

Bàn về quỹ bảo hiểm y tế ở Việt Nam trong giai đoạn hiện nay

Lê Kim Nguyệt*

*Khoa Luật, Đại học Quốc gia Hà Nội,
144 Xuân Thủy, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 30 tháng 02 năm 2010

Tóm tắt. Bảo hiểm y tế (BHYT) từ trước đến nay luôn là một lĩnh vực đóng vai trò hết sức quan trọng trong đời sống kinh tế xã hội của bất kỳ quốc gia nào, đặc biệt là đối với các quốc gia đang phát triển. Ở Việt Nam, một quốc gia luôn đề cao quyền con người thì vấn đề trên luôn dành được sự quan tâm không chỉ của riêng các cơ quan lập pháp và hành pháp mà còn là sự quan tâm chung của toàn xã hội. Qua bài viết này chúng tôi sẽ đi tìm hiểu chi tiết về tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế ở Việt Nam hiện nay, đặc biệt tập trung vào các kiến nghị lập pháp trong lĩnh vực này nhằm góp phần hoàn thiện pháp luật bảo hiểm y tế Việt Nam tiến tới mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân trong giai đoạn hiện nay.

1. Pháp luật về nguồn hình thành, sử dụng và quản lý quỹ bảo hiểm y tế

Trên thế giới, BHYT là một vấn đề không mới nhưng rất được các nhà khoa học pháp lý quan tâm nghiên cứu vì BHYT luôn mang ý nghĩa nhân đạo, có tính chia sẻ cộng đồng sâu sắc, góp phần quan trọng thực hiện mục tiêu công bằng xã hội trong việc bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Ở Việt Nam, bảo hiểm y tế mới được hình thành và phát triển từ năm 1992 đến nay. Qua gần 2 thập kỷ, Bảo hiểm y tế đã dần đi sâu vào đời sống nhân dân, người dân đã thấy được sự cần thiết của bảo hiểm y tế với chính bản thân và gia đình mình. Trong hoạt động bảo hiểm y tế thì vấn đề về quản lý và kiểm soát quỹ bảo hiểm y tế, nguồn thu chi chính cho công tác bảo hiểm là một vấn đề rất quan trọng. Có thể hiểu quỹ bảo hiểm y tế là tập hợp những đóng góp bằng tiền của

người tham gia bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức bảo hiểm y tế và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến BHYT⁽¹⁾.

Quỹ bảo hiểm y tế được hình thành từ nhiều nguồn khác nhau. Theo Điều 33 Luật bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế được hình thành từ các nguồn: người sử dụng lao động, người lao động, hỗ trợ của Nhà nước. Quỹ bảo hiểm y tế còn được hình thành từ hoạt động sinh lời, tức là việc sử dụng một bộ phận nhân rồi tương đối của quỹ đầu tư vào hoạt động kinh doanh. Một bộ phận khác nữa của quỹ bảo hiểm y tế là các khoản tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài. Ngoài ra, quỹ BHYT còn bao gồm cả các nguồn thu hợp pháp khác.

Năm 2002, khi ban hành Quyết định số 20/2002/QĐ-TTG của Thủ tướng chính phủ ban

*ĐT: 84-4-38339348.

E-mail: lekimguyet@yahoo.com

⁽¹⁾ Khoản 3 Điều 2 Luật BHYT năm 2008.

