



Original Article

Health Insurance Policies in Vietnam

Mai Linh

VNU University of Social Sciences and Humanities, 336 Nguyen Trai, Thanh Xuan, Hanoi, Vietnam

Received 02 September 2021

Revised 18 October 2021; Accepted 20 October 2021

Abstract: Among the social security system's pillars, health insurance plays an important role in supporting people to enjoy medical examination and treatment and health care services. Health insurance is a form of community insurance applied in the field of medical examination and treatment and health care for all people. Since its creation, the health insurance system has been perfecting in terms of institution and policy in order to facilitate the implementation of healthcare services for the entire population, including people in need, people of ethnic minorities, people living in remote areas, people with disabilities, the elderly, children under 6, and people with chronic and hard-to-cure diseases... The article reviews a number of health insurance policies in Vietnam since 1992 and argues that Vietnam's health insurance policies have had many changes in the direction of being suitable for people's living conditions. In coming years, the goal of health insurance policies is to increase the coverage of health insurance to the entire population, especially to help those facing difficulties in society to get better health care and protection. The Law on Health Insurance, being organized and implemented by the State, has also been continuously adjusting with non-profit purpose. Accordingly, people are responsible to participate in accordance with the Law's provisions.

Keywords: Health insurance, health insurance policies, Vietnam.

* Corresponding author.

E-mail address: mailinh232000@yahoo.co.uk

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4359>

Chính sách bảo hiểm y tế ở Việt Nam

Mai Linh*

*Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội,
336 Nguyễn Trãi, Thanh Xuân, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 02 tháng 9 năm 2021

Chỉnh sửa ngày 18 tháng 10 năm 2021; Chấp nhận đăng ngày 21 tháng 10 năm 2021

Tóm tắt: Trong số các trụ cột của hệ thống an sinh xã hội, bảo hiểm y tế (BHYT) giữ vị trí quan trọng, hỗ trợ người dân thụ hưởng các dịch vụ khám chữa bệnh, chăm sóc sức khỏe khi đau ốm. BHYT là hình thức bảo hiểm mang tính cộng đồng chia sẻ sâu sắc, được áp dụng trong lĩnh vực khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân. Từ khi ra đời đến nay, hệ thống BHYT đã và đang được hoàn thiện, về thể chế, chính sách, tạo điều kiện triển khai các dịch vụ thăm khám y tế đối với toàn dân, kể cả những người nghèo, người vùng dân tộc thiểu số, vùng sâu vùng xa, người khuyết tật, người cao tuổi, trẻ em dưới 6 tuổi, người có bệnh mãn tính, nan y,... Bài viết tổng quan một số chính sách BHYT ở Việt Nam từ năm 1992 đến nay, để thấy được chính sách BHYT của Việt Nam có nhiều thay đổi theo hướng phù hợp với điều kiện sống của người dân. Trong thời gian tới, mục tiêu của các chính sách BHYT là tăng cường độ bao phủ BHYT tới toàn dân, đặc biệt giúp những người gặp khó khăn trong xã hội được bảo vệ và chăm sóc sức khỏe tốt hơn. Luật BHYT cũng ngày càng điều chỉnh, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật BHYT.

Từ khóa: Bảo hiểm, Chính sách BHYT, Việt Nam.

1. Mở đầu

Ngày 15/8/1992, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ban hành Nghị định số 299/HĐBT ban hành Điều lệ BHYT, khai sinh ra chính sách BHYT ở Việt Nam [1]. Qua tổng kết thí điểm ở những nơi đã và đang làm BHYT tự nguyện đều gặp không ít khó khăn và sắp vỡ quỹ. Do đó Điều lệ BHYT quy định, đối tượng tham gia BHYT bắt buộc là những cán bộ, công nhân viên chức và hưu trí ở các đơn vị thuộc khu vực hành chính sự nghiệp, người lao động khu vực sản xuất kinh doanh còn các đối tượng khác sẽ tham gia BHYT theo khả năng và nhu cầu tự nguyện như BHYT học sinh, BHYT nhân đạo,... [2].

Từ 1/9/1992, Bộ Trưởng Bộ Y tế ra Quyết định số 935/BYT-QĐ triển khai Nghị định số 299/HĐBT của Hội đồng Bộ Trưởng về việc ban hành Điều lệ BHYT [3]. Tại Quyết định này, Bộ Y tế quy định BHYT của cấp nào trực thuộc cấp đó; BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế; BHYT các tỉnh, thành phố trực thuộc các Sở Y tế; BHYT các ngành nào trực thuộc ngành đó. BHYT các tỉnh và ngành đều trực thuộc BHYT Việt Nam.

Nghị định 47/CP ngày 6/6/1994 của Chính phủ, về việc sửa đổi một số điều của Điều lệ BHYT ban hành theo nghị định số 299-HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng bộ trưởng [4]. Tiếp đó, Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ ban hành Điều lệ BHYT (thay thế

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: mailinh232000@yahoo.co.uk

<https://doi.org/10.25073/2588-1116/vnupam.4359>

Nghị định số 58/1998/NĐ-CP), mở rộng thêm quyền lợi cho người tham gia BHYT [5].

