**BỘ Y TẾ**

**BÁO CÁO**

**ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CHÍNH SÁCH ĐỐI VỚI**

**DỰ ÁN LUẬT SỬA ĐỔI BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA**

**LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

**Hà Nội,2023**

|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ**  Số: /BC-BYT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  *Hà Nội, ngày tháng năm 2023* |

**BÁO CÁO**

**Đánh giá tác động chính sách đối với Luật bảo hiểm y tế (sửa đổi)**

(Gửi kèm Tờ trình số /TTr-BYT)

# **PHẦN 1 TỔNG QUAN VỀ BẢO HIỂM Y TẾ**

# **I. BỐI CẢNH XÂY DỰNG CHÍNH SÁCH VỀ BẢO HIỂM Y TẾ**

**1. Thực trạng công tác bảo hiểm y tế:**

Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2009. Tiếp theo đó, để khắc phục một số tồn tại, bất cập trong quá trình thực hiện, ngày 13/6/2014, Quốc hội đã thông qua Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015

Luật bảo hiểm y tế được ban hành 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 thể chế hoá quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước về phát triển bảo hiểm y tế toàn dân. Sau gần 10 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 trong lựa chọn chính sách tài chính y tế thông qua bảo hiểm y tế- một trong những chính sách an sinh xã hội, nhân đạo, ưu việt của Đảng và Nhà nước ta và đã đạt được nhiều kết quả quan trọng. Công tác quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế ngày càng được tăng cường, công tác tuyên truyền về bảo hiểm y tếđã đi vào chiều sâu, đổi mới về hình thức và đã huy động được sự tham gia của cả hệ thống chính trị.

Đến ngày 31 tháng 12 năm 2022, tổng số người tham gia bảo hiểm y tế đạt gần 90 triệu, đạt tỷ lệ bao phủ 92 % dân số. Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế được mở rộng và bảo đảm, công tác tổ chức khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được cải thiện đáng kể về quy trình, thủ tục trong khám bệnh, chữa bệnh. 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, trong thụ hưởng các dịch vụ y tế theo quy định của Luật.

Việc mở rộng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, nhất là việc tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tếtại tuyến xã đã tạo điều kiện thuận lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế ngay từ tuyến y tế cơ sở. Cùng với việc nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, việc triển khai các phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tếmới đã góp phần giúp các bệnh viện chủ động trong điều hành kinh phí, nâng cao trách nhiệm của các bên liên quan trong việc quản lý, sử dụng hiệu quả nguồn kinh phí bảo hiểm y tế. Từ năm 2012 đến nay, quỹ bảo hiểm y tếtiếp tục cân đối thu chi và có kết dư, góp phần tạo ra nguồn tài chính ổn định cho công tác khám bệnh, chữa bệnh. Theo báo cáo của kiểm toán nhà nước 2022, số dư Quỹ cuối 2022 chuyển sang 2023 là khoảng 59 ngàn tỷ đồng.

Tuy nhiên, bên cạnh những kết quả đã đạt được vẫn còn một số khó khăn, vướng mắc, đặc biệt là các văn bản dưới Luật và các Luật khác và cần phù hợp với Luật khám bệnh chữa bệnh sửa đổi (2023)

*1.1. Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.*

*1.2. Về quyền lợi và phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế phù hợp với việc chuyển đổi từ tuyến/hạng sang cấp kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*

*1.3. Về quản lý hiệu quả Quỹ, bảo đảm an toàn Quỹ và xác định rõ hơn trách nhiệm quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.*

## **2. Thực trạng pháp luật về bảo hiểm y tế:**

***2.1. Chính sách Đảng về bảo hiểm y tế***

*2.1.1. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VII của Đảng Cộng sản Việt Nam:*

a) Tại phần Phương hướng nhiệm vụ chủ yếu của Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương (khoá VI) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VII" nêu: “Bảo vệ sức khỏe, nâng cao thể lực của nhân dân phải trở thành hoạt động tự giác của mỗi người, với sự quan tâm của Nhà nước và của toàn xã hội. Phát triển các hoạt động y tế bằng khả năng của Nhà nước và của nhân dân, theo hướng dự phòng là chính; kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc... Phát triển bảo hiểm khám, chữa bệnh, tăng ngân sách cho hoạt động khám, chữa bệnh”.

b) Nghị quyết số 04/NQ-HNTW ngày 14/01/1993 về những vấn đề cấp bách của sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân: “Tạo nguồn kinh phí để phát triển sự nghiệp y tế, thực hiện thu một phần viện phí, phát triển bảo hiểm y tế”...

*2.1.2. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VIII của Đảng Cộng sản Việt Nam:*

Tại phần Định hướng phát triển các lĩnh vực chủ yếu của Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương (khoá VII) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VIII nêu: "Tăng đầu tư của Nhà nước kết hợp với tạo thêm nguồn kinh phí khác cho y tế như phát triển bảo hiểm, mở rộng hợp tác quốc tế".

*2.1.3. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần IX của Đảng Cộng sản Việt Nam:*

Tại phần Đường lối và chiến lượng phát triển kinh tế xã hội của Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương (khoá VIII) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ IX nêu: "Thực hiện công bằng xã hội trong chăm sóc sức khoẻ; đổi mới cơ chế và chính sách viện phí; có chính sách trợ cấp và bảo hiểm y tế cho người nghèo, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân. Nhà nước ban hành chính sách quốc gia về y học cổ truyền. Kết hợp chặt chẽ y học hiện đại với y học cổ truyền từ khâu đào tạo đến khâu khám bệnh và điều trị.".

*2.1.4. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần X của Đảng Cộng sản Việt Nam:*

Tại phần thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội ngay trong từng bước và từng chính sách phát triển của Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương (khoá XI) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X nêu: "Phát triển hệ thống y tế công bằng và hiệu quả, bảo đảm mọi người dân được chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ. Nhà nước tiếp tục tăng đầu tư để nâng cấp các cơ sở y tế, y tế dự phòng, xây dựng và hoàn thiện chính sách trợ cấp và bảo hiểm y tế cho người hưởng chính sách xã hội và người nghèo trong khám, chữa bệnh.".

