

Số: /TTr-BYT Hà Nội, ngày tháng năm 2024

Dự thảo 2
Ngày 12/8/2024

TỜ TRÌNH

Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế

Kính gửi: Chính phủ

Thực hiện Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật và Chương trình xây dựng luật, pháp lệnh năm 2024, Bộ Y tế kính trình Chính phủ về Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế như sau:

I. SỰ CẦN THIẾT BAN HÀNH VĂN BẢN**1. Các chủ trương, đường lối của Đảng, chính sách của Nhà nước về bảo hiểm y tế ban hành trong thời gian qua cần được thể chế vào luật**

Những năm qua, nhiều văn bản của Đảng đã xác định rõ các phương hướng, nhiệm vụ và các mục tiêu, giải pháp phát triển bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó, một số nghị quyết của Quốc hội, Chính phủ đều có các nội dung định hướng hoàn thiện pháp luật về bảo hiểm y tế. Đây là cơ sở chính trị, pháp lý quan trọng để sửa đổi, bổ sung Luật bảo hiểm y tế.

Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới của Ban Chấp hành trung ương XII nêu rõ: Hướng tới thực hiện bao phủ chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm y tế toàn dân, mọi người dân đều được quản lý, chăm sóc sức khỏe, được bảo đảm bình đẳng về quyền và nghĩa vụ trong tham gia bảo hiểm y tế và thụ hưởng các dịch vụ y tế. Tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế và có cơ chế giá, cơ chế đồng chi trả nhằm phát triển vững chắc hệ thống y tế cơ sở. Đến năm 2030, tỉ lệ tham gia bảo hiểm y tế trên 95% dân số. Tỉ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế giảm còn 30%. Triển khai đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin trong quản lý bệnh tật, hồ sơ sức khỏe người dân gắn với quản lý thẻ, thanh toán bảo hiểm y tế; Tập trung đẩy nhanh cải cách hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin từ quản lý bệnh viện, giám định bảo hiểm y tế. Khám, chữa bệnh do bảo hiểm y tế và người dân chi trả. Chăm sóc sức khỏe ban đầu do bảo hiểm y tế, người dân và ngân sách nhà nước cùng chi trả. Ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế bảo đảm chi trả cho các dịch vụ ở mức cơ bản; người sử dụng dịch vụ chi trả cho phần vượt mức. Có cơ chế giá dịch vụ và cơ chế đồng chi trả phù hợp nhằm khuyến khích người dân khám, chữa bệnh ở tuyến dưới. Triển khai đồng bộ các giải pháp để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân. Điều chỉnh mức đóng phù hợp với điều kiện phát triển kinh tế, thu nhập của người dân và chất lượng dịch vụ. Đa dạng các gói bảo hiểm y tế. Tăng cường liên kết, hợp tác giữa bảo hiểm y tế xã hội với bảo hiểm

y tế thương mại. Nâng cao năng lực, chất lượng giám định bảo hiểm y tế bảo đảm khách quan, minh bạch. Thực hiện các giải pháp đồng bộ chống lạm dụng, trục lợi, bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế và quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

Chỉ thị số 25-CT/TW ngày 25 tháng 10 năm 2023 của Ban Bí thư về tiếp tục củng cố, hoàn thiện, nâng cao chất lượng hoạt động của y tế cơ sở trong tình hình mới cũng đã định hướng nhiều nhiệm vụ, giải pháp liên quan đến bảo hiểm y tế như: Tăng cường nguồn lực cho y tế dự phòng, sàng lọc và phát hiện bệnh sớm. Hoàn thiện giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo hướng tính đúng, tính đủ, xác định rõ chính sách phúc lợi, chính sách an sinh trong giá dịch vụ y tế. Nghiên cứu tiếp tục tăng mức đóng bảo hiểm y tế theo lộ trình phù hợp với ngân sách nhà nước, khả năng chi trả của Nhân dân; từng bước mở rộng danh mục dịch vụ thuộc phạm vi của y tế cơ sở do quỹ bảo hiểm y tế chi trả phù hợp với mức đóng. Đẩy mạnh quản lý và điều trị các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính, chăm sóc dài hạn tại y tế cơ sở. Phấn đấu đến năm 2030, trên 95% người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại y tế cơ sở được bảo hiểm y tế chi trả; trên 95% dân số được quản lý sức khỏe. Thiết lập hệ thống chuyển tuyến chuyên môn linh hoạt.

Nghị quyết số 42-NQ/TW ngày 24 tháng 11 năm 2023 của Ban Chấp hành Trung ương Khóa XIII về tiếp tục đổi mới, nâng cao chất lượng chính sách xã hội, đáp ứng yêu cầu sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc trong giai đoạn mới tiếp tục khẳng định các mục tiêu và giải pháp thực hiện bảo hiểm y tế như: Đến năm 2023 có trên 95% dân số tham gia bảo hiểm y tế; trên 95% người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại y tế cơ sở được bảo hiểm y tế chi trả. Tiếp tục mở rộng, nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế toàn dân; đa dạng các gói dịch vụ bảo hiểm y tế nhằm góp phần chăm sóc sức khỏe nhân dân, giảm chi phí người dân chi trả trực tiếp cho dịch vụ y tế. Nâng cao hiệu lực, hiệu quả thực hiện chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế; ban hành chỉ số đánh giá mức độ hài lòng của người tham gia; quản lý an toàn, hiệu quả Quỹ bảo hiểm xã hội, Quỹ bảo hiểm y tế. Tăng cường chuyển đổi số trong công tác quản lý, trong quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử, bảo hiểm y tế.

Nghị quyết số 99/2023/QH15 ngày 24 tháng 6 năm 2023 của Quốc hội về giám sát chuyên đề về việc huy động, quản lý và sử dụng các nguồn lực phục vụ công tác phòng, chống dịch COVID-19; việc thực hiện chính sách, pháp luật về y tế cơ sở, y tế dự phòng đã nêu rõ: Khẩn trương nghiên cứu, trình Quốc hội sửa đổi, bổ sung hoặc ban hành mới Luật Bảo hiểm y tế. Đổi mới cơ chế tài chính, cơ chế chi trả của quỹ bảo hiểm y tế theo hướng tăng chi cho y tế cơ sở. Tăng mức đóng bảo hiểm y tế theo lộ trình phù hợp với khả năng cân đối của ngân sách nhà nước và khả năng chi trả của người dân; nghiên cứu mở rộng danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, danh mục thuốc, thiết bị, vật tư y tế ở y tế cơ sở do quỹ bảo hiểm y tế chi trả tương ứng với mức tăng bảo hiểm y tế.

Các định hướng, chiến lược của Đảng và Quốc hội nêu trên cần phải được thể chế vào Luật để có hiệu lực pháp lý cao và bảo đảm các quyền, lợi ích của người dân liên quan đến bảo hiểm y tế.

2. Kết quả tổng kết thi hành pháp luật về bảo hiểm y tế cho thấy nhiều nội dung của luật cần được sửa đổi, bổ sung

a) Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được Quốc hội khóa XII thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2009 và được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Luật bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 đã đánh dấu một bước tiến quan trọng trong hệ thống pháp luật về bảo hiểm y tế, là cơ sở pháp lý cao nhất để thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân.

