

XÂY DỰNG NỀN TẢNG VỮNG CHẮC THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

PHẠM LƯƠNG SƠN *

Đảng và Nhà nước ta định hướng thực hiện bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế toàn dân từ việc hoàn thiện chính sách cho đến công tác tổ chức thực hiện. Theo đó, chủ trương phát huy vai trò của bảo hiểm y tế và tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân được thể hiện nhất quán trong các nghị quyết của Đảng và từng bước được thể chế hóa, tập trung chỉ đạo thực hiện nhằm tạo nền tảng vững chắc hướng tới xây dựng nền an sinh bền vững trong tương lai.

Từ định hướng của Đảng

Từ đường lối đổi mới được đề ra tại Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VI của Đảng năm 1986, từ chủ trương đổi mới trên lĩnh vực y tế với phương châm “Nhà nước và nhân dân cùng làm”, năm 1989, cơ chế tài chính khám, chữa bệnh theo bảo hiểm y tế đã từng bước được thực hiện thí điểm tại nhiều địa phương, với các văn bản chỉ đạo thực hiện ở các cấp độ khác nhau. Đáp ứng yêu cầu thực tiễn liên tục phát triển, các văn bản chỉ đạo của Đảng về y tế, bảo hiểm y tế được ban hành, như Chỉ thị số 06-CT/TW, ngày 22-1-2002, của Ban Chấp hành Trung ương, về *Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở*; 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...*

Những năm tiếp theo, nhất là năm 2009, các văn bản chỉ đạo của Đảng về y tế nói chung và bảo hiểm y tế nói riêng ngày càng trở nên sâu sát hơn, đi vào những vấn đề cốt lõi, tập trung các vấn đề về biện pháp mở rộng diện bao phủ bảo hiểm y tế, chi phí, quản lý giá, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh,... thể hiện rõ tại: Kết luận số 42-KL/TW, ngày 1-4-2009, của Bộ Chính trị, về *Đổi mới cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối*

với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập; Kết luận số 43-KL/TW, ngày 1-4-2009, của Ban Chấp hành Trung ương, về 3 năm thực hiện Nghị quyết số 46-NQ/TW, của Bộ Chính trị khóa IX, 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 khóa IX, về *“Củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở”*.

Cụ thể hóa đường lối của Đảng về bảo hiểm y tế, tại kỳ họp thứ 3 và thứ 4 Quốc hội khóa XII, Luật Bảo hiểm y tế đã được các đại biểu Quốc hội cho ý kiến thảo luận và chính thức biểu quyết thông qua ngày 14-11-2008, có hiệu lực thi hành vào 1-7-2009. Ngày 7-9-2009, Ban Bí thư ban hành Chỉ thị số 38-CT/TW về *Đẩy mạnh công tác bảo hiểm y tế trong tình hình mới, tạo nguồn động lực mạnh mẽ cho công tác tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế nói chung và Luật Bảo hiểm y tế nói riêng.*

Tuy nhiên, quá trình thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế những năm tiếp theo đặt ra những yêu cầu mới. Nghị quyết số 15-NQ/TW, ngày 1-6-2012, của Ban Chấp hành Trung ương khóa XI, về *Một số chính sách xã hội giai đoạn 2012 - 2020*, kịp thời

* TS, Phó Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam

đưa ra những định hướng chỉ đạo: sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế, đổi mới công tác quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế, có chính sách khuyến khích người dân, nhất là người có thu nhập dưới mức trung bình tham gia bảo hiểm y tế. Nghị quyết số 21-NQ/TW, ngày 22-11-2012, của Bộ Chính trị, về *Tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế giai đoạn 2012 - 2020*, tiếp tục đưa ra những chỉ đạo mạnh mẽ hơn về phát triển bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Trong đó, đặt ra vấn đề "hoàn thiện hệ thống chính sách, pháp luật về bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế" coi đây là một trong những nhiệm vụ, giải pháp quan trọng.

