|  |  |
| --- | --- |
| **CHÍNH PHỦ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: 490 /TTr-CP | *Hà Nội, ngày 20 tháng 9 năm 2024* |

**TỜ TRÌNH**

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

Kính gửi: Quốc hội

Thực hiện Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật, Nghị quyết số 49/2024/NQ-UBTVQH15 ngày 22 tháng 8 năm 2024 của Ủy ban Thường vụ Quốc hội, Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (Dự án Luật) đã được bổ sung 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 (tháng 10/2024) theo quy trình tại một kỳ họp. Chính phủ đã chỉ đạo Bộ Y tế phối hợp với các bộ, ngành, địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng, hoàn thiện Dự án Luật.

Chính phủ kính trình Ủy ban Thường vụ Quốc hội về Dự án Luật này như sau:

**I. SỰ CẦN THIẾT BAN HÀNH VĂN BẢN**

**1. Cơ sở chính trị, pháp lý**

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 khoẻ nhân dân trong tình hình mới của Ban Chấp hành trung ương khóa XII nêu rõ:* Hướng tới thực hiện bao phủ chăm sóc sức khoẻ và bảo hiểm y tế toàn dân. 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 khoẻ 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 khoẻ 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. 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:* 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 khoẻ.

*Nghị quyết số 42-NQ/TW ngày 24 tháng 11 năm 2023* của Ban Chấp hành Trung ương Khoá 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 2030 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; 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 khoẻ điện tử, bảo hiểm y tế.

*Kết luận số 65-KL/TW ngày 30 tháng 10 năm 2019* của Bộ Chính trị về tiếp tục thực hiện Nghị quyết số 24-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá IX về công tác dân tộc trong tình hình mới đã nêu rõ: Tạo điều kiện cho đồng bào dân tộc thiểu số tiếp cận dịch vụ y tế, khám, chữa bệnh ở tuyến Trung ương thông qua chính sách bảo hiểm y tế; Nghị quyết số 88/2019/QH14 ngày 18 tháng 11 năm 2019 về phê duyệt đề án tổng thể phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030 đã đặt ra mục tiêu đến năm 2025: 98% đồng bào dân tộc thiểu số tham gia 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. 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. Cơ sở thực tiễn**

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 thi hành, Luật Bảo hiểm y tế đã thực sự đi vào cuộc sống với 93,3 triệu người tương ứng 93,35% dân số tham gia bảo hiểm y tế, khẳng định tính đúng đắn, tính phù hợp của chính sách bảo hiểm y tế theo nguyên tắc chia sẻ rủi ro, là cơ chế bảo đảm nguồn tài chính cho nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân, bảo đảm an sinh xã hội và hội nhập quốc tế.

Bên cạnh đó, trong quá trình thực hiện đã phát sinh những vướng mắc, bất cập, hạn chế cần được điều chỉnh đã được nêu rõ trong Báo cáo tổng kết 15 năm thực hiện Luật về các nội dung: Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế; phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế; đa dạng hóa các gói bảo hiểm tế và quy định liên kết với bảo hiểm y tế thương mại; đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, thông tuyến, chuyển tuyến; hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế; trách nhiệm các bên liên quan thực hiện chính sách bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế; 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…

*Tuy nhiên, do một số quy định cần sửa đổi ngay để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội năm 2024 và nhất là các quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật của Luật Khám bệnh, chữa bệnh để có hiệu lực đồng bộ từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 nên trước mắt cần tập trung sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế để khắc phục các bất cập mang tính cấp bách sau đây:*

*a) Các vướng mắc, bất cập do quy định của Luật*

*- Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:*

Khái niệm nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình đã được sửa đổi tại Luật Cư trú. 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 thành viên hộ gia đình.

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

Một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định theo độ tuổi không phù hợp với yêu cầu về chuyên môn như quy định độ tuổi cho thanh toán bảo hiểm y tế với khám, điều trị lác, tật khúc xạ là trẻ em dưới 6 tuổi, nhưng hầu hết trẻ em dưới 6 tuổi thì không có chỉ định về chuyên môn cho điều trị các bệnh tật này, trong khi trẻ từ 6 đến 18 tuổi mới là đối tượng chính và phù hợp với yêu cầu về độ tuổi đủ điều kiện can thiệp và hiệu quả can thiệp so với trẻ dưới 6 tuổi.

*- 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 bảo hiểm y tế ban đầu theo địa giới hành chính là phù hợp nhưng 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. Người bệnh chưa được tự đi khám và điều trị một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo 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 chỉ quy định thông tuyến huyện toàn quốc đối với bệnh viện huyện, mà không đề cập đến các loại hình cơ sở khám, chữa bệnh trong cùng tuyến 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 khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại tuyến tỉnh, tuyến trung ương cũng không được khám bệnh, 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 bệnh, chữa bệnh ở tuyến trên, nhất là nội trú tuyến tỉnh, giảm số lượt khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã.

Bên cạnh đó, Luật Khám bệnh, chữa bệnh mới ban hành năm 2023 quy định 3 cấp chuyên môn kỹ thuật thay cho 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật. 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, quy định mức hưởng bảo hiểm y tế phù hợp, kế thừa đồng bộ với các quy định hiện hành.

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

Trong những năm gần đây, phần chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế thực hiện hằng năm tối đa khoảng 3,5%, quỹ dự phòng đang tích lũy tương đương 50% quỹ khám, chữa bệnh hằng 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 nên cần điều chỉnh quy định cụ thể, phù hợp với thực tiễn bảo đảm cho quỹ khám, chữa bệnh được phân bổ hợp lý.

*b) Các vướng mắc, bất cập trong quá trình triển khai thực hiện*

*- 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; một số nhóm đối tượng mới trong Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh trật tự ở cơ sở, Luật Dân quân tự vệ, Luật Quân nhân chuyên nghiệp và công nhân, viên chức quốc phòng, Luật Lực lượng dự bị động viên, Luật Bảo hiểm xã hội cần được cập nhật, bảo đảm đồng bộ.

*- 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 trước khi có Luật Đấu thầu sửa đổi còn nhiều bất cập, triển khai mua sắm khó khăn. Đến nay đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật để tháo gỡ nhưng vẫn còn tình trạng thiếu thuốc, vật tư y tế cục bộ tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong một số thời điểm.

*- Về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:* Luật quy định 3 phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế hiện có một số nội dung đã được sửa đổi tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh cần cập nhật đồng bộ. Phương thức thanh toán theo định xuất và phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh cần chỉnh sửa lại khái niệm cho phù hợp với khái niệm chung của quốc tế và khu vực.

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

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 tỷ lệ 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 cần điều chỉnh để tăng cường chi phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm kịp thời phục vụ người bệnh được tốt hơn.

**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**

Bảo hiểm y tế toàn dân là ưu tiên hàng đầu của mọi quốc gia có chính sách bảo hiểm y tế. Các quốc gia quan tâm mở rộng quyền lợi phù hợp với mức đóng và giảm chi tiền túi của người dân, áp dụng nhiều phương thức thanh toán phù hợp để quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế.