Sau 15 năm triển khai thực hiện, Luật bảo hiểm y tế đã thực sự đi vào cuộc sống, khẳng định tính đúng đắn, tính phù hợp và đã đạt được nhiều kết quả quan trọng. Công tác quản lý nhà nước và tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế ngày càng được tăng cường, công tác tuyên truyền, phổ biến, giáo dục pháp luật về bảo hiểm y tế được chú trọng và đã huy động được sự tham gia của cả hệ thống chính trị.

Đến ngày 31 tháng 12 năm 2023, tổng số người tham gia bảo hiểm y tế đạt 93,628 triệu người, tương ứng tỷ lệ bao phủ 93,35% dân số. Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế được điều chỉnh phù hợp, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh. Công tác tổ chức khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí đã được cải thiện đáng kể về quy trình, thủ tục. Người nghèo và các đối tượng chính sách xã hội, người có công, trẻ em dưới 6 tuổi đã được quan tâm trong tiếp cận và thụ hưởng các dịch vụ y tế theo quy định của Luật.

Phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế được bảo đảm. Chất lượng dịch vụ y tế ngày càng được cải thiện, nâng cao; việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý hoạt động cung cấp dịch vụ y tế, quản lý bệnh viện và giám định bảo hiểm y tế được thực hiện hiệu quả. Chính sách bảo hiểm y tế đã bảo đảm nguyên tắc chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế, đồng thời cũng đảm nhận nhiều chính sách phúc lợi xã hội khác. Mặc dù trong các năm 2017-2019 có số thu bảo hiểm y tế dành cho khám, chữa bệnh trong năm thấp hơn số chi một phần do ảnh hưởng của dịch Covid-19 trong các năm 2020-2022 nhưng tính chung từ năm 2010 đến năm 2022 quỹ bảo hiểm y tế bảo đảm cân đối thu chi và có kết dư, góp phần tạo ra nguồn tài chính ổn định cho công tác khám, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, trở thành nguồn tài chính cơ bản phục vụ cho hoạt động của các bệnh viện.

b) Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện đã phát sinh những vướng mắc, bất cập, hạn chế cần được điều chỉnh, cụ thể:

- Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:

Việc quy định hộ gia đình là “một nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế” dựa trên danh sách thành viên trong sổ hộ khẩu chưa tương thích với việc phân nhóm đối tượng tham gia theo “trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế”, không phản ánh mối quan hệ giữa các thành viên và trách nhiệm của thành viên hộ gia đình trong thực hiện bảo hiểm y tế. Mức đóng và việc giảm trừ mức đóng cho các thành viên hộ gia đình khi cùng tham gia bảo hiểm y tế chưa thực sự công bằng so với các nhóm đối tượng khác, trong đó có học sinh, sinh viên. Cụ thể, đối tượng tham gia

theo hộ gia đình chỉ áp dụng mức đóng như các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ tính theo mức lương cơ sở như đối tượng thuộc hộ nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và còn được giảm trừ mức đóng từ thành viên thứ hai trở đi. Việc tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng học sinh, sinh viên chưa bảo đảm linh hoạt, chưa bảo đảm quyền lợi đối với trường hợp học sinh, sinh viên đồng thời là thành viên của hộ gia đình dẫn đến mức đóng của học sinh, sinh viên cao hơn khi so sánh với mức đóng của họ khi tham gia với tư cách là đối tượng thành viên hộ gia đình. Luật Bảo hiểm y tế quy định phạm vi điều chỉnh có “cơ quan, tổ chức, cá nhân nước ngoài có liên quan đến bảo hiểm y tế” nhưng chưa rõ ràng về đối tượng, mức đóng, cách thức đóng bảo hiểm y tế dẫn đến khó khăn trong thực hiện.

- Về phạm vi được hưởng của bảo hiểm y tế:

Một số dịch vụ y tế thuộc phạm vi khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được quy định trong phạm vi hưởng bảo hiểm y tế như quản lý sức khỏe, khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ, tình trạng sức khỏe và điều trị sớm một số bệnh, khám sức khỏe định kỳ, kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, vật tư y tế hỗ trợ sử dụng trong phục hồi chức năng, dinh dưỡng điều trị. Quy định loại trừ điều trị tật khúc xạ cho trẻ từ 6 đến 18 tuổi không phù hợp khi đây là đối tượng chính đủ điều kiện can thiệp so với trẻ dưới 6 tuổi... Máu và các chế phẩm máu, khí y tế,... dùng trong điều trị chưa được quy định rõ trong luật.

Quy định về gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả chưa rõ về khái niệm, chưa sát thực tiễn đặc thù của Việt Nam, chưa thể hiện tính chất của gói dịch vụ y tế cơ bản phải đặt trong sự cân đối về phạm vi quyền lợi và khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế. Trong khi Luật Bảo hiểm y tế đã có các quy định về phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế; đồng thời quy định Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đã mang tính chất xác định các quyền lợi cơ bản cho người bệnh bảo hiểm y tế ở tất cả các tuyến đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của hầu hết các mặt bệnh, ở tất cả các chuyên khoa, tại tất cả các tuyến chuyên môn kỹ thuật và phần còn lại do người bệnh cùng chi trả. Trong thực tiễn không thể hưởng dẫn được gói dịch vụ y tế cơ bản cho tất cả các tuyến. Đối với điều kiện đặc thù của Việt Nam thì gói dịch vụ y tế cơ bản tương ứng với các dịch vụ y tế, thuốc, vật tư y tế đáp ứng cho chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở.

- Về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, thông tuyến, chuyển tuyến:

Luật quy định việc đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu theo địa giới hành chính là phù hợp nhưng lại chưa tạo điều kiện để người dân có thể đến khám bệnh, chữa bệnh tại tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở tuyến tương đương hoặc thấp hơn trong nội tỉnh đối với một số bệnh, trường hợp đặc thù như bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo chưa được tự đi khám và điều trị ở tuyến trên trong khi cơ sở tuyến dưới chưa có đủ năng lực chuyên môn và đều phải chuyển tuyến, một số bệnh mãn tính chưa được đưa về y tế cơ sở để quản lý và cấp thuốc tương đương của tuyến trên, từ đó làm hạn chế đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và phát sinh thủ tục chuyển tuyến không cần thiết.

Luật bảo hiểm y tế chỉ quy định thông tuyến huyện toàn quốc đối với bệnh viện huyện, mà không đề cập đến các loại hình khám, chữa bệnh tương đương bệnh viện huyện như trung tâm y tế, phòng khám đa khoa, bệnh xá quân đội, công an, bệnh xá quân dân y, đồng thời người bệnh đăng ký ban đầu tại tuyến tỉnh, tuyến trung ương cũng không được khám chữa bệnh thông tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã. Việc thông tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến tuyến tỉnh với tỷ lệ chi trả điều trị nội trú 100% chi phí theo phạm vi mức hưởng tạo sự bất cập làm tăng số lượt khám, chữa bệnh ở tuyến trên, nhất là nội trú tuyến tỉnh, giảm số lượt khám và điều trị tại trạm y tế xã.

