|  |  |
| --- | --- |
| **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 2024* |

**BÁO CÁO**

**Đánh giá tác động của chính sách trong**

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

Kính gửi : Chính phủ

# **PHẦN 1XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP TỔNG QUAN**

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

Những năm qua, nhiều văn bản của Đảng đã xác định rõ các phương hướng, nhiệm vụ và các mục tiêu cụ thể liên quan đến lĩnh vực 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. Trong đó, có các văn bản quan trọng sau đây:

*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 nêu rõ mục tiêu và các giải pháp để thực hiện chính sách bảo hiểm y tế:* 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 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. 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 hoá 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.

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

*Nghị quyết số 42-NQ/TW ngày 24 tháng 11 năm 2023* của Ban Chấp hành Trung ương 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 2023 có trên 95% dân số tham gia bảo hiểm y tế; trên 95% người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại y tế cơ sở được bảo hiểm y tế chi trả. Tiếp tục mở rộng, nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế toàn dân; đa dạng các gói dịch vụ bảo hiểm y tế nhằm góp phần chăm sóc sức khoẻ nhân dân, giảm chi phí người dân chi trả trực tiếp cho dịch vụ y tế. Nâng cao hiệu lực, hiệu quả thực hiện chính sách bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế; ban hành chỉ số đánh giá mức độ hài lòng của người tham gia; quản lý an toàn, hiệu quả Quỹ bảo hiểm xã hội, Quỹ bảo hiểm y tế. Tăng cường chuyển đổi số trong công tác quản lý, trong quản lý hồ sơ sức khoẻ điện tử, bảo hiểm y tế.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Khái niệm nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y theo hộ gia đình đã được sửa đổi tại Luật Cư trú, mức đóng chưa thực sự công bằng so với các nhóm đối tượng khác, trong đó có học sinh, sinh viên. Cụ thể, đối tượng tham gia theo hộ gia đình chỉ áp dụng mức đóng như các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ tính theo mức lương cơ sở như đối tượng thuộc hộ nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và còn được giảm trừ mức đóng từ thành viên thứ hai trở đi. Việc tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng học sinh, sinh viên chưa bảo đảm linh hoạt, chưa bảo đảm quyền lợi đối với trường hợp học sinh, sinh viên đồng thời là thành viên của hộ gia đình dẫn đến mức đóng của học sinh, sinh viên cao hơn khi so sánh với mức đóng của họ khi tham gia với tư cách là thành viên hộ gia đình. Đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc cũng đã được sửa đổi trong Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi đã được Quốc hội khóa XV thông qua tại kỳ họp thứ 7 (Luật số 41/QH15) đặt ra yêu cầu Luật Bảo hiểm y tế cần sửa đổi đồng bộ.

 *- 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 cho thanh toán điều trị: lác, tật khúc xạ đối với 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 số 15/2023/QH15 mới ban hành năm 2023 quy định 3 cấp chuyên môn kỹ thuật thay cho 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật. 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 có nhiều bất cập, triển khai mua sắm thực hiện khó khăn. Mặc dù đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật để tháo gỡ nhưng vẫn còn tình trạng thiếu thuốc, vật tư y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*- Về phương thức thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:* Luật quy định 3 phương thức thanh toán chi phí khám chưa bệnh bảo hiểm y tế, hiện tại cơ sở khám chữa bệnh và cơ quan Bảo hiểm xã hội áp dụng phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế. Phương thức thanh toán thứ hai là theo định xuất đang xây dựng suất phí phù hợp trong bối cảnh cấp khám chữa bệnh ban đầu chỉ điều trị ngoại trú. Phương thức thanh toán thứ ba là theo trường hợp bệnh cần phải đổi tên và định nghĩa lại khái niệm cho phù hợp với 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 trong khi chi phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh ngày càng gia tăng.

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

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

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

**II. MỤC TIÊU, QUAN ĐIỂM XÂY DỰNG VĂN BẢN**

**1. Mục tiêu**

1.1. Mục tiêu tổng quát:

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

1.2. Mục tiêu cụ thể

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

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

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

- Đồng bộ với hệ thống pháp luật hiện hành có liên quan tới bảo hiểm y tế.

- Kịp thời trình Quốc hội cho ý kiến, thông qua và có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

**2. Quan điểm xây dựng Luật**

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

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

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

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

2.5. Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của hệ thống pháp luật, sự phù hợp với các quy định tại các luật có liên quan như Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, Luật người cao tuổi, Luật người khuyết tật, Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng, Luật Căn cước công dân… và dự thảo Luật bảo hiểm xã hội đang được sửa đổi để bảo đảm tính đồng bộ, thống nhất của hệ thống pháp luật, đồng thời tương thích với các điều ước quốc tế có liên quan về bảo hiểm y tế mà nước CHXHCN Việt Nam là thành viên.

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

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

*1.1. Chính sách 1: Điều chỉnh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng bộ với các quy định của pháp luật có liên quan.*

*1.2. Chính sách 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.*

*1.3. Chính sách 3: Điều chỉnh các quy định bảo hiểm 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.*

*1.4. Chính sách 4: Phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả.*

Các chính sách nêu trên đã được rà soát, nghiên cứu kỹ lưỡng, tiếp thu ý kiến của Ủy ban Thường vụ Quốc hội, rà soát, xác định và làm rõ phạm vi chính sách, dự kiến phạm vi điều chỉnh của dự án luật tập trung vào 04 nhóm chính sách cơ bản, cấp bách để bảo đảm giải quyết được tối đa các yêu cầu chính trị, pháp lý, thực tiễn cần thể chế, điều chỉnh nhưng phải bảo đảm tính khả thi, phù hợp, đạt được sự đồng thuận cao để kịp thời thông qua và có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

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

**2.** **Giải pháp để thực hiện chính sách**

***2.1. Giải pháp để thực hiện chính sách 1: 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***

*a) Phương án 1:*

- Sửa đổi, bổ sung một số quy định về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế để phù hợp với thực tiễn thực hiện Luật thời gian qua.

- Pháp điển hóa, cập nhật các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại các Nghị định của Chính phủ vào nhóm đối tượng tại khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế. 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, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 146/2018/NĐ-CP và đã thực hiện ổn định trong thời gian qua.

- Sửa đổi, bổ sung quy định tại Điều 12 về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi vừa được kỳ họp thứ 7 Quốc hội khóa XV thông qua và Luật Sĩ quan quân đội nhân dân, Luật Dân quân tự vệ, Luật Công an nhân dân, Luật Quân nhân chuyên nghiệp và công nhân viên chức quốc phòng, Luật Lực lượng dự bị động viên, Luật Lực lượng tham gia bảo đảm an ninh, trật tự ở cơ sở.

*b) Phương án 2:*

### Giữ nguyên như quy định hiện hành.

***2.2*** ***Giải pháp để thực hiện chính sách 2: Điều chỉnh phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp với mức đóng bảo hiểm y tế và yêu cầu chăm sóc sức khỏe trong từng giai đoạn***

*a) Phương án 1:*  *Điều chỉnh một số quy định về phạm vi quyền lợi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế:*

- Quy định mở rộng độ tuổi điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt đối với người dưới 18 tuổi để phù hợp về chỉ định chuyên môn và hiệu quả điều trị.

- Quy định tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng đối với: Một số trường hợp đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; trường hợp người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật, thủ thuật phức tạp 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; trường hợp cấp dưới không đủ năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế.

- Pháp điển hóa việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đối với các sản phẩm khí y tế, máu và các chế phẩm máu đang quy định tại văn bản dưới luật hiện đã đang được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nên cần pháp điển hóa, thể chế trong Luật để có cơ sở pháp lý cao hơn.

- Quy định nhằm bảo đảm quyền lợi bảo hiểm y tế cho người bệnh về tiếp cận sử dụng thuốc, thiết bị y tế trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thiếu thuốc, thiết bị y tế do không thể thực hiện đấu thầu mua sắm thuốc hoặc do đứt gãy nguồn cung ứng và không thể chuyển người bệnh vì lý do chuyên môn thì quy định được phép điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*b) Phương án 2: Giữ nguyên như hiện tại.*

### ***2.3. Giải pháp để thực hiện chính sách 3: Điều chỉnh các quy định bảo hiểm 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***

### *a) Phương án 1:*

- Điều chỉnh phù hợp việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, y tế cơ sở và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản. Cụ thể:

Quy định về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và người bệnh tự đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng cấp chuyên môn kỹ thuật để người bệnh được hưởng tối đa quyền lợi trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh phải đồng bộ với nhau và đồng bộ với quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023.

Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15, 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật đã được chuyển đổi thành 3 cấp chuyên môn kỹ thuật, các quy định về hạng bệnh viện sẽ không áp dụng làm căn cứ tính giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trên cơ sở thống nhất với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15, bảo đảm phù hợp với đặc thù của bảo hiểm y tế, kế thừa, ổn định của công tác khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và yêu cầu cân đối Quỹ, dự thảo Luật quy định như sau:

- Về cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: thực hiện theo pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh gồm 3 cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Mỗi cơ sở sẽ được chấm điểm để xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

- Về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đồng bộ với cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bao gồm:

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản có tên gọi là trung tâm y tế huyện có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, bộ, ngành, cơ sở y tế thuộc lực lượng vũ trang tương đương bệnh viện huyện theo quy định của Bộ Y tế.

+ Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản có tên gọi là bệnh viện tỉnh và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu được giao nhiệm vụ tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho một số đối tượng đặc thù theo quy định của Bộ Y tế.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu là cơ sở mà người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký để quản lý sức khỏe tại đó và là nơi đi khám, chữa bệnh đầu tiên khi người tham gia bảo hiểm y tế mắc bệnh để được hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu hoặc đi du lịch, công tác, lưu trú tại địa phương khác). Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu không đồng nhất với cơ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật ban đầu theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh mà rộng hơn bao gồm cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn (cơ bản, chuyên sâu), là đặc thù của chính sách bảo hiểm y tế. Hiện nay, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu đang có ở tất cả các tuyến để phục vụ các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau và đủ khả năng đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của hơn 93 triệu người tham gia bảo hiểm y tế. Vì vậy, khi hệ thống y tế chuyển từ tuyến chuyên môn kỹ thuật, hạng bệnh viện sang cấp chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chưa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu vẫn có thể nằm ở 3 cấp chuyên môn kỹ thuật: ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Việc sửa đổi đồng bộ là nhằm phiên giải và điều chỉnh các quy định về tuyến, hạng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước đây theo các thuật ngữ và phạm vi chuyên môn phù hợp với các cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh, bảo hiểm y tế để xếp vào nhóm cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa ban đầu và xác định phạm vi quyền lợi được hưởng bảo hiểm y tế.

- Về tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế được điều chỉnh phiên giải từ tuyến, hạng sang cấp chuyên môn kỹ thuật như sau:

Về tỷ lệ thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được điều chỉnh phiên giải từ tuyến chuyên môn kỹ thuật trước đây sang cấp chuyên môn kỹ thuật khi người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, không theo thủ tục chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Về cơ bản kế thừa giữ nguyên tỷ lệ thanh toán như quy định hiện hành, có điều chỉnh tăng tỷ lệ thanh toán tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y tế cơ sở để khuyến khích, thu hút người dân khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phù hợp với khả năng chi trả của quỹ theo quy định của Bộ Y tế, cụ thể:

+ Nhóm cơ sở giữ nguyên tỷ lệ thanh toán:

(1) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiện thuộc tuyến xã và tương đương (bao gồm dân y, quân y, công an) khi xếp vào cấp KCB ban đầu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành là 100% chi phí KCB.

(2) Đối với bệnh viện huyện, trung tâm y tế có giường bệnh, bệnh viện bộ, ngành, tư nhân tương đương bệnh viện huyện khi chấm điểm đạt dưới 70 điểm được xếp vào cấp cơ bản hoặc đạt từ 70 điểm trở lên xếp vào cấp chuyên sâu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành: nội trú 100% và ngoại trú 100%.

 (3) Đối với bệnh viện tỉnh, bệnh viện bộ, ngành, tư nhân tương đương bệnh viện tỉnh khi chấm điểm đạt dưới 70 điểm được xếp vào cấp cơ bản hoặc khi chấm điểm đạt từ 70 điểm trở lên được xếp vào cấp chuyên sâu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành: nội trú 100%, ngoại trú 0%.

(4) Đối với bệnh viện hiện xếp tuyến trung ương khi chấm điểm đạt dưới 70 điểm được xếp vào cấp cơ bản hoặc đạt từ 70 điểm trở lên được xếp vào cấp chuyên sâu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành: 40% nội trú và 0% ngoại trú.

+ Nhóm cơ sở tăng tỷ lệ thanh toán:

(1) Đối với trung tâm y tế huyện không có giường bệnh nội trú, phòng khám đa khoa, phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an chỉ điều trị ngoại trú được xếp vào cấp ban đầu: Điều chỉnh tăng tỷ lệ thanh toán chi phí KCB từ 0% lên 100% đối với người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ngoại tỉnh (trước đây chỉ ở bệnh viện huyện toàn quốc và đăng ký ban đầu nội tỉnh mới được hưởng 100% do bất cập của Luật hiện hành chỉ áp dụng thông tuyến toàn quốc cho bệnh viện huyện mà chưa áp dụng đối với các cơ sở nêu trên. Quy định này giúp đơn giản hóa thủ tục hành chính và bảo đảm bình đẳng giữa các loại hình cơ sở tương đương, giúp cho người dân đi khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở thuận tiện hơn.).

Bảng minh họa phiên giải chi tiết tỷ lệ thanh toán khi chuyển từ phân tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sang xếp cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

| **Phân tuyến theo Luật BHYT hiện hành**  | **Xếp cấp CMKT theo Luật KBCB 2023** | **Tỷ lệ thanh toán theo điều 22 Luật BHYT hiện hành** | **Dự kiến điều chỉnh** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đúng tuyến** | **Trái tuyến** | **Đi đúng cơ sở KCB BĐ** | **Tự đi khám chữa bệnh không đúng cơ sở ĐK KCB ban đầu, trình tự chuyển cơ sở KBCB BHYT** |
| Tuyến xã (bao gồm cơ sở dân y, quân y, công an) | Cấp ban đầu | 100% | 100% | 100% |  **Giữ nguyên** như hiện hành: 100% |
| Trung tâm y tế huyện không có giường bệnh nội trú, phòng khám đa khoa, phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, cơ sở KCB thuộc Bộ Quốc phòng, Công an chỉ KCB ngoại trú tương đương tuyến huyện | Cấp ban đầu | 100%  | **Nội tỉnh**: 100% **Ngoại tỉnh**: *0%*  | **Nội tỉnh**: 100% **Ngoại tỉnh**: *100%*  | **Điều chỉnh tăng:** cả người đăng ký KCB ban đầu **nội tỉnh và ngoại tỉnh** đều được hưởng tỷ lệ 100% ngoại trú |
| Bệnh viện huyện và bệnh viện bộ, ngành, bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện huyện (dưới 70 điểm[[1]](#footnote-1)) | Cấp cơ bản | 100% nội và ngoại trú | 100% nội và ngoại trú | 100% nội và ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành100% nội và100% ngoại trú |
| Bệnh viện huyện và bệnh viện bộ, ngành, bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện huyện (từ 70 điểm) | Cấp chuyên sâu | 100% nội trú100 ngoại trú | 100% nội trú100 ngoại trú | 100% nội trú100 ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành100% nội và 100%ngoại trú |
| Bệnh viện tỉnh và bệnh viện bộ, ngành, Bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện tỉnh(dưới 70 điểm) | Cấp cơ bản | 100% nội trú; 100% ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú 100% | Ngoại trú: 100%Nội trú: 100% | **Giữ nguyên** như hiện hành:Ngoại trú: 0%Nội trú 100% |
| Bệnh viện tỉnh và bệnh viện bộ, ngành, bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện tỉnh(từ 70 điểm trở lên) | Cấp chuyên sâu | 100% cho nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú: 100% | Ngoại trú: 100%Nội trú: 100% | **Giữ nguyên** như hiện hành: Ngoại trú: 0%Nội trú: 100% |
| Bệnh viện trung ương(dưới 70 điểm) | Cấp cơ bản | 100% nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% | 100% nội và ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành: Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% |
| Bệnh viện trung ương(từ 70 điểm trở lên) | Cấp chuyên sâu | 100% cho nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% | 100% cho nội và ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành:Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% |

- Quy định tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng đối với:

(1) Một số trường hợp đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ Y tế;

(2) Trường hợp người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật, thủ thuật phức tạp 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.

(3) Quy định người bệnh đã được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh mạn tính được chuyển về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đăng ký ban đầu hoặc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu để quản lý, cấp phát thuốc chuyên khoa, thuốc sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn (cơ bản, chuyên sâu) theo quy định của Bộ Y tế, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế để tăng cường khám bệnh, chữa bệnh ở y tế cơ sở, cấp chuyên môn kỹ thuật thấp hơn (ban đầu, cơ bản) và bảo đảm sát thực tiễn, giảm phiền hà cho người dân.

*b) Phương án 2:*

Giữ nguyên như quy định hiện hành.

***2.4. Giải pháp để thực hiện chính sách 4: Phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả***

*a) Phương án 1:*

Điều chỉnh chi phí quản lý tối đa 5% như quy định hiện hành xuống tối đa 4% cho hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế, phần còn lại 1% bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung trách nhiệm của Bộ Y tế trong việc chỉ đạo hoàn thiện, xây dựng đầy đủ các quy trình chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bảo đảm công khai, minh bạch và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả.

- Quy định các nội dung về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, kết nối dữ liệu, thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhằm nâng cao hiệu suất, hiệu quả sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

*b) Phương án 2:*

Điều chỉnh chi phí quản lý tối đa 5% như quy định hiện hành xuống tối đa 4% cho hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó tối đa 0,5% dành cho hoạt động nghiên cứu, tổ chức thực hiện các giải pháp cân đối quỹ, nâng cao hiệu quả quản lý bảo hiểm y tế, tuyên truyền trong xây dựng và thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế của các bộ, ngành, địa phương, bảo đảm không chi trùng lắp với các khoản chi của ngân sách. Phần còn lại 1% bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Việc sử dụng 0,5% kinh phí dành cho hoạt động quản lý bảo hiểm y tế của các cơ quan quản lý nhà nước bảo đảm không chi trùng lắp với ngân sách.