*Như vậy, để thể chế các định hướng chính sách mới của Đảng khả thi trong giai đoạn hiện nay, khắc phục những khó khăn, vướng mắc, những vấn đề phát sinh trong thực tiễn mang tính cấp bách và một số quy định cần sửa đổi ngay để có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 nên tại thời điểm này tập trung sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.*

*Đối với một số bất cập đã nêu trong Báo cáo tổng kết nhưng cần 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 đề xuất khi đủ điều kiện 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. PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH, ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG CỦA VĂN BẢN**

**1. Phạm vi điều chỉnh:**

- Dự thảo Luật thể hiện đầy đủ theo 04 nhóm chính sách đã được Chính phủ thông qua: (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.

- Tập trung giải quyết các vấn đề có tính cấp bách để bảo đảm thống nhất với các luật có liên quan, trong đó có các quy định về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, trách nhiệm đóng, quyền lợi, phạm vi hưởng, tổ chức khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, quản lý quỹ và một số quy định kỹ thuật; chuyển từ 04 tuyến khám bệnh, chữa bệnh sang 03 cấp chuyên môn kỹ thuật đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15.

- Quy định một số giải pháp thể hiện rõ tinh thần cải cách hành chính, cải cách thủ tục khám bệnh, chữa bệnh, giảm hồ sơ giấy tờ, tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin, phân cấp, phân quyền tối đa, tạo thuận lợi cho người dân, cơ quan, tổ chức[[1]](#footnote-1), bảo đảm bình đẳng giới, phù hợp với các công ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên.

Một số nội dung sẽ tiếp tục nghiên cứu, đánh giá, truyền thông kỹ lưỡng để tạo sự đồng thuận, xem xét triển khai thí điểm, thận trọng và đề xuất khi đủ điều kiện sửa đổi toàn diện Luật.[[2]](#footnote-2)

**2. Đối tượng áp dụng:** Các tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế.

**III. MỤC ĐÍCH, QUAN ĐIỂM XÂY DỰNG VĂN BẢN**

**1. Mục đích xây dựng văn bản**

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, quy định có liên quan để *kịp thời có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025*, cụ thể:

1.1. Bảo đảm người dân được tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng phù hợp.

1.2. Bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe, yêu cầu chuyên môn, cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám chữa bệnh và khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

1.3. Tạo 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.

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

1.5. Bảo đảm đồng bộ với pháp luật hiện hành có liên quan tới bảo hiểm y tế.

**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 phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta.

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; quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế.

2.3. Khắc phục đ­ược các tồn tại, vướng mắc mang tính cấp bách sau 15 năm thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của hệ thống pháp luật, 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.

**IV. QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG DỰ ÁN LUẬT**

Chính phủ đã chỉ đạo Bộ Y tế phối hợp với các bộ, ngành, địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng, hoàn thiện Dự án Luật theo đúng trình tự, thủ tục quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật.

1. Rà soát, tổng kết, đánh giá việc thực hiện 15 năm thi hành Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung năm 2014 và nghiên cứu, rà soát các chủ trương, đường lối của Đảng, hệ thống pháp luật có liên quan và kinh nghiệm thực hiện bảo hiểm y tế trên thế giới.

2. Xây dựng các báo cáo đánh giá tác động của chính sách, báo cáo tổng kết thi hành luật, báo cáo rà soát các luật, điều ước quốc tế có liên quan đến dự thảo Luật, báo cáo đánh giá tác động thủ tục hành chính và báo cáo lồng ghép vấn đề bình đẳng giới và các tài liệu có liên quan theo quy định.

3. Thành lập Ban Soạn thảo, Tổ Biên tập với sự tham gia của các bộ, ngành, địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan để nghiên cứu xây dựng dự án Luật.

4. Dự án Luật đã được gửi xin ý kiến các bộ ngành, địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan, đăng tải trên Cổng 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 và đối tượng chịu sự tác động, đã tổ chức các cuộc họp của Ban Soạn thảo, Tổ Biên tập, tổ chức nhiều hội thảo, hội nghị xin ý kiến góp ý trực tiếp và trực tuyến với các bộ, ngành, địa phương, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, chuyên gia, các cuộc họp với Thường trực Ủy ban Xã hội của Quốc hội và gửi Bộ Tư pháp để thẩm định[[3]](#footnote-3). Ngày 12 tháng 9 năm 2024, Bộ Tư pháp đã có Báo cáo thẩm định số 221/BCTĐ-BTP. Các ý kiến góp ý của các cơ quan, tổ chức, ý kiến thẩm định của Bộ Tư pháp đã được tổng hợp, nghiên cứu, tiếp thu tối đa, giải trình đầy đủ. Trên cơ sở đó, Bộ Y tế đã hoàn chỉnh hồ sơ Dự án Luật và ngày 13 tháng 9 năm 2024 đã trình Chính phủ tại Tờ trình số 1142/TTr-BYT.

Trên cơ sở đó, Chính phủ đã hoàn chỉnh hồ sơ Dự án Luật trình Quốc hội.

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

**1. Bố cục của dự thảo Luật**

Dự thảo Luật **sửa đổi, bổ sung 40 điều**, được bố cục gồm 2 điều về nội dung sửa đổi, bổ sung, bãi bỏ và về hiệu lực thi hành của Luật.

**2. Nội dung cơ bản của dự thảo Luật**

*Nội dung của dự thảo Luật được thể hiện gồm 3 nhóm nội dung cơ bản:*

*- Các quy định được sửa đổi, bổ sung để thống nhất, đồng bộ với các luật có liên quan:* Sửa đổi, cập nhật đối tượng tham gia, trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế, phương thức, thời hạn đóng, trách nhiệm lập danh sách đóng bảo hiểm y tế, thời hạn thẻ có giá trị sử dụng để đồng bộ với việc sửa các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế;[[4]](#footnote-4) Sửa đổi quy định về khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến và không đúng tuyến (thông tuyến) được cập nhật theo cấp chuyên môn kỹ thuật của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 trên cơ sở giữ ổn định tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật hiện hành. Bỏ thủ tục chuyển tuyến đối với một số trường bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo... được lên thẳng cấp chuyên môn cao. Sửa đổi quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để đồng bộ với quy định về cấp chuyên môn kỹ thuật[[5]](#footnote-5). Bổ sung quy định về trách nhiệm của Bộ Y tế về rà soát và cập nhật thường xuyên phác đồ điều trị để bảo đảm thuận tiện trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế. Bổ sung quy định kiểm toán nhà nước kiểm toán Báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội hằng năm để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội. Sửa đổi, bổ sung một số quy định khác về chuyển đổi số, ứng dụng công nghệ thông tin trong lĩnh vực bảo hiểm y tế để cải cách thủ tục khám bệnh, chữa bệnh.[[6]](#footnote-6)