Bên cạnh đó, Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 mới ban hành năm 2023 quy định 3 cấp chuyên môn kỹ thuật thay cho 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật, hạng bệnh viện không còn là một căn cứ tính giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Do vậy, cần sửa đổi, điều chỉnh các nội dung liên quan để đồng bộ với Luật khám bệnh, chữa bệnh nhằm bảo đảm quản lý bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp.

- Về mức đóng bảo hiểm y tế:

Quy định mức đóng tối đa trong Luật còn thấp chưa cân đối với mức hưởng và nhu cầu thực tế trong điều chỉnh phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. Luật hiện hành quy định mức đóng tối đa 6% nhưng chưa có cơ chế và lộ trình tăng mức đóng để phù hợp với nhu cầu mở rộng phạm vi chi trả của quỹ ngày càng cao và mức đóng, mệnh giá trung bình của thẻ bảo hiểm y tế của Việt Nam thấp hơn nhiều nước trong khu vực và trên thế giới. Đồng thời, Luật chưa có quy định bảo hiểm có nhiều mức đóng, liên kết giữa bảo hiểm y tế xã hội với bảo hiểm y tế thương mại theo Nghị quyết trung ương số 20-NQ/TW.

- Về hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

Luật chưa quy định thời hạn hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, điều kiện tạm dừng, thanh lý, chấm dứt hiệu lực toàn bộ, một phần của hợp đồng, xử lý vi phạm các điều khoản trong hợp đồng và việc giải quyết, bảo đảm các quyền, lợi ích của người dân, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi có thay đổi liên quan đến hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Về giám định bảo hiểm y tế:

Giám định bảo hiểm y tế là hoạt động đặc trưng trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, có ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh, cơ sở khám, chữa bệnh, người hành nghề, chất lượng dịch vụ y tế và cả quỹ bảo hiểm y tế nhưng Luật Bảo hiểm y tế hiện hành thiếu các quy định về nguyên tắc, cách thức, điều kiện thực hiện giám định, phương thức xử lý trong trường hợp các bên không thống nhất kết quả giám định, xử lý vướng mắc liên quan đến giám định; chưa quy định đầy đủ về trách nhiệm, vai trò của cơ quan quản lý nhà nước về y tế và bảo hiểm y tế là Bộ Y tế đối với công tác này; chưa cụ thể, rõ ràng về quyền và trách nhiệm, tiêu chuẩn chức danh của người làm giám định bảo hiểm y tế...

- Về quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế:

Luật chưa quy định rõ việc phân bổ quỹ cho chi phí quản lý. Trong nhiều năm qua, phần chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế thực hiện hàng năm tối đa khoảng 3,5% nên cần điều chỉnh quy định cụ thể, phù hợp với thực tiễn. Khi có kết dư, Quỹ dự phòng đang tích lũy tương đương 50% quỹ khám, chữa bệnh hàng năm mà chưa có biện pháp điều tiết phân bổ ngay từ đầu năm cho kinh phí khám bệnh, chữa bệnh hoặc tăng quyền lợi, mức hưởng. Chưa quy định nguyên tắc điều chỉnh phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế.

- *Một số khái niệm và thuật ngữ khác chưa có hoặc chưa rõ nghĩa trong Luật Bảo hiểm y tế, một số nội dung mới phát sinh cần được cập nhật như:* Khái niệm “lạm dụng”, “trục lợi” quỹ bảo hiểm y tế. Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15, quy định 3 cấp chuyên môn kỹ thuật, thuật ngữ “khám bệnh, chữa bệnh” cũng đã được sửa đổi với nội hàm rộng hơn bao gồm cả chẩn đoán và phát hiện bệnh sớm, dinh dưỡng điều trị, phục hồi chức năng,... Đồng thời, theo Luật Cư trú, khái niệm hộ gia đình đã được thay đổi. Đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc cũng đã được sửa đổi trong Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi đã được Quốc hội khóa XV thông qua tại kỳ họp thứ 7.

- *Chưa có cơ chế giải quyết tranh chấp, vướng mắc về bảo hiểm y tế, các chế tài còn thiếu hoặc chưa đủ mạnh để bảo đảm tính tuân thủ và hiệu lực thực thi pháp luật:*

Chưa quy định về phương thức xử lý trong trường hợp các bên không thống nhất kết quả giám định; quy định về thẩm quyền giải quyết vướng mắc về bảo hiểm y tế bao gồm cả giám định bảo y tế nên dẫn tới các địa phương đều gửi đến đề nghị Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam giải quyết. Luật quy định tham gia bảo hiểm y tế là bắt buộc nhưng không có chế tài cụ thể đối với cá nhân không tham gia bảo hiểm y tế. Tình trạng trốn đóng, chậm đóng bảo hiểm y tế vẫn còn xảy ra ở nhiều địa phương, doanh nghiệp mặc dù đã có quy định về việc xử lý các hành vi này. Thiếu các quy định về các trường hợp chậm chuyển tiền tạm ứng, tạm ứng không đúng quy định, chậm thanh toán chi phí khám, chữa bệnh cho cơ sở cung ứng dịch vụ.

c) Đồng thời, Luật Bảo hiểm y tế cũng đã phát sinh một số vấn đề bất cập, hạn chế, vướng mắc trong quá trình triển khai thực hiện có liên quan đến đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, quyền lợi bảo hiểm y tế, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, cụ thể là:

- *Về ban hành văn bản quy phạm pháp luật hướng dẫn thực hiện Luật:* Còn tình trạng các văn bản ban hành thiếu đồng bộ hoặc có những quy định đã không còn phù hợp nhưng chưa được khắc phục kịp thời. Một số văn bản hướng dẫn về bảo hiểm y tế còn chưa rõ ràng, dẫn đến cách hiểu và vận dụng không thống nhất hoặc gây lúng túng, khó khăn khi triển khai.

- *Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:* Một số nhóm đối tượng do Chính phủ quy định chưa được cập nhật vào Luật Bảo hiểm y tế như nhóm người làm việc trong các tổ chức tôn giáo, người sống trong cơ sở bảo trợ xã hội, người không có đầy đủ giấy tờ chứng minh về nhân thân; thiếu nhóm tham gia bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động đóng (hiện nay Chính phủ có quy định bảo hiểm y tế đối

với thân nhân người lao động do người sử dụng lao động đóng áp dụng đối với doanh nghiệp quốc phòng, công an nhân dân). Nhóm đối tượng là người trên 80 tuổi đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng, theo Luật Bảo hiểm y tế là đối tượng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng nhưng Luật Bảo hiểm xã hội năm 2014 không quy định quỹ bảo hiểm xã hội chi đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này. Nhiều trường hợp thành viên hộ gia đình chỉ tham gia bảo hiểm y tế khi phát sinh nhu cầu khám, chữa bệnh (ốm đau). Điều này không đúng với quy định của Luật Bảo hiểm y tế về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế, không đảm bảo tính chia sẻ rủi ro. Người nước ngoài đang công tác, học tập, sinh sống tại Việt Nam có nhu cầu tham gia bảo hiểm y tế nhưng chưa có các quy định cụ thể.