hành ngày 24/01/2002 về việc chuyển bảo hiểm Y tế Việt Nam sang bảo hiểm xã hội Việt Nam. Với sự chuyển giao này, quỹ bảo hiểm xã hội Việt Nam đã có một quỹ thành phần rất lớn nữa là quỹ bảo hiểm y tế. Việc hợp nhất quỹ bảo hiểm y tế và quỹ bảo hiểm xã hội đã kéo theo một số thay đổi về cơ chế hoạt động tài chính của Quỹ Bảo hiểm xã hội. Vào thời điểm này Quỹ Bảo hiểm xã hội được chia thành 3 quỹ thành phần gồm Quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc; quỹ khám chữa bệnh bắt buộc và quỹ khám chữa bệnh tự nguyện. Các quỹ này được hạch toán riêng và cân đối thu chi tài chính theo từng quỹ. Các quỹ khám chữa bệnh bắt buộc và tự nguyện được hạch toán hàng năm. Năm 2007, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 41/2007/QĐ-TTg về quản lý tài chính đối với bảo hiểm xã hội Việt Nam. Theo đó, quỹ bảo hiểm xã hội bắt buộc, quỹ bảo hiểm y tế được quản lý thống nhất trong hệ thống Bảo hiểm xã hội Việt Nam, được hạch toán riêng và cân đối thu, chi theo từng quỹ. Đến năm 2008, khi Chính phủ ban hành Nghị định số 94/2008/NĐ-CP ngày 22/08/2008 quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, thì bảo hiểm xã hội Việt Nam được tách ra thành bảo hiểm xã hội và bảo hiểm Y tế, khi đó, quỹ bảo hiểm xã hội cũng được tách ra thành quỹ bảo hiểm xã hội và quỹ bảo hiểm Y tế, hai quỹ này được quản lý riêng biệt. Trong đó, quỹ bảo hiểm y tế bao gồm: quỹ bảo hiểm y tế bắt buộc, quỹ bảo hiểm y tế tự nguyện. Hiện nay, quỹ bảo hiểm y tế ở nước ta được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch trong cân đối thu chi và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống tổ chức bảo hiểm y tế.

2. Những biến động của Quỹ bảo hiểm y tế ở Việt Nam từ năm 1992 đến nay

Quỹ BHYT qua từng thời kỳ đều có sự biến động liên tục vì những lý do khách quan và chủ quan khác nhau. Tính ưu việt của BHYT được thể hiện ở tính xã hội của nó. Đó là sự chia sẻ, liên kết của chính các thành viên trong xã hội thông qua việc đóng góp dựa trên thu nhập của họ vào quỹ BHYT. Đây chính là sự liên kết

rộng rãi để mọi người trong cộng đồng cùng nhau chia sẻ rủi ro bệnh tật. Quỹ BHYT hình thành vì mục đích này và nó tồn tại được do có sự hỗ trợ của cộng đồng xã hội. Dù thu nhập cao hay thấp, người tham gia BHYT ai cũng đóng một tỷ lệ tiền lương nhất định và khi đau yếu họ sẽ được chăm sóc như nhau. Văn bản pháp lý đầu tiên ở Việt Nam quy định về BHYT là Nghị định số 299/HĐBT ngày 15/8/1992 của Hội đồng bộ trưởng ban hành kèm theo Điều lệ bảo hiểm y tế (sau đây gọi tắt là Điều lệ bảo hiểm y tế năm 1992) đã góp phần thực hiện khám chữa bệnh, bảo đảm sức khoẻ đối với cán bộ công nhân viên chức và người lao động; đặc biệt góp phần giảm bớt gánh nặng cho ngân sách nhà nước. Tuy nhiên sau gần 6 năm thực hiện, Điều lệ BHYT này cũng bộc lộ nhiều bất cập cần được sửa đổi. Vì vậy, ngày 13/8/1998 Chính phủ đã ban hành Điều lệ bảo hiểm y tế kèm theo Nghị định số 58/1998/NĐ-CP (sau đây gọi tắt là Điều lệ bảo hiểm y tế năm 1998) thay thế Điều lệ bảo hiểm y tế năm 1992. Theo đó, quy định mức phí BHYT thu còn thấp, không thay đổi từ nhiều năm cùng với việc BHYT hạn chế mức chi trả do vậy bệnh nhân không được chữa trị đúng mức, không được hưởng các phương tiện y tế tiên tiến đắt tiền. Ở thời điểm này hiện tượng người đi khám, chữa bệnh theo BHYT còn bị các cơ sở khám chữa bệnh phân biệt đối xử theo kiểu “xin - cho”. Trong khi các phương tiện thông tin đại chúng phản ánh liên tục về những hạn chế của pháp luật BHYT thì quỹ BHYT lại kết dư hơn 2000 tỷ đồng vào giữa năm 2004⁽²⁾. Có thể nói đây là một vấn đề lớn cần được Nhà nước quan tâm giải quyết nhằm đảm bảo quyền lợi chính đáng cho những người tham gia BHYT. Ngày 16/5/2005 Chính phủ đã ban hành Điều lệ bảo hiểm y tế kèm theo nghị định số 63/2005/NĐ-CP (sau đây gọi tắt là Điều lệ bảo hiểm y tế năm 2005) thay thế Điều lệ bảo hiểm y tế năm 1998 ra đời đã mở rộng đối tượng tham gia BHYT bắt buộc, quyền lợi của người tham gia BHYT cũng được tăng lên đáng kể như bỏ chế