2. Lịch sử chính sách bảo hiểm y tế Việt Nam

2.1. Luật Bảo hiểm Y tế 2008

Tại Kỳ họp thứ 4, ngày 14/11/2008, Quốc Hội khóa II đã thông qua Luật BHYT [6]. Nội dung của Luật BHYT đã cơ bản khắc phục được những vướng mắc, tồn tại trong việc thực hiện chính sách tài chính y tế để từng bước tiến tới mục tiêu xây dựng nền y tế Việt Nam theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển. Luật BHYT gồm 10 Chương, 52 Điều, điều chỉnh các mối quan hệ liên quan tới chủ thể tham gia BHYT, quy định quyền và nghĩa vụ của các bên tham gia, trách nhiệm của Nhà nước, các cơ quan quản lý đối với chính sách xã hội quan trọng này. Luật BHYT được ban hành đã đánh dấu một bước tiến quan trọng trong hệ thống pháp luật về BHYT, là cơ sở pháp lý cao nhất để thể chế hóa quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước về phát triển BHYT toàn dân. Luật BHYT quy định rõ: “BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện”.

Trên lĩnh vực phát triển BHYT, Chỉ thị số 38-CT/TW ngày 7/9/2009 của Ban Bí thư Trung ương Đảng về Đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới nhấn mạnh: “BHYT là một chính sách xã hội quan trọng, mang ý nghĩa nhân đạo và có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc, được Đảng và Nhà nước ta hết sức coi trọng và luôn luôn đề cao trong hệ thống chính sách an sinh xã hội” [7].

2.2. Ngày bảo hiểm y tế Việt Nam

Để tuyên truyền Luật BHYT; khuyến khích, vận động nhân dân tham gia BHYT, tiến tới BHYT toàn dân; động viên và nâng cao ý thức, trách nhiệm của những người làm công tác BHYT và cán bộ, nhân viên ngành Y tế, ngày 16/06/2009, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 823/QĐ-TTg lấy ngày 01/7 hàng năm là “Ngày Bảo hiểm y tế Việt Nam” [8].

Ngày BHYT Việt Nam là dịp để đẩy mạnh công tác tuyên truyền, vận động nhân dân chung tay, góp sức thực hiện tốt Luật BHYT với lộ trình thực hiện BHYT toàn dân, vì sức khỏe của bản thân, gia đình và cộng đồng xã hội, vì an sinh đất nước. Đây cũng là dịp để quán triệt sâu sắc và nâng cao hơn nữa nhận thức về vị trí, vai trò, ý nghĩa của BHYT - một bộ phận quan trọng trong chính sách tài chính y tế quốc gia, một trong những phương thức xã hội hóa công tác y tế thông qua huy động đóng góp của người dân cùng với sự hỗ trợ của Nhà nước, tạo nguồn tài chính cho hoạt động chăm sóc sức khỏe nhân dân.

2.3. Luật Bảo hiểm Y tế năm 2014

Luật BHYT số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 của Quốc Hội bổ sung, sửa đổi một số điều của Luật BHYT có hiệu lực từ ngày 1/1/2015 [9]. Trong đó, nhiều quy định mới dựa trên cơ sở bảo đảm quyền lợi cho những người tham gia BHYT bao gồm:

i) Quy định bắt buộc tham gia BHYT: Luật BHYT quy định bắt buộc tham gia BHYT, cùng với quy định giảm mức đóng, Nhà nước hỗ trợ ngân sách cho một số nhóm đối tượng tham gia BHYT như: người nghèo, dân tộc thiểu số, người có công, trẻ em dưới 6 tuổi,...

ii) Quy định tham gia BHYT theo hộ gia đình: quy định tham gia BHYT theo hộ gia đình là một cách rất hiệu quả để tăng mức độ bao phủ BHYT, người dân được hưởng BHYT với những lợi ích rất rõ ràng. Cụ thể, khi tham gia BHYT theo hộ gia đình, người tham gia sẽ được giảm dần mức đóng từ thành viên thứ 2 trở đi. Ví dụ, người thứ nhất đóng mức 4,5% lương cơ bản (621.000 đồng/người/năm) thì người thứ hai, ba, tư lần lượt sẽ bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất. Từ người thứ 5 trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất;

iii) Về chính sách BHYT đối với trẻ em dưới 06 tuổi: Luật quy định trẻ dưới 6 tuổi được quỹ BHYT chi trả cho điều trị lác, cận thị, tật khúc xạ của mắt. Trong trường hợp trẻ đủ 72 tháng chưa đến kỳ nhập học thì thẻ BHYT sẽ có giá trị đến ngày 30 tháng 9 của năm đó;

iv) Tăng quyền lợi của người tham gia BHYT và mức hưởng BHYT: Bộ quy định cùng chi trả 5% với người nghèo, dân tộc thiểu số đang sinh sống ở vùng có điều kiện kinh tế, xã hội khó khăn và đặc biệt khó khăn; Bộ quy định cùng chi trả 20% với thân nhân người có công là cha mẹ đẻ, hoặc vợ/chồng, con của liệt sĩ, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ; giảm mức cùng chi trả từ 20% xuống còn 5% đối với thân nhân của người có công khác và người cận nghèo; người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng kinh tế khó khăn khi khám bệnh đúng tuyến sẽ được chi trả 100%. Quỹ BHYT thanh toán 100% chi phí khám chữa bệnh (KCB) khi người bệnh có thời gian tham gia BHYT từ 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả trong năm lớn hơn 6 tháng lương cơ bản (khoảng gần 7 triệu đồng), trừ trường hợp tự đi KCB trái tuyến. Quỹ BHYT thanh toán trong các trường hợp tự tử, tự gây thương tích, tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