*2.1.5. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần XI của Đảng Cộng sản Việt Nam:*

a) Tại phần thực hiện có hiệu quả tiến bộ và công bằng xã hội, bảo đảm an sinhxã hội trong từng bước và từng chính sách phát triển của Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương (khoá X) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XI nêu: "Bảo đảm cho người có bảo hiểm y tế được khám, chữa bệnh thuận lợi; mọi công dân khi có nhu cầu và khả năng đều được đáp ứng dịch vụ y tế chấtlượng cao.".

b) Nghị quyết số 15-NQ/TW ngày 01/6/2012 của Ban chấp hành Trung ương khóa XI về một số vấn đề về chính sách xã hội giai đoạn 2012 - 2020 nêu: "Nâng cao hiệu quả sử dụng bảo hiểm y tế đối với đồng bào dân tộc thiểu số, vùng miền núi, các hộ nghèo. Sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế, đổi mới công tác quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế, có chính sách khuyến khích người dân, nhất là người có thu nhập dưới mức trung bình tham gia bảo hiểm y tế. Ðến năm 2020 trên 80% dân số tham gia bảo hiểm y tế"

c) Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22/11/2012 của Bộ Chính trị về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tếgiai đoạn 2012 - 2020 đã xác định quan điểm: "Bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế là hai chính sách xã hội quan trọng, là trụ cột chính của hệ thống an sinh xã hội, góp phần thực hiện tiến bộ và công bằng xã hội, bảo đảm ổn định chính trị - xã hội và phát triển kinh tế - xã hội.".

*2.1.6. Nghị quyết Đại hội đại biểu toàn quốc lần XII của Đảng Cộng sản Việt Nam:*

Tại phần quản lý phát triển xã hội; thực hiện tiến bộ, công bằng xã hội của Báo cáo chính trị của Ban Chấp hành Trung ương (khoá XI) tại Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XII nêu: "Tiếp tục thực hiện tốt chính sách bảo hiểm y tế cho toàn dân, đổi mới cơ chế tài chính gắn với nâng cao chất lượng dịch vụ y tế.".

*2.1.7. 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 khóa XII:*

Hướng tới thực hiện bao phủ chăm sóc sức khoẻ và bảo hiểm y tế toàn dân; mọi người dân đều được quản lý, chăm sóc sức khoẻ; 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 2025: Tỉ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 95% dân số. Tỉ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế giảm còn 35%.

+ 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%.

+ Giải pháp: (1) Triển khai đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin trong quản lý trạm y tế, tiêm chủng, quản lý bệnh tật, hồ sơ sức khoẻ người dân gắn với quản lý thẻ, thanh toán bảo hiểm y tế; (2) 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, bệnh án điện tử tới chẩn đoán, xét nghiệm, khám, chữa bệnh từ xa; (3) Thực hiện nguyên tắc y tế công cộng do ngân sách nhà nước bảo đảm là chủ yếu. 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; bảo hiểm y tế đối với người lao động phải do người sử dụng lao động và người lao động cùng đóng góp; ngân sách nhà nước bảo đảm đối với một số đối tượng chính sách. Ban hành "Gói dịch vụ y tế cơ bản do bảo hiểm y tế chi trả" phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế và "Gói dịch vụ y tế cơ bản do Nhà nước chi trả" phù hợp với khả năng của ngân sách nhà nước; đồng thời huy động các nguồn lực để thực hiện chăm sóc sức khoẻ ban đầu, quản lý sức khoẻ người dân; (4) 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 và các cơ sở y tế ở tuyến trên tập trung cung cấp các dịch vụ mà tuyến dưới chưa bảo đảm được; (5) Từng bước chuyển chi thường xuyên từ ngân sách nhà nước cấp trực tiếp cho cơ sở khám, chữa bệnh sang hỗ trợ người tham gia bảo hiểm y tế gắn với lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế. Nâng cao hiệu quả quỹ hỗ trợ khám, chữa bệnh cho người nghèo. Đẩy mạnh phương thức nhà nước giao nhiệm vụ, đặt hàng và thực hiện cơ chế giá gắn với chất lượng dịch vụ, khuyến khích sử dụng dịch vụ y tế ở tuyến dưới; (6) 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, cơ sở y tế.

*2.1.8. Nghị quyết 21-NQ/TW ngày 25/10/2017 về công tác dân số trong tình hình mới của Ban Chấp hành trung khóa XII:*

Đến 2030: Tuổi thọ bình quân đạt 75 tuổi, trong đó thời gian sống khoẻ mạnh đạt tối thiểu 68 năm; 100% người cao tuổi có thẻ bảo hiểm y tế, được quản lý sức khoẻ, được khám, chữa bệnh, được chăm sóc tại gia đình, cộng đồng, cơ sở chăm sóc tập trung.

*2.2. Pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh*, dược, mua sắm đấu thầu,

- Luật số 15/2023/QH15 Luật khám bệnh, chữa bệnh.

- Luật Dược 2005.

***2.3. Pháp luật về bảo hiểm y tế:***

*2.3.1. Văn bản của Quốc hội*

- Luật bảo hiểm y tế được sửa đổi, bổ sung một sung một điều bởi Luật số 46/2014/QH13;

- Nghị quyết 68/2013/QH13 về đẩy mạnh việc thực hiện pháp luật về bảo hiểm y tế, tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân;

*2.2.2. Văn bản hướng dẫn thực hiện luật: Tại Phụ lục kèm theo*

***2.3. Đánh giá chung:***

*2.3.1. Ưu điểm:*

Tạo hành lang pháp lý tương đối thuận lợi cho việc thực hiện chính sách bảo hiểm y tế toàn dân. Luật bảo hiểm y tế được đánh giá là Luật chính sách trong lĩnh vực xã hội đi vào cuộc sống nhanh nhất, mang lại cho người dân cơ hội được tiếp cận dịch vụ y tế công bằng, hiệu quả và có chất lượng; giúp người dân tránh được bẫy đói nghèo khi được bảo hiểm về sức khỏe.

*2.3.2. Một số bất cập:*

Về cơ bản, khung chính sách về bảo hiểm y tế đã đáp ứng yêu cầu của thực tiễn, trong đó cần tập trung tháo gỡ vướng mắc ở cấp độ dưới Luật và tổ chức thực hiện. Tuy nhiên, đã xuất hiện một số nội dung cần sửa:

a) Phù hợp với Luật mới ban hành:

- Giữa pháp luật về bảo hiểm y tế với pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, đặc biệt điều 104 Luật khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi về tổ chức hệ thống khám bệnh, chữa bệnh theo cấp chuyên môn kỹ thuật (có hiệu lực 1 tháng 1 năm 2025, hiện đang xây dựng hướng dẫn chuyển đổi từ tuyến/hạng sang cấp chuyên môn kỹ thuật).