⁽²⁾ Theo thống kê của cơ quan BHXH năm 2004.

độ cùng chi trả 20%, bỏ quy định mức trần thanh toán chi phí khám chữa bệnh, trên 200 đầu thuốc được thêm vào danh mục cho phép cấp cho người bệnh... Tuy nhiên, sau khi Điều lệ bảo hiểm y tế năm 2005 thi hành được hơn 1 năm thì số lượt người đi khám, chữa bệnh trong 6 tháng đầu năm tăng nhiều dẫn đến chi phí khám chữa bệnh tăng trên 100%. Do vậy, hầu hết quỹ khám chữa bệnh BHYT tại các địa phương đều bị thâm hụt. Các bệnh viện đã phải dùng quỹ dự phòng để thanh toán cũng không đủ. Theo số liệu 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.

Để khắc phục những tồn tại đồng thời đáp ứng được với sự phát triển chung về kinh tế và xã hội của đất nước, Luật BHYT đã được Quốc hội ban hành ngày 14/11/2008 và bắt đầu triển khai từ ngày 1/10/2009, về cơ bản vẫn giữ nguyên quyền lợi của người tham gia, tuy nhiên có một điểm mới rất đáng quan tâm, đó là áp dụng đồng chi trả chi phí khám chữa bệnh theo nhiều mức, theo các tuyến, hạng bệnh viện và các nhóm đối tượng khác nhau. Cụ thể, quỹ BHYT sẽ thanh toán 95% chi phí khám chữa bệnh cho các nhóm đối tượng: người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng; người thuộc hộ gia đình nghèo, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại các vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn. Người bệnh đồng chi trả 5% phí còn lại. Quỹ BHYT thanh toán 80% chi phí khám chữa bệnh đối với các đối tượng khác, người bệnh đồng chi trả 20% còn lại. Trường hợp khám chữa bệnh có sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn thì quỹ BHYT thanh toán theo các mức như trên, nhưng không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho một lần sử dụng dịch vụ đó. Ngoài ra, các nhóm: trẻ em dưới 6 tuổi, người có công, một số đối tượng