v) Tăng chi trả nội trú, giảm chi trả vượt tuyến: Luật BHYT mới đã tăng sự hưởng lợi cho những người bệnh điều trị nội trú và giảm chi trả với người vượt tuyến là những điểm mới quan trọng, nhằm tạo sự yên tâm cho người bệnh khi phải điều trị tại bệnh viện. Ngoài ra, hạn chế được tình trạng người khám, chữa bệnh vượt lên tuyến trên, gây quá tải không cần thiết. Nếu trước đây khi điều trị bệnh nội trú trái tuyến, người bệnh được chi trả với các mức 30%, 50% và 70% viện phí (tùy theo hạng bệnh viện), thì từ ngày 1/1/2015 sẽ được BHYT chi trả thêm 10%. Nhưng nếu vượt tuyến lên bệnh viện Trung ương, người bệnh điều trị nội trú chỉ được chi trả 40%, còn vượt tuyến điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, mức chi trả sẽ là 60% chi phí. Riêng đối với người bệnh điều trị ngoại trú, nếu đúng tuyến sẽ được chi trả theo quy định cũ từ 5-20% (theo nhóm đối tượng), nhưng nếu người dân đi khám chữa bệnh vượt tuyến diện ngoại trú ở những bệnh viện thuộc tuyến tỉnh, tuyến trung ương sẽ không được BHYT thanh toán bất kì khoản chi phí nào, trong khi trước đây nếu đi khám vượt tuyến ở bệnh viện tuyến tỉnh được thanh toán 50%, còn vượt tuyến lên bệnh viện tuyến trung ương được thanh toán 30% [10];

vi) Mở thông tuyến khám chữa bệnh BHYT: đây là quy định hết sức quan trọng tạo điều kiện thuận lợi tối đa cho người tham gia BHYT trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế. Cụ thể, từ 1/1/2016 mở thông tuyến giữa xã, huyện trên cùng địa bàn tỉnh cho người tham gia BHYT, theo đó, người dân khi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu tại tuyến xã, phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện sẽ được quyền KCB tại tất cả các cơ sở y tế tuyến tương đương trong toàn tỉnh mà không bị tính chi phí trái tuyến (đồng chi trả thêm 10%) như trước đây. Với người thuộc hộ gia đình nghèo, người dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng khó khăn, huyện đảo, xã đảo có cơ chế được mở thông tuyến khám chữa bệnh từ xã, huyện, tỉnh lên Trung ương trên phạm vi cả nước;

Từ 1/1/2021 mở thông tuyến tỉnh trên toàn quốc và nâng mức hưởng đối với người tham gia BHYT tự đi điều trị nội trú tại tuyến tỉnh và Trung ương;

vii) Về việc quản lý và sử dụng quỹ BHYT: Luật cho phép các địa phương có kết dư quỹ BHYT được sử dụng 20% để hỗ trợ quỹ KCB cho người nghèo; hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế cho một số nhóm đối tượng phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của địa phương; mua trang thiết bị y tế phù hợp với năng lực, trình độ của cán bộ y tế; mua phương tiện vận chuyển người bệnh ở tuyến huyện. Trong thời hạn 1 tháng, kể từ ngày Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam thẩm định quyết toán, BHXH Việt Nam phải chuyển 20% phần kinh phí chưa sử dụng hết về cho địa phương. Từ ngày 01/01/2021, phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào quỹ dự phòng để điều tiết chung. Trách nhiệm của Ủy ban Nhân dân (UBND) các cấp, trong đó UBND cấp xã lập danh sách cấp thẻ BHYT cho các nhóm đối tượng; cấp thẻ BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi đồng thời với việc cấp giấy khai sinh, để nhằm giảm tối đa tình trạng cấp trùng thẻ BHYT [10].

2.4. Chỉ thị số 25/CT-BYT

Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành ngày 21/12/2020 về việc tiếp tục tăng cường công tác quản lý, nâng cao chất lượng KCB BHYT. Chỉ

thị của Bộ Y tế cho biết theo quy định tại khoản 6 Điều 22 Luật BHYT, từ ngày 1/1/2021, người tham gia BHYT khi đi KCB không đúng tuyến tại cơ sở khám chữa bệnh tuyến tỉnh sẽ được quỹ BHYT trả chi phí điều trị nội trú theo phạm vi quyền lợi và mức hưởng như trường hợp KCB đúng tuyến [11].

2.5. Chính sách mới về bảo hiểm y tế có hiệu lực từ 1/7/2021: 06 chính sách mới về bảo hiểm y tế có hiệu lực từ 01/7/2021 [8]

i) Thay đổi khái niệm “hộ gia đình tham gia BHYT”: Luật Cư trú 2020 chính thức có hiệu lực từ ngày 1-7-2021, theo đó, sửa đổi khái niệm hộ gia đình tham gia BHYT tại Luật BHYT 2008. Cụ thể, từ ngày 01/7/2021: hộ gia đình tham gia BHYT là những người cùng đăng ký thường trú hoặc cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú;

ii) Thêm đối tượng được cấp thẻ BHYT miễn phí: Theo quy định tại Khoản 8 Điều 3 Nghị định 146/2018/NĐ-CP thì người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật về người cao tuổi, người khuyết tật, đối tượng bảo trợ xã hội thuộc nhóm đối tượng tham gia BHYT do ngân sách nhà nước (NSNN) đóng. Điều này có nghĩa những đối tượng này sẽ được cấp thẻ BHYT miễn phí. Nghị định 20/2021/NĐ-CP về chính sách trợ giúp xã hội đối với đối tượng bảo trợ xã hội cũng có hiệu lực từ ngày 1-7-2021. Nghị định này bổ sung thêm một số trường hợp được cấp thẻ BHYT miễn phí, như:

