VL00003709

NHỮNG VẤN ĐỀ CẤP BÁCH

VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI & BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

VL00003709

NHỮNG VẤN ĐỀ CẤP BÁCH VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

Bản sao lưu trữ

Bản sao lưu trữ

NHIỀU TÁC GIẢ

NHỮNG VẤN ĐỀ CẤP BÁCH VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

❖ ❖ ❖ ❖ ❖

Bản sao lưu trữ

THƯ VIỆN QUỐC HỘI
VL. 3995

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

Bản sao lưu trữ

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Luật BHXH đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XI, Kỳ họp thứ 9 thông qua ngày 29/6/2006 và có hiệu lực thi hành từ 01/01/2007. Dư luận ngày càng quan tâm đến chính sách BHYT, điều này minh chứng cho thấy BHYT đang là một nhu cầu thiết yếu đối với đại đa số nhân dân, nhất là đối tượng nghèo, thu nhập thấp. Bên cạnh những mặt được, mặt tích cực là cơ bản, qua hoạt động thực tiễn cho thấy chính sách BHYT vẫn còn một số bất cập. Số liệu thống kê năm 2004, 2005 và số liệu ban đầu của 2006 đã cho thấy tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT đã lớn hơn tổng số thu BHYT; cho thấy xu hướng bội chi ngày càng lớn là không thể khắc phục, nếu không có các giải pháp sửa đổi chính sách và tổ chức thực hiện.

Đối với nước ta, mục tiêu của Đảng và Nhà nước là "dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, dân chủ, văn minh". Mục tiêu này phải được thực hiện trong tất cả các ngành các cấp, trong mọi thành phần kinh tế và đối với mọi người dân.

Văn kiện Đại hội X tiếp tục nhấn mạnh *"xây dựng hệ thống an sinh xã hội đa dạng; phát triển mạnh hệ thống BHXH, BHYT, tiến tới BHYT toàn dân"*. "... Phát triển và nâng cao chất lượng BHYT; xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân phát triển mạnh loại hình BHYT tự nguyện, BHYT cộng đồng, Mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám chữa bệnh theo BHYT. Hạn chế và giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh. Đổi mới phương thức thanh toán viện phí qua BHYT".

Để tận dụng các cơ hội của hội nhập và hạn chế những ảnh hưởng tiêu cực, cần có sự điều chỉnh của các chính sách kinh tế vĩ mô, đồng thời phải điều chỉnh các chính sách xã hội, trong đó có chính sách BHXH phù hợp. Hướng tới một nền an sinh xã hội cho toàn dân, BHXH phải là trụ cột, là công cụ vững chắc, để đáp ứng nhu cầu ngày càng mở rộng và nâng cao của người lao động nói riêng và của toàn bộ dân cư nói chung, thực hiện tiến bộ và

Bản sao lưu trữ

công bằng xã hội; đồng thời làm động lực thúc đẩy tăng trưởng kinh tế như chủ trương và định hướng của Đảng và Nhà nước ta đã đề ra.

Vấn đề bội chi quỹ BHYT; thực hiện chính sách BHXH tự nguyện hay bắt buộc đang là những vấn đề cấp bách mà Đảng và Nhà nước đã và đang tập trung chỉ đạo bằng chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh của Quốc hội năm 2006, và chỉ đạo của Chính phủ giao Bộ Y tế chủ trì, nghiên cứu xây dựng Dự án Luật BHYT, Bộ Y tế đã phối hợp cùng các Bộ, ngành liên quan triển khai các hoạt động phục vụ công tác xây dựng Luật BHYT. Và để có cơ sở cho việc hoàn thiện Dự thảo Luật BHYT, ngày 27/9/2007, Ban soạn thảo Dự án Luật BHYT – Bộ Y tế tổ chức Hội nghị tổng kết 15 năm thực hiện chính sách BHYT và xin ý kiến về Dự thảo Luật BHYT.

Trên đây là những vấn đề được đúc kết trong cuốn sách ***"Những vấn đề cấp bách về BHXH và BHYT toàn dân"*** mà Nhà xuất bản Lao Động đã tổng hợp, biên soạn từ nhiều nguồn tư liệu đáng tin cậy. Hy vọng cuốn sách sẽ đáp ứng được nhu cầu của nhiều đối tượng và rất mong nhận được chỉ giáo Quý độc giả.

Nhà xuất bản Lao Động trân trọng giới thiệu!

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

Bản sao lưu trữ

Phần thứ nhất

MƯỜI LĂM NĂM THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ

Bản sao lưu trữ

Bản sao lưu trữ

MƯỜI LĂM NĂM THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ

Thực hiện chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh của Quốc hội năm 2006, và chỉ đạo của Chính phủ giao Bộ Y tế chủ trì, nghiên cứu xây dựng Dự án Luật BHYT, Bộ Y tế đã phối hợp cùng các Bộ, ngành liên quan triển khai các hoạt động phục vụ công tác xây dựng Luật BHYT. Để có cơ sở cho việc hoàn thiện Dự thảo Luật BHYT, ngày 27/9/2007, Ban soạn thảo Dự án Luật BHYT – Bộ Y tế tổ chức Hội nghị tổng kết 15 năm thực hiện chính sách BHYT và xin ý kiến về Dự thảo Luật BHYT. Tham dự Hội nghị có đại diện các Bộ, Ban, ngành Trung ương; BHXH Việt Nam và BHXH các tỉnh thành phố trực thuộc Trung ương, Sở Y tế các địa phương, cùng một số cơ sở khám chữa bệnh... TS. Nguyễn Quốc Triệu, Ủy viên Trung ương Đảng, Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì Hội nghị.

QUÁ TRÌNH HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CHÍNH SÁCH BHYT

Bối cảnh ra đời chính sách BHYT ở Việt Nam

Đầu những năm 80, các cơ sở KCB từ Trung ương đến địa phương đều thiếu kinh phí một cách trầm trọng, cơ sở hạ tầng xuống cấp, đời sống của cán bộ nhân viên y tế gặp nhiều khó khăn đã có ảnh hưởng nghiêm trọng đến tinh thần phục vụ và chất lượng KCB của các cơ sở y tế trong cả nước.

Trước tình hình đó, thực hiện chủ trương đổi mới trong lĩnh vực y tế với phương châm "nhà nước và nhân dân cùng làm" theo tinh thần Nghị quyết Đại hội VI của Đảng, để bổ sung nguồn kinh phí và giảm bớt sức ép căng thẳng của các cơ sở KCB, từ năm 1989, Nhà nước cho phép các cơ sở KCB thu một phần viện phí, nhằm huy động sự đóng góp

Bản sao lưu trữ

của một bộ phận người dân có khả năng chi trả, hạn chế sự bao cấp tràn lan của ngân sách nhà nước để tập trung cho những đối tượng ưu đãi xã hội, người nghèo. Tuy nhiên, giải pháp thu một phần viện phí đã bộc lộ nhiều vấn đề mang tính xã hội, nhân đạo, tác động đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và gánh nặng về chi phí trong KCB của người dân, nhất là những người có thu nhập thấp, những nghỉ hưu, mất sức lao động, trẻ em.

Để giải quyết những bất cập của việc thu viện phí trực tiếp, chính sách BHYT đã được Bộ Y tế nghiên cứu và tổ chức thực hiện thí điểm từ cuối năm 1989 ở một số tỉnh, thành phố như Hải Phòng, Vĩnh Phú, Quảng Trị, Phú Yên, Bến Tre... Trên cơ sở những kết quả đạt được và kinh nghiệm rút ra trong quá trình thí điểm, ngày 15/8/1992, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ban hành Nghị định 299/HĐBT kèm theo Điều lệ BHYT, đánh dấu sự ra đời chính sách BHYT ở nước ta.

Quá trình hình thành, xây dựng bộ máy tổ chức thực hiện chính sách BHYT (từ 1992 đến tháng 3/1998)

Chính sách BHYT trong giai đoạn này thực hiện theo Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng và được bổ sung bằng Nghị định 47/CP ban hành ngày 6/6/1994.

Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc bao gồm cán bộ, công chức, viên chức, cán bộ nghỉ hưu, mất sức lao động ở khu vực hành chính sự nghiệp, người lao động khu vực sản xuất kinh doanh của Nhà nước và tư nhân nếu có từ 10 lao động trở lên. Các đối tượng khác tham gia BHYT theo khả năng và nhu cầu, trên cơ sở tự nguyện. Phạm vi quyền lợi theo nguyên tắc đảm bảo quyền lợi cơ bản trong KCB, cả nội trú và ngoại trú và không thực hiện cùng chi trả. Mức đóng với đối tượng tham gia bắt buộc được quy định là 3% mức lương và phụ cấp theo

lương, trong đó người lao động đóng 1% và chủ sử dụng lao động đóng 2%. Thanh toán chi phí KCB của người tham gia BHYT theo chi phí dịch vụ và theo ngày điều trị bình quân. Tuy nhiên, sau đó chuyển sang chi phí dịch vụ là chủ yếu.

Về tổ chức bộ máy BHYT, hệ thống BHYT trực thuộc Bộ Y tế và được tổ chức theo quy định của Thông tư 11/BYT-TT ngày 17/9/1992 của Bộ Y tế, bao gồm cơ quan BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế và BHYT tỉnh, thành phố là một bộ phận trực thuộc Sở Y tế. Quỹ BHYT được quản lý theo từng tỉnh, hạch toán độc lập, không có sự bù đắp, điều tiết, hỗ trợ lẫn nhau (theo mô hình đa quỹ). Cơ quan BHYT Việt Nam ở Trung ương trực thuộc Bộ Y tế có trách nhiệm quản lý, hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ với BHYT các tỉnh và ngành dưới sự giám sát của Hội đồng quản trị BHYT Việt Nam. BHYT tỉnh, thành phố và ngành chịu giám sát của Hội đồng quản trị BHYT địa phương hoặc của ngành.

Trong giai đoạn này, đã đạt được những kết quả nhất định. Số người tham gia BHYT ngày càng tăng. Năm 1995, số người tham gia BHYT đạt trên 7,1 triệu người, tăng gần gấp đôi năm 1993; năm 1998 đạt trên 9,89 triệu thẻ, tăng gần gấp 3 lần năm 1993.

Tuy nhiên, vẫn còn một số hạn chế, đó là do hệ thống văn bản pháp luật quy định chưa đồng bộ, vừa làm vừa hoàn thiện nên cả ba bên người tham gia BHYT, cơ quan BHYT và cơ sở KCB đều có những khó khăn, vướng mắc. Các văn bản phổ biến là chủ sử dụng lao động tìm cách không mua BHYT còn rất ít; quỹ không tập trung thống nhất trên phạm vi toàn quốc; khi một bộ phận có nguy cơ mất cân đối thì chưa có cơ chế điều tiết; các địa phương coi quỹ BHYT là một nguồn ngân sách, nên nguồn kinh phí kết dư của quỹ BHYT đã được một số địa phương điều tiết để chi cho khoản mục chi tiêu khác.

Bản Sao Lưu Trữ

Trong giai đoạn 1993-1998, vấn đề nóng bỏng là tình trạng bội chi quỹ KCB. Năm 1997, số quỹ bị bội chi là 19 trong tổng số 65 quỹ. Nhưng do quy định tại Nghị định 299, hệ thống BHYT tổ chức thực hiện theo địa giới hành chính nên việc điều tiết, ứng cứu các quỹ bị bội chi từ các quỹ khác là không thể thực hiện được. Trên thực tế, việc quản lý BHYT trên phạm vi cả nước gặp khó khăn, đặc biệt là vấn đề không thống nhất giữa các địa phương, các quỹ BHYT trong giải quyết quyền lợi BHYT. Bên cạnh đó, với sự đổi mới, cải thiện điều kiện kinh tế trong những năm 90, đời sống người dân được cải thiện rõ rệt, hệ thống y tế được cải tạo, nâng cấp, người dân có điều kiện tiếp cận với dịch vụ y tế tốt hơn, với công nghệ cao hơn, sử dụng thuốc thế hệ mới hơn, do đó chi phí KCB cũng gia tăng nhanh chóng. Hệ thống BHYT đứng trước nguy cơ mất cân đối thu chi. BHYT tự nguyện tuy đã bước đầu hình thành và phát triển nhưng việc tổ chức thực hiện còn nhiều khó khăn do thiếu quy định cụ thể.

Giai đoạn mở rộng đối tượng, củng cố bộ máy tổ chức (từ tháng 8/1998 đến tháng 6/2005)

Để giải quyết những bất cập trong quá trình thực hiện Nghị định 299, ngày 13/8/1998, Chính phủ đã ban hành Nghị định 58/1998/NĐ-CP nhằm mở rộng chính sách BHYT, đa dạng hóa các loại hình BHYT để mở rộng đối tượng tham gia; xác định rõ nghĩa vụ và trách nhiệm của các bên liên quan đến tổ chức thực hiện BHYT; đảm bảo cân đối quỹ; đảm bảo thống nhất quyền lợi, giữa các địa phương, các đối tượng; thống nhất quản lý để việc triển khai được đồng bộ.

Các điểm mới quan trọng, được sửa đổi bổ sung trong Nghị định 58 so với Nghị định 299 là bộ máy thực hiện BHYT được tổ chức thống nhất từ Trung ương đến địa phương và trực thuộc Bộ Y tế. Quỹ BHYT được quản lý tập trung, thống nhất trên phạm vi cả nước và được hạch toán độc lập với ngân sách nhà nước. Mở rộng đối tượng tham gia BHYT bắt buộc đối với cán bộ xã, phường, thị trấn hưởng sinh hoạt phí

hàng tháng, người làm việc trong các cơ quan dân cử từ Trung ương đến địa phương, các đối tượng là người có công theo Pháp lệnh Ưu đãi người hoạt động cách mạng... Quyền lợi được mở rộng hơn, được thanh toán một phần chi phí đối với các trường hợp KCB theo yêu cầu hoặc tự chọn thầy thuốc. BHYT tự nguyện đã có khung pháp lý cụ thể hơn để triển khai thực hiện (quy định lệ phí thu, chi, phân bổ nguồn quỹ cho các hoạt động KCB và y tế học đường). Quỹ KCB được phân bổ để chi cho chăm sóc sức khỏe ban đầu; đảm bảo thanh toán cho KCB ngoại trú và chi trả theo dịch vụ đối với nội trú. Quỹ quản lý được trích trên tỷ lệ thu (8,5%) để chi cho con người, cơ sở vật chất và các hoạt động quản lý hành chính khác của hệ thống BHYT. Áp dụng quy định "cùng chi trả" 20% chi phí KCB đối với một số đối tượng (trừ học sinh, người về hưu, người nghèo, người có công với cách mạng) như một biện pháp kiểm soát, chống lạm dụng quỹ BHYT.

Trong giai đoạn này có sự thay đổi về tổ chức hệ thống, từ 1/3/2003 hệ thống BHYT Việt Nam được chuyển giao từ Bộ Y tế sang BHXH Việt Nam theo Quyết định 20/QĐ-TTg ngày 20/1/2002 của Thủ tướng Chính phủ và được tổ chức hoạt động theo quy định tại Nghị định 100/2002/NĐ-CP ngày 6/12/2002 của Chính phủ. Với sự sáp nhập này, quỹ BHYT trở thành một quỹ thành phần của quỹ BHXH, được quản lý tập trung, thống nhất toàn diện theo Quy chế quản lý tài chính đối với BHXH Việt Nam (ban hành kèm theo Quyết định số 02/2003/QĐ-TTg ngày 02/01/2003 của Thủ tướng Chính phủ).

Giai đoạn mở rộng BHYT cho các đối tượng xã hội với sự hỗ trợ của Nhà nước (từ tháng 7/2005 đến nay)

Sau 7 năm thực hiện, Nghị định 58/1998/NĐ-CP đã mang lại những kết quả đáng khích lệ trên nhiều mặt; đối tượng tham gia ngày càng tăng, đến cuối năm 2004 đã bao phủ khoảng 23% dân số theo cả hai hình thức BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện; số thu từ BHYT chiếm khoảng 28-32% tổng chi ngân sách nhà nước cấp cho cơ sở KCB,

Bản sao lưu

vừa đảm bảo nguồn thu ổn định cho hoạt động cơ sở KCB vừa đảm bảo tính công bằng trong KCB thông qua cơ chế BHYT trên phạm vi cả nước. Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả đã đạt được, Nghị định 58 cũng đã bộc lộ một số bất cập, cần phải điều chỉnh, đó là một số đối tượng thực hiện BHXH bắt buộc nhưng chưa được bổ sung vào nhóm thực hiện BHYT bắt buộc. Đối tượng tham gia BHYT tự nguyện mới chỉ dừng lại ở học sinh, sinh viên, chưa mở rộng sang các đối tượng khác. Chưa quy định rõ phạm vi, mức độ quyền lợi mà người tham gia BHYT được hưởng trong khi sự tiến bộ về khoa học và công nghệ trong y học lại phát triển rất nhanh (chụp cộng hưởng từ, nội soi, các loại vật tư tiêu hao đặc biệt...). Phương thức cùng chi trả (20%) chỉ thực hiện được ở một số đối tượng là những người có mức đóng góp cao (cán bộ, viên chức, đương chức, người lao động trong các doanh nghiệp...) nhưng lại ít sử dụng dịch vụ y tế. Điều này được cho là không bình đẳng giữa các nhóm đối tượng. Phương thức thanh toán duy nhất là theo phí dịch vụ, vừa tăng chi phí hành chính, vừa chứa đựng rủi ro cao đối với sự an toàn quỹ của hệ thống BHYT và không có tác dụng khuyến khích cơ sở KCB và người tham gia BHYT tiết kiệm và nâng cao hiệu quả chi phí...

Để giải quyết những bất cập trên, ngày 16/5/2005, Chính phủ ban hành Nghị định 63/2005/NĐ-CP kèm theo điều lệ BHYT sửa đổi. Liên Bộ Y tế – Tài chính ban hành Thông tư 21/2005/TTLT-BYT-BTC và 22/2005/TTLT-BYT-BTC hướng dẫn thực hiện Nghị định. Nội dung sửa đổi của Nghị định và các Thông tư hướng dẫn thực hiện có các điểm sửa đổi và bổ sung cụ thể như: Đối tượng tham gia BHYT bắt buộc được mở rộng đến tất cả đối tượng có quan hệ lao động có hợp đồng từ đủ 3 tháng trở lên, giáo viên trong các cơ sở bán công, tư thục, đặc biệt là với các đối tượng chính sách xã hội và người nghèo với sự hỗ trợ từ ngân sách nhà nước. Mở rộng đối tượng tham gia BHYT tự nguyện, bên cạnh BHYT học sinh, BHYT tự nguyện còn triển khai dưới hình thức BHYT theo hộ gia đình, hội viên hội đoàn thể. Mở rộng quyền lợi thanh

toán cho một số dịch vụ như xét nghiệm chẩn đoán sàng lọc HIV; chi phí vận chuyển cho một số nhóm đối tượng; thanh toán trong trường hợp KCB tự chọn theo tuyến chuyên môn kỹ thuật phù hợp. Mở rộng cơ sở KCB BHYT, cả công lập và tư nhân; thay đổi cơ chế cùng chi trả; ngoài cơ chế thanh toán theo phí dịch vụ, bổ sung các phương thức thanh toán với cơ sở KCB theo phương thức khoán định suất hoặc thanh toán theo chẩn đoán. Toàn bộ quỹ BHYT được sử dụng thanh toán chi phí KCB, không trích chi cho bộ máy; quỹ KCB được điều hòa chung. Bộ Y tế cùng Bộ Tài chính, Bộ Nội vụ và UBND các tỉnh, thành phố thực hiện chức năng quản lý Nhà nước về BHYT; cơ quan thực hiện BHYT là BHXH Việt Nam.

Với các điều chỉnh như trên, sau hơn 2 năm thực hiện, số đối tượng tham gia BHYT gia tăng nhanh chóng, cả bắt buộc và tự nguyện. Năm 2006, số người tham gia BHYT đạt hơn 36,78 triệu người, chiếm khoảng 42% dân số; tổng thu quỹ BHYT vào khoảng 4.812 tỷ đồng.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ 15 NĂM THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BHYT (1992 – 2007)

Về số người tham gia BHYT

Đối tượng tham gia BHYT ngày càng được mở rộng sau 3 lần thay đổi Nghị định, đặc biệt từ khi triển khai thực hiện Nghị định số 63/2005/NĐ-CP. Năm 2005, tổng số người tham gia BHYT là hơn 23,2 triệu, tăng hơn 6 lần so với năm 1993 – năm đầu tiên thực hiện BHYT. Năm 2006, số người tham gia BHYT cả nước tăng gấp 1,58 lần so với năm 2005.

So với Nghị định 58/1998/NĐ-CP, Nghị định 63/2005/NĐ-CP đã mở rộng đối tượng tham gia BHYT bắt buộc (14 nhóm đối tượng), đặc biệt là các đối tượng người nghèo, người có công với cách mạng, cán bộ xã phường thị trấn, đại biểu hội đồng nhân dân, thân nhân của sỹ

Bản sao lưu trữ

quan quân đội nhân dân Việt Nam và của sỹ quan công an nhân dân, cựu chiến binh thời kỳ chống Pháp, chống Mỹ, người cao tuổi từ 90 tuổi trở lên, người kinh doanh thuộc các doanh nghiệp ngoài Nhà nước không phân biệt số lượng lao động. Với quy định đưa nhóm người nghèo vào thực hiện BHYT bắt buộc do Nhà nước hỗ trợ kinh phí, các tỉnh đã chuyển dần sang hình thức mua thẻ BHYT thay hình thức thực thanh – thực chi. Đến cuối năm 2006, có hơn 15,175 triệu người được cấp thẻ BHYT, tăng gần 11 triệu người so với năm 2005.

BHYT tự nguyện được mở rộng đến các đối tượng nông dân, hội viên các hội đoàn thể quần chúng (phụ nữ, thanh niên, cựu chiến binh...), người ăn theo. Tổng số người tham gia BHYT tự nguyện năm 2006 ước tính tăng gần 2 lần so với năm 2003.

Về quyền lợi của người tham gia BHYT

Trong những năm qua, quyền lợi của người tham gia BHYT đã cơ bản được đảm bảo đúng quy định, từng bước được mở rộng, thuận lợi và dễ hơn. Nghị định 63 ra đời đã tạo ra nhiều đổi mới trong thực hiện chính sách như mở rộng đối tượng tham gia BHYT, mở rộng quyền lợi của người tham gia BHYT, người tham gia BHYT được hưởng quyền lợi khá đầy đủ và đảm bảo quyền lợi về y tế dự phòng và phục hồi chức năng: Cụ thể: Điều chỉnh, bổ sung danh mục thuốc, danh mục vật tư y tế được quỹ BHYT thanh toán, bổ sung giá của các dịch vụ kỹ thuật mới trong KCB. Quỹ BHYT thanh toán chi phí các dịch vụ kỹ thuật cao có chi phí lớn và thanh toán chi phí chuyển viện với một số nhóm đối tượng ưu đãi: trường hợp KCB theo yêu cầu không theo tuyến điều trị tiếp tục được thanh toán với mức chi phí được điều chỉnh cao hơn. Chuyển đổi cơ chế cùng chi trả 20% một cách đồng loạt và khống chế trần trong điều trị nội trú sang hình thức xác định mức thanh toán tối đa và cùng chi trả một số kỹ thuật có cao hơn chi phí lớn. Riêng đối với BHYT tự nguyện, tuy mức đóng bình quân chỉ bằng 1/3 mức đóng BHYT bắt buộc nhưng được hưởng quyền như BHYT bắt buộc. Đối

tượng BHYT học sinh, sinh viên được chăm sóc sức khỏe ban đầu tại nhà trường và hưởng trợ cấp mai táng khi tử vong.

Về tổ chức KCB và thanh toán chi phí KCB BHYT

Nghị định số 63 đã quy định các cơ sở KCB công lập và ngoài công lập đủ điều kiện chuyên môn kỹ thuật đều được ký hợp đồng khám chữa cho người bệnh có thẻ BHYT. Quy định này đã tạo điều kiện cho người tham gia BHYT có thể lựa chọn nơi đăng ký KCB ban đầu phù hợp và thuận lợi với mỗi người. Đây cũng là định hướng rất phù hợp với chủ trương xã hội hóa y tế, giải quyết một phần tình hình quá tải hiện tại các cơ sở y tế Nhà nước.

THƯ VIỆN QUỐC HỘI
VT-3995

Đến nay, cả nước đã có hơn 1.800 cơ sở KCB cả công lập và ngoài công lập và khoảng 60% số trạm y tế xã, phường có hợp đồng KCB BHYT. Việc mở rộng KCB BHYT tại tuyến xã đã góp phần củng cố và phát triển y tế cơ sở, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu và KCB thông thường tại tuyến y tế cơ sở, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người có thẻ BHYT.

Bước đầu đã có sự phối kết hợp giữa Bệnh viện và cơ quan BHYT trong việc KCB BHYT, giải quyết kịp thời những khó khăn vướng mắc trong quá trình KCB cho người có thẻ BHYT.

Số người KCB BHYT tăng nhanh hàng năm. Năm 2004 có gần 28 triệu lượt người có thẻ BHYT đi khám, chữa bệnh và được quỹ BHYT chi trả với tổng số tiền là: 1.828 tỷ đồng, tăng gần 3 lần so với năm 1998. Tổng số lượt người KCB bằng thẻ BHYT trong năm 2005 là 40 triệu và năm 2006 là 60,6 triệu lượt người, cả nội trú và ngoại trú, tăng 1,5 lần so với năm 2005. Tần suất KCB của người tham gia BHYT tăng dần hằng năm. Năm 2003, số lần khám, điều trị ngoại trú bình quân là 1,33 lần/thẻ BHYT: năm 2006 tăng lên 1,6 thẻ; số lần khám, điều trị nội trú bình quân năm 2003 vào khoảng 0,09 lần/thẻ BHYT; năm 2006 tăng lên 0,11 lần/thẻ BHYT.

Việc tổ chức KCB đối với người bệnh BHYT theo tuyến điều trị, nhất là việc KCB BHYT tại y tế tuyến xã, đã góp phần củng cố hệ thống chuyển tuyến điều trị, tạo điều kiện cho y tế cơ sở hoạt động và hạn chế quá tải không cần thiết ở các bệnh viện tuyến trên. Trong năm 2004 – 2006, khoảng 40% tổng số KCB BHYT là ở tuyến huyện (bao gồm cả KCB tại trạm y tế xã); 45% khám chữa ở các bệnh viện tuyến tỉnh và 15-16% KCB ở các bệnh viện tuyến Trung ương.

Thanh toán của quỹ BHYT cho người bệnh ngày càng tăng. Năm 2004 tổng số chi cho KCB của quỹ BHYT là 2.123 tỷ đồng; năm 2005 là 3.202 tỷ đồng và năm 2006 là hơn 6.022 triệu đồng, tăng gần 2 lần so với năm 2005. Mức bình quân một lần khám bệnh ngoại trú ở các tuyến đều gia tăng nhanh, nhất là ở tuyến tỉnh và tuyến Trung ương.

Về thu, chi quỹ BHYT

Nguồn thu của quỹ BHYT tăng theo số người tham gia cũng như có sự điều chỉnh về mức lương đóng BHYT đối với một số đối tượng tham gia BHYT bắt buộc. Tổng thu ước tính của quỹ BHYT năm 2006 là khoảng 4.812 tỷ đồng, tăng gần 1.800 tỷ đồng so với năm 2005; tổng thu từ BHYT tự nguyện chiếm khoảng 15,5% tổng thu của quỹ, trong khi số đối tượng tham gia BHYT tự nguyện chiếm tới 30% tổng số người tham gia BHYT.

Ngân sách nhà nước vẫn có vai trò quan trọng trong tổng thu của quỹ BHYT vì toàn bộ các nhóm đối tượng diện chính sách, người nghèo, thân nhân sỹ quan quân đội và thân nhân sỹ quan nghiệp vụ công an... đều do ngân sách nhà nước đóng.

Đến năm 2004, quỹ đảm bảo cân đối thu chi và còn kết dư. Từ năm 2005, đặc biệt sau khi Nghị định 63 có hiệu lực, tổng chi của quỹ BHYT năm 2006 lên tới 6.022 tỷ, tăng hơn 2.800 tỷ đồng so với tổng chi năm 2005. Số chi tăng rất nhanh, vượt quá số thu đã gây mất cân

Bản sao lưu trữ

đối thu chi của quỹ. Năm 2005, quỹ bội chi gần 137 tỷ đồng và năm 2006 bộ chi gần 1.210 tỷ đồng.

Sau khi sáp nhập BHYT với BHXH, toàn bộ nguồn thu từ quỹ BHYT được sử dụng thanh toán chi phí KCB của người bệnh. Chi phí hành chính, quản lý được sử dụng từ nguồn chi chung của BHXH Việt Nam theo quy chế quản lý tài chính đối với BHXH do Thủ tướng Chính phủ ban hành. Việc không phải trích từ nguồn thu (8,5%) để chi cho quản lý, bộ máy đã tạo điều kiện để tăng thêm kinh phí cho KCB, đảm bảo quyền lợi cho người tham gia BHYT.

Nhìn lại bối cảnh, thực trạng công tác KCB những năm đầu đổi mới, liên tưởng tới bước phát triển đi lên của hệ thống cơ sở y tế trong toàn quốc hôm nay mới thấy những đóng góp không nhỏ của chính sách BHYT. Thực hiện BHYT là một bước đổi mới quan trọng về cơ chế, chính sách quản lý y tế, huy động sự đóng góp của cộng đồng để nâng cao chất lượng KCB, làm thay đổi cơ bản chính sách KCB từ bao cấp sang hạch toán. Những kết quả đạt được sau 15 năm thực hiện BHYT đã khẳng định tính đúng đắn và phù hợp trong lựa chọn chính sách tài chính y tế thông qua BHYT – một cơ chế đảm bảo tài chính y tế mang tính xã hội cao dựa trên nguyên tắc đoàn thể, tương trợ, chia sẻ rủi ro trong cộng đồng, hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả và phát triển của ngành y tế.

BHYT đã từng bước đi vào cuộc sống, được nhân dân chấp nhận thể hiện qua số người tham gia ngày càng tăng, phạm vi bao phủ BHYT ngày càng rộng, nhóm người nghèo, nhóm yếu thế đã được bao phủ với sự hỗ trợ của ngân sách Nhà nước. Cùng với chính sách BHYT. BHYT đã góp phần hình thành và phát triển mạng lưới an sinh xã hội nước ta. Song song với việc thúc đẩy tính công bằng, hiệu quả nguồn kinh phí từ BHYT đã góp phần quan trọng, ổn định trong việc đảm bảo ngân sách hoạt động của các bệnh viện và từng bước nâng chất lượng dịch vụ của các cơ sở y tế. Nguồn thanh toán chi phí KCB từ quỹ

BHYT từ chỗ chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ trong tổng chi y tế, cho đến nay quỹ BHYT luôn chiếm 1/3 ngân sách nhà nước dành cho y tế và chiếm một tỷ trọng xấp xỉ 50-60% ngân sách nhà nước dành cho công tác KCB ở một số địa phương. Với việc mở rộng cơ sở KCB BHYT, cả công và tư, BHYT đã tạo thuận lợi cho người bệnh trong việc lựa chọn cơ sở KCB, vừa giảm tải cho các cơ sở công, vừa gián tiếp thúc đẩy phát triển của khu vực tư nhân. Bên cạnh đó, cơ chế BHYT đã từng bước thúc đẩy các cơ sở y tế chuyển đổi cơ chế quản lý, sử dụng nguồn lực và nâng cao chất lượng phục vụ để thu hút người bệnh. Việc mở rộng KCB BHYT tại tuyến xã đã góp phần củng cố và phát triển y tế cơ sở, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho việc tiếp cận các dịch vụ y tế của người có thể BHYT. Thông qua việc thực hiện BHYT học sinh đã góp phần khôi phục và phải hệ thống y tế trường học, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho hàng triệu học sinh trong cả nước.

Chính sách BHYT đã góp phần vào thực hiện mục tiêu xóa đói giảm nghèo và công bằng xã hội. BHYT đã giúp cho hàng triệu người có thu nhập thấp, người nghèo, người mắc bệnh nặng được KCB mà vẫn không ảnh hưởng đến sinh hoạt của gia đình, không lâm vào cùng quẫn về kinh tế khi mắc bệnh phải điều trị với chi phí lớn. Chính sách BHYT cũng đã góp phần 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.

Tạp chí Bảo hiểm Xã hội
HẢI HỒNG *(tổng hợp)*

Bản sao lưu trữ

NHỮNG HẠN CHẾ TRONG VIỆC THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ CHO NÔNG DÂN, NGUYÊN NHÂN VÀ VẤN ĐỀ ĐẶT RA

DƯƠNG VĂN THẮNG

Bản sao lưu trữ

NHỮNG HẠN CHẾ CƠ BẢN

Số người tham gia thấp, phá vỡ nguyên tắc chia sẻ rủi ro lấy số đông bù số ít

Số liệu thống kê cho thấy số lượng nông dân tham gia BHYT rất thấp và không ổn định qua từng năm, khi thấp nhất chỉ có vài chục ngàn người, khi cao nhất cũng chỉ được trên vài triệu người tham gia. Ở Hải Phòng, là địa phương thực hiện BHYT cho nông dân sớm và duy trì liên tục, thời điểm năm 1997 có 51.500 nông dân tham gia, nhưng cũng chỉ chiếm trên 3% dân số toàn thành phố. Ở Hà Nội, năm 1998 – 1999, thực hiện thí điểm BHYT cho nông dân ở huyện Gia Lâm, kết quả có 4.997 người tham gia trên tổng dân số của huyện là 350.000 người, đạt tỷ lệ 1,5%. Năm 2002, Hà Nội, tiếp tục triển khai BHYT toàn dân trên toàn huyện Sóc Sơn. Sau một tháng triển khai, có 25.034 người tham gia, bằng 10% dân số toàn huyện. Có 13.480 hộ tham gia trên tổng số 43.562 hộ vận động, đạt 30% tổng số hộ. Cả hai đợt Hà Nội thực hiện, người nông dân tham gia BHYT cũng chỉ kéo dài được 1 năm, hết hạn sử dụng của thẻ BHYT thì chương trình cũng không thực hiện được nữa.

Ở xã Thịnh Hưng, huyện Yên Bình, Yên Bái năm 2006, trong số 272 hộ gia đình nông dân, với tổng số nhân khẩu là 1034 người, trung

bình mỗi hộ có 3,8 người, 36,4 hộ có 4 người, 24,3 hộ có 3 người và hộ có 5 người là 18,8%. Kết quả là có 165 hộ chỉ có 1 người tham gia BHYT, chiếm tỷ lệ 60,7%; hộ có 2 người tham gia chiếm tỷ lệ 33%. Theo thống kê của Ban BHXH tự nguyện, BHXH Việt Nam: ở nhiều địa phương, bình quân số nhân khẩu của hộ gia đình khi tham gia BHYT chỉ đạt 1,8 nhân khẩu/hộ, cá biệt có tỉnh chỉ đạt 1,4 nhân khẩu/hộ, trong khi đó mức nhân khẩu bình quân của hộ gia đình Việt Nam là 4,5. Tỷ lệ tham gia thấp như vậy không đảm bảo nguyên tắc bù trừ, tương hỗ trong hoạt động BHYT. Thực trạng đó cho thấy, với cơ chế tự nguyện, tự giác người nông dân tham gia BHYT rất hạn chế.

BHYT có bản chất xã hội và bản chất kinh tế rõ rệt, đặc biệt BHYT hoạt động dựa trên nguyên tắc lấy số đông bù số ít. Bên cạnh sự trợ giúp mang tính Nhà nước, tính xã hội của BHYT còn thể hiện ở sự chia sẻ, liên kết của chính các thành viên trong xã hội thông qua đóng góp dựa trên thu nhập. Một quỹ chung cho chăm sóc sức khỏe sẽ điều tiết để nhiều người chưa hoặc không ốm chăm sóc cho người ốm, người ốm nhẹ giúp người ốm nặng. Bản chất kinh tế của BHYT thể hiện ở sự điều tiết, phân phối lại thu nhập của người khỏe sang người đang ốm, của người bệnh nhẹ sang người bệnh nặng, của người trẻ khỏe sang người già yếu, giữa người giàu và nghèo, người thu nhập cao và thu nhập thấp.

Với số lượng người nông dân tham gia ít ỏi như vừa qua, đã không đảm bảo được nguyên tắc cơ bản nhất của BHYT là chia sẻ rủi ro, lấy số đông bù số ít.

Không cân đối được thu chi, phá vỡ nguyên tắc độ tin cậy về tài chính

Qua khảo sát, nghiên cứu thực trạng tổ chức thực hiện BHYT nông dân cho thấy, hầu hết quỹ BHYT nông dân không cân đối được thu chi. Ở Hải Phòng, những năm trước đây khi triển khai trên phạm

Bản sao lưu trữ

vi rộng, tỷ lệ người tham gia thấp so với số dân, không cân đối được thu chi. Ninh Bình năm 1996 phát hành 1.764 thẻ BHYT nông dân, thu 61 triệu đồng thì đã chi 383 triệu đồng, năm 1997 phát hành 1.214 thẻ, thu 74 triệu đồng thì chi hết 197 triệu đồng. Ở Hà Nội, kết quả thực hiện thí điểm BHYT cho nông dân ở huyện Gia Lâm năm 1998-1999, với mức đóng 50.000 đ/người/năm, trong đó ngân sách thành phố hỗ trợ 15.000đ, trong đó ngân sách thành phố hỗ trợ 15.000đ, có 4.997 người tham gia, nhưng vượt chi tới 256 triệu đồng. Năm 2002, triển khai BHYT toàn dân trên toàn huyện Sóc Sơn, mức đóng 50.000 đ/người/năm, số chi vượt 35% số thu.

Số liệu thống kê từ 13 địa phương về số chi khám chữa bệnh BHYT tự nguyện năm 2005, cả 13 tỉnh, thành phố đều chi vượt quỹ, có tỉnh vượt gấp 3 lần số quỹ được chi. Trong 6 tháng đầu năm 2006, BHXH các tỉnh đã thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho đối tượng BHYT tự nguyện trên 521 tỷ đồng, bằng 100% so với số dự kiến thu cả năm 2006. Dự kiến tổng chi phí khám chữa bệnh của đối tượng tự nguyện cả năm 2006 là 1.400 tỷ, quỹ bội chi trên 900 tỷ đồng. BHYT nhân dân bị bội chi lớn gấp 5 lần số thu. Thực tế qua các mô hình BHYT tự nguyện cho nông dân cho thấy hầu hết không cân đối được quỹ.

Như vậy, nguyên tắc về độ an toàn của quỹ đã không được đảm bảo. Quỹ BHYT phải có nguồn dự phòng lớn, muốn bảo hiểm cho mọi người thì quỹ phải an toàn, phải có dự phòng để phòng ngừa rủi ro. Nguồn quỹ BHYT phải được đảm bảo và luôn trong tình trạng sẵn có để trợ cấp, vì rủi ro về sức khỏe có thể đến bất kể khi nào. Quỹ BHYT bị mất cân đối sẽ không có đủ điều kiện chi trả chi phí khám chữa bệnh cho người tham gia, khi đó sẽ làm mất niềm tin đối với đối tượng tham gia vào chính sách BHYT.

Tình trạng lựa chọn ngược diễn ra phổ biến

Bản sao lưu trữ

Thực tế người tham gia BHYT toàn dân ở Sóc Sơn những năm trước, số hộ chỉ có 1 người tham gia chiếm 52%, hộ có 2 người tham gia chiếm 27%, hộ có 3 hoặc 4 người tham gia chiếm 21%. Thành phần tham gia có 17,6% người từ 45-60 tuổi, 9,7% người trên 60-70 tuổi, 7% người trên 70 tuổi. Nhiều người tham gia BHYT đang có bệnh hoặc thai sản. Sau 9 tháng thẻ có giá trị sử dụng đã có trên 2000 trường hợp phải khám chữa bệnh ở các bệnh viện Trung ương, 1.200 trường hợp đẻ, gần 300 trường hợp tử vong do bệnh. Số chi vượt 35% số thu. Ở Cần Thơ thực hiện thí điểm BHYT cho nông dân tại Nông trường Sông Hậu, từ năm 1995 có 52 người tham gia, đến năm 2002 có 732 người tham gia. Số đông là số hộ nông trường nghèo, chủ yếu là người có bệnh, do vậy đã không cân đối được thu chi. Tổng kết công tác năm 2006, BHXH Việt Nam nhận định: Qua thực tế cho thấy nhiều người chỉ khi có bệnh hoặc nguy cơ ốm đau cao mới tham gia BHYT, trong năm 2006 tần xuất khám chữa bệnh nội trú của nhóm đối tượng tham gia BHYT tự nguyện là nhân dân tăng 6 lần và ngoại trú tăng 4 lần so với năm 2005.

Thực trạng số lượt khám chữa bệnh của người tham gia BHYT tự nguyện nhân dân thời gian qua cho thấy cao vượt trội so với các nhóm đối tượng khác, nhiều người vừa mua thẻ BHYT đã sử dụng ngay để đi khám chữa bệnh, các trường hợp bệnh nặng có chi phí khám chữa bệnh lớn khá phổ biến. Nhìn trên tổng thể, số người tham gia BHYT nông dân hiện nay rất thấp so với số đông thuộc diện vận động tham gia. Những người sẵn sàng tham gia BHYT tự nguyện phần lớn có nhu cầu KCB và mong muốn được tham gia, hiện tượng này còn được gọi là sự "lựa chọn ngược" trong triển khai BHYT tự nguyện. Thực tế đã cho thấy thực chất, chỉ có người đau ốm mới tham gia BHYT tự nguyện. Từ những ngày đầu thí điểm BHYT tự nguyện nhân dân đã có nhà chuyên môn cảnh báo: *Thực hiện kiểu như vậy chẳng khác gì để người mua xổ số*

Bản sao lưu trữ

ngay từ khi mua đã biết chắc chắn mình trúng giải và chỉ mua đúng số mà mình sẽ trúng và như vậy việc vỡ quỹ là lẽ đương nhiên.

Mục đích, ý nghĩa của BHYT nông dân bị hiểu sai lệch

Mục đích của BHYT nói chung và BHYT nông dân nói riêng là góp phần trợ giúp tài chính, để người tham gia vượt qua khó khăn khi không may gặp rủi ro ốm đau bệnh tật. Do đó, ý nghĩa sâu xa của BHYT là hoạt động nhân đạo, bảo đảm an sinh xã hội. Thực chất của hoạt động BHYT là quá trình phân phối lại tài chính giữa những người tham gia khi không may rủi ro ốm đau, bệnh tật. Phân phối trong BHYT không mang tính bồi hoàn, tức là dù có tham gia đóng góp vào quỹ BHYT nhưng không ốm đau thì cũng không được phân phối. Hoạt động BHYT gắn kết các thành viên trong cộng đồng vì lợi ích của mỗi thành viên và cả cộng đồng.

Tuy nhiên, thực tế hiện nay cho thấy, mục đích của BHYT nông dân đã bị hiểu sai lệch. Ước tính năm 2006, có 16,8 triệu lượt người có thẻ BHYT tự nguyện đi khám chữa bệnh ngoại trú và 1,5 triệu lượt người điều trị nội trú. Theo tính toán của BHXH Việt Nam, bình quân cứ 100 thẻ BHYT tự nguyện thì có 150 lượt người đi khám chữa bệnh ngoại trú (150%) và 90% lượt người đi điều trị nội trú. Các tỷ lệ trên cao hơn nhiều so với điều tra y tế quốc gia về bệnh nhân có thẻ BHYT chung đi khám chữa bệnh ngoại trú là 36%, nội trú là 74%. Tỷ lệ này cho thấy khả năng bù trừ giữa người khỏe và người ốm trong quỹ đã không còn.

Như vậy, nguyên tắc phi lợi nhuận của BHYT cũng bị hiểu sai, người tham gia BHYT tự nguyện nói chung và nông dân nói riêng đã nhầm tưởng BHYT cũng là hoạt động kinh doanh như các loại hình bảo hiểm thương mại, nên tưởng rằng quỹ BHYT là "chùm khế ngọt", cứ ốm đau là tìm mọi cách mua thẻ BHYT mà không nghĩ đến sự tồn tại của quỹ. Họ đã không hiểu quỹ BHYT là do tự các thành viên tham gia

Bản sao lưu trữ

xây dựng, nếu ai cũng nghĩ "mọi người vì mình", đóng ít muốn hưởng nhiều, tận dụng khai thác triệt để nguồn quỹ đã đóng góp, giúp người thì ít, giúp mình thì nhiều, thì ý nghĩa nhân đạo, nhân văn của BHYT đã không còn.

NGUYÊN NHÂN CỦA HẠN CHẾ

Cơ chế chính sách chưa đồng bộ, chưa xác định đúng vị trí của chính sách BHYT cho nông dân trong lộ trình thực hiện BHYT toàn dân

Việc đề ra chính sách BHYT toàn dân là chủ trương hoàn toàn đúng đắn của Đảng và Nhà nước ta. Tuy nhiên, qua thực tế cho thấy để thực hiện tốt chủ trương này cần thực hiện đồng bộ giữa chính sách BHYT với các chính sách xã hội khác, như chính sách tài chính y tế, chính sách thu viện phí, chính sách xóa đói giảm nghèo... Thực tế đã cho thấy, cơ chế cấp ngân sách theo giường bệnh hàng năm đã không còn phù hợp trong giai đoạn hiện nay, khi BHYT đã phát triển mạnh. Chính từ việc chậm đổi mới cơ chế đầu tư cho y tế, còn bao cấp quá nhiều và việc không rõ ràng trong thu viện phí đã làm cho cơ sở khám chữa bệnh công lập còn trông chờ, ỷ lại vào ngân sách nhà nước, coi trọng thu viện phí, coi nhẹ trách nhiệm thực hiện BHYT, tình trạng đó đã dẫn tới việc bệnh viện chưa coi bệnh nhân BHYT là "Thượng đế".

Việc thực hiện BHYT cho nông dân có những đóng góp rất lớn cho việc ra đời và phát triển chính sách BHYT ở nước ta, song vai trò trách nhiệm của Nhà nước đối với việc tổ chức thực hiện BHYT nông dân còn chưa rõ. Chưa xác định đúng vị trí của chính sách BHYT nông dân trong chính sách xã hội nông thôn, giải pháp thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe nông dân trong nền kinh tế thị trường định hướng XHCN; còn để BHYT nông dân phát triển mang nặng tính tự phát, chưa kịp thời chỉ đạo tổng kết đánh giá, rút kinh nghiệm để có giải pháp phát triển. Thực tế là, BHYT nông dân được chọn để thí điểm

thực hiện chính sách BHYT, khi chính sách BHYT được ban hành rộng rãi thì BHYT cho nông dân đã không được coi trọng, người nông dân được coi là đối tượng tự nguyện tham gia, họ phải đóng 100% tiền BHYT, trong khi các đối tượng khác trở thành đối tượng bắt buộc thực hiện với sự trợ giúp của Nhà nước bằng 2/3 mức đóng.

Nông dân là lực lượng đông đảo trong xã hội, việc thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân phụ thuộc vào tiến độ bao phủ BHYT cho người nông dân, nhưng thực tế chưa được sự quan tâm thỏa đáng, chưa có giải pháp đúng để thực hiện tốt BHYT cho đối tượng này.

Nhận thức về BHYT còn hạn chế

Qua thực tiễn đã cho thấy, hiểu biết của người dân nói chung và người nông dân nói riêng về BHYT rất hạn chế. Theo một điều tra sự hiểu biết của người dân về BHYT cho thấy, chỉ có 41% số người được hỏi cho biết được thông tin tuyên truyền về chính sách BHYT, trong đó số người có thẻ BHYT được tuyên truyền mới có 52%, số này ở nhóm đối tượng không có BHYT còn hạn chế hơn nhiều với 42% số người trả lời không hiểu gì về chính sách BHYT, 35% số người im lặng không trả lời và chỉ có 23% được biết về BHYT do tiếp xúc tự nhiên với người bệnh khi đi khám chữa bệnh(1).

Thực tế cho thấy, hiện nay quá nhiều người chưa hiểu đầy đủ về nguyên lý hoạt động của BHYT nói chung và BHYT tự nguyện nói riêng. Quỹ BHYT là sự tập trung nguồn tài chính do những người tham gia đóng góp và để thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho chính họ nếu rủi ro ốm đau. Cần phải làm cho xã hội hiểu quỹ BHYT là nguồn tài chính có hạn, phụ thuộc vào sự đóng góp của cộng đồng những người tham gia BHYT. Việc thực hiện BHYT nói chung và BHYT tự nguyện nói riêng phải có điều kiện quy định. Đặc biệt, trong BHYT tự nguyện cần quy định mức đóng, mức hưởng hợp lý, đảm bảo cân đối thu chi. Nếu không chỉ có người ốm mới tham gia, họ chỉ đóng vài trăm nghìn

Bản sao lưu trữ

đồng nhưng khi vào viện, quỹ BHYT sẽ phải thanh toán hàng chục, thậm chí hàng trăm triệu đồng cho các dịch vụ y tế mà họ đã sử dụng thì không có quỹ nào có thể chịu nổi.

Việc triển khai BHYT tự nguyện những năm qua cho thấy, tính cộng đồng xã hội của BHYT tự nguyện đã không thể thực hiện được. Số người tham gia BHYT tự nguyện so với đối tượng tiềm năng vẫn chiếm tỷ lệ thấp, đặc biệt là những người trẻ tuổi và khỏe mạnh rất ít tham gia. Điều dễ nhận thấy là chỉ những người có nguy cơ ốm đau cao hoặc đang ốm là tích cực tham gia BHYT. Theo số liệu thống kê, tỷ lệ số người tham gia BHYT tự nguyện đi khám chữa bệnh cao hơn nhiều so với các nhóm đối tượng BHYT bắt buộc, trong đó có nhiều người bị bệnh nặng, có chi phí lớn. "Kiểm tra ngẫu nhiên 487 trường hợp bệnh nhân BHYT tự nguyện, có chi phí khám chữa bệnh tương đối lớn tại 30 địa phương, hầu hết các trường hợp này rơi vào tình trạng vừa mua thẻ BHYT đã sử dụng. Tâm lý chung của nhiều người là khi bình thường thì không quan tâm đến BHYT, nhưng khi ốm đau, bệnh nặng thì bằng mọi cách tìm mua thẻ BHYT. Không hiếm trường hợp khi gặp bệnh hiểm nghèo, chi phí điều trị rất lớn, người bệnh thường nhận được lời khuyên của nhiều người, của cả cán bộ y tế là hãy tìm mua thẻ BHYT để được điều trị mà không phải trả tiền"(2).

Do không có đầy đủ thông tin về BHYT, người nông dân không hiểu biết mục đích, ý nghĩa, quyền lợi và trách nhiệm tham gia BHYT. Một số cơ quan, tổ chức và ngay cả một bộ phận các đồng chí lãnh đạo ở địa phương hiểu chưa đầy đủ về quy định và nguyên tắc hoạt động của quỹ BHYT: "Đã gây áp lực, yêu cầu cơ quan BHYT phải thực hiện BHYT tự nguyện cho một nhóm dân cư đang cần khám chữa bệnh hoặc đang điều trị bệnh tại bệnh viện. Điển hình ở một thành phố lớn, cơ quan BHXH đã phải thực hiện BHYT tự nguyện cho hàng chục nghìn người, những người này đang là bệnh nhân. Hoặc ở một địa phương

khác lại yêu cầu phải thực hiện BHYT tự nguyện cho các em bị xơ hóa cơ đen ta để quỹ BHYT còn thanh toán chi phí cho việc phẫu thuật"(3).

Mặt khác, do thói quen của người nông dân: "Nước đến chân mới nhảy". "Mất bò mới lo làm chuồng". Lúc còn khỏe mạnh thường không mặn mà với việc mua BHYT để phòng thân. Chỉ khi ốm đau, vào điều trị tại bệnh viện phải chi trả khoản tiền viện phí lớn mới thấy tác dụng của BHYT, khi đó mới tìm mọi cách mua thẻ BHYT. Đây là nguyên nhân cơ bản dẫn đến số lượng người nông dân tham gia BHYT thấp và chỉ có người ốm mới tham gia.

Công tác tuyên truyền trong hoạt động BHYT hết sức quan trọng, đặc biệt là BHYT tự nguyện để người dân nhận thức đúng mục đích, ý nghĩa, quyền lợi và trách nhiệm tham gia BHYT. Tuy nhiên, công tác này trong những năm qua thực hiện còn ít, chưa đáp ứng được yêu cầu.

Thu nhập của người nông dân còn thấp

Thực tế cho thấy, nông dân tham gia BHYT với tỷ lệ thấp còn do thu nhập của người nông dân quá thấp, không có mô hình nào huy động được 100% số hộ nông dân trong xã tham gia BHYT. Bối cảnh kinh tế xã hội của các nước trong giai đoạn triển khai BHYT toàn dân cho thấy một điểm chung là GDP bình quân đầu người đều đã đạt trên 1000 USD/năm. Điều kiện này đảm bảo thỏa mãn được nhu cầu chi phí cơ bản cho toàn dân. Yếu tố cần để thực hiện BHYT cho 100% dân số là GDP phải đủ lớn để có thể dành tỷ lệ phù hợp, cân đối được nhu cầu chi phí y tế ngày càng cao hiện nay.

Theo Báo cáo của 46 địa phương và kết quả điều tra mới đây của Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn tại 135 xã, 117 hợp tác xã nông nghiệp, ngoài các khoản phí và lệ phí các công dân phải đóng góp theo Pháp lệnh phí và lệ phí, mỗi hộ dân ở nông thôn còn phải đóng góp bình quân 28 khoản/năm với mức 250 – 800.000đ, có xã người dân đóng góp 2 triệu đồng/hộ/năm. Trong số này, nhiều khoản đóng góp bất

hợp lý, trở thành gánh nặng với không ít gia đình người nông dân. Qua tính toán, với mức thu nhập bình quân tại đồng bằng sông Hồng là 450.000 đ/người/tháng thì mức đóng góp chiếm 2,6% thu nhập trong khi nhu cầu về ăn, mặc đã chiếm gần 90% tổng thu nhập, chưa kể việc đi lại, xây dựng nhà ở, chữa bệnh và học hành cho con cái. Tại một số tỉnh Bắc Trung Bộ, mức đóng góp của nông dân còn chiếm đến 5,2% thu nhập(4).

Theo kết quả điều tra tháng 11/2006 của Ban BHXH Tự nguyện, BHXH Việt Nam tại xã Thịnh Hưng, huyện Yên Bình, Yên Bái, thực hiện BHYT cho nông dân: có 70,2% hộ có thu nhập bình quân đầu người là 700.000 đ/người/tháng, đây là mức thu nhập khá cao so với bình quân chung của huyện là 350.000 đ/người/tháng, nhưng người tham gia BHYT cũng chỉ đạt 67%, còn lại 33% đối tượng không tham gia. Nhận định của nhóm nghiên cứu là: "Nhóm những hộ có thu nhập thấp của xã Thịnh Hưng ít có khả năng về kinh tế để tiếp cận mô hình BHYT nông dân"(5).

Thực tế với mức đóng hiện nay từ 120.000 – 240.000 đ/người/năm, đối với BHYT tự nguyện nhân dân ở nông thôn, nếu không có sự hỗ trợ của Nhà nước hoặc chính quyền địa phương, người nông dân rất khó có khả năng mua BHYT cho cả gia đình. Người nông dân nếu có tham gia cũng chỉ có thể mua được một hai năm rồi bỏ, họ không thể có điều kiện tham gia liên tục, lâu dài.

Nông dân là lực lượng lao động quan trọng tạo ra sản phẩm cho xã hội, đa số nông dân có trình độ văn hóa thấp, quanh năm lao động vất vả trên đồng ruộng, thu nhập chính từ lúa gạo và những cây lương thực khác. Tuy sản xuất nông nghiệp ngày càng phát triển, nhưng thực tế cho thấy thu nhập của người nông dân còn rất thấp so với người dân thành thị. Người nông dân chỉ đủ cung cấp một phần chi phí cho cuộc sống bình thường, không thể có điều kiện để chi phí không may bị đau ốm bệnh tật. "Điều tra tại các bệnh viện, nông dân chiếm tỷ lệ cao hơn

người dân ở thành thị. Nếu không may bị ốm đau phải vào viện điều trị đa số nông dân không có điều kiện chạy chữa và chuyển viện lên tuyến trên. Trong những trường hợp bệnh ngặt nghèo cần phải chi phí lớn người nông dân đành bất lực. Cuộc sống còn quá thiếu thốn, người nông dân có nhiều việc cần phải lo toan hàng ngày nên họ ít quan tâm đến vấn đề sức khỏe, chỉ khi nào xảy ra bệnh tật họ mới chạy vạy vay tiền bạc và quan tâm lo lắng"(6).

Văn bản quy định còn sơ hở

Việc quy định mức đóng chưa tương xứng với mức hưởng, phạm vi chi trả BHYT quá rộng, bỏ cơ chế cùng chi trả 20%... là những nguyên nhân dẫn đến bội chi quỹ khám chữa bệnh BHYT nói chung và BHYT nông dân nói riêng.

Một trong những nguyên tắc của BHYT là phải thực hiện bắt buộc, đôi khi còn gọi là thuế sức khỏe. Nếu không áp dụng nguyên tắc bắt buộc sẽ dẫn đến một sự lựa chọn ngược, chỉ người ốm, tình trạng sức khỏe kém mới tham gia là điều tất yếu.

Vấn đề này được bộc lộ rõ trong Thông tư hướng dẫn của liên Bộ Y tế – Tài chính số 22/2005/TTLT-BTC-BYT ngày 24/8/2005. Cụ thể, đối với hộ gia đình, yêu cầu thứ nhất là 100% thành viên trong hộ gia đình phải tham gia BHYT tự nguyện, yêu cầu thứ hai là phải có ít nhất 10% số hộ gia đình trong xã hoặc phường đăng ký tham gia. Trên thực tế triển khai, số hộ gia đình đăng ký tham gia đạt hoặc vượt tỷ lệ quy định (trên 10%), nhưng khi thu tiền lại chỉ có một số hộ gia đình nộp tiền, tính theo tỷ lệ chỉ đạt vài % số hộ.

Việc kê khai không đúng và những hạn chế trong kiểm tra danh sách người tham gia cũng dẫn đến việc để chủ yếu người ốm tham gia BHYT. Nhiều tổ chức hội, đoàn thể, cơ quan, đơn vị và người tham gia đã kê khai danh sách mua BHYT không đúng, thiếu trung thực. Tình trạng phổ biến là hợp thức hóa các thủ tục nhằm đáp ứng các điều kiện

Bản sao lưu trữ

quy định, đưa người đã có bệnh ngoài phạm vi hướng dẫn vào danh sách mua BHYT. Cơ quan BHXH không có khả năng và không thể kiểm tra, kiểm soát việc kê khai của các cơ quan, đơn vị và tổ chức, thường phải tin và chấp nhận thực hiện danh sách do các cơ quan đơn vị và tổ chức lập.

NHỮNG VẤN ĐỀ ĐẶT RA

Việc thực hiện chính sách BHYT nông dân là hết sức cần thiết, kết quả đạt được trong thời gian qua có đóng góp to lớn trong xây dựng, hình thành chính sách BHYT ở nước ta. Tuy nhiên, với tiềm năng rộng lớn, là lực lượng đông đảo trong xã hội, kết quả thực hiện như thời gian qua thực sự chưa đạt yêu cầu. Những vấn đề đặt ra trong thực hiện chính sách BHYT cho nông dân là:

Thứ nhất, Nhà nước cần xác định rõ hơn vai trò trách nhiệm trước sức khỏe người nông dân, sớm có giải pháp đúng đắn, kịp thời trong chính sách xã hội nông thôn, góp phần thực hiện tốt mục tiêu tăng trưởng kinh tế gắn liền với việc thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội ngay trong từng bước đi và chính sách phát triển.

Thứ hai, BHYT cho nông dân qua những bước thăng trầm, đóng góp đáng kể đối với việc ra đời và phát triển của chính sách BHYT. Cần có tổng kết thực tiễn về cái được và chưa được của BHYT nông dân; hoàn thiện cơ sở lý luận, khắc phục ngay những sơ hở trong thiết kế, xây dựng chính sách BHYT cho nông dân, đảm bảo cho sự phát triển bền vững của chính sách BHYT, củng cố niềm tin của nhân dân vào chính sách xã hội của Đảng và Nhà nước.

Thứ ba, qua thực tiễn đã cho thấy việc tổ chức BHYT nông dân theo hình thức tự nguyện, không có sự hỗ trợ của Nhà nước là không khả thi. Cơ chế tự nguyện tạo ra tình trạng chỉ người ốm mới tham gia, người khỏe không tham gia. Bài học lớn nhất rút ra từ quá trình triển khai BHYT tự nguyện là tính không bền vững của nó. Kinh

Bản sao lưu trữ

nghiệm của các nước đã thực hiện BHYT toàn dân là phải ban hành luật tham gia bắt buộc. Đối với nước ta, điều kiện kinh tế – xã hội có những nét riêng, việc thực hiện bắt buộc là cần thiết và cần quy định ngay trong Luật BHYT. Tuy nhiên, việc tổ chức thực hiện cần có lộ trình phù hợp, đảm bảo tính khả thi cao. Trong giai đoạn chưa thể thực hiện BHYT bắt buộc cho toàn dân thì bên cạnh hình thức BHYT bắt buộc đối với các đối tượng đủ điều kiện, Nhà nước cần hỗ trợ đối tượng cận nghèo kinh phí mua BHYT tự nguyện. Đồng thời, tiếp tục triển khai các mô hình BHYT tự nguyện dựa trên cộng đồng cho khu vực nông thôn, cho nông dân với những điều kiện chúng tôi đảm bảo những nguyên tắc của BHYT.

---

(1) Dương Văn Thắng, Khóa luận tốt nghiệp Đại học Báo chí, trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn, Đại học Quốc gia Hà Nội, 2003.

(2) Hoàng Kiến Thiết, BHYT tự nguyện – không phải là giải pháp tiến tới BHYT toàn dân, Tạp chí BHXH, số 6/2007.

(3) Hoàng Kiến Thiết, BHYT tự nguyện – Thực trạng và giải pháp, Tạp chí BHXH, số 11/2006.

(4) Bảo Trung và Tạ Quang Dũng, Có thể giảm bớt "Gánh nặng phí và lệ phí của nông dân?", Báo Nhân Dân, ngày 30/7/2007.

(5) Vũ Xuân Hiển, Lưu Viết Tình, Đề tài đánh giá biện pháp thực hiện BHYT theo hộ gia đình, Tổ chức Y tế thế giới và BHXH Việt Nam, tháng 11/2006.

(6) Ngọc Minh, BHYT cho nông dân một yêu cầu cấp bách, Tạp chí BHYT Việt Nam, số 29, tháng 2/1999.

Bản sao lưu trữ

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI TỰ NGUYỆN Ở NƯỚC TA

TS. PHẠM ĐÌNH THÀNH

Luật BHXH đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XI, Kỳ họp thứ 9 thông qua ngày 29/6/2006 và có hiệu lực thi hành từ 01/01/2007. Đối với BHXH tự nguyện, hiệu lực thi hành từ 01/01/2007. Đối với BHXH tự nguyện, hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2007. BHXH tự nguyện được quy định trong Luật BHXH ở Chương IV từ Điều 69 đến Điều 79 và Chương VI, Mục 2 Quỹ BHXH tự nguyện từ Điều 98 đến Điều 101. Như vậy, sau nhiều năm mong đợi, đến nay những người lao động không thuộc diện tham gia BHXH bắt buộc đã có cơ hội tham gia BHXH tự nguyện – họ mới thực sự được bình đẳng như mọi người lao động khác về chính sách BHXH. Đồng thời, sau nhiều năm nghiên cứu, tranh luận, soạn thảo thì trong giai đoạn hiện nay chính sách BHXH tự nguyện ra đời tương đối hoàn thiện và tương thích với loại hình BHXH bắt buộc.

Có thể khái quát chính sách BHXH tự nguyện dành cho người lao động không có quan hệ lao động (người lao động tự hành nghề hoặc người lao động tự do)... Người tham gia BHXH tự nguyện sẽ thực hiện hai chế độ dài hạn là hưu trí và tử tuất. BHXH tự nguyện trước hết là một loại hình BHXH, phản ánh đầy đủ bản chất của *BHXH là sự bảo đảm của xã hội đối với yếu tố lao động của sản xuất – nhìn từ góc độ kinh tế – hoặc là hoạt động nhằm bảo đảm ổn định đời sống cho người lao động trước những rủi ro xã hội – nhìn từ giác độ xã hội – mà trước hết là người lao động phụ thuộc (người lao động không có tư liệu sản xuất, người làm công hưởng lương, có quan hệ lao động giữa người sử dụng lao động và người lao động) và sau đó mở rộng đến những người tự*

hành nghề, người lao động tự do hay người làm việc độc lập. Người ta có thể nói vắn tắt rằng, BHXH là sự bảo đảm của xã hội được thực hiện thông qua một hệ thống pháp luật đối với người lao động và các thành viên của gia đình họ trước những rủi ro bằng phương thức đóng góp và tiếp nhận phúc lợi xã hội. Tính xã hội trong BHXH được hiểu là sự đồng nhất về phương thức đóng – hưởng và điều tiết xã hội trong phạm vi cả nước và do Nhà nước đứng ra chịu trách nhiệm. Đồng thời, tính xã hội của BHXH còn thể hiện ở chỗ không có sự phân biệt đối với người lao động thuộc các thành phần kinh tế khác nhau, thuộc các loại hình lao động khác nhau (lao động phụ thuộc hay lao động tự do) và do vậy, đối với chế độ hưu trí, tử tuất thì *khi đóng góp theo phương thức giống nhau phải được hưởng thụ theo phương thức như nhau* và đương nhiên chỉ đóng góp khác nhau mới hưởng thụ khác nhau.

Tính tự nguyện của loại hình BHXH tự nguyện thể hiện ở chỗ những người không thuộc diện tham gia BHXH bắt buộc được quyền lựa chọn và quyết định khi tham gia loại hình BHXH này. Đây là sự lựa chọn cần thiết của người lao động. Bởi lẽ trước đây, khi mà phạm vi đối tượng tham gia BHXH bắt buộc còn hạn hẹp thì nhiều doanh nghiệp bảo hiểm tư nhân (bảo hiểm mang tính thương mại) đã tung ra thị trường bảo hiểm những sản phẩm thuộc lĩnh vực bảo hiểm nhân thọ cũng mang tên là bảo hiểm hưu trí để thu hút nhu cầu tham gia bảo hiểm của những người lao động chưa được tham gia BHXH bắt buộc. Thậm chí, người ta còn quảng cáo rằng bảo hiểm hưu trí xã hội (hay BHXH theo pháp luật Nhà nước) chỉ dành cho những người hưởng ngân sách nhà nước và do vậy việc đưa ra các sản phẩm bảo hiểm hưu trí tư nhân là nhằm đáp ứng nhu cầu hưởng hưu trí của đa phần những người chưa được tham gia BHXH bắt buộc. Cũng cần nói thêm rằng hoạt động bảo hiểm nhân thọ nói chung và sản phẩm bảo hiểm hưu trí tư nhân cũng là sự cần thiết trong xã hội và vẫn được khuyến khích phát triển ở nước ta, chỉ có điều người lao động sẽ lựa chọn tham gia

khi hiểu đúng và đầy đủ về bản chất của nó. Cụ thể, khi tham gia bảo hiểm hưu trí tư nhân người ta sẽ lựa chọn một mức đóng cố định và tương ứng với nó sau một thời gian đóng góp nhất định sẽ nhận được một mức lương hưu cố định theo một danh mục đóng – hưởng tính sẵn. Thông thường lương hưu (ngay như mô hình BHXH nông dân Nghệ An) được tính bằng tổng số tiền đã đóng vào quỹ BHXH tự nguyện và tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư, trừ chi phí quản lý, chia cho số tháng bình quân hưởng lương hưu. Riêng đối với bảo hiểm hưu trí tư nhân còn phải trừ thêm phần lợi nhuận cho doanh nghiệp bảo hiểm trước khi chia cho số tháng bình quân hưởng lương hưu. Còn khi tham gia BHXH hưu trí tự nguyện thì cũng như BHXH bắt buộc, *"lương hưu được điều chỉnh trên cơ sở mức tăng của chỉ số giá sinh hoạt và tăng trưởng kinh tế"* (Điều 53). Đây vừa là một ưu thế về quyền lợi cho người tham gia BHXH tự nguyện và vừa thể hiện tính ưu việt của phương thức hoạt động BHXH. Phương thức này không chỉ thuần túy dựa trên cơ sở mức đóng để xác định mức hưởng mà còn gắn kết và điều chỉnh với các yếu tố kinh tế – xã hội vĩ mô theo từng thời kỳ. Tức là mức lương hưu trí của BHXH tự nguyện nói chung vẫn phải dựa trên cơ sở quan hệ tương quan với mức đóng và thời gian đóng nhưng quan hệ tỷ lệ này đã có sự *điều tiết của xã hội* trong từng giai đoạn nhất định, nó chịu sự tác động của một loạt các yếu tố kinh tế xã hội có liên quan khác như: tốc độ phát triển kinh tế quốc dân, thu nhập quốc dân hàng năm, dân số, mức sống xã hội và tuổi thọ bình quân xã hội... Hơn nữa, hoạt động BHXH tự nguyện cũng không chỉ giữ vai trò điều tiết xã hội trong từng thế hệ mà còn gắn kết giữa các thế hệ với nhau cả về nghĩa vụ, trách nhiệm và quyền lợi. Người lao động tham gia chế độ hưu trí thì sự đóng góp của họ hôm nay là để được hưởng cho 20 – 30 năm và có khi 40 năm sau khi đến tuổi về hưu; đồng thời, mức sống của họ khi được hưởng trợ cấp hưu trí sẽ phụ thuộc rất nhiều vào trình độ phát triển kinh tế – xã hội trong tương lai. *Chính hoạt động BHXH này đã liên kết lợi ích của các thành viên trong xã hội từ thế hệ này sang thế hệ khác và mọi thế hệ*

kế tiếp phải có trách nhiệm bảo vệ thể chế chính trị đó thì mới bảo vệ được lợi ích riêng của họ kể cả hiện tại và tương lai. Với mối quan hệ này, trong BHXH người ta thường gọi là *"hợp đồng trách nhiệm giữa các thế hệ"*.

Cũng như quỹ BHXH bắt buộc, quỹ BHXH tự nguyện cũng *được Nhà nước bảo hộ, không bị phá sản* (Điều 6 điểm 2). Điều này đã thể hiện sự nhất quán trong cùng một phương thức quản lý quỹ BHXH và là chỗ dựa vững chắc cũng như tạo ra niềm tin cho người lao động tự do khi được tham gia BHXH tự nguyện – vì họ cũng nhận được sự bảo vệ của Nhà nước.

Nhóm đối tượng tham gia BHXH tự nguyện do tính chất độc lập trong lao động sản xuất kinh doanh sẽ tự giác lựa chọn mức thu nhập làm căn cứ đóng góp BHXH dựa trên cơ sở kết quả hoạt động sản xuất kinh doanh của bản thân họ trong từng tháng, từng năm và từng thời kỳ sau khi đã đảm bảo cuộc sống hiện tại của họ, cũng như lựa chọn phương thức đóng góp theo từng kỳ (hằng tháng, hằng quý, 6 tháng) cho phù hợp.

Đương nhiên khi tham gia BHXH tự nguyện thì người lao động cũng phải tuân thủ và đáp ứng đầy đủ những quy định về mức đóng và thời gian đóng thì mới đủ điều kiện để hưởng chế độ hưu trí và tử tuất.

Sở dĩ chúng ta phải nhấn mạnh đến tính hoàn thiện của chính sách BHXH tự nguyện sắp được thực hiện vì trước hết nó đã khắc phục được những bất hợp lý được một số mô hình BHXH tự nguyện trước đây ở nước ta.

Điểm lại những chính sách bảo hiểm mang tính xã hội những năm qua cho thấy, chúng ta đã thực hiện BHXH trong các HTX và các tổ hợp sản xuất tiểu thủ công nghiệp theo Quyết định số 292/BCN/LĐ ngày 15/11/1982 của Liên hiệp xã tiểu thủ công nghiệp Trung ương ban hành kèm theo Điều lệ tạm thời về các chế độ BHXH đối với xã

viên các HTX và các tổ hợp sản xuất tiểu thủ công nghiệp. Chính sách này cũng chỉ duy trì được một thời gian ngắn đã vấp phải những khó khăn lớn về quản lý, tổ chức thực hiện và nguồn chi trả nên chỉ tồn tại đến những năm cuối thập kỷ 80 thì loại hình BHXH này đã chấm dứt.

Một số địa phương xuất phát từ nhu cầu thực tiễn đã tự tạo dựng và thực hiện trong phạm vi địa phương mình một chế độ BHXH riêng như: Hà Tây, Bắc Ninh, Nam Định, Thái Bình, Nghệ An, Hà Tĩnh. Thậm chí có nơi tổ chức đóng góp BHXH bằng hiện vật như thóc... Các hình thức bảo hiểm mang tính cộng đồng này chỉ là hoạt động tự phát, sơ khai, thực hiện trong phạm vi hẹp và sau một thời gian ngắn đều ngừng trệ. Ngay cả BHXH nông dân Nghệ An được tiến hành bài bản hơn, kể từ khâu ban hành chính sách cho đến khâu tổ chức thực hiện, nhưng đến nay cũng khó có thể hòa nhập với chính sách BHXH tự nguyện theo Luật BHXH mới ban hành.

Các mô hình BHXH mang tính địa phương nói trên đã phản ánh được nhu cầu cấp thiết về sự bảo vệ của xã hội đối với người lao động, đặc biệt là những người lao động trong khu vực nông nghiệp hoặc tiểu thủ công nghiệp; ở một chừng mức nhất định thì thu nhập và mức sống của họ cũng thấp hơn những người lao động khác và do vậy khả năng đóng góp tham gia BHXH cũng rất hạn hẹp. Đồng thời, đây cũng là một loại hình bảo hiểm mang tính cộng đồng, thể hiện nguyện vọng của những người lao động muốn được cùng đóng góp và cùng chia sẻ rủi ro trong quá trình lao động của mình và hoàn toàn không mang tính chất kinh doanh bảo hiểm. *Nhưng các mô hình BHXH địa phương này chưa đáp ứng được đúng bản chất, yêu cầu, phạm vi hoạt động và phương thức hoạt động của BHXH ngày nay.* Đó là nguyên nhân của sự tan rã hoặc không phát triển của các mô hình BHXH này.

Người tham gia BHXH tự nguyện được tham gia với mức đóng góp như người tham gia BHXH bắt buộc (đương nhiên người lao động không có quan hệ lao động – không có quan hệ với chủ sử dụng lao động

thì mặc nhiên họ phải đóng góp toàn bộ cả phần của người lao động và người sử dụng lao động) thì họ được hưởng thụ theo các quan hệ tương thích như người tham gia BHXH bắt buộc. Đây là cơ sở kinh tế để đảm bảo sự bình đẳng giữa mọi người lao động trước các chính sách xã hội trong đó có chính sách BHXH. Cũng từ nền tảng này đã tạo ra sự kết nối, liên thông giữa BHXH bắt buộc và BHXH tự nguyện, tạo ra sự an tâm cho người lao động không bị ảnh hưởng đến quyền lợi khi chuyển từ loại hình lao động phụ thuộc sang loại hình lao động độc lập. Đây là một nhu cầu hết sức khách quan xuất phát từ biến động thường xuyên trên thị trường lao động ở nước ta đặt ra. Trong điều kiện nền kinh tế thị trường ở nước ta hiện đang trong quá trình phát triển với nhiều diễn biến thay đổi liên tục thì việc người lao động phải di chuyển tìm kiếm việc làm khi thì thuộc thành phần kinh tế này, lúc thì chuyển sang thành phần kinh tế khác, khi thì có quan hệ lao động, lúc thì phải tự hành nghề để kiếm sống – đó là tác động của yếu tố khách quan – là điều khó tránh khỏi cho một bộ phận lớn lao động xã hội. Có thể nói, sự kết nối liên thông giữa hai loại hình BHXH bắt buộc và tự nguyện đã phản ánh tính khoa học và logic của hệ thống chính sách BHXH ở nước ta.

Mức thu nhập làm cơ sở để tính đóng BHXH được thay đổi tùy theo khả năng của người lao động ở từng thời kỳ, nhưng thấp nhất cũng phải bằng mức lương tối thiểu chung và cao nhất bằng hai mươi tháng lương tối thiểu chung (Điều 100). Sở dĩ phải quy định mức thu nhập làm căn cứ đóng BHXH thấp nhất là mức lương tối thiểu (mặc dù đây chưa phải là mức sống tối thiểu) vì những người lao động thường xuyên có mức thu nhập thấp hơn mức lương tối thiểu, bản thân họ cũng rất chật vật trong cuộc sống hiện tại, sẽ không thể tham gia đóng góp BHXH và nếu phải tham gia BHXH tự nguyện lâu dài thì sau khi đủ điều kiện hưởng chế độ hưu trí cũng không thể được hưởng bằng mức lương tối thiểu. Đây cũng là điều kiện cần thiết cho người lao động tự

Bản sao lưu hành

nguyện tham gia BHXH, để cho những người chưa một lần nào tham gia BHXH thấy rõ là quan hệ BHXH là quan hệ phải có đóng góp mới được hưởng. Việc quy định "mức sàn dưới" bằng mức lương tối thiểu chung làm căn cứ tính đóng BHXH cũng là một trong những "điều kiện vật chất" để tham gia BHXH tự nguyện. Do vậy, những người lao động có thu nhập bình quân hàng tháng thấp hơn mức lương tối thiểu là các đối tượng trước hết cần tích cực tham gia các chương trình xóa đói giảm nghèo hoặc sẽ nhận được sự bảo đảm bằng các chính sách cứu trợ xã hội khác. Mặt khác, về mặt kỹ thuật thì *sự phân phối điều tiết lại của BHXH chỉ giới hạn trong phạm vi tương đối những người có nhu cầu tham gia và trong một khoảng thu nhập nhất định do xã hội quy định trong từng thời kỳ. Những người có mức thu nhập thấp hơn hoặc cao hơn (khoảng thu nhập nằm trong giới hạn điều tiết của BHXH" sẽ tham gia bảo hiểm theo hình thức khác hoặc hưởng thêm các khoản cứu trợ xã hội khác.* Từ đó tránh quan niệm cho rằng BHXH tự nguyện là một hình thức BHXH chỉ giành cho những người lao động có thu nhập thấp trong xã hội.

Nếu nhìn từ góc độ phát triển khách quan của hệ thống an sinh xã hội, từ những nhu cầu và đòi hỏi bức bách về BHXH của người lao động thì chính sách BHXH tự nguyện là giải pháp mở rộng phạm vi đối tượng tham gia BHXH, nhằm thực hiện mục tiêu BHXH cho mọi người lao động. Thực tế cho thấy, đến nay mới chỉ có khoảng 12% trong tổng số lao động xã hội (trong độ tuổi lao động) được tham gia BHXH bắt buộc trong đó chủ yếu vẫn là lao động trong khu vực quốc doanh, số còn lại là lao động làm việc trong khu vực ngoài quốc doanh, số này chiếm khoảng 20% lao động ngoài quốc doanh thuộc diện phải tham gia BHXH bắt buộc. Đây là một con số còn quá khiêm tốn so với số người lao động bắt buộc cần phải được tham gia BHXH. Mặt khác, do đặc điểm nền kinh tế của nước ta hiện nay phát triển chưa cao – cũng như đặc trưng của những nước kinh tế đang phát triển khác – một bộ phận

Bản sao lưu trữ

lớn lao động còn làm việc trong nông nghiệp dưới hình thức tự quản: họ được chia ruộng đất và chủ động trồng trọt, chăn nuôi trên mảnh đất của mình hoặc làm thêm các nghề phụ, dịch vụ khi không vào thời vụ; một bộ phận lao động không nhỏ ở thành thị hoạt động theo hình thức tự hành nghề, lao động tự do hoặc họ có thể tham gia sản xuất nhỏ; mở cửa hàng kinh doanh, buôn bán nhỏ hoặc hoạt động dịch vụ phục vụ xã hội – loại hình lao động này rất đa dạng và phổ biến ở các điểm tập trung dân cư, thị trấn thị xã hay thành phố – *quan hệ lao động chưa phát triển.* Riêng nhóm đối tượng chưa có quan hệ lao động hiện nay còn chiếm tới 80% nguồn lao động xã hội. Chính sách BHXH tự nguyện đã là giải pháp hợp lý cho 80% nguồn lao động xã hội này được tham gia chế độ hưu trí và tự tuất.

Nếu nhìn rộng hơn thì việc thực hiện chế độ BHXH mới từ năm 1995 đã tạo ra bước đột phá quan trọng về sự bình đẳng của người lao động trong xã hội. Nó phá vỡ hàng rào ngăn cách giữa sự bất bình đẳng về mặt chính sách xã hội giữa người lao động trong khu vực Nhà nước với người lao động ngoài khu vực Nhà nước, giữa lao động trong biên chế và lao động hợp đồng. Đồng thời, cũng xóa bỏ quan niệm "bao cấp" cho rằng, BHXH như là một chế độ ưu ái riêng có của lao động thuộc khu vực Nhà nước trước đây. Đến nay, việc ban hành chính sách BHXH tự nguyện lại một lần nữa tiếp tục phá vỡ sự phân biệt giữa người lao động phụ thuộc trong các cơ quan, tổ chức, các doanh nghiệp... với người lao động tự do, tự hành nghề. Mọi người lao động có việc làm trong khuôn khổ pháp luật cho phép, có thu nhập từ lao động, đều được bình đẳng về mặt pháp lý như nhau trước các chính sách xã hội. Như vậy, *mọi người lao động, không phân biệt theo thành phần kinh tế, không phân biệt nghề nghiệp, không phân biệt tính chất lao động khi có việc làm đều là bộ phận của lao động xã hội, sản phẩm và dịch vụ do lao động của họ tạo ra cũng là bộ phận cấu thành nên tổng sản phẩm xã hội. Đồng thời, thu nhập từ lao động của họ cũng được tham gia vào quá trình điều*

tiết phân phối lại chung của toàn xã hội thông qua hoạt động BHXH. Đó là cơ sở đảm bảo sự bình đẳng cho mọi người lao động trước những chính sách, xã hội, trong đó có chính sách BHXH. Sự phân biệt các thành phần kinh tế, loại hình công việc... nhằm để có các chính sách quản lý cho phù hợp chứ không phải là căn cứ phân biệt về chính sách, chế độ về quyền lợi xã hội đối với người lao động.

Đương nhiên có đặc tính của BHXH tự nguyện là đòi hỏi sự tự nguyện trong đóng góp, nhất là ý thức tự giác khi đăng ký mức thu nhập làm căn cứ đóng BHXH cũng như về yếu tố quản lý cho nên còn có sự khác biệt về khung quyền lợi và điều kiện hưởng so với BHXH bắt buộc. Cụ thể sự khác biệt đó là:

- BHXH tự nguyện chỉ bao gồm 2 chế độ hưu trí và tử tuất.

- BHXH tự nguyện không có trợ cấp tuất hàng tháng.

- Người tham gia BHXH tự nguyện không được nghỉ hưu trước tuổi quy định (nam đủ 60 tuổi, nữ đủ 55 tuổi).

- Người tham gia BHXH tự nguyện phải có thời gian đóng góp ít nhất là 5 năm mới được hưởng trợ cấp mai táng phí.

- Không có sự bảo đảm cân bằng mức lương tối thiểu tại thời điểm hưởng lương hưu nếu mức lương hưu thấp hơn mức lương tối thiểu.

Hy vọng rằng trong quá trình thực hiện và tương lai không xa khi người lao động thực sự hiểu đầy đủ về bản chất của chế độ BHXH và hoàn toàn tự giác tham gia BHXH, cũng như nhu cầu tham gia BHXH trở thành nhu cầu thiết thực đối với từng người lao động như ở một số nước công nghiệp phát triển thì khoảng cách trên sẽ dần được thu hẹp.

Ở đây cần hiểu thêm về khái niệm BHXH tự nguyện ở nước ta khi so sánh với BHXH tự nguyện ở nước ngoài hay còn gọi là BHXH theo luật xã hội. Ở các nước công nghiệp phát triển người ta cho rằng

Bản sao lưu trữ

đặc trưng cơ bản của BHXH là dựa trên *nghĩa vụ BHXH*. Sự bảo hiểm này mang tính bắt buộc. *Tính bắt buộc thể hiện ở chỗ việc tham gia bảo hiểm không xem xét đến mong muốn của riêng cá nhân người lao động hoặc ý muốn của người sử dụng lao động.* Còn *BHXH tự nguyện* lại là sự BHXH tiếp theo của quá trình *BHXH nghĩa vụ* nhưng có phụ thuộc vào nguyện vọng riêng của từng cá nhân. Tất nhiên giữa *BHXH nghĩa vụ với BHXH tự nguyện* đều có phạm vi đối tượng tham gia cũng như những điều kiện tham gia khác nhau. Đồng thời, sự bảo vệ của *BHXH tự nguyện* (quyền được bảo hiểm) sẽ đóng vai trò to lớn hơn so với khởi đầu của việc tham gia *BHXH nghĩa vụ*. Ví dụ, một người lao động đang tham gia *BHXH nghĩa vụ* nhưng họ nhận được mức lương mới, cao hơn mức lương giới hạn trần làm căn cứ đóng *BHXH nghĩa vụ,* người đó sẽ tham gia *BHXH tự nguyện*. Ở nước ta thì điều đó chưa thể áp dụng được. Đối tượng mà chúng ta nhằm vào để thực hiện BHXH tự nguyện lại chiếm tới 70 – 80% lao động xã hội mà đa phần là những người có việc làm và thu nhập không ổn định. Mức thu nhập của những người này chênh lệch nhau rất lớn, nhưng đa phần đều ở mức trung bình và thấp trong xã hội.

BHXH ngược lại với sự bảo hiểm riêng biệt của từng cá nhân trong xã hội. Khi sự bảo đảm của xã hội đến từng thành viên của nó còn bị hạn chế thì người ta càng chú trọng đến sự bảo đảm trong phạm vi từng tế bào gia đình, từng cá nhân riêng biệt. Đây cũng là một yếu tố tâm lý tác động mạnh đến sự phát triển dân số, người ta cần sinh đẻ nhiều con để nhờ cậy khi già yếu hoặc cần có con trai để nối dõi sau này. Hy vọng, việc triển khai sâu rộng chính sách BHXH tự nguyện cũng góp phần vào việc thực hiện tốt chính sách dân số.

Cuối cùng, điều đáng chú ý là đối tượng tham gia BHXH tự nguyện rất lớn, đặc trưng của nhóm đối tượng này phần lớn là luôn không ổn định về loại hình và tính chất công việc, về chỗ làm việc, về thời gian làm việc và về thu nhập. Do vậy, để triển khai thực hiện

Bản sao lưu trữ

thành công chính sách BHXH tự nguyện bên cạnh việc sớm ban hành các văn bản pháp luật như: Nghị định, Thông tư hướng dẫn thực hiện thì cần làm tốt công tác tuyên truyền và phải có lộ trình thực hiện cho từng nhóm đối tượng theo ngành nghề và theo vùng một cách hợp lý trên cơ sở cải tiến và công nghệ hóa quy trình quản lý thu và quản lý đối tượng tham gia trong việc tổ chức thực hiện.

Bản sao lưu trữ

MỤC TIÊU CÔNG BẰNG TRONG THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ Ở NƯỚC TA

LÂM HÀ

Công bằng vừa là quyền lợi của người dân nói chung vừa là mục tiêu của Đảng và Nhà nước ta. Nhìn rộng ra thế giới, hầu hết các quốc gia dù khác nhau về thể chế chính trị nhưng cũng đều thực hiện công bằng và bình đẳng cho mọi người dân trong nước. Tuy nhiên, mức độ công bằng và phương pháp thực hiện ở mỗi quốc gia khác nhau, nên người dân ở các quốc gia khác nhau được hưởng sự công bằng cũng khác nhau.

Đối với nước ta, mục tiêu của Đảng và Nhà nước là "dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, dân chủ, văn minh". Mục tiêu này phải được thực hiện trong tất cả các ngành các cấp, trong mọi thành phần kinh tế và đối với mọi người dân.

Trong lĩnh vực y tế nói chung và BHYT nói riêng cũng phải nghiêm chỉnh thực hiện mục tiêu này. Điều 1 của Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định 63 đã quy định: "BHYT theo Điều lệ này mang tính xã hội, hướng tới mục tiêu *công bằng,* hiệu quả trong khám chữa bệnh...". Như vậy, công bằng vừa là mục tiêu, song cũng là chỉ tiêu đánh giá hiệu quả của các hoạt động BHYT nói chung và của công tác quản lý quỹ BHYT nói riêng. Có nhiều nội dung có thể đánh giá được chỉ tiêu công bằng trong thực thi chính sách BHYT, nhưng trong bài viết này, xin đề cập đến ba nội dung chính sau đây:

- Công bằng về quyền của mọi công dân được tham gia BHYT và được hưởng thụ từ quỹ BHYT.

Bản sao lưu trữ

- Công bằng về nghĩa vụ đóng phí BHYT và quyền lợi được thanh toán tiền BHYT khi bị ốm đau.

- Công bằng về các dịch vụ y tế mà người tham gia BHYT được hưởng ở các vùng, miền khác nhau...

Trong ba nội dung chính trên đây, có nội dung có thể lượng hóa được một cách tương đối chính xác mức độ công bằng. Nhưng cũng có nội dung khó có thể lượng hóa được một cách chính xác, mà chỉ mang định tính. Tuy nhiên, qua hơn 15 năm thực hiện chính sách BHYT, có thể phân tích mục tiêu công bằng từ ba nội dung chính dưới đây:

VỀ QUYỀN CỦA MỌI NGƯỜI CÔNG DÂN ĐƯỢC THAM GIA BHYT VÀ ĐƯỢC HƯỞNG THỤ TỪ QUỸ BHYT

Chính sách BHYT ở nước ta được thực hiện từ năm 1992 theo Điều lệ BHYT ban hành kèm Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ). Từ khi thực hiện Nghị định 299, số người tham gia BHYT ngày một tăng nhanh. Tuy nhiên, sau hơn 15 năm thực hiện chính sách BHYT, số người chưa tham gia BHYT còn chiếm phần lớn trong dân cư. Tính đến hết năm 2006, số người tham gia BHYT mới có hơn 34 triệu người, chiếm khoảng 40% dân số cả nước. Như vậy, còn khoảng 60% dân số chưa được tham gia BHYT. Những người chưa được tham gia BHYT khi đi KCB vẫn phải bỏ tiền túi ra thanh toán viện phí. Đó là chưa kể đến những trường hợp khó khăn, không đủ tiền KCB phải bán tài sản, thậm chí phải bán cả nhà cửa hoặc đi vay mượn để thanh toán viện phí. Thực trạng đó là biểu hiện của sự chưa công bằng trong thực hiện chính sách BHYT. Vì vậy, mục tiêu thực hiện BHYT toàn dân là một chủ trương đúng đắn của Đảng và Nhà nước ta, phải bằng mọi cách để thực hiện được mục tiêu đó. Vấn đề cốt lõi để thực hiện được mục tiêu BHYT toàn dân, thực hiện sự công bằng trong chính sách BHYT là phải tìm nguồn kinh phí để mọi người dân có tiền đóng BHYT, đặc biệt là đối tượng cận nghèo, học sinh sinh viên không có thu nhập...

VỀ MỨC ĐÓNG VÀ MỨC HƯỞNG BHYT

Trong quá trình thực hiện chính sách BHYT, hai tồn tại liên quan đến mức đóng và mức hưởng BHYT ngày càng thể hiện rõ nét và luôn là những vấn đề thời sự nóng bỏng đang được nhiều người quan tâm. Một là chỉ có số ít người dân được hưởng nguồn kinh phí từ ngân sách nhà nước (NSNN) khi tham gia BHYT, còn đại bộ phận người dân chưa được NSNN hỗ trợ. Một số đối tượng được NSNN cấp tiền mua thẻ BHYT nhưng còn thấp so với mức hưởng của các đối tượng này. Hai là mức đóng BHYT của tất cả các đối tượng còn thấp, chưa tương xứng với mức hưởng. Cụ thể như sau:

Về số người được hưởng trợ cấp từ nguồn NSNN để tham gia BHYT

Tính đến hết năm 2006, các đối tượng được NSNN hỗ trợ kinh phí tham gia BHYT mới chỉ có khoảng trên 25 triệu người, nhiều nhất là đối tượng người nghèo theo Quyết định 139/2002/QĐ-TTg và các đối tượng chính sách khác. Các đối tượng hưởng kinh phí từ NSNN ở các cơ quan của Chính phủ, các cơ quan dân cử... được NSNN cấp kinh phí để các cơ quan này đóng 2% phí BHYT cho người lao động. Người lao động trong các doanh nghiệp được chủ sử dụng lao động 2%. Các đối tượng được hỗ trợ kinh phí từ các nguồn khác nhau chủ yếu lại thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc. Nhưng tính đến hết năm 2006, tất cả các đối tượng được trợ cấp một phần hoặc toàn bộ kinh phí để tham gia BHYT cũng mới chỉ bằng khoảng 29% dân số của cả nước. Đây là các đối tượng thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc. Như vậy, còn khoảng trên 71% dân số chưa được hưởng sự trợ giúp kinh phí từ các nguồn để đóng phí BHYT, trong số đó có khoảng 11% dân số đã tự bỏ tiền túi của mình để đóng BHYT dưới hình thức tự nguyện, còn khoảng 60% dân số chưa được hưởng chính sách BHYT.

Bản sao lưu trữ

Để đảm bảo tất cả mọi người dân đều có quyền lợi như nhau trong việc tham gia BHYT và được hưởng thụ từ sự đầu tư của NSNN, thì cần phải có sự đổi mới trong chính sách đầu tư của NSNN cho sự nghiệp y tế nói chung và cho các cơ sở KCB nói riêng, tạo bước đột phá trong thực hiện chính sách BHYT toàn dân.

Về mức đóng BHYT chưa phù hợp với mức hưởng

Theo Nghị định 63 và các văn bản hướng dẫn thực hiện Nghị định 63, mức đóng BHYT của các đối tượng bắt buộc bằng 3% tiền lương, tiền công. Các đối tượng người nghèo, BHYT tự nguyện có mức đóng từ 50.000 đồng đến 150.000 đồng/năm tùy từng đối tượng (hiện nay đã điều chỉnh mức đóng BHYT người nghèo lên 80.000đ và tự nguyện mức tối đa là 320.000đ/người/năm). Nhìn chung, mức đóng của tất cả các đối tượng đều thấp hơn so với mức hưởng. Cụ thể:

THU CHI BÌNH QUÂN MỘT THẺ BHYT NĂM 2006

Đối tượng	Thu bình quân/thẻ (đ)	Chi bình quân/thẻ (đ)	Chênh lệch bình quân/thẻ (đ)
Người nghèo	51.269	62.561	-11.292
BB khác	301.915	314.639	-12.714
TNHS	45.032	56.256	-11.224
TNND	109.576	547.450	-437.874
BQ chung	127.592	164.481	-36.889

Mức đóng thấp hơn so với mức hưởng là biểu hiện chưa công bằng giữa nghĩa vụ và quyền lợi của người tham gia BHYT.

Bản sao lưu trữ

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến nghĩa vụ và quyền lợi của người tham gia BHYT chưa được công bằng, trong đó có một số nguyên nhân chính sau đây:

- Mức đóng BHYT của tất cả các đối tượng đều thấp hơn so với mức hưởng như số liệu trích dẫn trên.

- Nghị định 63 mở rộng quyền lợi người tham gia BHYT, như: bỏ đồng chi trả, thanh toán bệnh bẩm sinh, tai nạn giao thông, chi phí vận chuyển của một số đối tượng...

- Do công tác quản lý quỹ, mà biểu hiện là còn lúng túng trong việc tìm ra các phương thức thanh toán giữa cơ quan BHXH và các cơ sở KCB BHYT. Công tác kiểm tra, thanh tra, giám định chi phí KCB... còn nhiều vấn đề bất cập, tình trạng lạm dụng quỹ BHYT vẫn diễn ra khá phổ biến.

Tất cả các nguyên nhân trên đều phải tìm ra các giải pháp khắc phục, có như vậy mới bảo đảm được sự công bằng trong thực hiện chính sách BHYT.

VỀ CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ Y TẾ

Đánh giá chỉ tiêu công bằng xã hội trong việc thực thi chính sách BHYT nói chung và trong việc quản lý quỹ BHYT nói riêng thông qua tình hình cung cấp các dịch vụ y tế cho người có thẻ BHYT mang tính định tính nhiều hơn là định lượng. Vì trên thực tế, khó có thể lượng hóa được một cách chính xác các dịch vụ y tế cung cấp cho người bệnh BHYT ở các vùng, miền khác nhau. Nhưng dù là định tính, nhưng chỉ tiêu này cũng có thể phản ánh được mức độ tương đối chính xác từ các lý do sau đây:

- Sự phân cấp các tuyến chuyên môn kỹ thuật trong ngành y tế cũng đã thể hiện sự chưa công bằng về quyền lợi người bệnh được hưởng thụ các dịch vụ y tế. Sự phân cấp đó đã dẫn đến thực tế là ở các tuyến

Bản sao lưu trữ

y tế cơ sở, ở các vùng sâu, vùng xa thì người bệnh nói chung và bệnh nhân BHYT nói riêng ít được tiếp cận với các dịch vụ kỹ thuật có chất lượng cao. Người bệnh muốn được hưởng các dịch vụ kỹ thuật cao hầu hết phải đến tuyến tỉnh hoặc Trung ương. Đó là chưa kể đến việc cung ứng thuốc về đến các tuyến xã, các vùng sâu, vùng xa thường xuyên là chậm hơn, và không đầy đủ, thiếu thuốc tốt...

- Việc đầu tư cơ sở vật chất cho các tuyến huyện, tuyến xã nhìn chung chưa được đảm bảo về số lượng và chất lượng trang thiết bị đội ngũ thầy thuốc, đặc biệt là đội ngũ bác sỹ còn thiếu và yếu.

Theo số liệu của BHXH tỉnh Hà Tây, tất cả các huyện trong tỉnh chưa có huyện nào được trang bị máy chụp cắt lớp (C.T scanner), máy chạy thận nhân tạo... Qua khảo sát tình hình cung cấp các dịch vụ y tế cho bệnh nhân BHYT ở hai bệnh viện thuộc huyện Ba Vì và Mỹ Đức tỉnh Hà Tây, thì cả hai bệnh viện đều trong tình trạng rất thiếu máy móc, thiết bị phục vụ cho việc KCB. Ví dụ: máy siêu âm đen trắng mỗi bệnh viện chỉ có một cái đang làm việc, máy chụp X quang mỗi bệnh viện cũng chỉ có một cái đang làm việc hết công suất 24/24h, giường bệnh cũ và thiếu, tình trạng nằm ghép giường của bệnh nhân có thẻ BHYT là thường xuyên ở cả hai bệnh viện này...

Về đội ngũ y bác sỹ, nhìn chung các bệnh viện tuyến huyện, kể cả tuyến tỉnh cũng đang rất thiếu. Bệnh viện Mỹ Đức có 19 bác sỹ, trong khi đó biên chế 2006 cho 30 bác sỹ, bệnh viện Ba Vì hiện có 30 bác sỹ thiếu 15 bác sỹ. Năm 2006 Trung ương giao cho tỉnh Hà Tây tuyển 154 bác sỹ, nhưng chỉ có 34 hồ sơ nộp, tỉnh nhận tất cả 34 người không cần thi tuyển. Nhưng sau khi nhận quyết định được một tuần, có 6 trường hợp tự bỏ việc. Năm 2007 tỉnh chưa tuyển thêm được chỉ tiêu nào. Đó là tỉnh cửa ngõ Thủ đô mà còn chưa tuyển được bác sỹ, chưa nói đến các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa. Nguyên nhân còn nhiều, nhưng theo ý kiến của các bác sỹ huyện Ba Vì thì chủ yếu là Nhà nước chưa có chính sách đãi ngộ thỏa đáng đối với đội ngũ thầy thuốc. Thu

Bản sao lưu

nhập một bác sỹ mới ra trường nhưng ở lại làm thuê ở các phòng KCB tư nhân ở Hà Nội còn cao hơn lương của chủ nhiệm khoa, nên việc tuyển các bác sỹ về công tác tại tuyến tỉnh, huyện là rất khó khăn, chưa nói đến tuyến y tế xã. Không đủ bác sỹ, không có bác sỹ giỏi sẽ ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh, ảnh hưởng đến tính công bằng trong việc cung cấp các dịch vụ y tế cho bệnh nhân có thẻ BHYT ở các vùng miền khác nhau.

Nhìn chung, qua khảo sát cơ sở vật chất của hai bệnh viện Mỹ Đức và Ba Vì, Hà Tây, thì cả hai bệnh viện đều thiếu trang thiết bị phục vụ cho KCB, một số loại đã được trang bị nhưng đã quá cũ, đội ngũ bác sỹ lại thiếu và yếu về chuyên môn. Cả hai giám đốc của hai bệnh viện đều khẳng định chưa thể đảm bảo điều kiện KCB, chưa thể cung cấp đầy đủ các dịch vụ KCB cho người dân nói chung và 5 – 6 vạn người có thẻ BHYT nói riêng của mỗi huyện. Tình trạng quá tải thường xảy ra ở hai bệnh viện này. Thực trạng đó đã dẫn đến người bệnh nói chung và người bệnh BHYT nói riêng ở các tuyến huyện không được cung cấp đầy đủ các dịch vụ khám chữa bệnh như các bệnh nhân ở Hà Nội và các thành phố lớn. Đó là những biểu hiện của sự chưa công bằng trong thực hiện chính sách KCB nói chung và chính sách BHYT nói riêng.

Qua sự phân tích trên đây có thể thấy, có nhiều nguyên nhân dẫn đến sự thiếu công bằng trong việc cung cấp các dịch vụ y tế cho bệnh nhân BHYT ở các vùng, miền khác nhau trong nước, nhưng tập trung vào một số nguyên nhân chính sau đây:

- Chính sách phân cấp tuyến chuyên môn kỹ thuật KCB trong các bệnh viện công của ngành Y tế.

- Đầu tư kinh phí, trang thiết bị của nhà nước cho các bệnh viện công chưa đầy đủ và chưa phù hợp với tình hình thực tế.

Bản sao lưu trữ

- Chưa có chính sách phù hợp để thu hút đủ bác sỹ cho các bệnh viện công ở các tỉnh, kể cả bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt là chính sách thu hút các bác sỹ giỏi về làm việc ở các bệnh viện tuyến huyện.

Để đảm bảo sự công bằng này, phải tìm ra các giải pháp khắc phục, trong đó có một số giải pháp chủ yếu sau đây:

- Nâng mức đóng BHYT của tất cả các đối tượng tham gia BHYT tương ứng với mức hưởng. Giải pháp này cần được thực hiện từ năm 2007.

- Đổi mới cơ chế chính sách tài chính của các bệnh viện công:

Trong giới hạn của bài viết này, chúng tôi không có điều kiện phân tích những bất cập của chính sách tài chính hiện hành đối với các bệnh viện công. Chúng tôi kiến nghị đổi mới cơ chế chính sách tài chính của các bệnh viện công theo hướng:

+ Nhà nước không cấp phát kinh phí trực tiếp cho các bệnh viện công, xóa bỏ cơ chế xin cho đối với các bệnh viện công. NSNN cấp tiền cho người dân, người dân lấy tiền đó mua BHYT theo mệnh giá tương ứng với quyền lợi người bệnh được hưởng.

+ Các bệnh viện công được thực hiện cơ chế tự cân đối thu chi, toàn quyền tự đầu tư trang thiết bị kể cả thiết bị hiện đại bằng nguồn kinh phí tự có của mình, quyền trả lương cho bác sỹ để có điều kiện tuyển đủ bác sỹ và bác sỹ có tay nghề giỏi...

Thực hiện được hai giải pháp chủ yếu này sẽ tạo điều kiện tăng nhanh số người tham gia BHYT, cân đối quỹ BHYT, thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân và nâng cao chất lượng KCB của các bệnh viện công, đảm bảo sự công bằng trong thực hiện chính sách BHYT.

Tuy nhiên, để thực hiện được hai giải pháp nêu trên, cần phải có các giải pháp đồng bộ, phải có bước đi phù hợp, như: đối tượng nào được NSNN cấp tiền trước để tham gia BHYT, đối tượng nào được cấp sau;

đối tượng nào được NSNN trợ cấp toàn bộ, đối tượng nào được trợ cấp một phần; bệnh viện nào được thực hiện cơ chế tự cân đối thu chi trước, bệnh viện nào thực hiện sau, hay thực hiện đồng loạt; biện pháp giải quyết những vướng mắc sau khi thực hiện sự đổi mới cơ chế quản lý tài chính đối với các bệnh viện công... Những vấn đề này đòi hỏi phải có một lộ trình cụ thể với những bước đi phù hợp, tạo ra những bước đột phá trong nhận thức và thực hiện chính sách tài chính y tế nói chung và chính sách tcc BHYT nói riêng, từ đó mới đảm bảo được sự công bằng trong thực thi chính sách BHYT.

Bản sao lưu trữ

BẢO HIỂM Y TẾ CHO NGƯỜI NGHÈO THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP

TS. BÙI VĂN HỒNG

Chính sách BHYT ở nước ta được thực hiện từ năm 1992 theo Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ). Nhưng trong giai đoạn này, người nghèo chưa được Nhà nước mua BHYT, do đó khi đi khám chữa bệnh vẫn phải đóng viện phí, chỉ một số ít thuộc diện quá nghèo mới được miễn nộp viện phí, do đó gặp rất nhiều khó khăn trong khám chữa bệnh.

Năm 1998, Chính phủ ban hành Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13/8/1998 thay thế Nghị định số 299/HĐBT. Nghị định số 58 quy định đối tượng tham gia BHYT được mở rộng, nhưng người nghèo vẫn chưa phải là đối tượng tham gia BHYT bắt buộc do chưa có nguồn kinh phí mua thẻ BHYT cho người nghèo. Tuy nhiên, trong thời gian này, một số tỉnh, thành phố thực hiện cấp thẻ BHYT tự nguyện cho những người thuộc đối tượng bảo trợ xã hội (người tàn tật, cô đơn không nơi nương tựa)... Việc cấp thẻ BHYT không thực hiện thống nhất do chưa có quy định về đối tượng và cơ chế tạo nguồn kinh phí. Do đó, người nghèo về cơ bản vẫn chưa phải là đối tượng tham gia BHYT.

Để giải quyết những khó khăn bất cập về kinh phí khám chữa bệnh cho người nghèo và mở rộng diện người nghèo được tham gia BHYT, Bộ Y tế, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, Bộ Tài chính ban hành Thông tư số 05/1999/TTLT ngày 29/01/1999 hướng dẫn việc thực hiện khám chữa bệnh và miễn nộp một phần viện phí đối với người nghèo thuộc diện quá nghèo. Theo quy định của Thông tư này thì

Bản sao lưu trữ

đối tượng được cấp thẻ BHYT là những người thuộc diện quá nghèo với mệnh giá thẻ là 30.000 đ/thẻ-năm. Kinh phí để mua thẻ BHYT được trích từ các nguồn: chi đảm bảo xã hội, từ quỹ xóa đói giảm nghèo, ngân sách địa phương, các nguồn hỗ trợ của các doanh nghiệp, các tổ chức từ thiện trong và ngoài nước...

Tại Thông tư này chỉ những người thuộc diện quá nghèo theo quy định tại Nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 của Chính phủ mới được cấp thẻ BHYT miễn phí, còn đại bộ phận người nghèo khác không được cấp thẻ BHYT, đã tạo nên sự mất công bằng trong chính sách, gây khó khăn cho địa phương khi xét chọn đối tượng người nghèo. Chính điều này là nguyên nhân làm cho nhiều người hiểu sai tính ưu việt của chính sách cấp thẻ BHYT cho người nghèo của Đảng và Nhà nước.

Để giải quyết những tồn tại, bất cập về cơ chế tạo nguồn tài chính mua thẻ BHYT cho người nghèo, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định số 139/2002/QĐ-TTg ngày 15/10/2002 thành lập quỹ khám chữa bệnh cho người nghèo do UBND các tỉnh quản lý với định mức tối thiểu là 70.000 đồng/người/năm, trong đó ngân sách nhà nước cấp tối thiểu bằng 75% tổng giá trị của quỹ, ngoài ra tùy từng địa phương có thể tăng chi cho quỹ từ nguồn ngân sách địa phương và đóng góp của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước.

Nội dung quan trọng của quyết định này là quỹ khám chữa bệnh chủ yếu do nguồn ngân sách nhà nước cấp nhưng lại chưa quy định thống nhất phương thức thực hiện. Các địa phương có thể vận dụng một trong hai phương thức: Thực hiện thực thanh thực chi hoặc mua thẻ BHYT cho người nghèo với mệnh giá 50.000 đ/người/năm. Do chưa thống nhất phương thức thực hiện, nên có địa phương thực hiện mua thẻ BHYT cho người nghèo, có địa phương thực hiện phương thức thực thanh thực chi. Tính đến cuối năm 2004, cả nước mới có 33 địa phương áp dụng phương thức mua thẻ BHYT cho 3,6 triệu người nghèo, chiếm khoảng 30% số người nghèo cả nước.

Bản sao lưu trữ

Ngày 16/5/2005, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 63/2005/NĐ-CP thay thế NĐ58. Theo đó người nghèo được quy định là đối tượng tham gia BHYT bắt buộc với mức đóng là 50.000 đồng/người/năm. Nguồn kinh phí này do NSNN cấp. Như vậy, từ 01/7/2005 việc chăm sóc sức khỏe cho người nghèo chỉ thực hiện thông qua một hình thức duy nhất là BHYT. Toàn bộ số người nghèo trong cả nước sẽ được cấp thẻ BHYT để được hưởng quyền lợi theo chế độ BHYT. Từ khi thực hiện Nghị định số 63/2005/NĐ-CP, số người nghèo tham gia BHYT ngày càng tăng. Năm 2005 số người nghèo tham gia BHYT chỉ có 4,6 triệu người (trong đó có 6 tháng cuối năm thực hiện Nghị định số 63). Nhưng sang năm 2006, số người nghèo tham gia BHYT đã tăng lên 14,97 triệu người, tăng 3,2 lần so với năm 2005. Tính đến 31/12/2006, hầu hết các địa phương đều thực hiện BHYT cho người nghèo, chỉ còn 3 địa phương chưa thực hiện (Hòa Bình, Quảng Trị, Phú Yên). Người nghèo trở thành đối tượng có số người tham gia BHYT lớn nhất. Cụ thể như sau:

SO SÁNH SỐ NGƯỜI THAM GIA BHYT CỦA CÁC ĐỐI TƯỢNG

(đơn vị: người)

Chỉ tiêu	2005	2006	So sánh 2006/2005(%)
Người nghèo	4.646.979	14.978.859	322,0
Bắt buộc khác	9.227.692	10.130.769	110,0
TNHS	7.746.425	7.102.168	92,0
TNND	1.534.233	2.021.225	132,0
Cộng	23.155.329	34.233.021	148,0

Người nghèo được cấp thẻ BHYT, số người nghèo được tham gia BHYT ngày một tăng, điều đó cũng đồng nghĩa với quyền lợi của người

Bản sao lưu trữ

nghèo ngày càng được đảm bảo, người nghèo đi KCB không phải trả tiền. Quyền lợi người nghèo khi đi KCB còn được mở rộng hơn trước, cơ bản được thanh toán tất cả các chi phí khám chữa bệnh theo giá viện phí, bao gồm cả chi phí dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí vận chuyển chuyển viện theo quy định...

Tuy nhiên, đa số người nghèo do ở xa các trung tâm y tế, các cơ sở khám chữa bệnh, đặc biệt là các đồng bào ở các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa đi lại khó khăn nên ngại đi KCB. Thực tế đó đã làm cho tần suất KCB của đối tượng người nghèo nhìn chung là thấp. Năm 2006, tần suất KCB của người nghèo chỉ có 0,92 lần/thẻ-năm, con số này của đối tượng bắt buộc khác là 2,87, tự nguyện học sinh là 1,05, cao nhất là đối tượng tự nguyện nhân dân 5,15. Cụ thể như sau:

Đối tượng	**Số lượt KCB BQ/Thẻ-năm**	**Chi BQ/lần – Thẻ (đ/lần KCB)**
Người nghèo	0,92	68.000
BB khác	2,87	109.000
TNHS	1,05	53.000
TNND	5,15	106.000
Cộng	1,77	92.000

Qua bảng có thể thấy tần suất KCB của đối tượng người nghèo là thấp nhất và chi phí một lần KCB bình quân (Nội trú và ngoại trú) cũng thấp hơn một số đối tượng khác, chỉ có 68.000 đồng/lượt, thấp hơn cả mức bình quân 92.000 đồng của tất cả các đối tượng. Trong khi đó, đối tượng bắt buộc khác là 109.000 đồng, tự nguyện nhân dân là 106.000 đồng.

Bản sao lưu trữ

Mức chi phí BQ của một lần KCB của các đối tượng tuy có chênh lệch nhau, tần suất KCB của các đối tượng cũng khác nhau, nhưng do mức đóng BHYT của các đối tượng nhìn chung đều thấp so với mức hưởng. Mức đóng BHYT năm 2006 BQ một thẻ là 127.000đ, nhưng mức chi phí KCB BQ là 164.000đ, âm 37.000đ. Cụ thể như sau:

Đối tượng	Tổng số thẻ (Thẻ)	Thu BQ/Thẻ (đ)	Chi BQ/Thẻ (đ)	Chênh lệch BQ/Thẻ (đ)
Người nghèo	14.978.859	51.000	62.000	-11.000
BB khác	10.130.769	301.000	314.000	-13.000
TNHS	7.102.168	45.000	56.000	-11.000
TNND	2.021.225	109.000	547.000	-438.000
Cộng	34.233.021	127.000	164.000	-37.000

Bản sao lưu trữ

Nhìn vào bảng trên ta thấy mức đóng BHYT của tất cả các đối tượng đều thấp hơn so với mức hưởng. Với chính sách thu chi BHYT như hiện nay thì càng tăng số người tham gia BHYT thì quỹ càng bị thâm hụt. Trong đó, mức bù lỗ cho một thẻ BHYT của đối tượng tự nguyện nhân dân là cao nhất (-438.000 đ/Thẻ). Đây là một khó khăn lớn nhất trong việc thực thi chính sách BHYT cho các đối tượng nói chung và đối tượng BHYT người nghèo nói riêng.

Từ thực trạng đó, dẫn đến quỹ BHYT năm 2006 bị mất cân đối, số thu không đủ cho số chi, quỹ bị bội chi khoảng 1.500 tỷ đồng. Trong đó, quỹ KCB của tất cả các đối tượng đều bị bội chi, riêng quỹ BHYT người nghèo bội chi trên 200 tỷ đồng.

NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG VIỆC THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BHYT NGƯỜI NGHÈO

- Khó khăn lớn nhất trong việc thực hiện chính sách BHYT cho người nghèo là mức đóng BHYT thấp. Từ 1/1/2007, Nhà nước đã điều chỉnh mức đóng BHYT người nghèo lên 80.000 đ/thẻ. Nhưng mức đóng này cũng chỉ đảm bảo với tần suất KCB bình quân một lần/thẻ/năm, nếu tần suất KCB của người nghèo tăng lên tương đương với mức bình quân của các đối tượng (1,77) thì mức đóng 80.000đ không thể đủ bù đắp chi phí KCB cho đối tượng người nghèo.

- Trình độ hiểu biết về BHYT của đối tượng người nghèo nhìn chung còn thấp, phần đông người nghèo thường ở xa các cơ sở KCB, nên đã hạn chế đến việc tiếp cận các dịch vụ y tế. Ở một số địa phương, nhất là các vùng đồng bào dân tộc thiểu số còn mê tín dị đoan, tin vào chữa bệnh bằng cúng "con ma", ốm đau không đến các cơ sở KCB, nên đã ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh, ảnh hưởng đến tính nhân văn của chính sách BHYT cho người nghèo.

- Việc chấp hành Nghị định 63/2005/NĐ-CP ở một số địa phương chưa nghiêm. Qua hai năm thực hiện NĐ63, nhưng đến cuối năm 2006 vẫn còn 3 địa phương chưa thực hiện BHYT cho người nghèo. Có địa phương đã thực hiện, nhưng lại nửa vời, trong cùng một địa phương huyện thì thực hiện, huyện lại không thực hiện, dẫn đến quyền bình đẳng trong thực thi chính sách BHYT người nghèo không được đảm bảo.

- Việc cung cấp các dịch vụ y tế ở các tuyến chuyên môn cấp huyện, xã còn bị hạn chế. Đây lại là các cơ sở chủ yếu mà người nghèo ở các vùng nông thôn đăng ký KCB BHYT. Thực trạng này cũng ảnh hưởng đến tính công bằng, ảnh hưởng đến quyền lợi người nghèo tham gia BHYT.

CÁC GIẢI PHÁP HOÀN THIỆN CHÍNH SÁCH BHYT ĐỐI VỚI NGƯỜI NGHÈO

Bản sao lưu trữ

- Đề nghị Nhà nước nghiên cứu, tiếp tục nâng mức đóng BHYT cho người nghèo. Trong điều kiện ngân sách nhà nước đang còn khó khăn, có thể áp dụng giải pháp nâng dần theo mức chi bình quân của một đầu thẻ BHYT người nghèo. Sơ bộ tính toán, với mặt bằng giá thuốc và vật tư thiết bị y tế như hiện nay, nếu tần suất KCB BHYT người nghèo năm 2007 tăng lên 1,3 lần, thì mức đóng BHYT người nghèo cũng phải tăng lên 30%, nếu tăng lên 1,77 lần bằng mức bình quân của các đối tượng thì mức đóng cũng phải tăng lên 70% so với mức đóng hiện hành. Mức đóng của các đối tượng khác cũng phải tăng lên tương ứng với mức hưởng.

