

**BỘ Y TẾ**

**BÁO CÁO TỔNG KẾT, ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN  
LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ GIAI ĐOẠN 2015-2020**

## **ĐÁNH GIÁ THỰC HIỆN LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ GIAI ĐOẠN 2015-2020**

Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII, kỳ họp thứ 4 thông qua ngày 14/11/2008, có hiệu lực từ ngày 1/7/2009 và được triển khai trên phạm vi toàn quốc từ ngày 1/1/2010. Luật Bảo hiểm y tế được ban hành đã đánh dấu một bước quan trọng trong hệ thống pháp luật về bảo hiểm y tế (BHYT), là cơ sở pháp lý thể chế hoá quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước trong việc thực hiện chính sách tài chính y tế công thông qua BHYT toàn dân, thực hiện mục tiêu chăm sóc sức khỏe cho người dân theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

Ngày 13 tháng 6 năm 2014, Quốc hội ban hành Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế năm 2008, có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2015. Đây là một bước tiến quan trọng trong quá trình xây dựng, hoàn thiện chính sách, pháp luật về BHYT và tác động tích cực đến chức thực hiện chính sách BHYT. Những điểm mới nổi bật được điều chỉnh bổ sung trong Luật số 46/2014/QH13 là: (1) Xác định BHYT là hình thức bảo hiểm bắt buộc; (2) Phân nhóm đối tượng tham gia BHYT theo trách nhiệm đóng BHYT, trong đó có nhóm tham gia theo hộ gia đình là nhóm tham gia BHYT tự nguyện trước đây; (3) Thông tuyến huyện từ năm 2016 và thông tuyến tỉnh năm 2021; (4) Quy định Bộ Y tế ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật; (5) .....Sau khi Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật BHYT được ban hành, Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, các Bộ, ngành xây dựng, trình ban hành và ban hành các văn bản hướng dẫn thực hiện theo thẩm quyền.

Báo cáo tổng kết, đánh giá thực hiện Luật BHYT giai đoạn 2015-2020 (06 năm), tập trung vào thực hiện Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT, được tổng hợp từ báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố, Sở Y tế các tỉnh, thành phố, một số cơ sở khám chữa bệnh, nghiên cứu đánh giá kết quả thực hiện Luật BHYT và các nghiên cứu có liên quan, cũng như ghi nhận từ thực tế tại các địa phương, đơn vị trên cả nước. Báo cáo này cũng đề xuất những nội dung cần được điều chỉnh, những vấn đề cần bổ sung trong thực hiện Đề án Luật BHYT sửa đổi.

### **PHẦN I KẾT QUẢ THỰC HIỆN LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

#### **I. TỔ CHỨC TRIỂN KHAI**

##### **1. Công tác xây dựng văn bản hướng dẫn thực hiện Luật BHYT**

Ngay sau khi Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT được Quốc hội thông qua, Bộ Y tế đã chủ trì xây dựng, trình ban hành và ban hành kịp thời, đồng bộ các văn bản hướng dẫn thực hiện Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT thuộc trách nhiệm của Bộ Y tế. Đã có 03 Nghị định được ban hành; 02 Thông tư liên tịch Bộ Y tế, Bộ Tài chính; 10 Thông tư của Bộ Y tế, các

Thông tư của các Bộ Tài chính, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an; các quyết định của Bộ Y tế liên quan đến ứng dụng công nghệ thông tin, quy trình chuyên môn trong KCB; Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã ban hành các Quyết định, các văn bản hướng dẫn về: mẫu thẻ BHYT, quy trình giám định BHYT, quản lý thu BHYT, hệ thống thông tin giám định BHYT, thanh tra đóng BHYT, kiểm tra BHYT, thanh toán chi phí khám chữa bệnh, các biểu mẫu.

Cùng với các văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thi hành Luật BHYT, các văn bản hướng dẫn tổ chức thực hiện, Bộ Y tế đã chủ trì, phối hợp với BHXH Việt Nam xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ ban hành Chỉ thị số 05/CT-TTg ngày 02/4/2015 về tăng cường thực hiện chính sách BHXH và BHYT; Quyết định số 1167/QĐ-TTg ngày 28/6/2016 về việc điều chỉnh giao chỉ tiêu thực hiện BHYT giai đoạn 2016-2020 mới chỉ tiêu có trên 90% dân số tham gia BHYT (cao hơn chỉ tiêu được Quốc hội giao tại Nghị quyết số 68/2013/QH13).

Trong quá trình thực hiện Luật và các văn bản quy phạm pháp luật về BHYT, Bộ Y tế, các Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Bộ Tài chính, Bộ Lao động Thương binh và xã hội, Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bảo hiểm xã hội Việt Nam, các ngành đã ban hành một số lượng đáng kể các công văn hướng dẫn, giải quyết vướng mắc, bất cập phát sinh trong quá trình thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT.

Tại các địa phương, theo chức năng, nhiệm vụ được quy định tại Luật BHYT và các văn bản có liên quan, các cấp ủy Đảng, chính quyền, ban, ngành, hội đoàn thể các địa phương đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo và hướng dẫn thực hiện Luật BHYT trên địa bàn tỉnh, thành phố. Các văn bản được ban hành kịp thời, phù hợp với thực tiễn địa phương, tháo gỡ được khó khăn, tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện chính sách, pháp luật BHYT tại các địa phương.

Nhìn chung, các văn bản quy phạm pháp luật, văn bản chỉ đạo, hướng dẫn thực hiện Luật BHYT được ban hành kịp thời, đồng bộ, đảm bảo chất lượng và đáp ứng các yêu cầu trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT.

## **2. Công tác tuyên truyền, phổ biến Luật và các văn bản hướng dẫn**

Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội giao nhiệm vụ cho Chính phủ: "Phát huy trách nhiệm của các cấp, các ngành, chính quyền địa phương, Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức xã hội trong việc tuyên truyền, vận động nhân dân chủ động thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT, tham gia BHYT, tiến tới BHYT toàn dân"

Chính phủ đã chỉ đạo Bộ Y tế thực hiện công tác tuyên truyền trong phạm vi chức năng nhiệm vụ của mình, Thủ tướng Chính phủ giao BHXH Việt Nam chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan thực hiện việc tuyên truyền, phát triển BHYT, tiến tới BHYT toàn dân

Thực hiện quy định của Luật BHYT, Bộ Y tế thực hiện các hoạt động tuyên truyền, phổ biến chính sách pháp luật về BHYT với nhiều hình thức khác nhau. Các hình thức chủ yếu bao gồm: Truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng, đối thoại chính sách, giao lưu trực tuyến, tọa đàm, phóng sự, tổ

chức các chuyên đề về BHYT trên các đài phát thanh, truyền hình, các báo điện tử...; Tập huấn về chính sách BHYT, cung cấp kết quả thực hiện BHYT cho phóng viên báo, đài; những vấn đề cần quan tâm trong công tác truyền thông; Thực hiện các hoạt động truyền thông về BHYT thông qua cơ chế phối hợp với các tổ chức, đoàn thể trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân.

BHXH Việt Nam chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan tổ chức tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về BHYT đối với tất cả các nhóm đối tượng trên phạm vi toàn quốc nhằm thực hiện chỉ tiêu bao phủ BHYT đã được Thủ tướng Chính phủ giao tại Quyết định số 1167/QĐ-TTg ngày 28 tháng 6 năm 2016 về việc điều chỉnh giao chỉ tiêu thực hiện BHYT giai đoạn 2016 - 2020. Kết quả cụ thể như sau:

### 2.1. Công tác tuyên truyền trực quan, biên tập và phát hành ấn phẩm

Hàng năm, BHXH Việt Nam đều ban hành các văn bản, chỉ đạo, hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố trong cả nước đẩy mạnh các hình thức tuyên truyền trực quan chính sách BHYT. Đặc biệt là vào dịp kỷ niệm các ngày lễ trong năm như kỷ niệm Ngày thành lập BHXH Việt Nam 16 tháng 02, Ngày BHYT Việt Nam 01 tháng 7 và dịp đầu năm học mới.

Năm 2018 và 2019, BHXH Việt Nam tiếp tục đổi mới công tác biên tập các ấn phẩm tuyên truyền chính sách BHYT, đã có nhiều ấn phẩm mới tuyên truyền về chính sách BHYT được biên tập và phát hành như: Tờ rơi “Những điều cần biết về BHYT hộ gia đình”; Tờ gấp “Những điều cần biết về BHYT học sinh, sinh viên”... Có thể nói, công tác biên tập các ấn phẩm truyền thông về BHYT đã thực hiện theo đúng kế hoạch đảm bảo chính xác về nội dung, bố cục chặt chẽ, ngôn từ ngắn gọn, dễ hiểu, nội dung phù hợp theo từng nhóm đối tượng cụ thể. Trong 02 năm vừa qua, BHXH Việt Nam đã phát hành hàng triệu ấn phẩm tuyên truyền về BHYT tới các nhóm đối tượng tại cơ sở trên phạm vi cả nước.

### 2.2. Công tác tuyên truyền trên Cổng thông tin điện tử BHXH Việt Nam

Trong 02 năm 2018-2019, Cổng Thông tin điện tử BHXH Việt Nam đã thể hiện được chức năng, nhiệm vụ là một trong những kênh thông tin chủ lực của Ngành BHXH trong tuyên truyền chính sách, pháp luật về BHYT. Đã tổ chức sản xuất, biên tập, đăng tải gần 2.000 tin, bài, văn bản về chính sách pháp luật BHYT lên Cổng Thông tin điện tử BHXH Việt Nam. Nội dung tập trung phản ánh các kết quả thực hiện Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT với một số quy định có hiệu lực thi hành như giá dịch vụ y tế; thông tuyến KCB BHYT; cải cách thủ tục hành chính trong KCB, đặc biệt là triển khai phần mềm liên thông giữa cơ quan BHXH và các cơ sở KCB...

Đặc biệt từ năm 2019, đã đẩy mạnh triển khai các hình thức truyền thông mới như infographic, video, audio trên Cổng Thông tin điện tử BHXH Việt Nam; xây dựng, vận hành Fanpage BHXH Việt Nam trên Facebook... nhằm tăng hiệu quả tuyên truyền chính sách BHXH, BHYT, BHTN, góp phần

đẩy mạnh công tác truyền thông về chính sách BHYT tới người dân, đặc biệt là giới trẻ.

### 2.3. Hệ thống chăm sóc khách hàng

Hệ thống chăm sóc khách hàng (Call Center) được khai trương từ tháng 8/2017 với đầu số 1900.96.9668 (hoạt động 24/24h, 7 ngày trong tuần), từ ngày 01 tháng 01 năm 2019 chuyển sang đầu số 1900.9068. Hệ thống chăm sóc khách hàng tạo ra tác động tích cực rất lớn và quan trọng tới việc nâng cao khả năng hỗ trợ người dân và tổ chức khi tương tác với cơ quan BHXH, góp phần giúp ngành BHXH đẩy mạnh việc chuyển đổi hình thức giao dịch với cơ quan BHXH của người dân và tổ chức từ hình thức giao dịch trực tiếp sang hình thức sử dụng dịch vụ công trực tuyến của ngành.

Thông qua hệ thống chăm sóc khách hàng, người dân và tổ chức được hỗ trợ, tư vấn, giải đáp về chính sách BHYT nhanh chóng và hiệu quả. Qua đó nâng cao chất lượng phục vụ người dân và tổ chức, giảm chi phí chung của xã hội, giảm tải công việc trả lời chế độ BHYT cho các cơ quan nhà nước, quyền lợi của người có thẻ khi đi khám bệnh, chữa bệnh BHYT được đảm bảo, nâng cao uy tín của ngành trong quá trình tương tác với người dân và tổ chức.

Hệ thống chăm sóc khách hàng đã nhận được các cuộc gọi đề nghị hỗ trợ, tư vấn, giải đáp có liên quan đến chế độ BHYT về: Tra cứu mã thẻ BHYT, thông tin thẻ, mức hưởng BHYT; sửa thông tin, cấp lại và gia hạn thẻ BHYT, mua thẻ BHYT theo hộ gia đình; đổi nơi đăng ký KCB BHYT ban đầu; cùng chi trả chi phí KCB BHYT; thời gian tham gia 5 năm liên tục ghi trên thẻ BHYT; hỗ trợ các đơn vị chuyển dữ liệu lên Cổng tiếp nhận; Hỗ trợ sử dụng phần mềm KCB BHYT... theo 3 nhánh như sau:

### 2.4. Tuyên truyền chính sách BHYT tại BHXH các tỉnh

Trên cơ sở hướng dẫn, chỉ đạo của BHXH Việt Nam, BHXH tỉnh đã phối hợp với sở, ban, ngành trên địa bàn tỉnh ký chương trình phối hợp tuyên truyền về chính sách BHYT, tổ chức đa dạng các hình thức tuyên truyền chính sách BHYT đến các tầng lớp nhân dân thông qua các hội nghị, hội thảo, các buổi tư vấn, đối thoại và các cuộc thi tìm hiểu chính sách pháp luật về BHYT... Đã chủ động phối hợp với Ban Tuyên giáo tỉnh ủy tham mưu lãnh đạo cho Tỉnh ủy, Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân tỉnh ban hành các văn bản chỉ đạo triển khai công tác tuyên truyền chính sách BHYT.

Chủ động cấp phát các ấn phẩm tuyên truyền do BHXH Việt Nam cung cấp tới tay người lao động và các tầng lớp nhân dân. Bên cạnh đó đã chủ động tổ chức biên tập, in và phát hành các ấn phẩm tuyên truyền với các nhóm đối tượng đặc thù (đối với đồng bào dân tộc thiểu số...). Triển khai các hoạt động tuyên truyền trực quan, lắp đặt các cụm pano tuyên truyền tại các tuyến đường chính và trụ sở cơ quan BHXH; tổ chức treo hàng triệu băng rôn, phướn, khẩu hiệu tuyên truyền nhân dịp kỷ niệm ngày thành lập Ngành, ngày BHYT Việt Nam 1/7 và đầu năm học mới.

Công tác phối hợp với các cơ quan truyền thông được tiến hành thường xuyên, liên tục. BHXH các tỉnh đã ký hợp đồng phối hợp tuyên truyền với Báo địa phương, Đài Phát thanh và Truyền hình địa phương, thông qua các phương tiện thông tin đại chúng, năm 2018 có gần 20 nghìn tin, bài, phóng sự, các cuộc phỏng vấn, các phim tài liệu, chuyên mục, chuyên đề, tọa đàm, giao lưu trực tuyến, đối thoại tư vấn trực tiếp, show truyền hình về BHXH, BHYT. Năm 2019 ước khoảng 15 nghìn tin, bài, phóng sự,...

### **3. Chỉ đạo tổ chức khám, chữa bệnh cho người tham gia BHYT**

- Bộ Y tế đã tập trung chỉ đạo các cơ sở khám chữa bệnh nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, tăng cường thực hiện cải cách thủ tục hành chính, áp dụng công nghệ thông tin để quản lý nhằm giảm các thủ tục phiền hà trong khám chữa bệnh, từ đó góp phần nâng cao chất lượng phục vụ, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh có thẻ BHYT.

- Chỉ đạo các Sở Y tế chủ trì, phối hợp với Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố thẩm định và lập danh sách các cơ sở y tế đủ điều kiện khám chữa bệnh BHYT; hướng dẫn và thực hiện đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, chuyển tuyến cho người có thẻ BHYT theo đúng quy định của Bộ Y tế.

### **4. Công tác kiểm tra, giám sát**

#### **4.1. Tổ chức kiểm tra, giám sát việc triển khai thực hiện Luật BHYT**

Bộ Y tế đã ban hành Kế hoạch kiểm tra việc triển khai thực hiện Luật BHYT hàng năm; tổ chức kiểm tra trực tiếp tại các địa phương, đơn vị theo kế hoạch. Tại các địa phương, Sở Y tế phối hợp với BHXH tỉnh, thành phố tổ chức kiểm tra công tác KCB BHYT, quản lý sử dụng quỹ BHYT. Hoạt động kiểm tra nhằm chấn chỉnh, đồng thời hỗ trợ các đơn vị thực hiện nghiêm các quy định của pháp luật về BHYT. Qua kiểm tra, những vướng mắc, bất cập phát sinh được tháo gỡ hoặc đề xuất điều chỉnh các văn bản quy phạm pháp luật, các hướng dẫn về BHYT, KCB, tài chính BHYT.

Về kiểm tra, giám sát thực hiện khám chữa bệnh BHYT, Thanh tra Bộ và các Vụ, Cục của Bộ Y tế đã phối hợp với Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổ chức kiểm tra công tác khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại một số Bệnh viện trực thuộc Bộ, Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa tỉnh, Thành phố trong toàn quốc. Trong các đợt kiểm tra đã kịp thời chấn chỉnh, rút kinh nghiệm trong tổ chức khám chữa bệnh BHYT và sử dụng quỹ BHYT cũng như giải quyết các vướng mắc trong tổ chức thực hiện chính sách, trong thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện việc kiểm tra, thanh tra theo phạm vi chức năng nhiệm vụ được giao về thu đóng BHYT, chi phí KCB BHYT. Qua kiểm tra, phát hiện vi phạm, kiến nghị xử lý kịp thời, trong đó có cả việc kiện ra tòa để xử lý việc không đóng BHXH, BHYT của các doanh nghiệp; hoặc xuất toán các chi phí KCB BHYT không đúng quy định, chi phí do lạm dụng dịch vụ y tế.