*- Các nội dung sửa đổi mới mang tính cấp bách đã có thông tin, dữ liệu rõ ràng để khắc phục các vướng mắc, bất cập, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, nâng cao hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ:* Sửa đổi, bổ sung quy định về vận chuyển người bệnh, khám bệnh, chữa bệnh từ xa theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, một số phạm vi quyền lợi về điều trị lác, tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi.[[7]](#footnote-7) Bổ sung quy định chi phí sử dụng máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, công cụ, dụng cụ sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế nhằm đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023. Cập nhật quy định về ban hành nguyên tắc, tiêu chí xây dựng danh mục thuốc bảo hiểm y tế hiện đang được quy định bằng văn bản hành chính để bảo đảm tính quy phạm, minh bạch, công khai. Quy định trường hợp mắc bệnh mãn tính chuyển về cấp thấp hơn được sử dụng thuốc như cấp cao hơn và điều chỉnh tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế trong một số trường hợp để phát huy vai trò của y tế cơ sở[[8]](#footnote-8). Bổ sung hình thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đặc thù đối với cán bộ, chiến sỹ và người dân ở khu vực biên giới, biển đảo, thôn, xã đặc biệt khó khăn[[9]](#footnote-9). Điều chỉnh giảm 1% tỷ lệ chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế để tăng chi trực tiếp cho khám bệnh, chữa bệnh từ đầu năm (kinh phí khám bệnh, chữa bệnh tăng từ 90% lên 91%, chi phí quản lý tối đa giảm từ 5% còn là 4%), tiết kiệm thủ tục, thời gian phân bổ, điều chỉnh kinh phí[[10]](#footnote-10). Quy định rõ thời hạn thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh quý IV để khắc phục vướng mắc về kéo dài thời gian thanh, quyết toán.[[11]](#footnote-11) Bổ sung cơ chế thanh toán điều chuyển thuốc nhằm khắc phục tình trạng thiếu thuốc và bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, không để người bệnh phải tự mua, tự chi trả và được bảo đảm quyền lợi[[12]](#footnote-12). Cập nhật cơ chế thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng được chuyển đến cơ sở khác đủ điều kiện thực hiện đang được quy định tại nghị định của Chính phủ.

*- Sửa đổi, bổ sung các nội dung mang tính chỉnh sửa kỹ thuật và một số nội dung cụ thể để tăng cường hiệu quả thực hiện Luật.*[[13]](#footnote-13)

**Các nội dung sửa đổi, bổ sung các điều khoản cụ thể như sau:**

***2.1.***Sửa đổi, bổ sung Điều 2 về giải thích từ ngữ: Sửa đổi khái niệm “*Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu”* đểquy định rõ vai trò, ý nghĩa của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu trong việc xác định phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế. Bổ sung các khái niệm về *“chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế”,* đồng thời, bổ sung các hành vi *chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế* là hành vi bị nghiêm cấm trong bảo hiểm y tế tại khoản 1 của Điều 11 để làm cơ sở triển khai các biện pháp phòng ngừa, xử lý vi phạm đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội.

**2.2.** Bãi bỏ cụm từ “tuyến chuyên môn kỹ thuật” và sửa đổi nội dung về “chuyển tuyến” tại khoản 3 Điều 6 thành *“chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”* để đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 đã bỏ tuyến chuyên môn kỹ thuật và bổ sung quy định *“rà soát và cập nhật thường xuyên phác đồ điều trị để bảo đảm thuận tiện trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế”,* bổ sung nội dung về *“ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, chia sẻ dữ liệu trong lĩnh vực bảo hiểm y tế*” tại khoản 4 Điều 6 làm cơ sở để Chính phủ quy định việc thực hiện.

**2.3**. Sửa đổi bổ sung Điều 10 để quy định việc kiểm toán nhà nước kiểm toán Báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội hằng năm để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội.

**2.4**. Sửa đổi, bổ sung Điều 12 về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế để thay đổi câu từ, thuật ngữ về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, bổ sung một số đối tượng để đồng bộ với các Luật về: Sỹ quan quân đội nhân dân, Công an nhân dân, Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh trật tự ở cơ sở, Dân quân tự vệ, Bảo hiểm xã hội, một số Luật khác và Nghị định hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, đồng thời sửa các Điều 7a, 7c và Điều 8 để dẫn chiếu theo đúng đối tượng đã được sửa đổi, bổ sung tại Điều 12, cụ thể:

*a) Sửa đổi, bổ sung Khoản 1* để đồng bộ một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế với đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội trong Luật Bảo hiểm xã hội, đồng thời đổi tên nhóm thành nhóm do người sử dụng lao động hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng để phù hợp với trách nhiệm đóng của một số nhóm đối tượng được bổ sung trong khoản 1, cụ thể:

- Đối tượng có hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên hoặc 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;

- 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 hoặc không hưởng tiền lương;

- 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.

- Người lao động quy định tại điểm a khoản 1 Điều 12 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.

- Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh tham gia theo quy định của Chính phủ. Đây là đối tượng tự đóng 100% mức đóng bảo hiểm y tế cho bản thân với vai trò là chủ hộ kinh doanh nên không dùng cụm từ người sử dụng lao động để rõ về đối tượng.

- Người hoạt động không chuyên trách ở thôn, tổ dân phố để đồng bộ với quy định tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc của Luật Bảo hiểm xã hội.

- Luật hóa và làm rõ đối tượng là công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân; người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu và thân nhân của họ không có bảo hiểm y tế từ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.[[14]](#footnote-14)

*b) Sửa đổi bổ sung khoản 2 bao gồm*:

- Sửa đổi điểm a Khoản 2 để tách riêng đối tượng người đang hưởng lương hưu là sỹ quan công an nhân dân, sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân, sỹ quan, hạ sỹ quan công an, người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu và quy định riêng đối tượng này tại điểm b Khoản 2 theo đề nghị của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an để nâng mức hưởng từ 95% lên 100% cho đối tượng này tại Điều 22. Theo quy định của Luật Công an nhân dân, sỹ quan công an nhân dân nghỉ hưu được hưởng chế độ bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật, được khám bệnh, chữa bệnh theo cấp bậc hàm, chức vụ hoặc chức danh trước khi nghỉ hưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của công an nhân dân, do đó Bộ Công an đề nghị đối tượng này được quy định mức hưởng là 100% như trước khi nghỉ hưu. Đối với sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân, người làm công tác cơ yếu khi tại ngũ có mức hưởng 100%, khi nghỉ hưu có thể tham gia Hội Cựu chiến binh hoặc có các thành tích được tặng thưởng huân, huy chương thuộc đối tượng người có công thì mức hưởng là 100%. Bên cạnh đó, đây là các đối tượng làm các công việc nặng nhọc, nguy hiểm, có sự cống hiến, hy sinh nhiều cho việc bảo vệ độc lập, chủ quyền và toàn vẹn lãnh thổ của Tổ quốc nên luôn được Đảng, Nhà nước ta quan tâm đặc biệt. Vì vậy, nhằm giảm thủ tục hành chính để được hưởng mức hưởng 100% (phải làm thủ tục tham gia Hội Cựu chiến binh, xuất trình các huân, huy chương, xác nhận đối tượng người có công…), Bộ Quốc phòng đề nghị quy định ngay trong luật mức hưởng của đối tượng này là 100% thay vì 95% như đối tượng hưu trí thông thường khác, quy định này cũng là để thống nhất về quyền lợi bảo hiểm y tế giữa các đối tượng thuộc lực lượng vũ trang.

- Sửa đổi điểm b và quy định thành điểm c để đồng bộ với đối tượng được quỹ bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 119 Luật Bảo hiểm xã hội và để *tách đối tượng người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởn*g trợ cấp tuất hằng tháng sang điểm s khoản 3 nhóm đối tượng do ngân sách nhà nước đóng để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội do từ Luật Bảo hiểm xã hội năm 2014 và Luật Bảo hiểm xã hội năm 2024 không quy định quỹ bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này nên Nghị định 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành của Luật Bảo hiểm y tế đã quy định ngân sách nhà nước đóng cho đối tượng này.

