

Cải cách thủ tục, quy trình để tăng khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

15:33 30/06/2024

Tác giả: Đang cập nhật

Sau 15 năm triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm y tế đầu tiên (1/7//2009 - 1/7/2024), với sự vào cuộc và quyết tâm của cả hệ thống chính trị, hướng tới mục tiêu bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân, chính sách bảo hiểm y tế của Việt Nam đã trở thành nguồn lực chủ yếu cho chăm sóc sức khỏe nhân dân. Cả nước đã có trên 93,3 triệu người tham gia bảo hiểm y tế, bao phủ 93,35% dân số.

Hệ thống cung ứng dịch vụ gia tăng nhanh chóng

Bà Trần Thị Trang, Vụ trưởng Vụ bảo hiểm y tế, Bộ Y tế cho biết, nếu như năm 2009 là năm đầu tiên thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế là 58% dân số, tăng 11% so với năm 2008, thì đến năm 2015, năm thực hiện Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bổ sung, số người tham gia bảo hiểm y tế là 68,5 triệu người, đạt tỷ lệ bao phủ 74,9% dân số. Năm 2019 số người tham gia bảo hiểm y tế là 85,7 triệu người, đạt tỷ lệ bao phủ đạt 89,1% dân số, thì đến nay số người tham gia bảo hiểm y tế là hơn 93,3 triệu người, đạt tỷ lệ bao phủ 93,35% dân số.

Số lượt người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám chữa bệnh tăng nhanh qua từng năm. Nếu như năm 2010 có 102 triệu lượt (93,7 triệu lượt khám chữa bệnh ngoại trú và 8,3 triệu lượt điều trị năm nội trú). Năm 2019, số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế là 184 triệu lượt, trong đó, số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú là 166,9 triệu lượt, số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú là 17,1 triệu lượt đều tăng so với năm 2018.

Giai đoạn 2020 - 2022, do ảnh hưởng của đại dịch Covid-19, số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế giảm so với giai đoạn 2015 - 2019. Khi tình hình đại dịch Covid-19 đã ổn định hơn, số lượt khám chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2022 tăng lên 150,4 triệu lượt, tăng 24 triệu lượt so với năm 2021.

“Từ khi thực hiện Luật bảo hiểm y tế, hầu hết các cơ sở y tế công lập có chức năng khám chữa bệnh đều tham gia ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội, gần 10 nghìn trạm y tế xã, phường, thị trấn cũng tham gia khám chữa bệnh bảo hiểm y tế thông qua hợp đồng do các bệnh viện huyện hoặc Trung tâm y tế hoặc cơ sở khám chữa bệnh được Sở Y tế giao nhiệm vụ quản lý ký với cơ quan bảo hiểm xã hội”, Vụ trưởng Vụ bảo hiểm y tế

Trần Thị Trang cho biết thêm.



Bà Trần Thị Trang, Vụ trưởng Vụ bảo hiểm y tế

Năm 2010, cả nước có 2.176 cơ sở khám chữa bệnh ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, gồm 1.900 cơ sở khám chữa bệnh nhà nước, kể các cơ sở y tế của Bộ Quốc phòng và các bộ, ngành khác; 276 cơ sở tư nhân. Số trạm y tế xã thực hiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế là 6.178 trạm, chiếm khoảng 60% tổng số trạm y tế xã trên cả nước, tăng 10% so với năm 2009. Đến năm 2015, đã có 2.089 cơ sở khám chữa bệnh ký hợp đồng khám chữa bệnh cho người có thẻ bảo hiểm y tế, bao gồm 1.475 cơ sở khám chữa bệnh nhà nước, kể các cơ sở y tế của Bộ Quốc phòng và các bộ, ngành khác và 320 cơ sở tư nhân.

Đến hết ngày 31/12/2022, số cơ sở ký hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế là 2.835 cơ sở, gồm 1.768 cơ sở công lập và 1.067 cơ sở ngoài công lập. Bên cạnh đó, số cơ sở y tế ngoài công lập tham gia vào hệ thống khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng ngày càng tăng. Năm 2022, số cơ sở y tế ngoài công lập tăng khoảng 2,7 lần so với năm 2015, trong số 247 bệnh viện ngoài công lập.