- Nhà nước cần phải có chính sách bảo hộ quỹ BHYT nói chung và bảo hộ quỹ KCB BHYT người nghèo (như các quỹ thành phần của quỹ BHYT quy định tại Điều 6 Luật BHXH). Trong mọi trường hợp quỹ KCB BHYT người nghèo bị bội chi, ngân sách nhà nước sẵn sàng cấp bù phần thiếu hụt đó để đảm bảo quyền lợi người nghèo trong KCB.

- Trước mắt cần củng cố hệ thống y tế, đặc biệt là mạng lưới y tế cơ sở (tuyến xã) và tuyến huyện, vì người nghèo đại đa số KCB ở các tuyến này. Việc đầu tư nâng cấp các cơ sở KCB tuyến xã, huyện cần phải được đồng bộ cả cơ sở vật chất và đội ngũ y bác sỹ. Có như vậy người nghèo mới được hưởng đầy đủ các dịch vụ kỹ thuật, đặc biệt là các dịch vụ kỹ thuật cao.

- Đổi mới chính sách và cơ chế quản lý tài chính y tế các cơ sở KCB. Các nội dung đổi mới cần phải mang tính đồng bộ sau đây:

+ Đổi mới việc cấp phát ngân sách nhà nước. Trước mắt, cần đổi mới ngay việc cấp phát ngân sách nhà nước cho các cơ sở KCB có đủ điều kiện theo hướng: ngân sách nhà nước không cấp kinh phí cho các cơ sở KCB mà cấp cho người dân, sau đó người dân lấy tiền đó mua BHYT. Như vậy, đối tượng được ngân sách nhà nước cấp kinh phí mua BHYT không phải chỉ có người nghèo, các đối tượng thuộc diện chính

Bản sao lưu trữ

sách... mà được mở rộng ra các đối tượng khác như: học sinh sinh viên, cận nghèo, nông dân, người làm nghề tự do có thu nhập thấp...

+ Giao quyền tự chủ về cân đối thu chi cho các cơ sở KCB. Theo đó, các cơ sở KCB được quyền tự chủ lấy thu nhập tự bù đắp các khoản chi phí cần thiết.

+ Tính đúng, tính đủ giá các dịch vụ y tế...

Đây là các giải pháp mang tính đồng bộ trong việc thực thi chính sách BHYT nói chung và chính sách BHYT người nghèo nói riêng cần được đưa vào văn bản sửa đổi Nghị định 63 và dự thảo Luật BHYT.

Tuy nhiên, để thực hiện được các giải pháp này phải có các điều kiện cần thiết, đồng thời phải có các biện pháp cụ thể, như: Lộ trình thực hiện, đối tượng được ngân sách nhà nước mở rộng cấp kinh phí mua BHYT, các bệnh viện, các cơ sở KCB nào được thực hiện trước, hay thực hiện đồng loạt cùng một lúc, chính sách quản lý và sử dụng tài sản cố định ở các cơ sở KCB có nguồn gốc từ ngân sách nhà nước... Những vấn đề này cần phải có thời gian nghiên cứu, chuẩn bị kỹ, nhưng dù sớm hay muộn cần phải thực hiện mới phù hợp với cơ chế thị trường và hội nhập. Trước mắt nên thực hiện ngay đối với các cơ sở có đủ điều kiện.

- Hiện nay chưa có đánh giá chính thức về tình hình thực hiện Nghị định 63, nhưng theo đánh giá sơ bộ của các nhà khoa học và các chuyên gia tại các cuộc Hội thảo đều thống nhất: *Thực hiện BHYT người nghèo là giải pháp mang lại hiệu quả rõ nét nhất trong việc sử dụng ngân sách nhà nước để KCB cho người nghèo, chủ trương đưa người nghèo vào đối tượng tham gia BHYT bắt buộc là chủ trương hoàn toàn đúng đắn, phù hợp với thực tế nước ta.* Vì vậy, đề nghị các địa phương chưa thực hiện BHYT người nghèo và các địa phương chưa thực hiện nghiêm chỉnh phải thực hiện nghiêm chỉnh ngay BHYT cho người nghèo theo đúng quy định tại Nghị định 63/2005/NĐ-CP.

Bản sao lưu trữ

Trên đây là một số giải pháp chính nhằm hoàn thiện dần chính sách BHYT nói chung và chính sách BHYT người nghèo nói riêng. Thực hiện được các giải pháp này vừa bảo đảm quyền lợi người nghèo tham gia BHYT, vừa góp phần cân đối quỹ BHYT.

Bản sao lưu trữ

LẠM DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ VÀ NHỮNG BIỆN PHÁP KHẮC PHỤC

Ths. TRẦN QUANG THÔNG

TÂM LÝ LẠM DỤNG

Tâm lý lạm dụng là do số tiền người bệnh phải chi trả trực tiếp thấp hơn chi phí thực của dịch vụ được cung cấp dẫn đến tác động đến nhu cầu về chăm sóc sức khỏe (CSSK). Do cơ quan bảo hiểm chi trả một phần hoặc tất cả chi phí của các dịch vụ, người tham gia bảo hiểm có xu hướng sử dụng dịch vụ nhiều hơn khi họ không phải trả toàn bộ chi phí. Tâm lý lạm dụng có nghĩa là về bản chất con người luôn tìm cách tối đa hóa lợi ích của mình. Bệnh nhân, những người có BHYT hy vọng rằng, bảo hiểm trao quyền cho họ và làm cho họ trở thành khách hàng của người cung cấp dịch vụ CSSK. Người ta thường lựa chọn người cung cấp dịch vụ là các bác sĩ lành nghề làm cho chi phí hoạt động của hệ thống BHYT tăng lên đáng kể.

Tâm lý lạm dụng và sự lạm dụng quyền lợi: đây là nguy cơ phát sinh khi người có thẻ BHYT luôn nghĩ đến việc sẽ sử dụng thẻ bảo hiểm để thu lợi, đi khám bệnh quá nhiều lần hay mỗi lần đi khám sử dụng quá nhiều dịch vụ, trong đó có thể có cả những loại dịch vụ y tế hay thuốc men không cần thiết. Nguy cơ này cũng có sự tham gia của các thầy thuốc hay các cơ sở y tế khi cơ quan bảo hiểm không có hợp đồng hay thỏa thuận chi tiết ràng buộc và không có biện pháp giám sát chặt chẽ. Để hạn chế nguy cơ này có thể sử dụng các biện pháp như: khống chế số lần hay giá trị sử dụng thẻ; quy định danh mục thuốc hay phác đồ điều trị với các bệnh viện; khống chế mức trần thanh toán; thực hiện cùng chi trả... hay nói cách khác là áp dụng biện pháp chia sẻ chi phí giữa người tham gia bảo hiểm và cơ quan bảo hiểm, người tham gia bảo

Bản sao lưu trữ

hiểm cũng đóng góp một phần trong tổng chi phí KCB cho các bệnh viện.

Lạm dụng sử dụng dịch vụ: thường là việc sử dụng thuốc hay dịch vụ kỹ thuật quá phạm vi quy định, cung cấp quá nhiều hay sử dụng thuốc quá đắt cho người bệnh, dẫn tới sự gia tăng chi phí không cần thiết. Phương thức thanh toán chi phí KCB với cơ sở KCB không hợp lý cũng sẽ dẫn đến nguy cơ hay tạo điều kiện thuận lợi để các cơ sở KCB lạm dụng dịch vụ y tế hay thanh toán khống.

CÁC HÌNH THỨC LẠM DỤNG BHYT THƯỜNG GẶP

Từ phía đơn vị tham gia đóng BHYT

Đưa người ngoài cơ quan, đơn vị có nhu cầu KCB vào danh sách cán bộ, công chức và người lao động của cơ quan đơn vị mình để tham gia BHYT. Những người được đưa vào, thường là những người mắc bệnh nặng, bệnh mãn tính phải chữa trị dài ngày, chi phí cao như tâm phế mãn, suy thận mãn phải chạy thận nhân tạo hoặc ghép thận. Không ít các doanh nghiệp, đặc biệt là các doanh nghiệp ngoài quốc doanh chưa tham gia BHYT hoặc có doanh nghiệp chỉ tham gia BHYT từng thời kỳ khi cán bộ công chức hoặc người lao động có nhu cầu khám chữa bệnh.

Có những đơn vị (chủ yếu là doanh nghiệp ngoài quốc doanh) cố ý kê khai mức đóng BHYT thấp hơn so với quy định của Nhà nước, nhưng vẫn được hưởng đầy đủ quyền lợi về BHYT khi đi KCB.

Đưa người không đúng đối tượng có nhu cầu KCB vào danh sách hộ gia đình, nhà trường để tham gia BHYT tự nguyện và hưởng quyền lợi về bảo hiểm.

Từ phía đơn vị bảo hiểm

Cấp thẻ BHYT có giá trị trước giá trị thực theo quy định cho người đang điều trị hoặc có nhu cầu phải KCB *(thường do quen biết giữa người được cấp thẻ với cán bộ của bảo hiểm).*

Bản sao lưu trữ

Có thể do sơ hở trong khâu quản lý thẻ dẫn đến cán bộ bảo hiểm lạm dụng cấp thể khống *(không có tên trong danh sách mua thẻ BHYT)* cho người thân hoặc vì lợi ích kinh tế cho người đang có nhu cầu sử dụng dịch vụ KCB.

Từ phía người có thẻ BHYT

Người có thẻ BHYT lợi dụng sơ hở trong quản lý của các cơ sở y tế, cho người khác mượn thẻ để KCB BHYT bằng cách: khi làm thủ tục KCB chính người có thẻ BHYT làm để tránh sự kiểm tra thủ tục ban đầu, còn người vào khám bệnh hoặc nằm viện lại là người khác, đặc biệt có người thay ảnh, sửa chữa tên tuổi, sửa chữa hạn sử dụng thẻ... để hưởng quyền lợi BHYT.

Lợi dụng sự quen biết với cán bộ nhân viên y tế, hoặc có người nhà là cán bộ nhân viên y tế thường xuyên, theo định kỳ đi khám bệnh (tuy không ốm) để lấy thuốc cho người nhà dùng (nhiều người lấy thuốc làm quà khi về thăm quê) hoặc xin giấy ra viện, đơn thuốc, hóa đơn thanh toán viện phí sau đó xin thanh toán BHYT.

Xin giấy đi công tác để KCB tại tuyến chuyên môn kỹ thuật cao hơn không đúng quy định mà vẫn được hưởng chế độ BHYT như khi đi KCB đúng tuyến chuyên môn kỹ thuật theo quy định của Bộ Y tế.

Khám chữa bệnh trái tuyến, vượt tuyến không có giấy giới thiệu chuyển viện của nơi đăng ký ban đầu để KCB theo phương thức tự chọn, rồi xin chứng nhận là vào điều trị trong tình trạng cấp cứu, khi ra viện xin thanh toán theo chế độ BHYT.

Lợi dụng cho người khác lấy tên của mình khi KCB sau đó mang hóa đơn chứng từ về cơ quan BHXH xin thanh toán theo chế độ tự chọn.

Cá biệt có những bệnh nhân cùng một lúc xin làm thủ tục vào điều trị nội trú ở nhiều bệnh viện khác nhau nhưng chỉ thực sự điều trị nội trú ở một bệnh viện.

Bản sao lưu trữ

Từ cơ sở y tế và cán bộ y tế

Hiện nay, lạm dụng từ phía cơ sở y tế đang có tính phổ biến, ngày càng gia tăng và cơ quan bảo hiểm khó kiểm soát nổi, các hình thức lạm dụng bao gồm.

Cơ sở KCB nhận bệnh nhân vào điều trị nội trú không đúng chỉ định, nhiều bệnh nhân chưa cần phải nhập viện điều trị nội trú cũng chỉ định nhập viện điều trị nội trú, mục đích tăng chỉ tiêu kế hoạch giường bệnh, để thu viện phí và vì lý do khác mà người bệnh muốn nằm viện.

Giữ bệnh nhân nằm điều trị nội trú dài ngày không cần thiết để đảm bảo kế hoạch ngày giường có thêm chế độ tiền thưởng, tiền tiêu hao phân bổ cho cơ sở.

Làm bệnh án điều trị nội trú khống để thanh toán chi phí KCB với cơ quan BHYT.

Cơ sở KCB cố ý kê vật tư tiêu hao y tế (VTTHYT) được kết cấu trong dịch vụ kỹ thuật (DVKT) đề nghị cơ quan BHXH thanh toán, thống kê khống những DVKT không có chỉ định trong bệnh án, thanh toán chi phí thủ thuật trong điều trị nội trú và VTTHYT (ví dụ đặt sone dạ dày, đặt nội khí quản, đặt sone niệu đạo, đặt catheter tĩnh mạch...).

Chỉ định sử dụng dịch vụ kỹ thuật (đặc biệt là xét nghiệm sinh hóa) một cách tràn lan không phù hợp với chẩn đoán, giá thanh toán nhiều DVKT cao hơn so với giá quy định (ví dụ xét nghiệm định lượng Fe trong máu thanh toán 75.000 đ/lần trong khi giá theo quy định là 60.000 đ/lần; thanh toán xét nghiệm HIV giá 90.000 đ/1 lần trong khi giá quy định là 60.000 đ/lần...).

Ghi ngày ra viện trong bệnh án sau ngày thực tế bệnh nhân ra viện để tăng thêm số ngày điều trị nội trú.

Bản sao lưu trữ

Một lạm dụng khá phổ biến ở các cơ sở khám chữa bệnh hiện nay là do Nhà nước chưa quản lý được giá thuốc KCB, nên nhiều cơ sở KCB bảo hiểm tự do mua thuốc chữa bệnh trên thị trường theo nhiều loại giá khác nhau và giá cao hơn nhiều lần giá thị trường. Cá biệt có cơ sở KCB khi xuất kho cấp cho bệnh nhân BHYT, giá thuốc lại được nâng lên 5% đến 10% so với giá nhập. Đặc biệt, thuốc đông y giá cả còn phức tạp và nhiều cơ sở lạm dụng nó để tính giá cao và có lợi cho cơ sở KCB. Ngoài ra, các cơ sở KCB còn tăng cường sử dụng thuốc ngoại nhập, thuốc biệt dược đắt tiền (thuốc có dấu * sử dụng rộng rãi không có hội chẩn).

Lạm dụng quyền là bác sĩ để tự kê đơn lấy thuốc theo tiêu chuẩn BHYT, ngoài ra mượn thẻ BHYT của bạn bè, người thân, dò tìm tên, mã phiếu KCB của cán bộ có thẻ BHYT trong sổ theo dõi KCB của bệnh viện để kê đơn thuốc, giả mạo chữ ký rồi lấy thuốc.

Bác sĩ cấp thuốc BHYT ngoại trú cho những bệnh nhân không có thẻ BHYT, hoặc ưu tiên ghi đơn cấp nhiều loại thuốc quý, hiếm (có cả những thuốc chưa được Bộ Y tế cho phép lưu hành).

Người bệnh vào điều trị ở những bệnh viện thuộc tuyến chuyên môn kỹ thuật cao, không có giấy giới thiệu chuyển viện, do có quen biết được thầy thuốc đưa vào tình trạng cấp cứu *(thực tế không phải bệnh cấp cứu)* để được hưởng chế độ BHYT.

MỘT SỐ BIỆN PHÁP HẠN CHẾ LẠM DỤNG BHYT

Đối với đơn vị tham gia đóng BHYT

Cán bộ quản lý thu và phát hành thẻ BHYT phải kiểm tra đối chiếu danh sách cán bộ, công chức, người lao động của đơn vị tham gia BHYT. Đặc biệt, cần chú ý đến số cán bộ công chức, người lao động tăng so với quý trước, năm trước và năm sinh để phát hiện các trường hợp đưa người ngoài vào danh sách.

Bản sao lưu trữ

Các trường hợp cơ quan, đơn vị nộp bổ sung danh sách tham gia BHYT, tất cả các trường hợp này yêu cầu nộp bổ sung để kiểm tra: hợp đồng lao động quyết định điều động, tiếp nhận (nếu có) bảng lương tháng của cơ quan đơn vị.

Các trường hợp thanh toán đã tuyển cán bộ giám định BHXH cần chú ý kiểm tra các trường hợp có chi phí cao như: chạy thận nhân tạo; điều trị ung thư; mổ tim; ghép thận... Nếu phát hiện có dấu hiệu nghi vấn, phải tổ chức xác minh tại cơ quan, đơn vị nơi đối tượng công tác cùng nơi cư trú nếu thấy cần thiết.

Đối với cơ quan bảo hiểm

Cần có quy trình phát hành thẻ BHYT khoa học, chặt chẽ, thường xuyên kiểm tra, giám sát việc phát hành thẻ BHYT. Cần sớm hoàn thiện và ban hành quy trình giám định để triển khai thống nhất nhằm tăng cường công tác giám định, kiểm soát chi phí KCB BHYT.

Hạn chế lạm dụng tại cơ sở KCB

Chúng tôi xin đưa ra một số biện pháp hạn chế lạm dụng quỹ BHYT tại cơ sở y tế bởi kinh nghiệm của các nước đã thực hiện BHYT lâu năm cũng như ở nước ta thì lạm dụng tại cơ sở KCB BHYT chiếm vị trí hàng đầu và là nguy cơ lớn đối với an toàn của quỹ, nếu không có phương thức thanh toán, hợp đồng KCB hợp lý, quy trình giám định khoa học, mềm dẻo nhưng chặt chẽ, luôn luôn điều chỉnh theo hoàn cảnh thực tế tại từng cơ sở KCB.

Thực hiện thường xuyên, nghiêm túc, đúng quy trình giám định tại các cơ sở KCB và các quy định về thanh toán trực tiếp cho người bệnh tại cơ quan BHXH.

Thực hiện giám sát chặt chẽ thẻ, phiếu KCB BHYT trước khi người bệnh được KCB hoặc kiểm tra ngay tại giường bệnh đối với người

Bản sao lưu trữ

bệnh điều trị nội trú để đảm bảo: đúng người, đúng thẻ và chi phí phù hợp theo đúng quy định.

Cập nhật số lượng người bệnh ra, vào viện hàng ngày, kiểm tra người bệnh trong thời gian điều trị nội trú để phát hiện những bệnh án khống, phát hiện những trường hợp cùng một bệnh nhân trong cùng đợt điều trị có nhiều bệnh án, cùng một bệnh nhân trong cùng một thời điểm điều trị tại nhiều cơ sở KCB khác nhau. Việc quản lý phiếu điều trị nội trú bằng máy vi tính cho ta phát hiện những bệnh nhân vào điều trị cùng một lúc tại nhiều bệnh viện hoặc những bệnh án được phía bệnh viện do nhầm lẫn hoặc cố ý đưa vào danh sách quyết toán nhiều lần trong các quý.

Kiên quyết không thanh toán chi phí điều trị nội trú cho các bệnh án khống, các bệnh án điều trị mà người bệnh vẫn đi làm, không chấm công nghỉ ốm, nếu gặp cán bộ nhân viên ngành y tế...

Thường xuyên kiểm tra các DVKT được cơ sở KCB đề nghị thanh toán với bệnh án sổ theo dõi tại các khoa, phòng đã thực hiện các DVKT này và thực tế người bệnh được sử dụng DVKT *(thông qua xác nhận của người bệnh trên phiếu KCB hoặc trực tiếp nơi người bệnh)* kiên quyết không thanh toán VTTHYT trong cơ cấu DVKT các dịch vụ kỹ thuật không chỉ định trong bệnh án máu không có phiếu theo dõi truyền máu giá các dịch vụ không theo đúng quy định.

Hạn chế tình trạng thanh toán thuốc, giá thuốc không đúng quy định: thường xuyên giám sát thuốc và giá thuốc sử dụng cho người bệnh BHYT như thuốc phải trong danh mục, giá thuốc theo giá nhập vào tại bệnh viện và không vượt giá trúng thầu thuốc có dấu * bắt buộc phải có biên bản hội chẩn).

Cán bộ giám định cần thường xuyên kiểm tra, giám sát việc cấp phát thuốc cho bệnh nhân BHYT để phát hiện những trường hợp lạm dụng ghi đơn thuốc khống để lấy thuốc theo chế độ BHYT.

Bản sao lưu trữ

Trong điều kiện cán bộ giám định còn thiếu và phương thức thanh toán theo phí dịch vụ chi phí gia tăng nhiều như hiện nay, để hạn chế lạm dụng cần tiến hành giám định phúc tra xác suất hồ sơ bệnh án nhằm xác định tỷ lệ chi phí mà cơ sở KCB đã lạm dụng so với tổng chi phí đã quyết toán để đề nghị cơ sở KCB phối hợp thực hiện thanh toán chi phí KCB theo đúng quy định (nếu cố ý lạm dụng cơ quan bảo hiểm sẽ thực hiện việc xuất toán theo tỷ lệ và quy định này nên đưa vào phụ lục hợp đồng KCB để cùng thực hiện).

Cần sớm hoàn thiện phần mềm giám định và áp dụng công nghệ thông tin trong giám định chi phí KCB BHYT tại các cơ sở KCB.

Cần có cơ chế thường xuyên giám sát giám định viên tránh tình trạng giám định viên BHYT thông đồng với cán bộ cơ sở KCB và người có thẻ BHYT để lạm dụng quỹ BHYT như định kỳ luân chuyển cán bộ làm công tác giám định tại các cơ sở KCB...

Ngoài ra, để hạn chế lạm dụng quỹ BHYT cần thay đổi phương thức thanh toán theo phí dịch vụ bằng phương thức thanh toán theo định suất kết hợp với sự giám sát về chuyên môn và đảm bảo quyền lợi người bệnh BHYT.

Bản sao lưu trữ

VAI TRÒ CỦA NHÀ NƯỚC ĐỐI VỚI QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

TS. BÙI VĂN HỒNG

Theo số liệu dự tính của BHXH Việt Nam, tính đến 31/12/2006 bội chi của quỹ BHYT vào khoảng 1.500 tỷ đồng. Như vậy, sơ bộ tính toán, đến hết năm 2006, số dư của quỹ BHYT cơ bản phải dùng hết để bù đắp số bội chi quỹ BHYT của năm 2006. Từ năm 2007, nếu không sửa đổi, bổ sung chính sách BHYT, thì dự kiến mỗi năm quỹ BHYT bị thâm hụt khoảng 2.000 tỷ đồng. Điều đáng quan tâm là với số tiền thâm hụt lớn như vậy, nhưng đến nay chưa có nguồn bù đắp, đang có nguy cơ ảnh hưởng đến quyền lợi người tham gia BHYT.

Đứng trước thực trạng nóng bỏng đó, đã có nhiều ý kiến đề xuất các biện pháp nhằm cân đối quỹ BHYT để đảm bảo quyền lợi người tham gia BHYT khi bị ốm đau, như: nâng dần mức đóng, điều chỉnh quyền lợi người tham gia BHYT cho phù hợp với mức đóng, tăng cường quản lý quỹ, ngăn chặn các trường hợp lạm dụng quỹ... Chúng tôi cho rằng các biện pháp đó là cần thiết. Trong bài viết này, chúng tôi bàn thêm về vai trò của Nhà nước đối với quỹ BHYT, nội dung cơ bản là đề nghị Nhà nước cần phải có chính sách *bảo hộ* quỹ BHYT khi quỹ bị mất cân đối và đổi mới việc cấp phát NSNN cho các cơ sở khám chữa bệnh (KCB).

1. Nhà nước cần phải có chính sách bảo hộ quỹ BHYT.

Chính sách bảo hộ quỹ BHYT đã được thực hiện từ năm 1998. Tại Điều 18, Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP ngày 13-8-1998 của Chính phủ có quy định rõ: "Quỹ BHYT được quản lý tập trung thống nhất trong toàn hệ thống BHYT Việt Nam, hạch toán độc lập với ngân sách Nhà nước và được Nhà nước

bảo hộ". Tuy nhiên, suốt trong thời kỳ Nghị định 58 có hiệu lực, quỹ BHYT luôn luôn cân đối. Tính đến hết năm 2004, quỹ BHYT còn có số dư khoảng 2.000 tỷ đồng, nên NSNN chưa phải bảo hộ quỹ. Nhưng hiện nay, quỹ BHYT đang đứng trước nguy cơ bị vỡ quỹ, thu không đủ chi thì NSNN cần thiết phải bảo hộ quỹ để bảo đảm quyền lợi của người tham gia BHYT.

Mặt khác, do công tác tuyên truyền về BHYT hiện nay làm chưa tốt, nên người lao động nói riêng và người dân nói chung chưa hiểu nhiều về chính sách BHYT. Từ nhận thức của người dân như vậy, nếu quỹ BHYT bị mất cân đối, không có sự bảo hộ của Nhà nước kịp thời thì người dân sẽ không yên tâm, làm giảm lòng tin của người dân vào chính sách của Đảng và Nhà nước nói chung và chính sách BHYT nói riêng, vì họ chỉ hiểu đơn thuần là, khi quỹ BHYT bị mất cân đối ảnh hưởng đến quyền lợi của họ. Vì vậy, phải tăng cường công tác tuyên truyền về chính sách BHYT cho mọi người dân để họ hiểu được mục đích và bản chất của chính sách BHYT, đồng thời phải có sự bảo trợ của Nhà nước đối với quỹ BHYT để người dân vừa hiểu vừa yên tâm tham gia BHYT.

Quỹ BHYT bị mất cân đối có nhiều nguyên nhân, nhưng nguyên nhân rõ nét nhất là do mức đóng BHYT nhìn chung thấp, trong khi quyền lợi của người tham gia BHYT lại được mở rộng không tương xứng với mức đóng. Theo chính sách hiện hành, mức đóng BHYT bắt buộc là 3% trên tiền lương, tiền công hàng tháng, mức đóng BHYT tự nguyện từ 25.000đ đến 150.000 đ/người/năm tùy từng đối tượng. Theo số liệu báo cáo của BHXH Việt Nam, năm 2004, số tiền thực tế bình quân một người khu vực hành chính sự nghiệp đóng BHYT là 219.600 đồng/năm, con số này của khu vực doanh nghiệp Nhà nước là 233.500đ, đối tượng ưu đãi xã hội là 104.000đ, đối tượng người nghèo là 50.000đ, tự nguyện của học sinh sinh viên là 36.000đ... Trong khi đó quyền lợi của người tham gia BHYT khi bị ốm đau lại được hưởng rất cao. Có

Bản sao lưu trữ

nhiều trường hợp chi phí cho một ca phẫu thuật, chữa trị các bệnh hiểm nghèo... lên đến hàng chục triệu đồng, có trường hợp 30-40 triệu đồng, cao cấp nhiều nhiều lần mức đóng BHYT. Từ năm 2006, Nghị định 63/2005/NĐ-CP lại mở rộng thêm quyền lợi của người tham gia BHYT, trong khi đó mức đóng không tăng, nên số thu bình quân một thẻ không đảm bảo cho số chi.

Số thu bình quân của các đối tượng năm 2006 là 127.592 đ/thẻ/năm, nhưng số chi bình quân là 164.481 đ/thẻ/năm, bội chi bình quân một thẻ BHYT là -36.889đ. Quỹ BHYT của tất cả các đối tượng bắt buộc tự nguyện đều bị bội chi, số thu không đủ cho số chi KCB. Thực trạng đó đã dẫn đến quỹ KCB BHYT bị thâm hụt lớn, nên ngân sách Nhà nước (NSNN) cần phải bảo hộ quỹ BHYT khi chưa có chính sách điều chỉnh mức đóng, mức hưởng, để bảo đảm quyền lợi người bệnh tham gia BHYT.

Hiện nay, chính sách bảo hộ các quỹ xã hội của Nhà nước chưa thống nhất. Mục 1, Điều 1 Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định 63/2005/NĐ-CP ngày 16 tháng 5 năm 2005 của Chính phủ quy định rõ: "BHYT là một chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện". Quỹ BHYT là quỹ thành phần của quỹ BHXH (Điều 21, điều lệ BHXH ban hành kèm theo NĐ63). Ngoài quỹ BHYT ra, quỹ BHXH còn có ba quỹ thành phần khác như: quỹ ốm đau và thai sản, quỹ tai nạn bệnh nghề nghiệp, quỹ hưu trí và tử tuất. Ba quỹ thành phần này đều được Nhà nước bảo hộ, không bị phá sản (Điều 6 Luật BHXH hiện hành). Như vậy, đến nay chỉ còn duy nhất chế độ BHYT là một trong 9 chế độ BHXH và quỹ BHYT cũng là một trong bốn quỹ thành phần của quỹ BHXH vẫn chưa được Nhà nước bảo hộ. Từ năm 2007, nếu không hoàn thiện chính sách BHYT thì quỹ BHYT chắc chắn bị phá sản vì không có nguồn bù đắp. Đây là sự thiếu đồng bộ trong việc thực thi các chính sách xã hội nói chung và thực thi 9 chế độ BHXH nói riêng ở nước ta.

Bản sao lưu trữ

Mục tiêu của Đảng đến 2010 phải tiến tới BHYT toàn dân. Nhưng đến nay, qua hơn 10 năm thực hiện chính sách BHYT, số người tham gia BHYT mới được khoảng 40% dân số, còn khoảng 60% dân số chưa được hưởng chính sách BHYT. Như vậy, phần lớn người dân chưa được tham gia BHYT khi đi KCB vẫn phải tự nộp viện phí. Đó là các đối tượng cận nghèo, nông dân, người làm nghề tự do không có việc làm ổn định, thu nhập thấp. Các đối tượng này khi bị ốm đau, bị các bệnh hiểm nghèo, bệnh nặng phải điều trị dài ngày, chi phí lớn thì phần lớn không có khả năng thanh toán viện phí, họ phải vay mượn, bán tài sản... lấy tiền chữa bệnh. Khi số người này được tham gia BHYT, mục tiêu BHYT toàn dân được thực hiện thì quỹ BHYT còn bị bội chi nhiều hơn nữa nếu không sửa đổi bổ sung chính sách BHYT hiện hành. Trước thực trạng đó phải tìm ra các giải đồng bộ, trong đó Nhà nước có vai trò hết sức quan trọng. Đó là Nhà nước phải có các chính sách bảo hộ quỹ BHYT không bị phá sản trong mọi trường hợp, có như vậy mới bảo vệ được quyền lợi của người tham gia BHYT, mới có điều kiện thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân.

Theo kinh nghiệm của nhiều nước trên thế giới, Nhà nước có vai trò rất quan trọng, có tính chất quyết định trong việc thực hiện BHYT toàn dân, đảm bảo quyền bình đẳng cho mọi người như: Chính sách "30 baht" của Thái Lan, chính sách hỗ trợ hàng năm cho quỹ BHYT và các quỹ xã hội khác của Đức, mô hình quản lý thu chi quỹ BHYT là một nội dung thu chi của NSNN (Mô hình Beveridge của các nước Tây Âu)... Thực chất của các mô hình này là thể hiện vai trò của nhà nước trong việc bảo đảm quyền lợi cho mọi người dân thực hiện quyền bình đẳng trong KCB. Đó là sự bảo hộ, trợ giúp của NSNN cho quỹ BHYT luôn luôn được cân đối thu chi. Từ các lý do trên đây, đề nghị Nhà nước sớm có chính sách bảo hộ quỹ BHYT như các quỹ thành phần của quỹ BHXH.

Bản sao lưu trữ

2. Đổi mới việc cấp phát NSNN cho các cơ sở KCB thuộc sở hữu Nhà nước.

- *Cơ sở lý luận:* Các dịch vụ y tế là những hàng hóa đặc biệt, đó là các dịch vụ – các hàng hóa cứu sống người. Do tính chất đặc biệt đó, nên người tiêu dùng – người bệnh sẵn sàng chấp nhận giá dịch vụ y tế. Giá nào người bệnh cũng phải chấp nhận, miễn là cứu sống được người. Thậm chí, người bệnh không có tiền cũng phải vay mượn hoặc bán tài sản của gia đình để chữa trị cho khỏi bệnh. Có lẽ không có một loại hàng hóa nào trên thị trường lại có sức mua lớn như hàng hóa đặc biệt này. Tính đặc biệt đó còn thể hiện khá rõ trong cơ chế thị trường. Sự cạnh tranh giữa các cơ sở y tế KCB trong ngành y tế và giữa các cơ sở y tế của Nhà nước và cơ sở KCB tư nhân. Cơ sở nào có đội ngũ y bác sĩ giỏi, phương tiện KCB hiện đại, thái độ phục vụ tốt thì càng thu hút nhiều bệnh nhân. Đây là lợi thế cho việc đổi mới cấp phát NSNN cho các cơ sở KCB.

- *Cơ sở thực tế:* Hiện nay, các cơ sở KCB của Nhà nước vẫn được NSNN cấp một khoản kinh phí rất lớn, mỗi năm hàng chục nghìn tỷ đồng. Nguồn kinh phí này chủ yếu được dùng để xây dựng cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị, trả lương cho cán bộ quản lý, thầy thuốc trong các bệnh viện công... Khoản chi phí này nếu được biểu hiện trong giá viện phí thì chính là C1 và V. Nhưng theo nguyên tắc tính giá viện phí được quy định tại Thông tư số 14/TTLB ngày 30/9/1995 của Liên Bộ Tài chính – Y tế – Lao động – Thương binh & Xã hội và Ban vật giá Chính phủ thì hai bộ phận C1 và V lại không được tính vào giá viện phí. Nhưng trên thực tế do không tính được giá thành các dịch vụ y tế, không tính được cơ cấu giá thành đâu là C, đâu là V, nên các bảng giá quy định trong Thông tư 14 và Thông tư 03 không có cơ sở khoa học, không có cơ sở thực tế. Thông tư hướng dẫn cho các địa phương thực hiện, nhưng các địa phương không biết thực hiện thế nào, dẫn đến sự tùy tiện trong việc quy định giá ở các địa phương. Rất

nhiều mức giá quy định trong thông tư 14 và thông tư 03 lại cao bằng giá thị trường, có loại còn cao hơn. Điều quan tâm là, các cơ sở KCB của Nhà nước, hầu hết được Nhà nước đầu tư kinh phí mua sắm các trang thiết bị, trả lương cho y bác sĩ. Còn ở cơ sở tư nhân không được Nhà nước đầu tư, các cơ sở KCB tư nhân phải lấy thu bù chi phí, phải trả lương cho y bác sỹ, khấu hao nhà xưởng, máy móc thiết bị... Nhưng giá các dịch vụ KCB ở các cơ sở tư nhân lại chỉ ngang bằng giá ở các cơ sở KCB của Nhà nước, có dịch vụ giá còn rẻ hơn. Thực trạng đó dù Nhà nước có đầu tư tiền nhiều cho các cơ sở KCB thì người dân vẫn phải chịu giá dịch vụ cao, không được hưởng tiền đầu tư từ NSNN. Vì vậy, phải đổi mới cơ chế cấp phát NSNN cho ngành Y tế nói chung và cho các cơ sở KCB nói riêng, mới nâng cao hiệu quả sử dụng vốn NSNN, nâng cao hiệu quả thực thi chính sách BHYT.

Mục đích chính của việc đổi mới cấp phát NSNN cho các cơ sở KCB: Nâng cao chất lượng KCB của các cơ sở y tế nói riêng và ngành y tế nói chung, nâng cao hiệu quả NSNN đầu tư cho ngành y tế và bảo đảm quyền lợi của người dân khi bị ốm đau.

Nội dung chính của giải pháp này: NSNN không đầu tư trực tiếp cho các cơ sở KCB như hiện nay, số tiền đó cấp thẳng cho người dân, người dân lấy tiền đó mua BHYT và Nhà nước có điều kiện nâng dần các mệnh giá BHYT cho các đối tượng. Các cơ sở KCB thực hiện cơ chế tự cân đối lấy thu bù chi phí.

Đối tượng được NSNN cấp kinh phí để mua thẻ BHYT: Ngoài các đối tượng đang được cấp hiện nay, đề nghị mở rộng dần các đối tượng khác. Trước tiên là áp dụng cho đối tượng là học sinh phổ thông, sinh viên các trường đại học cao đẳng, học sinh học nghề. Sau đó mở rộng ra các đối tượng cận nghèo, người dân có thu nhập không ổn định...

Đây là giải pháp rất có hữu hiệu và là giải pháp tạo ra bước đột phá trong việc mở rộng đối tượng tham gia BHYT, tiến tới BHYT toàn

dân, thực hiện quy luật số đông, tăng thu quỹ BHYT. Giải pháp này có một số ưu điểm chính sau đây:

- Phù hợp với cơ chế thị trường có sự quản lý của Nhà nước, phù hợp thực tế. Từ năm 1996, Nhà nước đã tiến hành đổi mới cơ chế quản lý, cơ bản xóa bỏ cơ chế xin cho đối với các cơ sở sản xuất, kinh doanh, dịch vụ... Các cơ sở KCB của Nhà nước hiện nay thực chất cũng là những đơn vị cung cấp các dịch vụ KCB cho người dân. Vì vậy, Nhà nước cũng nên cho phép các cơ sở KCB được thu từ các dịch vụ KCB của người bệnh để tự trang trải các chi phí, thực hiện cơ chế tự chủ tài chính, lấy thu từ các dịch vụ để tự trang trải các chi phí, bảo đảm các hoạt động của mình.

- Bảo đảm quyền lợi của bệnh nhân.

Mục đích của việc đầu tư NSNN cho sự nghiệp y tế là nhằm đảm bảo và nâng cao sức khỏe cho người dân. Như vậy, đối tượng được hưởng NSNN đầu tư cho y tế phải là người dân. Nhưng lâu nay, việc cấp phát NSNN lại không cấp trực tiếp cho người dân mà lại cấp phát thông qua các đơn vị trong ngành y tế. Các cơ sở KCB thuộc Nhà nước dùng tiền NSNN để xây dựng cơ sở vật chất, mua sắm trang thiết bị KCB, trả lương cho thầy thuốc và nhân viên quản lý... Đây là những khâu trung gian trước khi người dân được hưởng sự đầu tư của Nhà nước. Các chi phí này theo quy định tại Thông tư liên Bộ 14/TTLB lại không nằm trong giá các dịch vụ y tế. Cứ giả định giá các dịch vụ y tế phản ánh đúng nguyên tắc của Thông tư 14, không tính các chi phí này, thì việc đầu tư NSNN phải qua các khâu trung gian như trên cũng dễ xảy ra các hiện tượng thất thoát, lãng phí... trước khi người dân được hưởng thụ tiền của NSNN dành cho mình. Nhưng thực tế người dân đi KCB lại phải trả toàn bộ chi phí cho các dịch vụ KCB, mà giá các dịch vụ KCB lại cao ngang giá thị trường của các đơn vị KCB tư nhân. Như vậy, thực chất người dân chưa được hưởng sự đầu tư của NSNN theo đúng mục đích và ý nghĩa của nó. Vì vậy, phải thực hiện quan điểm đổi

Bản sao lưu trữ

mới việc cấp phát NSNN trong ngành y tế. NSNN cấp trực tiếp cho người dân, sau đó người dân mua BHYT hoặc thanh toán trực tiếp cho các cơ sở KCB. Các cơ sở KCB thu viện phí đầy đủ để tự trang trải thu, chi. Có như vậy mới đảm bảo quyền lợi của người dân, bảo đảm sự công bằng của chính sách y tế.

- Đối với NSNN, do thực hiện việc cấp phát NSNN đúng đối tượng sẽ tiết kiệm NSNN, hiệu quả kinh tế được nâng cao. Người dân được hưởng trực tiếp từ tiền NSNN đầu tư càng thể hiện sự quan tâm của Đảng và Nhà nước đối với người dân, càng thể hiện tính xã hội, tính nhân văn sâu sắc của chính sách y tế. Đặc biệt trong điều kiện NSNN đang có hạn sẽ giảm bớt nhiều áp lực đòi tăng đầu tư NSNN cho y tế. NSNN có điều kiện sẽ tăng, nhưng không có điều kiện cũng dễ giải thích cho dân. Vì nhân dân đã được cải thiện đáng kể từ chỗ đi KCB phải trả tiền, nay lại được Nhà nước cho tiền mua BHYT, KCB không phải trả tiền. Cơ chế này vừa có lợi cho dân, vừa có lợi cho NSNN, người dân càng tin tưởng hơn vào chính sách chế độ của Nhà nước.

- Đây là bước đột phá để thực hiện BHYT toàn dân. Vì tất cả mọi đối tượng đều có tiền mua BHYT. Đối tượng khó khăn nhất trong việc thực hiện BHYT toàn dân là nông dân có thu nhập thấp, cận nghèo, người lao động tự do có thu nhập không ổn định; học sinh, sinh viên không có thu nhập... đều được NSNN cấp tiền mua BHYT như cơ chế BHYT của người nghèo. Kinh nghiệm của nhiều nước muốn thực hiện BHYT toàn dân đều có những bước đột phá, như: Thái Lan là chương trình 30 baht; Hàn Quốc và Đức là BHYT bắt buộc toàn dân; Canada, Anh tiền đóng BHYT nằm trong cơ cấu thuế... Đối với nước ta nếu thực hiện đổi mới việc cấp phát NSNN cho ngành y tế như nội dung đã trình bày thì cũng là bước đột phá để thực hiện BHYT toàn dân. Khi mọi người dân đã tham gia BHYT với mức đóng và hưởng phù hợp sẽ là điều kiện để bảo đảm quỹ BHYT được cân đối. Quy luật số đông bù sốt ít được thực hiện trong chính sách BHYT ở nước ta.

Giải pháp này kết hợp với giải pháp đồng chi trả và nâng thêm mức đóng BHYT thì quỹ BHYT chắc chắn sẽ được cân đối, số thu đủ bù đắp số chi và quỹ còn có một số dư để gối đầu cho tháng đầu năm và Nhà nước có điều kiện để bảo hộ quỹ BHYT.

Như vậy, thực hiện đổi mới cơ chế cấp phát NSNN cho các cơ sở KCB vừa phù hợp với cơ chế thị trường, phát huy tính năng động sáng tạo trong các cơ sở khám chữa bệnh, tiết kiệm chi phí xã hội, vừa có lợi cho người dân, vừa tạo ra bước đột phá trong việc thực hiện chủ trương BHYT toàn dân và thực hiện cân đối quỹ BHYT. Cơ chế này cần phải được triển khai càng sớm càng tốt để đảm bảo đến 2010 thực hiện được mục tiêu BHYT toàn dân. Tuy nhiên, cần phải có các giải pháp đồng bộ kèm theo, như: Xây dựng lộ trình thực hiện, bệnh viện nào tiến hành trước, bệnh viện nào sau, cơ chế quản lý và sử dụng nguồn khấu hao cơ bản các tài sản có nguồn tốc từ ngân sách, đổi mới chính sách viện phí... Các giải pháp này cần phải thực hiện đồng bộ.

Bản sao lưu trữ

PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ TÁC ĐỘNG ĐẾN THẦY THUỐC VÀ NGƯỜI BỆNH

NGUYỄN HUY NGHỊ

Có nhiều cách thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT đã được áp dụng trên thế giới. Hiện tại có 2 cách mang tính truyền thống và phổ biến.

Cách thứ nhất là thanh toán trực tiếp cho người tham gia BHYT. Người bệnh đi khám chữa bệnh phải tự trả tiền cho bệnh viện và sau đó được cơ quan bảo hiểm hoàn trả lại một phần hoặc toàn bộ chi phí. Thanh toán trực tiếp khá phiền hà vì người bệnh phải chuẩn bị tiền trước khi đến bệnh viện, không thuận tiện cho cán bộ hưu trí, người nghèo. Hiện nay cách thanh toán này được áp dụng chủ yếu ở các doanh nghiệp bảo hiểm thương mại, riêng với BHXH thì chỉ thực hiện trong trường hợp người bệnh đi khám chữa bệnh theo yêu cầu riêng.

Thứ hai là thanh toán cho bệnh viện. Cách thanh toán qua bệnh viện giúp người bệnh BHYT không phải tự trả các chi phí khám chữa bệnh mà được cơ quan BHXH trả thay theo các quy định thống nhất trong hợp đồng với bệnh viện. Thanh toán với bệnh viện có nhiều ưu điểm: thuận tiện, kịp thời, không phải dùng tiền mặt, có thể kiểm soát được, thống kê được, đánh giá được. Do vậy, cách thanh toán này là phổ biến. Thanh toán với bệnh viện hiện nay có 3 phương thức: thanh toán theo dịch vụ phí, thanh toán theo định suất và thanh toán theo chẩn đoán. Mỗi phương thức có những ưu điểm, nhược điểm khác nhau và tùy theo phương thức thanh toán khác nhau mà có thái độ ứng xử của thầy thuốc khác nhau, với biểu hiện là kiềm chế hay gia tăng chi

phí điều trị, tiết kiệm hay sử dụng quá mức quỹ BHYT. Dưới đây xin phân tích một số tác động cụ thể của phương thức thanh toán theo dịch vụ phí đến thái độ của thầy thuốc tại bệnh viện và đề xuất giải pháp cho việc quản lý quỹ BHYT hiệu quả hơn.

THANH TOÁN THEO DỊCH VỤ PHÍ LUÔN THÚC ĐẨY THẦY THUỐC GIA TĂNG CHI PHÍ

Nội dung căn bản của phương thức thanh toán theo dịch vụ phí là: Nhà nước quy định một danh mục các dịch vụ kỹ thuật và giá cụ thể của các dịch vụ đó do cấp có thẩm quyền phê duyệt, quy định một danh mục thuốc được thanh toán theo chế độ BHYT áp dụng cho từng cơ sở khám chữa bệnh; người bệnh bảo hiểm đi khám chữa bệnh không phải trả tiền; chi phí của bệnh nhân được thống kê tổng hợp, áp giá, kiểm tra đối chiếu thống nhất giữa bệnh viện và cơ quan BHXH; định kỳ hàng quý, cơ quan BHXH chi trả cho bệnh viện theo số lượng dịch vụ và thuốc thực tế bệnh viện đã cung cấp cho bệnh nhân.

Thanh toán theo dịch vụ phí được người bệnh và thầy thuốc hoan nghênh vì cả hai đều hài lòng. Bệnh nhân được thỏa mãn nhu cầu khám chữa bệnh, được bệnh viện đáp ứng hầu hết các dịch vụ và các thuốc. Không hiếm gặp tình trạng bệnh nhân "chỉ định" cho thầy thuốc làm xét nghiệm này, chụp X quang kia, cho loại thuốc này, thuốc kia và đều được phục vụ vui vẻ. Bệnh viện cũng rất hài lòng, bởi mọi chi phí đều được cơ quan BHXH thanh toán hết không có giới hạn, không bị từ chối nếu là nằm trong danh mục quy định.

Vì thanh toán theo dịch vụ phí là thanh toán thực chi, nên nó tác động đến thái độ thầy thuốc ở bệnh viện rất mạnh mẽ theo hướng tăng cường chỉ định nhiều dịch vụ y tế, chỉ định sử dụng nhiều thuốc để được cơ quan BHXH thanh toán nhiều hơn. (Theo số liệu của Vụ Điều trị – Bộ Y tế khi kiểm tra một số bệnh viện gần đây: một bệnh nhân vào viện trung bình được chỉ định làm 6,6 xét nghiệm huyết học, 4 xét

nghiệm sinh hóa, 100% có chỉ định chụp X quang, 50% có chỉ định siêu âm, 80% thuốc sử dụng tại bệnh viện là nhập ngoại, chỉ có 20% là thuốc sản xuất trong nước). Các bệnh viện tăng cường liên doanh liên kết lắp đặt thêm nhiều trang thiết bị như siêu âm màu, máy chụp CT, chụp cộng hưởng từ, nội soi... tăng cường nhập ngoại các thuốc đắt tiền để chỉ định điều trị cho bệnh nhân và để tăng nguồn thu, từ đó có thêm thu nhập cho cá nhân thầy thuốc.

Thanh toán theo dịch vụ phí cũng khuyến khích người có BHYT đến bệnh viện nhiều hơn làm cho số lượt khám chữa bệnh tăng lên, bệnh nhân được thầy thuốc cho sử dụng nhiều dịch vụ, sử dụng nhiều biệt dược đắt tiền nên chi phí một lần khám bệnh tăng, quỹ BHYT phải chi trả cho bệnh viện ngày càng lớn và đây là nguyên nhân cơ bản làm cho bội chi quỹ BHYT.

Thanh toán theo thực chi không hướng tới dự phòng, nó luôn thúc đẩy cả thầy thuốc và bệnh nhân sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán hiện đại, thực hiện nhiều lần trên một bệnh nhân, sử dụng biệt dược ngoại nhập, cơ quan BHXH không thể kiểm chế được việc gia tăng chi phí. BHYT ở nhiều nước đã bỏ cách thanh toán này để chuyển sang phương thức thanh toán theo định suất và theo chẩn đoán. Ở Việt Nam cả hai phương thức mới này vẫn chưa được triển khai rộng khắp vì lý do "kỹ thuật" mà mới chỉ làm thí điểm trong phạm vi hẹp. Chừng nào chưa thay đổi được phương thức thanh toán theo thực chi sang áp dụng phương thức thanh toán mới, chừng đó quỹ BHYT vẫn luôn tiềm ẩn nguy cơ mất cân đối thu chi.

THỰC HIỆN CÙNG CHI TRẢ, THẦY THUỐC PHẢI CÂN NHẮC KHI CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

Một giải pháp quan trọng để kiểm soát chi phí khi thanh toán với bệnh viện là quy định việc cùng chi trả một phần chi phí. Thực hiện cùng chi trả, cả người bệnh và thầy thuốc đều phải chủ yếu cân

nhắc khi sử dụng các dịch vụ cũng như các thuốc trong quá trình điều trị. Bệnh viện thường không mặn mà và đồng tình với việc thực hiện cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh với lý do là phiền hà, phức tạp, khó tổ chức, tốn kém nhân lực, không đảm bảo quyền lợi người bệnh... nhưng thực chất là thầy thuốc không muốn bị hạn chế trong điều trị, muốn được phóng tay chỉ định sử dụng dịch vụ y tế và thuốc, không muốn bị bệnh nhân soi xét xem đã được dùng thuốc gì, xét nghiệm gì, giá bao nhiêu và đôi khi bị bệnh nhân từ chối sử dụng các dịch vụ và thuốc không cần thiết, bệnh nhân cũng có thể yêu cầu thầy thuốc giải thích về tổng số chi phí đã điều trị cho mình v.v...

Khi thực hiện Nghị định 58 có cùng chi trả, quỹ BHYT đảm bảo cân đối và người bệnh vẫn được khám chữa bệnh thuận lợi. Việc tổ chức thu 20% đã nhanh chóng đi vào nề nếp, chi phí được kiểm soát chặt chẽ, lạm dụng được hạn chế, sự phối hợp giữa bệnh viện, bệnh nhân và cơ quan BHXH nhịp nhàng. Thực hiện cùng chi trả, ngoài việc bệnh nhân tự kiểm soát chi phí, tham gia giám sát thầy thuốc khi điều trị, còn có một yếu tố quan trọng có ý nghĩa quyết định đến việc cân đối quỹ BHYT chính là thầy thuốc tiết kiệm trong chỉ định sử dụng dịch vụ y tế và thuốc.

Khi thực hiện Nghị định 63, hai phương tiện kiểm soát chi phí hữu hiệu là cùng chi trả và trần điều trị bị hủy bỏ, khả năng kiểm soát chi phí bị mất, dẫn đến quỹ BHYT bị bội chi. Theo quy luật lợi ích chi phối, thầy thuốc tăng cường chỉ định điều trị để được thanh toán nhiều hơn làm quỹ BHYT thu không đủ chi. Bệnh viện không bị ràng buộc phải cân đối quỹ, không một thầy thuốc nào phải lo, phải chịu trách nhiệm về quỹ BHYT đủ hay thiếu, còn hay hết.

QUỸ NGOẠI TRÚ TÍNH THEO MỨC ĐÓNG BÌNH QUÂN VÀ SỐ THẺ ĐĂNG KÝ LÀM CHO BỆNH VIỆN KHÔNG MUỐN CÓ NHIỀU CÁN BỘ HƯU TRÍ ĐĂNG KÝ BAN ĐẦU

Bản sao lưu trữ

Theo quy định của chính sách BHYT ở nước ta, người có thẻ được lựa chọn nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tùy theo nơi cư trú hay công tác thuận tiện. Trừ một số cơ sở chuyên khoa tuyến Trung ương không làm phòng khám ban đầu, còn lại các phòng khám đa khoa, các phòng khám của cơ quan xí nghiệp, doanh nghiệp, các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh đều có thể là nơi đăng ký ban đầu cho người có thẻ. Cũng theo quy định, quỹ ngoại trú dành cho cơ sở làm nơi đăng ký ban đầu tính theo mức đóng bình quân chung toàn tỉnh và theo số lượng thẻ đăng ký ban đầu. Đối với các phòng khám của cơ quan xí nghiệp chỉ gồm người khỏe mạnh đăng ký thì không có vấn đề gì, quỹ ngoại trú có thể sử dụng khá thoải mái không lo bị thiếu hụt. Ngược lại các phòng khám của bệnh viện huyện do có nhiều đối tượng là cán bộ hưu trí, ưu đãi xã hội đăng ký ban đầu, tỷ lệ người ốm đau bệnh tật thường cao gấp 3 lần đối tượng hành chính và doanh nghiệp nên quỹ ngoại trú không đủ, bệnh viện phải hạn chế cấp thuốc, làm ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh. Vậy là với cùng số thẻ đăng ký như nhau, nhưng có nơi thì quỹ "xông xênh" có nơi thì quỹ lại eo hẹp. Thầy thuốc ở nơi có nhiều người già đăng ký phải cân nhắc chỉ định điều trị theo đối tượng, sinh ra mất công bằng trong khám và điều trị, tạo ra phân biệt đối xử giữa các nhóm bệnh nhân. Cũng vì lý do quỹ không đủ chi, nên một số bệnh viện huyện, phòng khám đa khoa đề nghị chỉ nhận đăng ký ban đầu với nhóm đối tượng đương chức, doanh nghiệp đang khỏe mạnh và thường ngần ngại không muốn nhận thẻ đăng ký ban đầu là đối tượng hưu trí, ưu đãi xã hội, người già, người nghèo và đối tượng tự nguyện.

CHỮA BỆNH Ở TUYẾN TRÊN THANH TOÁN THEO THỰC CHI, THẦY THUỐC PHÓNG TAY

Y tế tuyến trên theo cách tổ chức khám chữa bệnh BHYT hiện nay bao gồm các bệnh viện chuyên khoa ở Trung ương hoặc tuyến tỉnh, ở đó không phải là nơi đăng ký ban đầu mà chỉ nhận bệnh nhân từ tuyến dưới gửi lên. Bệnh viện tuyến trên không có quỹ ngoại trú, bệnh

nhân điều trị được thanh toán theo chi phí thực tế. Quy định này chi phối thái độ của thầy thuốc điều trị: thầy thuốc tuyến trên phóng tay tăng cường chỉ định điều trị vì không bị ràng buộc, chi phí bình quân lần điều trị do đó tăng cao, thậm chí rất cao so với tuyến dưới có cùng cơ cấu bệnh. (Số liệu thống kê ở Hà Nội năm 2006: chi phí ngoại trú BHYT tuyến dưới bình quân là 52.000 đ/lượt khám, chi phí ngoại trú tuyến trên bình quân 503.000 đ/lượt khám). Chi phí ở tuyến trên phải trừ vào quỹ ngoại trú của tuyến dưới, có trường hợp tuyến trên sử dụng nhiều hơn quỹ ngoại trú của tuyến dưới làm cho tuyến dưới hết cả quỹ để khám chữa bệnh cho người có thẻ đăng ký ban đầu. Thầy thuốc tuyến dưới thì phải hạn chế chi phí mỗi lần khám để đỡ thiếu quỹ đồng thời hạn chế giới thiệu bệnh nhân lên tuyến trên, nếu buộc phải chuyển lên thì chỉ để điều trị nội trú do chi phí nội trú không trừ vào quỹ. Ngay trong cùng một bệnh viện, chi phí điều trị của người có thẻ đăng ký ban đầu cũng thấp hơn chi phí của bệnh nhân nơi khác chuyển đến. Hậu quả là quyền lợi người bệnh đăng ký ban đầu không được đảm bảo, chữa ở tuyến dưới không khỏi, chuyển tuyến trên không được, nhiều trường hợp bệnh nhân phải tự chạy lên tuyến trên điều trị theo chế độ tự chọn hoặc phải nhờ vả mới có giấy chuyển viện. Chi phí nội trú ở tuyến trên cũng ngày càng tăng không có giới hạn mà lý do chính vẫn là thầy thuốc điều trị được thanh toán thực chi.

Bản sao lưu trữ

TẠO CƠ CHẾ CHỦ ĐỘNG SỬ DỤNG QUỸ CHO BỆNH VIỆN LÀ GIẢI PHÁP QUAN TRỌNG THAY ĐỔI THÁI ĐỘ THẦY THUỐC

Không chỉ đến khi quỹ khám chữa bệnh BHYT bội chi mới cần đề cập đến các giải pháp đảm bảo cân đối quỹ, mà chính sách BHYT phải được thiết kế sao cho quỹ được ổn định lâu dài. Một số giải pháp nhằm đảm bảo an toàn cho quỹ BHYT được nêu lên gần đây là: phải thay đổi phương thức thanh toán, xác định gói quyền lợi cơ bản được thanh toán BHYT, phải thực hiện cùng chi trả. Trong tổng thể các giải

pháp chiến lược đang được nghiên cứu trong quá trình xây dựng dự thảo luật BHYT, chúng tôi thấy cần đề cập đến việc tạo cơ chế chủ động quản lý và sử dụng quỹ khám chữa bệnh cho các bệnh viện, mà cốt lõi chính là phương thức khoán quỹ khám chữa bệnh cho các bệnh viện.

Như đã phân tích ở trên, bội chi quỹ và chi phí khám chữa bệnh leo thang không ngừng có nguyên nhân là thái độ ứng xử của thầy thuốc đối với quỹ BHYT. Nếu không có sự tham gia quản lý quỹ của chính các thầy thuốc bệnh viện để điều chỉnh mức độ gia tăng chi phí khám chữa bệnh, thì dù mức đóng BHYT có tăng lên, đối tượng tham gia BHYT có đông thêm cũng không thể khắc phục được quỹ BHYT bị mất cân đối. Từ trước tới nay, phương thức thanh toán theo thực chi không khuyến khích thầy thuốc tiết kiệm chi phí, mà ngược lại còn sử dụng quá mức và lãng phí. Để sớm khắc phục tình trạng quỹ BHYT như là "chùm khế ngọt", phương thức thanh toán với bệnh viện phải được thay đổi, mà trước mắt là thực hiện thanh toán theo định suất với những quy định công bằng hơn. Quỹ phải được khoán hợp lý ở nơi đăng ký ban đầu, được tính toán đầy đủ, có tính đến trình độ chuyên môn của từng tuyến điều trị, tính đến cơ cấu đối tượng đăng ký ban đầu, quỹ được chuyển kịp thời cho bệnh viện tự quản lý chi tiêu. Sau khi bệnh viện đã thực hiện đầy đủ trách nhiệm điều trị bệnh nhân, nếu quỹ còn dư bệnh viện được toàn quyền sử dụng, thì chắc chắn bệnh viện sẽ có nhiều biện pháp tổ chức thực hiện cụ thể để tiết kiệm vì đó là lợi ích của chính bệnh viện. Thái độ ứng xử với quỹ BHYT của thầy thuốc trong trường hợp được khoán quỹ hợp lý sẽ là một trong những yếu tố quan trọng để ổn định và cân đối quỹ khám chữa bệnh BHYT.

Bản sao lưu trữ

TÍNH NHÂN ĐẠO CỘNG ĐỒNG TRONG BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN?

Ths. LƯU VIẾT TĨNH

Nhân đạo là một trong các phạm trù đạo đức của xã hội loài người, là một trong những quy tắc xử sự giữa con người với con người, giữa cộng đồng xã hội với cá nhân, là trách nhiệm của một cá nhân với cộng đồng xã hội. Khi nói đến BHYT ai cũng biết rằng bản chất của BHYT là nhân đạo! không ai phủ nhận được điều này, tuy nhiên khái niệm nhân đạo trong chính sách BHYT của chúng ta không phải ai cũng hiểu đúng và làm đúng. Theo yêu cầu của bạn đọc, Tạp chí BHYT tiếp tục đăng bài viết của Ths. Lưu Viết Tĩnh về vấn đề này.

BHYT, NHỮNG NGUYÊN TẮC HOẠT ĐỘNG CƠ BẢN

Mục đích của BHYT là góp phần ổn định kinh tế cho người tham gia khi không may gặp rủi ro ốm đau bệnh tật, từ đó khôi phục, phát triển sản xuất và đời sống.

Thực chất của hoạt động BHYT hiện nay của chúng ta là quá trình phân phối lại tài chính giữa những người tham gia khi không may rủi ro ốm đau bệnh tật. Phân phối trong BHYT là phân phối không đều, không bằng nhau, nghĩa là không phải ai tham gia cũng được phân phối với số tiền bằng nhau mà phụ thuộc vào tình trạng bệnh. Đồng thời phân phối trong BHYT là phân phối cho số ít người tham gia khi không may gặp rủi ro ốm đau bệnh tật. Điều đó cũng có nghĩa, phân phối trong BHYT không mang tính bồi hoàn, tức là dù có tham gia đóng góp vào quỹ BHYT nhưng không ốm đau thì không được phân phối.

Hoạt động BHYT dựa trên nguyên tắc "số đông bù số ít" nguyên lý này là cơ sở khoa học quan trọng xuyên suốt trong quá trình khai

Bản sao lưu trữ

pháp chiến lược đang được nghiên cứu trong quá trình xây dựng dự thảo luật BHYT, chúng tôi thấy cần đề cập đến việc tạo cơ chế chủ động quản lý và sử dụng quỹ khám chữa bệnh cho các bệnh viện, mà cốt lõi chính là phương thức khoán quỹ khám chữa bệnh cho các bệnh viện.

Như đã phân tích ở trên, bội chi quỹ và chi phí khám chữa bệnh leo thang không ngừng có nguyên nhân là thái độ ứng xử của thầy thuốc đối với quỹ BHYT. Nếu không có sự tham gia quản lý quỹ của chính các thầy thuốc bệnh viện để điều chỉnh mức độ gia tăng chi phí khám chữa bệnh, thì dù mức đóng BHYT có tăng lên, đối tượng tham gia BHYT có đông thêm cũng không thể khắc phục được quỹ BHYT bị mất cân đối. Từ trước tới nay, phương thức thanh toán theo thực chi không khuyến khích thầy thuốc tiết kiệm chi phí, mà ngược lại còn sử dụng quá mức và lãng phí. Để sớm khắc phục tình trạng quỹ BHYT như là "chùm khế ngọt", phương thức thanh toán với bệnh viện phải được thay đổi, mà trước mắt là thực hiện thanh toán theo định suất với những quy định công bằng hơn. Quỹ phải được khoán hợp lý ở nơi đăng ký ban đầu, được tính toán đầy đủ, có tính đến trình độ chuyên môn của từng tuyến điều trị, tính đến cơ cấu đối tượng đăng ký ban đầu, quỹ được chuyển kịp thời cho bệnh viện tự quản lý chi tiêu. Sau khi bệnh viện đã thực hiện đầy đủ trách nhiệm điều trị bệnh nhân, nếu quỹ còn dư bệnh viện được toàn quyền sử dụng, thì chắc chắn bệnh viện sẽ có nhiều biện pháp tổ chức thực hiện cụ thể để tiết kiệm vì đó là lợi ích của chính bệnh viện. Thái độ ứng xử với quỹ BHYT của thầy thuốc trong trường hợp được khoán quỹ hợp lý sẽ là một trong những yếu tố quan trọng để ổn định và cân đối quỹ khám chữa bệnh BHYT.

Bản sao lưu trữ

nguyện có thể tạo nên kết quả bất lợi trong sự phối hợp rủi ro *(quá nhiều nhóm rủi ro xấu không nhiều nhóm rủi ro tốt),* thêm vào đó việc tham gia tự nguyện có thể làm tăng rủi ro của sự man trá. Trong quá trình thiết kế chính sách chúng ta đã tính đến và đã thiết lập được một số biện pháp phòng ngừa chống lại sự bất lợi của việc lựa chọn rủi ro và sự lạm dụng (man trá) như: những điều kiện tiêu chuẩn, thời hạn tham gia, tỷ lệ người, tỷ lệ hộ tham gia trong một cộng đồng... Tất cả những điều đó nhằm một mục đích đảm bảo tính nhân đạo cộng đồng, tăng khả năng bù trừ ở mức cao nhất để có thể đảm bảo tốt quyền lợi những người tham gia BHYT tự nguyện.

Tuy nhiên hiện nay, tính nhân đạo cộng đồng ấy của BHYT tự nguyện có lúc, có nơi hiểu chưa đúng và bị lạm dụng. Ước tính năm 2006 có 16,8 triệu lượt người có thẻ BHYT tự nguyện đi KCB ngoại trú và 1,5 triệu lượt người điều trị nội trú. Như vậy, bình quân cứ 100 thẻ BHYT tự nguyện thì có 150 (150%) lượt người đi KCB ngoại trú (90%) lượt người đi điều trị nội trú. Các tỷ lệ trên cao hơn nhiều so với kết quả điều tra y tế quốc gia về bệnh nhân có thẻ BHYT các loại: KCB ngoại trú là 36%, nội trú 74%. Điều đó chứng tỏ, nhu cầu KCB của đối tượng tham gia BHYT tự nguyện là rất cao. Trong các nhóm đối tượng tham gia BHYT tự nguyện, có một nghiên cứu trên mẫu 1.034 người tham gia BHYT hộ gia đình cho thấy nữ chiếm 62,8%, nhóm tuổi từ 41 – 89 tuổi có tỷ lệ tham gia 53%. Nghiên cứu này cho thấy, nhóm tuổi và giới của đối tượng tham gia BHYT tự nguyện có nhu cầu cao trong chăm sóc sức khỏe. Như vậy, theo Luật Thống kê thì tỷ lệ này cho thấy khả năng bù trừ giữa người khỏe và người ốm trong quỹ đã không còn, tính cộng đồng trong tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện không cao, dẫn đến quỹ KCB BHYT tự nguyện mất cân đối ở một số địa phương.

Ai cũng biết quỹ BHYT tự nguyện được hình thành từ sự đóng góp của người tham gia BHYT tự nguyện, chứ không hề có sẵn và cũng chưa hề có một cơ quan, tổ chức nào tài trợ hay đóng góp mặc dù trong

Điều lệ có quy định để kêu gọi sự hảo tâm của các tổ chức, cá nhân. Có thể nói, quỹ KCB BHYT tự nguyện không phải là quỹ "bảo trợ xã hội" mà là quỹ tiền tệ của cộng đồng người tham gia BHYT tự nguyện đóng góp để dành chi trả cho một số người tham gia không may bị rủi ro ốm đau, bệnh tật. Để đảm bảo nguyên tắc số đông bù số ít. Nhà nước quy định những nguyên tắc trong quá trình tổ chức thực hiện. Khi tự nguyện tham gia để được hưởng quyền lợi trong KCB do Nhà nước quy định, thì người tham gia cũng phải tự nguyện tuân thủ "luật chơi" BHYT tự nguyện mới được tham gia, chứ không phải khi ốm, hoặc chuẩn bị ốm mới đi mua, hoặc đã là tự nguyện thì lúc nào "tự nguyện" cũng được. Như vậy, chỉ có "mọi người vì mình" chứ chưa "mình vì mọi người".

Kể từ năm 2003 đến nay, hằng năm có hàng chục triệu lượt bệnh nhân có thẻ BHYT tự nguyện được quỹ BHYT chi trả khi đi KCB ngoại trú, hàng triệu lượt bệnh nhân được quỹ BHYT chi trả khi đi nằm viện tại các cơ sở KCB trong cả nước. Ước tính năm 2006, quỹ KCB BHYT tự nguyện với tổng số chi khoảng 1.500 tỷ đồng, tức là gấp đôi số thu. Hiện nay, trên cả nước có trên 3.000 bệnh nhân chạy thận nhân tạo, nếu không có quỹ BHYT thì những người bệnh này sẽ rất khó khăn trong cuộc chiến chống chọi với tử thần, dù người đó có giàu có đến mấy thì cũng trở nên nghèo khó khi hằng năm phải chi hàng trăm triệu đồng, trong khi ốm đau không lao động sản xuất được. Nếu so sánh mức đóng như hiện nay, có những người cả đời đóng vẫn không đủ cho một lần đã KCB của mình, vậy thì số tiền KCB ấy lấy ở đâu ra, chính là nhờ sự đóng góp của cộng đồng vào quỹ BHYT, đó cũng chính là tình tương thân tương ái, mình vì mọi người, mọi người vì mình của những người khỏe mạnh tham gia BHYT.

Theo ước tính năm 2006 mức đóng bình quân chung của các nhóm đối tượng cho thấy ước khoảng 100 người đóng BHYT tự nguyện chỉ đủ cho một người đi KCB nội trú một lần trong năm. Đặc biệt, với

hàng triệu những ca bệnh hiểm nghèo với mức chi bình quân từ 5 triệu đồng năm thì cứ khoảng 500 người đóng mới đủ chi cho một người đi KCB một lần một năm. Trong quý 1/2007, ước tính có khoảng lượt 3,3 triệu lượt KCB ngoại trú và 290 ngàn lượt điều trị nội trú, mức chi bình quân ước trên 470 ngàn đồng/đợt điều trị, mức chi đã giảm hơn quý I/2006 (490 ngàn đồng).

Thực trạng trong tổ chức thực hiện, để đạt được chỉ tiêu kế hoạch trên giao, một số địa phương đã không chú trọng đến tính cộng đồng. Còn một số người dân thì cho rằng chỉ khi ốm hoặc chuẩn bị ốm mới cần tham gia BHYT tự nguyện. Tại một số địa phương tiếp xúc với một số đại lý chúng tôi thấy nội dung tuyên truyền vận động đối tượng còn thiếu hiểu biết một cách cơ bản như: *"... này ông cụ nhà bác ốm quá nên mua BHYT cho cụ đi"* hay có địa phương để nhanh chóng đạt chỉ tiêu đã phát động phong trào: *"Con cháu mua tặng cho ông, bà, bố, mẹ già mỗi người một thẻ BHYT tự nguyện"*.

Với tần suất KCB và tỷ lệ giữa các nhóm tuổi và giới tham gia như trên cho thấy quỹ KCB của BHYT tự nguyện khó có khả năng cân đối được, vì trong cộng đồng tham gia BHYT tự nguyện có tỷ lệ người có nhu cầu KCB khá cao, nữ giới tham gia nhiều hơn nam giới, tỷ lệ người trẻ tham gia thấp hơn người già. Như vậy khả năng bù trừ giữa người trẻ có sức khỏe với người già ốm yếu trong cộng đồng người tham gia BHYT tự nguyện như trên là khó khăn.

Việc giúp cho mọi người dân không may bị rủi ro ốm đau bệnh tật được KCB là mục đích của BHYT nói chung và của BHYT tự nguyện nói riêng còn nói lên tính nhân đạo của một chính sách xã hội. Nhân đạo trong thực hiện BHYT tự nguyện thể hiện sự cưu mang, đùm bọc, tương trợ lẫn nhau của những người tham gia BHYT. Nhân đạo trong BHYT tự nguyện chỉ đạt được khi người tham gia được đảm bảo quyền lợi hợp pháp một cách cao nhất, nghĩa là quyền lợi không bị cắt xén, được KCB theo nhu cầu của bệnh tật mà không phải lo đến chi phí

của dịch vụ mà mình được hưởng. Để bảo đảm được điều này, quỹ KCB của BHYT tự nguyện phải đủ khả năng chi trả cho mọi trường hợp rủi ro, nguyên tắc bù trừ theo Luật Thống kê phải được tôn trọng, tức là tính ngẫu nhiên trong cộng đồng người tham gia BHYT tự nguyện càng cao càng tốt, lúc đó người bệnh mới được đảm bảo quyền lợi hợp pháp một cách cao nhất, tính nhân đạo của BHYT tự nguyện mới đúng giá trị đích thực của nó.

Trong chúng ta rất nhiều người có trên 10 năm đóng BHYT mà chưa hề một lần sử dụng đến BHYT. Tuy nhiên, theo quy luật của tạo hóa không ai có thể tránh được ốm đau bệnh tật: ốm đau bệnh tật có thể đến với bất kỳ ai, bất kỳ lứa tuổi nào và bất kỳ lúc nào không ai có thể đoán trước được. Khi ốm đau khó có ai có thể biết trước mình sẽ ốm nặng hay ốm nhẹ? mức chi phí và ảnh hưởng tổn thất về kinh tế nhiều hay ít? thu nhập liệu có luôn ổn định trong cả cuộc đời? Tất cả câu hỏi trên khó ai có thể trả lời chính xác được? chỉ có tham gia BHYT mới có câu trả lời chính xác nhất và thông minh nhất cho mọi người, mọi gia đình. Tham gia BHYT lúc trẻ chính là để giành cho khi lúc về già, lúc trẻ chưa sử dụng thì giúp cho người già, người không may bị rủi ro ốm đau, về già mình sẽ lại được những người khỏe mạnh trong cộng đồng san xẻ, đó cũng chính là tính nhân đạo trong BHYT.

Theo thống kê cả nước hiện nay đối tượng hộ gia đình bình quân khoảng 1.8 người tham gia/hộ, đây là tỷ lệ thấp so với mức bình quân chung 4 người/hộ. Điều này cho thấy khả năng bù trừ của nhóm đối tượng này rất thấp, việc không đảm bảo quyền lợi khi đi KCB cho nhóm đối tượng này là dễ xảy ra khi tỷ lệ người tham gia đi KCB cao vượt ngoài sự mong muốn của các nhà hoạch định chính sách. Tương tự cũng xảy ra ở nhóm thành viên Hội đoàn thể, thân nhân người lao động. Khi thiết kế chính sách chúng ta mong muốn những Hội đoàn thể có số đông người mạnh khỏe tham gia để bù trừ cho số ít những Hội đoàn thể có thành viên ở độ tuổi có nhu cầu KCB cao, tuy nhiên trong

Bản sao lưu trữ

tổ chức thực hiện lại không như mong muốn. Nguyên nhân của những vấn đề trên chính là do hiểu sai về tính nhân đạo cộng đồng của BHYT tự nguyện từ 2 phía người tham gia và chính quyền địa phương (xã, phường) và đặc biệt là của người trực tiếp thực hiện nhiệm vụ tuyên truyền vận động nhân dân.

Để đảm bảo quyền lợi cho người tham gia tức là đảm bảo để quỹ KCB BHYT tự nguyện đủ khả năng chi trả theo mức chi phí bình quân hiện nay thì các giải pháp tăng mức đóng, tăng số đông người tham gia là điều cần thiết. Tuy nhiên, giải pháp tăng mức đóng cần phải được cân nhắc kỹ vì mức thu nhập bình quân hiện nay của người dân khá thấp, nếu tăng mức đóng quá khả năng kinh tế của số đông người dân thì sẽ tăng sự lạm dụng, tức là chỉ có "cộng đồng người ốm" mới tham gia, số đông người khỏe mạnh hoặc không tham gia hoặc không đủ tiền để tham gia, lúc đó tính nhân đạo cộng đồng trong BHYT tự nguyện bị mất đi do sự san xẻ giữa người khỏe và người ốm, giữa người giàu và người nghèo bị hạn chế.

Giải pháp tăng tính cộng đồng trong tổ chức thực hiện hiện nay là một giải pháp cấp thiết và có tính khả thi, trong đó các nhà quản lý cần nghiên cứu sớm đưa ra "mức phí phù hợp" với khả năng kinh tế của người dân và đáp ứng được mặt bằng chi phí bình quân của "gói" dịch vụ KCB dành cho người tham gia BHYT tự nguyện. Nguyên tắc cộng đồng ở đây chính là đảm bảo tính ngẫu nhiên của cộng đồng, hạn chế tối đa sự "lựa chọn ngược" từ phía người tham gia. Tỷ lệ tham gia của một cộng đồng ngẫu nhiên ấy phải đáp ứng được nguyên lý "số đông bù số ít" và có sự đảm bảo sẻ chia giữa người khỏe với người ốm, giữa người giàu và người nghèo, giữa người trẻ với người già, đồng thời đó chính là đảm bảo tính nhân đạo cộng đồng của BHYT tự nguyện.

Như vậy, tính nhân đạo cộng đồng trọng BHYT tự nguyện chỉ đạt được khi và chỉ khi đi tính cộng đồng được đảm bảo một cách ngẫu nhiên trong tổ chức thực hiện. Điều này có nghĩa, thực hiện BHYT tự

nguyện chỉ đạt được mục đích, yêu cầu khi có số đông người khỏe mạnh lo cho số ít người không may gặp rủi ro ốm đau bệnh tật, chứ không phải chỉ cộng đồng người ốm đau tự lo cho nhau còn những người khỏe mạnh thì chỉ tham gia khi nào cảm thấy có nhu cầu. Trong những năm qua BHYT tự nguyện học sinh sinh viên là một minh chứng tốt cho tính nhân đạo cộng đồng của BHYT tự nguyện.

Giá trị nhân đạo BHYT phải được hiểu ở sự hy sinh, tương trợ "lá lành đùm lá rách", "mình vì mọi người". Quỹ BHYT phải huy động được số đông người khỏe để trợ giúp cho số ít người rủi ro đau yếu cần phải đi KCB. Nếu chỉ người đau yếu mới tham gia thì không ai giúp được ai, như các cụ ta có câu: "ốc con không mang nổi mình ốc", nói gì đến giúp ai. Mặt khác, Quỹ BHYT là do tự các thành viên tham gia xây dựng, nếu ai cũng nghĩ "mọi người vì mình", đóng ít muốn hưởng nhiều, tận dụng khai thác triệt để nguồn quỹ mình đã đóng góp, giúp người thì ít, giúp mình thì nhiều, thì ý nghĩa nhân đạo, nhân văn đã không còn.

Vậy suy cho cùng tính nhân đạo trong BHYT tự nguyện chỉ đạt được khi nó được gắn liền với tính cộng đồng của những người tham gia; hay nhân đạo cộng đồng của BHYT tự nguyện là sự sẻ chia của những người khỏe mạnh với những người không may bị ốm đau bệnh tật; của những người trẻ cho những người già; của những người giàu cho người nghèo; là sự để giành của hôm nay cho sự thất bát ngày mai, nghĩa là "bảo hiểm khi trẻ, sức khỏe khi già".

Bản sao lưu trữ

BẢO HIỂM XÃ HỘI Ở VIỆT NAM TRONG THỜI KỲ ĐẨY MẠNH CÔNG NGHIỆP HÓA, HIỆN ĐẠI HÓA

PGS,TS. MẠC TIẾN ANH

BHXH là một chính sách xã hội lớn của mỗi quốc gia, bất kể quốc gia đó có thể chế chính trị như thế nào và theo định hướng gì (thị trường hay kế hoạch). Chính sách BHXH được xây dựng nhằm bảo vệ, trước hết cho một lực lượng lao động đông đảo trong xã hội, đó là những người làm công ăn lương, trước những sự kiện, những "rủi ro xã hội", dẫn đến làm giảm hoặc mất thu nhập từ nghề nghiệp. Tiếp đến là sự mở rộng phạm vi áp dụng cho những nhóm đối tượng khác, khi điều kiện kinh tế – xã hội cho phép và đa số các nước đang thực hiện theo xu hướng này. Đây chính là tính nhân văn khách quan của BHXH, là nền tảng cho sự ổn định và phát triển xã hội. Kinh tế của mỗi quốc gia chỉ có thể tăng trưởng một cách bền vững khi người dân được phân phối công bằng, khi người dân được thụ hưởng các thành quả của kinh tế. BHXH chính là một "kênh" quan trọng tạo ra sự công bằng này. Vì vậy, các quốc gia, dù đã phát triển hay đang phát triển, vẫn tiếp tục hoàn thiện, tiếp tục đổi mới chính sách BHXH.

Ở Việt Nam, chính sách BHXH đã có từ những năm 60 của thế kỷ trước và từng bước được hoàn thiện, được cải cách, được đổi mới phù hợp với điều kiện kinh tế – xã hội và hoàn cảnh của từng giai đoạn lịch sử. Chính sách BHXH qua các thời kỳ đã góp phần thực hiện công bằng xã hội ở Việt Nam: đồng thời góp phần thúc đẩy tăng trưởng kinh tế; gắn mối quan hệ tương tác giữa tăng trưởng kinh tế với tiến bộ và công bằng xã hội cả về lý luận, nhận thức và thực tiễn. Điều này đã được thể hiện trong *"Báo cáo tổng kết một số vấn đề lý luận – thực tiễn qua*

20 năm đổi mới" của Đảng Cộng sản Việt Nam. Đó là từ chỗ đề cao quá mức lợi ích của tập thể một cách chung chung, trừu tượng; thi hành chế độ phân phối theo lao động trên danh nghĩa nhưng thực tế là bình quân – cao bằng, đã từng bước thực hiện phân phối chủ yếu theo kết quả lao động và hiệu quả kinh tế... Từ chỗ không đặt đúng tầm quan trọng của chính sách xã hội trong mối quan hệ tương tác với chính sách kinh tế đã đi đến thống nhất chính sách kinh tế với chính sách xã hội, xem xét trình độ phát triển kinh tế là điều kiện vật chất để thực hiện chính sách xã hội; thực hiện tốt chính sách xã hội là động lực quan trọng thúc đẩy phát triển kinh tế. Tăng trưởng kinh tế đi đôi với bảo đảm tiến bộ và công bằng xã hội ngay trong từng bước phát triển *(tài liệu đã dẫn, NXB Chính trị quốc gia, năm 2005, trang 75-76)*. Về mặt luật pháp, các văn bản quy phạm pháp luật về BHXH cũng từng bước được hoàn thiện, nâng tính pháp lý của chính sách BHXH cao hơn, chặt chẽ hơn. Từ chỗ chỉ có các Nghị định về BHXH, điều chỉnh một số vấn đề cơ bản của BHXH hoặc điều chỉnh một nhóm đối tượng nào đó của BHXH, đến nay Việt Nam đã có Luật BHXH. Luật BHXH đã pháp điển hóa các văn bản quy phạm pháp luật BHXH đã có trước đây; đồng thời điều chỉnh, tiếp cận dần với những quy định của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO) về BHXH. Đối tượng điều chỉnh của Luật BHXH đến nay đã rất lớn, bao trùm tất cả những người lao động làm việc ở những nơi có quan hệ lao động (BHXH bắt buộc) và những nơi có quan hệ lao động (BHXH bắt buộc) và những người lao động tự do, lao động trong khu vực kinh tế tập thể, lao động là nông dân... (BHXH tự nguyện). Đây có thể là bước tiến vô cùng quan trọng trong chính sách BHXH của Việt Nam, góp phần tạo nên một lưới an sinh xã hội rộng rãi, góp phần bảo vệ người lao động trước những biến cố, những "rủi ro xã hội" dẫn đến giảm hoặc mất thu nhập; góp phần vào ổn định chính trị – xã hội, làm động lực cho tăng trưởng kinh tế. Tuy nhiên, để chính sách BHXH mới "vào" cuộc sống, có tính khả thi cao, thì còn rất nhiều việc phải làm, rất nhiều vấn đề cần phải được hiểu rõ và được giải quyết.

Trong điều kiện Việt Nam đang hội nhập sâu và rộng với kinh tế thế giới và trong bối cảnh nước ta đang đẩy mạnh sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa (CNH-HĐH), BHXH cần tiếp tục có những đổi mới cả về giác độ hoạch định chính sách và giác độ thực thi chính sách.

Đảng ta đã chỉ rõ, đẩy mạnh CNH-HĐH và phát triển nhanh nền kinh tế tri thức, tạo nền tảng để nước ta cơ bản trở thành một nước công nghiệp theo hướng hiện đại vào năm 2020, trong đó một trong những nhiệm vụ chủ yếu là: "Thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội, giải quyết việc làm, khuyến khích làm giàu hợp pháp... phát triển hệ thống an sinh xã hội..." *(Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X, NXB Chính trị quốc gia năm 2006, trang 187)*. Để đẩy nhanh quá trình CNH-HĐH, trong lĩnh vực lao động – xã hội, Đảng ta cũng đã chỉ rõ là phải chuyển dịch mạnh mẽ cơ cấu lao động theo hướng giảm tỷ trọng lao động nông, lâm, ngư nghiệp xuống dưới 50% vào năm 2010. Tăng tỷ trọng lao động công nghiệp, xây dựng và đặc biệt là lao động ở khu vực dịch vụ trong tổng lao động xã hội... Khuyến khích người lao động tự tạo việc làm, phát triển nhanh các loại hình doanh nghiệp để thu hút nhiều lao động *(sách đã dẫn, trang 215)*. Như vậy, về xu hướng lao động làm công ăn lương trong khu vực có quan hệ lao động trong các thành phần kinh tế và các loại hình kinh tế sẽ tăng lên. Hiện tại, nước ta có 42 triệu người trong lực lượng lao động. Đến năm 2010 sẽ có khoảng 47 – 48 triệu lao động (làm tròn số) và sẽ có khoảng 23 – 24 triệu người làm việc trong khu vực công nghiệp, xây dựng và dịch vụ. Đây là nhóm đối tượng hùng hậu, có khả năng tham gia trực tiếp và có ảnh hưởng lớn nhất của hệ thống BHXH, nhất là đối với việc tăng quy mô nguồn quỹ BHXH. Mặt khác, kinh tế thị trường càng phát triển, quá trình CNH-HĐH càng được đẩy mạnh thì càng tạo ra sự di động lớn của lực lượng lao động xã hội. Người lao động được tự do di chuyển trong thị trường lao động. Lao động nông thôn sẽ di chuyển nhiều vào khu vực thành thị để tìm kiếm việc làm với hy vọng có thu nhập tốt

Bản sao lưu trữ

hơn, điều kiện sống và làm việc tốt hơn ở quê hương. Họ sẽ trở thành hoặc là người làm công ăn lương (làm thuê trong các doanh nghiệp, các cơ sở sản xuất) hoặc là người tự làm (trong khu vực phi kết cấu). Những nhóm lao động này sẽ có thu nhập từ các hoạt động phi nông nghiệp, nhưng đồng thời cũng dễ gặp phải các "rủi ro xã hội" như mất việc làm, phải thay đổi thường xuyên nơi làm việc, bị tai nạn lao động trong quá trình làm việc... Họ sẽ có nhu cầu được bảo vệ, nhu cầu được BHXH. Những người này làm gia tăng đối tượng tham gia cũng như thụ hưởng BHXH và vì vậy, chính sách BHXH phải có những điều chỉnh cho phù hợp, đáp ứng nhu cầu của người lao động. Điều này cũng là một trong những định hướng chiến lược của Đảng ta, đó là: "Tiếp tục hoàn chỉnh thể chế thị trường lao động, đảm bảo hài hòa lợi ích của người lao động và người sử dụng lao động. Đổi mới hệ thống BHXH, đa dạng hóa hình thức BHXH và phù hợp với kinh tế thị trường; xây dựng chế độ bảo hiểm thất nghiệp..." *(sách đã dẫn, trang 216).*

Trong điều kiện kinh tế thị trường, khi các doanh nghiệp phải đối mặt với sự cạnh tranh gay gắt, buộc họ phải nâng cao năng suất lao động, hiệu quả hoạt động sản xuất kinh doanh. Song song với việc đổi mới trang thiết bị, đổi mới công nghệ, các doanh nghiệp phải nâng cao chất lượng nguồn nhân lực của mình. Điều này kéo theo, một mặt các doanh nghiệp phải tìm cách thu hút lao động mới, phù hợp với công nghệ sản xuất của doanh nghiệp; mặt khác họ phải sắp xếp lại đội ngũ lao động hiện có. Hậu quả là sẽ có một số lao động, nhất là lao động trong các doanh nghiệp nhà nước sẽ phải chuyển việc hoặc bị sa thải hoặc phải thôi việc. Những người này, hoặc là phải được đào tạo lại, hoặc là phải nghỉ việc (thất nghiệp). Để bảo vệ cho những đối tượng này, BHXH phải trả các trợ cấp thất nghiệp cho họ. Sự thất nghiệp của lao động trong các doanh nghiệp của nhiều bị tác động bởi hai yếu tố "nội" và "ngoại". Yếu tố "nội", đó là bản thân việc cơ cấu lại nền kinh tế phù hợp với định hướng CNH-HĐH đất nước. Các doanh nghiệp, đặc

biệt là các doanh nghiệp nhà nước sẽ được sắp xếp lại theo sự phát triển các vùng kinh tế và các ngành kinh tế. Nhiều doanh nghiệp sẽ phát triển thêm những ngành nghề mới, mở rộng quy mô; đồng thời một số doanh nghiệp sẽ bị phá sản; một số doanh nghiệp phải điều chỉnh quy mô lao động, nên sẽ có một bộ phận người lao động bị thất nghiệp, nhất là những lao động không có chuyên môn kỹ thuật. Khi đó sẽ xuất hiện thất nghiệp cơ cấu. Yếu tố "ngoại" liên quan đến quá trình Hội nhập của Việt Nam. Bên cạnh mặt tích cực, mặt trái của Hội nhập sẽ tác động, sẽ ảnh hưởng tới nền kinh tế Việt Nam, mà ảnh hưởng trước hết là tới các doanh nghiệp vừa và nhỏ. Hiện nay, theo thống kê, nước ta có trên 200 ngàn doanh nghiệp (chỉ tính riêng hai năm trở lại đây đã có trên 100 ngàn doanh nghiệp được thành lập), trong số đó trên 80% là các doanh nghiệp vừa và nhỏ. Các doanh nghiệp vừa và nhỏ ở Việt Nam hiện nay đa số là vốn ít, công nghệ lạc hậu (rất ít doanh nghiệp công nghệ tiên tiến, máy móc thiết bị hiện đại). Vì vậy, khả năng cạnh tranh của các doanh nghiệp này rất kém, dễ bị các "ông lớn" lấn át. Khi đó, các doanh nghiệp này sẽ phải hoặc là phá sản hoặc là chuyển đổi hoạt động sản xuất kinh doanh. Thực tế thời gian qua cho thấy, nhiều doanh nghiệp được thành lập, nhưng cũng nhiều doanh nghiệp trong số đó nhanh chóng "biến mất" do không chịu nổi áp lực của sự cạnh tranh. Hậu quả là người lao động lại phải chuyển nghề, phải đi tìm việc làm mới và họ tạm thời cũng bị thất nghiệp. Trong kinh tế thị trường, thất nghiệp kiểu này thường xuyên xảy ra, nhưng dưới tác động của yếu tố "ngoại", quá trình này diễn ra thường xuyên hơn, ảnh hưởng mạnh mẽ hơn đối với doanh nghiệp và người lao động. Quá trình đẩy mạnh CNH-HĐH đất nước trong giai đoạn tới luôn gắn liền với quá trình Hội nhập kinh tế thế giới. Do đó những ảnh hưởng (cả tích cực và tiêu cực) đều là những ảnh hưởng kép đối với doanh nghiệp và người lao động. Điều này đòi hỏi phải có chính sách BHXH phù hợp, nhất là chính sách bảo hiểm thất nghiệp. Trong Luật BHXH có những quy định về bảo hiểm thất nghiệp (có hiệu lực thi hành từ năm 2009),

nhưng việc thực thi sẽ rất phức tạp, từ việc xác định, đăng ký, theo dõi đối tượng thất nghiệp, đến việc phối hợp giải quyết giữa trợ cấp thất nghiệp với hỗ trợ đào tạo nghề, giải quyết việc làm...

Trong quá trình hội nhập, người lao động Việt Nam không chỉ làm việc trong các doanh nghiệp trong nước mà còn có thể ra làm việc ở nước ngoài (làm việc cho các doanh nghiệp của nước ngoài hoặc làm việc cho các doanh nghiệp Việt Nam có các hợp đồng, dự án ở nước ngoài...). Đây là vấn đề rất mới, mặc dù chính sách BHXH trước đây đã có những quy định và trong Luật BHXH cũng đã có những quy định về BHXH đối với những đối tượng này, nhưng phạm vi điều chỉnh cũng như nội dung còn nhiều điểm phải tiếp tục hoàn thiện cho phù hợp. Ngược lại, trong quá trình hội nhập, cũng sẽ có nhiều công ty nước ngoài hoạt động ở Việt Nam, nhiều lao động nước ngoài sẽ đến làm việc tại Việt Nam (cho các công ty nước ngoài hoặc cho các công ty Việt Nam), khi đó, những rủi ro xã hội đối với những lao động này rất có thể cũng sẽ xảy ra và họ cũng có nhu cầu được bảo vệ. Vì vậy, chính sách BHXH cũng phải điều chỉnh bổ sung để đáp ứng nhu cầu BHXH cho nhóm đối tượng này. Họ có thể tham gia mới theo những quy định BHXH của Việt Nam, hoặc được chuyển đổi (nếu như đang tham gia BHXH ở nước họ). Vấn đề là phải có những quy định "liên thông" về BHXH giữa các nước để đáp ứng không chỉ cho người lao động nước ngoài vào làm việc tại Việt Nam mà đáp ứng cả nhu cầu BHXH cho người Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài.

Ngoài ra, người lao động ở khu vực kinh tế phi kết cấu cũng sẽ chịu ảnh hưởng của mặt trái của quá trình CNH-HĐH và của hội nhập kinh tế. Người lao động ở khu vực này cũng phải thường xuyên chuyển đổi nghề nghiệp, chuyển đổi hoạt động sản xuất kinh doanh và dịch vụ cho thích ứng với sự thay đổi từ bên ngoài và của thị trường trong nước. Tuy nhiên, quá trình thay đổi, quá trình thích ứng này không phải khi nào và ở đâu cũng diễn ra suôn sẻ và rủi ro đối với họ không

Bản sao lưu trữ

phải là nhỏ. Trong khi đó, theo quy định của pháp luật BHXH hiện hành, những đối tượng này chỉ tham gia BHXH tự nguyện và họ phải tự đóng góp phí BHXH. Thu nhập thấp và bấp bênh là sự cản trở đối với việc tham gia BHXH của nhóm lao động phi kết cấu. Theo chúng tôi, pháp luật BHXH cần chú ý hơn đối với những nhóm đối tượng này để hướng tới có một lưới an sinh xã hội bền vững.

Nói tóm lại, quá trình CNH-HĐH đất nước trong bối cảnh hội nhập kinh tế thế giới không chỉ đem lại cơ hội và thách thức cho cả nền kinh tế mà còn đem lại cơ hội và thách thức đối với từng doanh nghiệp, từng người lao động. Để tận dụng các cơ hội của hội nhập và hạn chế những ảnh hưởng tiêu cực, cần có sự điều chỉnh của các chính sách kinh tế vĩ mô, đồng thời phải điều chỉnh các chính sách xã hội, trong đó có chính sách BHXH phù hợp. Hướng tới một nền an sinh xã hội cho toàn dân, BHXH phải là trụ cột, là công cụ vững chắc, để đáp ứng nhu cầu ngày càng mở rộng và nâng cao của người lao động nói riêng và của toàn bộ dân cư nói chung, thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội; đồng thời làm động lực thúc đẩy tăng trưởng kinh tế như chủ trương và định hướng của Đảng và Nhà nước ta đã đề ra. Thực hiện tốt chính sách BHXH trong điều kiện mới sẽ góp phần thúc đẩy mạnh mẽ quá trình CNH-HĐH đất nước, góp phần đưa nước ta hội nhập tốt hơn, toàn diện hơn với kinh tế thế giới.

Tài liệu tham khảo:

- Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X, NXB Chính trị quốc gia, 2006;

- Báo cáo tổng kết một số vấn đề lý luận – thực tiễn qua 20 năm đổi mới, NXB Chính trị quốc gia, 2006;

- Luật Bảo hiểm xã hội, 2006.

- International Labour Office, "Report of the Director General on the 87th International Labour Conference, Geneva, 1999.

NHỮNG VẤN ĐỀ CHỦ YẾU CẦN BÀN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

NGUYỄN BIỂU

Sau 15 năm triển khai, thành tựu không thể phủ nhận của BHYT là đã thể hiện sâu sắc tính nhân đạo, chia sẻ rủi ro trong cộng đồng. Nhiều người bệnh nặng, chi phí cao đã được cộng đồng những người tham gia giúp đỡ, nhiều người dẫu có đóng BHYT cả đời cũng không đủ chi phí cho một lần điều trị. Người bệnh sử dụng các kỹ thuật cao như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân, điều trị ung thư bằng kỹ thuật cao, điều trị can thiệp tim mach..., đã được hưởng BHYT.

Tuy nhiên, phải thẳng thắn nhìn nhận BHYT ở nước ta còn rất nhiều bất cập, thiếu sót. Mặc dù đã có rất nhiều chương trình phát triển và mở rộng BHYT nhưng đến nay mới có 37 triệu người có BHYT (bằng 44% số dân). Chương trình BHYT tự nguyện gặp nhiều khó khăn về cân đối quỹ BHYT. Năm 2006 quỹ khám chữa bệnh là 500 tỷ đồng thì BHXH đã phải chi tới 1.500 tỷ đồng, bội chi 1.000 tỷ. Năm 2007 BHYT tự nguyện tiếp tục vấp phải những khó khăn về cân đối quỹ do nhu cầu khám chữa bệnh và chi phí y tế ngày càng gia tăng.

Vậy tại sao vẫn tồn tại những bất cập này? Tại sao BHYT mặc dù đã qua 15 năm nhưng vẫn chưa phát triển như mong muốn? Đâu là nguyên nhân chủ quan, đâu là khách quan? Để phần nào tìm hiểu bản chất của vấn đề chúng tôi xin phân tích một số nguyên nhân và đề xuất giải pháp sau:

Thứ nhất: Nguyên lý của BHYT là sự chia sẻ rủi ro của số đông người tham gia. Chi phí y tế thường là chi phí lớn. Hiện nay mỗi bệnh nhân chạy thận nhân tạo phải sử dụng số tiền của trên 1.000 người

khác đóng góp. Bệnh nhân điều trị ung thư cũng phải sử dụng từ vài chục đến hàng trăm triệu đồng một năm. Trong khi đó mức đóng BHYT bình quân một người một năm chưa được 200.000 đồng. Vì thế quỹ BHYT không thể nào chi trả nổi nếu chỉ số ít người trong cộng đồng tham gia, mà phải có sự chia sẻ trong một cộng đồng lớn, có thật đông số người tham gia.

Thứ hai: Để có số đông tham gia BHYT thì BHYT phải là một quy định bắt buộc, không thể theo phương thức tự nguyện được. Trong BHYT xã hội không tồn tại loại hình tự nguyện, BHYT tự nguyện chỉ có đối với BHYT thương mại. Nếu BHYT xã hội là tự nguyện thì chắc chắn rất đông người tham gia sẽ là người ốm, người đang có bệnh hoặc có nhu cầu đi khám chữa bệnh. Người khỏe mạnh sẽ từ chối tham gia. Như vậy quỹ BHYT sẽ không thể cân đối được. Vì thế, BHYT phải được triển khai toàn dân.

Thứ ba: Để thực hiện BHYT toàn dân phải theo nguyên tắc người dân đóng một phần, Nhà nước hỗ trợ một phần. Trên thế giới không có nước nào thực hiện thành công BHYT toàn dân nếu người dân phải tự mình đóng 100% phí BHYT mà đều phải có sự hỗ trợ một phần từ Nhà nước.

Thứ tư: Phát triển BHYT là một quá trình với bước đi phù hợp điều kiện kinh tế – xã hội mỗi nước. Không ở đâu – kể cả những nước giàu – có thể thỏa mãn mọi nhu cầu mà y học hiện đại mang lại. Nhiều nước triển khai BHYT từ rất sớm, nhưng đến nay vẫn phải đối mặt với những khó khăn về nguồn chi trả, mức đóng BHYT. Việc mở rộng quyền lợi phải được thực hiện từng bước phù hợp mức đóng và khả năng cung cấp dịch vụ của ngành y tế. Khi kinh tế phát triển, thu nhập xã hội tăng, mức đóng BHYT càng cao thì quyền lợi BHYT càng phải được mở rộng.

Bản sao lưu trữ

Hiện nay mức đóng BHYT bình quân đầu người một năm ở nhiều nước phát triển đạt mức 3.600 đến 4.000 đô la Mỹ, một số nước trong khu vực cũng đạt mức từ vài trăm đến 1.000 đô la Mỹ. Trong khi ở nước ta mới đạt mức 10 đến 12 đô la Mỹ nên quỹ BHYT chỉ có thể đáp ứng được một phần chi phí. Việc giới hạn mức chi khám chữa bệnh BHYT và thực hiện cùng chi trả là tất yếu.

Thứ năm: Cần có lộ trình phát triển BHYT toàn dân. Để thực hiện BHYT toàn dân thì phải ban hành Luật BHYT quy định mọi người dân phải tham gia theo chế độ bắt buộc. Mỗi người phải có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho chính bản thân mình và sức khỏe của mỗi người đều ít nhiều liên quan đến cộng đồng, nên ngoài việc chăm lo sức khỏe cho bản thân thì phải có trách nhiệm với cộng đồng.

Tuy nhiên, do thu nhập của người dân còn thấp lại chưa có thói quen dự phòng rủi ro, mặt khác khả năng ngân sách nhà nước cũng có hạn nên việc huy động người dân tham gia chương trình BHYT toàn dân ngay trong một vài năm tới là rất khó khăn mà phải có lộ trình thích hợp. Trước mắt nên lựa chọn nhóm đối tượng khả thi để triển khai trước rồi từng bước mở rộng đến các nhóm khác. Nhưng nhất thiết phải theo nguyên tắc Nhà nước hỗ trợ một phần, người dân đóng góp một phần và quy định mức, chế độ chi trả BHYT thích hợp.

Nhóm đối tượng chưa thể thực hiện BHYT bắt buộc thì có thể theo hình thức BHYT dựa vào cộng đồng. Cộng đồng thu BHYT, cộng đồng quản lý quỹ, quy định mức đóng tối thiểu để người dân có thể tham gia và quy định mức tối đa có thể được hưởng. Nhưng đây cũng chỉ là hình thức thí điểm có tính chất quá độ cho việc triển khai BHYT toàn dân theo luật. Không thể coi hình thức này là tồn tại lâu dài.

Nhóm đối tượng ưu đãi xã hội đặc biệt thì Nhà nước nên dành một khoản ngân sách hợp lý để khám chữa bệnh miễn phí. Ví dụ để chữa bệnh cho người dân bị ung thư ở xã Thạch Sơn, huyện Lâm Thao,

tỉnh Phú Thọ thì Nhà nước nên dành một khoản kinh phí riêng để chi trả.

Thứ sáu: Việc xác định mức đóng, mức hưởng phải thật khách quan và khoa học. Cần căn cứ khả năng ngân sách nhà nước, khả năng đóng góp của người dân, của doanh nghiệp, nhu cầu khám chữa bệnh, khả năng cung cấp dịch vụ y tế để quy định mức đóng, mức hưởng cho phù hợp. Quỹ BHYT phải đảm bảo khả năng chi trả và ổn định lâu dài. Từng bước tăng trưởng quỹ và mở rộng quyền lợi cho người tham gia. Khi mức đóng còn thấp thì quy định rõ có dịch vụ được BHYT, có dịch vụ chỉ được BHYT một phần, có dịch vụ không được BHYT, có dịch vụ không thuộc trách nhiệm của BHYT. Người tham gia BHYT cần phải được thông tin đầy đủ và thừa nhận sự hợp lý của những quy định đó.

Thứ bảy: Việc khám chữa bệnh phải tuân thủ tuyến chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế quy định. Bệnh thông thường nên được xử lý ở tuyến cơ sở, bệnh nặng, phức tạp thì xử lý ở tuyến cao hơn. Sử dụng kỹ thuật điều trị, sử dụng thuốc phải theo quy chế chuyên môn, đảm bảo an toàn, hợp lý trong điều trị. Thuốc không phải là mặt hàng xa xỉ, không phải cứ sử dụng thuốc đắt tiền là tốt. Hoặc khi điều trị bệnh không phải cứ sử dụng kỹ thuật cao là tốt. Nhiều người bệnh phàn nàn khi đi khám bệnh chưa được hưởng nhiều thuốc, thuốc mới, thuốc đắt tiền hoặc điều trị bằng kỹ thuật cao. Vì vậy, cần làm tốt công tác truyền thông và tư vấn đến người sử dụng dịch vụ. Vấn đề tuyên truyền, phổ biến chế độ, chính sách BHYT là rất cần thiết và là việc phải thường xuyên, liên tục để người tham gia hiểu để thực hiện tốt quyền và nghĩa vụ của mình.

Thứ tám: BHYT là chính sách xã hội rất nhạy cảm, liên quan đến nhiều cơ quan, trong đó vai trò, trách nhiệm của ngành y tế là rất quan trọng. Chất lượng hệ thống khám chữa bệnh, nhất là y tế cơ sở là yếu tố có ảnh hưởng quyết định tới chất lượng khám chữa bệnh BHYT.

Đồng thời tinh thần, thái độ, lương tâm, trách nhiệm, chuyên môn của bác sỹ điều trị là nhân tố trực tiếp ảnh hưởng đến khám chữa bệnh, đến nhận thức của bệnh nhân về chính sách BHYT. Việc củng cố, nâng cao mọi mặt chất lượng hệ thống khám chữa bệnh cũng phải thực hiện từng bước và đồng bộ với việc triển khai chính sách BHYT.

Thứ chín: Tiến tới BHYT toàn dân phải đồng thời với việc cơ cấu lại ngân sách y tế. Vì Nhà nước phải dùng ngân sách hỗ trợ một phần cho người tham gia BHYT nên Nhà nước cũng phải thay đổi cơ chế cấp phát ngân sách theo hướng Nhà nước chỉ đảm bảo phần ngân sách cơ bản, tối thiểu như kinh phí cho nghiên cứu khoa học, y tế dự phòng, một phần kinh phí xây dựng cơ bản. Còn chi phí khám chữa bệnh và các chi phí khác cho vận hành bệnh viện sẽ được đảm bảo qua kênh khám chữa bệnh BHYT.

Thứ mười: Cải cách hành chính và kiểm tra, giám sát trong lĩnh vực khám chữa bệnh BHYT là vấn đề liên quan đến nhiều bên cả bệnh viện và cơ quan BHXH. Hiện tượng lạm dụng quỹ BHYT từ nhiều phía ngày càng phổ biến và phức tạp. Cần phải có cơ chế hợp lý cho giám sát và chế tài xử phạt nghiêm minh. Quản lý quỹ BHYT không chỉ là trách nhiệm riêng của cơ quan BHXH mà phải là trách nhiệm riêng của cơ quan BHXH mà phải là trách nhiệm của nhiều cơ quan, nhất là ngành y tế và đặc biệt là bệnh viện. Các bên liên quan phải coi quỹ BHYT là quỹ chung của người tham gia để cùng có trách nhiệm giám sát và quản lý, tránh thất thoát và lạm dụng, bảo toàn quỹ để chi trả cho người bệnh.

Để đưa chính sách BHYT vào cuộc sống một cách bền vững cần phải có bước đi đúng và vững chắc với lộ trình thích hợp. Ngoài việc có một chính sách đúng và tổ chức thực hiện tốt chính sách thì BHYT cần phải nhận được sự đồng thuận xã hội, cần phải tăng cường giải thích, tuyên truyền đúng về BHYT để mọi người tham gia hiểu, thực hiện tốt quyền và nghĩa vụ của mình thì mục tiêu BHYT toàn dân mới có thể thực hiện được.

BẢN CHẤT VÀ TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CƠ CHẾ THU BẢO HIỂM XÃ HỘI

Ths. PHẠM TRƯỜNG GIANG

Từ *"cơ chế"* gốc từ tiếng Hy Lạp nghĩa là cấu tạo và nguyên lý hoạt động của máy móc. Các môn khoa học khác thông qua phương pháp ngoại suy đã dùng khái niệm cơ chế để biểu thị phương thức liên hệ tác dụng và điều tiết qua lại giữa các cơ quan trong cơ thể có sự thay đổi sinh lý hoặc bệnh lý. Sau đó từ *"cơ chế"* được sử dụng trong việc nghiên cứu kinh tế học, từ *"cơ chế kinh tế"* biểu thị quan hệ chế ước và chức năng của mối liên hệ và tác động lẫn nhau giữa các yếu tố cấu thành trong thể chế kinh tế nhất định. Nó tồn tại trong cả quá trình sản xuất, trao đổi, phân phối và tiêu dùng của tái sản xuất xã hội. Cơ chế kinh tế còn phát huy tác dụng trong vận hành thể chế kinh tế, nên còn được gọi là cơ chế vận hành kinh tế. Trong sự vận hành chỉnh thể của cơ chế kinh tế xã hội bao gồm vận hành cục bộ của các yếu tố cấu thành của nó. Các yếu tố cấu thành đều tạo thành hệ thống, mỗi yếu tố đều có cơ chế vận hành riêng biệt, trong nền kinh tế thị trường tồn tại cơ chế thị trường, trong hệ thống kế hoạch tồn tại cơ chế kế hoạch, trong cơ chế xí nghiệp tồn tại cơ chế tự điều tiết, trong hệ thống kinh tế vĩ mô tồn tại cơ chế điều tiết vĩ mô...

Trên thực tế, có nhiều cách hiểu khác nhau và cũng có một vài tác giả đưa ra quan điểm về cơ chế trên những góc độ nghiên cứu nhất định. Đã có quan điểm cho rằng(1): *"cơ chế là cách thức sắp xếp trong một hệ thống mà người đứng đầu hệ thống đó đã quy định nhằm hướng dẫn, điều chỉnh các bộ phận trong hệ thống đó hoạt động theo một phương thức thống nhất"*. Theo một quan điểm khác(2): *"cơ chế là cách thức, theo đó là một quá trình thực hiện"*. Như vậy, hai quan điểm trên có sự nhất

trí ở cách nhìn nhận cơ chế phải là một phương thức tiến hành và theo đó có một quá trình tổ chức thực hiện và quá trình đó được thể chế hóa bằng các chính sách và các quy định. Tuy nhiên, ở quan điểm thứ hai, thuật ngữ *"cơ chế"* chỉ dừng lại ở định hướng chung, và từ định hướng chung đó người đứng đầu hệ thống mới xây dựng và ban hành những chính sách, chế độ phù hợp. Còn ở quan điểm thứ nhất, vẫn chưa có sự rõ ràng trong việc xác định cơ chế và chính sách khi coi cơ chế là cách thức sắp xếp của người đứng đầu một hệ thống. Vì thế, rất cần có sự lý giải sự khác nhau giữa cơ chế và chính sách.

Theo quan điểm thứ nhất, *"chính sách"* lại được lý giải là *"chủ trương và các biện pháp của một đảng phái, một Chính phủ trong các lĩnh vực chính trị – kinh tế – xã hội"*. Như vậy, rõ ràng là chính sách phải toát lên được cơ chế mà đảng phái hoặc Chính phủ đó lựa chọn. Chẳng hạn, các chính sách về quản lý kinh tế trong nền kinh tế thị trường phải phù hợp với cơ chế thị trường hoặc cơ chế thị trường có sự quản lý của Nhà nước theo định hướng xã hội chủ nghĩa... Từ đó, ta có thể lý giải sâu hơn. Chính sách phải thể hiện được quan điểm về cơ chế được lựa chọn và quan điểm đó có tính giai cấp.

Từ những phân tích trên, ta thấy có sự khác nhau về ngữ nghĩa của hai thuật ngữ *"cơ chế"* và *"chính sách"*. Cơ chế là cách thức tiến hành, còn chính sách là sự cụ thể hóa cơ chế đó. Chính sách phải phản ánh được nội dung của cơ chế, và cơ chế muốn đưa được vào cuộc sống phải có sự thể chế hóa bằng các chính sách.

Cả hai quan điểm trên đều chỉ dừng lại ở phương thức tiến hành, cách thức tổ chức thực hiện, nhưng nếu bàn đến *"cơ chế, chính sách"* mà không đề cập đến quá trình thực hiện của con người thì e rằng chưa đầy đủ. Bởi lẽ, chính sách là sự thể chế hóa của cơ chế, nhưng chính sách đó được nhìn nhận, được hiểu và được thực thi như thế nào thì còn phụ thuộc vào nhân tố con người. Ở phương diện này thì cách thức thực hiện chính sách, chế độ của con người chính là quá trình thực hiện mà

quan điểm hai đã đề cập. Dĩ nhiên, không nên bó hẹp phạm vi hiểu là quá trình thực hiện chỉ là những hoạt động thực thi chính sách của con người mà phải hiểu quá trình thực hiện bao gồm các bước tuần tự, bắt đầu từ sự lựa chọn cơ chế, người đứng đầu hệ thống sẽ xây dựng những chính sách phù hợp và tiếp theo, có một quá trình thực hiện, giám sát, kiểm tra chính sách đó. Như vậy, theo sự phân tích trên thì "cơ chế" được hiểu và được dùng với hàm ý chỉ hiện tượng ở trạng thái động chứ không phải trạng thái tĩnh.

Từ đó, khái quát lại, ta có thể hiểu *"cơ chế là phương thức tiến hành mà trong đó người đứng đầu hệ thống xây dựng các chính sách nhằm định hướng, điều chỉnh và giám sát quá trình thực hiện của các bộ phận một cách phù hợp và thống nhất"*.

Như vậy, khi bàn về "cơ chế" như là một hiện tượng đang chuyển động, không thể không nói tới những con người hoạt động trong đó như là những chi tiết không thể thiếu của bộ máy. Con người nằm trong cơ chế, tham gia vào sự vận hành của cơ chế, bị cơ chế điều khiển, chứ không nằm ngoài cơ chế và điều khiển cơ chế. Chính vì thế, quan hệ giữa cơ chế với con người là quan hệ giữa cục bộ với toàn bộ, cho nên nó không chỉ bao gồm những quy định về cách thức vận hành, mà còn bao gồm cả con người hoạt động theo những cách thức đã được định sẵn trong khi thiết kế cơ chế. Và chính những hành động của tất cả các chi tiết con người như thế tạo nên cơ chế như là một bộ máy đang vận hành. Tuy nhiên, phải khẳng định rằng chỉ có thể vận hành theo những cách thức định sẵn, trong đó mỗi chi tiết phải đóng được vai trò của mình. Khi một chi tiết kém chất lượng, sự vận hành của cơ chế ngay lập tức sẽ bị trục trặc. Chính vì vậy cơ chế tự nó có khả năng phát hiện và đòi hỏi loại trừ những chi tiết, ở đây là những con người không phù hợp với nó.

Với cách hiểu "cơ chế" như trên, có thể hiểu *"cơ chế thu BHXH là những phương thức tiến hành thu BHXH mà trong đó người đứng đầu hệ*

thống xây dựng các chính sách về thu BHXH nhằm định hướng, điều chỉnh và giám sát quá trình thực hiện thu BHXH của các bộ phận một cách phù hợp và thống nhất".

Như vậy, khi nói đến cơ chế thu BHXH, cần phân biệt rạch ròi giữa con người tạo ra cơ chế và đứng ngoài cơ chế, giám sát cơ chế vận hành, tức là những người "đứng đầu xây dựng các chính sách về thu BHXH" với con người thực hiện nằm trong cơ chế như là một bộ phận của cơ chế, tức là những người "thực hiện tổ chức công tác thu BHXH".

Khi đánh giá cơ chế thu BHXH là tốt hay không tốt, phù hợp hay không còn phù hợp sẽ có rất nhiều tiêu chí đánh giá khác nhau, song trong phạm vi bài viết này, qua sự phân tích trên, tác giả đưa ra một số tiêu chí. Để đánh giá cơ chế thu BHXH được coi là tốt, phù hợp khi:

Thứ nhất: Người thiết kế cơ chế thu BHXH phải rất am hiểu thực tiễn hoạt động BHXH nói chung, công tác thu BHXH nói riêng. Hay nói cách khác, họ phải hiểu rất rõ bản chất của BHXH. Bởi vì hệ thống BHXH rất phức tạp, liên quan đến rất nhiều người với rất nhiều đặc điểm khác nhau trên phạm vi toàn xã hội, cho nên có thực sự am hiểu thực tiễn thì họ mới thiết kế được cơ chế thu BHXH phù hợp với yêu cầu, đòi hỏi của thực tiễn khách quan. Thêm vào đó, có am hiểu thực tiễn thì họ mới thực hiện tốt được chức năng giám sát cơ chế vận hành xem quá trình thực hiện thu BHXH có phù hợp với những cách thức, phương thức đã đề ra hay không.

Thứ hai: Những người tổ chức thực hiện công tác thu BHXH phải đảm bảo quá trình thu diễn ra phù hợp và thống nhất với các chính sách về thu BHXH. Khi đã có định hướng, phương thức tiến hành thu BHXH được đánh giá là tốt, thì đây cũng mới chỉ là điều kiện cần để đảm bảo hoạt động thu BHXH đạt kết quả cao. Bởi vì thực tiễn tổ chức quá trình thu cùng với những con người tiến hành thu BHXH sẽ phải

đối diện với rất nhiều tình huống mới phát sinh trong thực tiễn quá trình triển khai. Có nhiều tình huống mà chính sách không thể bao quát hoặc chưa đưa ra cụ thể được, chính vì thế không thể bao quát hoặc chưa đưa ra cụ thể được, chính vì thế rất cần sự "linh hoạt" trong khuôn khổ cho phép của những người trực tiếp tổ chức và thực hiện quá trình thu BHXH. Tất nhiên, sự "linh hoạt" này luôn phải đảm bảo thống nhất với định hướng thu BHXH và phải loại trừ được yếu tố "cố tình" hiểu không đúng dẫn đến vận dụng không đúng.

Thứ ba: Cơ chế thu BHXH phải thường xuyên được cập nhật, chỉnh sửa, bổ sung, thậm chí phải được thay hoàn toàn bằng một cơ chế khác kịp thời khi cần thiết. Bởi vì, không có một cơ chế nói chung, cơ chế thu BHXH nói riêng nào tồn tại vĩnh viễn, mà cơ chế cần thường xuyên được sửa đổi, bổ sung cho phù hợp với sự phát triển của kinh tế – xã hội.