*c) Phương án 3:*

Giữ nguyên như hiện hành là 10% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

**Phần 2
ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CHÍNH SÁCH
TRONG DỰ ÁN LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

**Mục 1**

**ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 1:**

**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**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

 Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế hiện tại đạt 92,04% dân số. Tỷ lệ này cần tăng lên ít nhất 95% vào năm 2025 theo Nghị quyết số 20-NQ/TƯ và trên 95% vào năm 2030 theo Nghị quyết số 42-NQ/TW. Trong gần 10% dân số chưa tham gia bảo hiểm y tế chủ yếu tập trung vào nhóm phi chính thức như người lao động trong các doanh nghiệp, học sinh sinh viên, đặc biệt là sinh viên từ năm thứ 2 trở đi, người tham gia theo hộ gia đình. Một số nguyên nhân chủ yếu như sau:

- Một bộ phận người dân chưa nhận thức đúng, đầy đủ về chính sách bảo hiểm y tế, còn chủ quan trong việc bảo vệ sức khỏe cho cá nhân, 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 đóng, nợ đóng bảo hiểm y tế xảy ra ở hầu hết các địa phương, doanh nghiệp. Nguyên nhân có thể do chế tài xử lý vi phạm còn chưa có tác dụng răn đe, chưa kiên quyết trong xử lý vi phạm; công tác truyền thông chính sách đối với đối tượng này 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 bảo hiểm y tế theo hộ gia đình:

Việc quy định hộ gia đình là “một nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế” chưa tương thích với việc phân nhóm đối tượng tham gia theo “trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế”. Đồng thời, quy định đối tượng tham gia theo hộ gia đình dựa trên danh sách thành viên trong sổ hộ khẩu không phản ánh mối quan hệ giữa các thành viên và trách nhiệm của thành viên hộ gia đình trong thực hiện bảo hiểm y tế. Mức đóng và việc giảm trừ mức đóng cho các thành viên hộ gia đình khi cùng tham gia bảo hiểm y tế chưa thực sự công bằng so với các nhóm đối tượng khác, trong đó có học sinh, sinh viên. Cụ thể, đối tượng tham gia theo hộ gia đình chỉ áp dụng mức đóng như các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ tính theo mức lương cơ sở như đối tượng thuộc hộ nghèo, trẻ em dưới 6 tuổi và còn được giảm trừ mức đóng từ thành viên thứ hai trở đi.

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: Chất lượng dịch vụ y tế tại tuyến cơ sở còn hạn chế, nhất là bác sĩ còn thiếu, thuốc bảo hiểm chưa đa dạng như tuyến trên, thiếu trang thiết bị, dịch vụ kỹ thuật dẫn đến chưa thu hút được người dân tham gia bảo hiểm y tế. 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 (báo cáo của các tỉnh 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 ốm đau mới tham gia bảo hiểm y tế. Nhiều địa phương phản ánh về tình trạng chi 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).

Đối với hộ gia đình nông, lâm, ngư, diêm nghiệp có mức sống trung bình là đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng nhưng lại không được giảm trừ mức đóng, nên tổng mức đóng vẫn cao. Ngoài ra, việc xác định được chính xác đối tượng này cũng rất khó khăn (Lai Châu, Thanh Hóa). Ví dụ tại Hải Phòng, ngoài ngân sách trung ương, thành phố hỗ trợ nhóm này thêm 20% cũng chỉ mới đạt 50,5%.

Nhiều trường hợp thành viên hộ gia đình chỉ tham gia bảo hiểm y tế khi phát sinh nhu cầu khám, chữa bệnh (ốm đau). Điều này không đúng với quy định của Luật Bảo hiểm y tế về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế, không đảm bảo tính chia sẻ rủi ro.

- Đối với học sinh, sinh viên:

Việc tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng học sinh, sinh viên chưa bảo đảm linh hoạt, chưa bảo đảm quyền lợi đối với trường hợp học sinh, sinh viên đồng thời là thành viên của hộ gia đình dẫn đến mức đóng của học sinh, sinh viên cao hơn khi so sánh với mức đóng của họ khi tham gia với tư cách là đối tượng thành viên hộ gia đình.

Mặc dù 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. Nguyên nhân có thể 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. Học sinh, sinh viên có thể lựa chọn tham gia bảo hiểm y tế tại trường hoặc theo hộ gia đình để được giảm trừ với mức phí thấp hơn đóng tại trường[[2]](#footnote-2). 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 trong các trường đào tạo nghề, trường đại học chưa thực sự chặt chẽ và hiệu quả. Công tác phối hợp của các trường đại học, cao đẳng trong vận động sinh viên, học viên tham gia bảo hiểm y tế còn khó khăn.

- Luật bảo hiểm y tế có điều chỉnh đến yếu tố nước ngoài, nhưng chưa quy định cụ thể đối tượng nào thuộc diện tham gia dẫn đến khó khăn trong tổ chức thực hiện:

Luật Bảo hiểm y tế quy định phạm vi điều chỉnh có “cơ quan, tổ chức, cá nhân nước ngoài có liên quan đến bảo hiểm y tế” nhưng chưa cụ thể, không rõ ràng về đối tượng, mức đóng, cách thức đóng bảo hiểm y tế dẫn đến khó khăn trong thực hiện. Đối tượng là người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam nhưng hưởng lương tại nước ngoài; người nước ngoài kết hôn với người Việt Nam đang sinh sống tại Việt Nam; trẻ em có mẹ là người Việt Nam nhưng quốc tịch nước ngoài chưa có cơ sở pháp lý rõ ràng; học sinh sinh viên là người nước ngoài đang học tập theo hình thức tự túc tại Việt Nam...

- Hiện nay, Luật BHYT hiện hành chưa cập nhật các 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, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 146/2018/NĐ-CP và đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đang được quy định tại các Nghị định của Chính phủ vào dự thảo Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi vào đối tượng tham gia bảo hiểm y tế như nhóm người làm việc trong các tổ chức tôn giáo, người sống trong cơ sở bảo trợ xã hội, người không có đầy đủ giấy tờ chứng minh về nhân thân; thiếu nhóm tham gia bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động đóng (hiện nay Chính phủ có quy định bảo hiểm y tế đối với thân nhân người lao động do người sử dụng lao động đóng áp dụng đối với doanh nghiệp quốc phòng, công an nhân dân).

- Hiện nay, Luật bảo hiểm y tế hiện hành cũng chưa đồng bộ, thống nhất với Luật Bảo hiểm xã hội, Luật việc làm trong một số nội dung:

+ Luật BHXH (Điều 2) quy định đối tượng tham gia BHXH bắt buộc là NLĐ có hợp đồng lao động từ 01 tháng trở lên; Luật BHYT quy định đối tượng đóng BHYT có hợp đồng lao động từ 03 tháng trở lên; Luật Việc làm (Điều 43) quy định đối tượng đóng BHTN có hợp đồng lao động từ 03 tháng trở lên.

+ Về xác định hợp đồng lao động làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm tự nguyện: Luật Bảo hiểm xã hội (khoản 4 Điều 85) quy định: Người lao động theo đối tượng quy định mà giao kết hợp đồng lao động với nhiều người sử dụng lao động thì chỉ đóng BHXH đối với hợp đồng lao động giao kết đầu tiên; Luật Việc làm (Điểm c Khoản 1 Điều 43): Trong trường hợp người lao động giao kết và đang thực hiện nhiều hợp đồng lao động thì người lao động và người sử dụng lao động của hợp đồng lao động giao kết đầu tiên có trách nhiệm tham gia bảo hiểm; Luật Bảo hiểm y tế (Điều 13) quy định: Trường hợp đối tượng người lao động làm việc theo hợp đồng lao động có thêm một hoặc nhiều HĐLĐ không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động có mức tiền lương cao nhất.

+ Quy định về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế chưa thống nhất, đồng bộ với quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội, Luật Việc làm bao gồm: Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp tại công ty và công ty mẹ, người quản lý điều hành hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã có hưởng tiền lương; Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh. 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 có giấy phép lao động hoặc chứng chỉ hành nghề hoặc giấy phép hành nghề do cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam cấp và có hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 12 tháng trở lên với người sử dụng lao động tại Việt Nam...

+ Nhóm đối tượng là người trên 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hằng tháng, theo Luật Bảo hiểm y tế là đối tượng do Bảo hiểm xã hội đóng. Tuy nhiên, theo Luật Bảo hiểm xã hội (năm 2014) không quy định quỹ bảo hiểm xã hội chi đóng bảo hiểm y tế cho người trên 80 tuổi hưởng chế độ tuất.

- Một số đối tượng chưa được quy định trong Luật BHYT như: Công nhân và viên chức quốc phòng; công nhân công an, người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu, dân quân thường trực và dự bị động viên, học viên đào tạo sỹ quan dự bị trong các nhà trường quân đội từ 03 tháng trở lên chưa tham gia BHXH, BHYT, thân nhân công nhân và viên chức quốc phòng. Thân nhân người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu, thân nhân dân quân thường trực, học viên quân sự nước ngoài đang học tập trong quân đội theo các điều ước quốc tế, thỏa thuận quốc tế mà Việt Nam là thành viên hoặc do nhà nước mời và đài thọ.

- Hầu hết các quốc gia thực hiện mô hình BHYT đóng góp từ người lao động và người sử dụng lao động đều có chính sách bảo hiểm y tế cho người phụ thuộc (tức thân nhân người lao động: bố mẹ, vợ/chồng, con..., người ko có việc làm hoặc không có thu nhập sống dựa vào người lao động). Các nước thực hiện bảo hiểm y tế cho người phụ thuộc bao gồm: Nhật, Hàn Quốc, Đài Loan, Pháp, Đức, Thuỵ Sỹ, Bỉ, Canada, Úc. Tại Việt Nam, Luật bảo hiểm y tế hiện nay chưa quy định đối tượng cho thân nhân người lao động. Viện Chiến lược và chính sách y tế đã có nghiên cứu đánh giá tác động cụ thể nếu thực hiện bảo hiểm y tế cho đối tượng là thân nhân người lao động (Phụ lục 2 kèm theo báo cáo). Tuy nhiên, việc bổ sung nhóm thân nhân người lao động sẽ gây tăng chi từ ngân sách nhà nước và tăng chi cho doanh nghiệp để hỗ trợ nhóm thân nhân người lao động, cũng như làm phát sinh các thủ tục hành chính cũng như việc thay đổi những hệ thống văn bản pháp luật liên quan. Việc nghiên cứu sửa đổi nhóm thân nhân người lao động sẽ được cân nhắc để thực hiện trong lần sửa đổi tổng thể Luật Bảo hiểm y tế trong thời gian tới khi có đủ các điều kiện về kinh tế xã hội cũng như có đủ thời gian để nghiên cứu, đề xuất và đánh giá tác động chính sách một cách chi tiết, cụ thể hơn.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

- Tăng tỷ lệ người tham gia bảo hiểm y tế hướng đến bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân.

- Bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

- Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của quy định pháp luật về bảo hiểm y tế với quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội và các lĩnh vực liên quan khác.

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

Để khắc phục được vấn đề bất cập nêu trên, có 02 phương án được đề xuất để giải quyết vấn đề:

*a) Phương án 1:*

- Sửa đổi, bổ sung một số quy định về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế để phù hợp với thực tiễn thực hiện Luật thời gian qua.

- Pháp điển hóa, cập nhật các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại các Nghị định của Chính phủ vào nhóm đối tượng tại khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế. 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, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 146/2018/NĐ-CP và đã thực hiện ổn định trong thời gian qua.

- Sửa đổi, bổ sung quy định tại Điều 12 về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi vừa được kỳ họp thứ 7 Quốc hội khóa XV thông qua và Luật Sĩ quan quân đội nhân dân, Luật Dân quân tự vệ, Luật Công an nhân dân, Luật Quân nhân chuyên nghiệp và công nhân viên chức quốc phòng, Luật Lực lượng dự bị động viên, Luật Lực lượng tham gia bảo đảm an ninh, trật tự ở cơ sở.

Cụ thể như sau:

*a) Sửa đổi, bổ sung Khoản 1 về các đối tượng do người sử dụng lao động và người lao động đóng* 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 như:

- 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;

- 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;

- Người hoạt động không chuyên trách ở thôn, tổ dân phố;

- Luật hóa và làm rõ đối tượng là công nhân và viên chức quốc phòng, công nhân công an làm việc trong các doanh nghiệp quốc phòng, công an và thân nhân của họ từ Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.[[3]](#footnote-3)

*b) Sửa đổi bổ sung khoản 2 về các đối tượng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng 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 tách đối tượng người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng sang 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 2015 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 thay thế Nghị định số 105/2014/NĐ-CP đã quy định ngân sách nhà nước đóng cho đối tượng này. Đồng thời sửa đổi lại đối tượng tại 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.

*c) Sửa đổi bổ sung khoản 3 ngân sách nhà nước đóng bao gồm:*

- Sửa đổi điểm a để tách riêng đối tượng “học viên quân đội nhân dân, học viên công an nhân dân; học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí” ra thành điểm 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 nhân dân, 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 quân sự như nhau.

- Làm rõ và bổ sung đối tượng công nhân và viên chức quốc phòng, công nhân công an, không bao gồm đối tượng làm việc trong các doanh nghiệp quốc phòng, công an; người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế. Luật hiện hành không quy định rõ đối tượng này, hiện đối tượng này đang tham gia theo nhóm 1, tuy nhiên kinh phí đóng bảo hiểm y tế hoàn toàn do ngân sách nhà nước đóng. Do đó, cần quy định rõ nhóm đối tượng này tại điểm b khoản 3.

- 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 tại điểm l là thân nhân của công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, thân nhân của công nhân công an, thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu đang được nhà nước mua thẻ bảo hiểm y tế theo quy định tại Nghị định 146/2018/NĐ-CP vào Luật, đồng thời bổ sung đối tượng thân nhân của Dân quân thường trực được nhà nước mua bảo hiểm y tế theo Luật Dân quân tự vệ.

*-* Sửa đổi, bổ sung điểm h khoản 3 và sắp xếp lại tại điểm o để bổ sung “Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại **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 ước tính của Bộ Y tế, nhóm đối tượng này có khoảng 2,1 triệu người. Tuy nhiên, số liệu cụ thể đề nghị Ủy ban Dân tộc cung cấp để tính toán, đánh giá tác động lên ngân sách nhà nước được đầy đủ.

*-* 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 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 đồng bộ với quy định của Luật bảo hiểm xã hội.

*d) Sửa đổi, bổ sung khoản 4 ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng như sau:* Bổ sung các điểm c, d, đ vào sau điểm b Khoản 4

- Luật hóa nhóm đối tượng là lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở theo 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 theo quy định của Chính phủ.”, đối tượng này đang được quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ và đã thực hiện ổn định nhiều .

- Bổ sung đối tượng nhân viên y tế thôn bản đang được ngân sách hỗ trợ theo Quyết định số 75/2009/QDD-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 từ nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình thành nhóm tự đóng* 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 và điểm a khoản 5” từ Nghị định 146/2018/NĐ-CP vào Luật. Bổ sung một điểm các đối tượng khác chưa tham gia bảo hiểm y tế để nếu có đối tượng phát sinh có thể tham gia bảo hiểm y tế.

*b) Phương án 2:*

Giữ nguyên như quy định hiện hành và không bổ sung đối tượng mới.

**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:

Việc mở rộng thêm một số nhóm đối tượng được bao phủ bảo hiểm y tế về lâu dài sẽ góp phần nâng cao sức khỏe và chất lượng nguồn nhân lực xã hội từ đó tác động tích cực đối với Nhà nước.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp này chủ yếu sửa đổi, bổ sung một số quy định về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế để phù hợp với thực tiễn thực hiện Luật thời gian qua; pháp điển hóa, cập nhật các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại các Nghị định của Chính phủ vào nhóm đối tượng tại khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế; đồng thời, sửa đổi, bổ sung quy định tại điểm a Khoản 1 Điều 12 về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với quy định tại dự thảo Luật Bảo hiểm xã hội đang trình Quốc hội ban hành. Đối với hầu hết các nhóm đối tượng hầu như không làm tăng chi từ ngân sách nhà nước để đóng cho các nhóm đối tượng được cập nhật. Chủ yếu tác động ngân sách nhà nước tăng lên bổ sung các nhóm đối tượng mới được ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ mức đóng, cụ thể như sau:

- Đối tượng thân nhân của dân quân thường trực: Tăng ngân sách nhà nước do tăng chi để mua thẻ cho đối tượng thân nhân của dân quân thường trực (đối tượng dân quân thường trực đã được NSNN mua thẻ theo Luật Dân quân tự vệ thực hiện từ 07/2020, tuy nhiên nhóm thân nhân của đối tượng này chưa được thực hiện). Theo báo cáo của Bộ Quốc phòng, đối tượng Dân quân thường trực là 23.000 - 26.000 người, thân nhân của dân quân thường trực là 140.000 người, tuy nhiên 30% thân nhân đã tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng khác nên chỉ 70% thân nhân của dân quân thường trực chưa tham gia BHYT, vì vậy cần được NSNN hỗ trợ mua thẻ với tổng số là 70.000 người. Với mức hỗ trợ 100%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 123,832 tỷ đồng.

- Đối tượng người từ đủ 75 tuổi đến dưới 80 tuổi đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng: Tăng ngân sách nhà nước do tăng để mua thẻ cho đối tượng này. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, đối tượng từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng có khoảng 103.000 người đang tham gia BHYT. Theo số liệu của Tổng Cục thống kê về cơ cấu dân số, tỷ lệ người từ 80 tuổi trở lên là 2% dân số, người từ 75 đến 80 tuổi là 1,2% dân số. Như vậy, có thể ước số người từ 75 đến 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng là = 103.000 x (1,2%/2%) = 61.800 người. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 100%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 78,090 tỷ đồng.