- Người thuộc diện hộ cận nghèo chưa có chồng hoặc chưa có vợ; đã có chồng hoặc vợ nhưng đã chết hoặc mất tích theo quy định của pháp luật và đang nuôi con dưới 16 tuổi hoặc đang nuôi con từ 16 đến 22 tuổi và người con đó đang học văn hóa, học nghề, trung học chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học văn bằng thứ nhất quy định tại khoản 2 Điều 5 Nghị định 20/2021/NĐ-CP (người đơn thân nghèo đang nuôi con). Trước đây, chỉ có con của những người này mới được hỗ trợ thẻ BHYT;

- Người cao tuổi từ đủ 75 tuổi đến 80 tuổi thuộc diện hộ nghèo, hộ cận nghèo (không thuộc

diện hộ nghèo, không có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng hoặc có người có nghĩa vụ và quyền phụng dưỡng nhưng người này đang hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng) đang sống tại địa bàn các xã, thôn vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi đặc biệt khó khăn;

- Trẻ em dưới 3 tuổi thuộc diện hộ nghèo, hộ cận nghèo không thuộc đối tượng quy định tại các khoản 1, 3 và 6 Điều 5 Nghị định 20/2021/NĐ-CP đang sống tại địa bàn các xã, thôn vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi đặc biệt khó khăn;

- Người nhiễm HIV/AIDS thuộc diện hộ nghèo không có nguồn thu nhập ổn định hàng tháng như tiền lương, tiền công, lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội, trợ cấp xã hội hàng tháng;

Cũng theo Nghị định này, trường hợp một người thuộc diện được cấp nhiều loại thẻ BHYT thì chỉ được cấp một thẻ có quyền lợi cao nhất;

iii) Danh sách người có công và thân nhân được hưởng chính sách BHYT: Pháp lệnh Ưu đãi người có công với Cách mạng số 02/2020/UBTVQH14 chính thức có hiệu lực. Theo Pháp lệnh mới thì chính sách BHYT đối với người có công với cách mạng và thân nhân đã có sự thay đổi, đơn cử như trong Bảng 1.

Bảng 1. Thay đổi trong đối tượng hưởng BHYT

Đối tượng được hưởng BHYT hiện nay	Đối tượng được hưởng BHYT từ 01/7/2021
1. Cha đẻ, mẹ đẻ; vợ hoặc chồng; con từ đủ 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của người hoạt động cách mạng trước 01/01/1945 chết.	1. Vợ hoặc chồng, con từ đủ 06 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của người hoạt động cách mạng trước 01/01/1945.
2. Cha đẻ, mẹ đẻ; vợ hoặc chồng; con từ đủ 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật	2. Vợ hoặc chồng, con từ đủ 06 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc

nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945 chết.	biệt nặng của người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945.
3. Không có quy định.	3. Vợ hoặc chồng liệt sĩ lấy chồng hoặc vợ khác mà nuôi con liệt sĩ đến tuổi trưởng thành hoặc chăm sóc cha đẻ, mẹ đẻ liệt sĩ khi còn sống hoặc vì hoạt động cách mạng mà không có điều kiện chăm sóc cha đẻ, mẹ đẻ liệt sĩ khi còn sống.

iv) Thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT theo định suất: 01/7/2021 cũng là thời điểm áp dụng Thông tư 04/2021/TT-BYT hướng dẫn thanh toán chi phí khám, chữa bệnh BHYT theo định suất. Quỹ định suất là số tiền được xác định trước, giao cho cơ sở khám, chữa bệnh BHYT để khám, chữa bệnh ngoại trú cho người bệnh có thẻ BHYT trong phạm vi định suất, trong khoảng thời gian nhất định. Phạm vi định suất đối với các bệnh viện tuyến huyện trở xuống là toàn bộ chi phí khám, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT, trừ một số chi phí khác. Đối với các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương áp dụng đối với tất cả cơ sở có thẻ BHYT đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu và toàn bộ chi phí khám, chữa bệnh ngoại trú trong phạm vi định suất của người bệnh đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu phát sinh tại cơ sở, trừ một số chi phí khác;

v) Công khai giá thu dịch vụ KCB BHYT đối với người bệnh, người đại diện hợp pháp của người bệnh. Đây là nội dung được nêu tại Thông tư 05/2021/TT-BYT về quy định về thực hiện dân chủ trong hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập có hiệu lực từ ngày 01/7/2021. Theo đó, một trong những nội dung các bệnh viện công lập phải công khai đối với người bệnh, người đại diện hợp pháp của người

bệnh có thẻ BHYT đó là: giá thu dịch vụ khám, chữa bệnh BHYT. Có 3 hình thức công khai thông tin như sau:

- Niêm yết công khai, chạy thông tin trên bảng thông tin điện tử:

+ Các văn bản, bản vẽ, sơ đồ chỉ dẫn, dấu chỉ đường đến các khu vực, khoa, phòng và đơn vị trực thuộc trong đơn vị; các bản nội quy, quy định, giá các loại dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và giá các loại dịch vụ phục vụ người bệnh tại các địa điểm thuận lợi có nhiều người bệnh qua lại;

+ Việc niêm yết công khai phải thường xuyên, liên tục và kịp thời;

- Tổ chức thông tin, truyền thông, tư vấn về chế độ chính sách, những vấn đề có liên quan đến việc khám bệnh, chữa bệnh kể từ khi người bệnh mới đến phòng khám bệnh, phòng cấp cứu, buồng bệnh.