Một trong những mục tiêu quan trọng của công tác kiểm tra, thanh tra là phòng chống hành vi lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế, phát hiện và xử lý kịp thời các trường hợp có sai phạm, cũng như phát hiện những bất cập trong văn bản chính sách để có giải pháp ngăn chặn. Kết quả kiểm tra, thanh tra, giám sát thực hiện BHYT là cơ sở để các cơ quan chức năng ban hành các văn bản quy phạm pháp luật và văn bản chỉ đạo điều hành thực hiện BHYT như Bộ Luật hình sự, Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường phòng, chống hành vi lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

Quốc hội/ Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội, hàng năm đã tổ chức các Đoàn Giám sát của Quốc hội về bảo hiểm y tế tại các địa phương

Bộ Tư pháp tổ chức kiểm tra thực hiện pháp luật về BHYT tại một số tỉnh, thành phố.

Tại địa phương, hoạt động thanh tra, kiểm tra thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT được Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân tỉnh quan tâm, tổ chức thực hiện; các sở, ngành chức năng đưa hoạt động thanh tra, kiểm tra thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT vào kế hoạch hoạt động thường xuyên hàng năm. Hoạt động thanh tra, kiểm tra đã góp phần chấn chỉnh kịp thời những sai phạm, tồn tại; đồng thời đôn đốc các cấp, các ngành, cơ quan, đơn vị có liên quan thực hiện tốt hơn chính sách, pháp luật về BHYT.

## **4.2. Giải quyết khiếu nại, tố cáo, xử lý vi phạm về BHYT**

- Các đơn thư của người bệnh gửi về Bộ Y tế được giải quyết kịp thời, thỏa đáng theo đúng quy định và thẩm quyền. Một số hành vi vi phạm chính sách BHYT, lạm dụng quỹ BHYT cũng đã được cơ quan chức năng phát hiện và xử lý nghiêm khắc.

- Thực hiện nghiêm việc kiểm tra, xử lý giám sát, tiếp nhận và xử lý ý kiến phản ánh của người dân về chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thông qua đường dây nóng.

## **5. Củng cố hệ thống quản lý nhà nước về BHYT**

### **5.1. Tại Trung ương**

Công tác quản lý Nhà nước về BHYT đã được tăng cường trong sự phối hợp chặt chẽ, đồng bộ và trách nhiệm của các bộ, ngành, tổ chức đoàn thể trong quá trình xây dựng hệ thống các văn bản hướng dẫn, tạo hành lang pháp lý cho việc thực hiện các chế độ, chính sách BHYT.

Bộ Y tế và Bộ Tài chính đã thực hiện tốt việc xây dựng, ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện BHYT và tổ chức thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về chế độ tài chính đối với BHYT, quỹ BHYT.

### **5.2. Tại các địa phương**

Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố thực hiện tốt chức năng quản lý nhà nước về BHYT tại địa phương thông qua hoạt động chỉ đạo, điều hành thực hiện

mở rộng bao phủ BHYT, giải quyết bất cập trong thực hiện chính sách, kiểm tra, giám sát, tuyên truyền về BHYT.

Sở Y tế các tỉnh, thành phố đã xác định trách nhiệm và chủ động trong tham mưu với Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố thực hiện chức năng quản lý nhà nước về BHYT ở địa phương. Tuy nhiên, hiện nay Sở Y tế chưa có bộ phận chuyên trách (Phòng Bảo hiểm y tế) để theo dõi, tham mưu trong quản lý nhà nước về BHYT; cán bộ theo dõi BHYT tại tỉnh chủ yếu là kiêm nhiệm và số lượng rất hạn chế.

Ở cấp huyện, Ủy ban nhân dân cấp huyện thực hiện chức năng quản lý nhà nước BHYT trên địa bàn nhưng chưa rõ nhiệm vụ cụ thể và thiếu bộ phận tham mưu thực hiện công tác này.

## **II. KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC**

### **1. Mở rộng phạm vi bao phủ và đối tượng tham gia BHYT**

Sau 06 năm triển khai thực hiện, với sự chỉ đạo của Chính phủ và những nỗ lực của Bộ Y tế, BHXH Việt Nam, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố và sự phối kết hợp của các Bộ, ban, ngành liên quan, tỷ lệ tham gia BHYT đã tăng từ 71,3% dân số năm 2014 lên ước 89,3% dân số năm 2019, vượt chỉ tiêu Thủ tướng giao tại Quyết định số 1167/QĐ-TTg là 1,2% (vượt chỉ tiêu Nghị quyết số 68/2013/QH13 giao, đến năm 2020 đạt ít nhất 80% dân số tham gia BHYT) ,, cụ thể số liệu tỷ lệ bao phủ ở các tỉnh, thành phố (chưa bao gồm lực lượng vũ trang trên đại bàn) như sau: 28/63 tỉnh, thành phố có tỷ lệ bao phủ BHYT trên 90% dân số, tập trung tại vùng Trung du và miền núi phía Bắc như Lai Châu, Lạng Sơn, Lào Cai, Sơn La, Hà Giang, Điện Biên, Hòa Bình và vùng Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung như Quảng Nam, Quảng Ngãi, Quảng Trị, Phú Yên...; 34/63 tỉnh, thành phố đạt tỷ lệ bao phủ BHYT từ 80% đến dưới 90% dân số, tập trung tại vùng Đồng bằng sông Hồng và vùng Tây Nguyên; chỉ còn lại 01 tỉnh là Bạc Liêu, tỷ lệ bao phủ dưới 80% (79,8% dân số). Một số tỉnh tỷ lệ bao phủ năm 2020 giảm so với tỷ lệ bao phủ năm 2019 (do giảm chủ yếu ở nhóm đối tượng tham gia theo hộ gia đình). Trong đó, các tỉnh có tỷ lệ giảm đối tượng lớn (2-5%) là tại các tỉnh Bình Dương, Bình Thuận, Đà Nẵng, Long An, Nghệ An, Quảng Bình, Thái Nguyên.

Theo báo cáo của BHXH các tỉnh, tính cả lực lượng vũ trang, cơ yếu tham gia BHYT trên địa bàn, các tỉnh/thành phố cơ bản đều đạt và vượt chỉ tiêu tỷ lệ bao phủ BHYT được Thủ tướng Chính phủ giao tại Quyết định 1167/QĐ-TTg.

Các nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia BHYT cao là nhóm người lao động thuộc khối hành chính sự nghiệp, đối tượng được NSNN đóng hoặc được quỹ bảo hiểm xã hội đảm bảo kinh phí mua thẻ BHYT như người nghèo, người có công với cách mạng, cán bộ hưu trí, trẻ em dưới 6 tuổi... Tỷ lệ bao phủ chưa cao tập trung tại các nhóm: người thuộc hộ gia đình cận nghèo; người thuộc hộ gia đình nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình; học sinh, sinh viên; hộ gia đình. Cụ thể các nhóm như sau:



- Nhóm đối tượng tham gia BHYT do người sử dụng lao động và người lao động đóng (nhóm 1): Tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2018, có 13.382 nghìn người thuộc nhóm này đã tham gia BHYT, tăng 787,8 nghìn người so với năm 2017. Năm 2019, ước có 14.103 nghìn người thuộc nhóm này đã tham gia BHYT.

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng (nhóm 2): Tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2018, có 3.124 nghìn người thuộc nhóm này tham gia BHYT, đạt tỷ lệ 100%. Năm 2019, ước có 3.164 nghìn người thuộc nhóm này tham gia BHYT, đạt tỷ lệ 100%.

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT do NSNN đóng (nhóm 3): Là một trong các nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia BHYT cao do được NSNN mua thẻ BHYT. Tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2018, có 33.803 nghìn người thuộc nhóm này tham gia BHYT giảm 412 nghìn người so với năm 2017, trong đó số người thuộc hộ gia đình nghèo, dân tộc thiểu số tham gia BHYT là 15.529 nghìn người, giảm 455 nghìn người so với năm 2017 do thành công từ chính sách giảm nghèo của Nhà nước. Năm 2019, ước có 33.896 nghìn người thuộc nhóm này đã tham gia BHYT.

- Nhóm đối tượng do NSNN hỗ trợ đóng BHYT (nhóm 4):

+ Người thuộc hộ gia đình cận nghèo: Tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2018 có 2.308 nghìn người thuộc hộ gia đình cận nghèo tham gia BHYT, đạt khoảng 95,3%.

Theo báo cáo của BHXH các tỉnh, thành phố, đa số các địa phương hỗ trợ thêm mức đóng mua thẻ BHYT cho đối tượng người thuộc hộ gia đình cận nghèo từ các nguồn kinh phí từ ngân sách địa phương và các tổ chức khác ngoài phần được ngân sách hỗ trợ 70% (5 tỉnh chưa thực hiện hỗ trợ cho người thuộc hộ cận nghèo mua thẻ BHYT ngoài phần được hỗ trợ từ ngân sách trung ương gồm: Bến Tre, Bình Định, Đà Nẵng, Quảng Bình, Thanh Hóa).

Năm 2019, ước có 2.327 nghìn người thuộc hộ gia đình cận nghèo tham gia BHYT.

+ Học sinh, sinh viên (HSSV): Tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2018, số HSSV tham gia BHYT là 12.852 nghìn người, đạt 94%, còn khoảng 1 triệu HSSV chưa tham gia BHYT. Nguyên nhân HSSV tham gia BHYT chưa đạt được tỉ lệ 100%:

\* Các cơ sở giáo dục vẫn chưa có biện pháp ràng buộc HSSV tham gia BHYT do chưa có chế tài xử lý nên tỷ lệ HSSV tham gia BHYT chưa đồng đều và chưa đạt yêu cầu theo quy định bắt buộc của Luật BHYT. Đặc biệt là đối tượng sinh viên từ năm thứ 2 trở đi, số lượng tham gia BHYT giảm rõ rệt.

\* Một số địa phương chưa thực hiện tốt công tác phối hợp giữa hai ngành BHXH và Giáo dục và Đào tạo trong việc triển khai BHYT cho HSSV. Còn tồn tại cơ sở giáo dục bậc đại học, cao đẳng chỉ liệt kê số tiền đóng BHYT cho HSSV vào các khoản thu đầu năm học, thiếu đi công tác tuyên truyền, vận động, giáo dục ý thức chấp hành pháp luật BHYT nên tỷ lệ tham gia chưa cao.

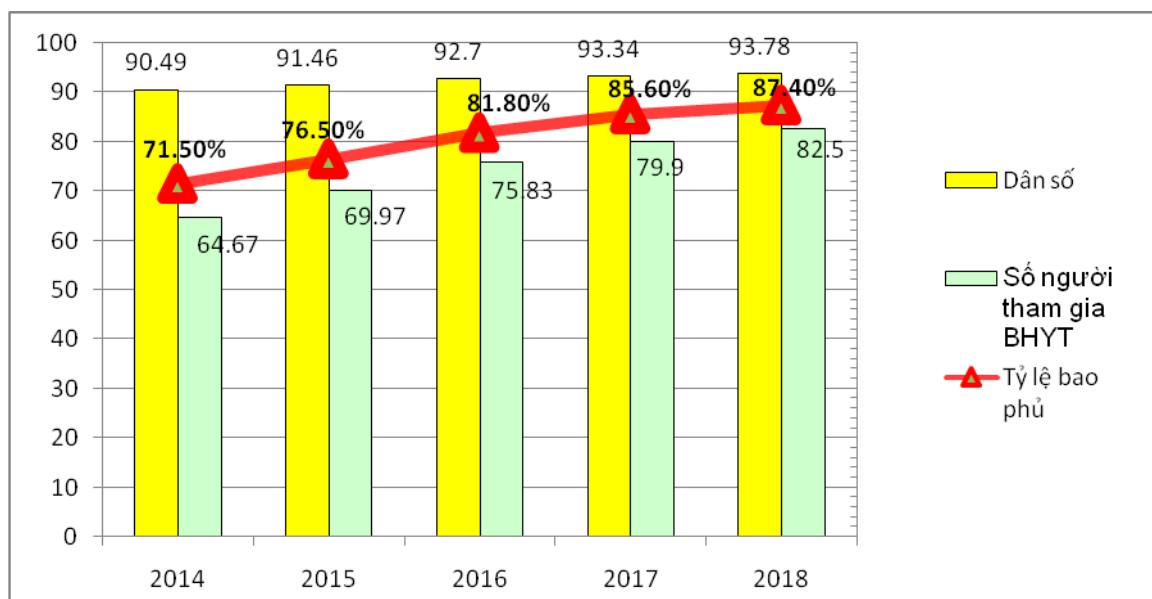
Năm 2019, ước có 12.895 nghìn người là HSSV tham gia BHYT.

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình (nhóm 5): Tính đến ngày 31 tháng 12 năm 2018, có 16.257,7 nghìn người thuộc nhóm này tham gia BHYT, tăng 1.492 nghìn người so với năm 2017. Năm 2019, ước có 17.002 nghìn người thuộc nhóm này tham gia BHYT.

*(Số người tham gia và tỷ lệ bao phủ theo từng nhóm đối tượng cụ thể tại Phụ lục 3; Tỷ lệ bao phủ BHYT của từng tỉnh chi tiết tại Phụ lục 4).*

Để có được sự gia tăng tỷ lệ tham gia BHYT nhanh chóng như vậy là kết quả của các quy định mới, mang tính đột phá của Luật sửa đổi, bổ sung Luật BHYT như quy định bắt buộc tham gia, quy định tham gia BHYT theo hộ gia đình có giảm trừ mức đóng từ người thứ hai trở đi, mở rộng đối tượng do ngân sách nhà nước hỗ trợ, quy định nâng mức hưởng, mở rộng phạm vi quyền lợi, thông tuyến khám chữa bệnh...

Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 1167/QĐ-TTg ngày 28/6/2016, điều chỉnh giao chỉ tiêu thực hiện BHYT giai đoạn 2016-2020 và giao Ủy ban nhân dân các tỉnh trình Hội đồng nhân dân cùng cấp thông qua chỉ tiêu thực hiện BHYT trong chỉ tiêu phát triển kinh tế-xã hội của địa phương.



## 2. Tổ chức khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT

### 2.1. Hợp đồng khám chữa bệnh và kết quả KCB BHYT

Các quy định liên quan đến hợp đồng KCB BHYT được quy định trong Luật BHYT, Nghị định của Chính phủ và Thông tư liên Bộ Y tế, Tài chính. Các quy định về hợp đồng KCB BHYT bao gồm: Điều kiện, trình tự, thủ tục, nội dung, mẫu hợp đồng và xử lý tranh chấp.

Năm 2015, có 2.089 cơ sở KCB ký hợp đồng khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, bao gồm: 1.475 cơ sở KCB nhà nước, kể các cơ sở y tế của Bộ Quốc phòng và các bộ ngành khác, và 320 cơ sở tư nhân.

Năm 2018, có 2.316 cơ sở KCB ký hợp đồng khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, bao gồm: 1.669 cơ sở KCB nhà nước và 647 cơ sở tư nhân, tăng 10% so với năm 2015.

Năm 2019, có 2.429 cơ sở KCB BHYT, tăng 113 cơ sở so với năm 2018. Trong đó, cơ sở công lập giảm 53 cơ sở (từ 1772 xuống 1719), số cơ sở tư nhân tăng từ 166 cơ sở (từ 544 lên 710). Các cơ sở KCB công lập giảm là do sáp nhập trung tâm y tế và bệnh viện huyện, Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh sáp nhập với bệnh viện tỉnh.

Cơ sở KCB BHYT tuyến trung ương: 44, tuyến tỉnh: 564 cơ sở, tuyến huyện: 1.634, y tế cơ quan, đơn vị (tương đương tuyến xã): 187 cơ sở. Các cơ sở này đều thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ.

Ngoài ra, cả nước còn có hơn 12.000 cơ sở KCB thực hiện KCB BHYT thông qua hợp đồng với bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế hoặc cơ sở KCB được Sở Y tế giao nhiệm vụ, trong đó, trạm y tế xã có 11.363 cơ sở, y tế cơ quan là 590 cơ sở.

*Bảng 2. Số cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT*

STT	Cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT	2015	2016	2017	2018	2019
	<b>Tổng số cơ sở</b>	<b>2.089</b>	<b>2.094</b>	<b>2.169</b>	<b>2.316</b>	<b>2.429</b>
<b>I</b>	<b>Theo sở hữu</b>					
1	Cơ sở KCB nhà nước	1.475	1.676	1.608	1772	1719
2	Cơ sở KCB tư nhân	320	418	561	544	710
3	Cơ sở KCB khác	294				
<b>II</b>	<b>Theo tuyến</b>					
1	Tuyến Trung ương	69	70	44	44	44
2	Tuyến tỉnh và tương đương	536	572	645	656	564
3	Tuyến huyện và tương đương	1.206	1.195	1.242	1.407	1.634
4	Y tế cơ quan, đơn vị (tương đương tuyến xã)	278	257	240	211	187

Theo thống kê, số lần khám, chữa bệnh của người có thẻ BHYT tăng dần theo các năm: năm 2015 có khoảng 130 triệu lượt (118,1 triệu lượt khám, chữa bệnh ngoại trú và 11,9 triệu lượt điều trị nội trú), tần suất khám chữa bệnh bình quân là 1,95 lượt/người/năm, trong đó, số lượt khám chữa bệnh ở tuyến huyện chiếm khoảng 68,4% và khám, chữa bệnh tại tuyến xã khoảng 1,1%; năm 2017, có 168,889 triệu lượt (ngoại trú 153,423 triệu lượt, nội trú 15,466 triệu lượt), tỷ

lệ khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến huyện khoảng 70,6% và khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã khoảng 0,9%;

Năm 2018, có 176 triệu lượt khám chữa bệnh BHYT. Tỷ lệ lượt khám chữa bệnh tại các cơ sở tuyến trung ương là 3,5%; tuyến tỉnh là 25,8%; tuyến huyện chiếm tỷ trọng cao nhất là 70% và tuyến xã là 0,7 %.