- *Về phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế:* Quỹ bảo hiểm y tế chỉ chi trả cho các dịch vụ khám, chữa bệnh, dịch vụ y tế được thực hiện tại cơ sở khám, chữa bệnh, trong khi có một số dịch vụ y tế có thể được cung cấp bởi cơ sở không phải là cơ sở khám, chữa bệnh như nhà thuốc, cơ sở xét nghiệm. Phạm vi quyền lợi liên quan đến khám bệnh để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của một số bệnh như ung thư, tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm gan B, C, chân tay giả, máy trợ thính, hỗ trợ sinh sản, khám sức khỏe định kỳ, dinh dưỡng điều trị chưa được bao phủ nên làm tăng tỷ lệ chi trả tiền túi của người dân, hiệu quả điều trị thấp do phát hiện bệnh muộn trong khi đây là các dịch vụ có thể giúp giảm chi phí điều trị ở giai đoạn muộn từ quỹ bảo hiểm y tế, giúp người dân được điều trị sớm giảm gánh nặng của bệnh. Một số bệnh lý đặc thù cần được điều trị bằng chế phẩm dinh dưỡng điều trị đặc thù có trong danh mục thuốc thiết yếu của WHO, trong hướng dẫn chẩn đoán điều trị của Bộ Y tế cho đối tượng người bệnh hạn chế, yếu thể¹, hiệu quả cao nhưng chưa được bảo hiểm y tế chi trả nên tỷ lệ người bệnh được tiếp cận hạn chế. Quy định độ tuổi được hưởng quyền lợi điều trị lác, cận thị tật khúc xạ cho trẻ em dưới 6 tuổi chưa phù hợp về chuyên môn do tuổi được chỉ định kỹ thuật này thường trên 6 tuổi đến 18 tuổi mới bảo đảm hiệu quả điều trị nên từ khi ban hành Luật đến nay hầu như không có trẻ em được hưởng quy định này.

- *Về cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:* Cung ứng thuốc, vật tư y tế cho người bệnh chưa kịp thời do quy định về mua sắm, đấu thầu thuốc, vật tư y tế có nhiều bất cập, triển khai mua sắm thực hiện khó khăn. Khó kiểm soát hiệu quả và triệt để tình trạng lạm dụng dịch vụ y tế, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế. Các biện pháp phòng chống lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế còn thiếu. Chưa có biện pháp quản lý cũng như chế tài kiểm soát người đi khám chữa bệnh nhiều lần nhiều nơi, tình trạng chỉ định quá mức cần thiết dịch vụ y tế. Năng lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa đáp ứng được hết nhu cầu và sự hài lòng của người bệnh nhưng chưa có biện pháp để điều chỉnh phạm vi cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế. Chưa có cơ chế kiểm định chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

¹ Trẻ sơ sinh sinh non, nhẹ cân cần dùng sữa mẹ thanh trùng và trẻ suy dinh dưỡng cấp tính dùng chế phẩm dinh dưỡng đặc thù giúp giảm bệnh, giảm viêm ruột hoại tử, giảm truyền kháng sinh; trẻ dưới 12 tuổi mắc động kinh kháng trị dùng chế phẩm dinh dưỡng y học đặc thù giúp giảm số lần động kinh, nâng cao chất lượng điều trị.

- *Về hiện đại hóa dịch vụ bảo hiểm y tế và cải cách thủ tục hành chính khi tham gia bảo hiểm y tế:* Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, quản lý cung ứng dịch vụ, quản lý sức khỏe, giám định bảo hiểm y tế điện tử, khám, chữa bệnh từ xa, hóa đơn điện tử,... đang được ứng dụng rộng rãi và phát triển nhưng chưa được thể chế đồng bộ trong Luật Bảo hiểm y tế. Việc gửi dữ liệu thanh toán của cơ sở y tế chưa kịp thời, làm cho công tác quản lý thông tin chuyên tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế còn khó khăn. Việc tiếp cận, chia sẻ dữ liệu, thông tin về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phục vụ cho xây dựng, hoạch định chính sách, pháp luật và nghiên cứu, đánh giá công nghệ y tế còn khó khăn, thụ động, chưa kịp thời, chưa đầy đủ.

- *Về cơ chế kiểm soát chi phí khám bệnh, chữa bệnh và bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế:* Giám định bảo hiểm y tế vẫn còn khó khăn, bất cập. Cách thức tổ chức giám định và kết quả giám định ở một số cơ sở chưa thống nhất, còn tình trạng vướng mắc trong thanh toán kéo dài, một số trường hợp từ chối thanh toán chưa hợp lý, ảnh hưởng đến hoạt động của cơ sở cung ứng dịch vụ, và quyền lợi người tham gia bảo hiểm y tế khi khám, chữa bệnh. Một số văn bản, quy định, hướng dẫn chuyên môn làm căn cứ cho công tác giám định, thanh toán còn thiếu, chưa được sửa đổi kịp thời, chưa thống nhất, đồng bộ, còn tạo cách hiểu khác nhau ảnh hưởng đến công tác tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và giám định. Quy trình, quy chuẩn giám định còn ban hành dưới hình thức văn bản hành chính nên hiệu lực chưa cao. Cơ chế tự chủ tài chính khiến bệnh viện chịu sức ép về tăng thu nên có xu hướng tăng chi định và giữ bệnh nhân. Nhân lực làm công tác giám định ngày càng khó thu hút được người có chuyên môn sâu, chưa được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp của Luật viên chức; chưa thực hiện được phân cấp, phân quyền trong giám định bảo hiểm y tế, chưa có điều kiện huy động xã hội hóa trong giám định.

- *Về phương thức thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:* Việc áp dụng quy định về phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo giá dịch vụ y tế còn cách hiểu khác nhau giữa các bên liên quan tạo ra vướng mắc, tranh chấp trong thanh toán bảo hiểm y tế. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chậm được đổi mới, phương thức thanh toán theo phí dịch vụ tiềm ẩn nguy cơ lạm dụng, lãng phí, gia tăng chi định dịch vụ. Định mức kỹ thuật làm cơ sở xây dựng giá chưa được ban hành đầy đủ, kịp thời. Phương thức thanh toán theo định suất và phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh chưa thực hiện được do thiếu lộ trình áp dụng, kỹ thuật xác định suất phí và chi phí còn nhiều phức tạp, chưa được đầu tư tương xứng với yêu cầu về nhân lực, tài chính. Chính sách thông tuyến khám, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện nội tỉnh và trên toàn quốc đã gây khó khăn trong việc xây dựng, áp dụng phương thức thanh toán theo định suất, trong khi đây là phương thức được các tổ chức quốc tế khuyến khích áp dụng để giúp kiểm soát hiệu quả chi phí khám, chữa bệnh ngoại trú hoặc khám, chữa bệnh ban đầu. Cơ chế, chính sách đặc thù, nhân lực, nguồn lực đầu tư cho nghiên cứu, xây dựng các phương thức thanh toán chưa đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ.