- Thông báo trực tiếp với người bệnh, người đại diện hợp pháp của người bệnh; tổ chức sinh hoạt hội đồng người bệnh của khoa, phòng và đơn vị.

vi) Chính sách BHYT với phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV: đây là nội dung tại Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) sửa đổi 2020 có hiệu lực từ ngày 01/7/2021;

Theo đó, phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV theo chỉ định chuyên môn được Quỹ BHYT, ngân sách nhà nước chi trả chi phí xét nghiệm như sau:

- Quỹ BHYT chi trả cho người có thẻ BHYT theo mức hưởng quy định của pháp luật về BHYT;

- Ngân sách nhà nước chi trả phần chi phí Quỹ BHYT không chi trả cho đối tượng quy định tại điểm a khoản này và chi trả cho người không có thẻ BHYT theo mức giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT. (Hiện hành Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) 2006 quy định phụ nữ mang thai tự nguyện xét nghiệm HIV được miễn phí) [6].

3. Thực trạng và các yếu tố tác động đến việc thực hiện chính sách

3.1. Thực trạng hoạt động và các kết quả đạt được sau khi Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi 2014 đến nay

i) Tỷ lệ tham gia BHYT đạt hơn 90%:

Số người tham gia BHYT tăng qua các năm, so với năm 2015 số người tham gia BHYT năm 2016 tăng nhiều nhất tới 11%, năm 2015 và 2017 mỗi năm tăng 6-7%, giai đoạn 2018-2020 duy trì mức tăng trên dưới 3% mỗi năm. Tính đến ngày 31/12/2020, số người tham gia BHYT là 87,97 triệu người, tăng 23,37 triệu người so với năm 2014 (tương ứng tăng 36%), đạt tỷ lệ bao phủ BHYT 90,85% dân số, vượt 0,15% so với chỉ tiêu BHYT của Thủ tướng Chính phủ giao tại Quyết định số 1167/QĐ-TTg ngày 28/6/2016; về đích trước thời hạn 4 năm theo mục tiêu Nghị quyết số 15-NQ/TW ngày 01/6/2012 của Ban Chấp hành Trung ương khóa XI, theo đó mục tiêu đến năm 2020 tỷ lệ bao phủ BHYT ở nước ta là 80%. Đây là tiền đề để cả nước phấn đấu sớm đạt được mục tiêu đến năm 2025 có 95% dân số tham gia BHYT, đến năm 2030 tỷ lệ tham gia BHYT là trên 95% như mục tiêu đặt ra tại Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII [12];

Còn khoảng 10% dân số còn lại chưa tham gia BHYT chủ yếu rơi vào nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình, nhóm được NSNN hỗ trợ mức đóng và một phần của nhóm do người lao động (NLĐ) và người sử dụng lao động (NSDLĐ) đóng, bao gồm: i) Những người tự đóng và tự đóng một phần không có thu nhập ổn định, người cận nghèo, hộ gia đình (HGĐ) nói chung và HGĐ làm nông nghiệp, lâm nghiệp và có mức sống trung bình; và ii) Người thuộc nhóm 1 trốn đóng BHYT.

ii) Tiếp cận dịch vụ KCB BHYT dễ dàng, thuận tiện

Quy định về việc các cơ sở KCB không phân biệt công hay tư nếu đủ điều kiện đều được ký hợp đồng KCB BHYT; tổ chức KCB BHYT ban đầu được ưu tiên thực hiện tại các cơ sở y tế tuyến huyện, xã đã góp phần phát triển mạng lưới cơ sở y tế tham gia KCB BHYT với số cơ

sở KCB ký hợp đồng KCB BHYT duy trì trong 5 năm tăng từ 2.000 lên đến 2.400 cơ sở và hơn 10.000 trạm y tế xã ký hợp đồng KCB BHYT thông qua bệnh viện huyện/ trung tâm y tế (TTYT) huyện, số cơ sở KCB tư nhân tham gia KCB BHYT cũng ngày càng gia tăng, gấp gần 4 lần so với năm 2010 [12];

Người tham gia BHYT có thể lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu tại tuyến huyện, tuyến xã phù hợp với nơi cư trú hoặc nơi làm việc, các quy định về KCB BHYT trái tuyến nhưng được hưởng quyền lợi như đúng tuyến, cũng như việc cải cách thủ tục hành chính, sử dụng thẻ BHYT để KCB trên ứng dụng VssID - BHXH số,... đã tạo điều kiện thuận lợi cho người tham gia BHYT trong tiếp cận dịch vụ y tế do giảm thủ tục hành chính mỗi khi người bệnh phải chuyển tuyến, góp phần thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế (DVYT) của người có thẻ BHYT;

iii) Đảm bảo quỹ BHYT chi trả từ các dịch vụ KCB cơ bản đến các dịch vụ kỹ thuật (DVKT) cao, chi phí lớn