- Đối tượng người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng: Tăng ngân sách nhà nước do tăng để mua thẻ cho đối tượng này. Theo phân tích như trên, ước tính số người từ 75 đến 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng là 61.800 người. Theo số liệu của Tổng Cục thống kê về cơ cấu dân số, tỷ lệ người từ 75 đến 80 tuổi là 1,2% dân số, tỷ lệ người từ 70 đến 75 tuổi là 1,7% dân số. Như vậy, có thể ước số người từ 70 đến 75 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng là = 61.800 x (1,7%/1,2%%) = 87.550 người. Theo [Quyết định 134/QĐ-LĐTBXH](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Quyet-dinh-134-QD-LDTBXH-2024-cong-bo-ket-qua-ra-soat-ho-ngheo-ho-can-ngheo-2023-599059.aspx) của Bộ trưởng Bộ Lao động Thương binh và Xã hội về công bố kết quả rà soát hộ nghèo, hộ cận nghèo năm 2023 theo chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2022 - 2025 trên phạm vi toàn quốc, tỷ lệ hộ cận nghèo 2,78%. Do không có số liệu về số người hưởng tuất thuộc hộ gia đình cận nghèo nên sử dụng số liệu tỷ lệ hộ cận nghèo trong cả nước để tính tương tự như tỷ lệ hộ cận nghèo trong số người hưởng tuất. Như vậy, ước tính số lượng người người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng là = 87.550 x 2,78% = 2.435 người. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 100%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 3,077 tỷ đồng.

- Đối tượng người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi: Theo ước tính người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi mà không thuộc nhóm đối tượng người nghèo, người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn là 2.100.000 người. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 100%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 2.653,560 tỷ đồng.

- Đối tượng người hưởng trợ cấp hưu trí xã hội hằng tháng theo quy định của Luật bảo hiểm xã hội: Tăng ngân sách nhà nước do tăng để mua thẻ cho đối tượng này. Theo Báo cáo số 147/BC-LĐTBXH Đánh giá tác động bổ sung của Luật Bảo hiểm xã hội (sửa đổi) về nguồn Ngân sách Nhà nước và Quỹ Bảo hiểm xã hội, số lượng người cần trợ cấp hưu trí xã hội hàng tháng là 800.000. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 100%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 1.011,880 tỷ đồng.

- Đối tượng 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 thì được ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế: Tăng ngân sách nhà nước do tăng để mua thẻ cho đối tượng này. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính số lượng 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 là 150.000 người. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 100%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 189,540 tỷ đồng.

- Đối tượng nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn, bản: Tăng ngân sách nhà nước do tăng để mua thẻ cho đối tượng này. Đối với đối tượng là nhân viên y tế thôn bản, cả nước có khoảng 100.000 tổ dân phố, thôn bản. Tính trung bình có 01 cán bộ y tế tại 01 thôn bản, tức ước tính nhóm đối tượng này có 100.000 người trên cả nước. Ước tính có 30% cán bộ y tế thôn bản đã tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng bắt buộc khác, chỉ còn 70% chưa tham gia bảo hiểm y tế, tương đương với 70.000 người. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 50%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 44,226 tỷ đồng (đối tượng tự đóng là 44,226 tỷ đồng). Đối với đối tượng là cô đỡ thôn bản, theo báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ & Trẻ em, Bộ Y tế, cả nước có 1.613 cô đỡ thôn bản. Trong đó có 665 cô đỡ thôn bản kiêm nhiệm nhân viên y tế thôn bản. Vì vậy, ước tính tối đa chỉ còn 948 cô đỡ thôn bản chưa tham gia bảo hiểm y tế. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 50%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần để chi trả tối đa cho đối tượng này là 0,599 tỷ đồng (đối tượng tự đóng là 0,599 tỷ đồng).

Như vậy, với việc bổ sung các nhóm đối tượng mới như trên vào dự thảo Luật, 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 4.105,804 tỷ đồng. Tuy nhiên, việc tăng chi từ ngân sách nhà nước giúp nhiều người dân được tham gia BHYT và toàn bộ số tiền ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ đóng sẽ tạo tăng nguồn thu cho quỹ BHYT.

Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

* + 1. *Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

- Việc mở rộng thêm một số nhóm đối tượng được bao phủ bảo hiểm y tế về lâu dài sẽ góp phần nâng cao sức khỏe và chất lượng nguồn nhân lực có thể là đối tượng người lao động sau này cho doanh nghiệp, từ đó góp phần tăng năng suất, hiệu quả và tác động tích cực đối với doanh nghiệp.

- Chính sách có tác động tích cực đến năng suất, hiệu quả hoạt động, doanh thu của doanh nghiệp trong lĩnh vực y tế do tăng lượng người được bao phủ bảo hiểm y tế sẽ tăng việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, thuốc, vật tư, thiết bị y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Do bổ sung một số nhóm đối tượng mới và có trách nhiệm người sử dụng doanh nghiệp đóng 3% mức đóng cho nhóm đối tượng này, vì vậy chính sách có tác động lên doanh nghiệp, cụ thể như sau:

- Đối tượng người lao động làm việc theo hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên: Tăng chi cho doanh nghiệp do bổ sung nhóm đối tượng mới mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng BHYT cho người lao động. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 250.000 người của nhóm này. Với mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 5.522.000 đồng, mức đóng BHYT là 4,5%, trong đó do người sử dụng lao động đóng 3% tương ứng với là 496,980 tỷ đồng.

- Đối tượng là người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam 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: Tăng chi do doanh nghiệp do bổ sung nhóm đối tượng mới mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng BHYT cho người lao động. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 65.000 người của nhóm này với mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 18.395.000 đồng. Với mức đóng BHYT là 4,5%, trong đó người sử dụng lao động đóng 3% tương ứng với là 430,443 tỷ đồng.

- Đối tượng là người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc: Tăng chi do doanh nghiệp do bổ sung nhóm đối tượg mới mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng BHYT cho người lao động. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 5.000 người. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5%, trong đó người sử dụng lao động đóng 3% tương ứng với là 4,212 tỷ đồng.

Như vậy, phương án 1 có thể tác động lên doanh nghiệp do bổ sung nhóm đối tượg mới mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng BHYT cho người lao động, với tổng số kinh phí dự kiến tối đa là 931,635 tỷ đồng. Tuy nhiên, việc tăng chi từ doanh nghiệp giúp thêm được nhiều người lao động tham gia BHYT và tăng thu cho quỹ BHYT.

Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

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

a) Tác động tích cực:

Việc quy định bổ sung người sinh sống, làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo, người Việt Nam không có giấy tờ tuỳ thân, người nước ngoài sinh sống tại Việt Nam mà không thuộc các đối tượng đã được quy định trong Luật, người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động tự đóng hoặc tham gia theo hình thức hộ gia đình, chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh; Người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc có thể giúp duy trì và tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế từ đó tăng nguồn thu cho Quỹ bảo hiểm y tế, từ đó sẽ tác động tăng nguồn kinh phí khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực:

Việc quy định bổ sung thêm các nhóm đối tượng mới tham gia bảo hiểm y tế tại Điều 12 của dự thảo luật giúp duy trì và tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế từ đó tăng nguồn thu cho Quỹ bảo hiểm y tế, tăng nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Cụ thể như sau:

- Đối tượng người lao động làm việc theo hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên: Tăng thu cho quỹ BHYT do tăng đối tượng tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 250.000 người của nhóm này. Với mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 5.522.000 đồng, mức đóng BHYT là 4,5% (do người sử dụng lao động đóng 3% và người lao động đóng 1,5% tương ứng với là 496,980 và 248,490 tỷ đồng) dự kiến tăng thu cho quỹ BHYT là 745,470 tỷ đồng.

- Đối tượng là 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 không hưởng tiền lương: Tăng thu cho quỹ BHYT do tăng đối tượng tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 150.000 người của nhóm này. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BHXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5%, dự kiến tăng thu cho quỹ BHYT là 189,540 tỷ đồng, số tiền này là người sử dụng lao động đóng.

- Đối tượng là người hoạt động không chuyên trách ở thôn, tổ dân phố: Tăng thu cho quỹ BHYT do tăng đối tượng tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 100.000 người của nhóm này. Với mức đóng căn cứ mức lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, mức đóng BHYT là 4,5%, dự kiến tăng thu cho quỹ BHYT là 126,360 tỷ đồng.

- Đối tượng là người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam 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: Tăng thu cho quỹ BHYT do tăng đối tượng tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 65.000 người của nhóm này với mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 18.395.000 đồng. Với mức đóng BHYT là 4,5% (do người sử dụng lao động đóng 3% và người lao động đóng 1,5% tương ứng với là 430,443 và 215,221 tỷ đồng) dự kiến tăng thu cho quỹ BHYT là 645,665 tỷ đồng.

- Đối tượng là người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc: Tăng thu cho quỹ BHYT do tăng đối tượng tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 5.000 người. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5% (do người sử dụng lao động đóng 3% và người lao động đóng 1,5% tương ứng với là 4,212 và 2,106 tỷ đồng), dự kiến tăng thu cho quỹ BHYT 6,318 tỷ đồng.

- Đối tượng là chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh tham gia theo quy định của Chính phủ: Tăng thu cho quỹ BHYT do tăng đối tượng tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 1.200.000 người. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BHXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5%, dự kiến tăng thu cho quỹ BHYT 1.516,320 tỷ đồng, số tiền này do chính chủ hộ kinh doanh đóng.

Bên cạnh đó với việc bổ sung các nhóm đối tượng do NSNN đóng và hỗ trợ mua thẻ như ở Mục 1.1.1 ở trên, thì tổng tăng thư quỹ BHYT tối đa dự kiến là 7.379,302 tỷ đồng.

Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

b) Tác động tiêu cực:

- Đối với quy định tách đối tượng sỹ quan, quân dân chuyên nghệp quân đội nhân dân, sỹ quan công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu trong nhóm đối tượng hưu trí tại điểm a khoản 2 Điều 12 thành một nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng cho đồng bộ với mức hưởng của đối tượng cựu chiến binh tức tăng từ 95% lên 100%: Theo số liệu ước tính của BHXH Việt Nam, tổng số sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân và người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu là 300.000 người, trong đó có đến khoảng 90% đã có mức hưởng bảo hiểm y tế là 100% do đồng thời là đối tượng người có công Cách Mạng và cựu chiến binh. Vì vậy chỉ còn 10% đối tượng này đang hưởng mức 95%, tương đương với 30.000 người.

Theo báo cáo của Bộ Công an, sỹ quan và hạ sĩ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu: 75.000 người (Báo cáo số 10007/X01-P9 ngày 18/7/2023 của Bộ Công an về thông tin về số lượng, cơ sở pháp lý bổ sung đối tượng, đánh giá tác động đối tượng lực lượng vũ trang nhân dân). Như vậy, tổng số nhóm đối tượng này là: 30.000 + 75.000 = 105.000 người.

Số chi trung bình/thẻ/năm của nhóm đối tượng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng tại Khoản 2 Điều 12 (trong đó đối tượng hưu trí chiếm đa số trong nhóm này) là: 4.745.000 đồng. Như vậy, mỗi năm, quỹ bảo hiểm y tế chi trả tăng thêm là 238.000 đồng/người; tương ứng quỹ chi trả tăng lên là 24,911 tỷ đồng.

- Đối với quy định tách đối tượng học viên quân đội nhân dân, học viên công an nhân dân người Việt Nam và người nước ngoài; học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí người Việt Nam và người nước ngoài tại điểm a khoản 2 Điều 12 thành một nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng đồng bộ với học viên người Việt Nam tức tăng từ 80% lên 100%: Số liệu từ báo cáo của Bộ Công an và Bộ Quốc phòng, học viên quân đội nhân dân người nước ngoài: 3.300 người; học viên công an nhân dân người nước ngoài: 820 người; học viên cơ yếu người nước ngoài: 160 người. Như vậy, tổng cộng có 4.280 người. Số chi trung bình/thẻ/năm của nhóm đối tượng do ngân sách nhà nước đóng tại Khoản 3 Điều 12 là: 1.479.000 đồng. Như vậy, mỗi năm, quỹ bảo hiểm y tế chi trả tăng thêm là 295.800 đồng/người; tương ứng quỹ chi trả tăng lên là 1,266 tỷ đồng.

Như vậy, với việc nâng mức hỗ trợ của hai nhóm đối tượng này, dự kiến quỹ BHYT tăng thêm 21,467 tỷ đồng mỗi năm.

Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Đối với người dân, việc bao phủ thêm một số nhóm đối tượng sẽ giúp bảo đảm cơ chế tài chính, tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho các đối tượng này. Người tham gia bảo hiểm y tế có lợi khi được bảo đảm về tài chính và được quỹ bảo hiểm y tế chi trả trong trường hợp ốm đau, bệnh tật.

Ví dụ: Bệnh nhân chạy thận nhân tạo có cuộc sống phụ thuộc hoàn toàn vào hóa chất, máy móc; mỗi tuần phải đến bệnh viện 3 lần để lọc máu và lấy thuốc. Chi phí để điều trị các bệnh lý này đối với những người có hoàn cảnh khó khăn là quá sức và từ đó sẽ dẫn đến các hệ lụy về mặt xã hội như giảm sức lao động, tăng nguy cơ mất trật tự an toàn xã hội. Khi họ tham gia BHYT và được Quỹ BHYT chi trả chi phí thì các khó khăn trên đã được giải quyết. Hiện nay, tính trên cả nước, tổng số lượng chạy thận nhân tạo được bảo hiểm y tế thanh toán là 4,3 triệu lượt/năm với tổng chi phí được chi từ quỹ bảo hiểm y tế cho thận nhân tạo chu kỳ là 2400 tỷ đồng/năm - là dịch vụ có tỷ trọng chi lớn nhất từ quỹ bảo hiểm y tế. Vì vậy, nếu không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, không được chi trả từ quỹ bảo hiểm y tế, người dân sẽ phải tự chi trả và đối mặt với khó khăn rất lớn về mặt tài chính đặc biệt khi mắc các bệnh hiểm nghèo.

- Đối với cán bộ y tế, việc tăng cung ứng dịch vụ y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ có nguồn để tăng chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế. Người làm trong các lĩnh vực liên quan có thể tăng cơ hội việc làm và thu nhập do tiêu dùng dịch vụ, hàng hóa đi theo nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh. Bên cạnh đó, việc hỗ trợ mua thẻ BHYT cho cán bộ y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản sẽ là nguồn động viên, khích lệ đối với đối tượng này từ đó giúp cho việc công tác truyền thông, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân đặc biệt ngay tại cộng đồng ngày càng hiệu quả hơn. Đối với đối tượng là nhân viên y tế thôn bản, cả nước có khoảng 100.000 tổ dân phố, thôn bản. Tính trung bình có 01 cán bộ y tế tại 01 thôn bản, tức ước tính nhóm đối tượng này có 100.000 người trên cả nước. Ước tính có 30% cán bộ y tế thôn bản đã tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng bắt buộc khác, chỉ còn 70% chưa tham gia bảo hiểm y tế, tương đương với 70.000 người. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 50%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến tổng tiết kiệm chi tiền túi cho nhóm đối tượng này là 44,226 tỷ đồng (đối tượng tự đóng là 44,226 tỷ đồng). Đối với đối tượng là cô đỡ thôn bản, theo báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ & Trẻ em, Bộ Y tế, cả nước có 1.613 cô đỡ thôn bản. Trong đó có 665 cô đỡ thôn bản kiêm nhiệm nhân viên y tế thôn bản. Vì vậy, ước tính tối đa chỉ còn 948 cô đỡ thôn bản chưa tham gia bảo hiểm y tế. Với mức hỗ trợ mua thẻ là 50%, mức đóng là 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến tổng tiết kiệm chi tiền túi cho nhóm đối tượng này là 0,599 tỷ đồng (đối tượng tự đóng là 0,599 tỷ đồng).

- Đối với quy định tách đối tượng sỹ quan, quân dân chuyên nghệp quân đội nhân dân, sỹ quan công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu trong nhóm đối tượng hưu trí tại điểm a khoản 2 Điều 12 thành một nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng cho đồng bộ với mức hưởng của đối tượng cựu chiến binh tức tăng từ 95% lên 100%: Theo số liệu ước tính của BHXH Việt Nam, tổng số sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân và người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu là 300.000 người, trong đó có đến khoảng 90% đã có mức hưởng bảo hiểm y tế là 100% do đồng thời là đối tượng người có công Cách Mạng và cựu chiến binh. Vì vậy chỉ còn 10% đối tượng này đang hưởng mức 95%, tương đương với 30.000 người.

Theo báo cáo của Bộ Công an, sỹ quan và hạ sĩ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu: 75.000 người (Báo cáo số 10007/X01-P9 ngày 18/7/2023 của Bộ Công an về thông tin về số lượng, cơ sở pháp lý bổ sung đối tượng, đánh giá tác động đối tượng lực lượng vũ trang nhân dân). Như vậy, tổng số nhóm đối tượng này là: 30.000 + 75.000 = 105.000 người.

Số chi trung bình/thẻ/năm của nhóm đối tượng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng tại Khoản 2 Điều 12 (trong đó đối tượng hưu trí chiếm đa số trong nhóm này) là: 4.745.000 đồng. Như vậy, mỗi năm, mỗi người thuộc đối tượng này sẽ không cần đóng đồng chi trả là 238.000 đồng/người; tương ứng tổng tiết kiệm chi tiền túi cho các nhóm đối tượng này là 24,911 tỷ đồng.

 - Đối với quy định tách đối tượng học viên quân đội nhân dân, học viên công an nhân dân người Việt Nam và người nước ngoài; học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí người Việt Nam và người nước ngoài tại điểm a khoản 2 Điều 12 thành một nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng đồng bộ với học viên người Việt Nam tức tăng từ 80% lên 100%: Số liệu từ báo cáo của Bộ Công an và Bộ Quốc phòng, học viên quân đội nhân dân người nước ngoài: 3.300 người; học viên công an nhân dân người nước ngoài: 820 người; học viên cơ yếu người nước ngoài: 160 người. Như vậy, tổng cộng có 4.280 người. Số chi trung bình/thẻ/năm của nhóm đối tượng do ngân sách nhà nước đóng tại Khoản 3 Điều 12 là: 1.479.000 đồng. Như vậy, mỗi năm, mỗi học viên không phải chi trả thêm trung bình là 295.800 đồng/người; tương ứng tổng tiết kiệm chi tiền túi cho các nhóm đối tượng này là 1,266 tỷ đồng.

 Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

b) Tác động tiêu cực:

Khi bổ sung nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì trừ những đối tượng không được ngân sách nhà nước mua thẻ, các đối tượng này đều phải đóng bảo hiểm y tế. Vì vậy, chính sách ít nhiều sẽ làm tăng chi cho nhóm đối tượng tham gia mới để mua thẻ bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

- Đối tượng người lao động làm việc theo hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên: Tăng chi cho người lao động vì có trách nhiệm đóng để mua thẻ BHYT khi tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 250.000 người của nhóm này. Với mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 5.522.000 đồng, mức đóng BHYT là 4,5%, trong đó do người lao động đóng 1,5% tương ứng với là 248,490 tỷ đồng.

- Đối tượng là 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 không hưởng tiền lương: Tăng chi cho người lao động thuộc nhóm đối tượng này vì có trách nhiệm đóng để mua thẻ BHYT khi tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 150.000 người của nhóm này. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BHXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5%, dự kiến tổng số tiền người lao động đóng là 189,540 tỷ đồng.

- Đối tượng là người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam 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: Tăng chi cho người lao động vì có trách nhiệm đóng để mua thẻ BHYT khi tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 65.000 người của nhóm này với mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 18.395.000 đồng. Với mức đóng BHYT là 4,5%, trong đó người lao động đóng 1,5% tương ứng với là 215,221 tỷ đồng.

- Đối tượng là người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc: Tăng chi cho người lao động vì có trách nhiệm đóng để mua thẻ BHYT khi tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 5.000 người. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5%, trong đó người lao động đóng 1,5% tương ứng với là 2,106 tỷ đồng.

- Đối tượng là chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh tham gia theo quy định của Chính phủ: Tăng chi cho người lao động vì có trách nhiệm đóng để mua thẻ BHYT khi tham gia. Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính có 1.200.000 người. Với mức đóng căn cứ trên mức đóng BHXH là từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay mức tham chiếu đang lấy mức lương cơ sở và tạm tính với mức thấp nhất là 2.340.000. Như vậy với mức đóng BHYT là 4,5%, dự kiến số tiền này do chính chủ hộ kinh doanh đóng BHYT là 1.516,320 tỷ đồng.

 - Đối tượng nhân viên y tế, cô đỡ thôn, bản: Như đã phân tích ở trên, dự thảo Luật đang quy định đối tượng được nhà nước hỗ trợ mức đóng là 50%, tức tổng kinh phí vẫn cần đóng thêm của nhân viên y tế thôn bản khi tham gia BHYT là 44,226 tỷ đồng và cô đỡ thôn bản là 0,599 tỷ đồng.

Như vậy, phương án 1 có thể tác động lên người lao động do tăng trách nhiệm đóng BHYT cho người lao động, với tổng số kinh phí dự kiến tối đa là 2.216,502 tỷ đồng. Tuy nhiên, bù lại phương án 1 giúp có thêm hơn 5 triệu người tham gia BHYT để thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân trong những năm tới.

Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Bảo đảm chính sách an sinh xã hội, duy trì và từng bước tăng mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân, góp phần đạt được mục tiêu trên 95% dân số tham gia bảo hiểm y tế vào năm 2030. Khi được quy định bổ sung là đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc theo nhóm người lao động và người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế sẽ tạo cơ hội để các đối tượng này tham gia bảo hiểm y tế thuận lợi hơn, có cơ chế tài chính bền vững phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe. Đồng thời, việc tách đối tượng sỹ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu thành một nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng bảo hiểm y tế từ 95% lên 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh cũng có tác động tích cực trực tiếp lên đối tượng này.

- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của một số đối tượng có thể 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 việc làm: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế do Quỹ bảo hiểm y tế chi trả sẽ góp phần làm tăng cung ứng dịch vụ y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó tăng việc làm, nguồn thu nhập, chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế. Các lĩnh vực liên quan có thể tăng việc làm do tiêu dùng dịch vụ, hàng hóa đi theo nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

- Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua hạn chế chi từ tiền túi của các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế tăng thêm do tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế và được quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh. Khi kết hợp với các chính sách 2 về điều chỉnh phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế và tăng cường khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại y tế cơ sở có thể góp phần giảm chi tiền túi của người bệnh xuống dưới 30%. Bên cạnh đó, việc tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm thu nhập cho bản thân và xã hội.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

- Giải pháp không có tác động tiêu cực.

***1.3. Tác động về giới***

*1.3.1. Tác động tích cực*:

- Báo cáo *Nghiên cứu thực trạng và các yếu tố liên quan đến việc không tham gia bảo hiểm y tế tại Việt Nam[[4]](#footnote-4)* 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.

*1.3.2. Tác động tiêu cực:*

Không có tác động tiêu cực.

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

*1.4.1. Tác động tích cực*: Không làm phát sinh thủ tục hành chính.

*1.4.2.* *Tác động tiêu cực:* Không có

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

*1.5.1. Tác động tích cực*:

Giải pháp có tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật, bảo đảm được tính thống nhất đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật hiện hành, chỉ phát sinh chi phí ban hành văn bản hướng dẫn. Việc cập nhật các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đang được quy định tại các Nghị định của Chính phủ và Luật Bảo hiểm xã hội đã được thông qua tại kỳ họp thứ 7 Quốc khóa XV vào dự thảo Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bổ sung bảo đảm tính pháp lý cao hơn về việc tham gia bảo hiểm y tế của các nhóm đối tượng này.

Giải pháp cũng đã thể chế được các định hướng chính sách tại Nghị quyết số 20-NQ/TW, Nghị quyết số 42-NQ/TW của Ban chấp hành trung ương Đảng về tăng tỷ lệ tham gia BHYT, hướng đến thực hiện BHYT toàn dân và đồng bộ với hệ thống pháp luật có liên quan đặc biệt là Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi.

*1.5.2. Tác động tiêu cực:*

- Không có.

**2. Đánh giá đối với phương án 2**

***2.1. Tác động về kinh tế***

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực. Tuy nhiên, ngân sách nhà nước cũng không phải gia tăng thêm tối đa là 4.105,804 tỷ đồng như phương án 1.

b) Tác động tiêu cực:

Nhà nước tiếp tục phải đối mặt với các gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến nhóm đối tượng chưa có thẻ bảo hiểm y tế từ đó sẽ dẫn đến các hệ lụy về mặt xã hội như giảm sức lao động, tăng nguy cơ mất trật tự, an toàn xã hội.

*2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

- Không có tác động tích cực với doanh nghiệp. Tuy nhiên, doanh nghiệp cũng không phải tăng chi tối đã là 931,635 tỷ đồng để đóng BHYT cho người lao động như phương án 1.

b) Tác động tiêu cực:

- Doanh nghiệp không có được các tác động tích cực như đã phân tích ở phương án 1.

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

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do không làm thay đổi số lượng người tham gia bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Không tăng được nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như giảm mức độ bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Không có các tác động tích cực như phương án 1.

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

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực do không bổ sung đối tượng tham gia nên không tăng nguồn thu cho quỹ bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Không tăng nguồn thu đầu vào cho Quỹ bảo hiểm y tế tối đa khoảng 7.379,302 tỷ đồng/năm khi bổ sung toàn bộ nhóm đối tượng mới tham gia như Phương án 1.

*2.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực: Không có tác động tích cực đến người dân, không khuyến khích các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thông qua tăng chi ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ mức đóng cho một số nhóm đối tượng, do vậy không tăng số lượng người có thẻ bảo hiểm y tế như phương án 1.

b) Tác động tiêu cực:

- Không tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh.

- Không có các tác động tích cực như phương án 1.

***2.2. Tác động về xã hội***

*2.2.1. Tác động tích cực:* Không có.

*2.2.2. Tác động tiêu cực:*

- Không góp phần tạo ra sự an tâm cho người lao động trong suốt quá trình lao động, sản xuất.

- Giảm ưu việt của chính sách an sinh xã hội, khó đạt được mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân.

- Không có các tác động tích cực như phương án 1.

***3.3. Tác động về giới***

Việc không điều chỉnh chính sách sẽ tác động không có lợi đến nhóm đối tượng là nữ giới bởi không tăng thêm đối tượng nên những phụ nữ không nằm trong đối tượng tham gia bảo hiểm y tế sẽ không được bảo đảm quyền lợi trong thời gian mang thai, nghỉ chế độ thai sản và nuôi con dưới 24 tháng tuổi.

***3.4. Tác động về thủ tục hành chính***

Không làm phát sinh thủ tục hành chính mới.

***3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật***

Không có các tác động tích cực như phương án 1. Chưa bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; không khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật hiện hành.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## **1. Kết luận**

*a) Về kinh tế:*

- Tác động tích cực:

Trong 2 phương án, phương án 1 có tác động tích cực về kinh tế đối với Quỹ bảo hiểm y tế so Phương án 2, tạo nguồn thu tăng cho quỹ bảo hiểm y tế. Phương án 1 mang lại giá trị kinh tế, nguồn thu lớn hơn phương án 2 do có thêm nguồn thu cho quỹ bảo hiểm y tế để giải quyết các vấn đề sức khoẻ, xã hội.

Phương án 1 còn giúp tăng khả năng bảo đảm tài chính cho người dân cũng như cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đặc biệt người dân sẽ được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khi đi khám chữa bệnh và giảm chi tiền túi của người dân góp phần đạt được mục tiêu giảm tỷ lệ chi tiền túi của người bệnh.

- Tác động tiêu cực:

Khi so sánh giữa tác động tích cực và tác động tiêu cực về kinh tế thì các tác động tích cực của phương án 1 mang lại nhiều giá trị và về tương lai sẽ có tác động bền vững.

*b) Về xã hội:*

- Tác động tích cực:

Phương án 1 có tác động tích cực về xã hội, phương án 2 không có bất kỳ tác động tích cực nào do giữ nguyên hiện trạng. Trong đó, phương án 1 toàn diện hơn phương án 2 với các tác động tích cực về sức khỏe, lao động, việc làm, giảm nghèo từ đó bảo đảm an sinh xã hội như: (1) Tăng bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân. Chính sách này có thể giúp tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt mức trên 95% dân số, tiến tới thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân trong những năm tới. (2) Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng năng suất và chất lượng lao động, 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. (3) Góp phần 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. 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 giúp giảm nguy cơ đói nghèo trong nhóm người có thu nhập trung bình và khá do có bảo đảm về tài chính cho chăm sóc y tế. (4) Thể hiện sự quan tâm của Nhà nước đối với các nhóm đối tượng này bảo đảm sự bình đẳng trong việc thực hiện chính sách an sinh xã hội.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 mặc dù có tác động lên tăng chi từ ngân sách nhà nước để mua thẻ hoặc hỗ trợ mua thẻ thêm một số nhóm đối tượng tuy nhiên Phương án 1 sẽ giải quyết được rất nhiều vấn đề xã hội như đã phân tích ở trên. Trong khi phương án 2 sẽ không giải quyết được nhiều vấn đề xã hội, trong đó có việc giảm tính ưu việt của chính sách an sinh xã hội, khó tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo mục tiêu của Quốc hội, Chính phủ là đạt trên 95% vào năm 2025 và ảnh hưởng đến nỗ lực giảm đói nghèo.

Khi so sách giữa tác động tích cực và tiêu cực của các phương án thì phương án 1 vượt trội về các tác động tích cực trên lĩnh vực xã hội.

*c) Về giới:*

- Tác động tích cực:

Phương án 1 đều có tác động tích cực đến cả hai giới. Trong đó, 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.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 2 không có tác động tiêu cực về giới, không tạo ra bất bình đẳng giới nhưng chưa tạo điều kiện cho nữ giới.

*d) Về thủ tục hành chính:*

Phương án 1 và 2 đều không làm phát sinh thủ tục hành chính mới.

*đ) Về hệ thống pháp luật:*

- Tác động tích cực:

Cả hai phương án về cơ bản đều bảo đảm tính thống nhất, phù hợp với hệ thống pháp luật Việt Nam cũng như với các điều ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Tuy nhiên, phương án 1 thể hiện tính đồng bộ trong hệ thống văn bản pháp luật hơn do cập nhật các nhóm đối tượng để bảo đảm tính thống nhất với các Luật liên quan.

- Tác động tiêu cực:

Cả 02 phương án đều không có tác động tiêu cực đến hệ thống pháp luật.

## **2. Kiến nghị**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án và so sánh chung giữa các phương án đã phân tích như trên, đề xuất lựa chọn *Phương án 1* là sửa đổi, bổ sung một số quy định về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế để phù hợp với thực tiễn thực hiện Luật thời gian qua; pháp điển hóa, cập nhật các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại các Nghị định của Chính phủ vào nhóm đối tượng tại khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế; sửa đổi, bổ sung quy định tại điểm a Khoản 1 Điều 12 về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi vừa được kỳ họp thứ 7 Quốc hội khóa XV thông qua. Việc lựa chọn phương án này nhằm bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với các văn bản quy phạm pháp luật khác đồng thời bảo đảm tính khả thi trong giai đoạn hiện nay và đáp ứng yêu cầu sửa đổi, bổ sung luật để kịp thời có hiệu lực từ 01/01/2025.

Giải pháp được lựa chọn có tác động duy trì và tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế, góp phần giảm chi tiền túi của người dân xuống dưới 30%. Các tác động tích cực khác ít hơn so với giải pháp còn lại [[5]](#footnote-5) nhưng có tính khả thi trong giai đoạn hiện nay và đáp ứng yêu cầu sửa đổi, bổ sung luật để kịp thời có hiệu lực từ năm 2025.

Một số nội dung về quy định đóng bảo hiểm y tế cho người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên; mở rộng đối tượng bảo hiểm y tế cho thân nhân người lao động; đóng bảo hiểm y tế 3 năm một lần, qua rà soát cho thấy tính khả thi chưa cao, người lao động và người sử dụng lao động chưa có khả năng bảo đảm nhất là sau 3 năm phòng, chống dịch rất khó khăn, cần có thời gian tiếp tục nghiên cứu, tổng kết thực tiễn, tham khảo kinh nghiệm quốc tế, đánh giá tác động định lượng và khi có bằng chứng đủ thuyết phục, khả thi sẽ tiếp tục xem xét, báo cáo. Những nội dung này sẽ tiếp tục được xem xét và cân nhắc để thực hiện trong lần sửa đổi tổng thể Luật Bảo hiểm y tế trong thời gian tới khi có đủ các điều kiện về kinh tế xã hội cũng như có đủ thời gian để nghiên cứu, đề xuất và đánh giá tác động chính sách một cách chi tiết, cụ thể hơn.

**Mục 2**

**ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 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**

1. **XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Phạm vi được hưởng của người có thẻ bảo hiểm y tế hiện khá toàn diện bao gồm các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con, sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh, vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với một số đối tượng trong những trường hợp nhất định. Với hơn 18.000 dịch vụ kỹ thuật y tế bao gồm cả những dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn như can thiệp tim mạch, phẫu thuật tim mạch, phẫu thuật nội soi, MRI, CT, PET-CT; trên 1.000 hoạt chất, sinh phẩm tân dược và hàng trăm vị thuốc đông y, thuốc từ dược liệu bao gồm cả các thuốc tim mạch, điều trị ung thư đắt tiền; hàng ngàn loại vật tư y tế bao gồm cả vật tư y tế thay thế như máy tạo nhịp tim, stent mạch vành, khớp nhân tạo, gói quyền lợi bảo hiểm y tế của Việt Nam được các tổ chức quốc tế đánh giá là khá rộng so với nhiều nước trong khu vực và trên thế giới.

Tuy nhiên, các dịch vụ phòng ngừa cá nhân như: khám bệnh, phát hiện nguy cơ, chẩn đoán, điều trị sớm, ngăn ngừa tiến triển bệnh tật, bệnh mạn tính, phục hồi chức năng, chăm sóc tại nhà, điều trị bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động tại nơi làm việc chưa thuộc phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế. Người dân ít có thói quen hoặc không đủ điều kiện thường không đi khám sức khỏe hoặc chẩn đoán sớm mà đến khi có bệnh, bệnh tiến triển mới đến cơ sở y tế nên hiệu quả chăm sóc sức khỏe chưa cao, tỷ lệ mắc bệnh gia tăng, tạo gánh nặng và tốn kém về đầu tư cho hệ thống khám bệnh, chữa bệnh, không bảo đảm nguyên tắc phòng ngừa bệnh tật từ sớm, từ xa. Trong khi đó, nhiều bằng chứng cho thấy chăm sóc sức khỏe ban đầu và dịch vụ điều trị giai đoạn sớm có tính chi phí hiệu quả cao và được khuyến cáo đưa vào gói quyền lợi của các chương trình y tế do tài chính công chi trả như hệ thống bảo hiểm y tế xã hội.

Đồng thời, một số dịch vụ, sản phẩm cần thiết dùng trong chẩn đoán và điều trị cho người bệnh hiện chưa được thanh toán ảnh hưởng đến quyền lợi của người bệnh, chưa đáp ứng đầy đủ với yêu cầu chuyên môn. Bên cạnh đó, việc quy định thực hiện thanh toán bảo hiểm y tế cho điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt chỉ cho đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi cũng chưa thực tế phù hợp với vấn đề chuyên môn vì việc can thiệp điều trị cho các bệnh lý này thường được chỉ định khi người bệnh từ trên 6 tuổi đến 18 tuổi.

Quy định về gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả chưa rõ về khái niệm, chưa sát thực tiễn đặc thù của Việt Nam, chưa thể hiện tính chất của gói dịch vụ y tế cơ bản phải đặt trong sự cân đối về phạm vi quyền lợi và khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế. Luật Bảo hiểm y tế đã có các quy định về phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế; đồng thời quy định Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục, tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đã mang tính chất xác định các quyền lợi, phạm vi cơ bản cho người bệnh bảo hiểm y tế ở tất cả các tuyến đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của hầu hết các mặt bệnh, ở tất cả các chuyên khoa, tại tất cả các tuyến chuyên môn kỹ thuật. Tuy nhiên trong thực tiễn, việc quy định hướng dẫn được gói dịch vụ y tế cơ bản cho tất cả các tuyến rất khó khả thi. Đối với điều kiện đặc thù của Việt Nam thì gói dịch vụ y tế cơ bản tương ứng với các dịch vụ y tế, thuốc, vật tư y tế đáp ứng cho chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở. Còn với khái niệm rộng là gói dịch vụ do bảo hiểm y tế chi trả sẽ bao gồm toàn bộ phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, thực tế hiện nay, một số sản phẩm như chế phẩm như máu, khí y tế, chế phẩm dinh dưỡng y học, dinh dưỡng đặc biệt không phải là thuốc nhưng được dùng để điều trị bệnh, đã được quy định trong các hướng dẫn chẩn đoán điều trị của Bộ Y tế, WHO, các hội y khoa thế giới và một số đã được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nhưng chưa cập nhật trong phạm vi chi trả của Luật bảo hiểm y tế.