thuộc lực lượng công an nhân dân; khám chữa bệnh tại tuyến xã; chi phí của một lần KCB thấp hơn 15% mức lương tối thiểu (thấp hơn 100.000đ) sẽ vẫn được quỹ BHYT chi trả 100%. Đó là với những trường hợp khám chữa bệnh đúng theo quy định của Luật BHYT. Với trường hợp khám chữa bệnh không đúng cơ sở khám chữa bệnh ban đầu hoặc không theo tuyến chuyên môn kỹ thuật (trừ trường hợp cấp cứu) thì quỹ BHYT thanh toán theo 3 mức: 79% chi phí đối với các trường hợp khám ở cơ sở khám chữa bệnh hạng 3,5% chi phí đối với cơ sở KCB hạng 2, 30% chi phí khám chữa bệnh đối với cơ sở khám chữa bệnh hạng 1, hạng đặc biệt. Mức thanh toán không vượt quá 40 tháng lương tối thiểu cho mỗi lần sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao, chi phí lớn. Từ ngày 1/10 mức đóng BHYT sẽ tăng lên 1,5 lần, từ 3% hiện nay lên 4,5% mức tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp mất sức lao động hàng tháng hay mức lương tối thiểu. Riêng học sinh, sinh viên, mức đóng BHYT bằng 3% mức lương tối thiểu. Tuy nhiên, cũng theo thông tin từ Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, năm 2009, quỹ bảo hiểm y tế tiếp tục thâm hụt xấp xỉ 2.000 tỷ đồng. Tỷ lệ bội chi là 15%. So với năm 2007 và năm 2008, mức thâm hụt quỹ tăng cao hơn (năm 2007, quỹ bảo hiểm y tế bội chi 1,8 ngàn tỷ. Năm 2008, con số này giảm xuống còn 1,4 ngàn tỷ).

3. Nguyên nhân và một số kiến nghị

Một trong những nguyên nhân của việc quỹ thâm hụt nặng hơn trong năm 2009 là do lượng người tham gia BHYT tăng vọt. Hiện nay, cả nước có trên 50 triệu người dân tham gia BHYT (chiếm khoảng 57% dân số). So với các năm trước, số này đã tăng từ 22 đến 23% (trên 10 triệu người)⁽³⁾. Ngoài ra còn phải kể đến những nguyên nhân khác phát sinh từ cả phía các cơ quan ban ngành Y tế lẫn BHXH như chưa thống nhất ban hành biểu mẫu, chưa có hệ thống phần mềm thống nhất để theo dõi và quản

⁽³⁾ Theo thông kê của ban Giám định y tế (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam).

lý về BHYT, chưa có giải pháp hữu hiệu để cải tiến các thủ tục khám, chữa bệnh theo BHYT, chưa phối hợp tốt trong việc triển khai thực hiện KCB BHYT tại các cơ sở KCB; Chưa phối hợp tốt trong việc kiểm tra, thanh tra cũng như trao đổi thông tin; Chưa triển khai thông tin, truyền thông để người dân nhận thức đúng đắn ý nghĩa của BHYT. Thậm chí nguyên nhân làm cho quỹ BHYT thâm hụt còn xuất phát từ phía người đi khám bệnh theo thẻ BHYT, đã có hiện tượng một số đối tượng gian lận thẻ khám BHYT để đi khám bệnh, và một số đối tượng nhờ quen biết nhân viên y tế khám xin thuốc... Vấn đề quản lý và kiểm soát không hiệu quả là cũng là một trong những nguyên nhân chính khiến quỹ BHYT thâm hụt nặng nề hơn. Thực trạng lạm dụng quỹ BHYT hiện nay ở Việt Nam hiện nay khá trầm trọng và đang có chiều hướng gia tăng cần phải được Nhà nước và xã hội quan tâm giải quyết. Theo điều tra của cơ quan BHXH, một số cơ sở khám chữa bệnh như Trung tâm Mắt Ninh Thuận, Bệnh viện Chợ Rẫy (thành phố Hồ Chí Minh)... đã lập hồ sơ bệnh án không để thanh toán bảo hiểm y tế. Tại các tỉnh Bình Định, Bình Thuận, Hưng Yên, Thái Bình... bội chi Quỹ bảo hiểm y tế lớn do lạm dụng chỉ định các dịch vụ y tế không cần thiết trong chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân, cấp thuốc ngoài danh mục quy định. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định, chỉ cho chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm chiếm tới 30% tổng chi (ở các bệnh viện khác mức chi này chỉ vào khoảng 10-20%) khiến bội chi Quỹ bảo hiểm y tế lên tới 200%⁽⁴⁾.