Theo quy định của Luật BHYT sửa đổi, bổ sung, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 39/2017/TT-BYT quy định gói DVYT cơ bản cho tuyến y tế cơ sở do quỹ BHYT chi trả gồm 76 dịch vụ kỹ thuật KCB và 241 hoạt chất/thuốc được cung ứng tại trạm y tế xã, phường, thị trấn, phòng khám bác sĩ gia đình, trạm y tế quân dân y và phòng khám quân dân y. Đây là những DVYT cơ bản nhất để đảm bảo cung ứng, thực hiện KCB cho người dân tại cộng đồng nhưng thực tế số DVKT được phân tuyến thực hiện tại tuyến xã lên đến hơn 1000 dịch vụ, số hoạt chất thuốc được quy định sử dụng tại tuyến xã là hơn 300. Đối với bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương thì có đến hơn 9000 DVKT được phân tuyến thực hiện đã có quy định mức giá thanh toán BHYT và hơn 1.000 hoạt chất/thuốc được phép thanh toán theo chế độ BHYT;

Trong giai đoạn 2015-2019, số thu BHYT tăng qua các năm, tổng số thu từ tiền đóng của người tham gia BHYT của năm 2019, tăng 1,7 lần so với năm 2015. Với mức đóng bằng 4,5% mức tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hoặc

mức lương cơ sở,... tổng quỹ KCB BHYT của 5 năm là 360 nghìn tỷ; tổng số chi KCB BHYT là 427 nghìn tỷ [12];

Có thể thấy việc gia tăng chi phí KCB hàng năm, một phần do nhu cầu từ việc KCB của người tham gia tăng; mức đóng BHYT thấp, nhiều năm chưa điều chỉnh; quyền lợi BHYT được mở rộng theo các quy định được điều chỉnh của Luật BHYT sửa đổi, bổ sung và các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật,... Song song đó, việc điều chỉnh giá dịch vụ KCB BHYT mới, có kết cấu thêm tiền phụ cấp y tế đặc thù, tiền lương cũng như thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ, các cơ sở y tế chuyển dần sang tự chủ tài chính đã khuyến khích tăng cung ứng dịch vụ KCB khi chưa thực sự cần thiết cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến việc quỹ KCB BHYT mất cân đối thu chi trong năm;

iv) Đổi mới phương tiện, phương pháp giám định, thực hiện giám định điện tử nhằm hạn chế lạm dụng, đảm bảo sử dụng quỹ BHYT hiệu quả

Triển khai thực hiện Nghị quyết số 68/2013/QH13 ngày 29/11/2013 của Quốc hội, ngành BHXH Việt Nam đã thực hiện chỉ tiêu: “Trước năm 2018 hoàn thành việc liên thông hệ thống phần mềm công nghệ thông tin giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB nhằm cải tiến thủ tục hành chính trong KCB, nâng cao hiệu quả công tác giám định BHYT, quản lý, sử dụng quỹ BHYT”. Từ tháng 6/2016, BHXH Việt Nam đã ứng dụng công nghệ thông tin vào công tác giám định BHYT với việc đưa vào hoạt động Hệ thống thông tin giám định BHYT, thực hiện kết nối liên thông dữ liệu KCB của trên 12.280 cơ sở y tế từ tuyến xã đến Trung ương trên phạm vi toàn quốc. Việc kết nối tất cả các cơ sở y tế với Hệ thống đã góp phần thay đổi quy trình KCB tại cơ sở y tế, giúp người bệnh giảm thời gian làm thủ tục khi đến KCB, cập nhật kịp thời các thay đổi về thông tin trên thẻ BHYT, đặc biệt là gia hạn thẻ BHYT ngay khi đang điều trị, các thông tin về quyền lợi được hưởng trong mỗi lần KCB được cung cấp cho người bệnh ngay khi ra viện;

Với các cơ sở KCB, hệ thống đã cung cấp các chức năng giúp nhân viên y tế xác định chính xác thông tin, quyền lợi hưởng BHYT của người

bệnh; cung cấp cho các bác sĩ lịch sử KCB và các chỉ định, kết quả điều trị trước đó của người bệnh. Đặc biệt, việc công khai, minh bạch thông tin thường xuyên cùng với những cảnh báo, phân tích của cơ quan BHXH về sự bất thường trong thanh toán BHYT giúp các cán bộ quản lý bệnh viện điều chỉnh, giảm những nội dung chi quá mức cần thiết;

Với cơ quan BHXH, hệ thống đã cung cấp các chức năng theo dõi, hiển thị bằng các bản đồ, biểu đồ trực quan, các báo cáo được tự động cập nhật hàng ngày thông qua phần mềm giám sát giúp BHXH Việt Nam và BHXH các tỉnh có thông tin cập nhật, tổng quan, theo dõi tình hình sử dụng quỹ BHYT, thực hiện dự toán, đánh giá mức độ gia tăng tần suất KCB, chi phí ở từng tuyến, hạng bệnh viện và chi tiết đến từng cơ sở y tế, qua đó dễ dàng nhận định và phát hiện nhanh chóng các biến động, diễn biến giữa các kỳ, các tháng ở tất cả các cơ sở y tế; cảnh báo trực lợi từ người tham gia BHYT, cơ sở y tế và cập nhật các yêu cầu kiểm tra, giám sát từ Trung ương đến địa phương;

