

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG PHÁT TRIỂN ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Nguyễn Thị Thúy Nga¹, Bùi Thị Mỹ Anh¹

TÓM TẮT

Tăng tỉ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) là một mục tiêu chính sách chính của Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng phát triển đối tượng tham gia BHYT theo quy định của Luật BHYT.

Nghiên cứu sử dụng nguồn số liệu thứ cấp và thông tin định tính thu thập từ cơ quan Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam và BHXH tại 7 tỉnh, thành phố đại diện theo các vùng sinh thái. Kết quả nghiên cứu cho thấy còn khoảng 13% (12,2 triệu dân) chưa tham gia BHYT. Nhóm chưa tham gia chủ yếu là lao động phi chính thức thuộc nhóm theo hộ gia đình (41,4% HGD chưa tham gia); nhóm HGD làm nông lâm ngư diêm nghiệp có mức sống trung bình; nhóm học sinh sinh viên và nhóm người lao động trong các doanh nghiệp. Nguyên nhân chủ yếu là do chế tài xử phạt chưa nghiêm; một số hộ gia đình không đủ khả năng chi trả; chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế; hoạt động đại lý BHYT chưa hiệu quả; và người dân thiếu kiến thức về BHYT.

Từ khóa: Bảo hiểm y tế, tổ chức triển khai, Luật Bảo hiểm y tế, Việt Nam

SUMMARY:

THE CURRENT SITUATION OF THE DEVELOPMENT OF HEALTH INSURANCE PARTICIPANTS UNDER THE HEALTH INSURANCE LAW IN VIETNAM

One of the major objectives in health policy in Vietnam is to increase the proportion of health insurance coverage in all groups in community. This study aims to assess the current situation of the development of health insurance participants under the Health Insurance Law in Vietnam.

The study used secondary data and qualitative information collected from the Vietnam Social Insurance Agency and Social Insurance in 7 cities/provinces represented by ecological regions. The main findings

showed that about 13% (12.2 million people) had not yet participated in health insurance. The non-participating group was mainly focused on the informal workers who belong to the group of households (41.4% of households are not involved), the group of households working in agriculture, forestry and fishery had an average living standard, the group of students and groups of workers in enterprises. The main reason was due to lack of strictly punished regulations, not afford to pay for health insurance cards in some households, the quality of health services at the primary care level was still limited, the health insurance agency activities did not work effectively and lack of knowledge about health insurance among people in community.

Keywords: Health insurance, Health Insurance Law, implementation, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là cơ chế chia sẻ rủi ro (risk-pooling) về tài chính khi khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT. BHYT xã hội là chương trình BHYT trong đó mức phí bảo hiểm thường được tính theo tỷ lệ thu nhập của người lao động, trong khi quyền lợi KCB được hưởng theo nhu cầu khám, chữa bệnh. Với định hướng thực hiện bao phủ chăm sóc sức khỏe và BHYT toàn dân, Nghị quyết số 20 của Ban chấp hành Trung ương ban hành ngày 25/10/2017 [1] đã nêu rõ mục tiêu: Đến năm 2025, tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 95% dân số. Tính đến thời điểm tháng 8/2018, tỷ lệ bao phủ dân số đạt 86,9%[2]. Tuy nhiên, việc tăng bao phủ BHYT cho các đối tượng còn lại (chủ yếu là lao động phi chính thức) đang là thách thức lớn, cần có chính sách phù hợp để thúc đẩy họ tham gia. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá thực trạng phát triển đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, và phân tích những khó khăn – vướng mắc trong việc phát triển đối tượng BHYT khi thực hiện Luật BHYT.

1. Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thúy Nga, Điện thoại: 0966132466, Email: ntt@huph.edu.vn

» Ngày nhận bài: 24/05/2019 | » Ngày phản biện: 31/05/2019 | » Ngày duyệt đăng: 07/06/2019

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết số liệu sẵn có và định tính. Nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội và 6 tỉnh đại diện cho 6 vùng kinh tế xã hội gồm: Lai Châu, Bắc Ninh, Thanh Hóa, Đắk Lắk, Cần Thơ và Đồng Nai.

Thu thập số liệu

Thời gian thu thập số liệu từ tháng 6-12/2018

Số liệu thứ cấp: Báo cáo tình hình thực hiện Luật BHYT và đề xuất sửa đổi, bổ sung của 63 tỉnh, thành phố; số liệu sẵn có tại các tỉnh thực hiện khảo sát.