- Giữa pháp luật về bảo hiểm y tế với pháp luật về Cư trú, định danh điện tử theo Nghị định số 59/2020/NĐ-CP về đinh danh và xác thực điện tử;

b) Luật hóa một số quy định mà Chính phủ đã ban hành nghị định 146/2018/NĐ-CP và dự kiến sửa đổi theo thẩm quyền về bổ sung đối tượng được nhà nước đóng, hỗ trợ đóng như đồng bào dân tộc thiểu số; mức hưởng với một số đối tượng chính sách và người có công (thanh niên xung phong…).

c) Quy định rõ hơn chính sách bảo trợ của Nhà nước với Quỹ bảo hiểm y tế, trách nhiệm các bên và một số quy định chuyên môn về giám định, kiểm soát, thanh toán chi phi phí bảo hiểm y tế để bảo đảm an toàn, quản lý tốt hơn quỹ bảo hiểm y tế và bảo về quyền và lợi ích hợp pháp của các bênh liên quan; đồng thời tạo sự thuận tiện và quyền lợi ngày một tốt hơn cho người tham gia bảo hiểm y tế:

- Chính sách bảo trợ của Nhà nước khi có tình trạng thâm hụt quỹ;

- Trách nhiệm của cơ quan quản lý nhà nước về giải quyết tranh chấp và vướng mắc về bảo hiểm y tế (UBND cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bộ Quốc phòng, Bộ Công An và Chính phủ, Bộ Y tế).

- Cần có cơ sở để Chính phủ quy đinh rõ hơn về Giám định, kiểm soát và thanh toán chi phí bảo hiểm y tế, nâng cao chất lượng công tác giám định và kiểm soát chi phí.

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy việc ban hành các chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế nhằm khắc phục các tồn tại, bất cập nêu trên là hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

# **II. MỤC TIÊU**

## **1. Mục tiêu:**

Thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân bảo đảm bền vững, khẳng định bảo hiểm y tế là một trong những trụ cột quan trọng trong chính sách an sinh xã hội của Đảng và Nhà nước.

## **2. Mục tiêu cụ thể:**

2.1Mở rộng bền vững đối tượng và quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân.

2.2 Nâng cao hiệu quả quản lý, điều hành và quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế; Bảo đảm tính minh bạch, công khai, hiệu quả và trách nhiệm các bên trong quản lý và điều hành bảo hiểm y tế.

# **III. CÁC CHÍNH SÁCH, GIẢI PHÁP ĐỂ THỰC HIỆN MỤC TIÊU**

## **1. Các nhóm chính sách để thực hiện mục tiêu:**

**1. Chính sách** **1: Mở rộng bền vững đối tượng và quyền lợi của người bảo hiểm y tế**

1.1. Mục tiêu:

Tăng bền vững tỷ lệ dân số tham gia bảo hiểm y tế và cải thiện phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế hợp lý, chi phí – hiệu quả.

1.2. Nội dung chính sách:

- Bảo đảm tất cả mọi đối tượng trong xã hội được quyền và có trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế.

- Cải cách thủ tục hành chính, khuyến khích tạo điều kiện thuận lợi cho tham gia bảo hiểm y tế:Thủ tục tham gia bảo hiểm y tế đơn giản, thuận tiện, cho phép thời gian đóng bảo hiểm y tế đối với Hợp đồng lao động từ 1 tháng trở lên phù hợp với Luật BHXH hiện hành..

- Bổ sung một số quyền lợi được hưởng như: dịch vụ vận chuyển người bệnh khi chuyển viện (hiện mới được khi chuyển từ tuyến huyện lên tuyến trên); dịch vụ khám, chẩn đoán sớm một số bệnh; giảm các trường hợp không được bảo hiểm y tế chi trả như điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt của trẻ em trên 6 tuổi đến 18 tuổi).

- Xử lý nghiêm các trường hợp trốn đóng, chậm đóng bảo hiểm y tế đối với doanh nghiệp nhằm bảo đảm quyền lợi người lao động và tính nghiêm minh của pháp luật.

1.3. Các giải pháp thực hiện chính sách:

1.3.1. Mở rộng bền vững đối tượng tham gia:

Luật hóa quy định các đối tượng đã nêu trong Nghị định 146/2018/NĐ-CP và các đối tượng đang trình Chính phủ theo thẩm quyền: Bổ sung đối tượng thuộc các nhóm chưa quy định trong Luật bảo hiểm y tế hiện hành như nhóm đối tượng do người sử dụng lao động đóng, chức sắc, chức việc, nhà tu hành, người chưa đủ giấy tờ tùy thân hay chứng minh về nhân thân.

Các đối tượng khác tự đóng bảo hiểm y tế đóng như người thứ nhất trong hình thức tham gia BHYT theo hộ gia đình.

1.3.2. Tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tham gia bảo hiểm y tế:

Quy định chuyển cấp (chuyển tuyến) khám bệnh chữa bệnh và chuyển thanh toán bảo hiểm y tế đồng bộ với nhau. Lựa chọn nơi khám chữa bệnh ban đầu. Quy định đồng bộ về mức hưởng đối với ngoại trú và nội trú với cấp khám bệnh chữa bệnh cơ bản khi phân lại cấp theo điều 104 về Cấp chuyên môn kỹ thuật của Luật khám bệnh, chữa bệnh 2023 và quy định về mức hưởng có liên quan đến tuyến (theo chủ trương “thực hiện lộ trình thông tuyến” nêu tại Nghị quyết 20/NQ-TW).

**Bảng 1**: Tóm tắt quy định về cấp khám bệnh, chữa bệnh và tuyến/hạng bệnh viện hiện nay và dự kiến chỉnh sửa phù hợp Luật KBCB 2023

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cấp KBCB theo Điều 104 Luật KBCB 2023** | **Tuyến/Hạng theo hiện hành** | **Mức hưởng theo điều 22 Luật BHYT** | | **Phương án đề xuất** |
| **Đúng tuyến** | **Trái tuyến** |
| Cấp Ban đầu (chỉ Ngoại trú) |  | 100% | 100% | 100% (giữ nguyên) |
| Cấp Cơ bản | Huyện | 100% Nội và ngoại trú | Ngoại trú: 100%  Nội trú: 100% | Đồng nhất mức hưởng tuyến huyện và tỉnh 100% cho cả nội và ngoại trú. NQ 20/NQ-TW nêu thực hiện lộ trình thông tuyến; |
| Bệnh viện tỉnh hạng 2 và 1 không được phân loại là tuyến cuối | 100% cho nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%  Nội trú 100% |
| Cấp chuyên sâu | BV trung ương và BV tỉnh hạng 1 được phân lọa tuyến cuối | 100% cho nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%  Nội trú: 40% | Giữ nguyên hiện hành |

1.3.3. Mở rộng phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế:

Mở rộng thêm một số phạm vi quyền lợi được hưởng như: chi phí dịch vụ vận chuyển người bệnh khi chuyển viện (hiện mới được khi chuyển từ tuyến huyện lên tuyến trên); dịch vụ khám, chẩn đoán sớm một số bệnh phù hợp hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.