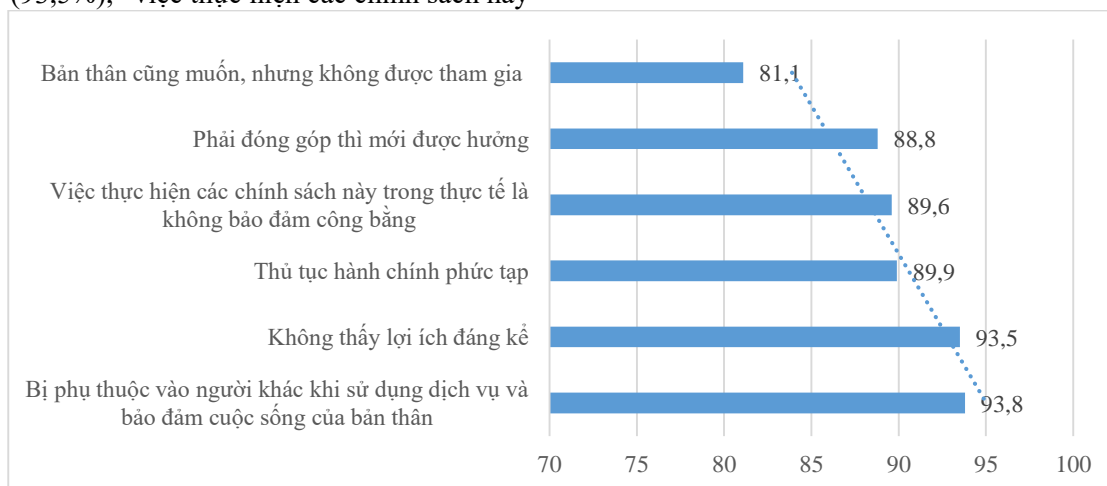
Do đó kiểm tra, xử lý kịp thời các trường hợp thanh toán sai quy định như: thanh toán DVKT không đúng với kỹ thuật đã thực hiện cho người bệnh; thanh toán thừa số lượng DVYT so với thực tế người bệnh được sử dụng, thanh toán trùng lặp, tách DVKT, thanh toán sai ngày giường phẫu thuật; DVKT, thuốc, vật tư y tế thanh toán không đúng điều kiện thanh toán; chỉ định bệnh nhân mắc bệnh nhẹ vào nội trú; KCB nhiều lần; cấp trùng thuốc,... Đồng thời, cũng kịp thời ngăn chặn các trường hợp lạm dụng BHYT như: Sử dụng thẻ BHYT của người khác đi KCB BHYT, sử dụng thẻ của người đã tử vong đi KCB; nhân viên y tế sử dụng thông tin thẻ BHYT của người đã tử vong, lập khống hồ sơ thanh toán BHYT,... [12].

3.2. Một số nguyên nhân người dân không tham gia bảo hiểm y tế

Theo Lê Quốc Lý [13], việc tham gia/ thụ hưởng các chính sách an sinh xã hội của người dân còn gặp nhiều khó khăn, cả khách quan và chủ quan. Về các trở ngại đối với việc tham gia

bảo hiểm y tế mà người dân chia sẻ, kết quả nghiên cứu cho thấy, có một số vấn đề khá rõ ràng. Với câu hỏi về lý do không tham gia bảo hiểm y tế, dành riêng cho nhóm đối tượng không tham gia/thụ hưởng chính sách bảo hiểm y tế, kết quả nghiên cứu cho thấy, các lý do được kể đến một cách phổ biến gồm: “không thấy lợi ích đáng kể” (93,5%), “việc thực hiện các chính sách này

trong thực tế là không bảo đảm công bằng” (89,6%), “bị phụ thuộc vào người khác khi sử dụng dịch vụ y tế và bảo đảm cuộc sống của bản thân” (93,8%), “Thủ tục hành chính phức tạp” (89,9%), “phải đóng góp thì mới được hưởng” (88,8%), và “bản thân cũng muốn, nhưng không được tham gia” (81,1%).



Biểu đồ 1. Các trở ngại đối với việc tham gia bảo hiểm y tế.

Nguồn: Lê Quốc Lý, 2014 [13].

Ngoài ra, theo Teramoto Minoru và các cộng sự [14], một số nhân tố tác động rào cản đến việc tiếp nhận và sử dụng thẻ BHYT, gồm: i) Nguyên nhân bên người tham gia (tình trạng kinh tế, phương tiện đi lại và người đi cùng, nhận thức về năng lực KCB của cơ sở y tế, nhận thức về chế độ, thủ tục); ii) Nguyên nhân từ bên cung cấp dịch vụ y tế (thiếu nhà chuyên môn y tế, thiếu thiết bị cơ sở vật chất, độ bao phủ thuốc (Chất lượng thuốc), chất lượng dịch vụ y tế, thủ tục); và iii) Nguyên nhân từ phía nhà sử dụng lao động (1) Tình trạng kinh tế; (2) Nhận thức; (3) Một số công ty, xí nghiệp không theo luật; (4) Chế độ, thủ tục.

Như vậy, từ cảm nhận của người dân, có thể thấy rất rõ những trở ngại quan trọng đối với việc thực thi chính sách bảo hiểm y tế trong thực tiễn. Các trở ngại này bao gồm từ những vấn đề về thủ tục hành chính, các thức thực hiện chính sách, ... đến hiệu quả thực tế của việc thực thi chính sách

và tâm lý trông chờ của người dân vào sự bao cấp của Nhà nước. Trong số các trở ngại này, việc bị phụ thuộc vào người khác khi sử dụng dịch vụ BHYT và không cảm nhận rõ lợi ích đáng kể của dịch vụ này là những lý do chiếm tỷ lệ lựa chọn khá cao.