Số liệu sơ cấp: Thu thập qua phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm các bên liên quan:

- Lãnh đạo Vụ BHYT (Bộ Y tế), Sở Y tế
- Cơ quan BHXH Việt Nam (Phòng Giám định bảo hiểm y tế, Phòng thu, Phòng cấp sổ/thẻ, Phòng Tài chính – Kế toán, Phòng Công nghệ thông tin, Bộ phận truyền thông) từ tuyến trung ương, tuyến tỉnh, huyện.
- Người dân tại cộng đồng (có thẻ và không có thẻ BHYT)

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng từ số liệu sẵn có của cơ quan BHXH, phiếu khảo sát 63 tỉnh thành phố: nhập số liệu bằng phần mềm Excel. Số liệu định tính từ các cuộc phỏng vấn sâu/thảo luận nhóm được gỡ băng và phân tích theo phương pháp mã mở có chủ đề.

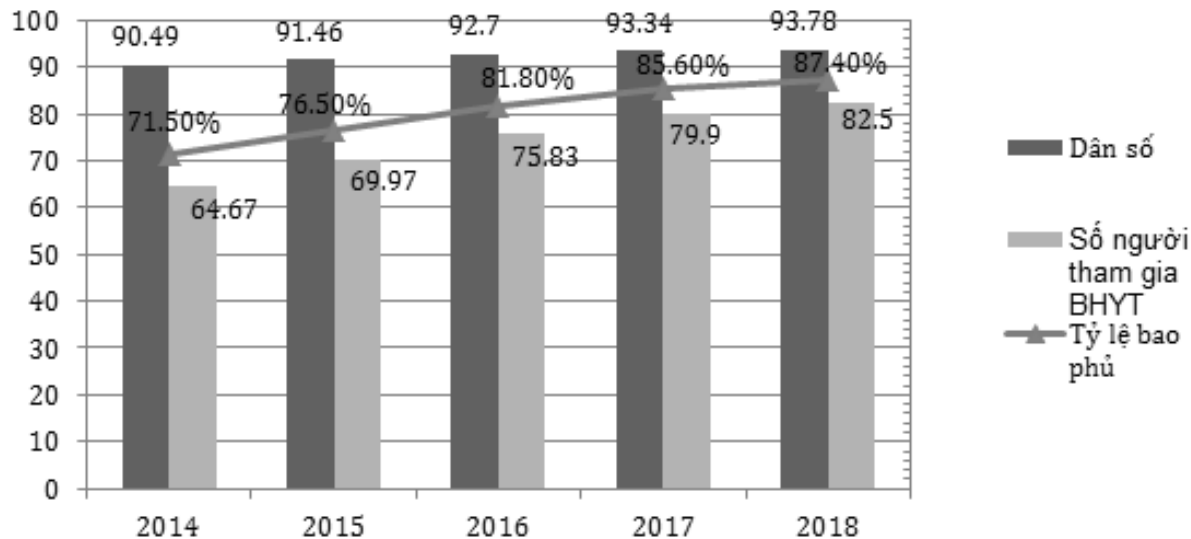
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Thực trạng đối tượng, mức đóng, trách nhiệm đóng BHYT

Đối tượng tham gia BHYT

Điều 12, Luật BHYT quy định đối tượng tham gia BHYT gồm 5 nhóm: 1) Nhóm do người lao động và sử dụng lao động đóng; 2) Nhóm do tổ chức BHXH đóng; 3) Nhóm do NSNN đóng; 4) Nhóm được NSNN hỗ trợ; và 5) Nhóm tham gia BHYT theo HGD. Các nhóm đối tượng được quy định trong Luật đã tham gia BHYT theo đúng lộ trình mở rộng đối tượng bao phủ BHYT. Tỷ lệ tham BHYT tăng dần theo các năm, từ 71,5% năm 2014 lên 87,6% (82,25 triệu người), năm 2018 [3] (Biểu đồ 1).

Biểu đồ 1: Tỷ lệ tham gia BHYT, 2014 – 2018 [2]



Tính đến thời điểm tháng 8/2018, tỷ lệ bao phủ dân số đạt 86,9%, còn khoảng 12,2 triệu dân (13%) chưa tham gia. Nhóm chưa tham gia chủ yếu là lao động phi chính thức thuộc nhóm theo hộ gia đình (41,4%

HGD chưa tham gia); nhóm HGD làm nông lâm ngư nghiệp có mức sống trung bình; Nhóm học sinh sinh viên và nhóm người lao động trong các doanh nghiệp [4] (Xem bảng 1).