*c) Sửa đổi bổ sung khoản 3 bao gồm:*

- Sửa đổi điểm a để tách riêng đối tượng *“học viên quân đội, học viên công an; học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí”* ra thành các điểm b và c để dễ dẫn chiếu, quy định các chế độ cho đối tượng này và làm rõ bao gồm người Việt Nam và người nước ngoài theo đề nghị của Bộ Công an, Bộ Quốc phòng. Theo ý kiến của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Ban Cơ yếu Chính phủ, hiện nay, đối tượng học viên công an, học viên quân sự nước ngoài đang học tập trong công an, quân đội theo các điều ước, thỏa thuận quốc tế mà Việt Nam là thành viên hoặc do Nhà nước mời đang được Nhà nước đài thọ tất cả các chi phí bao gồm: ăn, ở, học tập, chăm sóc y tế, ...; việc cá nhân phải cùng chi trả 20% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tạo ra những khó khăn nhất định cho cá nhân và đơn vị; đồng thời, để đảm bảo công bằng về quyền lợi bảo hiểm y tế giữa các đối tượng cùng sinh hoạt, học tập và huấn luyện trong môi trường hoạt động vũ trang, quân sự như nhau.

- Bổ sung đối tượng *“dân quân thường trực*” theo quy định tại Luật Dân quân tự vệ và sắp xếp tại điểm đ; đối tượng học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế để đồng bộ với Nghị định số 79/2020/NĐ-CP ngày 08/7/2020 của Chính phủ về quy định chế độ, chính sách trong xây dựng, huy động lực lượng dự bị động viên và sắp xếp tại điểm d khoản 3.

- Bổ sung vào Luật nhóm đối tượng *người tham gia kháng chiến và bảo vệ tổ quốc* theo quy định của Chính phủ đang được quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và được sắp xếp cùng với đối tượng người có công với cách mạng, cựu chiến binh tại điểm e khoản 3.

- Sửa đổi, bổ sung làm rõ về thân nhân của người có công với cách mạng và cá nhân có liên quan để đồng bộ với quy định về thân nhân của người có công với cách mạng và cá nhân có liên quan được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng được thể hiện tại điểm i điểm k khoản 3.

- Bổ sung đối tượng thân nhân của Dân quân thường trực được nhà nước mua bảo hiểm y tế theo đề nghị của Bộ Quốc phòng. Theo ý kiến của Bộ Quốc phòng, tại điểm c khoản 1 Điều 34 Luật Dân quân tự vệ năm 2019 quy định: “Dân quân thường trực…được hưởng chế độ chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế như hạ sĩ quan, binh sĩ Quân đội nhân dân Việt Nam đang tại ngũ; được bảo đảm nơi ăn, nghỉ”; Tại khoản 4 Điều 12 Nghị định số 72/2020/NĐ-CP ngày 30/6/2020 của Chính phủ quy định: “Mức hưởng các chế độ, chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế như hạ sĩ quan, binh sĩ Quân đội nhân dân Việt Nam đang tại ngũ theo quy định của pháp luật về BHYT”. Hiện nay, Bộ Quốc phòng đang sửa đổi, bổ sung Nghị định 72/2020/NĐ-CP trong đó dự kiến bổ sung đối tượng thân nhân của dân quân thường trực được hưởng chính sách bảo hiểm y tế như thân nhân của các đối tượng hạ sỹ quan, binh sỹ quân đội, trên cơ sở đó Bộ Quốc phòng đề nghị bổ sung đối tượng này vào khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế.

*-* Sửa đổi, bổ sung điểm h khoản 3 và sắp xếp lại tại điểm o để bổ sung *“người dân tộc thiểu số thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú tại xã thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi*” vào nhóm do ngân sách nhà nước đóng nhằm tiếp tục thể chế hóa các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về chính sách dân tộc, đặc biệt là mục tiêu đến năm 2025 có 98% đồng bào dân tộc thiểu số tham gia bảo hiểm y tế tại Nghị quyết số 88/2019/QH14 ngày 18 tháng 11 năm 2019 của Quốc hội về phê duyệt đề án tổng thể phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030. Đây là chính sách nhân văn, phù hợp với chính sách của Đảng và Nhà nước về chính sách dân tộc nhằm hỗ trợ các gia đình nghèo, người dân tộc thiểu số trong chăm sóc sức khỏe, từ đó giúp tăng cường khối đại đoàn kết toàn dân tộc.

Theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế hiện hành, ngân sách nhà nước đang đóng bảo hiểm y tế cho người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn (tức người sinh sống tại xã khu vực II theo quy định tại Quyết định số 33/2020/QĐ-TTg ngày 12/11/2020 của Thủ tướng Chính phủ về tiêu chí phân định vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi theo trình độ phát triển giai đoạn 2021 - 2025); người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn (tức người sinh sống tại xã khu vực III và thôn đặc biệt khó khăn theo quy định tại Quyết định số 33/QĐ-TTg). Như vậy, chỉ còn nhóm đối tượng người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại xã khu vực I của vùng dân tộc thiểu số và miền núi là chưa được ngân sách nhà nước mua thẻ. Vì vậy, nhằm tiếp tục thể chế hóa các chủ trương, chính sách của Đảng và Nhà nước về chính sách dân tộc, dự thảo Luật bổ sung đối tượng *người dân tộc thiểu số thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú tại xã thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi* vào nhóm tham gia bảo hiểm y tế do ngân sách nhà nước đóng. Đối với đối tượng người dân tộc thiểu số thuộc hộ gia đình có mức sống trung bình sẽ tiếp tục rà soát và cần thiết sẽ do Chính phủ quy định.

*-* Chuyển nhóm người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng từ nhóm do bảo hiểm xã hội đóng sang nhóm do ngân sách nhà nước đóng, *đồng thời giảm độ tuổi của người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng xuống từ đủ 75 tuổi đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng*, *người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng* để đồng bộ với đối tượng hưởng trợ cấp hưu trí xã hội hằng tháng theo quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội và được sắp xếp tại điểm s khoản 3.

- Bổ sung điểm t, điểm u về đối tượng người hưởng trợ cấp hưu trí xã hội hằng tháng, người lao động không đủ điều kiện hưởng lương hưu và chưa đủ tuổi hưởng trợ cấp hưu trí xã hội đang trong thời gian hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội để bảo đảm đồng bộ.

*d) Bổ sung các điểm c, d, đ vào sau điểm b Khoản 4 như sau:*

- Luật hóa nhóm đối tượng là lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sởtheo quy định tại Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh trật tự ở cơ sở; người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình đang được quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ và đã thực hiện ổn định nhiều năm.