Năm 2019, có 184.5 triệu lượt khám chữa bệnh BHYT. Tỷ lệ lượt khám chữa bệnh tại các cơ sở tuyến trung ương là 3,5%; tuyến tỉnh là 21,8%; tuyến huyện chiếm tỷ trọng cao nhất là 57.9% và tuyến xã là 16.6%. Tuy chỉ chiếm 3,5% số lượt KCB nhưng chi phí mà quỹ BHYT thanh toán đối với các BV tuyến trung ương chiếm hơn 20.8% tổng chi KCB của quỹ BHYT

## **2.2. Tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người có thẻ BHYT**

Theo quy định của Luật, người tham gia BHYT được tiếp cận dịch vụ tất cả các tuyến y tế theo nhu cầu chăm sóc sức khỏe và bệnh tật, không phân biệt cơ sở công lập hay tư nhân. Trong tổ chức KCB BHYT, việc mở rộng đăng ký ban đầu tại tuyến huyện, xã đã góp phần giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, củng cố và phát triển y tế cơ sở, tạo điều kiện cho người tham gia BHYT có thể lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu phù hợp, thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người có thẻ BHYT, nhất là với nhóm người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi.

Việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người tham gia BHYT ngày càng thuận lợi, nhất là từ năm 2015, đối tượng người dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng khó khăn, người sống ở xã đảo, huyện đảo khi khám chữa bệnh trái tuyến tại tuyến tỉnh, tuyến trung ương được hưởng đầy đủ quyền lợi, và từ năm 2016 người tham gia BHYT khi khám chữa bệnh trái tuyến tại các cơ sở tuyến, xã tuyến huyện trong tỉnh và bệnh viện tuyến huyện trên toàn quốc được hưởng quyền lợi như khám chữa bệnh đúng tuyến (thông tuyến huyện).

Trong những năm gần đây, dưới sự chỉ đạo quyết liệt của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế và các địa phương đã chỉ đạo, các cơ sở y tế đã và đang nỗ lực thực hiện đồng bộ các giải pháp để giảm quá tải, nâng cao chất lượng dịch vụ KCB, như: đầu tư nâng cấp, mở rộng cơ sở hạ tầng bệnh viện để tăng thêm giường bệnh; xây dựng các hướng dẫn điều trị; tăng cường chỉ đạo tuyến, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới; mở rộng mạng lưới bệnh viện vệ tinh. Đến nay nhiều kỹ thuật ở các bệnh viện tuyến trung ương đã trở thành thường quy, được thực hiện ở các bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến huyện. Người dân được tiếp cận dịch vụ kỹ thuật cao ngay tại địa phương nên tỷ lệ chuyển từ tuyến tỉnh lên trung ương đã giảm từ 73-99% theo các chuyên khoa.

Theo kết quả khảo sát năm 2018 tại các bệnh viện trên toàn quốc cho thấy, so với thời điểm trước khi triển khai đề án giảm quá tải bệnh viện năm 2013, có tới 5078 khoa lâm sàng, cận lâm sàng được cải tạo, nâng cấp và xây mới (so với tăng 1.839 khoa lâm sàng, cận lâm sàng được cải tạo, nâng cấp và xây mới năm 2015), trong đó:

- Tỷ lệ các khoa lâm sàng được cải tạo là 43.3% (2700 khoa), khoa cận lâm sàng là 48,1% (977 khoa).

- Tỷ lệ khoa lâm sàng được nâng cấp là 38,5% (1039 khoa), khoa cận lâm sàng là 17,8% (362 khoa).

Tổng số giường bệnh đến năm 2018 đạt 252.717 giường bệnh, tương ứng 26,3 giường bệnh trên 1 vạn dân, tăng 29.524 giường so với số liệu báo cáo năm 2014 (Tuyên Trung ương tăng 4980 giường, tuyên tỉnh tăng 11.279 giường; tuyên huyện tăng 13.265 giường). So sánh với số liệu năm 2011 và 2014 cụ thể như sau:

- Tổng số giường bệnh của toàn hệ thống bệnh viện năm 2011 là 185.342 giường bệnh, tương ứng với tỷ lệ 21,1 giường bệnh trên 1 vạn dân;

- Tổng số giường bệnh năm 2014 là 223.438 giường bệnh đạt tỷ lệ 24,1 giường bệnh trên 1 vạn dân (tăng 38.096 giường bệnh so với năm 2011).

Tình trạng quá tải ở khu vực nội trú ở các bệnh viện tuyến trung ương và bệnh viện tuyến cuối của Thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh là có xu hướng giảm rõ rệt. Phần lớn các bệnh viện không còn tình trạng người bệnh phải nằm ghép, điển hình như Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; Bệnh viện Chợ Rẫy,... luôn đảm bảo mỗi người bệnh được nằm điều trị trên 1 giường bệnh hoặc nằm cách tuy nhiên khoảng cách giữa các giường bệnh còn rất hạn chế. 95% số bệnh viện tuyến Trung ương đã đảm bảo cam kết không để người bệnh nằm ghép trong thời gian 24 giờ hoặc 48 giờ kể từ khi nhập viện.

Tiếp tục triển khai “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”, “Học tập và làm theo tư tưởng, đạo đức, phong cách Hồ Chí Minh”; cơ sở y tế “Xanh - Sạch - Đẹp”; tích cực nâng cao chất lượng lâm sàng, xét nghiệm, ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán, điều trị; rà soát sửa đổi quy chế bệnh viện; triển khai liên thông kết quả xét nghiệm, chẩn đoán đối với các phòng xét nghiệm đã đạt chuẩn.

### **2.3. Quyền lợi BHYT**

Quyền lợi BHYT (về thuốc, bao gồm cả thuốc tân dược và thuốc y học cổ truyền, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế) được xác định trên cơ sở đáp ứng với nhu cầu KCB của người tham gia BHYT, sự thay đổi về mô hình bệnh tật, sự phát triển của khoa học công nghệ trong lĩnh vực y tế, khả năng cân đối quỹ BHYT và khả năng chi trả của người tham gia, đồng thời hướng tới mục tiêu giảm chi tiền túi từ hộ gia đình cho chi tiêu y tế.

Nhìn chung, quyền lợi về KCB BHYT tương đối toàn diện và ngày càng được mở rộng. Danh mục thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật được sử dụng theo năng lực chuyên môn, tuyến chuyên môn kỹ thuật vừa để đảm bảo quyền lợi của người có thể khi đến cơ sở y tế, vừa là yêu cầu nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật của cơ sở y tế.

Việc quản lý cung ứng và sử dụng các dịch vụ y tế như thuốc, vật tư y tế, dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh được thực hiện theo yêu cầu chuyên

môn trong KCB và quy định về quản lý, mua sắm đảm bảo dịch vụ cung ứng cho bệnh nhân là đầy đủ, đúng quy định của pháp luật, sử dụng quỹ BHYT hợp lý, hiệu quả.

#### **2.4. Cải cách thủ tục hành chính**

- Cải cách thủ tục hành chính trong khám chữa bệnh: Người dân ngày càng thuận lợi trong khám chữa bệnh do số cơ sở KCB ký hợp đồng với cơ quan BHYT tăng hằng năm cùng với việc thực hiện đồng bộ các giải pháp về cải cách thủ tục hành chính nhằm nâng cao chất lượng KCB, đáp ứng sự hài lòng của người bệnh. Các quy định của Bộ Y tế về cải cách thủ tục hành chính, quy trình khám bệnh; tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện; các Đề án phát triển mạng lưới y tế cơ sở, đề án giảm tải bệnh viện; đề án ứng dụng công nghệ thông tin được triển khai.

Kết quả báo cáo của gần 800 bệnh viện sau 5 năm thực hiện Quyết định 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện cho thấy hiện 94% bệnh viện có bàn/quầy tiếp đón hướng dẫn, 90% bệnh viện có vẽ sơ đồ hướng dẫn đến các khoa phòng, 93% bệnh viện thực hiện tăng cường nhân lực cho khoa khám bệnh; 93% bệnh viện ứng dụng công nghệ thông tin vào công tác KCB; 49% làm việc sớm hơn giờ quy định, 43% bệnh viện bỏ các khâu nộp tạm ứng tiền khám bệnh, 33% bệnh viện bỏ các khâu thanh toán phí cận lâm sàng. Trung bình giảm thời gian khám bệnh/ 1 lượt khám so với trước cải tiến giảm so với thời gian quy định là 48,5 phút, trong đó khám lâm sàng đơn thuần trung bình (thời gian chờ khám bệnh) giảm so với thời gian quy định 53,5 phút, Khám lâm sàng có làm thêm 01 kỹ thuật xét nghiệm/Chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng (thời gian chờ kết quả cận lâm sàng) giảm so với thời gian quy định 54,5 phút, Khám lâm sàng có làm thêm 02 kỹ thuật phối hợp cả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh hoặc xét nghiệm và thăm dò chức năng (thời gian chờ kết quả cận lâm sàng) giảm so với thời gian quy định là 33,8 phút.

- Cải cách thủ tục hành chính trong cung cấp dịch vụ BHYT: Bảo hiểm xã hội Việt Nam, BHXH các địa phương đã chủ động và tích cực trong cải cách hành chính trong các dịch vụ liên quan đến BHYT như ứng dụng công nghệ thông tin trong khai báo, lập danh sách, tổ chức đại lý BHYT, kết quả giải quyết thanh toán trực tiếp chi phí KCB, cấp, đổi thẻ BHYT, phản hồi thông tin và cung cấp thông tin,...

#### **2.5. Chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Tiếp tục triển khai Chỉ thị số 05/CT-BYT ngày 10 tháng 9 năm 2012, Chỉ thị số 06/CT-BYT ngày 29 tháng 3 năm 2016 về việc tăng cường bảo đảm chất lượng dịch vụ KCB khi thực hiện điều chỉnh, thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc, trong đó nhấn mạnh các giải pháp: Cải tiến quy trình khám bệnh, xét nghiệm, thăm dò chức năng; cải tiến thủ tục vào viện, chuyển viện, ra viện, thanh toán viện phí, bảo hiểm y tế; ứng dụng phát số khám bệnh tự động, bảng số điện tử; tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin, phần mềm kê đơn thuốc điện tử, phần mềm

tương tác thuốc; nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ người bệnh, thực hiện tốt Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức đồng thời sửa chữa, cải tạo, mở rộng khoa khám bệnh và các buồng bệnh, mua bổ sung, thay thế bàn, ghế, giường, tủ, dụng cụ khám bệnh, điều hòa nhiệt độ, quạt điện, chăn, ga, gối, đệm, quần áo người bệnh ... tại khu vực khám bệnh và các buồng bệnh. Thực hiện tốt cam kết không nằm ghép sau giờ quy định. Triển khai thực hiện nghiêm các văn bản, công cụ quản lý chất lượng đã ban hành gần đây:

(1) Thông tư số 19/2013/TT-BYT ngày 12 tháng 7 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện: Khẩn trương, nghiêm túc thiết lập bộ máy, thành lập phòng/tổ quản lý chất lượng, nhân viên chuyên trách, mạng lưới chất lượng.

(2) Thông tư số 01/2013/TT-BYT ngày 11 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh: Tiến hành nội kiểm, ngoại kiểm thường xuyên và cải tiến nâng cao chất lượng xét nghiệm.

(3) Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình khám bệnh tại bệnh viện: Nghiên cứu áp dụng quy trình khám bệnh thuận tiện nhất, giảm phiền hà, giảm yêu cầu thủ tục với người bệnh có thẻ BHYT.

(4) Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện: Các bệnh viện dựa trên 83 tiêu chí để xác định những vấn đề tồn tại và ưu tiên để xây dựng các đề án cải tiến chất lượng cho từng bộ phận như khám bệnh, kế toán, dược, kiểm soát nhiễm khuẩn, điều dưỡng, dinh dưỡng, các khoa lâm sàng, cận lâm sàng...

(5) Quyết định số 4276/QĐ-BYT ngày 14 tháng 10 năm 2015 ban hành Chương trình hành động Quốc gia về nâng cao năng lực quản lý chất lượng KCB giai đoạn đến năm 2025: Các Sở Y tế, bệnh viện và các ban, ngành cùng vào cuộc để nâng cao chất lượng KCB. Các đơn vị cần xây dựng kế hoạch nâng cao chất lượng riêng của mình cho phù hợp với thực tế và triển khai tích cực.

(6) Thông tư số 43/2018/TT-BYT ngày 26 tháng 12 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn phòng ngừa sự cố y khoa trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đây là một văn bản rất quan trọng, góp phần bảo đảm an toàn cho người bệnh, hạn chế tối đa các sự cố y khoa có thể phòng ngừa được và là một hướng dẫn thống nhất quy định liên quan đến nhận diện, phân loại, báo cáo sự cố và một số nguyên tắc cơ bản việc khắc phục, xử lý, xác định nguyên nhân, phòng ngừa sự cố trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(7) Cùng với Thông tư số 43/2018/TT-BYT, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 7482/QĐ-BYT ngày 18 tháng 12 năm 2018 về việc ban hành Bộ tiêu chí chất lượng đánh giá mức độ an toàn phẫu thuật, việc ban hành Bộ tiêu chí này là cơ sở quan trọng để đảm bảo chất lượng phẫu thuật an toàn, bảo đảm người bệnh được tiếp cận dịch vụ phẫu thuật an toàn, chất lượng, kịp thời.

## **2.6. Thực hiện quy định về thông tuyến khám bệnh, chữa bệnh**

Tạo thuận lợi cho người tham gia BHYT được đăng ký KCB ban đầu tại bất kỳ cơ sở tuyến huyện, tuyến xã, được KCB tại các cơ sở tuyến huyện, tuyến xã trong phạm vi tỉnh và KCB tại tuyến huyện trên phạm vi toàn quốc. Đây là cơ hội cho người có thẻ BHYT tiếp cận dịch vụ y tế thuận lợi, giảm thiểu thủ tục hành chính; đồng thời các cơ sở KCB phải chủ động, tích cực tăng cường năng lực chuyên môn, chất lượng dịch vụ để thu hút người có thẻ BHYT đến KCB.

Số liệu báo cáo thống kê cho thấy số lượt KCB tại tuyến huyện đã tăng mạnh trong các năm gần đây so với năm 2015 (trước khi thông tuyến huyện), cụ thể: năm 2015 có 56,4 triệu lượt người KCB tại tuyến huyện thì năm 2016 có 72,6 triệu lượt người KCB tại tuyến huyện (tăng 28,7%), năm 2017 có 86,5 triệu lượt người KCB tại tuyến huyện (tăng 53,4%), năm 2019 có 107 triệu lượt KCB tại tuyến huyện. Quy định thông tuyến và số lượt người KCB tăng cao tại tuyến huyện đã tạo động lực cho các cơ sở nơi người có thẻ BHYT đăng ký KCB ban đầu và các cơ sở KCB thuộc tất cả các tuyến nỗ lực nâng cao chất lượng dịch vụ, đáp ứng nhu cầu của người tham gia BHYT. Nhiều cơ sở y tế tuyến huyện đã tăng cường đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực, thực hiện chuyển giao kỹ thuật, đổi mới phong cách, thái độ phục vụ để đáp ứng nhu cầu KCB của người có thẻ BHYT. Điều này tạo ra một xu thế cùng đổi mới, phát triển trong tổ chức cung ứng dịch vụ KCB.

Cơ chế thông tuyến đòi hỏi mỗi cơ sở khám chữa bệnh phải chủ động, tích cực nâng cao chất lượng dịch vụ về phạm vi chuyên môn kỹ thuật, tinh thần, thái độ, phong cách phục vụ; tạo sự “cạnh tranh lành mạnh” giữa các cơ sở KCB.

Việc áp dụng cơ chế này cũng góp phần vào việc đổi mới cơ chế quản lý tài chính y tế.

Việc mở rộng thông tuyến được thực hiện theo lộ trình, bắt đầu từ tuyến huyện (2016) đến tuyến tỉnh (2021) là phù hợp với tình hình kinh tế xã hội và tổ chức hệ thống cung ứng dịch vụ.

## **3. Quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế**

Việc quản lý quỹ BHYT được thực hiện theo Luật BHYT, Nghị định của Chính phủ về BHYT, Nghị định của chính phủ về hoạt động của hội đồng quản lý BHXH và Quyết định của Thủ tướng Chính phủ quy định về cơ chế quản lý tài chính về BHXH, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp và chi phí quản lý BHXH, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp.

- Năm 2015, tổng thu BHYT 58.958 tỷ đồng, tổng chi KCB và chăm sóc sức khỏe ban đầu là 49.035 tỷ đồng. Năm 2016, thu BHYT là 68.210 tỷ đồng, số chi khám chữa bệnh BHYT và chăm sóc sức khỏe ban đầu cả năm là 68.719 tỷ đồng. Năm 2017, số thu BHYT 80.812 tỷ đồng, số chi KCB BHYT và chăm sóc sức khỏe ban đầu cả năm là 88.661 tỷ đồng. Năm 2018, tổng số tiền thu BHYT là 94.673.498 triệu đồng, đạt 105,0% so kế hoạch chính phủ giao. Theo Nghị quyết quý III năm 2019 thì Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông



nhất với đề xuất của Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết toán 90.671 tỷ đồng trong tổng số ước số chi KCB BHYT đề nghị thanh toán 97.748 tỷ đồng.