Bảng 1: Số người tham gia BHYT theo nhóm đối tượng, 9/2018²

Đơn vị: Người

Nhóm đối tượng	Đối tượng đích (ước tính)	Thực hiện	Tỷ lệ
1. Nhóm do người lao động và sử dụng lao động đóng	13.257.552	12.594.674	95,0%
2. Nhóm do cơ quan BHXH đóng	3.047.068	3.047.068	100,0%
3. Nhóm do NSNN đóng	34.215.442	34.215.442	100,0%
4. Nhóm do NSNN hỗ trợ	17.718.356	16.566.663	93,5%
5. Nhóm tham gia BHYT theo hộ gia đình	25.194.844	14.765.663	58,6%
Cộng	93.433.261	81.188.991	86,9%

Thực tiễn quá trình triển khai phát triển đối tượng tham gia BHYT cho thấy một số nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tham gia BHYT thấp của một số nhóm đối tượng.

Đối với doanh nghiệp: Tình trạng trốn đóng, chậm đóng BHYT xảy ra ở hầu hết các địa phương [2]. Nguyên nhân có thể là do chế tài xử lý vi phạm còn quá nhẹ, chưa có tác dụng răn đe, công tác truyền thông chính sách còn hạn chế (TLN, Bắc Ninh, Bình Định). Ví dụ, người lao động đã đóng rồi, nhưng cơ quan, chủ lao động chưa đóng cho cơ quan BHXH hoặc đóng chậm. Hoặc đối với các đối tượng được hỗ trợ mức đóng trong trường hợp nguồn quỹ Nhà nước đóng chậm (TLN, Đồng Nai). Theo đề xuất từ một số địa phương, cần có quy định cụ thể về việc chậm đóng quỹ BHYT và quy định xử phạt rõ ràng.

Đối với học sinh, sinh viên (HSSV): Tỷ lệ tham gia BHYT của nhóm học sinh, sinh viên của các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề chưa cao (Ví dụ, 64% tại Bình Định). Nguyên nhân có thể là do mức phí của HSSV còn cao, trong khi phần hỗ trợ 30% từ ngân sách nhà nước như hiện nay là thấp, đặc biệt đối với hộ gia đình đông con (Gia Lai). Tỉnh Bắc Ninh đề xuất nên tăng mức hỗ trợ đóng từ 30% - 50% cho nhóm HSSV vì đây là nhóm phụ thuộc, tỷ lệ sử dụng BHYT cũng không cao. Tại Thanh Hóa, HSSV có thể lựa chọn tham gia BHYT tại trường hoặc theo hộ gia đình. Lý do là tham gia theo HGD để được giảm trừ với mức phí thấp hơn đóng tại trường.

Hộ gia đình NLN diêm nghiệp có mức sống trung bình: Nhà nước hỗ trợ các HGD làm nông lâm ngư diêm nghiệp có mức sống trung bình 30% nhưng lại không được

giảm trừ mức đóng, nên tổng mức đóng vẫn cao. Ngoài ra, việc xác định được chính xác đối tượng này cũng rất khó khăn (TLN, Lai Châu, Thanh Hóa). Ví dụ tại Bình Định, tỷ lệ hộ gia đình NLN có mức sống trung bình mới đạt 8.3% so với đối tượng phải tham gia. Tại Hải Phòng, ngoài ngân sách trung ương, thành phố hỗ trợ nhóm này thêm 20% cũng chỉ mới đạt 50,5%.