- *Quản lý sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí:*

Trong những năm gần đây, nhiều địa phương thực hiện giao dự toán chi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến từng cơ sở y tế mặc dù Luật Bảo hiểm y tế không quy định việc giao dự toán chi cho cơ sở khám, chữa bệnh, nhất là cơ sở tư nhân. Có tình trạng một số cơ sở khám, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội không thống nhất về chi phí và số liệu đề nghị quyết toán kéo dài nhiều tháng, nhiều năm dẫn đến tình trạng nợ, treo quyết toán do nhiều nguyên nhân khách quan, chủ quan. Thực hiện thanh toán chi phí theo quy định của pháp luật về giá còn bất cập, vướng mắc trong thanh toán chi phí các dịch vụ xã hội hóa. Chưa ban hành đủ mức giá của các dịch vụ kỹ thuật y tế, chưa có các đơn vị chuyên nghiệp, độc lập nghiên cứu, xây dựng giá; chưa xây dựng phương pháp định giá.

Luật hiện hành quy định dành 90% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho khám bệnh, chữa bệnh, tối đa 5% dành cho chi phí quản lý. Tuy nhiên, với tỷ lệ người tham gia bảo hiểm y tế ngày càng tăng, cùng với việc cải cách thủ tục hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin trong giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế làm cho chi phí quản lý quỹ có xu hướng giảm. Tại Quyết định số 19/2022/QĐ-TTg ngày 22 tháng 9 năm 2022, Thủ tướng Chính phủ đã giao chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế bình quân giai đoạn 2022-2025 tối đa là 3,5% tiền đóng bảo hiểm y tế. Vì vậy, việc quy định chi phí quản lý tối đa là 5% không còn phù hợp trong khi chi phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh ngày càng gia tăng.

3. Pháp luật bảo hiểm y tế của các nước có nhiều bài học kinh nghiệm tốt cần được vận dụng sáng tạo vào điều kiện của Việt Nam

Mức đóng bảo hiểm y tế của các nước đều tăng theo nhu cầu phát triển dịch vụ kỹ thuật, thuốc mới và nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân, đa dạng hóa các gói quyền lợi theo mức đóng khác nhau. Chính sách bảo hiểm y tế bổ sung đã được thực hiện hiệu quả ở nhiều quốc gia. Bảo hiểm y tế các nước đều chi cho sàng lọc và điều trị sớm để giảm chi tiền túi và giảm chi phí điều trị bệnh tật so với khi diễn biến nặng, tiết kiệm chi cho quỹ. Các quốc gia áp dụng nhiều phương thức thanh toán để tối ưu hóa việc sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế thông qua việc kiểm soát tốt chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Như vậy, những nội dung được phân tích trên đây cho thấy sự cần thiết phải xây dựng dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế. Các nội dung bất cập mang tính cấp bách được thể chế vào dự thảo luật thể hiện trong 04 chính sách trình kèm theo. Đối với các nội dung bất cập cần được thể chế trong luật nhưng tiếp tục xem xét, nghiên cứu đánh giá, tham vấn ý kiến kỹ lưỡng hơn nữa và truyền thông rộng rãi nhằm đạt được sự đồng thuận cao sẽ được thể hiện khi đề xuất sửa đổi toàn diện Luật Bảo hiểm y tế. Đối với các vướng mắc, bất cập do tổ chức thực hiện, Chính phủ và Bộ Y tế đã ban hành một số văn bản tháo gỡ, sửa đổi, bổ sung các quy định bất cập theo thẩm quyền, đồng thời, Chính phủ đã và đang chỉ đạo bộ ngành, địa phương tăng cường các giải pháp để nâng cao hiệu quả thi hành pháp luật trong thời gian tới.

II. MỤC TIÊU, QUAN ĐIỂM XÂY DỰNG VĂN BẢN

1. Mục tiêu

1.1. Mục tiêu tổng quát:

Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế để giải quyết các vướng mắc, bất cập phát sinh có tính cấp bách, có đầy đủ thông tin, dữ liệu, đạt sự đồng thuận cao nhằm thực hiện tốt chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế, tăng cường quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế; bảo đảm thống nhất với Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 và các luật, các quy định có liên quan để kịp thời có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

1.2. Mục tiêu cụ thể

- Bảo đảm người dân được tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng phù hợp và bảo đảm quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp với nhu cầu của người dân trong chăm sóc sức khỏe, yêu cầu chuyên môn và khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

- Tạo công bằng, thuận lợi cho việc cung ứng, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; nâng cao hiệu quả hoạt động của y tế cơ sở, quan tâm đến chăm sóc sức khỏe ban đầu, góp phần quản lý toàn diện sức khỏe người dân.

- Nâng cao hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

- Đồng bộ với hệ thống pháp luật hiện hành có liên quan tới bảo hiểm y tế, kịp thời trình Quốc hội cho ý kiến, thông qua và có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

2. Quan điểm xây dựng Luật

2.1. Tiếp tục thể chế hóa chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước về phát triển bảo hiểm y tế toàn dân.

2.2. Bảo đảm an sinh xã hội, quyền, lợi ích của người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, từng bước giảm tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của người tham gia bảo hiểm y tế.

2.3. Khắc phục được các tồn tại, bất hợp lý mang tính cấp bách sau 15 năm thực hiện Luật bảo hiểm y tế, cụ thể hóa một số chính sách trên cơ sở có kế thừa chọn lọc những quy định hiện hành đang phát huy hiệu quả trong thực tiễn, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta, tạo hành lang pháp lý thuận lợi từng bước hoàn thiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

2.4. Bảo đảm quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế.

2.5. Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của hệ thống pháp luật, sự phù hợp với các quy định tại các luật có liên quan, đồng thời tương thích với các điều ước quốc tế có liên quan về bảo hiểm y tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên.

III. QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG DỰ ÁN LUẬT

Thực hiện nhiệm vụ Chính phủ giao, Bộ Y tế đã phối hợp với các cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan thực hiện các công việc sau đây:

1. Tổ chức tổng kết, đánh giá 15 năm triển khai thực hiện Luật Bảo hiểm y tế và chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;

2. Lập đề nghị xây dựng Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế trình Chính phủ; Ngày 02/6/2024, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 97/NQ-CP thông qua đề nghị xây dựng Luật với 04 nhóm chính sách; ngày 02/8/2024, Chính phủ đã có Tờ trình số 378/TTr-CP trình Ủy ban Thường vụ Quốc hội đề nghị bổ sung Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế vào Chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh năm 2024 và trình Quốc hội xem xét, thông qua tại một kỳ họp (Kỳ họp thứ 8 Quốc hội khóa XV).

3. Ngày / /2024, Ủy ban Thường vụ Quốc hội đã ban hành Nghị quyết sốbổ sung Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế vào Chương trình xây dựng Luật, Pháp lệnh năm 2024 để trình Quốc hội cho ý kiến và thông qua tại Kỳ họp thứ 8 Quốc hội khóa XV.

4. Thành lập Ban soạn thảo và Tổ biên tập xây dựng Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế. Cơ quan chủ trì soạn thảo đã tổ chức các hoạt động triển khai nghiên cứu xây dựng dự án Luật theo quy định.

5. Hồ sơ dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã được gửi xin ý kiến các tổ chức, cá nhân, đăng tải trên trang thông tin điện tử của Chính phủ và của Bộ Y tế để xin ý kiến rộng rãi của các cơ quan, tổ chức, cá nhân, đối tượng chịu sự tác động. Các ý kiến đóng góp đã được tổng hợp, nghiên cứu tiếp thu, giải trình.