Thứ tư: Cơ chế thu BHXH phải phù hợp với hệ thống tài chính mà cơ quan BHXH của một nước đang áp dụng. Bởi vì, với mỗi hệ thống tài chính khác nhau thì sẽ có cơ chế thu BHXH khác nhau. Hiện nay, trên thế giới có hai hệ thống tài chính chủ yếu mà các nước đang áp dụng đó là:

+ Hệ thống với mức hưởng xác định (Defined Benefits).

+ Hệ thống với mức đóng góp xác định (Defined Contributions).

Trên cơ sở của hai hệ thống tài chính trên thì có hai cơ chế tài chính nói chung và cơ chế thu BHXH nói riêng được thực hiện đó là: Tọa thu tọa chi (thu đến đâu, chi đến đó) và lập quỹ. Như vậy, để quyết định áp dụng cơ chế tọa thu tọa chi hay cơ chế lập quỹ cần phải xác định rõ mô hình BHXH được thiết kế theo hệ thống tài chính với mức hưởng xác định hay hệ thống với mức đóng góp xác định.

Thứ năm: Điều kiện kinh tế xã hội mỗi thời kỳ

Bản sao lưu trữ

Như đã phân tích ở trên, cơ chế thu BHXH mang tính lịch sử, tức là không có một cơ chế nào tồn tại vĩnh viễn, mà mỗi cơ chế đều phát huy tác dụng trong một khoảng thời gian nhất định. Nếu không được sửa đổi bổ sung kịp thời thì cơ chế đó sẽ trở nên lỗi thời, không còn phù hợp với sự phát triển của xã hội. Đảm bảo, đối với ngành bảo hiểm nói chung, BHXH nói riêng, sự phát triển kinh tế xã hội là điều kiện tiền đề cho sự phát triển của BHXH. Như vậy, đối với những nước phát triển, khi nền kinh tế, xã hội đã ổn định thì "tuổi thọ" của cơ chế thu BHXH sẽ dài hơn do không có sự biến động quá lớn về sự phát triển kinh tế xã hội. Song đối với các nước đang phát triển, sự phát triển kinh tế, xã hội đang diễn ra mạnh mẽ thì "tuổi thọ" của cơ chế thu BHXH sẽ ngắn hơn. Như vậy nhiệm vụ của những người làm ra cơ chế là phải tiên đoán được thời điểm để chỉnh sửa, bổ sung hoặc thay hoàn toàn bằng một cơ chế mới.

Khi bàn đến thuật ngữ "cơ chế" nói chung, "cơ chế thu BHXH" nói riêng thật không dễ để đạt được sự đồng thuận cao từ chính những người sử dụng thuật ngữ đó. Song, muốn gạt bỏ đi được sự băn khoăn và dễ dàng đi đến thống nhất là ưu tiên cao nhất cho việc tập trung giải quyết các vấn đề cơ bản về công tác thu BHXH mà thực tiễn đòi hỏi, chúng tôi cũng xin đưa ra những phân tích, những nhận định trên nhằm làm sáng tỏ khái niệm, bản chất của cơ chế thu BHXH.

Đề tài lưu trữ

CHU KỲ TÍNH TOÁN BẢO HIỂM XÃ HỘI KHÁI NIỆM VÀ SỰ CẦN THIẾT?

NGUYỄN CHÍ TỎA

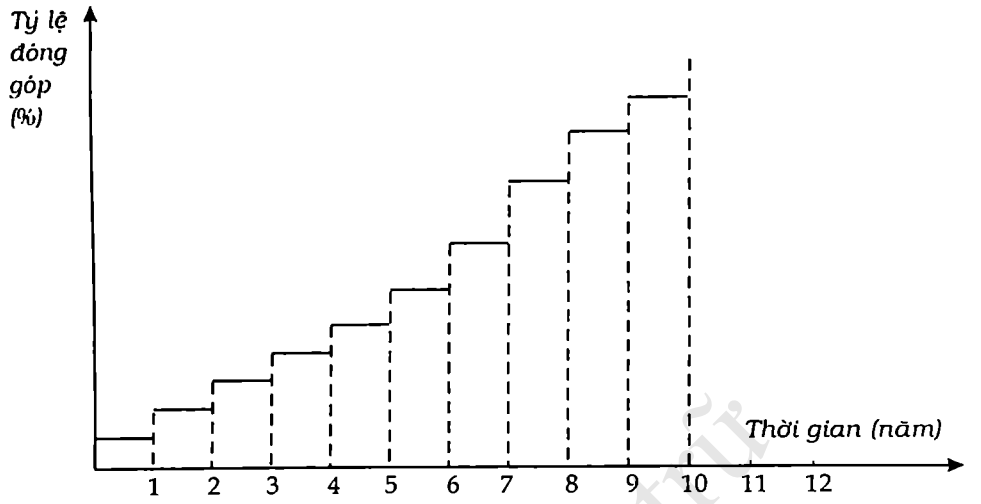
Ở các nước phát triển, các quyết sách về BHXH, BHYT chỉ được ban hành trên cơ sở tính toán khoa học. Trong các tính toán về BHXH, BHYT Social security acturial calculation), bao giờ người ta cũng phải gắn với yếu tố thời gian. Ta có thể nêu bài toán cân bằng quỹ tổng quát như sau: "Hãy tính toán các mức thu và điều kiện hưởng sao cho Tổng Thu = Tổng Chi trong một khoảng thời gian là X năm". Nếu ấn định trước vế trái (mức thu) và tính ra vế phải (chế độ hưởng) thì người ta gọi là phương pháp DC (Defined Contribution: ấn định trước mức đóng góp). Còn nếu ấn định trước vế phải (chế độ hưởng) và tính ra vế trái (mức thu) thì người ta gọi là phương pháp DB (Defined Benefits: ấn định trước mức hưởng). Xu hướng chung của thế giới hiện nay là thiên về phương pháp DC.

Đối với yếu tố thời gian, người ta phải ấn định trước (giả thiết) trước khi tính toán tùy theo chế độ ngắn hạn hay dài hạn. Nếu ấn định trước X = 1 năm thì đó chính là phương pháp tọa thu tọa chi (Pay-as-you-go). Căn cứ vào số năm X được ấn định trước mà người ta chia thành các phương pháp tính toán như sau:

- Phương pháp tọa thu tọa chi (Pay-as-you-go), xem đồ thị 1.

ĐỒ THỊ 1 – PHƯƠNG PHÁP TỌA THU TỌA CHI

Bản sao lưu trữ



Thời gian (năm)

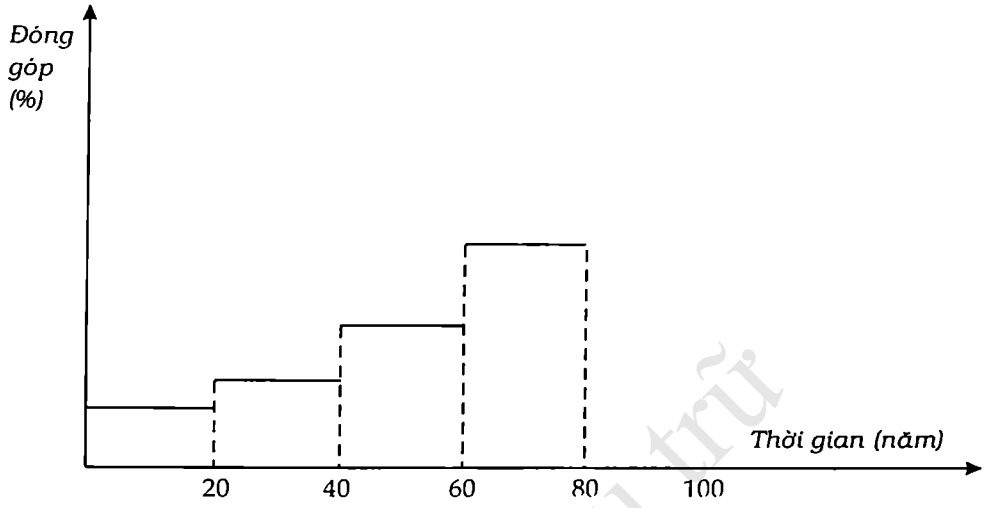
Trong đó: Trục Y là tỷ lệ đóng góp, tính theo % so với quỹ lương. Trục X là thời gian, tính bằng năm. Dùng phương pháp này thì pháp luật hàng năm phải thay đổi, bổ sung. Và để đáp ứng nhu cầu thì thường là tỷ lệ đóng góp phải tăng thường xuyên hàng năm.

- Phương pháp đóng góp bậc thang (Scaled premium), xem đồ thị 2.

Ở phương pháp này, X là một số năm, trên hình vẽ lấy ví dụ là X = 20 năm. Đối với phương pháp đóng góp bậc thang, tỷ lệ đóng góp và chế độ hưởng giữ ổn định trong suốt chu kỳ. Ở chu kỳ sau, do nhu cầu tăng lên nên tỷ lệ đóng góp cũng tăng theo. Khoảng thời gian mà ta giả thiết để tính toán sao cho quỹ cân bằng trong thời gian đó được gọi là chu kỳ tính toán. Quỹ được tồn tích trong suốt chu kỳ và đến cuối chu kỳ thì chi hết. Tính toán đúng thì quỹ đủ khả năng chi trả đến cuối chu kỳ với một sai số nào đó. Năm tiếp theo của cuối chu kỳ là bắt đầu của một chu kỳ mới, với những giả thiết khác, số liệu khác và kết quả khác.

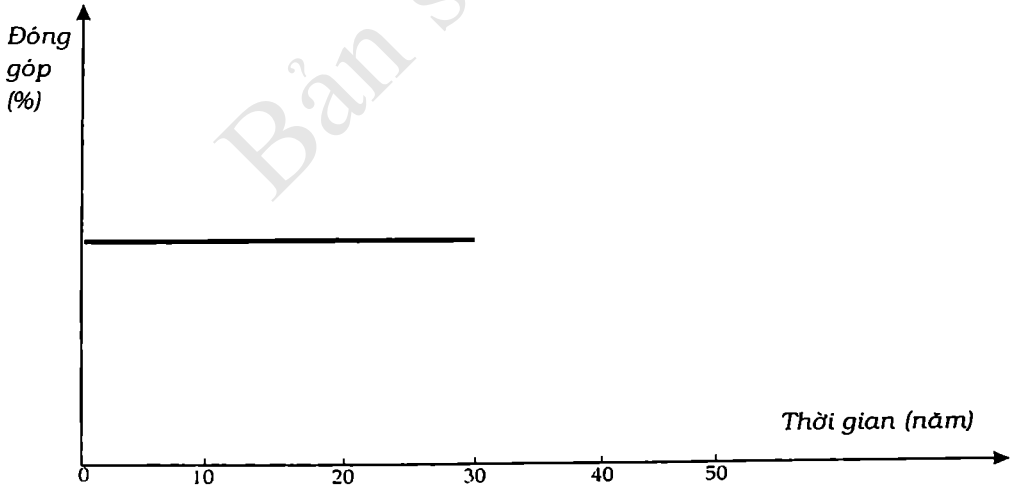
Bản sao lưu trữ

ĐỒ THỊ 2 – PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG GÓP BẬC THANG



- Phương pháp đóng góp trung bình phổ quát (General Average Premium), xem đồ thị 3.

ĐỒ THỊ 3 – PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG GÓP TRUNG BÌNH PHỔ QUÁT



Bản sao lưu trữ

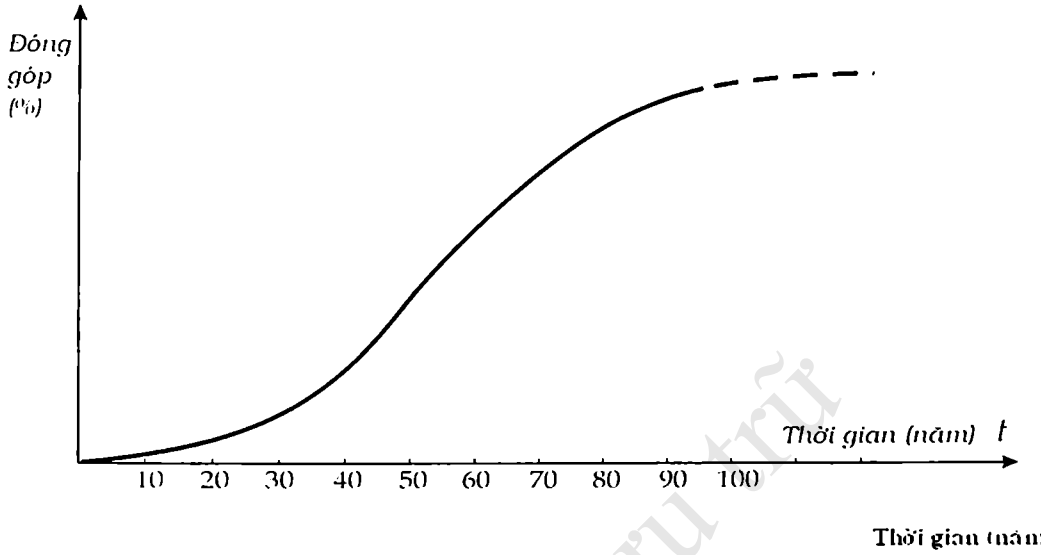
Ở phương pháp này, tỷ lệ đóng góp được xác định ở một mức nào đó và không "hẹn ngày" điều chỉnh. Thật ra đây là cách làm của những nước chưa nắm vững phương pháp tính toán, hơn là chủ động giả thiết chu kỳ tính toán là vô cùng. Vì việc tính toán cân bằng quỹ có liên hệ mật thiết với thời gian, nên nếu ta nói "quỹ BHXH được cân bằng" là không đủ, thậm chí là vô nghĩa. Nói một cách đầy đủ phải là "quỹ BHXH x được cân bằng trong một khoảng thời gian là y năm". Điều dễ hiểu là không có một quỹ nào có thể cân bằng trong một khoảng thời gian là vô cùng tận mà không thay đổi mức thu và chi.

Đến đây ta có thể thấy rằng, chu kỳ tính toán là một thông số rất quan trọng đối với các nước coi trọng việc tính toán. Ý nghĩa của nó là: bởi vì không thể tính toán cho một chu kỳ dài vô cùng tận, nên phải chia thời gian thành những chu kỳ. Và việc tính toán chỉ thực hiện được sau khi xác định chu kỳ. Việc tính toán theo chu kỳ giải quyết được việc vỡ quỹ và tránh được việc đóng góp quá mức cần thiết của các bên tham gia BHXH. Ở nhiều nước, việc xác định chu kỳ tính toán được quy định rõ trong Luật. Luật của Đức quy định chu kỳ tính toán là 15 năm, của Đài Loan là 25 năm và của Mỹ là 75 năm.

Cả ba phương pháp trên đều được xây dựng trên một cơ sở chung gọi là đường cong nhu cầu. Đường cong này mô tả mối liên hệ giữa nhu cầu và thời gian. Về lý thuyết, đường cong này luôn luôn tăng, bởi vì: Tổng Nhu cầu – Tổng Dân số x Nhu cầu của một người.

Dân số nói chung là có xu hướng tăng. Còn ở một số nước phát triển dân số có thể không tăng, nhưng nhu cầu của một cá nhân vẫn tăng nên dẫn đến tổng nhu cầu vẫn tăng. Đặc điểm của đường cong này là thời kỳ đầu tăng chậm, thời kỳ tiếp theo tăng nhanh, sau đó lại tăng chậm và cuối cùng là bão hòa (Tuy nhiên, còn rất lâu mới đến thời kỳ bão hòa, khi mà dân số ngưng tăng và nhu cầu cá nhân giữ nguyên). Trên những cơ sở đó, người ta thấy rằng đường cong lý thuyết phù hợp nhất có dạng như đồ thị 4.

ĐỒ THỊ 4



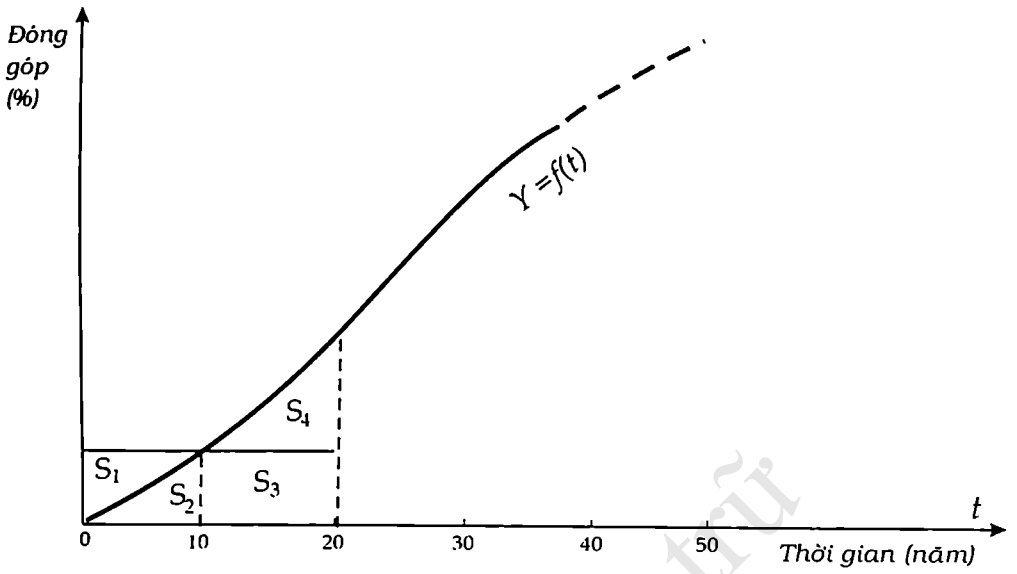
Thời gian (năm)

Trên thực tế, người ta có thể xây dựng đường cong nhu cầu trên cơ sở số liệu thống kê của những năm đã qua. Số liệu của các nước cho thấy, đường cong nhu cầu diễn biến theo những quy luật có khác nhau, nhưng nói chung là gần giống với đường cong lý thuyết, tức là xu hướng chỉ có tăng hoặc giữ nguyên.

Khi tính toán, người ta phải xây dựng trước đường cong nhu cầu. Việc xây dựng đường cong nhu cầu gần với thực tế thì việc tính toán càng chính xác. Trên cơ sở đường cong nhu cầu, người ta tiến hành tính toán và tính ra tỷ lệ đóng góp cần thiết. Ta có thể mô tả như đồ thị 5.

ĐỒ THỊ 5

Bản sao lưu trữ



Trong hình vẽ, ta lấy ví dụ chu kỳ tính toán là 20 năm. Gọi đường cong nhu cầu là y = f(t). Trong toán học, tổng nguồn thu trong t năm chính là:

$$\left(\int_{1\text{ năm}}^{} f(t)dt = S_2 + S_3 + S_4 \right)$$

Và tổng chi trong t năm là $S_1 + S_2 + S_3$, trong đó S_1, S_2, S_3, S_4 là các phần diện tích như trong hình vẽ. Cho cân bảng thu chi, ta được:

$$S_2 + S_3 + S_4 = S_1 + S_2 + S_3 <=> S_4 = S_1$$

Nghĩa là bài toán quy về phải tính toán sao cho $S_4 = S_1$

Trên đây chỉ là bài toán được đơn giản hóa. Để tính chi tiết, phải cần đến rất nhiều chú giải khác vượt quá phạm vi bài viết này. Qua đây, chúng ta thấy rằng, chu kỳ tính toán là khái niệm gắn chặt với việc tính toán quỹ như hình với bóng. Người ta không thể nói đến tính toán quỹ mà không có giả thiết trước về chu kỳ tính toán. Mặc dù chỉ là giả thiết, nhưng việc ấn định chu kỳ tính toán đòi hỏi phải hiểu hết ý nghĩa của nó. Nếu việc tính toán được coi là quan trọng, thì điều cần thiết trước tiên là phải nghiên cứu xác định chu kỳ tính toán là bao

Bản sao lưu trữ

nhiêu cho phù hợp, để từ đó làm cơ sở cho việc tính toán. Sau khi kết thúc một chu kỳ, sang chu kỳ mới người ta phải tính toán lại. Ở chu kỳ mới, do nhu cầu tăng lên, nên tỷ lệ đóng góp cũng phải tăng lên, nếu như giữ nguyên chế độ hưởng. Vấn đề của chu kỳ tiếp theo là tính toán để tăng lên bao nhiêu. Bằng cách như vậy, Nhà nước mới có thể dự liệu được trước các vấn đề sẽ xảy ra và có khả năng làm chủ được tình hình.

Về mặt pháp luật, nhiều nước quy định rõ chu kỳ tính toán trong Luật. Ngoài việc làm cơ sở cho việc tính toán, thì điều luật này còn "hẹn ngày" cho việc xem xét, sửa đổi, bổ sung lần sau. Đến cuối chu kỳ, cơ quan ban hành pháp luật theo định kỳ sẽ xem xét, bổ sung cho chu kỳ sau.

Có thể nói, chu kỳ tính toán là một thông số quan trọng trong việc tính toán cân bằng quỹ BHXH, BHYT, nó là "cơ sở của cơ sở" để ban hành các quyết sách về BHXH và BHYT.

Bản sao lưu trữ

NHÌN LẠI KẾT QUẢ THANH TRA THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH, CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM Y TẾ VÀ NHỮNG KIẾN NGHỊ

TS. BÙI SỸ LỢI

Trách nhiệm thực hiện các quy định về BHXH thuộc về các cơ quan, ban, ngành và các doanh nghiệp, đơn vị hành chính sự nghiệp nhằm đảm bảo quyền lợi hợp pháp đối với người lao động và đảm bảo an sinh xã hội. Năm 2006, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội phối hợp với cơ quan BHXH Việt Nam và Bộ Y tế thanh tra thực hiện chính sách, chế độ BHXH, BHYT tại 4 tỉnh, thành phố: Hải Phòng, Đà Nẵng, Kiên Giang và Hà Tây. Kết quả cho thấy có nhiều ưu điểm, nhưng cũng không tránh khỏi những sai sót, khuyết điểm cần được đánh giá đúng nguyên nhân và kiến nghị sửa đổi – bổ sung một số quy định của pháp luật.

Bản sao lưu trữ

NHỮNG ƯU ĐIỂM

Qua thanh tra cho thấy, cơ quan BHXH các địa phương đã chủ động phối hợp với các ban, ngành cùng cấp có liên quan như Sở Lao động – Thương binh và Xã hội, Liên đoàn Lao động tỉnh, thành phố ban hành các văn bản hướng dẫn, chỉ đạo các đơn vị hành chính sự nghiệp, doanh nghiệp trong việc thực thi chính sách, chế độ BHXH và BHYT bắt buộc, BHYT tự nguyện có hiệu quả, đảm bảo vượt kế hoạch chỉ tiêu do BHXH Việt Nam giao và năm sau đều cao hơn năm trước. Các cơ quan BHXH thường xuyên theo dõi, đối chiếu đối tượng tham gia BHXH tăng giảm và điều chỉnh trợ cấp kịp thời. Công tác quản lý hồ sơ khoa học thuận tiện cho việc lưu trữ và khai thác khi có nhu cầu; đang tiến hành từng bước đưa công tác quản lý hồ sơ đối tượng thông

qua hệ thống phần mềm máy tính thay cho việc theo dõi bằng phương pháp thủ công hiện nay nhằm đảm bảo chặt chẽ và tiện lợi hơn trong việc quản lý và lưu trữ. Công tác cấp sổ BHXH cho đối tượng đạt tỷ lệ 88,7% đối tượng có tham gia BHXH. Việc theo dõi chi – trả trực tiếp đến đối tượng đầy đủ. Làm tốt công tác giải quyết các chế độ ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp (TNLĐ, BNN), hưu trí cho người lao động. Tại thời điểm thanh tra không còn trường hợp nào vướng mắc như tình trạng BHXH của các tỉnh, thành phố như: Hà Nội, Thanh Hóa, Hải Dương được thanh tra năm 2005. Công tác giải quyết đơn thư khiếu nại, tố cáo theo thẩm quyền được BHXH các tỉnh, thành phố chú trọng trả lời kịp thời khi đối tượng có đơn thư, thắc mắc về chế độ BHXH. Tại thời điểm thanh tra, số lượng đơn thư chưa giải quyết tại BHXH các tỉnh, thành phố chỉ chiếm 1,2%. Việc cấp thẻ BHYT cho người lao động tham gia BHYT bắt buộc, tự nguyện đều đảm bảo kịp thời. Một số cơ sở khám chữa bệnh BHYT đã có cán bộ của BHXH phối hợp, giám sát thường xuyên để phát hiện và xử lý kịp thời các trường hợp có sai sót nhằm hạn chế việc chi quỹ BHYT sai chế độ.

NHỮNG THIẾU SÓT, KHUYẾT ĐIỂM CẦN KHẮC PHỤC

Thực hiện việc dừng trợ cấp đối với các đối tượng hưởng chế độ mất sức lao động đã hết thời hạn không kịp thời. Tại BHXH tỉnh Kiên Giang, kiểm tra 10 hồ sơ cho thấy có 4 hồ sơ mất sức lao động bị cắt chậm chế độ. Tại BHXH thành phố Đà Nẵng có 11 hồ sơ mất sức lao động bị cắt chậm. Thực hiện việc trợ cấp BHXH do tai nạn lao động tại các cơ quan BHXH xác định thời điểm để hưởng trợ cấp kể từ ngày có kết luận của Hội đồng giám định y khoa là không đúng. Theo quy định, người lao động bị tai nạn lao động trong quá trình điều trị khi ra viện được hưởng trợ cấp theo khoản 2 Điều 17 Điều lệ BHXH ban hành kèm theo Nghị định 12/CP ngày 26/1/1995. Kiểm tra 77 hồ sơ, 73 hồ sơ tính sai; tại BHXH tỉnh Hà Tây, có 14 hồ sơ đã bị tính sai; tại BHXH thành phố Hải Phòng có 9 hồ sơ bị tính sai chế độ. Nhiều hồ sơ về tai

nạn lao động chưa hợp lý trong khoảng thời gian xảy ra tai nạn với thời gian lập biên bản, không có xác nhận người làm chứng hoặc bị tai nạn lao động sau thời gian dài mới tiến hành điều tra tai nạn lao động việc làm này không đúng theo quy định tại Thông tư số 03/1998/TTLT-BLĐTBXH-BYT-TLĐLĐ ngày 26/3/1998 về hướng dẫn khai báo, điều tra tai nạn lao động và Thông tư số 14/2005/TTLT-BLĐTBXH-BYT-TLĐLĐVN ngày 8/3/2005. Công tác chốt sổ BHXH hàng năm đối với các trường hợp người lao động có sự thay đổi về mức lương tham gia BHXH chưa kịp thời mà chỉ thực hiện chốt mức lương thay đổi cuối cùng. Còn đối với người lao động trong các doanh nghiệp Nhà nước trước khi chuyển đổi thành công ty cổ phần hoặc chuyển cơ quan khác, nghỉ việc mới thực hiện việc chốt sổ sai với Quyết định số 2352/1999/QĐ-BHXH ngày 28/9/1999 về quy định cấp, quản lý và sử dụng sổ BHXH. Tại BHXH tỉnh Kiên Giang, những đơn vị thuộc BHXH thành phố Rạch Giá, BHXH huyện Tân Hiệp quản lý thì sổ BHXH được chốt đúng và kịp thời. Ngược lại, những đơn vị do BHXH tỉnh quản lý thì sai sót quá nhiều. BHXH các tỉnh Hà Tây, thành phố Hải Phòng chưa thực hiện việc ứng tiền nghỉ dưỡng sức cho các đơn vị sử dụng lao động theo hướng dẫn tại Thông tư số 08/2003/TT-BLĐTBXH ngày 8/4/2003 hướng dẫn Nghị định số 01/2003/NĐ-CP ngày 9/1/2003 và thường thực hiện vào những tháng cuối năm. Do đó tác dụng của việc điều dưỡng sức khỏe cho người lao động gặp nhiều khó khăn trong việc bố trí sắp xếp lao động để hoàn thành kế hoạch chỉ tiêu cũng như việc quyết toán không kịp thời với cơ quan BHXH. BHXH tỉnh Hà Tây, thành phố Hải Phòng chuyển tiền thu BHXH vào tài khoản của BHXH Việt Nam không kịp thời, để số dư quá 5.000.000.000 đồng (năm tỷ đồng) không đúng với Quyết định số 722/QĐ-BHXH-BT ngày 26/5/2003. Tình hình các doanh nghiệp nợ tiền BHXH còn phổ biến, chỉ tính đến thời điểm thanh tra cho thấy, tại 4 địa phương với số nợ lên đến 1.574.808.093 đồng/12.809 người có tham gia BHXH của 29 doanh nghiệp, đơn vị được kiểm tra.

Về chuyên môn nghiệp vụ, một số cán bộ của ngành chưa đáp ứng được yêu cầu công tác BHXH như khi đối chiếu BHXH với đơn vị sử dụng lao động không căn cứ mức lương ghi trên hợp đồng lao động. Số đơn vị được kiểm tra chiếm 70% không kê khai hết số lao động hiện có. Tỷ lệ các doanh nghiệp tham gia BHXH ở Kiên Giang chỉ có 18% số doanh nghiệp tham gia BHXH, trong đó huyện Đảo Phú Quốc chỉ có 11% số doanh nghiệp tham gia.

Công tác quản lý BHYT còn xảy ra tình trạng đối tượng khi vào viện phải ứng tiền cho các dịch vụ cận lâm sàng như ở Bệnh viện huyện Phú Quốc. Tình hình vượt quỹ khám chữa bệnh xảy ra ở tất cả các cơ sở mà Đoàn đến thanh tra. Đặc biệt là vượt quỹ với số lượng lớn và năm sau lớn hơn năm trước. Tại Kiên Giang năm 2004 vượt 1,2 tỷ đồng; năm 2005 vượt 8,3 tỷ; 9 tháng đầu năm 2006 vượt tới 18,3 tỷ đồng.

NGUYÊN NHÂN CỦA NHỮNG THIẾU SÓT, KHUYẾT ĐIỂM

Về nguyên nhân chủ quan:

Một là, các doanh nghiệp nặng về lợi nhuận, coi nhẹ quyền lợi trước mắt và lâu dài của người lao động.

Hai là, số lượng cán bộ quản lý BHYT ít, công việc lại nhiều. Năng lực nghiệp vụ chuyên môn của một số cán bộ trong ngành BHXH chưa đáp ứng được yêu cầu thực thi nhiệm vụ giao.

Ba là, nhận thức và hiểu chưa đầy đủ về các quy định của pháp luật BHXH cũng như các văn bản hướng dẫn có liên quan đến công tác thực hiện chính sách và chế độ BHXH.

Bốn là, cơ quan BHXH tuy đã thường xuyên kiểm tra cơ sở, nhưng chưa chú ý đúng mức đồng bộ cả nghiệp vụ thu và nghiệp vụ

Bản sao lưu trữ

chi, cả quản lý và sử dụng quỹ BHXH, BHYT, cả nghĩa vụ của bên tham gia BHXH và quyền lợi của họ.

Về nguyên nhân khách quan:

Một là, văn bản hướng dẫn ban hành không kịp thời hoặc không làm rõ được các nội dung cần được hướng dẫn cụ thể để thuận lợi khi tổ chức thực hiện. Cơ quan BHXH cũng chưa có chế tài gì khác để xử lý những đơn vị trốn hoặc nợ BHXH, ngoài quy định được chuyển tiền từ tài khoản của bên nợ BHXH sang tài khoản thu của cơ quan BHXH. Trong thực tế quy định này cũng chưa được thực hiện.

Hai là, đối tượng hưởng BHXH đã qua nhiều giai đoạn lịch sử; chính sách điều chỉnh BHXH thay đổi nhiều nên việc kê khai hồ sơ và áp dụng chế độ phức tạp.

KIẾN NGHỊ, ĐỀ XUẤT

Về BHXH:

- Cần phải ban hành văn bản hướng dẫn lại thời điểm hưởng trợ cấp BHXH của người lao động bị tai nạn lao động là khi có kết luận của Hội đồng giám định y khoa, không nên quy định hưởng từ ngày ra viện như Nghị định 12 là chưa chặt chẽ, dễ bị lợi dụng. Hiện tại, mỗi nơi áp dụng theo ý hiểu khác nhau.

- Thực hiện rà soát lại toàn bộ các đối tượng nghỉ hưởng chế độ mất sức lao động, cắt giảm kịp thời đúng quy định và thực hiện truy thu nộp lại ngân sách Nhà nước những trường hợp vi phạm kéo dài thời gian hưởng mất sức lao động.

- Xem xét sửa đổi Điều 37 và Điều 38 Bộ Luật Lao động về việc đơn phương chấm dứt hợp đồng lao động của người lao động và người sử dụng lao động.

Về BHYT:

Bản sao lưu trữ

- Có quy định riêng với những ngành nghề mà lao động phải lưu động thì thẻ khám chữa bệnh BHYT được sử dụng khám và điều trị trong phạm vi cả nước; tạo điều kiện thuận lợi để thu hút đối với tham gia BHYT tự nguyện.

- Tiếp tục thực hiện phương thức *cùng chi trả* trong công tác KCB BHYT *(trước kia là 20%)* để người dân tham gia giám sát chi phí KCB. Tuy nhiên, không áp dụng với những người có công với cách mạng.

- Kinh phí KCB cho bệnh nhân chuyển tuyến nên tính riêng. Có thể thanh, quyết toán chi phí KCB BHYT trực tiếp theo từng tuyến và thanh toán ngay sau khi hai bên đã quyết toán.

- Lập quỹ riêng dành cho các đối tượng có chi phí KCB cao như: Bệnh ung thư, tim mạch, nội tiết... không trừ vào quỹ KCB nơi đăng ký KCB ban đầu. Cần có văn bản quy định riêng về KCB các căn bệnh nan y.

- Đề nghị BHXH nghiên cứu cấp thẻ khám chữa bệnh BHYT lưu động cho thuyền viên nói riêng và ngành hàng hải nói chung, để đảm bảo quyền lợi cho người lao động có thẻ BHYT.

Bản sao lưu trữ

TRAO ĐỔI VỀ CHỨC NĂNG NHIỆM VỤ CỦA CÁN BỘ GIÁM ĐỊNH CHI TẠI VĂN PHÒNG CƠ QUAN BẢO HIỂM XÃ HỘI

NGUYỄN HUY NGHỊ

Nhiệm vụ của cán bộ giám định chi tại văn phòng cơ quan BHXH được hiểu là công việc của cán bộ và chuyên viên phòng giám định chi, làm việc tại văn phòng, không trực tiếp tại cơ sở khám chữa bệnh và cán bộ quản lý công tác giám định tại BHXH quận huyện, thành phố thuộc tỉnh, thị xã. Nội dung công việc được chia thành 4 nhóm nhiệm vụ cơ bản là: tham mưu, quản lý, tổng hợp và phối hợp. Tùy theo số lượng cán bộ giám định hiện có để phân công bố trí công việc phù hợp đối với từng chức danh trưởng phòng, phó phòng, chuyên viên thống kê tổng hợp v.v..., chú ý tránh chồng chéo công việc hoặc bỏ sót đầu việc không có người chịu trách nhiệm.

Với BHXH các quận, huyện: theo phân cấp công tác giám định của BHXH tỉnh giao cho, công việc của cán bộ giám định tại BHXH quận huyện cũng bao gồm các nội dung chủ yếu như ở BHXH tỉnh nhưng khối lượng ít hơn tùy theo phân cấp. Căn cứ nội dung công việc cụ thể của cán bộ giám định, từng quận huyện xây dựng nhiệm vụ giám định của huyện mình, báo cáo trình BHXH tỉnh thông qua và tổ chức thực hiện. Dưới đây là nội dung công việc chính.

Chức năng tham mưu

Công việc tham mưu cho lãnh đạo BHXH tỉnh về công tác giám định chi chủ yếu là trách nhiệm của trưởng phòng, trưởng phòng có thể phân công cho cán bộ giám định khác chuẩn bị nội dung và có thể bàn bạc trước trong phòng để thống nhất nhưng Trưởng phòng phải là

người trực tiếp đề xuất với lãnh đạo và chịu trách nhiệm về việc tham mưu của mình, một số việc chính trong công tác tham mưu là:

Trên cơ sở hợp đồng mẫu, soạn thảo hợp đồng KCB BHYT với các cơ sở khám chữa bệnh trên địa bàn và phụ lục hợp đồng KCB (nếu cần thiết) để Giám đốc ký với cơ sở y tế.

Tùy theo đặc điểm của từng cơ sở KCB mà có các hợp đồng khác nhau, không máy móc dập khuôn tất cả các cơ sở đều có hợp đồng giống nhau theo mẫu hoặc tất cả đều phải có phụ lục hợp đồng, ví dụ: cơ sở chỉ làm phòng khám ngoại trú thì không nhất thiết phải đưa điều khoản về điều trị nội trú vào Hợp đồng và không cần phụ lục; cơ sở là tuyến 2 không làm phòng khám ban đầu thì không cần ghi các quy định về quỹ KCB BHYT v.v...

Phụ lục hợp đồng KCB BHYT là văn bản có giá trị như hợp đồng, dùng để bổ sung một số điều khoản có tính riêng biệt đối với từng cơ sở KCB mà không tiện ghi trong Hợp đồng chính hoặc bổ sung điều khoản mới phát sinh, ví dụ: số thẻ BHYT đang ký ban đầu, quỹ ngoại trú hoặc quỹ KCB chung được phân bổ, quy định việc thanh toán dịch vụ kỹ thuật cao, giới hạn thanh toán tối đa, tiếp nhận bệnh nhân tuyến dưới từ những cơ sở nào...

Hợp đồng KCB cho năm sau phải được chuẩn bị từ cuối năm trước, cần gửi cho cơ sở 1 bản dự thảo để xem và thống nhất, khi tổ chức ký thì thuận lợi và nhanh chóng hơn.

Hợp đồng đã ký phải được lưu tại phòng giám định chi và phòng kế hoạch tài chính, lập danh sách số Hợp đồng, ngày ký để tiện theo dõi sau này. Lưu trữ cùng với Hợp đồng là các thông tin liên quan khác về cơ sở KCB, ví dụ bảng giá dịch vụ kỹ thuật thực hiện tại cơ sở, danh mục thuốc và giá, số lượng và giá các dịch vụ kỹ thuật cao...

Khảo sát đánh giá để tham mưu đề xuất việc ký hợp đồng với cơ sở y tế mới. Thiết kế mẫu khảo sát đơn vị theo hướng dẫn của BHXH

Bản sao lưu trữ

Việt Nam, trao đổi trước với cơ sở, yêu cầu co chuẩn bị các văn bản, hồ sơ liên quan đến điều kiện có thể làm nơi KCB BHYT, tổ chức giới thiệu với cán bộ nhân viên của cơ sở về cách thức tổ chức KCB BHYT, tránh cho đơn vị hiểu sai bản chất của BHYT, nhầm tưởng là đơn vị kinh doanh.

Sau khi thu thập đủ hồ sơ, đối chiếu với tiêu chuẩn đơn vị đủ điều kiện và thấy cần thiết phải tổ chức KCB BHYT tại đó để thuận tiện cho người có thẻ thì mới báo cáo đề xuất để ký hợp đồng KCB BHYT với đơn vị. Sau khi ký hợp đồng phải báo cáo và đăng ký với BHXH Việt Nam để ghi tên đơn vị mới vào danh sách cơ sở KCB BHYT của toàn quốc.

Đề xuất giải pháp bố trí cán bộ giám định thường trực hoặc không thường trực tại từng cơ sở y tế cho phù hợp theo yêu cầu công việc, chú ý những bệnh viện lớn phải có bác sĩ làm giám định, nếu đủ số lượng giám định viên nên tổ chức theo nhóm, có bác sĩ có y tá hoặc bác sĩ kèm chuyên viên không có chuyên môn y dược.

Nắm chắc đặc điểm, khả năng chuyên môn nghiệp vụ của từng cán bộ để xây dựng kế hoạch luân chuyển cán bộ giám định hàng năm trình giám đốc thông qua và tổ chức thực hiện.

Xây dựng các bảng hướng dẫn quyền lợi và thủ tục đi KCB BHYT để treo, dán tại các cơ sở KCB. Bảng hướng dẫn này là tóm tắt các quy định chung đã ghi trong Điều lệ BHYT và các văn bản pháp quy khác. Do đó không được trích dẫn sai, không tự ý đặt thêm các quy định riêng trái với quy định chung. Thông tin trên bảng hướng dẫn cần cô đọng súc tích và dễ hiểu.

Soạn thảo các văn bản hướng dẫn nghiệp vụ trên cơ sở các văn bản pháp quy và hướng dẫn nghiệp vụ của BHXH Việt Nam, chú ý không soạn văn bản theo cách lặp lại văn bản của cấp trên mà phải cụ thể hóa công việc phù hợp với đặc điểm của địa phương mình nhưng

Bản sao lưu trữ

không được trái với quy định của cấp trên, không cắt xén, giảm bớt các yêu cầu quản lý hoặc tự đặt ra những quy định mới trái với chỉ đạo chung.

Soạn công văn trả lời các cơ sở y tế, bệnh nhân BHYT và các cơ quan đơn vị khác về chế độ chính sách KCB BHYT một cách kịp thời và đúng chính sách, không để tồn đọng, soạn văn bản báo cáo xin ý kiến cấp trên và đề xuất việc xây dựng chính sách để giám đốc ký gửi theo thẩm quyền.

Tham mưu cho ban giám đốc quyết định về việc phân cấp công tác giám định cho BHXH quận huyện, bao gồm nội dung công việc, số cơ sở y tế, số cán bộ giám định tùy thuộc khả năng và nhân lực.

Phân cấp nhiệm vụ quyền hạn phù hợp với khả năng, điều kiện của quận huyện, đảm bảo sau khi phân cấp vẫn quản lý được chặt chẽ và thống nhất, không làm thay phần công việc của quận huyện đã được phân cấp đồng thời không buông xuôi cho quận huyện.

Xây dựng và đề xuất để ban giám đốc thông qua quy trình phối hợp công tác giám định giữa các phòng nghiệp vụ trong cơ quan.

Trước đó cần trao đổi bàn bạc thống nhất với các phòng những công việc cụ thể cần phối hợp, việc nào của phòng nào chịu trách nhiệm chính, việc nào là phụ để không đùn đẩy, trì trệ trong công việc chung.

Sau khi được phê duyệt thì căn cứ vào quy trình để thực hiện một cách chủ động.

Đề xuất việc thanh toán chi phí KCB hàng quý, thanh toán bổ sung, thanh lý hợp đồng KCB BHYT cuối năm với từng cơ sở KCB.

Để có được số liệu chính xác cần tổ chức tốt việc thống kê chi phí ở bệnh viện, tổ chức đối chiếu, rà soát chặt chẽ theo quy trình giám định.

Bản sao lưu trữ

Nắm được nguồn thu quỹ BHYT của các nhóm đối tượng bắt buộc, tự nguyện, người nghèo, quỹ KCB được sử dụng, kinh phí được phân bổ theo kế hoạch hàng năm để cân đối và đề xuất hợp lý.

Chức năng quản lý

Là chức năng quan trọng nhất, thường xuyên nhất, chi phối toàn bộ hoạt động của công tác giám định chi, quyết định chất lượng và hiệu quả công việc. Đây cũng là nhiệm vụ chủ yếu của trưởng phòng giám định chi và phó giám đốc phụ trách giám định của BHXH quận huyện. Công việc cụ thể bao gồm:

Nắm chắc tình hình hoạt động công tác giám định tại tất cả các cơ sở có Hợp đồng, quản lý hợp đồng KCB, số lượng cơ sở KCB có Hợp đồng, số đối tượng tham gia BHYT theo nhóm, số lượng giám định viên tại cơ sở, chi phí KCB đã thanh toán từng thời gian ở từng cơ sở và toàn tỉnh.

Tổ chức các hội nghị học tập nghiên cứu, triển khai các văn bản nghiệp vụ khi có các văn bản mới, quy định mới.

Tổ chức các hội nghị sơ kết, tổng kết định kỳ từng thời gian. Lãnh đạo phòng chuẩn bị nội dung, dự kiến thời gian, địa điểm, số lượng đại biểu, trình tự tiến hành, kinh phí hội nghị, tài liệu cần in ấn, người chủ trì, báo cáo viên v.v... để hội nghị đạt kết quả.

Xây dựng kế hoạch công tác, lịch làm việc hàng tuần, tháng, quý, năm của phòng và của từng cán bộ tại văn phòng theo kế hoạch công tác chung của cơ quan để chủ động chuẩn bị, phân công nhiệm vụ cụ thể và rõ ràng cho cán bộ tại phòng và tại các cơ sở y tế.

Kế hoạch và lịch công tác của lãnh đạo phòng được công khai trên bảng để tiện theo dõi.

Giám định viên tại bệnh viện phải xây dựng lịch làm việc cụ thể của nhóm hoặc của cá nhân báo cáo về phòng để tổng hợp và theo dõi quản lý.

Bản sao lưu trữ

Thực hiện sinh hoạt chuyên môn giám định với giám định viên hàng tuần hoặc 2 tuần một lần và với các quận huyện định kỳ mỗi tháng một lần để nắm bắt tình hình, kiểm điểm đánh giá việc thực hiện công tác giám định, tháo gỡ vướng mắc trong tổ chức thực hiện, phổ biến các nhiệm vụ và văn bản mới.

Lãnh đạo phòng phải chuẩn bị trước nội dung cần trao đổi, phổ biến.

Trong sinh hoạt phải có người ghi biên bản, tổng hợp các ý kiến kết luận, chỉ đạo và yêu cầu thực hiện.

Những vướng mắc chưa giải quyết được phải tổng hợp để xin ý kiến lãnh đạo hoặc làm văn bản hỏi cấp trên.

Thường xuyên mới lãnh đạo cơ quan tham dự để trực tiếp giải quyết vướng mắc và chỉ đạo kịp thời các công việc cụ thể có liên quan đến nghiệp vụ chuyên môn.

Trong sinh hoạt chuyên môn phải luôn đổi mới: không chỉ đơn thuần là phổ biến, kiểm điểm mà cần tổ chức sinh hoạt chuyên đề, phổ biến kinh nghiệm tổ chức giám định tại một bệnh viện cụ thể, học tập kinh nghiệm xử lý lạm dụng, phổ biến các sáng kiến cải tiến quy trình giám định phù hợp v.v...

Thực hiện khâu đầu và khâu cuối của quy trình thanh toán trực tiếp:

Khâu đầu là tiếp nhận hồ sơ, hoàn chỉnh hồ sơ, chuyển giao hồ sơ; khâu cuối là xác định số thanh toán theo quy định, ký đề nghị thanh toán, trình duyệt thanh toán, tổng hợp lưu trữ hồ sơ đã giải quyết xong. Phần công việc này thông thường do một người hoặc một nhóm người thực hiện tùy theo khối lượng hồ sơ hàng ngày phải giải quyết để đảm bảo không bị chậm trễ.

Bản sao lưu trữ

Lãnh đạo phòng cần thường xuyên đôn đốc việc đảm bảo tiến độ, không để tồn đọng hồ sơ, đảm bảo vận hành quy trình thông suốt, quản lý hồ sơ chặt chẽ không để thất lạc, các mẫu biểu cần cho công việc phải được dự trù và chuẩn bị đủ.

Xây dựng lịch quyết toán chi phí KCB hàng quý và cả năm trên cơ sở đã chuẩn bị xong số liệu.

Lịch quyết toán phải thông báo trước cho cơ sở KCB BHYT để chủ động phối hợp thực hiện.

Phân công cán bộ tham gia quyết toán chi phí KCB, thanh lý hợp đồng đúng chức năng và có trách nhiệm, không cơ cấu hình thức.

Có thể bố trí quyết toán tại cơ sở KCB hoặc tại trụ sở BHXH tùy theo điều kiện, hoàn cảnh, phương tiện đi lại. Thực hiện quyết toán với từng cơ sở một, không đồng thời quyết toán nhiều đơn vị trong cùng thời gian. Trong buổi họp quyết toán không chỉ thông qua số liệu mà cần phải trao đổi giải quyết những vướng mắc trong quý, thống nhất biện pháp tổ chức công tác KCB BHYT quý tới tốt hơn.

Phát hiện và tháo gỡ các vướng mắc trong tổ chức công việc và trong KCB tại cơ sở.

Cần tổ chức các buổi trao đổi, tọa đàm, hướng dẫn cho cán bộ y tế tại cơ sở KCB về các phần việc cụ thể, phổ biến các quy định để nhân viên bệnh viện thực hiện. Giải quyết các khiếu nại có liên quan đến nghiệp vụ giám định của bệnh nhân, của bệnh viện và các cơ quan đơn vị bằng trao đổi trực tiếp hoặc công văn trả lời.

Định kỳ và đột xuất kiểm tra công việc tại bệnh viện của giám định viên, giám sát việc thực hiện quy trình giám định, tiếp cận với nhân viên y tế để nắm bắt tình hình, quản lý ngày giờ công, đánh giá phân loại cán bộ giám định để sắp xếp cán bộ đảm nhận các vị trí phù hợp.

Bản sao lưu trữ

Bố trí cán bộ phối hợp thực hiện kiểm tra đột xuất ngoài giờ hành chính ở một số khoa phòng bệnh viện có dấu hiệu lạm dụng, khi kiểm tra phải lập biên bản xác định đúng sai để có cơ sở làm việc với lãnh đạo bệnh viện đề nghị chấn chỉnh.

Tổ chức giám định lại một số trường hợp cần kiểm tra xác minh chi phí hoặc có biểu hiện lạm dụng tại nhà bệnh nhân hoặc cơ quan đơn vị có bệnh nhân đã điều trị, nhất là trường hợp bệnh nhân có chi phí điều trị lớn, chi phí không phù hợp chẩn đoán, chi phí lớn và có biểu hiện lạm dụng của người nhà nhân viên bệnh viện.

Chức năng tổng hợp

Tổng hợp là công việc thường xuyên, liên tục và đòi hỏi sự tỉ mỉ, có hệ thống. Thông thường việc tổng hợp do Phó trưởng phòng giám định chi đảm nhận hoặc giao cho một chuyên viên phụ trách. Cán bộ tổng hợp phải có nghiệp vụ giám định vững vàng, khả năng phân tích quán xuyến công việc tốt, sử dụng thành thạo máy vi tính, phẩm chất trung thực, trách nhiệm và năng động. Công việc tổng hợp tập trung vào một số nội dung sau:

Thống kê tổng hợp số liệu và tình hình công tác giám định ở toàn bộ các cơ sở KCB có hợp đồng, kể cả các cơ sở đã phân cấp quản lý cho quận huyện.

Phân loại cơ sở KCB theo tuyến, theo chuyên khoa, nắm số lượng thẻ đăng ký ban đầu, địa chỉ, điện thoại liên hệ; cán bộ giám định tại cơ sở, đặc điểm của từng cơ sở.

Tổng hợp giá thuốc, giá dịch vụ ở từng cơ sở KCB để có phân tích đánh giá so sánh và trao đổi kịp thời với cơ sở nếu bất hợp lý và không đúng quy định.

Tổng hợp chi phí KCB tại từng cơ sở và toàn tỉnh hàng quý, hàng năm theo nhóm đối tượng, theo tuyến kỹ thuật... đảm bảo cho việc

Bản sao lưu trữ

tổ chức quyết toán chi phí KCB với bệnh viện kịp thời, thông báo đa tuyến tới các địa phương khác theo quy định.

Tổng hợp tình hình cân đối quỹ tại từng cơ sở và toàn tỉnh, đề ra các biện pháp tổ chức thực hiện tiếp theo đạt kết quả.

Mở sổ thống kê theo dõi, thiết lập các cặp hồ sơ lưu trữ công văn đi và đến, văn bản nghiệp vụ, các báo cáo, các hợp đồng, bảng giá, kế hoạch công tác và các hồ sơ chứng từ khác có liên quan đến hoạt động giám định.

Tổng hợp và lưu trữ số liệu đã được thẩm định, xác nhận, thanh quyết toán hàng quý, hàng năm và nhiều năm liên tục bằng các cặp tài liệu và bằng máy ti tính theo chế độ mật.

Thực hiện kịp thời các báo cáo thống kê theo mẫu quy định. Phục vụ kịp thời yêu cầu của lãnh đạo cơ quan khi cần các số liệu thống kê định kỳ hoặc đột xuất, tổng thể hoặc chi tiết theo nhóm đối tượng, theo địa bàn, nội tỉnh, ngoại tỉnh.

Chức năng phối hợp

Tùy thuộc vào việc phân công nhiệm vụ các phòng nghiệp vụ của BHXH tỉnh, phòng Giám định chi phải liên hệ và phối hợp chặt chẽ, thường xuyên với từng phòng nghiệp vụ cũng như BHXH quận huyện, với ngành y tế và cơ sở KCB, với các địa phương khác để nắm bắt và trao đổi thông tin, lấy số liệu phục vụ cho quản lý và báo cáo.

Với phòng Kế hoạch tài chính để:

Nắm được quỹ KCB của từng cơ sở y tế trong từng quý và cả năm, số đã tạm ứng cho đơn vị, số đã thanh toán, số chưa thanh toán;

Phối hợp tổ chức quyết toán định kỳ, thanh lý hợp đồng cuối năm.

Đối chiếu tổng hợp chi phí KCB BHYT ở từng cơ sở và toàn tỉnh.

Bản sao lưu trữ

Đối chiếu số liệu thanh toán đa tuyến, thống nhất số liệu để đề xuất với lãnh đạo việc thanh toán bổ sung chi phí KCB cho cơ sở và các giải pháp đảm bảo cân đối quỹ KCB chung.

Chuyển đề nghị thanh toán trực tiếp đã phê duyệt để trả tiền cho bệnh nhân.

Với phòng Thu, phòng tự nguyện để nắm số lượng thẻ của từng nhóm đối tượng tham gia BHYT, mức đóng bình quân làm căn cứ xác định quỹ KCB cho cơ sở y tế.

Với phòng Cấp sổ thẻ hoặc công nghệ thông tin để xác minh số thẻ, giá trị sử dụng thẻ, xác định đúng đối tượng tham gia, địa chỉ cá nhân hoặc cơ quan đơn vị cần xác minh, kiểm tra.

Với phòng Kiểm tra để thực hiện việc kiểm tra trực tiếp hoặc hồi cứu tại đơn vị lao động, tại nhà bệnh nhân khi có khiếu kiện hoặc phát hiện có lạm dụng, sử dụng quỹ KCB không đúng.

Với BHXH quận huyện để nắm bắt tình hình hoạt động nghiệp vụ theo phân cấp, số liệu chi phí KCB của cơ sở do quận huyện quản lý, tình hình giải quyết thanh toán trực tiếp tại quận huyện, những vướng mắc cần tháo gỡ, những sai sót cần điều chỉnh. Ngược lại, cán bộ giám định tại quận huyện cũng phải thường xuyên liên hệ với phòng Giám định chi để nắm bắt chủ trương, định hướng, giải quyết các vướng mắc từ cơ sở.

Với ngành Y tế (Sở Y tế, các TTYT quận huyện) để tranh thủ sự chỉ đạo của lãnh đạo ngành với các cơ sở y tế trên địa bàn nhằm thực hiện KCB BHYT đúng quy định, giải quyết các vướng mắc phát sinh, tạo sự đồng thuận trong tổ chức KCB BHYT.

Trong một số trường hợp cần tranh thủ sự chỉ đạo bằng văn bản của lãnh đạo ngành Y tế đối với việc thực hiện các yêu cầu mới, văn bản mới về KCB BHYT.

Bản sao lưu trữ

Thông qua sự phối hợp với ngành y tế để tuyên truyền chính sách BHYT đến đông đảo người dân và cán bộ y tế.

Với các cơ sở y tế thông qua hợp đồng khám chữa bệnh BHYT. Phải coi cơ sở KCB là đối tác phối hợp thực hiện chính sách, thực hiện KCB BHYT, không coi cơ sở y tế là đối thủ tranh chấp về kinh tế, cũng không được coi họ là đơn vị cấp dưới của BHXH.

Tranh thủ sự đồng tình ủng hộ của lãnh đạo và nhân viên bệnh viện, tránh thái độ đối đầu, bất hợp tác, đối phó dò xét lẫn nhau trong công việc thường ngày.

Tập trung phối hợp đảm bảo quyền lợi, giảm phiền hà cho người bệnh khi đi KCB và tổng hợp chi phí kịp thời đầy đủ chính xác là mục tiêu chính.

Với BHXH các địa phương khác để phối hợp nắm tình hình giám định hộ, tìm hiểu thông tin về người bệnh ngoại tỉnh và liên hệ đảm bảo quyền lợi người có thẻ của địa phương mình đi KCB ở ngoại tỉnh và ngược lại đảm bảo quyền lợi bệnh nhân ngoại tỉnh đến KCB tại địa phương mình.

Việc phối hợp với các địa phương khác không chỉ qua văn bản, qua điện thoại mà cần thiết phải có các chương trình giao lưu, học tập trao đổi về kinh nghiệm quản lý, về thực hiện quy trình giám định, nâng cao nghiệp vụ và tăng cường mối quan hệ thân thiện giữa các địa phương trên lĩnh vực hoạt động giám định y tế.

Bản sao lưu trữ

BƯỚC ĐỘT PHÁ TRONG THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH AN SINH XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

HOÀNG KIẾN THIẾT
(Trưởng Ban BHXH tự nguyện, BHXH Việt Nam)

Luật BHXH được ban hành, đã nhận được sự quan tâm của đông đảo các tầng lớp nhân dân, không chỉ những người thuộc diện tham gia BHXH bắt buộc, mà cả những người nông dân, tiểu thương, lao động tự do... trên mọi vùng miền của đất nước. Chỉ còn gần một năm nữa, chế độ BHXH tự nguyện được quy định trong Luật có hiệu lực thi hành (1/1/2008), với các chế độ hưu trí và tử tuất dành cho những người tự nguyện tham gia, chắc chắn BHXH tự nguyện sẽ trở thành vấn đề "thu hút" của công luận và đối với cả bộ phận dân cư không nhỏ của đất nước.

Theo số liệu của Ban Lao động việc làm TW (Báo Lao động, ngày 9/2/2006), hiện cả nước có 44,385 triệu người trong độ tuổi lao động, trong đó có 11,106 triệu người thuộc khu vực làm công ăn lương, như vậy số lao động ở khu vực phi chính thức, thuộc diện vận động tham gia BHXH tự nguyện còn trên 33 triệu người, gấp 3 lần số lượng người thuộc diện tham gia BHXH bắt buộc, đây thật sự là một "thị trường" to lớn và đầy tiềm năng, hứa hẹn nhiều triển vọng trong tổ chức thực hiện. Cũng theo một nghiên cứu về khả năng tham gia BHXH tự nguyện của người dân, một Viện thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, có sự trợ giúp của một tổ chức khảo sát nước ngoài, 41% số người trong độ tuổi lao động thuộc khu vực phi chính thức cho biết họ sẽ tham gia BHXH tự nguyện. Đây là con số có nhiều ý nghĩa, bởi nếu làm tốt công tác truyền thông, khả năng thực hiện BHXH tự nguyện ở nước ta sẽ bảo đảm sự thành công khá cao.

Bản sao lưu trữ

BHXH tự nguyện được thực hiện không chỉ đơn thuần mang ý nghĩa an sinh xã hội ở một phạm vi rộng hơn, mà còn cho thấy chính sách này hoàn toàn phù hợp với tiến trình đổi mới và hòa nhập với cộng đồng quốc tế. Với nền kinh tế nhiều thành phần, Đảng và Nhà nước đang tạo các điều kiện công bằng để mọi thành phần kinh tế cùng phát triển, khuyến khích mọi người làm giàu chính đáng. Có thể nói một bộ phận lớn dân cư đã và đang có một cuộc sống cải thiện, "có miếng ăn, miếng để", nhiều người trong số họ mong muốn chọn một chọn một phương án tích lũy để lo cho tương lai khi họ không còn khả năng lao động. Khi chưa có BHXH tự nguyện, ai cũng muốn được tham gia vào khu vực lao động chính thức, bên cạnh việc có thu nhập ổn định, thì ước mong là được tham gia BHXH bắt buộc, dường như BHXH bắt buộc là mục tiêu, là sự đảm bảo chắc chắn cho tương lai của mỗi người. Việc triển khai BHXH tự nguyện sẽ làm giảm áp lực "bằng mọi giá" của người lao động phải tham gia vào khu vực lao động chính thức, họ sẽ thấy bình đẳng hơn trong cuộc sống lao động của mình, ngoài ra cùng với việc tham gia BHXH tự nguyện, sữ bảo đảm cho tương lai, nhiều áp lực khác trong đó có cả việc tăng dân số cũng sẽ giảm nhẹ, quan niệm "già cây con" sẽ dần đi vào dĩ vãng.

Với việc triển khai BHXH tự nguyện, cùng với số người tham gia đông đảo, quỹ BHXH tự nguyện sẽ có nguồn thu rất lớn, quỹ được tích lũy và tăng không ngừng theo thời gian, Quỹ BHXH tự nguyện sẽ có nguồn thu rất lớn, quỹ được tích lũy và tăng không ngừng theo thời gian, Quỹ BHXH tự nguyện được xác định là quỹ tài chính dài hạn, đây chính là nguồn tài chính quan trọng, bổ sung nguồn lực cho đầu tư phát triển kinh tế đất nước từ nội tại, hiện đại hóa đất nước vào năm 2020 theo định hướng của Đảng.

BHXH tự nguyện lần đầu tiên được thực hiện ở Việt Nam cho một nhóm đối tượng hoàn toàn mới, nhận thức chung của họ về chính sách BHXH còn nhiều hạn chế, vì vậy công tác tuyên truyền chính sách

có vai trò vô cùng quan trọng, mặt khác việc hướng dẫn chính sách cần phải cụ thể, dễ hiểu, minh bạch và công khai. Ngay cơ chế quản lý quỹ, rồi công tác tổ chức thực hiện BHXH tự nguyện là vấn đề mới. Bài viết này, xin đề cập đến những vấn đề cần làm rõ và chuẩn bị cho công tác triển khai BHXH tự nguyện ở Việt Nam.

VỀ ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BHXH TỰ NGUYỆN

Theo quy định của Luật BHXH, người tham gia BHXH tự nguyện là: công dân Việt Nam, trong độ tuổi lao động và không thuộc diện tham gia BHXH bắt buộc.

1. *Trong độ tuổi lao động.* Về nguyên tắc, người tham gia BHXH tự nguyện khi đến tuổi nghỉ hưu, tùy thuộc vào số năm đóng BHXH tự nguyện để được hưởng chế độ lương hưu hàng tháng hoặc được thanh toán một lần. Song, tâm lý chung của người tham gia BHXH tự nguyện là mong muốn đóng BHXH để sau này được hưởng lương hưu, nhưng trong một số trường hợp, do thời điểm tham gia BHXH tự nguyện khi người lao động đã lớn tuổi, nên họ sẽ không đủ điều kiện để được hưởng chế độ lương hưu hàng tháng. Luật quy định, chế độ lương hưu và chế độ hưởng BHXH một lần đối với những người đủ tuổi đời (nam 60, nữ 55) mà chưa đủ 20 năm đóng BHXH, thì có thể kéo dài thời gian đóng BHXH tự nguyện thêm 5 năm nữa. Như vậy, nếu tham gia BHXH tự nguyện để sau này đủ điều kiện hưởng lương hưu thì người lao động khi tham gia BHXH tự nguyện lần đầu nhiều nhất đang ở độ tuổi 45 đối với nam và 40 đối với nữ. Tương tự, người đã tham gia BHXH bắt buộc nay chuyển sang tham gia BHXH tự nguyện cũng cần phải tính đến yếu tố này.

2. Người lao động tham gia BHXH tự nguyện, không thuộc diện tham gia BHXH bắt buộc. Vấn đề này cần phân biệt rõ để thuận lợi trong tổ chức thực hiện và tránh đến mức thấp nhất việc các doanh nghiệp thuộc các thành phần kinh tế "lách luật", không đóng BHXH

Bản sao lưu trữ

bắt buộc cho người lao động, mà hướng người lao động tham gia BHXH tự nguyện, bởi nếu đóng BHXH bắt buộc thì chủ sử dụng lao động phải có trách nhiệm đóng và mức đóng phải tuân thủ đúng các quy định của Nhà nước.

Theo quy định của Luật; trách nhiệm tham gia BHXH bắt buộc thuộc về chủ sử dụng lao động và người lao động, về người lao động, Luật đã quy định rõ và sẽ không có sự nhầm lẫn, bởi căn cứ vào hợp đồng lao động để xác định loại hợp đồng nhằm phân loại lao động. Riêng về chủ sử dụng lao động, thì cần thiết phải làm rõ hơn, cụ thể là: "...doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể, tổ hợp tác, tổ chức khai thác và cá nhân có thuê mướn, sử dụng và trả công cho người lao động". Với các loại hình tổ chức vừa kể, nhiều khi người lao động không có hợp đồng lao động hoặc chỉ hợp đồng miệng, ở khu vực dịch vụ vấn đề này là khá phổ biến, nếu không làm rõ, rất có thể BHXH bắt buộc họ không tham gia, trong khi đó BHXH tự nguyện lại không dám tổ chức thực hiện, vì nghĩ là họ thuộc đối tượng của khu vực BHXH bắt buộc.

XÁC ĐỊNH MỨC THU NHẬP LÀM CĂN CỨ ĐÓNG BHXH TỰ NGUYỆN

Người nông dân, người lao động tự do có đặc điểm là họ không có thu nhập thường xuyên và định kỳ như những người làm công hưởng lương. Thật vậy, thu nhập của người nông dân phụ thuộc vào mùa màng, vào sản phẩm trồng trọt hay chăn nuôi được tính bằng nhiều tháng lao động, thu nhập của người làm ngư nghiệp cũng phải tính bằng vài tháng ở trên biển, còn thu nhập của người làm lâm nghiệp thì lại cần nhiều thời gian hơn nữa. Mặt khác, thu nhập của họ cũng rất khó để xác định những con số cụ thể, nếu "trúng mùa, trúng giá" thì họ có thu nhập cao, ngược lại "mất mùa, rớt giá" thì nhiều khi thu nhập của họ không đủ để tranh trải các chi phí sản xuất đã bỏ ra. Như vậy,

Bản sao lưu trữ

nếu có tính thu nhập của họ theo năm hoặc thu nhập bình quân theo tháng cũng là vấn đề rất khó khăn.

Chính vì những khó khăn trong việc xác định mức đóng BHXH tự nguyện trên cơ sở thu nhập của người lao động sẽ do người lao động lựa chọn trong khoản mức thu nhập giới hạn của sàn dưới và trần trên theo quy định của Luật. Tuy nhiên, tâm lý chung của người lao động khi tham gia BHXH tự nguyện thông thường là chọn mức đóng thấp, họ chưa thật hiểu việc đóng thấp sẽ ảnh hưởng đến việc hưởng thụ lương hưu sau này của chính họ, đồng thời để bảo đảm tương quan với những người lao động tham gia BHXH bắt buộc, cho dù người tham gia BHXH tự nguyện được chọn mức đóng, song hướng dẫn dưới Luật vẫn cần có các ràng buộc nhất định để làm sao thu nhập do người tham gia BHXH tự nguyện lựa chọn gần đúng hoặc sát với thu nhập thực của họ.

Người lao động tham gia BHXH tự nguyện đều là những người làm việc ở khu vực phi kết cấu, khái niệm về lương tối thiểu chung sẽ là đều rất mới mẻ đối với họ, vì vậy trong hướng dẫn về vấn đề này, mức thu nhập cần được cụ thể hóa bằng số tiền cụ thể, thậm chí cơ quan được giao thực hiện chính sách này còn phải xây dựng ba rem mức đóng BHXH tự nguyện hàng thángm hàng quý, hàng năm trên cơ sở mức thu nhập để người lao động lựa chọn.

Bản sao lưu trữ

NHỮNG CÁI ĐƯỢC TRONG THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ CHO NÔNG DÂN VÀ NGUYÊN NHÂN

DƯƠNG VĂN THẮNG

NHỮNG CÁI ĐƯỢC CƠ BẢN

Đóng góp xây dựng chính sách BHYT

Thực hiện chủ trương đổi mới trong lĩnh vực y tế với phương châm: "Nhà nước và nhân dân cùng làm", theo tinh thần Nghị quyết Đại hội VI của Đảng, ngày 26/10/1990, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) ban hành Thông tri số 3504/KG chỉ đạo Bộ Y tế, UBND các tỉnh, thành phố, đặc khu trực thuộc Trung ương tổ chức thí điểm BHYT phù hợp với hoàn cảnh và điều kiện nước ta.

Từ cuối năm 1989 đến tháng 6/1991 đã có 3 tỉnh, thành phố tổ chức thí điểm BHYT trên diện rộng: Hải Phòng, Quảng Trị, Vĩnh Phú. Trong đó 4 tỉnh có cơ quan BHYT hoặc bảo hiểm sức khỏe cấp tỉnh, đó là: Hải Phòng, Quảng Trị, Phú Yên, Bến Tre và có 24 quận huyện của 14 tỉnh, thành phố trong cả nước thí điểm mô hình BHYT của bệnh viện.

Tuy nhiên, trong giai đoạn này, việc tổ chức thực hiện thí điểm BHYT chủ yếu cho đối tượng nông dân, thể hiện ở tính quy mô, phạm vi rộng lớn từ huyện đến tỉnh như Sông Thao, Vĩnh Lạc (Vĩnh Phú), Thủy Nguyên (Hải Phòng), Mỏ Cày (Bến Tre) và toàn tỉnh Quảng Trị.

Ở Hải Phòng, sau một tháng thực hiện thí điểm BHYT ở xã Đông Sơn, huyện Thủy Nguyên đã có 30% dân số trong xã tham gia. Sau khi sơ kết, UBND huyện đã quyết định mở rộng thực hiện trên cả

36 xã và các cơ quan, xí nghiệp đóng trên địa bàn huyện. Từ kết quả ban đầu, UBND thành phố Hải Phòng quyết định phát triển BHYT ra toàn thành phố. Ở Sông Thao, Sau 3 đợt thực hiện từ tháng 8/1989 đến 31/12/1991, tỷ lệ người mua BHYT cho các nhân bằng 4,59% số dân trong huyện và mua cả hộ gia đình bằng 7,4% dân số. Tiếp Sông Thao, huyện Vĩnh Lạc cũng tiến hành triển khai thí điểm ở 4 xã. Năm 1991, HĐND tỉnh Vĩnh Phú quyết định triển khai mô hình BHYT ở 78 xã trong toàn tỉnh. Ở Bến Tre, tháng 12/1990, BHYT nông dân được triển khai trên huyện Mỏ Cày. Ở Quảng Trị, trong gần hai năm thí điểm có 35 dân số tham gia BHYT, thu 80 triệu đồng...

"Thực hiện BHYT đã tạo thêm nguồn tài chính để giải quyết một số yêu cầu cấp bách của bệnh viện. Tuy nguồn tài chính nay còn khiêm tốn, nơi nhiều nhất có vài ba trăm triệu, nơi ít có được 10 - 20 triệu nhưng đã lo được đủ thuốc và vật tư tiêu hao cho khám chữa bệnh; tăng cường thêm phương tiện phục vụ cho người bệnh; có nơi đã sửa sang lại được bệnh viện, cải thiện điều kiện làm việc của cán bộ, nhân viên y tế..."(1).

Do có thêm nguồn tài chính nên chất lượng khám chữa bệnh được cải thiện, khắc phục được tình trạng xuống cấp của bệnh viện, dần lấy lại niềm tin của nhân dân đối với công tác y tế. Nhân dân hoan nghênh chủ trương thực hiện BHYT thay cho việc thu viện phí. Thực hiện BHYT đã tạo ra một tư duy mới trong quản lý y tế bằng biện pháp kinh tế. Tạo nên một nguồn tài chính quan trọng cho hoạt động khám chữa bệnh góp phần giúp cơ sở y tế vượt khỏi khó khăn của thời kỳ bao cấp. Trên cơ sở đánh giá kết quả thực hiện mô hình thí điểm BHYT, ngày 15/08/1992, Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ban hành Nghị định số 299/HĐBT kèm theo Điều lệ BHYT trên phạm vi cả nước.

Việc tổ chức các mô hình thí điểm BHYT nông dân có ý nghĩa thực tiễn Thông tư lớn và là tiền đề quan trọng đối với sự ra đời chính sách BHYT ở nước ta.

Bản sao lưu trữ

Khơi dậy và phát huy sức mạnh cộng đồng, đoàn kết, tương trợ, giúp đỡ nhau vượt qua ốm đau, hoạn nạn.

Qua thực hiện, BHYT đã thể hiện và minh chứng rõ tính nhân đạo, tính cộng đồng sâu sắc, mang đậm đà truyền thống đạo lý "lá lành đùm lá rách" của dân tộc ta. Nhiều người đóng BHYT nhưng chưa dùng đến, giúp cho những người khác trong cộng đồng có điều kiện vượt qua bệnh tật, ốm đau, 15 năm qua, trong số hàng chục triệu người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh và hưởng chế độ BHYT có hàng vạn người nông dân nhờ có BHYT mà đã cứu sống, được chữa trị chu đáo, trở về với cuộc sống bình thường. Với tấm thẻ BHYT, người nông dân mắc bệnh nặng có thể đi khám bệnh, kể cả khi mắc bệnh mãn tính phải điều trị dài ngày tốn kém, chấm dứt thảm cảnh không tiền, không thuốc.

Theo kết quả điều tra của Ban BHXH tự nguyện, BHXH Việt Nam tháng 11/2006 tại 272 hộ gia đình nông dân xã Thịnh Hưng, huyện Yên Bình, tỉnh Yên Bái, cho thấy, trong số 398 người có thẻ BHYT hộ gia đình nông dân thì nhóm tuổi có tỷ lệ tham gia cao nhất là 19 – 40 tuổi, chiếm tỷ lệ 46%, nhóm tham gia thấp nhất là 1 -5 tuổi (1,3%).Tuổi trung bình trong cộng đồng người tham gia BHYT hộ gia đình là 42,2 tuổi. Đây là mức tuổi trung bình bắt đầu có những nhu cầu về chăm sóc y tế. Ở ta tuổi này số ngày ốm bình quân trong năm là 5,8 ngày, nguyên nhân chính là mắc bệnh cấp tính 26,5% và mãn tính 9,4% (Điều tra y tế quốc gia năm 2002). Kết quả điều tra cũng cho thấy các hộ nông dân quan tâm nhiều hơn đến chính sách BHYT.

Theo tính toán của BHXH Việt Nam, cứ 100 người đóng BHYT tự nguyện thì đủ chi cho một người đi khám chữa bệnh nội trú một lần trong năm. Do vậy, việc giúp người dân không may bị rủi ro ốm đau, bệnh tật được khám chữa bệnh là mục đích tốt đẹp của BHYT nói chung và BHYT nông dân nói riêng, bởi lẽ: "BHYT là một chính sách xã hội lớn, là loại hình bảo hiểm đặc biệt, mang ý nghĩa nhân đạo cộng

đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. BHYT là cơ chế kinh tế, theo đó 90% người khỏe giúp 10% người cần chữa bệnh.

Với truyền thống đạo lý "lá lành đùm lá rách", việc thực hiện chính sách BHYT cho nông dân đã huy động sức mạnh cộng đồng, tương trợ, giúp đỡ nhau vượt qua ốm đau, hoạn nạn, giúp người nông dân vượt qua bẫy nghèo của bệnh tật.

Tạo lập ý thức trách nhiệm chăm lo bảo vệ sức khỏe cho bản thân, gia đình và cộng đồng.

Khi chưa có BHYT bản thân nông dân tự bản thân hoặc gia đình mình phải lo trang trải chi phí khi đi khám chữa bệnh, việc trợ giúp của cộng đồng là không có hoặc không đáng kể. Người nông dân rơi vào tình trạng bị động, bán nhà bán cửa và các tài sản khác để đối phó với đau ốm, bệnh tật. Khi đã có BHYT, họ như có tấm bùa hộ mệnh, không còn phải lo về khoản viện phí khi có nhu cầu khám chữa bệnh.

Nhờ thực hiện chế độ BHYT, người nông dân từ bị động đã chủ động chuyển sang phòng ngừa khó khăn về tài chính khi bệnh tật, đau ốm. Thông qua việc tam gia BHYT, họ đã chủ động đóng góp vào quỹ BHYT để giúp đỡ người khác không may đau ốm phải khám chữa bệnh tại bệnh viện. Khi đau ốm họ được quỹ BHYT trợ giúp kịp thời. Trong cuộc đời mỗi người, rủi ro đau ốm có tính chất thường xuyên, phổ biến và hầu như không ai tránh khỏi. Chi phí y tế là một chi phí thiết yếu và là một trong những chi phí tốn kém nhất trong đời sống xã hội. Người tham gia BHYT thực chất là đóng góp để giúp đỡ người khác chư không phải là đóng góp cho mình. Do đó, việc thực hiện BHYT cho người nông dân góp phần tích cực nâng cao ý thức chăm lo và tự bảo vệ sức khỏe cho bản thân họ, gia đình họ và cho cả cộng đồng. Các nhà nghiên cứu bảo hiểm cho rằng: "Khi ốm đau, được chăm sóc y tế không phải trả tiền trực tiếp từ nguồn thu nhập gia đình. Xã hội càng phát

triển, các loại hình dịch vụ bảo hiểm càng đa dạng và bản chất xã hội của nó càng thể hiện rõ nét hơn. Con người trong mọi lúc, mọi nơi, trong mọi hoàn cảnh đều cần đến sự hỗ trợ của bảo hiểm. Có ý kiến cho rằng, một đất nước, một xã hội văn minh hay không phụ thuộc vào sự phát triển và hoàn thiện của hệ thống bảo hiểm nước đó"(3).

Việc thực hiện BHYT cho người nông dân trong thời gian qua là một giải pháp đúng đắn trong công tác khám chữa bệnh, giúp cho người nông dân chủ động nguồn tài chính khi khám chữa bệnh, từng bước nâng cao nhận thức của họ về bảo hiểm trong xã hội văn minh, hiện đại, thực hiện sự chia sẻ giữa người khỏe với người ốm, người giàu với người nghèo, người trong độ tuổi lao động với trẻ em, người già.

Góp phần thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác y tế, tạo tiền đề tiến tới BHYT toàn dân.

Đại hội IX của Đảng nhấn mạnh: *"Thực hiện các chính sách xã hội hướng vào phát triển và lành mạnh hóa xã hội, thực hiện công bằng xã hội trong phân phối, tạo động lực mạnh mẽ phát triển sản xuất, tăng năng suất lao động xã hội, khuyến khích nhân dân làm giàu hợp pháp"* và *"Các chính sách xã hội được tiến hành theo tinh thần xã hội hóa, đề cao trách nhiệm của chính quyền các cấp, huy động các nguồn lực trong nhân dân và sự tham gia của các đoàn thể nhân dân, các tổ chức xã hội"(4).*

Thực hiện định hướng của Đảng, ngày 21/8/1997, Chính phủ ra Nghị quyết số 90/CP về phương hướng và chủ trương xã hội hóa các hoạt động giáo dục, y tế, văn hóa. Trên lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân, việc phát triển BHYT là một chủ trương, biện pháp quan trọng được Nghị quyết nhấn mạnh: *"Đa dạng hóa các mức đóng góp và quy định mức được chi từ quỹ BHYT tương ứng với thời gian đóng góp. Thực hiện các cơ chế chi trả thích hợp, tránh tình trạng lạm dụng thẻ BHYT. Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh để thu hút đông*

Bản sao lưu trữ

đảo nhân dân tham gia BHYT... mua BHYT cho các gia đình có công với nhà nước và cho người nghèo"(5).

Để thống nhất hơn nữa về nhận thức và chủ trương, có cơ chế, chính sách cụ thể, có giải pháp và bước đi thích hợp đến năm 2010, ngày 18/4/2005, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 05/2005/NQ-CP về đẩy mạnh xã hội hóa các hoạt động giáo dục, y tế, văn hóa và thể dục thể thao. Việc đẩy nhanh tiến độ phát triển BHYT, thực hiện BHYT toàn dân vào năm 2010 là một trong những định hướng quan trọng.

BHYT nông dân được thực hiện thí điểm từ năm 1990-1991, tuy nhiên do số người tham gia ít, lại phân tán trên diện rộng, mức đóng thấp, nên hầu hết các mô hình thí điểm đều không duy trì được lâu, nhiều nơi chỉ làm được một năm. BHYT nông dân được triển khai trên diện rộng từ cuối năm 2003, sau khi liên Bộ Tài Chính – Y tế ban hành Thông tư số 77 ngày 7/8/2003, Thông tư đầu tiên hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện. Đến năm 2005, Chính phủ ban hành điều lệ BHYT mới theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005; theo đó liên Bộ ban hành Thông tư số 22 ngày 24/8/2005 thay thế cho Thông tư số 77. Số liệu thống kê về BHYT nông dân trong những năm qua cho thấy, từ 30 ngàn người tham gia trong năm đầu triển khai, đến năm 2006 đã tăng lên 6,4 triệu người, gần bằng 195 tổng số người có BHYT hiện nay. Cùng với sự tăng lên không ngừng về số lượng người nông dân tham gia BHYT, nguồn quỹ BHYT cũng tăng nhanh từ vài tỷ đồng lên đến hàng trăm tỷ đồng, đóng góp đáng kể vào số thu của quỹ BHYT nói chung: "Gần bằng 1/3 ngân sách Nhà nước dành cho y tế, gần bằng 50% ngân sách Nhà nước dành cho công tác khám chữa bệnh, nhất là các tỉnh huyện nghèo đã hoạt động khởi sắc, sống động trở lại, góp phần ngăn chặn trình trạng xuống cấp của các cơ sở y tế"(6).

Sự phát triển của BHYT nông dân trong những năm gần đây càng cho thấy chủ trương thực hiện BHYT cho đối tượng này là hoàn

toàn đúng đắn, góp phần thực hiện chủ trương xã hội hóa công tác y tế, tạo tiền đề tiến đến BHYT toàn dân theo định hướng của Đảng.

Đóng góp thực hiện mục tiêu củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở.

Đảng và Nhà nước ta luôn coi trọng y tế cơ sở, đồng thời đề ra những chính sách, giải pháp phát triển, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở. Trước năm 1986, Việt Nam đã có một nền kinh tế khá phát triển với một mạng lưới cung cấp dịch vu y tế rộng khắp tới tận thôn bản. Y tế nông thôn Việt Nam đã từng là hình mẫu cho nhiều nước học tập. Mặt trận y tế nông thôn luôn được coi là xương sống của y tế. Chỉ thị 06/CT-TW của Ban Bí thư Trung Ương Đảng khóa VIII ngày 20/1/2002 về củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở đã chỉ rõ: "Mạng lưới y tế cơ sở (gồm y tế thôn bản, xã, phường, quận, huyện) là tuyến y tế trực tiếp gần dân nhất, đảm bảo cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe cơ bản với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo, xây dựng nếp sống văn hóa, trật tự an toàn xã hội, tạo niềm tin của nhân dân với chế độ xã hội chủ nghĩa". Ban Bí thư yêu cầu các cấp ủy đảng, chính quyền cần quán triệt và có kế hoạch thiết thực để tăng cường lãnh đạo, chỉ đạo việc củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở tại địa phương mình, cần ưu tiên dành ngân sách để nâng cấp y tế cơ sở ở các vùng khó khăn, nhất là các vùng trước đây là căn cứ cách mạng. Chỉ thị nêu rõ: "Tiến hành tổng kết kinh nghiệm thực tiễn để đề ra các chính sách hỗ trợ tài chính nhằm phát triển BHYT ở nông thôn, đặc biệt BHYT cho người nghèo; những người thuộc diện chính sách trợ cấp xã hội và nông dân"(7).

Trong những năm qua, các cơ quan BHYT ở địa phương đã phối hợp với ngành y tế tổ chức chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám chữa bệnh thông thường cho người BHYT tại y tế xã. Những nơi đã thực hiện BHYT cho nông dân thì công tác này được hết sức coi trọng. Việc tổ

chức tốt công tác khám chữa bệnh cho người có BHYT ở tuyến cơ sở góp phần thực hiện tốt chủ trương y tế gần dân, làm tốt nhiệm vụ quản lý và chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân, giảm bớt sự quá tải của y tế tuyến trên. Cơ quan BHYT phối hợp với ngành y tế đầu tư nâng cấp trạm y tế xã, phường, cung cấp thuốc men, tăng cường đội ngũ y bác sĩ về phục vụ người tham gia BHYT. "Cho đến hết năm 2002 đã có 495 tổng số trạm y tế xã trong toàn quốc thực hiện khám chữa bệnh thông thường, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho bệnh nhân BHYT. Nhiều tỉnh đã thực hiện khám chữa bệnh BHYT tại hầu hết các trạm y tế xã như Thái Nguyên, Vĩnh Phúc, BÌnh Dương, Bà Rịa – Vũng Tàu, Cần Thơ, Ninh Thuận... thực hiện chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh thông thường ngay tại nơi cư trú, được dư luận hoan nghênh"(8).

Nhờ có nguồn lực từ quỹ BHYT nói chung, đặc biệt là quỹ BHYT nông dân: "Hoạt động chuyên môn của các trạm y tế xã có khám chữa bệnh BHYT trở nên sôi động, điều kiện tài chính, trang thiết bị, cung ứng thuốc được cải thiện nhiều"(9).

NGUYÊN NHÂN CỦA THÀNH TỰU

Qua khảo sát, nghiên cứu cho thấy để có được những thành tựu cơ bản của BHYT nông dân trong những năm qua, có thể thấy những nguyên nhân cơ bản là:

Một là, có sự lãnh đạo sáng suốt của Đảng, kịp thời đề ra chính sách, giải pháp đúng đắn trước những vấn đề cấp bách đặt ra trong chính sách xã hội đối với nhân dân trong điều kiện chuyển đổi nền kinh tế từ kế hoạch hóa tập trung, bao cấp sang nền kinh tế thị trường mang định hướng XHCN, xóa bỏ bao cấp trong khám chữa bệnh. Việc thực hiện BHYT cho nông dân được tiến hàng thận trọng, không vội vàng, vừa làm vừa tổng kết rút kinh nghiệm, từng bước hoàn thiện cơ sở lý luận, đảm bảo cho sự thành công của chính sách xã hội mới lần đầu thực hiện ở nước ta.

Hai là, đây là chính sách đúng đắn, hợp ý Đảng và lòng dân, Đảng ta coi nông nghiệp, nông thôn là một trọng điểm cần tập trung khi tiến hành công nghiệp hóa, hiện đại hóa và đề ra những giải pháp chiến lược phát triển nông thôn, tập trung mọi nguồn lực thực hiện công nghiệp hóa, hiện đại hóa nông nghiệp, nông thôn. Chương trình giải quyết các vấn đề xã hội được tiến hành song song, hòa nhập với các chương trình phát triển kinh tế, các vấn đề xã hội phát sinh, đặc biệt là các vấn đề xã hội gay cấn, có nguyên nhân sâu xa từ kinh tế. Chính sách BHYT có tôn chỉ mục đích là của dân do dân và vì dân, việc thực hiện BHYT cho nông dân xuất phát từ nhu cầu và nguyện vọng của người nông dân, giúp họ có điều kiện tài chính để được khám chữa bệnh công bằng, bình đẳng trong nền kinh tế thị trường định hướng XHCN.

Ba là, chính sách BHYT với bản chất nhân đạo cộng đồng tốt đẹp, phù hợp với truyền thống đạo lý dân tộc Việt Nam "là lành đùm lá rách", "thương người như thể thương thân". Bản sắc văn hóa nông nghiệp vốn trọng tình, trọng nghĩa, người nông dân có lối sống gắn kết cộng đồng chặt chẽ, đồng tình ủng hộ chủ trương chính sách đúng đắn của Đảng và Nhà nước.

Bốn là, ở địa phương đã thực hiện BHYT cho nông dân các cấp ủy Đảng, chính quyền địa phương có nhận thức đúng đắn về vị trí, vai trò của chính sách BHYT trong chính sách xã hội nông thôn, nhận thấy trách nhiệm trước sức khỏe của người nông dân trong điều kiện đổi mới. Từ đó trăn trở, mày mò tìm giải pháp thực hiện giúp người nông dân thoát khỏi bẫy nghèo do ốm đau bệnh tật.

---

1. Quá trình hình thành và phát triển BHYT ở Việt Nam, Nxb hà Nội, 2002, tr.10.

2. Sđd, tr.1

3. Một số vấn đề kinh tế bảo hiểm, Nxb Chính trị quốc gia, Hà Nội, 1997, tr.20,21

4. Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ IX của Đảng, Nxb Chính trị quốc gia, Hà nội, 2001, tr.108, 204.

5. Quá trình hình thành và phát triển BHYT ở Việt Nam, Nxb Hà Nội, 2002, tr.66.

6. Sđd, tr.172, 173.

7. Sđd, Nxb Hà Nội, 2002, tr.166.

8. Sđd tr.174.

9. Sđd tr.175.

Bản sao lưu trữ

NHỮNG KẾT QUẢ VÀ THÁCH THỨC TRONG THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

NGUYỄN HUY NGHI

Năm 2006, BHYT tự nguyện trên cả nước thu được kết quả lớn. Tất cả các địa phương đều hoàn thành và vượt kế hoạch được giao. Chưa bao giờ BHYT tự nguyện lại phát triển mạnh mẽ và rộng khắp như thế. Kết thúc năm 2006, cả nước đã có hơn 10 người tham gia BHYT tự nguyện, thu về quỹ hơn 600 tỷ đồng, trong đó BHYT học sinh, sinh viên có 8 triệu người. BHYT tự nguyện nhân dân hơn 2 triệu người, góp phần cùng BHYT bắt buộc bắt buộc nâng tỷ lệ bao phủ BHYT trên cả nước lên gần 40% dân số.

Nhìn nhận từ những con số thống kê của năm 2006, có thể khẳng định chính sách BHYT đã đi vào cuộc sống một cách sinh động và thiết thực, biểu hiện cụ thể là:

- Đông đảo người dân hiểu rõ hơn lợi ích của BHYT và tích cực tham gia, chính quyền cơ sở, các hội đoàn thể đều hăng hái vận động người dân và hội viên mua thẻ BHYT, tạo thành một phong trào rầm rộ, rộng khắp; ở nhiều nơi thông qua việc mua BHYT mà các tổ chức hội, đoàn thể được kiện toàn, củng cố và tăng thêm số lượng hội viên.

- Quyền lợi khám chữa bệnh (KCB) được mở rộng, nhiều dịch vụ kỹ thuật cao được KCB thuận tiện, tỷ lệ đi KCB tăng cao, chi phí cho mỗi lần khám bệnh, mỗi lần điều trị cũng tăng lên. Nhiều người mời tham gia BHYT tự nguyện đã đi KCB ngay và được khỏi bệnh với chi phí hàng chục triệu đồng, tạo không khí phấn khởi, yên tâm và thúc

Bản sao lưu trữ

đẩy việc tham gia của nhiều người khác, tạo đà cho sự phát triển mở rộng đối tượng trong các chu kỳ tiếp theo.

- Một bộ phận dân cư thuộc nhóm cận nghèo từ trước tới nay chưa được tiếp cận với dịch vụ y tế, nhờ tham gia BHYT tự nguyện mà có điều kiện chữa trị các bệnh mãn tính, hồi phục sức khỏe.

- Các cơ sở KCB trên cả nước năm 2006 đã tiếp nhận hàng chục triệu lượt người có thẻ BHYT tự nguyện đến khám bệnh và điều trị, chi phí KCB thực tế đến gần 1.500 tỷ đồng. Nhiều bệnh viện trở nên quá tải, nhất là các bệnh viện chuyên khoa, đa khoa tuyến tỉnh và tuyến Trung ương.

Kết quả bước đầu về mặt số lượng người tham gia BHYT tự nguyện năm 2006 là rất đáng trân trọng, thể hiện sự quyết tâm, nỗ lực của đội ngũ cán bộ làm tự nguyện trên cả nước, sự chỉ đạo có hiệu quả của các cấp chính quyền địa phương, sự đồng tình ủng hộ một chủ trương chính sách mới của các tổ chức đoàn thể và đông đảo người dân. Tuy nhiên, trên thực tế việc mất cân đối thu chi quỹ BHYT nói chung và quỹ BHYT tự nguyện nói riêng lại đang là vấn đề phải xem xét điều chỉnh mới có thể phát triển ổn định và bền vững một chính sách BHYT là đảm bảo được sự tăng trưởng về số lượng đi đôi với việc cân đối thu chi, đảm bảo ngày càng tốt hơn quyền lợi của người tham gia BHYT đi đôi với việc an toàn quỹ BHYT. Nội dung này đặt ra cho ngành BHXH cả nước những thách thức lớn trong năm 2007, cả về các đề xuất sửa đổi, bổ sung chính sách và cả về cách thức tổ chức thực hiện. Từ thực tiễn ở nước ta và qua kinh nghiệm ở nhiều nước trên thế giới đã thực hiện BHYT tự nguyện, chúng ta có thể rút ra những bài học bổ ích cho mình ở một số điểm sau: BHYT tự nguyện dù mô hình có thể khác nhau, nhưng đều thống nhất ở lợi ích cho người tham gia làm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người có thu nhập thấp và người lao động tự do; góp phần cải thiện công tác KCB, chăm sóc sức khỏe ban đầu; thực hiện có hiệu quả công bằng trong KCB.

Bản lưu trữ

Tuy nhiên BHYT tự nguyện luôn gặp phải một số hạn chế làm cho nó không thể là mô hình đảm bảo cho việc thực hiện thành công BHYT toàn dân, không thể thay cho BHYT bắt buộc theo luật định. Đó là khả năng huy động vốn thấp vì mức đóng thường là nhỏ và số lượng người tham gia ít, không ổn định, thiếu bền vững. Hạn chế tiếp theo là BHYT tự nguyện không đủ khả năng cân đối được thu chi trong thời gian dài, mà nguyên nhân chính là mức đóng căn bản không đủ để trang trải chi phí KCB, là tình trạng lựa chọn ngược của người tham gia.

Nguy cơ chính tiềm ẩn trong BHYT tự nguyện là tính không ổn định, không bền vững. Để khắc phục các nước nhược điểm trên, BHYT tự nguyện phải xác định mức đóng phù hợp với khả năng kinh tế của người tham gia, xác định quyền lợi được hưởng khi đi khám chữa bệnh phù hợp với mức đóng, người tham gia phải tuân thủ những điều kiện nhất định về yếu tố cộng đồng, người khỏe bù cho số ít người ốm đau để khắc phục tình trạng người đang ốm, đang có nhu cầu KCB tham gia với tỷ lệ và cuối cùng là phải có phương thức thanh toán chi phí KCB hợp lý, tiết kiệm.

Đánh giá những kết quả và tồn tạo của việc tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện ở nước ta trong thời gian qua, có thể nhận thấy việc mất cân đối thu chi tạm thời của quỹ KCB là khá lớn và do một số nguyên nhân khách quan chi phối:

Thứ nhất, do cơ chế chính sách thay đổi, biểu hiện rõ nhất là mở rộng quyền lợi khám chữa bệnh theo Nghị định 63, Thông tư 21, Thông tư 22 với hàng loạt dịch vụ kỹ thuật cao được bổ sung, được thanh toán, với việc bỏ trần điều trị nội trú, bỏ cùng chi trả, làm cho khả năng kiểm soát và khống chế chi phí không còn hiệu lực.

Thứ hai, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ không có giới hạn đã khuyến khích người có thẻ tăng cường đi KCB, tăng cường đòi

hỏi sử dụng dịch vụ và thuốc: khuyến khích thầy thuốc tăng cường đáp ứng nhu cầu bệnh nhân vì cả bệnh nhân và bệnh viện cùng có lợi, làm cho số lần đi khám bệnh tính trên đầu thẻ tăng cao, chi phí cho một lần khám bệnh cũng gia tăng không ngưng.

Thứ ba, chính sách mở rộng quyền lợi KCB trong khi mức đóng của đối tượng tự nguyện nhân dân đang được quy định rất thấp, chỉ bằng 1/3 mức đóng bình quân chung nhóm đối tượng bắt buộc lại càng làm gia tăng mức độ mất cân đối thu chi; cũng do mức đóng thấp và quyền lợi không bị giới hạn nên phần đông những người đang có nhu cầu KCB mới tích cực tham gia, thậm chí còn tạo áp lực đối với cơ quan BHXH phải phát hành thẻ. Ngay cả báo chí cũng đòi hỏi phải bán thẻ BHYT tự nguyện cho những người có nhu cầu khám bệnh. Cơ chế chính sách như vậy là không phù hợp với nguyên lý chung của bảo hiểm là tính cộng động, lấy số đông bù số ít, người khỏe lo cho người ốm đau.

Thứ tư, các văn bản hướng dẫn thực hiện quy định về điều kiện tham gia BHYT tự nguyện còn thiếu chặt chẽ, có thể bị lợi dụng, ví dụ như quy định hội, đoàn thể cần tham gia đủ 30% tổng số hội viên mới phát hành thẻ, nhưng thực tế tổng thể số hội viên là bao nhiêu thì không thể xác định chính xác, ai cũng có thể trở thành hội viên được chỉ cần đóng hội phí. Từ đó người đang có nhu cầu khám bệnh có thể dễ dàng gia nhập Hội để được mua thẻ BHYT, nhất là nhóm người đang ốm đau bệnh tật.

Thứ năm, chế tài kiểm soát và xử lý những trường hợp lợi dụng tham gia BHYT không đúng đối tượng, không đủ điều kiện chưa được rõ ràng.

Từ những hạn chế nêu trên, có thể thấy việc thực hiện chính sách BHYT tự nguyện ở nước ta đang đứng trước những thách thức Thông tư lớn của yêu cầu mở rộng và tăng nhanh số lượng người tham gia với đảm bảo cân đối thu chi quỹ, giữa đòi hỏi nâng cao quyền lợi người có

thẻ BHYT với việc an toàn và tăng trưởng quỹ. Năm 2006, do có nguồn kết dư tích tụ từ những năm trước, cơ quan BHXH đã trang trải cơ bản phần chi phí thực tế cho người bệnh, nhưng từ năm 2007 nguồn dự trữ ấy đã cạn kiệt trong bối cảnh Luật BHXH đã có hiệu lực thi hành, không thể điều tiết từ các quỹ thành phần khác của BHXH sang cho quỹ BHYT, nếu quỹ BHYT tiếp tục bị mất cân đối. Vấn đề đảm bảo an toàn quỹ BHYT, yêu cầu phải có ngay những giải pháp quyết liệt để điều chỉnh chính sách, cũng như những biện pháp tổ chức thực hiện đúng quy định, chặt chẽ và thận trọng.

Một số giải pháp được các chuyên gia và cán bộ ngành hữu quan tham gia nhằm góp phần đảm bải cân đối được thu chi quỹ BHYT trong thời gian tới đều tập trung vào việc tham mưu đề xuất với các cấp có thẩm quyền với cơ quan xây dựng chính sách để điều chỉnh sửa đổi căn bản Thông tư liên Bộ số 22 hướng dẫn thực hiện BHYT tự nguyện, cụ thể gồm một số nội dung như sau:

- Điều chỉnh tăng mức đóng BHYT tự nguyện lên tương đương mức đóng bình quân của đối tượng bắt buộc, vì quyền lợi khám chữa bệnh của người có thẻ BHYT là như nhau, tuy nhiên không thể tăng ngay mà phải có lộ trình tăng dần trong một số năm.

- Trong thời gian điều chỉnh mức đóng phải thực hiện nguyên lý mức đóng phù hợp với mức hưởng theo hưởng xây dựng gói quyền lợi BHYT để người có thẻ BHYT đều được đảm bảo quyền lợi cơ bản thì tùy theo loại dịch vụ kỹ thuật, từng loại thuốc chuyên khoa, cơ quan BHXH chi trả một phần, còn lại người tham gia BHYT phải cùng chi trả.

- Quy định bổ sung những điều kiện cần thiết khi tham gia BHYT tự nguyện để thu hút số đông người khỏe mạnh tham gia, khắc phục tình trạng lựa chọn ngược, chỉ số ít người ốm mới tham gia. Theo hướng này, năm 2007 sẽ tập trung triển khai nhóm đối tượng hộ gia

đình với các điều kiện tham gia mới, chuyển hình thức tham gia theo Hội đoàn thể và thân nhân người lao động sang tham gia theo Hội nhóm Hộ gia đình.

- Thay đổi phương thức thanh toán chi phí KCB hướng tới việc quản lý BHYT phải do cả người có thẻ và cơ sở KCB cùng lo, cụ thể là mở rộng và phát triển phương thức thanh toán theo chẩn đoán, tạo chủ động cho cơ sở KCB.

- Khôi phục cơ chế cùng chi trả một phần chi phí KCB, tạo ra một kênh kiểm soát chi phí KCB hiệu quả của chính người tham gia BHYT, đồng thời cũng là yếu tố đòi hỏi thầy thuốc phải cân nhắc trong chỉ định các dịch vụ kỹ thuật và thuốc, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và sử dụng quỹ BHYT.

- Đối với cơ quan BHXH, năm 2007 sẽ tập trung nhiều hơn vào công tác kiểm tra giám sát hướng dẫn các cơ sở thực hiện đúng quy định về điều kiện phát hành thẻ, khắc phục những vấn đề còn sơ hở, lỏng lẻo trong quản lý, điều hành và thực hiện nghiệp vụ, triển khai đúng quy trình, đạt hiệu quả cao; khắc phục bệnh thành tích, chạy theo số lượng chỉ tiêu kế hoạch mà xem nhẹ khâu kiểm tra, tự kiểm tra ở mỗi địa phương.

Bản lưu trữ

ĐÔI ĐIỀU SUY NGHĨ VỀ NỘI DUNG ĐƯA VÀO LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

HÀ THỨC CHÍ

Phiên họp ngày 15/4/1992, kỳ họp thứ 11 Quốc hội khóa VIII đã thông qua Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam, BHYT được quy định tại điều 39 của Hiến pháp "Thực hiện BHYT để mọi người dân được chăm sóc sức khỏe". Đây là cơ sở pháp lý hết sức quan trọng cho việc triển khai BHYT tại Việt Nam. Ngày 15/8/1992 Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) đã ra Nghị định số 299/HĐBT ban hành Điều lệ BHYT, khai sinh chính sách BHYT tại Việt Nam. Từ đó đến nay, Chính phủ ban hành thêm 2 Nghị định là Nghị định số 58/CP và Nghị định số 63/CP để đáp ứng tình hình và yêu cầu phát triển nhanh chóng của BHYT. Theo chương trình xây dựng pháp luật năm 2007, trong thời gian tới, Dự thảo Luật BHYT sẽ được đưa ra Quốc hội tham gia ý kiến. Trong khuôn khổ bài viết này, tôi xin mạnh dạn tham gia một số ý kiến về những ưu, nhược điểm của các Nghị định về BHYT trong suốt 15 năm qua và một số ưu điểm cần nghiên cứu đưa vào luật.

TỔNG QUAN VỀ ƯU VÀ NHƯỢC ĐIỂM CỦA CÁC NGHỊ ĐỊNH VỀ BHYT

Nghị định 299/HĐBT là văn bản pháp lý đầu tiên ở nước ta về BHYT, được sinh ra trong giai đoạn khó khăn nhất của ngành Y tế. Đó là tình trạng xuống cấp nghiêm trọng của hầu hết các cơ sở y tế trong một thời gian dài bao cấp. Chủ trương thu viện phí đang gặp sự chống đối mạnh mẽ của xã hội thời đó. Nghị định 299/HĐBT ra đời đúng lúc, đã đóng vai trò quan trọng trong việc bổ sung một nguồn kinh phí đáng

kế cho các cơ sở khám chữa bệnh nhà nước khôi phục lại hoạt động. Điều lệ BHYT theo Nghị định 299/HĐBT có 5 chương, 25 điều. Chương I, những quy định chung có 6 điều. Chương II, mức đóng và trách nhiệm đóng, gồm 6 điều. Chương III, gồm 6 điều, quyền và trách nhiệm các bên tham gia BHYT. Chương IV gồm 5 điều, sử dụng thẻ BHYT và quỹ BHYT. Chương V, gồm 2 điều giải quyết khiếu tố khiếu nại. Đối tượng tham gia bắt buộc rất hạn chế bao gồm những CB CNV tại chức và hưu trí, ở các đơn vị thuộc đơn vị hành chính sự nghiệp, người lao động ở khu vực sản xuất kinh doanh. Các đối tượng khác thì không quy định rõ ràng. Mức đóng là 3% lương cơ bản và các khoản phụ cấp như hiện nay. Quyền lợi khám chữa bệnh được cơ quan BHYT thanh toán toàn bộ theo chế độ viện phí, chủ yếu chi phần lớn cho khu vực nội trú. Phạm vi chi trả của quỹ còn hạn chế chủ yếu cho điều trị bệnh tật, không thanh toán các bệnh xã hội, các bệnh bẩm sinh và dị tật bẩm sinh, các tai nạn lao động, giao thông, chiến tranh và thiên tai. Hệ thống tổ chức BHYT do Sở Y tế quản lý và mỗi địa phương có một Hội đồng quản trị quỹ do UBND tỉnh chỉ đạo. Tuy mới ra đời, nhưng ưu điểm to lớn của Nghị định 299/HĐBT là đã thu hút được một số lượng lớn người tham gia BHYT và làm nền tảng cho sự phát triển chính sách BHYT sau này. Số người tham gia BHYT sau 4 năm thực hiện đã lên đến trên 9 triệu người, trong đó có trên 3,1 triệu người thuộc diện BHYT tự nguyện học sinh – sinh viên. Hàng năm, hệ thống BHYT đã huy động trên 400 tỷ đồng chi cho việc KCB. Hàng triệu người tham gia BHYT đã quen dần với việc hưởng chế độ BHYT khi bị ốm đau. Đồng thời, BHYT đã huy động hàng trăm tỷ đồng đầu tư nâng cấp cho các cơ sở KCB từ Trung ương đến địa phương, hồi sinh cho hàng ngàn cơ sở y tế cơ sở từ huyện đến xã góp phần ngăn chặn tình trạng xuống cấp của các cơ sở y tế.

Tuy vậy, qua 4 năm hoạt động BHYT, Nghị định 299 đã bộc lộ những nhược điểm do tình hình kinh tế xã hội phát triển nhanh chóng,

nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng cao và cơ chế thị trường đang ảnh hưởng lớn đến ngành y tế, nảy sinh nhiều mâu thuẫn, những khó khăn phức tạp lúc bấy giờ. Đó là Nghị định 299/HĐBT không xác định BHYT là một chính sách xã hội của Nhà nước và hệ thống BHYT là đơn vị sự nghiệp, chưa thể hiện rõ tính xã hội, tính cộng đồng của chính sách BHYT qua việc đối tượng tham gia BHYT bắt buộc còn hạn chế. Không có cơ sở pháp lý để mở rộng cho đối tượng nhân dân tham gia. Việc chỉ đạo và tổ chức chưa được thống nhất đồng bộ do phân tán ở các địa phương dẫn đến quyền lợi người tham gia không được bảo đảm, thậm chí bị vi phạm. Việc sử dụng quỹ BHYT chưa được quy định chặt chẽ nên xảy ra lạm dụng quỹ của cả người tham gia và các bệnh viện, gây nên tình trạng bội chi quỹ cục bộ một số địa phương. Nguyên nhân cơ bản của những nhược điểm trên là do những môi trường pháp lý về BHYT không được rõ ràng, chưa hoàn chỉnh. Cơ chế hoạt động của BHYT còn nhiều hạn chế, việc phân cấp quản lý, chỉ đạo từ Trung ương đến địa phương không thống nhất, hệ thống tổ chức chưa đồng bộ, thiếu chặt chẽ vì BHYT địa phương trực thuộc Sở Y tế và do Hội đồng quản trị quỹ địa phương quản lý trực tiếp, BHYT Việt Nam chỉ đạo chuyên môn đã gây khó khăn, lúng túng trong điều hành thực hiện ở cấp cơ sở. Ngoài ra, chính sách BHYT bấy giờ lại chịu sự ảnh hưởng và tác động khách quan trực tiếp của các chủ trương chính sách y tế do việc ngành y tế chậm đổi mới. Nhà nước còn bao cấp quá nhiều cho ngành y tế. Tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên y tế còn gây nhiều phiền hà, phân biệt đối xử đối với người đóng viện phí trực tiếp. Người bệnh kêu ca phàn nàn chính sách BHYT nhưng thực chất là do các đơn vị y tế gây ra.

Ngày 13/8/1998 Chính phủ ra Nghị định số 58/CP, ban hành điều lệ BHYT mới thay cho Nghị định số 299/HĐBT. Nghị định 58/CP là một bước đi tiếp theo sau Nghị định 299/HĐBT có tính đột phá rất lớn làm thay đổi diện mạo của chính sách BHYT trong thời kỳ đổi mới

nền kinh tế của đất nước. BHYT vừa là một chính sách xã hội vừa là một ngành kinh tế kỹ thuật có đặc thù phức tạp tác động liên quan đến nhiều lĩnh vực và mọi thành viên trong xã hội. BHYT không còn đơn giản chỉ là đơn vị thu – chi như những tổ chức bảo hiểm khác. Nghị định 58/CP ra đời tạo ra một số ưu điểm lớn hơn so với Nghị định 299/HĐBT. Nghị định gồm 8 chương và 32 điều. Chương I, những quy định chung, gồm 5 điều. Chương II, chế độ BHYT và thanh toán chi phí KCB BHYT, gồm 6 điều. Chương III, trách nhiệm, phương thức và mức đóng BHYT, gồm 2 điều. Chương IV, quyền, trách nhiệm của các bên tham gia, gồm 4 điều. Chương V, quản lý sử dụng quỹ và thẻ BHYT, gồm 3 điều. Chương VI, BHYT tự nguyện, gồm 4 điều. Chương VII, tổ chức quản lý BHYT, gồm 5 điều. Chương VIII, khen thưởng, giải quyết khiếu nại và xử lý vi phạm, gồm 3 điều. Ưu điểm hơn Nghị định 299 là mở rộng thêm đối tượng tham gia BHYT bắt buộc và xác định BHYT là một chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức thực hiện. Tăng thêm quyền hạn và trách nhiệm cho các bên tham gia vào chính sách BHYT. Ưu điểm vượt trội nhất là đã thống nhất tập trung quỹ và hệ thống BHYT về Trung ương quản lý. Thành lập được Hội đồng quản lý quỹ BHYT Trung ương. Quyền lợi đã được mở rộng thêm đối với các dịch vụ tự chọn bằng hình thức thanh toán trực tiếp, đây là một giải pháp mới có tính chiến lược đáp ứng lợi ích lâu dài cho người tham gia BHYT. Đầu năm 1999, cơ chế cùng chi trả 20% chi phí KCB đã được áp dụng lần đầu tiên tại Việt Nam. Cơ chế này phù hợp với xu thế phát triển BHYT và nhu cầu KCB ngày càng cao của nhân dân. BHYT tự nguyện đã được hướng dẫn chi tiết hơn bằng 3 điều mới làm cơ sở pháp lý quan trọng cho cơ quan BHYT triển khai chính sách và đối tượng tham gia. Phải nói rằng Nghị định 58/CP đã thổi một luồng gió mới vào chính sách BHYT. Giá trị những nội dung quy định trong nghị định bây giờ vẫn còn tính thời sự. Kết quả đạt được của Nghị định 58/CP đã được chứng minh trong thực tiễn. Hơn 12,5 triệu người tham gia BHYT diện bắt buộc và trên 4,2 triệu người tham gia diện BHYT

tự nguyện học sinh và nhân dân. Nguồn thu quỹ BHYT gia tăng chiếm 1/3 ngân sách nhà nước cấp cho ngành y tế và 50% ngân sách dành cho lĩnh vực điều trị. Các cơ sở y tế tuyến huyện, xã nhờ BHYT đã phát triển mạnh mẽ, nâng cao chất lượng KCB. Nhờ chính sách cùng chi trả nên người bệnh tự giác hơn khi đi KCB, quỹ BHYT được an toàn có kết dư dự phòng và điều quan trọng giảm được sự quá tải người đến KCB cho các đơn vị y tế. Quyền lợi của người tham gia được mở rộng nhờ chi trả trực tiếp và chi trả các dịch vụ y tế kỹ thuật cao. Tuy có nhiều ưu điểm nhưng Nghị định 58/CP đã bộc lộ một số nhược điểm quan trọng cần phải xem xét. Quy định pháp lý để truy cứu trách nhiệm về đối tượng tham gia BHYT bắt buộc không rõ ràng cụ thể. Quyền hạn của cơ quan BHYT chưa tương xứng với nhu cầu phát triển ngày càng cao của BHYT. Quy định về BHYT tự nguyện chưa cụ thể về trách nhiệm của UBND các địa phương trong quá trình triển khai.

Ngày 16/5/2005, Chính phủ ra Nghị định số 63/CP ban hành Điều lệ BHYT mới thay cho Nghị định số 58/CP. Nghị định có 3 chương và 35 điều. Ưu điểm của Nghị định này là trong chương I, phần quy định chung có 6 điều. Giải thích từ ngữ trong Nghị định rõ ràng dễ hiểu, mở rộng thêm đối tượng tham gia BHYT bắt buộc. Quy định chi tiết hơn cho BHYT tự nguyện. Chương II, mở rộng tối đa quyền lợi cho người tham gia BHYT kể cả thanh toán chi phí vận chuyển, các bệnh bẩm sinh và tai nạn giao thông. Bỏ chế độ cùng chi trả. Mở rộng thêm quyền hạn của cơ quan BHXH trong việc tổ chức Đại lý BHYT. Kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xử lý đơn vị vi phạm chế độ BHXH, BHYT. Nghị định 63/CP ra đời đã đáp ứng được nhu cầu phát triển chính sách BHYT để hướng tới mục tiêu BHYT toàn dân. Quyền lợi của người tham gia được đảm bảo toàn diện. Các cơ sở của ngành y tế phát triển vượt bậc về chất lượng chuyên môn cũng như trang thiết bị hiện đại đáp ứng được nhu cầu KCB của người tham gia BHYT. Tuy nhiên, phải nói rằng, Nghị định 63/CP vẫn còn một số

Bản sao lưu trữ

nhược điểm, nếu không sửa đổi thì nguy cơ mất an toàn quỹ BHYT, tình trạng lạm dụng quỹ và quá tải người đi KCB cho các cơ sở y tế là rất lớn.

KIẾN NGHỊ MỘT SỐ NỘI DUNG CẦN ĐƯA VÀO LUẬT BHYT

Luật BHYT là văn bản pháp lý cao nhất về BHYT. Vì vậy, Luật càng chi tiết hóa càng dễ thực hiện. Hơn nữa Luật BHYT phải đáp ứng yêu cầu phát triển hiện nay và tương lai của BHYT. Luật BHYT phải đúc kết kinh nghiệm từ các Nghị định và bổ sung cho phù hợp. Trong 3 Nghị định của Chính phủ thì Nghị định nào cũng có những ưu, nhược điểm nhất định góp phần to lớn cho sự phát triển BHYT tại nước ta. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, Nghị định 58/CP là một Nghị định về BHYT mang tính đột phá cao và nhiều nội dung hiện nay vẫn có giá trị thực tiễn so với 2 Nghị định 299/HĐBT và 63/CP. Nên xem xét đưa lại một số nội dung của Nghị định 58/CP vào dự thảo Luật BHYT sắp tới để tính pháp lý và tính khả thi cao hơn. Xin kiến nghị một số nội dung như sau:

1. Phần quy định chung nên giữ lại toàn bộ quy định của Nghị định 63/CP, nhưng cần bỏ phần các tổ chức kinh tế khác sử dụng lao động vì không khả thi trong thực tế. Nên đưa thêm học sinh sinh viên vào diện BHYT bắt buộc.

2. Chế độ BHYT và thanh toán chi phí KCB BHYT nên quy định thêm phần cùng chi trả 20% và miễn giảm cho một số đối tượng như người nghèo, cán bộ hưu trí, người có công như của Nghị định 58/CP. Đây là nhân tố quan trọng tạo nên tính tự giác của người tham gia vào việc bảo vệ quỹ và giảm tải cho các bệnh viện. Bỏ một số chế độ BHYT như tai nạn giao thông, các bệnh bẩm sinh sẽ quy định riêng cho một số đối tượng, chế độ trợ cấp vận chuyển.

Bản sao lưu trữ

3. Phương thức thanh toán BHYT đối với cơ sở KCB không nên chọn theo dịch vụ phí, chỉ chọn các phương thức tốt hơn các nước khác đang sử dụng là thanh toán theo định suất, theo chẩn đoán... để đưa trực tiếp vào Luật.

4. Mức đóng BHYT không nên quy định vào Luật mà chỉ cần giao cho Chính phủ quyết định tùy tình hình phát triển của quỹ BHYT.

5. Quyền và trách nhiệm nên giữ lại toàn bộ nội dung của Nghị định 63/CP. Nên ghi rõ thêm phần tổ chức thanh tra chính sách BHYT do thanh tra Bộ Y tế thực hiện phối hợp với các Bộ, ngành liên quan.

Bản sao lưu trữ

CÁC QUY ĐỊNH VỀ CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM XÃ HỘI BẮT BUỘC THEO PHÁP LUẬT BẢO HIỂM XÃ HỘI

Theo quy định của Luật BHXH Nghị định số 152/2006/NĐ-CP ngày 22/12/2006 hướng dẫn một số điều của Luật BHXH về BHXH bắt buộc và Thông tư số 03/2007/TT-BLĐTBXH ngày 30/01/2007 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 15/2006/NĐ-CP. Để thuận tiện cho việc tìm hiểu những quy định về các chế độ BHXH bắt buộc, xin được hệ thống như sau:

I. ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG:

1. Cán bộ, công chức, viên chức và người lao động làm việc theo hợp đồng lao động tham gia BHXH bắt buộc bao gồm:

a) Cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức;

b) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên và hợp đồng lao động không xác định thời hạn theo quy định của pháp luật về lao động;

c) Người lao động, xã viên, kể cả cán bộ quản lý làm việc và hưởng tiền công theo hợp đồng lao động từ đủ 3 tháng trở lên trong hợp tác xã, Liên hiệp hợp tác xã thành lập, hoạt động theo Luật Hợp tác xã;

d) Công nhân quốc phòng, công nhân công an làm việc trong các doanh nghiệp thuộc lực lượng vũ trang;

đ) Người lao động quy định tại các điểm a, b, c và điểm d khoản này được cử đi học, thực tập, công tác trong và ngoài nước mà vẫn hưởng tiền lương hoặc tiền công ở trong nước;

Bản sao lưu trữ

e) Người lao động đã tham gia BHXH bắt buộc mà chưa nhận BHXH một lần trước khi đi làm việc có thời hạn ở nước ngoài theo quy định của pháp luật về người lao động Việt Nam đi làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng, bao gồm các loại hợp đồng sau đây:

e_1- Hợp đồng với tổ chức sự nghiệp, doanh nghiệp được phép hoạt động dịch vụ đưa lao động đi làm việc ở nước ngoài, doanh nghiệp đưa lao động đi làm việc ở nước ngoài dưới hình thức thực tập, nâng cao tay nghề và doanh nghiệp đầu tư ra nước ngoài có đưa lao động đi làm việc ở nước ngoài;

e_2- Hợp đồng với doanh nghiệp Việt Nam nhận thầu, trúng thầu công trình ở nước ngoài;

e_3- Hợp đồng cá nhân.