**2. Chính sách 2: Bảo đảm tính minh bạch, công khai, hiệu quả   
và trách nhiệm giải trình trong quản lý và điều hành bảo hiểm y tế; trách nhiệm của các bên.**

2.1. Mục tiêu:

Bảo đảm công khai, minh bạch, kịp thời, trách nhiệm giải trình trong quản lý cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, giảm chi phí quản lý hành chính, góp phần sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế.

2.2. Nội dung chính sách:

Quy định cụ thể phạm vi, điều kiện, quyền và trách nhiệm trong thực hiện giám định bảo hiểm y tế; tạo cơ chế pháp lý để các tổ chức độc lập được tham gia giám định Bảo hiểm y tế bên cạnh giám định Bảo hiểm y tế của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.

2.3. Các giải pháp thực hiện chính sách:

2.3.1. Quy định rõ thẩm quyền và trách nhiệm giải quyết tranh chấp về bảo hiểm y tế, bao gồm cả tranh chấp hợp đồng và vướng mắc thanh toán, quyết toán đối với UBND cấp tỉnh và Bộ Công An, Bộ Quốc phòng.

2.3.2. Nâng cao hiệu quả giám định và kiểm soát thanh toán bảo hiểm y tế

Nội dung: Quy định về yêu cầu, thời điểm, tiêu chuẩn chức danh người làm công tác giám định, kiểm soát thanh toán bảo hiểm y tế.

Lý do: Bảo đảm chất lượng, minh bạch, công bằng, khách quan trong công tác giám định bảo hiểm y tế.

2.3.3. Thể hiện chính sách bảo hộ của nhà nước đối với quỹ bảo hiểm y tế

Nội dung: Khi có bội chi quỹ bảo hiểm y tế (hết quỹ khám, chữa bệnh và quỹ dự phòng), quỹ bảo hiểm y tế được vay từ ngân sách nhà nước. Quỹ Bảo hiểm y tế trả nợ ngân sách nhà nước khi có kết dư (đã bổ sung đủ quỹ dự phòng bảo hiểm y tế và có kết dư quỹ khám, chữa bệnh).

Lý do: Phù hợp với bản chất của quỹ bảo hiểm y tế và trách nhiệm của Nhà nước trong việc đảm bảo an sinh xã hội; quy định này nhằm bổ sung cơ chế pháp lý để xử lý khi quỹ mất cân đối.

**Phần 2  
ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH   
TRONG DỰ ÁN LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ (SỬA ĐỔI)**

# **Mục 1 ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 1: MỞ RỘNG BỀN VỮNG ĐỐI TƯỢNG VÀ QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế hiện tại đạt 92% dân số. Tỷ lệ này cần tăng lên ít nhất 95% vào năm 2025 theo Nghị quyết số 20-NQ/TƯ. Trong số khoảng 8% dân số chưa tham gia bảo hiểm y tế thì tập trung vào các nhóm người lao động tự do, trong các doanh nghiệp mà ký hợp đồng lao động dưới 3 tháng, học sinh sinh viên, đặc biệt là sinh viên từ năm thứ 2 trở đi, người tham gia theo hộ gia đình và chủ yếu người chưa tham gia bảo hiểm y tế thuộc nhóm phi chính thức. . .Một số nguyên nhân chủ yếu:

- Một bộ phận người dân chưa nhận thức đúng, đầy đủ về chính sách bảo hiểm y tế, chưa có ý thức bảo vệ sức khỏe cho cá nhân mình, gia đình và cộng đồng, chưa ý thức được quyền lợi và trách nhiệm để tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

- Đối với doanh nghiệp:

Việc trốn đóng, chậm đón, nợ đóng bảo hiểm y tế xảy ra ở hầu hết các địa phương, doanh nghiệp. Chưa có quy định đóng BHYT với người lao động ký hợp đồng từ 1 tháng đến dưới 3 tháng để đồng bộ với quy định đóng BHXH bắt buộc.

Nguyên nhân có thể là khó khăn của doanh nghiệp, do công tác thanh tra đóng BHYT, BHXH chưa mạnh, do chế tài xử lý vi phạm còn chưa có tác dụng răn đe; Công tác truyền thông chính sách còn hạn chế; sự phối hợp giữa cơ quan thuế và cơ quan bảo hiểm chưa chặt chẽ, chưa có sự liên thông số liệu người tham gia bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội do doanh nghiệp kê khai nộp cho cơ quan thuế và kê khai cơ quan bảo hiểm xã hội; hoặc do việc lập danh sách doanh nghiệp ngừng hoạt động chưa chính xác.

- Đối với học sinh, sinh viên:

Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của học sinh, sinh viên tương đối cao (năm 2018 khoảng 94%), nhưng nhóm đối tượng là sinh viên tham gia với tỷ lệ thấp hơn nhóm học sinh, đặc biệt là đối tương sinh viên từ năm thứ 2 trở đi. Một số tham gia theo hộ gia đình với mức giảm trừ hiện hành nên không tham gia bảo hiểm học sinh sinh viên.

Nguyên nhân có thể là do mức phí của học sinh, sinh viên còn cao, trong khi phần hỗ trợ 30% từ ngân sách nhà nước như hiện nay là thấp, đặc biệt đối với hộ gia đình đông con. Một số địa phương đề xuất nên tăng mức hỗ trợ đóng từ 30% lên 50% cho nhóm học sinh, sinh viên vì đây là nhóm phụ thuộc, tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế cũng không cao. Tại tỉnh Thanh Hóa, học sinh, sinh viên có thể lựa chọn tham gia bảo hiểm y tế tại trường hoặc theo hộ gia đình, lý do là tham gia theo hộ gia đình để được giảm trừ với mức phí thấp hơn đóng tại trường. Sự phối hợp giữa Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội và Bảo hiểm xã hội Việt Nam trong công tác chỉ đạo, tuyên truyền, hướng dẫn thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế đối với học sinh, sinh viên, nhất là đối tượng sinh viên từ năm thứ 2 trở đi trong các trường đào tạo nghề, trường đại học chưa thực sự chặt chẽ và hiệu quả.