6. Ngày .../.../2024, dự thảo Hồ sơ Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã được Hội đồng thẩm định do Bộ Tư pháp thành lập tiến hành thẩm định và có Báo cáo thẩm định. Ban soạn thảo đã nghiên cứu, tiếp thu ý kiến thẩm định của Bộ Tư pháp, chỉnh lý dự thảo Luật và các tài liệu kèm theo để trình Chính phủ.

IV. BỐ CỤC VÀ NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA DỰ THẢO LUẬT

1. Bố cục

Dự thảo Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm 02 điều:

- Điều 1. Sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm 21 khoản để sửa đổi, bổ sung 22 Điều của Luật Bảo hiểm y tế.

- Điều 2: Hiệu lực thi hành có hiệu lực từ 01/01/2025 riêng điều khoản liên quan đến đối tượng cập nhật từ Luật Bảo hiểm xã hội sẽ có hiệu lực từ 01/07/2025 để phù hợp với thời điểm có hiệu lực thi hành của Luật Bảo hiểm xã hội.

2. Nội dung cơ bản

2.1. Sửa đổi, bổ sung Điều 2 về giải thích từ ngữ, trong đó có sửa đổi và bổ sung một số từ ngữ về:

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu: để phù hợp với những thay đổi trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

- Tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình: Để phù hợp với khái niệm về hộ gia đình theo Luật Cư trú và quy định về đăng ký thường trú, tạm trú.

- Gói dịch vụ y tế cơ bản: Để phù hợp với nội hàm, thực tiễn chính sách bảo hiểm y tế;

- Bổ sung các khái niệm về Gian lận bảo hiểm y tế; Lạm dụng bảo hiểm y tế; Trục lợi quỹ bảo hiểm y tế; Sử dụng lãng phí quỹ bảo hiểm y tế: Để có các quy định về biện pháp quản lý, xử lý vi phạm phù hợp.

2.2. Bổ sung khoản 5 vào sau khoản 4 Điều 4 quy định Chính phủ quy định thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung khi đáp ứng đủ điều kiện và theo nhu cầu thực tiễn để thể chế hóa quan điểm của Nghị quyết số 20-NQ/TW về đa dạng các gói bảo hiểm y tế.

2.3. bãi bỏ cụm từ “tuyên chuyên môn kỹ thuật” và sửa đổi nội dung tại khoản 3 Điều 6 về trách nhiệm của Bộ Y tế trong ban hành quy định về chuyên môn kỹ thuật, chuyển người bệnh, chuyển dịch vụ cận lâm sàng, điều chuyển thuốc giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; đánh giá chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để phù hợp với quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh đã bỏ quy định về tuyên chuyên môn kỹ thuật.

2.4. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 của Điều 11 để làm rõ và bổ sung một số hành vi bị nghiêm cấm trong bảo hiểm y tế về chậm đóng, trốn đóng, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

2.5. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 12 về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội, một số Luật khác và Nghị định hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, cụ thể:

“a) Sửa đổi, bổ sung Khoản 1 như sau:

“1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng, bao gồm:

a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn; hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên kể cả trường hợp người lao động và người sử dụng lao động thỏa thuận bằng tên gọi khác nhưng có nội dung thể hiện về việc làm có trả công, tiền lương và sự quản lý, điều hành, giám sát của một bên, trừ hợp đồng thử việc theo quy định của pháp luật lao động; Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật, thành viên hội đồng quản trị, tổng giám đốc, giám đốc, thành viên ban kiểm soát hoặc kiểm soát viên và các chức danh quản lý khác được bầu của hợp tác xã,

liên hiệp hợp tác xã theo quy định của Luật hợp tác xã có hưởng tiền lương; Cán bộ, công chức, viên chức;

b) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn, thôn, tổ dân phố theo quy định của pháp luật”;

c) Người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc khi làm việc theo hợp đồng lao động xác định thời hạn có thời hạn từ đủ 12 tháng trở lên với người sử dụng lao động tại Việt Nam, trừ các trường hợp di chuyển trong nội bộ doanh nghiệp theo quy định của pháp luật về người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam; tại thời điểm giao kết hợp đồng lao động đã đủ tuổi nghỉ hưu theo quy định tại khoản 2 Điều 169 của Bộ luật Lao động; điều ước quốc tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên có quy định khác.

d) Người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc.”;

b) Sửa đổi, bổ sung các điểm a, b khoản 2 như sau:

“a) Người hưởng lương hưu không thuộc đối tượng quy định tại điểm đ khoản này, người đang hưởng trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.”

b) Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hoặc mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày;”

c) Bổ sung điểm đ vào sau điểm d khoản 2 như sau:

“đ) Sĩ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu;”

d) Sửa đổi cụm từ “học viên công an nhân dân” tại điểm a khoản 3 thành “học viên công an nhân dân người Việt Nam và người nước ngoài”;

đ) Sửa đổi, bổ sung điểm d khoản 3 như sau:

“d) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh, thanh niên xung phong, cựu dân công hoả tuyến tham gia kháng chiến và bảo vệ tổ quốc”;

e) Sửa đổi, bổ sung điểm g khoản 3 như sau:

“g) Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng; người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng.”

g) Sửa đổi cụm từ “con của liệt sỹ” tại điểm i khoản 3 thành “con đẻ, con nuôi hợp pháp của liệt sỹ”;

h) Bổ sung Điểm o vào sau điểm n khoản 3 như sau:

“o) Người dân các xã An toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ hiện đang thường trú tại các xã An toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ đã được cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu dân cư về cư trú;”

i) *Bổ sung điểm c vào sau điểm b khoản 4 như sau:*

“c) *Nhân viên y tế thôn, bản, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này.*”;

k) *Sửa đổi, bổ sung khoản 5 như sau:*

“5. *Nhóm tự đóng bảo hiểm y tế, bao gồm:*

a) *Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này;*

b) *Người sinh sống, làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 và điểm a khoản 5 Điều này;*

c) *Người Việt Nam không có giấy tờ tùy thân, người nước ngoài sinh sống tại Việt Nam, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này;*

d) *Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động tự đóng hoặc tham gia theo hình thức hộ gia đình.*

đ) *Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh”.*”

2.6. *Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 13 về mức đóng và trách nhiệm đóng để đồng bộ với việc sửa đổi, bổ sung đối tượng tại Điều 12, sửa đổi, bổ sung quy định về xác đđôi, bổ sung quy định về xư sau: quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m và o khoản 3 Điều 12 của Luật này tđi và trư. Tuu: bổ sunđi tượhđ gia đình cùng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình trong năm tài chính thì đượ giảm trừ mức đđng.*

2.7. *Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 3 Điều 16 về hiệu lực của thẻ bảo hiểm y tế khi người tham gia bảo hiểm thuộc nhóm ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đđng và nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình tham gia gián đđoạn “từ 3 tháng trở lên” thành “từ 90 ngày trở lên” thì thẻ có hiệu lực sau 30 người kể từ ngày đđng để thuận tiện trong quá trình tổ chức thực hiện.*