Đối tượng áp dụng BHXH bắt buộc nêu tại khoản này gọi chung là người lao động.

2. Người sử dụng lao động tham gia BHXH bắt buộc bao gồm:

a) Doanh nghiệp thành lập, hoạt động theo Luật Doanh nghiệp;

b) Các Công ty nhà nước thành lập theo Luật Doanh nghiệp Nhà nước đang trong thời gian chuyển đổi thành Công ty trách nhiệm hữu hạn hoặc Công ty cổ phần theo Luật Doanh nghiệp;

c) Cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp của Nhà nước;

d) Tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội, tổ chức chính trị xã hội – nghề nghiệp, tổ chức xã hội – nghề nghiệp, tổ chức xã hội khác;

đ) Tổ chức, đơn vị hoạt động theo quy định của pháp luật;

e) Cơ sở ngoài công lập hoạt động trong các lĩnh vực: giáo dục – đào tạo; y tế; văn hóa; thể dục thể thao; khoa học và công nghệ; môi

Bản sao lưu trữ

trường; xã hội; dân số, gia đình, bảo vệ chăm sóc trẻ em và các ngành sự nghiệp khác;

g) Hợp tác xã, Liên hiệp Hợp tác xã thành lập, hoạt động theo Luật Hợp tác xã;

h) Hộ kinh doanh cá thể, tổ hợp tác, tổ chức khác và cá nhân có thuê mướn, sử dụng và trả công cho người lao động theo quy định của pháp luật lao động;

i) Cơ quan, tổ chức, cá nhân nước ngoài, tổ chức quốc tế hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam có sử dụng lao động là người Việt Nam, trừ trường hợp Điều ước quốc tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ký kết hoặc tham gia có quy định khác.

II. CÁC CHẾ ĐỘ BHXH BẮT BUỘC:

1. Chế độ ốm đau;

2. Chế độ thai sản;

3. Chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

4. Chế độ hưu trí;

5. Chế độ tử tuất.

Người lao động làm việc ở nước ngoài theo hợp đồng quy định tại điểm e_1, e_3 khoản 1 Mục I chỉ thực hiện chế độ hưu trí và tử tuất.

III. QUY ĐỊNH VỀ CÁC CHẾ ĐỘ BHXH BẮT BUỘC:

1. Chế độ ốm đau:

1.1. Đối tượng và điều kiện hưởng:

a. Đối tượng hưởng: Người lao động thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và tiết e_2 điểm e khoản 1 Mục I.

b. Điều kiện hưởng:

Bản sao lưu trữ

- Người lao động bị ốm đau, tai nạn rủi ro phải nghỉ việc và có xác nhận của cơ sở y tế. Trường hợp ốm đau, tai nạn phải nghỉ việc do tự hủy hoại sức khỏe, do say rượu hoặc sử dụng ma túy, chất gây nghiện khác thì không được hưởng chế độ ốm đau.

- Người lao động có con dưới 7 tuổi bị ốm đau, phải nghỉ việc để chăm sóc con và có xác nhận của cơ sở y tế.

1.2. Thời gian tối đa người lao động nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau trong một năm:

a. Làm việc trong điều kiện bình thường: 30 ngày, nếu đóng BHXH dưới 15 năm; 40 ngày, nếu đóng BHXH từ 15 năm đến dưới 30 năm; 60 ngày, nếu đóng BHXH từ 30 năm trở lên.

b. Làm nghề hoặc công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm hoặc làm việc thường xuyên ở nơi có phụ cấp khu vực hệ số 0,7 trở lên: 40 ngày, nếu đóng BHXH dưới 15 năm; 50 ngày, nếu đóng BHXH từ 15 năm đến dưới 30 năm; 70 ngày, nếu đóng BHXH từ 30 năm trở lên.

c. Có con ốm đau được nghỉ việc hưởng chế độ trong 1 năm cho mỗi con là 20 ngày nếu con dưới 3 tuổi, 15 ngày nếu con từ đủ 3 tuổi đến dưới 5 tuổi. Trường hợp cả mẹ và cha cùng tham gia BHXH, nếu một người đã hết thời hạn hưởng chế độ mà con vẫn ốm đau thì người kia được hưởng chế độ theo quy định này.

Thời gian tối đa hưởng chế độ ốm đau trong một năm tại tiết a, b và tiết c nêu trên được tính theo ngày làm việc không kể ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, nghỉ hàng tuần. Thời gian trong một năm được tính kể từ ngày 01 tháng 01 đến ngày 31 tháng 12 của năm dương lịch, không phụ thuộc vào thời điểm bắt đầu tham gia BHXH của người lao động.

d. Người lao động mắc bệnh thuộc Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành được hưởng chế độ ốm đau tối đa không quá 180 ngày trong một năm tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày

Bản sao lưu trữ

nghỉ hàng tuần. Trường hợp hết thời hạn 180 ngày mà vẫn tiếp tục điều trị thì được hưởng tiếp chế độ ốm đau với mức thấp hơn theo hướng dẫn tại tiết b điểm 1.3 dưới đây.

1.3. Mức hưởng chế độ ốm đau:

a. Mức hưởng chế độ ốm đau tại tiết a, b và tiết c điểm 1.2 khoản này bằng 75% mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của tháng liền kề trước khi nghỉ việc, được tính như sau:

$$\text{Mức hưởng chế độ ốm đau} = \frac{\text{Tiền lương, tiền công đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc}}{\text{26 ngày}} \times 75\,(\%) \times \text{Số ngày nghỉ việc được hưởng chế độ ốm đau}$$

Số ngày nghỉ việc được hưởng chế độ ốm đau không kể ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần.

b. Mức hưởng chế độ ốm đau đối với người lao động mắc bệnh cần chữa trị dài ngày bằng 75% mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của tháng liền kề trước khi nghỉ việc với thời gian tối đa là 180 ngày trong một năm.

Trường hợp hết thời hạn 180 ngày mà người lao động vẫn tiếp tục điều trị thì mức hưởng bằng 65% mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của tháng liền kề trước khi nghỉ nếu đã đóng BHXH từ đủ 30 năm trở lên, bằng 55% nếu đã đóng BHXH từ đủ 15 năm đến dưới 30 năm, bằng 45% nếu đã đóng BHXH dưới 15 năm.

Mức hưởng chế độ ốm đau đối với người lao động mắc bệnh cần chữa trị dài ngày được tính như sau:

Bản sao lưu trữ

$$\text{Mức hưởng chế độ ốm đau đối với các bệnh cần chữa trị dài ngày} = \frac{\text{Tiền lương, tiền công đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc}}{\text{26 ngày}} \times \text{Tỷ lệ mức hưởng chế độ ốm đau} \times \text{Số ngày nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau}$$

Số ngày nghỉ việc được hưởng chế độ ốm đau tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, nghỉ hàng tuần.

Trường hợp người lao động mắc bệnh cần chữa trị dài ngày sau 180 ngày vẫn tiếp tục điều trị, khi tính mức hưởng chế độ ốm đau trong tháng (65% hoặc 55% hoặc 45%) mà thấp hơn mức lương tối thiểu chung thì mức hưởng chế độ ốm đau bằng mức lương tối thiểu chung.

1.4. Mức tiền lương, tiền công đóng BHXH làm cơ sở tính hưởng chế độ ốm đau:

a. Mức tiền lương, tiền công đóng BHXH làm cơ sở tính hưởng chế độ ốm đau là mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của tháng liền kề trước khi nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau.

b. Trường hợp người lao động hưởng chế độ ốm đau trong tháng đầu tham gia BHXH, thì mức tiền lương, tiền công đóng BHXH làm cơ sở tính hưởng chế độ ốm đau là mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của chính tháng đó.

1.5. Dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau khi ốm đau:

a. Điều kiện hưởng:

Bản sao lưu trữ

Người lao động sau thời gian hưởng chế độ ốm đau nêu tại tiết a, b, d điểm 1.2 khoản 1 mục này mà sức khỏe còn yếu.

b. Thời gian nghỉ trong một năm:

- Tối đa 10 ngày đối với người lao động sức khỏe còn yếu sau thời gian ốm đau do mắc bệnh cần chữa trị dài ngày;

- Tối đa 7 ngày đối với người lao động sức khỏe còn yếu sau thời gian ốm đau do phải phẫu thuật;

- Bằng 5 ngày đối với các trường hợp khác.

Thời gian nêu trên tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần, ngày đi và về nếu nghỉ tại cơ sở tập trung. Số ngày nghỉ dưỡng sức phục hồi sức khỏe có người sử dụng lao động và Ban Chấp hành Công đoàn cơ sở hoặc ban chấp hành công đoàn lâm thời quyết định.

c. Mức hưởng một ngày dưỡng sức, phục hồi sức khỏe:

- Bằng 25% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe tại gia đình;

- Bằng 40% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe tại cơ sở tập trung, mức hưởng này tính cả tiền đi lại, tiền ăn và ở.

2. Chế độ thai sản:

2.1. Đối tượng và điều kiện hưởng:

a. Đối tượng hưởng: Người lao động thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và tiết e_2 điểm e khoản 1 Mục I được hưởng chế độ thai sản thuộc một trong các trường hợp sau:

- Lao động nữ mang thai nghỉ việc khám thai, bị sảy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu;

- Lao động nữ sinh con;

Bản sao lưu trữ

- Người lao động (không phân biệt nam hay nữ) nhận nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi;

- Người lao động đặt vòng tránh thai, thực hiện các biện pháp triệt sản.

Điều kiện hưởng:

- Đối với lao động nữ sinh con và người lao động nhận con nuôi dưới 4 tháng tuổi phải đóng BHXH từ đủ 6 tháng trở lên trong thời gian 12 tháng trước khi sinh con hoặc nhận con nuôi (sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi trước ngày 15 của tháng, thì tháng sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi không tính vào thời gian 12 tháng trước khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi; sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi từ 15 trở đi của tháng, thì tháng sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi được tính vào thời gian 12 tháng trước khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi).

- Trường hợp người lao động thôi việc trước thời điểm sinh con hoặc nhận con nuôi dưới 4 tháng tuổi mà đóng BHXH từ đủ 6 tháng trở lên trong thời gian 12 tháng trước khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi thì vẫn được hưởng chế độ thai sản khi sinh con hoặc nuôi con nuôi theo quy định.

- Đối với lao động nữ nghỉ việc khám thai, bị sảy thai, nạo hút thai, thai chết lưu hoặc người lao động đặt vòng tránh thai, thực hiện các biện pháp triệt sản, được hưởng chế độ thai sản nếu trước khi nghỉ việc đã có đóng BHXH.

2.2. Thời gian hưởng chế độ:

a. Trong thời gian mang thai, lao động nữ được nghỉ việc để đi khám thai 5 lần, mỗi lần một ngày (thời gian nghỉ việc hưởng chế độ tính theo ngày làm việc không kể ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần); trường hợp ở xa cơ sở y tế hoặc người mang thai có bệnh lý hoặc thai không bình thường thì được nghỉ hai ngày cho mỗi lần khám thai.

b. Khi sẩy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu thì lao động nữ được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 10 ngày nếu thai dưới 01 tháng; 20 ngày nếu thai từ 01 tháng đến dưới 03 tháng; 40 ngày nếu thai từ 03 tháng đến dưới 6 tháng; 50 ngày nếu thai từ 6 tháng trở lên.

c. Khi đặt vòng tránh thai người lao động được nghỉ việc 7 ngày; thực hiện biện pháp triệt sản được nghỉ việc 15 ngày.

d. Lao động nữ sinh con:

- Được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 4 tháng, nếu làm nghề hoặc công việc trong điều kiện lao động bình thường;

- Được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 5 tháng, nếu làm nghề hoặc công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm kể cả làm nghề hoặc công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm; làm việc theo chế độ ba ca, làm việc thường xuyên ở nơi có phụ cấp khu vực hệ số từ 0,7 trở lên.

- Được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 6 tháng đối với lao động nữ là người tàn tật có mức suy giảm khả năng lao động từ 21% trở lên.

- Trường hợp sinh một lần từ 2 con trở lên, ngoài thời gian nghỉ việc nêu trên thì tính từ con thứ hai trở đi, cứ mỗi con lao động nữ được nghỉ thêm 30 ngày.

- Trường hợp sau khi sinh con nếu con dưới 60 ngày tuổi bị chết, thì mẹ được nghỉ việc 90 ngày tính từ ngày sinh con; nếu con từ 60 ngày tuổi trở lên bị chết, thì mẹ được nghỉ việc 30 ngày tính từ ngày con chết, nhưng tổng thời gian nghỉ việc không vượt quá thời gian quy định nghỉ sinh con như nêu trên và không tính vào thời gian nghỉ việc riêng hằng năm theo quy định của pháp luật về lao động.

- Trường hợp người mẹ chết sau khi sinh con mà chỉ có người mẹ tham gia BHXH, thì cha hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng được hưởng chế độ thai sản cho đến khi con đủ 4 tháng tuổi.

Bản sao lưu trữ

- Trường hợp người mẹ chết sau khi sinh con mà cả cha và mẹ đều tham gia BHXH hoặc chỉ có cha tham gia BHXH, thì cha nghỉ việc chăm sóc con hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng được hưởng chế độ thai sản cho đến khi con đủ 4 tháng tuổi.

đ. Người lao động nhận nuôi con nuôi dưới bốn tháng tuổi được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản cho đến khi con đủ bốn tháng tuổi.

Thời gian hưởng chế độ thai sản nêu tại điểm b, c, d và điểm đ nêu trên tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần.

Trong thời gian lao động nữ nghỉ việc hưởng chế độ thai sản được tính là thời gian đóng BHXH. Thời gian này người lao động và người sử dụng lao động không phải đóng BHXH.

2.3. Mức hưởng chế độ thai sản:

a. Mức hưởng chế độ thai sản khi nghỉ việc đi khám thai, sẩy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu, thực hiện các biện pháp tránh thai bằng 100% mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH của 6 tháng liền kề trước khi nghỉ việc và được tính theo công thức sau:

$$\text{Mức hưởng khi nghỉ việc đi khám thai, sẩy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu, thực hiện các biện pháp tránh thai} = \frac{\text{Mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH của 6 tháng liền kề trước khi nghỉ việc}}{26 \text{ ngày}} \times 100\% \times \text{Số ngày nghỉ việc theo chế độ thai sản}$$

b. Mức hưởng chế độ thai sản đối với lao động nữ sinh con hoặc người lao động nghỉ việc nuôi con nuôi được tính bằng 100% mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH của 6 tháng liền kề trước khi nghỉ việc và được tính theo công thức sau:

Mức hưởng khi nghỉ việc sinh con hoặc nuôi con nuôi	=	Mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng bảo hiểm xã hội của 6 tháng liền kề trước khi nghỉ việc	x	Số tháng nghỉ sinh con hoặc nghỉ nuôi con nuôi theo chế độ

Trường hợp nhận nuôi con nuôi đến khi con đủ 4 tháng tuổi có số ngày lẻ không trọn tháng thì số ngày lẻ tính như điểm a nêu trên.

c. Lao động nữ sinh con hoặc người lao động nhận nuôi con nuôi dưới bốn tháng tuổi thì được trợ cấp một lần bằng hai tháng lương tối thiểu chung cho mỗi con. Trường hợp chỉ có cha tham gia BHXH mà mẹ chết khi sinh con thì cha được trợ cấp một lần bằng hai tháng lương tối thiểu chung cho mỗi con.

2.4. Mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH làm cơ sở tính hưởng chế độ thai sản:

a. Mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH làm cơ sở tính hưởng chế độ thai sản là mức bình quân tiền lương, tiền công tháng của 6 tháng liền kề gần nhất trước khi nghỉ việc. Nếu thời gian đóng BHXH không liên tục thì được cộng dồn.

b. Trường hợp người lao động đóng BHXH chưa đủ 6 tháng thì mức hưởng chế độ thai sản khi đi khám thai, khi sẩy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu, thực hiện các biện pháp tránh thai là mức bình quân tiền lương, tiền công tháng của các tháng đã đóng BHXH.

c. Trường hợp người lao động khi khám thai, khi sẩy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu, thực hiện các biện pháp tránh thai ngay trong tháng đầu tham gia BHXH là mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của chính tháng đó để làm cơ sở tính hưởng chế độ.

d. Trường hợp chỉ có mẹ tham gia BHXH mà người mẹ chết sau khi sinh con, cha hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng được hưởng chế độ

thai sản cho đến khi con đủ 4 tháng tuổi thì mức hưởng chế độ thai sản được tính trên cơ sở mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH của 6 tháng liền kề trước khi nghỉ việc của mẹ.

đ. Trường hợp cả cha và mẹ đều tham gia BHXH hoặc chỉ có cha tham gia BHXH mà người mẹ chết sau khi sinh con, người cha nghỉ việc chăm sóc con được hưởng chế độ thai sản cho đến khi con đủ 4 tháng tuổi thì mức hưởng chế độ thai sản được tính trên cơ sở mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH của 6 tháng liền kề trước khi nghỉ việc của cha.

2.5. Lao động nữ đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con:

Lao động nữ có thể đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con theo quy định nếu có đủ các điều kiện sau:

- Con từ đủ 60 ngày trở lên;

- Có xác nhận của cơ sở y tế về việc đi làm sớm không có hại cho sức khỏe của người mẹ;

- Phải báo trước và được người sử dụng lao động đồng ý.

Ngoài tiền lương, tiền công của những ngày làm việc, lao động nữ đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con vẫn được hưởng chế độ thai sản cho đến khi hết thời hạn quy định.

2.6. Dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau thai sản:

a. Điều kiện hưởng:

Lao động nữ sau thời gian hưởng chế độ khi sẩy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu hoặc sau thời gian hưởng chế độ khi sinh con theo quy định mà sức khỏe còn yếu.

b. Thời gian nghỉ trong một năm:

Bản sao lưu trữ

- Tối đa 10 ngày đối với lao động nữ sinh một lần từ 2 con trở lên;

- Tối đa 7 ngày đối với lao động nữ sinh con phải phẫu thuật;

- Bằng 5 ngày đối với các trường hợp khác.

Thời gian nêu trên tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần, ngày đi và về nếu nghỉ tại cơ sở tập trung. Số ngày nghỉ dưỡng sức phục hồi sức khỏe do người sử dụng lao động và Ban Chấp hành Công đoàn cơ sở hoặc ban chấp hành công đoàn lâm thời quyết định.

c. Mức hưởng một ngày dưỡng sức, phục hồi sức khỏe:

- Bằng 25% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe tại gia đình;

- Bằng 40% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe tại cơ sở tập trung, mức hưởng này tính cả tiền đi lại, tiền ăn và ở.

3. Chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp (TNLĐ-BNN):

3.1. Đối tượng và điều kiện hưởng:

a. Đối tượng hưởng: Người lao động thuộc đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d và tiết e_2 điểm e khoản 1 Mục I.

b. Điều kiện hưởng: Người lao động bị suy giảm khả năng lao động từ 5% trở lên thuộc một trong các trường hợp sau:

- Bị tai nạn tại nơi làm việc và trong giờ làm việc bao gồm: Tai nạn xảy ra trong quá trình lao động gắn liền với việc thực hiện công việc, nhiệm vụ lao động được phân công; tai nạn trong thời gian ngừng việc giữa giờ do nhu cầu sinh hoạt đã được chế độ, nội quy quy định như

Bản sao lưu trữ

vệ sinh kinh nguyệt, tắm rửa, cho con bú, đi vệ sinh; tai nạn trong thời gian nghỉ giải lao, ăn giữa ca, thời gian chuẩn bị và kết thúc công việc.

- Bị tai nạn ngoài giờ làm việc hoặc ngoài giờ làm việc khi thực hiện công việc theo yêu cầu của người sử dụng lao động mà các công việc đó gắn liền với việc thực hiện công việc, nhiệm vụ lao động được phân công.

- Bị tai nạn trên tuyến đường đi và về từ nơi ở đến nơi làm việc trong khoảng thời gian và tuyến đường hợp lý. Khoảng thời gian hợp lý là khoảng thời gian cần thiết để đến nơi làm việc trước giờ làm việc hoặc trở về sau giờ làm việc. Tuyến đường hợp lý là tuyến đường thường xuyên đi và về từ nơi thường trú hoặc nơi đăng ký tạm trú đến nơi làm việc và ngược lại.

- Bị bệnh thuộc danh mục bệnh nghề nghiệp khi làm việc trong môi trường hoặc nghề có yếu tố độc hại. Danh mục Bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế và Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội ban hành.

3.2. Giám định mức suy giảm khả năng lao động:

a. Người lao động bị TNLĐ-BNN được giám định hoặc được giám định lại mức suy giảm khả năng lao động sau khi thương tật, bệnh tật đã được điều trị ổn định và sau khi thương tật, bệnh tật tái phát đã được điều trị ổn định.

b. Người lao động bị TNLĐ-BNN được giám định tổng hợp mức suy giảm khả năng lao động khi vừa bị TNLĐ vừa bị BNN, bị TNLĐ nhiều lần, bị nhiều BNN.

3.3. Thời điểm hưởng trợ cấp:

a. Thời điểm hưởng trợ cấp TNLĐ-BNN một lần, hàng tháng và trợ cấp phục vụ đối với người lao động điều trị nội trú được tính từ tháng người lao động điều trị xong, ra viện.

Trường hợp người lao động không điều trị nội trú thì thời điểm hưởng trợ cấp được tính từ tháng có kết luận của Hội đồng Giám định y khoa.

b. Thời điểm hưởng trợ cấp mới đối với trường hợp thương tật hoặc bệnh tật tái phát được hưởng từ tháng có kết luận của Hội đồng Giám định y khoa.

3.4. Mức hưởng chế độ TNLĐ-BNN:

a. Mức hưởng trợ cấp một lần: Người lao động bị suy giảm khả năng lao động từ 5% đến 30% do TNLĐ-BNN được hưởng trợ cấp một lần, mức hưởng trợ cấp gồm:

a_1- Mức trợ cấp tính theo mức suy giảm khả năng lao động: Suy giảm 5% khả năng lao động thì được hưởng 5 tháng lương tối thiểu chung, sau đó cứ suy giảm thêm 1% thì được hưởng thêm 0,5 tháng lương tối thiểu chung.

a_2- Mức trợ cấp tính theo số năm đã đóng BHXH: Từ 1 năm trở xuống thì được tính bằng 0,5 tháng, sau đó cứ thêm mỗi năm đóng BHXH (một năm tính đủ 12 tháng) được tính thêm 0,3 tháng tiền lương, tiền công đóng BHXH của tháng lền kề trước khi nghỉ việc để điều trị.

b. Mức hưởng trợ cấp hàng tháng: Người lao động bị suy giảm khả năng lao động từ 31% trở lên do TNLĐ-BNN được hưởng trợ cấp hàng tháng mức hưởng trợ cấp hàng tháng gồm:

b_1- Mức trợ cấp tính theo mức suy giảm khả năng lao động: Suy giảm 31% khả năng lao động thì được hưởng bằng 30% mức lương tối thiểu chung, sau đó cứ suy giảm thêm 1% thì được hưởng thêm 2% mức lương tối thiểu chung.

b_2- Mức trợ cấp tính theo số năm đã đóng BHXH: Từ 1 năm trở xuống được tính bằng 0,5%, sau đó cứ thêm mỗi năm đóng BHXH (một

Bản sao lưu trữ

năm tính đủ 12 tháng) được tính thêm 0,3% mức tiền lương, tiền công đóng BHXH của tháng liền kề trước khi nghỉ việc để điều trị.

c. Trợ cấp một lần chết do TNLĐ-BNN:

Người lao động đang làm việc bị chết do TNLĐ-BNN hoặc bị chết trong thời gian điều trị lần đầu do TNLĐ-BNN thì thân nhân được hưởng trợ cấp một lần bằng 36 tháng lương tối thiểu chung.

d. Trợ cấp phục vụ:

Người lao động bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên mà bị liệt cột sống hoặc mù hai mắt hoặc cụt liệt hai chi hoặc bị bệnh tâm thần thì ngoài mức hưởng trợ cấp hàng tháng tại khoản b nêu trên, hàng tháng còn được hưởng trợ cấp phục vụ bằng mức lương tối thiểu chung.

đ. Người lao động bị TNLĐ-BNN mà tổn thương các chức năng hoạt động của cơ thể thì được cấp phương tiện trợ giúp sinh hoạt, dụng cụ chỉnh hình theo niên hạn căn cứ vào tình trạng thương tật, bệnh tật.

3.5. Người hưởng trợ cấp TNLĐ-BNN hàng tháng nghỉ việc, được hưởng bảo hiểm y tế do quỹ BHXH đảm bảo.

3.6. Dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau khi điều trị ổn định thương tật, bệnh tật:

a. Thời gian nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe sau điều trị ổn định thương tật, bệnh tật do TNLĐ-BNN trong một năm:

- Tối đa 10 ngày nếu suy giảm khả năng lao động từ 51% trở lên;

- Tối đa 7 ngày nếu suy giảm khả năng lao động từ 31% đến 50%;

- Bằng 5 ngày nếu suy giảm khả năng lao động từ 15% đến 30%.

Thời gian nêu trên tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hằng tuần, ngày đi và về nếu nghỉ tại cơ sở tập trung. Số ngày nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe do người sử dụng lao động và ban chấp hành công đoàn cơ sở hoặc ban chấp hành công đoàn lâm thời quyết định.

b. Mức hưởng một ngày dưỡng sức, phục hồi sức khỏe:

- Bằng 25% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe tại gia đình;

- Bằng 40% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khỏe tại cơ sở tập trung, mức hưởng này tính cả tiền đi lại, tiền ăn và ở...

4. Chế độ hưu trí:

4.1. Đối tượng và điều kiện hưởng:

a- Đối tượng hưởng: Người lao động thuộc đối tượng quy định tại khoản 1 Mục I.

b- Điều kiện hưởng: Người lao động được hưởng lương hưu thuộc một trong các trường hợp sau:

b_1- Nam đủ 60 tuổi, nữ đủ 55 tuổi và có đủ 20 năm đóng BHXH trở lên;

b_2- Nam từ đủ 55 tuổi đến đủ 60 tuổi, nữ từ đủ 50 tuổi đến đủ 55 tuổi và có đủ 20 năm đóng BHXH trở lên mà trong đó có đủ 15 năm làm nghề hoặc công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm hoặc đủ 15 năm làm việc ở nơi có phụ cấp khu vực hệ số 0,7 trở lên;

b_3- Người lao động từ đủ 50 tuổi đến đủ 55 tuổi và có đủ 20 năm đóng BHXH trở lên mà trong đó có đủ 15 năm làm công việc khai thác than trong hầm lò bao gồm: Khai thác than; vận tải than, đất, đá; vận hành máy khoan; nổ mìn và đào hầm lò để khai thác than.

Bản sao lưu trữ

b_4- Người lao động bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp và có đủ 20 năm đóng BHXH trở lên.

b_5- Nam đủ 50 tuổi trở lên, nữ đủ 45 tuổi trở lên đã đóng BHXH đủ 20 năm trở lên, bị suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên.

b_6- Người lao động không kể tuổi đời đã đóng BHXH đủ 20 năm trở lên, trong đó có đủ 15 năm trở lên làm nghề hoặc công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và bị suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên.

Điều kiện về thời gian đóng BHXH để tính hưởng chế độ hưu trí một năm phải tính đủ 12 tháng. Trường hợp người lao động đã đủ tuổi đời để hưởng chế độ hưu trí song thời gian đóng BHXH còn thiếu tối đa không quá 6 tháng, thì người lao động được đóng tiếp một lần cho số tháng còn thiếu và được hưởng chế độ hưu trí hàng tháng kể từ tháng sau tháng đóng BHXH đủ 20 năm.

4.2. Mức lương hưu hàng tháng:

a. Mức lương hưu hàng tháng được tính bằng tích số của tỷ lệ hưởng lương hưu hàng tháng với mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH.

Trường hợp sau khi tính cụ thể mà mức lương hưu hàng tháng thấp hơn mức lương tối thiểu chung thì mức lương hưu được điều chỉnh bằng mức lương tối thiểu chung.

b. Tỷ lệ hưởng lương hưu hàng tháng:

b_1- Tỷ lệ hưởng lương hưu hàng tháng của người lao động đủ điều kiện nêu tại b_1, b_2, b_3 và b_4 tiết b điểm 4.1 khoản này được tính bằng 45% mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH tương ứng với 15 năm đóng BHXH, sau đó cứ thêm mỗi năm đóng BHXH thì tính thêm 2% đối với nam và 3% đối với nữ; mức tối đa bằng 75%.

Bản sao lưu trữ

Trường hợp khi tính mức lương hưu hàng tháng (kể cả trợ cấp một lần khi nghỉ hưu và trợ cấp BHXH một lần), nếu thời gian đóng BHXH có tháng lẻ dưới 3 tháng thì không tính; từ đủ 3 tháng đến đủ 6 tháng tính là nửa năm; từ trên 6 tháng đến 12 tháng tính tròn là một năm.

b_2- Tỷ lệ hưởng lương hưu hàng tháng của người lao động đủ điều kiện nêu tại b_5 và b_6 tiết b điểm 4.1 khoản này được tính như quy định tại b_1 tiết b điểm 4.2 khoản này, sau đó cứ mỗi năm nghỉ hưu trước tuổi quy định thì giảm 1%.

Mốc để tính giảm tuổi:

- Đối với người làm nghề, công việc trong điều kiện bình thường thì lấy mốc tuổi đủ 60 đối với nam và đủ 55 tuổi đối với nữ.

- Đối với người làm nghề hoặc công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm hoặc đủ 15 năm làm việc ở nơi có phụ cấp khu vực hệ số 0,7 trở lên thì lấy mốc tuổi đủ 55 tuổi đối với nam, đủ 50 tuổi đối với nữ.

- Đối với người làm nghề hoặc công việc đặc biệt nặng nhọc thì lấy mốc đủ 55 tuổi đối với nam, đủ 50 tuổi đối với nữ.

c. Mức bình quân tiền lương tháng đóng BHXH để tính lương hưu, trợ cấp một lần khi nghỉ hưu và BHXH một lần;

c_1- Đối với người lao động thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định và có toàn bộ thời gian đóng BHXH theo chế độ tiền lương này thì tính như sau:

- Tham gia BHXH trước 1/1/1995, tính bình quân tiền lương tháng đóng BHXH của 5 năm cuối trước khi nghỉ việc.

- Tham gia BHXH từ 1/1/1995 đến 31/12/2000, tính bình quân tiền lương tháng đóng BHXH của 6 năm cuối trước khi nghỉ việc.

- Tham gia BHXH từ 1/1/2001 đến 31/12/2006, tính bình quân tiền lương tháng đóng BHXH của 8 năm cuối trước khi nghỉ việc.

Bản sao lưu trữ

- Tham gia BHXH từ 1/1/2007 trở đi, tính bình quân tiền lương tháng đóng BHXH của 10 năm cuối trước khi nghỉ việc.

Tiền lương tháng đóng BHXH là tiền lương theo ngạch, bậc, cấp quân hàm, phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên vượt khung, phụ cấp thâm niên nghề (nếu có). Tiền lương này được tính trên mức lương tối thiểu chung tại thời điểm hưởng chế độ.

Tiền lương, tiền công đóng BHXH làm căn cứ tính hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH:

+ Trường hợp đóng BHXH theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định hưởng chế độ hưu trí thì tổng số tiền lương tháng đóng BHXH của các tháng theo hệ số lương và phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên (nếu có) trước ngày 01 tháng 10 năm 2004 trong 5 năm cuối trước khi nghỉ việc được điều chỉnh theo hệ số lương và phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên mới.

+ Trường hợp có thời gian đóng BHXH đủ 15 năm trở lên theo các mức tiền lương thuộc công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm trong thang lương, bảng lương do Nhà nước quy định mà chuyển sang làm công việc khác mà đóng BHXH có mức lương thấp hơn thì khi nghỉ hưu được lấy mức lương cao nhất của số năm liền kề làm công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm và nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm để tính mức bình quân tiền lương, tiền công tháng làm cơ sở tính hưởng lương hưu.

+ Trường hợp người lao động thuộc lực lượng vũ trang chuyển ngành làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương Nhà nước mà đóng BHXH có mức lương thấp hơn thì khi nghỉ hưu được lấy mức lương cao nhất của số năm liền kề của mức lương cấp bậc chức vụ, phụ cấp thâm niên (nếu có) trước khi chuyển ngành để tính mức bình quân tiền lương tháng.

Bản sao lưu trữ

+ Trường hợp người lao động làm việc theo hợp đồng lao động ở các Công ty nhà nước chuyển thành Công ty cổ phần; Công ty trách nhiệm hữu hạn nhà nước một thành viên; Công ty trách nhiệm hữu hạn nhà nước hai thành viên trở lên, được áp dụng mức bình quân tiền lương tháng theo quy định tại tiết này nếu Công ty thực hiện đầy đủ các quy định sau:

* Áp dụng thang lương, bảng lương do Nhà nước quy định và đăng ký với cơ quan quản lý nhà nước về lao động tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương theo quy định tại Nghị định số 114/2002/NĐ-CP ngày 31 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ luật Lao động về tiền lương.

* Thực hiện chuyển xếp lương, nâng bậc, nâng ngạch lương theo quy định của Nhà nước đối với Công ty nhà nước trên cơ sở thang lương, bảng lương do Nhà nước quy định.

* Đóng BHXH trên cơ sở mức lương quy định nêu trên.

Nếu Công ty không thực hiện đầy đủ các quy định trên thì áp dụng mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH theo hướng dẫn tại c_3 khoản c điểm 4.2 khoản 4 Mục II để tính hưởng BHXH.

- Đối với người lao động có tiền lương, tiền công ghi trong hợp đồng lao động bằng ngoại tệ, đóng BHXH đã được tính bằng đồng Việt Nam nhưng trong sổ BHXH ghi tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH bằng ngoại tệ thì khi giải quyết các chế độ BHXH được chuyển đổi bằng đồng Việt Nam theo tỷ giá giao dịch bình quân trên thị trường ngoại tệ liên ngân hàng do Ngân hàng Nhà nước Việt Nam công bố tại thời điểm ngày 02 tháng 01 cho 6 tháng đầu năm và ngày 01 tháng 7 cho 6 tháng cuối năm của năm đóng BHXH.

Bản sao lưu trữ

c_2- Đối với người lao động có toàn bộ thời gian đóng BHXH theo chế độ tiền lương do người sử dụng lao động quyết định quy định được tính bình quân toàn bộ các tháng đóng BHXH.

c_3- Đối với người lao động vừa có thời gian đóng BHXH thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định, vừa có thời gian đóng BHXH theo chế độ tiền lương do người sử dụng lao động quyết định được tính như sau:

$$M_{bqtl} = \frac{\begin{array}{c}\text{Tổng số tiền lương} \\ \text{tháng đóng BHXH} \\ \text{theo chế độ tiền lương} \\ \text{do Nhà nước quy định}\end{array} + \begin{array}{c}\text{Tổng số tiền lương, tiền công} \\ \text{của các tháng đóng BHXH theo} \\ \text{chế độ tiền lương do người sử} \\ \text{dụng lao động quyết định}\end{array}}{\text{Tổng số tháng đóng BHXH}}$$

Trong đó:

- Tổng số tiền lương tháng đóng BHXH theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định được tính bằng tích số giữa tổng số tháng đóng BHXH theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định với mức bình quân tiền lương tháng đóng BHXH. Mức bình quân tiền lương tháng đóng BHXH được tính theo hướng dẫn tại tiết c_1 nêu trên.

Trường hợp đóng BHXH chưa đủ số năm theo quy định là 5 năm hoặc 6 năm hoặc 8 năm hoặc 10 năm, thì tính bình quân tiền lương tháng của các tháng đã đóng BHXH.

- Trường hợp người lao động có từ 2 giai đoạn trở lên thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì tổng số tiền lương tháng đóng BHXH của mỗi giai đoạn được tính như nêu trên (thời điểm tham gia BHXH để tính mức bình quân tiền lương tháng các giai đoạn tính bắt đầu từ ngày tham gia giai đoạn thứ nhất). Tổng

Bản sao lưu trữ

số tiền lương tháng đóng BHXH theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định được tính bằng tổng số tiền lương tháng đóng BHXH của các giai đoạn.

4.3. Trợ cấp một lần khi nghỉ hưu:

Người lao động đã đóng BHXH trên 30 đối với nam, trên 25 năm đối với nữ, khi nghỉ hưu, ngoài lương hưu còn được hưởng trợ cấp một lần. Mức trợ cấp một lần được tính theo số năm đóng BHXH kể từ năm thứ 31 trở đi đối với nam và năm thứ 26 trở đi đối với nữ. Cứ mỗi năm đóng BHXH thì được tính bằng 0,5 tháng mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH.

a. Điều kiện hưởng: Thuộc một trong các trường hợp sau:

- Đủ tuổi hưởng lương hưu theo quy định mà chưa đủ 20 năm đóng BHXH.

- Suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên mà chưa đủ 20 năm đóng BHXH.

- Sau 12 tháng nghỉ việc nếu không tiếp tục đóng BHXH và có yêu cầu nhận BHXH một lần mà chưa đủ 20 năm đóng BHXH;

- Ra nước ngoài để định cư.

b. Mức hưởng BHXH một lần được tính theo số năm đã đóng BHXH, cứ mỗi năm tính bằng 1,5 tháng mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH.

4.5. Tạm dừng hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH hàng tháng:

a. Người lao động đang hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH hàng tháng bị tạm dừng hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH hàng tháng khi chấp hành hình phạt tù nhưng không được hưởng án treo; khi xuất cảnh trái phép; khi bị Tòa án tuyên bố là mất tích.

Bản sao lưu trữ

Thời điểm tạm dừng hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH hàng tháng được tính từ tháng liền kề với tháng người hưởng lương hưu, trợ cấp BHXH hàng tháng chấp hành hình phạt tù nhưng không được hưởng án treo hoặc xuất cảnh trái phép hoặc bị tòa án tuyên bố là mất tích.

b. Lương hưu, trợ cấp BHXH hàng tháng được tiếp tục thực hiện theo quy định khi người bị phạt tù đã chấp hành xong hình phạt tù, hoặc khi người được tòa án tuyên bố là mất tích trở về hoặc người xuất cảnh trở về nước định cư.

4.6. Người hưởng lương hưu hàng tháng được hưởng BHYT do quỹ BHXH đảm bảo.

5. Chế độ tử tuất:

5.1. Đối tượng và điều kiện hưởng:

Đối tượng hưởng:

a_1- Người lao động thuộc đối tượng quy định tại khoản 1 Mục I đang đóng BHXH và đang bảo lưu thời gian đóng BHXH chết.

a_2- Người đang hưởng lương hưu; hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng đã nghỉ việc.

b. Điều kiện hưởng:

b_1- Trợ cấp tuất hàng tháng: Thân nhân được hưởng trợ cấp tuất hàng tháng khi đủ các điều kiện sau:

- Các đối tượng tại a_1 tiết a khoản này đã đóng BHXH đủ 15 năm trở lên nhưng chưa hưởng BHXH một lần chết hoặc người lao động (không phụ thuộc vào thời gian đã đóng BHXH) chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp (kể cả chết trong thời gian điều trị lần đầu); người đang hưởng lương hưu và người đang hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hằng tháng với mức suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên chết.

Bản sao lưu trữ

Đối với người lao động đang làm việc, bảo lưu thời gian đóng BHXH chưa hưởng trợ cấp BHXH một lần chết, việc xác định thời gian đóng BHXH một năm phải đủ 15 tháng trường hợp một năm phải đủ 12 tháng, trường hợp thân nhân có đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng, nhưng thời gian đóng BHXH của người chết thiếu tối đa không quá 6 tháng để đủ 15 năm thì thân nhân đóng tiếp 1 lần cho đủ số tháng còn thiếu để hưởng trợ cấp tuất hàng tháng từ sau tháng người lao động chết.

- Thân nhân người chết gồm:

+ Con chưa đủ 15 tuổi (bao gồm con đẻ, con nuôi hợp pháp, con ngoài giá thú được pháp luật công nhận, con đẻ mà khi người chồng chết người vợ đang mang thai); con chưa đủ 18 tuổi nếu còn đi học; con từ đủ 15 tuổi trở lên nếu bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.

+ Vợ từ đủ 55 tuổi trở lên hoặc chồng từ đủ 60 tuổi nếu bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên và không có thu nhập hoặc có thu nhập hàng tháng nhưng thấp hơn mức lương tối thiểu chung.

+ Cha đẻ, mẹ đẻ, cha vợ hoặc cha chồng, mẹ vợ hoặc mẹ chồng, người khác mà đối tượng này có trách nhiệm nuôi dưỡng nếu từ đủ 60 tuổi trở lên đối với nam, từ đủ 55 tuổi trở lên đối với nữ không có thu nhập hoặc có thu nhập hàng tháng thấp hơn mức lương tối thiểu chung; Cha đẻ, mẹ đẻ, cha vợ hoặc cha chồng, mẹ vợ hoặc mẹ chồng, người khác mà đối tượng này có trách nhiệm nuôi dưỡng nếu dưới 60 tuổi đối với nam, dưới 55 tuổi đối với nữ bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên và không có thu nhập hoặc có thu nhập hàng tháng nhưng thấp hơn mức lương tối thiểu chung.

b_2- Trợ cấp tuất một lần: Thân nhân được hưởng trợ cấp tuất một lần khi thuộc một trong các trường hợp sau:

Bản sao lưu trữ

- Các đối tượng tại a_1 tiết a khoản này đã đóng BHXH chưa đủ 15 năm trở lên nhưng chưa hưởng BHXH một lần chết; người hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng nghỉ việc chưa nhận BHXH một lần, khi chết nếu không đủ điều kiện hưởng tiền tuất hàng tháng hoặc đủ điều kiện hưởng tiền tuất hàng tháng nhưng không có thân nhân thuộc diện hưởng tiền tuất hàng tháng.

- Người chết thuộc đối tượng đủ điều kiện thân nhân được hưởng tiền tuất hàng tháng nhưng không có thân nhân thuộc diện hưởng tiền tuất hàng tháng.

5.2. Mức trợ cấp tử tuất và thời điểm hưởng:

a. Mức trợ cấp mai táng:

- Các đối tượng nêu tại tiết a điểm 5.1 khoản 5 này chết hoặc bị Tòa án tuyên bố là đã chết thì người lo mai táng được nhận trợ cấp mai táng với mức bằng 10 tháng lương tối thiểu chung.

- Trợ cấp mai táng được hưởng tại thời điểm tháng liền kề sau tháng mà người lao động, người hưởng lương hưu, trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp chết hoặc bị Tòa án tuyên bố là đã chết.

b. Mức trợ cấp tuất hàng tháng:

- Mức trợ cấp tuất hàng tháng đối với mỗi thân nhân bằng 50% mức lương tối thiểu chung. Trường hợp thân nhân không có người trực tiếp nuôi dưỡng thì mức trợ cấp tuất hàng tháng bằng 70% mức lương tối thiểu chung.

- Số thân nhân được hưởng trợ cấp không quá 4 người đối với 1 người chết. Trường hợp có từ 2 người chết trở lên thì thân nhân của những người này được hưởng 2 lần mức trợ cấp hàng tháng.

- Thời điểm hưởng kể từ tháng liền kề sau tháng mà người lao động, người hưởng lương hưu, trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng chết.

Bản sao lưu trữ

c. Mức trợ cấp tuất một lần:

- Mức trợ cấp tuất một lần đối với thân nhân của người lao động đang làm việc, người lao động đang bảo lưu thời gian đóng BHXH và người hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng nghỉ việc chưa nhận BHXH một lần, khi chết nếu không đủ điều kiện hưởng tiền tuất hàng tháng hoặc đủ điều kiện hưởng tiền tuất hàng tháng nhưng không có thân nhân thuộc diện hưởng tiền tuất hàng tháng được tính theo số năm đã đóng BHXH (nếu thời gian đóng BHXH có tháng lẻ dưới 3 tháng thì không tính, từ đủ 3 tháng đến đủ 6 tháng tính là nửa năm, từ trên 6 tháng đến 12 tháng tính tròn là một năm), cứ mỗi năm tính bằng 1,5 tháng mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng BHXH (mức bình quân tiền lương, tiền công tháng được nêu tại tiết c điểm 4.1 khoản 4 Mục III nêu trên); mức thấp nhất bằng 3 tháng mức bình quân tiền lương, tiền công tháng.

- Mức trợ cấp tuất một lần đối với thân nhân của người đang hưởng lương hưu chết được tính theo thời gian đã hưởng lương hưu, nếu chết trong hai tháng đầu hưởng lương hưu thì tính bằng 48 tháng lương hưu đang hưởng; nếu chết vào những tháng sau đó, cứ hưởng thêm một tháng lương hưu thì mức trợ cấp giảm đi 0,5 tháng lương hưu, mức thấp nhất bằng 3 tháng lương hưu đang hưởng.

- Trợ cấp tuất một lần được hưởng tại thời điểm tháng liền kề sau tháng mà người lao động, người hưởng lương hưu, trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp chết.

5.3. Người vừa hưởng chế độ hưu trí, vừa hưởng chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng khi chết thì thân nhân chỉ được hưởng chế độ tử tuất theo chế độ hưu trí.

5.4. Người hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng nghỉ việc chưa nhận BHXH một lần, khi chết nếu không đủ điều kiện hưởng tiền tuất hàng tháng (mức suy giảm khả năng lao

Bản sao lưu trữ

động dưới 61%) hoặc đủ điều kiện hưởng tiền tuất hàng tháng nhưng không có thân nhân thuộc diện hưởng tiền tuất hàng tháng thì thân nhân được hưởng trợ cấp tuất một lần. Mức trợ cấp tuất một lần được tính theo số năm đã đóng BHXH, cứ mỗi năm tính bằng 1,5 tháng bình quân tiền lương, tiền công tháng *đóng BHXH, mức thấp nhất bằng 3 tháng.*

IV. QUY ĐỊNH CHUYỂN TIẾP:

1. Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, TNLĐ-BNN, tiền tuất hàng tháng trước 1/1/2007 thì vẫn thực hiện theo các quy định trước đây và được điều chỉnh mức hưởng theo quy định của Chính phủ; các đối tượng này nếu chết từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi thì được áp dụng chế độ tử tuất theo hướng dẫn nêu tại khoản 5 Mục III.

2. Người lao động nghỉ ốm, nghỉ chăm sóc con ốm, đặt vòng tránh thai, thực hiện biện pháp triệt sản trước 1/1/2007; lao động nữ đi khám thai, bị sảy thai, nạo, hút thai hoặc thai chết lưu, sinh con hoặc người lao động nhận nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi trước 1/1/2007; người bị TNLĐ-BNN điều trị xong, ra viện trước 1/1/2007 và người chết trước 1/1/2007 thì hưởng các chế độ theo quy định trước đây.

Đối với người mắc bệnh cần điều trị dài ngày hưởng từ tháng 12/2006 chuyển sang hưởng tiếp từ tháng 1/2007 trở đi thì thời gian và mức hưởng từ 1/1/2007 trở đi thực hiện như hướng dẫn tại tiết d điểm 1.2 và tiết b điểm 1.3 khoản 1 Mục III.

3. Người lao động có 15 năm đóng BHXH trở lên và có quyết định nghỉ việc chờ đủ điều kiện về tuổi đời để hưởng lương hưu trước ngày 1/1/2003, thì được hưởng lương hưu khi nam đủ 60 tuổi, nữ đủ 55 tuổi.

4. Người lao động bảo lưu thời gian đóng BHXH trước 1/1/2007, thì trợ cấp BHXH một lần khi không đủ điều kiện hưởng lương hưu được giải quyết theo hướng dẫn nêu tại điểm 4.4 khoản 4 Mục III.

5. Cán bộ chuyên trách cấp xã khi thôi đảm nhiệm chức vụ trước ngày 1/1/2007 mà có đủ 10 năm đóng BHXH trở lên, còn thiếu tối đa 5 năm thì đủ tuổi nghỉ hưu và đang tự đóng tiếp BHXH hàng tháng vào quỹ hưu trí và tử tuất cho tổ chức BHXH nơi cư trú cho đến khi đủ 15 năm đóng BHXH và đủ 60 tuổi đối với nam, đủ 55 tuổi đối với nữ thì được hưởng chế độ hưu trí.

6. Người lao động nghỉ việc theo Nghị định số 41/2002/NĐ-CP ngày 11/4/2002 của Chính phủ về chính sách đối với lao động dôi dư tự do sắp xếp lại doanh nghiệp Nhà nước trước ngày 1/1/2007, có đủ 15 năm đóng BHXH trở lên, còn thiếu tối đa 5 năm thì đủ tuổi nghỉ hưu và đang tự đóng tiếp BHXH hàng tháng vào quỹ hưu trí và tử tuất cho tổ chức BHXH nơi cư trú cho đến khi đủ 60 tuổi đối với nam, 55 tuổi đối với nữ để hưởng chế độ hưu trí (không yêu cầu điều kiện đủ 20 năm đóng BHXH).

BAN CHẾ ĐỘ CHÍNH SÁCH
BHXH VIỆT NAM

Bản sao lưu trữ

Bản sao lưu trữ

Phần thứ hai

NHỮNG NGHIÊN CỨU THỰC TIỄN VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM Y TẾ VÀ NHỮNG ĐỀ XUẤT KIẾN NGHỊ

Bản sao lưu trữ

Bản sao lưu trữ

TIẾP TỤC ĐỔI MỚI HỆ THỐNG BẢO HIỂM XÃ HỘI PHÙ HỢP VỚI KINH TẾ THỊ TRƯỜNG VÀ HỘI NHẬP QUỐC TẾ

TS. THANG VĂN PHÚC
Thứ trưởng Bộ Nội vụ

Bản sao lưu trữ

SỰ CẦN THIẾT TIẾP TỤC ĐỔI MỚI HỆ THỐNG BHXH TRONG ĐIỀU KIỆN MỚI

Việt Nam thực hiện đường lối đổi mới bắt đầu từ năm 1986 thực hiện quá trình chuyển đổi từ nền kinh tế kế hoạch hóa tập trung, bao cấp sang nền kinh tế thị trường định hướng XHCN đã đưa ra các nguyên tắc phát triển kinh tế gắn với giải qiyết các vấn đề xã hội, thực hiện công bằng xã hội, trong đó đặt vấn đề phát triển hệ thống an sinh xã hội (ASXH) như một tất yếu đảm bảo cho các giá trị của CNXH được thể hiện trong quá trình chuyển đổi đầy khó khăn, phức tạp bởi các rủi ro và nguy cơ của các xung đột xã hội. Chính vì vậy, trong nhiều kỳ Đại hội Đảng – nhất là Đại hội Đảng IX và X vừa qua, vấn đề BHXH, an sinh xã hội được xác định như một trọng tâm trong đường lối phát triển kinh tế - xã hội của đất nước với tốc độ nhanh và bền vững.

Trước hết, cần xác định bản chất của hệ thống ASXH ở nước ta phù hợp với giá trị chung nhất, bao quát nhất của khái niệm ASXH là một hệ thống các thể chế, chính sách, biện pháp của Nhà nước và xã hội nhằm trợ giúp mọi thành viên trong xã hội đối phó với các rủi ro, các khủng hoảng kinh tế - xã hội làm cho họ suy giảm hoặc mất nguồn thu nhập cho ốm đau, thai sản, tai nạn, thất nghiệp, bệnh nghề nghiệp,

giá cả không còn sức lao động – hoặc vì các nguyên nhân khách quan khác mà rơi vào nghèo khổ. Và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, thông qua các mạng lưới BHXH, BHYT, trợ giúp xã hội và người nghèo.

Thứ hai, BHXH (bao gồm cả BHYT) giữ vị trí trọng tâm của hệ thống ASXH, liên quan trực tiếp tới lực lượng lao động sản xuất của cải vật chất và tinh thần cho xã hội. Trong điều kiện phát triển kinh tế thị trường định hướng XHCN, vai trò của Nhà nước rất quan trọng trong việc điều tiết và can thiệp khi cần thiết. Mặt khác, ở nước ta, khi Nhà nước vẫn còn giữ vai trò trực tiếp sản xuất và cung cấp hàng hóa, dịch vụ công cho xã hội, bên cạnh khu vực kinh tế phi nhà nước thì trách nhiệm của Nhà nước vẫn còn rất lớn. Vả lại, nền kinh tế thị trường ở nước ta mới đang trong quá trình hình thành đầy đủ các yếu tố thị trường – và do đó, các quy luật cạnh tranh, quy luật cung cầu, cùng những mặt trái của nó cũng tạo ra những bất lợi cho người có thu nhập thấp; xuất hiện một bộ phận yếu thếm chịu thiệt thòi phân hóa giàu nghèo hợp lý trong xã hội, đòi hỏi Nhà nước củng có vai trò Thông tư lớn trong việc phân phối lại thy nhập xã hội bằng các giải pháp, chính sách tổng thể và mô hình tổ chức ASXH phù hợp.

Thứ ba, khi nghiên cứu các chính sách đổi mới sự nghiệp dịch vụ công trong điều kiện mới, cần thiết xác định rõ BHXH là một loại hình dịch vụ công quá trình thể hiện vai trò của Nhà nước trong việc điều tiết phân phối lại thu nhập của các lực lượng lao động xã hội. Việc quy định rõ lao động, người sử dụng lao động và Nhà nước cùng tham gia đóng góp vào quỹ BHXH để sau đó trợ cấp cho người lao động khi về hưu và gặp các rủi ro như ốm đau, tai nạn lao động, thất nghiệp... là thể hiện rõ trách nhiệm của Nhà nước trong nền kinh tế thị trường.

Kinh nghiệm của các nước có nền kinh tế phát triển đã khẳng định vai trò hết sức quá trình trong việc bảo đảm phát triển bền vững nền kinh tế là BHXH được coi là công cụ quan trọng hàng đầu (ở Mỹ

năm 1986 tổng chi tiêu Chính phủ cho BHXH chiếm tỷ trọng lớn nhất (23,6%) hơn cả chi quốc phòng (21,9%)) các nước EU, mức trợ cấp của Chính phủ cho BHXH còn cao hơn từ 28 – 32% tổng chi tiêu của Chính phủ).

Thứ tư, năm 1995, cơ quan BHXH Việt Nam được quản lý riêng độc lập với NSNN là mô hình tổ chức quản lý phù hợp với nền kinh tế thị trường. Do BHXH phát triển và mở rộng các đối tượng lao động tham gia bảo hiểm bao gồm người làm công ăn lương trong cả khu vực công và khu vực tư đã thể hiện sự quan tâm của Đảng và Nhà nước đối với đời sống người dân, đảm bảo công bằng xã hội. Điều này thể hiện rõ trong một số liệu tăng trưởng rất đáng quan tâm: Về số lượng lao động tham gia BHXH, từ năm 1995 đến năm 2005 đã tăng từ 2.275.998 người lên 6.126.870 với số thu tăng từ 788 tỷ đến 13.719 tỷ; về số chi BHXH từ quý IV năm 1995 đến năm 2005 đạt từ 1.154 tỷ lên 18.499 tỷ trong đó NSNN bảo đảm 11.944 tỷ và quỹ BHXH 6.544 tỷ. Tổng chi 10 năm qua đạt 96.853 tỷ (Nhà nước đảm bảo 73.166 tỷ còn quỹ BHXH 23.686 tỷ).

Tuy nhiên, số người lao động tham gia BHXH còn ít, mới khoảng 11 triệu trong tổng số 44 triệu lao động hiện nay. Mục tiêu tới năm 2012 đạt khoảng 20 triệu người tham gia là một đòi hỏi lớn nhằm đổi mới hệ thống BHXH nước ta.

Thứ năm. Đại hội X xủa Đảng đã đặt nhiệm vụ "xây dựng hệ thống ASXH đa dạng, phát triển mạnh hệ thống BHXH, BHYT tiến tới BHYT toàn dân". Đồng thời yêu cầu phải đổi mới hệ thống BHXH, đa dạng hóa hình thức bảo hiểm phù hợp với nền kinh tế thị trường". Do đó, việc nghiên cứu, xác định các giải pháp để thực hiện các nhiệm vụ và yêu cầu đổi mới hệ thống BHXH được đặt ra trực tiếp với Chính phủ và các cơ quan quản lý Nhà nước có liên quan tới BHXH Việt Nam.

Bản sao lưu trữ

MỘT SỐ NHIỆM VỤ VÀ GIẢI PHÁP ĐỔI MỚI HỆ THỐNG BHXH VIỆT NAM

Thực hiện Nghị quyết Đại hội X của Đảng, tháng 7 năm 2006 Luật BHXH đã được Quốc hội thông qua, đã quy định việc mở rộng các đối tượng tham gia BHXH thực hiện chế độ BHXH tự nguyện từ 1/1/2008, đang đặt ra hàng loạt vấn đề cần giải quyết trong thời gian tới.

1. Nhận thức đúng về vai trò của BHXH trong quản lý Nhà nước, bảo đảm ASXH và các nguyên tắc tổ chức, quản lý phát triển BHXH.

- BHXH là hoạt động sự nghiệp dịch vụ công – một trong những chức năng của quản lý nhà nước. Kinh tế thị trường ngày càng phát triển, tăng trưởng ngày càng cao thì nguy cơ phân hóa giàu nghèo, bất bình đẳng xã hội, nạn thất nghiệp gia tăng, tiềm ẩn bất ổn định xã hội lớn... do đó việc tăng cường quản lý nhà nước với hệ thống chính sách BHXH phù hợp là cơ sở để đào tạo ra ổn định kinh tế - xã hội, xã hội đồng thuận, người lao động yên tâm làm việc góp phần thúc đẩy tăng trưởng kinh tế nhanh, bền vững.

- Cần quán triệt các nguyên tắc cơ bản của BHXH là mở rộng mọi thành viên xã hội tham gia BHXH; đảm bảo tính bền vững của quỹ BHXH; tính ổn định về thể chế tổ chức BHXH (ổn định lâu dài, quản lý hiệu quả); tính chuyên nghiệp và hiện đại; Nhà nước giữ vai trò đóng góp và bảo trợ rủi ro.

2. Tiếp tục hoàn thiện hệ thống thể chế BHXH.

- Trước hết, cụ thể hóa Luật BHXH, trong đó tập trung xác định rõ đối tượng tham gia BHXH bao gồm đối tượng bắt buộc BHXH là người làm công ăn lương của cả khu vực công và khu vực tư và BHXH tự nguyện cho mọi người dân theo nguyên tắc có đóng góp bảo hiểm thì được nhận trợ cấp theo quy định, quyền lợi và nghĩa vụ, trách nhiệm

của người tham gia BHXH, trách nhiệm của tổ chức BHXH, của cán Bộ, ngành liên quan như Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, Bộ Nội vụ, Bộ Tài chính, Bộ Kế hoạch và Đầu tư...

- Thể chế tài chính: xác định các nguồn tài chính (đóng góp của người tham gia, của người sử dụng lao động và của Nhà nước); có thể quản lý sử dụng quỹ BHXH, các chế độ kiểm tra, thanh tra, kiểm toán.

- Thể chế về tổ chức bộ máy và nhân sự của hệ thống BHXH.

3. Hoàn thiện mô hình tổ chức bên trong của BHXH Việt Nam.

- Mô hình tổ chức BHXH Việt Nam bao gồm cả BHYT là tổ chức sự nghiệp độc lập thuộc Chính phủ là phù hợp với yêu cầu cải cách hành chính, tách bạch chức năng quản lý hành chính Nhà nước với sản xuất kinh doanh và và sự nghiệp dịch vụ công. BHXH Việt Nam là tổ chức thực hiện dịch vụ công về thực hiện các chính sách pháp luật về BHXH – do các cơ quan ban hành chính sách – pháp luật. Do đó, cần có quan điểm nhất quán trong việc giữ định mô hình tổ chức BHXH Việt Nam như hiện nay.

- Vấn đề tập trung hiện nay là tiếp tục hoàn thiện cơ cấu tổ chức bên trong của hệ thống BHXH Việt Nam theo hướng hình thành các tổ chức dịch vụ bảo hiểm theo từng loại hình bảo hiểm: bảo hiểm hưu trí, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm thai sản, ốm đau, BHYT, tai nạn lao động... hoặc nghiên cứu tổ chức theo loại hình BHXH: bảo hiểm bắt buộc và bảo hiểm tự nguyện (kể cả BHYT tự nguyện).

4. Xây dựng đội ngũ cán bộ, viên chức ngành BHXH Việt Nam theo hướng chuyên nghiệp, hiện tại, hình thành đội ngũ cán bộ hoạt động xã hội chuyên nghiệp.

- Hiện nay, tổng số cán bộ, viên chức của BHXH Việt Nam có trên 15.000 người, đây là một đội ngũ nhân lực đông đảo được bố trí bí ở 3 cấp TW, tỉnh, huyện. Việc yêu cầu nâng cao năng lực chuyên môn, nghiệp vụ và giáo dục rèn luyện đội ngũ cán bộ, viên chức có đạo đức,

Bản sao lưu trữ

trách nhiệm phục vụ cao là đòi hỏi của chuyên nghiệp hóa, hiện đại hóa trong nền hành chính phục vụ dân, phục vụ phát triển.

- Đổi mới nội dung và phương thức đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ cán bộ, viên chức đạt các tiêu chuẩn ngạch bậc và đảm bảo vận hành hệ thống quản lý theo yêu cầu điện tử hóa.

- Đổi mới tổ chức cung ứng dịch vụ BHXH theo mô hình "một cửa" ở cấp tỉnh và cấp huyện là phương thức phục vụ mới của BHXH.

- Cần nghiên cứu một số chế độ, chính sách đặc thù tạo động lực và khuyến khích làm việc tận tụy, trách nhiệm của đội ngũ cán bộ viên chức BHXH.

5. Mở rộng các hoạt động quốc tế trong khu vực và thế giới, tham gia các tổ chức tương ứng của khu vực và quốc tế. Chia sẽ kinh nghiệm tổ chức BHXH và kinh nghiệm mở rộng các loại hình BHXH, vấn đề xã hội hóa các hoạt động dịch vụ BHXH (kinh nghiệm của một số nước trong việc thu hút sự tham gia của khu vực y tế tư nhân trong thực hiện khám chữa bệnh cho người nghèo có thẻ BHYT là rất đáng học tập).

Bản sao lưu trữ

CƠ SỞ LÝ LUẬN VÀ THỰC TIỄN XÂY DỰNG LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Ths. NGUYỄN THANH HƯƠNG

Lý luận bắt nguồn từ thực tiễn, phản ánh những vấn đề sinh động của thực tiễn. Lý luận đóng vai trò soi đường, dẫn dắt, chỉ đạo thực tiễn. Nó vạch ra phương hướng và phương pháp cho hoạt động thực tiễn, nhằm biến đổi hiện thực khách quan theo hướng tiến bộ vì lợi ích con người. Luật là sự thể chế hóa chủ trương, chính sách của Đảng, đưa Nghị quyết Đảng vào cuộc sống bằng các quy phạm pháp luật. Chính sách BHYT ở nước ta là giải pháp chăm sóc y tế trong thời kỳ đổi mới đất nước được hình thành và phát triển trên cơ sở thực tiễn.

CƠ SỞ LÝ LUẬN

Các quan điểm, mục tiêu của Đảng về BHYT được tổng kết, đúc rút kinh nghiệm từ thực tiễn, từ cơ sở hết sức quan trọng làm định hướng và nguyên tắc chỉ đạo cho quá trình hoàn thiện pháp luật BHYT nói chung, xây dựng Luật BHYT nói riêng.

Sức khỏe là tài sản đặc biệt, nguồn nhân lực của quốc gia. Chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân luôn là mối quan tâm hàng đầu của Đảng và Nhà nước. Bằng những nguyên lý của mình, BHYT đã chứng minh được tính ưu việt và quỹ BHYT trở thành nguồn tài chính quan trọng trong chăm sóc y tế. Do vậy BHYT ngày càng nhận được nhiều sự quan tâm của Đảng và Nhà nước, điều này được thể hiện rất rõ qua các văn kiện của Đảng.

Nghị quyết Đại hội Đảng toàn quốc lần thứ IX đã chỉ rõ "... thực hiện công bằng trong chăm sóc sức khỏe, tiến tới BHYT toàn dân". Đây là quan điểm chỉ đạo mang tính chiến lược về BHYT. Thực hiện chủ

Bản sao lưu trữ

trương này, trong chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân giai đoạn 2001 – 2010 của Chính phủ khẳng định "... mở rộng BHYT tự nguyện, củng cố quỹ BHYT bắt buộc tiến tới BHYT bắt buộc toàn dân". Đây là nội dung rất quan trọng cho chiến lược phát triển BHYT nói riêng và chiến lược bảo vệ sức khỏe nhân dân nói chung.

Vai trò của BHYT ngày càng trở nên thiết yếu hơn để bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/2/2005 của Bộ Chính trị tiếp tục khẳng định "... phát triển BHYT toàn dân, nhằm từng bước đạt tới công bằng trong chăm sóc sức khỏe, thực hiện sự chia sẻ giữa người khỏe với người ốm, giàu với nghèo, người trong độ tuổi lao động với trẻ e, người già". Nghị quyết cũng đưa ra các biện pháp để thực hiện BHYT toàn dân với nội dung "Xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2010. Tuyên truyền, giáo dục để mọi người dân tự nguyện tham gia BHYT. Đa dạng hóa các loại hình BHYT, chú ý các loại hình BHYT dựa vào cộng đồng. Tạo nguồn tài chính từ ngân sách Nhà nước, viện trợ, các quỹ từ thiện, quỹ cộng đồng, quỹ xóa đói giảm nghèo để trợ giúp cho người nghèo, người sống ở vùng sâu, vùng xa tham gia các loại hình BHYT phù hợp. Hoàn thiện cơ chế, chính sách, củng cố tổ chức và nâng cao năng lực quản lý, điều hành của hệ thống BHYT. Có phương thức thanh toán phù hợp để người tham gia BHYT được chăm sóc với chất lượng tốt, không bị phân biệt đối xử trong khám chữa bệnh".

Và gần đây nhất, Văn kiện Đại hội X tiếp tục nhấn mạnh *"xây dựng hệ thống an sinh xã hội đa dạng; phát triển mạnh hệ thống BHXH, BHYT, tiến tới BHYT toàn dân"*.

Như vậy, trước sau như một quan điểm và mục tiêu của Đảng và Nhà nước về BHYT là kiên định thực hiện BHYT cho toàn dân, bằng cách đa dạng hóa các loại hình BHYT, với các mức phí khác nhau để người dân ở bất kỳ mức thu nhập nào cũng có thể tiếp cận. Phát triển

Bản sao lưu trữ

nhanh việc thực hiện BHYT tự nguyện, BHYT cộng đồng rộng khắp cả nước tạo bước đệm quan trọng cho việc mở rộng diện bao phủ BHYT bắt buộc cho những đối tượng có tiềm năng đã được làm quen qua BHYT tự nguyện. Mục tiêu phát triển BHYT toàn dân là giải pháp tốt nhất đảm bảo công bằng trong chăm sóc y tế, một trong những mục tiêu quan trọng của Đảng và Nhà nước trong chăm sóc y tế, nhất là đối với nước ta khi phần lớn dân số là nông dân có thu nhập thấp và không ổn định. Xuất phát từ chủ trương này của Đảng, trong Luật BHYT cần xây dựng các chế định, quy phạm theo hướng mở rộng diện tham gia BHYT bắt buộc cho các đối tượng tiềm năng; hoàn thiện chế độ BHYT tự nguyện trên cơ sở đa dạng hóa loại hình, mức đóng BHYT để mọi người dân ở các mức thu nhập khác nhau đều có thể tiếp cận. Thực hiện BHYT cho toàn dân trở thành mục tiêu, nguyên tắc trong quá trình xây dựng Luật BHYT.

Quan điểm của Đảng về phát triển y tế cũng là cơ sở quan trọng trong xây dựng Luật BHYT. Hầu hết các văn kiện của Đảng và gần đây là Văn kiện Đại hội X xác định phát triển hệ thống y tế công bằng và hiệu quả, đảm bảo mọi người dân được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Luật BHYT cần đảm bảo nguyên tắc công bằng trong hưởng quyền lợi BHYT.

Bên cạnh quan điểm chủ trương của Đảng với tính chất là những nguyên tắc định hướng, việc xây dựng Luật BHYT cần lưu ý đến các vấn đề lý luận về kinh tế y tế và lý luận về BHYT, đó là các yếu tố bản chất, đặc điểm, nguyên tắc của BHYT. Các quy phạm pháp luật BHYT phải thể hiện được bản chất của BHYT, đó là một chính sách xã hội, hoạt động vì mục tiêu trợ giúp xã hội, không vì lợi nhuận. BHYT theo Tổ chức Y tế thế giới là tên gọi của loại hình BHYT không kinh doanh, không vì mục tiêu lợi nhuận mà nhằm mục đích an sinh xã hội trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Theo thông lệ quốc tế, tôn chỉ mục đích của loại hình bảo hiểm này là đem lại sự chăm sóc y tế, với tư

Bản sao lưu

cách là một trong những nội dung chính của an sinh xã hội theo công ước số 102 – Công ước về quy phạm tối thiểu An sinh xã hội của Tổ chức Lao động quốc tế. Bản chất xã hội là đặc trưng nổi bật của BHYT. Tuy nhiên, BHYT còn mang bản chất kinh tế, thuộc phạm trù kinh tế – y tế. Thực hiện BHYT có hiệu quả là giải một bài toán về kinh tế y tế. Do vậy, khi xây dựng Luật BHYT cần xuất phát từ những vấn đề mang tính lý luận về BHYT nhằm xây dựng các quy phạm pháp luật phù hợp, nhất là các quy phạm liên quan đến mức đóng, mức hưởng, quyền lợi BHYT cũng như trách nhiệm của người tham gia BHYT, để BHYT thật sự vừa mang bản chất xã hội nhưng vẫn thể hiện bản chất kinh tế, hiệu quả. Đây cũng là khác biệt của Luật BHYT với Luật kinh doanh bảo hiểm.

CƠ SỞ THỰC TIỄN

Pháp luật không phải là những quy định bất biến, pháp luật phản ánh thực tiễn cuộc sống mà thực tiễn lại luôn biến động, do vậy pháp luật cần được đổi mới để đáp ứng đòi hỏi khách quan. Để Luật BHYT có giá trị lý luận và thực tiễn, ngoài các yếu tố về lý luận mang tính định hướng chung, cần xuất phát từ các yếu tố thực tiễn sau:

Xuất phát từ thực tiễn hoạt động BHYT và thực trạng pháp luật BHYT

Qua 15 năm thực hiện, bên cạnh những ưu điểm, pháp luật về BHYT hiện hành đã bộc lộ nhiều bất cập so với yêu cầu thực tiễn hoạt động BHYT. Hạn chế của pháp luật BHYT hiện hành được thể hiện trên hai phương diện chính. Một là, nhiều quy định đã tỏ ra lỗi thời, không còn phù hợp với yêu cầu thực tiễn, có những quy định còn chung chung, chưa cụ thể và thiếu rõ ràng gây khó khăn cho quá trình áp dụng. Hai là, nhiều nội dung có tính chất quan trọng, cần thiết và đang phát sinh nhu cầu trong thực tiễn nhưng chưa được quy định. Khi xây dựng Luật BHYT, cần đánh giá thực tiễn, áp dụng pháp luật BHYT kế

Bản sao lưu trữ

thừa những quy định còn phù hợp đã được kiểm nghiệm trong thực tiễn, bổ sung các chế định còn thiếu và chỉnh sửa các quy định không còn phù hợp. Một số bất cập của pháp luật BHYT hiện hành đòi hỏi khi xây dựng Luật BHYT phải hoàn thiện đó là:

Thứ nhất, các quy định về BHYT tự nguyện còn quá sơ sài, chắp vá chưa đáp ứng với mục tiêu của Đảng đề ra và nhu cầu thực tiễn thực hiện BHYT tự nguyện. Để mở rộng đối tượng tham gia BHYT bắt buộc tiến tới BHYT toàn dân, cần thiết phải hoàn thiện chế định BHYT tự nguyện. Chế định BHYT tự nguyện phải có các quy định đa dạng hóa các loại hình BHYT tự nguyện, được nhiều mức phí khác nhau để mọi đối tượng đều có khả năng tiếp cận. Đặc biệt, hướng BHYT tự nguyện đến đối tượng là nông dân, đối tượng chiếm phần lớn dân số. Tham khảo pháp luật các nước cho thấy, BHYT cho nông dân được ưu tiên phát triển ở nhiều nước. Ở Pháp mức phí BHYT dành cho nông dân được xây dựng ở mức thấp và có sự bao cấp chéo từ quỹ BHYT của những người ăn lương. Tại Thái Lan, nông dân tham gia vào hai loại hình BHYT: BHYT miễn phí dành cho người nghèo do Nhà nước cấp kinh phí và BHYT tự nguyện nông dân do nông dân đóng 50%, nhà nước hỗ trợ 50%. Để các quy định BHYT tự nguyện có tính khả thi, khi xây dựng các quy định BHYT tự nguyện phải tính đến đồng thời chặt chẽ điều kiện tham gia để tránh tình trạng mất cân đối thu chi quỹ BHYT như hiện nay.

Để phát triển BHYT tự nguyện, ngoài việc đa dạng hóa các loại hình, mức phí bảo hiểm, cần quy định trách nhiệm của chính quyền các cấp trong việc thực hiện BHYT tự nguyện tại địa phương đồng thời khuyến khích sự hỗ trợ kinh phí thực hiện BHYT tự nguyện của các tổ chức đoàn thể, tổ chức xã hội.

Thứ hai, xuất phát từ các bất cập trong quy định về địa vị và trách nhiệm pháp lý của các chủ thể tham gia quan hệ pháp luật BHYT.

Bản sao lưu trữ

Chủ thể tham gia quan hệ pháp luật BHYT rất đa dạng, phức tạp, bao gồm: người thụ hưởng (người có thẻ BHYT), cơ quan BHXH (cơ quan tổ chức thực hiện), cơ sở KCB (cơ quan cung ứng dịch vụ trực tiếp, là chủ thể có ảnh hưởng trực tiếp đến việc đảm bảo quyền lợi BHYT cho người thụ hưởng) và đơn vị sử dụng lao động (thường có tâm lý trốn đóng BHYT cho người lao động, nhất là khối tư nhân). Mối quan hệ giữa các chủ thể rất phức tạp, nếu không được làm rõ sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi BHYT. Tuy nhiên, pháp luật BHYT hiện hành chưa xác định rõ trách nhiệm và sự ràng buộc pháp lý giữa các chủ thể nên thực tế xảy ra nhiều bất cập xung quanh mối quan hệ này. Luật BHYT phải xác định rõ trách nhiệm và mối quan hệ giữa các chủ thể. Đặc biệt là mối quan hệ giữa cơ quan BHXH, bệnh viện và bệnh nhân BHYT. Trong đó, cơ quan BHXH với vai trò là người đại diện cho quyền và lợi ích của người tham gia BHYT phải có trách nhiệm kiểm tra giám sát chất lượng dịch vụ BHYT tế mà bệnh viện kiểm tra giám sát chất lượng dịch vụ y tế mà bệnh viện cung cấp. Bệnh viện khám chữa bệnh cho bệnh nhân BHYT phải thực hiện khám và điều trị đúng chuyên môn và y đức ngành y. Quan hệ giữa bệnh viện và người tham gia BHYT là quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân, không có bất kỳ sự phân biệt đối xử nào trong khám và điều trị.

Thứ ba, vấn đề hợp đồng KCB BHYT, Hợp đồng KCB BHYT được ký kết giữa cơ quan BHXH (đại diện cho quyền và lợi ích của người thụ hưởng) và cơ sở KCB (đơn vị cung ứng dịch vụ y tế) vì lợi ích của bên thứ ba (người thụ hưởng). Đây là một nội dung rất quan trọng, nhưng pháp luật BHYT hiện hành chưa có các quy định cụ thể. Luật BHYT cần xây dựng chế định hợp đồng KCB BHYT trong đó xác định rõ trách nhiệm, quyền lợi của các bên.

Thứ tư, cơ chế đảm bảo tính tuân thủ pháp luật BHYT. Có một thực tế là, ngay chính những đối tượng thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc theo quy định hiện hành, nhưng lại chưa tham gia hoặc tham gia

không đầy đủ, nhất là khu vực ngoài quốc doanh. Chủ sử dụng lao động thường trốn đóng hoặc chiếm dụng BHYT của người lao động. Nguyên nhân không tuân thủ quy định thực hiện BHYT bắt buộc này có phần do các quy định pháp luật về BHYT chưa đủ mạnh về mặt pháp lý. Trong khi quy định về xử phạt vi phạm hành chính không đáp ứng yêu cầu do mức phạt quá thấp và chưa liệt kê, dự liệu hết các vi phạm xảy ra trên thực tế. Thực tế đã bỏ lọt nhiều vi phạm. Hơn nữa, vì mức phạt thấp nên nhiều chủ doanh nghiệp sẵn sàng chấp nhận nộp phạt hành chính một số tiền nhỏ để không phải nộp khoản phí BHYT lớn hơn rất nhiều.

Hành vi vi phạm và gian lận về BHYT thường là: vi phạm từ phía đơn vị sử dụng lao động: đưa người ngoài danh sách lao động của đơn vị, doanh nghiệp vào diện đối tượng tham gia BHYT bắt buộc mà những đối tượng này thường mắc bệnh nặng, bệnh mãn tính phải điều trị dài ngày với chi phí lớn như chạy thận nhân tạo, ghép thận, mổ tim, không đóng BHYT cho người lao động hoặc chiếm dụng phí BHYT của người lao động; vi phạm từ phía cơ sở khám chữa bệnh: đưa bệnh nhân vào điều trị nội trú không đúng chỉ định, kéo dài thời gian điều trị nội trú không cần thiết; lập hồ sơ khống để lấy thuốc hoặc kinh phí..; vi phạm từ phía người tham gia như làm thẻ BHYT giả, cho mượn thẻ BHYT để hưởng chế độ BHYT.

Để đảm bảo quyền lợi và sự công bằng cho những người tham gia BHYT, đảm bảo tính nghiêm minh của luật pháp, Luật BHYT cần xây dựng một số công cụ pháp lý để chống gian lận và các hành vi vi phạm pháp luật BHYT.

Thực trạng về điều kiện và các vấn đề đặt ra trong chăm sóc y tế

Chăm sóc y tế hiện nay đang đặt ra nhiều vấn đề đòi hỏi các nhà hoạch định chính sách cần lưu tâm, trong đó đáng chú ý nhất là vấn đề

khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của một bộ phận đáng kể người có thu nhập thấp, thu nhập không ổn định và người nghèo. Đây là những đối tượng cần được quan tâm nhằm đảm bảo công bằng trong chăm sóc y tế.

Nghiên cứu, tham khảo vận dụng pháp luật BHYT các nước

Học tập và kế thừa kinh nghiệm pháp luật về BHYT của nước đi trước là tất yếu. Chúng ta cần tham khảo, vận dụng pháp luật BHYT của các nước, nhất là các quốc gia BHYT có bề dày phát triển như: Đức, Nhật, Hàn Quốc... Bởi lẽ, khi chúng ta đang trong quá trình trải nghiệm, thì họ đã có kinh nghiệm hàng chục năm phát triển. Hơn nữa, chúng ta đang trong xu thế hội nhập, việc học tập pháp luật BHYT các nước tạo điều kiện cho pháp luật về BHYT của Việt Nam ngày càng tiệm cận với pháp luật BHYT quốc tế.

Ngoài những cơ sở nêu trên, cũng giống như các văn bản Luật khác, việc xây dựng luật BHYT đảm bảo các nguyên tắc cơ bản của một văn bản luật nói chung, nhất là quan điểm xây dựng Luật hiện nay của Quốc hội, đó là nội dung Luật phải cụ thể, hạn chế tối đa việc ban hành các văn bản hướng dẫn để khi Luật được ban hành có thể thực hiện được ngay tránh tình trạng "Luật ống, Luật khung", có Luật rồi nhưng vẫn phải chờ Nghị định hướng dẫn Luật, rồi lại chờ Thông tư hướng dẫn Nghị định. Để đảm bảo nguyên tắc xây dựng Luật này, một số quy định trong các Nghị định, Thông tư hướng dẫn đã được kiểm nghiệm trong thực tiễn cần nâng lên thành các quy phạm trong Luật.

SỰ CẦN THIẾT ĐỔI MỚI VIỆC THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ CHO NÔNG DÂN

DƯƠNG VĂN THẮNG

Chính sách xã hội là một vấn dề quan trọng, luôn được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước ta. trong hệ thống chính sách xã hội, chính sách xã hội nông thôn có vị trí đặc biệt quan trọng vì nó tác động trực tiếp đến phần đông dân cư nước ta hiện đang sinh sống ở nông thôn. Việc đề ra chính sách xã hội nông thôn đúng đắn và tổ chức thực hiện tốt chính sách này sẽ góp phần đảm bảo sự ổn định và phát triển kinh tế – xã hội, tác động mạnh mẽ đến bước tiến của nông thôn, nông nghiệp nước ta trên con đường công nghiệp hóa, hiện đại hóa.

Thực hiện chính sách BHYT cho nông dân là một nội dung quan trọng thuộc chính sách xã hội, nằm trong chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước ta về phát triển BHYT tiến tới BHYT toàn dân, thực hiện công bằng xã hội trong công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Quan điểm xuyên suốt của Đảng ta trong xây dựng thể chế kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa nhằm thực hiện mục tiêu *"Dân giàu, nước mạnh, xã hội công bằng, dân chủ, văn minh"*; thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội ngay trong từng bước và từng chính sách phát triển; phát triển kinh tế đi đôi với phát triển văn hóa, y tế, giáo dục, bảo vệ và cải thiện môi trường; kết hợp phát triển kinh tế – xã hội với tăng cường quốc phòng – an ninh..., giải quyết tốt các vấn đề xã hội vì mục tiêu phát triển con người. Cương lĩnh của Đảng đã chỉ rõ: *"Chính sách xã hội đúng đắn vì hạnh phúc con người là động lực to lớn*

phát huy sức sáng tạo của nhân dân trong sự nghiệp xây dựng chủ nghĩa xã hội".

Chủ tịch Hồ Chí Minh khẳng định rõ mục tiêu xây dựng chủ nghĩa xã hội ở Việt Nam là làm cho: *"Nước ta được hoàn toàn độc lập, dân ta được hoàn toàn tự do, đồng bào ai cũng có cơm ăn áo mặc, ai cũng được học hành":* Điều đó có nghĩa là cùng một lúc phải phát triển kinh tế với thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội. Song, việc giải quyết vấn đề này đặt ra bức thiết hơn khi Đảng ta thực hiện công cuộc đổi mới, xây dựng nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa.

Quan tâm đến sức khỏe của nông dân, lực lượng chiếm trên 70% dân số là mục tiêu trong chiến lược con người của Đảng và Nhà nước ta. Đã có thời kỳ chúng ta tự hào về xây dựng hình thành mạng lưới y tế xã hội chủ nghĩa. Nông dân ở miền xuôi cũng như ở miền ngược đều được khám chữa bệnh không mất tiền, được đội ngũ cán bộ y tế tận tình phục vụ theo lời dạy của Bác Hồ: "Lương y như từ mẫu". Song những ý tưởng tốt đẹp đó đã không thực hiện được bởi nhiều lẽ, trong đó có sức ép của sự gia tăng quá nhanh tốc độ phát triển dân số. Trong sự nghiệp đổi mới toàn diện của đất nước, chúng ta đã buộc phải chống bao cấp trên nhiều lĩnh vực, trong đó có y tế. Nhưng lĩnh vực y tế lại nảy sinh nhiều vấn đề phức tạp. Riêng đối với đối tượng là nông dân, thu nhập thấp, đời sống kinh tế còn nhiều khó khăn, thiếu thốn, thật khó có cơ hội được chăm sóc sức khỏe một cách chu đáo, chưa nói gì đến quyền được hưởng những thành tựu của nền y học hiện đại.

Nhằm khắc phục những khó khăn, bất cập trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân trong thời kỳ xóa bỏ bao cấp, chính sách BHYT đã được ban hành theo Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ). Đến nay, qua gần 15 năm hoạt động BHYT đã khẳng định tính đúng đắn của một chính sách xã hội mới, thực hiện phương châm "Nhà nước và nhân dân cùng làm", nhằm mục tiêu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho toàn dân trong tình hình mới.

Tuy nhiên, chính sách BHYT ở nước ta hiện nay mới chỉ thực hiện bắt buộc cho cán bộ, công chức các cơ quan hành chính sự nghiệp, người lao động trong các doanh nghiệp, đối tượng ưu đãi và bảo trợ xã hội. Đối tượng thuộc diện BHYT bắt buộc hiện có trên 25 triệu người. Cán bộ công chức nhà nước được Nhà nước đài thọ 2/3 tiền đóng BHYT; người lao động khu vực doanh nghiệp được chủ sử dụng lao động đóng 2/3 mức đóng và nguồn kinh phí này được hạch toán vào giá thành sản phẩm; các đối tượng người về hưu, nghỉ mất sức, ưu đãi xã hội, bảo trợ xã hội được nhà nước đài thọ 100% mức đóng.

Qua thực hiện chính sách BHYT đã cho thấy những vấn đề bất hợp lý và chưa công bằng trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Trong khi các đối tượng khác được Nhà nước bảo đảm thông qua chế độ BHYT bắt buộc, thì người nông dân hiện nay đi khám chữa bệnh gặp nhiều khó khăn, họ phải chi trả toàn bộ tiền viện phí cho bệnh viện. Họ không có chế độ BHYT nếu không tham gia loại hình BHYT tự nguyện. Riêng khu vực nông thôn đến năm 2006 có khoảng trên 6,4 triệu người dân đang tham gia BHYT tự nguyện (bao gồm BHYT học sinh, hộ gia đình, hội viên các đoàn thể...). Cũng có một vài nơi chính quyền địa phương hỗ trợ người dân một phần tiền mua BHYT tự nguyện, nhưng không ổn định, năm có, năm không, phần lớn để người nông dân tự lo tiền đóng BHYT. Vừa qua, do quỹ BHYT tự nguyện bị bội chi lớn, đã phải điều chỉnh mức đóng, mức hưởng cho phù hợp, đảm bảo cân đối thu chi. Với những quy định mới, phải có 100% thành viên trong hộ gia đình và 10% dân cư trên địa bàn tham gia, mức đóng tăng từ 70.000 – 120.000đ trước đây lên 120.000 – 240.000đ ở khu vực nông thôn, người nông dân thu nhập thấp khó có khả năng tham gia BHYT, họ càng khó khăn hơn khi đau ốm nặng cần khám, điều trị.

Ở nước ta hiện nay, dân số nông thôn chiếm 73,7%, lao động nông nghiệp chiếm 55% lực lượng lao động của cả nước, với 13,2 triệu hộ, trong đó có 11 triệu hộ chuyên sản xuất nông nghiệp(1). Thực hiện

đường lối đổi mới do Đảng ta khởi xướng và lãnh đạo, trên 20 năm qua, nông nghiệp, nông thôn nước ta đã đạt được những thành tựu to lớn về nhiều mặt. Cơ sở hạ tầng ở nông thôn được đầu tư xây dựng như giao thông, điện, nước, trường học, trạm xá, nhà ở của dân... tương đối tốt. Đến năm 2005, đã có 95% số xã có đường ô tô đến trung tâm xã; 85,5% số xã và 78% số hộ được sử dụng điện; 54,2% số hộ có ti vi; 45,7% hộ có radiô; 99% số xã có trạm y tế; 94% số xã được phủ sóng truyền hình; 68,6% số xã và trên 62% số dân ở nông thôn được sử dụng nước sạch...; tỷ lệ hộ nghèo đói đã giảm đáng kể, chỉ còn dưới 7% năm 2005. Nhờ đó, bộ mặt nông thôn đã thay đổi rõ rệt. Tuy nhiên, kinh tế – xã hội nông thôn Việt Nam vẫn đang đứng trước những mâu thuẫn gay gắt: ở khu vực nông thôn, đặc biệt là vùng miền núi (vùng sâu, vùng xa), vùng đồng bào dân tộc ít người vùng có nhiều thiên tai mất mùa..., phần lớn dân cư vẫn trong tình trạng nghèo nàn, lạc hậu, có nguy cơ tụt hậu so với các vùng đô thị, khu công nghiệp tập trung. Năm 2005, theo tiêu chuẩn mới, vẫn còn 4,2 triệu hộ nông dân ở diện đói nghèo, vùng Tây Bắc chiếm hơn 60%. Tây Nguyên hơn 50%, các vùng miền khác cũng chiếm tỷ lệ cao... Thu nhập của nông dân mới bằng hơn 40% so với bình quân thu nhập chung của cả nước(2).

Việc phát triển kinh tế thị trường, bên cạnh những mặt được về kinh tế xã hội, như tăng trưởng kinh tế ở mức tương đối cao (7-8%/năm), tính năng động xã hội được khơi dậy tạo ra động lực mới của sự phát triển..., song: "nhiều vấn đề xã hội cũng nổi lên gay gắt, thể hiện sự sút kém nghiêm trọng trong một số mặt của đời sống xã hội, như thất nghiệp, người nghèo, y tế, giáo dục, tệ nạn xã hội... Điều đó cho thấy có sự mâu thuẫn ngày càng gay gắt trong mối quan hệ giữa tăng trưởng kinh tế và đảm bảo công bằng xã hội. Trong mâu thuẫn đó, những cái được về mặt kinh tế thị trường tác động vào khu vực thành thị mạnh hơn nông thôn, còn hậu quả về mặt xã hội thì nông thôn lại gánh chịu nặng nề hơn"(3).

BHYT là một chính sách đúng đắn và có ý nghĩa rất lớn về mặt xã hội, tuy nhiên hiện nay BHYT bắt buộc mới thực hiện một số đối tượng, diện bao phủ BHYT tự nguyện đến người nông dân còn quá thấp. Chính sách bảo vệ và chăm sóc sức khỏe người nông dân có nhiều bất cập và ngày càng đặt ra những yêu cầu bức xúc. Từ năm 1996, các nhà nghiên cứu chính sách xã hội nông thôn Việt Nam đã có nhận định: "Đây chính là một trong những biểu hiện của việc chưa xây dựng được đầy đủ và rộng khắp mạng lưới an toàn về y tế cho toàn dân, nhất là ở cơ sở"(4).

Theo các nhà nghiên cứu, trong điều kiện đổi mới, những thách thức xã hội ngày càng lớn và dồn vào nông thôn. Chính sách xã hội nông thôn, khu vực có địa bàn lớn, số dân đông, điều kiện khó khăn, xuất phát điểm về điều kiện kinh tế – xã hội quá thấp, phải được tập trung ưu tiên và giải quyết sớm hơn.

Một công trình nghiên cứu của Ban Khoa giáo Trung ương và Bộ Y tế về tác động của viện phí đối với công bằng về tài chính, tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế cho thấy: Việc thu một phần viện phí có những tác động tiêu cực làm hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của những người có mức sống thấp. Có những bệnh nhân nghèo nhưng không dám đến phòng khám hoặc điều trị tại bệnh viện; có những gia đình trở thành nghèo đói vì bệnh tật phải chữa trị. Ở Tiền Giang, 45,6% số hộ có người ốm không có tiền chữa, ở Đồng Tháp tỷ lệ này là 42%. Nhiều gia đình phải giảm cả chi tiêu tối thiểu, kể cả chi tiêu cho ăn uống, học hành của con cái khi có người đi khám chữa bệnh. Thậm chí không dám đi khám chữa bệnh hoặc do không có tiền, hoặc không đủ tiền chi trả viện phí. Theo ước tính, mỗi năm nước ta có khoảng 3 triệu người bị rơi vào tình trạng nghèo đói do phải chi trả những khoản lớn cho chăm sóc y tế(5).

Thực tế, nỗi khổ của người dân đi khám chữa bệnh còn chịu thêm hàng loạt các chi phí khác như chi phí đi lại, chi phí cho những người

Bản sao lưu trữ

đi theo người bệnh, chi phí này chiếm 2/3 tổng chi phí cho một đợt khám chữa bệnh. Chính những khoản phí này đã trở thành "cái bẫy nghèo" cho những người thu nhập thấp(6). GS.TS.KH Phạm Mạnh Hùng Phó Trưởng ban Khoa giáo Trung ương (nay là Ban Tuyên giáo TW) cho rằng: *"Muốn người dân vượt qua vấn đề tài chính y tế và đảm bảo công bằng trong y tế, phải coi trọng và làm cho BHYT trở thành cách chi trả chủ yếu của người bệnh. Muốn thực hiện BHYT toàn dân, phải giảm cách chi trả trực tiếp từ túi tiền người bệnh (hiện nay 71% tổng chi y tế được lấy trực tiếp từ túi người bệnh, ở các bệnh viện Trung ương nguồn thu chủ yếu từ túi người bệnh), cách chi trả này chính là cái "bẫy" đưa người dân vào tình trạng nghèo đói"(7).*

Ở Việt Nam, theo số liệu thống kê năm 2001, 2002, cho thấy tổng chi phí y tế của họ gia đình chiếm tỷ trọng 63,7%, mức chi có xu hướng tăng theo thời gian, sự gia tăng này gây gánh nặng về kinh tế, đặc biệt đối với các hộ gia đình nông dân có thu nhập thấp. Theo ước tính hiện nay, có 70-80% dân số sống dựa vào nông nghiệp ở các vùng nông thôn vẫn chưa có BHYT.

Nghị quyết Đại hội X của Đảng chỉ rõ: *"Thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội ngay trong từng bước và từng chính sách phát triển: tăng trưởng kinh tế đi đôi với phát triển văn hóa, y tế, giáo dục... giải quyết tốt các vấn đề xã hội vì mục tiêu phát triển con người. Thực hiện chế độ phân phối chủ yếu theo kết quả lao động, hiệu quả kinh tế, đồng thời theo mức đóng góp vốn cùng các nguồn lực khác và thông qua phúc lợi xã hội.*

Phát huy quyền làm chủ xã hội của nhân dân, bảo đảm vai trò quản lý, điều tiết nền kinh tế của Nhà nước pháp quyền xã hội chủ nghĩa dưới sự lãnh đạo của Đảng".

Trên lĩnh vực chính sách xã hội, Nghị quyết Đại hội X của Đảng nêu định hướng quan trọng: *"Xây dựng, hoàn chỉnh hệ thống chính sách bảo đảm cung ứng dịch vụ công cộng thiết yếu, bình đẳng cho mọi người dân về giáo dục và đào tạo, tạo việc làm, chăm sóc sức khỏe, văn hóa – thông tin, thể dục, thể thao...*

Xây dựng hệ thống an sinh xã hội đa dạng: phát triển mạnh hệ thống BHXH, BHYT, tiến tới BHYT toàn dân... Phát triển hệ thống y tế công bằng và hiệu quả bảo đảm mọi người được chăm sóc và bảo vệ sức khỏe".

Quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước ta hướng tới một nền y tế công bằng và hiệu quả. Thực hiện tốt chính sách BHYT cho nông dân, một bộ phận quan trọng trong hệ thống chính sách xã hội nông thôn, đảm bảo sự công bằng trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân là yêu cầu hết sức bức thiết. Đất nước bước vào thời kỳ đẩy mạnh sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa và hội nhập kinh tế quốc tế, vấn đề bảo vệ và chăm sóc sức khỏe người nông dân trong giai đoạn mới đòi hỏi đã đến lúc cần có sự tổng kết, đánh giá thực trạng việc thực hiện chính sách BHYT cho nông dân, từ đó có sự đổi mới mạnh mẽ từ quan điểm, nhận thức, đến cách thức tổ chức thực hiện cho phù hợp, hiệu quả hơn.

---

(1) Báo Tiếng nói Việt Nam điện tử, ngày 18/2/2007.

(2) Tham luận tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X của Đảng, Nxb Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 2006, tr.2002.

(3) Nghiên cứu chính sách xã hội nông thôn Việt Nam, Nxb Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 1996, tr.21.

(4) Nghiên cứu chính sách xã hội nông thôn Việt Nam, Nxb Chính trị Quốc gia, Hà Nội, 1996, tr.53.

(5) Báo Nhân dân ngày 24/12/2002.

(6) Báo Lao động, ngày 22/1/2002.

(7) Tạp chí BHXH số 12/2006, tr.23.

Bản sao lưu trữ

ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

HÀ THÚC CHÍ

Đảng và nhà nước ta chủ trương thực hiện BYTT toàn dân vào năm 2010. Tuy nhiên, thực tế cho thấy, việc thực thi những giải pháp để tiến đến mục tiêu BHYT toàn dân thời gian qua đã gặp không ít khó khăn, hạn chế nhất định. Là một cán bộ tham gia triển khai chính sách BHYT hơn 14 năm qua, với tâm huyết nghề nghiệp, tôi có một số suy nghĩ và xin đưa ra một số giải pháp, hy vọng góp một phần nhỏ trong thực hiện lộ trình BHYT toàn dân.

NHẬN THỨC VỀ BHYT?

Có hai mục đích cơ bản mà chính sách BHYT ở nước ta phải đạt được: thứ nhất là huy động được tối đa nguồn lực tài chính trong cộng đồng tham gia vào việc chăm sóc sức khỏe. Thứ hai là tạo được sự bình đẳng, công bằng, hiệu quả trong công tác khám chữa bệnh cho những đối tượng tham gia. Chúng ta đã nói nhiều về tầm quan trọng, tính nhân đạo, cộng đồng nhân văn cao cả của chính sách BHYT trong nhiều năm qua. Tuy nhiên, thực tế cho thấy việc quá đề cao tính nhân đạo, nhân văn sẽ có nguy cơ biến quỹ BHYT thành một quỹ từ thiện, nhân đạo. BHYT phải được xem như là một trong những hệ thống tài chính quốc gia có nhiệm vụ chuyên biệt hóa đó là đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân cho hiện tại và tương lai. Đã là một hệ thống tài chính thì phải tự cân đối thu – chi và làm sao để huy động được ngày càng nhiều người tham gia bằng mọi biện pháp lâu dài và trước mắt phải tự cân đối để duy trí và phát triển. do có nhiệm vụ chuyên biệt hóa, nên BHYT phải được xem như là một công cụ giám sát hữu hiệu

Bản sao lưu trữ

cho ngành y tế bằng các định chế đảm bảo cả hai vấn đề cốt lõi là cân đối thu – chi cho quỹ và công bằng, hiệu quả trong khám chữa bệnh BHYT. Nếu không xem BHYT là công cụ giám sát hữu hiệu, mà chỉ là đơn vị chi hộ tài chính cho các cơ sở y tế, thì vô tình chúng ta biến quỹ BHYT thành "chùm khế ngọt, quỹ ngân sách bao cấp cho các cơ sở y tế". Xa rời hai mục đích cơ bản nói trên, chúng ta sẽ khó huy động được ngày càng nhiều người tham gia BHYT. Người tham gia BHYT bắt buộc sẽ không có ý thức bảo vệ hay quan tâm đến sự sống còn của quỹ, người tham gia BHYT tự nguyện sẽ mất dần niềm tin vì chính sách không ổn định. Theo tôi, đây là thách thức lớn về nhận thức trước mắt mà chúng ta phải vượt qua trước khi đưa ra những giải pháp mới cho lộ trình tiến đến BHYT toàn dân.

ĐA DẠNG HÓA LOẠI HÌNH BHYT

Nếu đã thực hiện xã hội hóa sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân để phù hợp với cơ chế thị trường, thì đa dạng hóa loại hình tham gia BHYT là giải pháp tốt nhất để thúc đẩy lộ trình BHYT toàn dân. Dù đến lúc Nhà nước bắt buộc toàn dân tham gia BHYT, khi đó cũng phải đa dạng hóa loại hình BHYT, thì mới mong huy động tối đa nguồn lực trong cộng đồng. không nên vì lộ trình BHYT toàn dân mà bắt buộc mọi người dân phải tham gia BHYT bằng một loại hình duy nhất. Quy luật trong cơ chế thị trường là sự phân hóa giai tầng trong xã hội nhanh chóng, việc bắt buộc mọi người tham gia chỉ một loại hình BHYT là không thể thực hiện được. Hãy tạo thói quen trong nhận thức của người dân: bình đẳng khi tham gia và công bằng trong hưởng thụ. Giai tầng giàu có trong xã hội muốn tham gia loại hình BHYT chi phí lớn hơn để có thụ hưởng nhiều hơn, tại sao lại không cho phép? Giai tầng có thu nhập trung bình họ tự lo được chi phí KCB ngoại trú, chỉ muốn tham gia một loại hình BHYT trợ cấp nội trú để họ thoát bẫy nghèo trong y tế, tại sao không được? Tại sao giai tầng nghèo khó nhất lại quá được ưu ái quá lớn khi khám chữa bệnh? Vô tình chúng ta tạo

ra sức ỳ trong xã hội, địa phương nào, nhà nào, người nào cũng mong nghèo để hưởng lợi. Quỹ BHYT tự nhiên trở thành quỹ nhân đạo từ thiện. Khi các Bộ, ngành can thiệp quá sâu vào chính sách BHYT với mong muốn nhanh chóng BHYT toàn dân bằng những giải pháp không đồng bộ, quỹ BHYT toàn dân sẽ không thể tự hạch toán để tồn tại được. Sự bình đẳng khi tham gia BHYT sẽ quyết định đến niềm tin của người tham gia. Họ cho rằng hệ thống BHXH có khả năng quản lý tốt hơn khi có nhiều loại hình tham gia. Sau khi nghiên cứu chính sách BHYT của một số nước trong cùng khu vực, cùng hoàn cảnh kinh tế xã hội như chúng ta, hầu hết các nước đã có Luật BHYT, thế nhưng họ không chọn con đường chỉ một loại hình BHYT duy nhất như chúng ta. Họ có quan điểm rõ ràng, mọi người dân đều có BHYT dù tham gia bất cứ hình thức nào, bắt buộc tự nguyện, tư nhân, cộng đồng, Nhà nước hỗ trợ mua thẻ... Theo tôi, những loại hình BHYT không phải ngẫu nhiên mà có, cũng không không phải từ ý chí chủ quan, mà tất cả đều xuất phát từ nhu cầi phát sinh trong thực tiễn trong xã hội. Nhìn từ góc độ xã hội, bảo hiểm là một sản phẩm mang tính chất xã hội do con người tạo ra. Đã là sản phẩm thì phải có khách hàng sử dụng, tùy vào giai tầng trong xã hội để thiết kế nên những sản phẩm bảo hiểm phù hợp. BHYT không nằm ngoài quy luật nói trên. Giá phí của sản phẩm BHYT mang tính chất đặc thù hơn những loại giá phí bảo hiểm khác. Bởi vì chúng phải mang tính cộng đồng rất cao mới tồn tại và phát triển được. Nếu tham gia với mức phí quá thấp không phù hợp với chi phí y tế và nhu cầu của cộng đồng, thì quỹ sẽ bị bội chi và cộng đồng không còn tin tưởng vào hiệu quả của quỹ. Phải xuất phát từ tình hình kinh tế xã hội hiện tại của cộng đồng để xác lập loại hình với mức phí phù hợp. Thu nhập bình quân đầu người GDP của nước ta đang ở mức thấp dưới 100 USD/người. Đa số dân chúng có thu nhập ổn định, số giàu có vẫn còn tỷ lệ nhỏ khoảng 20%, 3% dân số đang ở tình trạng nghèo đói. Điều quan trọng là không thể có loại hình bảo hiểm đáng ứng hết nhu cầu khám chữa bệnh ở một quốc gia. Phòng bệnh vẫn là phương châm y tế tốt

nhất cho các nước đang phát triển. Thực tiễn hiện nay, sau khi xã hội hóa công tác y tế cho thấy, tỉnh nào, thành phố nào các bệnh viện tăng cường đầu tư trang thiết bị y tế hiện đại nhằm mục đích thu viện phí vì lợi nhuận, thì quỹ BHYT ở đó dù có mức phí cao cũng không thể cân đối được. Theo tôi, chúng ta vẫn duy trì 2 quỹ BHYT như hiện nay. Quỹ BHYT bắt buộc và Quỹ BHYT tự nguyện. Quỹ BHYT bắt buộc gồm những đối tượng theo như Điều lệ hiện nay và chỉ cần thêm đối tượng tương lai của đất nước là học sinh và sinh viên. Dực vào các chỉ số khám chữa bệnh của học sinh – sinh viên để xác lập mức phí cho phù hợp. Như vậy, cho đến nay cả nước có khoảng 21 triệu người có BHYT bắt buộc, nếu thêm 20 triệu học sinh sinh viên nữa thì toàn bộ trên 40 triệu đối tượng thuộc Quỹ BHYT bắt buộc. Quỹ BHYT bắt buộc phải được hạch toán riêng và thống nhất trên phạm vi toàn quốc. Quỹ BHYT tự nguyện phải thật sự là tự nguyện, không nhất thiết phải liên thông cho bằng BHYT bắt buộc. Họ muốn được hưởng thụ bằng chính sự sự đóng góp của chính mình. Đó là sự bình đẳng, công bằng cần có khi triển khai quỹ BHYT tự nguyện. Chúng ta nên duy trì một số loại hình như hiện nay: BHYT tự nguyện cho nông dân, cho phụ nữ, cho hộ gia đình, cho thân thể khác có hội đủ yêu cầu. vấn đề quan trọng là thiết lập các điều kiện tham gia và đảm bảo cân đối được quỹ. Kinh nghiệm trên thế giới cho thấy, người ta sử dụng những công cụ quản lý ít can thiệp, mang tính tự giác cao để hạn chế lạm dụng quỹ BHYT. Những quy định này đều được tính toán kỹ lưỡng dựa trên chi phí khám chữa bệnh để vừa dễ huy động và đảm bảo cân đối quỹ, công khai minh bạch bằng văn bản pháp lý.

ĐA DẠNG HÓA QUYỀN LỢI ĐƯỢC HƯỞNG TƯƠNG ỨNG VỚI MỨC PHÍ

Mức phí tham gia và quyền lợi được hưởng sẽ có vai trò quan trọng trong việc phát triển BHYT tự nguyện, quyết định thành công lộ trình BHYT toàn dân. Một số quan điểm cho rằng, thiết lập mức phí và

quyền lợi phải như BHYT bắt buộc để dễ dàng trong quản lý và tránh sự phân biệt đối xử. Nếu làm như vậy, chúng ta chưa thật sự nhận thấy sự đa dạng hóa nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong xã hội hiện nay. Dịch vụ y tế ngày càng phát triển theo yêu cầu tự chọn, bệnh viện tư nhân ngày càng nhiều, trang thiết bị y tế ngày càng hiện đại, trong cùng một bệnh viện xuất hiện nhiều loại hình dịch vụ y tế. Chúng ta không thể bắt người tham gia BHYT tự nguyện phải suy nghĩ như chúng ta, mà chúng ta cần suy nghĩ theo thực tế của cuộc sống. Tùy theo tình hình kinh tế của mỗi cộng đồng, mỗi hộ gia đình chúng ta nên để họ tùy ý lựa chọn mức phí tham gia với mức hưởng phù hợp. Mức hưởng cả nội trú và ngoại trú, mức hưởng chỉ ngoại trú, mức hưởng chỉ nội trú, mức hưởng theo trọn gói y tế, mức hưởng với các dịch vụ y tế kỹ thuật cao, dịch vụ tự chọn, mức hưởng nếu KCB ở nước ngoài... Đa dạng hóa quyền lợi phù hợp với mức phí tham gia đòi hỏi cơ quan quản lý quỹ BHYT phải tăng cường trình độ chuyên môn, nghiệp vụ, năng lực lãnh đạo của cán bộ để theo kịp sự phát triển.

THỰC HIỆN TỐT CHỨC NĂNG GIÁM SÁT BẢO VỆ QUYỀN LỢI NGƯỜI THAM GIA BHYT

Công bằng, hiệu quả trong khám chữa bệnh là mục đích của chính sách BHYT. Không thực hiện được mục đích này, Quỹ BHYT có nguy cơ trở thành một quỹ bao cấp ngược. Lộ trình BHYT chắc chắn không thực hiện đượcm nếu quỹ BHYT năm nào cũng ở tình trạng bội chi nghiêm trọng, Sức khỏe là một loại hàng hóa đặc biệt, không theo quy luật cung cầu và giá cả của thị trường, mà theo mô hình bệnh tật và quyền quyết định của thầy thuốc. Quỹ BHYT chỉ đáp ứng nhu cầu cơ bản về chăm sóc sức khỏe để giúp người tham gia thoát khỏi bẫy nghèo trong y tế. Sự lạm dụng của thầy thuốc, các cơ sở khám, chữa bệnh là vô tận, không kiểm soát được, nếu Nhà nước không ban hành những công cụ cần thiết, cho nhập viện cả những trường hợp bệnh nhẹ chưa thật sự cần thiết, kéo dài điều trị... đã tạo nên lãng phí tài chính,

nguy cơ tổn hại sức khỏe cộng đồng, mất đi tính công bằng trong khám chữa bệnh và ảnh hưởng đến an toàn quỹ BHYT. Trong khi chưa áp dụng được khoán chi phí theo định suất, theo chẩn đoán, chúng ta cần thiết lập những phác đồ điều trị chuẩn cho mỗi bệnh tật. Quy định chi tiết cụ thể những dịch vụ, vật tư, y tế cần làm cho mỗi loại bệnh tật để làm căn cứ thanh toán.

ĐỒNG BỘ GIỮA PHÁT TRIỂN BHYT VỚI CUNG ỨNG DỊCH VỤ Y TẾ

Để đẩy nhanh lộ trình tiến đến BHYT toàn dân, chúng ta không thể không tính đến việc mở rộng, phát triển mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế. Ngoài việc ngành Y tế chủ động đầu tư trang thiết bị, nhân lực, nâng cao chất lượng, nâng cấp mở rộng cơ sở khám chữa bệnh hoàn chỉnh hệ thống y tế tử cơ sở đến tuyến huyện, chúng ta nên mở rộng hệ thống y tế tư nhân, đầu tư nước ngoài, cho phép mở thêm hệ thống khám chữa bệnh cho người tham gia BHYT. Nhà nước đã có chủ trương, chúng ta cần những giải pháp cụ thể cho vấn đề này.

ĐẨY NHANH ỨNG DỤNG TIN HỌC

Giải pháp này tôi cho là rất quan trọng đối với ngành BHXH, đó là ưu tiên đẩy nhanh ứng dụng công nghệ tin học trong hoạt động. Đặc biệt là hệ thống tin học quản lý thẻ, quản lý khám chữa bệnh BHYT phải được cập nhật và thống nhất với ngành y tế trong phạm vi cả nước, đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ thực hiện mục tiêu BHYT toàn dân trong bối cảnh hội nhập quốc tế.

NÊN QUY ĐỊNH BẮT BUỘC HAY TỰ NGUYỆN TRONG LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

TRUNG HIẾU

Hiện nay, Bộ Y tế đang xúc tiến xây dựng dự án Luật BHYT để trình Quốc hội xem xét. Về ý nghĩa, Luật BHYT ra đời không những thể chế hóa đường lối, chính sách, quan điểm của Đảng, Nhà nước về BHYT, góp phần xây dựng, hoàn thiện hệ thống an sinh xã hội mà còn có ý nghĩa quan trọng trong việc tạo lập cơ chế tài chính dựa trên sự đoàn kết, tương trợ, cùng chia sẻ nguy cơ trong khám chữa bệnh, để đảm bảo nguồn tài chính ổn định cho chăm sóc sức khỏe nhân dân, hướng tới mục tiêu công bằng, hiệu quả trong khám chữa bệnh. Luật BHYT được ban hành cũng sẽ tạo bước chuyển biến mới trong tổ chức thực hiện chính sách BHYT theo Nghị định của Chính phủ trong gần 15 năm qua, kể từ năm 1992 đến nay.

Những nội dung quy định trong dự thảo Luật này sẽ có tác động đến nhiều vấn đề phức tạp và nhạy cảm, nhiều đối tượng, trên nhiều phương diện khác nhau, từ cơ sở khám chữa chữa bệnh đến kinh doanh, sản xuất của các doanh nghiệp cũng như đời sống kinh tế, xã hội của mọi tầng lớp nhân dân. Vì vậy, cần có sự nghiên cứu, chuẩn bị và lấy ý kiến rộng rãi của các cơ quan nhà nước, các tổ chức xã hội cũng như của nhân dân để thống nhất về quan điểm cũng như những nội dung mang tính nguyên tắc của BHYT xã hội.

Trước hết, chúng tôi thấy cần trao đổi về việc quy định đối tượng tham gia BHYT và tham gia BHYT là bắt buộc hay tự nguyện, để đạt được mục tiêu BHYT toàn dân.

Để quy định về đối tượng tham gia, có ba phương án lựa chọn để quy định trong Luật như sau:

Phương án 1: quy định tham gia BHYT bắt buộc đối với một số nhóm đối tượng, số còn lại tham gia tự nguyện trong lộ trình khoảng 3 đến 5 năm, sau đó là bắt buộc toàn dân tham gia.

Phương án 2: quy định ngay việc thực hiện BHYT là bắt buộc toàn dân tham gia.

Phương án 3: chỉ quy định tham gia BHYT bắt buộc với một số nhóm đối tượng, còn lại là tham gia tự nguyện, không có lộ trình tiến tới bắt buộc toàn dân.

Theo chúng tôi, Phương án 1 là hợp lý và khả thi nhất xét trong điều kiện thực tế hiện nay, vì những lý do sau:

1. BHYT xã hội được thực hiện dựa trên 3 nguyên tắc cơ bản (theo Công ước của Tổ chức Lao động thế giới về an sinh xã hội và của Tổ chức Y tế thế giới): tham gia trên cơ sở bắt buộc; đóng góp theo thu nhập (người có thu nhập cao thì đóng phí cao, người có mức thu nhập thấp thì đóng thấp, mức phí không phụ thuộc vào tình trạng sức khỏe của người tham gia BHYT) và quyền lợi theo bệnh tật (mặc dù đóng góp theo khả năng nhưng khi đau ốm sẽ được chữa trị theo tính chất, mức độ của bệnh và hoàn toàn không phụ thuộc vào số tiền đã đóng). Đó là 3 nguyên tắc quan trọng nhất của BHYT xã hội cần được tôn trọng để xây dựng cơ chế và phát triển chính sách BHYT. Những nguyên tắc này làm BHYT xã hội hoàn toàn khác biệt với BHYT tư nhân (tham gia là tự nguyện; mức phí được xác định căn cứ vào tình trạng sức khỏe, xác suất mắc bệnh, tuổi tác... và quyền lợi được hưởng dựa trên mức phí).

BHYT là hình thức "trả trước" cho khả năng sẽ sử dụng dịch vụ y tế khi có tình trạng đau ốm, phải chi phí cho việc khám chữa bệnh, dựa trên nguyên tắc chia sẻ nguy cơ giữa các nhóm trong cộng đồng (lấy

số đông bù số ít, người khỏe giúp người yếu, người trẻ giúp người già, trẻ em, người có thu nhập cao giúp người có thu nhập thấp, người có công ăn việc làm, có thu nhập giúp người không có việc làm, không có thu nhập). Tuy nhiên, về lý thuyết sẽ có 2 nhóm không tham gia bảo hiểm nếu dựa trên cơ sở tự nguyện: nhóm khỏe mạnh và nhóm giàu. Nhóm nghèo cũng sẽ không tham gia vì không có khả năng đóng góp. Như vậy, nếu dựa trên cơ sở tự nguyện thì chỉ có nhóm nguy cơ bệnh tật cao (và chắc chắn sẽ sử dụng dịch vụ y tế) tham gia bảo hiểm (đây là hiện tượng được gọi là "sự lựa chọn bất lợi" cho quỹ bảo hiểm). Sự tham gia như vậy sẽ không đạt được mục tiêu và nguyên tắc chia sẻ nguy cơ của bảo hiểm, vì vậy, để có thể thực hiện được mục tiêu BHYT toàn dân và tránh được những lựa chọn bất lợi trong thực hiện BHYT thì về nguyên tắc phải bắt buộc tham gia theo luật định. Toàn dân tham gia BHYT là điều kiện để đảm bảo sự chia sẻ rủi ro ở mức tốt nhất.

2. Về thực tiễn, kinh nghiệm quốc tế cho thấy không nước nào thực hiện được BHYT toàn dân nếu dựa trên sự tham gia tự nguyện. Theo Tổ chức Y tế thế giới, trong số hơn 60 nước thực hiện cơ chế tài chính y tế qua BHYT mới chỉ có 27 nước đạt được mục tiêu BHYT toàn dân (Canada, Nhật Bản, Hàn Quốc, các nước Tây Âu...) và việc tham gia BHYT đều được quy định bắt buộc trong Luật BHYT. Mỹ hiện có khoảng 40 triệu người không có BHYT vì BHYT ở Mỹ là trên cơ sở tự nguyện (trừ 2 chương trình: Medicare-BHYT cho người già và Medicaid-BHYT cho người nghèo là do Nhà nước quản lý, tổ chức). Tuy nhiên cũng không phải là sẽ thực hiện được BHYT toàn dân ngay sau khi có luật mà vẫn cần một khoảng thời gian chuyển tiếp để tiến tới bao phủ toàn dân kể từ khi có Luật. Quãng thời gian này có thể kéo dài trong nhiều năm, thậm chí nhiều thập kỷ vì phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau. Theo tổng kết của Tổ chức Y tế thế giới, quãng thời gian này trung bình là 70 năm và rất khác nhau theo các quốc gia, ví dụ: thời

gian để Đức đạt được BHYT toàn dân là 127 năm; Bỉ: 118 năm; Israel: 84 năm; Áo: 79 năm; Luxembourg: 72 năm; Nhật Bản: 36 năm; Hàn Quốc: 26 năm; Costa Rica: 20 năm... Tuy nhiên, cũng có những nước thực hiện được nhanh hơn nếu vừa có luật định bắt buộc toàn dân vừa có sự cam kết đóng góp của Nhà nước cho những đối tượng không có khả năng đóng góp.