- Bảo hiểm y tế theo hộ gia đình:

Điều 13 Luật bảo hiểm y tế quy định: “Tất cả thành viên thuộc hộ gia đình ... phải tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng được giảm dần từ thành viên thứ hai trở đi”. Tuy nhiên, tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình còn thấp (khoảng 41% năm 2018), do một số nguyên nhân như: Thứ nhất là chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế, nhất là đội ngũ y, bác sĩ còn thiếu dẫn đến chưa thu hút được người dân tham gia bảo hiểm y tế. Thứ hai, do điều kiện kinh tế của một số gia đình, đặc biệt hộ gia đình đông người còn khó khăn, chưa đủ khả năng tham gia cả hộ cùng một thời điểm. Ngoài ra, hoạt động đại lý thu bảo hiểm y tế chưa thực sự hiệu quả, còn thụ động. Đa số cán bộ làm nhân viên đại lý thu là cán bộ kiêm nhiệm của Bưu điện hoặc của Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn, thiếu kỹ năng truyền thông, vận động chính sách bảo hiểm y tế (Đồng Nai, Gia Lai, Quảng trị). Hơn nữa, nhận thức của nhiều hộ gia đình về chính sách bảo hiểm y tế còn hạn chế, chỉ khi nào ốm đau mới tham gia bảo hiểm y tế. Nhiều địa phương phản ánh về tình trạng vượt quỹ khám bệnh, chữa bệnh của nhóm bảo hiểm y tế theo hộ gia đình do lựa chọn ngược khi mua bảo hiểm y tế, tức là khi có người ốm, hoặc có dấu hiệu bệnh tật thì mới đi mua bảo hiểm y tế (Bắc Ninh, Đồng Nai, Hải Phòng).

Báo cáo của BHXH Việt Nam số 4110/BC-BHXH ngày 30/12/2022 về rà soát các vướng mắc pháp luật trong lĩnh vực quản lý của BHXN Việt Nam cho thấy còn nhiều mức giảm trừ (70, 60, 40%) với nhiều người đăng ký tạm trú, thường trú theo hộ gia đình. Nhiều hộ tạm trú hoặc thường trú tại 1 địa điểm.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Tăng bên vững tỷ lệ tham gia đồng thời với bảo đảm tốt hơn quyền lợi bảo hiểm y tế.

**III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Để khắc phục được vấn đề bất cập nêu trên, có đề xuất giả định để giải quyết vấn đề:

3.1. Về tăng tỷ lệ bao phủ:

Quy định các nhóm đối tượng: Luật hóa các nhóm đối tượng mà theo quy định hiện hành là tiếp tục để Chính phủ quy định về các nhóm chưa được quy định trong Luật bảo hiểm y tế năm 2014, trong đó đổi tên nhóm 5 thành Nhóm đóng BHYT theo hộ gia đinh và tự đóng BHYT.

3.2. Mở rộng quyền lợi:

3.2.1 Mở rộng làm rõ xét nghiệm, chẩn đoán sớm một số bệnh theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế;

3.2.2 Mở rộng quyền lợi khi khám chữa bệnh ngoại trú tại cấp cơ bản khi tự đi khám bệnh chữa bệnh lên đồng bộ 100% (tương đương mức hiện hành đang áp dụng cho bệnh viện tuyến huyện và tương đương); phù hợp với Điều 104 Luật khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi năm 2023.

3.3. Cải cách hành chính, thuận tiện hơn:

- Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiẻm y tế: Bổ sung quy định khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể xác thực, định danh điện tử không yêu cầu xuất trình thẻ BHYT.

- Không bắt buộc in nơi khám chữa bệnh ban đầu theo đăng ký lên thẻ BHYT.

- Cho phép thay đổi đăng ký nơi khám chữa bệnh ban đầu khi có yêu cầu (quy định hiện hành chỉ có thể thay đổi từ ngày đầu các quý).

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. Đánh giá đối với các giải pháp Chính sách 1: Mở rộng đối tượng do người chủ sử dụng và người lao động đóng cho người lao động ký Hợp đồng lao động từ 1 tháng trở lên và** **quy định từ thành viên thứ 2 trở đi của đối tượng đóng theo hộ gia đình đóng tối đa 80% mức đóng của người thứ nhất.**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Đồng bộ với Luật BHXH quy định về đối tượng đóng BHXH bắt buộc, thuận tiện hơn trong quá trình thu, đóng BHXH, BHYT.

Đề xuất quy định từ thành viên thứ 2 trở đi của đối tượng đóng theo hộ gia đình đóng tối đa 80% mức đóng của người thứ nhất giúp giải quyết vấn đề nhiều mức đóng, không xác định đối tượng thứ tự ưu tiên và trường hợp nhiều gia đình tạm trú, thường trú tại một địa điểm.

b) Tác động tiêu cực:

Tăng số lượng người tham gia nên phát sinh khối lượng công việc và Chủ sử dụng lao động phải đóng cho nhóm đối tượng này.

Các đối tượng tự đóng BHYT khác đóng như mức đóng thành viên thứ nhất hộ gia đình sẽ có người nước ngoài, sinh viên nước ngoài tự đóng; hiện chưa có quy đinh giá dịch vụ khám chữa bệnh cho người nước ngoài.

Hiện chưa có quy định hướng dẫn phân lại tuyến và hạng sang cấp chuyên môn kỹ thuật nên khó quy định.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

- Doanh nghiệp về cơ bản cũng không chịu tác động về kinh tế đối với nhóm đối tượng do người sử dụng lao động đóng, chức sắc, chức việc, nhà tu hành, người chưa đủ giấy tờ tùy thân hay chứng minh về nhân thân (như trẻ em dưới 6 tuổi sinh ra nước ngoài sau đó được đưa về sinh sống tại Việt Nam, người thuộc nhóm di biến động qua biên giới,..) vì đây là các nhóm đối tượng đã được quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế và đã thực hiện ổn định trong thời gian qua.

- Đối với nhóm đối tượng là thân nhân người lao động: Cùng với việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, doanh nghiệp sẽ giảm bớt gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến vấn đề này mà cụ thể là người lao động sẽ phải nghỉ phép để chăm sóc cho thân nhân hoặc phải kiếm thêm việc làm để có thu nhập chi trả cho việc khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân và từ đó sẽ làm giảm sức lao động của bản thân người lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất, hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Người sử dụng lao động phải đóng thêm BHYT cho đối tượng ký hợp đồng từ 1 tháng trở lên (hiện nay là đối tượng từ 3 tháng trở lên)

*1.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Tăng số người tham gia bảo hiểm y tế về lâu dài bảo vệ nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông qua việc bảo đảm tài chính cho người bệnh.

Do hợp nhất cấp cơ bản không còn tình trạng bất hợp lý khi nhiều bệnh viện huyện (hạng 3) không muốn được nâng hạn (hạng 2 vì được xếp vào tuyến chuyên môn kỹ thuật là tuyến tỉnh vì hạn chế quyền lợi ngoại trú khi bệnh nhận tự đi khám chữa bệnh). Giảm nội trú nếu cho phép thông ngoại trú cho tuyến cơ bản.

b) Tác động tiêu cực:

Chưa đánh giá được tác động cụ thể vào quỹ do chưa có số liệu cơ sở cụ thể được phân lại thành 3 cấp.