Có thể thấy rằng cách thức rút quỹ BHYT phổ biến nhất đó là lạm dụng dịch vụ kỹ thuật, chủ yếu là xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, những dịch vụ kỹ thuật mang lại nguồn thu cho các cơ sở khám chữa bệnh. Hệ quả nhìn thấy dễ dàng là cơ cấu chi phí khám chữa bệnh đang ngày càng nghiêng về phía các kỹ thuật này.

(4) Xem: Lạm dụng quỹ BHYT có chiều hướng tăng tại trang <http://tintuonline.vietnamnet.vn/vn/thuongnhat/427570/index.html>.

Theo con số thống kê của cơ quan BHXH, các bệnh viện của 40/63 tỉnh, thành ở nước ta đều đang trong tình trạng lạm bội chi. Đứng đầu là tỉnh Bình Định chi hơn 2 lần so với nguồn thu BHYT, sau là Thái Bình với tỉ lệ bội chi 74%. Các bệnh viện ở thành phố Hà Nội cũng bội chi trên 300 tỉ/năm. Pháp luật BHYT hiện hành quy định việc mở rộng dịch vụ được thanh toán BHYT như thanh toán chi phí điều trị tai nạn giao thông, chi phí cho bệnh bẩm sinh là những bệnh cần nhiều chi phí điều trị và khó trong thanh toán, điều này cũng là một nhân tố làm cho quỹ BHYT càng trở nên dễ bị lạm dụng. Hiện tượng vụ án “rút ruột” quỹ bảo hiểm y tế vừa xảy ra tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh có thể nói là một hành vi tham ô tiền để dành chữa bệnh của những người đã trích phần tiền lương, tiền công ít ỏi của mình vào quỹ bảo hiểm y tế. Trên thực tế thì vụ việc này không phải là cá biệt. Điều này cho thấy việc kiểm soát quỹ BHYT ở nước ta hiện nay chưa mang lại hiệu quả, dẫn đến việc vỡ quỹ BHYT triển miên suốt 4 năm trở lại đây. Chính vì thế mà quyền lợi của người dân nói chung và của những người tham gia BHYT nói riêng thực chất là đang bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Trong tình hình hiện nay, đối tượng tham gia BHYT ngày càng được mở rộng, để quỹ bảo hiểm đạt được hiệu quả và chi đúng, chi đủ cho người bệnh, Nhà nước ta và đặc biệt là các ngành y tế và bảo hiểm xã hội phải hết sức quan tâm đến nguồn quỹ này. Vì vậy, việc chống lạm dụng quỹ BHYT trong tình hình hiện nay là hết sức cần thiết.

Trước thực trạng biến động của Quỹ BHYT trong giai đoạn hiện nay ở nước ta, đã có nhiều ý kiến khác nhau đề xuất các biện pháp nhằm cân đối quỹ BHYT với mục đích đảm bảo quyền lợi người tham gia BHYT khi bị ốm đau, bệnh tật như nâng dần mức đóng BHYT, 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 hết sức cần thiết và cần được triển khai kịp thời. Bên cạnh đó cũng cần phải đặc biệt quan tâm đến

một số điểm quan trọng sau đây nhằm đảm bảo quyền lợi người bệnh, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh BHYT, đồng thời quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ BHYT:

Thứ nhất, ngoài các phương thức khoán định suất, khoán ca bệnh theo quy định của pháp Luật BHYT hiện hành, chúng ta cần quan tâm tăng cường hơn nữa công tác giám định BHYT nhằm bảo vệ quyền lợi người bệnh, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh BHYT, đồng thời quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ BHYT. Theo quy định tại điều 29 Luật BHYT thì giám định BHYT phải kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật cho người bệnh BHYT. Ở đây giám định BHYT là công cụ giám sát hoạt động khám chữa bệnh BHYT tại các cơ sở y tế được luật pháp quy định đồng thời phải chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định BHYT của mình. Như vậy, vai trò của công tác giám định BHYT là rất quan trọng không những trong việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh mà còn góp phần không nhỏ trong kiểm soát quỹ. Cần nâng cao trình độ của giám định viên nhằm đáp ứng các yêu cầu mới, đồng thời cần tăng cường tuyển dụng, bổ sung nguồn nhân lực làm công tác giám định.