- Năm 2019, số thu BHYT ước đạt 104.807 tỷ đồng, Quỹ KCB BHYT năm 2019 được sử dụng là **91.062** tỷ đồng, chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT tạm tính 100.328 tỷ đồng.

\* Năm 2016, 2017 và 2018, theo cân đối trong năm thì quỹ BHYT bội chi nhưng cân đối thu chi của quỹ vẫn có kết dư do số dư từ những năm trước chuyển sang. Tính đến hết năm 2018, quỹ dự phòng còn khoảng trên 37.000 tỷ (chưa chính thức).

Về công tác thanh quyết toán chi phí KCB BHYT, theo báo cáo và kết quả kiểm tra tại một số địa phương, cơ sở KCB cho thấy, về cơ bản cơ quan BHXH đã thực hiện tạm ứng kinh phí cho cơ sở KCB đảm bảo đúng quy định của Luật BHYT. Tuy nhiên, khi thực hiện quyết toán, thanh toán hàng quý thì xảy ra tình trạng, cơ sở KCB có phát sinh chi phí vượt quỹ, vượt dự toán, hoặc nguyên nhân vượt trần (tức là tổng mức thanh toán chi phí đối với đơn vị tiếp nhận người bệnh từ nơi khác chuyển đến), hoặc số liệu thanh quyết toán chi phí KCB BHYT chưa thống nhất giữa hai bên thì những chi phí này không được coi là số chấp nhận quyết toán tại quý đó; đồng thời cơ quan BHXH thực hiện chuyển số tiền chênh lệch đã tạm ứng lớn hơn số được chấp nhận quyết toán chi phí KCB đã thực hiện trong quý đó thành số tạm ứng của quý sau.

Để có cơ sở xem xét thanh quyết toán khoản chi phí chưa được chấp nhận quyết toán trên cho cơ sở KCB, cơ quan BHXH yêu cầu cơ sở KCB thuyết minh, giải trình nguyên nhân để xem xét chấp nhận quyết toán (thời gian này thường là vào tháng 9 năm sau khi báo cáo quyết toán năm toàn ngành BHXH được duyệt), những đơn vị vượt dự toán được giao thì phần vượt được chấp nhận thanh toán phải chờ từ 12-18 tháng kể từ thời điểm kết thúc năm, phần kinh phí vượt dự toán được chấp nhận thanh toán không được tính vào tổng mức thanh toán của năm sau, điều này dẫn đến cơ sở KCB gặp nhiều khó khăn về kinh phí hoạt động.

Quy định tại Điểm c Khoản 4 Điều 11 và Khoản 6 Điều 11 của Thông tư liên tịch số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 29/11/2014 của liên Bộ Y tế và Bộ Tài chính quy định việc giải quyết vượt quỹ KCB; vượt tổng mức thanh toán đối với các trường hợp đến KCB trong trường hợp chi phí phát sinh do thay đổi cơ cấu giá dịch vụ, dịch vụ y tế mới, thuốc mới, thay đổi chức năng, nhiệm vụ của BHXH Việt Nam có trách nhiệm xem xét giải quyết và thanh toán cho cơ sở KCB. Trong thời gian chờ cơ sở KCB thuyết minh, giải trình nguyên nhân vượt quỹ, vượt trần thì không quy định việc cơ quan BHXH thực hiện đối trừ số tiền chênh lệch tạm ứng chi phí KCB lớn hơn số được chấp nhận quyết toán chi phí KCB đã thực hiện của cơ sở KCB.

#### **4. Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí KCB BHYT**

Bộ Y tế, BHXH Việt Nam tiến hành xây dựng hệ thống tin học trong

BHYT, ban hành theo thẩm quyền các văn bản quy phạm pháp luật, các văn bản hướng dẫn triển khai ứng dụng CNTT trong quản lý BHYT, KCB BHYT.

Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành một số văn bản:

(1) Quyết định về tổ chức và điều hành: Quyết định số 803/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2015 thành lập Ban chỉ đạo do Thứ trưởng Bộ Y tế làm Trưởng Ban; Quyết định số 1850/QĐ-BYT ngày 15 tháng 5 năm 2015 phê duyệt Đề án triển khai thí điểm triển khai ứng dụng CNTT trong quản lý KCB và thanh toán BHYT; Quyết định số 848/QĐ-BYT ngày 13 tháng 3 năm 2015 thành lập các Tổ chuyên môn nghiên cứu xây dựng và triển khai thực hiện đề án; Quyết định số 1581/QĐ-BYT ngày 25 tháng 4 năm 2015 thành lập Văn phòng Điều phối nghiên cứu xây dựng và triển khai Đề án...

(2) Thông tư số 48/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 quy định trích chuyển dữ liệu điện tử phục vụ quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

(3) Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2017 quy định chuẩn và định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong đó chỉ đạo các cơ sở khám chữa bệnh thực hiện chuẩn dữ liệu đầu ra theo quy chuẩn nhằm đồng bộ dữ liệu trong toàn quốc phục vụ yêu cầu quản lý và thanh toán BHYT.

(4) Quyết định số 7603/QĐ-BYT ngày 25 tháng 12 năm 2018 quy định mã danh mục dùng chung áp dụng trong quản lý KCB và thanh toán BHYT (Phiên bản số 6) gồm 11 Danh mục: (1) Danh mục mã dịch vụ kỹ thuật tương đương; (2) Danh mục mã khám bệnh theo hạng bệnh viện; (3) Danh mục mã tiền giường theo hạng bệnh viện; (4) Danh mục mã tiền ngày giường bệnh ban ngày theo hạng bệnh viện áp dụng trong hóa trị, xạ trị hoặc hóa - xạ trị; (5) Danh mục mã thuốc tân dược; (6) Danh mục mã thuốc và vị thuốc y học cổ truyền; (7) Danh mục mã bệnh y học cổ truyền; (8) Danh mục mã vật tư y tế; (9) Danh mục mã máu và chế phẩm máu; (10) Danh mục mã bệnh theo ICD 10; (11) Danh mục mã xét nghiệm huyết học, hóa sinh, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh và nội soi.

(5) Quyết định số 6556/2018/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Mẫu bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh sử dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(6) Tổ chức kiểm tra tình hình triển khai tin học hóa trong khám bệnh, chữa bệnh BHYT tại các địa phương, đơn vị; giải quyết các vướng mắc trong việc trích chuyển dữ liệu của các cơ sở KCB lên công của BHXH Việt Nam.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã tiếp tục hoàn thiện Hệ thống thông tin giám định BHYT, triển khai đào tạo cho trên 2.000 giám định viên và hàng trăm nhân viên các cơ sở y tế, nâng cao hiệu quả công tác giám định BHYT, quản lý, sử dụng quỹ BHYT, cụ thể:

(1) Phần mềm Công tiếp nhận, trao đổi thông tin giữa cơ sở KCB và cơ quan BHXH, cung cấp công cụ tra cứu, quản lý thông tuyến, chuyển tuyến, kiểm tra thẻ BHYT, thông báo kết quả giám định, cung cấp các tiện ích theo dõi tình hình KCB của cơ sở y tế và thống kê thanh toán BHYT, đặc biệt các cơ sở y tế có thể liên thông các kết quả xét nghiệm, khai thác tiền sử bệnh tật, kết quả điều trị của người bệnh BHYT, tránh trùng lặp chỉ định, tiết kiệm chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT và nâng cao hiệu quả điều trị. Giai đoạn 2018-2019, Công tiếp nhận đã bổ sung thêm các chức năng:

- Cấp quyền xem lịch sử KBCB của người tham gia BHYT để đảm bảo bảo mật và an toàn thông tin, tránh lộ lọt thông tin KCB của người tham gia BHYT. Tính đến thời điểm hiện tại, BHXH Việt Nam đã cấp quyền xem lịch sử KCB cho 36.226 tài khoản và đã có khoảng 34.051 lượt xem lịch sử KCB;

- Đăng ký cấp giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH theo quy định tại Thông tư số 56/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế. Tính đến hiện tại đã có khoảng 6.311 cơ sở KCB đăng ký cấp Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH với cơ quan BHXH;

- Tạo lập và cấp Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH theo quy định tại Thông tư số 56/2017/TT-BYT và đã hướng dẫn BHXH các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện. Tính đến thời điểm hiện tại đã có khoảng 328.903 giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH được tạo lập trên Công tiếp nhận.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã triển khai “Hệ thống tương tác đa phương tiện giữa người dân và doanh nghiệp với cơ quan BHXH” từ tháng 4 năm 2019 hỗ trợ: Tin nhắn thông báo số tiền được BHXH chi trả đối với người có thẻ BHYT khi đi KCB BHYT; Thông báo cho người tham gia BHYT hộ gia đình trước khi thẻ BHYT hết giá trị sử dụng 30 ngày.

(2) Phần mềm Giám định được xây dựng theo quy trình giám định BHYT của BHXH Việt Nam với trên 10 nghiệp vụ, thực hiện giám định điện tử 100% hồ sơ đề nghị thanh toán, tích hợp trên 200 quy tắc phát hiện các hồ sơ trùng lặp, sai mức hưởng, sai danh mục, sai giá, sai so với các quy định của Bộ Y tế về KBCB, thống kê thanh toán BHYT.

(3) Phần mềm Giám sát cung cấp các biểu đồ, bản đồ theo dõi tình hình KCB, sử dụng kinh phí trên toàn quốc. Các bản đồ trực quan giúp phân tích, đánh giá và phát hiện nhanh chóng các biến động bất thường, gia tăng lượt KCB, chi KCB tại từng tỉnh và các cơ sở y tế tại từng tuyến. Đặc biệt các bản đồ dịch tễ giúp theo dõi đánh giá tình hình bệnh tật, tỷ lệ hiện mắc, mới mắc của các bệnh mạn tính, cấp tính đây là nguồn thông tin quan trọng để giám sát dịch bệnh và chủ động dự phòng bệnh tật.

### **III. NHẬN XÉT, ĐÁNH GIÁ CHUNG**

#### **1. Ưu điểm và những tác động tích cực của Luật Bảo hiểm y tế**

Sau 5 năm triển khai thực hiện, Luật Bảo hiểm y tế đã từng bước đi vào cuộc sống, đã tác động tích cực đến chính sách BHYT tại Việt Nam, khẳng định

tính đúng đắn và phù hợp trong lựa chọn chính sách tài chính y tế thông qua bảo hiểm y tế. Có thể nói, chính sách BHYT có vai trò quan trọng, đóng góp về tài chính và thực hiện được định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển của hệ thống chăm sóc sức khỏe nước ta, phù hợp với định hướng chính sách tài chính y tế của Tổ chức y tế thế giới và xu thế của các nước trong khu vực.

Những quy định trong Luật khi thực hiện đã tác động đến nhiều mặt của đời sống kinh tế, xã hội và mọi tầng lớp nhân dân. Đặc biệt, chính sách BHYT đã góp phần tạo nên sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe, nhất là với nhóm người nghèo, cận nghèo và trẻ em dưới 6 tuổi... Những quy định của Luật cơ bản khắc phục những tồn tại gần 20 năm thực hiện chính sách BHYT, có những ưu điểm cơ bản sau đây:

(1) Hệ thống các văn bản hướng dẫn Luật BHYT ban hành tương đối đầy đủ, đồng bộ, đảm bảo chất lượng, tạo hành lang pháp lý cho việc thực hiện chế độ, chính sách BHYT.

(2) Sự phối hợp, vào cuộc tích cực của cả hệ thống chính trị ở Trung ương và địa phương trong thực hiện BHYT. Đảng, Quốc hội, Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành các văn bản chỉ đạo thực hiện, cụ thể là: Chỉ thị 38-CT/TW ngày 07/9/2009 của Ban Bí thư về “Đẩy mạnh công tác BHYT trong tình hình mới”, 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 BHXH, BHYT giai đoạn 2013-2020; Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 của Ban chấp hành Trung ương Đảng; Nghị quyết số 68/2013/QH13 của Quốc hội về đẩy mạnh thực hiện chính sách, pháp luật về BHYT, tiến tới BHYT toàn dân; Quyết định số 1167/QĐ-TTg ngày 28/6/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc điều chỉnh giao chỉ tiêu thực hiện BHYT giai đoạn 2016-2020...

(3) Công tác tuyên truyền với nhiều hoạt động và nội dung phong phú đã đem lại hiệu quả, nhận thức của các cấp, ngành và người dân về BHYT được nâng lên, tạo thuận lợi cho cả người tham gia BHYT, các cơ sở KCB và cơ quan quản lý Quỹ BHYT trong thực hiện BHYT. Chính sách BHYT cũng đã góp phần quan trọng làm thay đổi nhận thức của người dân trong việc lựa chọn các giải pháp tài chính để chăm lo sức khỏe của bản thân.

(4) Tỷ lệ bao phủ BHYT ngày càng mở rộng, sau 5 năm thực hiện Luật, từ năm 2015 đến năm 2019 đã có thêm khoảng 15 triệu người tham gia BHYT, các nhóm dễ bị tổn thương trong xã hội (người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số, trẻ em dưới 6 tuổi...) đều được chăm sóc sức khỏe thông qua quỹ BHYT.

(5) Chất lượng dịch vụ y tế được nâng cao rõ rệt; quyền lợi của người có thẻ BHYT ngày được bảo đảm do liên tục có sự điều chỉnh về danh mục, điều kiện, tỷ lệ của thuốc, vật tư y tế, danh mục dịch vụ kỹ thuật để đáp ứng nhu cầu KCB. Đặc biệt, chính sách BHYT tạo được sự công bằng trong chăm sóc y tế giữa các nhóm đối tượng trong xã hội (người nghèo, người yếu thế trong xã hội cũng có thể được tiếp cận với các dịch vụ y tế kỹ thuật cao). Việc nâng cao chất lượng y tế cơ sở và duy trì KCB theo tuyến đã giúp hạn chế quá tải ở tuyến trên, tạo thuận lợi cho người bệnh tiếp cận được với các dịch vụ y tế ngay từ tuyến y

tế cơ sở. Người dân có quyền lựa chọn cơ sở KCB mà mình tin tưởng, có chất lượng thông qua chính sách “thông tuyến” KCB.

(6) Tổ chức hệ thống và đội ngũ cán bộ làm công tác BHYT được củng cố và phát triển, có khả năng đáp ứng yêu cầu đòi hỏi ngày càng cao và đa dạng của BHYT. Công tác kiểm tra, giám sát việc thực hiện Luật BHYT cũng đã được thực hiện thường xuyên và hiệu quả hơn.

(7) Quỹ BHYT mặc dù bội chi trong năm 2016, 2017 và 2018 nhưng lũy kế đến hết năm 2018 thì vẫn có kết dư, đây là cơ sở quan trọng trong lộ trình tính toán điều chỉnh mức đóng BHYT cũng như điều chỉnh giá dịch vụ KCB theo hướng tính đúng, tính đủ.

(8). Góp phần củng cố và phát triển hệ thống y tế, đặc biệt là y tế cơ sở, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người có thẻ BHYT; góp phần khôi phục và phát triển hệ thống y tế trường học, góp phần ổn định hệ thống an sinh xã hội.

## **2. Hạn chế và tồn tại trong tổ chức thực hiện Luật**

Bên cạnh những kết quả đạt được thể hiện rõ ưu điểm trong quá trình thực hiện Luật BHYT, vẫn còn một số tồn tại, bất cập trong quy định pháp luật về BHYT, trong tổ chức thực hiện Luật, cụ thể là:

### **2.1. Ban hành văn bản quy phạm pháp luật**

- Còn tình trạng các văn bản ban hành thiếu đồng bộ, hoặc có những quy định đã không còn phù hợp nhưng chưa được khắc phục kịp thời.

- Một số văn bản hướng dẫn về BHYT còn chưa rõ ràng, dẫn đến cách hiểu và vận dụng không thống nhất, hoặc gây lúng túng, khó khăn khi triển khai.

- Một số văn bản hướng dẫn của Bộ Y tế và BHXH Việt Nam chưa có sự thống nhất dẫn đến khó khăn cho đơn vị thực hiện, bao gồm cả cơ sở KCB và cơ quan BHXH địa phương. Có trường hợp văn bản hướng dẫn về nghiệp vụ thuộc cơ quan BHXH nhưng tác động đến hoạt động của cơ sở KCB và quyền lợi của người bệnh dẫn đến các mâu thuẫn, phản ứng của cán bộ y tế. Ví dụ, lý do xuất toán của cơ quan BHXH chủ yếu là do số giường bệnh vượt trên 30% so với số giường kế hoạch, sử dụng vật tư y tế vượt định mức (găng tay, kim châm cứu) do Bộ Y tế và BHXH Việt Nam chưa thống nhất trong hướng dẫn thanh toán.

- Một số văn bản do BHXH hướng dẫn ban hành không được trao đổi, đồng thuận của Bộ Y tế làm phát sinh những vướng mắc trong thực hiện.

- Nhiều văn bản ở dạng công văn do Bộ Y tế, BHXH Việt Nam ban hành có chứa yếu tố quy phạm hoặc không đúng thẩm quyền.