Khám chữa bệnh cho người nước ngoài tạo gánh nặng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: hỗ trợ ngôn ngữ, phòng bệnh, chăm sóc, phong tục tập quán...

*1.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:Tăng nguồn thu đầu vào cho Quỹ bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh.

b) Tác động tiêu cực: Tăng chi cho người dân tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình vì áp dụng mức đóng tối đa 80%. Tuy nhiên, do xu hướng tính đúng tính đủ giá dịch vụ y tế, nếu không tham gia BHYT thì người dân không thể đảm bảo tài chính cho khám chữa bệnh nếu xảy ra ốm đau.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về việc làm: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động sẽ góp phần làm tăng nguồn cung nhân lực cho thị trường lao động cũng như tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân.

- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

- Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua hạn chế chi từ tiền túi của những người dân do tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, việc tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ làm tăng tỷ lệ bao phủ người tham gia bảo hiểm y tế và từ đó giúp Nhà nước không phải đối diện với dư luận xã hội liên quan đến việc phân biệt đối xử giữa người có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế và người không sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh.

- Với những quyền lợi của thân nhân người lao động khi tham gia bảo hiểm y tế sẽ góp phần tạo ra sự an tâm cho người lao động trong suốt quá trình lao động, sản xuất. Sự an tâm của người lao động về bảo vệ sức khỏe cho thân nhân của họ thông qua chính sách bảo hiểm y tế sẽ trở thành một chính sách thu hút nguồn lao động vào nền sản xuất xã hội, bảo đảm sự ổn định và thúc đẩy sản xuất phát triển. Thực tế là nhiều doanh nghiệp, khi tuyên truyền quảng cáo tuyển dụng lao động, thì tiêu thức được tham gia bảo hiểm y tế cũng là một quyền lợi quan trọng thu hút được nhiều lao động.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Cần cân nhắc vị thế của những người lao động không có quan hệ lao động (phi chính thức) với những người lao động có quan hệ lao động (chính thức) khi thu nhập cũng như khả năng đóng góp của những đối tượng này cho thân nhân của mình có sự khác biệt đáng kể.

***1.3. Tác động về giới:***

- Báo cáo *Nghiên cứu thực trạng và các yếu tố liên quan đến việc không tham gia bảo hiểm y tế tại Việt Nam[[1]](#footnote-1)* đã chỉ ra rằng dù là nam hay nữ thì vẫn có hơn 80% số người không tham gia bảo hiểm y tế đang làm việc dưới hình thức lao động tự do hoặc lao động được trả công trong khu vực kinh tế phi chính thức. Do vậy, việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi họ sẽ được bảo đảm quyền lợi trong thời gian mang thai, nghỉ chế độ sản và nuôi con dưới 24 tháng tuổi.

Theo Báo cáo lao động phi chính thức 2016 do Tổng cục Thống kê và ILO đồng xuất bản, tiền lương bình quân của lao động phi chính thức chỉ bằng 2/3 tiền lương bình quân của lao động chính thức và tiền lương bình quân của lao động phi chính thức rất khó đảm bảo cuộc sống cho mình và nuôi sống gia đình. Báo cáo cũng chỉ ra 31,8% lao động phi chính thức nam giới được xếp vào nhóm lao động có việc làm dễ bị tổn thương trong khi con số này của nữ giới lên đến 59,5%. Vì vậy cần cân nhắc phân loại đối tượng là thân nhân của người lao động theo nhóm thu nhập để có thể có hỗ trợ mức đóng phù hợp và hiệu quả, từ đó đảm bảo diện bao phủ pháp lý trở thành diện bao phủ hiệu quả.

***1.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Việc thực hiện giải pháp:

- Không làm phát sinh thủ tục hành chính mới đối với nhóm đối tượng do người sử dụng lao động đóng, chức sắc, chức việc, nhà tu hành, người chưa đủ giấy tờ tùy thân hay chứng minh về nhân thân (như trẻ em dưới 6 tuổi sinh ra nước ngoài sau đó được đưa về sinh sống tại Việt Nam, người thuộc nhóm di biến động qua biên giới,..) do đây là các thủ tục hành chính đã được thực hiện theo quy định của Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được sửa đổi, bổ sung bởi Luật số 46/2014/QH13 (sau đây gọi tắt là Luật bảo hiểm y tế) và Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

***1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Qua đánh giá, so sánh với các quy định của pháp luật hiện hành cho thấy việc mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế trong dự thảo Luật:

a) Hoàn toàn phù hợp với chức năng, nhiệm vụ của các các cơ quan thuộc hệ thống tổ chức bộ máy thực hiện công tác bảo hiểm y tế đồng thời không làm phát sinh tổ chức bộ máy nên hoàn toàn phù hợp với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sau Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập.

b) Về bản chất là pháp điển hóa các quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP nên về cơ bản sẽ không làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các tổ chức, cá nhân.

c) Không trái với quy định về quyền và nghĩa vụ của công dân trong Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành.

d) Phát sinh việc ban hành văn bản hướng dẫn đối với một số nhóm đối tượng, cụ thể như sau:

đ) Quy định của dự thảo Luật không trái với Điều ước quốc tế nào.

# **Mục 2 ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 2: NÂNG CAO HIỆU QUẢN QUẢN LÝ ĐIỀU HÀNH VÀ TRÁCH NHIỆM**

# **Mục 2.1. Thẩm quyền của cơ quan quản lý Nhà nước về y tế và về bảo hiểm y tế**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

- Về chính sách bảo trợ của Nhà nước chưa được làm rõ, chỉ có quy định quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng tiền nhàn rỗi để đầu tư theo hình thức đầu tư của Quỹ bảo hiểm xã hội.

- Hiện nay chưa quy định rõ trách nhiệm của cơ quan quản lý nhà nước trong việc giải quyết các tranh chấp vướng mắc về bào hiểm y tế (Quỹ BHYT được quản lý theo ngành dọc, hệ thống khám chữa bệnh theo phân cấp (Trung ương, địa phương, Bộ Quốc phòng, Bộ Công An, tư nhân) dẫn tới các vướng mắc đều gửi về Bộ Y tế. Trong khi đó Bộ Y tế là cơ quan của Chính phủ có vai trò giúp Chính phủ trong quản lý Nhà nước về y tế.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Quy định rõ trách nhiệm và thẩm quyền của UBND cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bộ Công An, Bộ Quốc phòng và Bộ Y tế trong giải quyết các vướng mắc, tranh chấp về bảo hiểm y tế giữa cơ sở khám bệnh chữa bệnh và tổ chức bảo hiểm y tế.