3. Một trong những điều kiện cần để thực hiện BHYT cho 100% dân số có liên quan đến sự phát triển kinh tế, thể hiện qua chỉ số GDP bình quân và cơ cấu nền kinh tế. Cơ cấu nền kinh tế càng nhiều lao động chính quy thì càng thuận lợi cho việc mở rộng đối tượng tham gia. GDP phải đủ lớn để bảo đảm khả năng đóng góp của cá nhân cũng như hỗ trợ của Nhà nước cho những đối tượng không có khả năng đóng góp.

4. Thực tế của Việt Nam trong những năm qua cho thấy, mặc dù có quy định bắt buộc nhưng một số nhóm đối tượng vẫn không tham gia đầy đủ theo quy định. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng này, trong đó có nguyên nhân là tính tuân thủ pháp luật không cao và tính chất pháp lý của quy định cũng chưa cao (Nghị định). Chúng ta chỉ mở rộng được phạm vi bao phủ BHYT khi mở rộng các nhóm tham gia BHYT bắt buộc; số tham gia tự nguyện rất thấp và rất khó vận động và đặc biệt nghiêm trọng là đã có hiện tượng "lựa chọn bất lợi" – chỉ có người ốm hay người có nguy cơ cao mới tự nguyện tham gia BHYT, làm quỹ BHYT bội chi rất lớn.

5. Nếu quy định bắt buộc BHYT toàn dân ngay trong Luật BHYT, chúng ta cũng sẽ có những khó khăn trong tổ chức thực hiện. Điều kiện kinh tế – xã hội của nước ta hiện tại và trong 10 – 20 năm tới, khu vực lao động chính quy chưa lớn, nông dân còn chiếm tới 70% dân số, thu nhập còn thấp... Bên cạnh đó, sự hiểu biết của người dân về BHYT còn hạn chế; công tác tuyên truyền, vận động tham gia BHYT còn nhiều khó khăn. Vì vậy, nếu quy định thực hiện bắt buộc ngay thì các đối tượng thu nhập thấp không có khả năng đóng phí BHYT, các

đối tượng khác cũng khó tự giác tham gia, do vậy, tính khả thi của Luật sẽ không cao. Kinh nghiệm triển khai BHYT toàn dân tại một số nước (Hàn Quốc, Thái Lan...) cho thấy một điểm chung là GDP bình quân đầu người đều đã đạt mức trên 1.000 USD/người/năm. Mức thu nhập bình quân này đảm bảo đáp ứng được nhu cầu chi phí y tế cơ bản cho người dân. Theo tính toán, đến năm 2010, GDP bình quân của Việt Nam mới đạt khoảng 870 USD/người và đến năm 2020 nước ta mới "căn bản sẽ trở thành nước công nghiệp" (với khu vực lao động chính quy là chủ yếu) *(Theo Chiến lược phát triển kinh tế xã hội đến 2020).* Đây là yếu tố không thuận lợi để thực hiện mục tiêu BHYT bắt buộc toàn dân trong giai đoạn hiện nay. Khả năng tổ chức thực hiện còn hạn chế, cả về số lượng cũng như năng lực của đội ngũ cán bộ, chưa đáp ứng ngay được với khối lượng tăng đột biến nếu toàn dân tham gia BHYT. Khả năng đáp ứng của hệ thống y tế với nhu cầu điều trị của người bệnh BHYT cũng còn hạn chế. Tình trạng quá tải người bệnh ở các cơ sở y tế, nhất là các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối ngày càng trầm trọng. Cơ sở hạ tầng kỹ thuật của các bệnh viện từ trung ương đến địa phương đều nghèo nàn, cần tiếp tục được đầu tư, nâng cấp cả về cơ sở hạ tầng lẫn cán bộ chuyên môn, kỹ thuật ở tất cả các tuyến điều trị. Vấn đề này không dễ giải quyết trong một sớm một chiều mà cần có thời gian và kinh phí.

Vì vậy, trong khi chưa thể thực hiện BHYT bắt buộc toàn dân thì các nhóm đối tượng khác sẽ thực hiện BHYT như thế nào. Kinh nghiệm thực tiễn qua các chương trình BHYT tự nguyện trong lộ trình tiến tới BHYT toàn dân của các nước trên thế giới cũng như ở nước ta trong thời gian qua cho thấy: trong giai đoạn chưa thể triển khai BHYT bắt buộc toàn dân, cần tiếp tục mở rộng BHYT tự nguyện cho các đối tượng chưa tham gia BHYT bắt buộc. Các đối tượng đó chủ yếu là nông dân và người lao động tự do khác. Thông qua BHYT tự nguyện, người dân sẽ dần hiểu rõ bản chất và lợi ích của BHYT. Tuy nhiên, cũng cần

khẳng định là hình thức BHYT tự nguyện chỉ là giai đoạn quá độ, rất cần thiết trong giai đoạn hiện nay để tiến tới mục tiêu BHYT bắt buộc toàn dân trong tương lai.

Với các lý do nêu trên và để đảm bảo tính khả thi của Luật BHYT, theo chúng tôi, trong dự thảo Luật BHYT nên quy định tham gia BHYT trên cơ sở bắt buộc với các nhóm đối tượng đã và đang thực hiện và chỉ thực hiện BHYT tự nguyện với các nhóm đối tượng còn lại trong một thời gian như một giai đoạn quá độ, sau đó là quy định BHYT bắt buộc cho mọi đối tượng. Có như vậy mới đạt được mục tiêu tiến tới BHYT toàn dân trong tương lai.

Bản sao lưu trữ

BÀN VỀ NHIỆM VỤ VÀ TỔ CHỨC CỦA NGÀNH BẢO HIỂM XÃ HỘI TRONG TIẾN TRÌNH THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

TS. PHẠM HÀ ANH

Thực hiện BHYT toàn dân là nhiệm vụ có liên quan đến nhiều ngành, nhiều cấp từ Trung ương đến địa phương, từ việc phải huy động khả năng đóng góp của các thành viên và các tổ chức trong xã hội vào nguồn Quỹ BHYT, đến việc phải tạo ra đồng bộ các điều kiện kỹ thuật (như bệnh viện, trang thiết bị y tế, thuốc men...) và nhân lực (bác sỹ, y tế, điều dưỡng viên...) để cho việc khám chữa bệnh được tiến hành kịp thời và đầy đủ, cũng như các điều kiện về pháp lý, về tuyên truyền... Do vậy, bên cạnh những công việc có liên quan đến các ngành khác như: cải cách thủ tục hành chính trong việc KCB; thực hiện các phương pháp thanh toán chi phí KCB phù hợp; quản lý tốt giá cả các dịch vụ y tế và thuốc chữa bệnh thì việc hoàn thiện tổ chức cũng như nâng cao vai trò, trách nhiệm của ngành BHXH cũng cần phải tiến hành kịp thời mới đảm nhiệm được chính sách BHYT toàn dân. Trong phạm vi bài này, chúng tôi mạnh dạn đưa ra một số ý kiến có liên quan đến tổ chức và nhiệm vụ của ngành BHXH để cùng trao đổi

XÂY DỰNG MẠNG LƯỚI BHXH CẤP CƠ SỞ

Hiện nay, hệ thống BHXH Việt Nam mới có chân rết quản lý đến cấp quận, huyện (theo hệ thống BHXH 3 cấp hiện nay: Cấp Trung ương – BHXH Việt Nam, cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương – BHXH cấp tỉnh, thành phố; cấp quận, huyện – BHXH quận huyện).

Trong khi đó, đối tượng tham gia BHXH, lại nằm trực tiếp ngay ở xã, phường mà BHXH cấp huyện không đủ lực lượng để quản lý thường xuyên được. Vì vậy, để tổ chức thực hiện BHYT toàn dân, dân phải củng cố và hoàn thiện hệ thống quản lý ngành BHXH, trong đó cần phải xây dựng mạng lưới BHXH cơ sở tại tuyến xã, phường (tạm gọi là BHXH cấp cơ sở - cần khẳng định rằng đây không phải là đại lý "bán thẻ BHYT" để hưởng "hoa hồng"). Trong phạm vi bài này cho phép chúng tôi không đi sâu vào cơ cấu tổ chức BHXH cấp cơ sở (cấp xã, phường – tạm gọi là cấp 4 trong hệ thống BHXH 3 cấp hiện nay) cũng như không bàn về nhiệm vụ của tổ chức này về lĩnh vực BHXH mà chỉ đề cập đến nội dung những nhiệm vụ phản ánh sự cần thiết phải có mạng lưới BHXH cấp cơ sở đối với tiến trình thực hiện BHYT toàn dân. Cũng cần nhấn mạnh rằng hệ thống BHXH cấp 4 sẽ cùng đảm nhiệm việc thực hiện chính sách BHXH cho mọi người lao động – một nhiệm vụ cũng không kém phần nặng nề.

Mạng lưới BHXH cấp cơ sở này tùy theo địa bàn (thành thị, nông thôn, miền núi, đồng bằng...) tùy theo số lượng dân cư và lao động mà bố trí số lượng cán bộ làm công tác BHXH một cách hợp lý. BHXH cấp cơ sở bên cạnh việc thực hiện nhiệm vụ về mảng chính sách cơ sở (như tổ chức và thực hiện thu, chi theo các chế độ cơ sở) còn có những nhiệm vụ thuộc phạm vi BHYT sau:

- Nắm vững dân số và lao động trên địa bàn xã phường trong đó có phân chia theo độ tuổi, giới tính, hộ gia đình và tình trạng việc làm và theo dõi thường xuyên các di biến động đó.

- Nắm vững các doanh nghiệp, các cơ sở sản xuất, các tổ chức đoàn thể, các trường sở đóng trên đại bàn quản lý đến từng người lao động và mức thu nhập của họ, đến từng học sinh cũng như những di biến động đó.

- Thường xuyên bám sát địa bàn làm tốt công tác truyên truyền vận động chế độ, chính sách BHYT. Thậm chí, cán bộ cơ sở cấp xã, phường phải đi đến từng hộ gia đình, từng cơ sở sản xuất và có biện pháp tuyên truyền hợp lý để thuyết phục, động viên mọi người hiểu và từng bước tự giác tham gia BHYT.

- Tổ chức thu BHYT kịp thời, đúng chế độ theo các đầu mối trên địa bàn xã, phường quản lý như doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, trường sở và có thể đến từng hộ gia đình. Người làm công tác thu BHYT cho mọi đối tượng cần phải có tính kiên trì thuyết phục và có phương thức thu nộp hợp lý cho từng nhóm đối tượng (ví dụ thu BHYT theo hộ gia định phải đến từng hộ và có thể thu mua theo mùa vụ..) Đồng thời phải làm tốt công tác động viên khen thưởng kịp thời nhựng doanh nghiệp, những cơ sở sản xuất, những trường lớp, những hộ gia đình luôn đóng góp đầy đủ và kịp thời bằng các biện pháp kể cả tinh thần và vật chất. Cấp thẻ BHYT kịp thời cho từng người đã đóng góp BHYT theo quy định.

- Tư vấn và hướng dẫn người tham gia BHYT khi bị ốm đau phải đi KCB theo đúng thủ tục, đúng tuyến và có sự can thiệp kịp thời khi cơ sở y tế gây khó khăn, phiền nhiễu cho người bệnh. Trong những năm đầu của việc thực hiện BHYT, nhất là BHYT tự nguyên cho đối tượng là thành viên hộ gia đình theo địa giới hành chính và cho đối tượng thuộc hội đoàn thể, tổ chức nghiệp đoàn, tôn giáo... đòi hỏi những người làm công tác BHXH tại cấp xã, phường phải bám sát địa bàn quản lý, thường xuyên ân cần thăm hỏi người bệnh và gia đình họ, kịp thời bảo vệ những lợi ích chính đáng của người bệnh. Không để tình trạng cán bộ BHXH chỉ xuất hiện khi đến thu nộp đóng góp, còn khi người tham gia BHYT lâm bệnh muốn gặp cần sự giúp đỡ thì không gặp được. Người cán bộ làm công tác BHYT tuyến cơ sở khi cần phải làm việc không kể giờ giấc hành chính, thậm chí phải có mặt kể cả sáng, trưa, chiều tối. *Chính sự có mặt kịp thời của cán bộ BHXH khi*

người tham gia BHYT lâm bệnh mới có sức thuyết phục đối với người bệnh và gia đình họ từ đó mới thực sự tạo ra lòng tin của mọi người vào BHYT. Đây là một công việc khó đòi hỏi sự nhiệt tình, tận tâm, tận tụy, hết lòng cảm thông và thương yêu người bệnh tham gia BHYT của cán bộ làm công tác BHXH cấp xã, phường. Với phong cách làm việc như vậy mới có thể chuyển đổi sâu sắc từ cung cách "hành chính bao cấp" sang phong cách "phục vụ" của nền hành chính công.

Tất nhiên trong tiến trình phát triển, khi hoạt động BHYT đã đi vào nề nếp, ý thức người tham gia BHYT được nâng cao, BHYT thực sự mang lại lợi ích cho bản thân mọi người và gia đình họ thì mặc nhiên họ sẽ tự nguyện tham gia. Đồng thời cùng với việc cải tiến quản lý trong khâu thu nộp và theo dõi đối tượng tham gia BHYT bằng công nghệ thông tin hiện đại thì công việc của người cán bộ làm công tác BHXH nói chung và người trực tiếp theo dõi BHYT mới chặt chẽ và khoa học. Khi đó tổ chức BHXH cấp 4 mới gọn nhẹ và hiệu quả.

Thực ra đã có rất nhiều ý kiến trái ngược nhau về vấn đề tổ chức này. Có người cho rằng thêm một cấp quản lý là thêm sự cồng kềnh về bộ máy hành chính và do vậy chỉ cần sử dụng đến mạng lưới đại lý bán BHYT ở cơ sở là đủ. Đúng là nếu chỉ cần đến mạng lưới đại lý, ngành BHXH không cần quan tâm nhiều đến số lượng và trình độ chuyên môn của đội ngũ nhân viên các cơ sở làm đại lý vì quan hệ này về cơ bản là quan hệ kinh tế thuần túy. Đại lý "bán được nhiều thẻ BHYT" thì được hưởng nhiều "hoa hồng" và ngược lại. Số lượng nhân viên, trình độ nhân nhân viên cũng như tiền công của nhân viên do đại lý tự lo, tất nhiên họ cũng được trang bị một số kiến thức cần thiết khi vận động người "mua thẻ BHYT". Như vậy chỉ cần căn cứ vào "số thẻ bán ra" mà cơ quan BHXH trích trả phần "hoa hồng" là xong. Liệu bằng cách đó có phủ kín được mạng lưới BHYT tới toàn dân không?

Bản sao lưu trữ

Tất nhiên trong giai đoạn hiện nay, đối tượng tham gia BHYT còn ít, hệ thống tổ chức mới chưa hình thành thì việc sử dụng các đại lý được coi là giải pháp tạm thời và cần thiết.

Ở đây cần làm rõ một khái niệm mà chúng ta quen dùng đó là *"mua thẻ BHYT"* với mệnh giá nào đó (ví dụ 100.000 đồng/người/năm)". Có người cũng có thói quen nói rằng mức phí BHYT là 100.000 đồng/người/năm. Thực ra nếu mua 1 thẻ BHYT với mệnh giá nêu trên thì dẫn đến tình trạng những người hay đau yếu sẵn sàng bỏ tiền ra mua thẻ BHYT vì muốn hay không chỉ một lần khám bệnh là họ có thể phải chi trả tới gấp nhiều lần mệnh giá mua 1 thẻ BHYT. Và ngược lại những người khỏe mạnh sẽ không bao giờ mua thẻ BHYT. Vậy thì lấy đâu ra tiền để chia sẻ rủi ro giữa những người khỏe mạnh cho những người ốm đau. Cách nói như vậy không đúng với phương thức hoạt động của BHYT. Điều đó cũng có thể giải thích vì sao trong thời gian trước đây khi thí điểm BHYT tự nguyện theo cộng đồng thường xuyên thất bại và do vậy phải đảm bảo đủ về số lượng người cần thiết khi tham gia đóng góp BHYT. Mặt khác, việc tham gia BHYT phải được tiến hành thường xuyên năm này qua năm khác chứ không phải là "năm nào yếu đau thì tham gia BHYT còn năm nào khỏe mạnh thì không tham gia" là không đúng. Những quan niệm và cách làm như vậy hoàn toàn trái ngược với yêu cầu và mục tiêu của BHYT. Do vậy, ở đây không nên sử dụng khái niệm "mua thẻ BHYT" mệnh giá 100.000 đồng/người/năm hoặc với mức đóng góp cần thiết khi tham gia BHYT cho những nhóm đối tượng nhất định với mức quy định là...". Đồng thời, cơ quan BHXH là cơ quan thực thi chính sách BHYT cũng không phải là nơi bán thẻ BHYT. Tương tự như vậy khái niệm "mức phí BHYT" cũng chỉ được sử dụng trong khu vực BHYT tự nhận mà không được dùng trong lĩnh vực BHXH nói chung. Cho nên cần sử dụng khái niệm *"khả năng đóng góp và mức đóng góp"* mới thực sự là những khái niệm phản ảnh đúng bản chất của hoạt động BHYT xã hội do Nhà nước đứng

Bản sao lưu trữ

ra tổ chức và đó cũng là những từ thường dùng trong lĩnh vực BHXH của các nước trên thế giới.

Về vấn đề BHXH cấp cơ sở cũng cần phải được bàn bạc kỹ lương thêm, vì với bất cứ một hình thức tổ chức nào khi lập nên cũng được phân tích dưới nhiều giác độ khác nhau nhằm mang lại hiệu quả kinh tế - xã hội lớn nhất kể cả trước mắt và lâu dài. Do vậy, trước mắt chúng ta có thể áp dụng thí điểm các mô hình tổ chức khác nhau theo từng địa bàn để rút ra những kết luận xác đáng. Đồng thời chúng ta cũng từng bước áp dụng các công nghệ thông tin trong quản lý và các biện pháp cải cách thủ tục hành chính nhằm làm gọn nhẹ bộ máy quản lý mà vẫn đảm bảo hiệu quả cao. Nhưng dù sao thì mục tiêu "BHYT toàn dân và BHXH cho mọi người lao động" là một giải pháp hết sức cần thiết nhằm thực hiện mục tiêu tổng thể là "xây dựng một xã hội công bằng, dân chủ và văn minh" đang diễn ra ở nước ta. Cụ thể là phải đảm bảo cho hơn 80 triệu người tham gia BHYT và hơn 40 triệu người lao động tham gia BHXH và muốn hoàn thành được mục tiêu cao cả đó thì cần thiết phải có một lực lượng chuyên trách làm công tác BHXH từ Trung ương đến cơ sở.

NÂNG CAO VAI TRÒ VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA NGÀNH BHXH

Theo chức năng nhiệm vụ, Việt Nam sẽ là cơ quan trực tiếp tổ chức thực hiện chính sách BHYT toàn dân. Đây là một nhiệm vụ khá nặng nề, với một khối lượng lớn công việc gắn liền với số lượng lớn người tham gia đóng góp BHYT và đương nhiên là số lượng lớn người bệnh – người hưởng quyền lợi của chính sách BHYT, đòi hỏi ngành BHXH phải không ngừng cải tiến quản lý, cải tiến các thủ tục hành chính, sử dụng các công nghệ quản lý hiện đại để đảm đương được nhiệm vụ được giao. Những công việc cần triển khai thường xuyên của ngành BHXH là: thu BHYT, cấp phát thẻ BHYT, quản lý quỹ BHYT và thanh toán các chi phí KCB với các chính sách KCB... cần phải tiếp

Bản sao lưu trữ

tục được tiến hành một cách thuận tiện, hiệu quả và phục vụ tốt cho cho người bệnh. *Tuy nhiên hiện nay ở một góc độ nào đó, người ta đã coi BHXH chỉ là cơ quan quản lý quỹ BHYT: thu từ đóng góp của người tham gia BHYT và chi trả, thanh toán với các cơ sở KCB và những chi phí KCB cho các thành viên BHYT theo quy định của pháp luật.*

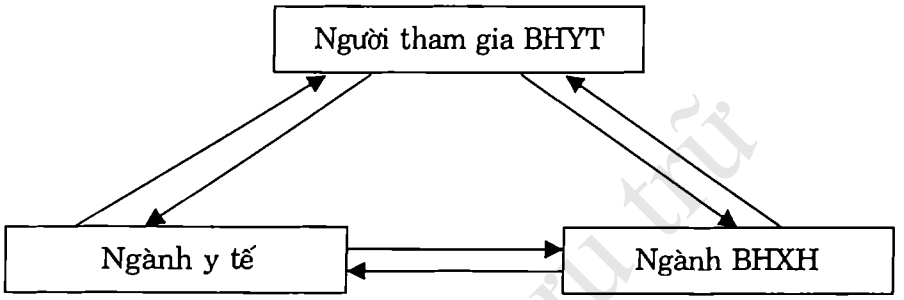
Chức năng này là cần thiết nhưng liệu đã đủ để ngành BHXH tạo ra "chất xúc tác mạnh mẽ nhằm thúc đẩy nhanh tiến trình thực hiện BHYT toàn dân theo đúng lộ trình đề ra được hay không? Nhất là trong điều kiện ở nước ta hiện nay còn một phần không nhỏ dân cư chưa hiểu biết đầy đủ về BHYT xã hội cũng như chưa có thói quen tham gia BHYT xã hội. Bên cạnh đó công tác khám chữa bệnh cho người dân nói chung và khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT của ngành y tế hiện nay vẫn còn nhiều bất cập.

Thực tế cho thấy, về mặt tổ chức khi BHYT đã tách khỏi ngành y tế và sáp nhập vào ngành BHXH thì trách nhiệm của ngành BHXH lại càng nặng nề hơn. Đối với người tham gia BHYT thì ngành BHXH là người được Nhà nước giao trách nhiệm đứng ra tổ chức thực hiện chính sách BHYT, tổ chức quản lý và sử dụng tốt nguồn quỹ BHYT do cộng đồng người tham gia BHYT đóng góp nhằm chống lại rủi ro bệnh tật xảy ra với họ. Nhưng nếu cần xem xét đến phương diện quan hệ cung – cầu trên thị trường y tế thì ngành y tế mà trách nhiệm trực tiếp là các cơ sở KCB là "người cung cấp" các dịch vụ y tế, thuốc chữa bệnh – còn BHXH là "người đại diện cho nhu cầu" về các dịch vụ y tế, thuốc chữa bệnh cần thiết – là đại diện cho người bệnh. Thị trường y tế là một thị trường đặc biệt mà sự điều tiết của nó về quan hệ "cung – cầu" không thuần túy như các thị trường hàng hóa khác. Do vậy, *BHXH sẽ phải là người đại diện chính thức cho lợi ích của người tham gia BHYT, đứng ra bảo vệ những quyền lợi hợp pháp của người tham gia BHYT theo quy định của pháp luật trước các cơ sở KCB, là đối tượng*

Bản sao lưu trữ

chính thức khi "đàm phán" với các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế và thuốc chữa bệnh.

Mối quan hệ 3 bên giữa người tham gia BHYT, ngành BHXH và ngành y tế có mối quan hệ tác động chặt chẽ và qua lại với nhau như sau:



Bản sao lưu trữ

Từ mối quan hệ 3 bên phức tạp như vậy, cho nên trong hoạt động BHYT, người ta đã quy định những ràng buộc trách nhiệm đặc thù hơn so với các chế độ khác của BHXH ví dụ như: quy định về phương thức thanh toán quyết toán; phương thức đồng chi trả; thậm chí ở nhiều nước công nghiệp phát triển người ta còn có các quy định nhằm ngăn chặn sự tăng cao chi phí trong khám chữa bệnh... nhằm ràng buộc trách nhiệm của các bên trong hoạt động BHYT.

Để tiến tới thực hiện BHYT toàn dân, bên cạnh việc phải làm tốt các công việc đã nêu ở trên đòi hỏi ngành *BHXH phải nâng cao trách nhiệm của mình đối với người tham gia BHYT, đó là nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe người tham gia BHYT tức là phải giữ gìn, khôi phục hoặc cải thiện tình trạng sức khỏe của* người tham gia BHYT. Đương nhiên, người tham gia bảo hiểm phải cùng có trách nhiệm về sức khỏe của họ; họ cần phải tuân thủ theo sự hướng dẫn sống có ý thức về sức khỏe, tham gia sớm vào các biện pháp dự phòng cũng như cùng tác động tích cực vào việc chữa trị bệnh tật và phục hồi sức khỏe, tránh và ngăn cản bệnh

tật hoặc vượt qua những hậu quả của bệnh tật để lại. Nói một cách dễ hiểu là người tham gia BHYT sẽ đóng góp tiền theo quy định cho cơ quan BHXH và cơ quan BHXH phải có trách nhiệm về sức khỏe, ngăn ngừa bệnh tật. Đến khi bị ốm đau họ cần đến sự quan tâm và bảo vệ quyền lợi chính đáng của cơ quan BHXH trong việc khám bệnh và điều trị. Do vậy, ngành BHXH phải chủ động phối hợp với các ngành liên quan, nhất là với ngành y tế trong việc chăm sóc sức khỏe các thành viên tham gia BHYT. Điều đó thể hiện một loạt các công việc cụ thể sau:

- Trước hết, ngành BHXH cùng phối hợp với ngành Y tế trong việc tuyên truyền giáo dục sức khỏe cộng đồng, giáo dục những kiến thức về phòng bệnh... để mọi người có thể hôc tập, tự rèn luyện sức khỏe và làm theo nhằm tăng cường sức khỏe và đề phòng, ngăn ngừa bệnh tật xảy ra, thực hiện phương châm "phòng bệnh hơn chữa bệnh". Đồng thời, tổ chức khám bệnh định kỳ ở một số lứa tuổi nhất định theo từng giới tính nhằm phát hiện bệnh tật (như bệnh ung thư...). Giải đáp phòng bệnh bao giờ cũng là giải pháp hiệu quả nhất và được coi là rẻ nhất.

- Hàng năm, ngành BHXH phải phối hợp với ngành Y tế, ngành Tài chính rà soát lại tất cả những quy định về khung quyền lợi được hưởng của người bệnh bao gồm các dịch vụ y tế danh mục thuốc men và mức giá của từng loại dịch vụ y tế, thuốc men đó; có biện pháp bổ sung kịp thời nhằm đảm bảo sẵn sàng cung ứng và ổn định các sản phẩm dịch vụ y tế có chất lượng cao khi người bệnh cần đến.

- Để đảm bảo quyền lợi chính đáng của người bệnh, ngành BHXH cần phải thường xuyên kiểm tra, chống dự lạm dụng về phía bác sỹ và cơ sở KCB. Đồng thời, cũng cần phải ngăn chặn sự lạm dụng của người bệnh với những đòi hỏi quyền lợi vượt quá các quy định chung.

Bản sao lưu trữ

- Bên cạnh đó, BHXH còn có nhiệm vụ quản lý các nguồn quỹ tham gia BHYT theo các phương thức hình thành khác nhau: quỹ BHYT bắt buộc, quỹ BHYT tự nguyện. Các quỹ này sẽ được hạch toán hàng năm theo từng quỹ riêng biệt để thấy được quan hệ thực tế giữa khả năng đóng góp và chi trả theo cộng đồng của từng quỹ mà có cơ chế điều chỉnh mức đóng cho những năm tới. Tuy nhiên, cũng phải lường trước những khả năng có thể xảy ra khi một nguồn quỹ nào đó bị bội chi. Trong những trường hợp này, BHXH phải giữ vai trò điều tiết kịp thời giữa các quỹ BHYT thành phần, tạo nên sức mạnh toàn xã hội trong việc chăm sóc sức khỏe như mục tiêu của BHYT toàn dân đã đề ra.

Vai trò điều tiết xã hội này mới thể hiện đầy đủ được sự lãnh đạo của Đảng và Nhà nước trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe toàn dân và mới thấy được hiệu quả thực sự của công cụ điều tiết bằng hoạt động BHXH về phương diện quản lý vĩ mô trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe toàn dân.

- Từng bước xem xét cân đối giữa khả năng đóng góp của cả cộng đồng những người tham gia BHYT với tổng số chi trả cho toàn bộ các chi phí khám chữa bệnh hàng năm mà có phương hướng (hoặc kiến nghị các cấp thẩm quyền) điều chỉnh tăng tỷ lệ đóng góp theo khả năng thu nhập của người lao động và mở rộng các quyền lợi cho người bệnh phù hợp với trình độ phát triển kinh tế, kỹ thuật (y tế) chung của toàn xã hội (ví dụ như mở rộng thêm các loại bệnh, các dịch vụ y tế cao cấp được quỹ BHYT chi trả, thanh toán tiền vận chuyển, gắn kết các đợt KCB với nghỉ điều dưỡng phục hồi sức khỏe...). Tiến tới xác lập được mối quan hệ trực tiếp và thường xuyên hàng năm giữa tỷ lệ lệ đóng góp chung của cả cộng đồng phù hợp với tổng mức chi phí chung về khám chữa bệnh cho cả cộng đồng. Tất nhiên, mối quan hệ này phải ra được xác lập trong xu hướng của sự tiếp nhận kịp thời các thành tựu khoa học kỹ thuật y học, dược học tiên tiến trong và ngoài nước tức là người

Bản sao lưu trữ

bệnh tham gia BHYT luôn có điều kiện được khám chữa bệnh bằng các phương tiện kỹ thuật, thiết bị, các phương pháp chữa trị và thuốc men phù hợp với trình độ khoa học kỹ thuật về y học và dược học tiên tiến.

- Như vậy, ngay từ các khâu: tuyên truyền, vận động, hướng dẫn về sức khỏe, về chính sách BHYT; thu từ đóng góp BHYT; cấp phát thẻ BHYT; bảo vệ quyền lợi chính đáng của người tham gia BHYT khi KCB... ngành BHXH, coi họ là người bạn đường đi cùng suốt trong cuộc đời; giúp họ vượt qua rủi ro ốm đau khi gặp phải, Với những phương thức phục vụ như vậy, ngành BHXH mới thực sự góp phần quan trọng vào việc thực hiện thắng lợi mục tiêu BHYT toàn dân.

Bản sao lưu trữ

BẢO HIỂM XÃ HỘI VỚI THÁCH THỨC HỘI NHẬP WTO

TS. PHẠM ĐÌNH THÀNH

Việt Nam gia nhập WTO chính là sự gắn kết nền kinh tế nước ta với nền kinh tế thế giới, từng bước đưa nền kinh tế thế giới và thị trường nước ta trở thành bộ phận cấu thành của thị trường thế giới. Việc gia nhập WTO đã mở ra một cơ hội rộng lớn cho sự tác động trực tiếp, toàn diện vào các thị trường hàng hóa, thị trường tiền tệ và thị trường lao động.. trong nước. Sự tác động này sẽ tạo ra một động lực mới, một không gian mới cho sự cạnh tranh và phát triển.

Thực ra trong 20 năm qua Việt Nam đã bước vào công cuộc cải cách kinh tế xã hội. Do vậy, việc gia nhập WTO chính là nhằm tiếp tục đặt Việt Nam vào trong xu thế cải cách kinh tế và tăng trưởng hơn nữa. Ngược lại là thành viên WTO, Việt Nam phải chịu áp lực từ cộng đồng quốc tế để thực thi các cuộc cải cách công nghiệp cần thiết như: cải cách hệ thống quản lý hành chính, cải cách hệ thống pháp luật... phù hợp với yêu cầu của WTO nhằm tạo ra môi trường đối xử công bằng, không phân biệt để thúc đẩy việc phát triển mậu dịch về hàng hóa và dịch vụ giữa các thành viên quốc gia.

Ở đây chúng ta phân tích những tác động trực tiếp của việc gia nhập WTO đến thị trường lao động ở nước ta và ảnh hưởng gián tiếp của nó đến hoạt động BHXH. Sở dĩ chúng ta phải bắt đầu từ thị trường lao động vì *BHXH là sự bảo đảm yếu tố lao động trong quá trình sản xuất; hoạt động BHXH là hoạt động điều tiết thu nhập từ lao động nhằm ổn định đời sống của người lao động và các thành viên trong gia đình của họ trước những rủi ro mang tính xã hội.*

Bản sao lưu

Sự hội nhập kinh tế quốc tế của nước ta cũng đồng nghĩa với việc nước ta tham gia vào quá trình phân công lao động quốc tế. Tuy nhiên, sự phân công lao động lần này không phải là sự phân công lao động thuần túy theo nghĩa của sự hợp tác kinh tế quốc tế giữa các quốc gia nhằm đảm bảo một cách cân đối và có kế hoạch mà là sự phân công thực hiện trên cơ sở của sự cạnh tranh gay gắt. Quốc gia nào biết phát huy thế mạnh của mình về nguồn tài nguyên, về lao động và công nghệ để tạo ra những hàng hóa có nhu cầu thích ứng với thị trường, với giá cả và chất lượng tối ưu thì quốc gia đó sẽ có lợi thế về phân công lao động quốc tế. Như vậy chúng ta phải biết chủ động tạo ra các thế chủ động trong việc sử dụng nguồn lao động trong nước thông qua một chương trình phát triển nguồn lực kể cả trước mắt và lâu dài mà trong đó chiến lược về cơ cấu ngành nghề và đào tạo nâng cao chất lượng nguồn lao động là trọng tâm.

Sự thúc đẩy nhanh chóng quá trình công nghiệp hóa sẽ kéo theo tác động chuyển đổi cơ cấu kinh tế tương ứng và phân bố lại lao động và dân cư. Nguồn lao động từ nông nghiệp sẽ nhanh chóng được thu hút vào các khu vực công nghiệp và dịch vụ. Sự hình thành các khu công nghiệp và các điểm dân cư sẽ làm giảm dần lưu lượng dân cư lưu trú ở nông thôn và tăng thêm dân cư thành thị. Thực tế cho thấy, ngay trong năm 2006, dòng vốn đầu tư từ nước ngoài chảy vào Việt Nam đã lên tới 10 tỷ USD, tăng cao so với các năm trước đây. Nguồn vốn đầu tư nước ngoài và sự chủ động đầu tư trong nước là cơ sở để cải thiện bền vững tình trạng "cung cầu" hiện đang rất căng thẳng trên thị trường lao động ở nước ta. Nhiều chỗ lao động mới được tạo ra và nguồn lao động được đào tạo và nâng cao kịp thời theo yêu cầu sử dụng về kỹ thuật và công nghệ hiện đại.

Đồng thời với tính cạnh tranh "nghiệt ngã" trên thị trường hàng hóa thì tác động của nó cũng làm cho thị trường lao động nước ta hoàn thiện hơn và "tính thuần túy" của thị trường sẽ được thực hiện đầy đủ

hơn. Trong nhiều năm qua, dưới góc độ nhìn nhận của các chuyên gia nước ngoài thì thị trường lao động ở nước ta chưa phát triển cao hay có thể hiểu là thị trường lao động từng phần. Điều đó thể hiện ở quy mô thị trường lao động còn hạn hẹp, mới có 20% lực lượng lao động tham gia vào thị trường lao động. Khi các doanh nghiệp với các loại hình doanh nghiệp khác nhau cùng tham gia vào thị trường lao động sẽ một mặt kéo theo sự cạnh tranh lẫn nhau trong việc sử dụng lao động. Tính linh hoạt trên thị trường lao động sẽ tăng cao. Người lao động sẽ chủ động hơn trong việc lựa chọn chỗ làm việc và cũng phải thích ứng về chuyên môn với yêu cầu của công việc. Vị thế của các doanh nghiệp nhất là các doanh nghiệp trong khu vực kinh tế tư nhân được bình đẳng hơn và do vậy tạo nên tâm lý yên tâm cho mọi người lao động khi họ làm việc trong các thành phần kinh tế khác nhau. Khi đó tiền lương sẽ mềm dẻo hơn trên thị trường lao động, tiền lương sẽ thể hiện giá cả của sức lao động, là sự thỏa thuận giữa người sử dụng lao động và người lao động và nó thực sự là công cụ điều tiết trên thị trường lao động. Sự cạnh tranh trên thị trường lao động ở nước ta sẽ có tín hiệu đáng mừng cho người lao động vì theo xu thế chung tiền lương sẽ được tăng lên do phải thống nhất tiền lương tối thiểu giữa các doanh nghiệp. Người lao động sẽ có nhiều cơ hợi hơn để lựa chọ chỗ làm phù hợp với mức lương cao hơn. Tương tự như vậy, nhiều doanh nghiệp phải có chính sách tiền lương hấp dẫn để giữ người lao động làm việc lâu dài cho doanh nghiệp của mình. Kinh nghiệm ở nhiều nước công nghiệp phát triển cho thấy, nhiều doanh nghiệp lớn, có thương hiệu nổi tiếng thì bên cạnh chế độ tiền lương họ còn có các chính sách xã hội khác của doanh nghiệp. Theo chính sách này những người làm việc lâu năm sẽ được khuyến khích thêm về tiền lương, về trợ cấp khi về hưu ngoài chính sách hưu trí của Nhà nước, về con cái của họ sẽ được doanh nghiệp cử đi đào tạo và tiếp nhận vào làm việc. Có nhiều doanh nghiệp còn có chính sách tiền lương ưu đãi với người có tài năng...

Tuy nhiên, cũng phải đề cập đến mặt trái của thị trường lao động trong quá trình hội nhập. Do quá trình cạnh tranh, một số doanh nghiệp vừa và nhỏ sẽ bị thu hẹp sản xuất, thậm chí có doanh nghiệp bị phá sản, một bộ phận lao động sẽ bị thất nghiệp. Điều đáng nói là đối với những người lao động ở độ tuổi trên dưới 50, nhất là đối với lao động nữ sẽ rất khó có cơ hội để tìm kiếm chỗ làm việc mới, trong khi đó việc đào tạo lại một nghề nghiệp mới cũng không phải thực hiện dễ dàng trong thời gian ngắn.

Như vậy, chúng ta có thể khái quát những tác động của việc gia nhập WTO đến thị trường lao động như sau: chuyển đổi cơ cấu lao động và nâng cao chất lượng nguồn lao động theo hướng hiện đại hóa; tăng tỷ trọng lao động trong khu vực công nghiệp và dịch vụ, giảm lao động nông nghiệp; thúc đẩy sự phát triển thị trường lao động trong phạm vi cả nước; tăng tính linh động trên thị trường lao động, xu hướng lao động ở các khu vực các doanh nghiệp ngoài quốc doanh và doanh nghiệp có vốn nước ngoài tăng nhanh và thường xuyên chuyển dịch; xóa bỏ sự bất bình đẳng về tiền lương và thu nhập giữa các khu vực kinh tế, giữa các doanh nghiệp khác nhau và giữa các vùng khác nhau trong cả nước; tạo thêm nhiều việc làm mới, gắn kết giữa đào tạo nghề nghiệp với sử dụng lao động, tăng thu nhập của một bộ phận lao động. Những tác động tiêu cực của quá trình này cũng xuất hiện đồng thời: Hội nhập khiến cho sự cạnh tranh giữa các doanh nghiệp ngày càng quyết liệt sẽ dẫn đến nhiều doanh nghiệp bị thua lỗ, phá sản, một bộ phận lao động bị thất nghiệp, sức ép về việc làm ngày càng lớn; cường độ lao động gia tăng; tranh chấp lao động ngày càng phức tạp; gia tăng sự phân hóa giàu nghèo; điều kiện sống của một bộ phận lao động sẽ khó khăn hơn, nhất là vấn đề nhà ở. Hậu quả của vấn đề lao động nghỉ việc, mất việc làm từ các lĩnh vực, các ngành có sức cạnh tranh kém, các doanh nghiệp, các lĩnh vực được Nhà nước bảo hộ trước đây và người lao động không đáp ứng nhu cầu công nghệ mới sẽ diễn ra khá mạnh trong thời

Bản sao lưu trữ

kỳ đầu hội nhập là bài toán đặt ra đối với sự trợ giúp của cộng đồng xã hội.

Thị trường lao động và quan hệ lao động phát triển, số người tham gia vào thị trường lao động tăng lên, tiền lương và thu nhập bình quân chung của người lao động được nâng cao chính là điều kiện để mở rộng và tăng cường hệ thống BHXH. *Như vậy, hoạt động của BHXH sẽ chịu sự tác động gián tiếp của quá trình gia nhập WTO nhưng nó phải thích ứng chung với các quy chuẩn về chế độ BHXH của các nước trong điều kiện cho phép của nền kinh tế - xã hội nước ta.* Ở đây cần phân biệt rõ hơn về BHXH với bảo hiểm cá nhân, loại hình bảo hiểm thương mại thuộc lĩnh vực ngành dịch vụ và cũng là một trong những nội dung được thương lượng căng thẳng nhất trên bàn đàm phán gia nhập WTO. Ở nhiều nước phát triển thì hoạt động bảo hiểm cá nhân thuộc lĩnh vực kinh doanh khá hấp dẫn và luôn là sự cạnh tranh. Người ta cũng đã nhìn thấy tác động cam kết mở cửa thị trường bảo hiểm khi gia nhập WTO sẽ một mặt nâng cao chất lượng dịch vụ, giảm chi phí dịch vụ, năng lực thị trường được mở rộng, công nghệ quản lý mới được chuyển giao nhưng mặt khác sẽ ra khả năng gây mất ổn định về thị trường tài chính, mất vai trò chủ đạo cũa thành phần kinh tế Nhà nước.... Như vậy, hoạt động bảo hiểm thương mại sẽ *chịu tác động trực tiếp* của sự cạnh tranh giữa các doanh nghiệp bảo hiểm trong và ngoài nước, nhất là phải đương đầu với các doanh nghiệp nước ngoài mạnh về vốn và công nghệ quản lý. Trái lại, BHXH là một bộ phận của chính sách xã hội, nó sẽ *chịu tác động gián tiếp* thông qua mối quan hệ tương tác về kinh tế - xã hội của một quốc gia cũng như vai trò tích cực trong việc điều tiết xã hội của Nhà nước đó. Tuy nhiên, ở nước nào cũng vậy sự ổn định xã hội cũng luôn được coi là mục tiêu tương ứng với mục tiêu phát triển kinh tế, chỉ có sự khác biệt về phương pháp thực hiện mà thôi. Ở nước ta, phát triển nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa luôn là kim chỉ nam cho các chính sách ổn định xã hội. Ngược lại sự ổn định xã hội sẽ là nền tảng cho sự phát triển bền vững.

Lịch sử phát triển của BHXH cho thấy quá trình công nghiệp nào vào thế kỷ 18 đã làm nền tảng cho sự hình thành và phát triển mạng

lưới BHXH ở một số nước trên thế giới. Theo đó, BHXH được hiểu là sự bảo đảm của xã hội cho yếu tố lao động của quá trình sản xuất, là sự bảo hành cần thiết cho quá trình công nghiệp hóa mà đời sống của người lao động và gia đình họ sẽ không bị xâm hại khi họ gặp phải các rủi ro như: mất việc làm, ốm đau, tai nạn hoặc già yếu. Việc gia nhập WTO là điều kiện kinh tế cần thiết thúc đẩy nhanh chóng quá trình công nghiệp nào ở nước ta và cũng là đòi hỏi sự mở rộng mạng lưới BHXH đến mọi người lao động. Thực ra, kinh nghiệm, của 20 năm qua trong công cuộc đổi mới ở nước ta cho thấy sự phát triển kinh tế bền vững phải dựa trên nền tảng của sự công bằng và bình đẳng xã hội. Nhà nước sẽ giữ vai trò điều tiết thu nhập hợp lý giữa các nhóm lao động và dân cư có thu nhập khác nhau bằng các công cụ quản lý khác nhau. Đến nay, Nhà nước đã thực sự trở thành trung tâm của các hoạt động điều tiết xã hội, điều tiết, phân phối lại giữa những người lao động có mức thu nhập cao thấp khác nhau, điều tiết giữa các nhóm dân cư có điều kiện sống, điều kiện sức khỏe giữa các vùng miền khác nhau nhằm giữ gìn mức sống cho một bộ phận dân cư "yếu thế" hơn trong xã hội (những người bị hạn chế về sức khỏe, hạn chế về năng lực nghề nghiệp, gia đình đông con..), góp phần tạo ra sự ổn định và bình đẳng trong xã hội. Do vậy, cùng với các công cụ điều tiết khác như: chính sách thuế, chính sách an sinh xã hội. Thì BHXH đang trở thành một công cụ đắc lực của Nhà nước ta trong việc điều tiết cân bằng xã hội vì nó liên quan trực tiếp đến nhiều lĩnh vực cấp thiết của đời sống xã hội và được nhiều tầng lớp dân cư hưởng ứng. Như vậy, nói đến định hướng xã hội chủ nghĩa của nền kinh tế htị trường ở nước ta chính là khẳng định vị trí và vai trò của hoạt động của BHXH trong hệ thống chính sách xã hội và sự thích ứng kịp thời của nó với các chính sách kinh tế hiện hành.

Luật BHXH ban hành ngày 12/7/2006 và có hiệu lực thi hành từ ngày 1/1/2007, riêng đối với BHXH tự nguyện từ ngày 1/1/2008 và bảo hiểm thất nghiệp từ 1/1/2009 sẽ là hành lang pháp lý cho triển khai mạnh mẽ chính sách BHXH ở nước ta.

Trong nhiều năm qua, kể từ khi thực hiện cải cách BHXH từ năm 1995, chính sách BHXH của nước ta cũng không ngừng đổi mới

cho phù hợp với nhu cầu tham gia BHXH của người lao động, phù hợp với tốc độ phát triển kinh tế xã hội nói chung và điều đáng lưu ý là các chính sách BHXH mới đã có nhiều điểm tương đồng trong sự hội nhập với hệ thống BHXH của các nước trong khu vực cũng như các nước trên thế giới.

Định hướng phát triển BHXH khi Việt Nam gia nhập WTO, đã được Nghị quyết Đại hội Đảng Cộng sản Việt Nam lần thứ X nêu rõ:

"... Đổi mới hệ thống BHXH, đa dạng hóa hình thức bảo hiểm phù hợp với kinh tế thị trường: xây dựng chế độ bảo hiểm thất nghiệp..."

"... Phát triển và nâng cao chất lượng BHYT; xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân; phát triển mạng loại hình BHYT tự nguyện, BHYT cộng đồng. Mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám chữa bệnh theo BHYT. Hạn chế và giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh. Đổi mới phương thức thanh toán viện phí qua quỹ BHYT".

Quán triệt định hướng của Đảng, những nhiệm vụ cần phải đạt được của hệ thống BHXH trong những năm tới là: Thực hiện đầy đủ các chế độ BHXH theo quy định của Luật BHXH, trong đó cần chú trọng triển khai chế độ BHXH tự nguyện và chế độ BHXH thất nghiệp; triển khai đa dạng và linh hoạt cả loại hình BHXH, BHYT bắt buộc và BHXH, BHYT tự nguyện cho phù hợp với từng nhóm đối tượng và thích ứng với từng giai đoạn phát triển kinh tế - xã hội; thực hiện đầy đủ nghĩa vụ và quyền lợi của người tham gia BHXH, BHYT. Tăng nhanh nguồn thu của quỹ từ sự đóng góp của các bên tham gia BHXH, BHYT. Thực hiện cho trả đúng chi đủ và chi kịp thời các chế độ BHXH hiện hành. Không ngừng nâng cao chất lượng KCB cho người có thẻ BHYT; đảm bảo mức sống của người về hưu gắn liền với tốc độ phát triển kinh tế - xã hội chung của đất nước.

Bản sao lưu trữ

Sự hội nhập kinh tế thế giới sẽ kép theo sự di chuyển nguồn lao động từ trong nước ra nước ngoài cũng như dòng lao động từ nước ngoài vào nước ta. Tương ứng như vậy, việc đóng góp tham gia BHXH cũng như quyền lợi về BHXH của người lao động Việt Nam tại nước ngoài cũng như người lao động nước ngoài tại Việt Nam cần phải được đảm bảo theo hướng phù hợp với chính sách BHXH của nước sở tại: cụ thể các chế độ ngắn hạn như: chế độ khám chữa bệnh khi ốm đau, khi bị tai nạn lao động... và chế độ dài hạn như: hưu trí, tử tuất. Điều đó đã đặt ra trách nhiệm cho Nhà nước ta phải ký kết các hiệp định khung về BHXH với các nước có yếu tố về sử dụng lao động đồng thời với các quy định về luật pháp lao động khác.

Hoạt động BHXH là hoạt động điều tiết thu nhập từ lao động của những người lao động trong một khoảng nhất định. Vì vậy, trong Luật BHXH ban hành đã quy định mức giới hạn trên là căn cứ tham gia BHXH là không quá 20 lần mức lương tối thiểu chung (được hiểu là mức lương tối thiểu trong khu vực Nhà nước). Vì vậy những người có mức thu nhập vượt mức kể trên thì có thể tiếp tục tham gia BHXH theo hình thức nào nữa không? Đây là vấn đề cần đặt ra trong quá trình hội nhập, số người có thu nhập cao vượt giới hạn trên làm căn cứ đóng BHXH không phải là ít. Và ở các nước công nghiệp phát triển người ta đã có lời giải thích cho bài toán này bằng loại hình BHXH tự nguyện mà chúng ta có thể tham khảo và vận dụng.

Tác động của thị trường y tế cũng sẽ ảnh hưởng nhiều đến quyền lợi của người tham gia BHYT. Khi thị trường hàng hóa mở rộng, nguồn thuốc cung cấp cũng dồi dào và phong phú, đó là cơ hội để chúng ta chống độc quyền trong việc cung ứng thuốc và loại trừ các đợt sốt giá thuốc như trong những năm vừa qua. Tuy nhiên, việc quản lý chất lượng thuốc cũng như quản lý việc xuất nhập khẩu thuốc cũng cần tiến hành thường xuyên mới đảm bảo quyền lợi cho người bệnh. Chúng ta cũng tính đến những khả năng đầu tư nước ngoài trong việc lập ra các

Bản sao lưu trữ

bệnh viện, phòng khám trong nước nhằm giảm sự căng thẳng về cung cầu, chỗ khám chữa bệnh hiện nay.

Điều đang quan tâm nữa là phải nâng cao công nghệ quản lý của bộ máy BHXH Việt Nam theo hướng giảm bớt các thủ tục hành chính, sử dụng công nghệ thông tin ngay từ các khâu thu và chi trả các chế độ BHXH, hạn chế sử dụng bằng tiền mặt, cần chuyển khoản thông qua hệ thống ngân hàng.

Việc gia nhập WTO sẽ là cú hích cho chúng ta sớm thực hiện mục tiêu BHXH cho mọi người lao động và tiến tới thực hiện BHYT toàn dân, một mặt là đảm bảo cuộc sống ổn định của cán bộ, công chức, quân nhân và người lao động, mặt khác cũng chính là nhằm mở rộng phạm vi điều tiết xã hội của Nhà nước trong tiến trình xây dựng một xã hội công bằng, dân chủ, văn minh.

Bản sao lưu trữ

VẤN ĐỀ PHÁP CHẾ TRONG VIỆC NÂNG CAO HIỆU QUẢ THỰC THI CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM XÃ HỘI

PGS, TS. MẠC TIẾN ANH

KHÍA CẠNH PHÁP LUẬT

BHXH như đã biết, là mộ cơ chế phức tạp với nhiều mối quan hệ đa dạng, trong đó nổi bật là quan hệ về lợi ích (quyền và nghĩa vụ/trách nhiệm) của các bên tham gia BHXH. Dù là người lao động hay người sử dụng lao động thì tâm lý chung cũng là làm sao để lợi ích càng nhiều càng tốt (lợi ích tối đa) và nghĩa vụ /trách nhiệm càng ít càng tốt (chi phí tối thiểu). Quyền và nghĩa vụ trong BHXH rõ nhất là vấn đề đóng và hưởng BHXH. Người lao động và người sử dụng lao động luôn mong muốn chỉ phải đóng góp BHXH ở mức thấp nhất (giảm chi phí của gia đình và của doanh nghiệp), nhưng lại muốn được hưởng BHXH tốt nhất. Vì thế, người tham gia BHXH mới trì hoãn việc đóng BHXH hoặc giảm mức đóng góp BHXH (khai lương thấp, giảm số lượng người lao động thuộc diện bắt buộc phải tham gia BHXH...). Vấn đề đặt ra là Nhà nước phải làm thế nào để giảm thiểu những sự lạm dụng và vi phạm pháp luật BHXH. Việc quy định tỷ lệ (mức) đóng BHXH đối với các bên (người lao động, người sử dụng lao động) và việc quy định tỷ lệ (mức) hưởng đối với các chế độ BHXH cụ thể là sự ràng buộc chặt chẽ của pháp luật về quyền và nghĩa vụ của người tham gia BHXH.

Trong bài viết này, chúng tôi xin đề cập đến vấn đề làm thế nào để thực thi và nâng cao nghĩa vụ bên tham gia BHXH, thông qua việc chấp hành quy định nộp BHXH cho cơ quan BHXH.

Bản sao lưu trữ

Có thể thấy, ở hầu hết các hệ thống BHXH trên thế giới, pháp luật BHXH đều quy định rất rõ việc nộp phạt BHXH tùy theo mức độ chậm nộp BHXH của người tham gia BHXH (không nộp đúng hạn hoặc không nộp BHXH đầy đủ theo quy định phải nộp). Những hình thức phạt thường là những khoản ấn định hoặc là một tỷ lệ phần trăm (%) nào đó trên tổng số phải đóng góp và mức độ chậm trễ đóng góp. Tuy nhiên, để người tham gia BHXH (chủ yếu là người sử dụng lao động) chấp nhận nộp phạt thì mức độ nộp phạt phải được tính toán, cân nhắc cẩn thận. Mục đích của việc nộp phạt là nhằm ngăn chặn sự vi phạm quy định đóng BHXH của pháp luật BHXH. Tuy nhiên, trên thực tế, người chủ sử dụng lao động mặc dù không nộp đúng quy định (chậm nộp hoặc nộp không đủ), nhưng cũng không thực hiện nghĩa vụ đóng góp bổ sung do mức phạt thường thấp hơn số cần phải nộp bổ sung. Do vậy, cần có những quy định về mức phạt đủ lớn, đủ mức để "răn đe" không tái phạm những lần sau.

Các chuyên gia BHXH đánh giá rằng, những hệ thống BHXH không có quy định nộp phạt là những hệ thống pháp luật hiệu lực yếu hoặc có sự bao cấp quá lớn. Nhưng nếu không có quy định nộp phạt hoặc mức nộp quá thấp, có tính tượng trưng thì về lâu dài hậu quả sẽ khó lường, dễ tạo ra những "phản ứng dây chuyền" cho sự vi phạm.

Ở một số nước, việc vi phạm bị xử lý rất nghiêm minh, thậm chí có những trường hợp bị tịch biên tài sản, phong tỏa các tài khoản giao dịch tại ngân hàng. Pháp luật cho phép cơ quan BHXH hoặc tổ chức được ủy quyền của cơ quan BHXH thực hiện việc tịch biên tài sản của người không thực hiện nghĩa vụ BHXH. Tuy nhiên, phương pháp này để lại hậu quả xấu cho người lao động và nền kinh tế nói chung. Những doanh nghiệp bị kê biên tài sản rất dễ bị đóng cửa tạm thời hoặc bị phá sản. Hậu quả là người lao động bị mất thu nhập hoặc nặng hơn là mất việc làm. Đây không phải là mục đích hoạt động của BHXH.

Bản sao lưu trữ

Ở khía cạnh khác, vì lý do sản xuất kinh doanh, một số chủ sử dụng lao động bị lâm vào cảnh thua lỗ họ không có khả năng chi trả cho các khoản thanh toán, trong đó có việc đóng BHXH cho người lao động mà họ sử dụng. Trong trường hợp này, pháp luật BHXH vẫn có cách ứng xử phù hợp vì đây là trường hợp bất khả kháng, người sử dụng lao động không cố tình vi phạm pháp luật BHXH, nhưng do năng lực kinh doanh kém hoặc do nguyên nhân khách quan dẫn tới tình cảnh như vậy.

Tóm lại, có những dạng lạm dụng/vi phạm pháp luật BHXH sau; chậm nộp BHXH; thông báo danh sách người lao động sai (thấp hơn) so với tổng số lao động thực có phải tham gia BHXH bắt buộc; lừa đảo tiền đóng góp BHXH của người lao động để cho các hoạt động riêng, không liên quan đến BHXH.

Đối với trường hợp cuối cùng, việc truy tố là cần thiết, vì đây không còn thuộc "nội hàm" của BHXH mà là hành vi vi phạm pháp luật hình sự nói chung, đó là chiếm đoạt tài sản của công dân. Đối với những trường hợp còn lại, tùy theo từng trường hợp, tùy vào mức độ phải khởi kiện hành chính (dân sự). Vấn đề đặt ra là trong pháp luật BHXH phải có những quy định rõ. Trong phần lớn các nước, pháp luật BHXH đều có quy định rất cụ thể việc xử lý này. Đối với cơ quan BHXH, việc quan trọng không phải là truy tố được người vi phạm ra tòa mà là làm sao để thu hồi được tiền theo nghĩa vụ người sử dụng lao động phải đóng góp và không gây ra hậu quả đối với người lao động. Hơn nữa, việc kiện người sử dụng lao động ra tòa cần phải thận trọng, nếu cơ quan BHXH thất bại trong việc kiện thì sẽ để lại tai tiếng và hậu quả dẫn đến hệ quả là người vi phạm có thể tiếp tục vi phạm mà không bị trừng phạt. theo kinh nghiệm của các nước, để xử lý vấn đề này, một mặt phải hoàn thiện pháp luật BHXH, mặt khác phải kết hợp giữa biện pháp kinh tế và biện pháp hành chính tỏ ra hữu hiệu hơn cả.

Về mặt tổ chức, để thực thi pháp luật BHXH có hiệu quả, ngoài việc hoàn thiện các khung khổ pháp lý, cần có các quy định về mặt tổ chức. Ở nhiều nước, trong cơ quan BHXH có bộ phận pháp chế (khác với bộ phận thanh tra). Về tên gọi và quy mô có thể khác nhau như phòng hoặc ban pháp chế, nhưng đó là bộ phận độc lập và quyền hạn khá lớn. Bộ phận pháp chế có thể có cơ cấu ở Trung ương hoặc cấp vùng hoặc ở cả cấp tỉnh, tùy theo quy mô hoạt động của cơ quan BHXH và điều kiện đại lý ở từng nước. Dù quy mô cơ cấu tổ chức thế nào thì bộ phận pháp chế thường chịu trách nhiệm về vấn đề chế tài. Bộ phận này có trách nhiệm tham gia vào quá trình sửa đổi, bổ sung, hoàn thiện pháp luật BHXH, đồng thời bộ phận này cũng phải thường xuyên cập nhật những thay đổi trong các văn bản quy phạm pháp luật khác có thể ảnh hưởng đến BHXH, như Luật Doanh nghiệp, Luật HTX, Luật dân sự, Luật Lao động,... Một nhiệm vụ khác không kém phần quan trọng đối với bộ phận pháp chế là tiến hành các thủ tục để khởi kiện những người cố tình vi phạm pháp luật BHXH ra tòa.

CÁC BIỆN PHÁP TRUY THU VÀ THU TIỀN PHẠT

Như đã nêu trên, nếu người sử dụng lao động chậm nộp (không nộp đủ hoặc không nộp toàn bộ), cơ quan BHXH phải: truy thu số tiền thiếu do chậm nộp hoặc không nộp BHXH; thu tiền nộp phạt theo phán quyết của tòa hoặc quy định của pháp luật BHXH.

Thông thường ở các nước và cả ở Việt Nam, việc đóng BHXH của người tham gia BHXH được quy định vào một số ngày cụ thể (ví dụ vào ngày 15 hàng tháng) và một khoảng thời gian chưa phải chịu phạt (ví dụ 10 ngày). Sau ngày này người vi phạm sẽ phải nộp phạt còn gọi là khoản trả thêm. Khoản trả thêm này thường được quy định theo hai hình thức:

- Bằng một tỷ lệ lãi suất theo quy định cho việc chậm nộp (tính trên tổng số phải nộp).

- Bằng một khoản phạt tính trên tổng số tiền muộn và thời gian nộp. Thời gian càng chậm nộp thì số tiền phạt càng cao.

Vì đây là hình phạt, do vậy các tỷ lệ lãi hoặc khoản tiền phạt phải được thiết kế đủ mức, nhằm hạn chế việc kéo dài thời gian nộp BHXH sau ngày quy định. Nhiều hệ thống BHXH thiết kế khoản trả thêm này theo mức tăng lũy tiến theo độ thời gian chậm nộp BHXH. Tuy nhiên, pháp luật cần quy định thời gian chậm nhất phải truy thu BHXH. Sau thời gian đó người chậm nộp sẽ phải bị truy tố ra tòa và phải chịu nhiều hình thức phạt bổ sung khác ngoài BHXH.

Như đã nêu, vấn đề là phải thiết kế mức hoặc tỷ lệ phạt thích đáng. Nếu tỷ lệ/mức phạt quá thấp, doanh nghiệp sẽ tìm cách giữ lại khoản tiền đáng ra phải nộp BHXH cho người lao động vào mục đích kinh doanh của họ. Hơn nữa, nếu thiết kế tỷ lệ/mức phạt thấp, có thể chi phí (quản lý) cho việc thu hồi tiền nộp phạt của cơ quan BHXH còn cao hơn cả số tiền cần được thu hồi. Khi đó hiệu quả xã hội và hiệu quả kinh tế của các hoạt động thu hồi tiền nộp BHXH sẽ không đạt được.

Đối với những trường hợp dây dưa không chịu nộp BHXH và nộp phạt bổ sung trong thời gian quy định, cơ quan BHXH sẽ khởi kiện người vi phạm ra tòa để thu hồi các khoản nợ BHXH. Thủ tục páhp lý đối với việc thu hồi này cũng tương tự như thủ tục đối với việc thu hồi thuế trả chậm trong các hoạt động kinh doanh khác. Tuy nhiên, cần lưu ý là những hình phạt này đối với doanh nghiệp có thể dẫn tới việc kinh doanh của họ bị đình trệ, thậm chí có thể dẫn đến phá sản. Do đó, pháp luật có những quy định nhằm "mở lối" cho doanh nghiệp, đó là sự thỏa thuận giữa doanh nghiệp và cơ quan BHXH về vấn đề nộp phạt và truy nộp BHXH theo nhiều kỳ. Điều này cho phép doanh nghiệp có thể thực thi được nghĩa vụ BHXH (truy nộp và nộp phạt) đồng thời vẫn tiến hành các hoạt động sản xuất kinh doanh bình thường. Trong trường hợp phá sản xảy ra, luật pháp cân đối có quy định ưu tiên đối với những khoản nợ BHXH, vì như đã biết, thực ra những khoản nộp

BHXH đều vì quyền lợi của người lao động khi tham gia BHXH. Nếu không ưu tiên giải quyết những khoản nợ BHXH này quyền lợi hợp pháp của người lao động sẽ bị ảnh hưởng. Vì vậy, ở các nước, pháp luật quy định cơ quan BHXH có quyền thứ hai, sau cơ quan thuế, đối với tài sản của doanh nghiệp.

Một lưu ý khác, tiền nộp phạt và các khaỏn thu thêm khi doanh nghiệp vi phạm pháp luật BHXH (chậm nộp BHXH và dây dưa không nộp BHXH), phải được nộp cho cơ quan BHXH cùng với khoản nộp BHXH theo nghĩa vụ phải nộp. Ở đây cần tránh tình trạng doanh nghiệp cho rằng đã nộp phạt rồi thì không phải/không cần nộp các khoản nghĩa vụ BHXH nữa. Nhận thức này dẫn tới tình trạng doanh nghiệp sẵn sàng nộp tiền phạt (vì tiền phạt bao giờ cũng thấp hơn khoản đóng góp nghĩa vụ). Điều này cũng đã xảy ra đối với nhiều doanh nghiệp ở Việt Nam.

VẤN ĐỀ KHỞI KIỆN CỦA CƠ QUAN BHXH VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP CỐ TÌNH VI PHẠM

Khi người tham gia BHXH (người lao động và người sử dụng lao động) có hành vi cố tình vi phạm pháp luật BHXH như khai không đúng số lượng lao động, hoặc cố tình kéo dài thời gian không đóng BHXH quá hạn định... thì cơ quan BHXH có quyền khởi kiện người vi phạm ra tòa án. Việc khởi kiện của cơ quan BHXH nhằm thu hồi khoản tiền theo nghĩa vụ mà các đương sự phải nộp và những khoản nộp phạt; đồng thời nhằm bảo đảm tính nghiêm minh của pháp luật BHXH, ngăn chặn những ảnh hưởng tiềm ẩn khác của việc không thực thi nghĩa vụ BHXH của người tham gia BHXH.

Tuy nhiên, để việc khởi kiện thành công hơn cơ quan BHXH cần phải chuẩn bị rất nghiêm túc các tài liệu, các chứng cứ để khởi kiện. nếu việc khởi kiện thất bại thì tai tiếng của cơ quan BHXH sẽ rất lớn. Kinh nghiệm của các nước cho thấy khi cơ quan BHXH thất bại trong

Bản sao lưu trữ

kiện tụng, lòng tin của người lao động đối với BHXH sẽ rất thấp và người vi phạm BHXH sẽ càng lợi dụng điều này để vi phạm những lần khác và hơn cả là không tạo ra mối quan hệ thân thiện giữa hai bên khi thực hiện chính sách BHXH.

Khi chuẩn bị tài liệu không kỹ, cơ quan BHXH dễ bị phía luật sư doanh nghiệp phản bác lại. Vì vậy, các bằng chứng phải rất rõ ràng, tỉ mỉ và phải dựa trên các căn cứ pháp lý. Hơn nữa, khi tranh tụng tại tòa cần có kỹ năng pháp luật. Do đó, trong các cơ quan BHXH cần phải có những luật sư am hiểu pháp luật nói chung và pháp luật BHXH nói riêng. Nên nhớ rằng, trong kinh tế thị trường, các cố vấn pháp lý của các công ty/các doanh nghiệp thường là những luật sư rất giỏi và họ cũng có thể thắng kiện cho dù sự thật là thân chủ của họ sai. Mặt khác, giải pháp ra tòa cũng chỉ là giải pháp cuối cùng để thực thi pháp luật, tốt hơn cả là vẫn thuyết phục và cưỡng chế hành chính để buộc các doanh nghiệp thực hiện nghĩa vụ của mình đối với người lao động.

Để thực hiện tốt các thủ tục pháp lý khi khởi kiện, như đã nêu trên ở phần đầu, trong các cơ quan BHXH thường tổ chức bộ phận pháp lý. Bộ phận pháp lý không chỉ chuẩn bị tài liệu và còn hỗ trợ các bộ phận khác có liên quan trong cơ quan BHXH như bộ phận chính sách chế độ BHXH, bộ phận kế toán/tài chính BHXH... trong việc chuẩn bị, hiệu chỉnh các tài liệu của các bộ phận này cho thống nhất. Khi khởi tố ra tòa, một trong những thành viên của bộ phận pháp chế phải đại diện cho cơ quan BHXH ra tranh tụng. Tuy nhiên, trên thực tế nhiều ở nhiều nước, trong một số trường hợp phức tạp, cơ quan BHXH vẫn phải nhờ dịch vụ của các luật sư chuyên nghiệp trong quá trình khởi kiện.

CÁC HOẠT ĐỘNG CHẾ TÀI BẢO HIỂM XÃ HỘI

PGS, TS. MẠC TIẾN ANH

Như đã biết, một trong những đặc trưng chủ yếu của chính sách BHXH trong cơ chế thị trường là tính bắt buộc tham gia đối với người lao động. Tuy nhiên, mức độ bắt buộc tham gia có khác nhau giữa các nước và giữa các thời kỳ phát triển.

Trong giai đoạn đầu, các chế độ bắt buộc phải tham gia thường là chế độ ốm đau và tai nạn nghề nghiệp. Dần dần các chế độ BHXH bắt buộc người lao động phải tham gia chế độ bảo hiểm tuổi già (hưu trí) và các chế độ dìa hạn khác. Đối tượng bắt buộc tham gia BHXH cũng dần dần được mở rộng vì lý do quản lý. Một hệ thống BHXH muốn hoạt động có hiệu quả thì cần phải quản lý tốt đối tượng tham gia BHXH. Vì vậy, trong khả năng của mình, hệ thống BHXH phải lựa chọn đối tượng bắt buộc tham gia BHXH còn các đối tượng khác thì tham gia theo hình thức tự nguyện. đa số các nước đều bắt buộc đối với khối công chức và những người làm công ăn lương. Tùy theo điều kiện và khả năng quản lý có thể mở rộng đối tượng bắt buộc tham gia BHXH. Những doanh nghiệp có quá ít lao động và những lao động tự làm có thể tham gia bảo hiểm theo hình thức tự nguyện hoặc không tham gia vì khó quản lý họ.

Về kỹ thuật cũng làm cản trở nhất định việc mở rộng đối tượng bắt buộc tham gia BHXH. Đối với những người lao động làm công ăn lương có quan hệ lao động, ngoài việc bản thân họ phải đóng góp BHXH thì người sử dụng lao động cũng phải đóng góp cho họ. Ngoài ra, ở nhiều ở nhiều nước Nhà nước có thể hỗ trợ trong những trường hợp cần

thiết. Đối với người lao động tự làm, họ không có quan hệ lao động chủ - thợ hay nói chính xác hơn, họ là chủ của chính mình. Do không có quan hệ lao động nên những người này phải đóng góp toàn bộ phí BHXH (ví dụ như ở Việt Nam hiện nay, tổng mức đóng là 20% chưa kể BHYT) để được hưởng tương đương như người làm công ăn lương. Hơn nữa, lao động tự làm thường có thu nhập không ổn định, vì vậy, phí BHXH trong chừng mực nào đó cũng là vấn đề: "vấn đề kinh tế" đối với họ. Lao động ở nông thôn và nông dân cũng tương tự vậy, nên việc bắt buộc tham gia BHXH đối với họ khó khăn so với lao động làm công ăn lương trong các doanh nghiệp.

Những vấn đề nêu trên được các nước quy định trong các chính sách BHXH của nước mình thông qua các văn bản pháp luật như Luật BHXH hoặc các văn bản pháp luật thấp hơn. Tuy nhiên, có một thực tế, ở nước nào cũng có hiện tượng chủ sử dụng hoặc bản thân người lao động trốn tránh nghĩa vụ của mình. Việc trốn tránh nghĩa vụ diễn ra dưới nhiều hình thức khác nhau như chủ sử dụng lao động khai báo số lao động ít hơn số lao động theo quy định bắt buộc tham gia BHXH để giảm mức đóng góp hoặc khai về mức lương trả cho người lao động thấp hơn so với mức thực trả... Có một số chủ doanh nghiệp có thỏa hiệp với người lao động để cùng trốn đóng BHXH. Đây là hiện tượng trục lợi bảo hiểm, Một số chủ doanh nghiệp nhỏ thậm chí còn khấu trừ phần đóng góp của người lao động nhưng lại không nộp cho cơ quan BHXH. Đây là hành vi chiếm đoạt tài sản công dân, vi phạm pháp luật nói chung. Tình hình trên cũng diễn ra đối với một số doanh nghiệp ở Việt Nam. Để khắc phục tình trạng này cần có những chế tài bắt buộc tham gia BHXH.

Vậy chế tài BHXH là gì? Chế tài là biện pháp pháp luật, nhằm mục đích ngăn ngừa và răn đe các hành vi vi phạm pháp luật và xử lý vi phạm pháp luật để nâng cao hiệu quả và hiệu lực thi hành các quy định của pháp luật.

Chế tài BHXH được thực hiện thông qua các quy định rất cụ thể của pháp luật BHXH và hệ thống thực thi pháp luật. Trong một hệ thống BHXH dựa vào đóng góp của các bên tham gia BHXH là chính thì việc chế tài có ý nghĩa rất quan trọng để đảm bảo nguồn thu của quỹ BHXH và sự nghiêm minh của pháp luật BHXH. Các nước có hệ thống BHXH kiểu này đều quan tâm đến việc nghiên cứu những thủ tục mang tính chế tài cao phù hợp mỗi nước. Thiếu chế tài thỏa đáng, hệ thống BHXH sẽ bị lạm dụng và sẽ không thực hiện chức năng đáp ứng bù đắp thu nhập cho các thành viên tham gia BHXH. Bản chất của chế tài là đề ra biện pháp luật thỏa đáng trong phạm vi pháp luật mà các bên liên quan có thể chấp nhận được vì lợi ích chung. Nhưng để chế tài thực hiện thì bản thân hệ thống BHXH cũng phải phù hợp, tiến tới hoàn thiện (các quy định về đóng – hưởng, các thủ tục thu nộp BHXH, tính minh bạch của hệ thống tài chính...) để làm giảm tối đa những thắc mắc, những nghi ngờ hoặc sự không hiểu rõ trách nhiệm tài chính của doanh nghiệp đối với BHXH... Khi xem xét các chế tài, cần cân nhắc đến lợi ích không chỉ của người lao động mà cả của người sử dụng lao động. Khi người sử dụng lao động thấy rõ và hiểu rõ quyền và nghĩa vụ khi tham gia BHXH thì mức độ sẵn sàng hợp tác với cơ quan BHXH sẽ tốt hơn. Trong trường hợp này người ta gọi là chế tài chủ động (hoặc tích cực). Nghĩa là chế tài theo hướng phòng ngừa sự vi phạm BHXH. Chế tài kiểu này bao hàm cả việc cung cấp thông tin, cung cấp các tài liệu hướng dẫn về BHXH; tổ chức huấn luyện cho những người làm công tác BHXH tại doanh nghiệp... Những hoạt động này không những tạo ra sự tuân thủ tự giác của người sử dụng lao động mà còn tạo ra sự liên kết, hợp tác giữa doanh nghiệp và cơ quan BHXH. Tuy nhiên, như đã nêu trên, trong cộng đồng những người chủ sử dụng lao động tham gia BHXH có một bộ phận nhỏ hoặc là không hiểu hết ý nghĩa của việc tham gia BHXH, hoặc là chưa hiểu rõ pháp luật BHXH hoặc cố tình "không hiểu" pháp luật BHXH, họ luôn tìm mọi cách để lợi dụng các kẽ hở của pháp luật BHXH để trốn tránh nghĩa vụ BHXH đối với người

lao động mà họ thuê mướn/sử dụng. Đối với những người này chế tài BHXH là các biện pháp pháp luật buộc họ phải thực hiện nghĩa vụ BHXH. Đây còn gọi là chế tài bị động (tiêu cực).

Thường thì biện pháp kinh tế kết hợp với biện pháp hành chính tỏ ra hữu hiệu hơn cả trong hoạt động chế tài BHXH, Khi phát hiện chủ sử dụng lao động có sai phạm trong việc bắt buộc tham gia BHXH, cơ quan BHXH sẽ thực hiện phạt (ở mức cao) và thực hiện việc truy thu ngay thông qua hệ thống ngân hàng. Đối với những doanh nghiệp chậm nộp hoặc nộp thiếu BHXH, cơ quan BHXH có thể yêu cầu ngân hàng phong tỏa mọi tài khoản và các giao dịch kinh doanh của doanh nghiệp. Đây là biện pháp chế tài thường được các nước áp dụng. Đối với trường hợp vi phạm nặng, cơ quan BHXH có thể khởi kiện chủ doanh nghiệp. Để thực hiện việc chế tài này, đòi hỏi phải có đội ngũ nhân viên thanh tra BHXH. Bộ phận thanh tra này đóng vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện vi phạm và thực hiện công tác chế tài. Bộ phận thanh tra này khác với bộ phận pháp chế (như đã nêu ở phần trước). Hệ thống thanh tra này ở các nước thường được bố trí ngay tại địa phương để họ có thể kịp thời phát hiện những vi phạm. Các thanh tra viên dù ở Trung ương hay địa phương đều có mối liên kết chặt chẽ với nhau để cùng phối hợp thực hiện công vụ. Các thanh tra viên BHXH có quyền hạn rất lớn, nếu phát hiện vi phạm họ có quyền ghi mức nộp phạt hoặc ra các thông báo để phong tỏa tài khoản của các doanh nghiệp vi phạm ở ngân hàng. Vì vậy, các thanh tra của hệ thống BHXH của các nước được lựa chọn và đào tạo rất chu đáo, có trình độ chuyên môn cao, đồng thời có phẩm chất và tinh thần trách nhiệm. Các thanh tra viên thường hoạt động độc lập và thường xuyên ở các doanh nghiệp, vì vậy, để hạn chế sự đồng lõa có thể xảy ra giữa thanh tra và chủ doanh nghiệp, các nước có quy định về việc luân chuyển thanh tra giữa các khu vực, vùng. Tuy nhiên, sự luân chuyển này không quá thường xuyên ảnh hưởng đến kinh nghiệm và hiệu quả hoạt động của họ. Một giới

hạn thời gian tối đa làm việc của thanh tra viên ở một vùng, một khu vực được các cơ quan BHXH áp dụng tùy tình hình cụ thể (thường 3 năm). Đối với các nước có hệ thống thanh tra theo ngành dọc và có các thanh tra viên các cấp phụ trách các thanh tra viên ở các vùng, các địa phương. Thanh tra viên cao cấp đồng thời trực tiếp thanh tra các vụ phức tạp hoặc các trường hợp vi phạm nghiêm trọng. Đồng thời, các thanh tra viên cao cấp có nhiệm vụ tư vấn và hướng dẫn, giúp đỡ, đào tạo, bồi dưỡng công tác thanh tra đối với các cơ quan BHXH ngành, vùng, địa phương. Hoạt động của thanh tra BHXH có thể theo kế hoạch định kỳ hoặc đột xuất tùy theo tình hình thực tế. Chính vì vậy, về mặt tổ chức phải rất mềm dẻo, linh hoạt. Các thanh tra viên hoạt động không theo giờ nhất định mà tùy thuộc vào tính chất của vụ việc để phát hiện ra những vi phạm (có thể ví các thanh tra viên như những thám tử). Nên bên cạnh việc đãi ngộ xứng đáng, các thanh tra viên thường được trang bị khá hiện đại như phương tiện đi lại) ở các nước là ô tô chuyên dùng), máy ảnh, máy tính xách tay, điện thoại, máy ghi âm... Pháp luật BHXH của các nước quy định rất rõ việc bổ nhiệm thanh tra viên và quy định quyền của thanh tra viên khi thực thi công tác thanh tra các doanh nghiệp tham gia BHXH. Thanh tra viên có quyền điều tra, giám định các hồ sơ và các tài liệu thích hợp của doanh nghiệp liên quan đến BHXH. Đặc biệt, thanh tra viên có quyền cưỡng chế trách nhiệm đóng góp tài chính của các doanh nghiệp quỹ BHXH; kiểm tra việc đăng ký danh sách người lao động. Điều này cho phép thanh tra viên có quyền kiểm tra định kỳ các báo cáo của doanh nghiệp về sử dụng lao động; được quyền xem xét tỉ mỉ các báo cáo về doanh thu, lợi nhuận và các tài liệu tài chính khác của doanh nghiệp. Ngoài ra, thanh tra viên có quyền tiến hành các cuộc phỏng vấn người lao động về việc đóng góp của các doanh nghiệp và việc thụ động này, các thanh tra viên sẽ phát hiện các thủ đoạn vi phạm của doanh nghiệp để có hình thức phạt thích hợp. Đây là những hoạt động góp phần chế tài

Bản sao lưu trữ

các doanh nghiệp bắt buộc phải tham gia BHXH theo đúng quy định của pháp luật BHXH.

Song song với hệ thống thanh tra BHXH, trong hoạt động chế tài luật pháp các nước có quy định rất rõ ràng về mức độ xử phạt; đối với các doanh nghiệp tùy theo mức độ vi phạm pháp luật BHXH. Mức phạt này phải thật nghiêm khắc và phải có giá trị đáng kể mới có thể hạn chế được sự trốn tránh nghĩa vụ của các doanh nghiệp. Có nhiều nước còn quy định cả thủ tục tịch biên tài sản của doanh nghiệp nếu như doanh nghiệp đó nợ quá nhiều tiền BHXH mà không có khả năng thanh toán nhằm thu được tiền về cho quỹ BHXH theo đúng quy định của pháp luật. Đây là kinh nghiệm tốt mà nước ta cần tham khảo, vì nước ta đang chuyển mạnh sang nền kinh tế thị trường với nhiều thành phần kinh tế cùng tham gia BHXH. Sẽ có rất nhiều doanh nghiệp vừa và nhỏ, các doanh nghiệp tư nhân phải tham gia BHXH theo hình thức bắt buộc và trong quá trình thực hiện sẽ xuất hiện không ít doanh nghiệp vì những lý do bất khả kháng (doanh nghiệp kinh doanh thua lỗ; gặp phải những rủi ro ngoài kinh doanh...) dẫn tới không có khả năng thanh toán BHXH. Vì lợi ích trước mắt và lâu dài của cả cộng đồng tham gia BHXH, rất cần có quy định trên để chế tài các doanh nghiệp thực hiện nghĩa vụ của mình đối với người lao động, mặc dù chế tài này có thể dẫn đến doanh nghiệp phải đình chỉ hoạt động hoặc phá sản. Do đó, biện pháp này chỉ hãn hữu mới được áp dụng, nhưng phải được quy định trong luật BHXH. Đối với một số trường hợp vi phạm nặng, có quy mô lớn hơn hoặc có tính chất lừa đảo để chiếm dụng cần truy tố hình sự. Trong trường hợp này, như đã nêu ở bài trước, cơ quan BHXH với tư cách là người bảo vệ quyền lợi cho người lao động sẽ thực hiện quyền truy tố chủ doanh nghiệp trước tòa án. Việc khởi tố nhằm đảm bảo quyền lợi của quỹ BHXH, đồng thời còn có tác dụng răn đe sự vi phạm của các doanh nghiệp khác. Việc khởi tố được thực hiện theo đúng các trình tự mà pháp luật của mỗi nước quy định.

Một vấn đề đặt ra là mức độ xử phạt thực hiện như thế nào? Không có quy định chung cho các nước, nhưng để có căn cứ xử phạt chung cho các nước, nhưng để có căn cứ xử phạt, cần quy định rõ không chỉ tỷ lệ đóng mà còn phải quy định cả thời hạn đóng BHXH. Những quy định này cần phải rõ ràng thì căn cứ xử phạt càng chặt chẽ. Nhiều nước quy định việc đóng BHXH vào một số ngày nhất định hoặc theo kỳ lương của công nhân. Số tiền nộp phạt được tính từ ngày nhất định sau ngày quy định phải đóng BHXH với mức lũy tiến, nghĩa là càng chậm đóng BHXH sau ngày quy định thì tỷ lệ nộp phạt càng cao. Mức nộp phạt này phải được thiết kế để ngăn chặn sự kéo dài không nộp BHXH của các doanh nghiệp. Nếu mức đóng nộp quá thấp, doanh nghiệp vẫn có thể dây dưa khoản phải nộp để dùng cho mục đích kinh doanh. Tuy nhiên, như đã nêu nộp phạt BHXH không đồng nghĩa với việc doanh nghiệp phải đóng BHXH nữa mà vẫn phải truy thu BHXH. Thủ tục truy thu này thường giống như thủ tục truy thu thuế trả chậm. Khoản thu hồi tiền nộp chậm phải được tính đến yếu tố lãi suất và lạm phát. Mặt khác, cơ quan BHXH cũng phải lưu ý đến những khó khăn thực sự của doanh nghiệp trong sản xuất kinh doanh dẫn đến việc chậm nộp BHXH. Khi đó cần có sự thỏa thuận giữa cơ quan BHXH và chủ doanh nghiệp để họ có thể "trả nợ" dần.

Khi thực hiện công tác chế tài bắt buộc tham gia BHXH đối với các doanh nghiệp cũng cần lưu ý đến nhận thức của người lao động và người sử dụng lao động. Tính công khai hóa của hệ thống BHXH sẽ làm hạn chế sự vi phạm BHXH của các bên có liên quan. Khi một hệ thống BHXH với những chính sách được xem xét rõ ràng, khi các hợp đồng BHXH, đặc biệt là các hợp đồng thu chi BHXH càng được công khai hóa, càng nhiều người biết và hiểu nó thì sự vi phạm sẽ giảm đi. Khi hệ thống được công khai hóa còn tạo cơ hội cho cả người lao động và người sử dụng lao động có điều kiện tham gia vào quá trình quản lý BHXH (với tư cách là người tham gia BHXH). Cũng có không ít chủ doanh

nghiệp, nhất là chủ doanh nghiệp nhỏ, thiếu hiểu biết về pháp luật BHXH hoặc không được tiếp cận đầy đủ thông tin về pháp luật BHXH, nên họ có thể vi phạm pháp luật BHXH một cách không chủ ý. Do vậy, tuyên truyền, phổ biến thông tin cho chủ sử dụng lao động và người lao động ở nhiều nước cũng được coi là nhiệm vụ trong hoạt động chế tài bảo hiểm. hoạt động của thanh tra BHXH cũng không chỉ nhằm phát hiện sai phạm mà còn góp phần tăng cường sự hiểu biết của doanh nghiệp về nghĩa vụ của họ khi tham gia BHXH. Điều này còn có ý nghĩa hơn là cưỡng bức doanh nghiệp phải đóng BHXH.

Nói tóm lại, hoạt động chế tài cần được tiếp cận một cách tổng thể làm tăng hiệu quả thực thi pháp luật BHXH. Chế tài không chỉ đơn thuần là cưỡng chế mà còn là các hoạt động tuyên truyền làm tăng nhận thức của những người tham gia BHXH, để họ thấy được ý nghĩa của việc tham gia BHXH, từ đó tự giác chấp hành nghiêm túc pháp luật BHXH, hạn chế được tối đa các vi phạm. Điều này cũng có ý nghĩa là chế tài để phòng ngừa một cách tích cực, hạn chế vi phạm hơn là các hoạt động xử phạt.

Bản sao lưu trữ

CẦN THỰC HIỆN CƠ CHẾ CÙNG CHI TRẢ CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

BS. LÊ MINH HOÀN

Ngày 16/5/2005, Chính phủ ban hành Nghị định số 63/NĐ-CP kèm theo Điều lệ BHYT mới, cùng các Thông tư liên tịch hướng dẫn thực hiện BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện đã mở rộng đối tượng tham gia BHYT và tăng cường quyền lợi cho người tham gia BHYT. Nghị định số 63 đã bãi bỏ cơ chế cùng chi trả 20% trong khám chữa bệnh BHYT, trong khi các biện pháp ngăn chặn bội chi, các hình thức lạm dụng quỹ khám chữa bệnh từ các bên tham gia BHYT, các giải pháp quản lý con chưa thật hiệu quả, dẫn đến tình trạng mất cân đối thu chi quỹ BHYT nghiêm trọng.

Cuối những năm 90 của thế kỷ trước, hệ thống BHYT đã thực hiện nhiều phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT. Quỹ BHYT của một số địa phương đã mất cân đối hoặc có nguy cơ bội chi, mà một trong những nguyên nhân đó là tỷ lệ người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh tăng cao, thu không đủ bù chi. Cơ quan BHYT thời gian đó đã đề nghị Chính phủ nhiều giải pháp nhằm đảm bảo an toàn quỹ BHYT như tăng mức phí đóng BHYT từ 3% lên 5% mức lương hoặc tiền công của người lao động, chỉ thực hiện BHYT cho người có thẻ BHYT điều trị nội trú... nhưng không được Chính phủ đồng ý. Biện pháp cuối cùng được đưa ra là thực hiện cơ chế cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh. Giai đoạn đầu, tất cả các đối tượng tham gia BHYT đều thực hiện cùng chi trả với tỷ lệ cùng chi trả là 20%. Mới chỉ thực hiện được một vài tuần, Bộ Y tế đã có công điện gửi ngành y tế. BHYT

Bản sao lưu trữ

các địa phương thông báo ngừng thu 20% chi phí khám chữa bệnh đối với đối tượng hưu trí và hưởng trợ cấp BHXH. Các đối tượng khác vẫn thực hiện cơ chế cùng chi trả. Trong khi thực hiện phương thức cùng chi trả, đã hạn chế được *lạm dụng từ người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh nhiều lần.*

Khi bỏ cơ chế cùng chi trả, người có thẻ BHYT dùng thẻ BHYT đi khám chữa bệnh nhiều lần trong tuần, trong tháng để lấy thuốc, đây là hình thức lạm dụng BHYT rất phổ biến, xuất hiện từ ngày khi có BHYT. Vì thủ tục đi khám bệnh đơn giản, chỉ cần mang thẻ BHYT còn giá trị sử dụng đến cơ sở y tế (nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu), làm thủ tục khám bệnh. Có nhiều người bệnh đã từng đi khám bệnh bằng thẻ BHYT để lấy thuốc cho cả nhà chữa bệnh, vì mỗi lần đi khám, người có thẻ BHYT không phải nộp bất cứ một khoản tiền nào cho cơ sở khám chữa bệnh. Hiện tại, từ khi bãi bỏ cơ chế cùng chi trả, số lượng người có thẻ BHYT đi khám chữa bệnh tăng cao. Hàng ngày, tại phòng khám bệnh đa khoa của các bệnh viện tuyến thành phố, người có thẻ BHYT xếp hàng khám chữa bệnh rất đông, gây quá tải ở tất cả các cơ sở khám chữa bệnh công lập.

Thực hiện cơ chế cùng chi trả trong khám chữa bệnh BHYT còn chống lạm dụng và chống lãng phí quỹ khám chữa bệnh BHYT từ phía các cơ sở khám chữa bệnh. Đã có nhiều bài viết đề cập đến tình trạng lạm dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT. Qua nhiều năm theo dõi công tác khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, chúng tôi thấy hình thức lạm dụng quỹ khám chữa bệnh BHYT từ cơ sở khám chữa bệnh là có và khá phổ biến.

Phải nói ngay đó là lạm dụng từ một số người trực tiếp làm công tác khám chữa bệnh. Hình thức lạm dụng này được thể hiện bằng cách chỉ định cho bệnh nhân có thẻ BHYT làm nhiều xét nghiệm, chỉ định nhiều thuốc không phù hợp với chẩn đoán bệnh, gây lãng phí rất lớn. Hiện nay, trong khám chữa bệnh, việc kê đơn cấp phát thuốc cho bệnh

nhân có thẻ BHYT khác hẳn với việc kê đơn cấp thuốc cho bệnh nhân khám chữa bệnh theo chế độ dịch vụ. Đối với bệnh nhân BHYT, dù hết bao nhiêu thì cũng đã có cơ quan BHXH chi trả thay cho họ. Việc lạm dụng trong điều trị tưởng như mới, nhưng thực chất đã có từ rất lâu. Nếu có điều kiện xem xét, đối chiếu hai sổ y ba, hoặc hai đơn cấp thuốc cho hai đối tượng với cùng một bệnh, cùng một phòng khám của mỗi bệnh viện thì thấy rất rõ điều đó. Chính việc lạm dụng trong chỉ định làm xét nghiệm, kê đơn cấp thuốc cho bệnh nhân BHYT đã đẩy chi phí khám chữa bệnh tăng cao. Chi phí khám chữa bệnh BHYT tăng cao, cơ sở khám chữa bệnh sẽ có lợi vì trước đây, khi thực hiện Nghị định số 95/NĐ-CP về thu một phần viện phí, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 33/NĐ-CP ngày 23/5/1995 về việc sửa đổi khoản 1 Điều 6 của Nghị định 95/CP ngày 27/8/1994 cho phép các cơ sở y tế dành 30% trên tổng số tiền thu viện phí và cả tiền thu viện phí do cơ quan BHYT trả cho người bệnh để khen thưởng cho cán bộ nhân viên trực tiếp làm công tác khám chữa bệnh. Nghị định số 10/2002/NĐ-CP, ngày 16/01/2002 của Chính phủ quy định về chế độ tài chính áp dụng cho đơn vị sự nghiệp có thu, Nghị định số 43/2006/NĐ-CP, ngày 25/4/2006 của Chính phủ quy định quyền tự chủ, tự chịu trách nhiệm về thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế và tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập cũng chưa bãi bỏ quy định dành 30% trên tổng số tiền thu viện phí do cơ quan BHXH chi trả cho người bệnh có BHYT để khen thưởng cho cán bộ, nhân viên trực tiếp làm công tác khám chữa bệnh. Thực chất, tiền thưởng trên được rút từ nguồn ngân sách cấp cho đơn vị để thưởng. Nhưng để có điều kiện tính thưởng, thì lại phải nhờ vào số liệu đơn vị khám chữa bệnh quyết toán với BHXH hàng quý. Ví dụ, quý I/2005 bệnh viện B quyết toán chi phí khám chữa bệnh với cơ quan BHXH A, tổng chi phí được hai bên thống nhất quyết toán là 1 tỷ đồng thì 1 tỷ đồng quyết toán đó là cơ sở để đơn vị khám chữa bệnh trích lại 30% làm quỹ tiền thưởng... Do vậy, tất cả các cơ sở khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT đều tăng cường chỉ định cho bệnh nhân

Bản sao lưu trữ

làm xét nghiệm, sử dụng thuốc để chi phí tăng cao, là điều kiện để trích thưởng cao. Đây cũng là một trong các nguyên nhân làm bội chi quỹ khám chữa bệnh BHYT.

Lạm dụng còn xảy ra đối với một số nhân viên y tế có người thân, quen có thẻ BHYT nhờ lấy thuốc hộ mà không cần phải đến phòng khám để khám bệnh. Nếu như thực hiện cùng phải chi trả trong khám chữa bệnh BHYT thì không thể làm được việc này. Tại một vài cơ sở y tế, thậm chí cả một bệnh viện, hoặc một trung tâm y tế của một vài địa phương đã có những nhóm nhân viên câu kết để rút thuốc quý hiếm từ quỹ khám chữa bệnh BHYT, làm thất thoát quỹ hàng trăm triệu đồng.

Tất cả những hình thức lạm dụng quỹ BHYT nêu trên đã và đang tồn tại ở khá nhiều cơ sở khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT. Từ khi bãi bỏ cơ chế cùng chi trả, tình trạng lạm dụng này lại càng có điều kiện bùng phát. Cũng phải nói thêm là các biện pháp quản lý và quản lý quỹ BHYT của cơ quan BHXH còn chưa đủ mạnh để ngăn chặn, đặc biệt là công tác giám định tại các cơ sở khám chữa bệnh.

Để chống bội chi quỹ BHYT, đã có nhiều ý kiến đề xuất như; tăng mức đóng BHYT lên 5% tiền lương đối với đối tượng bắt buộc, tăng mức đóng của đối tượng tự nguyện bằng mức bình quân của đối tượng BHYT bắt buộc..., nhưng cũng sẽ không giải quyết được gì khi mà lạm dụng BHYT chưa ngăn chặn được, giá thuốc và dịch vụ y tế vẫn tiếp tục leo thang. Theo chúng tôi, chỉ có thực hiện lại cơ chế cùng chi trả, mới có khả năng hạn chế được lạm dụng khám chữa bệnh BHYT, vì tâm lý người Việt Nam dù giàu hay nghèo, khi phải bỏ dù chỉ là một đồng trong túi để trả cho một việc gì đều phải xem xét và tính toán. Thực hiện cùng chi trả, người có thẻ BHYT khi đi khám bệnh sẽ phải cân nhắc có thực sự cần thiết không? Tuy nhiên, cần quy định cụ thể đối tượng nào cùng chi trả, chi trả bao nhiêu phần trăm, đối tượng nào không cùng chi trả và cùng chi trả đến mức nào thì không phải cùng

chi trả, để giúp cho người có thẻ BHYT thuộc diện cùng chi trả mắc bệnh nặng điều trị tốn kém có được sự giúp đỡ của quỹ BHYT.

Từ những phân tích trên, chúng tôi kiến nghị cần sửa đổi Nghị định số 63 ban hành Điều lệ BHYT và áp dụng là cơ chế cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh BHYT.

Bản sao lưu trữ

BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN KHÔNG PHẢI LÀ GIẢI PHÁP TIẾN TỚI BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

HOÀNG KIẾN THIẾT

Chính sách BHYT được xác định là giải pháp cơ bản về nguồn lực tài chính trong chiến lược chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Sau gần 15 năm tổ chức thực hiện ở nước ta, BHYT đã chứng minh được sự cần thiết, tính nhân đạo cộng đồng xã hội và là nguồn kinh phí quan trọng phục vụ công tác khám chữa bệnh. Thời gian tới, chính sách BHYT sẽ được nghiên cứu, xem xét để nâng lên thành Luật, nhằm tạo điều kiện pháp lý cao hơn cho việc thực hiện thành công chính sách xã hội ở nước ta. Trong bài viết này, chúng tôi xin tham gia một số ý kiến xung quanh việc lựa chọn mang tính pháp lý đối với đối tượng tham gia BHYT, cụ thể là BHYT nên thực hiện theo luật định với tất cả mọi người hay vẫn thực hiện BHYT "bắt buộc" và BHYT "tự nguyện" như hiện nay.

BHYT Ở VIỆT NAM

Chúng ta đều biết, chính sách BHYT chính thức được thực hiện ở nước ta từ năm 1992, việc ra đời BHYT đã chấm dứt thời kỳ bao cấp tràn lan về khám chữa bệnh cho mọi người và đặt dấu ấn đầu tiên cho khái niệm "kinh tế y tế" ở Việt Nam. Trong bản Điều lệ BHYT đầu tiên do Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) ban hành đã đề cập đến 2 loại hình BHYT là: BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện. Mỗi loại hình có các nhóm đối tượng thực hiện riêng, BHYT bắt buộc dành cho những người làm công hưởng lương, diện chính sách xã hội và ưu đãi xã hội, về cơ bản BHYT bắt buộc được triển khai nhanh, ổn định và có mức tăng trưởng đều đặn về số người tham gia cũng như khả năng thanh

toán của quỹ, còn BHYT tự nguyện thì gặp rất nhiều khó khăn trong công tác triển khai. Có một thực tế là đến năm 2003, phải sau hơn 19 năm, kể từ khi có Nghị định của Chính phủ về BHYT, các Bộ quản lý nhà nước mới có được hướng dẫn đầu tiên về BHYT tự nguyện nhân dân, trong thời gian này, BHYT tự nguyện nhân dân vẫn hoàn toàn là các mô hình thí điểm do một vài địa phương tự làm, xu hướng số người tham dự tự nguyện ngày càng giảm, thời điểm người dân tham gia BHYT, tự nguyện nhiều nhất là năm 1996, khoảng 300.000 người tham gia BHYT tự nguyện. Trở ngại lớn nhất của BHYT tự nguyện trong giai đoạn này là chưa có hướng dẫn chung của các Bộ quản lý nhà nước, việc thí điểm mang tính tự phát và không đồng nhất về quyền lợi cũng như mức đóng ở mỗi địa phương. Cũng từ năm 2003 đến năm 2007, thời gian chưa tròn 5 năm mà liên Bộ Y tế - Tài chính đã phải ban hành liên tiếp 3 Thông tư hướng dẫn về BHYT tự nguyện, nhằm kịp thời điều chỉnh các vướng mắc nảy sinh trong quá trình thực hiện chính sách. Điều đó cho thấy đây thật sự là một lĩnh vực có nhiều khó khăn và phức tạp, cần phải được đầu tư nghiên cứu nhiều hơn, để tìm ra các giải pháp cơ bản trong thực hiện chính sách BHYT ở Việt Nam.

BHYT TỰ NGUYỆN ĐANG ĐƯỢC THỰC HIỆN NHƯ THẾ NÀO?

Có thể nói là, quá trình tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện nhân dân theo các hướng dẫn của liên Bộ Y tế - Tài chính đã được hệ thống hóa BHXH Việt Nam đầu tư nhiều công sức nguồn lực và thời gian để tổ chức thực hiện. Với đặc thù là triển khai BHYT ở khu vực lao động tự do, vì vậy không chỉ có sự nỗ lực, cố gắng của riêng hệ thống BHXH Việt Nam mà phải tranh thủ sự lãnh đạo, chỉ đạo của cấp ủy Đảng, Chính quyền địa phương, sự phối hợp chặt chẽ với các cơ quan Ban, Ngành, Đoàn thể trong công tác vận động, tuyên truyền các tầng lớp nhân dân, cũng như việc phối hợp với các cơ sở khám chữa bệnh (KCB) để bảo đảm cung cấp các dịch vụ y tế chất lượng và thuận tiện cho

Bản sao lưu hành

người dân tham gia BHYT tự nguyện. Ngoài ra, BHXH Việt Nam đã hình thành, đào tạo và xây dựng mạng lưới đại lý thu BHYT tự nguyện tại các xã, phường, thị trấn một cách rất bài bản và quy củ, đến nay, đã có trên 14.000 đại lý thu BHYT tự nguyện đang hoạt động trên địa bàn cả nước. Nếu chỉ đơn thuần nhìn vào số lượng người tham gia BHYT tự nguyện, số thu vào quỹ BHYT và so sánh với các năm trước đây, thì có thể nói kết quả thực hiện BHYT tự nguyện là đáng kể trong 2 năm vừa qua. Theo thống kê, số người tham gia BHYT tự nguyện cuối năm 2006 là trên 11,1 triệu người, trong đó có hơn 3 triệu người, chủ yếu là những người dân sống ở nông thôn đã tham gia BHYT tự nguyện, tăng gấp 10 lần số người tham gia tự nguyện của năm 2004; hơn 8 triệu học sinh, sinh viên tham gia BHYT tại nhà trường, gấp gần 2 lần số học sinh, sinh viên tham gia của năm 2003. Số thu BHYT tự nguyện năm 2006 đạt gần 750 tỷ đồng, đây là số tiền không nhỏ và mang nhiều ý nghĩa, vì hoàn toàn do người dân đóng góp từ thu nhập cá nhân để chăm sóc sức khỏe cho chính họ. Quyền lợi của người tham gia BHYT tự nguyện theo quy định được đảm bảo, nhiều người bệnh nặng có chi phí KCB lớn được quỹ BHYT chi trả, giúp họ vượt qua các khó khăn về tài chính để trở về với cuộc sống lao động bình thường. có thể nói, đến thời điểm này, nhiều người dân trên các vùng miền đã hiểu nhiều hơn về BHYT, tin tưởng vào BHYT, coi BHYT là một chính sách cần thiết trong đời sống của cộng đồng xã hội.

Tuy nhiên, bên cạnh những điểm được của chính sách xã hội nhân đạo và nhân văn này, thì cũng tồn tại một vấn đề rất lớn trong tổ chức thực hiện, đó là số người tham gia bảo hiểm BHYT tự nguyện tăng nhanh trong trong một vài năm vừa qua do BHYT được triển khai mở rộng đến các đại bàn dân cư, theo các nhóm đối tượng khác nhau, song nếu so với số dân thuộc diện vận động tham gia BHYT tự nguyện thì vẫn còn rất nhỏ, mặt khác quỹ BHYT tự nguyện đã không đủ khả năng cân đối, bội chi quỹ trong các năm 2005, 2006 là khá lớn, cho dù

mức độ BHYT tự nguyện đã liên tục được điều chỉnh tăng. Mức phí BHYT tự nguyện hiện tại đã đến ngưỡng mà người dân có mức thu nhập trung bình trong xã hội đã cảm thấy khó khăn khi tham gia BHYT. Đây là vấn đề cơ bản nhất, ảnh hưởng đến việc tham gia BHYT của người dân, đếm khả năng cân đối của quỹ BHYT tự nguyện, đến việc mở rộng đối tượng tham gia BHYT, đồng thời liên quan đến yêu cầu thực hiện chính sách BHYT xã hội trong tương lai.

THỬ PHÂN TÍCH NHỮNG TỒN TẠI

Trước hết về nhận thức, quá nhiều người chưa hiểu đầy đủ về nguyên lý hoạt động của BHYT nói chung và BHYT tự nguyện nói riêng. Quỹ BHYT là sự tập trung nguồn tài chính cho những người tham gia đóng góp và để thanh toán chi phí KCB cho chính họ nếu rủi ro ốm đau. Như vậy, quỹ BHYT là nguồn tài chính có hạn, phụ thuộc và sự đóng góp của cộng đồng những người tham gia BHYT. Để quỹ BHYT thực hiện được khả năng thanh toán KCB, một trong những yếu tố quan trọng bậc nhất là phải có số đông những người trong cộng đồng xã hội tham gia BHYT. Tuy nhiên, đến nay vẫn còn nhiều ý kiến cho rằng, đã là BHYT tự nguyện thì ai có nhu cầu tham gia thì tham gia, tại sao lại phải đặc ra các điều kiện cho việc tham gia BHYT tự nguyện? Chúng ta thử hình dung, nếu ai muốn tham gia BHYT tự nguyện thì tham gia, có lẽ chỉ có những người ốm đau, những người có nhu cầu KCB sẽ tham gia, bởi nhiều khi chỉ cần đóng một vài trăm nghìn vào quỹ BHYT tự nguyện một năm, người đóng sẽ được quỹ BHYT thanh toán tiền viện phí từ vài triệu, đến vài chục triệu, cá biệt đến cả hàng trăm triệu đồng cho các dịch vụ KCB mà người đóng đã sử dụng ở bệnh viện. nếu chỉ có những người ốm tham gia BHYT tự nguyện thì nguyên tắc: lấy số đông những người khỏe mạnh, bù cho số ít những người ốm đau đã không còn, mặt khác khi đó quỹ BHYT tự nguyện cũng không có khả năng để chi trả cho người bệnh. Đã đến lúc, cần phải xác định rõ hơn khái niệm "BHYT tự nguyện" để tránh sự

nhầm lẫn trong cách hiểu của nhiều người trong cộng đồng xã hội. Bản chất của vấn đề này là, việc triển khai chế độ BHYT dành cho người lao động ở khu vực phi chính thức, người dân có quyền lựa chọn tham gia (tự nguyện) hoặc không tham gia. Như vậy, chế độ BHYT ở đây, cũng như nhiều loại hình bảo hiểm khác, đều phải có các điều kiện nhất định khi triển khai, người muốn tham gia cần tìm hiểu kỹ các quy tắc, điều kiện bảo hiểm, nếu đáp ứng được các điều kiện thì họ được quyền lựa chọn có tham gia hay không, cụm từ "tự nguyện" gắn với quyền của người tham gia, không đơn thuần coi chế độ BHYT không có điều kiện gì khi triển khai.

Việc thiết kế chế độ BHYT tự nguyện chưa phù hợp giữa khả năng đóng phí bảo hiểm và mức hưởng. Có một thực tế là những nơi có thu nhập cao trong xã hội, nếu chẳng may ốm đau, họ thường chọn hình thức thanh toán viện phí với bệnh viện, mà chưa chọn tham gia BHYT tự nguyện. Phần đông những người tham gia BHYT tự nguyện là những người có mức thu nhập từ trung bình trở xuống, do đó họ không thể đóng góp với mức phí quá cao, cho phù hợp với phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT tự nguyện theo các quy định hiện hành. Quỹ BHYT tự nguyện không đơn thuần chi trả khi người tham gia BHYT ốm đau, mà còn chi trả khi người tham gia phải điều trị các bệnh bẩm sinh và dị tật bẩm sinh, bị tai nạn giao thông hoặc tai nạn sinh hoạt... Trong khi đó, giá dịch vụ y tế, vật tư, thuốc... cũng tăng cao không ngừng, việc ứng dụng các tiến bộ y học hiện đại cũng đưa chi phí KCB tăng đột biến. Theo thống kê của BHXH thành phố Hà Nội, chi phí bình quân quỹ BHYT thanh toán cho một đợt điều trị về bệnh tiết niệu, bạch cầu, tiêu hóa, can thiệp tim mạch, nhiễm trùng huyết, ung thư các loại, tai biến mạch máu não, bệnh về phế quản, phổi dao động từ 42 triệu đến 63 triệu đồng/ca. Cao huyết áp, viêm gan, xương khớp dao động từ 21 đến 28 triệu đồng/ca tại bệnh viện ở tuyến Trung ương, như vậy đối với các ca bệnh nặng phải hàng trăm người đóng BHYT

Bản sao lưu trữ

trong một năm, không KCB lần nào mới lo được cho một bệnh nhân nặng. Mặc khác, phương thức thanh toán KCB giữa bệnh viện với cơ quan BHXH cũng có nhiều vấn đề phải xem xét, nhằm tăng cường khả năng kiểm soát và đề cao trách nhiệm của bệnh viện trong việc KCB hiệu quả, an toàn, tiết kiệm.

Việc triển khai BHYT tế tự nguyện những năm qua cho thấy, tính cộng đồng xã hội của BHYT tự nguyện đã không thể thực hiện được, mặc dù điều kiện để người dân tham gia BHYT tự nguyện theo địa giới hành chính là khá đơn giản. Số người tham gia BHYT tự nguyện so với đối tượng tiềm năng vẫn chiếm tỷ lệ thấp, đặc biệt là những người trẻ tuổi và khỏe mạnh rất ít tham gia BHYT tự nguyện. Điều dễ nhận thấy là chỉ những người có nguy cơ ốm đau cao hoặc đang ốm là "tích cực" tham gia BHYT. Theo số liệu thống kê, tỷ lệ số đợt người tham gia BHYT tự nguyện KCB cao hơn nhiều so với các nhóm đối tượng khác tham gia BHYT, trong đó có nhiều người bệnh nặng, có chi phí KCB lớn. Kiểm tra ngẫu nhiên 487 trường hợp bệnh nhân BHYT tự nguyện, có chi phí khám chữa bệnh tương đối lớn tại 30 địa phương, hầu hết các trường hợp này rơi vào tình trạng vừa mua thẻ BHYT đã sử dụng ngay KCB. Tâm lý chung của nhiều người là khi bình thường thì không quan tâm đến BHYT, nhưng khi ốm đau, bệnh nặng thì bằng mọi cách tìm mua thẻ BHYT, không hiếm trường hợp khi gặp bệnh hiểm nghèo, chi phí điều trị rất lớn, người bệnh thường nhận được lời khuyên của nhiều người, của cả cán bộ y tế là hãy tìm mua thẻ BHYT để được điều trị mà không phải trả tiền.

Trước tình hình triển khai BHYT tự nguyện như trên, với tốc độ thanh toán chi phí KCB như năm 2006, nếu tiếp tục thực hiện BHYT tự nguyện, thì khả năng cân đối thu chi quỹ là không thể thực hiện được. Những người được giao thực hiện nhiệm vụ vẫn luôn canh cánh một nỗi lo, nếu không còn kinh phí để thanh toán với bệnh viện, để đảm bảo quyền lợi KCB cho đối tượng như quy định, thì hậu quả về kinh tế và xã hội là một thực tế đáng lo ngại.

ĐỀ XUẤT MỘT HƯỚNG ĐI MỚI

Những năm qua, một câu hỏi luôn được nhắc đến là: Mục tiêu thực hiện BHYT toàn dân vào năm 2010 liệu có trở thành hiện thực? Liệu BHYT tự nguyện với đối tượng rất đông đảo có thể đi tới BHYT toàn dân? Vâng, thời gian cứ trôi dần về đích, còn mục tiêu thì vẫn đang còn mở khá xa, và thực trạng triển khai BHYT tự nguyện như trình bày ở trên đã không cho thấy một khả năng thực tế để đạt tới mục tiêu. Đã đến lúc, các nhà hoạch định chính sách cần xem xét một cách đầy đủ và nghiêm túc những vấn đề cơ bản nhất trong triển khai chính sách BHYT ở Việt Nam.

Hàn Quốc là quốc gia đi trước chúng ta trong lĩnh vực BHYT, họ bắt đầu từ BHYT tự nguyện và đã có 10 năm trển khai chương trình BHYT tự nguyện, song số người tham gia BHYT tự nguyện cao nhất cũng chỉ dừng lại ở con số 600.000 người. Chỉ đến khi Hàn Quốc thực hiện BHYT theo Luật với tất cả mọi người, khi đó Hàn Quốc mới đạt được mục tiêu BHYT toàn dân.

BHYT là một lĩnh vực khá nhạy cảm, những bài học của BHYT tự nguyện tại Việt Nam, đặc biệt là 2 năm qua cho thấy những tồn tại rất khó khắc phục, nếu tiếp tục thực hiện BHYT tự nguyện theo các quy định như hiện tại. Với tốc độ tăng trưởng số người tham gia BHYT như những năm vừa qua, không biết đến bao giờ BHYT tự nguyện mới phủ kín các điểm dân cư? Rồi khả năng cân đối của quỹ sẽ thế nào nếu số người tham gia BHYT tự nguyện chủ yếu lại là những người có nhu cầu KCB? Cùng với những vấn đề được đặc ra đó chúng ta không thấy được sự san sẻ trong cộng đồng xã hội, giữa người giàu với người nghèo, giữa người khỏe với người ốm, ý nghĩa nhân đạo xã hội cũng giảm đi rất nhiều.

Từ bài học của gần 15 năm triển khai BHYT ở Việt Nam, đã đến lúc chúng ta mạnh dạn đề xuất với các cơ quan quản lý nhà nước, với

Bản sao lưu trữ

Chính phủ và Quốc hội, cần áp dụng Luật định BHYT với mọi công dân Việt Nam, chỉ có thế mục tiêu công bằng xã hội trong chăm sóc sức khỏe nhân dân mới được đảm bảo, khi đó sẽ không còn nỗi lo "vỡ quỹ", không còn tình trạng khi ốm đau một số người mới cần mua BHYT hay còn gọi là "sự triển khai BHYT tự nguyện, và nguồn tài chính cho công tác KCB được tập trung...

Cũng có một số ý kiến lo lắng việc tổ chức triển khai BHYT theo Luật định ở khu vực phi chính thức có khó khăn trong công tác thu phí, vấn đề này hoàn toàn có thể khắc phục được bằng việc tổ chức hệ thống đại lý thu chuyên nghiệp tại các địa bàn xã, phường, thị trấn.

Hy vọng trong tương lai gần, mọi người dân sẽ được chăm sóc sức khỏe thông qua chế độ BHYT xã hội theo Luật định ở Việt Nam.

Bản sao lưu trữ

MỘT SỐ VẤN ĐỀ RÚT RA TỪ THỰC TIỄN ĐÓNG GÓP XÂY DỰNG LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Ths. LƯU VIẾT TĨNH

BHYT, một chính sách xã hội lớn đã được Đảng ta khẳng định trong nhiều văn kiện quan trọng. BHYT là một trong 4 nội dung đổi mới của hệ thống y tế nước ta trong thập kỷ cuối của thế kỷ 20. Sang những năm đầu của thế kỷ 21, BHYT Việt Nam đang tiếp tục phát triển và được coi là một cơ chế quan trọng để thực hiện mục tiêu xây dựng nền kinh tế theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển.

Hơn 14 năm triển khai thực hiện, BHYT ngày nay đã bao phủ trên 37% dân số, trở thành một trong những nguồn tài chính y tế quan trọng nhất. Từ khi Điều lệ BHYT đầu tiên được ban hành vào năm 1992 đến nay, đã có 3 Nghị định của Chính phủ và nhiều thông tư hướng dẫn đã được ban hành nhằm điều chỉnh, sửa đổi chính sách BHYT, thể hiện sự quan tâm của Chính phủ trong việc phát triển BHYT, đồng thời cũng chứng tỏ có nhiều khó khăn trong quá trình triển khai một chính sách mới trong điều kiện nền kinh tế của nước ta đang từng bước chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường.

Dư luận ngày càng quan tâm đến chính sách BHYT, điều này minh chứng cho thấy BHYT đang là một nhu cầu thiết yếu đối với đại đa số nhân dân, nhất là đối tượng nghèo, thu nhập thấp. Bên cạnh những mặt được, mặt tích cực là cơ bản, qua hoạt động thực tiễn cho thấy chính sách BHYT vẫn còn một số bất cập. Số liệu thống kê năm 2004, 2005 và số liệu ban đầu của 2006 đã cho thấy tổng chi phí khám chữa bệnh BHYT đã lớn hơn tổng số thu BHYT; cho thấy xu hướng bội

chi ngày càng lớn là không thể khắc phục, nếu không có các giải pháp sửa đổi chính sách và tổ chức thực hiện.

Thực tiễn khách quan đang đòi hỏi cần phải có Luật BHYT để pháp luật hóa mọi chủ trương, Nghị quyết của Đảng, giúp cho Nhà nước quản lý lĩnh vực BHYT chặt chẽ và thống nhất.

Trong phạm vi bài viết này, xin được bàn luận về một số vấn đề để xây dựng Luật BHYT.

Về hình thức tham gia BHYT

Thực tiễn sau gần 15 năm hoạt động và tham khảo tổng kết khoa học của 178 chương trình BHYT tự nguyện trên thế giới, đã minh chứng cho thấy BHYT tự nguyện không phải là giải pháp chính để tiến tới BHYT toàn dân. BHYT tự nguyện chỉ có thể là loại hình BHYT bổ sung cho những người có nhu cầu bổ sung thêm vào gói quyền lợi cơ bản trong KCB BHYT của mình.

Chính vì lẽ đó, để tiến tới BHYT toàn dân vào năm 2010, thì Luật BHYT nên quy định "BHYT bắt buộc toàn dân" với phạm vi gói "dịch vụ cơ bản". Tuy nhiên, sự bắt buộc này cần có lộ trình cụ thể, cách làm cụ thể cho từng đối tượng. Trước hết, trong giai đoạn hiện nay, với trình độ phát triển của nền kinh tế đất nước và thu nhập của người dân thì việc thực hiện BHYT bắt buộc cho cả nội trú và ngoại trú theo phạm vi bảo hiểm (quyền lợi) hiện nay là không thực hiện được. Theo ước tính, chi KCB nội trú của đối tượng BHYT tự nguyện năm 2006 khoảng 750 tỷ đồng. Như vậy, có thể nói mức thu hiện nay mới tạm đủ để chi trả riêng cho gói quyền lợi nội trú hiện nay. Nhưng nếu tăng mức phí, thì bộ phận người lao động khu vực nông nghiệp không có khả năng tham gia, vậy thì 70% dân số vẫn khó có thể tiếp cận được chính sách BHYT được.