- Một số văn bản ban hành từ lâu không còn phù hợp với thực tiễn hoặc có nội dung khó triển khai thực hiện.

### **2.2. Về mở rộng và phát triển đối tượng tham gia BHYT**

Tỷ lệ tham gia BHYT chưa đầy đủ, tính tuân thủ pháp luật chưa cao. Cho đến nay vẫn còn khoảng 10% dân số chưa tham gia BHYT, trong đó có người

lao động trong các doanh nghiệp, học sinh sinh viên, đặc biệt là sinh viên từ năm thứ 2 trở đi, người tham gia theo hộ gia đình. Một số nguyên nhân chủ yếu:

- Một bộ phận người dân chưa nhận thức đúng, đầy đủ về chính sách BHYT, chưa có ý thức bảo vệ sức khỏe cho cá nhân mình, gia đình và cộng đồng, chưa ý thức được quyền lợi và trách nhiệm để tham gia BHYT theo quy định của pháp luật.

- Đối với doanh nghiệp: Tình trạng trốn đóng, chậm đóng BHYT xảy ra ở hầu hết các địa phương doanh nghiệp. Nguyên nhân có thể là do chế tài xử lý vi phạm còn chưa có tác dụng răn đe; Công tác truyền thông chính sách còn hạn chế; sự phối hợp giữa cơ quan thuế và cơ quan bảo hiểm chưa chặt chẽ, chưa có sự liên thông số liệu người tham gia BHYT, BHXH do doanh nghiệp kê khai nộp cho cơ quan thuế và kê khai cơ quan bảo hiểm xã hội; hoặc do việc lập danh sách doanh nghiệp ngừng hoạt động chưa chính xác.

- 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 hộ gia đình sẽ được giảm trừ với mức phí thấp hơn đóng tại trường. Sự phối hợp giữa Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội và Bảo hiểm xã hội Việt Nam trong công tác chỉ đạo, tuyên truyền, hướng dẫn thực hiện chính sách, pháp luật BHYT đối với học sinh, sinh viên, nhất là đối tượng sinh viên từ năm thứ 2 trở đi trong các trường đào tạo nghề, trường đại học chưa thực sự chặt chẽ và hiệu quả. Tỷ lệ tham gia BHYT của học sinh, sinh viên tương đối cao (khoảng 95%), nhưng nhóm đối tượng là sinh viên tham gia với tỷ lệ thấp hơn nhóm học sinh.

- Hộ gia đình nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình là đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng 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 (Lai Châu, Thanh Hóa). Ví dụ tại Bình Định, tỷ lệ hộ gia đình nông, lâm, ngư và diêm nghiệp 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”. Tuy nhiên, tỷ lệ tham gia BHYT theo hộ gia đình còn thấp (khoảng 41%), do một số nguyên nhân như: 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. 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. Theo kết quả điều tra hộ gia đình tại huyện Sóc Sơn, Hà Nội, tỷ lệ hộ gia đình sẵn sàng chi trả với mức đóng hiện tại là 48,8%. 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 Bureau điện hoặc của UBND phường, xã, thị trấn, thiếu kỹ năng truyền thông, vận động chính sách BHYT (Đồng Nai, Gia Lai, Quảng Trị). Hơn nữa, nhận thức của nhiều hộ gia đình về chính sách BHYT còn hạn chế, chỉ khi nào ốm đau mới tham gia BHYT. Nhiều địa phương phản ánh về tình trạng vượt quỹ KCB của nhóm BHYT theo hộ gia đình do lựa chọn ngược khi mua BHYT, tức là khi có người ốm, hoặc có dấu hiệu bệnh tật thì mới đi mua BHYT (Bắc Ninh, Đồng Nai, Hải Phòng).

- Luật BHYT có điều chỉnh đến yếu tố nước ngoài, nhưng chưa quy định cụ thể đối tượng nào thuộc diện tham gia dẫn đến khó khăn trong tổ chức thực hiện: đối tượng là người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam nhưng hưởng lương tại nước ngoài; người nước ngoài kết hôn với người Việt Nam đang sinh sống tại Việt Nam; trẻ em có mẹ là người Việt Nam nhưng quốc tịch nước ngoài chưa có cơ sở pháp lý rõ ràng; Học sinh sinh viên là người nước ngoài đang học tập theo hình thức tự túc tại Việt Nam...

### **2.3. Về tổ chức khám chữa bệnh BHYT**

- Chất lượng KCB chưa đáp ứng nhu cầu KCB của nhân dân nhất là ở tuyến y tế cơ sở và các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa do điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, quy định phạm vi chuyên môn, năng lực cán bộ còn hạn chế. Tình trạng quá tải tại một số bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương đã giảm nhiều nhưng vẫn còn. Hầu hết các bệnh viện tuyến trung ương đều quá tải. Tình trạng KCB vượt tuyến dẫn tới sự quá tải ở tuyến trên và người dân chưa hài lòng vì thủ tục KCB và phải mất thời gian chờ đợi.

- Việc thực hiện tự chủ tài chính cho các cơ sở KCB đã làm xuất hiện tình trạng một số bệnh viện tuyến dưới “giữ” bệnh nhân lại điều trị, hạn chế chuyển lên tuyến trên, ảnh hưởng tới quyền lợi của người tham gia BHYT.

- Giá dịch vụ y tế chưa tính đúng, tính đủ ảnh hưởng đến hoạt động của cơ sở KCB, chất lượng dịch vụ và quyền lợi của người bệnh. Tình trạng chỉ định quá mức, lạm dụng dịch vụ kỹ thuật xét nghiệm, chẩn đoán, sử dụng thuốc vẫn xảy ra tại một số cơ sở KCB.

- Có tình trạng bệnh nhân phải tự bỏ tiền mua thuốc, vật tư y tế thuộc phạm vi quyền lợi được hưởng do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không cung ứng được cho người bệnh vì các lý do khác nhau, điều này làm giảm niềm tin của người bệnh đối với chính sách BHYT.

- Việc tổ chức, quản lý KCB tại Trạm y tế xã còn một số khó khăn vướng mắc do điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực Trạm y tế xã còn hạn chế (hiện còn khoảng 30% TYT xã chưa có bác sỹ làm việc, 35% số TYT cần đầu tư, nâng cấp).

## 2.4. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế và mức hưởng

### Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế

Mục đích của BHYT xã hội là chia sẻ rủi ro, tăng cường bảo vệ tài chính cho người có thẻ BHYT. Vì vậy, Nghị quyết số 20 của Ban chấp hành Trung ương khóa XII cũng đã nêu rõ mục tiêu đến năm 2025 là giảm tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế xuống còn 35%. Phạm vi quyền lợi và mức hưởng BHYT là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến mức chi trả tiền túi từ hộ gia đình.

Điều 21, Luật BHYT quy định phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT, bao gồm: Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con; Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với một số đối tượng.

Việc tăng tỷ lệ bao phủ BHYT đã góp phần giảm chi tiêu tiền túi của hộ gia đình. Tuy nhiên, tỷ lệ chi tiền túi tại Việt Nam hiện vẫn khá cao, chiếm 39% chi phí y tế, 2016. Sau đây là một số nguyên nhân có thể dẫn đến điều này

#### Một số nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ chi tiền túi cho y tế từ hộ gia đình cao



Nguyên nhân thứ nhất gây tăng chi phí tiền túi là do tăng sử dụng dịch vụ y tế. Theo điều tra mức sống dân cư năm 2010, người có thẻ BHYT có mức sử dụng dịch vụ KCB ngoại và nội trú cao hơn đối tượng khác. Số tiền cùng chi trả cũng như số tiền tự trả cho thuốc, vật tư tiêu hao hoặc các dịch vụ ngoài danh mục BHYT dẫn tới tăng mức trả tiền túi.

Thứ hai, việc điều chỉnh giá dịch vụ y tế, giá thuốc, vật tư tiêu hao hoặc cơ sở KCB cung cấp quá nhiều dịch vụ cũng làm tăng chi phí trả tiền túi. Tình trạng vượt trần, quỹ, dự toán giao nên cơ quan BHXH Việt Nam không hoặc chậm chi trả toàn bộ những chi phí này, cũng dẫn đến cơ sở y tế buộc phải thu thêm tiền túi của người bệnh. Một số Bệnh viện tuyến dưới, hạng 3, hạng 4 gặp khó khăn về thiếu thuốc, không đủ thuốc cần thiết cho người bệnh sử dụng (TTYT Đồng Nai). Công tác đấu thầu thuốc và quản lý thuốc chưa đảm bảo, một số thuốc cần nhưng không được cung ứng nên bệnh nhân phải mua ngoài (TLN, bệnh viện tư). Kết quả phỏng vấn sâu người bệnh có thẻ BHYT cho thấy “...Hầu như thuốc là phải tự mua ngoài hết. Tùy từng đợt nặng nhẹ, mỗi đợt từ một đến 10 triệu tiền thuốc...” (PVS bệnh nhân nội trú).



Đặc biệt quan trọng là chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến y tế cơ sở chưa đảm bảo, nên người bệnh bỏ qua tuyến xã, huyện vượt lên tuyến trên và tiếp tục chịu chi phí cao hơn hoặc khám chữa bệnh tại cơ sở y tế tư nhân.

Một nguyên nhân nữa đó là người có thẻ còn thiếu hiểu biết về các quyền lợi BHYT, phạm vi được bảo hiểm, cũng như mức hưởng. Ví dụ, một người bệnh BHYT chia sẻ: “*Chỉ biết phải đóng 800.000 đồng, nhưng không rõ đóng số tiền đó làm gì?*” (PVS bệnh nhân nội trú).

### **Mức hưởng BHYT**

Điều 22, Luật BHYT quy định về mức hưởng BHYT (100%; 95%; 80%) và trong trường hợp người có thẻ BHYT tự đi KCB không đúng tuyến kỹ thuật.

Mức hưởng BHYT được áp dụng nhằm kiểm soát chi phí và hạn chế sử dụng dịch vụ không cần thiết của người có thẻ BHYT. Theo ý kiến của các tỉnh, để tăng cường ý thức, trách nhiệm của người có thẻ BHYT cần thực hiện chính sách cùng chi trả ở tất cả các tuyến. Ví dụ, tại Bắc Kạn 80% tham gia BHYT là đối tượng chính sách xã hội, không phải cùng chi trả dẫn đến ý thức trách nhiệm sử dụng quỹ chưa cao, đây là một trong những nguyên nhân dẫn đến bội chi quỹ KCB BHYT (Bắc Kạn). Các địa phương cũng phản ánh về việc khó khăn khi thực hiện quy định của Luật BHYT về mức thanh toán khi KCB không đúng tuyến.

Chính sách cùng chi trả phải đơn giản, minh bạch để dễ xác định số tiền phải nộp. Ví dụ, tất cả các nhóm đều phải đồng chi trả để có trách nhiệm với BHYT, tuy nhiên nếu dưới mức thanh toán trần không cần cùng chi trả, còn trên mức trần thì đồng chi trả (trên 2 triệu đồng). Hoặc các nhóm đối tượng nên đồng chi trả theo một mức, ví dụ ít nhất 10% (BHXH Đồng Nai, Lai Châu). Tuy nhiên, nên hỗ trợ các bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn khi không đủ điều kiện cùng chi trả, đặc biệt đối với địa phương vùng xã, vùng đặc biệt khó khăn.

### **2.4. Về thông tuyến**

Chính sách “thông tuyến” nhằm đảm bảo quyền lợi cho người bệnh, tuy nhiên, chính sách “thông tuyến” cũng phát sinh một số bất cập, nhất là việc người có thẻ BHYT lợi dụng để đi KCB nhiều lần trong thời gian ngắn, gây lãng phí quỹ BHYT; hoặc một số cơ sở KCB có cơ chế thu hút người bệnh có thể dẫn đến việc tăng số lượng KCB so với nhu cầu thực tế, ảnh hưởng đến hiệu quả của việc sử dụng quỹ BHYT. Bên cạnh đó, với tính chất là một “doanh nghiệp” nên các cơ sở này có thể áp dụng các hình thức khác nhau như: tặng quà, hỗ trợ phần chi phí cùng chi trả của người bệnh, hỗ trợ tiền đi lại, đưa đón người bệnh để “thu hút” người có thẻ BHYT đến KCB.

Một số bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh như Y học cổ truyền, Da liễu, Điều dưỡng - Phục hồi chức năng cũng kiến nghị được sớm áp dụng cơ chế thông tuyến (như tuyến huyện) để đảm bảo điều kiện hoạt động và phát triển.

## 2.5. Thực hiện hợp đồng khám, chữa bệnh BHYT và thanh toán chi phí

- Theo quy định tại Điều 25, Luật BHYT: “*Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.*”

Quy định “... là văn bản thỏa thuận...” tại Luật BHYT chưa thể hiện tính pháp lý ràng buộc (hợp đồng loại nào: dân sự, trách nhiệm hay kinh tế). Theo đề xuất của cơ quan BHXH Việt Nam, hợp đồng KCB BHYT có thể thuộc loại “Dân sự” vì liên quan đến việc đảm bảo quyền lợi của bên thứ 3, ngoài ra, khi sửa đổi luật, cần bổ sung điều kiện, nguyên tắc thẩm định hồ sơ, điều kiện ký hợp đồng.

Hợp đồng KCB BHYT chưa thể hiện đúng tính chất là “sự thỏa thuận giữa 2 bên”, chưa thể hiện trách nhiệm, mối quan hệ giữa 2 bên. Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò “thỏa thuận” của phần lớn các cơ sở KCB chưa được phát huy, các cơ sở KCB chưa được chủ động trong việc thỏa thuận các điều khoản trong hợp đồng. Cụ thể như tại Đồng Nai, một số cơ sở phản ánh: “...*Cơ quan BHXH luôn đặt ra thẩm quyền riêng cho mình đi thẩm định lại, đưa ra bản hợp đồng KCB riêng, yêu cầu BV thực hiện...*” (Đồng Nai).

Nhiều địa phương cho rằng mẫu hợp đồng KCB BHYT chưa đủ các điều khoản, ví dụ chưa có điều khoản về quản lý quỹ, giải quyết vượt quỹ, chấm dứt hợp đồng... Các điều khoản cụ thể của hợp đồng cũng cần được điều chỉnh tùy theo từng điều kiện và khả năng cung ứng của từng cơ sở KCB, ví dụ có thể ký HĐ theo nội dung này với cơ sở KCB này nhưng cũng có thể ký hợp đồng theo nội dung khác với cơ sở khác trên nguyên tắc đảm bảo không vi phạm những điều khoản chung (Lai Châu, Thanh Hóa, Quảng trị, Nam Định, Cần Thơ);

Việc thực hiện hợp đồng giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB chưa nghiêm, trong Hợp đồng không có đầy đủ thông tin để cơ sở KCB theo dõi, quản lý thông tin của các bên (sổ thẻ, cơ cấu nhóm đối tượng đăng ký KCB ban đầu, tổng quỹ KCB BHYT...); việc ký hợp đồng và thanh lý hợp đồng hàng năm thực hiện chậm so với quy định.

- Tình trạng chậm tạm ứng, thanh quyết toán năm và thông báo kết quả thẩm định chi phí khám chữa bệnh BHYT như hiện nay (tháng 10 năm sau mới thông báo quyết toán của năm trước) ảnh hưởng đến hoạt động của các bệnh viện, trong đó có việc nợ tiền thuốc BHYT, nhất là đối với cơ sở KCB có vượt quỹ, vượt trần (nay là vượt dự toán giao).

- Một số địa phương (UBND cấp tỉnh hoặc Sở Y tế hoặc BHXH cấp tỉnh) thực hiện việc giao dự toán chi trong năm đến từng cơ sở KCB mà thiếu cơ sở pháp lý cũng như hướng dẫn về kỹ thuật (nguyên tắc thực hiện dự toán, cách thức tính kinh phí, xử lý các tình huống).

- Do chưa có văn bản hướng dẫn của cơ quan quản lý nhà nước về “nguyên nhân khách quan” và “nguyên nhân chủ quan” trong thẩm định chi phí

vượt quỹ, vượt trần, vượt dự toán nên khi cơ quan BHXH thực hiện thẩm định đã gặp nhiều khó khăn, không thống nhất giữa hai bên dẫn đến thời gian quyết toán kéo dài, bệnh viện khó khăn về kinh phí.

## **2.6. Về công tác giám định**

Giám định BHYT là một hoạt động có tính chuyên nghiệp, đặc thù của lĩnh vực BHYT nhằm đảm bảo chi phí do quỹ BHYT chi trả đúng quy định của pháp luật, đảm bảo quyền và lợi ích hợp pháp của các bên liên quan, góp phần kiểm soát dịch vụ và nâng cao chất lượng dịch vụ. Cách thức thực hiện và kết quả giám định ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn và công tác quản lý của cơ sở khám chữa bệnh và quyền lợi người tham gia BHYT. Giám định BHYT, theo Luật định, thuộc về trách nhiệm của cơ quan BHXH.

Trong công tác này, hiện nay vẫn còn một số vướng mắc:

- Quy trình, nội dung giám định, phương pháp và công cụ giám định còn thiếu chặt chẽ, đôi khi chưa khách quan. Việc áp dụng giám định theo tỷ lệ (chỉ giám định một số hồ sơ bệnh án nhất định, phát hiện ra sai sót sau đó tính chung cho toàn bộ hồ sơ bệnh án của cơ sở KCB) không phản ánh đúng tính chất của công tác giám định. Tương tự, việc cơ quan BHXH sử dụng kết quả giám định theo chuyên đề (về xét nghiệm, về chẩn đoán hình ảnh,...) để xác định số chi phí không được thanh toán, xuất toán chi phí của các nhóm chuyên đề đó. Số liệu từ giám định theo tỷ lệ hay theo chuyên đề rồi suy diễn cho số liệu giám định tổng thể về chi phí không chính xác. Việc thực hiện giám định theo tỷ lệ là đề án thí điểm, nhưng đến nay chưa có tổng kết, đánh giá, việc triển khai chưa bảo đảm đúng quy trình.