Thứ hai, với thực trạng lạm dụng quỹ BHYT từ nhiều phía ở Việt Nam hiện nay cho thấy tình hình quản lý quỹ BHYT theo quy định của pháp luật hiện hành thực sự không thể đảm bảo tuyệt đối ngăn chặn các tiêu cực. Theo chúng tôi, ngoài sự nỗ lực của các cơ quan quản lý Nhà nước như Bộ Y tế, Bộ Tài chính, đơn vị tổ chức thực hiện chính sách như cơ quan Bảo hiểm Xã hội Việt Nam, cần có sự vào cuộc của tất cả các cấp uỷ, chính quyền, đoàn thể và nhân dân. Trước hết, để tránh lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế, ngành y tế cần chủ động nâng cao tinh thần trách nhiệm của các bác sỹ trong việc khám và điều trị cho người bệnh, tránh hiện tượng các bác sỹ cho thuốc theo yêu cầu của bệnh nhân, cho thuốc không đúng chỉ định, từ

đó người bệnh có thói quen khám bệnh để lấy thuốc. Bên cạnh đó, cần tăng cường hơn nữa công tác thông tin tuyên truyền để nâng cao nhận thức người dân về BHYT và vai trò quan trọng của mỗi thành viên trong xã hội ý thức được việc phát hiện và hạn chế những hành vi vi phạm pháp luật BHYT từ đó góp phần không nhỏ vào quá trình nâng cao hiệu quả quản lý, kiểm soát quỹ BHYT với mục đích đảm bảo quyền lợi chính đáng của người dân nói chung và người KCB theo BHYT nói riêng.

Thứ ba, việc vi phạm pháp luật BHYT xảy ra ngày càng nhiều với tính chất ngày càng phức tạp. Tuy nhiên pháp luật quy định xử phạt các hành vi vi phạm pháp luật BHYT hiện nay còn chưa rõ ràng nên chưa đủ sức răn đe, chưa đủ sức đấu tranh phòng ngừa các vi phạm BHYT. Chúng tôi cho rằng cần hình sự hoá một số vi phạm pháp luật trong lĩnh vực BHYT mang tính chất nghiêm trọng xâm hại đến quyền và lợi ích của người dân nói chung và của người KCB theo BHYT nói riêng càng sớm càng tốt, nên bổ sung thêm vào Bộ luật Hình sự các tội phạm về BHYT, như tội trốn đóng BHYT, tội lạm dụng quỹ BHYT, tội làm giả hồ sơ, tài liệu, tội sử dụng tiền đóng BHYT... nhằm giáo dục ý thức tuân theo pháp luật, đấu tranh phòng ngừa các vi phạm nghiêm trọng về BHYT.

Tài liệu tham khảo

- [1] Khoản 3 Điều 2 Luật Bảo hiểm Y tế năm 2008.
- [2] Theo thống kê của cơ quan Bảo hiểm Xã hội năm 2004.
- [3] Theo thống kê của ban Giám định y tế (Bảo hiểm Xã hội Việt Nam).
- [4] Xem: Lạm dụng quỹ Bảo hiểm Y tế có chiều hướng tăng tại trang <http://tintuonline.vietnamnet.vn/vn/thuongnhat/427570/index.html>.

Discussion on health insurance in Vietnam during recent period

Le Kim Nguyet

*School of Law, Vietnam National University, Hanoi,
144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

Health insurance is always considered as a very important filed in eco-socialist life of any country, especially developping countries. In Vietnam, one country which highly estimates humain rights, this issus receive attention from legislative and executive organs as well as from the whole society. Through this article, we shall research on detail of management and use of health insurance funds in Vietnam recently, especially focus on executive proposal in this field with the purpose of contribution to perfecting legal system on health insurance in Vietnam to the aim of implementation of public health insurance.