2.8. *Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 21 bao gồm:*

- *Sửa đổi điểm b, khoản 2 về phạm vi đượ hưởng liên quan tđi vận chuyể người bệnh. Luật Bảo hiểm y tế hiện hành quy đđnh về vận chuyể người bệnh đđi với một số đđi tượng chỉ quy đđnh vận chuyể từ tuyến huyện lên tuyến trên, vì vậy gây ra bất cập trong quá trình thực hiện khi người bệnh nội trú phải chuyể viện từ bệnh viện tỉnh trở lên hoặc chuyể về các bệnh viện tuyến dưới. Vì vậy, Bộ Y tế đề nghị sửa đđi điểm này để khắc phục bất cập trong thực tiễn và phù hợp với quy đđnh chuyể người bệnh theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh hiện hành, cụ thể:*

“b) *Vận chuyể người bệnh thuộc đđi tượng quy đđnh tại các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 12 của Luật này giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cấp cứu hoặc đđng đđi trị nội trú có chỉ đđnh phải chuyể cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;*”

- Bổ sung khoản 3 về quy định máu, chế phẩm máu, khí y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế nhằm pháp điển hóa quy định này. Luật bảo hiểm y tế hiện hành không có quy định cụ thể về việc quỹ bảo hiểm y tế thanh toán máu, chế phẩm máu, khí y tế. Thực tế, đây là các sản phẩm thiết yếu, không thể thiếu trong quá trình điều trị cho người tham gia bảo hiểm y tế, việc thanh toán đang được quy định tại các văn bản dưới luật.

- Bổ sung khoản 4 về nguyên tắc Chính phủ quy định cụ thể phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với dịch vụ khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự tiến triển của một số bệnh; điều trị một số bệnh nặng, hiểm nghèo có chỉ định sử dụng chế phẩm dinh dưỡng y học. Trong thực tế, đây là những dịch vụ kỹ thuật y tế có hiệu quả rất lớn trong việc khám bệnh, chữa bệnh của người dân, đặc biệt là một số đối tượng yếu thế như trẻ em, phụ nữ người nghèo, người cận nghèo... Tuy nhiên, để bảo đảm khả năng cân đối của Quỹ Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế chỉ đề xuất quy định về mặt nguyên tắc, căn cứ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân, các tiêu chí chuyên môn kỹ thuật, có bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị, điều kiện bảo đảm thực hiện, khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế trong từng giai đoạn và đánh giá tác động đầy đủ, Chính phủ sẽ quy định cụ thể nội dung này. Nội dung bổ sung cụ thể như sau:

4. Căn cứ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân, các tiêu chí chuyên môn kỹ thuật, điều kiện bảo đảm thực hiện, khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế trong từng giai đoạn, có bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị và đánh giá tác động đầy đủ, Chính phủ quy định cụ thể phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với dịch vụ khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự tiến triển của một số bệnh có tỷ lệ mắc cao, gánh nặng bệnh tật lớn và đạt hiệu quả khi điều trị can thiệp sớm; điều trị một số bệnh nặng, hiểm nghèo có chỉ định sử dụng dinh dưỡng điều trị đặc thù theo hướng dẫn chuyên môn về chẩn đoán, điều trị.”

2.9. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 về mức hưởng bảo hiểm y tế để đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 về cấp chuyên môn kỹ thuật, đồng thời đề xuất thêm phương án giảm tỷ lệ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định thủ tục, trình tự theo quy định. Quy định một số trường hợp đặc biệt được hưởng đầy đủ quyền lợi như khi đi khám bệnh, chữa bệnh đúng quy định, trình tự, thủ tục nhằm tránh lãng phí chi phí quỹ bảo hiểm y tế khi khám, chữa bệnh vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở có phạm vi hoạt động truyền môn hạn chế, đồng thời tiết kiệm thời gian, chi phí khám, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế khi phải khám nhiều lần ở cơ sở không đáp ứng điều trị.

2.10. Sửa đổi, bổ sung khoản 7 của Điều 23 về các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế, trong đó nâng độ tuổi được loại ra khỏi phạm vi điều này việc điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt từ 6 tuổi lên 18 tuổi, cụ thể:

“7. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp người dưới 18 tuổi.”

2.11. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH13.

2.12. Sửa đổi, bổ sung Điều 27 về chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

2.13. Sửa đổi, bổ sung Điều 28 về trình tự thủ tục khám bệnh, chữa bệnh để phù hợp với sự phát triển của công nghệ, chuyên đổi số và phù hợp với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH1.

2.14. Sửa đổi cụm từ “Thanh toán theo trường hợp bệnh” tại điểm c Khoản 1 Điều 30 thành “Thanh toán theo nhóm chẩn đoán” để đúng định nghĩa của phương thức thanh toán này.

2.15. Sửa đổi bổ sung khoản 4, khoản 5, khoản 6 Điều 31 về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để phù hợp với 03 phương thức thanh toán được quy định trong Luật. Luật hiện hành cũng chưa có quy định về điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp bất khả kháng vì vậy gây ảnh hưởng tới việc bảo đảm quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế, do đó cần thiết bổ sung quy định này. Trên cơ sở đó, Bộ Y tế đề nghị bổ sung:

“4. Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với phương thức thanh toán theo giá dịch vụ; trên cơ sở suất phí đối với phương thức thanh toán theo định suất; trên cơ sở mức thanh toán của nhóm chẩn đoán đối với phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán”;

5. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định cụ thể phương pháp xác định suất phí, mức thanh toán của nhóm chẩn đoán, quy định mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên cơ sở giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cấp có thẩm quyền phê duyệt và mức thanh toán cụ thể đối với một số thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế”;

6. Quy định về điều chuyển, mua thuốc, thiết bị y tế trong trường hợp tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế nhưng không có sẵn do nguyên nhân khách quan hoặc bất khả kháng và không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác hoặc mua lẻ thuốc, thiết bị y tế không phải thực hiện thủ tục đấu thầu trong trường hợp không thực hiện được việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khác để kịp thời điều trị người bệnh.

b) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, thiết bị y tế theo quy định của pháp luật về đấu thầu, thanh toán cho cơ sở mua lẻ thuốc trên cơ sở giá mua theo đơn giá ghi trên hóa đơn của cơ sở kinh

doanh thuốc, thiết bị y tế nhưng không cao hơn giá trúng thầu gần nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua thuốc hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận, mua thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên thuốc, thiết bị y tế, cơ sở kinh doanh dược, thiết bị y tế, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

2.16. Sửa đổi, bổ sung Điều 32 về tạm ứng, thanh toán, quyết toán, trong đó có bổ sung nguyên tắc không khấu trừ tạm ứng đối với các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa thống nhất; sửa đổi một số quy định về thời hạn tạm ứng, thanh toán, quyết toán do hiện nay quá trình giám định, thanh toán, quyết toán đã được ứng dụng công nghệ thông tin, thời gian để thực hiện được rút ngắn, đồng thời để kịp thời bảo đảm kinh phí hoạt động cho cơ sở khám, chữa bệnh.