**III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

**Quy định rõ thẩm quyền để không đùn đẩy lên Trung ương (Chính phủ, Bộ Y tế).**

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. Đánh giá đối với phương án 1**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Phát huy vai trò cơ quan quản lý nhà nước về y tế (UBND) và Sở Y tế các địa phương.

Giảm dồn ép về Trung ương, phù hợp xu hướng phân cấp và chuyển dần bệnh viện Trung ương về địa phương quản lý.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Vướng mắc được giải quyết tại địa phương.

b) Tác động tiêu cực:

Chưa thấy.

*1.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Vướng mắc có Cơ quan có thẩm quyền giải quyết.

b) Tác động tiêu cực:

Các địa phương phải nâng cao năng lực quản lý y tế và kinh tế.

*1.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

Không có

b) Tác động tiêu cực:

Phải nâng cao năng lực giám định, kiểm soát thanh toán.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Không bị các tranh chấp, vướng mắc kéo dài làm ảnh hưởng quyền lợi

b) Tác động tiêu cực:

Không thấy

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

***1.3. Tác động về giới:***

Không ghi nhận

***1.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Không có

***1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Qua đánh giá, so sánh với các quy định của pháp luật hiện hành cho thấy việc bổ sung mở rộng phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế:

Không có tác động đến hệ thống tổ chức bộ máy thực hiện công tác bảo hiểm y tế và không làm phát sinh tổ chức bộ máy nên hoàn toàn phù hợp với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập;

c) Quy định của dự thảo Luật không trái với Điều ước quốc tế nào.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

## **1. Kết luận:**

Đề nghị thống nhất nội dung sửa đổi quy định rõ nguyên tắc giải quyết, thẩm quyền và trách nhiệm giải quyết tranh chấp, vướng mắc về BHYT.

**Mục 2.2. NÂNG CAO HIỆU QUẢ VÀ CHẤT LƯỢNG GIÁM ĐỊNH, KIỂM SOÁT VÀ THANH TOÁN CHI PHÍ BẢO HIỂM Y TẾ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

The Luật hiện hành (khoản 6 điều 2) thì “*Giám định bảo hiểm y tế* là hoạt động chuyên môn do tổ chức bảo hiểm y tế tiến hành nhằm đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế”, như vậy sẽ không rõ nhiệm vụ kiểm soát thanh toán (tương tự kiểm soát chi của nguyên tắc quản lý tài chính nhà nước).

Người làm công tác giám định BHYT của tổ chức bảo hiểm y tế hiện nay là viên chức nhà nước nhưng chưa có chức danh nghề nghiệp. Trong khi đó Cơ sở khám bệnh chữa bệnh và người hành nghề cần giấy phép hoạt động và giấy phép hành nghề. Với cơ sở công lập, Chức danh nghề nghiệp của Bác sỹ, Dược suyx được quy định trong thông tư liên tịch số 05/2015/TTLT-YT-BNV; dược sỹ là TTlT số 27/2015/TTLT-BYT-BNV. Giám định viên BHYT chưa có chức danh nghề nghiệp cụ thể; chỉ cần đào tạo theo chương trình bồi dưỡng nghiệp vụ theo Quyết định 802/QĐ-BHXH chưa tương đồng với vai trò, vị trí và nhiệm vụ và không công bằng với cán bộ chuyên môn y tế.

Về nội dung giám định BHYT, Luật hiện hành quy định “1. Nội dung giám định bảo hiểm y tế bao gồm:

a) Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh;

c) Kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Việc giám định bảo hiểm y tế phải bảo đảm chính xác, công khai, minh bạch.

3. Tổ chức bảo hiểm y tế thực hiện việc giám định bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định.”

Trên thực tế, khi người bệnh có BHYT đi khám chữa bệnh, thực chất công tác giám định hành chính đã bắt đầu bằng kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do cơ sở khám bệnh chữa bệnh thực hiện. Bên cạnh đó, Tổ chức bảo hiểm xã hội giám định sau khi công tác khám chữa bệnh đã diễn ra nên không có tác dụng kiểm soát chi phí và dẫn tới trình trạng “treo” quyết toán, thanh toán làm tình trạng nợ đọng lẫn nhau trong nền kinh tế tuần hoàn. Như vậy cần Làm rõ hơn nội hàm kiểm soát thanh toán của giám định BHYT; hiện nay đang được hiểu là giám định thực hiện sau khi đã hoàn thành việc khám chữa bệnh; chưa giám định tổn thất người được bảo hiểm (giám định bệnh cần điều trị); ko có ý nghĩa kiểm soát thanh toán.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Nâng cao chất lượng công tác giám định, kiểm soát chi phí, kiểm soát thanh toán bảo hiểm y tế.

**III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

1. Định nghĩa lại rõ nội hàm công tác giám định, kiểm soát, thanh toán chi phí bảo hiểm y tế.

2. Quy định người làm công tác giám định bảo hiểm y tế của tổ chức bảo hiểm y tế (ở đây là BHXH Việt Nam) phải có đủ tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp theo quy định.

3. Giao thẩm quyền cho Chính phủ quy định rõ hơn: thời điểm giám đinh, kiểm soát (trước, trong và sau khi thực hiện khám chũa bệnh); phương pháp giám định (trên hồ sơ, trực tiếp và gián tiếp).

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

**1. Đánh giá đối với phương án 1**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Giảm thiệt hại cho các bên và giảm giải quyết tranh chấp vướng mắc phát sinh do giám định sau thực hiện. Nguyên tắc tài chính nhà nước được áp dụng chung theo hướng mọi khoản chi của quỹ BHYT phải được kiểm soát.

b) Tác động tiêu cực:Không có.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Việc giám định, kiểm soát thanh toán kịp thời làm giảm nợ đọng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh với doanh nghiệp cung ứng thuốc, vật tư, trang thiết bị y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Hàng hóa vật tư y tế phải chuẩn hóa đầu vào hơn nữa theo yêu cầu giám định, kiểm soát.

*1.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Tăng cường trách nhiệm của cả cơ sở khám bệnh chữa bệnh để đáp ứng yêu cầu giám định, kiểm soát thanh toán; giảm xuất toán về sau;.

b) Tác động tiêu cực:Không có.

*1.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

Kiểm soát chi và giám định tốt sẽ làm cho chi phí dành cho khám, chữa bệnh giảm, ngăn chặn gian lận bảo hiểm y tế; lồng ghép và tối ưu hóa nội dung giám định giữa cơ sở khám bệnh chữa bệnh và tổ chức bảo hiểm y tế.