Những bất cập nêu trên là một trong những nguyên nhân khiến tỷ lệ chi tiền túi của người dân cho chăm sóc sức khỏe cao, chiếm tới 45%. Trong bối cảnh gánh nặng bệnh tật do bệnh không lây nhiễm gia tăng tại Việt Nam, việc điều chỉnh phạm vi quyền lợi, đưa thêm một số dịch vụ chẩn đoán, phát hiện sớm bệnh tật, bổ sung phạm vi chi trả bảo hiểm y tế đối với một số dịch vụ, sản phẩm dùng trong khám bệnh, chữa bệnh là rất cần thiết.

Tuy nhiên,  hiện nay một số nội dung (1) mở rộng phạm vi quyền lợi liên quan đến chân tay giả, máy trợ thính, hỗ trợ sinh sản, khám sức khỏe định kỳ; (2) đa dạng hóa cơ sở cung ứng dịch vụ bảo hiểm y tế như nhà thuốc, trung tâm xét nghiệm; (3) mở rộng đối tượng bảo hiểm y tế (đóng bảo hiểm y tế cho người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên, đóng bảo hiểm y tế cho thân nhân người lao động; đóng bảo hiểm y tế 3 năm một lần) và một số nội dung khác chưa đạt được sự đồng thuận cao hoặc cần thêm thông tin, dữ liệu, thời gian để tiếp tục nghiên cứu, tổng kết thực tiễn, tham khảo kinh nghiệm quốc tế, đánh giá tác động định lượng và khi có bằng chứng đủ thuyết phục, khả thi sẽ tiếp tục xem xét, báo cáo; (4) hình thức bảo hiểm y tế bổ sung là chính sách mới với Việt Nam nên sẽ tiếp tục nghiên cứu trên cơ sở quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và thể chế hóa Nghị quyết 20-NQ/TW tiếp tục truyền thông, cung cấp thông tin đến các cơ quan, tổ chức làm rõ về nội hàm, ý nghĩa, mục tiêu của chính sách để tạo sự đồng thuận và sẽ trình Chính phủ khi đủ điều kiện; (5) việc đa dạng các gói dịch vụ bảo hiểm y tế khác như bảo hiểm chăm sóc y tế dài hạn cho người cao tuổi...cũng cần thời gian nghiên cứu, đánh giá, thiết kế quy định mức đóng, mức hưởng phù hợp, Bộ Y tế sẽ tiếp tục nghiên cứu trong thời gian tới.

Đối với việc tăng mức đóng bảo hiểm y tế theo tinh thần Nghị quyết số 99/NQ-QH15 hiện vẫn có thể thực hiện được trong phạm vi thẩm quyền của Chính phủ (Luật quy định mức đóng tối đa 6% và giao cho Chính phủ quy định chi tiết, hiện Chính phủ đang quy định 4,5%) vì vậy, chưa cần quy định điều chỉnh mức đóng trong Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

Vì vậy, nhằm bảo đảm tiến độ kịp thời trình Quốc hội thông qua và có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, chính sách về điều chỉnh phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế sẽ tập trung điều chỉnh một số nội dung cơ bản về quyền lợi với mục tiêu và giải pháp cụ thể như sau:

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

1. Từng bước cải thiện phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế theo hướng tăng tính chi phí hiệu quả và đáp ứng yêu cầu chuyên môn, yêu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân trong từng giai đoạn góp phần sử dụng hiệu quả Quỹ bảo hiểm y tế.

2. Bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và góp phần giảm tỷ lệ chi tiền túi cho chăm sóc y tế của của người dân. Góp phần tạo niềm tin, duy trì và thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế.

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

***1. Phương án 1:*** *Điều chỉnh một số quy định về phạm vi quyền lợi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế:*

- Quy định mở rộng độ tuổi điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt đối với người dưới 18 tuổi để phù hợp về chỉ định chuyên môn và hiệu quả điều trị.

- Quy định tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng đối với: Một số trường hợp đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; trường hợp người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật, thủ thuật phức tạp 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; trường hợp cấp dưới không đủ năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế.

- Pháp điển hóa việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đối với các sản phẩm khí y tế, máu và các chế phẩm máu đang quy định tại văn bản dưới luật hiện đã đang được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nên cần pháp điển hóa, thể chế trong Luật để có cơ sở pháp lý cao hơn.

- Quy định nhằm bảo đảm quyền lợi bảo hiểm y tế cho người bệnh về tiếp cận sử dụng thuốc, thiết bị y tế trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thiếu thuốc, thiết bị y tế do không thể thực hiện đấu thầu mua sắm thuốc hoặc do đứt gãy nguồn cung ứng và không thể chuyển người bệnh vì lý do chuyên môn, bất khả kháng thì sẽ được phép điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**2. Phương án 2:** Giữ nguyên như hiện tại không bổ sung phạm vi quyền lợi mà các dịch vụ này sẽ do ngân sách và người dân tự chi trả.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP**

1. **Đánh giá đối với phương án 1**

***1.1. Tác động về kinh tế***

*1.1.1. Tác động đối với Nhà nước, Quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

- Giải pháp mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế trong điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi[[6]](#footnote-6): mang lại lợi ích chi phí - hiệu quả cho quỹ bảo hiểm y tế, theo kết quả nghiên cứu của một nghiên cứu phân tích chi phí tại Việt Nam năm 2020. Bên cạnh đó, việc mở rộng đối tượng phù hợp với yêu cầu chuyên môn khi việc can thiệp các tật về mắt thường được thực hiện có hiệu quả cho trẻ sau 6 tuổi và người trước 18 tuổi. (Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo).

- Quy định 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 khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chuyên khoa thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn hoặc một số trường hợp cấp dưới không đủ năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế hoặc đối với một số trường hợp bệnh đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định: Tiết kiệm chi cho quỹ bảo hiểm y tế do người bệnh không phải khám nhiều lần ở cấp dưới và khám lại ở cấp trên từ đó góp phần giảm số lượt khám bệnh và tăng tính hiệu quả của mỗi đợt điều trị. Người dân tiết kiệm chi phí đi lại và chi phí đồng chi trả trong trường hợp phải tự đi khám, chữa bệnh vượt cấp.

- Luật hóa việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đối với các sản phẩm khí y tế, máu và các chế phẩm máu đang quy định tại văn bản dưới luật hiện đã đang được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nên cần thể chế trong Luật để có cơ sở pháp lý cao hơn.

- Quy định nhằm bảo đảm quyền lợi bảo hiểm y tế cho người bệnh về tiếp cận sử dụng thuốc, thiết bị y tế trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thiếu thuốc, thiết bị y tế do không thể thực hiện đấu thầu mua sắm thuốc hoặc do đứt gãy nguồn cung ứng và không thể vận chuyển người bệnh vì lý do chuyên môn thì quy định phép điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Thực tế thời gian qua, mặc dù nhiều văn bản quy phạm đã được ban hành để hướng dẫn đấu thầu, mua sắm thuốc nhưng nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn thiếu thuốc. Thực tiễn này đòi hỏi phải có hướng dẫn để bảo đảm quyền lợi cho người bệnh, tránh tình trạng người bệnh phải tự mua. Dự thảo Luật quy định nội dung hướng dẫn điều chuyển thuốc, thiết bị y tế để bảo đảm quyền lợi cho người bệnh. Luật BHYT hiện hành quy định thanh toán trực tiếp cho người bệnh. Tuy nhiên, khi người bệnh tự mua thuốc rồi thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội sẽ gây ra những lo ngại về mặt kiểm soát chất lượng thuốc, thiết bị y tế được mua, tăng thủ tục hành chính cho người bệnh và gánh nặng xử lý các hồ sơ thanh toán cho cơ quan bảo hiểm xã hội. Vì vậy, việc quy định thanh toán trực tiếp cho người bệnh tựu mua có thể gặp nhiều có khăn khi tổ chức thực hiện. Với quy định về điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tính khả thi cao và bảo đảm tính phù hợp với các quy định pháp luật về đấu thầu và thanh toán BHYT hiện hành (thuốc được thanh toán cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi nhận và sử dụng cho người bệnh, theo giá thanh toán bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đấu thầu theo đúng quy định). Thực tế, nội dung về điều chuyển thuốc đã được hiện hiệu quả trong giai đoạn dịch bệnh COVID-19 và không gặp khó khăn, vướng mắc khi tổ chức thực hiện. Hiện nay, dự thảo Luật cũng đã quy định chặt chẽ một số trường hợp thiếu thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển. Đây là một trong các giải pháp để góp phần hạn chế việc thiếu thuốc, thiết bị y tế sử dụng cho người bệnh và bảo đảm tính khả thi trong quá trình tổ chức thực hiện. Quy định này giúp tiết kiệm chi cho quỹ bảo hiểm y tế do người bệnh được bảo đảm tiếp cận thuốc, thiết bị y tế kịp thời sẽ nâng cao được hiệu quả điều trị và tiết kiệm chi phí hơn khi chuyển sang những giai đoạn bệnh diễn tiến nặng hơn.

Như vậy, giải pháp có tác động tích cực tăng nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; tăng năng suất, hiệu quả hoạt động, doanh thu của doanh nghiệp trong lĩnh vực y tế do tăng việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, thuốc, vật tư, thiết bị y tế, đồng thời điều chỉnh phạm vi quyền lợi phù hợp với thực tiễn, cân đối giữa nhu cầu, quyền lợi khám bệnh chữa bệnh nhưng cùng phù hợp với khả năng chi trả của Quỹ BHYT. Việc tăng cung ứng dịch vụ y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ có nguồn để tăng chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp điều chỉnh phạm vi quyền lợi còn hẹp nên có nguy cơ Nhà nước tiếp tục phải tăng chi ngân sách đầu tư cho y tế và giải quyết gánh nặng bệnh tật để điều trị các bệnh không lây nhiễm ở giai đoạn muộn với chi phí cao, chi cho các hoạt động sàng lọc bệnh tật, giải quyết các hệ lụy xã hội, bảo trợ xã hội.

Quỹ bảo hiểm y tế có thể tăng chi nhất định cho việc bổ sung quyền lợi. Đối với điều trị tật về mắt cho người dưới 18 tuổi: Một nghiên cứu tại Việt Nam năm 2020 cho thấy, mỗi năm quỹ bảo hiểm y tế cần chi trả 652,6 tỷ VND/năm cho điều trị tật khúc xạ (bao gồm cận thị), 11,1 tỷ cho điều trị lác; 3,0 tỷ cho điều trị sụp mí cho trẻ em dưới 16 tuổi. Như vậy nếu mở rộng quyền lợi cho người dưới 18 tuổi, ước tính bảo hiểm y tế cần chi trả 734,2 tỷ VND/năm cho điều trị tật khúc xạ, 12,5 tỷ/năm cho điều trị lác; 3,4 tỷ năm cho điều trị sụp mí.

 (Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo).

Phương án này sẽ được thực hiện song song với các biện pháp tăng cường công tác giám định, giảm lạm dụng, lãng phí, trục lợi để bảo đảm cân bằng quỹ. Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, đến ngày 31 tháng 12 năm 2022, ước tính số tiền lũy kế quỹ dự phòng còn 55,9 nghìn tỷ, tức quỹ bảo hiểm y tế đang có một phần kết dư dự kiến khoảng hơn 40.000 tỷ đồng để dự phòng cho việc tăng chi trong ngắn hạn khi tăng quyền lợi [[7]](#footnote-7). Đồng thời, trường hợp cần thiết, Chính phủ có thể xem xét điều chỉnh mức đóng trong dư địa 1,5% đang được Quốc hội giao cho Chính phủ và nếu cần có thể đề xuất Quốc hội cân đối thông qua sử dụng phần ngân sách Nhà nước giảm chi cho các đơn vị sự nghiệp thực hiện từ chủ tài chính[[8]](#footnote-8), tăng thuế tiêu thụ đặc biệt với các sản phẩm có hại cho sức khỏe[[9]](#footnote-9), một phần của thuế có thể dành trích vào Quỹ bảo hiểm y tế nếu được Quốc hội thông qua.

Về cân đối thu- chi qua các năm 2024 và 2025: Về số thu, trong những năm gần đây chính sách tiền lương đã liên tục được tăng lên, qua đó giúp cho mức đóng BHYT liên tục tăng qua các năm, dẫn đến tăng thu cho quỹ BHYT. Theo ước tính việc tăng mức lương cơ sở từ 1.800 nghìn đồng lên 2.340 nghìn đồng từ ngày 01/7/2024 kèm theo dự kiến tăng tỷ lệ tham gia hàng năm là 1% thì tổng thu BHYT năm 2024 khoảng 140.000 tỷ đồng và năm 2025 là khoảng 154.000 tỷ đồng. Như vậy, thì chỉ trong 02 năm 2024 và 2025 Quỹ BHYT sẽ tăng thu lên ước tính 42.454 tỷ đồng so với năm 2023. Về số chi, khi phân tích đến việc tăng số lượt khám bệnh, chữa bệnh và tăng chi phí chi bình quân/lượt khám bệnh, chữa bệnh BHYT qua các năm, dẫn đến tổng chi BHYT năm 2024 khoảng 135.000 tỷ đồng và năm 2025 là khoảng 148.000 tỷ đồng. Do đó, dự kiến trong 02 năm 2023 và 2024 thì cân đối thu – chi trong 02 năm của 2024 và 2025 là 11.000 tỷ đồng. Như vậy, cùng với tác động của 02 chính sách và kết dư 40 nghìn tỷ đồng tính đến 31/12/2023, quỹ bảo hiểm y tế có thể bảo đảm cân đối khi tăng chi cho việc mở rộng quyền lợi tại Chính sách 2. Tổng cân đối thu-chi quỹ đối với tất cả 04 chính sách dự kiến đến cuối năm 2025 là 54.301,562 tỷ đồng.

(Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách của các số liệu, phân tích trên được trình bày chi tiết trong Phụ lục 4 kèm theo báo cáo).

Như vậy, với nguồn kinh phí kết dư hiện có, việc kiểm soát mức tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả và duy trì mức tăng thu bảo hiểm y tế Quỹ bảo hiểm y tế hoàn toàn có thể cân đối được khi mở rộng phạm vi quyền lợi. Bên cạnh đó, hiện Chính phủ, Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đang tăng cường các giải pháp quản lý, giám định, thanh tra, kiểm tra và ứng dụng công nghệ thông tin để giảm lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

Khi so sánh giữa tác động tích cực và tác động tiêu cực về kinh tế thì các tác động tích cực của giải pháp mang lại nhiều giá trị bền vững, các tác động tiêu cực là chi phí cần thiết và có thể bù đắp bằng các giá trị tích cực của phương án này. Giải pháp có tính khả thi và ổn định cân đối quỹ do việc mở rộng chỉ tối thiểu nên có thể ngăn ngừa kịp thời nguy cơ bội chi quỹ bảo hiểm y tế đột ngột và phù hợp với lộ trình tăng mức đóng và nguồn thu của quỹ bảo hiểm y tế.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Chính sách có tác động tích cực đến năng suất, hiệu quả hoạt động, doanh thu của doanh nghiệp trong lĩnh vực y tế do nhu cầu khám chữa bệnh tăng khi người dân được bảo đảm về tài chính.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực đến doanh nghiệp.

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

a) Tác động tích cực:

- Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do mở rộng phạm vi cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Góp phần mở rộng và nâng cao hiệu quả hoạt động, nguồn thu của y tế cơ sở, cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

- Góp phần tăng thu nhập và các chế độ chính sách cho cán bộ y tế, từ đó góp phần nâng cao chất lượng nhân lực y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp không có ảnh hưởng đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*1.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Giải pháp mở rộng độ tuổi được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế trong điều trị tật về mắt và quy định về mức hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với một số trường hợp đặc thù giúp người tham gia bảo hiểm y tế tiết kiệm chi phí điều trị, chi phí đi lại và thời gian, đồng thời giảm chi phí đồng chi trả của người bệnh, từ đó góp phần đạt mục tiêu giảm tỷ lệ chi tiền túi của người dân. Tác động cụ thể như sau:

+ Việc bảo hiểm y tế chi trả cho điều trị tật khúc xạ (bao gồm cận thị) sẽ giúp người bệnh giảm chi phí là 303.000 đồng /ca trường hợp đi khám chữa bệnh tại tuyến trung ương, 285.200 đồng/ca tại tuyến tỉnh và 167.900 đồng/ca tại tuyến huyện; đối với điều trị lác là 4.213.000 đồng/ca tại tuyến trung ương, 3.544.300 đồng/ca tại tuyến tỉnh; đối với điều trị sụp my là 4.627.000 đồng/ca tại tuyến trung ương, 3.581.100 đồng/ca tại tuyến tỉnh, 149.500 đồng/ca tại tuyến huyện.

+ Đối với quy định về mức hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với một số trường hợp đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giúp người dân vừa tiết kiệm chi phí do phải khám nhiều lần (khám ở cấp dưới và khám lại ở cấp trên), chi phí đi lại và chi phí đồng chi trả trong trường hợp phải tự đi khám chữa bệnh vượt cấp.