BHYT theo hộ gia đình: Điều 13, Luật BHYT quy định: “Tất cả thành viên thuộc hộ gia đình... phải tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng được giảm dần từ thành viên thứ hai trở đi” [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ tham gia BHYT theo hộ gia đình còn thấp do một số nguyên nhân. Thứ nhất là chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế, nhất là đội ngũ y, bác sĩ còn thiếu dẫn đến chưa thu hút được người dân tham gia BHYT [6]. Thứ hai, do điều kiện kinh tế của một số gia đình, đặc biệt hộ gia đình đông người còn khó khăn, chưa đủ khả năng tham gia cả hộ cùng một thời điểm [2]. Theo kết quả điều tra hộ gia đình tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội, tỷ lệ HGD sẵn sàng chi trả với mức đóng hiện tại là 48,8% [7]. Ngoài ra, hoạt động đại lý thu BHYT chưa thực sự hiệu quả, còn thụ động. Đa số cán bộ làm nhân viên đại lý thu là cán bộ kiêm nhiệm của bưu điện hoặc của UBND phường, xã, thị trấn, thiếu kỹ năng truyền thông, vận động chính sách BHYT (TLN, Đồng Nai, Gia Lai, Quảng Trị). Hơn nữa, nhận thức của nhiều hộ gia đình về chính sách BHYT còn hạn chế [2]. Nhiều địa phương phản ánh về tình trạng vượt quỹ KCB của nhóm BHYT theo HGD do lựa chọn ngược khi mua BHYT, tức là khi có người ốm, hoặc có dấu hiệu bệnh tật thì mới đi mua BHYT (TLN, Bắc Ninh, Đồng Nai, Hải Phòng).

² Công văn số 3681/BHXH-CSYT bổ sung nội dung báo cáo tình hình thực hiện chế độ chính sách BHYT ngày 20/9/2018

Kinh nghiệm quốc tế

Hỗ trợ mức phí tham gia BHYT từ nguồn NSNN:

Đa số các nước thành công trong bao phủ BHYT đến nhóm khó tiếp cận như lao động phi chính thức bằng việc áp dụng tham gia bắt buộc và hỗ trợ đóng phí từ NSNN, có thể toàn bộ hay một phần. Ví dụ, Trung Quốc, chương trình BHYT nông thôn mới cho người dân nông thôn trợ cấp 85% mức đóng BHYT và đạt tỷ lệ bao phủ trên 90%. Tại Thái Lan, chương trình “BHYT toàn dân” dành cho toàn bộ dân số chưa có thẻ BHYT (chủ yếu là đối tượng phi chính thức) bao phủ 49 triệu người (76% dân số) với nguồn quỹ trích từ NSNN; Hàn Quốc cũng sử dụng NSNN để hỗ trợ một phần mức đóng BHYT cho người lao động phi chính thức [8]. Dùng NSNN để bao phủ khu vực lao động phi chính thức có nhiều lợi ích, bao gồm giảm bớt công việc hành chính về phân loại, xác định thu nhập, thu đóng và tránh nguy cơ lựa chọn ngược. Tuy nhiên, cần xem xét tác động tới NSNN. Philippines giải quyết vấn đề này thông qua việc tăng NSNN từ nguồn thu thuế các hàng hóa như rượu, bia, thuốc lá để hỗ trợ mức đóng BHYT [8].

Tham gia BHYT theo hộ gia đình cũng là giải pháp được nhiều nước áp dụng để tăng nhanh độ bao phủ BHYT, tăng tính chia sẻ rủi ro và giải quyết vấn đề lựa chọn ngược. Thông thường, trong mô hình này có sự tham gia của các thành viên chính của người lao động, gồm vợ, chồng và con. Ví dụ như tại Philippines, thành viên hộ gia đình bao gồm vợ/chồng, con dưới 21 tuổi, bố/mẹ trên 60 tuổi và con hoặc bố mẹ ở bất kỳ tuổi nào nếu bị tàn tật [9].

Nhờ giảm tỷ lệ dân số tham gia tự nguyện mà mô hình này giảm được rủi ro lựa chọn ngược. Ví dụ ở Nhật, chế độ bảo hiểm được mở rộng cho người phụ thuộc của người lao động chính thức ngay từ đầu năm 1939. Hàn Quốc cũng áp dụng hình thức tham gia theo gia đình từ rất sớm. Ở Thái Lan, chương trình BHYT cho công chức và người phụ thuộc [8, 9].

Tăng cường hệ thống thông tin quản lý và đóng phí:

Trốn đóng BHYT cũng là một vấn đề ở Philipines trong khối doanh nghiệp nhỏ, với tỷ lệ chỉ có 30% doanh nghiệp đóng BHYT. Hệ thống thông tin tốt, quản trị và tổ chức tốt khâu thu đóng phí có ý nghĩa sống còn với việc tuân thủ BHYT [9].