Từng bước chuẩn hóa đội ngũ cán bộ làm công tác giám định BHYT đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ.

b) Tác động tiêu cực: Không có. Hệ thống BHYT có thể nêu các lý do thiếu cán bộ chuyên môn nên chỉ giám định sau theo tỷ lệ, do vậy một số lượng lớn không được giám định.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Giám định tốt dẫn tới giảm lạm dụng dịch vụ cả về phía bệnh nhân và cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về việc làm: Chuyên nghiệp hóa đội ngũ cán bộ làm công tác giám định làm tăng việc làm và công tác đào tạo nghiệp vụ.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Không ghi nhận.

***1.3. Tác động về giới:***

Không ghi nhận.

***1.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do đây là các nội dung nghiệp vụ thực hiện hiện nay .

***1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

a) Bộ Nội vụ cần quy định tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp với viên chức làm công tác giám định, kiểm soát thanh toán chi phí BHYT.

b) Quy định của dự thảo Luật liên quan nội dung này không trái với Điều ước quốc tế nào.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

Đề nghị chấp nhận giải pháp chính sách đề xuất này.

**Mục 2.3. LÀM RÕ CHÍNH SÁCH BẢO HỘ CỦA NHÀ NƯỚC VỚI QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Khoản 5 điều 3 Luật Bảo hiểm y tế hiện hành quy định ‘Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu chi và được Nhà nước bảo hộ” nhưng không quy định biện pháp bảo hộ khi quỹ mất cân bằng thu chi. Trong khi đó Ngân sách Nhà nước đóng hoặc hỗ trợ mức đóng cho 56% đối tượng chiếm 32% tổng thu của Quỹ BHYT hàng năm. Đồng thời, NSNN cũng vay từ Quỹ BHXH, BHYT, BHTN để đảm bảo cân đối vĩ mô.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Làm rõ chính sách bảo hộ, bảo trợ của Nhà nước với Quỹ BHYT.

**III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Khi tổng quỹ bảo hiểm y tế xã hội bị mất cân đối, dự phòng ngân sách trung ương hỗ trợ để đảm bảo chi trả chế độ cho người tham gia bảo hiểm y tế trên cơ sở đề nghị của Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam. Sau 2 năm khi quỹ bảo hiểm y tế có thu phải hoàn trả lại ngân sách. Phần kết dư quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được chuyển vào quỹ dự phòng.

Khi tổng quỹ bảo hiểm y tế bị thâm hụt tương ứng với kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trung bình của 01 tháng trong năm trước hoặc khi tổng quỹ bảo hiểm y tế kết dư tương ứng với kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trung bình 3 tháng trong năm trước Chính phủ quyết định theo thẩm quyền về thay đổi mức đóng bảo hiểm y tế.

Hàng năm, Chính phủ báo cáo hoặc ủy quyền Bộ trưởng Bộ Tài chính là Chủ tịch Hội đồng quản lý Quỹ Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo trước Quốc hội về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP ĐỐI VỚI ĐỐI TƯỢNG CHỊU SỰ TÁC ĐỘNG TRỰC TIẾP CỦA CHÍNH SÁCH VÀ CÁC ĐỐI TƯỢNG KHÁC CÓ LIÊN QUAN**

***1. Tác động về kinh tế***

*1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Tăng trách nhiệm quản lý và bảo hộ cho Quỹ BHYT để đảm bảo an sinh xã hội. Hiện nay Quỹ BHYT được coi là Quỹ Tài chính ngoài ngân sách và Bộ Tài chính không trực tiếp duyệt quyết toán của Bảo hiểm xã hội. Khi nhấn mạnh vai trò bảo trợ của nhà nước thì vai trò của Bộ Tài chính sẽ tăng lên.

b) Tác động tiêu cực:

Không nhận thấy tác động tiêu cực vì bản chất việc đóng bảo hiểm y tế với đối tượng người lao động, đối tượng do nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng là tương tự thuế và từ ngân sách nhà nước nên việc bảo trợ của Nhà nước không có tác động tiêu cực.

Tuy nhiên, việc quản lý Quỹ cần tăng cường, nhất là việc quản lý của cơ quan tài chính nhà nước.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Doanh nghiệp và người lao động sẽ tin tưởng hơn vào việc tham gia bảo hiểm y tế khi nhà nước nhấn mạnh sự bảo trợ và quản lý của Nhà nước.

b) Tác động tiêu cực:

Không có

*1.1.3. Tác động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:*

a) Tác động tích cực:

Cơ sở Khám bệnh, chữa bệnh tin tưởng hơn sự quản lý của Nhà nước với Quỹ BHYT và không có tình trạng đã khám chữa bệnh mà Quỹ BHYT không có kinh phí thanh toán bồi hoàn lại cho cơ sở KBCB

b) Tác động tiêu cực:

Tâm lý ỷ lại vào bảo trợ của Nhà nước cần được quan tâm và kiểm soát chất lượng và chi phí hiệu quả công tác khám chữa bệnh.

*1.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

Quỹ được an toàn khi Nhà nước quan tâm quản lý và bảo trợ.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Tăng mức độ tin tưởng của người dân.

b) Tác động tiêu cực:

Không có

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

Tin cậy vào Nhà nước và Quỹ tăng lên.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Không có

***1.3. Tác động về giới:***

Không tác động

***1.4. Tác động về thủ tục hành chính:***

Không có thủ tục phát sinh

***1.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:***

Qua đánh giá, so sánh với các quy định của pháp luật hiện hành cho thấy việc thực hiện chính sách:

a) Không có tác động đến hệ thống tổ chức bộ máy thực hiện công tác bảo hiểm y tế và không làm phát sinh tổ chức bộ máy nên hoàn toàn phù hợp với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập;

b) Làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các đối tượng là người tham gia bảo hiểm y tế nên cần có các văn bản hướng dẫn về chuyển gửi người bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

c) Không trái với quy định về quyền và nghĩa vụ của công dân trong Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành.

d) Quy định của dự thảo Luật không trái với Điều ước quốc tế nào.

\*\*\*

Trên đây là báo cáo đánh giá tác động chính sách của dự án Luật sửa đổi bổ sung một số điều Luật Bảo hiểm y tế thay thế cho dự kiến Luật bảo hiểm y tế sửa đổi. Nội dung báo cáo này đánh giá tác động của các nội dung chính sách dự kiến và Bộ Y tế sẽ tiếp tục bổ sung, hoàn thiện trong tiến trình soạn thảo, xây dựng dự thảo.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Văn phòng Chính phủ;  - Bộ Tư pháp;  - Lưu: VT, BH. | **BỘ TRƯỞNG**  **Đào Hồng Lan** |

1. Giang Thanh Long và cộng sự, Nghiên cứu thực trạng và các yếu tố liên quan đến việc không tham gia bảo hiểm y tế tại Việt Nam Tháng 8 năm 2018. [↑](#footnote-ref-1)