Thủ tục ngày càng thuận lợi

Theo lãnh đạo Vụ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế, quy trình, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh, thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ngày càng được cải cách, khả năng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người dân ngày càng tăng.

“Các thủ tục hành chính, quy trình khám bệnh, chữa bệnh, quy trình thủ tục thanh toán và ngày càng được cải cách mạnh mẽ và ứng dụng công nghệ thông tin ngày càng được đẩy mạnh nhằm giảm phiền hà, tạo điều kiện cho người bệnh trong tiếp cận dịch vụ y tế, tạo thuận lợi cho cơ quan, tổ chức trong tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế”, Vụ trưởng Vụ bảo hiểm y tế Trần Thị Trang nhấn mạnh.

Thời gian qua, lãnh đạo Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã chỉ đạo thực hiện quyết liệt, hiệu quả và tác động mạnh mẽ đến công tác quản lý ngành, đặc biệt là các chỉ đạo, kết luận của Thủ tướng, Phó Thủ tướng trong nhiều cuộc giao ban của Ban Chỉ đạo cải cách hành chính của Chính phủ. Theo quy định của Luật, người tham gia bảo hiểm y tế 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 khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, 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 bảo hiểm y tế có thể lựa chọn nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu phù hợp, thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người có thể bảo hiểm y tế, nhất là với nhóm người nghèo, cận nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi”.



Người dân tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế

Việc tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế 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, trung ương được hưởng đầy đủ quyền lợi. Từ năm 2016, người tham gia bảo hiểm y tế 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 (gọi là thông tuyến huyện). Theo Vụ trưởng Vụ bảo hiểm y tế Trần Thị Trang, quy định "thông tuyến" trong khám bệnh, chữa bệnh đã tạo thuận lợi cho người dân trong tiếp cận các dịch vụ y tế nhanh, hiệu quả.

“Quy định thông tuyến và số lượt người khám chữa bệnh tăng cao tại tuyến huyện đã tạo động lực cho các cơ sở nơi người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám chữa bệnh ban đầu và các cơ sở khám chữa bệnh thuộc tất cả các tuyến nỗ lực nâng cao chất lượng dịch vụ, cải cách thủ tục hành chính, đáp ứng nhu cầu của người tham gia bảo hiểm y tế”, bà Trang chia sẻ.

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 khám, chữa

bệnh của người có thể bảo hiểm y tế. Điều này tạo ra một xu thế cùng đổi mới, phát triển trong tổ chức cung ứng dịch vụ khám chữa bệnh.

Chất lượng ngày càng được nâng cao

Trong những năm gần đây, dưới sự chỉ đạo quyết liệt của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế, các địa phương và cơ sở y tế đã, đang nỗ lực thực hiện đồng bộ nhiều giải pháp để giảm quá tải, nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh. Điển hình là việc đầu tư nâng cấp, mở rộng cơ sở hạ tầng bệnh viện để tăng thêm giường bệnh; xây dựng 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.

Bên cạnh đó, tình trạng quá tải ở khu vực nội trú ở các bệnh viện tuyến trung ương và bệnh viện tuyến cuối của Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh có xu hướng giảm rõ rệt. Có 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.

Thực hiện Chương trình "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh", các bệnh viện đã triển khai khảo sát đánh giá hài lòng người bệnh làm cơ sở để chấn chỉnh và tiếp tục cải tiến chất lượng dịch vụ y tế... Cùng với đó, công tác thanh tra, kiểm tra được thực hiện thường xuyên, liên tục nhằm bảo đảm công tác bảo hiểm y tế được thực hiện đúng quy định của pháp luật.

Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã tổ chức nhiều cuộc thanh tra, kiểm tra và chỉ đạo sở y tế, bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố kiểm tra, thanh tra việc tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế trên cả nước nhằm chấn chỉnh, đồng thời hỗ trợ các đơn vị thực hiện nghiêm các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. 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, hướng dẫn về bảo hiểm y tế, khám chữa bệnh, tài chính bảo hiểm 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 thực hiện bảo hiểm y tế 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 bảo hiểm y tế 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”, lãnh đạo Vụ Bảo hiểm y tế nêu rõ.

Anh Vũ

Link bài viết: <https://nguoilambao.vn/cai-cach-thu-tuc-Quy-trinh-de-tang-kha-nang-tiep-can-dich-vu-kham-chua-benh-bao-hiem-y-te>