- Bổ sung đối tượng nhân viên y tế thôn bản đang được ngân sách hỗ trợ theo Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ở các vùng sâu, vùng xa, vùng nông thôn *(không áp dụng đối với tổ dân phố, phường ở thành thị)*. Trong những năm qua, đội ngũ y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản, cộng tác viên dân số là cánh tay nối dài để ngành y tế thực hiện công tác truyền thông, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân ngay tại cộng đồng, triển khai các chương trình mục tiêu quốc gia về y tế như: phòng chống sốt rét; tiêm chủng; phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em; phòng chống, dịch bệnh, chăm sóc sản khoa an toàn… trên địa bàn tỉnh các tỉnh miền núi, vùng sâu, vùng xa, hải đảo đạt hiệu quả. Đối với bà con dân tộc thiểu số, việc phòng chống dịch bệnh và chăm sóc sức khỏe cho bản thân luôn gặp nhiều khó khăn nhưng nhờ có đội ngũ nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản mà tình trạng này đã được cải thiện đáng kể, sức khỏe người dân được nâng lên rõ rệt. Nhân viên y tế thôn bản phải hoạt động trong điều kiện khó khăn, thiếu thốn và thường xuyên tiếp xúc với những bệnh lây nhiễm, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe. Song, đội ngũ này chưa được Nhà nước quan tâm cấp thẻ bảo hiểm y tế để họ chăm sóc sức khỏe của bản thân và yên tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân. Vì vậy, nhằm động viên, khích lệ và có chính sách thỏa đáng với đối tượng này, Bộ Y tế đề xuất bổ sung đối tượng này vào nhóm tham gia bảo hiểm y tế được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng với những người chưa tham gia bảo hiểm y tế theo các nhóm đối tượng quy định tại khoản 1, 2, 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế.

*đ) Sửa đổi, bổ sung tên gọi của Khoản 5* để phù hợp với trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế và thực tiễn các đối tượng thuộc nhóm này có thể tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình hoặc tham gia theo cá nhân; bổ sung một số đối tượng “người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động” để khắc phục vướng mắc thời gian qua. Đối tượng này mặc dù hợp đồng lao động chưa chấm dứt nhưng không được người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế do không hưởng lương, nếu không được tham gia theo nhóm này thì có thể bị gián đoạn quá trình tham gia bảo hiểm y tế, ảnh hưởng đến quyền lợi của họ.

Luật hóa đối tượng “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” vào điểm b khoản 5 từ Nghị định 146/2018/NĐ-CP.

*e) Sửa đổi, bổ sung khoản 6 Điều 12* để giao Chính phủ quy định hình thức thanh toán, quyết toán để bảo đảm khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng thuộc lực lượng vũ trang và nhân dân ở khu vực biên giới, biển đảo, thôn, xã đặc biệt khó khăn để bảo đảm chính sách an ninh quốc phòng do Bộ Quốc phòng quản lý như các lực lượng vũ trang và nhân dân ngoài đảo, nhà giàn DK, khu vực biên giới xa xôi, người dân ở các khu vực trọng yếu thường chỉ có lực lượng quốc phòng có thể tiếp cận tại địa bàn.

**2.5**. Sửa đổi, bổ sung Điều 13 về mức đóng và trách nhiệm đóng để đồng bộ với việc sửa đổi, bổ sung đối tượng tại Điều 12 và việc quy định trách nhiệm đóng cho các đối tượng tại các Luật, Nghị định liên quan, đồng thời sắp xếp mức đóng và trách nhiệm đóng theo các nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tại Điều 12 để dễ theo dõi, tra cứu, cụ thể:

*a) Mức đóng do người sử dụng lao động và người lao động cùng đóng hoặc do người sử dụng lao động đóng:*

- Bổ sung mức đóng, trách nhiệm đóng của đối tượng quy định tại điểm c, d khoản 1 Điều 12 dự thảo Luật tương đồng với đối tượng quy định tại điểm a, e khoản 1 Điều 12 là tối đa 6% tiền lương tháng, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3;

- Bổ sung mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 tối đa bằng 6% tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc và do người lao động đóng;

- Bổ sung mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm đkhoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc và do chủ hộ kinh doanh đóng;

- Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm g khoản 1 Điều 12 tối đa bằng 6% mức lương cơ sở trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3.

- Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm h khoản 1 Điều 12 Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng và trách nhiệm đóng giao Chính phủ quy định để Bộ Quốc phòng, Bộ Công an trình Chính phủ quy định trách nhiệm đóng cho đối tượng này phù hợp với đặc điểm các cơ quan, đơn vị thuộc quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

- Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại điểm i khoản 1 Điều 12 tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do người sử dụng lao động đóng.

*b) Mức đóng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng:*

- Bổ sung mức đóng trong thời gian người lao động nghỉ việc hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội, mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng; trong thời gian người lao động nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật bảo hiểm xã hội, mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ ốm và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội.

- Bổ sung mức đóng, trách nhiệm đóng của đối tượng quy định tại điểm b khoản 2 Điều 12 dự thảo Luật tối đa bằng 6% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

- Bổ sung mức đóng, trách nhiệm đóng của đối tượng được sửa đổi, bổ sung tại điểm c khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

*c) Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng:*

- Bổ sung mức đóng, trách nhiệm đóng của đối tượng được thay đổi thứ tự, sửa đổi, bổ sung tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m, o, p, q, r, s, t, u khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

- Mức đóng, trách nhiệm đóng của đối tượng được thay đổi thứ tự, sửa đổi, bổ sung tại điểm n khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng;

- Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng;

*d) Sửa đổi, bổ sung trách nhiệm đóng và mức đóng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 12* của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc đóng theo cá nhân tham gia.

*đ) Sửa đổi, bổ sung quy định xác định thứ tự đóng bảo hiểm y tế* tại khoản 2 Điều 13 thành khoản 6 Điều 13 dự thảo Luật để đồng bộ với các đối tượng được sửa đổi, bổ sung tại Điều 12.

**2.6**. *Sửa đổi, bổ sung khoản 2 và bổ sung khoản 7 sau khoản 6 Điều 15 như sau bao gồm:*

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 2: Người lao động tại các doanh nghiệp thuộc lĩnh vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp trả tiền lương theo sản phẩm, theo khoán tại doanh nghiệp, tổ hợp tác, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, hộ kinh doanh hoạt động trong lĩnh vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp thì đóng theo phương thức đóng hằng tháng hoặc 03 tháng hoặc 06 tháng một lần để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội.

b) Bổ sung quy định về thời hạn đóng bảo hiểm y tế để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội và với quy định bổ sung hành vi chậm đóng, trốn đóng tại Điều 2.

**2.7.** *Sửa đổi, bổ sung một khoản 3 Điều 16 như sau:*

Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 16 để sửa đổi đối tượng phải áp dụng thời hạn thẻ có giá trị sử dụng sau 30 ngày đóng bảo hiểm y tế khi tham gia bảo hiểm y tế không liên tục từ 90 ngày trở lên;

**2.8**. *Sửa đổi, bổ sung điểm b khoản 1 Điều 17* về trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế để cấp thẻ cho một số nhóm đối tượng được bổ sung tại Điều 12 và thiết kế lại thành các điểm cho dễ dẫn chiếu.

