39.286.613		107.225.124
	% Chi từ ngân sách/Tổng thu BHYT	35		42		43		43		42

Phụ lục 7: Cân đối thu, chi Quỹ BHYT năm 2009-2012

Đơn vị: triệu đồng

STT	Chỉ tiêu	Năm 2009	Năm 2010	Năm 2011	Năm 2012
I	Số dư đầu năm	(655,484)	(3,083,010)	2,810,508	7,238,710
II	Điều chỉnh số dư quỹ năm trước	16,606	(1,556)	5,524	
III	Tổng thu Quỹ BHYT (tỷ đồng)	13,037,255	25,580,817	29,987,009	40,237,000
1	Thu của các đối tượng do tính thực hiện	13,034,945	21,630,339	25,946,365	9,337,000
2	BHXXH VN ghi thu		2,235,264	2,753,973	900,000
3	Thu từ NSNN		129,019	668,107	
4	Thu từ lãi đầu tư tài chính		12,491	585,746	
5	Thu khác	2,310	1,573,704	32,818	
IV	Tổng chi	15,481,387	19,685,743	25,564,331	34,584,000
1	Chi KCB BHYT: trong đó	15,481,387	19,080,604	24,712,071	33,419,000
	- Chi KCB trong quỹ của tỉnh		18,692,119	23,647,662	
	- Chi KCB vượt quỹ của tỉnh		388,485	1,064,409	
	- Chi KCB nội trú				
	- Chi KCB ngoại trú				
2	Chi phí quản lý		605,139	852,260	1,165,000
3	Chi khác				
V	Cân đối trong năm (III-IV)	(2,444,132)	5,895,074	4,422,678	5,653,000
VI	Lũy kế (I+II+III-IV)	(3,083,010)	2,810,508	7,238,710	12,891,710

Phụ lục 8: Chi phí KCB BHYT theo tuyến năm 2009-2012

(Đơn vị tính: nghìn đồng)

Chỉ số	Năm 2009		Năm 2010		Năm 2011		Năm 2012 (ước)	
	Số lượt KCB	Chi phí	Số lượt KCB	Chi phí	Số lượt KCB	Chi phí	Số lượt KCB	Chi phí
1. Tổng KCB BHYT chung	92.100.006	15.396.404.031	102.171.602	18.602.196.605	114.434.983	24.592.930.340	121.302.546	32.283.834.000
-Tuyến TW hoặc đa tuyến	3.527.361	3.697.706.747	3.453.523	4.009.139.653	3.938.546	5.184.610.284	4.146.931	6.889.930.452
-Tuyến tỉnh và tương đương	21.455.370	7.035.244.836	23.678.553	8.440.936.681	27.823.490	11.550.775.213	27.761.155	15.261.212.326
-Tuyến huyện và tương đương	41.956.706	3.956.173.605	43.225.100	5.113.812.281	48.827.595	6.641.629.322	52.890.403	8.593.075.661
-Tuyến xã	25.160.569	707.278.843	31.814.427	1.038.307.989	33.845.352	1.215.915.521	36.504.057	1.539.615.562
KCB BHYT nội trú	6.335.511	8.113.156.656	8.419.862	9.681.515.748	8.896.171	12.759.007.236	10.198.706	17.313.657.000
-Tuyến TW	648.887	2.498.648.555	673.443	2.712.431.483	778.032	3.602.742.327	914.184	4.888.832.161
-Tuyến tỉnh và tương đương	2.766.257	4.165.496.544	3.747.098	5.137.827.853	4.221.467	7.060.393.102	4.679.998	9.580.778.676
-Tuyến huyện và tương đương	2.853.588	1.429.762.042	3.837.280	1.816.567.099	3.795.601	2.080.045.502	4.473.454	2.822.570.259
-Tuyến xã	66.779	19.249.515	162.042	14.689.313	101.071	15.826.305	131.070	21.475.904
KCB BHYT ngoại trú	85.764.495	7.283.247.375	93.751.740	8.920.680.856	105.538.812	11.833.923.104	111.103.840	14.970.177.000
-Tuyến TW	2.878.474	1.199.058.192	2.780.080	1.296.708.170	3.160.514	1.581.867.957	3.232.747	2.001.098.291
-Tuyến tỉnh và tương đương	18.689.113	2.869.748.292	19.931.455	3.303.108.828	23.602.022	4.490.382.111	23.081.157	5.680.433.650
-Tuyến huyện và tương đương	39.103.118	2.526.411.563	39.387.820	3.297.245.182	45.031.995	4.561.583.821	48.416.949	5.770.505.402
-Tuyến xã	25.093.790	688.029.328	31.652.385	1.023.618.676	33.744.281	1.200.089.215	36.372.987	1.518.139.658
2. Bình quân số lượt KCB/thẻ BHYT	1,84		1,95		2,00		2,05	
- Lần KCB nội trú	0,13		0,16		0,16		0,17	
- Lần KCB ngoại trú	1,71		1,79		1,85		1,87	

Phụ lục số 9:
MỘT SỐ KIẾN NGHỊ VỚI QUỐC HỘI
VỀ SỬA ĐỔI, BỔ SUNG LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Quốc hội cần quan tâm một số vấn đề khi xem xét sửa đổi một số điều của Luật BHYT như sau:

1. Một số vấn đề chung

- Xây dựng cơ chế để khuyến khích tham gia BHYT theo hộ gia đình.
- Quy định cụ thể trách nhiệm của các bộ, ngành, chính quyền địa phương đối với việc thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT.
- Phân cấp việc quản lý quỹ BHYT cho tỉnh mạnh mẽ hơn để nâng cao sự chủ động của địa phương trong việc tăng tỷ lệ người dân tham gia BHYT, quản lý, sử dụng quỹ BHYT có hiệu quả, phục vụ quyền lợi người dân tốt hơn.
- Quy định cơ chế thống nhất giá dịch vụ y tế đối với bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc; quy định cụ thể về đầu thầu thuốc, vật tư y tế phục vụ KCB theo BHYT.
- Bổ sung cơ chế kiểm soát lạm dụng dịch vụ y tế, đặt công tác giám định BHYT đúng tầm, quy định cụ thể gói quyền lợi BHYT cơ bản mà người tham gia BHYT được hưởng.
- Điều chỉnh chính sách cùng chi trả với một số nhóm đối tượng (thân nhân liệt sĩ, đối tượng thuộc diện bảo trợ xã hội); quy định mức cùng chi trả tối đa đối với người tham gia BHYT.

