

TP. Hồ Chí Minh: Các bệnh viện chưa được quyết toán gần 2.500 tỷ đồng bảo hiểm y tế

06:35 05/08/2025

Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh ghi nhận cơ quan Bảo hiểm xã hội chưa thanh toán bảo hiểm y tế gần 2.500 tỷ đồng, vượt dự toán khám chữa bệnh bảo hiểm y tế hai năm qua.

Theo đó, Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh đã đề nghị UBND thành phố kiến nghị Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam hướng dẫn sớm thanh toán bảo hiểm y tế.

Cụ thể, số tiền bảo hiểm y tế các bệnh viện bị "treo" trong năm 2023 là hơn 557 tỷ đồng và năm 2024 gần 1.930 tỷ đồng, tổng cộng hai năm gần 2.500 tỷ đồng.

“Việc chậm thanh toán bảo hiểm y tế đang gây khó khăn cho các bệnh viện trong việc đảm bảo kinh phí hoạt động và cân đối thu chi tài chính khi giá dịch vụ khám chữa bệnh chưa được tính đúng tính đủ” – Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh nhận định.



Ảnh minh họa (Ảnh: Internet)

Ngoài ra, tình trạng này ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng khám chữa bệnh và quyền lợi của người bệnh. Ngoài ảnh hưởng đến kinh phí hoạt động, một số bệnh viện còn nợ tiền thuốc, không đủ khả năng thanh toán cho nhà cung cấp.

Hiện giá khám chữa bệnh mới được tính 2 trên 4 yếu tố là "chi phí trực tiếp" (như thuốc men, sinh phẩm, máu, hóa chất, vật liệu, dụng cụ...) và "tiền lương, tiền công". Hai yếu tố "chi phí quản lý", "chi phí khấu hao thiết bị và tài sản cố định" chưa được tính.

Hồi tháng 4, Bộ Y tế yêu cầu Vụ Kế hoạch - Tài chính chủ trì phối hợp đơn vị liên quan xây dựng quy định tính đúng tính đủ giá dịch vụ khám chữa bệnh, cần hoàn thành trong tháng 6, song đến nay vẫn chưa ban hành hướng dẫn.

Hàng năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam giao dự toán chi khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cho các tỉnh, thành. Dự toán này là cơ sở để địa phương phân bổ quỹ cho các cơ sở y tế, theo dõi và kiểm soát chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, trong thực tế, nhiều cơ sở y tế phát sinh chi phí vượt dự toán được giao. Việc chi trả chi phí vượt dự toán khám chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được Chính phủ quy định, hướng dẫn chi tiết trong Nghị định 188/2025/NĐ-CP.

Theo đó, trường hợp số chi khám chữa bệnh bảo hiểm y tế thực tế trong năm của bệnh viện đã được Bảo hiểm xã hội giám định vượt số dự kiến chi, thì bệnh viện rà soát, gửi văn bản phân tích các nguyên nhân, gửi Bảo hiểm xã hội và Sở Y tế. Hai cơ quan này sẽ phối hợp với cơ sở y tế rà soát nguyên nhân gây vượt số dự kiến chi. Nếu những số này là đúng quy định, bảo hiểm y tế thanh toán và bổ sung kinh phí cho bệnh viện.

Ngược lại, số tăng này không đúng quy định, bảo hiểm y tế sẽ từ chối thanh toán. Trường hợp không đồng tình với quyết định từ chối này, bệnh viện có thể kiến nghị Bảo hiểm xã hội, Sở Y tế xem xét hoặc tổng hợp gửi Bộ Y tế giải quyết.

Trường hợp tổng chi phí cả năm vượt dự toán được giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam sẽ trích quỹ dự phòng để chi trả. Nếu vẫn không đủ, Bảo hiểm xã hội sẽ báo cáo Bộ Tài chính và Bộ Y tế để trình Thủ tướng xem xét bổ sung kinh phí.

Trong thời gian chờ phê duyệt, Bảo hiểm xã hội có thể tạm ứng chi phí đã được Hội đồng quản lý cơ quan này thông qua. Sau khi Thủ tướng phê duyệt, Bảo hiểm xã hội sẽ thanh toán nốt phần còn lại...

Hoàng Bách (t/h)