2.17. Sửa đổi cụm từ “*Hàng năm*” tại khoản 3 thành “*Hai năm 01 lần*”. Luật hiện hành quy định việc thẩm định quyết toán năm của quỹ bảo hiểm y tế là trước ngày 01 tháng 10 năm sau. Khi thực hiện quy định hàng năm Chính phủ báo cáo trước Quốc hội về quản lý sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, Bộ Y tế và các Bộ ngành liên quan phải chuẩn bị báo cáo từ tháng 7 hàng năm, khi đó chưa có số chốt cuối cùng của quyết toán quỹ bảo hiểm y tế, gây khó khăn cho việc chuẩn bị báo cáo và tính chính xác của số liệu. Do đó Bộ Y tế đề xuất thay đổi thành 2 năm 1 lần thực hiện báo cáo tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, đồng thời đồng bộ với việc báo cáo tình hình quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm xã hội.

2.18. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 35 về phân bổ và sử dụng quỹ theo hướng số tiền đóng dành cho khám bệnh, chữa bệnh là 91%, số tiền đóng dành cho chi phí quản lý tối đa là 4%. Cụ thể như sau:

“a) Sửa đổi, bổ sung các điểm a, b khoản 1 như sau:

“a) 91% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;

b) 9% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

Quỹ dự phòng bao gồm số tiền được trích hàng năm, các khoản thu chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế, tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế, tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế trong năm và số tiền kết dư quỹ từ năm trước chuyển sang.”.

2.19. Sửa đổi cụm từ “*Khoản 1 Điều 26*” tại khoản 2 Điều 36 về quyền của người tham gia bảo hiểm y tế thành “*các khoản 2, 3 Điều 26*” để đồng bộ với quy định đã sửa tại Điều 26.

2.20. Sửa đổi, bổ sung Khoản 3 Điều 39 về Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế trong việc thông báo mã số và thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia để phù hợp với quy định ứng dụng công nghệ thông tin trong việc cấp thẻ bảo hiểm y tế hiện nay.

2.21. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại các điều, khoản... thành "cơ quan bảo hiểm xã hội" để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội và phù hợp với tên gọi của hệ thống cơ quan bảo hiểm xã hội.

3. Tính thống nhất với các chính sách đã được Ủy ban Thường vụ Quốc hội thông qua tại đề nghị xây dựng dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

Dự án Luật đã được Ủy ban Thường vụ Quốc hội thông qua gồm có 04 nhóm chính sách bao gồm: **(1)** Điều chỉnh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng bộ với các quy định của pháp luật có liên quan; **(2)** Điều chỉnh phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp với mức đóng, cân đối quỹ bảo hiểm y tế và yêu cầu chăm sóc sức khỏe trong từng giai đoạn; **(3)** Điều chỉnh các quy định bảo hiểm y tế có liên quan theo cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và phát huy vai trò của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; **(4)** Phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả.

Dự thảo chi tiết của Luật đã thể hiện đầy đủ các chính sách trong đề nghị sửa đổi, bổ sung Luật và đã được đánh giá tác động đầy đủ.

4. Tính tương thích giữa các quy định của dự thảo Luật với các điều ước quốc tế có liên quan mà Việt Nam là thành viên:

Dự án Luật tương thích và không trái với các điều ước quốc tế có liên quan mà Việt Nam là thành viên.

5. Tác động của Luật đối với Nhà nước, người dân và doanh nghiệp, hệ thống pháp luật, quỹ bảo hiểm y tế.

Trong quá trình xây Dự án Luật, Bộ Y tế đã thực hiện đánh giá tác động của chính sách đối với Nhà nước, người dân doanh nghiệp, quỹ bảo hiểm y tế và hệ thống pháp luật, việc đánh giá tác động được đánh giá tác động và liên tục cập nhật đầy đủ từ năm 2021 đến nay, các tài liệu trong hồ sơ luật được xây dựng công phu, tổng hợp góp ý từ các đối tượng và các cơ quan, đơn vị liên quan bảo đảm tối đa các thông tin, dữ liệu định lượng, khoa học và bằng chứng thực tiễn trong khả năng có thể và có báo cáo riêng xin trình kèm theo.

6. Về thủ tục hành chính

Các chính sách phục vụ cho sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã được đánh giá tác động và liên tục cập nhật đầy đủ từ năm 2021 đến nay, các tài liệu trong hồ sơ luật được xây dựng công phu, tổng hợp góp ý từ các đối tượng và các cơ quan, đơn vị liên quan bảo đảm tối đa các thông tin, dữ liệu định lượng, khoa học và bằng chứng thực tiễn trong khả năng có thể và cố gắng tối đa xử lý cơ bản các vấn đề vướng mắc, bất cập trong quy định của luật cũng như thực tiễn thi hành Luật Bảo hiểm y tế thời gian vừa qua cần được thể chế vào luật.

Theo báo cáo đánh giá tác động, việc sửa đổi, bổ sung 22 Điều khoản trong Luật Bảo hiểm y tế hiện hành không làm phát sinh thủ tục hành chính.

7. Về dự kiến nguồn lực triển khai thi hành Luật

Tại báo cáo đánh giá tác động đã dự kiến nguồn lực tăng thêm và đánh giá, phân tích chi phí, hiệu quả cho thấy có tính khả thi và đủ nguồn lực để thực hiện, cụ thể số liệu cân đối quỹ bảo hiểm y tế như sau:

- Số thu bảo hiểm y tế tăng năm 2024, 2025 do Chính phủ điều chỉnh mức lương cơ sở, một số mức tiền lương, tiền công, trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế khoảng 42,4 nghìn tỷ;

- Với số lượng người tham gia bảo hiểm y tế tăng lên theo cơ học qua các năm và do thực hiện chính sách tiền lương mới và nếu không có yếu tố bất thường thì cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế năm 2024, 2025 còn khoảng 11.000 tỷ đồng;

- Tổng thu tăng thêm do bổ sung đối tượng tham gia bảo hiểm y tế là: 1.944 tỷ, tổng chi phí tác động lên quỹ bảo hiểm y tế của cả 04 chính sách là: 768 tỷ/năm, vì vậy, cân đối thu – chi của cả 04 chính sách tăng thêm 1 năm tăng khoảng 1.176 tỷ đồng do tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

- Như vậy, với 04 nhóm chính sách đề nghị sửa đổi, bổ sung lần này, cân đối thu - chi quỹ bảo hiểm y tế trong năm 2024-2025 là: $(11.000 + 1.176) = 12.176$ tỷ đồng. Bên cạnh đó tới 31/12/2024, quỹ dự phòng bảo hiểm y tế còn kết dư khoảng 40 nghìn tỷ đồng. Do đó, nguồn lực để bảo đảm thực hiện chính sách này vẫn có thể được bảo đảm thực hiện.

Trên đây là Tờ trình Dự án Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế kính trình Chính phủ xem xét quyết định./.

(Các tài liệu có liên quan xin gửi kèm)

Nơi nhận:

- Như trên;
- Thủ tướng Chính phủ (để b/c);
- Các Phó Thủ tướng Chính phủ (để b/c);
- Văn phòng Chính phủ;
- Các Thành viên Chính phủ;
- Lưu: VT, BH.

BỘ TRƯỞNG

Đào Hồng Lan