- Nghiên cứu, sửa đổi quy định về thẻ BHYT có ảnh cho phù hợp.

2. Một số vấn đề cụ thể

a) Về đối tượng tham gia BHYT:

- Thu hẹp và sắp xếp hợp lý các nhóm đối tượng tham gia BHYT.
- Nghiên cứu, bổ sung chính sách hỗ trợ đối với đối tượng là người dân tộc kinh sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn, biên giới liên tục suốt từ những năm 60 tới nay.

b) Về mua thẻ BHYT và quản lý, sử dụng quỹ BHYT:

- Nghiên cứu, bổ sung nguồn mua BHYT cho người từ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng, cơ chế quy định nguồn nộp tiền mua BHYT cho phụ nữ trong thời gian nghỉ thai sản.
- Xem xét bổ sung cơ chế để mọi người hảo tâm có thể mua thẻ BHYT từ các đại lý BHYT, từ tổ chức BHYT nơi gần nhất để tặng cho người thân, bạn bè, người thuộc nhóm yếu thế, người có hoàn cảnh khó khăn ở các địa phương khác nhau trong cả nước.
- Bổ sung quy định cụ thể thứ tự ưu tiên trong việc phân bổ, sử dụng phần kết dư quỹ BHYT, đối với tỉnh có kết dư thì tỉnh được ưu tiên sử dụng một phần kết dư (bất kể là quỹ dự phòng trung ương kết dư hay bội chi); đồng thời, bổ sung quy định đối với tỉnh bị bội chi thì tỉnh phải sử dụng ngân sách địa phương để bù lại cho một phần trong số bội chi quỹ BHYT.
- Bổ sung quy định cụ thể tỷ lệ về trích nộp quỹ dự phòng tại trung ương, lập quỹ dự phòng ở địa phương, hội đồng quản lý quỹ tại tỉnh/thành phố.

- Sửa đổi quy định về thanh quyết toán, và tạm ứng, không nên lấy căn cứ là chi phí được quyết toán quý trước vì trên thực tế việc thanh quyết toán của quý trước thường chậm.

- Sửa đổi quy định về thời hạn thực hiện quyết toán quý theo hướng giảm từ 75 ngày tới mức thấp nhất có thể để tạo điều kiện thuận lợi cho cả cơ sở KCB BHYT và cơ quan BHXH.

- Quy định cụ thể về hợp đồng KCB giữa cơ quan BHXH và bệnh viện.

- Nghiên cứu, xem xét đề quy định theo hướng thanh toán quỹ BHYT đối với tất cả các trường hợp tham gia BHYT bị tai nạn giao thông hoặc không thanh toán đối với những trường hợp này.

c) Về cung ứng dịch vụ y tế:

- Quy định rõ thời gian được sử dụng giấy khai sinh, chứng sinh để đi KCB đối với trẻ em dưới 6 tuổi.

- Bổ sung cơ chế để không phân biệt KCB BHYT ban đầu ở tuyến xã và tuyến huyện, KCB BHYT ở bệnh viện đồng hạng hoặc ở cơ sở KCB ở tuyến dưới so với tuyến đăng ký KCB BHYT ban đầu không coi là trái tuyến, vượt tuyến; KCB ở các vùng giáp ranh giữa các tỉnh, huyện.

- Điều chỉnh quyền lợi được hưởng của người tham gia BHYT đối với một số dịch vụ y tế kỹ thuật cao và thuốc đắt tiền trên cơ sở số năm tham gia BHYT và phù hợp với mệnh giá thẻ BHYT.

- Quy định cụ thể, chi tiết hơn, công khai, minh bạch về cung ứng dịch vụ KCB BHYT.

d) Quản lý nhà nước về BHYT:

- Cần bổ sung quy định gắn trách nhiệm của Ủy ban nhân dân tỉnh/thành phố với vấn đề bồi chi, kết dư quỹ BHYT tại địa phương.

- Bổ sung quy định trách nhiệm của Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội trong việc triển khai BHYT đối với các nhóm đối tượng do bộ quản lý.

- Cần quy định rõ trách nhiệm của UBND cấp xã trong việc lập danh sách, xác nhận đối tượng tham gia BHYT của hộ gia đình trên địa bàn.

3. Vấn đề liên quan với quy định của Bộ Luật lao động (sửa đổi)

Luật BHYT quy định quỹ BHYT không thanh toán chi phí KCB do “tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp” (Điều 23), trong khi Bộ Luật lao động (sửa đổi năm 2012) lại quy định người sử dụng lao động chỉ thanh toán phần chi phí đồng chi trả và những chi phí không nằm trong danh mục do BHYT chi trả đối với người lao động tham gia BHYT (Điều 144). Vì vậy, khi sửa đổi Luật BHYT cần quan tâm xem xét để bãi bỏ quy định quỹ BHYT không thanh toán chi phí khám chữa bệnh do “tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp” cho phù hợp với Bộ Luật lao động (sửa đổi).