+ Việc quy định điều chuyển thuốc, thiết bị y tế giữa các cơ sở nhằm tăng cường tiếp cận thuốc, thiết bị cho người bệnh ngay cả trong trường hợp tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh người bệnh đang điều trị xảy ra tình trạng thiếu thuốc, thiết bị y tế. Điều này bảo đảm quyền lợi cho người bệnh, đồng thời hạn chế rủi ro về chất lượng thuốc, thiết bị y tế và giảm thủ tục hành chính, tiết kiệm thời gian cho người bệnh so với trường hợp quy định người bệnh phải tự đi mua và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp điều chỉnh phạm vi quyền lợi còn hẹp nên có nguy cơ tăng chi tiền túi của người dân cho các dịch vụ không được quỹ bảo hiểm y tế chi trả, giảm khả năng bảo đảm tài chính cho người bệnh.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

Tăng mức độ tiếp cận của người dân với các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giảm các chi phí điều trị, chi phí đi lại, thời gian chờ đợi của người dân. Tạo niềm tin cho người dân đối với chính sách bảo hiểm y tế từ đó góp phần đạt mục tiêu tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt mức trên 95% dân số. Việc được chẩn đoán và điều trị sớm, được khám chữa bệnh tại các cơ sở cấp chuyên sâu đối với một số bệnh cấp dưới chưa đủ phạm vi chuyên môn giúp cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội, tăng số năm sống khỏe mạnh của người dân do phát hiện và điều trị sớm giúp ngăn ngừa bệnh tật tiến triển. Từ đó góp phần tăng tuổi thọ trung bình của người Việt Nam, nâng cao chất lượng dân số. Góp phần 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. Tiết kiệm chi phí điều trị bệnh nặng, tốn kém từ đó giảm nguy cơ đói nghèo trong nhóm người có thu nhập trung bình và khá do có bảo đảm về tài chính cho chăm sóc y tế. Việc quy định điều chuyển thuốc, thiết bị y tế trong một số trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang điều trị cho người bệnh nhưng thiếu thuốc, thiết bị y tế sẽ giúp bảo đảm người bệnh được tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, từ đó 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. Thể hiện sự quan tâm của Nhà nước, góp phần bảo đảm an sinh xã hội, giảm các nguy cơ phát sinh các vấn đề xã hội. Đánh giá trên các khía cạnh cụ thể như sau:

- 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. Tăng số năm sống khỏe mạnh của người dân do phát hiện và điều trị sớm giúp ngăn ngừa bệnh tật tiến triển.

- 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 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, giúp tiết kiệm chi phí điều trị bệnh nặng, tốn kém có thể làm suy giảm kinh tế nghiêm trọng từ đó giúp giảm nguy cơ đói nghèo. 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 tạo niềm tin cho người dân đối với chính sách bảo hiểm y tế; tăng cường năng lực cho y tế cơ sở, trạm y tế xã, góp phần giảm quá tải cho các cơ sở y tế nhất là cấp chăm sóc chuyên sâu.

- Góp phần bảo đảm an sinh xã hội, giảm các nguy cơ phát sinh các vấn đề xã hội tiêu cực.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Do phạm vi quyền lợi còn hẹp nên không giúp người dân phát hiện để điều trị sớm bệnh, tật làm tăng gánh nặng bệnh tật, nhất là bệnh ở giai đoạn muộn, ảnh hưởng đến sức khỏe, giảm hiệu quả điều trị.

***1.3. Tác động về giới***

*1.3.1. Tác động tích cực:*

Giải pháp có tác động tích cực đến cả hai giới, không có tác động tiêu cực. Trong đó, việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là trẻ em, người thu nhập thấp bởi họ sẽ được bảo đảm nhiều quyền lợi liên quan.

*1.3.2 Tác động tiêu cực:*

Không có tác động tiêu cực về giới.

1. ***Tác động về thủ tục hành chính***

Giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính mới mà còn góp phần giảm thủ tục chuyển cơ sỏ khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cấp dưới không đủ năng lực và điều kiện chuyên môn điều trị một số bệnh nhưng vẫn phải đến khám để làm thủ tục chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, từ đó tiết kiệm chi phí ngày công lao động, nhân lực và chi tiền túi của người bệnh.

Giải pháp có thể phát sinh khối lượng hồ sơ giải quyết giám định và thanh toán chi phí theo các nhóm quyền lợi tăng thêm nhưng các thủ tục này là cần thiết và hợp lý và bù lại có thể giảm khối lượng giám định đối với các trường hợp bệnh nặng, nhập viện nhiều lần.

1. ***Tác động đối với hệ thống pháp luật***

- Giải pháp đã thể chế được các định hướng chính sách tại Nghị quyết số 20-NQ/TW, Nghị quyết số 42-NQ/TW của Ban chấp hành trung ương Đảng về tiếp tục mở rộng, nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế toàn dân, nhằm góp phần chăm sóc sức khoẻ nhân dân, giảm chi phí người dân chi trả trực tiếp cho dịch vụ y tế.

- Giải pháp bảo đảm tính thống nhất, phù hợp với Luật khám bệnh, chữa bệnh và pháp luật bảo hiểm y tế của các nước trên thế giới như: Thái Lan, Nhật Bản, Hàn Quốc, nhiều nước Châu Âu…, không trái với Điều ước quốc tế nào.

- Việc mở rộng đối tượng phù hợp với quy định, hướng dẫn chuyên môn điều trị các bệnh lý về mắt do việc can thiệp các tật về mắt thường được chỉ thực hiện có hiệu quả cho trẻ giai đoạn sau 6 tuổi đến 18 tuổi.

- Phù hợp với Luật Trẻ em, trong đó trẻ em được quyền ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe.

**2. Đánh giá đối với phương án 2**

***2.1. Tác động về kinh tế***

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực.

b) Tác động tiêu cực:

- Nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế không đạt được các tác động tích cực về kinh tế do không thay đổi chính sách.

- Tăng chi ngân sách đầu tư cho y tế và giải quyết gánh nặng bệnh tật. Ngân sách nhà nước, Quỹ bảo hiểm y tế vừa phải tiếp tục phải đối mặt với các gánh nặng chi phí để điều trị các bệnh không lây nhiễm ở giai đoạn muộn với chi phí cao, ngân sách lại vẫn phải chi cho các hoạt động sàng lọc bệnh tật, giải quyết các hệ lụy xã hội, bảo trợ xã hội.

*2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Doanh nghiệp sẽ không phải tăng chi do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

Chính sách không có tác động tiêu cực đến doanh nghiệp nhưng không khuyến khích các doanh nghiệp cung cấp dịch vụ y tế phát triển.

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

a) Tác động tích cực:

Chính sách không có tác động tích cực đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

- Không tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như giảm mức độ bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, hạn chế phát triển dịch vụ kỹ thuật, đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, tăng áp lực về nguồn thu tự chủ.

- Tiếp tục phải có các chính sách hỗ trợ từ thiện cho người bệnh nghèo.

*2.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực cho người dân.

b) Tác động tiêu cực:

Tăng chi tiền túi cho các dịch vụ không được quỹ bảo hiểm y tế chi trả, giảm khả năng bảo đảm tài chính cho người bệnh.

***2.2. Tác động về xã hội***

*2.2.1. Tác động tích cực:*

Không có tác động tích cực.

*2.2.2. Tác động tiêu cực:*

- Về việc làm: Không làm tăng nguồn cung nhân lực cho thị trường lao động cũng như không tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân.

- Về sức khỏe: Không giúp người dân phát hiện để điều trị sớm bệnh, tật làm tăng gánh nặng bệnh tật, nhất là bệnh ở giai đoạn muộn, ảnh hưởng đến sức khỏe, giảm hiệu quả điều trị.

- Về giảm nghèo: Tiếp tục gia tăng tình trạng nghèo, tăng chi tiền túi.

***2.3. Tác động về giới***

Không có tác động tiêu cực nhưng không tạo điều kiện cho nữ giới.

***2.4. Tác động về thủ tục hành chính***

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính.

***2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật***

- Không phát sinh việc ban hành văn bản hướng dẫn.

- Không bảo đảm thể chế các văn bản của Đảng, không bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, trẻ em.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## **1. Kết luận**

*a) Về kinh tế:*

- Tác động tích cực:

Trong 2 phương án, phương án 1 có tác động tích cực về kinh tế đối với cả Nhà nước và Quỹ bảo hiểm y tế so với Phương án 2 trong việc tiết kiệm chi cho ngân sách và quỹ bảo hiểm y tế. Phương án 1 vượt trội hoàn toàn so với phương án 2 vì phương án 2 giữ nguyên hiện trạng pháp luật nên không làm tăng nguồn thu, ngược lại còn tốn thêm chi phí để giải quyết các vấn đề sức khoẻ, xã hội.

Phương án 1 giúp tăng khả năng bảo đảm tài chính cho người dân cũng như cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Đặc biệt người dân sẽ được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khi đi khám chữa bệnh và giảm chi tiền túi của người dân góp phần đạt được mục tiêu giảm tỷ lệ chi tiền túi. Các chính sách này cũng góp phần thúc đẩy và tăng nguồn thu cho y tế cơ sở, cấp chăm sóc ban đầu và cơ bản, từ đó cải thiện thu nhập của cán bộ y tế ở cơ sở.

Phương án 1 có tác động tích cực đến doanh nghiệp trong lĩnh vực y tế do người dân sẽ sử dụng dịch vụ y tế nhiều hơn góp phần tăng doanh thu.

Việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, Nhà nước sẽ giảm bớt gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến bảo đảm tài chính cho người dân.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 làm tăng chi ngân sách và quỹ bảo hiểm y tế.

Đối với Nhà nước, việc tăng chi thêm từ Quỹ bảo hiểm y tế có thể thêm chi phí nhưng lại được bảo đảm khả năng tài chính lâu dài do tiết kiệm được chi phí từ cả quỹ bảo hiểm y tế liên quan đến điều trị bệnh nặng trong tương lai. Như vậy ngân sách sẽ được lợi tối đa về tổng thể.

Đồng thời, Nhà nước có thể cân đối được thông qua sử dụng phần ngân sách Nhà nước giảm chi cho các đơn vị sự nghiệp thực hiện từ chủ tài chính[[10]](#footnote-10), tăng thuế tiêu thụ đặc biệt với các sản phẩm có hại cho sức khỏe[[11]](#footnote-11). Một phần của thuế có thể dành trích vào Quỹ bảo hiểm y tế nếu được Quốc hội thông qua.

Tuy nhiên, phương án 2 giữ nguyên như quyền lợi hiện tại thì về lâu dài sẽ chưa mang lại hiệu quả bảo vệ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Khi so sánh giữa tác động tích cực và tác động tiêu cực về kinh tế thì các tác động tích cực của phương án 1 mang lại nhiều giá trị bền vững, các tác động tiêu cực là chi phí cần thiết và có thể bù đắp bằng các giá trị tích cực của phương án này.

Việc thực hiện phương án sẽ làm tăng chi cho cả Nhà nước, doanh nghiệp, quỹ bảo hiểm y tế nhưng tác động này là hoàn toàn có thể cân đối được do việc mở ring quyền lợi chỉ ở mức tối thiểu, cụ thể: Mức tăng bình quân hàng năm của Quỹ bảo hiểm y tế trung bình trong giai đoạn 2014 - 2019 là 15,6%. Trong khi đó, mức tăng bình quân của chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trong giai đoạn này là 20,4%. Tuy nhiên, mức tăng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ năm 2018 đã giảm xuống còn 11% và đến 2019 chỉ còn 5,2%. Như vậy, với việc kiểm soát mức tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả và duy trì mức tăng thu bảo hiểm y tế Quỹ bảo hiểm y tế hoàn toàn có thể cân đối được khi mở rộng pham vi quyền lợi.

Bên cạnh đó, hiện Chính phủ, Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đang tăng cường các giải pháp quản lý, giám định, thanh tra, kiểm tra và tăng cường ứng dụng CNTT để giảm lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

*b) Về xã hội:*

- Tác động tích cực:

Phương án 1 có tác động tích cực về xã hội, phương án 2 không có bất kỳ tác động tích cực nào do giữ nguyên hiện trạng. Trong đó, phương án 1 có các tác động tích cực về sức khỏe, lao động, việc làm, giảm nghèo từ đó bảo đảm an sinh xã hội như: (1) Góp phần giúp tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt mức trên 95% dân số và tạo niềm tin cho người dân đối với chính sách bảo hiểm y tế; tăng cường năng lực cho y tế cơ sở, trạm y tế xã, góp phần giảm quá tải cho các cơ sở y tế nhất là cấp chăm sóc chuyên sâu. (2) 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. Tăng số năm sống khỏe mạnh của người dân do phát hiện và điều trị sớm giúp ngăn ngừa bệnh tật tiến triển. Bảo vệ và cải thiện sức khỏe của trẻ em, góp phần giảm tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 5 tuổi góp phần thực hiện các mục tiêu thiên niên kỷ của Việt Nam. Từ đó góp phần tăng tuổi thọ trung bình của người Việt Nam, nâng cao chất lượng dân số. (3) Góp phần 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. Giúp tiết kiệm chi phí điều trị bệnh nặng, tốn kém có thể làm suy giảm kinh tế nghiêm trọng từ đó giúp giảm nguy cơ đói nghèo trong nhóm người có thu nhập trung bình và khá do có bảo đảm về tài chính cho chăm sóc 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 tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội giúp giảm nguy cơ đói nghèo. (4) 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. (5) Thể hiện sự quan tâm của Nhà nước đối với các nhóm đối tượng này bảo đảm sự bình đẳng trong việc thực hiện chính sách an sinh xã hội. (6) Góp phần bảo đảm an sinh xã hội, giảm các nguy cơ phát sinh các vấn đề xã hội tiêu cực.

Trong khi đó phương án 2 giữ nguyên như quy định tại Luật hiện hành chưa mang được hiệu quả tích cực như phương án 1.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 không hoặc có không đáng kể tác động tiêu cực nhưng có thể cải thiện được, trong khi phương án 2 sẽ tiếp tục phát sinh nhiều vấn đề xã hội, trong đó có việc giảm tính ưu việt của chính sách an sinh xã hội, khó tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế theo mục tiêu của Quốc hội, Chính phủ là đạt trên 95% vào năm 2025 và ảnh hưởng đến nỗ lực giảm đói nghèo.

Khi so sách giữa tác động tích cực và tiêu cực của các phương án thì phương án 2 có nhiều tác động bất lợi.

*c) Về giới:*

- Tác động tích cực:

Phương án 1 có tác động tích cực đến cả hai giới. Trong đó, việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới và trẻ em bởi họ sẽ được bảo đảm nhiều quyền lợi liên quan.

- Tác động tiêu cực:

Cả 2 phương án đều không có tác động tiêu cực về giới, không tạo ra bất bình đẳng giới nhưng phương án 2 không tạo điều kiện cho nữ, trẻ em và người cao tuổi.

*d) Về thủ tục hành chính:*

- Tác động tích cực:

Cả 2 phương án đều không làm phát sinh thủ tục hành chính mới. Phương án 1 giúp giảm thủ tục chuyển tuyến, giảm phiền hà cho người bệnh.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 phát sinh khối lượng giải quyết giám định và thanh toán chi phí theo các nhóm quyền lợi tăng thêm nhưng các thủ tục này là cần thiết và hợp lý.

*đ) Về hệ thống pháp luật:*

- Tác động tích cực:

Phương án 2 không mang lại các tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật so với phương án 1.

Phương án 1 bảo đảm tính thống nhất, phù hợp với quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh và phù hợp với các quy trình chuyên môn cũng như điều trị nội khoa các bệnh lý về mắt.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 có phát sinh chi phí tuân thủ và xây dựng văn bản hướng dẫn. Phương án 2 có thể gia tăng các chi phí để tổ chức thực hiện pháp luật cũng như triển khai các chính sách xã hội khác nhằm bù đắp cho suy giảm quyền lợi và chi phí khám chữa bệnh.

Khi so sách giữa tác động tích cực và tiêu cực của các phương án trên các khía cạnh về kinh tế, xã hội, giới, hành chính, pháp luật và tính khả thi, ổn định thì phương án 1 có các tác động tích cực và toàn diện, bền vững hơn so với phương án 2.

## **Kiến nghị**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án và so sánh chung giữa các phương án đã phân tích như trên, đề xuất lựa chọn *Phương án 1*:

- Mở rộng chi trả cho điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi[[12]](#footnote-12);

- Quy định 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 khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chuyên khoa thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn hoặc một số trường hợp cấp dưới không đủ năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế hoặc đối với một số trường hợp bệnh đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng.

- Quy định nguyên tắc giao Chính phủ nghiên cứu, đánh giá tác động đầy đủ để quy định cụ thể việc mở rộng phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế hoặc thiết kế gói quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp theo nguyên tắc đóng - hưởng đối với các dịch vụ khám chẩn đoán để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự tiến triển của một số bệnh, quyền lợi vể sử dụng một số sản phẩm dinh dưỡng điều trị đặc thù khi có đủ các bằng chứng khoa học, điều kiện bảo đảm thực hiện và bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế. Nguyên tắc giao Chính phủ quy định về bảo hiểm y tế bổ sung khi đủ điều kiện.

- Pháp điển hóa việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đối với các sản phẩm khí y tế, máu và các chế phẩm máu đang quy định tại văn bản dưới luật hiện đã đang được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nên cần pháp điển hóa, thể chế trong Luật để có cơ sở pháp lý cao hơn.

Đối với một số giải pháp về mở rộng phạm vi quyền lợi về về chân tay giả, máy trợ thính, có chi phí thực hiện cao chưa bảo đảm khả năng cân đối quỹ ở giai đoạn hiện nay. Một số dịch vụ như hỗ trợ sinh sản, khám sức khỏe định kỳ, đa dạng hóa cơ sở cung ứng dịch vụ bảo hiểm y tế như nhà thuốc, trung tâm xét nghiệm hiện cần thêm thông tin, dữ liệu đánh giá tác động và truyền thông, cung cấp thông tin nên chưa kiến nghị quy định để bảo đảm tính khả thi. Về việc liên kết giữa bảo hiểm y tế xã hội và bảo hiểm thương mại, Bộ Y tế sẽ tiếp tục nghiên cứu trên cơ sở quy định của Luật Bảo hiểm y tế và Luật Kinh doanh bảo hiểm và sẽ trình Chính phủ theo thẩm quyền trong thời gian tới khi đủ điều kiện.