Tiếp tục quá trình thể chế hóa quan điểm của Đảng, Nhà nước về chính sách bảo hiểm y tế, năm 2014, công tác hoàn thiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế được đẩy mạnh một cách tích cực, thể hiện cụ thể qua việc Quốc hội khóa XIII thông qua Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế tại kỳ họp thứ 7 với nhiều quy định mới. Tiêu biểu là quy định bắt buộc tham gia, tổ chức tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình, tiếp tục duy trì sự hỗ trợ của ngân sách nhà nước với một số nhóm đối tượng, mở rộng đối tượng được hỗ trợ (người sinh sống tại các xã đảo, huyện đảo, hộ gia đình làm nông, lâm, ngư nghiệp có mức thu nhập trung bình...). Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm tiếp tục được bảo đảm khoa học theo nguyên tắc đóng - hưởng, đặc biệt là những quy định về mức hưởng bảo hiểm y tế, như quy định gói dịch vụ y tế cơ bản, bổ quy định phân tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (thực hiện theo lộ trình, đến năm 2021 thông tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế toàn quốc), quy định mức hưởng ưu đãi với người tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục...

Những kết quả đạt được

Diện bao phủ tăng cao

Xuất phát từ những vấn đề thực tiễn được nghiên cứu, đánh giá một cách toàn diện thể

hiện qua kết quả giám sát thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế giai đoạn 2009 - 2012, Quốc hội đã ban hành Nghị quyết số 68/2013/QH13, ngày 29-11-2013, về *Đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân*. Trong đó, nêu rõ những yêu cầu về phát triển đối tượng, nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh ở cả địa phương và tuyến Trung ương (đầu tư phát triển y tế cơ sở, giảm tình trạng quá tải bệnh viện ở tuyến Trung ương), cải cách thủ tục hành chính, đẩy mạnh ứng dụng công nghệ - thông tin trong giám định, liên thông dữ liệu giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và các cơ sở y tế; đưa chỉ tiêu tham gia bảo hiểm y tế vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội hằng năm của các địa phương... Cũng tại Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội khóa XIII ban hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã khẳng định bảo hiểm y tế là loại hình bảo hiểm bắt buộc toàn dân; thông tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo lộ trình; có nhiều quy định mới về tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình với việc giảm trừ mức đóng khi có thành viên thứ hai trở đi tham gia bảo hiểm y tế, hưởng quyền lợi cao hơn với người có thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục từ đủ 5 năm trở lên... Quyết định số 583/QĐ-TTg, của Thủ tướng Chính phủ, ngày 29-3-2013, về *phê duyệt Đề án thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012 - 2015 và 2020* và sau đó là Quyết định số 1167/QĐ-TTg, của Thủ tướng Chính phủ, ngày 28-6-2016, về *việc điều chỉnh giao chỉ tiêu thực hiện bảo hiểm y tế giai đoạn 2016 - 2020*, nghị quyết của Quốc hội và những sửa đổi trong Luật Bảo hiểm y tế đã tạo động lực rất lớn cho công tác phát triển diện bao phủ bảo hiểm y tế giai đoạn từ 2013 đến nay. Năm 2013, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế cả nước chỉ đạt 68%; đến nay đã đạt gần 90%, tăng gần 22%, vượt khá cao so với chỉ tiêu của Quốc hội đặt ra cho đến năm 2020 (Nghị quyết của Quốc hội yêu cầu đến năm 2020 đạt ít nhất 80% dân số tham gia bảo hiểm y tế).

STT	Năm	Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế (%)	Số lượt khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (triệu lượt)
1	2009	58,2	92,1
2	2010	60	102,1
3	2011	65	114,4
4	2012	66,8	121,9
5	2013	69	129,6
6	2014	71,5	136,4
7	2015	76,5	130,1
8	2016	81,9	149,7
9	2017	85,6	168,8
10	2018	88,5	176,1
11	2019	89,8	152,1 (tính đến tháng 10-2019)