- Việc giám định chi phí BHYT tại một cơ sở khám chữa bệnh có khi được thực hiện nhiều lần, bởi cơ quan BHXH nơi ký hợp đồng, hoặc bởi cơ quan BHXH cấp trên, và đặc biệt với các kết quả giám định không thống nhất gây khó khăn cho cơ sở KCB.

- Thực hiện giám định điện tử chưa được triển khai đầy đủ, còn thiếu tính chuyên nghiệp xét về mặt cơ sở hạ tầng kỹ thuật công nghệ thông tin, nhân lực và cách thức giám định, một số quy tắc giám định ban hành chưa có sự thống nhất với Bộ Y tế.

- Cách thức giám định đôi khi chưa khách quan. Giám định theo quý, giám định theo chuyên đề của cơ quan BHXH gây khó khăn trong việc lưu trữ, bảo quản hồ sơ bệnh án. Các đoàn giám định BHYT chưa thống nhất chung nội dung giám định nên còn gây khó khăn cho các cơ sở y tế. Tình trạng giám định xuất toán xong lại giám định lại, gây áp lực rất lớn cho cơ sở KCB. Do vậy, nên yêu cầu người giám định phải có chuyên môn, và có trách nhiệm với công tác giám định, tránh lãng phí thời gian, công sức của bệnh viện cũng như của đơn vị giám định (Bắc Ninh, Đồng Nai, Thanh Hóa). Việc BHXH xuất toán chi phí thuốc do chênh lệch giá thuốc với tỉnh khác là không phù hợp, vì Bệnh viện mua thuốc theo quyết định trúng thầu của Sở Y tế, nên bệnh viện không quyết định được giá thuốc (Thanh Hóa, Bắc Ninh).

- Theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH về quy trình giám định giao cho bộ phận giám định giám định tính hợp lý của chỉ định chẩn đoán và điều trị có thể là chưa phù hợp với năng lực của giám định viên, dẫn đến đôi lúc chưa chính xác vì đội ngũ giám định BHYT còn yếu và thiếu về chuyên môn. Ví dụ, tại BHXH tỉnh Bắc Ninh có 35 cơ sở KCB mà chỉ có 25 cán bộ giám định tuyến tỉnh, nhưng trình độ chuyên môn lại ở các ngành khác nhau, về y tế chỉ có 9 bác sỹ và 1 dược sỹ. Năng lực của các giám định viên không đồng đều nên ảnh hưởng đến chất lượng giám định (Bắc Ninh). Căn cứ chấp nhận thanh toán hay xuất toán đôi khi chưa hợp lý vì cán bộ giám định máy móc, áp đặt các quy định của văn bản, trên thực tế các bệnh viện đã áp dụng những thủ thuật, chỉ định đó cho bệnh nhân (Cần Thơ).

- Ngoài ra, khối lượng hồ sơ giám định quá lớn (quy định 30% tại huyện tương đương 7.000 hồ sơ tại huyện Thới Lai, Cần Thơ), trong khi chỉ có một cán bộ giám định kiêm nhiệm (BHXH huyện là Phó giám đốc kiêm nhiệm) là có chuyên môn về y tế. Hơn nữa, phần mềm giám định chưa hoàn thiện nên việc ứng dụng để thực hiện và xử lý kết quả còn khó khăn và hiệu quả chưa cao.

- Công tác giám định BHYT còn gặp nhiều khó khăn về chuẩn hóa nhân lực thực hiện, phương pháp giám định chưa được quy phạm hóa, công cụ thực hiện giám định còn chưa đầy đủ (quy trình chuyên môn, phác đồ điều trị...). Nhân lực làm công tác giám định hạn chế về số lượng, nhiều người không có kiến thức chuyên môn y dược nên dẫn đến việc đánh giá các chỉ định sử dụng thuốc, dịch vụ y tế, những yếu tố đặc thù trong công tác KCB, vai trò của bác sỹ điều trị dẫn đến những bất đồng trong đánh giá sự hợp lý của các chỉ định.

## **2.7. Công tác truyền thông, phổ biến Luật và các văn bản hướng dẫn**

Các hoạt động tuyên truyền đa dạng, huy động được sự tham gia của hệ thống chính trị trong tổ chức thực hiện Luật BHYT. Hoạt động truyền thông đã từng bước nâng cao nhận thức của cán bộ, công chức, viên chức và nhân dân về ý nghĩa của BHYT cũng như việc thực thi Luật BHYT.

Tuy nhiên, theo nhận định của một số tỉnh như Thanh Hóa, Hải Phòng, Bình Định, Gia lai, thì truyền thông còn nặng về hình thức, phong trào, hiệu quả chưa cao. Nguyên nhân có thể là do kỹ năng truyền thông về chính sách BHYT còn hạn chế; Chưa có cán bộ chuyên trách; Công tác phối hợp truyền thông chưa chặt chẽ; Chưa có mạng lưới tuyên truyền tại cộng đồng; Hệ thống đại lý chưa thực hiện tốt công tác truyền thông; kinh phí cho công tác thực hiện truyền thông Bảo hiểm y tế còn hạn hẹp:

*“Công tác tuyên truyền về BHXH được triển khai tuy nhiên do hạn hẹp về ngân sách, hơn nữa không có quỹ riêng cho công tác tuyên truyền BHYT mà chỉ có chung cho quỹ BH và không có phân bổ cho BHYT” (TLN, Hải Phòng).*

Tại một số tỉnh, dân cư phân bố không đồng đều, thưa thớt, khó khăn trong giao thông đi lại, có nhiều dân tộc thiểu số sinh sống, ngôn ngữ khác nhau nên công tác tuyên truyền còn nhiều hạn chế, chưa phủ khắp địa bàn, nhất là vùng sâu vùng xa (TLN, Đắc Nông, Hà Giang, Bình Định).

## **2.8. Về tình trạng lạm dụng, lợi dụng chính sách BHYT**

Tình trạng lạm dụng, sử dụng quá mức cần thiết dịch vụ y tế, thậm chí là trục lợi BHYT vẫn đã và tiếp tục là một thách thức. Một số hình thức lạm dụng dịch vụ y tế như:

- Áp giá thanh toán dịch vụ kỹ thuật, thống kê tổng hợp các chi phí sai quy định như thống kê trùng các dịch vụ kỹ thuật, vật tư y tế, hóa chất đã có trong cơ cấu giá.

- Cung cấp dịch vụ kỹ thuật y tế không đảm bảo tính pháp lý: người thực hiện chưa có chứng chỉ hành nghề hoặc hành nghề không đúng phạm vi chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề, dịch vụ kỹ thuật chưa được cấp có thẩm quyền phê duyệt. Thực hiện dịch vụ kỹ thuật cho người bệnh không đúng quy trình chuyên môn do Bộ Y tế ban hành.

- Chỉ định thực hiện dịch vụ kỹ thuật (xét nghiệm cận lâm sàng, X quang, thăm dò chức năng) quá mức cần thiết, không phù hợp với tình trạng bệnh.

- Thực hiện mua sắm vật tư y tế, hóa chất sử dụng cho các dịch vụ kỹ thuật không đúng quy định của pháp luật. Có trường hợp yêu cầu người bệnh phải tự chi trả chi phí thuốc đã có trong danh mục BHYT nhưng đơn vị không cung cấp được do công tác đấu thầu, mua sắm.

- Chỉ định người bệnh vào điều trị nội trú khi tình trạng bệnh không cần thiết phải điều trị nội trú hoặc kéo dài ngày điều trị nội trú.

- Lợi dụng chính sách thông tuyến tổ chức các hình thức quảng cáo, khuyến mại để thu dụng nhiều người có thẻ BHYT đến khám, chữa bệnh để tăng nguồn thu cho bệnh viện.

- Người bệnh đi KCB nhiều nơi trong một thời gian ngắn; mượn thẻ BHYT của người khác để đi KCB.

## **2.9. Triển khai các phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT**

Mặc dù Luật BHYT có quy định áp dụng 03 phương thức thanh toán chi phí là thanh toán theo giá dịch vụ, theo định suất và theo trường hợp bệnh. Tuy nhiên, cho đến hiện tại vẫn chỉ có phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế được thực hiện. Phương thức thanh toán theo định suất đã triển khai nhưng không phù hợp do những điều chỉnh về chính sách BHYT, và cả do yếu tố kỹ thuật chưa chuẩn xác và hợp lý nên hiện nay cũng không còn cơ sở nào áp dụng. Phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh chưa triển khai.

## **2.10. Công tác kiểm tra, thanh tra việc thi hành Luật BHYT**

Công tác thanh tra, kiểm tra hiện nay chủ yếu mới chỉ dừng ở phát hiện, kiến nghị, hiệu quả thực thi kết luận thanh tra, kiểm tra còn hạn chế do: Đội ngũ cán bộ thanh tra, kiểm tra của các ngành thiếu về số lượng nên số lượt kiểm tra, thanh tra chưa nhiều; Đội ngũ cán bộ làm công tác thanh tra BHYT chưa có nhiều kinh nghiệm; Chưa có chế tài đủ mạnh để xử lý một số vấn đề trong quá

trình tổ chức thực hiện. Nguồn kinh phí cho công tác kiểm tra từ ngân sách nhà nước của Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc từ chi hoạt động bộ máy của cơ quan BHXH. Thiếu nhân lực và kinh phí thực hiện nên số cuộc thanh tra còn hạn chế (Theo báo cáo và TLN tại tỉnh Đắk Nông, Hà Giang, Hải Phòng, Thanh Hóa, Nam Định). Theo nhận định của Đồng Nai và Thanh Hóa, việc phối hợp giữa BHXH với Sở Y tế là chưa tốt. Nguyên nhân có thể là do trong Luật chưa quy định rõ về nội dung, cơ quan chịu trách nhiệm, quy trình kiểm tra.

## **2.11. Quản lý Nhà nước và tổ chức Bảo hiểm y tế**

Luật BHYT quy định tại Điều 5: “*Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế*” và tại Điều 9: “*Tổ chức bảo hiểm y tế có chức năng thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế*”.

Tổ chức, quản lý nhà nước và phối hợp liên ngành về BHYT đóng vai trò quan trọng trong việc thực hiện hiệu quả chính sách BHYT. Thực tế cho thấy một số tỉnh, ví dụ như Bắc Giang, Lai Châu... có sự chỉ đạo sát sao của chính quyền địa phương, phối hợp liên ngành chặt chẽ, đặc biệt giữa Sở Y tế và cơ quan BHXH đã kịp thời giải quyết được những khó khăn, vướng mắc khi thực hiện chính sách BHYT. Tuy nhiên, phần lớn các địa phương vẫn còn vướng mắc trong phối hợp liên ngành, ví dụ:

Theo ý kiến của một số đơn vị tại tỉnh Đồng Nai thì “*BHXH độc quyền nắm giữ trong nhiều khía cạnh, và không phân rõ thẩm quyền, có nhiều áp đặt vô lý đối với cơ sở khám chữa bệnh. Ví dụ: Trong đấu thầu thuốc công khai có sự tham gia của BHXH là thành viên trong hội đồng, nhưng sau khi đấu thầu BHXH lại rà soát, so sánh giá với các địa phương khác. Nếu giá cao hơn thì BHXH lại yêu cầu đơn vị trúng thầu giảm giá dẫn đến giảm chất lượng. Khi được hỏi thì BHXH tỉnh lại đẩy trách nhiệm lên BHXH Việt Nam*”.

Có một số nguyên nhân dẫn đến sự phối hợp liên ngành chưa hiệu quả. Thứ nhất, là do sự khác biệt trong cấu trúc và phân cấp quản lý giữa BHXH Việt Nam và Bộ Y tế. BHXH được tổ chức theo ngành dọc và cơ quan BHXH cấp tỉnh phụ thuộc vào cấp trung ương, BHYT là một trong nhiều nhiệm vụ của BHXH Việt Nam. Hệ quả là quá trình ra quyết định và ban hành văn bản hướng dẫn đôi khi không thống nhất. Ngoài ra, Luật BHYT không nêu cụ thể các yêu cầu báo cáo, dẫn đến thiếu minh bạch.

Nguyên nhân thứ hai là cơ chế giám sát chưa đủ mạnh. Hiện nay, Hội đồng Quản lý BHXH Việt Nam chịu trách nhiệm giám sát tất cả các quỹ BHXH, trong đó có quỹ BHYT. Vì vậy, thực tế không phải là cơ quan giám sát mạnh. Ở đây có sự mâu thuẫn là cơ quan chịu trách nhiệm chủ chốt về giám sát lại giám sát chính bản thân mình. Hội đồng Quản lý không có sự tham gia của bên liên quan chính ví dụ như cơ sở KCB, người hưởng lợi; Không có cơ chế tham gia ở cấp tỉnh; Trách nhiệm giải trình của BHXH Việt Nam và chính quyền còn thấp; khó chỉ ra người chịu trách nhiệm chính. Ví dụ, UBND tỉnh và Sở Y tế không có quyền thẩm định và quản lý về quỹ BHXH, không nắm được tình hình hoạt

động thu/chi của BHYT, mặc dù Luật BHYT quy định UBND cấp tỉnh là cơ quan quản lý nhà nước về BHYT tại địa phương:

*“Việc xác định số thu, xác định quỹ, phân chia quỹ, trần thanh toán, trừ chi phí đã tuyển về cơ sở KCB BHYT đều do cơ quan BHXH xác định, chưa có cơ quan nào giám sát việc phân bổ quỹ và thanh quyết toán”* (TLN Nam Định, Thanh Hóa, Đồng Nai).

Hơn nữa, Sở Y tế giao cho Phòng Nghiệp vụ y phụ trách về BHYT, chỉ mang tính kiêm nhiệm, vì thế chưa có sự phối hợp chặt chẽ trong giám định, thanh quyết toán, thanh tra- kiểm tra và giải quyết vướng mắc tại địa phương.

## **2.12. Một số bất cập khác**

(1) Sự thiếu đồng bộ trong ban hành và thiếu thống nhất trong các văn bản Luật có liên quan đến BHYT và KCB BHYT. Ví dụ:

- Một số văn bản của Bộ Y tế (về quy trình chuyên môn kỹ thuật, tổ chức hệ thống KCB, quy chế bệnh viện,...) đã ban hành từ lâu nhưng chậm sửa đổi, bổ sung. Danh mục dịch vụ kỹ thuật ban hành tại Thông tư số 43/2014/TT-BYT có khoảng 17.000 dịch vụ, nhưng hiện nay, Bộ Y tế mới chỉ ban hành giá cho khoảng 1.900 và phiên tương đương cho khoảng 9.000 dịch vụ kỹ thuật.

- Việc phân hạng bệnh viện, phân tuyến chuyên môn kỹ thuật còn thiếu các tiêu chí và quy trình phù hợp với tính chất và hoạt động chuyên môn của bệnh viện, nhất là đối với bệnh viện tư nhân.

- Luật BHYT quy định đối tượng tham gia BHYT là “người trên 80 tuổi hưởng suất hàng tháng do quỹ BHXH đóng BHYT” nhưng Luật BHXH không quy định quỹ BHXH đóng BHYT cho đối tượng này.

- Quy định về thủ tục và hướng dẫn xác định đối tượng tham gia BHYT thuộc đối tượng là người có công còn phức tạp, khó khăn.

(2) Việc chỉ đạo không đồng bộ, không thống nhất giữa Bộ Y tế và BHXH Việt Nam về một số vấn đề (sử dụng thẻ, sử dụng giấy chuyển viện, đấu thầu thuốc, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh...) nên các địa phương, các bệnh viện lúng túng, bị động trong tổ chức thực hiện, người dân phản nản, thiếu tin tưởng vào chính sách.

(3) Công tác thống kê, quản lý dữ liệu và thu thập thông tin về BHYT phục vụ cho quản lý, xây dựng chính sách, giám sát chưa kịp thời.

(4) Sự phối hợp giữa các Sở, Ban, ngành của địa phương chưa chặt chẽ trong việc triển khai thực hiện chính sách BHYT, giải quyết vướng mắc

## **3. Một số quy định của Luật chưa thực hiện được, thiếu khả thi**

(1) Giám định BHYT: Là hoạt động đặc trưng trong lĩnh vực BHYT, có ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh, cơ sở KCB, người hành nghề, chất lượng dịch vụ y tế và cả quỹ BHYT nhưng thiếu các quy định về trách nhiệm và vai trò của cơ quan quản lý nhà nước về y tế, về BHYT là Bộ Y tế đối với công tác này.

(2) Gói dịch vụ y tế cơ bản: Quy định về gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ BHYT chi trả không rõ về khái niệm, thể hiện đúng bản chất của dịch vụ y tế cơ bản đặt trong bối cảnh phải cân đối về phạm vi quyền lợi và khả năng chi trả của quỹ BHYT. Trong khi đó, Luật BHYT vẫn có các quy định về phạm vi quyền lợi, mức hưởng, về tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế.