**2.9**. Sửa đổi, bổ sung Điều 21 bao gồm:

a) Sửa đổi, bổ sung nội dung về phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế về “*khám bệnh, chữa bệnh bao gồm bao gồm khám bệnh, chữa bệnh từ xa*” tại điểm a khoản 1 để phù hợp với các quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số và đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

b) *Sửa đổi điểm b khoản 2 về phạm vi được hưởng liên quan tới vận chuyển người bệnh.* Luật Bảo hiểm y tế hiện hành quy định về vận chuyển người bệnh đối với một số đối tượng chỉ quy định vận chuyển từ tuyến huyện lên tuyến trên, vì vậy gây ra bất cập trong quá trình thực hiện khi người bệnh nội trú phải chuyển viện từ bệnh viện tỉnh trở lên hoặc chuyển về các bệnh viện tuyến dưới. Vì vậy, Bộ Y tế đề nghị sửa đổi điểm này để khắc phục bất cập trong thực tiễn và phù hợp với quy định chuyển người bệnh theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh hiện hành, bổ sung đối tượng tại điểm b khoản 2 Điều 12 Dự thảo Luật được hưởng quyền lợi về vận chuyển người bệnh (Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân, sĩ quan, hạ sĩ quan công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu), cụ thể:

“b) Vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định tại *điểm b khoản 2*, *các điểm a, b, c, d, e, i, o và r* khoản 3 Điều 12 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải *chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* theo yêu cầu chuyên môn *bằng xe cứu thương hoặc xe vận chuyển người bệnh*;”

*c*) *Bổ sung điểm c khoản 1 về quy định chi phí sử dụng máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, công cụ, dụng cụ sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế nhằm đồng bộ với nội dung đã được quy định tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023*. 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. Tuy nhiên, trong 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.

d) *Sửa đổi, bổ sung khoản 2* để bổ sung quy định giao Bộ Y tếquy định nguyên tắc, tiêu chí làm cơ sở xây dựng, cập nhật danh mục thuốc và ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, khí y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. Khoản 2 Điều 21 Luật hiện hành đang giao Bộ Y tế phối hợp với các bộ, ngành liên quan xây dựng danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế nhưng chưa giao Bộ Y tế quy định nguyên tắc, tiêu chí để làm cơ sở xây dựng danh mục tỷ lệ, điều kiện thanh toán thuốc. Để việc xây dựng danh mục thuốc được khoa học, rõ ràng, công khai, minh bạch, đồng thời nhanh chóng, thuận tiện thì cần thiết có các tiêu chí cụ thể để bảo đảm cơ sở pháp lý khi thực hiện.

**2.10**. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 như sau:

a) Bổ sung một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế có mức hưởng 100% bao gồm: Đối tượng quy định tại điểm b khoản 2 Điều 12.

b) Sửa đổi quy định theo tuyến chuyên môn kỹ thuật cho đồng bộ với việc bãi bỏ quy định này của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Đồng thời phiên giải mức hưởng, tỷ lệ thanh toán tại cho người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi bỏ tuyến chuyên môn kỹ thuật. Tại Điều này cũng quy định mức hưởng 100% đối với việc khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở cấp xã và tương đương và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú khác trong quân đội, công an theo quy định của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

c) Sửa đổi quy định mang tính chất “thông tuyến” huyện toàn quốc đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản (trung tâm y tế huyện) theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế thay vì chỉ “thông tuyến” huyện toàn quốc đối với *bệnh viện tuyến huyện* như luật hiện hành nhằm thu hút người tham gia bảo hiểm y tế tăng cường khám chữa bệnh tại y tế cơ sở để thể chế hóa Chỉ thị số 25-CT/TW về tăng cường y tế cơ sở. Sửa đổi quy định mang tính chất “thông tuyến” tỉnh toàn quốc đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, chuyên sâu tương đương bệnh viện tỉnh trực thuộc Sở Y tế. Các quy định này được chuyển đổi từ 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật bảo đảm đồng bộ và ổn định quyền lợi của người bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

d) Tại Điều này cũng quy định tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và tỷ lệ phần trăm mức hưởng đối với một số trường hợp người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao được đến thẳng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chuyên khoa, năng lực chuyên môn kỹ thuật cao hơn theo quy định của Bộ Y tế bảo đảm sát thực tiễn, giảm phiền hà cho người dân; quy định thương binh, bệnh binh cư trú tại các cơ sở nuôi dưỡng thương binh, bệnh binh cũng được đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định này.

**2.11**. 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, tật khúc xạ của mắt từ 6 tuổi lên 18 tuổi để phù hợp với chỉ định chuyên môn.

**2.12**. Sửa đổi, bổ sung Điều 24 để sửa đổi cụm từ “cơ sở y tế” thành “cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.

**2.13.** 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 năm 2023.

**2.14**. 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 về việc không quy định theo tuyến chuyên môn kỹ thuật.

**2.15**. Sửa đổi, bổ sung Điều 28 về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh để phù hợp với với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, đồng thời giao Chính phủ quy định chi tiết về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh và việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế điện tử để phù hợp với kế hoạch chuyển đổi số quốc gia của Chính phủ.

**2.16**. Sửa đổi, bổ sung điểm b, c khoản 1 Điều 30 về phương thức thanh toán theo giá dịch vụ và theo trường hợp bệnh cho đúng với nội hàm và định nghĩa của các phương thức thanh toán này.

**2.17**. Sửa đổi bổ sung Điều 31 bao gồm:

a) Bãi bỏ khoản 4, khoản 5 vì không còn phù hợp theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

b) Bổ sung các khoản 4, 5, 6 quy định về thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng được chuyển đến cơ sở tiếp nhận được cấp có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện. Luật hiện hành chưa có các quy định này, vì vậy, trong một số trường hợp đặc biệt, cơ sở khám, bệnh, chữa bệnh không có thuốc, thiết bị y tế hoặc dịch vụ kỹ thuật để cung cấp, thực hiện cho người bệnh, 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 để hạn chế tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế và phục vụ tốt hoạt động khám, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế. *Quy định này xác định các điều kiện chặt chẽ để điều chuyển thuốc trong trường hợp khách quan, đã mua sắm theo phương án thuận tiện nhất của Luật Đấu thầu mà vẫn không mua được thuốc.* Theo đó, các cơ sở có thể điều chuyển thuốc từ nơi sẵn có và thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội theo giá thanh toán bảo hiểm y tế, người bệnh không phải trực tiếp mua thuốc và được bảo đảm quyền lợi.

**2.18**. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 32 về tạm ứng, thanh toán, quyết toán bao gồm:

a) Bổ sung làm rõ thời hạn thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh quý IV trong năm để khắc phục vướng mắc về kéo dài thời gian thanh, quyết toán tại điểm b khoản 2. Việc quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được thực hiện hằng quý theo quy định tại khoản 2 Điều 32 Luật Bảo hiểm y tế. Các mốc thời gian quyết toán đã được nêu rõ. Tuy nhiên, để việc quyết toán quý IV được rõ ràng, tránh kéo dài thời gian quyết toán gây khó khăn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cũng bảo đảm thời gian để cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện công tác giám định, Bộ Y tế đã bổ sung nội dung sửa đổi điểm b khoản 2 Điều 32 cụ thể như sau:

“b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. *Đối với quý 4 trong năm, thời hạn thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không quá 60 ngày kể từ ngày cơ quan bảo hiểm xã hội nhận được báo cáo quyết toán quý 4 của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”*

b) Sửa đổi điểm d khoản 2 để bỏ quy định “và thanh toán số kinh phí chưa sử dụng hết (nếu có) đối với các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương” vì từ 01/01/2021 phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào quỹ dự phòng theo quy định tại điểm b khoản 3 Điều 35.

**2.19**. Sửa đổi, bổ sung khoản 1 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% để có thêm nguồn kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh ngay từ đầu năm, tiết kiệm thủ tục, thời gian phân bổ, điều chỉnh kinh phí.