Dịch Covid 19 đã làm giảm số người tham gia BHYT: do ảnh hưởng bởi dịch Covid-19 nhiều doanh nghiệp phải thu hẹp sản xuất. Nhiều người lao động mất việc làm, dẫn đến số lượng người tham gia BHXH, BHYT sụt giảm nghiêm trọng. Theo thống kê của các cơ quan chức năng, do ảnh hưởng của dịch bệnh Covid-19, có khoảng gần 50 ngàn người lao động đã ngưng tham gia BHYT. Do kinh tế khó khăn, việc làm không ổn định, thậm chí mất việc làm, nhiều trụ cột trong gia đình đã không đủ sức để nuôi gia đình, trang trải cuộc sống. Do đó, số lượng người dân tham gia loại hình BHYT hộ gia đình cũng giảm sút nhiều.

4. Kết luận

BHYT là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng để chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện, mọi đối tượng được quy định trong Luật BHYT đều có trách nhiệm tham gia BHYT. Có thể khẳng định việc tham gia BHYT vừa là quyền và cũng là nghĩa vụ của mọi công dân Việt Nam. Đảng và Nhà nước ta luôn đặt vấn đề chăm sóc sức khỏe người dân là vấn đề quan trọng, trong đó có mục tiêu là mở rộng độ bao phủ sử dụng BHYT hướng đến BHYT toàn dân. Thực hiện BHYT toàn dân có ý nghĩa giúp nhiều người trước khó khăn, rủi ro sức khỏe, để họ có cơ hội tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh khi cần. Trong những năm qua đã có nhiều cải cách để hoàn thiện trong việc thực hiện chính sách BHYT. Với ý nghĩa nhân đạo như vậy, hy vọng sẽ có nhiều cải tiến hơn nữa để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho toàn dân.

Kết quả thực hiện Luật BHYT sửa đổi, bổ sung từ 2014 đến nay cho thấy: cùng với ngân sách nhà nước, quỹ BHYT là nguồn tài chính công đóng góp đáng kể cho việc KCB của người tham gia BHYT, góp phần thực hiện mục tiêu công bằng trong chăm sóc sức khỏe Nhân dân và đảm bảo an sinh xã hội. Trong những năm tới ngành BHXH Việt Nam cần tiếp tục đề xuất sửa đổi Luật BHYT cho phù hợp, nhằm đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT, cũng như cân đối thu - chi để hướng tới phát triển một nền BHYT bền vững, góp phần củng cố vững chắc hơn nữa công tác chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Tài liệu tham khảo

- [1] Council of Ministers, Charter of Health Insurance, Decree No. 299/HDBT, dated 15/8/1992 (in Vietnamese).
- [2] D. V. Thang, Innovation and Development of Vietnam Social Insurance, Culture and Information Publishing House, 2014 (in Vietnamese).
- [3] Ministry of Health, Charter of Health Insurance, Decision No. 935/BYT-QD Implementing Decree No. 299/HDBT, dated September 1, 1992 (in Vietnamese).
- [4] Government, Amending a Number of Articles of the Charter of Health Insurance Promulgated According to Decree No. 299-HDBT dated August 15, 1992 of the Council of Ministers, Decree 47/CP of June 6, 1994 (in Vietnamese).
- [5] Government, Health Insurance Charter (replacing Decree No. 58/1998/ND-CP), Decree No. 63/2005/ND-CP dated May 16, 2005 (in Vietnamese).
- [6] National Assembly, Law on Health Insurance, Law No. 25/2008/QH12, dated 14/11/2008 (in Vietnamese).
- [7] Central Party Committee Secretariat, Promoting Health Insurance Coverage in the New Situation, Directive No. 38-CT/TW dated September 7, 2009 (in Vietnamese).
- [8] Prime Minister, Decision No. 823/QĐ-TTg on Vietnam Health Insurance Day dated June 16, 2009 (in Vietnamese).
- [9] National Assembly, Law on Health Insurance, Law No. 46/2014/QH13, dated June 13, 2014 (in Vietnamese).
- [10] T. Nhan, The Law on Health Insurance Revised Rights Benefit Participants, http://soytecaobang.gov.vn/syt/1317/32315/66450/565534/bao-hiem-y-te/luat-bhyt-bo-sung-sua-doi-mo-rong-quyen-loi-cho-nguoi-tham-gia-bhyt.aspx&sa=U&ved=2ahUKewifx_6Iqs7yAhWi8HMBHe_mDhAQFnoECAEQAQ&usg=AOvVaw2iewiAgrhznzAzX3FAZ34S7/, 2016 (accessed on: September 17th, 2021) (in Vietnamese).
- [11] Ministry of Health, Directive No. 25/CT-BYT on Continuing to Strengthen the Management, Improve the Quality of Medical Examination and Treatment Covered by Health Insurance, December 21, 2020 (in Vietnamese).
- [12] P. L. Son, 6 Years of Implementing the Law Amending and Supplementing a Number of Articles of the Law on Health Insurance: Outstanding Results, https://www.google.com/url?q=http://www.xaydungdang.org.vn/Home/bao_hiem_xa_hoi/2021/15187/6-nam-trien-khai-thuc-hien-Luat-sua-doi-bo-sung-mot.aspx&sa=U&ved=2ahUKewih356e4tLyAhX39nMBHTzqBhQQFnoECAIQAQ&usg=AOvVawljQdyw6tyTUzgDN9ATrbp4/, 2021 (accessed on: August 15th, 2021) (in Vietnamese).
- [13] L. Q. Ly, Social Security Policy: Situation and Solutions, National Political Publishing House, 2014 (in Vietnamese).
- [14] T. Minoru (ed.), N. T. M. Chau, N. T. C. Tram, L. T. My, Health Insurance Coverage and Usage in Vietnam (Mid-term report), Asian Economic Research Institute (IDE-JETRO), 2019 (in Vietnamese).