(3) Phương thức thanh toán: Quy định về thanh toán theo định suất chưa phản ánh đúng mục tiêu và nguyên lý của phương thức này. Tương tự, phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế quy định chưa chặt chẽ dẫn đến cách hiểu khác nhau giữa các bên liên quan. Chưa đưa ra lộ trình áp dụng phương thức theo định suất, theo chẩn đoán/ trường hợp bệnh.

(4) Quản lý, sử dụng quỹ BHYT: Quỹ BHYT được quy định là quản lý tập trung, thống nhất trên toàn quốc (một quỹ duy nhất), nhưng đồng thời Luật cũng quy định về cách thức xử lý khi có kết dư hoặc thiếu hụt quỹ KCB BHYT (tính trên thực tế số thu BHYT) tại các tỉnh, thành phố. Điều này có thể hiểu là chưa đồng bộ, nhất quán trong cách thể hiện nội dung văn bản luật.

(5) Tham gia BHYT theo hộ gia đình: Việc quy định tham gia theo hộ gia đình là “một nhóm đối tượng tham gia BHYT” là không tương thích với phân nhóm đối tượng tham gia theo “trách nhiệm đóng BHYT”. Đồng thời quy định đối tượng tham gia theo hộ gia đình dựa trên danh sách thành viên trong sổ hộ khẩu là không chính xác. Thêm vào đó, việc giảm trừ cho các thành viên hộ khi cùng tham gia BHYT có bất cập về sự công bằng so với các nhóm đối tượng khác.

(6) Về “thông tuyến KCB”: Cơ chế này tiềm ẩn nhiều nguy cơ về việc tiếp cận dịch vụ y tế không phù hợp với nhu cầu KCB thực tế và sử dụng lãng phí các nguồn lực, đặc biệt là quá tải các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao. Quy này cũng tiềm ẩn khó khăn trong thực hiện mục tiêu quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình.

(7) Tên gọi cơ sở KCB trong Luật BHYT chưa bao phủ đầy đủ các loại hình cơ sở KCB hiện nay, dẫn đến việc phải xác định “tuyến tương đương” hoặc khó khăn trong định danh các cơ sở y tế không có tên gọi là “cơ sở KCB”, đặc biệt là cơ sở KCB thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

(8) Các khái niệm và thuật ngữ khác chưa có hoặc chưa rõ nghĩa trong Luật BHYT: Thế nào là “cùng chi trả chi phí KCB”; “chuyển người bệnh từ tuyến huyện trở lên” hay “chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên”; “đi KCB trái tuyến nhưng được hưởng quyền lợi như KCB đúng tuyến”; v.v.

(9) Các vấn đề khác: Tên gọi “tổ chức BHYT”; Trách nhiệm các Bộ, UBND.



## PHẦN 2

### ĐỀ XUẤT, KIẾN NGHỊ SỬA ĐỔI LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Đề khắc phục những khó khăn, vướng mắc và những vấn đề phát sinh trong tổ chức thực hiện Luật, trên cơ sở tổng hợp các ý kiến đề xuất, kiến nghị của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, kiến nghị của một số Bộ, ngành và Ủy ban nhân dân, Sở Y tế các tỉnh, thành phố và của các cơ sở khám chữa bệnh, kết luận của Thanh tra Chính phủ và kết quả giám sát của Ủy ban về các vấn đề xã hội của Quốc hội, Bộ Y tế đề xuất sửa đổi Luật BHYT như sau:

#### I. QUAN ĐIỂM VÀ MỤC TIÊU SỬA ĐỔI

Bảo hiểm y tế là cơ chế tài chính nhằm bảo vệ, chia sẻ nguy cơ rủi ro về tài chính cho người dân khi đau ốm, đồng thời là công cụ hữu hiệu để thực hiện mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân theo định hướng công bằng và hiệu quả, vì vậy, việc sửa đổi cần quán triệt các nguyên tắc cơ bản của BHYT xã hội và phải đạt được các mục tiêu sau đây:

(1). Thể chế hóa đường lối, chính sách của Đảng về phát triển BHYT toàn dân, trong đó có Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 xác định mục tiêu: thực hiện bao phủ CSSK và BHYT toàn dân; liên quan đến Mở rộng đối tượng tham gia BHYT; nâng cao chất lượng khám chữa bệnh; giảm chi tiêu tiền túi trực tiếp từ hộ gia đình cho y tế. Nghị quyết 20-NQ/TW cũng xác định: *Thực hiện nguyên tắc y tế công cộng do ngân sách nhà nước bảo đảm là chủ yếu. Khám, chữa bệnh do bảo hiểm y tế và người dân chi trả. Chăm sóc sức khỏe ban đầu do bảo hiểm y tế, người dân và ngân sách nhà nước cùng chi trả; "Gói dịch vụ y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả" phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế, BHYT bảo đảm chi trả cho các dịch vụ ở mức cơ bản; người sử dụng dịch vụ chi trả cho phần vượt mức; Đa dạng các gói bảo hiểm y tế; Tăng cường liên kết, hợp tác giữa BHYTXH với BHYT thương mại; Nâng cao năng lực, chất lượng giám định BHYT bảo đảm khách quan, minh bạch. Thực hiện giải pháp đồng bộ chống lạm dụng, trục lợi, bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế và quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở y tế*

(2). Khắc phục được các tồn tại, bất hợp lý sau 10 năm thực hiện Luật BHYT (nhất là sau 05 năm thực hiện Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT" để thực hiện lộ trình BHYT toàn dân, bảo đảm quyền lợi của người tham gia BHYT, kết hợp hài hòa giữa quản lý tập trung thống nhất theo ngành và theo địa bàn lãnh thổ, có sự phân cấp hợp lý giữa trung ương và địa phương.

(3). Đổi mới chính sách, pháp luật về BHYT trên cơ sở có kế thừa chọn lọc những quy định hiện hành về chính sách bảo hiểm y tế đang phát huy hiệu quả trong thực tiễn, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta; học tập các bài học kinh nghiệm về BHYT trên thế giới.

(4). Phù hợp với các quy định tại các luật có liên quan như Luật KCB, Luật người cao tuổi, Luật người khuyết tật, Pháp lệnh ưu đãi người có công với

cách mạng, Luật BHXH, Bộ Luật lao động... để bảo đảm tính đồng bộ, thống nhất của hệ thống pháp luật, bảo đảm lồng ghép bình đẳng giới trong dự án Luật.

## **II. NHỮNG NỘI DUNG CẦN SỬA ĐỔI**

### **1. Về đối tượng tham gia BHYT**

- Quy định cụ thể về đối tượng tham gia BHYT là người nước ngoài như: người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam nhưng hưởng lương tại nước ngoài; người nước ngoài kết hôn với người Việt Nam đang sinh sống tại Việt Nam; Học sinh sinh viên là người nước ngoài đang học tập theo hình thức tự túc tại Việt Nam...

- Khắc phục tồn tại các trường hợp gián đoạn thời gian tham gia BHYT đối với: học sinh lớp 12 chỉ tham gia BHYT hết năm học, gián đoạn quá trình tham gia BHYT đến khi đi học ở các trường đại học, nghề nghiệp; người lao động nghỉ không hưởng lương, không tham gia BHYT tại các đơn vị sử dụng lao động trong khoảng thời gian ngắn, thời gian người lao động chờ hưởng bảo hiểm thất nghiệp.

- Giao trách nhiệm cho cơ quan BHXH lập danh sách tham gia BHYT đối với đối tượng do cơ quan BHXH đóng.

- Giao trách nhiệm cho Ủy ban dân tộc chỉ đạo lập danh sách tham gia BHYT của đối tượng người dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng kinh tế xã hội khó khăn.

### **2. Về mức đóng, phương thức đóng BHYT**

- Thiết kế lại mức đóng BHYT phù hợp với Nghị quyết số 27/NQ-TW và Nghị quyết số 28/NQ-TW, khắc phục sự chênh lệch mức đóng giữa các nhóm đối tượng.

- Thay đổi phương thức đóng BHYT theo hộ gia đình theo hướng người đi làm đóng BHYT cho thân nhân trong hộ gia đình.

- Quy định cụ thể việc thu tiền đóng BHYT đối với trẻ em dưới 6 tuổi.

- Đề xuất tính lãi BHYT theo tỷ lệ lãi suất đầu tư quỹ BHXH bình quân của năm trước liền kề thay lãi suất thị trường liên ngân hàng như hiện nay.

### **3. Điều chỉnh quyền lợi BHYT**

- Mục tiêu: Đảm bảo quyền lợi của người tham gia BHYT, công bằng, hiệu quả và phát triển trong lĩnh vực bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân; giảm chi phí điều trị, chi phí nằm viện, giảm tải bệnh viện

- Nội dung: Phạm vi quyền lợi BHYT bao gồm: Khám chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai và sinh con; Hỗ trợ vận chuyển; Khám sức khỏe định kỳ; Khám sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh mạn tính không lây, sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh; Chăm sóc sức khỏe ban đầu; Khám chữa bệnh tại nhà đối với một số đối tượng (người cao tuổi, người khuyết tật); Sử dụng sản phẩm dinh dưỡng điều trị; Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (theo luật BHYT hiện hành các dịch vụ này không được quỹ BHYT chi trả); Thực hiện BHYT bổ sung.

- Phương án thể hiện: Đưa vào điều khoản về quyền lợi BHYT (bổ sung quyền lợi), và điều khoản về trường hợp quỹ BHYT không chi trả (loại bỏ những phạm vi hiện đang không được quỹ chi trả)

#### **4. Kiểm soát chi phí**

- Mục tiêu: Đảm bảo sử dụng dịch vụ y tế hợp lý; nâng cao trách nhiệm của cơ sở y tế và người sử dụng dịch vụ, tránh lãng phí, cân đối quỹ BHYT.

- Nội dung

+ Thực hiện cùng chi trả chi phí KCB: Áp dụng cơ chế cùng chi trả với hầu hết các nhóm đối tượng (kể cả người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi, người nghèo, người dân tộc thiểu số), trừ một số đối tượng ưu đãi xã hội đặc biệt

+ Áp dụng các phương thức thanh toán chi phí giữa cơ sở cung cấp dịch vụ và cơ quan BHXH phù hợp (theo trường bệnh, theo định suất), có lộ trình.

+ Quy định các nguyên tắc xây dựng danh mục thuốc, vật tư y tế, kỹ thuật y tế do quỹ BHYT chi trả

+ Quy định cơ chế mua sắm hàng hóa (là thuốc, vật tư y tế) sử dụng trong KCB, chăm sóc sức khỏe người tham gia BHYT

+ Đăng ký KCB ban đầu và chuyển tuyến hợp lý, phát huy vai trò của cơ sở hoạt động theo nguyên lý y học gia đình

- Phương án thực hiện

+ Mức hưởng BHYT 100% chỉ áp dụng đối với một số đối tượng ưu đãi xã hội đặc biệt như quân đội, công an, người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên; 95% đối với người nghèo, trẻ em dưới 06 tuổi, dân tộc thiểu số; 80% đối với đối tượng khác.

+ Áp dụng phương thức thanh toán theo định suất đối với KCB ngoại trú và CSSKBĐ đối với cơ sở có đăng ký KCB ban đầu ngay khi luật có hiệu lực. Định nghĩa đầy đủ, chính xác, phạm vi áp dụng phù hợp với nguyên lý, mục tiêu của phương thức này.

+ Áp dụng phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh đối với KCB nội trú theo lộ trình. Định nghĩa đầy đủ, chính xác, phạm vi áp dụng phù hợp với nguyên lý, mục tiêu của phương thức này.

+ Quy định các căn cứ xây dựng danh mục thuốc, vật tư, kỹ thuật y tế, trong đó yêu cầu áp dụng đánh giá công nghệ y tế.

+ Quy định Chính phủ đặt hàng, đàm phán giá thuốc, VTYT có số lượng sử dụng lớn

+ Quy định đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở thuộc tuyến chăm sóc cấp I, hạn chế đăng ký ở tuyến chăm sóc cấp II, III; Cơ sở hoạt động theo nguyên lý YHGD được chuyển thẳng người bệnh lên tuyến II, III.

## **5. Điều chỉnh mối quan hệ giữa cơ sở cung ứng dịch vụ và cơ quan BHXH**

- Mục tiêu: Đảm bảo sự công bằng trong quan hệ giữa cơ sở y tế là bên cung cấp dịch vụ y tế và cơ quan BHXH chi trả chi phí mà người có thẻ BHYT đã được cung cấp.

- Nội dung:

+ Cơ sở y tế đã được cấp giấy phép hoạt động là cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia BHYT; không quy định phải thẩm định điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT

+ Xác định rõ tính chất hợp đồng KCB BHYT

+ Bổ sung các nội dung về hợp đồng như: Hủy bỏ hợp đồng; Đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng; tạm dừng thực hiện hợp đồng; Đình chỉ thực hiện hợp đồng.

- Phương án thể hiện

+ Quy định hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế, KCB BHYT là hợp đồng kinh tế.

+ Quy định những điều khoản bắt buộc trong hợp đồng theo quy định trong Luật BHYT

+ Quy định chặt chẽ về điều kiện ký hợp đồng KCB BHYT: xây dựng bộ nguyên tắc, tiêu chí ký hợp đồng; trách nhiệm của các bên khi thực hiện hợp đồng...

## **6. Nâng cao hiệu quả quản lý và sử dụng quỹ BHYT**

Quản lý, sử dụng quỹ BHYT trên nguyên tắc, công khai, minh bạch, hiệu quả, tập trung nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe của người tham gia BHYT

- Điều chỉnh tỷ lệ quỹ quản lý bảo hiểm y tế xuống dưới 4%

- Quy định mức tối đa của quỹ dự phòng

- Trách nhiệm điều chỉnh mức đóng, phạm vi quyền lợi BHYT, cách thức mua sắm. Quy định trách nhiệm của NSNN khi quỹ BHYT bội chi và hết quỹ dự phòng.

- Bổ sung chế tài xử phạt đối với hành vi trục lợi, chiếm dụng quỹ BHYT.

## **7. Về tổ chức hệ thống giám định BHYT và Hội đồng tư vấn quốc gia**

- Mục tiêu: Công tác giám định đảm bảo thực hiện nghiệp vụ minh bạch, khách quan, độc lập, trách nhiệm giải trình; Hội đồng tư vấn quốc gia giúp Chính phủ, Bộ Y tế triển khai luật BHYT đảm bảo tính thống nhất, đồng thuận, phù hợp thực tiễn.

- Nội dung: Thành lập Hội đồng tư vấn quốc gia về chính sách BHYT.

- Phương án thể hiện

+ Bộ Y tế quy định nội dung, cách thức giám định, tiêu chí nhận định kết quả, tiêu chuẩn giám định viên.

+ Thành lập Hội đồng tư vấn quốc gia, quy định cụ thể về số lượng thành viên, thành phần (đại diện các bên liên quan), quy định nhiệm vụ của Hội đồng. Chính phủ quy định chi tiết quy chế hoạt động của Hội đồng.

## **8. Các vấn đề kỹ thuật**

- Mục tiêu: Đảm bảo tính chính xác, đầy đủ các khái niệm, các thuật ngữ về cả nội dung/ bản chất, ngôn ngữ luật pháp; thể hiện sự thống nhất về nội dung trên cơ sở nhất quán về nguyên lý BHYT (mang tính xã hội).

- Nội dung

+ Các khái niệm phải được sửa đổi, điều chỉnh, bổ sung: Bảo hiểm y tế; Gói dịch vụ y tế cơ bản; Giám định BHYT; hộ gia đình tham gia BHYT; cùng chi trả; chuyển gửi dịch vụ cận lâm sàng

+ Về đối tượng tham gia BHYT: Thống nhất trong cách phân nhóm theo trách nhiệm đóng BHYT; bổ sung đối tượng theo các nhóm, tránh bỏ sót các đối tượng; Chỉ áp dụng 01 mức giảm trừ khi tham gia theo hộ gia đình

+ Về quỹ BHYT: Thể hiện rõ chỉ có 01 quỹ BHYT; tính bảo hộ của nhà nước đối với quỹ BHYT; điều chỉnh linh hoạt về mức đóng;

+ Về thẻ BHYT: Thẻ giấy/ thẻ điện tử; ảnh/ dấu hiệu sinh trắc học

+ Về cơ sở cung ứng dịch vụ y tế: Tên loại (thay vì chỉ là cơ sở khám chữa bệnh như hiện nay); thống nhất với hệ thống y tế quân đội, công an, tư nhân

+ Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý BHYT, giám định BHYT

+ Về trách nhiệm của cơ quan quản lý nhà nước: Quy định cụ thể hơn về trách nhiệm của các Bộ, ngành, phù hợp với những nội dung điều chỉnh của Luật.

+ Các nội dung bổ sung, điều chỉnh theo quy định của các Luật liên quan: Bộ Luật Lao động liên quan đến Người lao động, người sử dụng lao động; Luật Luật BHXH liên quan đến nguồn đóng BHYT cho người trên 80 tuổi; Bộ Luật hình sự liên quan đến lạm dụng, trục lợi BHYT; Luật khám bệnh, chữa bệnh (sửa đổi) liên quan đến phân tuyến cơ sở y tế; giá dịch vụ y tế (Luật BHYT hiện hành quy định giá theo hạng bệnh viện); điều kiện cấp phép đối với phòng khám đa khoa (Luật BHYT quy định cơ sở KCB BHYT phải cung cấp đầy đủ thuốc, VTYT trong khi Luật nên PKĐK cần phải có bộ phận dược); cơ sở hoạt động theo nguyên lý YHGD; chuyển tuyến (tự đến cơ sở KCB, chuyển tuyến theo yêu cầu người bệnh); quyền tiếp cận hồ sơ bệnh án của doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm; Đề án cải cách tiền lương;...