**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 trả thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế *trong thời hạn 05 ngày làm việc* kể từ ngày nhận được từ cơ quan bảo hiểm xã hội để tránh tình trạng chậm cấp thẻ cho người tham gia bảo hiểm tế.

**2.21**. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại khoản 2 Điều 9, khoản 5 Điều 16 thành “Bảo hiểm xã hội Việt Nam” để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội và phù hợp với tên gọi của hệ thống cơ quan bảo hiểm xã hội.

**2.22.** Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại các khoản 3, 6 Điều 2, các khoản 2, 4 Điều 7c, tại tên Điều và khoản 1 Điều 9, các khoản 2, 3 Điều 17, khoản 3 Điều 18, khoản 3 Điều 19, Điều 24, Điều 25, khoản 3 Điều 29, khoản 1, 2 Điều 31, các khoản 1, 2, 3 Điều 32, khoản 1 Điều 34, khoản 4, 5 Điều 36, khoản 4 Điều 37, khoản 1 Điều 38, khoản 4 Điều 39, tên điều và khoản 5 Điều 40, tên Điều 41, các khoản 1, 2 Điều 42, các khoản 2, 3, 4 Điều 43, khoản 1 Điều 44, khoản 1 Điều 48 *thành “cơ quan bảo hiểm xã hội*.”

**2.23**. Sửa đổi cụm từ "vật tư y tế" tại khoản 8 Điều 23 thành “thiết bị y tế” để đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

**2.24.** Sửa đổi, bổ sung Điều 49 quy định về các hình thức xử lý khi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

**2.25**. Bãi bỏ một số điểm, khoản cho phù hợp với Luật Khám bệnh, chữa bệnh, Luật Bảo hiểm xã hội và các văn bản khác cụ thể như sau:

- Bãi bỏ khoản 4, khoản 5 Điều 31 Luật này do các quy định và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đã được quy định tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

- Bãi bỏ cụm từ “Việt Nam” trong cụm từ “Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam” tại khoản 1 Điều 34 và khoản 2 Điều 35 Luật này để phù hợp với tên gọi của Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội.

- Bãi bỏ cụm từ “kiểm tra” tại khoản 2 Điều 40, cụm từ “Kiểm tra chất lượng khám bệnh, chữa bệnh” tại Khoản 8 Điều 41 của Luật này để phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- Bãi bỏ cụm từ “tuyến chuyên môn kỹ thuật y tế” tại khoản 1 Điều 6 để phù hợp với quy định với Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

- Bãi bỏ cụm từ “tại khoản 1 Điều 26” tại khoản 2 Điều 36.

**2.26.** Quy định hiệu lực thi hành, điều khoản chuyển tiếp của Luật. Trong đó, một số quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật có hiệu lực ngay từ 01 tháng 01 năm 2025 để đồng bộ, cùng thời điểm có hiệu lực quy định cấp chuyên môn tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023. Các quy định khác có hiệu lực từ 01 tháng 7 năm 2025 để có đủ thời gian xây dựng văn bản quy định chi tiết và chuẩn bị các điều kiện tổ chức thực hiện luật.

**VI. DỰ KIẾN NGUỒN LỰC BẢO ĐẢM CHO VIỆC 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 tổng quát cân đối quỹ bảo hiểm y tế như sau:

**1. Cân đối thu - chi do thay đổi mức thu và chi do tăng lương và tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế cơ học hằng năm**

Với số lượng người tham gia bảo hiểm y tế tăng lên theo cơ học qua các năm (tăng do tăng tham gia các nhóm đối tượng cũ, tăng dân số mà chưa tính đối tượng tham gia mới khi bổ sung vào luật), do thực hiện chính sách tiền lương mới và nếu không có yếu tố bất thường thì tổng số thu bảo hiểm y tế năm 2024, năm 2025 đủ để bù số chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2024 và năm 2025. Cụ thể:

Tổng thu năm (2024 + 2025) – Tổng chi năm (2024 + 2025) = (140.000 + 154.000) – (135.000 + 148.000) = 11.000 (tỷ đồng).

**2** **Cân đối thu - chi chung**

Theo ước tính tác động cả 04 chính sách là tăng 4.024,283tỷ đồng cho quỹ BHYT, tuy nhiên việc gia tăng thực tế không diễn ra ngay trong năm đầu tiên thực hiện luật (do có những nhóm đối tượng mặc dù bổ sung nhưng cũng khó tham gia được 100% ngay từ khi thực hiện như chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh, thành viên hợp tác xã không hưởng lương, người lao động không trọn thời gian…). Luật có hiệu lực từ 01/01/2025 thì năm 2025 là năm đầu tiên nên ước thực hiện là 50%, bắt đầu từ năm 2026 các nhóm đối tượng này tham gia 100%. Vì vậy, trung bình ước tính quỹ tăng thu năm 2025 là 2.012,142 tỷ đồng.

Số thu năm 2024 và 2025 đủ để bù số chi phí tăng lên năm 2024 và năm 2025. Cụ thể: 11.000 + 2.012,142 = 13.012,142 (tỷ đồng). Kết dư từ năm trước chuyển sang là 40.000 tỷ đồng.

Như vậy tổng cân đối thu - chi quỹ dự kiến đến cuối năm 2025 là: 13.012,142 + 40.000,000 = 53.012,142 (tỷ đồng).

Như vậy, với các quy định trong dự thảo Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, khi Luật được triển khai thực hiện dự kiến không gây ảnh hưởng tiêu cực và bảo đảm cân đối thu - chi quỹ bảo hiểm y tế.

**3. Nguồn lực bảo đảm từ Ngân sách nhà nước**

Tác động ngân sách nhà nước chủ yếu đối với quy định về điều chỉnh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng bộ với các quy định của pháp luật có liên quan và thực tiễn, dự kiến tổng ngân sách nhà nước cần tăng tối đa trong một năm để chi trả cho việc mua thẻ hoặc hỗ trợ mua thẻ cho các nhóm đối tượng này là 1.609,253 tỷ đồng (riêng năm 2025 là năm đầu thực hiện, ước tính ngân sách nhà nước chỉ thực hiện 50% tương ứng với 804,626 tỷ đồng, các năm tiếp theo tăng dần đến tối đa là 1.609,253 tỷ/năm). Điều này sẽ giúp hơn 1,3 triệu người dân được Nhà nước mua thẻ hoặc hỗ trợ mua thẻ, tác động tăng đáng kể số người và tỷ lệ người tham gia bảo hiểm y tế, góp phần quan trọng trong việc đạt được mục tiêu bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân. Toàn bộ số tiền ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ đóng sẽ được chuyển vào quỹ bảo hiểm y tế và tăng nguồn thu cho quỹ (Chi tiết tại Mục 1, Phần 2 của Báo cáo đánh giá tác động chính sách).

**VII. NHỮNG VẤN ĐỀ XIN Ý KIẾN**

Hiện nay, dự thảo Luật đã cơ bản đạt được sự đồng thuận của các cơ quan, tổ chức, đơn vị về những nội dung sửa đổi, bổ sung quan trọng, chủ yếu thuộc phạm vi điều chỉnh và đã được Chính phủ thống nhất các nội dung trình Quốc hội.