Từ những lý lẽ trên, Luật BHYT nên quy định BHYT bắt buộc toàn dân cho loại hình BHYT KCB nội trú. Hơn nữa, thực tế những

Bản sao lưu trữ

năm qua thực tiễn khách quan cho thấy BHYT chỉ thực sự có tác dụng đối với người tham gia khi không may gặp rủi ro ốm đau phải đi nằm viện điều trị nội trú, những chi phí lớn trong KCB.

Ngoài đối tượng chính sách được ngân sách Nhà nước bao cấp như hiện nay, thì đối tượng khu vực phi chính thức (nông dân, những người không có nguồn thu nhập ổn định) cũng rất cần Nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng, nguồn kinh phí hỗ trợ này nên chăng được lấy từ nguồn ngân sách mà lâu nay Nhà nước vẫn cấp cho ngành y tế để làm nghiệm vụ CSSK cho người dân tính theo đầu người. Làm được điều này chính là tạo sự công bằng trong hưởng thụ các phúc lợi xã hội của Đảng và Nhà nước ta.

BHYT và gói dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Ngay từ khi ra đời BHYT đã được khẳng định là một chính sách xã hội do Nhà nước tổ chức, quản lý nhằm huy động sự đóng góp của cá nhân tập thể và cộng đồng xã hội, nhằm đảm bảo thanh toán chi phí một phần viện phí cho người tham gia BHYT trong khám chữa bệnh. Như vậy cho thấy, ngay từ khi ra đời BHYT thực chất là chỉ bảo hiểm một phần chi phí cho khám chữa bệnh, chữa bệnh nội trú và ngoại trú cho người tham gia không may rủi ro ốm đau, chứ không gồm các loại dịch vụ y tế khác như tai nạn giao thông, đánh nhau gây thương tích, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác như phục hồi chức năng sau điều trị... Tuy nhiên, với mong muốn mang lại nhiều quyền lợi hơn nữa cho người tham gia, chính sách BHYT luôn được thay đổi theo xu hướng tăng gói quyền lợi cho người tham gia. Trong khi đó, mức đóng không tương xứng với mức tăng chi phí của gói quyền lợi hiện nay. Mức thu BHYT tự nguyện luôn thay đổi, nhưng thấp hơn mức đóng bình quân chung của nhóm đối tượng bắt buộc. Mức đóng không phù hợp với mức hưởng, tính quy luật trong xác suất thống kê trong BHYT bị phá vỡ.

Bản sao lưu trữ

Hằng năm, BHYT đã chi trả cho các dịch vụ kỹ thuật mới, thuốc mới đắt tiền cho các cơ sở KCB, nhưng các cơ sở KCB cũng vẫn không cung ứng đủ thuốc và thiết bị vật tư tiêu hao để phục vụ bệnh nhân có BHYT, bệnh nhân có BHYT vẫn phải mua thuốc và vật tư tiêu ở các cửa hàng thuốc tư nhân, nhất là những thuốc và vật tư tiêu hao đó đều có trong danh mục đã tính vào giá viện phí. Quy định về tạm ứng chi trả BHYT để chi cho KCB ngoại trú, nội trú được tính ứng trước trên tổng số thu của tổng số người tham gia BHYT có đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB trong một thời hạn nhất định, sau đó quyết toán, nếu thiếu thì BHYT sẽ điều chỉnh toàn quỹ sau khi quyết toán cả năm.

Quy định như vậy nhằm tăng tính chủ động cho cơ sở KCB trong việc điều trị cho người bệnh có thẻ BHYT, người chi ít bù cho người phải chi nhiều, người bệnh nhẹ bù cho người bệnh nặng. Không biết vô tình hay hữu ý mà một số cơ sở KCB đã lấy tổng số tiền ứng trước của cơ quan BHXH đem chia cho tổng số người có thẻ BHYT đăng ký tại cơ sở KCB, rồi lấy kết quả đó định "trần" cho mỗi bệnh nhân, nếu chi quá thì bệnh nhân tự trả hoặc yêu cầu bệnh nhân mua thêm thuốc... Từ cách quy định này, bệnh viện đã giải thích cho bệnh nhân rằng, BHXH quy định "trần" tiền ít nên bệnh nhân BHYT không có thuốc tốt hoặc cơ sở không đủ tiền để mua thuốc cấp cho bệnh nhân. Bên cạnh đó, mặc dù cơ quan BHXH đã cố gắng thỏa mãn chi đúng chế độ quy định cho các cơ sở KCB, nhưng các cơ sở KCB vẫn chưa hài lòng với phương thức chi trả của BHXH. Mọi vấn đề bệnh nhân BHYT thắc mắc đều được các cơ sở KCB đổ lỗi cho đó là do BHYT, còn BHXH lại không thể trực tiếp tiếp xúc và giải thích cho bệnh nhân được vì người KCB trực tiếp là các nhân viên y tế của cơ sở KCB. Phương thức và cơ chế chi trả hiện nay làm cho cơ quan BHXH chịu nhiều sức ép từ nhiều phía, từ người tham gia, từ các cơ sở KCB, từ sức ép của yêu cầu cân đối quỹ. Việc cần tìm ra một phương thức và cơ chế chi trả phù hợp với hoàn cảnh nước ta hiện nay là yêu cầu quan trọng đối với các nhà xây dựng Luật BHYT.

Bản sao lưu trữ

Vấn đề khám chữa bệnh ngoại trú và nội trú

Sự hấp dẫn của chính sách BHYT, tính bền vững của các mô hình BHYT phụ thuộc hoàn toàn vào khâu KCB tại các cơ sở KCB. Hay nói khác đi nó phụ thuộc hoàn toàn vào gói quyền lợi mà người được BHYT hưởng thụ trong quá trình tham gia.

Đối với KCB ngoại trú, thực tế hiện nay cho thấy, việc KCB ngoại trú cho người bệnh có thẻ BHYT có hai vấn đề chính cần được xem xét và khắc phục trong quá trình xây dựng Luật, đó là:

Thứ nhất, sự không công bằng, trong chúng ta đại đa số trong nhiều năm qua vẫn đóng BHYT đều đặn, nhưng không có điều kiện tiếp cận với y tế hoặc có tiếp cận được thì gặp những thủ tục phiền hà và số người bệnh không nhỏ vẫn phải tự mua thuốc nên họ đã không đến khám bằng cơ chế BHYT nữa, một mặt khác vì số tiền bỏ ra không nhiều nên đã tự bỏ tiền túi để tự lo cho mình.

Thứ hai, sự lãng phí, vì quỹ KCB BHYT đã phải giành tới 45% cho KCB ngoại trú, đây là nguồn chi không nhỏ nhưng lại rất khó kiểm soát và luôn không thỏa mãn được yêu cầu, dễ bị lạm dụng. Bên cạnh đó những bệnh hiểm nghèo, mãn tính cần được điều trị ngoại trú thì gặp rất nhiều khó khăn từ khâu thủ tục đến vấn đề thuốc men luôn bị hạn chế.

Theo thiển ý của tác giả, trong giai đoạn hiện nay, với nguồn lực có hạn chúng ta nên đa dạng loại hình BHYT, trong đó mục tiêu để mọi người dân đều được chữa bệnh khi không may ốm đau, giai đoạn 10 năm đầu (2009-2019) trong Luật BHYT nên hướng tới loại hình BHYT bắt buộc toàn dân khám chữa bệnh nội trú. Thực tiễn 14 năm cho thấy BHYT chỉ thực sự tác dụng khi và chỉ khi người tham gia không may bị rủi ro ốm đau phải vào nằm điều trị nội trú. Trong đó cần quy định rõ ràng hơn về gói quyền lợi BHYT trong văn bản luật hoặc dưới luật. Gói quyền lợi BHYT cần được bao trùm các nhu cầu chăm sóc sức khỏe

Bản sao lưu

trong lĩnh vực chữa bệnh phù hợp với khả năng đóng góp tài chính của người tham gia BHYT. Những bệnh cần được cấp thuốc điều trị ngoại trú *(các bệnh mãn tính đặc biệt như đái đường, tim mạch...)* theo chế độ BHYT thì được Luật quy định cụ thể. Làm như vậy, việc sử dụng quỹ sẽ hiệu quả hơn, tránh được tăng phí không gây phiền hà cho người bệnh và đảm bảo công bằng hơn. Như vậy, trong Luật nên quy định chế độ KCB ngoại trú với phạm vi gói quyền lợi chỉ nên: khám và các dịch vụ chẩn đoán bệnh, nếu nhu cầu bệnh chỉ cần điều trị ngoại trú thì được thầy thuốc kê đơn.

Đối với KCB nội trú, chế độ KCB nội trú trong thời gian qua cũng có nhiều bất cập cần được nghiên cứu và điều chỉnh sao cho phù hợp, nhằm giảm thiểu sự chi phối và sự phụ thuộc vào các cơ sở KCB. Giảm sự phiền hà, phân biệt đối xử cho người bệnh có thẻ BHYT và hạn chế tối đa sự lạm dụng quỹ BHYT rất khó kiểm soát như hiện nay.

Với nguồn lực luôn có hạn, vấn đề KCB nội trú Luật BHYT cần quy định rõ về các phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT giữa cơ quan BHXH và cơ sở KCB, ưu tiên khuyến khích sử dụng các phương thức thanh toán chi phí hiệu quả. Nhằm đảm bảo tính bền vững về tài chính cho hệ thống và quỹ BHYT. Tuy nhiên thực tế cho thấy, mức đóng BHYT quá thấp thì sự thay đổi phương thức thanh toán ít có ý nghĩa.

Vấn đề cùng chi trả đã được áp dụng trước đây, tính hiệu quả của nó đã quá rõ đặc biệt trong quản lý cũng như kinh tế. Vì vậy, Luật cần tiếp tục xem xét hình thức cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh để quy định cho phù hợp. Tuy nhiên cùng chi trả đến mức nào thì được quỹ BHYT hỗ trợ cũng rất cần được nghiên cứu kỹ cho phù hợp với khả năng của từng nhóm đối tượng.

Quy trình KCB cần được đổi mới, trong đó nhiệm vụ đảm bảo quyền lợi của người tham gia là mục tiêu chính trong quy trình giám

Bản sao lưu trữ

định chi phí KCB. Đặc biệt cần giảm thiểu tối đa những phiền hà về thủ tục hành chính trong quá trình KCB mà vẫn đảm bảo kiểm soát được chi phí và quyền lợi của người tham gia.

Về mức phí

Thực trạng hiện nay, với mức đóng luôn có hạn, nhưng phạm vi quyền lợi của người tham gia ngày càng được mở rộng, vấn đề này chúng ta đều biết là duy ý chí và phi thực tiễn. Thực tiễn chứng minh với quỹ BHYT bội chi liên tục và ngày càng lớn qua các năm 2005 – 2006, đặc biệt BHYT tự nguyện càng tham gia đông, thì càng bội chi lớn. Nếu không có sự đổi mới về chính sách, thì chỉ trong vòng 3 đến 4 năm tới dù mức phí có tăng gấp 5 lần hiện nay, thì quỹ BHYT tự nguyện cuối cùng chỉ còn là quỹ của những người ốm và chắc chắn không thể tồn tại được.

Với nguồn lực kinh tế luôn có hạn các nhà hoạch định chính sách các phải có những nghiên cứu xác định cho được mức phí phù hợp với hưởng cho từng phạm vi BHYT. Để giúp cho nhóm đối tượng có thu nhập thấp (lao động tự do, cho nông dân) được hưởng chính sách BHYT, nhà nước hỗ trợ 50% mức phí mua BHYT.

Xã hội hóa BHYT không chỉ là nhiệm vụ của cơ quan BHXH, mà là nhiệm vụ và trách nhiệm của toàn Đảng, của Nhà nước và của toàn xã hội. Để tiến tới BHYT toàn dân như Nghị quyết của Đảng thì phải xã hội hóa BHYT, làm cho BHYT thực sự là của dân, do dân và vì dân. Chính vì vậy, trong luật BHYT cần quy định rõ các mối quan hệ, trách nhiệm của các cấp chính quyền của mỗi người dân đối với chính sách BHYT.

Bản lưu trữ

VỀ NHỮNG VẤN ĐỀ CƠ BẢN CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

TS. PHẠM ĐÌNH THÀNH

Luật BHYT đã được các cơ quan chức năng tiến hành soạn thảo. Là những người quan tâm đến chính sách BHYT, đặc biệt là Luật BHYT, trên cơ sở nghiên cứu khoa học, chúng tôi mong muốn được đóng để góp phần hoàn thiện bản dự thảo. Trong phạm vi bài viết, chúng tôi đề cập trước hết đến những nội dung cốt yếu mang tính vĩ mô cần giải quyết trước khi đi vào đóng góp từng nội dung cụ thể của dự thảo Luật BHYT.

Có thể khách quan đánh giá rằng, chính sách BHYT ở nước ta được ban hành từ năm 1992 đến nay đã từng bước đi vào cuộc sống xã hội và đã khẳng tính đúng đắn, tính khoa học và hợp lý của một chính sách và hoàn toàn phù hợp với bước chuyển đổi của nền kinh tế từ kế hoạch hóa hành chính tập trung sang kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa, đặc biệt trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Chính sách BHYT đã khắc họa được thể chế kinh tế trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Theo đó, mọi thành viên tham gia BHYT xã hội đều phải có nghĩa vụ đóng góp vào nguồn quĩ BHYT tùy theo khả năng thu nhập từ lao động của mình. Nguồn quỹ BHYT thu từ đóng góp của người tham gia BHYT, một mặt đã trở thành một nguồn thu viện phí lớn cho toàn bộ hoạt động y tế của nước ta, bằng khoảng 30-40% ngân sách của nhà nước dành cho ngành y tế; mặt khác, quỹ BHYT đã trở thành công cụ điều tiết xã hội giữa những người tham gia BHYT, giúp cho từng thành viên tham gia BHYT vượt qua được những rủi ro khi ốm đau, nhất là bệnh nặng chi phí cao mà không lâm vào cảnh túng quẫn do bệnh tật gây ra. Về mặt xã hội, khi tham gia BHYT xã hội, mọi người được hưởng quyền lợi như nhau khi tham gia khám chữa bệnh (KCB) tại các

cơ sở KCB của nhà nước, không phân biệt giàu nghèo, nghề nghiệp, địa vị xã hội... Sự bình đẳng khi KCB cũng là một nội dung quan trọng trong việc thực hiện mục tiêu "xã hội công bằng, dân chủ, văn minh" mà Đảng ta đã đề ra. Hơn nữa, chính sách BHYT hình thành và phát triển cũng là xuất phát từ yêu cầu khách quan của việc phát triển kinh tế thị trường, định hướng xã hội chủ nghĩa ở nước ta. Trong nền kinh tế thị trường thì thị trường lao động và thị trường y tế là những thị trường có liên quan trực tiếp đến quan hệ BHYT xã hội và cũng đang được phát triển đồng bộ.

Trên thị trường lao động, tiền lương trở thành giá cả sức lao động và giá cả sức lao động được hình thành tự nhiên trên thị trường chịu tác động của qui luật cung - cầu. người lao động và người sử dụng lao động thỏa thuận với nhau về tiền lương và chỉ chịu tác động của nhà nước về việc đảm bảo mức lương tối thiểu và các điều kiện lao động. Đó là sự phân phối lần đầu, trực tiếp giữa chủ sử dụng lao động và người lao động. Với số tiền lương toàn bộ đó, người lao động tham gia đóng góp, trước hết là thuế thu nhập (với những người có mức thu nhập cao nằm trong biểu tính thuế của nhà nước qui định), sau đó tiếp tục tham gia đóng góp BHYT, BHXH. Đây là quá trình phân phối lại của nền kinh tế thị trường và ở nước ta quá trình phân phối này có ý nghĩa to lớn. Bởi lẽ do đặc trưng của một nước đang phát triển, cho nên tiền lương, tiền công và thu nhập của đại bộ phận nằm trong "giải tần" của mức bình quân trong xã hội và dưới mức thu nhập phải đóng thuế, số người có thu nhập từ lao động phải đóng thuế không nhiều cho nên sự phân phối lại thu nhập giữa những người bằng công cụ BHYT, BHXH trở thành một công cụ mạnh mẽ và có tác động trực tiếp đến đời sống thường nhật của họ và gia đình họ. Vì vậy, việc mở rộng phạm vi đối tượng tham gia BHYT chính là mở rộng phạm vi của sự điều tiết xã hội trong lĩnh vực sức khỏe, tạo nên sức mạnh tài chính cho cả cộng đồng

Bản sao tài liệu

chống lại rủi ro bệnh tật, ốm đau. Đây là một hướng đi tất yếu, đáp ứng đầy đủ các vấn đề liên quan đến kinh tế - xã hội.

Bên cạnh đó, thị trường y tế cũng đang được phát triển. Tại các bệnh viện Nhà nước, do sự đa dạng hóa nguồn vốn đầu tư, khắc phục tình trạng hạn hẹp về nguồn vốn đầu tư từ ngân sách Nhà nước, mà người dân có cơ hội dược tiếp cận với các dịch vụ y học tiên tiến trên thế giới như: chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ hạt nhân, điều trị can thiệp tim mạch, mổ nội soi... cũng như các vật tư, công cụ y tế trợ giúp hiện đại khác... Tương tự như vậy, với sự khuyến khích phát triển, các nhà đầu tư trong và ngoài nước với các hình thức liên kết khác nhau đã lập nên nhiều phòng khám, bệnh viện với trình độ kỹ thuật và thiết bị hiện đại... nhằm đáp ứng nhu cầu KCB của người dân. Nhiều nhà nhà máy sản xuất thuốc được mọc lên trên cơ sở chuyển giao công nghệ sản xuất thuốc dược phẩm tiên tiến trên thế giới, đã góp phần chủ động được nguồn thuốc trong nước. Trên thị trường y tế, chúng ta có thể sử dụng nhiều hơn công cụ điều tiết thị trường theo quan hệ "cung - cầu" nhằm cung cấp đầy đủ hơn cho nhu cầu "tiêu dùng" về các dịch vụ y tế, vật tư y tế, vật dụng y tế trợ giúp, thuốc dược phẩm... đảm bảo về số lượng, chủng loại, với chất lượng và giá cả hợp lý. Đồng thời, khi gia nhập WTO thì khả năng tiếp cận và liên thông "cung- cầu" trong nước với nước ngoài về các dịch vụ tiên tiến, nguồn thuốc chữa bệnh dồi dào... là một khả năng hiện thực sẽ làm giảm bớt căng thẳng về khả năng "cung y tế" hiện nay ở nước ta.

Cùng với gia nhập WTO thì quá trình công nghiệp hóa tiếp tục phát triển mạnh, số người lao động được thu hút vào làm việc tại các doanh nghiệp sẽ tăng lên, số người có quan hệ lao động tăng lên tức là tăng thêm số đối tượng tham gia BHYT bắt buộc. Đặc biệt tiền lương, tiền công hay thu nhập của của người lao động cũng chịu sự điều chỉnh của thị trường theo xu hướng tiến tới không có sự khác biệt giữa các mức lương tối thiểu giữa các khu vực kinh tế, các loại hình doanh

nghiệp ở trong nước và từng bước xác lập các mối tương quan về tiền lương hợp lý với các nước trên khu vực và trên thế giới, giảm dần sự chênh lệch về tiền lương quá lớn trước đây. Theo đề án của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thì tiền lương tối thiểu giữa các doanh nghiệp với nhau (đặc biệt là khu vực có vốn đầu tư nước ngoài) ở nước nước ta sẽ được hòa nhập vào khoảng năm 2010-2012. Điều đó đồng nghĩa với khả năng mở rộng đối tượng tham gia BHYT, cũng như khả năng nâng cao mức đóng cho phù hợp với "nhu cầu tiêu dùng y tế chung của cả cộng đồng".

Mặt khác, mối quan hệ tương tác giữa các thị trường sẽ phát huy tác dụng nhằm đảm bảo sự thông suốt của từng thị trường, riêng biệt, cũng như quan hệ thích ứng giữa các thị trường với nhau. Sự phát triển của sản xuất hay thị trường hàng hóa phát triển sẽ kéo theo sự phát triển của thị trường lao động, tạo thêm nhiều việc làm cho người lao động và tiền lương được nâng cao. Đến lượt nó, nhu cầu tiêu dùng của người lao động và các thành viên trong gia đình họ được tăng cao sẽ kích thích sự phát triển dây chuyền đến thị trường hàng hóa. Điều đáng quan tâm hơn ở đây là tiền lương, tiền công - giá cả sức lao động sẽ đảm bảo mối quan hệ tương thích với giá cả các loại hàng hóa tiêu dùng khác, trong đó có cả giá cả tiêu dùng các dịch vụ y tế, thuốc chữa bệnh. Do vậy, ở các nước có thị trường kinh tế phát triển thì ngay trong một thị trường, ví dụ như thị trường y tế, giá cả dịch vụ y tế, thuốc chữa bệnh... cũng không thể tăng quá cao trong thời gian dài vì sự cạnh tranh trong nền kinh tế thị trường nói chung không cho phép duy trì độc quyền cũng như không để cho từng doanh nghiệp, từng mặt hàng giữ được lợi nhuận độc quyền trong thời gian dài. Vì vậy, có thể giải thích được tình trạng giá thuốc ở nước ta có những mặt hàng tăng cao đến 300% so với thông thường là do chúng ta chưa sử dụng đầy đủ công cụ thị trường trong lĩnh vực hàng hóa này. Tất nhiên, thị trường y tế là một thị trường hàng hóa đặc biệt, quan hệ cung cầu cũng có

Bản sao lưu trữ

nhiều khác biệt so với hàng hóa thông thường khác, nhưng nếu biết quản lý tốt sẽ không để xảy ra tình trạng giá thuốc tăng cao như hiện nay. Điều chúng ta đáng quan tâm hơn là giá cả sức lao động - tiền lương, tiền công hay thu nhập của người lao động cũng có cơ chế thị trường điều tiết thích ứng với giá cả các loại hàng hóa tiêu dùng khác. Do vậy khi giá cả hàng hóa tiêu dùng tăng sẽ có tác động làm tăng giá cả sức lao động một cách thích ứng. Đây là cơ sở để điều chỉnh mức đóng góp tham gia BHYT cho thích ứng với sự biến đổi về giá cả trên thị trường y tế.

Như vậy, có thể nói hoạt động BHYT xã hội hoàn toàn thích ứng với cơ chế thị trường ở nước ta. Hơn nữa, đặc trưng của nền kinh tế nước ta là nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa có sự điều tiết của Nhà nước, thì phải chăng Nhà nước sẽ thực hiện điều tiết trong nền kinh tế thị trường trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho người lao động nói riêng hoặc cho toàn bộ công cụ BHYT xã hội? Điều đó có thể được thông qua việc Nhà nước đóng góp tham gia BHYT cho người nghèo, cho các đối tượng hưởng trợ cấp xã hội; Nhà nước tổ chức việc nghiên cứu và ứng dụng các thành tựu y học tiên tiến vào việc KCB; Nhà nước đầu tư xây dựng và tổ chức hệ thống cơ sở KCB từ Trung ương đến địa phương... hoặc khi cần thiết, Nhà nước có thể can thiệp vào giá cả những dịch vụ y tế, thuốc chữa bệnh thiết yếu.. nhằm đảm bảo cho quá trình chăm sóc sức khỏe toàn dân được tiến hành một cách bình thường, mà không chịu áp lực từ phía thị trường nào.

Từ những phân tích trên, chúng tôi cho rằng giải pháp thực hiện BHYT xã hội toàn dân là giải pháp khoa học và hiệu quả nhất giúp nhà nước ta thực hiện tốt chính sách chăm sóc sức khỏe toàn dân. Giải pháp này sẽ huy động được toàn lực của cộng đồng xã hội nhằm chống lại ốm đau bệnh tật, nâng cao được giá trị xã hội thông qua hoạt động đoàn kết tương trợ, chia sẻ rủi ro. Đồng thời, BHYT xã hội là công cụ điều tiết tích cực, hiệu quả và linh hoạt của nhà nước trực tếp đối với thị

trường lao động và thị trường y tế nhằm một mặt thực hiện tốt nhiệm vụ KCB cho người dân, mặt khác góp phần bảo đảm sự công bằng và bình đẳng cho mọi thành viên trong xã hội. Hoạt động BHYT không ngừng phát triển cũng là một xu thế hội nhập quốc tế.

Chính sách BHYT từ khi ban hành năm 1992 (điều lệ BHYT ban hành kèm Nghị định 229/HĐBT ngày 15/8/1992) đến nay đã qua 3 lần sửa đổi (Điều lệ BHYT ban hành kèm Nghị định 47/CP ngày 06/6/1994; Điều lệ BHYT ban hành kèm Nghị định 58/1998/NĐ-CP ngày 13/8/1998 và Điều lệ BHYT ban hành kèm nghị định 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5 2005) và hiện có số người tham gia BHYT (theo cả hình thức BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện) khoảng 37 triệu người, chiếm 44% dân số. Sự điều chỉnh chính sách BHYT cho phù hợp với từng giai đoạn phát triển kinh tế xã hội, cho phù hợp với cách thức quản lý cũng như từng bước mở rộng tham gia BHYT và mở rộng khung quyền lợi cho người thụ hưởng là xu thế tất yếu của quá trình phát triển và hoàn thiện của một chính sách xã hội. Chúng tôi không cần bàn nhiều về Luật BHYT, cũng như các yếu tố kinh tế - kỹ thuật và xã hội chín mùi cho việc ban hành Luật BHYT. Ở đây, chúng tôi mạnh dạn đưa ra những vấn đề cơ bản cần được thiết kế làm cốt lõi cho Luật BHYT ở nước ta:

- Luật BHYT phải có phạm vi bao trùm lên toàn bộ các thành viên trong xã hội, tùy theo từng đối tượng mà có nghĩa vụ hoặc có điều kiện hoặc được tạo ra điều kiện để tham gia vào mạng lưới BHYT xã hội. Điều đó có nghĩa là luật BHYT phải thực hiện được tiến trình BHYT toàn dân ở nước ta. Nhiệm vụ đặt ra cho các nhà xác định luật là cần phải tính, dự báo một cách đầy đủ, chính xác hơn về những điều kiện kinh tế - xã hội cần thiết cho việc mở rộng từng nhóm đối tượng được tham gia luật BHYT vào những thời điểm thích hợp. Loại hình BHYT xã hội tự nguyện là một giải pháp quá độ cần thiết, nhưng cũng cần có thời điểm thực hiện để chuyển đổi sang loại hình BHYT xã hội

bổ sung. Để đảm bảo tính thực thi pháp luật, cần có thời điểm bắt buộc tham gia BHYT cho một số đối tượng. Ví dụ: khi luật BHYT ban hành thể thực hiện ngay BHYT bắt buộc đối với thân nhân người hiện đang tham gia BHYT bắt buộc; thực hiện BHYT bắt buộc đối với toàn bộ học sinh, sinh viên các trường học nghề, trường chuyên nghiệp từ trung cấp trở lên (nhóm đối tượng này đều từ 18 tuổi trở lên). Sau đó có lộ trình BHYT bắt buộc cho những nhóm đối tượng khác, ví dụ như người cận nghèo tham gia BHYT bắt buộc với sự trợ giúp đóng góp của Nhà nước. Thực hiện BHYT bắt buộc cho mọi đối tượng trong xã hội (tất nhiên đối với một đối tượng là người nghèo, người thuộc diện chính sách ưu đãi xã hội... phải do nhà nước đóng góp cho họ) mới đảm bảo đủ điều kiện thực nguyên tắc đoàn kết, chia sẻ rủi ro trong hoạt động BHYT xã hội. Điều đó cũng có nghĩa là BHYT bắt buộc mới đảm bảo không chỉ sự điều tiết, chia sẻ theo thời điểm (chiều ngang) mà còn đảm bảo điều tiết theo thời kỳ (chiều dọc) người tham gia BHYT xã hội phải đóng góp ngay từ khi còn trẻ khỏe bản thân họ nhận được những khoản chi phí rất cao khi ốm đau lúc tuổi già. Đồng thời, cũng đảm bảo sự tồn tại nguồn vốn nhân đạo trong nền kinh tế quốc dân cũng như ngăn cản hiện tượng lựa chọn ngược (adverser selection) trong hoạt động BHYT xã hội.

- Tương ứng với mô hình BHYT toàn dân phải gắn với một khung quyền lợi BHYT cơ bản. Đây là một chế độ BHYT thiết yếu xuất phát từ khả năng đóng góp chung cho cả công đồng với mục tiêu giúp người bệnh sớm trở lại trạng thái sức khỏe ban đầu hoặc cải thiện được sức khỏe trên cơ sở khung quyền lợi cho người tham gia BHYT và phải đảm bảo đầy đủ, đúng mục đích và hiệu quả, nó không được vượt qua phạm vi của sự thiết yếu. Những quyền lợi không cần thiết hoặc không kinh tế, thì người tham gia BHYT có thể không yêu cầu (từ chối), người cung cấp các dịch vụ y tế và thuốc không được tạo ra và quỹ BHYT sẽ không cho phép (không thanh toán). Tương tự như vậy, những quyền lợi vượt qua khỏi mức thiết yếu sẽ thuộc phạm vi BHYT bổ sung hoặc người bệnh phải tự lo.

Bản sao lưu trữ

Việc mở rộng khung quyền lợi trong BHYT xã hội phải dựa trên cơ sở mức đóng chung của toàn xã hội. Nếu mức hưởng quyền lợi BHYT cao hơn khả năng đóng góp bình quân chung toàn xã hội thì không thể tồn tại hệ thống BHYT xã hội.

Cũng bằng chế độ BHYT cơ bản sẽ kiểm soát và hạn chế được 2 yếu tố phát sinh trong nhiều trường hợp do mở rộng không lường trước phạm vi quyền lợi trong lĩnh vực y tế và là nguyên nhân quan trọng cho sự bùng nổ chi phí trong lĩnh vực sức khỏe. Hai yếu tố đó luôn được nhắc đến là: Hiện tượng Hiểm họa (rủi ro) – Đạo đức (Moral-Hzard Phaenomene); vấn đề "cầu" được sản xuất ra từ "cung" (Anbieterinduzinerten Nachfrage)

- Sự điều tiết của nhà nước không có nghĩa là sự bắt buộc hoàn toàn trong việc mang lại các dịch vụ công cộng nhờ vào thẩm quyền của nhà nước. Đặc biệt ở nước ta hiện nay, mặc dù nhà nước đã cố gắng đầu tư xây dựng hệ thống y tế từ tuyến Trung ương đến tuyến địa phương, lắp đặt thêm nhiều thiết bị y tế hiện đại nhưng vẫn không thể đủ để đáp ứng "cầu" về y tế. Do vậy, đối với thị trường y tế, Nhà nước cần có các biện pháp khuyến khích và tạo điều kiện cho các cơ quan, tổ chức và cá nhân tham gia cung cấp các dịch vụ y tế, vật tư y tế, thuốc chữa bệnh... theo tiêu chuẩn và chất lượng qui định nhằm tăng cường nguồn cung về y tế, góp phần ổn định giá cả cho việc KCB cho người tham gia BHYT. Tương tự như vậy, Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho các cơ quan, tổ chức và cá nhân ứng dụng các thành tựu khoa học tiên tiến và hiện đại trong lĩnh vực y học vào việc KCB cho người tham gia BHYT cho phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT

- Mối quan hệ giữa "đoàn kết tương trợ chia sẻ của cộng đồng với trách nhiệm của từng cá nhân" cần phải được đề cập đến trong luật BHYT. Từ trước đến nay, chúng ta mới chỉ đề cập một phía về sự nhân đạo, tính nhân văn trong cộng đồng những người tham gia BHYT xã hội, nghĩa là chỉ đề cập đến quyền được hưởng khi tham gia tổ chức

BHYT xã hội này. Thực ra, một cộng đồng xã hội mạnh, bền vững phải dựa trên nền tảng trách nhiệm cao của mỗi cá nhân trong cộng đồng. Mỗi thành viên trong cộng đồng phải có ý thức xác định và bảo vệ cộng đồng thì mới tồn tại và phát triển vững mạnh được cộng đồng đó. Ngay ở CHLB Đức, có thể coi là một nước khai sinh ra BHYT đến nay cũng trên 120 năm, thì ngay ở Luật BHYT Chương I, Điều 1 cũng ghi rõ "Đoàn kết tương trợ và trách nhiệm cá nhân". Do vậy một trong những nguyên tắc của Luật BHYT, bên cạnh nguyên tắc đoàn kết tương trợ cùng chia sẻ rủi ro, cần có nguyên tắc về trách nhiệm từng cá nhân khi tham gia BHYT phải cùng có trách nhiệm về sức khỏe của bản thân mình bằng cách thường xuyên, rèn luyện sức khỏe; sống, sinh hoạt một cách có ý thức về sức khỏe cũng như tác động tích cực vào việc chữa trị bệnh tật và phục hồi sức khỏe. Tương tự như vậy, bên cạnh việc các thành viên trong cộng đồng BHYT xã hội phải có nghĩa vụ đóng góp thường xuyên thì ở bất kỳ ai, ở cương vị nào cũng phải có ý thức sử dụng quỹ BHYT một cách tiết kiệm và hiệu quả.

Bản sao lưu

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM PHÁT TRIỂN VÀ HỘI NHẬP

TS. ĐỖ VĂN SINH
(Phó Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam)

NHỮNG KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC CỦA CẢI CÁCH BHXH TRONG 10 NĂM QUA

Từ khi thực hiện cải cách kinh tế năm 1986, việc chuyển đổi sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa đã khai thác, huy động và khuyến khích được mọi nguồn lực cho sự phát triển kinh tế - xã hội. Quan hệ lao động trong các thành phần phát triển mạnh là vị trí của người lao động được bình đẳng trước các chính sách xã hội cho dù họ làm việc trong các thành phần kinh tế khác nhau. Hoạt động BHXH dựa trên nguyên tắc cơ bản "đóng – hưởng" đã được hình thành và phát triển. Ngày 1/1/1995, Bộ Luật Lao động ở nước ta có hiệu lực thi hành, trong đó có chương XII về BHXH. Sau đó, Chính phủ ban hành Nghị định số 12/CP ngày 26/11/1995 về Điều lệ BHXH áp dụng đối với công chức, công nhân viên chức Nhà nước và người lao động; Nghị định số 45/CP ngày 15/7/1995 về Điều lệ BHXH đối với sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ Quân đội nhân dân và Công an nhân dân. Cùng với sự phát triển không ngừng của nền kinh tế, chính sách BHXH cũng thường xuyên được bổ sung, sửa đổi kịp thời cho phù hợp với hiện trạng kinh tế - xã hội từng giai đoạn.

Kết quả đạt được về chính sách BHXH:

- Đối tượng tham gia BHXH bắt buộc không chỉ bó hẹp đối với những người lao động trong khu vực Nhà nước, mà bao gồm tất cả những người lao động có quan hệ lao động hay còn gọi là người lao động làm công ăn lương trong các doanh nghiệp, cơ quan, tổ chức thuộc mọi

thành phần kinh tế. Phạm vi đối tượng tham gia BHXH từng bước được mở rộng đã tạo được sự bình đẳng giữa những người lao động làm việc trong các thành phần kinh tế khác nhau về nghĩa vụ và quyền lợi BHXH, tạo được sự an tâm tin tưởng vào chính sách BHXH mới.

- Hình thành được quỹ BHXH trên cơ sở đóng góp chủ yếu của hai bên tham gia quan hệ lao động: người sử dụng lao động và người lao động, ngoài ra còn có sự hỗ trợ của Nhà nước. Việc đóng góp vào quỹ BHXH và được hưởng quyền lợi từ nguồn quỹ này thể hiện sự tuân thủ nguyên tắc cơ bản của BHXH và là cơ sở để phân biệt chính sách BHXH với các chính sách trợ cấp xã hội, chính sách ưu đãi xã hội, phúc lợi xã hội trong hệ thống đảm bảo xã hội. Quỹ BHXH được sự bảo hộ của Nhà nước và hoạt động độc lập với ngân sách Nhà nước. Hơn 10 năm qua, nguồn quỹ BHXH đã góp phần rất quan trọng để tham gia đầu tư phát triển kinh tế - xã hội, tạo thêm nhiều chỗ làm việc mới cho người lao động. Tổng số tiền sinh lợi của quỹ BHXH của 10 năm (1997 – 2006) là khoảng 16.000 tỷ đồng, riêng tiền lãi năm 2006 ước tính đạt 3.800 tỷ đồng. Sự bền vững của nguồn quỹ là sự đảm bảo vững chắc quyền lợi cho người tham gia BHXH.

- Các chế độ BHXH được kế thừa và phát triển, quyền lợi của người lao động đã được mở rộng hơn, cụ thể bao gồm: chế độ ốm đau, chế độ thai sản, chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, chế độ hưu trí và chế độ tử tuất. Những người đang được hưởng BHXH hàng tháng từ trước năm 1995 như: hưu trí, tử tuất, mất sức lao động... thì đến nay vẫn tiếp tục được hưởng và mức trợ cấp cũng thường xuyên được điều chỉnh tăng lên cho phù hợp với mức sống chung của xã hội và tốc độ tăng trưởng của nền kinh tế nước ta.

- Đã hình thành được Hệ thống ngành BHXH Việt Nam gồm 3 cấp từ Trung ương đến địa phương. Từ năm 2002 đã chuyển BHYT Việt Nam sang BHXH Việt Nam. Hệ thống BHXH Việt Nam tập trung

thống nhất từ Trung ương đến địa phương đã chuyên môn hóa việc tổ chức thực hiện tốt các chính sách, chế độ BHXH. Do đã tách hoạt động sự nghiệp thu – chi – quản lý nhà nước, ngành BHXH có điều kiện để thực hiện cải cách hành chính, tổ chức thực hiện tốt thu – chi từng bước hiện đại công tác thu – chi bằng công nghệ thông tin, cải tiến quy trình thủ tục xét duyệt hồ sơ hưởng BHXH trong cả nước được thống nhất, kịp thời, công bằng và hiệu quả.

Về chính sách BHYT:

Từ năm 1992 đến nay, nước ta mới triển khai chính sách BHYT và sau nhiều lần sửa đổi, bổ sung, đến nay những nội dung cơ bản chính sách BHYT hiện hành là:

- Thực hiện chế độ BHYT bắt buộc đối với những người có quan hệ lao động và người hưởng chế độ hưu trí, mất sức lao động.

- Nhà nước cấp kinh phí để tham gia BHYT bắt buộc cho các đối tượng thuộc diện chính sách xã hội như: người có công với cách mạng, người tham gia kháng chiến; thân nhân sĩ quan tại ngũ, người nghèo...

- Hình thành quỹ BHYT từ nguồn đóng góp của các bên tham gia BHYT, trong đó bao gồm cả sự đóng góp của Nhà nước cho một số đối tượng chính sách xã hội. Quỹ BHYT bắt buột và quỹ BHYT tự nguyện được quản lý và hạch toán độc lập để chi trả các chi phí KCB theo quy định.

- Thực hiện chế độ BHYT tự nguyện cho những đối tượng không thuộc diện tham gia BHYT bắt buộc. Mức đóng căn cứ vào điều kiện địa lý và kinh tế - xã hội mà quy định các mức khác nhau, nhưng có chú ý đến tỷ lệ người tham gia theo từng đơn vị, từng nhóm cộng đồng.... Người tham gia BHYT tự nguyện về cơ bản được hưởng các quyền lợi về KCB như người tham gia BHYT bắt buộc và được bình đẳng khi KCB tại các cơ sở KCB đã ký kết hợp đồng với cơ quan BHXH.

- Riêng trẻ em dưới 6 tuổi được chăm sóc sức khỏe ban đầu, được KCB không phải trả tiền tại các cơ sở y tế công lập và đang được nghiên cứu đưa vào đối tượng BHYT bắt buộc.

Kết quả thực hiện của ngành BHXH những năm qua:

Năm 1995, có 2,85 triệu người thì đến cuối năm 2006 số người tham gia BHXH là 6,7 triệu (không kể đã giải quyết hơn 1,5 triệu người nghỉ việc hưởng lương hưu, hưởng trợ cấp một lần), riêng số tiền thu BHXH năm 2006 đạt khoảng 22.000 tỷ đồng. Bình quân mỗi năm tăng thêm 47 vạn người mới tham gia BHXH. Năm 1993 mới có 3,7 triệu người tham gia BHYT thì đến năm 2006 tăng lên khoảng 36 triệu người, chiếm khoảng 40% dân số cả nước, trong đó 9,6 triệu người tham gia BHYT tự nguyện. Tổng số thu BHYT năm 2006 là khoảng 4.300 tỷ đồng.

Chi trả trợ cấp hàng tháng của các chế độ: hưu trí, tử tuất, mất sức lao động cho hơn 2 triệu người với số tiền chi hàng tháng là hơn 2 nghìn tỷ đồng (2006), đảm bảo đúng đối tượng, đủ số lượng, kịp thời và giao tận tay từng người; không còn tình trạng nợ đọng lương hưu như thời kỳ bao cấp. Số người hưởng trợ cấp hàng tháng từ quỹ BHXH chi trả sẽ tăng nhanh theo các năm sau và đồng thời nguồn quỹ chi trả từ ngân sách nhà nước sẽ giảm dần cho đến khi chỉ còn những đối tượng hưởng các chế độ BHXH từ nguồn quỹ BHXH.

Hàng năm có hàng triệu lượt người được nhận các khoản trợ cấp khi bản thân bị ốm hay con ốm, khi thai sản, khi bị tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp. Chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu, KCB nội trú, ngoại trú của người có thẻ BHYT ngày càng được nâng cao. Người bệnh ngày càng được tiếp cận với các dịch vụ y tế với trình độ khoa học tiên tiến và hiện đại.

Trong nhiều năm qua, kể từ khi thực hiện cải cách BHXH từ năm 1995, chính sách BHXH nước ta cũng không ngừng đổi mới chu

Bản sao lưu trữ

phù hợp với nhu cầu tham gia BHXH của người lao động, phù hợp với tốc độ phát triển kinh tế xã hội nói chung và điều đáng lưu ý là các chính sách BHXH mới đã có nhiều điểm tương đồng trong tiến trình hội nhập với hệ thống BHXH của các nước trong khu vực cũng như các nước trên thế giới.

Những tồn tại của chính sách BHXH:

Bên cạnh những ưu điểm chủ yếu hiện nay: chính sách BHXH còn bị lồng ghép với các chính sách khác như chính sách giải quyết lao động dôi dư... Chất lượng KCB cho người có thẻ BHYT còn nhiều bất cập. Đặc biệt, chưa xác lập được đầy đủ mối quan hệ tương thích giữa mức đóng góp và khung quyền lợi được hưởng đã dẫn đến việc cân đối quỹ BHYT chưa bền vững.

Như vậy, chính sách BHXH, BHYT mới được ban hành trên cơ sở kế thừa và phát triển các quyền lợi có liên quan trước đó nên một mặt đã không ảnh hưởng đến quyền lợi của những người đang nhận trợ cấp BHXH, BHYT và khắc phục được những hạn hẹp về nguồn chi trả trợ cấp trong thời kỳ bao cấp, mặt khác đã mở rộng diện đối tượng tham gia BHXH, góp phần tạo ra sự chuyển đổi nhịp nhàng về mặt xã hội từ nền kinh tế kế hoạch hóa hành chính tập trung sang nền kinh tế thị trường định hướng xã hội chủ nghĩa. Mô hình quỹ BHXH tập trung và được quản lý thống nhất theo hệ thống ngành dọc từ Trung ương đến địa phương đã khẳng định sự phù hợp trong công cuộc cải cách hành chính nói chung và cải cách BHXH nói riêng. Mô hình quản lý này thực sự có hiệu quả và là cơ sở để thúc đẩy sự nghiệp BHXH tiếp tục phát triển.

ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN BHXH TRONG HỘI NHẬP QUỐC TẾ

Việt Nam gia nhập WTO chính là sự gắn kết nền kinh tế nước ta với nền kinh tế thế giới, từng bước đưa nền kinh tế nước ta trở

thàng bộ phận cấu thành của nền kinh tế thế giới và thị trường nước ta trở thành bộ phận cấu thành của thị trường thế giới. Việc gia nhập WTO sẽ có sự tác động trực tiếp, toàn diện vào các thị trường hàng hóa, thị trường tiền tệ và thị trường lao động... trong nước. Sự tác động này sẽ tạo ra một động lực mới, một không gian mới cho sự phát triển cạnh tranh và phát triển.

Nếu nhìn dưới góc độ của quá trình công nghiệp hóa mà Đảng và Nhà nước ta đang thực hiện trong nhiều năm qua, việc gia nhập WTO chính là yếu tố thúc đẩy mạnh, nhanh chóng cho mục tiêu đưa nước ta trở thành nước công nghiệp vào năm 2020 trở thành hiện thực... Sự thúc đẩy nhanh chóng quá trình công nghiệp hóa sẽ kéo theo tác động chuyển đổi cơ cấu kinh tế tương ứng và phân bố lại lao động và dân cư. Đồng thời thị trường lao động và quan hệ lao động phát triển, số người tham gia vào thị trường lao động tăng lên, tiền lương và thu nhập bình quân chung của người lao động được nâng cao chính là cơ sở để mở rộng và phát triển hệ thống BHXH.

Những tác động tiêu cực của quá trình này cũng xuất hiện đồng thời: Hội nhập khiến cho sự cạnh tranh giữa các doanh nghiệp ngày càng quyết liệt sẽ dẫn đến nhiều doanh nghiệp bị thua lỗ, phá sản, một bộ phận lao động bị thất nghiệp, sức ép về việc làm ngày càng lớn: cường độ lao động gia tăng; điều kiện sống của một bộ phận lao động sẽ khó khăn hơn. Hậu quả của vấn đề là lao động nghỉ việc, mất việc làm từ các lĩnh vực, các ngành có sức cạnh tranh kém và người lao động không đáp ứng nhu cầu công nghệ mới sẽ diễn ra khá mạnh trong thời kỳ đầu hội nhập của việc gia tăng giãn cách giàu nghèo, bệnh tật không có tiền để được chữa trị... đó là bài toán đặt ra đối với các nhà lãnh đạo, các nhà quản lý nhằm khắc phục được những tác động tiêu cực đó.

Thực tế hơn 20 năm đổi mới ở nước ta cho thấy, Nhà nước đã thực sự trở thành trung tâm của các hoạt động điều tiết xã hội, điều

tiết, phân phối lại giữa những người lao động có mức thu nhập cao thấp khác nhau, điều tiết giữa các nhóm dân cư có điều kiện sống, điều kiện sức khỏe giữa các vùng miền khác nhau nhằm bảo đảm mức sống cho bộ phận dân cư "yếu thế" hơn trong xã hội (những người bị hạn chế về sức khỏe, hạn chế về năng lực nghề nghiệp, gia đình đông con...), góp phần tạo ra sự ổn định và bình đẳng trong xã hội. Do vậy, cùng với các công cụ điều tiết khác như: chính sách thuế, chính sách đảm bảo xã hội, thì BHXH đang trở thành một công cụ đắc lực của Nhà nước ta trong việc điều tiết cân bằng xã hội vì nó liên quan đến nhiều lĩnh vực cấp thiết của đời sống xã hội và được nhiều tầng lớp dân cư hưởng ứng. Mục tiêu thực hiện BHXH cho mọi người lao động và tiến tới thực hiện BHYT toàn dân một mặt là đảm bảo cuộc sống ổn định của cán bộ, công chức, quân nhân và người lao động, mặt khách nhằm mở rộng phạm vi điều tiết xã hội của Nhà nước trong tiến trình xây dựng một xã hội công bằng dân chủ văn minh.

Nghị quyết Đại hội Đảng Cộng sản Việt Nam lần thứ X nêu rõ:

"... Đổi mới hệ thống BHXH, đa dạng hóa hình thức bảo hiểm phù hợp với kinh tế thị thường; xem xét chế độ bảo hiểm thất nghiệp...."

"... Phát triển và nâng cao chất lượng BHYT; xây dựng và thực hiện tốt lộ trình tiến tới BHYT toàn dân phát triển mạnh loại hình BHYT tự nguyện, BHYT cộng đồng, Mở rộng diện các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập khám chữa bệnh theo BHYT. Hạn chế và giảm dần hình thức thanh toán viện phí trực tiếp từ người bệnh. Đổi mới phương thức thanh toán viện phí qua BHYT".

Những mục tiêu cụ thể cần phải đạt được của hệ thống BHXH trong những năm tới là:

- Thực hiện đầy đủ các chế độ BHXH theo quy định của Luật BHXH, triển khai kịp thời chế độ BHXH thất nghiệp, chế độ BHXH tự nguyện.

- Mở rộng mạng lưới BHXH trong phạm vi toàn xã hội theo hướng thực hiện BHXH cho mọi người lao động và BHYT đến toàn dân.

- Triển khai đa dạng và linh hoạt cả loại hình BHXH, BHYT bắt buộc và tự nguyện cho phù hợp với từng nhóm đối tượng và thích ứng với từng giai đoạn phát triển kinh tế - xã hội.

- Thực hiện đầy đủ nghĩa vụ và quyền lợi của người tham gia BHXH, BHYT. Tăng nhanh nguồn thu của quỹ từ sự đóng góp của các bên tham gia BHXH, BHYT. Thực hiện chi đúng, chi đủ và kịp thời và kịp thời các chế độ BHXH. Không ngừng nâng cao chất lượng KCB cho người có thẻ BHYT. Đảm bảo mức sống của người về hưu phù hợp với tốc độ phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

- Tiếp tục hoàn thiện mô hình quản lý và nâng cao năng lực quản lý của hệ thống tổ chức bộ máy BHXH Việt Nam.

CÁC GIẢI PHÁP VÀ KIẾN NGHỊ

Nâng cao nhận thức cho mọi người công dân và BHXH, BHYT

Việc nhận thức đầy đủ và đúng đắn về mục đích, ý nghĩa, tác dụng của chính sách BHXH, cũng như quyền lợi và trách nhiệm của từng thành viên trong xã hội đối với chính sách BHXH, BHYT là một yêu cầu tiên quyết cho việc tổ chức thực hiện các mục tiêu về BHXH, BHYT đã đề ra. Thực tế trong những năm qua cho thấy, vẫn còn có một bộ phận không nhỏ cán bộ công chức, dân cư và người lao động chưa hiểu biết hoặc hiểu biết chưa đầy đủ về BHXH, BHYT. Do vậy, cần phải làm tốt công tác thông tin tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng như: đài phát thanh, báo chí, truyền hình và bằng các hình thức khác nhau như: phổ biến kiến thức cơ bản, giải đáp chế độ chính sách, thi tìm hiểu, các tiểu phẩm văn nghệ... với các nội dung cho phù hợp với từng nhóm đối tượng nhằm tuyên truyền chính sách chế độ BHXH, BHYT một cách thường xuyên, liên tục tới mọi người ở mọi miền đất nước.

Bản sao lưu trữ

Nâng cao tính đồng bộ và khả thi của hệ thống luật pháp

Trong quá trình triển khai các chính sách BHXH cho thấy mối quan hệ trách nhiệm rất chặt chẽ của cả 3 bên: Ngành BHXH – Người lao động và Người sử dụng lao động. Vì vậy, để đảm bảo thực hiện tốt chính sách BHXH, cần có những quy định rõ ràng về quyền và trách nhiệm của từng bên trong hoạt động BHXH và các chế tài cần thiết, đủ mạnh, đảm bảo sự cưỡng chế cả về hành chính và kinh tế nếu một bên vi phạm quy trình đồng bộ này. Bên cạnh đó, các văn bản dưới luật như: Nghị định, Quyết định, Thông tư... cũng cần được ban hành kịp thời, đồng bộ mới đảm bảo tính khả thi của Luật BHXH.

Đảm bảo sự ổn định và bền vững của các quỹ BHXH, BHYT

Chính sách BHXH, BHYT đã thực sự mang lại hiệu quả kinh tế - xã hội to lớn nhưng phải được dựa trên cơ sở của sự ổn định và bền vững các quỹ BHXH, BHYT. Vì vậy, tùy theo tính chất và đặc trưng của từng quỹ BHXH, BHYT mà thường xuyên tiến hành tính toán cân đối, dự báo và điều chỉnh một cách kịp thời mối tương quan giữa mức đóng góp và khung quyền lợi được hưởng theo khung quyền lợi được hưởng cho phù hợp với khả năng đóng góp chung của các thành viên tham gia BHXH, BHYT và mức sống chung của toàn xã hội.

Hoàn thiện mô hình quản lý và nâng cao năng lực bộ máy quản lý

Hơn 10 năm qua, mô hình quản lý quỹ BHXH tập trung thống nhất do Hệ thống BHXH tổ chức thực hiện, đã đem lại những kết quả tốt đẹp. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả cao hơn nữa trong quản lý cần tiếp tục đẩy mạnh cải cách hành chính, đặc biệt là cải cách thủ tục hành chính theo hướng giảm thủ tục hồ sơ, giấy tờ và những công việc không cần thiết, tạo thuận lợi, nhanh chóng và tránh gây phiền hà đối với người lao động và người sử dụng lao động.

Bản sao lưu trữ

Đặc biệt, phải chú trọng cải tiến thủ tục hành chính trong khâu KCB cho người có thẻ BHYT, đảm bảo quyền lợi chính đáng của người bệnh. Cải tiến lề lối làm việc theo phương thức phục vụ lợi ích công, hướng tới nâng cao chất lượng, phục vụ người tham gia BHXH, BHYT ngày càng tốt hơn.

- Tổ chức triển khai ứng dụng công nghệ thông tin vào mọi lĩnh vực hoạt động và mọi cấp quản lý của ngành BHXH, đảm bảo cho việc quản lý của ngành BHXH, đảm bảo cho việc quản lý, điều hành, thống kê, lưu trữ được chính xác, kịp thời, năng suất, hiệu quả và thống nhất trong toàn quốc.

- Tăng cường công tác đào đạo, đào tạo lại và bồi dưỡng đội ngũ cán bộ, công chức, viên chức theo hướng chuyên nghiệp, hiện đại để hình thành đội ngũ cán bộ hoạt động xã hội chuyên nghiệp.

Việc gia nhập WTO sẽ thúc đẩy nhanh chóng quá trình công nghiệp hóa, hiện đại hóa ở nước ta, theo đó việc thực hiện BHXH đối với mọi người lao động và thực hiện BHYT toàn dân là một tất yếu. Đó cũng là điều kiện mở rộng các hoạt động quốc tế trong khu vực và thế giới để chia sẽ kinh nghiệp và hợp tác thực hiện các chế độ, chính sách BHXH, BHYT.

Bản sao lưu trữ

NỘI DUNG CƠ BẢN TRONG ĐÀO TẠO, BỒI DƯỠNG CHUYÊN MÔN NGHIỆP VỤ BẢO HIỂM XÃ HỘI

Ths. LƯƠNG ANH TUẤN

Đào tạo, bồi dưỡng là việc làm liên tục, thường xuyên nhằm nâng cao phẩm chất, năng lực cán bộ, viên chức BHXH Việt Nam. Trong khối lượng kiến thức, kỹ năng cần trang bị, chuyên môn nghiệp vụ BHXH chiếm tỷ trọng đáng kể nhất. Việc xác định những nội dung cơ bản về chuyên môn nghiệp vụ BHXH có ý nghĩa quyết định đến các hoạt động khác của công tác đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ BHXH.

Cán bộ, viên chức (*gọi chung là cán bộ)* BHXH Việt Nam chủ yếu được tập hợp từ ngành Lao động, Thương binh và Xã hội, tổ chức Công đoàn các cấp, có kinh nghiệm thực hiện các chế độ BHXH, nhưng kiến thức chuyên môn, kỹ năng nghiệp vụ BHXH vẫn chưa được trang bị, bổ sung, cập nhật một cách đầy đủ. Một số cán bộ được huy động từ nguồn khác, mặc dù đạt tiêu chuẩn về trình độ chuyên môn khoa học – kỹ thuật như Luật, Kinh tế, Tài chính – Kế toàn, Y, Dược học... nhưng chuyên môn nghiệp vụ (CMNV) BHXH về cơ bản chưa được đào tạo, khả năng đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ còn hạn chế. Mặt khác, từ trước tới nay, nước ta chưa có cơ sở giáo dục quốc dân nào, ở tất cả các cấp học đào tạo chuyên ngành BHXH (năm 2006, Đại học Kinh tế Quốc dân Hà Nội mới khai giảng khóa đầu tiên về chuyên ngành BHXH với hơn 55 học viên).

Trong thực tiễn hoạt động, cán bộ của ngành luôn tiếp xúc trực tiếp với đối tượng thường xuyên tham gia đóng nộp, nhưng chưa được trực tiếp thụ hưởng chế độ, hoặc được thụ hưởng trong lúc mất việc làm

Bản sao lưu trữ

và khi hưu trí..., mang tâm trạng suy tư, bức xúc. Đòi hỏi cán bộ của ngành phải biết cảm thông, sẻ chia, sẵn sàng phục vụ đảm bảo quyền và lợi ích của người tham gia BHXH. Muốn vậy, mỗi cán bộ ngoài việc rèn luyện phẩm chất đạo đức tác phong phục vụ, kỹ năng giao tiếp, tuyên truyền, vận động... cần phải nâng cao trình độ theo yêu cầu: giỏi một và biết nhiều CMVN BHXH.

Để tăng cường năng lực của cán bộ, ngoài việc tự tu dưỡng rèn luyện, đào tạo tiếp thu kiến thức lý luận chính trị, kỹ năng quản lý nhà nước, trình độ chuyên môn, khoa học kỹ thuật phù hợp..., thì việc nâng cao kiến thức, kỹ năng CMNV BHXH giữ vai trò quyết định. Vấn đề đặt ra ở đây là, những nội dung cơ bản về CMNV BHXH nào cần được xác định và áp dụng nó như thế nào vào các chương trình đào tạo, bồi dưỡng (*gọi chung là đào tạo)* theo từng giai đoạn đối tượng cho phù hợp và hiệu quả.

CƠ SỞ KHOA HỌC

"Chuyên môn là lĩnh vực kiến thức riêng của một ngành khoa học, kỹ thuật"; "Nghiệp vụ là công việc chuyên môn của một nghề" – Từ điển tiếng Việt. Theo Từ điển Bách khoa: "Chuyên môn (giáo dục) là tổ hợp các tri thức và kỹ xảo thực hành mà con người tiếp thu được qua đào tạo để có khả năng thực hiện một loại công việc trong phạm vi một ngành nghề nhất định, theo phân công lao động". Thước đo của trình độ chuyên môn, khoa học, kỹ thuật là lượng kiến thức về chuyên môn đó; thước đo của trình độ nghiệp vụ là khả năng thực hiện các kỹ năng nghiệp vụ đó. Để thực hiện một công việc chuyên môn có thể cần rất nhiều nghiệp vụ (ví như chuyên môn hành chính cơ quan cần nghiệp vụ văn thư, lưu trữ, tin học, giao dịch...). Nhưng một nghiệp vụ, cũng có thể phát triển thành một nghề chuyên môn theo sự vận động phát triển của xã hội (trước đây nghề BHXH chỉ mới được xem là một nghiệp vụ thuần túy, nhưng hiện nay nó đã trở thành một ngành nghề chuyên môn khoa học). Một người không thể hoàn thành công việc mà chỉ cần biết một

Bản sao lưu trữ

thứ chuyên môn hoặc nghiệp vụ (để làm được nghề quản lý chi BHXH ngoài việc phải có kiến thức chuyên môn kinh tế - tài chính mà cần phải có đầy đủ kỹ năng nghiệp vụ tổ chức thực hiện phải chi trả chế độ BHXH...). Theo ngôn ngữ trong các văn bản của Nhà nước như Quy chế đào tạo, bồi dưỡng cán bộ, công chức ban hành kèm theo Quyết định số 161/2003/QĐ-TTg ngày 04/8/2003, Quyết định số 69/2003/QĐ-TTg ngày 29/4/2003 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chương trình xây dựng, nâng cao chất lượng đội ngũ cán bộ, công chức nhà nước giai đoạn I (2003-2005)... thì *"nghiệp vụ", "chuyên môn"* được gọi chung là CMNV.

Chính vì lẽ đó, có thể thống nhất cụm từ CMNV là thuật ngữ không tách rời, với khái niệm CMNV BHXH được hiểu là: tổ hợp các tri thức và kỹ xảo thực hành mà cán bộ tiếp thu được đưa qua đào tạo để thực hiện một loại công việc trong phạm vi ngành nghề BHXH.

Tuyên ngôn Nhân quyền của Liên hiệp quốc khẳng định tất cả mọi người đều có quyền hưởng an sinh xã hội (ASXH). Nhưng trên thực tế, do có sự khác biệt về điều kiện nên địa lý, kinh tế, chính trị và xã hội, nên việc thực thi ASXH ở một nước, khu vực trên thế giới khó có thể thống nhất, mà thường có sự khác nhau nhất định về: loại chế độ trợ cấp được thực hiện; tỷ lệ dân số tham gia; phạm vi tham gia; điều kiện, mức độ tham gia, thụ hưởng, hình thức tổ chức nguồn tài chính; cách thức quản lý... Để tạo nên tiếng nói đồng thuận trọng việc tổ chức thực hiện ASXH trên phạm vi toàn cầu, ngày 25/6/1952. Hội nghị toàn thể Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) đã thông qua Công ước 102 – Công ước về ASXH, đã tập hợp các vấn đề và các chế độ đã được hình thành và thực thi ở một số nước trên thế giới, từ đó đưa ra những quy chuẩn tối thiểu về ASXH để các thành viên tham gia phê chuẩn. Điều này, cho thấy rằng: mỗi quốc gia nếu chưa thực hiện các quy chuẩn của Công ước về ASXH, đã tập hợp các vấn đề và các chế độ về ASXH để các thành viên tham gia phê chuẩn. Điều này, cho thấy rằng; mỗi quốc gia nếu chưa thực hiện các quy chuẩn của Công ước, mặc dù đã tổ chức thực

hiện riêng lẽ một số chế độ về ASXH, thì quốc đó chưa có được *chính sách và thiết chế quản lý theo hệ thống ASXH.*

Theo một số quan điểm, hệ thống ASXH bao gồm BHXH và các thành tố như cứu trợ xã hội, ưu đãi xã hội, các loại quỹ phòng xa.... Xét trên các quy định của các Công ước về ASXH, ngoài các yêu cầu tối thiểu chung, một trong những quy chuẩn rõ ràng nhất là các nước phải thực hiện tối thiểu 03 trong 07 chế độ: Chăm sóc y tế, Trợ cấp ốm đau, Thất nghiệp, Gia đình, Thai sản, Tàn tật và Tử tuất; đồng thời trong các chế độ thực hiện đó, phải có ít nhất 01 trong 05 chế độ: Trợ cấp thất nghiệp, tuổi già, Tai nạn lao động và Bệnh nghề nghiệp, Tàn tật, Tử tuất. Điều này cho thấy, chính sách và cách tổ chức thực hiện ASXH ở mỗi quốc gia là khác nhau nhưng thống nhất và đồng thuận ở việc thực thi những quy chuẩn của các công ước và thông lệ quốc tế về ASXH. Việt Nam là một nước thực hiện khá đầy đủ các chế độ theo quy chuẩn, trong đó có đến 03 chế độ thuộc chế độ quy chuẩn độc lập tiên quyết (Hưu trí, Tử tuất, Tai nạn lao động và Bệnh nghề nghiệp), đến năm 2008, sẽ thực hiện chế độ trợ cấp Thất nghiệp (7/9 chế độ quy định).

Từ những lý do trên, cho thấy *hệ thống kiến thức, kinh nghiệm ASXH trên thế giới là chính sách lý luận cơ bản nhất để xây dựng nội dung các chương trình đào tạo CMNV BHXH ở Việt Nam.*

Trên cơ sở đó, có thể khái quát BHXH là hoạt động dịch vụ công cộng nhằm bảo đảm thay thế hoặc bù đắp một phần thu nhập cho người tham gia BHXH và gia đình họ khi gặp rủi ro hoặc sự kiện cần được bảo hiểm. Xét trên bình diện một chuyên ngành khoa học, BHXH có đối tượng nghiên cứu là các mối quan hệ kinh tế - xã hội giữa các bên tham gia vào BHXH (đóng góp, thu nhận và thụ hưởng), có các phương pháp nghiên cứu đặc thù, và tất nhiên, có nội dung nghiên cứu độc lập là: đối tượng, quỹ, các loại chế độ, quản lý và tổ chức thực hiện... BHXH. Nghiên cứu các vấn đề trên, đặc biệt là nội dung nghiên cứu, cũng

Bản sao lưu trữ

chính là làm rõ nội dung cơ bản về CMNV BHXH cần trang bị cho cán bộ trong ngành, cũng như những người làm công tác BHXH.

Trên thực tế, tùy thuộc cách thức thực thi các chế độ BHXH tương ứng (số lượng, phạm vi, điều kiện, mức độ tham gia và thụ hưởng...), hình thức huy động sự đóng góp vào quỹ (thành phần đóng góp, thời hạn sử dụng...) và những điều kiện đặc thù khác, mà mỗi quốc gia, khu vực, Nhà nước có những cách thức quản lý BHXH khác nhau (tập trung thống nhất, Nhà nước và tư nhân cùng tổ chức thực hiện hoặc một số dạng quản lý khác). BHXH ở Việt Nam hiện đang thực hiện 06 chế độ, với sự tham gia đóng góp vào quỹ từ ba nguồn chính là người lao động, chủ sử dụng lao động, Nhà nước, trong điều kiện đất nước đang phát triển, thu nhập, phúc lợi xã hội còn ở mức thấp, thì mô hình quản lý tập trung thống nhất đang phát huy tác dụng tích cực. *Đây có thể coi là cơ sở thực tiễn sinh động nhất để xác định những kiến thức, kỹ năng CMNV BHXH cần trang bị cho cán bộ trong giai đoạn hiện nay.*

Như vậy, có thể khẳng định: BHXH thuộc phạm vi hệ thống chính sách xã hội, liên quan đến lợi ích của mọi người dân trong xã hội, trước hết là người lao động và gia đình họ. Muốn tổ chức thực hiện tốt chính sách, cán bộ trong hệ thống cần phải nắm rõ lý luận chung về ASXH như đối tượng tham gia, thụ hưởng chế độ, các loại chế độ, cách thức quản lý, các mô hình ASXH trên thế giới... để vận dụng vào thực tiễn hoạt động.

Nhìn nhận BHXH dưới góc độ tài chính. Nguồn tài chính BHXH phần lớn được thực hiện bằng nguồn thu do các bên tham gia BHXH đóng góp và tùy thuộc loại hình bảo hiểm, chế độ bảo hiểm mà có sự khác biệt về mức đóng, mức hưởng, về phương thức cân đối tài chính và sự tham gia đóng góp của Nhà nước. Đặc biệt, đối với các chế độ dài hạn, đối tượng tham gia đóng nộp nhiều năm mới thụ hưởng nên việc ghi chép, lưu sổ sách chính xác cũng là cần thiết. Hơn nữa, theo nguyên

Bản sao lưu trữ

tắc có đóng có hưởng, nên việc đăng ký quản lý đối tượng đặt ra hết sức chặt chẽ để hạn chế lạm dụng, trốn tránh và thất thoát. Khác biệt với loại hình bảo hiểm thương mại hiện đang phát triển trên nhiều lĩnh vực khác nhau, hoạt động BHXH không vì mục đích lợi nhuận. Do vậy, nội dung CMNV kinh tế, tài chính BHXH để tính toán từ thu đến chi trả, thiết lập quỹ, cũng như việc tính toán mức đóng, mức hưởng đầu tư tăng trưởng quỹ... nhằm đảm bảo nguồn tài chính cho hoạt động BHXH, cũng không kém phần quan trọng.

Như vậy, hiểu được bản chất của BHXH, phân biệt được tính chất của nó khác biệt với các loại hình bảo hiểm thương mại; ý nghĩa của BHYT trong việc chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho các thành viên trong xã hội; các chế độ, chính sách, quản lý, hoạt động thu, chi và quỹ BHXH... đều là những nội dung CMNV cần thiết phải trang bị cho người làm công tác BHXH.

NHỮNG NỘI DUNG CƠ BẢN

Nội dung CMNV BHXH cơ bản nhất trong giai đoạn hiện nay, bước đầu đã được xác định, gồm hai phần chính:

Phần thứ nhất, Lý luận chung về BHXH. Với những nội dung như:

- Khái quát chung về BHXH. Đề cập đến các vấn đề: sự cần thiết khách quan, cơ sở hình thành, khái niệm đặc trưng, tính chất, vai trò, nguyên tắc cơ bản của BHXH, phân biệt BHXH với các dịch vụ Bảo hiểm khác...

- Hệ thống các chế độ BHXH, với các vấn đề như: khái niệm, cơ sở hình thành, hệ thống và điều kiện để vận dụng các chế độ vào hoàn cảnh của từng quốc gia, phù hợp với công ước, thông lệ quốc tế về an sinh xã hội...

- Tài chính BHXH, Đó là các vấn đề về khái nhiệm, đặc điểm, bản chất, vai trời, nội dung quản lý tài chính BHXH (thu, chi BHXH, cân đối quỹ, đầu tư tăng trưởng quỹ BHXH...).

Bản sao lưu trữ

- Quản lý BHXH, Bao gồm hai dạng: quản lý nhà nước, quản lý sự nghiệp BHXH, cân đối quỹ, đầu tư tăng trưởng quỹ BHXH...)

- Tổng quan về BHXH trên thế giới. Được xem xét từ sự ra đời và phát triển, các công ước quốc tế về BHXH, đến một số mô hình BHXH trên thế giới...

Phần thứ hai, BHXH ở Việt Nam. Với các nội dung như:

- Quá trình hình thành và phát triển BHXH, với các thời kỳ: trước năm 1945; từ 1945 đến 1961; từ 1962 đến 1995; từ 1995 đến nay...

- Hệ thống các chế độ BHXH như trợ cấp ốm đau; trợ cấp thai sản; trợ cấp Thất nghiệp; trợ cấp Tai nạn lao động và Bệnh nghề nghiệp; trợ cấp Hưu trí; trợ cấp Tuất, chế độ BHYT được đề cập với những vấn đề chung, những nội dung cơ bản và quy trình giải quyết các chế độ đó...

- Tài chính BHXH, với các vấn đề như tổng quan tài chính và quản lý tài chính, quản lý thu và quản lý đối tượng tham gia BHXH, quản lý chi trả các chế độ BHXH; quản lý chi hoạt động bộ máy...

- Thanh, kiểm tra BHXH.

- Hệ thống tổ chức BHXH..

ÁP DỤNG TRONG ĐÀO TẠO

Vấn đề đặt ra, không thể sử dụng rập khuôn những nội dung CMNV BHXH cơ bản đã được xác định, vào tất cả các chương trình đào tạo cán bộ theo các đối tượng khác nhau, mà chỉ coi đây là "*ngân hàng danh mục kiến thức, kỹ năng CMNV BHXH*". Để khai thác nó, trong hoạt động đào tạo phải áp dụng theo nguyên tắc, trình tự sau:

Trước tiên, căn cứ phân loại các chức danh (chuyên gia, lãnh đạo, hoặc những người làm công tác BHXH ở ngoài ngành...) để xác định đối tượng đào tạo; sau đó, trên cơ sở yêu cầu thực tế cấp bậc trình độ

CMNV cần trang bị cho các đối tượng cụ thể (sơ, trung, cao cấp...) theo tiêu chuẩn hóa CMNV các chức danh; đồng thời, dựa vào năng lực thực tế của cơ sở đài tạo (đội ngũ giảng viên, cơ sở vật chất...), để xây dựng các chương trình đào tạo tương ứng các đối tượng.

Trên cơ sở từng chương trình cụ thể, xác định các nội dung cần trang bị cho phù hợp với từng loại đối tượng theo các yếu tố: cơ cấu nội dung (bao gồm những phần, chương, mục nào... của những nội dung cơ bản về CMNV BHXH), hàm lượng kiến thức của từng nội dung (sâu, nông hạn chế, mở rộng thời lượng, cấp trình độ...);

Căn cứ từng chương trình, nội dung kết hợp với hình thức đào tạo được lựa chọn (tập trung, bán tập trung, tại chức, từ xa...) tiến hành biên soạn giáo trình, tài liệu giảng dạy, bài giảng (*gọi chung là giáo trình)* để trình bày nội dung đài tạo theo từng chương trình cụ thể.

Cuối cùng là triển khai đài tạo đến các đối tượng theo từng chương trình, nội dung, với những giáo trình thích hợp, phương pháp dạy – học hợp lý.

Cần lưu ý một điều, lý luận chung đã được nghiên cứu, tổng kết từ nhiều mô hình trên thế giới có bề dày lịch sử. Trong khi đó, BHXH ở Việt Nam mới được hình thành như một hệ thống tổ chức ASXH độc lập từ năm 1995. Hơn nữa, những quan hệ xã hội về BHXH, mà đặc biệt là trong thời kỳ hội nhập, toàn cầu hóa luôn có sự biến đổi. Do vậy, nội dung lý luận chung về BHXH có tính thống nhất và ổn định hơn nội dung BHXH ở Việt Nam. Chính vì vậy, khi xây dựng nội dung BHXH ở nước ta, nhất là biên soạn giáo trình cần quan tâm đến sự linh động điều chỉnh sao cho phù hợp với sự thay đổi của chính sách, nhưng không làm mất đi tính ổn định tương đối của một giáo trình CMNV.

Xây dựng những nội dung cơ bản về CMNV BHXH, trên cơ sở lý luận chung, kinh nghiệm các mô hình ASXH trên thế giới và thực tiễn

hoạt động BHXH ở Việt Nam là một việc làm quan trọng, có ý nghĩa quyết định đến mọi hoạt động khác của công tác đào tạo CMNV BHXH. Sử dụng những nội dung với quy mô, hàm lượng kiến thức thích hợp, trong một thời lượng chương trình hợp lý để trang bị cho từng đối tượng xác định, cùng với việc tổ chức triển khai đào đạo hiệu quả..., nhất định công tác đào tạo CMNV BHXH sẽ thu được kết quả mong muốn, góp phần xây dựng và phát triển sự nghiệp BHXH Việt Nam.

Bản sao lưu trữ

TÀI CHÍNH VI MÔ VỚI BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

Ths. LƯU VIẾT TĨNH

Tài chính vi mô (TCVM) được biết đến ở Việt Nam vào những năm cuối của thập kỷ 80 của thế kỷ XX, thông qua các tổ chức quốc tế, tổ chức phi chính phủ quốc tế và các chương trình hỗ trợ phát triển chính thức song phương và đa phương với mục tiêu xóa đói giảm nghèo và bình đẳng thu nhập. Cùng với sự thành công của công cuộc đổi mới, TCVM đã từng bước khẳng định được vị trí của mình trong công cuộc xóa đói giảm nghèo ở Việt Nam.

Trước kia TCVM được coi là phương pháp tín dụng sử dụng các cơ chế hiệu quả thay thế vật chất thế chấp để phân phối và thu hồi vốn vay kinh doanh ngắn hạn cho các nhà doanh nghiệp nhỏ, với triển vọng là những nhà doanh nghiệp nhỏ, với triển vọng là những doanh nghiệp nhỏ sẽ tăng trưởng, tạo thu nhập cho họ và đôi khi tạo thêm việc làm, đưa người nghèo thoát khỏi nghèo khổ" *(Chiến lược giai đoạn II CCAG, 2003-2008)*. Ngày nay, sau nhiều năm hoạt động, các nhà TCVM thấy rằng người có thu nhập thấp và người nghèo cần nhiều loại dịch vụ tài chính đa dạng chứ không chỉ là tín dụng, ví dụ như: dịch vụ tiết kiệm, chuyển tiền và bảo hiểm...

Tính đến cuối năm 2004, hoạt động TCVM có mặt ở 36 tỉnh thành phố trực thuộc TW, 132 huyện, thị xã. Hiện nay, ở Việt Nam, những nhà cung cấp TCVM có thể chia thành 3 loại: chính thức, bán chính thức và phi chính thức.

Khu vực chính thức có 2 tổ chức tài chính nổi trội đang cung cấp TCVM ở Việt Nam, đó là Ngân hàng Nông nghiệp Phát triển nông

Bản sao lưu trữ

thôn cung cấp 23,8% vốn hộ nghèo được điều tra; Ngân hàng Chính sách xã hội Việt Nam cung cấp 58,3% vốn hộ nghèo được điều tra.

Khu vực bán chính thức: theo báo cáo của Ngân hàng thế giới, đến năm 2004 có khoảng 57 tổ chức phi chính phủ quốc tế đang hỗ trợ hoạt động TCVM ở Việt Nam. Hiện nay có 2 tổ chức TCVM lớn được thành lập ở Việt Nam vào năm 1992; đó là: Quỹ tình thương (YTM) được thành lập bởi Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam và Quỹ trợ vốn cho người nghèo tự tạo việc làm (CEP) do Liên đoàn Lao động thành phố Hồ Chí Minh thành lập, đây là 2 tổ chức dẫn đầu của TCVM Việt Nam về tính quy mô và tính hiệu quả. Từ đó đến nay, TCVM ở Việt Nam về tính quy mô và tính hiệu quả. Từ đó đến nay, TCVM ở Việt Nam được đánh giá là đã mang lại hiệu quả, góp phần cho những hộ gia đình có thu nhập thấp, ổn định kinh tế, từng bước cải thiện và nâng cao đời sống.

MỘT MÔ HÌNH QUỸ TÀI CHÍNH VI MÔ VỚI BHYT TỰ NGUYỆN

CEP là tổ chức TCVM Việt Nam có mục tiêu hoạt động là giảm nghèo trên toàn TP. Hồ Chí Minh, hiện có xu hướng mở rộng, ảnh hưởng đến các tỉnh, thành phố và quỹ TCVM khác, vì tính hiệu quả của các chương trình do CEP đang triển khai thực hiện. Tính đến tháng 12/2005, với lượng khách hàng phục vụ là 59.868 đã trở thành một tổ chức Tài chính vi mô lớn nhất tại Việt Nam. Quỹ CEP hoạt động ở 24 quận/huyện của Thành phố HCM và theo đuổi chính sách phục vụ người nghèo mục tiêu trong mỗi cộng đồng mà CEP hoạt động.

Với mục đích vì sự an sinh của người có thu nhập thấp, CEP phấn đấu cải thiện đời sống của khách hàng bằng cách phát triển các sản phẩm hỗ trợ vào các sản phẩm cho vay, tạo thu nhập. Tháng 11/2003, CEP có một đánh giá về tác động của những chương trình đã và đang thực hiện, kết quả đánh giá cho thấy ảnh hưởng của sức khỏe

Bản sao lưu trữ

kém, sẽ cao hơn đối với khách hàng có thu nhập thấp, là yếu tố chính gây suy giảm mức thu nhập và điều kiện sống của hội, có 1,6% nhóm mẫu khách hàng nghiên cứu bọ giảm thu nhập, như vậy bình quân hằng năm có khoảng trên 800 khách hàng và gia đình của họ bị giảm thu nhập do ảnh hưởng của sức khỏe kém.

Để giảm thiểu sức khỏe kèm và hạn chế những áp lực về kinh tế đối với khách hàng trong những tình huống như vậy, vào tháng 9/2004, Quỹ CEP đã triển khai thí điểm dự án *"Phúc lợi xã hội cho người nghèo theo khuôn khổ chương trình hành động giảm nghèo 2015 – Việt Nam"* ở 6 xã của huyện Bình Chánh và 6 phường, quận 8, thành phố Hồ Chí Minh. Mục tiêu chính của dự án là cung cấp các dịch vụ BHYT cho người lao động có thu nhập thấp ở các khu vực hoạt động của CEP. Dự án được thực hiện thông qua sự phối hợp với cơ quan BHXH thành phố Hồ Chí Minh và sự tài trợ của cơ quan Hợp tác kỹ thuật Đức (GTZ).

Mô hình triển khai thí điểm sản phẩm BHYT tự nguyện tại Quỹ CEP được tổ chức thực hiện như sau:

Bước thứ nhất, CEP đại diện cho 1.500 các khách hàng của mình ký hoạt động với cơ quan BHXH Thành phố Hồ Chí Minh để tổ chức thực hiện, trong đó nêu rõ trách nhiệm của các bên liên quan. Phía CEP sẽ ứng và chuyển toàn bộ số tiền mà 1.500 khách hàng của CEP sẽ tham gia mua BHYT tự nguyện với mức mua 80.000 đồng/người/12 tháng đối với khu vực ngoại thành và 120.000 đồng/người/12 tháng đối với khu vực nội thành. Phía BHXH Thành phố Hồ Chí Minh thực hiện chương trình BHYT tự nguyện cho khách hàng của CEP theo quy định của các văn bản Pháp luật về BHYT tự nguyện.

Bước thứ hai, CEP tổ chức thu phí mua BHYT tự nguệyn của 1500 khách hàng mà CEP đã ứng trước thông qua chương trình. Phương thức thu mua của CEP đơn giản và khá hiệu quả và khá đặc

Bản sao lưu trữ

biệt, đó là: hàng tuần cùng với việc thu hồi vốn vay tín dụng trong cộng đồng thu thêm mỗi khách hàng tham gia BHYT tự nguyện của một ko tiền được gọi là phí mua BHYT tự nguyện. Ví dụ: đối với khách hàng sống ở vùng nông thôn thu mua 2000 đồng/tuần và mỗi tháng đối với khách hàng phải đóng 8000 đồng để thu mua thẻ BHYT tự nguyện, nếu một hộ gia đình có 4 người, một tháng chỉ phải đóng 32.000 đồng. Theo CEP, hầu hết các khách hàng đều dễ dàng thực hiện và đủ khả năng để thực hiện khoản đóng góp này. Do mức phí thấp phù hợp với thu nhập. Điều đặc biệt, người tham gia vào quá trình thu phí BHYT tự nguyện đều là những khách hàng của CEP, chứ không phải là cán bộ biên chế của CEP, mạng lưới này CEP gọi là "mạng lưới cộng đồng".

Sau 11 tháng triển khai chương trình, CEP đã thực hiện một đợt lượng giá, kết quả đã nhận được những phản hồi tích cực từ các bên tham gia: hầu hết khách hàng hài lòng và chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ nhận được. Cơ quan BHXH Thành phố Hồ Chí Minh muốn được nhân rộng dự án đến những khu vực còn lại của Thành phố Hồ Chí Minh. Quỹ CEP đã rất hài lòng khi khách hàng của họ khi tham gia được tiếp cận dịch vụ y tế một cách công bằng, hiệu quả khi không may ốm đau bệnh tật, đã giảm nhẹ gánh nặng kinh tế của hộ gia đình họ khi thành viên trong hộ gặp rủi ro ốm đau bệnh tật.

Có thể nêu tóm tắt kết quả khảo sát ngẫu nhiên 36 khách hàng tham gia BHYT tự nguyện do Quỹ CEP thực hiện tại Bình Chánh và quận 8 thành phố Hồ Chí Minh như sau:

- Có 81% ý kiến hài lòng về chất lượng dịch vụ do BHYT tự nguyện mang lại. Những vấn đề mà khách hàng hài lòng là:

+ Có thể tiếp cận các dịch vụ ý tế một cách thuận lợi, do vị trí các cơ sở y tế gần nơi ở của các khách hàng khi tham gia:

+ Nhân viên y tế luôn thân thiện và quan tâm đến bệnh nhân;

+ Chi phí thuốc men đầy đủ theo nhu cầu chữa trị của bệnh;

+ Thủ tục sử dụng thẻ BHYT tự nguyện đơn giản thuận tiện.

- Có 19% khách hàng của CEP không hài lòng về dịch vụ chăm sóc sức khỏe do BHYT tự nguyện cung cấp, đó là:

+ Chất lượng thuốc và thiết bị kém:

+ Mất nhiều thời gian chờ đợi để khám bệnh:

+ Cơ sở y tế tại địa phương quận, huyện chỉ chữa trị những người bệnh nặng khách hàng phải chuyển đến bệnh viện cao hơn, tại nơi này nhiều thủ tục đăng ký, điều này gây khó khăn cho người bệnh;

+ Nhân viên y tế không nhiệt tình với người bệnh.

Những vấn đề mà khách hàng không hài lòng đều trùng với kết quả một số nghiên cứu khác tại khu vực phía Bắc và kết quả điều tra y tế quốc gia năm 2002. Đây là những vấn đề không phải của riêng ngành BHXH có thể giải quyết được mà cần có sự phối hợp đồng bộ của nhiều cấp, nhiều ngành của cả những người tham gia BHYT tự nguyện.

- Có 81% khách hàng của CEP khi sử dụng thẻ BHYT tự nguyện đi KCB nhận thấy rằng, họ được chữa trị giống như bệnh nhận khác.

- 89% khách hàng của CEP sử dụng tiền tiết kiệm của họ mua phí BHYT tự nguyện cho năm sau, trong đó có 28% khách hàng của CEP mua phí BHYT tự nguyện cho cả gia đình trong năm sau.

Như vậy, theo kết quả nghiên cứu trên cho thấy, có 89% số người hưởng ứng đồng ý tiếp tục tham gia BHYT tự nguyện vào năm tiếp theo, 11% là số bỏ cuộc, tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác tại khu vực phía bắc (14,5%) và 17,5% của Điều tra y tế quốc gia năm 2002.

- Về chi phí, sau 11 tháng thực hiện, cơ quan BHYT thành phố Hồ Chí Minh đã chi 68.134.783 đồng cho 2.176 lượt khách hàng của CEP tham gia BHYT tự nguyện đi KCB tại các cơ sở y tế.

Theo đánh giá từ Quỹ CEP cho biết, họ và những khách hàng của họ, hài lòng với sản phẩm BHYT tự nguyện và những quyền lợi được hưởng khi tham gia BHYT tự nguyện mang lại, Sử dụng thẻ BHYT tự nguyện đã giảm tổn thương do bệnh tật cho khách hàng của CEP một cách rõ rệt. Qua đó cũng cho thấy, việc giám sát của CEP liên quan đến chất lượng chăm sóc sức khỏe cho những khách hàng tham gia BHYT tự nguyện.

Tự kết quả khả quan của dự án, CEP tiếp tục mở rộng chương trình hợp tác với cơ quan BHYT Thành phố Hồ Chí Minh với mục tiêu từng bước để mọi khách hàng của CEP đều được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua thẻ BHYT tự nguyện. Tính đến tháng 9/2006, CEP mở rộng mô hình không có sự hỗ trợ của dự án GTZ, triển khai và giao cho các Chi nhánh của mình tại 24 quận huyện của Thành phố Hồ Chí Minh trực tiếp ký hợp đồng với cơ quan BHYT quận huyện tổ chức cho các hộ gia đình khách hàng của CEP tham gia mua BHYT tự nguyện. Kết quả đã có 6.509 khách hàng trực tiếp do CEP thu phí và trên 2000 hộ gia đình là khách hàng của CEP được chuyển tham gia theo hệ thống đại lý thu BHYT tự nguyện tại các xã phường.

Hình thức thu phí cũng đã có sự đổi mới, đơn giản hơn, CEP thay mặt khách hàng ứng trước số tiền mua BHYT cho các thành viên, số tiền này được trừ dần hàng tháng vào khoản lãi suất tiết kiệm của mỗi thành viên.

MỘT SỐ BÀI HỌC RÚT RA TỪ MÔ HÌNH

Thứ nhất nhu cầu tham gia BHYT tự nguyện của những người có thu nhập thấp tham gia các quỹ TCVM là rất cao, do họ đã nhận thức được sự liên quan trực tiếp giữa sức khỏe với sự an sinh của gia đình họ.

Thứ hai, việc tạo điều kiện cho người có thu nhập thấp tham gia BHYT tự nguyện thông qua hoạt động TCVM là rất khả thi, vì các quỹ TCVM có một đội ngũ cán bộ tính chuyên nghiệp cao trong tổ chức thực

hiện việc cho vay và thu hồi vốn, họ tạo niềm tin tốt với những khách hàng tham gia quỹ. Mặt khác, cơ chế hoạt động của các quỹ TCVM cho thấy đã phát huy tối đa tính chất xã hội hóa trong tổ chức thực hiện. Những khách hàng tham gia đồng thời cũng là những người tổ chức thực hiện chính sách.

Thứ ba, đây là một trong những mô hình có tính khả thi trong việc tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện hộ gia đình cho những người có thu nhập thấp tại các vùng có quỹ TCVM hoạt động. Tuy nhiên, mô hình chỉ có thể coi là sự phối hợp tốt, khi cơ quan BHXH các cấp tích cực chủ động trong phối hợp tổ chức thực hiện chính sách BHYT, đảm bảo chế độ, quyền lợi cho người tham gia BHYT, Đồng thời, các tổ chức TCVM hưởng ứng tổ chức thực hiện, đẩy mạnh cơ chế giám sát thích hợp. Và các cơ sở y tế các cấp phải nâng cao chất lượng KCB. Đó là những yếu tố then chốt quyết định sự thành công trong việc thực hiện BHYT tự nguyện cho những người có thu nhập thấp tại các vùng có quỹ TCVM hoạt động.

Sản phẩm BHYT tự nguyện hộ gia đình được CEP và các khách hàng của họ đánh giá là sản phẩm bền vững phù hợp, đã giúp giảm thiểu những tổn thương, cải thiện một cách rõ rệt an sinh gia đình đối với những người có thu nhập thấp, không may có người bị ốm đau bệnh tật.

Mô hình của CEP chưa phải là mô hình hoạt động tối ưu trong việc triển khai chính sách BHYT tự nguyện theo hộ gia đình, Tuy nhiên, những thành công ban đầu trong việc bao phủ chính sách BHYT tự nguyện đến với những hộ gia đình có thu nhập thấp ở thành phố Hồ Chí Minh, thông qua quỹ CEP có thể là một điển hình tốt giúp cho các nhà tổ chức thực hiện BHYT tự nguyện tại các địa phương có quỹ TCVM hoạt động, nghiên cứu tham khảo trong việc phối hợp tổ chức thực hiện chính sách BHYT tự nguyện.

Bản sao lưu trữ

VỀ PHƯƠNG THỨC KHOÁN QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ THEO ĐỊNH SUẤT

Ths. TRẦN QUANG THÔNG

Khó khăn về tài chính cho hoạt động y tế là vấn đề mang tính toàn cầu. Bất cứ quốc gia nào cũng phải đối đầu với một thực tế là làm thế nào để huy động và sử dụng hiệu quả nguồn lực tài chính, nhằm đáp ứng nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế ngày càng tăng và sự leo thang của chi phí y tế. Ở Việt Nam, sau 14 năm hoạt động, chính sách BHYT đã có những bước phát triển đáng kể, tuy nhiên cũng nảy sinh những bất cập, trong đó có vấn đề liên quan đến phương thức thanh toán, đòi hỏi các nhà quản lý cần nghiên cứu thử nghiệm và áp dụng phương thức thanh toán mới sao cho phù hợp và hiệu quả hơn.

Phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh (KCB) là công cụ hữu hiệu để tăng cường hiệu quả, chất lượng dịch vụ y tế và tính thực thi chính sách BHYT trên thế giới. Hiện nay, có nhiều phương thức thanh toán khác nhau như: Thanh toán theo phí dịch vụ, khoán quỹ thanh toán theo ca bệnh, thanh toán theo chẩn đoán... Mỗi nước tùy theo điều kiện kinh tế, xã hội mà áp dụng những phương thức khác nhau.

Ở Việt Nam, có thể nói trong giai đoạn vừa qua, phương thức thanh toán là phí dịch vụ và thực tế đã bộc lộ hạn chế là gia tăng chi phí khó kiểm soát, chi phí hành chính lớn. Hai phương thức thanh toán đã và đang được nhiều nước sử dụng trong vòng 10 đến 15 năm trở lại đây là thanh toán theo định suất và chẩn đoán. Tuy nhiên, đối với các nước đang phát triển như Việt Nam phương thức thanh toán theo

Bản sao lưu trữ

chuẩn đoán (DRG) có lẽ còn quá phức tạp, chưa phù hợp với điều kiện về hệ thống thông tin, năng lực quản lý. Phương thức thanh toán theo định suất (Capitation) kết hợp với sự theo dõi, giám sát để đảm bảo về chất lượng dịch vụ y tế có thể là giải pháp phù hợp về thanh toán đối với Việt Nam trước khi chuyển sang phương thức thanh toán theo chẩn đoán.

Được sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Sở Y tế và BHYT TP. Hải Phòng triển khai thí điểm thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất tại bệnh viện Vĩnh bảo. Kết quả sau 1 năm khoán quỹ (năm 2005), quỹ khoán theo định suất kết dư 135 triệu đồng. Để góp phần đánh giá tính khả thi và hiệu quả của việc thực hiện phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu định tính kết hợp với nghiên cứu định lượng trên số liệu quyết toán hai năm và 343 bệnh án có chẩn đoán ra viện là viêm phế quản cấp, viêm dạ dày – tá tràng, tăng huyết áp nguyên phát, viêm ruột thừa cấp, tiểu đường không phụ thuộc Insulin của năm 2004 (theo phí dịch vụ) và năm 2005 (theo định suất) tại bệnh viện Vĩnh Bảo Thành phố Hải Phòng. Dựa trên những luận cứ đã tìm được chúng tôi xin đưa ra những kết quả của nghiên cứu này và hy vọng nó sẽ góp phần làm tiền đề cho những nghiên cứu tiếp theo có quy mô rộng hơn, đại diện hơn về việc nghiên cứu ảnh hưởng của khoán quỹ theo định suất đến chi phí và chất lượng KCB BHYT tại Việt Nam.

1. So sánh chi phí giữa hai phương thức thanh toán

Chi phí KCB tại trạm y tế xã: Kết quả thống kê, phân tích cho thấy, số lượt người có thẻ BHYT được KCB tại xã năm 2005 cao hơn năm 2004 (19.725 lượt và 16.306 lượt), có sự khác biệt về chi phí trung bình một lượt KCB tại xã giữa hai phương thức thanh toán theo định suất và có ý nghĩa thống kế, chi phí trung bình một lượt KCB tại xã theo định suất cao hơn phí dịch vụ ở tất cả các nhóm đối tượng.

Đối tượng	Phí DV	Định suất	Tăng chi TB lượt (%)	P
Bắt buộc	4.998	8.231	165	P < 0,01
Tự nguyện	4.191	7.634	182	
Người nghèo	4.627	7.246	156	P < 0,05
Chung	4.702	7.790	165	

Tăng chi phí trung bình một lượt KCB tại trạm y tế xã chủ yếu là tăng tiền thuốc cho người bệnh, kết quả cho thấy thanh toán theo định suất cơ sở KCB đã triển khai, khuyến khích người bệnh sử dụng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở nhằm đạt hiệu quả chi phí. Kết quả này phù hợp với quan điểm chỉ đạo của lãnh đạo bệnh viện Vĩnh Bảo và được khẳng định trong thảo luận nhóm với các trường trạm y tế. Khi được hỏi về cách thức quản lý và sử dụng quỹ KCB BHYT, lãnh đạo bệnh viện Vĩnh Bảo cho biết: *bệnh viện đã quán triệt trước hết phải quan tâm đến hiệu quả trong điều trị, đó là chi phí thấp mà hiệu quả cao. Từ nhận thức đó, lãnh đạo bệnh viện đã chỉ đạo tăng cường triển khai KCB về xã. Cụ thể năm 2004, mới có 19/30 trạm y tế xã triển khai KCB tại xã, năm 2005 triển khai đủ 30/30 trạm y tế xã KCB cho người có thẻ BHYT.* Mặt khác, về quyền lợi người có thẻ BHYT tại trạm y tế xã, đa số ý kiến của các trưởng trạm y tế xã cho là: *khoán quỹ định suất, lãnh đạo bệnh viện Vĩnh Bảo quản tâm hơn đến KCB tại xã cụ thể là cho chi mức chi bình quân một đơn thuốc lên bảy ngàn đồng, vì vậy số người bệnh có thẻ BHYT được KCB tại xã đông hơn và có chất lượng hơn năm 2004. Chi phí KCB ngoại trú:* So sánh chi phí trung bình một lượt KCB theo đối tượng, kết quả cho thấy có sự khác biệt về chi phí trung bình một lượt KCB ngoại trú theo nhóm đối tượng BHYT giữa phương thức thanh toán theo định suất và dịch vụ có ý nghĩa thống kê, chi phí bình quân

một lượt KCB chung cho cả nhóm đối tượng BHYT, đối tượng BHYT bắt buộc, đối tượng BHYT người nghèo thanh toán theo định suất đều cao hơn phí dịch vụ.

Đối tượng	**Phí DV**	**Định suất**	**Tăng chi TB lượt (%)**	**P**
Bắt buộc	20.547	23.532	114	P < 0,05
Tự nguyện	23.129	24.199	104	P > 0,05
Người nghèo	16.765	21.626	129	P < 0,05
Chung	19.947	23.411	117	P > 0.05

So sánh chi phí trung bình một lượt KCB ngoại trú theo khoản mục, kết quả cho thấy chưa tìm thấy có sự khác biệt về chi phí trung bình một lượt KCB ngoại trú theo khoản mục giữa hai phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ (p > 0,05).

Khoản mục chi	Phí DV	Định suất	P
Tiền thuốc	13.536	15.174	P > 0,05
XN	2.383	3.373	
CĐHA	1.957	2.469	
Thủ thuật	542	592	
VTTHYT	273	333	
Cộng khám	1.255	1.469	

So sánh tỷ lệ chi phí KCB ngoại trú theo khoản mục kết quả thống kê, phân tích cho thấy tỷ lệ chi so với tổng chi phí ở hai phương thức thanh toán chiếm tỷ trọng lớn là thuốc, trong đó định suất chiếm

Bản sao lưu trữ

64,81% tổng chi phí; phí dịch vụ chiếm 67,86% tổng chi phí; tiếp đến là xét nghiệm, định suất chi xét nghiệm chiếm 14,41% tổng chi phí; phí dịch vụ chi xét nghiệm chiếm 11,95% tổng chi phí. Chưa tìm thấy có sự khác biệt về tỷ lệ chi phí ngoại trú theo khoản mục giữa hai phương thức thanh toán theo định suất và chi phí dịch vụ (p > 0,05)

Khoản mục chi	Phí DV (%)	Định suất (%)	P
Tiền thuốc	67,86	64,81	P > 0,05
XN	11.95	14,41	
CĐHA	9,89	10,54	
Thủ thuật	2,72	2,53	
VTYT	1,37	1,42	
Cộng khám	6,29	6,28	

Bản sao lưu trữ

Kết quả chi phí trung bình một lượt KCB ngoại trú tại bệnh viện Vĩnh Bảo tăng hơn chi phí dịch vụ là do bác sĩ điều trị được tuyên truyền về ý nghĩa của khoán quỹ và thường xuyên kiểm tra, giám sát về thực hiện quy chế chuyên môn của Ban điều hành về khoán quỹ của bệnh viện và Sở Y tế nhằm đạt chất lượng và hiệu quả chi phí. Kết quả này được củng cố bằng kết quả nghiên cứu định tính. Khi được phỏng vấn về cách thức quản lý và sử dụng quỹ KCB BHYT theo định suất có gì khác, lãnh đạo bệnh viện cho biết: *khoán định suất, bệnh viện được chủ động sử dụng quỹ nên đã chỉ đạo mở rộng tăng cường KCB ngoại trú và chỉ điều trị nội trú khi thực sự có yêu cầu về chuyên môn, khi thật cần thiết.* Đa số ý kiến bác sĩ điều trị đều cho là: *thanh toán theo định suất, người bệnh có thẻ BHYT đã được cung cấp dịch vụ y tế theo đúng yêu cầu*

của KCB hơn là phí dịch vụ, vì không phải thống kê do sợ quỹ ngoại trú như trước đây.

Kết quả thống kê, phân tích cho thấy thanh toán theo phí dịch vụ, bệnh nhân được chỉ định nhập viện cao gấp 1,08 lần định suất, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phương thức thanh toán theo phí dịch vụ và định suất với bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú (p < 0,05).

Nội dung	Phí DV	Định suất	Tổng
Nội trú	2963	3168	6131
Ngoại trú	49877	57568	107445
Tổng	52840	60736	113576
P < 0,05; OR = 1,08			

Kết quả này cho thấy, khoán quỹ định suất giúp cơ sở KCB chủ động tính đến hiệu quả kinh tế trong điều trị nên đã lựa chọn điều trị ngoại trú hơn nội trú

Việc chuyển từ điều trị nội trú sang điều trị ngoại trú được đánh giá rất tích cực cả về khía cạnh kinh tế và tài chính. Trên thực tế, phương pháp này đã tạo điều kiện cho nhiều nước phát triển giảm được 25 – 30% số giường bệnh trong vòng 10 – 15 năm qua.

Chi phí KCB nội trú: So sánh chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú kết quả thống kê, phân tích cho thấy có sự khác biệt về chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú giữa hai phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê, trong đó chi phí trung bình một đợt điều trị cho nhóm đối tượng BHYT theo định suất cao hơn theo phí dịch vụ ở tất cả các nhóm đối tượng.

Bản sao lưu trữ

Đối tượng	Phí DV	Định suất	Tăng chi TB lượt (%)	P
Bắt buộc	218.098	256.193	117	P < 0,05
Tự nguyện	145.480	194.621	133	
Người nghèo	218.562	264.630	121	
Chung	204.780	241.901	118	

So sánh chi phí trung bình một đợt điều trị nội trú, kết quả cho thấy có sự khác nhau về chi phí trung bình một đợt điều trị các bệnh nghiên cứu giữa phương thức thanh toán theo phí dịch vụ và định suất, trong đó chi trung bình một đợt điều trị bệnh tăng huyết áp theo định suất cao hơn chi phí trung bình một đợt điều trị theo phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê.

Chẩn đoán	Phí DV		Định suất		p
	n	Chi TB	n	Chi TB	
Viên phế quản	35	218.915	62	243.469	P > 0,05
Viêm dd – tt	44	155.647	23	171.158	P > 0,05
Cao huyết áp	44	185.340	101	214.378	P < 0,05
Viêm ruột thừa cấp	16	484.531	12	510.674	P > 0,05
Tiểu đường	2	252.810	4	170.557	P > 0,05

So sánh chi phí nội trú trung bình một đợt theo khoản mục, kết quả cho thấy có sự khác biệt về chi phí nội trú trung bình giữa hai

phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ ($p < 0,05$), trong đó chi thuốc, xét nghiệm và tiền giường bệnh trung bình theo định suất cao hơn theo phí dịch vụ.

Chi TB	Phí DV	Định suất	P
Thuốc	73.273	87.613	P < 0,01
Dịch truyền	9.446	2.471	P < 0,01
Xét nghiệm	48.029	63.271	P < 0,01
CĐHA	30.688	34.732	P < 0,05
VTYT	21.732	16.832	P < 0,05
Tiền giường	36156	20846	P < 0,05
Tổng	219.316	235.119	P < 0,05

So sánh tỷ lệ nội trú theo khoản mục, kết quả cho thấy tỷ lệ chi thuốc chiếm đa số tổng chi phí, trong đó theo định suất chiếm 43,85% và chi phí dịch vụ chiếm 42,53% tổng chi phí, tiếp đến là chi cho xét nghiệm theo định suất là 22,92%, theo phí dịch vụ là 22.65%; chưa tìm thấy có sự khác biệt về tỷ lệ chi nội trú theo khoản mục giữa hai phương thức thanh toán định suất và phí dịch vụ.

Khoản chi	Phí DV (%)	Định suất (%)	P
Thuốc, Dịch truyền	42,53	43,85	P > 0,05
XN	20,65	22,92	
CĐHA	9,84	11,08	
VTYT	10,71	10,22	
Tiền giường	16,27	11,93	

Bản sao lưu trữ

Tình hình chi phí quỹ khoán theo định suất, kết quả cho thấy lhaón quỹ theo định suất năm 2005 tại bệnh viện Vĩnh Bảo quỹ khoán két dư là 135.852.260 đồng (chiếm 5,76% quỹ khoán), ngoài ra bệnh viện đã chủ động sử dụng quỹ KCB hiệu quả như chỉ đạo tăng cường KCB về cơ sở, khuyến khích điều trị ngoại trú hơn nội trú, nên tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú theo phí dịch vụ cao hơn định suất tỷ lệ chi nội trú theo phí dịch vụ cao hơn định suất (36,15% và 92,48%).

Nội dung	Chi phí	Tỷ lệ chi/quỹ khoán (*) (%)
Trạm y tế xã	154.671.136	6,55
Ngoại trú	1.347.731.673	57,13
Nội trú	766.344.113	32,48
Tổng chi phí	2.268.746.922	92.16 (dư 3,84)
Quỹ khoán (68%)*	2.359.249.108 đồng	
Phần 20% tự chi trả	45.350.074 đồng	
Cân đối quỹ khoán	Dư: 135.852.260 đồng	

Bản sao lưu trữ

Quỹ khoán xác định: 53468 thẻ x 47.021 đồng x 1,38 = 3.469.483.982 đồng

2. So sánh chất lượng KCB giữa hai phương thức

So sánh về sự tuân thủ phác đồ điều trị, kết quả cho thấy có mối liên quan về việc tuân thủ phác đồ điều trị giữa phương thức thanh toán theo định suất và chi phí dịch vụ ($p < 0,01$), trong đó thanh toán theo định suất việc tuân thủ đúng phác đồ điều trị cao gấp 11,42 lần chi phí dịch vụ.

Tuân thủ phác đồ điều trị	Định suất	Phí DV	Tổng
Có	195	100	295
Không	7	41	48
Tổng	202	141	343
P < 0,01, OR = 11,42			

So sánh về ngày điều trị trung bình, kết quả cho thấy có sự khác biệt về ngày điều trị trung bình giữa hai phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê, trong đó ngày điều trị bình quân chung của các đối tượng BHYT, đối tượng BHYT bắt buộc và đối tượng BHYT người nghèo theo định suất thấp hơn phí dịch vụ.

Đối tượng	Phí DV	Định suất	P
Bắt buộc	8,4	7,5	P < 0,05
Tự nguyện	5,6	5,4	P > 0,05
Người nghèo	7,6	6,9	P < 0,05
Chung	7,7	6,8	P < 0,05

So sánh về ngày điều trị trung bình theo chẩn đoán, kết quả cho thấy có sự khác nhau về ngày điều trị trung bình các bệnh nghiên cứu giữa phương thức thanh toán theo phí dịch vụ và định suất, trong đó ngày điều trị trung bình bệnh tăng huyết áp theo định suất suất hơn ngày điều trị trung bình theo phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê, các bệnh khác chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bản sao lưu trữ

Chẩn đoán	Phí DV		Định suất		p
	n	Ngày TB	n	Ngày TB	
Viên phế quản	35	6,77	62	6,10	P > 0,05
Viêm dd – tt	44	6,61	23	5,52	P > 0,05
Cao huyết áp	44	7,09	101	5,6	P < 0,01
Viêm ruột thừa cấp	16	7,0	12	6,08	P > 0,05
Tiểu đường	2	4,5	4	3,75	P > 0,05

Kết quả điều trị: So sánh kết quả điều trị bệnh viêm phế quản cấp, cho thấy có mối liên quan về kết quả điều trị khỏi bệnh và không khỏi bệnh viêm phế quản cấp giữa phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ (P < 0,05), bệnh nhân được điều trị khỏi bệnh viêm phế quản cấp theo định suất cao cấp gấp 3,07 lần phí dịch vụ.

Kết quả điều trị	Định suất	Phí DV	Tổng
Khỏi	52	22	74
Không khỏi	10	13	23
Tổng	62	35	97
P < 0,05, OR = 3,07			

So sánh kết quả của điều trị bệnh cao huyết áp, kết quả cho thấy mối liên quan về kết quả điều trị ổn định và không ổn định bệnh cao huyết áp giữa phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê, bệnh nhân được điều trị khỏi bệnh cao huyến áp theo định suất cao gấp 2,90 lần phí dịch vụ.

Bản sao lưu trữ

Kết quả	Định suất	Phí DV	Tổng
Ổn định	87	30	117
Không ổn định	14	14	28
Tổng	101	44	145
P < 0,05, OR = 2.90			

Tỷ lệ chuyển viện

So sánh tỷ lệ chuyển tuyến của bệnh viện Vĩnh Bảo, kết quả cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ chuyển viện ngoại trú và nội trú giữa hai phương thức thanh toán theo định suất và phí dịch vụ có ý nghĩa thống kê, trong đó tỷ lệ chuyển viện ngoại trú và nội trú theo định suất thấp hơn phí dịch vụ.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra kết luận

- Chọn phí KCB cho người có thẻ BHYT theo định suất tại bệnh viện Vĩnh Bảo tăng so với phí dịch vụ, nhưng vẫn đảm bảo cân đối quỹ vì sử dụng hiệu quả quỹ khám chữa bệnh.

Chuyển viện	Phí DV (%)	Định suất (%)	P
Ngoại trú	5,27	4,35	P < 0,01
Nội trú	20,15	17,10	P < 0,05

- Chất lượng KCB BHYT theo định suất tại bệnh viện Vĩnh Bảo được tăng cường hơn theo phí dịch vụ nhờ có sự giám sát thường xuyên về chất lượng và đảm bảo quyền lợi KCB cho người có thẻ BHYT theo đúng quy định.

Một số kết quả nghiên cứu trên thế giới liên quan đến khoán quỹ

- Kinh nghiệm tại Liên bang Xô viết cũ cho thấy phương thức khoán quỹ dẫn đến sự giảm mạnh trong chi phí điều trị cho bệnh nhân

Bản sao lưu trữ

nội trú, giảm ngày điều trị cho bệnh nhân nội trú, giảm ngày điều trị bình quân và sự tăng lên đáng kể số lượt điều trị ngoại trú mà không ảnh hưởng đến chất lượng điều trị (lanerbrunner và những người khác 1996: Rice, 1996 trích bởi Julian Le Grand).

- Chi phí y tế ở các nước thanh toán theo chi phí dịch vụ cao hơn tới trên 30% so với các nước sử dụng phương thức thanh toán theo định suất, trong khi kết quả điều trị không có gì khác biệt (theo Barr và Field, 1996).

- Ở Brazil, nơi có tỷ lệ mổ đẻ cao nhất thế giới, chiếm khoảng 31% các trường hợp đẻ. Một nguyên nhân quan trọng của hiện tượng này là do cơ chế tài chính có nghĩa là bác sỹ sẽ nhận được mức thanh toán cao hơn với mổ đẻ so với đẻ thường. Việc mổ đẻ trong những trường hợp không thật sự cần thiết sẽ tăng nguy cơ rủi ro về sức khỏe cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh, và tăng trường hợp bị tử vong do sử dụng thuốc gây mê (World Bank 1993, trích bởi Howard Barum, 1995).

Tại Việt Nam, phương thức khoán quỹ đã được thực hiện thí điểm tại trung tâm Y tế huyện Vĩnh Tường và huyện Yên Lạc tỉnh Vĩnh Phúc. Kết quả khoán quỹ sau một năm cho thấy ngày điều trị nội trú bình quân giảm từ 10,16 xuống 9,86 tại trung tâm Y tế Vĩnh Tường và chi phí thuốc bình quân một lượt KCB ngoại trú giảm từ 13.376 xuống còn 9.965 đồng tại Trung tâm Y tế Yên Lạc do trung tâm đã thay thế thuốc đóng vỉ bằng thuốc đóng chai, giá thành rẻ hơn mà vẫn đảm bảo chất lượng điều trị.

Với kết quả nghiên cứu trên đã chứng minh phương thức thanh toán theo định suất phát huy vai trớ tích cực của cơ sở KCB trong quản lý, sử dụng hiệu quả, đảm bảo cân đối quỹ, vì vậy chúng tôi xin đưa ra ý khuyến nghị sau:

- Mở rộng triển khai mô hình thanh toán theo định suất và tiếp tục đánh giá để khẳng định tính đại diện của mô hình trước khi triển

khai áp dụng rộng rãi trên phạm vi cả nước, để phương thức thanh toán theo định suất có tính khả thi.

- Cần có cơ chế khuyến khích rõ ràng khi cơ sở KCB nhận khoán dư quỹ;

- Cần có cơ chế giám sát thường xuyên về việc tuân thủ các quy trình chuyên môn và đảm bảo quyền lợi người có thẻ BHYT theo đúng quy định.

Bản sao lưu trữ

MỘT SỐ ĐIỂM MỚI TRONG CÔNG TÁC KIỂM TRA, GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI, TỐ CÁO CỦA BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

VŨ HỒNG MINH

Ngày 27/12/206, Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam ban hành Quyết định số 3592/QĐ-BHXH và Quyết định số 3591/QĐ-BHXH thay thế Quyết định số 1539/QĐ-BHXH và Quyết định số 1540/QĐ-BHXH (27/10/2003) quy định về công tác kiểm tra và giải quyết khiếu nại, tố cáo của BHXH Việt Nam . Hiệu lực thi hành từ 1/1/2007.

Sau khi Luật BHXH ban hành quyền hạn của tổ chức BHXH về kiểm tra không có gì thay đổi. Do vậy, các quy định về đối tượng kiểm tra, nội dung, phương pháp, trình tự thủ tục... trong Quyết định 1539 về cơ bản được giữ nguyên, chỉ sửa đổi, bổ sung một số nội dung và từ ngữ cho đầy đủ, chặt chẽ và hoàn cỉnh, như đối tượng kiểm tra (Điều 2), quy định phối hợp trong xây dựng kế hoạch kiểm tra, theo dõi việc tự kiểm tra tại đơn vị sử dụng lao động (Điều 8), thêm Phó trưởng đoàn (Điều 9), thay đổi chế độ báo cáo (Điều 11) gắn trách nhiệm của Trưởng đoàn kiểm tra sau kết thúc kiểm tra (Điều 15) đôn đốc theo dõi thực hiện xử lý sau kiểm tra (Điều 16). Cụ thể là:

- Bổ sung đối tượng kiểm tra: đối tượng kiểm tra là "đơn vị sử dụng lao động" được thay thế bằng "các đơn vị sử dụng, quản lý người tham gia BHXH. BHYT" cũng ghi rõ là "cá nhân tham gia và thụ hưởng các chế độ BHXH, BHYT".

- Bổ sung trách nhiệm của Trưởng ban kiểm tra, trưởng phòng Kiểm tra (Điều 8): có trách nhiệm phối hợp với các ban, phòng nghiệp

vụ để xây dựng chương trình công tác kiểm tra hàng năm và quy định trách nhiệm theo dõi việc tự kiểm tra tại đơn sử dụng lao động.

- Bổ sung thêm Phó trưởng đoàn Kiểm tra: Trong trường hợp đoàn kiểm tra các địa phương có địa phương có địa bàn rộng, nhiều đối tượng cần kiểm tra, có những đoàn kiểm tra phải thêm người, chia tách thành nhiều nhóm để tiến hành kiểm tra theo diện rộng nhằm đảm bảo tiến độ, thời gian kiểm tra thì có thể thêm phó trưởng đoàn.

- Thay đổi chế độ báo cáo: theo quy định trước đây, thời điểm báo cáo kết quả kiểm tra 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và cả năm vào ngày 10 của tháng cuối quý, để BHXH Việt Nam tổng hợp kịp báo cáo chung gửi Tổng Thanh tra vào ngày 15 của tháng cuối quý. Tuy nhiên, xuất phát từ thực tế đơn khiếu nại, tố cáo của BHXH Việt Nam giải quyết chủ yếu mang tính cá biệt, số liệu gửi Tổng Thanh tra không mang tính cấp bách về thời gian và chỉ để tổng hợp nên để thuận lợi cho công tác tổng hợp báo cáo chung của toàn ngành, thời gian báo cáo trong quy định mới là định kỳ 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và cả năm vào ngày 10 tháng sau của kỳ báo cáo (như quyết định 1539).

- Bổ sung về thời gian báo cáo kết quả kiểm tra của Trưởng đoàn chậm nhất sau 10 ngày, trưởng đoàn phải báo cáo kết quả kiểm tra và kiến nghị xử lý sau kiểm tra với người ra quyết định kiểm tra nhằm gắn trách nhiệm của Trưởng đoàn sau các đợt kiểm tra phải kịp thời báo cáo và kiến nghị xử lý sau kiểm tra với người ra quyết định kiểm tra.

- Bổ sung về thời gian đơn vị kiểm tra báo cáo kết quả thực hiện văn bản xử lý sau kiểm tra: Do việc theo dõi, đôn đốc và thực hiện các quyết định, kết luận xử lý sau kiểm tra rất hạn chế, nên quy định thời gian cho các đối tượng được kiểm tra sau khi có văn bản xử lý sau kiểm tra phải báo cáo bằng văn bản về kết quả thực hiện với người ra quyết định kiểm tra là 30 ngày.

Bản sao lưu trữ

- Sửa đổi từ ngữ trong Điều 14 về thủ tục, trình tự kiểm tra: Sau khi công bố quyết định kiểm tra của người ra quyết định kiểm tra, Trưởng đoàn kiểm tra bàn bạc thống nhất với đối tượng kiểm tra về từng nội dung kiểm tra, cách thức tiến hành, thời gian và con người cụ thể để thực hiện kiểm tra. Vì vậy, quy định mới sử dụng cụm từ "chương trình kiểm tra" cụ thể và chính xác hơn cụm từ "kế hoạch kiểm tra".

Điểm thay đổi lớn nhất trong Quyết định 3591/QĐ-BHXH quy định về khiếu nại tố cáo của BHXH Việt Nam là thẩm quyền, trình tự thủ tục giải quyết khiếu nại. Do Luật BHXH có những quy định riêng nên trong quy định về khiếu nại, tố cáo đã tách thẩm quyền, trình tự, thủ tục giải quyết khiếu nại chung (bao gồm những khiếu nại, quyết định, hành vi về BHYT) và khiếu nại quyết định, hành vi về BHXH riêng.