+ Các vấn đề kỹ thuật khác.

---

## Phụ lục số 1: DANH MỤC CÁC VĂN BẢN QUY PHẠM PHÁP LUẬT

Số văn bản	Tên văn bản	Thời gian ban hành
46/2014/QH13	Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế	13/6/2014
105/2014/NĐ-CP	Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.	15/11/2014
41/2014/TTLT-BYT-BTC	Thông tư liên tịch của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế.	24/11/2014
70/2015/NĐ-CP	Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật BHYT đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu	01/9/2015
37/2015/TTLT-BYT-BTC	Thông tư liên tịch của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Tài quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh BHYT giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc.	29/10/2015
37/2014/TT-BYT	Thông tư hướng dẫn Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT.	17/11/2014
40/2014/TT-BYT	Thông tư ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế	17/11/2014
05/2015/TT-BYT	Thông tư ban hành Danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc y học cổ truyền thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế	17/3/2015
04/2017/TT-BYT	Thông tư ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với vật tư y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.	14/4/2017
35/2016/TT-BYT	Thông tư ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT.	28/9/2016
16/2015/TTLT-BYT-BTC	Thông tư liên tịch của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Tài sửa đổi Khoản 5 Điều 13 TSLT số 41/2014/TTLT-BYT-BTC ngày 24/11/2014 của liên Bộ Y tế - Tài chính hướng dẫn thực hiện BHYT.	02/7/2015
36/2015/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT.	29/10/2015
15/2015/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với người nhiễm HIV và người sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS.	26/6/2015
40/2015/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn đăng ký	16/11/2015

	khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT.	
04/2016/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh lao.	26/02/2016
18/2016/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định Danh mục kỹ thuật, danh mục vật tư y tế dùng trong phục hồi chức năng và việc chi trả chi phí phục hồi chức năng ban ngày thuộc phạm vi thanh toán của quy BHYT.	30/6/2016
39/2017/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở	18/10/2017
43/2017/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định tỷ lệ hao hụt đối với vị thuốc cổ truyền và việc thanh toán chi phí hao hụt tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	28/11/2017
48/2017/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về trích chuyển dữ liệu điện tử trong quản lý và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT	28/12/2017
50/2017/TT-BYT	Thông tư sửa đổi bổ sung các quy định liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT	29/12/2017
146/2018/NĐ-CP	Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.	17/10/2018
30/2018/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định điều kiện thanh toán các thuốc hóa dược, sinh phẩm cho người tham gia BHYT	30/10/2018
15/2018/TT-BYT	Thông tư Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp	30/5/2018
39/2018/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh nhân cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp	30/11/2018
27/2018/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế liên quan đến HIV/AIDS.	26/10/2018
09/2019/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyên thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế	10/6/2019
01/2019/TT-BYT	Thông tư về KCB nội trú ban ngày	01/3/2019
13/2019/TT-BYT	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 11 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định	05/7/2019

	thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp	
102/2018/TT-BTC	Thông tư của Bộ trưởng Bộ Tài chính hướng dẫn kế toán Bảo hiểm xã hội	14/11/2018



**Phụ lục số 2: CÁC VĂN BẢN DO BHXH VIỆT NAM BAN HÀNH**

<b>Số văn bản</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Ngày ban hành</b>
1313/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam quy định mẫu thẻ BHYT	02/12/2014
1500/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam quy định mẫu thẻ BHYT cấp cho công an, quân đội, người làm công tác cơ yếu	14/12/2014
1314/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam ban hành mã số ghi trên thẻ BHYT	02/12/2014
1351/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam ban hành mã số BHXH duy nhất được cấp cho mỗi người tham gia BHYT	16/11/2015
1399/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam quy định về tổ chức thực hiện BHYT trong khám bệnh, chữa bệnh	22/12/2014
1456/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam ban hành quy trình giám định BHYT	01/12/2015
959/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam ban hành quy tình quản lý thu BHXH, BHYT, BHTN, bảo hiểm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; quản lý sổ BHXH, thẻ BHYT	09/9/2015
1599/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam quy định hoạt động đại lý thu BHXH, BHYT	28/10/2016
917/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam ban hành công tiếp nhận dữ liệu hệ thống thông tin giám định BHYT phiên bản 2.0	20/6/2016
1553/QĐ-BHXH	Quyết định của Tổng giám đốc BHXH Việt Nam quy định về quản lý, khai thác thông tin trên hệ thống thông tin giám định BHYT	28/9/2017

**Phụ lục số 3: SỐ NGƯỜI THAM GIA BHYT THEO NHÓM ĐỐI TƯỢNG<sup>1</sup>**

(Đơn vị tính: ngàn người)

STT	Nhóm đối tượng	Số tham gia bảo hiểm y tế				
		2015	2016	2017	2018 (tạm tính)	2019 (ước)
<b>I</b>	<b>Nhóm do người lao động và người SDLĐ đóng</b>	<b>11.192.608</b>	<b>11.864.731</b>	<b>12.594.674</b>	<b>13.382.495</b>	<b>14.103.258</b>
1	Hành chính sự nghiệp	2.615.725	2.629.831	2.610.393	2.624.419	2.598.175
2	Doanh nghiệp và các tổ chức khác	8.424.295	9.077.700	9.802.468	10.625.716	11.379.341
3	Cán bộ không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn	152.588	157.200	181.813	132.360	125.742
<b>II</b>	<b>Nhóm do tổ chức BHXH đóng</b>	<b>3.089.764</b>	<b>3.180.700</b>	<b>3.047.068</b>	<b>3.124.369</b>	<b>3.164.704</b>
1	Hưu trí, mất sức lao động	2.405.117	2.588.882	2.657.432	2.755.460	2.783.015
2	Trợ cấp TNLĐ, BNN	10.219	9.308	9.930	8.862	8.871
3	Cán bộ xã, phường hưởng trợ cấp BHXH	7.344	8.291	8.637	8.323	8.073
4	Trợ cấp thất nghiệp	164.118	167.204	185.743	283.298	296.973
5	Khác	502.966	407.015	185.416	68.426	67.773
<b>III</b>	<b>3. Nhóm do NSNN đóng</b>	<b>32.217.207</b>	<b>34.338.007</b>	<b>34.215.442</b>	<b>33.803.332</b>	<b>33.896.397</b>
1	Quân đội và CAND	1.100.000	241.012	295.000	643.945	830.000
2	Cán bộ xã phường hưởng trợ cấp từ NSNN	27.034	25.286	22.964	21.524	21.094
3	Người có công với cách mạng	1.272.731	1.292.209	1.230.996	1.153.000	1.147.235
4	Đại biểu QH; HĐND các cấp	103.251	80.192	76.656	73.670	73.670
5	Trẻ em dưới 6 tuổi	9.722.272	10.211.299	10.285.095	9,975,820	10.025.699
6	Bảo trợ xã hội	2.190.276	2.266.440	2.359.245	2.360.575	2.383.230
7	Người thuộc hộ gia đình nghèo, dân tộc thiểu số	13.709.629	16.489.203	15.984.332	15,529,224	15.378.005

<sup>1</sup> Theo công văn số 4759/BHXH-CSYT ngày 15/11/2018 và công văn số 2448/BHXH-CSYT ngày 08/7/2019 của BHXH Việt Nam

8	Thân nhân người có công với cách mạng	644.766	662.337	681.657	667,290	664.121
9	Thân nhân QĐ & CAND	1.750.893	1.771.282	1.876.385	1,770,307	1.757.759
10	Người hiến bộ phận cơ thể	348	479669		885	890
11	Người nước ngoài đang học tập tại VN	8.065	10.092	9.031	10,245	11.000
12	Khác	1.687.942	1.288.176	1.393.412	1,596,847	1.603.695
<b>IV</b>	<b>4. Nhóm được NSNN hỗ trợ mức đóng</b>	<b>15.083.303</b>	<b>15.160.836</b>	<b>16.566.663</b>	<b>16,946,639</b>	<b>17.071.717</b>
1	Người thuộc hộ gia đình cận nghèo	3.121.953	2.880.569	3.002.170	2,308,315	2.327.759
2	HSSV	11.806.349	12.054.990	12.270.800	12,852,498	12.895.761
3	Khác	155.001	225.277	1.293.693	1,785,826	1.848.197
<b>V</b>	<b>Nhóm tham gia theo HGD</b>	<b>8.389.767</b>	<b>11.370.881</b>	<b>14.765.144</b>	<b>16.257.711</b>	<b>17.002.257</b>
<b>VI</b>	<b>Nhóm khác</b>					
<b>Tổng cộng</b>		<b>69.972.649</b>	<b>75.915.155</b>	<b>81.188.991</b>	<b>83.514.546</b>	<b>85.238.333</b>

## Phụ lục số 4: TỶ LỆ BAO PHỦ BHYT CỦA CÁC TỈNH 2016-2019

TT	Tỉnh, thành phố	Năm 2016		Năm 2017		Năm 2018		Năm 2019 (ước tính)	
		Số người tham gia (người)	Tỷ lệ tham gia (%)	Số người tham gia (người)	Tỷ lệ tham gia (%)	Số người tham gia (người)	Tỷ lệ tham gia (%)	Số người tham gia (người)	Tỷ lệ tham gia (%)
1	Hà Nội	5.891.743	81.4%	6.107.782	81.5%	6,698,438	88.8%	6,810,563	88.5%
2	TP Hồ Chí Minh	6.412.792	78.0%	6.764.160	78.9%	7,153,831	85.0%	7,374,000	87.6%
3	An Giang	1.528.183	71.2%	1.647.049	69.7%	1,662,232	82.5%	1,740,072	86.2%
4	BR - Vũng Tàu	876.868	81.1%	904.256	82.9%	927,737	83.2%	956,456	85.5%
5	Bạc Liêu	690.146	77.8%	697.087	78.8%	746,180	82.3%	761,604	84.8%
6	Bắc Giang	1.383.020	83.0%	1.419.098	88.3%	1,575,658	92.4%	1,593,115	89.6%
7	Bắc Kạn	305.852	96.7%	308.344	95.4%	312,667	95.2%	312,560	95.3%
8	Bắc Ninh	1.037.211	88.4%	1.074.484	90.0%	1,232,140	94.4%	1,243,197	92.4%
9	Bến Tre	1.039.938	82.0%	1.052.870	87.2%	1,165,896	89.1%	1,168,762	88.6%
10	Bình Dương	1.596.334	80.8%	1.668.632	81.3%	1,902,081	89.7%	1,932,055	88.8%
11	Bình Định	1.300.374	84.9%	1.307.273	83.0%	1,386,916	89.7%	1,401,206	89.3%
12	Bình Phước	679.515	71.3%	753.714	78.1%	809,614	82.2%	833,464	86.4%
13	Bình Thuận	834.839	68.3%	930.046	70.0%	966,419	82.1%	1,007,283	85.9%
14	Cà Mau	985.745	80.2%	984.140	77.1%	1,043,150	84.0%	1,046,467	87.9%
15	Cao Bằng	515.123	98.0%	515.391	96.3%	524,432	97.1%	525,298	96.4%
16	Cần Thơ	955.688	76.0%	998.303	73.2%	1,070,310	83.0%	1,086,344	87.6%
17	Đà Nẵng	973.981	93.7%	1.001.285	92.9%	1,022,633	95.9%	1,027,034	95.6%
18	Đắk Lắk	1.434.682	77.7%	1.526.744	78.8%	1,613,083	86.8%	1,626,492	87.3%
19	Đắk Nông	472.911	79.4%	496.326	73.5%	526,960	85.4%	543,464	87.3%
20	Điện Biên	552.908	99.2%	555.749	98.5%	576,779	98.2%	582,202	98.3%
21	Đồng Nai	2.232.567	75.9%	2.336.927	75.7%	2,490,679	82.7%	2,598,082	86.1%
22	Đồng Tháp	1.202.928	71.1%	1.291.208	69.2%	1,324,068	81.6%	1,393,422	85.8%
23	Gia Lai	1.211.979	85.7%	1.197.232	84.9%	1,301,597	88.9%	1,313,001	88.8%
24	Hà Giang	786.917	96.9%	807.905	99.7%	829,485	97.7%	830,126	98.1%
25	Hà Nam	613.940	76.1%	647.925	79.4%	702,566	86.1%	718,754	87.6%
26	Hà Tĩnh	1.115.447	87.6%	1.050.265	81.2%	1,140,259	87.9%	1,150,686	88.0%
27	Hải Dương	1.470.979	82.3%	1.493.455	82.4%	1,590,327	87.4%	1,604,504	88.3%
28	Hải Phòng	1.544.351	78.0%	1.608.705	80.8%	1,729,018	85.5%	1,748,199	86.6%
29	Hậu Giang	593.963	76.7%	609.205	75.3%	639,910	82.3%	646,994	85.8%
30	Hoà Bình	702.881	84.4%	770.702	92.7%	814,151	95.6%	817,203	94.4%
31	Hung Yên	908.084	77.2%	954.064	76.8%	1,018,015	85.5%	1,053,863	87.8%
32	Khánh Hoà	964.614	79.4%	982.559	81.7%	1,102,777	89.0%	1,108,662	87.6%
33	Kiên Giang	1.236.959	69.7%	1.333.775	71.7%	1,414,487	82.7%	1,463,747	85.4%
34	Kon Tum	453.352	90.1%	458.206	92.3%	474,105	89.4%	475,248	91.2%
35	Lai Châu	410.516	95.0%	415.454	94.8%	430,606	95.4%	437,111	96.4%
36	Lạng Sơn	706.293	92.4%	711.702	90.7%	744,010	94.2%	744,785	93.8%
37	Lào Cai	693.210	99.6%	691.374	98.5%	704,997	98.8%	706,557	98.8%
38	Lâm Đồng	926.194	72.1%	1.010.797	71.0%	1,072,677	83.9%	1,107,159	86.3%
39	Long An	1.205.028	80.9%	1.213.850	83.8%	1,342,584	88.7%	1,359,129	87.9%
40	Nam Định	1.327.974	71.7%	1.488.100	74.9%	1,548,434	82.6%	1,584,846	86.6%
41	Nghệ An	2.504.922	81.3%	2.645.066	82.2%	2,776,421	86.9%	2,818,313	88.4%
42	Ninh Bình	801.731	84.0%	815.312	84.3%	877,541	90.2%	884,681	88.5%
43	Ninh Thuận	477.965	79.4%	485.915	82.4%	516,890	83.7%	537,191	86.5%
44	Phú Thọ	1.213.999	87.8%	1.222.537	84.8%	1,236,967	87.3%	1,252,436	88.3%
45	Phú Yên	739.471	82.2%	738.697	78.8%	774,421	84.5%	783,871	87.5%
46	Quảng Bình	777.349	88.0%	783.676	88.2%	835,022	93.1%	838,546	90.5%
47	Quảng Nam	1.386.008	92.8%	1.384.089	87.2%	1,392,919	92.0%	1,406,499	92.2%
48	Quảng Ngãi	1.067.720	85.1%	1.073.276	86.0%	1,148,060	89.9%	1,167,942	90.7%
49	Quảng Ninh	1.119.574	91.8%	1.094.269	93.9%	1,197,756	94.6%	1,214,388	93.7%
50	Quảng Trị	541.443	86.3%	543.600	86.3%	587,219	92.1%	599,522	91.7%

51	Sóc Trăng	1.331.043	99.6%	1.334.290	96.8%	1.332.819	96.5%	1.312,518	93.6%
52	Son La	1.134.597	94.3%	1.157.000	92.9%	1,185,613	94.8%	1,194,892	95.7%
53	Tây Ninh	785.217	70.1%	873.290	74.1%	901,817	81.4%	960,924	85.2%
54	Thái Bình	1.453.739	81.0%	1.468.836	82.2%	1,561,793	86.3%	1,584,500	86.8%
55	Thái Nguyên	1.190.640	98.9%	1.202.037	98.6%	1,211,655	98.2%	1,229,581	98.0%
56	Thanh Hoá	2.975.667	83.9%	3.015.909	83.3%	3,126,333	87.2%	3,153,059	87.8%
57	TT-Huế	1.096.949	95.2%	1.107.485	92.3%	1,144,392	97.6%	1,150,099	95.7%
58	Tiền Giang	1.272.702	73.2%	1.343.583	75.2%	1,452,677	82.0%	1,480,476	85.5%
59	Trà Vinh	966.323	92.7%	965.132	90.5%	993,823	93.7%	983,800	89.5%
60	Tuyên Quang	728.572	94.6%	736.169	95.7%	749,200	95.1%	749,736	95.6%
61	Vĩnh Long	738.508	70.4%	814.209	71.5%	861,697	81.3%	881,013	85.8%
62	Vĩnh Phúc	861.727	80.8%	867.777	80.9%	988,931	90.1%	999,226	88.4%
63	Yên Bái	732.260	92.3%	736.781	93.5%	785,542	95.6%	791,405	94.4%
64	LLVT	241.000		1.100.000		543,130		830,000	
<b>Tổng cộng</b>		<b>75,928,636</b>	<b>81.9%</b>	<b>79.295.081</b>	<b>84,9%</b>	<b>83,514,546</b>	<b>88.5%</b>	<b>85,238,333</b>	<b>89.8%</b>