**Mục 3
ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 3:
ĐIỀU CHỈNH CÁC QUY ĐỊNH BẢO HIỂM 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**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Từ năm 2015, theo Luật bảo hiểm y tế người dân tộc thiểu số sinh sống ở vùng khó khăn, người sống ở xã đảo, huyện đảo khi khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến tại tuyến tỉnh, tuyến trung ương được hưởng đầy đủ quyền lợi như khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến. Luật bảo hiểm y tế cũng quy định từ năm 2016 người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến tại các cơ sở tuyến xã, tuyến huyện trong tỉnh và bệnh viện tuyến huyện trên toàn quốc được hưởng quyền lợi như khám bệnh, chữa bệnh đúng tuyến (thông tuyến huyện) và đến năm 2021 khi khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến tại các cơ sở tuyến tỉnh trên toàn quốc được hưởng quyền lợi điều trị nội trú như đúng tuyến (thông tuyến tỉnh). Quy định này đã tạo điều kiện thuận lợi cho những người tham gia bảo hiểm y tế tiếp cận dịch vụ y tế do giảm thiểu thủ tục hành chính mỗi khi người bệnh phải chuyển tuyến. Tuy nhiên, việc quy định người có thẻ bảo hiểm được áp dụng cơ chế "thông tuyến" như hiện nay dẫn đến tình trạng tiếp cận dịch vụ y tế không phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh thực tế và sử dụng lãng phí các nguồn lực, đặc biệt là quá tải các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao. Quy định này cũng gây khó khăn trong thực hiện mục tiêu quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình. Bên cạnh đó, một số cơ sở KCB có cơ chế thu hút người bệnh có thể dẫn đến việc tăng số lượng KCB so với nhu cầu thực tế, ảnh hưởng đến hiệu quả của việc sử dụng quỹ bảo hiểm y tế. Việc người bệnh đi lên tuyến trên bỏ qua tuyến dưới cũng ảnh hưởng tới sự phát triển của hệ thống y tế cơ sở.

Chính sách thông tuyến khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, đã tác động lớn đến khám chữa bệnh tại cả các tuyến xã, huyện, tỉnh. Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam[[13]](#footnote-13), sau khi chính sách “thông tuyến huyện” có hiệu lực thi hành từ 01/01/2016, số lượt KCB BHYT tại tuyến huyện tăng mạnh, số lượt KCB tại tuyến xã giảm. Trong đó, số lượt KCB tại tuyến huyện tăng mạnh nhất từ năm 2016 (tăng 16,2 triệu lượt so với năm 2015) và năm 2017 (tăng 22,9 triệu lượt so với năm 2016); Lượt KCB tại tuyến xã lại giảm từ 34,2 triệu lượt KCB (chiếm 26,2% tổng lượt KCB toàn quốc) trong năm 2015 xuống còn 30,5 triệu lượt (chiếm 16,6% tổng lượt KCB toàn quốc) trong năm 2019. Từ ngày 01/01/2021, quy định *“thông tuyến tỉnh nội trú”* tại khoản 6 Điều 22 Luật BHYT chính thức có hiệu lực. Theo đó, người tham gia BHYT khi tự đi KCB không đúng tuyến tại các cơ sở KCB tuyến tỉnh trong phạm vi cả nước được quỹ BHYT chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng như khi đi KCB đúng tuyến, tỷ trọng số lượt và số chi KCB BHYT nội trú tại tuyến tỉnh tăng lên trong tổng số lượt và số chi KCB BHYT.

Theo báo cáo đánh giá tác động của chính sách thông tuyến huyện của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế[[14]](#footnote-14) cho thấy, mặc dù chính sách thông tuyến giúp người bệnh được tiếp cận dễ dàng với các cơ sở y tế tuyến trên, nhưng cũng kéo theo sự gia tăng tỷ lệ nhập viện không cần thiết và tăng chi tiền túi của người bệnh. Trong khi đó, không có sự khác biệt về sự hài lòng của người bệnh đi khám chữa bệnh “thông tuyến” và khám chữa bệnh ban đầu (tại chỗ). Từ 01/01/2021 khi áp dụng chính sách thông tuyến tỉnh, báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam cho thấy số lượt điều trị nội trú tăng tại tuyến tỉnh, giảm tại tuyến Trung ương và huyện đồng thời tăng số lượt đi khám chữa bệnh trái tuyến tại tuyến tỉnh. Đồng thời, kết quả cũng cho thấy một số bệnh điều trị nội trú tại tuyến tỉnh có thể điều trị hiệu quả ở tuyến Y tế cơ sở, ví dụ như mổ lấy thai, đẻ thường, viêm dạ dày và tá tràng, viêm phế quản cấp, hoặc rối loạn chức năng tiền đình. Việc thông tuyến có tác động đến việc thực hiện một số chính sách khác như chính sách tăng cường năng lực cho y tế cơ sở, kiểm soát gia tăng chi phí, đổi mới các phương thức thanh toán.

Luật bảo hiểm y tế chỉ quy định thông tuyến huyện toàn quốc đối với bệnh viện mà không đề cập đến các loại hình khám, chữa bệnh tuyến huyện khác như trung tâm y tế, phòng khám đa khoa, bệnh xá quân đội, công an, bệnh xá quân dân y... Bên cạnh đó, hiện nay, Luật khám bệnh, chữa bệnh mới ban hành năm 2023 quy định 3 cấp chuyên môn kỹ thuật. Do vậy, cần sửa đổi, điều chỉnh vấn đề chuyển tuyến, thông tuyến trong Luật bảo hiểm y tế một cách đồng bộ để bảo đảm quản lý bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp và phát huy vai trò của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

- Bảo đảm đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 về quy định cấp chuyên môn kỹ thuật và khắc phục các bất cập của quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Tăng tỷ lệ khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở, từ đó tăng chi cho y tế cơ sở.

- Nâng cao chất lượng dịch vụ tại y tế cơ sở, hạn chế vượt cấp chuyên môn kỹ thuật, giảm quá tải cho tuyến trên.

- Tạo sự thuận lợi cho người dân trong tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế, góp phần thúc đẩy sự phát triển của hệ thống y tế.

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

Để khắc phục được vấn đề bất cập nêu trên, có 02 phương án được đề xuất giả định để giải quyết vấn đề:

**1. Phương án 1:**

- Điều chỉnh phù hợp việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, y tế cơ sở và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản. Cụ thể:

Quy định về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và người bệnh tự đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng cấp chuyên môn kỹ thuật để người bệnh được hưởng tối đa quyền lợi trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh phải đồng bộ với nhau và đồng bộ với quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023.

Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật đã được chuyển đổi thành 3 cấp chuyên môn kỹ thuật, các quy định về hạng bệnh viện sẽ không áp dụng làm căn cứ tính giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trên cơ sở thống nhất với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, bảo đảm phù hợp với đặc thù của bảo hiểm y tế, kế thừa, ổn định của công tác khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và yêu cầu cân đối Quỹ, dự thảo Luật quy định như sau:

- Về cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: thực hiện theo pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh gồm 3 cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Mỗi cơ sở sẽ được chấm điểm để xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

- Về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đồng bộ với cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bao gồm:

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản có tên gọi là trung tâm y tế huyện có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân, bộ, ngành, cơ sở y tế thuộc lực lượng vũ trang tương đương bệnh viện huyện theo quy định của Bộ Y tế.

+ Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản có tên gọi là bệnh viện tỉnh và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu được giao nhiệm vụ tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho một số đối tượng đặc thù theo quy định của Bộ Y tế.

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu là cơ sở mà người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký để quản lý sức khỏe tại đó và là nơi đi khám, chữa bệnh đầu tiên khi người tham gia bảo hiểm y tế mắc bệnh để được hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu hoặc đi du lịch, công tác, lưu trú tại địa phương khác). Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu không đồng nhất với cơ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật ban đầu theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh mà rộng hơn bao gồm cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn (cơ bản, chuyên sâu), là đặc thù của chính sách bảo hiểm y tế. Hiện nay, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu đang có ở tất cả các tuyến để phục vụ các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau và đủ khả năng đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh ban đầu của hơn 93 triệu người tham gia bảo hiểm y tế. Vì vậy, khi hệ thống y tế chuyển từ tuyến chuyên môn kỹ thuật, hạng bệnh viện sang cấp chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chưa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu vẫn có thể nằm ở 3 cấp chuyên môn kỹ thuật: ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Việc sửa đổi đồng bộ là nhằm phiên giải và điều chỉnh các quy định về tuyến, hạng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước đây theo các thuật ngữ và phạm vi chuyên môn phù hợp với các cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh, bảo hiểm y tế để xếp vào nhóm cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa ban đầu và xác định phạm vi quyền lợi được hưởng bảo hiểm y tế.

- Về tỷ lệ thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được điều chỉnh phiên giải từ tuyến chuyên môn kỹ thuật trước đây sang cấp chuyên môn kỹ thuật khi người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, không theo thủ tục chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Về cơ bản kế thừa giữ nguyên tỷ lệ thanh toán như quy định hiện hành, có điều chỉnh tăng tỷ lệ thanh toán tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y tế cơ sở để khuyến khích, thu hút người dân khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phù hợp với khả năng chi trả của quỹ theo quy định của Bộ Y tế, cụ thể:

+ Nhóm cơ sở giữ nguyên tỷ lệ thanh toán:

(1) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hiện thuộc tuyến xã và tương đương (bao gồm dân y, quân y, công an) khi xếp vào cấp KCB ban đầu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành là 100% chi phí KCB.

(2) Đối với bệnh viện huyện, trung tâm y tế có giường bệnh, bệnh viện bộ, ngành, tư nhân tương đương bệnh viện huyện khi chấm điểm đạt dưới 70 điểm được xếp vào cấp cơ bản hoặc đạt từ 70 điểm trở lên xếp vào cấp chuyên sâu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành: nội trú 100% và ngoại trú 100%.

 (3) Đối với bệnh viện tỉnh, bệnh viện bộ, ngành, tư nhân tương đương bệnh viện tỉnh khi chấm điểm đạt dưới 70 điểm được xếp vào cấp cơ bản hoặc khi chấm điểm đạt từ 70 điểm trở lên được xếp vào cấp chuyên sâu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành: nội trú 100%, ngoại trú 0%.

(4) Đối với bệnh viện hiện xếp tuyến trung ương khi chấm điểm đạt dưới 70 điểm được xếp vào cấp cơ bản hoặc đạt từ 70 điểm trở lên được xếp vào cấp chuyên sâu: Tỷ lệ thanh toán giữ nguyên như quy định hiện hành: 40% nội trú và 0% ngoại trú.

+ Nhóm cơ sở tăng tỷ lệ thanh toán:

(1) Đối với trung tâm y tế huyện không có giường bệnh nội trú, phòng khám đa khoa, phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an chỉ điều trị ngoại trú được xếp vào cấp ban đầu: Điều chỉnh tăng tỷ lệ thanh toán chi phí KCB từ 0% lên 100% đối với người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ngoại tỉnh (trước đây chỉ ở bệnh viện huyện toàn quốc và đăng ký ban đầu nội tỉnh mới được hưởng 100% do bất cập của Luật hiện hành chỉ áp dụng thông tuyến toàn quốc cho bệnh viện huyện mà chưa áp dụng đối với các cơ sở nêu trên. Quy định này giúp đơn giản hóa thủ tục hành chính và bảo đảm bình đẳng giữa các loại hình cơ sở tương đương, giúp cho người dân đi khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở thuận tiện hơn.).

*Bảng minh họa phiên giải chi tiết tỷ lệ thanh toán khi chuyển từ phân tuyến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sang xếp cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh*

| **Phân tuyến theo Luật BHYT hiện hành**  | **Xếp cấp CMKT theo Luật KBCB 2023** | **Tỷ lệ thanh toán theo điều 22 Luật BHYT hiện hành** | **Dự kiến điều chỉnh** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Đúng tuyến** | **Trái tuyến** | **Đi đúng cơ sở KCB BĐ** | **Tự đi khám chữa bệnh không đúng cơ sở ĐK KCB ban đầu, trình tự chuyển cơ sở KBCB BHYT** |
| Tuyến xã (bao gồm cơ sở dân y, quân y, công an) | Cấp ban đầu | 100% | 100% | 100% |  **Giữ nguyên** như hiện hành: 100% |
| Trung tâm y tế huyện không có giường bệnh nội trú, phòng khám đa khoa, phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, cơ sở KCB thuộc Bộ Quốc phòng, Công an chỉ KCB ngoại trú tương đương tuyến huyện | Cấp ban đầu | 100%  | **Nội tỉnh**: 100% **Ngoại tỉnh**: *0%*  | **Nội tỉnh**: 100% **Ngoại tỉnh**: *100%*  | **Điều chỉnh tăng:** cả người đăng ký KCB ban đầu **nội tỉnh và ngoại tỉnh** đều được hưởng tỷ lệ 100% ngoại trú |
| Bệnh viện huyện và bệnh viện bộ, ngành, bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện huyện (dưới 70 điểm[[15]](#footnote-15)) | Cấp cơ bản | 100% nội và ngoại trú | 100% nội và ngoại trú | 100% nội và ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành100% nội và100% ngoại trú |
| Bệnh viện huyện và bệnh viện bộ, ngành, bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện huyện (từ 70 điểm | Cấp chuyên sâu | 100% nội trú100 ngoại trú | 100% nội trú100 ngoại trú | 100% nội trú100 ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành100% nội và 100% ngoại trú |
| Bệnh viện tỉnh và bệnh viện bộ, ngành, Bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện tỉnh(dưới 70 điểm) | Cấp cơ bản | 100% nội trú; 100% ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú 100% | Ngoại trú: 100%Nội trú: 100% | **Giữ nguyên** như hiện hành:Ngoại trú: 0%Nội trú 100% |
| Bệnh viện tỉnh và bệnh viện bộ, ngành, bệnh viện tư nhân tương đương bệnh viện tỉnh(từ 70 điểm trở lên) | Cấp chuyên sâu | 100% cho nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú: 100% | Ngoại trú: 100%Nội trú: 100% | **Giữ nguyên** như hiện hành: Ngoại trú: 0%Nội trú: 100% |
| Bệnh viện trung ương(dưới 70 điểm) | Cấp cơ bản | 100% nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% | 100% nội và ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành: Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% |
| Bệnh viện trung ương(từ 70 điểm trở lên) | Cấp chuyên sâu | 100% cho nội và ngoại trú | Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% | 100% cho nội và ngoại trú | **Giữ nguyên** như hiện hành:Ngoại trú: 0%Nội trú: 40% |

- Quy định tỷ lệ hưởng bảo hiểm y tế 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng đối với:

(1) Một số trường hợp đặc thù không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ Y tế;

(2) Trường hợp người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật, thủ thuật phức tạp 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.

(3) Quy định người bệnh đã được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh mạn tính được chuyển về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đăng ký ban đầu hoặc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu để quản lý, cấp phát thuốc chuyên khoa, thuốc sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn (cơ bản, chuyên sâu) theo quy định của Bộ Y tế, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo tỷ lệ 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế để tăng cường khám bệnh, chữa bệnh ở y tế cơ sở, cấp chuyên môn kỹ thuật thấp hơn (ban đầu, cơ bản) và bảo đảm sát thực tiễn, giảm phiền hà cho người dân.

**2. Phương án 2:**

Giữ nguyên như hiện hành.

**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:

Việc điều chỉnh chính sách về tỷ lệ hưởng khi đi tự đi khám chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh chữa bệnh ban đầu đối với Trung tâm y tế huyện không có giường bệnh nội trú, phòng khám đa khoa (hưởng 100% cả trường hợp nội và ngoại tỉnh: 100% ngoại trú) góp phần giảm bớt gánh nặng của ngân sách Nhà nước để đầu tư nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị cho hoạt động chống quá tải của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như cho việc giải quyết các hậu quả của việc giảm tỷ lệ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở y tế cơ sở. Nâng cao hiệu quả sử dụng cơ sở vật chất, trang thiết bị đã được đầu tư cho trạm y tế xã nhiều năm qua, tránh lãng phí. Tiết kiệm chi ngân sách cấp cho y tế cơ sở để chi cho hoạt động thường xuyên đối với những trạm y tế có nguồn thu khám chữa bệnh đủ bù chi khi tăng lượt khám chữa bệnh và khi giá được tính đủ chi phí.

b) Tác động tiêu cực:

- Tăng chi phí ban đầu từ ngân sách cho việc nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị, chi phí đào tạo nâng cao trình độ và chi phí thu hút nhân lực chuyên môn về làm việc tại y tế cơ sở.

- Thêm chi phí cho việc đầu tư hạ tầng, công nghệ thông tin của y tế cơ sở để bảo đảm kết nối thanh toán với hệ thống thanh toán của cơ quan bảo hiểm xã hội. Có thể làm giảm nguồn thu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn.

- Có thể bị tăng chi phí của Quỹ bảo hiểm y tế do tăng chỉ định kỹ thuật, sử dụng thuốc tại các cơ sở chuyên khoa.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Tăng doanh thu của các cơ sở kinh doanh dược, thiết bị y tế do tăng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến xã.

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:

- Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, y tế cơ sở do mở rộng phạm vi cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Góp phần mở rộng và nâng cao hiệu quả hoạt động, nguồn thu của y tế cơ sở, cơ sở khám bệnh chữa bệnh cấp dưới, trạm y tế xã vì các hoạt động dịch vụ này có thể thực hiện ở cấp chăm sóc ban đầu, cơ bản là chủ yếu.

- Góp phần tăng thu nhập và các chế độ chính sách cho cán bộ y tế cơ sở, từ đó góp phần nâng cao chất lượng nhân lực y tế.

b) Tác động tiêu cực:

- Không có.

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

a) Tác động tích cực:

- Giảm chi phí điều trị nội trú từ quỹ bảo hiểm y tế do tiết kiệm thời gian điều trị, giảm chỉ định điều trị nội trú không cần thiết để tăng điều trị ngoại trú.