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

(Các tài liệu có liên quan theo quy định xin gửi kèm theo)

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như trên;  - Thủ tướng Chính phủ *(để b/c);*  - Các Phó Thủ tướng Chính phủ *(để b/c);*  - Văn phòng Trung ương Đảng;  - Văn phòng Chủ tịch nước;  - Văn phòng Quốc hội;  - Ủy ban Xã hội của Quốc hội;  - Ủy ban Pháp luật của Quốc hội;  - VPCP: BTCN, các PCN, Vụ TH;  - Lưu: VT, PL. | **TM. CHÍNH PHỦ**  **TUQ. THỦ TƯỚNG**  **BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**  *(Đã ký)*  **Đào Hồng Lan** |

1. Phân cấp, phân quyền 3 nội dung: (1) phân quyền cho Bộ Quốc phòng, Bộ Công an về đăng ký ban đầu và chuyển cơ sở KBCB tại Điều 22, 26, 27, (2) phân quyền cho Sở Y tế xác định cơ đăng ký ban đầu và phân bổ thẻ bảo hiểm y tế tại Điều 26, (3) phân quyền cho BHXHVN phân bổ thêm 1% kinh phí từ đầu năm tại Điều 35.

   Giảm 8 thủ tục hành chính: (1) giảm thời gian lập danh sách đóng BHYT tại khoản 1 Điều 17, (2) cải cách thủ tục chuyển tuyến tại Điều 26, 27, 28, (3) cải cách thủ tục xuất trình thẻ BHYT tại Điều 28 và (4) ứng dụng CNTT trong xuất trình thẻ BHYT tại Điều 6, 28, (5) bỏ giấy chuyển tuyến đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo... tại Điều 22, (6) người bệnh được KBCB thông tuyến huyện nội tỉnh tại Điều 26, (7) cải cách thủ tục thanh quyết toán tại Điều 31, 32, (8) cải cách thủ tục phân bổ kinh phí từ quỹ BHYT tại Điều 35. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bao gồm: quy định về bảo hiểm y tế bổ sung, khám, chẩn đoán và điều trị sớm một số bệnh, sử dụng dinh dưỡng điều trị đặc thù, quản lý sức khỏe, khám sức khỏe định kỳ, kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, vật tư y tế hỗ trợ sử dụng trong phục hồi chức năng; gói dịch vụ y tế cơ bản, hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế theo người lao động; đa dạng hóa cơ sở cung ứng dịch vụ bảo hiểm y tế; tham gia bảo hiểm y tế của một số đối tượng là người nước ngoài đang sinh sống tại Việt Nam; đối tượng là người lao động tại các đơn vị, doanh nghiệp đã phá sản, chủ doanh nghiệp là người nước ngoài bỏ trốn về nước, đối tượng cư trú tại các xã an toàn khu cách mạng, người khuyết tật nhẹ, đối tượng cư trú tại các xã nông thôn mới thoát nghèo...; các trường hợp chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế không có khả năng thu hồi; cơ chế giải quyết tranh chấp, vướng mắc về bảo hiểm y tế; vấn đề điều tiết kịp thời quỹ dự phòng khi có kết dư lớn sang quỹ khám bệnh, chữa bệnh, giám định bảo hiểm y tế... [↑](#footnote-ref-2)
3. Tính đến ngày 12/9/2024 có trên 126 đơn vị góp ý bằng văn bản của các bộ, ngành, địa phương, đơn vị (19 bộ, ngành, BHXH Việt Nam), Ủy ban nhân dân, Sở Y tế 63 tỉnh, thành phố, Bảo hiểm xã hội các tỉnh, Hiệp hội BV tư nhân, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên toàn quốc, các tổ chức trong nước và quốc tế có liên quan. [↑](#footnote-ref-3)
4. Sửa đổi, bổ sung Điều 12, Điều 13 về đối tượng và trách nhiệm đóng BHYT, sửa các Điều 7a, 7c, Điều 8, khoản 3 Điều 16 về đối tượng phải áp dụng thời hạn thẻ có giá trị sử dụng sau 30 ngày đóng bảo hiểm y tế khi tham gia bảo hiểm y tế không liên tục từ 90 ngày trở lên; sửa đổi, bổ sung điểm b khoản 1 Điều 17 về trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế để cấp thẻ cho một số nhóm đối tượng được sửa đổi, bổ sung tại Điều 12 dẫn chiếu theo đúng đối tượng đã được sửa tại Điều 12. [↑](#footnote-ref-4)
5. Sửa đổi, bổ sung Điều 6 từ tuyến sang cấp CMKT theo Luật KCB; sửa đổi, bổ sung các Điều 21, 22, 26, 27, 28 về quyền lợi, đăng ký KCB BHYT ban đầu, chuyển tuyến điều trị, thủ tục KCB. [↑](#footnote-ref-5)
6. Sửa đổi quy định về thủ tục KCB gắn liền với việc sử dụng thẻ bảo hiểm y tế điện tử tại Điều 28. [↑](#footnote-ref-6)
7. Sửa đổi, bổ sung điểm a, điểm b khoản 1 Điều 21, khoản 7 Điều 23 Luật BHYT. [↑](#footnote-ref-7)
8. Sửa đổi các Điều 22, 26, 27, 28 về quyền lợi, đăng ký KCB BHYT ban đầu, chuyển cơ sở KCB. [↑](#footnote-ref-8)
9. Nội dung này đã được Bộ Quốc phòng đánh giá tác động là phù hợp với yêu cầu chăm sóc sức khoẻ, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các vùng trọng yếu về an ninh quốc phòng chỉ có quân đội tiếp cận đảm bảo bao phủ chăm cho người dân, tăng cường tiếp cận tại y tế cơ sở, bảo đảm thế trận quốc phòng toàn dân, chỉ thay đổi về hình thức thanh toán không làm thay đổi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. [↑](#footnote-ref-9)
10. Sửa đổi, bổ sung Điều 30, 31, 32, Điều 35 về phân bổ sử dụng quỹ BHYT. [↑](#footnote-ref-10)
11. Để giải quyết tình trạng kéo dài thời gian giám định, thanh toán, quyết toán chi phí KCB quý IV. Mặc dù khoản 2 Điều 32 đã quy định rõ việc quyết toán hằng quý, nhưng thực tế việc giám định,thanh toán, quyết toán quý IV thường bị chậm, có thể kéo dài tới tháng 10 năm sau. [↑](#footnote-ref-11)
12. Các cơ sở có thể điều chuyển thuốc từ nơi sẵn có được mua sắm đúng quy định và thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội theo giá thanh toán bảo hiểm y tế. Việc điều chuyển thuốc thực hiện trong trường hợp đã mua sắm đầy đủ theo quy định của pháp luật đấu thầu mà vẫn thiếu thuốc được quy định thay cho hình thức thanh toán trực tiếp đối với thuốc, vật tư y tế do người bệnh tự mua, đã được đánh giá tác động bổ sung. [↑](#footnote-ref-12)
13. Sửa đổi, bổ sung các Điều: 2, 7c, 9, Điều 11, Điều 15, Điều 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 29, 30, Điều 31, Điều 32, Điều 34, Điều 36, 37, 38, 39,40, 41, 42, 43, 44, 48, bổ sung koản 3, 4 Điều 21. [↑](#footnote-ref-13)
14. Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định các đối tượng này theo quy định tại Luật Quân nhân chuyên nghiệp và công nhân viên chức quốc phòng, Luật Công an nhân dân. [↑](#footnote-ref-14)