Hiện có 22 tỉnh, thành phố đạt tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế trên 90% dân số; các tỉnh, thành phố lớn đạt tỷ lệ bao phủ khá quan, từ 88% đến 90%, bao gồm Hà Nội, Bình Dương, Gia Lai, Nghệ An, Ninh Bình, Vĩnh Phúc... Giai đoạn trước 2009 - 2012, tỷ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế chỉ tăng từ 58,2% (năm 2009) lên 66,8% (năm 2012); sau 4 năm thực thi Luật Bảo hiểm y tế, chỉ tăng thêm 8,6% dân số tham gia bảo hiểm y tế, tương đương 9,24 triệu người, bình quân tăng 2,8%/năm. Nhìn vào các con số, có thể thấy giai đoạn từ 2013 đến nay, diện bao phủ bảo hiểm y tế đã có bước tăng trưởng đột phá, từng bước tiệm cận mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân. Năm 2012, toàn quốc có gần 11.400 đại lý thu bảo hiểm y tế tại 76% tổng số các xã trong cả nước để bán bảo hiểm y tế cho nhóm đối tượng tham gia tự nguyện, các hộ cận nghèo,... và gần 22.700 đại lý bảo hiểm y tế tại các trường học. Hiện nay, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đang duy trì hệ thống trên 12.140 đại lý thu với 36.384 điểm thu. Đây là cơ sở để diện bao phủ tiếp tục được duy trì đã tăng trưởng trong giai đoạn tiếp theo.

Bước tiến mới trong hiện đại hóa công tác giám định

Trước năm 2013, cơ quan bảo hiểm xã hội chỉ thực hiện giám định bảo hiểm y tế cho khoảng 20% tổng số hồ sơ bệnh án khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, số còn lại thanh toán theo đề nghị của bệnh viện. Một số địa phương thực hiện giám định hồ sơ thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo tỷ lệ. Tuy nhiên, phương pháp này cũng gặp nhiều khó khăn do cần phải có thời gian và cán bộ để lựa chọn, sắp xếp một số lượng lớn các hồ sơ bệnh án. Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội yêu cầu: Trước năm 2018, hoàn thành việc liên thông hệ thống phần mềm công nghệ - thông tin giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám, chữa bệnh nhằm cải tiến thủ tục hành chính trong khám, chữa bệnh, nâng cao hiệu quả công tác giám định bảo hiểm y tế, quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Để thực hiện mục tiêu trên, hàng loạt công việc được Bảo hiểm xã hội Việt Nam triển khai trong các năm qua. Đặc biệt, xây dựng phần mềm giám định bảo hiểm y tế bảo đảm thực hiện đúng theo quy trình giám định với trên 10 nghiệp vụ, thực hiện giám định 100%

số hồ sơ đề nghị thanh toán, tích hợp trên 300 quy tắc giám định căn cứ theo quy định, quy trình chuyên môn của Bộ Y tế, phát hiện các hồ sơ trùng lặp, sai mức hưởng, sai danh mục, sai giá, sai so với quy định của Bộ Y tế về khám, chữa bệnh, thống kê thanh toán bảo hiểm y tế. Công tiếp nhận, trao đổi thông tin giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở y tế cung cấp các tính năng quan trọng, như công cụ tra cứu, quản lý thông tuyến, chuyên tuyến, kiểm tra thẻ bảo hiểm y tế, thông báo kết quả giám định, theo dõi tình hình khám, chữa bệnh của cơ sở y tế và thống kê thanh toán bảo hiểm y tế; liên thông kết quả xét nghiệm, khai thác tiêu sử bệnh tật, kết quả điều trị của người bệnh khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; tránh trùng lặp chi định, tiết kiệm chi phí bảo hiểm y tế. Đào tạo, tập huấn sử dụng Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế cho trên 2.000 giám định viên và hàng trăm nhân viên các cơ sở y tế.

Năm 2018, Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế tiếp nhận và giám định 176,5 triệu hồ sơ điện tử; tỷ lệ liên thông dữ liệu trên toàn quốc đạt 95,12%; kết nối với 12.132 cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trong 5 tháng đầu năm 2019, tiếp nhận và giám định 72,2 triệu hồ sơ điện tử. Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế đang tiếp tục được phát triển, cập nhật các quy tắc giám định để nâng cao chất lượng, hiệu quả quản lý, sử dụng Quỹ Bảo hiểm y tế. Các chức năng của phần mềm ngày càng được hoàn thiện, đáp ứng yêu cầu giám định và quản lý chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngày một chặt chẽ hơn. Không chỉ hiện đại hóa công tác giám định bảo hiểm y tế, trong các năm qua, cùng với việc thực hiện Luật Bảo hiểm xã hội năm 2014, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, toàn ngành bảo hiểm xã hội đã nỗ lực xây dựng một kho dữ liệu lớn về người tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Bao gồm, rà soát, thống kê thông tin về người tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình, đồng bộ dữ liệu tham gia bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế, thực hiện cấp mã số bảo hiểm xã hội... Đây