Theo đó, đối với khiếu nại quyết định, hành vi về BHXH thì Giám đốc BHXH cấp huyện, cấp tỉnh và Tổng giám đốc BHXH Việt Nam là người có thẩm quyền giải quyết khiếu nại lần đầu khi có khiếu nại về quyết định, hành vi về BHXH của mình, của cánh bộ, công chức do mình trực tiếp quản lý. Việc giải quyết khiếu nại tiếp theo thuộc cơ quan quản lý Nhà nước về lao động ở cấp tỉnh (Giám đốc Sở Lao động – Thương binh và Xã hội) hoặc Tòa án (giải quyết lần 2). Sau khi có quyết định giải quyết khiếu nại lần 2 hoặc bản án, quyết định của Tòa án thì khiếu nại sẽ không được thụ lý giải quyết tiếp (Điều 32 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Khiếu nại, tố cáo năm 2005 – có hiệu lực từ 1/6/2006). Trong trường hợp người có quyết định, hành vi về BHXH không còn tồn tại thì cơ quan quản lý Nhà nước về lao động cấp huyện là người có thẩm quyền giải quyết. Những khiếu nại này chủ yếu liên quan đến các đơn vị sử dụng là có trước năm 1995, nhưng nay không còn tồn tại.

Bản sao lưu trữ

Về trình tự thủ tục giải quyết khiếu nại, quy định cũ: giải quyết lần đầu có thể là Giám đốc BHXH cấp huyện, các lần tiếp theo do Giám đốc BHXH tỉnh giải quyết, nếu còn khiếu nại thì Tổng Giám đốc giải quyết khiếu nại hoặc gửi đơn hướng dẫn người khiếu nại gửi đơn đến Tổng Thanh tra. Quy định mới: tổ chức BHXH cấp huyện, tỉnh hoặc ở Trung ương đều là cấp giải quyết khiếu nại lần đầu. BHXH huyện, khi có khiếu nại, Giám đốc trực tiếp giải quyết. Trường hợp không giải quyết được thì hướng dẫn người khiếu nại (lần đầu) đến BHXH tỉnh để giải quyết. Người giải quyết khiếu nại lần đầu phải gặp gỡ, đối thoại trực tiếp với người khiếu nại, người bị khiếu nại để làm rõ nội dung khiếu nại, yêu cầu của người khiếu nại và hướng giải quyết khiếu nại. Giám đốc BHXH tỉnh có thể gửi văn bản xin ý kiến của BHXH Việt Nam trước khi ra quyết định giải quyết khiếu nại lần đầu.

Tại BHXH Việt Nam các khiếu nại quyết định, hành vi về BHXH của Tổng Giám đốc hoặc của cán bộ, công chức do tổng Giám đốc trực tiếp quản lý thì được thụ lý và giải quyết khiếu nại lần đầu, còn những trường hợp khiếu nại thuộc trách nhiệm của Giám đốc BHXH tỉnh mà chưa có quyết định giải quyết khiếu nại lần đầu thì chuyển đơn về BHXH giải quyết. Nếu khiếu nại đã có quyết định giải quyết khiếu nại lần đầu của Giám đốc BHXH tỉnh nhưng người khiếu nạo vẫn tiếp tục khiếu nại đến BHXH Việt Nam thì hướng dẫn người khiếu nại gửi đơn đến cơ quan quản lý Nhà nước về lao động tại địa phương hoặc khởi kiện ra Tòa án.

Đối với đơn khiếu nại về BHXH của người trong tổ chức BHXH Việt Nam đã được Giám đốc BHXH tỉnh giải quyết lần đầu mà còn khiếu nại, Tổng Giám đốc sẽ thụ lý giải quyết; sau đó vẫn khiếu nại thì hướng dẫn người khiếu nại khởi kiện tại Tòa án (không gửi đơn khiếu nại đến cơ quan quản lý Nhà nước về lao động cấp tỉnh) vì BHXH Việt Nam là cơ quan tổ chức thực hiện chế độ chính sách về BHXH nên

Tổng Giám đốc có đủ điều kiện và thẩm quyền để giải quyết dứt điểm các khiếu nại về BHXH của cán bộ, công chức do mình quản lý.

- Quy định tăng trách nhiệm của tổ chức BHXH, đặc biệt là BHXH cấp tỉnh trong giải quyết khiếu nại, tố cáo về BHXH, quy định trách nhiệm phối hợp, cung cấp thông tin và phân công theo dõi, đôn đốc việc giải quyết khiếu nại, tố cáo trong nội bộ tổ chức BHXH.

- Bổ sung, thay đổi một số từ, cụm từ theo Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật khiếu nại, tố cáo như: giải quyết khiếu nại tố cáo lần 2" thay cho "giải quyết khiếu nại tố lần tiếp theo". "Tổng thanh tra" thay cho "Tổng Thanh tra Nhà nước".

- Bổ sung một số quy định khác: những trường hợp khiếu nại không thụ lý giải quyết (theo Luật Khiếu nại, tố cáo), thời gian tiếp dân của Giám đốc BHXH huyện, quy định rõ nội dung yêu cầu báo cáo.

Về hệ thống biểu, mẫu phục vụ cho công tác kiểm tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo: gồm có mẫu các văn bản nghiệp vụ, mẫu các biểu báo cáo, mẫu sổ theo dõi. Nhìn chung, các biểu, mẫu mới đã được sửa đổi, bổ sung và hoàn thiện đáp ứng được yêu cầu trong quản lý hiện nay. So với hệ thống biểu mẫu cũ đã bổ sung mẫu phiếu tự kiểm tra thực hiện chế độ BHXH và mẫu sổ theo dõi chuyển đơn giản và giải quyết đơn.

Những thay đổi trong quy định công tác kiểm tra và giải quyết khiếu nại, tố cáo như trên là để phù hợp với pháp luật về BHXH và khiếu nại, tố cáo cũng như giải quyết được những bất cập gặp phải trong quá trình thực thi Quyết định 1539, 1540. Hai Quyết định được ban hành kịp thời tạo thuận lợi cho việc thực hiện nghiệp vụ kiểm tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo toàn ngành ngày càng đạt hiệu quả cao.

Bản sao lưu trữ

Phần thứ ba

NHỮNG VĂN BẢN PHÁP LUẬT MỚI NHẤT VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM Y TẾ VÀ CHẾ ĐỘ TIỀN LƯƠNG

Bản sao lưu trữ

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH SỐ 184/2007/NĐ-CP NGÀY 17-12-2007 CỦA CHÍNH PHỦ ĐIỀU CHỈNH LƯƠNG HƯU, TRỢ CẤP BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ TRỢ CẤP HẰNG THÁNG ĐỐI VỚI CÁN BỘ XÃ ĐÃ NGHỈ VIỆC

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25/12/2001;

Căn cứ Bộ luật Lao động ngày 23/6/1994; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 2/4/2002; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 29/6/2006 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 29/11/2006;

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội ngày 26/6/2006;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội, Bộ trưởng Bộ Nội vụ, Bộ trưởng Bộ Tài chính,

NGHỊ ĐỊNH

Điều 1. Điều chỉnh mức lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng đối với các đối tượng sau đây:

1. Cán bộ, công chức, công nhân, viên chức và người lao động; quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu hưởng lương hưu hằng tháng.

2. Cán bộ xã, phường, thị trấn quy định tại Nghị định số 121/2003/NĐ-CP ngày 21/10/2003 và Nghị định số 09/1998/NĐ-CP ngày 23/1/1998 của Chính phủ đang hưởng lương hưu và trợ cấp hằng tháng.

3. Người đang hưởng trợ cấp mất sức lao động hằng tháng; người đang hưởng trợ cấp hằng tháng theo Quyết định số 91/2000/QĐ-TTg ngày 4/8/2000 của Thủ tướng Chính phủ; người đang hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp và trợ cấp hằng tháng; công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hằng tháng và cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc hưởng trợ cấp hằng tháng.

Bản sao lưu trữ

4. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc hưởng trợ cấp hằng tháng theo Quyết định số 130-CP ngày 20/6/1975 của Hội đồng Chính phủ và Quyết định số 111-HĐBT ngày 13/10/1981 của Hội đồng Bộ trưởng.

Điều 2. Từ ngày 1/1/2008, tăng thêm 20% mức lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng hiện hưởng đối với các đối tượng hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng trước ngày 1/1/2008 quy định tại Điều 1 Nghị định này.

Điều 3. Kinh phí điều chỉnh lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng được áp dụng đối với các đối tượng quy định tại Điều 1 Nghị định này được quy định như sau:

1. Ngân sách nhà nước bảo đảm đối với các đối tượng hưởng chế độ bảo hiểm xã hội trước ngày 1/10/1995, hưởng trợ cấp hằng tháng theo Quyết định số 91/2000/QĐ-TTg ngày 4/8/2000 của Thủ tướng Chính phủ và hưởng lương hưu theo Nghị định số 159/2006/NĐ-CP ngày 28/12/2006 của Chính phủ.

2. Quỹ bảo hiểm xã hội bảo đảm đối với các đối tượng hưởng chế độ bảo hiểm xã hội từ ngày 1/10/1995 trở đi kể cả đối tượng đang hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng theo Nghị định số 121/2003/NĐ-CP ngày 21/10/2003 và Nghị định số 09/1998/NĐ-CP ngày 23/1/1998 của Chính phủ.

3. Kinh phí điều chỉnh trợ cấp hằng tháng đối với quy định tại khoản 4 Điều 1 Nghị định này được tổng hợp vào nhu cầu kinh phí điều chỉnh mức lương tối thiểu chung của địa phương và được bảo đảm từ các nguồn theo quy định về điều chỉnh mức lương tối thiểu chung năm 2008.

Điều 4.

1. Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội có trách nhiệm hướng dẫn thực hiện việc điều chỉnh lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng đối với các đối tượng quy định tại các khoản 1,2 và 3 Điều 1 Nghị định này.

2. Bộ Nội vụ chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện việc điều chỉnh trợ cấp hằng tháng đối với đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 1 Nghị định này.

3. Bộ Tài chính có trách nhiệm bảo đảm kinh phí điều chỉnh lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng đối với các đối tượng do ngân sách nhà nước bảo đảm.

4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm thực hiện việc điều chỉnh, chi trả lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hằng tháng đối với các đối tượng quy định tại cá khoản 1,2 và 3 Điều 1 Nghị định này.

Điều 5. Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 1/1/2008.

Điều 6. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch UBND tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

THỦ TƯỚNG
Nguyễn Tấn Dũng

Bản sao lưu trữ

THÔNG TƯ LIÊN TỊCH SỐ 05/2007/TTLT-BNV-BTC NGÀY 10-12-2007 CỦA BỘ NỘI VỤ – BỘ TÀI CHÍNH HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU CHUNG TỪ NGÀY 01-0-2008 ĐỐI VỚI CƠ QUAN NHÀ NƯỚC, TỔ CHỨC CHÍNH TRỊ, TỔ CHỨC CHÍNH TRỊ - XÃ HỘI VÀ ĐƠN VỊ SỰ NGHIỆP

Căn cứ khoản 2 Điều 6 Nghị định số 166/2007/NĐ-CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 của Chính phủ quy định mức lương tối thiểu chung; sau khi trao đổi ý kiến với Ban Tổ chức Trung ương và các cơ quan liên quan, Bộ Nội vụ và Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 đối với cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội và đơn vị sự nghiệp như sau:

I. PHẠM VI VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG

1. Cán bộ, công chức thuộc biên chế hưởng lương từ ngân sách nhà nước làm việc trong các cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội ở Trung ương; ở tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; ở huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh.

2. Viên chức thuộc biên chế hưởng lương từ ngân sách nhà nước và các nguồn thu sự nghiệp theo quy định của pháp luật làm việc trong các đơn vị sự nghiệp của Nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội (sau đây gọi chung là đơn vị sự nghiệp công lập).

3. Cán bộ, công chức, viên chức thuộc biên chế nhà nước và hưởng lương theo bảng lương do Nhà nước quy định được cấp có thẩm quyền cử đến làm việc tại các hội, các tổ chức phi Chính phủ, các dự án và các cơ quan, tổ chức quốc tế đặt tại Việt Nam.

4. Cán bộ chuyên trách và công chức ở xã, phường, thị trấn quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 2 Nghị định số 121/2003/NĐ-CP ngày 21 tháng 10 năm 2003 của Chính phủ về chế độ, chính sách đối với cán bộ, công chức ở xã, phường, thị trấn.

5. Giáo viên mầm non trong biên chế và giáo viên mầm non hợp đồng quy định tại Quyết định số 161/2002/QĐ-TTg ngày 15 tháng 11 năm 2002 của Thủ tướng Chính phủ.

6. Cán bộ y tế xã, phường, thị trấn hưởng lương theo Quyết định số 58/TTg ngày 03 tháng 02 năm 1994 và Quyết định số 131/TTg ngày 04 tháng 3 năm 1995 của Thủ tướng Chính phủ.

7. Người lao động làm việc theo chế độ hợp đồng (hợp đồng làm việc hoặc hợp đồng lao động) trong các đơn vị sự nghiệp ngoài công lập được thành lập và hoạt động theo quy định của pháp luật.

8. Đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp hưởng hoạt động phí theo quy định tại khoản 2 Điều 75 Quy chế hoạt động của Hội đồng nhân dân các cấp ban hành kèm theo Nghị quyết số 753/2005/NQ-UBTVQH11 ngày 02 tháng 4 năm 2005 của Uỷ ban Thường vụ Quốc hội.

9. Người làm công tác cơ yếu trong tổ chức cơ yếu.

10. Các đối tượng sau đây cũng thuộc phạm vi áp dụng Thông tư này để tính đóng, hưởng chế độ bảo hiểm xã hội và giải quyết các chế độ liên quan đến tiền lương theo quy định của pháp luật:

a) Cán bộ, công chức, viên chức thuộc biên chế trả lương của cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội và của đơn vị sự nghiệp công lập được cấp có thẩm quyền cho phép vận dụng xếp lương theo Nghị định số 205/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 quy định hệ thống thang lương, bảng lương và chế độ phụ cấp lương trong các công ty nhà nước;

b) Cán bộ, công chức, viên chức đi học, thực tập, công tác, điều trị, điều dưỡng trong nước và ngoài nước thuộc biên chế trả lương của cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội và của đơn vị sự nghiệp công lập;

c) Công chức dự bị, người đang trong thời gian tập sự hoặc thử việc (kể cả tập sự công chức cấp xã) trong cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội và đơn vị sự nghiệp công lập;

d) Cán bộ, công chức, viên chức đang bị đình chỉ công tác, đang bị tạm giữ, tạm giam;

đ) Các đối tượng ký kết hợp đồng lao động đã được xếp lương theo Nghị định số 204/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang.

Tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội nêu tại Thông tư này là các tổ chức quy định tại Điều 1 Quyết định số 128-QĐ/TW ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Ban Bí thư Trung ương Đảng về chế độ tiền lương đối với cán bộ, công chức, viên chức cơ quan Đảng, Mặt trận và các đoàn thể.

Các cơ quan, đơn vị, tổ chức tại mục I Thông tư này sau đây gọi chung là cơ quan, đơn vị.

II. CÁCH TÍNH MỨC LƯƠNG, PHỤ CẤP VÀ HOẠT ĐỘNG PHÍ

Mức lương, phụ cấp (kể cả hệ số chênh lệch bảo lưu, nếu có) và hoạt động phí của các đối tượng quy định tại mục I Thông tư này từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 được tính như sau:

1. Đối với cán bộ, công chức, viên chức

Cán bộ, công chức, viên chức quy định tại khoản 1, 2, 3, 4, 5 và 6 mục I Thông tư này, thì căn cứ vào hệ số lương và phụ cấp hiện hưởng quy định tại Nghị quyết số 730/2004/NQ-UBTVQH11 ngày 30 tháng 9 năm 2004 của Uỷ ban thường vụ Quốc hội, Nghị quyết số 1003/2006/NQ-UBTVQH11 ngày 03 tháng 3 năm 2006 của Uỷ ban thường vụ Quốc hội, Quyết định số 128-QĐ/TW ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Ban Bí thư Trung ương Đảng, Nghị định số 204/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ và mức lương tối thiểu chung theo quy định tại Điều 1 Nghị định số 166/2007/NĐ-CP để tính mức lương, mức phụ cấp và mức tiền của hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có) như sau:

a) Công thức tính mức lương:

Mức lương thực hiện từ 01/01/2008	=	Mức lương tối thiểu chung 540.000 đồng/tháng	x	Hệ số lương hiện hưởng

b) Công thức tính mức phụ cấp:

- Đối với các khoản phụ cấp tính theo mức lương tối thiểu chung:

Mức phụ cấp thực hiện từ 01/01/2008	=	Mức lương tối thiểu chung 540.000 đồng/tháng	x	Hệ số phụ cấp hiện hưởng

- Đối với các khoản phụ cấp tính theo % mức lương hiện hưởng cộng phụ cấp chức vụ lãnh đạo và phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có):

Mức phụ cấp thực hiện từ 01/01/2008	=	Mức lương thực hiện từ 01/01/2008	+	Mức phụ cấp chức vụ lãnh đạo thực hiện từ 01/01/2008 (nếu có)	+	Mức phụ cấp thâm niên vượt khung thực hiện từ 01/01/2008 (nếu có)	x	Tỷ lệ % phụ cấp được hưởng theo quy định

- Đối với các khoản phụ cấp quy định bằng mức tiền cụ thể thì giữ nguyên theo quy định hiện hành.

c) Công thức tính mức tiền của hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có):

Mức tiền của hệ số chênh lệch bảo lưu thực hiện từ 01/01/2008	=	Mức lương tối thiểu chung 540.000 đồng/tháng	x	Hệ số chênh lệch bảo lưu hiện hưởng (nếu có)

2. Đối với người lao động trong các đơn vị sự nghiệp ngoài công lập

Người lao động trong các đơn vị sự nghiệp ngoài công lập quy định tại khoản 7 mục I Thông tư này căn cứ vào mức lương tối thiểu chung theo quy định tại Điều 1 Nghị định số 166/2007/NĐ-CP để tính mức lương ghi trong hợp đồng; tính đóng, hưởng chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; tiền lương ngày nghỉ lễ, nghỉ hàng năm và các chế độ khác theo quy định của pháp luật.

3. Đối với đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp

Đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp quy định tại khoản 8 mục I Thông tư này, thì căn cứ vào hệ số hoạt động phí đối với đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp quy định tại khoản 2 Điều 75 Quy chế hoạt động của Hội đồng nhân dân các cấp ban hành kèm theo Nghị quyết số 753/2005/NQ-UBTVQH11 ngày 02 tháng 4 năm 2005 của Uỷ ban thường vụ Quốc hội để tính mức hoạt động phí theo công thức sau:

Mức hoạt động phí thực hiện từ 01/01/2008	=	Mức lương tối thiểu chung 540.000 đồng/tháng	x	Hệ số hoạt động phí theo quy định

Bản sao lưu trữ

4. Đối với người làm công tác cơ yếu trong tổ chức cơ yếu quy định tại khoản 9 mục I Thông tư này

a) Người làm công tác cơ yếu là quân nhân, công an nhân dân áp dụng cách tính mức lương và phụ cấp theo hướng dẫn của Bộ Quốc phòng và Bộ Công an;

b) Người làm công tác cơ yếu không phải là quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu, thì thực hiện tính mức lương, mức phụ cấp và mức tiền của hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có) như đối với cán bộ, công chức, viên chức theo cách tính quy định tại khoản 1 mục II Thông tư này.

III. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Người đứng đầu cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý các đối tượng hưởng lương, phụ cấp và hoạt động phí quy định tại mục I Thông tư này, căn cứ vào số đối tượng đến ngày 01 tháng 01 năm 2008 để tính mức lương, mức phụ cấp, mức tiền của hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có) và hoạt động phí theo hướng dẫn tại Thông tư này.

2. Việc xác định quỹ tiền lương, phụ cấp, hoạt động phí và xác định nhu cầu quỹ tăng thêm và nguồn kinh phí đối với các đối tượng hưởng lương từ ngân sách Nhà nước thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Tài chính.

3. Kinh phí thực hiện mức lương tối thiểu chung đối với người lao động quy định tại khoản 7 mục I Thông tư này do đơn vị sự nghiệp tự bảo đảm từ nguồn thu sự nghiệp theo quy định của pháp luật.

4. Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

Bãi bỏ Thông tư liên tịch số 02/2006/TTLT-BNV-BTC ngày 15 tháng 9 năm 2006 của Bộ Nội vụ và Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung từ ngày 01 tháng 10 năm 2006 đối với cán bộ, công chức, viên chức trong các cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp của Nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội.

5. Các khoản trích và các chế độ được hưởng tính theo mức lương tối thiểu chung được tính lại tương ứng từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

6. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an sau khi thống nhất với Bộ Nội vụ và Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 đối với các đối tượng thuộc phạm vi quản lý.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, các Bộ, ngành, địa phương phản ánh về Bộ Nội vụ và Bộ Tài chính để nghiên cứu, giải quyết./.

BỘ TRƯỞNG BỘ TÀI CHÍNH **Vũ Văn Ninh**	**BỘ TRƯỞNG BỘ NỘI VỤ** **Trần Văn Tuấn**

Bản sao lưu trữ

THÔNG TƯ LIÊN TỊCH SỐ 14/2007/TTLT-BYT-BTC NGÀY 10-12-2007 CỦA BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH HƯỚNG DẪN SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỂM CỦA THÔNG TƯ LIÊN TỊCH SỐ 06/2007/TTLT-BYT-BTC NGÀY 30/3/2007 CỦA LIÊN BỘ Y TẾ - BỘ TÀI CHÍNH HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN BẢO HIỂM Y TẾ TỰ NGUYỆN

Căn cứ Nghị định số 63/2005/NĐ- CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm y tế;

Liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT - BYT- BTC ngày 30/3/2007 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện như sau:

I. NỘI DUNG SỬA ĐỔI, BỔ SUNG

1/ Sửa đổi khoản 2, mục I - Đối tượng áp dụng như sau:

"2. Đối tượng áp dụng: Bảo hiểm y tế tự nguyện được áp dụng với mọi công dân Việt Nam (trừ những người đã có thẻ BHYT bắt buộc được quy định tại Điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ và trẻ em dưới 6 tuổi)".

2/ Bãi bỏ khoản 3, mục I - Điều kiện triển khai: Bỏ điều kiện 100% thành viên trong hộ gia đình, 10% số hộ gia đình trong phạm vi địa bàn xã và 10% số học sinh, sinh viên trong danh sách học sinh, sinh viên của nhà trường tham gia.

3/ Sửa đổi, bổ sung điểm a, khoản 1, mục II - Khung mức đóng và phương thức đóng BHYT tự nguyện:

"1. Mức đóng

a) Trên cơ sở khung mức đóng đã được quy định tại Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT- BYT- BTC ngày 30/3/2007, liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính quy định mức đóng và phương thức đóng BHYT tự nguyện như sau:

- Mức đóng đối với cá nhân tham gia BHYT tự nguyện: khu vực thành thị là 320.000 đồng/ người/ năm; khu vực nông thôn là 240.000 đồng/ người/ năm;

- Mức đóng đối với học sinh, sinh viên đang theo học tại các trường tham gia BHYT tự nguyện: khu vực thành thị là 120.000 đồng/người/năm; khu vực nông thôn là 100.000 đồng/người/năm".

4/ Bãi bỏ điểm b và d, khoản 1, mục II - Khung mức đóng và phương thức đóng BHYT tự nguyện.

5/ Sửa đổi, bổ sung điểm a và b, khoản 2, mục II - Khung mức đóng và phương thức đóng BHYT tự nguyện:

"a) Việc thu đóng BHYT tự nguyện được thực hiện như sau:

- Cá nhân đóng BHYT tự nguyện một năm một lần;

- Học sinh, sinh viên đóng BHYT tự nguyện một lần hoặc hai lần trong một năm; hoặc đóng cho cả khóa học.

b) Cơ quan BHXH có trách nhiệm tổ chức hệ thống thu tiền đóng BHYT và phát thẻ BHYT cho người tham gia BHYT tự nguyện bảo đảm thuận tiện, kịp thời, an toàn và đúng quy định của pháp luật".

6/ Sửa đổi, bổ sung điểm a, khoản 3, mục IV - Quản lý và sử dụng Quỹ BHYT tự nguyện như sau:

"a) Số thu BHYT tự nguyện (quy định tại điểm a và b, khoản 1, mục này) trong năm kế hoạch được phân bổ và sử dụng như sau:

- 90% lập Quỹ KCB BHYT tự nguyện;

- 2% lập Quỹ dự phòng KCB BHYT tự nguyện;

- 5% dành chi cho các hoạt động phối hợp, tổ chức thực hiện việc thu đóng BHYT tự nguyện, phát hành thẻ BHYT tự nguyện và hỗ trợ cho các cơ sở khám, chữa bệnh để tổ chức thu viện phí và thanh quyết toán chi phí KCB của người bệnh BHYT tự nguyện;

- 3% dành chi cho đào tạo người tham gia đại lý và bổ sung cho công tác tuyên truyền, vận động, khen thưởng và nâng cao năng lực cán bộ".

7/ Sửa đổi điểm c, khoản 5, mục IV - Quản lý và sử dụng Quỹ BHYT tự nguyện như sau:

"c) Nếu số chi KCB BHYT tự nguyện vượt quá Quỹ KCB BHYT tự nguyện được sử dụng trong năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam được sử

dụng kinh phí của Quỹ dự phòng KCB BHYT tự nguyện hoặc Quỹ dự phòng KCB BHYT bắt buộc theo quy định để bảo đảm chi trả đầy đủ, kịp thời cho các đối tượng tham gia BHYT tự nguyện.

Bộ Y tế chịu trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính xây dựng các giải pháp bảo đảm cân đối quỹ BHYT; chỉ đạo Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tăng cường kiểm tra, giám sát nhằm loại bỏ chi phí bất hợp lý trong việc sử dụng dịch vụ, kỹ thuật y tế, thuốc, vật tư, hoá chất,... tại các cơ sở khám, chữa bệnh BHYT theo các quy định của pháp luật".

8/ Sửa đổi, bổ sung điểm b, khoản 2, mục V - Tổ chức KCB và thanh toán chi phí KCB BHYT tự nguyện như sau:

"b) Quỹ KCB BHYT tự nguyện được tính trên số thẻ đăng ký KCB ban đầu tại cơ sở KCB đó và theo mức đóng phí bình quân của người tham gia BHYT tự nguyện.

Riêng đối với đối tượng là học sinh, sinh viên, quỹ KCB BHYT tự nguyện được tính trên số thẻ đăng ký theo mức phí bình quân của học sinh, sinh viên tham gia BHYT tự nguyện tại địa phương. Quỹ KCB BHYT tự nguyện của đối tượng học sinh, sinh viên được dành 20% để chăm sóc sức khoẻ ban đầu tại nhà trường; 80% quỹ KCB BHYT tự nguyện còn lại được làm căn cứ để xác định quỹ KCB tạm thời khi ký hợp đồng với cơ sở KCB và trợ cấp tử vong".

II. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Thông tư này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc đề nghị các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh kịp thời về liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính để nghiên cứu, hướng dẫn bổ sung./.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ TÀI CHÍNH	**KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**
THỨ TRƯỞNG	**THỨ TRƯỞNG**
Đỗ Hoàng Anh Tuấn	**Nguyễn Thị Xuyên**

NGHỊ ĐỊNH SỐ 135/2007/NĐ-CP NGÀY 16-8-2007 CỦA CHÍNH PHỦ QUY ĐỊNH VỀ XỬ PHẠT VI PHẠM HÀNH CHÍNH TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM XÃ HỘI

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Pháp lệnh Xử lý vi phạm hành chính ngày 02 tháng 7 năm 2002;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội,

NGHỊ ĐỊNH :

Chương I

QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Nghị định này quy định các hành vi vi phạm hành chính; hình thức xử phạt, mức phạt, thẩm quyền xử phạt, biện pháp khắc phục hậu quả, thủ tục xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

1. Cơ quan, tổ chức, cá nhân Việt Nam có hành vi cố ý hoặc vô ý vi phạm các quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội mà không phải là tội phạm thì bị xử phạt theo quy định tại Nghị định này.

2. Cơ quan, tổ chức, cá nhân nước ngoài có hành vi cố ý hoặc vô ý vi phạm hành chính về pháp luật bảo hiểm xã hội trong phạm vi lãnh thổ của nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam cũng bị xử phạt hành chính theo quy định tại Nghị định này, trừ trường hợp Điều ước quốc tế mà Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên có quy định khác thì áp dụng theo quy định của Điều ước quốc tế đó.

Bản sao lưu trữ

3. Đối với những hành vi vi phạm về lĩnh vực bảo hiểm xã hội của cán bộ, công chức trong khi thi hành nhiệm vụ được giao trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội mà không phải là tội phạm thì bị xử lý kỷ luật theo quy định của pháp luật về cán bộ, công chức.

Điều 3. Nguyên tắc xử phạt vi phạm pháp luật bảo hiểm xã hội

1. Việc xử phạt vi phạm hành chính đối với hành vi vi phạm pháp luật bảo hiểm xã hội do người có thẩm quyền được quy định tại Điều 40 và Điều 41 Nghị định này thực hiện.

Cơ quan, tổ chức, cá nhân chỉ bị xử phạt vi phạm hành chính về hành vi vi phạm pháp luật bảo hiểm xã hội khi có hành vi vi phạm quy định tại Chương II Nghị định này.

2. Việc xử phạt vi phạm hành chính đối với hành vi vi phạm pháp luật bảo hiểm xã hội phải được tiến hành nhanh chóng, công minh, triệt để, đúng thời hạn quy định. Khi phát hiện có hành vi vi phạm phải đình chỉ ngay việc vi phạm; mọi hậu quả do hành vi vi phạm hành chính gây ra phải được khắc phục theo quy định của pháp luật.

3. Một hành vi vi phạm hành chính chỉ bị xử phạt một lần. Một người thực hiện nhiều hành vi vi phạm thì bị xử phạt về từng hành vi vi phạm. Nhiều người cùng thực hiện một hành vi vi phạm thì mỗi người vi phạm đều bị xử phạt.

4. Việc xử phạt vi phạm hành chính phải căn cứ vào tính chất, mức độ vi phạm, nhân thân người vi phạm và những tình tiết giảm nhẹ, tình tiết tăng nặng được quy định tại Điều 5 và Điều 6 Nghị định này để quyết định hình thức và biện pháp xử phạt phù hợp.

5. Không xử phạt vi phạm hành chính trong trường hợp thuộc tình thế cấp thiết, sự kiện bất ngờ hoặc người vi phạm hành chính trong khi đang mắc bệnh tâm thần hoặc các bệnh khác làm mất khả năng nhận thức hoặc khả năng điều khiển hành vi của mình.

Điều 4. Áp dụng các hình thức xử phạt vi phạm hành chính và biện pháp khắc phục hậu quả

1. Khi xử phạt vi phạm hành chính người có thẩm quyền xử phạt chỉ được áp dụng những hình thức xử phạt và biện pháp khắc phục hậu quả (nếu có) đã được quy định đối với hành vi vi phạm.

Mỗi hành vi vi phạm hành chính chỉ áp dụng một hình thức xử phạt chính để xử phạt. Ngoài hình thức xử phạt chính, tuỳ theo tính chất, mức độ vi phạm cụ thể có thể bị áp dụng một hoặc nhiều hình thức xử phạt bổ sung và các biện pháp khắc phục hậu quả. Các hình thức xử phạt bổ sung và các biện pháp khắc phục hậu quả chỉ được áp dụng kèm theo hình thức xử phạt chính, trừ trường hợp quá thời hạn quy định tại khoản 1 Điều 10 và Điều 69 của Pháp lệnh Xử lý vi phạm hành chính.

2. Phạt cảnh cáo là hình thức xử phạt chính chỉ được áp dụng trong trường hợp vi phạm nhỏ, lần đầu, có tình tiết giảm nhẹ và hành vi vi phạm có quy định hình thức xử phạt cảnh cáo.

3. Phạt tiền là hình thức xử phạt chính được áp dụng như sau: mức tiền phạt cụ thể đối với một hành vi vi phạm hành chính là mức trung bình của khung tiền phạt được quy định đối với mỗi hành vi vi phạm; nếu có tình tiết giảm nhẹ thì mức tiền phạt có thể giảm xuống, nhưng không được giảm quá mức tối thiểu của khung tiền phạt; nếu có tình tiết tăng nặng thì mức tiền phạt có thể tăng lên nhưng không được vượt quá mức tối đa của khung tiền phạt.

4. Tước quyền sử dụng có thời hạn hoặc không thời hạn các loại giấy phép là hình thức xử phạt bổ sung, chỉ được áp dụng trong trường hợp cơ quan, tổ chức, cá nhân vi phạm nghiêm trọng quy định sử dụng các loại giấy phép và hành vi vi phạm có quy định hình thức xử phạt này.

5. Các biện pháp khắc phục hậu quả chỉ được áp dụng khi hành vi vi phạm hành chính có quy định áp dụng biện pháp này và áp dụng kèm theo hình thức xử phạt chính, nhằm xử lý triệt để vi phạm, loại trừ nguyên nhân, điều kiện tái phạm, khắc phục mọi hậu quả do vi phạm hành chính gây ra.

Điều 5. Các tình tiết giảm nhẹ

1. Người vi phạm hành chính đã ngăn chặn, làm giảm bớt tác hại của vi phạm hoặc tự nguyện khắc phục hậu quả, bồi thường thiệt hại.

2. Người vi phạm hành chính đã tự nguyện khai báo, thành thật hối lỗi.

3. Vi phạm trong tình trạng bị kích động về tinh thần do hành vi trái pháp luật của người khác gây ra.

4. Vi phạm do bị ép buộc hoặc bị lệ thuộc về vật chất hoặc tinh thần.

5. Người vi phạm là phụ nữ có thai, người già yếu, người có bệnh hoặc tàn tật làm hạn chế khả năng nhận thức hoặc khả năng điều khiển hành vi của mình.

6. Vi phạm vì hoàn cảnh đặc biệt khó khăn mà không do mình gây ra.

7. Vi phạm do trình độ lạc hậu.

Điều 6. Các tình tiết tăng nặng

1. Vi phạm có tổ chức.

2. Vi phạm nhiều lần hoặc tái phạm trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội.

3. Xúi giục, lôi kéo người chưa thành niên vi phạm, ép buộc người bị lệ thuộc vào mình về vật chất, tinh thần vi phạm.

4. Vi phạm trong tình trạng say do dùng rượu, bia hoặc các chất kích thích khác.

5. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn hoặc lợi dụng hoàn cảnh khó khăn của người lao động để vi phạm.

6. Lợi dụng hoàn cảnh chiến tranh, hoàn cảnh thiên tai hoặc những khó khăn đặc biệt khác của xã hội để vi phạm.

7. Vi phạm trong thời gian đang chấp hành hình phạt của bản án hình sự hoặc đang chấp hành quyết định xử lý vi phạm hành chính.

8. Tiếp tục thực hiện hành vi vi phạm hành chính mặc dù người có thẩm quyền đã yêu cầu chấm dứt hành vi đó.

9. Sau khi vi phạm đã có hành vi trốn tránh, che giấu hành vi vi phạm hành chính.

Bản sao lưu trữ

Điều 7. Các hình thức xử phạt

1. Đối với mỗi hành vi vi phạm hành chính về pháp luật bảo hiểm xã hội, cơ quan, tổ chức, cá nhân vi phạm phải chịu một trong các hình thức xử phạt chính sau đây:

a) Cảnh cáo;

b) Phạt tiền.

2. Tuỳ theo tính chất, mức độ vi phạm, cơ quan, cá nhân, tổ chức vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội còn có thể bị áp dụng một hoặc nhiều hình thức xử phạt bổ sung sau đây:

a) Tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động có thời hạn hoặc không thời hạn theo quy định của pháp luật;

b) Tịch thu tang vật, phương tiện được sử dụng để vi phạm hành chính.

3. Các cơ quan, tổ chức, cá nhân vi phạm hành chính bị áp dụng một hoặc nhiều biện pháp khắc phục hậu quả buộc khôi phục lại tình trạng ban đầu đã bị thay đổi do vi phạm hành chính gây ra sau đây:

a) Buộc truy nộp số tiền bảo hiểm xã hội vào quỹ bảo hiểm xã hội trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm về đóng bảo hiểm xã hội quy định tại Điều 134 Luật Bảo hiểm xã hội;

b) Buộc đóng số tiền lãi của số tiền bảo hiểm xã hội chưa đóng, chậm đóng theo mức lãi suất của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm xã hội trong năm đối với người sử dụng lao động có hành vi chưa đóng, chậm đóng bảo hiểm xã hội từ 30 ngày trở lên;

c) Buộc hoàn trả số tiền bảo hiểm xã hội cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người sử dụng lao động;

d) Buộc sửa lại cho đúng, nộp lại giấy tờ đã làm sai.

4. Ngoài ra, cơ quan, tổ chức, cá nhân vi phạm hành chính còn bị áp dụng các biện pháp khắc phục hậu quả khác quy định tại Nghị định này.

Bản lưu trữ

Điều 8. Thời hiệu xử lý vi phạm hành chính

1. Thời hiệu xử phạt vi phạm hành chính đối với các hành vi vi phạm hành chính về pháp luật bảo hiểm xã hội quy định tại Nghị định này là 12 tháng, kể từ ngày có hành vi vi phạm hành chính; nếu quá thời hạn nêu trên thì không xử phạt nhưng vẫn bị áp dụng các biện pháp khắc phục hậu quả được quy định tại khoản 3 và khoản 4 Điều 7 Nghị định này.

2. Trong thời hạn quy định tại khoản 1 Điều này mà cơ quan, tổ chức, cá nhân có hành vi vi phạm hành chính mới trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội hoặc cố tình trốn tránh, trì hoãn việc xử phạt thì không áp dụng thời hiệu nêu trên; thời hiệu xử phạt vi phạm hành chính được tính lại kể từ thời điểm thực hiện vi phạm hành chính mới hoặc thời điểm chấm dứt hành vi trốn tránh, trì hoãn việc xử phạt.

3. Đối với cá nhân bị khởi tố, truy tố hoặc có quyết định đưa vụ án ra xét xử theo thủ tục tố tụng hình sự mà có quyết định đình chỉ điều tra hoặc đình chỉ vụ án thì bị xử phạt hành chính nếu hành vi vi phạm có dấu hiệu vi phạm hành chính, trong trường hợp này, thời hiệu xử phạt là ba tháng, kể từ ngày có quyết định đình chỉ điều tra hoặc đình chỉ vụ án.

Điều 9. Thời hạn được coi là chưa bị xử phạt vi phạm hành chính

Cơ quan, tổ chức, cá nhân bị xử phạt vi phạm hành chính về pháp luật bảo hiểm xã hội nếu sau 12 tháng, kể từ ngày chấp hành xong quyết định xử phạt hoặc từ ngày hết thời hiệu thi hành quyết định xử phạt mà không tái phạm thì được coi như chưa bị xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội.

Chương II
HÀNH VI VI PHẠM, HÌNH THỨC XỬ PHẠT VÀ MỨC PHẠT
Mục 1
ĐỐI VỚI NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG

Điều 10. Hành vi không đóng bảo hiểm xã hội cho toàn bộ số người lao động thuộc diện tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 7.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 7.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Hình thức xử phạt bổ sung: tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động có thời hạn đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại điểm c khoản 2 Điều này từ lần thứ ba trở lên hoặc tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động không thời hạn đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại điểm d khoản 2 Điều này từ lần thứ ba trở lên.

4. Biện pháp khắc phục hậu quả: áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều 7 Nghị định này đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 11. Hành vi không trả khoản tiền bảo hiểm xã hội theo quy định vào lương cho người lao động không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 7.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 7.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 10.000.000 đồng đến 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Hình thức xử phạt bổ sung: tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động có thời hạn đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại điểm c khoản 2 Điều này từ lần thứ ba trở lên hoặc tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động không thời hạn đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại điểm d khoản 2 Điều này từ lần thứ ba trở lên.

4. Biện pháp khắc phục hậu quả: áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại điểm c khoản 3 Điều 7 Nghị định này đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 12. Hành vi đóng bảo hiểm xã hội không đủ số người thuộc diện tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 3.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 3.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 10.000.000 đồng đến 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Hình thức xử phạt bổ sung: tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động có thời hạn đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại điểm c khoản 2 Điều này từ lần thứ ba trở lên hoặc tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động không thời hạn đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại điểm d khoản 2 Điều này từ lần thứ ba trở lên.

4. Biện pháp khắc phục hậu quả: áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều 7 Nghị định này đối

với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 13. Hành vi đóng bảo hiểm xã hội không đúng thời gian quy định

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 700.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 700.000 đồng đến dưới 2.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 2.000.000 đồng đến dưới 4.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 4.000.000 đồng đến dưới 7.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 7.000.000 đồng đến 12.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều 7 Nghị định này đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 14. Hành vi đóng bảo hiểm xã hội không đúng mức quy định

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 500.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 500.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 3.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 3.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

Bản sao lưu trữ

d) Từ 5.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại điểm a và điểm b khoản 3 Điều 7 Nghị định này đối với người sử dụng lao động vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 15. Hành vi xác nhận, lập danh sách không đúng thực tế để người lao động hưởng chế độ trợ cấp ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả:

a) Buộc bồi hoàn số tiền đã chi trả sai cho tổ chức bảo hiểm xã hội;

b) Buộc sửa lại cho đúng, nộp lại các giấy tờ đã xác nhận sai của người sử dụng lao động.

Điều 16. Hành vi xác nhận không đúng thời gian và mức đóng bảo hiểm xã hội của người lao động

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả:

a) Buộc bồi hoàn số tiền đã chi trả sai cho tổ chức bảo hiểm xã hội trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này;

b) Buộc sửa lại cho đúng, nộp lại các giấy tờ đã xác nhận sai của người sử dụng lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 17. Hành vi không lập hồ sơ hoặc không làm thủ tục giải quyết để người lao động hưởng chế độ bảo hiểm xã hội trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày giao kết hợp đồng lao động, hợp đồng làm việc hoặc tuyển dụng

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

Bản sao lưu trữ

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc thực hiện nghĩa vụ lập, hoàn thiện hồ sơ, làm thủ tục cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 18. Hành vi không trả trợ cấp bảo hiểm xã hội cho người lao động

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc chi trả trợ cấp bảo hiểm xã hội cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 19. Hành vi trì hoãn trả tiền cho người hưởng chế độ bảo hiểm xã hội sau 30 ngày, kể từ ngày nhận được quyết định chi trả của cơ quan bảo hiểm xã hội (các chế độ ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp)

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc chi trả số tiền bảo hiểm xã hội cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 20. Hành vi không nộp hồ sơ để tổ chức bảo hiểm xã hội cấp sổ bảo hiểm xã hội cho người lao động

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc lập và nộp hồ sơ để cấp sổ bảo hiểm xã hội cho người lao động trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 21. Hành vi không trả sổ bảo hiểm xã hội đúng thời hạn cho người lao động khi người lao động không còn làm việc

1. Cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

Bản sao lưu trữ

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc trả lại sổ bảo hiểm xã hội cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 22. Hành vi vi phạm trách nhiệm bảo quản sổ bảo hiểm xã hội trong thời gian người lao động làm việc dẫn đến mất mát, hư hỏng, sửa chữa, tẩy xoá

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc làm các thủ tục đề nghị cơ quan có thẩm quyền cấp lại sổ bảo hiểm xã hội bị hư hỏng cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt

đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 23. Hành vi không giới thiệu người lao động đi giám định hoặc giám định lại mức suy giảm khả năng lao động tại Hội đồng giám định y khoa để giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội cho người lao động

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc giới thiệu người lao động đi giám định mức suy giảm khả năng lao động tại Hội đồng giám định y khoa trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 24. Hành vi không cung cấp tài liệu, thông tin về bảo hiểm xã hội theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc cung cấp thông tin trong thời hạn 02 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 25. Hành vi báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về bảo hiểm xã hội cho cơ quan nhà nước có thẩm quyền và tổ chức bảo hiểm xã hội địa phương

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc cung cấp thông tin đúng sự thật trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 26. Hành vi không cung cấp tài liệu, thông tin về việc đóng bảo hiểm xã hội của người lao động khi người lao động hoặc tổ chức Công đoàn có yêu cầu

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc cung cấp thông tin trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 27. Hành vi sử dụng Quỹ Bảo hiểm xã hội sai mục đích

1. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm lần thứ nhất;

b) Từ 5.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng, khi tái phạm từ lần thứ hai trở lên.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc bồi hoàn toàn bộ số tiền Quỹ Bảo hiểm xã hội sử dụng sai mục đích, trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Mục 2
ĐỐI VỚI NGƯỜI LAO ĐỘNG

Điều 28. Hành vi không đóng, chậm đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc hoặc thoả thuận với người sử dụng lao động không nộp bảo hiểm xã hội bắt buộc

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại điểm a khoản 3 Điều 7 Nghị định này đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 29. Hành vi kê khai không đúng sự thật hoặc chữa, tẩy xoá những nội dung có liên quan đến việc hưởng bảo hiểm xã hội trong hồ sơ; không cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai lệch cho người sử dụng lao động, tổ chức bảo hiểm xã hội, cơ quan quản lý nhà nước

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả:

a) Buộc hoàn trả số tiền bảo hiểm xã hội đã nhận do hành vi vi phạm, kể cả tiền lãi của khoản tiền đã hưởng trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này;

b) Buộc sửa lại cho đúng, nộp lại giấy tờ kê khai không đúng sự thật.

Điều 30. Hành vi làm giả hồ sơ để hưởng chế độ bảo hiểm xã hội mà chưa đến mức truy cứu trách nhiệm hình sự

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Hình thức xử phạt bổ sung: tịch thu hồ sơ giả và phương tiện, công cụ sử dụng để làm giả hồ sơ.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc hoàn trả số tiền bảo hiểm xã hội đã nhận do hành vi vi phạm, kể cả tiền lãi của khoản tiền đã hưởng trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Mục 3
ĐỐI VỚI TỔ CHỨC BẢO HIỂM XÃ HỘI VÀ CƠ QUAN TỔ CHỨC KHÁC

Bản sao lưu trữ

Điều 31. Hành vi không cấp sổ bảo hiểm xã hội hoặc không chốt sổ bảo hiểm xã hội đúng hạn cho người lao động theo quy định

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc lập sổ bảo hiểm xã hội hoặc chốt sổ bảo hiểm xã hội và cấp cho người lao động trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 32. Hành vi không giải quyết chế độ đúng hạn cho người lao động tham gia bảo hiểm xã hội

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

Bản sao lưu trữ

3. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc giải quyết chế độ cho người lao động trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này.

Điều 33. Hành vi giải quyết không đúng chế độ bảo hiểm xã hội, chi trả không đúng mức quy định cho người lao động

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc giải quyết đúng chế độ bảo hiểm xã hội cho người lao động trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 34. Hành vi gây phiền hà, trở ngại làm thiệt hại đến quyền, lợi ích hợp pháp của người lao động, người sử dụng lao động

Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 1.000.000 đồng.

Điều 35. Hành vi của tổ chức bảo hiểm xã hội quản lý, sử dụng Quỹ bảo hiểm xã hội không đúng quy định

1. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm lần thứ nhất;

b) Từ 5.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng, khi vi phạm từ lần thứ hai trở lên.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: kiến nghị với cơ quan có thẩm quyền tịch thu lợi nhuận thu được từ việc sử dụng quỹ sai mục đích; buộc khôi phục và hoàn trả số tiền sử dụng không đúng mục đích của Quỹ Bảo hiểm xã hội trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 36. Hành vi không cung cấp đầy đủ và kịp thời thông tin về việc đóng, quyền được hưởng chế độ, thủ tục thực hiện bảo hiểm xã hội khi người lao động hoặc tổ chức Công đoàn yêu

Bản sao lưu trữ

cầu; hành vi sách nhiễu, gây khó khăn, phiền hà trong việc giải quyết chế độ

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 1.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc cung cấp đầy đủ thông tin trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 37. Hành vi không báo cáo cơ quan nhà nước có thẩm quyền về tình hình quản lý và sử dụng Quỹ Bảo hiểm xã hội

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 1.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc cung cấp thông tin trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 38. Hành vi báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu tiền đóng vào Quỹ Bảo hiểm xã hội

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 1.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng.

2. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc cung cấp thông tin đúng sự thật trong thời hạn 05 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định xử phạt đối với người có hành vi vi phạm quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 39. Hành vi không cấp giấy chứng nhận hoặc cấp giấy chứng nhận sai của các cơ sở y tế, Hội đồng giám định y khoa để người lao động được hưởng chế độ bảo hiểm xã hội

1. Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến dưới 1.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 01 người đến 10 người lao động.

2. Phạt tiền:

a) Từ 1.000.000 đồng đến dưới 5.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 11 người đến 50 người lao động;

b) Từ 5.000.000 đồng đến dưới 10.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 51 người đến 100 người lao động;

Bản sao lưu trữ

c) Từ 10.000.000 đồng đến dưới 15.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 101 người đến 500 người lao động;

d) Từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng, khi vi phạm với từ 501 người lao động trở lên.

3. Hình thức xử phạt bổ sung: tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động có thời hạn hoặc không thời hạn theo quy định của pháp luật khi vi phạm quy định tại các điểm b, c và d khoản 2 Điều này từ lần thứ hai trở lên.

4. Biện pháp khắc phục hậu quả: buộc sửa lại cho đúng, nộp lại giấy chứng nhận sai.

Chương III
THẨM QUYỀN, THỦ TỤC XỬ PHẠT

Điều 40. Thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội của Chủ tịch Ủy ban nhân dân các cấp

1. Chủ tịch Ủy ban nhân dân quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh có quyền:

a) Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền đến 20.000.000 đồng;

b) Áp dụng hình thức xử phạt bổ sung quy định tại khoản 2 Điều 7 Nghị định này;

c) Áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại khoản 3 Điều 7 Nghị định này.

2. Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có quyền

a) Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền đến 20.000.000 đồng;

b) Áp dụng hình thức xử phạt bổ sung quy định tại khoản 2 Điều 7 Nghị định này;

c) Áp dụng các biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại khoản 3 và khoản 4 Điều 7 Nghị định này.

Điều 41. Thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội của Thanh tra Nhà nước về lao động

1. Thanh tra viên lao động khi đang thi hành công vụ có quyền:

Bản sao lưu trữ

a) Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền đến 200.000 đồng;

b) Tịch thu tang vật, phương tiện được sử dụng để vi phạm hành chính có giá trị đến 2.000.000 đồng;

c) Áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại khoản 3 Điều 7 Nghị định này.

2. Chánh Thanh tra lao động cấp Sở có quyền:

a) Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền đến 20.000.000 đồng;

b) Áp dụng các hình thức xử phạt bổ sung theo quy định tại khoản 2 Điều 7 Nghị định này;

c) Áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại khoản 3 Điều 7 Nghị định này.

3. Chánh Thanh tra Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội có quyền:

a) Phạt cảnh cáo hoặc phạt tiền đến 20.000.000 đồng;

b) Áp dụng các hình thức xử phạt bổ sung theo quy định tại khoản 2 Điều 7 Nghị định này;

c) Áp dụng biện pháp khắc phục hậu quả quy định tại khoản 3 Điều 7 Nghị định này.

Điều 42. Nguyên tắc xác định thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính về bảo hiểm xã hội

1. Đối với hành vi vi phạm hành chính về bảo hiểm xã hội mà thuộc thẩm quyền xử lý của nhiều người thì việc xử phạt do người thụ lý đầu tiên thực hiện theo quy định của Nghị định này.

2. Trong trường hợp xử phạt một người thực hiện nhiều hành vi vi phạm hành chính thì thẩm quyền xử phạt được xác định theo nguyên tắc sau đây:

a) Nếu hình thức, mức xử phạt được quy định đối với từng hành vi đều thuộc thẩm quyền của người xử phạt thì thẩm quyền xử phạt vẫn thuộc người đó;

Bản sao lưu trữ

b) Nếu hình thức, mức xử phạt được quy định đối với một trong các hành vi vượt quá thẩm quyền của người xử phạt thì người đó phải chuyển hồ sơ vụ vi phạm đến cấp có thẩm quyền xử phạt;

c) Nếu các hành vi thuộc thẩm quyền xử phạt của nhiều người thuộc các cơ quan khác nhau thì thẩm quyền xử phạt thuộc Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp có thẩm quyền xử phạt nơi xảy ra vi phạm.

Điều 43. Ủy quyền xử phạt vi phạm hành chính

Trong trường hợp những người có thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính quy định tại Điều 40, Điều 41 Nghị định này vắng mặt thì cấp phó được ủy quyền có thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính và phải chịu trách nhiệm về quyết định của mình.

Điều 44. Thủ tục xử phạt vi phạm hành chính và thi hành quyết định xử phạt

Thủ tục xử phạt vi phạm hành chính đối với các hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm xã hội và việc thi hành quyết định xử phạt được thực hiện theo quy định tại các điều từ Điều 54 đến Điều 68 Chương VI của Pháp lệnh Xử lý vi phạm hành chính ngày 02 tháng 7 năm 2002 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội.

Điều 45. Bảo đảm việc thực hiện nghĩa vụ của người sử dụng lao động

1. Trong thời hạn tối đa không quá 30 ngày, kể từ ngày ra quyết định, người có thẩm quyền xử phạt có quyền thực hiện các biện pháp hành chính theo quy định của pháp luật để buộc người sử dụng lao động thực hiện đầy đủ nghĩa vụ tài chính theo quyết định xử phạt hành vi vi phạm hành chính về bảo hiểm xã hội theo quy định tại Nghị định này. Hết thời hạn trên, nếu người sử dụng lao động không thực hiện nghĩa vụ thì người có thẩm quyền nêu trên yêu cầu ngân hàng, tổ chức tín dụng khác, Kho bạc Nhà nước, nơi người sử dụng lao động mở tài khoản, trích từ tài khoản tiền gửi của người sử dụng lao động để nộp số tiền chưa đóng, chậm đóng và lãi của số tiền này để trả cho người lao động, tổ chức bảo hiểm xã hội hoặc cơ quan, tổ chức liên quan.

2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính, Ngân hàng Nhà nước Việt Nam và các cơ quan, tổ chức liên quan hướng dẫn thực hiện khoản 3 Điều 138 Luật Bảo hiểm xã hội.

Chương IV

KHEN THƯỞNG, XỬ LÝ VI PHẠM, KHIẾU NẠI, TỐ CÁO VÀ GIẢI QUYẾT KHIẾU NẠI, TỐ CÁO

Điều 46. Khiếu nại, tố cáo quyết định xử phạt vi phạm hành chính và giải quyết khiếu nại, tố cáo

1. Cơ quan, tổ chức, cá nhân bị xử phạt vi phạm hành chính hoặc người đại diện hợp pháp của họ có quyền khiếu nại về quyết định xử phạt vi phạm hành chính, quyết định áp dụng các biện pháp bảo đảm việc xử phạt vi phạm hành chính.

2. Công dân có quyền tố cáo với cơ quan nhà nước có thẩm quyền về hành vi trái pháp luật khi xử phạt vi phạm hành chính về hành vi vi phạm pháp luật bảo hiểm xã hội.

3. Thẩm quyền, thủ tục, trình tự, thời hạn khiếu nại, tố cáo và giải quyết khiếu nại, tố cáo thực hiện theo các quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo.

Điều 47. Khen thưởng

Cơ quan, tổ chức, cá nhân có thành tích trong đấu tranh phòng và chống vi phạm hành chính về pháp luật bảo hiểm xã hội được khen thưởng theo quy định chung của pháp luật về thi đua khen thưởng.

Điều 48. Xử lý vi phạm

1. Người có thẩm quyền xử phạt vi phạm hành chính về hành vi vi phạm về pháp luật bảo hiểm xã hội nếu có hành vi sách nhiễu, dung túng, bao che, không xử phạt hoặc xử phạt không kịp thời, không đúng mức, xử phạt vượt quá thẩm quyền quy định thì tuỳ theo tính chất, mức độ vi phạm sẽ bị xử lý kỷ luật hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự; nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

2. Người bị xử lý vi phạm hành chính về hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm xã hội có hành vi cản trở, chống người thi hành công vụ, trì hoãn, trốn tránh việc chấp hành quyết định xử phạt hoặc có những hành vi vi phạm khác thì tuỳ theo tính chất, mức độ vi phạm sẽ bị xử lý hành chính hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự; nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

Bản sao lưu trữ

Chương V
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 49. Hiệu lực thi hành

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

2. Bãi bỏ Điều 18 Nghị định số 113/2004/NĐ-CP ngày 16 tháng 4 năm 2004 của Chính phủ quy định xử phạt vi phạm hành chính về hành vi vi phạm pháp luật lao động.

Điều 50. Trách nhiệm hướng dẫn và thi hành

1. Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội trong phạm vi chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm hướng dẫn, tổ chức và kiểm tra việc thi hành Nghị định này.

2. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các cơ quan, tổ chức, cá nhân liên quan chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG
Nguyễn Tấn Dũng

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH SỐ 68/2007/NĐ-CP NGÀY 19-4-2007 CỦA CHÍNH PHỦ QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM XÃ HỘI VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI BẮT BUỘC ĐỐI VỚI QUÂN NHÂN, CÔNG AN NHÂN DÂN VÀ NGƯỜI LÀM CÔNG TÁC CƠ YẾU HƯỞNG LƯƠNG NHƯ ĐỐI VỚI QUÂN NHÂN, CÔNG AN NHÂN DÂN

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Luật Sĩ quan Quân đội nhân dân Việt Nam ngày 21 tháng 12 năm 1999;

Căn cứ Luật Công an nhân dân ngày 29 tháng 11 năm 2005;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an và Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội,

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH :

Chương 1
NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Nghị định này quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm xã hội về bảo hiểm xã hội bắt buộc đối với quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác Cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân, công an nhân dân.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

1. Người lao động thuộc diện hưởng lương quy định tại điểm d khoản 1 Điều 2 Luật Bảo hiểm xã hội, bao gồm:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân;

b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật thuộc Công an nhân dân;

c) Người làm công tác Cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân, công an nhân dân.

2. Người lao động thuộc diện hưởng phụ cấp quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 2 Luật Bảo hiểm xã hội, bao gồm:

a) Hạ sĩ quan, binh sĩ Quân đội nhân dân;

b) Hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân.

3. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều này trong thời gian đi học tập, thực tập, công tác, nghiên cứu, đi điều dưỡng ngoài nước mà vẫn hưởng tiền lương hoặc phụ cấp ở trong nước và đóng bảo hiểm xã hội theo quy định thì được hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội quy định tại Nghị định này.

4. Người sử dụng lao động tham gia bảo hiểm xã hội quy định tại khoản 2 Điều 2 Luật Bảo hiểm xã hội bao gồm:

a) Các Cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ;

b) Cơ quan, tổ chức khác sử dụng người làm công tác Cơ yếu;

c) Doanh nghiệp thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ.

Điều 3. Các chế độ bảo hiểm xã hội bắt buộc

1. Các chế độ bảo hiểm xã hội bắt buộc quy định tại khoản 1 Điều 4 Luật Bảo hiểm xã hội và Nghị định này, bao gồm: ốm đau; thai sản; tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; hưu trí; tử tuất.

2. Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này được thực hiện cả 5 chế độ bảo hiểm xã hội bắt buộc.

3. Người lao động quy định tại khoản 2 Điều 2 Nghị định này được thực hiện các chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; hưu trí và tử tuất.

Bản sao lưu trữ

Điều 4. Nguyên tắc bảo hiểm xã hội

Nguyên tắc bảo hiểm xã hội quy định tại Điều 5 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Mức hưởng bảo hiểm xã hội được tính trên Cơ sở mức đóng, thời gian đóng bảo hiểm xã hội và có chia sẻ giữa những người tham gia bảo hiểm xã hội.

2. Mức đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc được tính trên Cơ sở tiền lương của người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này hoặc tính trên mức lương tối thiểu chung đối với người lao động quy định tại khoản 2 Điều 2 Nghị định này.

3. Người lao động vừa có thời gian đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc, vừa có thời gian đóng bảo hiểm xã hội tự nguyện, thì thời gian đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc được cộng với thời gian đóng bảo hiểm xã hội tự nguyện để làm Cơ sở tính hưởng chế độ hưu trí và chế độ tử tuất.

4. Quỹ bảo hiểm xã hội do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý thống nhất. Phần quỹ bảo hiểm xã hội do Bảo hiểm xã hội Việt Nam cấp và phần người sử dụng lao động giữ lại theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 92 Luật Bảo hiểm xã hội được quản lý, sử dụng đúng mục đích, đảm bảo dân chủ, công khai, minh bạch.

5. Việc thực hiện bảo hiểm xã hội phải đơn giản, dễ đàng, thuận tiện, bảo đảm kịp thời và đầy đủ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm xã hội.

Điều 5. Quản lý nhà nước về bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ

Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ theo quy định tại Điều 7 và Điều 8 Luật Bảo hiểm xã hội, trong phạm vi, chức năng của mình, thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm xã hội, có các nhiệm vụ và quyền hạn sau đây:

1. Chủ trì, phối hợp với Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và các Bộ, ngành liên quan nghiên cứu, xây dựng trình Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ ban hành hoặc ban hành theo thẩm quyền các văn bản quy phạm pháp luật về bảo hiểm xã hội đối với quân nhân, công an

nhân dân và người làm công tác Cơ yếu trong quân đội, công an và tổ chức Cơ yếu.

2. Kiến nghị với Chính phủ về các vấn đề liên quan đến chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm xã hội.

3. Thực hiện công tác thống kê, thông tin, tuyên truyền phổ biến chế độ chính sách và pháp luật về bảo hiểm xã hội.

4. Tổ chức thực hiện bảo hiểm xã hội đối với người lao động đang phục vụ trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ.

5. Thanh tra, kiểm tra việc chấp hành pháp luật về bảo hiểm xã hội; giải quyết khiếu nại, tố cáo và xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm xã hội thuộc thẩm quyền.

Điều 6. Trách nhiệm đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc

1. Hàng tháng, người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này đóng bảo hiểm xã hội theo quy định tại khoản 1 Điều 91 Luật Bảo hiểm xã hội và Điều 41 Nghị định này.

2. Hàng tháng, người sử dụng lao động quy định tại khoản 4 Điều 2 Nghị định này đóng bảo hiểm xã hội theo quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 92 Luật Bảo hiểm xã hội và Điều 42 Nghị định này.

Điều 7. Các hành vi bị nghiêm cấm

Các hành vi bị nghiêm cấm về bảo hiểm xã hội thực hiện theo quy định tại Điều 14 Luật Bảo hiểm xã hội.

Chương II
CÁC CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM XÃ HỘI BẮT BUỘC

Mục 1
CHẾ ĐỘ ỐM ĐAU

Điều 8. Đối tượng và điều kiện hưởng chế độ ốm đau

Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này được hưởng chế độ ốm đau khi:

1. Bị ốm đau, tai nạn rủi ro phải nghỉ việc, có xác nhận của cơ sở y tế thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ hoặc cơ sở y tế do Bộ Y tế quy định.

Trường hợp ốm đau phải nghỉ việc do tự huỷ hoại sức khoẻ, do say rượu hoặc sử dụng ma tuý, chất gây nghiện khác thì không được hưởng chế độ ốm đau.

2. Có con dưới 7 tuổi bị ốm đau (kể cả con nuôi theo quy định của pháp luật), có xác nhận của cơ sở y tế, phải nghỉ việc để chăm sóc con ốm đau.

Điều 9. Thời gian hưởng chế độ ốm đau

Thời gian hưởng chế độ ốm đau quy định tại khoản 3 Điều 23 và Điều 24 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Khi ốm đau, thời gian hưởng chế độ ốm đau tuỳ thuộc vào thời gian điều trị, kể cả điều trị nội trú và ngoại trú.

2. Thời gian tối đa được nghỉ việc hưởng chế độ để chăm sóc con ốm trong một năm đối với mỗi người, cho mỗi con tính theo ngày làm việc, không kể ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần, ngày nghỉ phép hàng năm, cụ thể như sau:

a) 20 ngày, đối với con dưới 3 tuổi; 15 ngày, đối với con từ đủ 3 tuổi đến dưới 7 tuổi;

b) Trường hợp cả cha và mẹ cùng tham gia bảo hiểm xã hội, nếu một người đã hết thời hạn hưởng chế độ chăm sóc con ốm đau mà con vẫn ốm, thì người kia được hưởng chế độ chăm sóc con ốm theo quy định tại điểm a khoản này.

Điều 10. Mức hưởng chế độ ốm đau

Mức hưởng chế độ ốm đau quy định tại các khoản 1 và 3 Điều 25 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Mức trợ cấp khi nghỉ việc do ốm đau bằng 100% mức tiền lương đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc.

Bản sao lưu trữ

2. Mức trợ cấp khi nghỉ việc để chăm sóc con ốm đau bằng 75% mức tiền lương đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc.

Điều 11. Nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ sau khi ốm đau

Nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ sau khi ốm đau quy định tại Điều 26 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này sau thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau theo quy định tại khoản 1 Điều 9 Nghị định này mà sức khoẻ còn yếu thì được nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ. Việc tổ chức thực hiện nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ quy định tại các Điều 11, 16 và 28 Nghị định này do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ quy định, sau khi trao đổi thống nhất với Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.

2. Thời gian nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ trong một năm tính cả ngày nghỉ hàng tuần, ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày đi và về nếu nghỉ tại cơ sở tập trung và không tính vào thời gian nghỉ hưởng chế độ ốm đau trong năm, cụ thể:

a) Không quá 10 ngày đối với trường hợp sức khoẻ còn yếu sau thời gian ốm đau do mắc bệnh cần chữa trị dài ngày;

b) Không quá 7 ngày đối với trường hợp sức khoẻ còn yếu sau thời gian ốm đau phải phẫu thuật;

c) Bằng 5 ngày đối với các trường hợp khác đã nghỉ ốm từ 30 ngày trở lên trong năm.

3. Mức hưởng dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ một ngày:

a) Bằng 25% mức lương tối thiểu chung, nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ tại gia đình;

b) Bằng 40% mức lương tối thiểu chung, nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ tại cơ sở tập trung, bao gồm ăn, ở, đi lại.

Mục 2
CHẾ ĐỘ THAI SẢN

Điều 12. Đối tượng và điều kiện hưởng chế độ thai sản

1. Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này được hưởng chế độ thai sản theo quy định tại Điều 27 và Điều 28 Luật Bảo hiểm xã hội khi thuộc một trong các trường hợp sau:

a) Nữ quân nhân, nữ công an nhân dân, lao động nữ làm công tác cơ yếu mang thai;

b) Nữ quân nhân, nữ công an nhân dân, lao động nữ làm công tác cơ yếu sinh con;

c) Người lao động nhận nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi;

d) Người lao động thực hiện đặt vòng tránh thai, nạo thai, hút điều hoà kinh nguyệt, triệt sản.

2. Người lao động được hưởng chế độ thai sản quy định tại các điểm b và c khoản 1 Điều này phải có thời gian đóng bảo hiểm xã hội đủ 6 tháng trở lên trong thời gian 12 tháng trước khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi.

3. Trường hợp người lao động đã phục viên, thôi việc trước thời điểm sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi và đủ điều kiện quy định tại khoản 2 Điều này thì vẫn được hưởng chế độ trợ cấp thai sản quy định tại các điểm a, b, c và đ khoản 3; khoản 4 Điều 13 và khoản 1, khoản 2 Điều 14 Nghị định này.

Điều 13. Thời gian hưởng chế độ thai sản

Thời gian hưởng chế độ thai sản quy định tại các điều 29, 30, 31, 32 và 33 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Trong thời gian mang thai, nữ quân nhân, nữ công an nhân dân, lao động nữ làm công tác cơ yếu được nghỉ việc để đi khám thai năm lần, mỗi lần một ngày; nếu ở xa cơ sở y tế, hoặc người mang thai có bệnh lý hoặc thai không bình thường thì được nghỉ việc hai ngày cho mỗi lần khám thai.

Thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản khi đi khám thai tính theo ngày làm việc, không kể ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần.

2. Khi sẩy thai, nạo thai, hút thai hoặc thai chết lưu được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 10 ngày, nếu thai được một tháng; 20 ngày, nếu thai từ một tháng đến dưới ba tháng; 40 ngày, nếu thai từ ba tháng đến dưới sáu tháng; 50 ngày, nếu thai từ sáu tháng trở lên.

3. Khi sinh con được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản theo quy định sau:

a) 5 tháng đối với nữ quân nhân, nữ công an nhân dân, lao động nữ làm công tác cơ yếu nói chung;

b) 6 tháng đối với nữ quân nhân, nữ công an nhân dân, lao động nữ làm công tác cơ yếu là thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, người hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, người tàn tật, bị suy giảm khả năng lao động từ 21% trở lên;

c) Trường hợp sinh đôi trở lên, ngoài thời gian quy định tại điểm a hoặc điểm b khoản này thì tính từ con thứ hai trở đi, cứ mỗi con được nghỉ thêm 30 ngày;

d) Trường hợp sau khi sinh con, nếu con chết thì thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản như sau:

- Con dưới 60 ngày tuổi bị chết thì mẹ được nghỉ việc 90 ngày, tính từ ngày sinh con;

- Con từ 60 ngày tuổi trở lên bị chết thì mẹ được nghỉ việc 30 ngày, tính từ ngày con chết.

Tổng số thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản quy định tại điểm d này không vượt quá thời gian nghỉ sinh con theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 3 Điều này và không tính vào thời gian nghỉ việc riêng hàng năm theo quy định của pháp luật về lao động.

đ) Trường hợp chỉ có cha hoặc mẹ tham gia bảo hiểm xã hội hoặc cả cha và mẹ đều tham gia bảo hiểm xã hội mà mẹ chết sau khi sinh con thì cha hoặc người trực tiếp nuôi dưỡng được hưởng chế độ thai sản cho đến khi con đủ 4 tháng tuổi.

Bản sao lưu trữ

4. Khi nhận nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi theo quy định của pháp luật thì được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản cho đến khi con đủ 4 tháng tuổi.

5. Khi đặt vòng tránh thai được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 7 ngày; khi thực hiện biện pháp triệt sản được nghỉ việc hưởng chế độ thai sản 15 ngày.

6. Thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều này tính cả ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày nghỉ hàng tuần.

Điều 14. Mức hưởng chế độ thai sản

Mức hưởng chế độ thai sản quy định tại Điều 34 và Điều 35 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Mức hưởng chế độ thai sản trong các trường hợp quy định tại Điều 13 Nghị định này bằng 100% mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội của 6 tháng liên kề trước khi nghỉ việc.

2. Lao động nữ khi sinh con hoặc người lao động nhận nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi, ngoài trợ cấp quy định tại khoản 1 Điều này còn được nhận trợ cấp một lần bằng 2 tháng lương tối thiểu chung cho mỗi con.

Trường hợp chỉ có cha tham gia bảo hiểm xã hội mà mẹ chết khi sinh con, thì cha được trợ cấp một lần bằng 2 tháng lương tối thiểu chung cho mỗi con.

3. Thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản quy định tại Điều 13 Nghị định này được tính là thời gian đóng bảo hiểm xã hội. Thời gian này người lao động và người sử dụng lao động không phải đóng bảo hiểm xã hội.

Điều 15. Đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con

Đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con quy định tại Điều 36 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

Bản sao lưu trữ

1. Lao động nữ quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này có thể đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 3 Điều 13 Nghị định này khi có đủ các điều kiện sau:

a) Sau khi sinh con từ đủ 60 ngày trở lên;

b) Có xác nhận của cơ sở y tế về việc đi làm sớm không có hại cho sức khỏe;

c) Được Thủ trưởng Cơ quan, đơn vị quản lý trực tiếp đồng ý.

2. Ngoài tiền lương của những ngày làm việc do người sử dụng lao động trả, lao động nữ đi làm trước khi hết thời hạn nghỉ sinh con vẫn được hưởng chế độ thai sản cho đến khi hết thời hạn quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 3 Điều 13 Nghị định này.

Điều 16. Nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ sau khi nghỉ thai sản

Nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ sau khi nghỉ thai sản quy định tại Điều 37 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Lao động nữ quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này sau thời gian nghỉ hưởng chế độ thai sản theo quy định tại khoản 2 và các điểm a, b, c và d khoản 3 Điều 13 Nghị định này mà sức khoẻ còn yếu thì được nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ.

2. Thời gian nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ trong một năm tính cả ngày nghỉ hàng tuần, ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày đi và về nếu nghỉ tại cơ sở tập trung và không tính vào thời gian nghỉ hưởng chế độ thai sản trong năm, cụ thể:

a) Không quá 10 ngày đối với trường hợp sinh đôi trở lên;

b) Không quá 7 ngày đối với trường hợp sinh con phải phẫu thuật;

c) Bằng 5 ngày đối với các trường hợp khác.

3. Mức hưởng dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ một ngày:

a) Bằng 25% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ tại gia đình;

b) Bằng 40% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ tại cơ sở tập trung, bao gồm ăn, ở, đi lại.

Mục 3
CHẾ ĐỘ TAI NẠN LAO ĐỘNG, BỆNH NGHỀ NGHIỆP

Điều 17. Đối tượng và điều kiện hưởng chế độ tai nạn lao động

Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này, nếu bị suy giảm khả năng lao động từ 5% trở lên do bị tai nạn thuộc một trong các trường hợp sau thì được hưởng chế độ tai nạn lao động:

1. Bị tai nạn trong huấn luyện quân sự, trong học tập, rèn luyện, công tác, lao động sản xuất, thực hiện nhiệm vụ theo yêu cầu của chỉ huy đơn vị, kể cả tại nơi làm việc hoặc ngoài nơi làm việc, trong giờ làm việc hoặc ngoài giờ làm việc.

2. Bị tai nạn trên tuyến đường đi và về từ nơi ở đến nơi làm việc, trong khoảng thời gian và tuyến đường hợp lý:

a) Trong khoảng thời gian hợp lý là khoảng thời gian cần thiết để người lao động đến cơ quan trước giờ làm việc hoặc trở về sau giờ làm việc theo quy định hoặc ngoài giờ làm việc theo yêu cầu của người chỉ huy đơn vị;

b) Tuyến đường hợp lý là tuyến đường thường xuyên đi và về từ nơi ở đến nơi làm việc và ngược lại.

Điều 18. Đối tượng và điều kiện hưởng chế độ bệnh nghề nghiệp

1. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này được hưởng chế độ bệnh nghề nghiệp khi có đủ các điều kiện sau:

a) Làm việc trong môi trường hoặc nghề có yếu tố độc hại mà bị bệnh thuộc danh mục bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội ban hành;

Bản sao lưu trữ

b) Bị suy giảm khả năng lao động từ 5% trở lên do bị bệnh trong trường hợp quy định tại điểm a khoản 1 Điều này.

2. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp khi thi hành nhiệm vụ được hưởng chế độ bệnh nghề nghiệp.

Điều 19. Trách nhiệm của các cơ quan, đơn vị khi quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Các cơ quan, đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ có trách nhiệm chi trả các khoản chi phí y tế và tiền lương cho người lao động từ khi sơ cứu, cấp cứu cho đến khi điều trị ổn định thương tật, bệnh tật; sau khi điều trị ổn định thương tật, bệnh tật, giới thiệu người lao động đi giám định mức độ suy giảm khả năng lao động để làm cơ sở giải quyết chế độ tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp.

Điều 20. Giám định mức suy giảm khả năng lao động

Việc giám định, giám định lại hoặc giám định tổng hợp mức suy giảm khả năng lao động thực hiện theo quy định tại Điều 41 Luật Bảo hiểm xã hội, trên cơ sở thương tật, bệnh tật đã được điều trị ổn định.

Điều 21. Trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp một lần

Người lao động do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp mà bị suy giảm khả năng lạo động từ 5% đến 30% thì được hưởng trợ cấp một lần theo quy định tại Điều 42 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Suy giảm 5% thỉ được hưởng 5 tháng lương tối thiểu chung, sau đó cứ suy giảm thêm 1% thì được hưởng thêm 0,5 tháng lương tối thiểu chung.

2. Ngoài mức trợ cấp quy định tại khoản 1 Điều này, còn được hưởng thêm khoản trợ cấp một lần tính theo thời gian đã đóng bảo hiểm xã hội và tiền lương đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; từ một năm đóng bảo hiểm xã hội trở xuống được tính bằng 0,5 tháng, sau đó cứ thêm một năm đóng bảo hiểm xã hội (đủ 12 tháng) được tính thêm 0,3 tháng tiền

lương đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc để điều trị vết thương, bệnh tật do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

Điều 22. Trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng

1. Người lao động do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp mà bị suy giảm khả năng lao động từ 31% trở lên thì được hưởng trợ cấp hàng tháng theo quy định tại Điều 43 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

a) Suy giảm 31% thì được hưởng bằng 30% mức lương tối thiểu chung, sau đó cứ suy giảm thêm 1% thì được hưởng thêm 2% mức lương tối thiểu chung.

b) Ngoài mức trợ cấp quy định tại điểm a khoản 1 Điều này, hàng tháng còn được hưởng thêm một khoản trợ cấp tính theo thời gian đã đóng bảo hiểm xã hội và tiền lương đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; từ một năm đóng bảo hiểm xã hội trở xuống được tính bằng 0,5%, sau đó cứ thêm một năm đóng bảo hiểm xã hội (đủ 12 tháng) được tính thêm 0,3% mức tiền lương đóng bảo hiểm xã hội của tháng liền kề trước khi nghỉ việc để điều trị vết thương, bệnh tật do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

2. Người lao động bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ được hưởng trợ cấp bệnh nghề nghiệp hàng tháng bằng mức trợ cấp của người lao động bị bệnh nghề nghiệp suy giảm khả năng lao động thấp nhất là 61% mà không phải qua giám định y khoa.

Điều 23. Thời điểm hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Thời điểm hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp quy định tại Điều 44 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp một lần hoặc hàng tháng và trợ cấp phục vụ (nếu có) được hưởng từ tháng điều trị xong, ra viện.

Trường hợp phải nằm viện điều trị nhiều lần rồi mới giám định y khoa thì được hưởng từ tháng ra viện của lần điều trị cuối cùng, trước khi được giám định y khoa.

2. Trường hợp phải giám định tổng hợp mức suy giảm khả năng lao động thì trợ cấp tính theo kết quả giám định y khoa tổng hợp và được hưởng từ tháng ra viện của lần điều trị tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp sau cùng.

3. Trường hợp thương tật hoặc bệnh tật tái phát mà được giám định lại mức suy giảm khả năng lao động thì trợ cấp tính theo kết quả giám định lại và được hưởng từ tháng có kết luận của Hội đồng Giám định y khoa.

4. Trường hợp bị tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp mà không phải điều trị tại cơ sở y tế thì trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp một lần hoặc hàng tháng được hưởng từ tháng có kết luận của Hội đồng Giám định y khoa.

Điều 24. Cấp phương tiện trợ giúp sinh hoạt, dụng cụ chỉnh hình

Việc cấp phương tiện trợ giúp sinh hoạt, dụng cụ chỉnh hình cho người bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp thực hiện theo quy định tại Điều 45 Luật Bảo hiểm xã hội.

Điều 25. Trợ cấp phục vụ

Trợ cấp phục vụ quy định tại Điều 46 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

Người lao động do bị tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp, suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên mà bị liệt cột sống; bị mù hai mắt hoặc cụt, liệt hai chi hoặc bị bệnh tâm thần thì ngoài mức hưởng trợ cấp hàng tháng quy định tại khoản 1 Điều 22 Nghị định này, hàng tháng còn được hưởng trợ cấp phục vụ bằng mức lương tối thiểu chung.

Điều 26. Chế độ bảo hiểm y tế

Chế độ bảo hiểm y tế quy định tại điểm b khoản 4 Điều 15 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

Bản sao lưu trữ

Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này, nếu đã nghỉ việc không tham gia đóng bảo hiểm xã hội, hiện đang hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng và không thuộc diện hưởng lương hưu thì được hưởng bảo hiểm y tế, do Quỹ bảo hiểm xã hội bảo đảm.

Điều 27. Trợ cấp một lần khi chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Trợ cấp một lần khi chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp quy định tại Điều 47 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này đang làm việc mà bị chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hoặc bị chết trong thời gian điều trị lần đầu do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp thì thân nhân được hưởng trợ cấp một lần bằng 36 tháng lương tối thiểu chung; ngoài ra, vẫn được hưởng chế độ tử tuất theo quy định tại Mục 5 Chương II Nghị định này.

Điều 28. Nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ sau khi điều trị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp

Nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ sau khi điều trị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp quy định tại Điều 48 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Người lao động quy định tại khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này sau thời gian điều trị ổn định thương tật, bệnh tật do tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp mà sức khoẻ còn yếu thì được nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ.

2. Thời gian nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ trong một năm tính cả ngày nghỉ hàng tuần, ngày nghỉ lễ, nghỉ Tết, ngày đi và về nếu nghỉ tại cơ sở tập trung, cụ thể:

a) Không quá 10 ngày đối với trường hợp bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp có mức suy giảm khả năng lao động từ 51% trở lên;

b) Không quá 7 ngày đối với trường hợp bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp có mức suy giảm khả năng lao động từ 31% đến 50%;

c) Bằng 5 ngày đối với trường hợp bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp có mức suy giảm khả năng lao động từ 15% đến 30%.

3. Mức hưởng dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ một ngày:

a) Bằng 25% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ tại gia đình;

b) Bằng 40% mức lương tối thiểu chung nếu nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ tại cơ sở tập trung, bao gồm ăn, ở, đi lại.

Mục 4
CHẾ ĐỘ HƯU TRÍ

Điều 29. Đối tượng và điều kiện hưởng lương hưu hàng tháng

Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này nếu nghỉ việc được hưởng lương hưu hàng tháng khi thuộc một trong các trường hợp sau:

1. Nam đủ 55 tuổi, nữ đủ 50 tuổi và đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 20 năm trở lên.

2. Nam từ đủ 50 tuổi đến đủ 55 tuổi, nữ từ đủ 45 tuổi đến đủ 50 tuổi và đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 20 năm trở lên, trong đó có đủ 15 năm làm nghề hoặc công việc nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm thuộc danh mục nghề, công việc do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và Bộ Y tế ban hành hoặc có đủ 15 năm làm việc ở nơi có phụ cấp khu vực hệ số từ 0,7 trở lên.

3. Những người sau đây đã đóng đủ bảo hiểm xã hội theo quy định, khi nghỉ việc dược hưởng chế độ hưu trí hàng tháng:

a) Nam quân nhân có đủ 25 năm, nữ quân nhân có đủ 20 năm trở lên công tác trong quân đội nhân dân, trong đó có ít nhất 5 năm tuổi quân, mà quân đội không còn nhu cầu bố trí sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, công chức quốc phòng hoặc không chuyển ngành được. Thời gian công tác trong quân đội bao gồm thời gian là sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ, công nhân viên chức quốc phòng;

Bản sao lưu trữ

b) Nam công an nhân dân có đủ 25 năm, nữ công an nhân dân có đủ 20 năm trở lên công tác trong công an nhân dân, trong đó có ít nhất 5 năm được tính thâm niên, nếu sức khoẻ yếu, năng lực hạn chế, do yêu cầu công tác hoặc tự nguyện xin nghỉ. Thời gian công tác trong công an bao gồm thời gian là sĩ quan, hạ sĩ quan, chiến sĩ, học viên, công nhân viên chức công an nhân dân;

c) Người làm công tác cơ yếu là nam có đủ 25 năm, nữ có đủ 20 năm trở lên công tác trong cơ quan cơ yếu, trong đó có ít nhất 5 năm được tính thâm niên ngành cơ yếu mà cơ quan cơ yếu không còn nhu cầu bố trí công tác trong tổ chức cơ yếu hoặc không chuyển ngành được. Thời gian công tác trong tổ chức cơ yếu bao gồm thời gian làm công tác cơ yếu và thời gian làm công tác khác.

4. Người lao động bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ, đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 20 năm trở lên.

Điều 30. Điều kiện hưởng lương hưu khi suy giảm khả năng lao động

Điều kiện hưởng lương hưu khi suy giảm khả năng lao động quy định tại Điều 51 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này, khi nghỉ việc được hưởng lương hưu hàng tháng với mức lương hưu thấp hơn so với người nghỉ hưu quy định tại Điều 29 Nghị định này, khi thuộc một trong các trường hợp sau:

1. Nam đủ 50 tuổi, nữ đủ 45 tuổi và đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 20 năm trở lên mà bị suy giảm khả năng lao động từ 61 % trở lên.

2. Đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 20 năm trở lên, trong đó có đủ 15 năm trở lên làm nghề hoặc công việc đặc biệt nặng nhọc, độc hại, nguy hiểm thuộc danh mục nghề, công việc do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội và Bộ Y tế ban hành mà bị suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên, không phụ thuộc vào tuổi đời.

Bản sao lưu trữ

Điều 31. Mức lương hưu hàng tháng và trợ cấp một lần khi nghỉ hưu

Mức lương hưu hàng tháng và trợ cấp một lần khi nghỉ hưu quy định tại Điều 52 và Điều 54 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Đối với người nghỉ hưu quy định tại Điều 29 Nghị định này thì mức lương hưu hàng tháng tính theo thời gian đóng bảo hiểm xã hội và mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội: đủ 1 5 năm đóng bảo hiểm xã hội được tính bằng 45% mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội; sau đó, cứ thêm mỗi năm đóng bảo hiểm xã hội được tính thêm 2% đối với nam và 3% đối với nữ. Mức lương hưu hàng tháng tối đa bằng 75% mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội.

2. Đối với người nghỉ hưu quy định tại Điều 30 Nghị định này thì mức lương hưu hàng tháng được tính như quy định tại khoản 1 Điều này, nhưng cứ mỗi năm nghỉ việc hưởng lương hưu trước tuổi so với tuổi nghỉ hưu quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 29 Nghị định này thì giảm đi 1% mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội. Mức lương hưu hàng tháng thấp nhất bằng mức lương tối thiểu chung.

3. Ngoài lương hưu hàng tháng, nếu có thời gian đóng bảo hiểm xã hội trên 30 năm đối với nam, trên 25 năm đối với nữ thì khi nghỉ hưu còn được hưởng trợ cấp một lần theo cách tính như sau: kể từ năm thứ 31 trở đi đối với nam và từ năm thứ 26 trở đi đối với nữ, cứ mỗi năm đóng bảo hiểm xã hội được trợ cấp bằng 0,5 tháng mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội.

4. Thời gian đóng bảo hiểm xã hội quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này nếu có tháng lẻ thì cách tính mức hưởng lương hưu hàng tháng hoặc trợ cấp một lần khi nghỉ hưu như sau: dưới 3 tháng đóng bảo hiểm xã hội thì không được tính; từ đủ 3 tháng đến đủ 6 tháng tính bằng nửa (1/2) mức hưởng của một năm đóng bảo hiểm xã hội; từ trên 6 tháng đến dưới 12 tháng tính bằng mức hưởng của một năm đóng bảo hiểm xã hội.

Điều 32. Trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần

Trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần quy định tại Điều 55 và Điều 56 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này khi phục viên, xuất ngũ, thôi việc, người lao động bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ, nếu không đủ điều kiện hưởng lương hưu hàng tháng quy định tại Điều 29 hoặc Điều 30 Nghị định này thì được hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần.

2. Mức trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần tính theo thời gian đã đóng bảo hiểm xã hội và mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội: cứ mỗi năm đóng bảo hiểm xã hội được trợ cấp bằng 1,5 tháng mức bình quân tiền lương tháng.

3. Thời gian đóng bảo hiểm xã hội nếu có tháng lẻ, thì cách tính mức hưởng trợ cấp một lần như quy định tại khoản 4 Điều 31 Nghị định này.

Điều 33. Bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội

Bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội quy định tại Điều 57 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Người lao động khi nghỉ việc mà chưa đủ điều kiện để hưởng chế độ hưu trí hàng tháng, nếu có nguyện vọng chưa nhận trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần thì được bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội.

2. Trong thời gian bảo lưu:

a) Nếu tiếp tục đóng bảo hiểm xã hội thì được cộng tiếp thời gian đóng bảo hiểm xã hội và được giải quyết các chế độ bảo hiểm xã hội theo quy định đối với từng đối tượng tại thời điểm giải quyết chính sách bảo hiểm xã hội;

b) Nếu có nguyện vọng được nhận trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần thì Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố nơi cư trú hợp pháp giải quyết;

c) Nếu đã có đủ 20 năm đóng bảo hiểm xã hội trở lên và trong thời gian bảo lưu không tiếp tục đóng bảo hiểm xã hội nữa, khi đủ tuổi đời quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 Điều 29 Nghị định này thì được hưởng lương hưu hàng tháng, do Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố nơi cư trú hợp pháp giải quyết;

Bản sao lưu trữ

d) Nếu đã có đủ 20 năm đóng bảo hiểm xã hội trở lên, trong thời gian bảo lưu bị ốm đau hoặc tai nạn rủi ro mà bị suy giảm khả năng lao động thì đối tượng được làm đơn gửi tới Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố nơi cư trú hợp pháp đề nghị giới thiệu đi giám định y khoa về mức độ suy giảm khả năng lao động. Nếu đủ điều kiện quy định tại Điều 30 Nghị định này thì được hưởng chế độ hưu trí hàng tháng với mức lương hưu thấp;

đ) Nếu chết thì được hưởng chế độ tử tuất quy định tại Mục 5 Chương II Nghị định này.

Điều 34. Mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội để tính lương hưu, trợ cấp một lần

Mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội để tính lương hưu, trợ cấp một lần khi nghỉ hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần quy định tại điểm a khoản 2 Điều 50 và tại các Điều 58, 59, 60 và 61 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định, mà bắt đầu tham gia bảo hiểm xã hội trước ngày 01 tháng 01 năm 1995 và có toàn bộ thời gian đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương này thì tính bình quân tiền lương tháng của 5 năm cuối trước khi nghỉ hưu hoặc phục viên, xuất ngũ, thôi việc.

2. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định, mà bắt đầu tham gia bảo hiểm xã hội trong khoảng thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 1995 đến ngày 31 tháng 12 năm 2006 và có toàn bộ thời gian đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương này thì mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội được tính như sau:

a) Tham gia bảo hiểm xã hội trong khoảng thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 1995 đến ngày 31 tháng 12 năm 2000 thì tính bình quân tiền lương tháng của 6 năm cuối trước khi nghỉ hưu hoặc phục viên, xuất ngũ, thôi việc;

b) Tham gia bảo hiểm xã hội trong khoảng thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2001 đến ngày 31 tháng 12 năm 2006 thì tính bình

quân tiền lương tháng của 8 năm cuối trước khi nghỉ hưu hoặc trước khi phục viên, xuất ngũ, thôi việc.

3. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định mà bắt đầu tham gia bảo hiểm xã hội từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi và có toàn bộ thời gian đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương này thì tính bình quân tiền lương tháng của 10 năm cuối trước khi nghỉ hưu hoặc phục viên, xuất ngũ, thôi việc.

4. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này vừa có thời gian tham gia bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định, vừa có thời gian tham gia bảo hiểm xã hội không theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định, thì tính bình quân tiền lương, tiền công chung của các thời gian, trong đó: thời gian tham gia bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định tính như các khoản 1, 2 và 3 Điều này; thời gian tham gia bảo hiểm xã hội không theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì tính bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng bảo hiểm xã hội chung của các thời gian.

5. Tiền lương đã đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định được quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này để làm căn cứ tính mức bình quân tiền lương tháng được điều chỉnh theo mức lương tối thiểu chung tại thời điểm hưởng bảo hiểm xã hội.

Tiền lương đã đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do người sử dụng lao động quy định được quy định tại khoản 4 Điều này, để làm căn cứ tính mức bình quân tiền lương tháng khi giải quyết hưởng bảo hiểm xã hội, được điều chỉnh trên cơ sở chỉ số giá sinh hoạt của từng thời kỳ, do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội phối hợp với Bộ Tài chính nghiên cứu, trình Chính phủ quy định.

6. Thời gian tham gia bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định được quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này bao gồm thời gian là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu, công nhân viên chức quốc phòng, công nhân viên chức công an, công nhân viên chức ngành cơ yếu, lao động hợp đồng trong các doanh nghiệp quốc phòng, an ninh, cơ yếu; cán bộ, công chức, viên chức Nhà

nước; lao động hợp đồng theo chế độ hợp đồng làm việc theo pháp luật về cán bộ, công chức, viên chức; lao động hợp đồng trong các doanh nghiệp Nhà nước.

7. Quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đã chuyển sang ngạch công chức, viên chức quốc phòng, công an, cơ yếu hoặc chuyển ngành sang làm việc trong biên chế tại các cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, hưởng lương từ ngân sách nhà nước hoặc chuyển ngành sang doanh nghiệp Nhà nước rồi mới nghỉ hưu thì cách tính lương hưu thực hiện như sau:

a) Được lấy mức bình quân tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội tại thời điểm nghỉ hưu, cộng thêm khoản phụ cấp thâm niên nghề (nếu đã được hưởng) tính theo thời gian phục vụ tại ngũ của mức lương sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân và sĩ quan, hạ sĩ quan công an nhân dân hoặc phụ cấp thâm niên nghề tính theo thời gian làm việc trong tổ chức cơ yếu tại thời điểm liền kề trước khi chuyển ngành, được chuyển đổi theo chế độ tiền lương quy định tại thời điểm nghỉ hưu để làm cơ sở tính lương hưu;

b) Trường hợp quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đã chuyển ngành rồi nghỉ hưu mà khi nghỉ hưu có mức lương hưu tính theo điểm a khoản này thấp hơn mức lương hưu tính theo mức lương bình quân của quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu tại thời điểm chuyển ngành thì được lấy mức bình quân tiền lương tháng tại thời điểm chuyển ngành và được chuyển đổi theo chế độ tiền lương quy định tại thời điểm nghỉ hưu để làm cơ sở để tính lương hưu.

Điều 35. Chế độ bảo hiểm y tế

Quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu khi hưởng lương hưu hàng tháng được hưởng bảo hiểm y tế quy định tại điểm a khoản 4 Điều 15 Luật Bảo hiểm xã hội, do quỹ bảo hiểm xã hội bảo đảm.

Mục 5
CHẾ ĐỘ TỬ TUẤT

Điều 36. Trợ cấp mai táng

1. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này thuộc một trong các trường hợp sau đây khi chết thì người lo mai táng được nhận trợ cấp mai táng:

a) Đang đóng bảo hiểm xã hội;

b) Đang bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội;

c) Đang hưởng lương hưu hàng tháng hoặc đã nghỉ việc và đang hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng.

2. Trợ cấp mai táng bằng mười tháng lương tối thiểu chung.

Điều 37. Các trường hợp hưởng trợ cấp tuất hàng tháng

Các trường hợp hưởng trợ cấp tuất hàng tháng quy định tại Điều 64 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này thuộc một trong các trường hợp sau, khi chết thì thân nhân được hưởng trợ cấp tuất hàng tháng:

a) Đã đóng bảo hiểm xã hội đủ 15 năm trở lên nhưng chưa hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần (kể cả đang đóng bảo hiểm xã hội hoặc đang bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội);

b) Chết do tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; đã bị nhiễm HIV/AIDS vì tai nạn rủi ro nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ, kể cả chết trong thời gian điều trị lần đầu;

c) Đang hưởng lương hưu hàng tháng;

d) Đang hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng với mức suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên.

2. Thân nhân của các đối tượng quy định tại khoản 1 Điều này được hưởng trợ cấp tuất hàng tháng, bao gồm:

a) Con (bao gồm con đẻ, con nuôi hợp pháp, con ngoài giá thú được pháp luật công nhận, con đẻ mà khi người chồng chết người vợ đang mang thai) chưa đủ 15 tuổi hoặc chưa đủ 18 tuổi nếu còn đi học

hoặc đã đủ 15 tuổi trở lên nhưng bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

b) Vợ từ đủ 55 tuổi trở lên hoặc chồng từ đủ 60 tuổi trở lên; vợ dưới 55 tuổi hoặc chồng dưới 60 tuổi nhưng bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;

c) Cha đẻ, mẹ đẻ, cha vợ hoặc cha chồng, mẹ vợ hoặc mẹ chồng, người khác mà đối tượng quy định tại khoản 1 Điều này khi còn sống có trách nhiệm nuôi dưỡng nếu từ đủ 60 tuổi trở lên đối với nam, từ đủ 55 tuổi trở lên đối với nữ;

d) Cha đẻ, mẹ đẻ, cha vợ hoặc cha chồng, mẹ vợ hoặc mẹ chồng, người khác mà đối tượng quy định tại khoản 1 Điều này khi còn sống có trách nhiệm nuôi dưỡng, dưới 60 tuổi đối với nam, dưới 55 tuổi đối với nữ mà bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.

Thân nhân được hưởng trợ cấp tuất hàng tháng quy định tại các điểm b, c và d khoản này phải không có thu nhập hàng tháng hoặc có thu nhập hàng tháng nhưng mức thu nhập đó thấp hơn mức lương tối thiểu chung.

Điều 38. Trợ cấp tuất hàng tháng

Trợ cấp tuất hàng tháng quy định tại Điều 65 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Mức trợ cấp tuất hàng tháng đối với mỗi thân nhân quy định tại khoản 2 Điều 37 Nghị định này bằng 50% mức lương tối thiểu chung. Trường hợp thân nhân không có hoặc không còn người trực tiếp nuôi dưỡng thì mức trợ cấp tuất hàng tháng bằng 70% mức lương tối thiểu chung.

2. Trường hợp một người lao động quy định tại khoản 1 Điều 37 Nghị định này mà chết thì số thân nhân được hưởng trợ cấp tuất hàng tháng không quá bốn người.

3. Trường hợp có từ hai người lao động quy định tại khoản 1 Điều 37 Nghị định này trở lên mà chết thì thân nhân được hưởng hai lần mức trợ cấp tuất hàng tháng quy định tại khoản 1 Điều này.

4. Thời điểm thân nhân nhận trợ cấp tuất hàng tháng được tính từ tháng liền kề sau tháng người lao động quy định tại khoản 1 Điều 37 Nghị định này bị chết.

Điều 39. Các trường hợp hưởng trợ cấp tuất một lần

Các trường hợp hưởng trợ cấp tuất một lần quy định tại Điều 66 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này thuộc một trong các trường hợp sau, khi chết thân nhân được hưởng trợ cấp tuất một lần:

1. Người chết không thuộc một trong các trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 37 Nghị định này.

2. Người chết thuộc một trong các trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 37 Nghị định này nhưng không có hoặc không còn thân nhân đủ điều kiện nhận trợ cấp tuất hàng tháng quy định tại khoản 2 Điều 37 Nghị định này.

Điều 40. Mức trợ cấp tuất một lần

Mức trợ cấp tuất một lần quy định tại Điều 67 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Mức trợ cấp tuất một lần đối với thân nhân của người lao động đang đóng bảo hiểm xã hội hoặc của người đang bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội mà chết, được tính theo số năm đã đóng bảo hiểm xã hội và mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội trước khi chết: cứ mỗi năm tính bằng 1,5 tháng mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội; mức trợ cấp tuất một lần thấp nhất bằng 3 tháng bình quân tiền lương tháng trước khi chết. Cách tính mức bình quân tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội trước khi chết thực hiện như quy định tại Điều 34 Nghị định này.

2. Thời gian đóng bảo hiểm xã hội nếu có tháng lẻ thì cách tính mức hưởng trợ cấp tuất một lần thực hiện như khoản 4 Điều 31 Nghị định này.

3. Mức trợ cấp tuất một lần đối với thân nhân của người đang hưởng lương hưu mà chết, được tính theo thời gian đã hưởng lương hưu

và mức lương hưu đang hưởng trước khi chết: nếu chết trong hai tháng đầu hưởng lương hưu thì mức trợ cấp tuất một lần bằng 48 tháng lương hưu; nếu chết vào những tháng sau đó thì cứ hưởng thêm một tháng lương hưu thì mức trợ cấp giảm đi 0,5 tháng lương hưu; mức trợ cấp tuất một lần thấp nhất bằng 3 tháng lương hưu đang hưởng trước khi chết.

Chương III
QUẢN LÝ VÀ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM XÃ HỘI BẮT BUỘC

Điều 41. Mức đóng bảo hiểm xã hội của người lao động thuộc diện hưởng lương

Hàng tháng, người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này đóng bảo hiểm xã hội vào quỹ hưu trí và tử tuất quy định tại khoản 1 Điều 91 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Từ tháng 01 năm 2007 đến tháng 12 năm 2009: 5% tiền lương tháng;

2. Từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 12 năm 2011 : 6% tiền lương tháng;

3. Từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2013 : 7% tiền lương tháng;

4. Từ tháng 01 năm 2014 trở đi: 8% tiền lương tháng.

Điều 42. Mức đóng và phương thức đóng bảo hiểm xã hội của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ

Mức đóng và phương thức đóng bảo hiểm xã hội qui định tại các khoản 1 và 2 Điều 92 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Hàng tháng, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ đóng trên tổng quỹ tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội của người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này, cụ thể:

a) Đóng 3% vào quỹ ốm đau và thai sản; trong đó, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ giữ lại 2% để chi trả kịp thời cho người lao động đủ điều kiện hưởng chế độ ốm đau, thai sản quy định tại

Bản sao lưu trữ

các Mục 1 và 2 Chương II Nghị định này, thực hiện quyết toán hàng quý với tổ chức Bảo hiểm xã hội;

b) Đóng 1% vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

c) Đóng vào quỹ hưu trí và tử tuất như sau:

- Từ tháng 01 năm 2007 đến tháng 12 năm 2009: 11% tiền lương tháng;

- Từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 12 năm 2011: 12% tiền lương tháng;

- Từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2013: 13% tiền lương tháng;

- Từ tháng 01 năm 2014 trở đi: 14% tiền lương tháng.

2. Hàng tháng, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ đóng trên mức lương tối thiểu chung cho người lao động quy định tại khoản 2 Điều 2 Nghị định này, cụ thể:

a) Đóng 1% vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

b) Đóng vào quỹ hưu trí và tử tuất như sau:

- Từ tháng 01 năm 2007 đến tháng 12 năm 2009: 16% tiền lương;

- Từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 12 năm 2011: 18% tiền lương;

- Từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2013: 20% tiền lương;

- Từ tháng 01 năm 2014 trở đi: 22% tiền lương.

3. Hàng tháng, Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ có trách nhiệm chuyển cùng một lúc toàn bộ số thu bảo hiểm xã hội theo quy định tại Điều 41 và các khoản 1 và 2 Điều này vào Quỹ bảo hiểm xã hội do Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất quản lý.

Điều 43. Tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội

Bản sao lưu trữ

Tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội quy định tại khoản 2 Điều 92 và khoản 1 Điều 94 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Đối với người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này thì tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội là tiền lương theo cấp bậc quân hàm, ngạch, bậc, và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên nghề, phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có) của mỗi người. Tiền lương này tính trên cơ sở mức lương tối thiểu chung do Chính phủ quy định ở từng giai đoạn.

2. Đối với người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này được cơ quan, đơn vị, tổ chức có thẩm quyền cử biệt phái sang làm việc tại các cơ quan, tổ chức ngoài quân đội, công an, cơ yếu hoặc điều động sang làm việc tại các doanh nghiệp, liên doanh của quân đội, công an, cơ yếu mà vẫn được thăng quân hàm, nâng lương theo quy định của pháp luật thì tiền lương đóng bảo hiểm xã hội được thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều này.

3. Đối với người lao động quy định tại khoản 2 Điều 2 Nghị định này thì tiền lương đóng bảo hiểm xã hội tính trên mức lương tối thiểu chung do Chính phủ quy định ở từng giai đoạn.

Điều 44. Sử dụng và quyết toán quỹ bảo hiểm xã hội

Sử dụng quỹ bảo hiểm xã hội quy định tại Điều 90 và Điều 95 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Phần quỹ bảo hiểm xã hội do Bảo hiểm xã hội Việt Nam cấp và phần giữ lại 2% theo quy định tại điểm a khoản 1 Điều 42 Nghị định này được tổ chức bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ sử dụng để chi trả các chế độ bảo hiểm xã hội theo quy định tại Chương II Nghị định này cho người lao động khi đang phục vụ trong quân đội, công an, cơ yếu, bao gồm:

a) Chế độ ốm đau;

b) Chế độ thai sản;

c) Chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp một lần và hàng tháng;

Bản sao lưu trữ

d) Trợ cấp một lần khi nghỉ hưu và trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần;

đ) Mai táng phí và trợ cấp tuất một lần.

2. Phần quỹ bảo hiểm xã hội thu từ Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý, ngoài phần chuyển cho tổ chức bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ để sử dụng cho những nội dung quy định tại khoản 1 và điểm b khoản 3 Điều này, còn được sử dụng để chi trả trợ cấp bảo hiểm xã hội cho người lao động sau khi thôi phục vụ trong quân đội, công an, cơ yếu và đầu tư để bảo toàn, tăng trưởng quỹ bảo hiểm xã hội.

3. Chi phí quản lý bảo hiểm xã hội trong tổ chức bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ, bao gồm:

a) Chi thường xuyên của tổ chức bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ bảo đảm;

b) Chi hỗ trợ cho hoạt động bảo hiểm xã hội của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ do Quỹ bảo hiểm xã hội bảo đảm, bao gồm chi thường xuyên đặc thù và chi không thường xuyên.

4. Tổ chức Bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ thực hiện chế độ thống kê, kế toán, thanh quyết toán với Bảo hiểm Xã hội Việt Nam theo quy định hiện hành.

Chương IV
THỦ TỤC THỰC HIỆN BẢO HIỂM XÃ HỘI

Điều 45. Sổ bảo hiểm xã hội

Người lao động được cấp sổ bảo hiểm xã hội để theo dõi việc đóng, hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội và là cơ sở để giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội đối với từng cá nhân.

Điều 46. Hồ sơ hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội

Hồ sơ để hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội quy định như sau:

1. Hồ sơ hưởng chế độ ốm đau thực hiện theo quy định tại Điều 112 Luật Bảo hiểm xã hội.

2. Hồ sơ hưởng chế độ thai sản thực hiện theo quy định tại Điều 113 Luật Bảo hiểm xã hội.

3. Hồ sơ hưởng chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp thực hiện theo quy định tại Điều 114 và Điều 115 Luật Bảo hiểm xã hội, cụ thể như sau:

a) Sổ bảo hiểm xã hội;

b) Biên bản điều tra tai nạn lao động; trường hợp bị tai nạn giao thông được xác định là tai nạn lao động thì phải có biên bản tai nạn giao thông cra cơ quan công an hoặc của cơ quan điều tra hình sự quân đội lập hoặc biên bản đo đạc môi trường có yếu tố độc hại, trường hợp biên bản xác định cho nhiều người thì hồ sơ của mỗi người có bản trích sao nếu mắc bệnh nghề nghiệp;

c) Giấy ra viện của cơ sở y tế thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ hoặc tổ chức y tế do Bộ Y tế quy định. Trường hợp mắc bệnh nghề nghiệp mà không điều trị tại bệnh viện thì phải có giấy khám bệnh nghề nghiệp;

d) Biên bản giám định mức suy giảm khả năng lao động của Hội đồng giám định y khoa;

đ) Công văn của thủ trưởng đơn vị cấp trung đoàn hoặc tương đương trở lên đề nghị giải quyết chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp cho từng trường hợp.

4. Hồ sơ hưởng trợ cấp nghỉ dưỡng sức, phục hồi sức khoẻ thực hiện theo quy định tại Điều 116 Luật Bảo hiểm xã hội.

5. Hồ sơ hưởng lương hưu thực hiện theo quy định tại Điều 119 Luật Bảo hiểm xã hội.

6. Hồ sơ hưởng bảo hiểm xã hội một lần thực hiện theo quy định tại Điều 120 Luật Bảo hiểm xã hội.

7. Hồ sơ hưởng chế độ tử tuất thực hiện theo quy định tại Điều 121 Luật Bảo hiểm xã hội.

Bản sao lưu trữ

8. Hồ sơ hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội đối với những người chấp hành xong hình phạt tù mà chưa hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội thực hiện theo quy định tại khoản 1 Điều 127 Luật Bảo hiểm xã hội.

Chương V
TỔ CHỨC THỰC HIỆN BẢO HIỂM XÃ HỘI TRONG BỘ QUỐC PHÒNG, BỘ CÔNG AN VÀ BAN CƠ YẾU CHÍNH PHỦ

Điều 47. Nhiệm vụ tổ chức thực hiện bảo hiểm xã hội của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ

Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yêu Chính phủ tổ chức thực hiện bảo hiểm xã hội theo quy định tại Điều 19 và Điều 20 Luật Bảo hiểm Xã hội, cụ thể như sau:

1. Xây dựng kế hoạch hoạt động bảo hiểm xã hội hàng năm và báo cáo Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2. Hàng năm, lập kế hoạch thu, chi bảo hiểm xã hội và quyết toán thu, chi bảo hiểm xã hội với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3. Trực tiếp thu bảo hiểm xã hội theo quy định đối với những người tham gia bảo hiểm xã hội trong các cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ và hàng tháng nộp về Bảo hiểm xã hội Việt Nam; tổ chức quản lý phần quỹ bảo hiểm xã hội sử dụng trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ để bảo đảm thực hiện đầy đủ, kịp thời các chế độ bảo hiểm xã hội cho người lao động khi đang làm việc và trước khi nghỉ việc hay chuyển ngành.

4. Cấp sổ bảo hiểm xã hội cho người lao động làm việc trong các cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ, xác nhận và bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội khi họ nghỉ việc mà không hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần.

5. Xét duyệt hồ sơ, ra quyết định hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội và chi trả trợ cấp bảo hiểm xã hội cho người lao động tham gia bảo

hiểm xã hội trong các cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ; giới thiệu về Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố để hưởng lương hưu hàng tháng, trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng hoặc thân nhân hưởng trợ cấp tuất hàng tháng.

6. Giải quyết kịp thời các khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ. Kiểm tra việc thực hiện bảo hiểm xã hội đối với các cá nhân và cơ quan, đơn vị, doanh nghiệp trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ.

7. Thực hiện các quyền và trách nhiệm khác theo quy định của pháp luật.

Điều 48. Tổ chức bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ

Tổ chức bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ quy định tại khoản 2 Điều 106 Luật Bảo hiểm xã hội, thực hiện như sau:

1. Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an, Trưởng Ban Cơ yếu Chính phủ quyết định thành lập tổ chức bảo hiểm xã hội thuộc Bộ, ngành mình để giúp Bộ trưởng, Trưởng Ban thực hiện các nhiệm vụ quy định tại Điều 47 Nghị định này đối với người lao động đang phục vụ trong quân đội, công an và cơ yếu.

2. Tổ chức Bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ chịu sự chỉ huy, quản lý về tổ chức, cán bộ của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ; đồng thời, chịu sự chỉ đạo, hướng dẫn về nghiệp vụ của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Điều 49. Trách nhiệm của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và tổ chức Bảo hiểm xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm:

a) Chỉ đạo, hướng dẫn và phối hợp với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính

phủ quản lý việc thực hiện công tác bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ;

b) Trích từ tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ Quỹ bảo hiểm xã hội cho Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính phủ để thực hiện việc chi thường xuyên đặc thù và chi không thường xuyên về bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ quy định tại điểm b khoản 3 Điều 44 Nghị định này.

2. Tổ chức Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính phủ có trách nhiệm:

a) Hàng tháng, nộp toàn bộ số thu bảo hiểm xã hội về Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

b) Hàng năm, báo cáo Bảo hiểm xã hội Việt Nam về tình hình thực hiện bảo hiểm xã hội trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ.

Bản sao lưu trữ

Chương VI
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 50. Quy định chuyển tiếp

1. Những người nguyên là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu, trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng; thân nhân đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng của quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu hưởng lương chết trước ngày 01 tháng 01 năm 2007; người bị đình chỉ hưởng bảo hiểm xã hội do vi phạm pháp luật trước ngày 01 tháng 01 năm 2007 thì vẫn thực hiện các chế độ bảo hiểm xã hội theo các quy định trước đây và được điều chỉnh mức hưởng theo quy định của Chính phủ ở từng giai đoạn. Trường hợp những người đang hưởng lương hưu, trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hàng tháng trước ngày 01 tháng 01 năm 2007 mà bị chết từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi thì khi chết được áp dụng chế độ tử tuất quy định tại Mục 5 Chương II Nghị định này.

2. Người lao động đã chết từ ngày 31 tháng 12 năm 2006 trở về trước, người lao động bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp mà ra viện trước ngày 01 tháng 01 năm 2007, nhưng từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi mới giải quyết chế độ tử tuất hoặc chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp thì thực hiện theo quy định trước ngày 01 tháng 01 năm 2007 và được điều chỉnh mức hưởng theo quy định của Chính phủ. Những người bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp mà ra viện từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi thì giải quyết chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp theo quy định tại Mục 3 Chương II Nghị định này.

3. Người lao động đã hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp một lần hoặc hàng tháng trước ngày 01 tháng 01 năm 2007, mà từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi, nếu vết thương, bệnh cũ tái phát hoặc lại bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp thì được giám định lại hoặc giám định tổng hợp mức suy giảm khả năng lao động theo quy định tại Điều 41 Luật Bảo hiểm xã hội và được thực hiện chế độ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp quy định tại Mục 3 Chương II Nghị định này.

4. Người lao động đã bảo lưu thời gian đóng bảo hiểm xã hội trước ngày 01 tháng 01 năm 2007 thì khi giải quyết chế độ hưu trí hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần hoặc chế độ tử tuất từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi được áp dụng quy định tại Mục 4 và Mục 5 Chương II Nghị định này.

5. Người lao động có 20 năm đóng bảo hiểm xã hội trở lên, đã có quyết định nghỉ việc chờ đủ điều kiện về tuổi đời để hưởng lương hưu trước ngày 01 tháng 01 năm 2007 thì được hưởng lương hưu khi đủ tuổi đời theo quy định tại thời điểm nghỉ việc và được điều chỉnh mức hưởng theo quy định của Chính phủ tại thời điểm hưởng lương hưu.

6. Người lao động đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định trước ngày 01 tháng 10 năm 2004, hưởng bảo hiểm xã hội từ ngày 01 tháng 01 năm 2007 trở đi thì tổng số tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội để làm căn cứ tính hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội một lần, trợ cấp tử tuất một lần được điều chỉnh theo quy định về tiền lương, phụ cấp tại Nghị định số 204/2004/NĐ-CP và Nghị định số 205/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của

Chính phủ, bao gồm cả hệ số lương, phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên nghề, phụ cấp thâm niên vượt khung (nếu có) và cả cách tính tiền lương, phụ cấp đóng bảo hiểm xã hội.

7. Khi xác định điều kiện thời gian đóng bảo hiểm xã hội để tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất hàng tháng thì một năm phải tính đủ 12 tháng. Trường hợp còn thiếu thời gian đóng bảo hiểm xã hội tối đa không quá 6 tháng thì đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này (đối với trường hợp hưởng lương hưu hàng tháng) hoặc thân nhân (đối với trường hợp hưởng trợ cấp tuất hàng tháng) được đóng tiếp bảo hiểm xã hội một lần cho những tháng còn thiếu, với mức đóng hàng tháng bằng tổng mức đóng của người lao động và người sử dụng lao động cho quỹ hưu trí và tử tuất, theo mức tiền lương tháng trước khi nghỉ việc hoặc trước khi chết.

8. Học sinh Cơ yếu hưởng phụ cấp được đào tạo về kỹ thuật, nghiệp vụ mật mã do Ban Cơ yếu Chính phủ quản lý được áp dụng thực hiện các chế độ bảo hiểm xã hội như đối với hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân, công an nhân dân quy định tại Nghị định này.

9. Hàng năm, Nhà nước chuyển từ ngân sách một khoản kinh phí vào quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý, để bảo đảm đủ lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế cho các đối tượng quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này đã hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng trước ngày 01 tháng 01 năm 1995.

10. Người lao động quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này được cấp có thẩm quyền cho phép ra nước ngoài theo chế độ phu nhân, phu quân tại cơ quan đại diện Việt Nam ở nước ngoài thì được tiếp tục đóng bảo hiểm xã hội theo mức đóng hàng tháng quy định tại Điều 41 và điểm c khoản 1 Điều 42 Nghị định này để hưởng chế độ hưu trí và tử tuất, tính theo mức lương đang hưởng trước khi đi, chuyển đổi theo chế độ tiền lương do Chính phủ quy định từng giai đoạn.

11. Người lao động quy định tại các khoản 1 và 2 Điều 2 Nghị định này trong khi làm nhiệm vụ mà bị thương hoặc bị chết, được các cơ quan có thẩm quyền xác nhận là thương binh hoặc người hưởng chính sách như thương binh, hoặc liệt sĩ thì ngoài việc được hưởng

chính sách ưu đãi người có công do ngân sách nhà nước bảo đảm, vẫn được thực hiện chế độ tai nạn lao động, tử tuất quy định tại Mục 3 và Mục 5 Chương II Nghị định này.

12. Tổ chức Bảo hiểm Xã hội thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ có trách nhiệm thực hiện Bảo hiểm xã hội đối với người lao động quy định tại Nghị định số 152/2006/NĐ-CP khi đang phục vụ trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ.

13. Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm thực hiện các chế độ bảo hiểm xã hội quy định tại Chương II Nghị định này đối với những người làm công tác cơ yếu không phục vụ trong Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ.

Điều 51. Hiệu lực thi hành

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo. Các chế độ quy định tại Nghị định này được thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2007.