Thông tin, giáo dục và truyền thông: Quyết định tham gia và sử dụng BHYT bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi các

yếu tố nhận thức, giáo dục và văn hóa. Ví dụ tại Indonesia, rào cản chính trong việc tham gia BHYT là do thiếu thông tin về BHYT. Do đó, việc truyền bá thông tin và tiếp thị xã hội đóng vai trò thực sự quan trọng trong việc mở rộng BHYT ở một số nước như Trung Quốc và Thái Lan [9].

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Để tăng cường tuân thủ tham gia BHYT đối với **nhóm doanh nghiệp và do NSNN đóng**, nên có quy định rõ khái niệm trốn đóng, chậm đóng BHYT, chế tài rõ ràng và đủ mạnh để xử phạt trường hợp này. Ngoài ra, cần có hệ thống thông tin để quản lý, kiểm tra tình trạng tham gia BHYT và tổ chức tốt khâu thu đóng phí.

Đối với nhóm tham gia BHYT theo HGD: Để khuyến khích tài chính, thúc đẩy hộ gia đình tham gia BHYT tại cùng một thời điểm, NSNN nên xem xét hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng tham gia theo hộ gia đình. Cần có những nghiên cứu sâu hơn về mức hỗ trợ và tăng nguồn NSNN hỗ trợ mức đóng BHYT cho đối tượng này từ nguồn thuế của những hàng hóa như rượu, bia và thuốc lá. Để đảm bảo chia sẻ rủi ro giữa các thành viên trong hộ gia đình vẫn nên giữ nguyên quy định bắt buộc cả hộ gia đình tham gia cùng một thời điểm.

Cần có nghiên cứu thêm về việc thống nhất các nhóm hiện đang tham gia theo hộ gia đình (Hộ gia đình nghèo, hộ gia đình cận nghèo, hộ gia đình NLN diêm nghiệp và nhóm tham gia theo hộ gia đình) thành một nhóm tham gia theo hộ gia đình vì bản chất giống nhau, chỉ khác về nguồn kinh phí đóng.

Ngoài ra, cần nghiên cứu thêm về khái niệm “hộ gia đình” để xác định thành viên tham gia BHYT theo hộ gia đình được cụ thể và rõ ràng hơn.

Để tăng mức độ bao phủ BHYT đối với nhóm HSSV, nên nâng mức hỗ trợ mức đóng từ NSNN. Theo kinh nghiệm quốc tế, đối tượng HSSV là đối tượng phụ thuộc và tham gia theo hộ gia đình. Bởi vậy, Việt Nam nên nghiên cứu thêm về khả năng cho phép học sinh, sinh viên được tự chọn tham gia theo trường học hoặc theo hộ gia đình. Từng bước, chuyển đối tượng học sinh, sinh viên sang tham gia theo hộ gia đình (kể cả đối tượng chính thức và phi chính thức) vì đây cũng là đối tượng phụ thuộc. Thay đổi phương thức đóng BHYT HGD theo hướng người lao động đóng cho người phụ thuộc trong gia đình [2].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban chấp hành Trung ương, *Nghị quyết 20/NQ-TU về tăng cường công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân*. 2017.
2. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình triển khai thực hiện Luật BHYT giai đoạn 2015-2018*. 2018.
3. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo số 5265/BC-BHXH kiểm điểm công tác chỉ đạo, điều hành năm 2018*. 2018.
4. Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, *Báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách BHYT*. 2018.
5. Assembly, V.N., *Amended Health Insurance Law*. 2014.
6. Nguyễn Thị Thúy Nga, G. FitzGerald, and M. Dunne, *Family-Based Health Insurance for Informal Sector Workers in Vietnam: Why Does Enrolment Remain Low?* Asia-Pacific Journal of Public Health, 2018.
7. Nguyễn Thị Thúy Nga, G. FitzGerald, and M. Dunne, *Family-Based Social Health Insurance for Informal Workers in Vietnam: Willingness to Pay and Its Determinants*. Asia-Pacific Journal of Public Health, 2018. **30**(6): p. 512-520.
8. Bonfert, A., A. Martin, and J. Langenbrunner, *Closing the Gap – The Global Experience Providing Health Insurance Coverage for Informal Sector Workers*, in *The Informal Sector Conference*. 2013: Yogyakarta, Indonesia.
9. World Bank, *Moving Towards Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam: Assessment and Options*. 2014.