là nguồn cơ sở dữ liệu quan trọng, bao gồm thông tin cá nhân, quá trình đóng - hưởng của trên 15 triệu người tham gia bảo hiểm xã hội, trên 12,8 triệu người tham gia bảo hiểm thất nghiệp, 85,14 triệu người tham gia bảo hiểm y tế. Cơ sở dữ liệu được quản lý tập trung, tạo nền tảng ứng dụng triệt để hơn các phần mềm nghiệp vụ và liên thông dữ liệu với các bộ, ngành.

Ngoài việc bàn giao số bảo hiểm xã hội cho người lao động, thẻ bảo hiểm y tế điện tử đang từng bước được triển khai, tạo thuận lợi lớn cho việc cắt giảm thủ tục hành chính khi đi khám, chữa bệnh bảo hiểm xã hội. Công tác giám định bảo hiểm y tế và thanh toán khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán chế độ ốm đau, thai sản, tử tuất... cũng vì vậy sẽ được quản lý một cách chặt chẽ, đồng bộ hơn, kịp thời phát hiện và ngăn ngừa hiệu quả các trường hợp trục lợi bảo hiểm y tế.

Với nguyên tắc "lấy số đông bù số ít", điện báo phủ bảo hiểm y tế tăng cao đem lại lợi ích thiết thực cho mỗi người tham gia; bên cạnh đó, việc quản lý sử dụng hiệu quả nguồn lực này giúp bảo đảm quyền lợi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người dân sẽ ngày càng tốt hơn. Thực tế, trong những năm qua, số lượt khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế không ngừng gia tăng: Năm 2012, có 121,9 triệu lượt khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; đến năm 2018, tổng số lượt khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế là trên 176 triệu lượt. Việc ứng dụng công nghệ - thông tin giúp công tác cấp thẻ bảo hiểm y tế được triển khai nhanh chóng hơn, rút ngắn thời hạn cấp mới cũng như cấp lại thẻ, thậm chí có thể cấp lại ngay khi người dân có yêu cầu (sửa thông tin hoặc mất, hỏng thẻ); với các trường hợp gia hạn không cần in lại thẻ, dữ liệu về đóng bảo hiểm xã hội được cập nhật trên hệ thống của cơ quan bảo hiểm xã hội và liên thông với cơ sở khám, chữa bệnh; các thủ tục khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người dân được cải thiện đáng kể, giảm thời gian chờ đợi. Với những tiện ích của Hệ thống thông tin giám định, ví dụ như liên thông kết quả xét nghiệm, cho phép khai thác tiêu sử bệnh tật,

kết quả điều trị của người bệnh bảo hiểm y tế, hạn chế trùng lặp chi định, ... góp phần rất lớn tiết kiệm chi phí cho Quỹ Bảo hiểm y tế cũng như số tiền đồng chi trả từ người bệnh.

Hướng tới mục tiêu phát triển bền vững

Với những kết quả đạt được về diện bao phủ, công tác tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế đã có được nền tảng tương đối vững chắc, tuy nhiên vẫn còn những hạn chế nhất định. Nhìn vào cơ cấu tham gia, số được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế vẫn chiếm tỷ trọng cao; tỷ lệ tham gia của nhóm được hỗ trợ đóng (hộ cận nghèo, học sinh, sinh viên, hộ gia đình nông, lâm, ngư nghiệp có mức sống trung bình) chưa ổn định, chưa đạt yêu cầu như mong muốn; tình trạng trốn đóng tại các doanh nghiệp vẫn còn xảy ra tương đối phổ biến; nhóm tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình chưa đạt kết quả khả quan dù đã có mức tăng trưởng hơn so với giai đoạn trước.