2. Nghị định này thay thế Nghị định số 45/CP của Chính phủ ban hành Điều lệ Bảo hiểm xã hội đối với sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân, công an nhân dân; Nghị định số 89/2003/NĐ-CP ngày 05 tháng 8 năm 2003 của Chính phủ về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Điều lệ Bảo hiểm xã hội đối với sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân, công an nhân dân ban hành kèm theo Nghị định số 45/CP ngày 15 tháng 7 năm 1995; các Điều 4, 5, khoản 5 Điều 6, Điều 12 Nghị định số 04/2001/NĐ-CP ngày 16 tháng 01 năm 2001 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Sĩ quan Quân đội nhân dân Việt Nam năm 1999 về chế độ, chính sách đối với sĩ quan thôi phục vụ tại ngũ, sĩ quan tại ngũ chuyển sang quân nhân chuyên nghiệp hoặc chuyển sang công chức quốc phòng; điểm c khoản 1 Điều 17 và điểm e khoản 1 Điều 18 Nghị định số 43/2007/NĐ-CP ngày 26 tháng 3 năm 2007 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Công an nhân dân; các Điều 4, 5, khoản 4 Điều 6, Điều 12 Nghị định số 102/2004/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2004 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Pháp lệnh Cơ yếu về chế độ, chính sách đối với người làm công tác cơ yếu nghỉ hưu, chuyển

ngành, thôi việc hoặc chuyển sang làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu; khoản 1 Điều 1, Điều 3 Quyết định số 595/TTg ngày 15 tháng 12 năm 1993 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với quân nhân, công an nhân dân khi xuất ngũ; Điều 3 Quyết định số 812/TTg ngày 12 tháng 12 năm 1995 của Thủ tướng Chính phủ về việc bổ sung đối tượng hưởng trợ cấp mất sức lao động dài hạn; trợ cấp thêm đối với người hưu trí cô đơn và công nhân viên chức là quân nhân chuyển ngành về hưu; nội dung quy định đối với quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu về việc hưởng trợ cấp bệnh nghề nghiệp hàng tháng, chế độ hưu trí, chế độ trợ cấp một lần và chế độ tử tuất tại các điểm c, d và đ khoản 2 Điều 3, khoản 2 Điều 4 Quyết định số 265/2003/QĐ-TTg ngày 16 tháng 12 năm 2003 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với người bị phơi nhiễm HIV hoặc bị nhiễm HIV/AIDS do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

Điều 52. Hướng dẫn thi hành

Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp với Bộ Công an, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Ban Cơ yếu Chính phủ hướng dẫn thi hành Nghị định này.

Điều 53. Trách nhiệm thi hành

Các Bộ trưởng, thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG
Nguyễn Tấn Dũng

Bản sao lưu trữ

THÔNG TƯ SỐ 58/2007/TT-BTC NGÀY 12-6-2007 CỦA BỘ TÀI CHÍNH HƯỚNG DẪN QUẢN LÝ TÀI CHÍNH ĐỐI VỚI BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM

Căn cứ Quyết định số 41/2007/QĐ-TTg ngày 29/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ về quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam; Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện như sau:

PHẦN I
QUẢN LÝ KINH PHÍ NGÂN SÁCH NHÀ NƯỚC CẤP CHI BẢO HIỂM XÃ HỘI

I. Nội dung chi bảo hiểm xã hội do ngân sách nhà nước cấp

Ngân sách nhà nước đảm bảo kinh phí thực hiện các chế độ bảo hiểm xã hội cho người nghỉ hưởng chế độ bảo hiểm xã hội trước ngày 01/1/1995 và trả lương hưu cho quân nhân trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước từ ngày 30/4/1975 trở về trước, có 20 năm trở lên phục vụ quân đội đã phục viên, xuất ngũ, gồm:

1. Các khoản chi thường xuyên hàng tháng:

- Lương hưu.

- Trợ cấp mất sức lao động.

- Trợ cấp công nhân cao su.

- Trợ cấp tai nạn lao động và người phục vụ người bị tai nạn lao động.

- Trợ cấp bệnh nghề nghiệp và người phục vụ người bị bệnh nghề nghiệp.

- Trợ cấp tuất (định suất cơ bản và nuôi dưỡng).

2. Trợ cấp một lần: Mai táng phí, tiền tuất một lần.

3. Trang cấp dụng cụ phục hồi chức năng cho người bị tai nạn lao động.

4. Đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng theo quy định.

Bản sao lưu trữ

5. Lệ phí chi trả.

6. Chi khác (nếu có).

II. Lập, xét duyệt dự toán, cấp phát và quyết toán kinh phí ngân sách nhà nước chi bảo hiểm xã hội

Việc lập, xét duyệt dự toán, cấp phát và quyết toán kinh phí chi bảo hiểm xã hội từ ngân sách nhà nước thực hiện theo đúng quy định của Luật ngân sách nhà nước, các văn bản hướng dẫn Luật và các quy định cụ thể sau đây:

1. Lập dự toán

- Dự toán chi phải phản ánh đầy đủ nội dung từng khoản chi nêu tại mục I trên đây theo từng loại đối tượng và mức hưởng theo quy định hiện hành, kèm theo thuyết minh về số lượng đối tượng đang hưởng, dự kiến đối tượng tăng, giảm và nhu cầu chi khác trong năm dự toán.

- Dự toán chi của Bảo hiểm xã hội quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là Bảo hiểm xã hội cấp huyện); Dự toán chi của Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi tắt là Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh) lập theo hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- Dự toán chi của Bảo hiểm xã hội Việt Nam được tổng hợp trên cơ sở dự toán chi của Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh, được Hội đồng Quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định trước khi gửi Bộ Tài chính. Bộ Tài chính xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ giao dự toán chi cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2. Phân bổ dự toán

- Hàng năm, căn cứ vào dự toán chi bảo hiểm xã hội được cấp có thẩm quyền giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện phân bổ và quyết định giao dự toán chi cho Bảo hiểm xã hội cấp dưới (phân bổ vào loại 13, khoản 08, nhóm mục chi thanh toán cá nhân, mục 124) theo quy định của Luật ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn Luật; đảm bảo tổng kinh phí phân bổ không vượt quá mức kinh phí đã được cấp có thẩm quyền giao, cụ thể là:

- Phân bổ và thông báo kinh phí cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh không vượt so với tổng mức kinh phí Thủ tướng Chính phủ giao cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- Phân bổ và thông báo kinh phí cho Bảo hiểm xã hội cấp huyện không vượt so với tổng mức kinh phí Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh.

3. Cấp phát kinh phí

- Hàng tháng, trước ngày 26 của tháng trước, Bộ Tài chính cấp kinh phí chi trả lương lưu và trợ cấp bảo hiểm xã hội từ nguồn ngân sách nhà nước đảm bảo vào Quỹ Bảo hiểm xã hội bắt buộc để Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện chi trả lương hưu và trợ cấp Bảo hiểm xã hội cho đối tượng. Số cấp phát tối đa bằng mức bình quân một tháng của số dự toán đã được cấp có thẩm quyền giao.

4. Quyết toán kinh phí

a) Lập và gửi báo cáo quyết toán

- Bảo hiểm xã hội các cấp lập, gửi báo cáo quyết toán theo chế độ kế toán bảo hiểm xã hội theo quy định của Bộ Tài chính.

- Báo cáo quyết toán phải có đầy đủ biểu mẫu và thuyết minh theo quy định.

b) Kiểm tra, xét duyệt và thẩm định quyết toán

Thực hiện theo quy định tại Thông tư số 01/2007/TT-BTC ngày 2/1/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn xét duyệt, thẩm định và thông báo quyết toán năm đối với các cơ quan hành chính, đơn vị sự nghiệp, tổ chức được ngân sách nhà nước hỗ trợ và ngân sách các cấp, cụ thể:

- Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh xét duyệt và thông báo xét duyệt quyết toán hàng năm cho Bảo hiểm xã hội cấp huyện.

- Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định và thông báo thẩm định quyết toán hàng năm cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh.

- Bộ Tài chính thẩm định và thông báo thẩm định quyết toán năm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Bản sao lưu trữ

5. Kinh phí từ ngân sách nhà nước cấp chi bảo hiểm xã hội phải sử dụng đúng chế độ, chính sách và quyết toán đầy đủ theo quy định. Sau khi quyết toán năm được duyệt nếu còn dư kinh phí thì được chuyển nguồn sang năm sau sử dụng và giảm trừ vào số cấp phát năm sau; trường hợp thiếu kinh phí thì Bộ Tài chính bố trí vào dự toán của năm liền kề với năm duyệt quyết toán báo cáo cơ quan có thẩm quyền phê duyệt để cấp bổ sung cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

PHẦN II
QUẢN LÝ QUỸ BẢO HIỂM XÃ HỘI

Quỹ bảo hiểm xã hội được quản lý thống nhất trong hệ thống Bảo hiểm xã hội Việt Nam, được thực hiện hạch toán riêng và cân đối thu - chi theo từng Quỹ thành phần: Quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc, Quỹ bảo hiểm y tế bắt buộc và Quỹ bảo hiểm y tế tự nguyện.

I. Nguồn thu các quỹ thành phần

1. Thu bảo hiểm xã hội bắt buộc thực hiện theo quy định tại Điều 42, 43, 44, 45 Nghị định số 152/2006/NĐ-CP ngày 22/12/2006 của Chính phủ hướng dẫn một số điều của Luật Bảo hiểm xã hội về bảo hiểm xã hội bắt buộc.

2. Thu bảo hiểm y tế bắt buộc thực hiện theo quy định tại Điều 15 Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005 của Chính phủ về ban hành Điều lệ bảo hiểm y tế và văn bản hướng dẫn của cấp có thẩm quyền.

3. Thu bảo hiểm y tế tự nguyện thực hiện theo quy định tại Điều 26 Nghị định số 63/2005/NĐ-CP ngày 16/5/2005của Chính phủ về ban hành Điều lệ bảo hiểm y tế và văn bản hướng dẫn của cấp có thẩm quyền.

II. Quản lý thu bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế

1. Căn cứ quy định của nhà nước về thu bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng, ban hành các quy định cụ thể về quy trình và thủ tục thu nộp, đảm bảo thu đúng, đủ, kịp thời và quản lý chặt chẽ nguồn thu.

Bản sao lưu trữ

2. Đối với khoản thu bảo hiểm y tế của người đang hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội, cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện trích chuyển từ Quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc sang Quỹ bảo hiểm y tế bắt buộc.

3. Các đơn vị sử dụng lao động có trách nhiệm nộp đủ, nộp đúng thời hạn các khoản đóng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế theo quy định và hướng dẫn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam. Trường hợp chậm nộp từ 30 ngày trở lên thì ngoài việc bị xử lý theo quy định của pháp luật về xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, đơn vị còn phải nộp số tiền chậm nộp cộng với tiền lãi theo mức lãi suất của hoạt động đầu tư Quỹ bảo hiểm xã hội trong năm. Trừ các đơn vị được Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ và cơ quan có thẩm quyền cho phép tạm dừng đóng theo quy định tại khoản 2 Điều 44 của Nghị định số 152/2006/NĐ-CP ngày 22/12/2006 của Chính phủ.

Những đơn vị không thực hiện theo đúng quy định nêu trên, theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền, Kho bạc nhà nước, Ngân hàng, tổ chức tín dụng nơi đơn vị mở tài khoản có trách nhiệm trích tiền từ tài khoản của đơn vị chuyển về tài khoản của cơ quan Bảo hiểm xã hội (số tiền chậm nộp, chưa nộp cộng với tiền lãi) mà không cần có sự chấp nhận của đơn vị (trừ các đơn vị được Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ cho phép chậm nộp).

III. Sử dụng Quỹ bảo hiểm xã hội

1. Quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc sử dụng để chi trả cho các đối tượng được hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội từ ngày 01/1/1995 trở đi bao gồm các khoản:

a. Chi lương hưu (thường xuyên và một lần).

b. Trợ cấp cho người bị tai nạn lao động và người phục vụ người bị tai nạn lao động, trang cấp dụng cụ cho người bị tai nạn lao động.

c. Trợ cấp ốm đau.

d. Trợ cấp thai sản.

đ. Trợ cấp bệnh nghề nghiệp và người phục vụ người bị bệnh nghề nghiệp, trang cấp dụng cụ cho người bị bệnh nghề nghiệp.

Bản sao lưu

e. Chi dưỡng sức và phục hồi sức khoẻ.

g. Tiền tuất (tuất một lần, định xuất cơ bản và nuôi dưỡng) và mai táng phí.

h. Đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng theo quy định.

i. Lệ phí chi trả.

k. Chi khen thưởng người sử dụng lao động thực hiện tốt công tác bảo hộ lao động, phòng ngừa tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp theo quy định tại khoản 3 Điều 46 Nghị định số 152/2006/NĐ-CP ngày 22/12/2006 của Chính phủ.

l. Các khoản chi khác (nếu có).

2. Quỹ bảo hiểm y tế bắt buộc, Quỹ bảo hiểm y tế tự nguyện dùng để thanh toán chi phí khám, chữa bệnh cho những người có thẻ, phiếu khám, chữa bệnh theo quy định hiện hành của Nhà nước.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn Bảo hiểm xã hội các cấp phối hợp với các cơ sở khám chữa bệnh để thanh, quyết toán chi phí khám, chữa bệnh và sử dụng Quỹ khám, chữa bệnh theo đúng quy định.

IV. Chi quản lý bộ máy Bảo hiểm xã hội Việt Nam

1. Kinh phí chi quản lý bộ máy hệ thống Bảo hiểm xã hội Việt Nam được trích từ tiền sinh lời của hoạt động đầu tư, tăng trưởng Quỹ bảo hiểm xã hội.

2. Dự toán chi quản lý bộ máy Bảo hiểm xã hội Việt Nam được xây dựng trên cơ sở nhiệm vụ thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và khung biên chế được Thủ tướng Chính phủ giao từng thời kỳ. Trong đó, chi thường xuyên trong định mức được tính theo chỉ tiêu biên chế và định mức chi đối với cơ quan hành chính ngành dọc; chi thường xuyên đặc thù tính trên cơ sở nhiệm vụ được giao và mức chi theo quy định hiện hành. Trước ngày 20/7 hàng năm, theo hướng dẫn của cơ quan có thẩm quyền, Bảo hiểm xã hội Việt Nam lập dự toán chi quản lý bộ máy (chi tiết theo phụ lục đính kèm) trình Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội cho ý kiến trước khi gửi Bộ Tài chính xem xét tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ quyết định.

3. Trong năm thực hiện, trường hợp Bảo hiểm xã hội Việt Nam phấn đấu vượt nhiệm vụ thu so với kế hoạch được Thủ tướng Chính phủ giao (sau khi đã loại trừ các yếu tố khách quan như: Tăng thu do điều chỉnh lương tối thiểu, tăng thu do điều chỉnh mức đóng phí BHXH, BHYT) được bổ sung dự toán chi để đảm bảo những nhiệm vụ chi quản lý bộ máy thực tế tăng tương ứng so với kế hoạch được cấp có thẩm quyền giao đầu năm. Những nhiệm vụ chi quản lý bộ máy tăng liên quan trực tiếp theo đối tượng quản lý tăng so kế hoạch đầu năm được giao gồm: Chi phục vụ công tác thu bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; chi phí in và cấp sổ bảo hiểm, thẻ bảo hiểm y tế; chi vận chuyển, bảo vệ tiền; chi hỗ trợ hoạt động bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Ban Cơ yếu Chính phủ theo chế độ quy định.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng dự toán chi quản lý bộ máy tương ứng mức độ tăng thu gửi Bộ Tài chính để thẩm định trình Thủ tướng Chính phủ quyết định giao bổ sung dự toán chi cho Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

4. Trong phạm vi tổng mức kinh phí được giao (kể cả kinh phí bổ sung do vượt nhiệm vụ thu), vận dụng định mức, chế độ chi tiêu của nhà nước, Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng quy chế chi tiêu nội bộ phù hợp với hoạt động của ngành trình Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua để thực hiện thống nhất, công khai trong toàn ngành.

5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện các biện pháp sắp xếp lao động, tinh giản biên chế, tiết kiệm chi quản lý bộ máy. Số kinh phí tiết kiệm được sử dụng theo quy định tại khoản 4, Điều 14 Quyết định số 41/2007/QĐ-TTg ngày 29/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ về quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

6. Căn cứ tổng mức kinh phí tiết kiệm được, Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định mức bổ sung tiền lương tăng thêm cho cán bộ, công chức, viên chức trong toàn ngành, gắn với kết quả, chất lượng hoàn thành công việc, đảm bảo công bằng, hợp lý; ban hành quy định về trích lập và sử dụng các Quỹ: Khen thưởng, Phúc lợi, Dự phòng ổn định thu nhập, Phát triển hoạt động sự nghiệp để thực hiện công khai, thống nhất trong toàn ngành.

Bản sao lưu trữ

V. Hoạt động đầu tư Quỹ bảo hiểm xã hội.

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam được sử dụng tiền tạm thời nhàn rỗi của Quỹ bảo hiểm xã hội để thực hiện các biện pháp đầu tư, tăng trưởng.

2. Hoạt động đầu tư Quỹ bảo hiểm xã hội theo quy định tại khoản 2 và 3 Điều 11 Quyết định số 41/2007/QĐ-TTg ngày 29/3/2007 của Thủ tướng Chính phủ.

3. Tiền sinh lợi từ hoạt động đầu tư Quỹ bảo hiểm xã hội được sử dụng như sau:

- Chi quản lý bộ máy của hệ thống Bảo hiểm xã hội Việt Nam theo quy định.

- Chi đầu tư xây dựng, trang bị cơ sở vật chất, phát triển công nghệ thông tin theo dự án, đề án được cấp có thẩm quyền phê duyệt và kế hoạch hàng năm do Thủ tướng Chính phủ giao.

+ Trình tự, thủ tục triển khai các dự án đầu tư xây dựng cơ bản, dự án phát triển công nghệ thông tin thực hiện theo quy định của Luật xây dựng ngày 26/11/2003; Nghị định số 16/2005/NĐ-CP ngày 7/2/2005 của Chính phủ về quản lý dự án đầu tư xây dựng công trình và Nghị định số 112/2006/NĐ-CP ngày 29/9/2006 của Chính phủ về sửa đổi bổ sung một số điều của Nghị định số 16/2005/NĐ-CP.

+ Việc lập kế hoạch, phân bổ, thẩm tra phân bổ và thanh toán vốn đầu tư thực hiện theo quy định tại Thông tư số 27/2007/TT-BTC ngày 3/4/2007 của Bộ Tài chính hướng dẫn về quản lý, thanh toán vốn đầu tư và vốn sự nghiệp có tính chất đầu tư thuộc nguồn vốn ngân sách nhà nước.

- Phần còn lại bổ sung vào Quỹ bảo hiểm xã hội theo tỷ lệ kết dư tương ứng của từng Quỹ thành phần.

4. Hoạt động đầu tư Quỹ bảo hiểm xã hội phải được hạch toán và báo cáo theo đúng quy định tại chế độ hạch toán kế toán Bảo hiểm xã hội do Bộ trưởng Bộ Tài chính ban hành.

Hàng năm, cùng với báo cáo tình hình quản lý và sử dụng Quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc (quy định tại Điều 46 Nghị định số 152/2006/NĐ-CP ngày 22/12/2006 của Chính phủ) và Quỹ bảo hiểm y

tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo tình hình đầu tư Quỹ bảo hiểm xã hội, Quỹ bảo hiểm y tế, số dư Quỹ bảo hiểm xã hội, Quỹ bảo hiểm y tế; số tiền đang đầu tư, số lãi thu được, sử dụng tiền lãi và kế hoạch đầu tư của năm sau trình Hội đồng quản lý BHXH thẩm định, gửi Bộ Tài chính xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ.

VI. Trách nhiệm của cơ quan Bảo hiểm xã hội các cấp trong việc quản lý Quỹ bảo hiểm xã hội

1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

a) Hướng dẫn cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp dưới lập dự toán, quyết toán thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, chi quản lý bộ máy, chi đầu tư xây dựng theo đúng quy định hiện hành.

b) Hàng năm lập dự toán thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, chi quản lý bộ máy, chi đầu tư xây dựng cơ bản, chi đầu tư tăng trưởng Quỹ trình Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định, gửi Bộ Tài chính xem xét tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ.

c) Căn cứ Quyết định giao dự toán của Thủ tướng Chính phủ, chế độ, định mức hiện hành và nhiệm vụ của các đơn vị, Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định giao dự toán thu, chi bảo hiểm xã hội và mức hỗ trợ chi phí quản lý cho Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính phủ; giao dự toán thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, chi quản lý bộ máy, chi đầu tư xây dựng, trang bị cơ sở vật chất cho Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đảm bảo đúng nguyên tắc kinh phí phân bổ cho Bảo hiểm xã hội các ngành, các cấp không vượt tổng mức dự toán được duyệt.

d) Cấp phát đủ, kịp thời kinh phí theo dự toán được duyệt cho Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh, bảo hiểm xã hội Bộ Công an; bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng và bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính phủ và các đơn vị dự toán cấp hai để thực hiện nhiệm vụ.

đ) Thẩm định, thông báo kết quả thẩm định quyết toán thu, chi hàng năm của Bảo hiểm xã hội cấp dưới, tổng hợp số liệu quyết toán đã xét duyệt trình Hội đồng Quản lý Bảo hiểm xã hội Việt Nam thông qua và gửi Bộ Tài chính theo quy định hiện hành.

e) Tổ chức quản lý thu bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, cấp và ghi sổ bảo hiểm xã hội, phôi thẻ bảo hiểm y tế thống nhất trong toàn ngành.

g) Kiểm tra hoạt động của Bảo hiểm xã hội cấp dưới trên các mặt:

- Chấp hành chế độ thu và chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế.

- Thực hiện chế độ thống kê, chế độ kế toán và báo cáo kế toán.

h) Xử lý những vi phạm về thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế theo quy định của Nhà nước.

i) Hàng năm báo cáo tình hình quản lý, sử dụng Quỹ bảo hiểm xã hội trình Hội đồng quản lý thẩm định, gửi Bộ Tài chính xem xét, tổng hợp trình Thủ tướng Chính phủ để báo cáo Quốc hội.

2. Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh

a) Hàng năm lập dự toán thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, chi quản lý bộ máy, chi đầu tư xây dựng cơ sở vật chất gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

b) Đôn đốc các đơn vị đóng trên địa bàn (theo phân cấp quản lý) thu nộp bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng hạn. Cấp và ghi sổ bảo hiểm xã hội cho người lao động và thẻ bảo hiểm y tế cho các đối tượng theo quy định.

c) Cấp phát kinh phí theo dự toán được duyệt cho Bảo hiểm xã hội cấp huyện.

d) Xét duyệt và thông báo kết quả xét duyệt báo cáo quyết toán quý, năm của cấp huyện và tổng hợp, lập báo cáo quyết toán quý, năm gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

đ) Kiểm tra, giám sát thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và xử lý những vi phạm về thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế trong phạm vi địa phương theo phân cấp của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

3. Bảo hiểm xã hội cấp huyện

a) Hàng năm lập kế hoạch thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế chi quản lý bộ máy gửi Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh.

Bản sao lưu trữ

b) Đôn đốc các đơn vị đóng trên địa bàn (theo phân cấp quản lý) thu nộp bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng hạn. Cấp và ghi sổ bảo hiểm xã hội, thẻ bảo hiểm y tế cho người lao động và thẻ bảo hiểm xã hội cho các đối tượng theo quy định.

c) Quản lý bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, chi phí quản lý, bộ máy theo đúng chế độ quy định.

d) Tổ chức chi trả cho các đối tượng hưởng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế bảo đảm an toàn, đầy đủ, kịp thời.

đ) Thường xuyên kiểm tra, giám sát việc chi trả bảo hiểm xã hội của đơn vị cơ sở, thu hồi các khoản chi sai chế độ và báo cáo cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp trên.

e) Lập báo cáo quyết toán quý, năm về thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, chi quản lý bộ máy gửi Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh.

4. Thời gian lập dự toán thu chi của các cấp BHXH quy định tại điểm 2 và 3 mục VI nêu trên do BHXH Việt Nam quy định đảm bảo phù hợp với thời gian lập dự toán NSNN theo quy định của Luật NSNN.

PHẦN III
TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Thông tư này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng công báo; thay thế cho các văn bản sau:

- Thông tư số 49/2003/TT-BTC ngày 16/5/2003 về hướng dẫn quy chế quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam;

- Thông tư số 61/2005/TT-BTC ngày 4/8/2005 về hướng dẫn sửa đổi, bổ sung Thông tư số 49/2003/TT-BTC ngày 16/5/2003 của Bộ Tài chính hướng dẫn quy chế quản lý tài chính đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Những quy định trước đây trái với nội dung quy định trong Thông tư này đều hết hiệu lực thi hành.

2. Quỹ ốm đau thai sản; quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp còn dư trước khi Luật Bảo hiểm xã hội có hiệu lực thi hành được chuyển

tiếp thực hiện chi trả cho người tham gia bảo hiểm xã hội theo quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội và các văn bản hướng dẫn Luật.

3. Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn Bảo hiểm xã hội các cấp thực hiện đúng các nội dung quy định ở Thông tư này. Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc đề nghị phản ánh về Bộ Tài chính để xem xét, giải quyết./.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG
Đỗ Hoàng Anh Tuấn

Bản sao lưu trữ

Phụ lục

DỰ TOÁN CHI QUẢN LÝ BỘ MÁY BHXH VIỆT NAM NĂM ...

(Kèm Thông tư số 58/2007/TT-BTC ngày 16-1-2007 của Bộ Tài chính)

TT	CHỈ TIÊU	Thực hiện năm 2005	Ước thực hiện Năm 2006	Dự toán năm 2007
A	**CÁC CHỈ TIÊU DỰ TOÁN**			
I	**Biên chế toàn ngành(người)**			
II	**Tổng thu BHXH,BHYT (triệu đồng)**			
1	Thu BHXH bắt buộc:			
2	Thu BHYT bắt buộc			
3	Thu BHYT tự nguyện:			
III	**Tổng chi bảo hiểm xã hội (triệu đồng)**			
1	Chi từ nguồn NSNN cấp			
2	Chi từ nguồn quỹ			
IV	**Tổng chi bảo hiểm y tế (triệu đồng)**			
1	Chi BHYT bắt buộc			
2	Chi BHXH tự nguyện			

Bản sao lưu trữ

B	NỘI DUNG CHI QUẢN LÝ BỘ MÁY			
	TỔNG SỐ			
I	**Chi thường xuyên**			
1	Chi thường xuyên trong định mức			
1.1	Chi thường xuyên theo định mức			
1.2	Bổ sung chi thường xuyên (nếu có)			
2	Chi thường xuyên đặc thù			
2.1	Chi phục vụ công tác thu BHXH, BHYT			
2.2	Chi phục vụ công tác chi BHXH, BHYT			
2.3	Lệ phí chuyển tiền			
2.4	Chi in và cấp sổ BHXH, thẻ BHYT			
2.5	Chi in ấn biểu mẫu, chứng từ báo cáo			
2.6	Chi tuyên truyền về BHXH, BHYT			
2.7	Chi hỗ trợ cho hoạt động của BHXH Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ			
2.8	Chi hoạt động hội đồng quản lý			
2.9	Chi vận chuyển, bảo vệ tiền			
2.10	Các khoản chi khác theo quy định của cơ quan có thẩm quyền			
II	**Chi không thường xuyên**			

Bản sao lưu trữ

1	Chi đào tạo, đào tạo lại			
2	Chi nghiên cứu khoa học			
3	Sửa chữa lớn tài sản cố định			
4	Mua sắm tài sản, trang bị			

C. THUYẾT MINH DỰ TOÁN

Bản sao lưu trữ

THÔNG TƯ SỐ 24/2007/TT-BLĐTBXH NGÀY 09-11-2007 CỦA BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI HƯỚNG DẪN TÍNH THỜI GIAN ĐỂ HƯỞNG CHẾ ĐỘ BẢO HIỂM XÃ HỘI THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 107/2007/QĐ-TTG NGÀY 13-7-2007 CỦA THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Căn cứ Quyết định số 107/2007/QĐ-TTg ngày 13 tháng 7 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ về việc tính thời gian để hưởng chế độ bảo hiểm xã hội đối với cán bộ, công chức, viên chức, công nhân, quân nhân và công an nhân dân thuộc biên chế các cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị- xã hội, doanh nghiệp nhà nước, đơn vị lực lượng vũ trang đã xuất cảnh hợp pháp nhưng không về nước đúng hạn;

Căn cứ các quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội hiện hành, Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện như sau:

I. ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG

Cán bộ, công chức, viên chức, công nhân, quân nhân và công an nhân dân (sau đây gọi chung là người lao động) thuộc biên chế của các cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị- xã hội, doanh nghiệp nhà nước, đơn vị lực lượng vũ trang được cơ quan, đơn vị (sau đây gọi chung là đơn vị) cử đi công tác, học tập, làm việc có thời hạn đã xuất cảnh hợp pháp ra nước ngoài, đã về nước trước ngày 01 tháng 01 năm 2007 nhưng không đúng hạn, thuộc một trong các trường hợp sau đây:

1. Được đơn vị cử đi công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài tiếp nhận trở lại làm việc;

2. Sau khi về nước được đơn vị khác tiếp nhận vào làm việc;

3. Sau khi về nước không được đơn vị cũ tiếp nhận trở lại làm việc, hiện vẫn nghỉ việc.

II. THỜI GIAN ĐƯỢC TÍNH ĐỂ HƯỞNG CHẾ ĐỘ HƯU TRÍ, TỬ TUẤT

Thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của các đối tượng nêu tại Mục I Thông tư này bao gồm thời gian làm việc trong

nước và thời gian công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài, cụ thể như sau:

1. Thời gian làm việc ở trong nước bao gồm:

1.1. Thời gian làm việc trước khi đi công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài trước ngày 01 tháng 01 năm 1995, nếu chưa nhận chế độ trợ cấp thôi việc hoặc trợ cấp bảo hiểm xã hội 1 lần hoặc chưa nhận trợ cấp phục viên, xuất ngũ.

Việc tính thời gian công tác trước ngày 01 tháng 01 năm 1995 để hưởng bảo hiểm xã hội được thực hiện theo hướng dẫn tại Thông tư số 13/NV ngày 04 tháng 9 năm 1972 của Bộ Nội vụ (nay là Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội) và các văn bản quy định hiện hành về việc tính thời gian công tác trước ngày 01 tháng 01 năm 1995 để hưởng bảo hiểm xã hội của cán bộ, công chức, viên chức, công nhân, quân nhân và công an nhân dân.

1.2. Thời gian làm việc từ ngày 01 tháng 01 năm 1995 trở đi, nếu đã đóng bảo hiểm xã hội theo đúng quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội nhưng chưa nhận trợ cấp bảo hiểm xã hội 1 lần hoặc trợ cấp phục viên, xuất ngũ;

2. Thời gian công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài trong thời hạn cho phép bao gồm:

2.1. Thời gian công tác, học tập, làm việc thực tế trong thời hạn được ghi trong quyết định của đơn vị cử đi công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài, kể cả thời gian được gia hạn do đơn vị cử đi cho phép.

2.2. Trường hợp một người có nhiều lần đi công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài thì được cộng thời gian của các lần ở nước ngoài trong thời hạn cho phép thành thời gian công tác để tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất.

2.3. Người lao động đang làm việc ở trong nước, được đơn vị cử đi nâng cao tay nghề ở nước ngoài, sau đó chuyển sang hợp tác lao động theo Hiệp định của Chính phủ thì thời gian nâng cao tay nghề được tính để hưởng chế độ hưu trí, tử tuất.

3. Trường hợp vi phạm pháp luật của nước ngoài bị trục xuất về nước hoặc bị kỷ luật buộc phải về nước hoặc bị tù giam trước ngày 01

tháng 01 năm 1995 thì thời gian làm việc ở trong nước quy định tại điểm 1.1 khoản 1 mục này và thời gian công tác, học tập, làm việc ở nước ngoài trong thời hạn cho phép trước ngày 01 tháng 01 năm 1995 không được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất.

Ví dụ 1: Ông A, có thời gian công tác tại trường Đại học M từ tháng 09/1974 đến tháng 12/1991. Ông A được nhà trường cử đi học tập tại Tiệp Khắc (cũ) có thời hạn từ tháng 01/1992 đến tháng 12/1994. Đến tháng 10/1997 ông A mới trở về nước. Sau khi về nước, ông A được các cơ quan chức năng chuyển trả về trường Đại học M, do nhà trường không bố trí được việc làm nên ông nghỉ việc cho đến nay.

Thời gian công tác được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông A như sau:

- Thời gian công tác trong nước trước khi đi học tập ở nước ngoài được tính từ tháng 09/1974 đến tháng 12/1991 là 17 năm 4 tháng;

- Thời gian học tập ở nước ngoài trong thời hạn cho phép được tính từ tháng 01/1992 đến tháng 12/1994 là 3 năm;

Như vậy, thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông A là:

17 năm 4 tháng + 3 năm = 20 năm 4 tháng.

Ví dụ 2: Ông B, cấp bậc Đại uý, tham gia quân đội từ tháng 3/1965 đến tháng 10/1986. Tháng 11/1986 được đơn vị cử đi hợp tác lao động tại nước ngoài với thời hạn 5 năm. Trước khi đi, ông B chưa hưởng chế độ trợ cấp phục viên, xuất ngũ. Sau khi đã hoàn thành nhiệm vụ đi hợp tác lao động, ông B ở lại nước bạn và đến tháng 01/1994 mới về nước. Ông B được các cơ quan chức năng chuyển trả về Bộ Quốc phòng nhưng do đơn vị không bố trí được việc làm nên phải nghỉ việc cho đến nay.

Thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông B như sau:

- Thời gian công tác trước khi đi nước ngoài được tính từ tháng 3/1965 đến tháng 10/1986 là 21 năm 8 tháng;

- Thời gian làm việc ở nước ngoài theo Hiệp định trong thời hạn cho phép là 5 năm;

Như vậy, thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông B là:

21 năm 8 tháng + 5 năm = 26 năm 8 tháng.

Ví dụ 3: Ông C, là chuyên viên chính của Sở X, có thời gian công tác từ tháng 3/1970 đến tháng 10/1987. Tháng 11/1987, ông C được cử đi hợp tác lao động tại nước ngoài với thời hạn 3 năm. Sau khi hết thời hạn 3 năm, ông C ở lại làm việc cho cửa hàng dịch vụ sửa chữa cơ khí đến tháng 2/1993 mới về nước. Sau khi về nước, ông C được cơ quan chức năng chuyển trả về Sở X nhưng không bố trí được việc làm. Đến tháng 11/1994, ông C được Sở X bố trí trở lại làm việc và đóng bảo hiểm xã hội theo quy định. Tháng 10/2007, ông C nghỉ việc.

Thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông C như sau:

- Thời gian công tác trước khi đi nước ngoài được tính từ tháng 3/1970 đến tháng 10/1987 là 17 năm 8 tháng;

- Thời gian làm việc ở nước ngoài trong thời hạn cho phép là 3 năm;

- Thời gian được tiếp nhận trở lại làm việc từ tháng 11/1994 đến tháng 10/2007 có tham gia đóng bảo hiểm xã hội là 13 năm;

Như vậy, thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông C là:

17 năm 8 tháng + 3 năm + 13 năm = 33 năm 8 tháng.

Ví dụ 4 : Ông D là chuyên viên của cơ quan G, có thời gian tham gia công tác từ tháng 10/1969 đến tháng 8/1990. Từ tháng 9/1990 được cử đi nghiên cứu sinh tại nước ngoài với thời hạn ghi trong Quyết định là 2 năm. Sau 2 năm, ông D đã hoàn thành khoá học, đến tháng 10/1996 ông D mới về nước nhưng cơ quan cũ không bố trí được việc làm. Tháng 01/1999, ông D xin vào làm việc tại doanh nghiệp ngoài quốc doanh X, hưởng lương theo hợp đồng lao động và đóng bảo hiểm xã hội đến tháng 12/2006 thì nghỉ việc.

Bản sao lưu trữ

Thời gian được tính hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông D như sau:

- Thời gian công tác trước khi đi nghiên cứu sinh ở nước ngoài được tính từ tháng 10/1969 đến tháng 8/1990 là 20 năm 11 tháng;

- Thời gian làm nghiên cứu sinh ở nước ngoài trong thời hạn cho phép là 2 năm;

- Thời gian làm việc tại doanh nghiệp và đóng bảo hiểm xã hội từ tháng 01/1999 đến hết tháng 12/2006 là 8 năm;

Như vậy, thời gian được tính để hưởng chế độ hưu trí, tử tuất của ông D là:

20 năm 11 tháng + 2 năm + 8 năm = 30 năm 11 tháng.

III. MỨC BÌNH QUÂN TIỀN LƯƠNG, TIỀN CÔNG THÁNG ĐÓNG BẢO HIỂM XÃ HỘI ĐỂ TÍNH LƯƠNG HƯU, TRỢ CẤP MỘT LẦN KHI NGHỈ HƯU, BẢO HIỂM XÃ HỘI 1 LẦN VÀ TRỢ CẤP TUẤT.

Mức bình quân tiền lương, tiền công tháng đóng bảo hiểm xã hội để tính lương hưu, trợ cấp một lần khi nghỉ hưu, bảo hiểm xã hội 1 lần và trợ cấp tuất của các đối tượng quy định tại Thông tư này được tính theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội hiện hành. Trong đó, các tháng đóng bảo hiểm xã hội theo chế độ tiền lương do Nhà nước quy định trước ngày 01 tháng 10 năm 2004 được điều chỉnh theo hệ số lương và phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên (nếu có) quy định tại Nghị quyết số 730/2004/NQ-UBTVQHK11 ngày 30 tháng 9 năm 2004 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Quyết định số 128/QĐ-TW ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Ban Bí thư Trung ương Đảng, Nghị định số 204/2004/NĐ-CP và Nghị định số 205/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ.

Ví dụ 5: Trường hợp ông A có quá trình làm việc như nêu tại ví dụ 1, có diễn biến tiền lương trong 60 tháng cuối trước khi đi học tập ở nước ngoài như sau:

- Từ tháng 01/1987 đến tháng 12/1988 (24 tháng) hưởng mức lương giảng viên chính bậc 6 là 314 đồng, được điều chỉnh sang mức

lương hệ số 4,75 theo Nghị định số 25/CP và sang mức lương hệ số 6,1 theo Nghị định số 204/2004/NĐ-CP.

- Từ tháng 01/1989 đến tháng 12/1991 (36 tháng) hưởng mức lương giảng viên chính bậc 7 là 332 đồng, được điều chỉnh sang mức lương hệ số 5,03 theo Nghị định số 25/CP và sang mức lương hệ số 6,44 theo Nghị định số 204/2004/NĐ-CP.

Mức bình quân tiền lương tháng làm căn cứ tính hưởng lương hưu của ông A được tính như sau:

$$\frac{(6{,}1 \times 450.000\ đ/th \times 24\ tháng) + (6{,}44 \times 450.000\ đ/th \times 36\ tháng)}{60\ tháng}$$

= 2.836.800 đ/th

Ví dụ 6: Trường hợp ông B có quá trình làm việc như nêu tại ví dụ 2, có diễn biến tiền lương trong 60 tháng cuối trước khi đi hợp tác lao động tại nước ngoài như sau:

- Từ tháng 11/1981 đến tháng 11/1983 (25 tháng) hưởng lương cấp bậc Thượng uý 86 đồng, được điều chỉnh sang mức lương 350 đồng theo Nghị định số 235/HĐBT, sang mức lương hệ số 3,8 theo Nghị định số 25/CP, sang mức lương hệ số 5,0 theo Nghị định số 204/2004/NĐ-CP; phụ cấp thâm niên 18%.

- Từ tháng 12/1983 đến tháng 10/1986 (35 tháng) hưởng lương cấp bậc Đại uý 100 đồng, được điều chỉnh sang mức lương 390 đồng theo Nghị định số 235/HĐBT, sang mức lương hệ số 4,15 theo Nghị định số 25/CP, sang mức lương hệ số 5,4 theo Nghị định số 204/2004/NĐ-CP; phụ cấp thâm niên 21%.

Mức bình quân tiền lương tháng làm căn cứ tính hưởng lương hưu của ông B được tính như sau:

$$\frac{(5{,}0 \times 450.000\ đ/th \times 25\ tháng \times 1{,}18) + (5{,}4 \times 450.000\ đ/th \times 35\ tháng \times 1{,}21)}{60\ tháng}$$

= 2.821.425 đồng/th

Ví dụ 7: Trường hợp ông C có quá trình làm việc như nêu tại ví dụ 3, có diễn biến tiền lương tháng đóng bảo hiểm xã hội trong 60 tháng cuối trước khi nghỉ việc như sau:

- Từ tháng 10/2002 đến tháng 9/2004 (24 tháng) hưởng mức lương chuyên viên chính bậc 4 hệ số 4,19 được điều chỉnh sang mức lương hệ số 5,42 theo Nghị định số 204/2004/NĐ-CP.

- Từ tháng 10/2004 đến tháng 9/2005 (12 tháng) hưởng mức lương chuyên viên chính bậc 4 hệ số 5,42.

- Từ tháng 10/2005 đến tháng 9/2007 (24 tháng) hưởng mức lương chuyên viên chính bậc 5 hệ số 5,76.

Mức bình quân tiền lương tháng làm căn cứ tính hưởng lương hưu của ông C được tính như sau:

$$\frac{(5{,}42 \times 450.000 \text{ đồng/th} \times 36 \text{ tháng}) + (5{,}76 \times 450.000 \text{ đồng/th} \times 24 \text{ tháng})}{60 \text{ tháng}}$$

= 2.500.200 đồng/th

IV. HỒ SƠ VÀ TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN CỦA ĐƠN VỊ VÀ NGƯỜI LAO ĐỘNG.

1. Hồ sơ:

1.1. Hồ sơ của người đi lao động có thời hạn ở nước ngoài theo Hiệp định của Chính phủ và của người đi làm đội trưởng, phiên dịch, cán bộ vùng do nước ngoài trả lương bao gồm:

a) Lý lịch gốc, lý lịch bổ sung (nếu có), các giấy tờ gốc có liên quan đến thời gian làm việc, tiền lương của người lao động trước khi đi làm việc ở nước ngoài; quyết định tiếp nhận trở lại làm việc đối với trường hợp người lao động về nước và tiếp tục làm việc trước ngày 01 tháng 01 năm 1995. Trường hợp không có Quyết định tiếp nhận thì được thay thế bằng Lý lịch do người lao động khai khi được tiếp nhận trở lại làm việc hoặc lý lịch của người lao động khai có xác nhận của đơn vị tiếp nhận.

b) Bản chính Quyết định cử đi công tác, làm việc có thời hạn ở nước ngoài hoặc bản sao Quyết định trong trường hợp người lao động được cử đi công tác, làm việc có thời hạn ở nước ngoài bằng một Quyết định chung cho nhiều người.

Trường hợp không còn bản chính Quyết định cử đi công tác, làm việc có thời hạn ở nước ngoài thì được thay thế bằng bản sao Quyết định có xác nhận của đơn vị cử đi.

c) Bản chính "Thông báo chuyển trả" hoặc "Quyết định chuyển trả" của Cục Hợp tác quốc tế về lao động (nay là Cục Quản lý lao động ngoài nước) cấp;

Trường hợp không còn bản chính "Thông báo chuyển trả" hoặc "Quyết định chuyển trả" thì phải có Giấy xác nhận về thời gian đi hợp tác lao động để giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội của Cục Quản lý lao động ngoài nước trên cơ sở đơn đề nghị của người lao động (theo Mẫu số 1và số 2 kèm theo Thông tư này).

d) Giấy xác nhận chưa nhận chế độ trợ cấp 1 lần, trợ cấp phục viên, xuất ngũ sau khi về nước của Bộ, ngành chủ quản.

đ) Đơn đề nghị tính thời gian công tác hưởng chế độ hưu trí, tử tuất đối với người lao động đã nghỉ việc.

1.2. Hồ sơ của người đi làm việc ở nước ngoài theo hình thức hợp tác trực tiếp giữa các Bộ, địa phương của Nhà nước ta với các tổ chức kinh tế của nước ngoài bao gồm:

a) Hồ sơ quy định tại tiết a, d và đ điểm 1.1 khoản 1 mục này;

b) Bản chính Quyết định cử đi công tác, làm việc có thời hạn ở nước ngoài hoặc bản sao Quyết định trong trường hợp người lao động được cử đi công tác, làm việc có thời hạn ở nước ngoài bằng một Quyết định chung cho nhiều người.

Trường hợp không còn bản chính Quyết định cử đi công tác, làm việc có thời hạn ở nước ngoài thì được thay thế bằng bản sao Quyết định có xác nhận của Bộ chủ quản đối với người lao động làm việc ở nước ngoài theo hình thức hợp tác do Bộ cử đi hoặc xác nhận của Sở Lao động- Thương binh và Xã hội địa phương đối với người lao động do địa phương cử đi.

1.3. Hồ sơ của người đi học tập, thực tập ở nước ngoài bao gồm:

a) Hồ sơ quy định tại tiết a, d và đ điểm 1.1 khoản 1 mục này;

b) Bản chính Quyết định cử đi học tập, thực tập có thời hạn ở nước ngoài hoặc bản sao Quyết định trong trường hợp người lao động được cử đi học tập, thực tập có thời hạn ở nước ngoài bằng một Quyết định chung cho nhiều người.

Trường hợp không còn bản chính Quyết định cử đi học tập, thực tập có thời hạn ở nước ngoài thì được thay thế bằng bản sao Quyết định có xác nhận của đơn vị cử đi.

1.4. Hồ sơ của người đi làm chuyên gia theo Hiệp định của Chính phủ bao gồm:

a) Hồ sơ quy định tại tiết a, d và đ điểm 1.1 khoản 1 mục này;

b) Bản chính Quyết định cử đi làm chuyên gia ở nước ngoài hoặc bản sao Quyết định trong trường hợp người lao động được cử đi làm chuyên gia bằng một Quyết định chung cho nhiều người;

Trường hợp không còn bản chính Quyết định cử đi làm chuyên gia ở nước ngoài thì được thay thế bằng bản sao Quyết định có xác nhận của đơn vị cử đi.

c) Giấy xác nhận của cơ quan quản lý chuyên gia về việc đã hoàn thành nghĩa vụ đóng góp cho ngân sách nhà nước và đóng bảo hiểm xã hội theo quy định của Nhà nước của chuyên gia trong thời gian làm việc ở nước ngoài.

2. Trách nhiệm thực hiện của người lao động và đơn vị:

2.1. Đối với người lao động đang nghỉ việc:

a) Người lao động nộp hồ sơ quy định tại Khoản 1 Mục IV Thông tư này cho đơn vị quản lý cuối cùng nơi người lao động làm việc. Trường hợp đơn vị đã giải thể thì người lao động nộp hồ sơ cho cơ quan quản lý cấp trên trực tiếp.

b) Đơn vị quản lý cuối cùng của người lao động có trách nhiệm tiếp nhận hồ sơ và chuyển hồ sơ của người lao động kèm theo công văn đề nghị giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội đối với người lao động đến Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nơi đơn vị đóng bảo hiểm xã hội.

2.2. Đối với người lao động đang đóng bảo hiểm xã hội:

Bản sao lưu trữ

a) Người lao động có trách nhiệm bổ sung hồ sơ quy định tại Khoản 1 Mục IV Thông tư này cho đơn vị quản lý khi được yêu cầu.

b) Đơn vị sử dụng lao động có trách nhiệm chuyển hồ sơ của người lao động kèm theo công văn đề nghị đến Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nơi đơn vị đóng bảo hiểm xã hội.

2.3. Đối với người lao động đã chết sau khi về nước nhưng thân nhân chưa được hưởng trợ cấp tuất:

a) Thân nhân của người lao động nộp hồ sơ theo quy định tại Khoản 1 Mục IV Thông tư này kèm theo Sổ bảo hiểm xã hội của người lao động (nếu đã được cấp), Giấy chứng tử hoặc Giấy báo tử, tờ khai của thân nhân theo mẫu do Bảo hiểm xã hội quy định kèm theo đơn đề nghị giải quyết chế độ tử tuất cho đơn vị quản lý cuối cùng của người lao động (theo Mẫu số 3 kèm theo Thông tư này).

b) Đơn vị quản lý cuối cùng của người lao động có trách nhiệm tiếp nhận, hướng dẫn thân nhân người lao động hoàn thiện hồ sơ và chuyển đến Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nơi đơn vị đóng bảo hiểm xã hội kèm theo công văn đề nghị giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội.

V. TỔ CHỨC THỰC HIỆN

1. Bộ, Ngành, Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương:

Chỉ đạo, hướng dẫn các cơ quan, đơn vị thực hiện việc tính thời gian để hưởng chế độ hưu trí, tử tuất đối với người lao động thuộc biên chế các cơ quan nhà nước, các tổ chức chính trị, các tổ chức chính trị – xã hội, doanh nghiệp nhà nước, đơn vị lực lượng vũ trang đã xuất cảnh hợp pháp nhưng không về nước đúng hạn theo đúng quy định tại thông tư này.

2. Bảo hiểm xã hội Việt Nam:

2.1. Chỉ đạo, hướng dẫn Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội Ban Cơ yếu Chính phủ trong việc:

a) Tiếp nhận hồ sơ;

Bản sao lưu trữ

b) Thẩm định hồ sơ để giải quyết bảo hiểm xã hội cho người lao động đã đủ điều kiện hưởng chế độ hưu trí, tử tuất; cấp Sổ bảo hiểm xã hội cho người lao động chưa được cấp Sổ bảo hiểm xã hội; ghi bổ sung thời gian công tác hưởng bảo hiểm xã hội theo quy định của Thông tư này cho người lao động đã được cấp Sổ bảo hiểm xã hội;

c) Tính và chi trả chế độ bảo hiểm xã hội theo quy định của Thông tư này.

2.2. Đảm bảo kinh phí chi trả chế độ hưu trí và tử tuất cho các đối tượng do Quỹ bảo hiểm xã hội bảo đảm.

3. Bộ Tài chính đảm bảo kinh phí chi trả chế độ hưu trí và tử tuất cho các đối tượng thuộc ngân sách Nhà nước bảo đảm.

VI. ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

1. Thông tư này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày đăng Công báo.

2. Thời gian công tác, học tập, làm việc đối với người lao động quy định tại khoản 1 và khoản 2 Mục I Thông tư này được tính làm cơ sở giải quyết các chế độ bảo hiểm xã hội (kể cả chế độ ốm đau, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp) theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội hiện hành nếu người lao động tiếp tục làm việc và đóng bảo hiểm xã hội.

3. Người lao động được cử đi công tác, học tập, lao động có thời hạn ở nước ngoài trước ngày 01 tháng 01 năm 1995, về nước đúng thời hạn hoặc về nước trước thời hạn vì lý do bất khả kháng (do biến động chính trị, chiến tranh) nhưng đơn vị cũ không bố trí, sắp xếp được việc làm nếu chưa được giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội thì hồ sơ và trình tự thực hiện giải quyết tính thời gian công tác hưởng chế độ hưu trí, tử tuất được thực hiện theo quy định tại Mục IV Thông tư này.

4. Chế độ hưu trí, bảo hiểm xã hội 1 lần đối với người lao động quy định tại Thông tư này được thực hiện theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội hiện hành; thời điểm hưởng chế độ hưu trí, bảo hiểm xã hội 1 lần của người lao động quy định tại Thông tư này được tính từ tháng liền kề kể từ thời điểm Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nhận đủ hồ sơ hợp lệ của người lao động quy định tại Mục IV Thông tư này.

5. Chế độ tử tuất đối với người lao động đã chết sau khi về nước nhưng thân nhân chưa được hưởng trợ cấp tuất thì được thực hiện theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội hiện hành; thời điểm hưởng trợ cấp tuất của thân nhân người lao động được tính từ tháng liền kề kể từ thời điểm Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nhận đủ hồ sơ hợp lệ theo quy định tại điểm 2.3 khoản 2 Mục IV Thông tư này.

6. Quân nhân, công an nhân dân đi hợp tác lao động có thời hạn ở nước ngoài đã về nước nhưng không tiếp tục làm việc, hưởng lương theo bảng lương của lực lượng vũ trang, thì khi tính lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội không áp dụng quy định tại khoản 8 Mục IV phần A Thông tư liên tịch của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an và Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội số 148/2007/BQP-BCA-BLĐTBXH ngày 14/9/2007 hướng dẫn thực hiện một số Điều của Nghị định số 68/2007/NĐ-CP ngày 19 tháng 4 năm 2007 của Chính phủ.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc, đề nghị phản ánh về Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội để xem xét, giải quyết./.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG
Lê Bạch Hồng

Bản sao lưu trữ

Mẫu số 1

(Kèm theo Thông tư số 24 /2007/TT-BLĐTBXH ngày 9-11-2007 của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội)

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ XÁC NHẬN

Về thời gian đi hợp tác lao động để giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội

(Đối với người đi lao động có thời hạn ở nước ngoài, kể cả người đi làm đội trưởng, phiên dịch, cán bộ vùng)

Kính gửi : Cục Quản lý lao động ngoài nước.

Tên tôi là: .....

Sinh ngày: .....

Đơn vị cử đi hợp tác lao động : .....

Cơ quan chủ quản *(Bộ, ngành)* : .....

Nước đến hợp tác lao động: .....

Tên đơn vị, nhà máy đến làm việc: .....

Thời hạn đi hợp tác lao động theo Hiệp định từ: ..... đến: .....

Thời điểm về nước : ngày..... tháng ..... năm.....

Lý do về nước: .....

Được chuyển trả về đơn vị: .....

Hồ sơ kèm theo (nếu có) gồm: .....

Khi về nước tôi chưa được giải quyết trợ cấp thôi việc theo quy định tại Thông tư số 12/ TT-LB ngày 3/8/1992 và Thông tư số 24/LB-TT ngày 19/9/1994 của Liên Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội – Tài chính.

Tôi xin cam đoan lời khai trên đây của tôi là đúng sự thật. Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.

....., ngày..... tháng..... năm .....

Người viết đơn

(Ký và ghi rõ họ tên)

Bản sao lưu trữ

Mẫu số 2

(Kèm theo Thông tư số 24 /2007/TT-BLĐTBXH
ngày 9-11-2007 của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội)

BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI	**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
CỤC QUẢN LÝ LAO ĐỘNG NGOÀI NƯỚC	**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số : /QLLĐNN- XN *Hà Nội, ngày .... tháng.... năm.....*

GIẤY XÁC NHẬN

Về thời gian đi hợp tác lao động để giải quyết chế độ bảo hiểm xã hội

(Đối với người đi lao động có thời hạn ở nước ngoài,
kể cả người đi làm đội trưởng, phiên dịch, cán bộ vùng)

Căn cứ hồ sơ do người lao động xuất trình (nếu có) và Sổ gốc lưu trữ, Cục Quản lý lao động ngoài nước xác nhận :

Ông (bà): .....

Đi hợp tác lao động tại ..... từ:..... đến: .....

Thời điểm về nước : ngày..... tháng ..... năm .....

Về nước với lý do : .....

Được chuyển trả về đơn vị: .....

Ông (bà): ..... *(có hoặc không)* ..... tên trong danh sách đã được Cục Quản lý lao động ngoài nước duyệt hồ sơ để nhận trợ cấp cấp thôi việc theo quy định tại Thông tư số 12/ TT-LB ngày 3/8/1992 và Thông tư số 24/LB-TT ngày 19/9/1994 của Liên Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội – Tài chính .

Xác nhận này có giá trị thay thế Giấy chứng nhận của Ban quản lý lao động Việt Nam tại ..... và Thông báo chuyển trả của Cục Quản lý lao động ngoài nước để xem xét tính thời gian công tác hưởng bảo hiểm xã hội theo quy định tại Thông tư số 24/2007/TT-BLĐTBXH ngày 09 tháng 11 năm 2007 của Bộ Lao động- Thương binh và Xã hội.

Nơi nhận :	**CỤC TRƯỞNG**
- Ông (bà)	
- Lưu VT Cục QLLĐNN.	

Bản sao lưu trữ

Mẫu số 3

(Kèm theo Thông tư số 24 /2007/TT-BLĐTBXH ngày 9-11-2007 của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội)

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIẢI QUYẾT CHẾ ĐỘ TỬ TUẤT

Đối với người được cử đi công tác, học tập, làm việc có thời hạn ở nước ngoài đã chết sau khi về nước nhưng thân nhân chưa được hưởng trợ cấp tuất

Kính gửi : .....

Tên tôi là: ..... Số CMTND: .....

Hộ khẩu thường trú: .....

là thân nhân *(nêu rõ mối quan hệ thân nhân với người lao động)*: .....

của ông (bà): ..... Sinh ngày : .....

Được cử đi *(hợp tác lao động, học tập, thực tập, làm chuyên gia)*: .....

tại *(tên đơn vị, tổ chức và tên nước)*

Đơn vị cử đi: .....

Cơ quan chủ quản *(Bộ, ngành):* .....

Thời hạn làm việc ghi trong Quyết định của đơn vị cử đi: từ: .....

đến: .....

Thời điểm về nước : ngày..... tháng ..... năm.....

Lý do về nước: .....

Được chuyển trả về đơn vị: .....

Ông (bà)..... đã từ trần ngày.... tháng .... năm.....

Từ khi về nước đến khi từ trần, ông (bà): ..... chưa được giải quyết trợ cấp thôi việc, chế độ bảo hiểm xã hội.

Bản sao lưu trữ

Tôi xin cam đoan lời khai trên đây của tôi là đúng sự thật. Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.

Đề nghị..... lập hồ sơ và làm thủ tục giải quyết chế độ tử tuất đối với ông (bà)..... ./.

....., ngày..... tháng..... năm	....., ngày..... tháng..... năm .....
Xác nhận của UBND xã, phường nơi cư trú *(Ký và ghi rõ họ tên)*	**Người viết đơn** *(Ký, đóng dấu)*

Ghi chú:

- Mẫu này áp dụng đối với thân nhân của người lao động đã chết sau khi về nước nhưng thân nhân chưa được hưởng trợ cấp tuất;

- Uỷ ban nhân dân xã, phường xác nhận mối quan hệ của người viết đơn với người lao động.

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH SỐ 166/2007/NĐ-CP NGÀY 16-11-2007 CỦA CHÍNH PHỦ QUY ĐỊNH MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU CHUNG

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Bộ luật Lao động ngày 23 tháng 6 năm 1994; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 02 tháng 4 năm 2002; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Nghị quyết số 56/2006/NQ-QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006 của Quốc hội khoá XI về kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm giai đoạn 2006 - 2010;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Bộ trưởng Bộ Nội vụ và Bộ trưởng Bộ Tài chính,

NGHỊ ĐỊNH :

Điều 1. Quy định mức lương tối thiểu chung để trả công cho người lao động làm công việc giản đơn nhất trong điều kiện lao động bình thường thực hiện từ 01 tháng 01 năm 2008 là 540.000 đồng/tháng.

Điều 2.

1. Mức lương tối thiểu chung quy định tại Nghị định này áp dụng đối với:

a) Cơ quan nhà nước, lực lượng vũ trang, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội;

b) Đơn vị sự nghiệp của Nhà nước; đơn vị sự nghiệp của tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội; đơn vị sự nghiệp ngoài công lập được thành lập và hoạt động theo quy định của pháp luật;

c) Công ty được thành lập, tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp nhà nước;

Bản sao lưu trữ

d) Công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ được tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp;

đ) Doanh nghiệp thành lập, tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp;

e) Hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động.

2. Mức lương tối thiểu chung quy định tại Nghị định này không áp dụng đối với doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế và cá nhân người nước ngoài tại Việt Nam.

Điều 3. Mức lương tối thiểu chung quy định tại Nghị định này được dùng làm cơ sở:

1. Tính các mức lương trong hệ thống thang lương, bảng lương, mức phụ cấp lương và thực hiện một số chế độ khác theo quy định của pháp luật ở các cơ quan, đơn vị, tổ chức quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 1 Điều 2 Nghị định này.

2. Tính mức lương tối thiểu vùng đối với các công ty, doanh nghiệp, tổ chức và cá nhân quy định tại các điểm c, d, đ và e khoản 1 Điều 2 Nghị định này.

3. Tính trợ cấp kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 trở đi đối với lao động dôi dư theo Nghị định số 110/2007/NĐ-CP ngày 26 tháng 6 năm 2007 của Chính phủ về chính sách đối với người lao động dôi dư do sắp xếp lại công ty nhà nước.

4. Tính các khoản trích và các chế độ được hưởng tính theo lương tối thiểu chung.

Điều 4. Kinh phí thực hiện mức lương tối thiểu chung quy định tại Nghị định này đối với các đối tượng do ngân sách nhà nước bảo đảm từ các nguồn:

1. Tiết kiệm 10% chi thường xuyên (trừ tiền lương và các khoản có tính chất lương) đối với từng cơ quan hành chính, đơn vị sự nghiệp thuộc các Bộ, cơ quan Trung ương và các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

2. Đối với các đơn vị sự nghiệp có thu, sử dụng tối thiểu 40% số thu được để lại theo chế độ. Riêng các đơn vị sự nghiệp thuộc ngành y tế sử dụng tối thiểu 35% số thu để lại theo chế độ (sau khi trừ chi phí thuốc, máu, dịch truyền, hoá chất, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế).

3. Sử dụng tối thiểu 40% số thu được để lại theo chế độ của các cơ quan hành chính có thu.

4. Sử dụng 50% số tăng thu ngân sách địa phương.

5. Ngân sách trung ương bảo đảm:

a) Bổ sung nguồn kinh phí để thực hiện mức lương tối thiểu chung trong trường hợp các Bộ, cơ quan Trung ương và các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đã thực hiện đúng các quy định tại khoản 1, khoản 2, khoản 3 và khoản 4 Điều này nhưng vẫn còn thiếu;

b) Hỗ trợ những địa phương khó khăn, chưa cân đối được nguồn bình quân 1/3 mức lương tối thiểu chung đối với cán bộ không chuyên trách xã, phường, thị trấn, ở thôn và tổ dân phố được xác định theo đúng quy định tại Nghị định số 121/2003/NĐ-CP ngày 21 tháng 10 năm 2003 của Chính phủ.

Điều 5. Kinh phí khi thực hiện mức lương tối thiểu chung đối với người lao động làm việc trong các công ty, doanh nghiệp do công ty, doanh nghiệp bảo đảm và được hạch toán vào giá thành hoặc chi phí sản xuất kinh doanh.

Điều 6.

1. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội sau khi lấy ý kiến Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam, đại diện người sử dụng lao động và Bộ, ngành liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức lương tối thiểu chung cho từng thời kỳ; hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung đối với các tổ chức, cá nhân quy định tại các điểm c, d, đ và e khoản 1 Điều 2 Nghị định này; hướng dẫn tính trợ cấp theo quy định tại khoản 3 Điều 3 Nghị định này đối với người lao động dôi dư theo Nghị định số 110/2007/NĐ-CP ngày 26 tháng 6 năm 2007.

2. Bộ Nội vụ chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và Bộ, ngành liên quan hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung đối với cơ quan,

đơn vị, tổ chức quy định tại điểm a và điểm b khoản 1 Điều 2 Nghị định này.

3. Bộ Quốc phòng, Bộ Công an sau khi thống nhất với Bộ Nội vụ, Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung đối với các đối tượng thuộc phạm vi quản lý.

4. Bộ Tài chính chủ trì, phối hợp với Bộ, ngành liên quan chịu trách nhiệm:

a) Hướng dẫn việc tính toán, cân đối nguồn kinh phí để thực hiện mức lương tối thiểu chung theo quy định tại Điều 4 Nghị định này;

b) Thẩm định và bổ sung kinh phí thực hiện mức lương tối thiểu chung cho các Bộ, cơ quan Trung ương và các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đối với các trường hợp quy định tại điểm a khoản 5 Điều 4 Nghị định này và bảo đảm nguồn bổ sung có mục tiêu đối với những địa phương khó khăn theo quy định tại điểm b khoản 5 Điều 4 Nghị định này và tổng hợp báo cáo Thủ tướng Chính phủ kết quả thực hiện.

Điều 7. Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

Bãi bỏ Nghị định số 203/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 quy định mức lương tối thiểu và Nghị định số 94/2006/NĐ-CP ngày 07 tháng 9 năm 2006 của Chính phủ điều chỉnh mức lương tối thiểu chung.

Điều 8. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này ./.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG
Nguyễn Tấn Dũng

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH SỐ 167/2007/NĐ-CP NGÀY 16-11-2007 CỦA CHÍNH PHỦ QUY ĐỊNH MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU VÙNG ĐỐI VỚI NGƯỜI LAO ĐỘNG LÀM VIỆC Ở CÔNG TY, DOANH NGHIỆP, HỢP TÁC XÃ, TỔ HỢP TÁC, TRANG TRẠI, HỘ GIA ĐÌNH, CÁ NHÂN VÀ CÁC TỔ CHỨC KHÁC CỦA VIỆT NAM CÓ THUÊ MƯỚN LAO ĐỘNG

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Bộ luật Lao động ngày 23 tháng 6 năm 1994; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 02 tháng 4 năm 2002; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Nghị quyết số 56/2006/NQ-QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006 của Quốc hội khoá XI về kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm giai đoạn 2006 - 2010;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội,

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH :

Điều 1. Quy định mức lương tối thiểu vùng áp dụng đối với:

1. Công ty được thành lập, tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp nhà nước.

2. Công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ được tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp.

3. Doanh nghiệp thành lập, tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp (không bao gồm doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài).

4. Hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động.

Các công ty, doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này gọi chung là doanh nghiệp.

Điều 2. Mức lương tối thiểu vùng dùng để trả công đối với người lao động làm công việc giản đơn nhất trong điều kiện lao động bình thường ở các doanh nghiệp quy định tại Điều 1 Nghị định này thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 theo các vùng như sau:

1. Mức 620.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên địa bàn các quận thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

2. Mức 580.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên địa bàn các huyện thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh; các quận thuộc thành phố Hải Phòng; thành phố Hạ Long thuộc tỉnh Quảng Ninh; thành phố Biên Hoà, thị xã Long Khánh, các huyện Nhơn Trạch, Long Thành, Vĩnh Cửu và Trảng Bom thuộc tỉnh Đồng Nai; thị xã Thủ Dầu Một, các huyện: Thuận An, Dĩ An, Bến Cát và Tân Uyên thuộc tỉnh Bình Dương; thành phố Vũng Tàu thuộc tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu.

3. Mức 540.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên các địa bàn còn lại.

Điều 3.

1. Doanh nghiệp quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 1 Nghị định này áp dụng mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này để tính đơn giá tiền lương.

Đối với doanh nghiệp quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này bảo đảm các điều kiện quy định tại Điều 4 Nghị định số 206/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ quy định quản lý lao động, tiền lương, thu nhập trong các công ty nhà nước thì được áp dụng hệ số điều chỉnh tăng thêm không quá 1,34 lần so với mức lương tối thiểu chung; trường hợp bảo đảm các điều kiện quy định tại Điều 4 Nghị định số 206/2004/NĐ-CP và có lợi nhuận kế hoạch cao hơn từ 5% trở lên so với lợi nhuận thực hiện của năm trước liền kề thì áp dụng hệ

Bản sao lưu trữ

số điều chỉnh tăng thêm tối đa không quá 2 lần so với mức lương tối thiểu chung quy định tại Nghị định số 166/2007/NĐ-CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 để tính đơn giá tiền lương.

2. Đối với doanh nghiệp quy định tại khoản 3 và khoản 4 Điều 1 Nghị định này:

a) Áp dụng mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này để tính các mức lương trong thang lương, bảng lương, các loại phụ cấp lương, tính các mức lương ghi trong hợp đồng lao động và thực hiện các chế độ khác do doanh nghiệp xây dựng và ban hành theo thẩm quyền do pháp luật lao động quy định.

b) Mức tiền lương thấp nhất trả cho người lao động đã qua học nghề (kể cả lao động do doanh nghiệp tự dạy nghề) phải cao hơn ít nhất 7% so với mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

c) Khuyến khích các doanh nghiệp thực hiện mức lương tối thiểu cao hơn mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

d) Căn cứ mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này, doanh nghiệp điều chỉnh lại tiền lương trong hợp đồng lao động cho phù hợp.

Điều 4.

1. Mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này được điều chỉnh tuỳ thuộc vào mức tăng trưởng kinh tế, chỉ số giá sinh hoạt và cung cầu lao động theo từng thời kỳ.

2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội sau khi lấy ý kiến Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam, đại diện người sử dụng lao động và Bộ, ngành liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 2 Nghị định này.

Điều 5. Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội chịu trách nhiệm hướng dẫn thi hành Nghị định này.

Bản sao lưu trữ

Điều 6. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này ./.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG
Nguyễn Tấn Dũng

Bản sao lưu trữ

NGHỊ ĐỊNH SỐ 168/2007/NĐ-CP NGÀY 16-11-2007 CỦA CHÍNH PHỦ QUY ĐỊNH MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU VÙNG ĐỐI VỚI LAO ĐỘNG VIỆT NAM LÀM VIỆC CHO DOANH NGHIỆP CÓ VỐN ĐẦU TƯ NƯỚC NGOÀI, CƠ QUAN, TỔ CHỨC NƯỚC NGOÀI, TỔ CHỨC QUỐC TẾ VÀ CÁ NHÂN NGƯỜI NƯỚC NGOÀI TẠI VIỆT NAM

CHÍNH PHỦ

Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;

Căn cứ Bộ luật Lao động ngày 23 tháng 6 năm 1994; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 02 tháng 4 năm 2002; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Bộ luật Lao động ngày 29 tháng 6 năm 2006;

Căn cứ Nghị quyết số 56/2006/NQ-QH11 ngày 29 tháng 6 năm 2006 của Quốc hội khoá XI về kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội 5 năm giai đoạn 2006 - 2010;

Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội,

NGHỊ ĐỊNH :

Điều 1. Quy định mức lương tối thiểu vùng dùng để trả công đối với người lao động làm công việc giản đơn nhất trong điều kiện lao động bình thường cho doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế và cá nhân người nước ngoài tại Việt Nam (sau đây gọi chung là doanh nghiệp) thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 theo các vùng như sau:

1. Mức 1.000.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên địa bàn các quận thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

2. Mức 900.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên địa bàn các huyện thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh; các quận thuộc thành phố Hải Phòng; thành phố Hạ Long thuộc tỉnh Quảng Ninh; thành phố Biên Hoà, thị xã Long Khánh, các huyện Nhơn Trạch, Long Thành, Vĩnh Cửu và Trảng Bom thuộc tỉnh Đồng

Nai; thị xã Thủ Dầu Một, các huyện Thuận An, Dĩ An, Bến Cát và Tân Uyên thuộc tỉnh Bình Dương; thành phố Vũng Tàu thuộc tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu.

3. Mức 800.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên các địa bàn còn lại.

Điều 2.

1. Mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 1 Nghị định này được dùng làm căn cứ tính các mức lương trong thang lương, bảng lương, các loại phụ cấp lương, tính các mức lương ghi trong hợp đồng lao động, thực hiện các chế độ khác do doanh nghiệp xây dựng và ban hành theo thẩm quyền do pháp luật lao động quy định.

2. Mức tiền lương thấp nhất trả cho người lao động đã qua học nghề (kể cả lao động do doanh nghiệp tự dạy nghề) phải cao hơn ít nhất 7% so với mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 1 Nghị định này.

3. Khuyến khích các doanh nghiệp thực hiện mức lương tối thiểu cao hơn mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 1 Nghị định này.

4. Căn cứ mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 1 Nghị định này, doanh nghiệp điều chỉnh lại tiền lương trong hợp đồng lao động cho phù hợp.

Điều 3.

1. Mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 1 Nghị định này được điều chỉnh tuỳ thuộc vào mức tăng trưởng kinh tế, chỉ số giá sinh hoạt và cung cầu lao động theo từng thời kỳ.

2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội sau khi lấy ý kiến Tổng Liên đoàn Lao động Việt Nam, đại diện người sử dụng lao động và Bộ, ngành liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức lương tối thiểu vùng quy định tại Điều 1 Nghị định này.

Điều 4.

1. Nghị định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

Bãi bỏ Nghị định số 03/2006/NĐ-CP ngày 06 tháng 01 năm 2006 của Chính phủ quy định mức lương tối thiểu đối với lao động Việt Nam

Bản sao lưu trữ

làm việc cho doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế và cá nhân người nước ngoài tại Việt Nam.

Điều 5. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này ./.

TM. CHÍNH PHỦ
THỦ TƯỚNG
Nguyễn Tấn Dũng

Bản sao lưu trữ

THÔNG TƯ SỐ 28/2007/TT-BLĐTBXH NGÀY 05-12-2007 CỦA BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI SỬA ĐỔI THÔNG TƯ SỐ 13/2003/TT-BLĐTBXH VÀ THÔNG TƯ SỐ 14/2003/TT-BLĐTBXH NGÀY 30-5-2003 CỦA BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN MỘT SỐ ĐIỀU CỦA NGHỊ ĐỊNH SỐ 114/2002/NĐ-CP NGÀY 31-1-2002 CỦA CHÍNH PHỦ VỀ TIỀN LƯƠNG

Thực hiện Nghị định số 114/2002/NĐ-CP ngày 31 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ Luật Lao động về tiền lương, Bộ lao động Thương binh và Xã hội đã ban hành Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30 tháng 5 năm 2003 hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 114/2002/NĐ-CP về tiền lương đối với người lao động làm việc trong các doanh nghiệp hoạt động theo Luật Doanh nghiệp (sau đây gọi tắt là Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH) và Thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30 tháng 5 năm 2003 hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 114/2002/NĐ-CP về tiền lương đối với người lao động làm việc trong các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài và cơ quan, tổ chức nước ngoài hoặc quốc tế tại Việt Nam (sau đây gọi tắt là Thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH).

Qua quá trình thực hiện, một số tỉnh, thành phố và một số doanh nghiệp có đề nghị quy định cụ thể hơn các nội dung về xây dựng thang lương, bảng lương, chế độ nâng bậc lương trong Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH và Thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH nêu trên. Để tạo điều kiện cho doanh nghiệp triển khai thực hiện đúng các quy định của pháp luật, bảo đảm quyền lợi của người lao động; sau khi trao đổi với Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam, Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam và các Bộ, ngành liên quan, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội hướng dẫn sửa đổi như sau:

1. Sửa đổi khoản 1, khoản 2 mục III Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH và khoản 1, khoản 2 mục III Thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH như sau:

"1/ Thang lương, bảng lương theo khoản 1 và khoản 3, Điều 5 Nghị định số 114/2002/NĐ-CP được quy định cụ thể như sau:

a) Doanh nghiệp có trách nhiệm xây dựng thang lương, bảng lương, tiêu chuẩn cấp bậc kỹ thuật, chức danh, tiêu chuẩn chuyên môn, nghiệp vụ làm cơ sở ký kết hợp đồng lao động và thỏa ước lao động tập thể, xác định quỹ lương, trả lương, nâng bậc lương và giải quyết các chế độ khác cho người lao động.

b) Việc xây dựng thang lương, bảng lương phải bảo đảm nguyên tắc quy định tại khoản 1, Điều 5 Nghị định số 114/2002/NĐ-CP, trong đó:

- Khoảng cách của các bậc lương phảo bảo đảm khuyến khích để người lao động nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật, tích lũy kinh nghiệm, phát triển các tài năng; chênh lệch giữa hai bậc lương liền kề thấp nhất bằng 5%;

- Mức lương thấp nhất trong thang lương, bảng lương quy định đối với lao động làm nghề, công việc đòi hỏi qua học nghề phải cao hơn ít nhất 7% so với mức tối thiểu vùng do Chính phủ quy định;

- Mức lương của nghề, công việc độc hại, nguy hiểm hoặc đặc biệt độc hại, nguy hiểm phải cao hơn ít nhất 5% so với mức lương của nghề, công việc có điều kiện lao động bình thường. Danh mục nghề, công việc độc hại, nguy hiểm hoặc đặc biệt độc hại, nguy hiểm thực hiện theo quy định của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội.

c) Doanh nghiệp lựa chọn phương pháp tại Phụ lục số 1 kèm theo Thông tư này hoặc áp dụng các phương pháp khác phù hợp để xây dựng thang lương, bảng lương.

d) Khi xây dựng hoặc sửa đổi, bổ sung thang lương, bảng lương, doanh nghiệp phải tham khảo ý kiến cảu Ban chấp hành công đoàn cơ sở hoặc Ban chấp hành công đoàn lâm thời và công bố công khai trong doanh nghiệp.

đ) Doanh nghiệp phải đăng ký hệ thống thang lương, bảng lương (kể cả thang lương, bảng lương được sửa đổi, bổ sung) với cơ quan quản lý nhà nước về lao động tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nơi đặt

trụ sở chính của người sử dụng lao động trước khi công bố áp dụng trong doanh nghiệp, cụ thể:

- Đối với doanh nghiệp mới thành lập sau ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành thì trong thời hạn 6 tháng kể từ ngày bắt đầu hoạt động, doanh nghiệp phải xây dựng và đăng ký hệ thống thang lương, bảng lương;

- Đối với doanh nghiệp đang hoạt động đã xây dựng thang lương, bảng lương nhưng chưa thực hiện đăng ký hoặc đã đăng ký hệ thống thang lương, bảng lương nhưng thang lương, bảng lương xây dựng chưa đúng với quy định tại Thông tư này thì trong thời hạn 3 tháng, kể từ ngày Thông tư này có hiệu lực thi hành, doanh nghiệp phải thực hiện đăng ký hoặc tiến hành sửa đổi, bổ sung và đăng ký lại hệ thống thang lương, bảng lương theo quy định.

Hồ sơ đăng ký thang lương, bảng lương bao gồm:

- Công văn đề nghị đăng ký;

- Hệ thống thang lương, bảng lương doanh nghiệp xây dựng hoặc sửa đổi, bổ sung;

- Bảng quy định các tiêu chuẩn và điều kiện áp dụng đối với từng chức danh hoặc nhóm chức danh nghề, công việc trong thang lương, bảng lương;

- Ý kiến tham gia của Ban chấp hành công đoàn cơ sở hoặc Ban chấp hành công đoàn lâm thời trong doanh nghiệp.

e) Khi nhận đủ hồ sơ đăng ký, trong vòng 15 ngày (tính theo ngày làm việc), cơ quan quản lý nhà nước về lao động tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương nơi đặt trụ sở chính của người sử dụng lao động phải có văn bản thông báo việc đã đăng ký hệ thống thang lương, bảng lương của doanh nghiệp. trong thời hạn nêu trên, nếu phát hiện hệ thống thang lương, bảng lương do doanh nghiệp xây dựng, đăng ký không theo đúng quy định tại các khoản 1 và 2 mục III của Thông tư này thì phải có văn bản yêu cầu doanh nghiệp xây dựng lại theo đúng quy định. Cơ quan quản lý nhà nước về lao động tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm bảo đảm bí mật hệ thống thang lương, bảng lương của doanh nghiệp đã đăng ký.

Bản sao lưu trữ

2/ Phụ cấp lương

Doanh nghiệp được quyền quy định các khoản phụ cấp lương hoặc áp dụng cho chế độ phụ cấp lương do Chính phủ quy định đối với các công ty nhà nước để thu hút hoặc khuyến khích người lao động làm nghề, công việc đòi hỏi trách nhiệm cao hơn hoặc trong điều kiện, môi trường lao động độc hại, nguy hiểm hơn nhưng chưa được xác định trong các mức lương của thang lương, bảng lương do doanh nghiệp xây dựng.

Doanh nghiệp đăng ký các khoản phụ cấp lương cùng hệ thống thang lương, bảng lương của doanh nghiệp với cơ quan quản lý nhà nước về lao động tại địa phương."

2. Sửa đổi khoản 4, mục V Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH và khoản 4, mục V THông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH như sau:

a) Doanh nghiệp có trách nhiệm phối hợp với Ban chấp hành công đoàn cớ sở hoặc Ban chấp hành công đoàn lâm thời xây dựng quy chế nâng bậc lương hàng năm trong doanh nghiệp. Quy chế nâng bậc lương phải, khuyến khích người lao động có trình độ chuyên môn, kỹ thuậ cao, tay nghề giỏi có nhiều đóng góp cho doanh nghiệp và công bố công khai trong doanh nghiệp.

Quy chế nâng bậc lương phải có các nội dung sau:

- Đối tượng được nâng bậc lương;

- Điều kiện và tiêu chuẩn nâng bậc lương và nâng bậc lương sớm đối vớitừng chức danh hoặc nhóm chức danh nghề, công việc;

- Thời hạn nân bậc lương đối với từng chức danh hoặc nhóm chức danh nghề, công việc;

- Thời điểm xét nâng lương hàng năm đối với người lao động.

b) Căn cứ vào quy chế nâng bậc lương, hàng năm doanh nghiệp phải lập kế hoạch và tổ chức nâng lương đối với người lao động và công bố công khai trong doanh nghiệp.

c) Chế độ nâng bậc lương đối với người lao động phải được thể hiện trong hợp đồng lao động và thỏa ước lao động tập thể."

3. Thông tư này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày kể từ ngày đăng Công báo.

Bãi bỏ khoản 1, khoản 2 mục III và khoản 4, mục V Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30-5-2003 của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định 144/2002/NĐ-CP ngày 31-12-2002 của Chính phủ về tiền lương đối với người lao động làm việc trong các doanh nghiệp hoạt động theo Luật Doanh nghiệp; khoản 1, khoản 2 mục III và khoản 4, mục V Thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30-5-2003 của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 114/2002/NĐ-CP ngày 31-12-2002 của Chính phủ về tiền lương đối với người lao động làm việc cho các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài và cơ quan, tổ chức nước ngoài hoặc quốc tế tại Việt Nam.

Trong quá trình thực hiện, nếu có vướng mắc, đề nghị các Bộ quản lý ngành, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các doanh nghiệp phản ánh về Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội xem xét, giải quyết./.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC
Huỳnh Thị Nhân

Bản sao lưu trữ

THÔNG TƯ SỐ 29/2007/TT-BLĐTBXH NGÀY 05-12-2007 CỦA BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU CHUNG, MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU VÙNG ĐỐI VỚI CÔNG TY NHÀ NƯỚC VÀ CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MỘT THÀNH VIÊN DO NHÀ NƯỚC SỞ HỮU 100% VỐN ĐIỀU LỆ

Căn cứ khoản 1, Điều 6 Nghị định số 166/2007/NĐ-CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 của Chính phủ quy định mức lương tối thiểu chung và Nghị định số 167/2007/NĐ-CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 của Chính phủ quy định mức lương tối thiểu vùng đối với người lao động làm việc ở công ty, doanh nghiệp, hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động; Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng đối với công ty nhà nước và công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ như sau:

I. PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG.

1. Phạm vi điều chỉnh:

a) Công ty được thành lập, tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp nhà nước, bao gồm:

- Tổng công ty nhà nước;

- Công ty nhà nước độc lập;

- Công ty mẹ là công ty nhà nước trong Tập đoàn kinh tế do Thủ tướng Chính phủ quyết định thành lập hoặc phê duyệt đề án thành lập và giao cho Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quyết định thành lập;

- Công ty mẹ là công ty nhà nước trong Tổng công ty hoặc công ty hoạt động theo mô hình công ty mẹ - công ty con.

- Tổng công ty, công ty thành viên hạch toán độc lập 100% vốn Nhà nước thuộc Tập đoàn kinh tế trong thời gian chưa chuyển đổi và đăng ký lại theo quy định tại Nghị định số 139/2007/NĐ-CP ngày 05

Bản sao lưu trữ

tháng 9 năm 2007 của Chính phủ hướng dẫn chi tiết thi hành một số điều của Luật Doanh nghiệp;

- Công ty thành viên hạch toán độc lập 100% vốn Nhà nước thuộc Tổng công ty do Nhà nước quyết định đầu tư và thành lập;

b) Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam, Ngân hàng phát triển Việt Nam, Ban quản lý dự án đầu tư xây dựng và các tổ chức của Nhà nước đang áp dụng chế độ tiền lương như công ty nhà nước.

c) Công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ được thành lập, tổ chức quản lý và hoạt động theo Luật Doanh nghiệp.

Các công ty, tổ chức quy định tại điểm a, b và điểm c, khoản 1 mục I Thông tư này được gọi chung là công ty.

2. Đối tượng áp dụng:

a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động quy định tại Nghị định số 44/2003/NĐ-CP ngày 09 tháng 5 năm 2003 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ luật Lao động về hợp đồng lao động.

b) Thành viên Hội đồng quản trị, thành viên Hội đồng quản lý, thành viên Ban kiểm soát, thành viên Hội đồng thành viên (hoặc Chủ tịch công ty), Kiểm soát viên, Tổng giám đốc, Giám đốc, Phó Tổng giám đốc, Phó Giám đốc, Kế toán trưởng (không bao gồm Tổng giám đốc, Giám đốc, Phó Tổng giám đốc, Phó Giám đốc, Kế toán trưởng làm việc theo hợp đồng).

II. THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU CHUNG.

1. Mức lương tối thiểu chung thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 theo quy định tại Điều 1 Nghị định số 166/2007/NĐ-CP là 540.000 đồng/tháng.

2. Công ty căn cứ mức lương tối thiểu chung tại khoản 1 nêu trên và hệ số lương, phụ cấp lương quy định tại Nghị định số 205/2004/NĐ-CP, Nghị định số 204/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ để tính mức lương, phụ cấp lương làm căn cứ tính đóng, hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; tiền lương ngừng việc;

Bản sao lưu trữ

nghỉ ngày lễ; nghỉ hàng năm và các chế độ khác theo quy định của pháp luật lao động.

Việc tính mức lương và phụ cấp lương được thực hiện như sau: lấy hệ số lương cấp bậc theo chức danh nghề, công việc; hệ số lương chuyên môn, nghiệp vụ; hệ số lương chức vụ được xếp, phụ cấp lương, hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có) nhân với mức lương tối thiểu chung 540.000 đồng/tháng.

Ví dụ 1: Ông Nguyễn Văn A xếp lương ngạch chuyên viên bậc 5, hệ số 3,58 và hưởng phụ cấp độc hại, nguy hiểm mức 0,2, phụ cấp thu hút mức 20% theo quy định tại Nghị định số 205/2004/NĐ-CP. Việc điều chỉnh mức lương, phụ cấp của ông A được tính như sau:

- Mức lương là: 3,58 x 540.000 đồng/tháng

= 1.933.200 đồng/tháng

- Mức phụ cấp độc hại, nguy hiểm là: 0,2 x 540.000 đồng/tháng

= 108.000 đồng/tháng

- Mức phụ cấp thu hút là: 20% x (3,58 x 540.000 đồng/tháng)

= 386.640 đồng/tháng

3. Đối với người lao động dôi dư thực hiện chấm dứt hợp đồng lao động, nhận trợ cấp mất việc làm theo quy định tại khoản 4, Điều 3 và Điều 4 Nghị định số 110/2007/NĐ-CP ngày 26 tháng 6 năm 2007 của Chính phủ về chính sách đối với người lao động dôi dư do sắp xếp lại công ty nhà nước, thì trợ cấp mất việc làm cho thời gian làm việc trong khu vực nhà nước từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 trở đi và trợ cấp đi tìm việc làm được tính theo mức lương tối thiểu chung 540.000 đồng/tháng. Khi thực hiện các khoản trợ cấp này thì bổ sung thêm các cột tương ứng để tính thời gian làm việc thực tế trong khu vực nhà nước và tính trợ cấp mất việc làm vào biểu số 9, biểu số 10 ban hành kèm theo Thông tư số 18/2007/TT-BLĐTBXH ngày 10 tháng 9 năm 2007 của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội.

Đối với người lao động dôi dư thuộc diện nghỉ hưu trước tuổi thì trợ cấp thêm theo quy định tại điểm b, khoản 2, Điều 3 Nghị định số 110/2007/NĐ-CP ngày 26 tháng 6 năm 2007 của Chính phủ, từ ngày 01

tháng 01 năm 2008 trở đi được tính theo mức lương tối thiểu 540.000 đồng/tháng.

III. THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU VÙNG.

1. Mức lương tối thiểu vùng để trả công đối với người lao động làm công việc giản đơn nhất trong điều kiện lao động bình thường ở các công ty thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 theo Điều 2 Nghị định số 167/2007/NĐ-CP như sau:

a) Mức 620.000 đồng/tháng áp dụng đối với công ty hoạt động trên địa bàn các quận thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

b) Mức 580.000 đồng/tháng áp dụng đối với công ty hoạt động trên địa bàn các huyện thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh; các quận thuộc thành phố Hải Phòng; thành phố Hạ Long thuộc tỉnh Quảng Ninh; thành phố Biên Hoà, thị xã Long Khánh, các huyện: Nhơn Trạch, Long Thành, Vĩnh Cửu và Trảng Bom thuộc tỉnh Đồng Nai; thị xã Thủ Dầu Một, các huyện: Thuận An, Dĩ An, Bến Cát và Tân Uyên thuộc tỉnh Bình Dương; thành phố Vũng Tàu thuộc tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu.

c) Mức 540.000 đồng/tháng áp dụng đối với công ty hoạt động trên các địa bàn còn lại.

2. Đối với công ty có đơn vị, chi nhánh hoạt động trên các địa bàn có mức lương tối thiểu vùng khác nhau thì đơn vị, chi nhánh hoạt động ở địa bàn vùng nào áp dụng mức lương tối thiểu vùng theo địa bàn đó.

3. Công ty nêu tại điểm a và điểm b, khoản 1, mục I Thông tư này áp dụng mức lương tối thiểu vùng để tính đơn giá tiền lương theo khoản 1, Điều 2 Nghị định số 167/2007/NĐ-CP như sau:

a) Công ty bảo đảm đủ các điều kiện quy định tại Điều 4 Nghị định số 206/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ và điểm b, khoản 1, mục III Thông tư số 07/2005/TT-BLĐTBXH ngày 05 tháng 01 năm 2005 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thì được áp dụng mức lương tối thiểu cao hơn mức lương tối thiểu vùng để tính đơn giá tiền lương, trong đó công ty được áp dụng hệ số điều chỉnh tăng thêm (K_{dc}) không quá 1,34 lần so với mức lương tối thiểu chung.

Đối với công ty bảo đảm đủ các điều kiện quy định tại Điều 4 Nghị định số 206/2004/NĐ-CP và điểm b, khoản 1, mục III Thông tư số 07/2005/TT-BLĐTBXH và có lợi nhuận kế hoạch cao hơn từ 5% trở lên so với lợi nhuận thực hiện của năm trước liền kề thì được áp dụng hệ số điều chỉnh tăng thêm (K_{dc}) không quá 2 lần so với mức lương tối thiểu chung.

b) Căn cứ vào hệ số điều chỉnh tăng thêm so với mức lương tối thiểu chung (K_{dc}) được áp dụng nêu trên, công ty lựa chọn mức lương tối thiểu để tính đơn giá tiền lương (quy định lựa chọn mức lương tối thiểu này thay thế quy định lựa chọn mức lương tối thiểu theo điểm b, khoản 2, mục III Thông tư số 07/2005/TT-BLĐTBXH) trong khung mức tiền lương tối thiểu quy định như sau:

- Mức lương tối thiểu lựa chọn thấp nhất bằng mức lương tối thiểu vùng do Chính phủ quy định ($TL_{minvùng}$).

Trường hợp công ty có đơn vị, chi nhánh hoạt động trên các địa bàn có mức lương tối thiểu vùng khác nhau thì tính bình quân gia quyền mức lương tối thiểu vùng và số lao động của các địa bàn đó.

- Mức lương tối thiểu lựa chọn cao nhất: $TL_{max} = TL_{min}(1 + K_{dc})$, trong đó:

+ TL_{min}: Mức lương tối thiểu chung.

+ K_{dc}: Hệ số điều chỉnh tăng thêm so với mức lương tối thiểu chung theo điểm a, khoản 3, mục I Thông tư này, với:

$$\left[\frac{TL_{minvùng}}{TL_{min}} - 1\right] < K_{dc} \leq 1{,}34 \text{ hoặc } 2$$

Căn cứ vào khung mức tiền lương tối thiểu từ $TL_{minvùng}$ đến TL_{max}, công ty có thể chọn bất cứ mức lương tối thiểu nào thuộc khung này khi bảo đảm đầy đủ các điều kiện quy định tại điểm a, khoản 3, mục I Thông tư này để tính đơn giá tiền lương.

4. Công ty nêu tại điểm c khoản 1, mục I Thông tư này áp dụng mức lương tối thiểu thấp nhất bằng mức lương tối thiểu vùng do Chính phủ quy định để tính đơn giá tiền lương. Trường hợp bảo đảm đủ các

Bản sao lưu trữ

điều kiện quy định tại khoản 2, Điều 4 Nghị định số 86/2007/NĐ-CP ngày 28 tháng 5 năm 2007 của Chính phủ và khoản 2.1, phần A, mục III Thông tư số 15/2007/TT-BLĐTBXH ngày 31 tháng 8 năm 2007 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội thì được áp dụng cao hơn mức lương tối thiểu vùng do Chính phủ quy định (không hạn chế mức tối đa).

5. Mức lương tối thiểu vùng do Chính phủ quy định ($TL_{minvùng}$) thay thế mức lương tối thiểu chung (TL_{min}) dùng để xác định quỹ tiền lương của công ty như sau:

a) Xác định quỹ tiền lương chế độ ($V_{cđ}$), quỹ tiền lương thực hiện theo đơn giá tiền lương theo quy định tại điểm a, khoản 4, mục III Thông tư số 07/2005/TT-BLĐTBXH ngày 05 tháng 01 năm 2005; điểm a, khoản 2.4, phần A, mục III Thông tư số 15/2007/TT-BLĐTBXH ngày 31 tháng 8 năm 2007 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội;

Ví dụ 2: Theo quy định tại điểm a, khoản 4, mục III Thông tư số 07/2005/TT-BLĐTBXH: "Quỹ tiền lương chế độ ($V_{cđ}$), được xác định bằng số lao động định mức nhân với hệ số lương theo cấp bậc công việc bình quân, hệ số phụ cấp lương bình quân và mức lương tối thiểu chung" thì nay được điều chỉnh như sau "quỹ tiền lương chế độ ($V_{cđ}$), được xác định bằng số lao động định mức nhân với hệ số lương theo cấp bậc công việc bình quân, hệ số phụ cấp lương bình quân và mức lương tối thiểu vùng do Chính phủ quy định".

b) Xác định quỹ tiền lương kế hoạch và quỹ tiền lương chế độ của thành viên Hội đồng quản trị, thành viên Hội đồng thành viên (hoặc Chủ tịch công ty), Tổng giám đốc, Giám đốc công ty không có lợi nhuận hoặc lỗ theo quy định tại điểm b, khoản 1, điểm b, d, đ, khoản 2, mục III Thông tư số 08/2005/TT-BLĐTBXH ngày 05 tháng 01 năm 2005 và điểm b, khoản 2.1, điểm b, d, đ, khoản 2.2, phần B, mục III Thông tư số 15/2007/TT-BLĐTBXH của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội;

6. Căn cứ mức lương tối thiểu vùng quy định tại khoản 1, mục III Thông tư này, công ty rà roát, điều chỉnh, bổ sung quy chế trả lương, bảo đảm tiền lương trả cho người lao động không thấp hơn mức lương tối thiểu vùng do Chính phủ quy định.

IV. HIỆU LỰC THI HÀNH.

1. Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, Uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Chủ tịch Hội đồng quản trị, Chủ tịch Hội đồng thành viên hoặc Chủ tịch công ty của công ty mẹ trong Tập đoàn kinh tế nhà nước và Tổng công ty nhà nước có trách nhiệm chỉ đạo, đôn đốc kiểm tra các công ty thực hiện theo đúng quy định của Thông tư này.

2. Kinh phí thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng quy định tại Thông tư này do công ty bảo đảm và được hạch toán vào giá thành hoặc chi phí kinh doanh.

3. Khi thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng quy định tại Thông tư này thì mức tiền chi cho bữa ăn giữa ca tính theo số ngày công chế độ trong tháng đối với công nhân, nhân viên, viên chức làm việc trong công ty quy định tại Thông tư số 15/1999/TT-BLĐTBXH ngày 22 tháng 6 năm 1999 của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội, không được vượt quá 450.000 đồng/tháng.

4. Thông tư này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

Bãi bỏ Thông tư số 12/2006/TT-BLĐTBXH ngày 14 tháng 09 năm 2006 hướng dẫn thực hiện điều chỉnh tiền lương và phụ cấp lương theo Nghị định số 94/2006/NĐ-CP ngày 07 tháng 9 năm 2006 của Chính phủ.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, Uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các công ty phản ánh về Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội xem xét, giải quyết./.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC
Huỳnh Thị Nhân

THÔNG TƯ SỐ 30/2007/TT-BLĐTBXH NGÀY 05-12-2007 CỦA BỘ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU CHUNG VÀ MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU VÙNG ĐỐI VỚI DOANH NGHIỆP, HỢP TÁC XÃ, LIÊN HIỆP HỢP TÁC XÃ, TỔ HỢP TÁC, TRANG TRẠI, HỘ GIA ĐÌNH, CÁ NHÂN VÀ CÁC TỔ CHỨC KHÁC CỦA VIỆT NAM CÓ THUÊ MƯỚN LAO ĐỘNG

Căn cứ khoản 1 Điều 6 Nghị định số 166/2007/NĐ- CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 quy định mức lương tối thiểu chung và Nghị định số 167/2007/NĐ- CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 quy định mức lương tối thiểu vùng đối với người lao động làm việc ở công ty, doanh nghiệp, hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động; Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng đối với doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động như sau:

I. PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG.

1. Phạm vi điều chỉnh:

a) Công ty, doanh nghiệp hoạt động theo Luật Doanh nghiệp, gồm: công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần, công ty hợp danh, doanh nghiệp tư nhân (không bao gồm công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ và doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài).

b) Hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động theo hợp đồng lao động (không bao gồm cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế và cá nhân người nước ngoài tại Việt Nam).

Các công ty, doanh nghiệp, tổ chức, cá nhân quy định tại điểm a và điểm b khoản 1 mục I Thông tư này sau đây gọi chung là doanh nghiệp.

2. Đối tượng áp dụng:

Bản sao lưu trữ

a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động quy định tại Nghị định số 44/2003/NĐ-CP ngày 09 tháng 5 năm 2003 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ luật Lao động về hợp đồng lao động.

b) Người làm công tác quản lý hưởng lương trong doanh nghiệp.

II. THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU CHUNG.

1. Mức lương tối thiểu chung thực hiện từ 01 tháng 01 năm 2008 theo quy định Điều 1 Nghị định số 166/2007/NĐ-CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 là 540.000 đồng/tháng.

2. Doanh nghiệp áp dụng thang lương, bảng lương và chế độ phụ cấp lương do Nhà nước quy định đối với công ty nhà nước, căn cứ mức lương tối thiểu chung quy định tại khoản 1 mục II Thông tư này và hệ số lương, phụ cấp lương quy định tại Nghị định số 205/2004/NĐ-CP, Nghị định số 204/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ để tính mức lương, phụ cấp lương trong thang lương, bảng lương, phụ cấp lương làm căn cứ tính đóng, hưởng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; tiền lương ngừng việc; nghỉ ngày lễ; nghỉ hàng năm và các chế độ khác theo quy định của pháp luật lao động. Việc tính mức lương và phụ cấp lương thực hiện theo quy định tại khoản 2 mục II Thông tư số 29/2007/TT-BLĐTBXH ngày 05 tháng 12 năm 2007.

III. THỰC HIỆN MỨC LƯƠNG TỐI THIỂU VÙNG.

1. Mức lương tối thiểu vùng dùng để trả công đối với người lao động làm công việc giản đơn nhất trong điều kiện lao động bình thường ở các doanh nghiệp thực hiện từ ngày 01 tháng 01 năm 2008 theo các vùng quy định tại Điều 2 Nghị định số 167/2007/NĐ-CP ngày 16 tháng 11 năm 2007 như sau:

a) Mức 620.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên địa bàn các quận thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh.

b) Mức 580.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên địa bàn các huyện thuộc thành phố Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh; các quận thuộc thành phố Hải Phòng; thành phố Hạ Long thuộc tỉnh Quảng Ninh; thành phố Biên Hoà, thị xã Long Khánh, các huyện

Nhơn Trạch, Long Thành, Vĩnh Cửu và Trảng Bom thuộc tỉnh Đồng Nai; thị xã Thủ Dầu Một, các huyện Thuận An, Dĩ An, Bến Cát và Tân Uyên thuộc tỉnh Bình Dương; thành phố Vũng Tàu thuộc tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu.

c) Mức 540.000 đồng/tháng áp dụng đối với doanh nghiệp hoạt động trên các địa bàn còn lại.

2. Doanh nghiệp có đơn vị, chi nhánh hoạt động trên các địa bàn có mức lương tối thiểu vùng khác nhau thì đơn vị, chi nhánh hoạt động ở địa bàn nào áp dụng mức lương tối thiểu vùng theo địa bàn đó.

3. Mức tiền lương thấp nhất trả cho người lao động đã qua học nghề (kể cả lao động do doanh nghiệp tự dạy nghề) phải cao hơn ít nhất 7% so với mức lương tối thiểu vùng quy định tại khoản 1 mục III Thông tư này. Lao động đã qua học nghề bao gồm:

- Những người đã qua học nghề và được cấp chứng chỉ nghề, bằng nghề, bằng trung học nghề theo quy định tại Nghị định số 90/CP ngày 24 tháng 11 năm 1993 quy định cơ cấu khung của hệ thống giáo dục quốc dân, hệ thống văn bằng, chứng chỉ về giáo dục và đào tạo;

- Những người đã qua học nghề và được cấp chứng chỉ nghề, bằng nghề theo quy định tại Luật Giáo dục năm 1998;

- Những người đã qua học nghề và được cấp chứng chỉ theo chương trình dạy nghề thường xuyên, chứng chỉ sơ cấp nghề, bằng tốt nghiệp trung cấp nghề, bằng tốt nghiệp cao đẳng nghề hoặc đã hoàn thành chương trình học nghề theo hợp đồng học nghề quy định tại Luật Dạy nghề;

- Những người đã qua học nghề và được cấp văn bằng, chứng chỉ nghề của nước ngoài;

- Những người làm công việc đòi hỏi phải qua đào tạo nghề và đã được doanh nghiệp tổ chức đào tạo nghề hoặc tự học nghề được doanh nghiệp kiểm tra phù hợp với yêu cầu công việc.

4. Khuyến khích các doanh nghiệp áp dụng mức lương tối thiểu cao hơn mức lương tối thiểu vùng quy định tại Thông tư này để trả cho người lao động phù hợp với năng suất lao động, hiệu quả hoạt động sản xuất, kinh doanh và mức tiền công trên thị trường.

5. Mức lương tối thiểu vùng quy định tại Thông tư này được dùng làm cơ sở tính các mức lương trong thang lương, bảng lương, phụ cấp lương; mức lương ghi trong hợp đồng lao động; xác định đơn giá trả lương; tính đóng, hưởng các chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; tiền lương ngừng việc; nghỉ ngày lễ; nghỉ hàng năm và các chế độ khác theo quy định của pháp luật lao động trong các doanh nghiệp tự xây dựng thang lương, bảng lương, phụ cấp lương theo quy định tại Nghị định số 114/2002/NĐ-CP ngày 31 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ luật Lao động về tiền lương, Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30 tháng 5 năm 2003 và Thông tư số 28/2007/TT-BLĐTBXH ngày 05 tháng 12 năm 2007 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội.

Đối với doanh nghiệp áp dụng thang lương, bảng lương và chế độ phụ cấp lương do Nhà nước quy định đối với công ty nhà nước tại các Nghị định số 205/2004/NĐ-CP, Nghị định số 204/2004/NĐ-CP ngày 14 tháng 12 năm 2004 của Chính phủ thì áp dụng không thấp hơn mức lương tối thiểu vùng để trả lương cho người lao động.

6. Khi áp dụng các quy định tại Thông tư này, doanh nghiệp không được xoá bỏ hoặc cắt giảm các chế độ được pháp luật quy định như tiền lương trả khi làm thêm giờ; tiền lương làm việc vào ban đêm; tiền lương hoặc phụ cấp làm việc trong điều kiện lao động nặng nhọc, độc hại; chế độ bồi dưỡng bằng hiện vật đối với các chức danh nghề nặng nhọc, độc hại.

Đối với các khoản phụ cấp, trợ cấp, tiền thưởng do doanh nghiệp quy định thực hiện theo thoả thuận trong hợp đồng lao động hoặc thoả ước lao động tập thể hoặc trong quy chế của doanh nghiệp.

7. Đối với các mức lương được thoả thuận trong hợp đồng lao động hoặc trong thang lương, bảng lương do doanh nghiệp xây dựng theo quy định tại Điều 57 Bộ luật Lao động, Nghị định số 114/2002/NĐ-CP ngày 31 tháng 12 năm 2002 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Bộ luật Lao động về tiền lương thì mức điều chỉnh cụ thể do người sử dụng lao động và người lao động thoả thuận căn cứ vào mặt bằng tiền công trên thị trường, giá cả sinh hoạt và phải bảo đảm quan hệ hợp lý giữa người mới được tuyển dụng và người có thâm niên làm việc tại doanh nghiệp.

IV. HIỆU LỰC THI HÀNH.

1. Các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, Uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có trách nhiệm chỉ đạo, đôn đốc kiểm tra các doanh nghiệp thực hiện theo đúng quy định của Thông tư này.

2. Kinh phí thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng quy định tại Thông tư này được hạch toán vào giá thành hoặc chi phí sản xuất, kinh doanh.

3. Thông tư này có hiệu lực thi hành kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2008.

Bãi bỏ Thông tư số 12/2006/TT-BLĐTBXH ngày 14 tháng 9 năm 2006 hướng dẫn thực hiện điều chỉnh tiền lương và phụ cấp lương theo Nghị định số 94/2006/NĐ-CP ngày 07 tháng 9 năm 2006 của Chính phủ.

Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc, đề nghị các Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ, Uỷ ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và các doanh nghiệp phản ánh về Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội xem xét, giải quyết./.

KT.BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG THƯỜNG TRỰC
Huỳnh Thị Nhân

Bản sao lưu trữ

Bản sao lưu trữ

MỤC LỤC

Phần thứ nhất
MƯỜI LĂM NĂM THỰC HIỆN CHÍNH SÁCH BẢO HIỂM Y TẾ

- ***Mười lăm năm thực hiện chính sách Bảo hiểm y tế*** - Tạp chí Bảo hiểm Xã hội - Hải Hồng *(tổng hợp)* 9
- ***Những hạn chế trong việc thực hiện Bảo hiểm y tế cho nông dân, nguyên nhân và vấn đề đặt ra*** – Dương Văn Thắng 21
- ***Một số vấn đề về Bảo hiểm xã hội ở nước ta*** – TS. Phạm Đình Thành . 34
- ***Mục tiêu công bằng trong thực hiện chính sách Bảo hiểm y tế ở nước ta*** – Lâm Hà 45
- ***Bảo hiểm y tế cho người nghèo – thực trạng và giải pháp*** – TS. Bùi Văn Hồng 54
- ***Lạm dụng Bảo hiểm y tế và những biện pháp khắc phục*** – ThS. Trần Quang Thông 63
- ***Vai trò của Nhà nước đối với quỹ Bảo hiểm y tế*** – TS. Bùi Văn Hồng . 71
- ***Phương thức thanh toán Bảo hiểm y tế tác động đến thầy thuốc và người bệnh*** – Nguyễn Huy Nghị 80
- ***Tính nhân đạo cộng đồng trong Bảo hiểm y tế tự nguyện?*** – ThS. Lưu Viết Tĩnh 87
- ***Bảo hiểm xã hội ở Việt Nam trong thời kỳ đẩy mạnh công nghiệp hóa, hiện đại hóa*** – PGS, TS. Mạc Tiến Anh 95
- ***Những vấn đề chủ yếu cần bàn về Bảo hiểm y tế*** – Nguyễn Biểu 102
- ***Bản chất và tiêu chí đánh giá cơ chế thu Bảo hiểm xã hội*** – ThS. Phạm Trường Giang 107
- ***Chu kỳ tính toán Bảo hiểm xã hội - Khái niệm và sự cần thiết?*** – Nguyễn Chí Tỏa 113

Bản sao lưu trữ

- Nhìn lại kết quả thanh tra thực hiện chính sách chế độ Bảo hiểm xã hội, Bảo hiểm y tế, những kiến nghị
– TS. Bùi Sỹ Lợi 120
- Trao đổi về chức năng, nhiệm vụ của cán bộ giám định chi tại văn phòng cơ quan bảo hiểm xã hội – Nguyễn Huy Nghị 126
- Bước đột phá trong thực hiện chính sách an sinh xã hội ở Việt Nam
– Hoàng Kiến Thiết (Trưởng Ban BHXH tự nguyện - BHXH Việt Nam) 137
- Những cái được trong thực hiện Bảo hiểm y tế cho nông dân và nguyên nhân – Dương Văn Thắng 142
- Những kết quả và thách thức trong thực hiện Bảo hiểm y tế tự nguyện – Nguyễn Huy Nghi 152
- Đôi điều suy nghĩ về nội dung đưa vào Luật Bảo hiểm y tế
– Hà Thúc Chí 158
- Các quy định về Bảo hiểm xã hội bắt buộc theo pháp luật Bảo hiểm xã hội – Ban Chính sách xã hội – BHXH Việt Nam 165

Phần thứ hai

NHỮNG NGHIÊN CỨU THỰC TIỄN VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM Y TẾ VÀ NHỮNG ĐỀ XUẤT KIẾN NGHỊ

- Tiếp tục đổi mới hệ thống Bảo hiểm xã hội phù hợp với kinh tế thị trường và hội nhập quốc tế – Thứ trưởng Bộ Nội vụ, TS. Thang Văn Phúc 197
- Cơ sở lý luận và thực tiễn xây dựng Luật Bảo hiểm y tế – ThS. Nguyễn Thanh Hương 203
- Sự cần thiết đổi mới việc thực hiện chính sách Bảo hiểm y tế cho nông dân – Dương Văn Thắng 211
- Đề xuất một số giải pháp thực hiện Bảo hiểm y tế toàn dân – Hà Thúc Chí 218
- Nên quy định bắt buộc hay tự nguyện trong Bảo hiểm y tế – Trung Hiếu 224

Bản mẫu lưu trữ

- Bàn về nhiệm vụ và tổ chức của ngành Bảo hiểm xã hội trong tiến trình thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân
– TS. Phạm Hà Anh 230
- Bảo hiểm xã hội với thách thức hội nhập WTO – TS. Phạm Đình Thành 241
- Vấn đề pháp chế trong việc nâng cao hiệu quả thực thi chính sách bảo hiểm xã hội – PGS, TS. Mạc Tiến Anh 250
- Các hoạt động chế tài bảo hiểm xã hội
– PGS, TS. Mạc Tiến Anh 257
- Cần thực hiện cơ chế cùng chi trả chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế – BS. Lê Minh Hoàn 265
- Bảo hiểm y tế tự nguyện không phải là giải pháp tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân – Hoàng Kiến Thiết 270
- Một số vấn đề rút ra từ thực tiễn đóng góp xây dựng Luật Bảo hiểm y tế – ThS. Lưu Viết Tĩnh 278
- Những vấn đề cơ bản của Luật Bảo hiểm y tế
– TS. Phạm Đình Thành 285
- Bảo hiểm xã hội Việt Nam phát triển và hội nhập – Phó Tổng Giám đốc BHXH Việt Nam – TS. Đỗ Văn Sinh 294
- Nội dung cơ bản trong đào tạo, bồi dưỡng chuyên môn nghiệp vụ bảo hiểm xã hội – ThS. Lương Anh Tuấn 304
- Tài chính vi mô với bảo hiểm y tế tự nguyện
– ThS. Lưu Viết Tĩnh 313
- Về phương thức khoán quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất – ThS. Trần Quang Thông 320
- Một số điểm mới trong công tác kiểm tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam – Vũ Hồng Minh 334

Phần thứ ba

NHỮNG VĂN BẢN PHÁP LUẬT MỚI NHẤT VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI, BẢO HIỂM Y TẾ VÀ CHẾ ĐỘ TIỀN LƯƠNG

Bản sao lưu trữ

- ***Nghị định số 184/2007/NĐ-CP ngày 17-12-2007 của Chính phủ*** – Điều chỉnh lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hàng tháng đối với cán bộ xã đã nghỉ việc 341
- ***Thông tư liên tịch số 05/2007/TTLT – BNV – BTC, ngày 10-12-2007 của Bộ Nội vụ, Bộ Tài chính*** – Hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung từ ngày 01-01-2008 đối với cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị – xã hội và đơn vị sự nghiệp 344
- ***Thông tư liên tịch số 14/2007/TTLT – BYT – BTC, ngày 10-12-2007 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính*** – Hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của Thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30-3-2007 của Bộ Y tế, Bộ Tài chính; Hướng dẫn thực hiện Bảo hiểm y tế tự nguyện 350
- ***Nghị định số 135/2007/NĐ-CP ngày 16-8-2007 của Chính phủ*** – Quy định về xử phạt vi phạm hành chính trong linh vực bảo hiểm xã hội 353
- ***Nghị định số 68/2007/NĐ-CP ngày 19-4-2007 của Chính phủ*** – Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm xã hội về bảo hiểm xã hội bắt buộc đối với quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân, công an nhân dân 378
- ***Thông tư số 58/2007/TT-BTC ngày 12-6-2007 của Bộ Tài chính*** – Hướng dẫn quản lý tài chính đối vối Bảo hiểm xã hội Việt Nam 415
- ***Thông tư số 24/2007/TT-BLĐTBXH ngày 9-11-2007 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội*** – Hướng dẫn tính thời gian để hưởng chế độ bảo hiểm xã hội theo Quyết định số 107/2007/QĐ-TTg ngày 13-7-2007 của Thủ tướng Chính phủ 430
- ***Nghị định số 166/2007/NĐ-CP ngày 16-11-2007 của Chính phủ*** – Quy định mức lương tối thiểu chung 446
- ***Nghị định số 167/2007/NĐ-CP ngày 16-11-2007 của Chính phủ*** – Quy định mức lương tối thiểu vùng đối với người lao động làm việc ở công ty, doanh nghiệp, hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động 450
- ***Nghị định số 168/2007/NĐ-CP ngày 16-11-2007 của Chính phủ*** – Quy định mức lương tối thiểu vùng đối với lao động Việt Nam làm việc cho doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế và cá nhân người nước ngoài tại Việt Nam 454

- ***Thông tư số 28/2007/TT-BLĐTBXH ngày 5-12-2007 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội*** – Sửa đổi Thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH và Thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30-5-2003 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội – Hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định 114/NĐ-CP ngày 31-12-2002 của Chính phủ về tiền lương 457
- ***Thông tư số 29/2007/TT-BLĐTBXH ngày 5-12-2007 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội*** – Hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng đối với công ty nhà nước và công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ 462
- ***Thông tư số 30/2007/TT-BLĐTBXH ngày 5-12-2007 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội*** – Hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng đối với doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động 469

Bản sao lưu trữ

NHỮNG VẤN ĐỀ CẤP BÁCH VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI & BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG
175 Giảng Võ – Hà Nội
Tel: (04) 8. 515380 – Fax: (04) 8. 515381
CHI NHÁNH PHÍA NAM
85 Cách Mạng tháng Tám, Q1, TP. Hồ Chí Minh
Tel: (08) 8.390970 – Fax: (08) 9.257205
Email: cn-nxbld@vnn.vn

Chịu trách nhiệm xuất bản:
PHAN ĐÀO NGUYÊN
Chịu trách nhiệm bản thảo:
LÊ HUY HÒA
Biên tập:
HỒ PHƯƠNG LAN, LAN PHƯƠNG
Sửa bản in
NGUYỄN HÀ THANH
Bìa và trình bày
ĐÔNG SƠN DESIGN

In 1000 cuốn, khổ 19 x 26 cm, tại Công ty in Lạc Việt TPHCM
Số đăng ký KHXB: 980-2007/CXB/50-100/LĐ ngày 12-12-2007
Quyết định xuất bản số 163/QĐ-LĐ NXB Lao động cấp ngày 13-12-2007
In xong và nộp lưu chiểu tháng 01 năm 2008

Bản sao lưu trữ

VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI & BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DÂN

TRONG SÁCH NÀY

NHỮNG VĂN BẢN PHÁP LUẬT MỚI NHẤT ĐƯỢC CẬP NHẬT

- Nghị định **184/2007/NĐ-CP** ngày 17-12-2007 của Chính phủ *điều chỉnh lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hàng tháng đối với cán bộ xã đã nghỉ việc.*

- Thông tư liên tịch số **05/2007/TTLT- BNV-BTC** ngày 10-12-2007 của Bộ Nội vụ - Bộ Tài chính *hướng dẫn mức lương tối thiểu chung từ ngày 01-01-2008 đối với cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội và đơn vị sự nghiệp.*

- Thông tư liên tịch số **14/2007/TTLT-BYT-BTC** ngày 10-12-2007 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính *hướng dẫn sửa đổi, bổ sung một số điểm của thông tư liên tịch số 06/2007/TTLT-BYT-BTC ngày 30-3-2007 của liên Bộ Y tế - BộTài chính hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện.*

- Thông tư số **28/2007/TT-BLĐTBXH** ngày 5-12-2007, của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội *sửa đổi thông tư số 13/2003/TT-BLĐTBXH và thông tư số 14/2003/TT-BLĐTBXH ngày 30-5-2003 của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội hướng dẫn thực hiện một số điều của Nghị định số 114/2002/NĐ-CP ngày 31-01-2002 của Chính phủ về tiền lương.*

- Thông tư số **29/2007/TT-BLĐTBXH** ngày 5-12-2007 của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội *hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung, mức lương tối thiểu vùng đối với công ty Nhà nước và công ty TNHH một thành viên do Nhà nước sở hữu 100% vốn điều lệ.*

- Thông tư số **30/2007/TT-BLĐTBXH** ngày 5-12-2007 của Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội *hướng dẫn thực hiện mức lương tối thiểu chung và mức lương tối thiểu vùng đối với doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, tổ hợp tác, trang trại, hộ gia đình, cá nhân và các tổ chức khác của Việt Nam có thuê mướn lao động.*

Giá bìa: 275.000đ