Với sự gia tăng về tỷ lệ bao phủ và nhất là lượt khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế hàng năm, công tác giám định bảo hiểm y tế và quản lý quỹ, khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế đang ngày càng phải đối mặt với nhiều áp lực. Mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế chưa tăng, trong khi tần suất sử dụng thẻ có xu hướng tăng cao, nhất là các nhóm bệnh mãn tính, đòi hỏi thời gian điều trị dài, chi phí điều trị lớn. Giá dịch vụ khám, chữa bệnh đã được điều chỉnh tăng theo lộ trình tính đúng, tính đủ, quá trình thực hiện cơ chế tự chủ tại các cơ sở y tế cũng là một yếu tố khiến công tác quản lý quỹ gặp nhiều thách thức hơn, tình trạng bội chi, chi vượt dự toán xảy ra tại nhiều tỉnh, thành phố... Đây là những khó khăn, thách thức đòi hỏi công tác xây dựng chính sách, pháp luật cũng như công tác tổ chức thực hiện giai đoạn tới phải có những giải pháp căn cơ, mang tính bền vững hơn. *Một mặt*, cần nâng cao hiệu quả truyền thông về bảo hiểm y tế cả về chiều rộng và bề sâu; nâng cao nhận thức của người dân, tạo sự chủ động tham gia, tăng cường ý thức chấp hành pháp luật bảo hiểm y tế của các cơ sở y tế; *mặt khác*, cần thực hiện triệt để hơn cơ

chế chuyển chi thường xuyên từ ngân sách nhà nước trực tiếp cho cơ sở khám, chữa bệnh sang hỗ trợ người dân tham gia bảo hiểm y tế gắn với lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế, bảo đảm nâng cao hơn nữa tỷ lệ tham gia ở nhóm hộ gia đình, học sinh, sinh viên, nhóm do chủ sử dụng và người lao động đóng...

Đề bảo đảm phát triển bền vững Quỹ Bảo hiểm y tế, công tác xây dựng chính sách, pháp luật khắc phục những hạn chế, bảo đảm quy định mức đóng bảo hiểm y tế phù hợp với thực tiễn; các quy định về giá dịch vụ khám, chữa bệnh, đầu thầu thuốc bảo hiểm y tế, vật tư y tế, ... cũng cần xây dựng, hoàn thiện tích cực hơn, phù hợp với yêu cầu từ thực tiễn, tạo thuận lợi cho tổ chức thực hiện. Ứng dụng công nghệ - thông tin bước đầu đạt được hiệu quả nhất định, dù vậy, trong bối cảnh cuộc Cách mạng công nghiệp lần thứ tư, quá trình hiện đại hóa đòi hỏi yêu cầu cao hơn, cung cấp nhiều hơn nữa những tính năng hữu ích tới người dân. Phát huy hiệu quả Hệ thống thông tin giám định bảo hiểm y tế, không ngừng nâng cấp phần mềm giám định cũng như các phần mềm nghiệp vụ có liên quan. Cần có tầm nhìn dài hạn, chủ động, sáng tạo ứng dụng các xu hướng công nghệ mới trong giám định, quản lý khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cung cấp các tính năng mới, hiệu quả hơn về thông kê, phân tích chi tiết cũng như dự báo phục vụ tổ chức thực hiện, xây dựng chính sách, pháp luật, đáp ứng yêu cầu khi tỷ lệ bao phủ và số lượt khám, chữa bệnh ngày một tăng cao. Nghị quyết của Quốc hội cũng đã đặt ra những mục tiêu cụ thể nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bao gồm cải thiện chất lượng dịch vụ y tế cơ sở, giảm tải với bệnh viện tuyến Trung ương, nâng cao y đức... Đây là những mục tiêu cần phải được thực hiện, tạo những chuyển biến mang tính đột phá mạnh mẽ hơn trong giai đoạn tới. Nâng cao quyền lợi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng là yếu tố tác động để nâng cao niềm tin của người dân, tạo nền tảng phát triển bảo hiểm y tế toàn dân bền vững. □