- Việc đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại y tế cơ sở sẽ giúp quản lý tốt sức khoẻ của người dân và quản lý tốt các bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm từ đó có thể giảm thiểu chi phí quỹ bảo hiểm y tế phải chi trả cho các biến chứng của bệnh và giai đoạn bệnh nặng, tiến triển; tiết kiệm chi điều trị nội trú không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật ở cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn với chi phí cao đặc biệt là tiền giường, dịch vụ kỹ thuật, thuốc. Về dài hạn, chi phí dành cho khám, chữa bệnh giảm khi phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh tật. Ví dụ: chi phí từ quỹ bảo hiểm y tế năm 2023 cho việc điều trị bệnh đái tháo đường tuýp 2 lên đến 6.766,6 tỷ đồng/năm, chiếm 5,6% tổng chi quỹ, cho bệnh tăng huyết áp là 6.015,3 tỷ đồng/năm, chiếm 4,9% tổng chi quỹ[[16]](#footnote-16).

b) Tác động tiêu cực:

Có thể bị tăng chi phí của Quỹ bảo hiểm y tế do tăng chỉ định kỹ thuật, sử dụng thuốc tại các cơ sở chuyên khoa. Quỹ bảo hiểm y tế cũng có thể tăng chi do tăng tỷ lệ hưởng khi tự đi khám bệnh chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh chữa bệnh ban đầu tại một số cơ sở. Tuy nhiên, việc điều chỉnh quy định về chuyển cơ sở khám bệnh chữa và tỷ lệ hưởng bệnh bảo hiểm y tế tại dự thảo Luật này cơ bản không thay đổi nhiều so với việc quy định chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định hiện tại. Bên cạnh đó, người bệnh không điều trị ở cơ sở này cũng sẽ phải đến cơ sở khám bệnh chữa bệnh khác. Do đó, nhìn chung số lượt khám bệnh chữa bệnh sẽ ít thay đổi và không tác động nhiều đến Quỹ bảo hiểm y tế.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Tăng mức độ tiếp cận của người dân với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và từ đó giảm các chi phí điều trị, chi phí đi lại, thời gian chờ đợi khi người dân được đăng ký khám, chữa bệnh, quản lý sức khoẻ ngay tại tuyến cơ sở. Giảm chi phí đồng chi trả của người bệnh từ đó giảm tỷ lệ chi tiền túi.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

Giải pháp có các động tích cực về tất cả các tiêu chí như:

- 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. Thu hút cán bộ y tế có trình độ chuyên môn về y tế cơ sở, tăng lao động có trình độ chuyên môn. Tăng nguồn thu nhập, chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế.

- 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. Tiến tới xây dựng hệ thống dữ liệu y tế toàn dân góp phần chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Tăng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở. Tăng uy tín và niềm tin cho y tế cơ sở từ đó duy trì, thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế, tăng độ bao phủ. Hạn chế tình trạng tiếp cận dịch vụ y tế không phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh thực tế và sử dụng lãng phí các nguồn lực, đặc biệt là quá tải ở các bệnh viện cấp kỹ thuật cao.

- Do hệ thống y tế cơ sở quản lý, theo dõi sức khoẻ của từng hộ, từng người dân trên địa bàn được tăng cường và có đủ năng lực để điều trị, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân nên sẽ hạn chế được nguy cơ mắc, tình trạng nặng của bệnh, tật, sức khỏe người dân được bảo đảm và từ đó hạn chế việc người dân phải nhập viện, góp phần khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện.

- 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 thu nhập cho bản thân và xã hội.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Phương án này có hạn chế là Nhà nước có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến giảm quyền lợi cho người bệnh vượt cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khi giảm tỷ lệ chi trả cho một số trường hợp. Tuy nhiên, nội dung này có thể tuyên truyền để người dân hiểu về lợi ích và đồng thuận. Đối với người dân đi khám, chữa bệnh nội trú không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật tại các bệnh viện tỉnh được xếp vào cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu sẽ phải tăng tỷ lệ đồng chi trả lên 60% chi phí khám bệnh, chữa bệnh nhưng có thể khắc phục bằng giải pháp tư vấn, vận động để người dân đi khám bệnh, chữa bệnh đúng cấp chuyên môn kỹ thuật thì vẫn được chi trả 100%.

***1.3. Tác động về giới***

Giải pháp không có tác động về giới.

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

Giải pháp không có tác động về giới. Giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính mới mà còn góp phần giảm thủ tục chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật, giảm phiền hà cho người bệnh khi được điều trị một số bệnh ngay tại y tế cơ sở, cấp dưới.

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

*1.5.1. Tác động tích cực:*

Giải pháp đã thể chế được các định hướng chính sách tại Nghị quyết số 20-NQ/TW, Nghị quyết số 42-NQ/TW của Ban chấp hành trung ương Đảng về chú trọng phát triển mạng lưới và nâng cáo năng lực, chất lượng của y tế cơ sở.

Khắc phục bất cập của luật hiện hành quy định Phòng khám đa khoa và Trung tâm y tế không thuộc diện thông tuyến do luật hiện hành chỉ quy định thông tuyến ngoại tỉnh đối với bệnh viện, ảnh hưởng lớn đến phát triển của cơ sở và quyền lợi của người dân tham gia BHYT.

Giải pháp có tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật, bảo đảm được tính thống nhất đồng bộ và chỉ phát sinh chi phí ban hành văn bản hướng dẫn.

Đối với vấn đề khả năng, điều kiện bảo đảm, nguồn nhân lực của cấp cơ sở để đảm bảo tính khả thi: Trong nhiều năm qua, Bộ Y tế đã triển khai thực hiện đồng bộ nhiều giải pháp nhằm nâng cao chất lượng y tế cơ sở, đặc biệt là nâng cao trình độ chuyên môn, nguồn nhân lực cho y tế cơ sở như Đề án cử cán bộ chuyên môn luân phiên từ bệnh viện tuyến trên về hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh (Đề án 1816), Đề án Bệnh viện vệ tinh giai đoạn 2013 - 2020, Đề án chuyển đổi số trong ngành y tế, Đề án phát triển nguồn nhân lực y tế… và đặt biệt, Bộ Y tế đã trình Ban Bí thư ban hành Chỉ thị số 25-CT/TW ngày 25/10/2023 về tiếp tục củng cố, hoàn thiện, nâng cao chất lượng hoạt động của y tế cơ sở trong tình hình mới. Đây là văn bản quan trọng, định hướng để Bộ Y tế tiếp tục xây dựng và triển khai nhiều nhiệm vụ, giải pháp nhằm tăng cường năng lực của y tế cơ sở để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu của nhân dân trong thời gian tới.

*1.5.2. Tác động tiêu cực:*

- Không có.

1. **Đánh giá đối với phương án 2**

***2.1. Tác động về kinh tế***

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Nhà nước không chịu tác động về kinh tế liên quan đến tăng chi từ ngân sách do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

Tiếp tục tăng gánh nặng của ngân sách Nhà nước do vẫn phải đầu tư để giảm quá tải cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong đó, Nhà nước đang phải đầu tư xây dựng thêm bệnh viện, cơ sở 2, cơ sở 3 của một số bệnh viện tuyến trung ương, nhiều tỉnh phải đầu tư mở rộng thêm giường bệnh tại các bệnh viện tỉnh, xây thêm cơ sở 2. Suất vốn đầu tư của 01 giường bệnh đa khoa tuyến tỉnh khoảng gần 1,5 tỷ đồng, của 01 giường bệnh đa khoa chuyên sâu, kỹ thuật cao tuyến trung ương khoảng 4,5 tỷ đồng. Bên cạnh đó, chi phí để mua sắm trang thiết bị, cơ sở vật chất, đào tạo nhân lực cho trạm y tế xã, trung tâm y tế huyện, bệnh viện huyện không được sử dụng đúng công suất hoặc bỏ không sẽ dẫn đến lãng phí ngân sách.

*2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực.

b) Tác động tiêu cực:

Không tạo tăng doanh thu các dịch vụ, thuốc, vật tư có chi phí cao cho các doanh nghiệp.

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

a) Tác động tích cực:

Không có tác động tích cực.

b) Tác động tiêu cực:

- Tiếp tục giảm nguồn thu, giảm mức độ bảo đảm tài chính cho y tế cơ sở, lãng phí nguồn lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, giảm chi phí tiền lương, không có thu nhập tăng thêm cho thầy thuốc và nhân viên y tế.

- Việc tăng dịch vụ, số lượt khám, chữa bệnh trái tuyến ở bệnh viện tỉnh và trung ương tạo ra thêm nguồn thu cho các bệnh viện này nhưng lại mất công bằng trong hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giữa các tuyến, việc tập trung vào nguồn thu từ khám, chữa bệnh ban đầu, cơ bản ảnh hưởng đến việc cung cấp các dịch vụ kỹ thuật cao.

- Phòng khám đa khoa và Trung tâm y tế huyện tiếp tục bị ảnh hưởng nguồn thu do luật hiện hành chỉ quy định thông tuyến ngoại tỉnh đối với bệnh viện, ảnh hưởng lớn đến phát triển của cơ sở.

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

a) Tác động tích cực: Không có tác động tích cực do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực: Việc tăng tỷ lệ khám, chữa bệnh trái tuyến ở tuyến trên làm tăng chi quỹ bảo hiểm y tế do phạm vi chi trả ở tuyến trên thường cao hơn, thậm chí tăng nguy cơ lạm dụng, lãng phí quỹ do chỉ định dịch vụ không cần thiết, kỹ thuật cao, thuốc đắt tiền. Lãng phí quỹ Bảo hiểm y tế phải chi trả cho các biến chứng của bệnh được xem là hậu quả của việc quản lý kém hiệu quả ở tuyến cơ sở.

*2.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực: Rất ít tác động đến người dân. Tuy nhiên, một bộ phận người bệnh có thể được hưởng tăng phạm vi quyền lợi đối với việc giữ nguyên quy định thông tuyến tỉnh.

b) Tác động tiêu cực: Việc thông tuyến mặc dù đem lại thuận tiện và mở rộng phạm vi quyền lợi cho người bệnh được dùng thuốc, dịch vụ kỹ thuật của tuyến trên nhưng lại thêm chi phí đi lại, cư trú, nhân lực chăm sóc và tăng tỷ trọng đồng chi trả so với khám, chữa bệnh tại tuyến dưới do chênh lệch giá dịch vụ, thuốc, vật tư.

Nếu giữ nguyên hiện trạng không tăng cường phạm vi quyền lợi cho y tế cơ sở và không cho phép một số bệnh mạn tính, bệnh đã được chẩn đoán ở tuyến trên về quản lý tại xã và nhận thuốc như ở tuyến trên sẽ ảnh hưởng đến người bệnh do chi phí đi lại, cư trú và giảm cơ hội, phạm vi quyền lợi đối với người bệnh nghèo, không có điều kiện lên tuyến trên.

***2.2. Tác động về xã hội***

*2.2.1. Tác động tích cực:*

Không có tác động tích cực.

*2.2.2. Tác động tiêu cực:*

- Đối với hệ thống y tế: Việc duy trì chính sách thông tuyến làm mất cân đối hệ thống y tế, sử dụng lãng phí nguồn lực đầu tư và nguồn lực xã hội. Các cơ sở tuyến trên không bảo đảm cân đối chức năng khám chữa bệnh chuyên sâu, kỹ thuật cao, hạn chế thời gian và nhân lực cho nghiên cứu khoa học, phát triển kỹ thuật cao. Y tế cơ sở giảm chất lượng, tiếp tục suy giảm niềm tin đối với người tham gia bảo hiểm y tế. Từ đó làm gia tăng tình trạng bất bình đẳng trong hệ thống.

- Về việc làm: Không làm tăng nguồn cung nhân lực cho thị trường lao động cũng như không tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân. Có nguy cơ cán bộ y tế bỏ việc, giảm nhân lực trình độ chuyên môn cao, nhất là ảnh hưởng lớn đến nhân lực ở tuyến cơ sở do hạn chế, giảm nguồn thu. Thầy thuốc và nhân viên y tế tại tuyến dưới bị tăng nguy cơ bất bình đẳng do giảm thu nhập, giảm cơ hội tiếp cận người bệnh, mai một chuyên môn, không có điều kiện phát triển kỹ năng, nghề nghiệp. Mất cân đối trong phân bổ nhân lực giữa trung ương và địa phương, giữa các tuyến trong hệ thống.

- Về sức khỏe: Không giúp người dân phát hiện để điều trị sớm bệnh, tật. Nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, tăng mức độ nặng của bệnh hoặc kéo dài thời gian điều trị do năng lực quản lý sức khỏe, điều trị của y tế cơ sở còn hạn chế. Người bệnh điều trị tại tuyến dưới giảm cơ hội được tiếp cận thuốc, vật tư, dịch vụ kỹ thuật mới, không nâng cao được hiệu quả điều trị. Bên cạnh đó lại có nguy cơ lạm dụng chỉ định không cần thiết, vượt quá yêu cầu chuyên môn cho người bệnh.

- Về giảm nghèo: Không có tác động đến giảm nghèo do không hạn chế chi từ tiền túi của những người dân do tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, không tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

***2.3. Tác động về giới***

Không có tác động về giới.

***2.4. Tác động về thủ tục hành chính***

Việc thực hiện giải pháp tiếp tục duy trì thủ tục chuyển tuyến không cần thiết, gây phiền hà cho người bệnh, nhân viên y tế, lãng phí thời gian, nhân lực, chi phí phát sinh.

***2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật***

*2.5.1. Tác động tích cực:*

Không làm phát sinh thêm yêu cầu về đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như nhân lực để thực hiện các chức năng, nhiệm vụ mới.

Không phải sửa đổi hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về chuyển người bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

*2.5.2. Tác động tiêu cực:*

- Không thể chế hóa quan điểm của Đảng tại Nghị quyết số 20 - NQ/TW.

- Không bảo đảm thống nhất với Luật khám bệnh, chữa bệnh về cấp chuyên môn kỹ thuật.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## **1. Kết luận**

*a) Về kinh tế:*

Phương án 1 vượt trội hơn phương án 2 về các tác động tích cực về tăng thu, tiết kiệm chi phí cho tất cả các chủ thể là Nhà nước, doanh nghiệp, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người dân và Quỹ bảo hiểm y tế, bao gồm:

- Giảm bớt gánh nặng của ngân sách Nhà nước để đầu tư cho hoạt động chống quá tải của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cũng như cho việc giải quyết các hậu quả của việc giảm tỷ lệ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở y tế cơ sở.

- Nâng cao hiệu quả sử dụng cơ sở vật chất, trang thiết bị đã được đầu tư cho trạm y tế xã nhiều năm qua, tránh lãng phí.

- Tiết kiệm chi ngân sách cấp cho y tế cơ sở để chi cho hoạt động thường xuyên đối với những trạm y tế có nguồn thu khám chữa bệnh đủ bù chi khi tăng lượt khám chữa bệnh và khi giá được tính đủ chi phí.

- Tăng doanh thu của các cơ sở kinh doanh dược, thiết bị y tế do tăng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến xã.

- Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu, y tế cơ sở.

- Giảm tình trạng quá tải ở tuyến trên có thể giúp tiết kiệm chi phí nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị.

- Do hệ thống y tế cơ sở quản lý, theo dõi sức khoẻ của từng hộ, từng người dân trên địa bàn và có đủ năng lực để điều trị, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân nên sẽ hạn chế được nguy cơ mắc bệnh, tật, sức khỏe người dân được bảo đảm và từ đó hạn chế việc người dân phải nhập viện, góp phần khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện.

- Việc đăng ký khám chữa bệnh ban đầu tại tuyến y tế cơ sở sẽ giúp quản lý tốt sức khoẻ của người dân và quản lý tốt các bệnh mạn tính. Qua đó, giảm thiểu chi phí quỹ Bảo hiểm y tế phải chi trả cho các biến chứng của bệnh được xem là hậu quả của việc quản lý kém ở tuyến cơ sở. Ví dụ: bệnh đái tháo đường týp 2, chi phí Quỹ Bảo hiểm y tế đã phải chi trả năm 2017 cho việc điều trị các biến chứng của bệnh lên đến 435 triệu đô la Mỹ/năm. Mỗi ca bệnh ung thư gan tốn khoảng 200-300 triệu/năm.

- Về dài hạn, chi phí dành cho khám, chữa bệnh giảm khi phát hiện sớm bệnh tật.

- Tiết kiệm chi điều trị nội trú không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật ở tuyến trên với chi phí cao đặc biệt là tiền giường, dịch vụ kỹ thuật, thuốc.

- Tăng mức độ tiếp cận của người dân với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và từ đó giảm các chi phí đi lại, chờ đợi để được cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Giảm chi phí điều trị và các chi phí đi lại khi người dân được đăng ký khám chữa bệnh, quản lý sức khoẻ ngay tại tuyến cơ sở.

- Giảm chi phí đồng chi trả của người bệnh từ đó giảm tỷ lệ chi tiền túi.

Tuy nhiên, phương án 1 cũng có các tác động tiêu cực đối với Nhà nước, cơ sở khám, chữa bệnh:

- Tăng chi phí ban đầu cho việc nâng cấp cơ sở vật chất, trang thiết bị, nâng cao năng lực của y tế cơ sở cũng như tăng chi phí cho kiểm tra, thanh tra hoạt động của các cơ sở này.

- Tăng chi phí đào tạo nâng cao trình độ và chi phí thu hút nhân lực chuyên môn về làm việc tại y tế cơ sở.

- Có thể làm giảm nguồn thu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở cấp chuyên môn cao hơn.

- Thêm chi phí cho việc đầu tư hạ tầng để bảo đảm kết nối thanh toán với hệ thống thanh toán của cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Phải tăng thêm chi phí cho việc kiểm soát, giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Có thể bị tăng chi phí do bị lạm dụng kỹ thuật, tăng chỉ định thuốc tại các phòng khám chuyên khoa.

*b) Về xã hội*

Phương án 1 có các động tích cực về tất cả các tiêu chí như:

- Bảo đảm cân bằng, công bằng trong hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giữa các tuyến, sử dụng hiệu quả nguồn lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, cấp trên tập trung vào cung cấp các dịch vụ kỹ thuật cao, nghiên cứu khoa học, y tế có sở đảm nhiệm vai trò gác cổng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Tăng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở. Tăng uy tín và niềm tin cho y tế cơ sở từ đó duy trì, thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế, tăng độ bao phủ. Hạn chế tình trạng tiếp cận dịch vụ y tế không phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh thực tế và sử dụng lãng phí các nguồn lực, đặc biệt là quá tải ở các bệnh viện cấp kỹ thuật cao.

- 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. Thu hút cán bộ y tế có trình độ chuyên môn về y tế cơ sở, tăng lao động có trình độ chuyên môn. Tăng nguồn thu nhập, chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế.

- Về sức khỏe: Giúp người dân phát hiện để điều trị sớm bệnh, tật, giảm nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, giảm mức độ nặng của bệnh hoặc kéo dài thời gian điều trị do năng lực quản lý sức khỏe, điều trị của y tế cơ sở được tăng cường. Người bệnh điều trị tại tuyến dưới có cơ hội được tiếp cận thuốc, vật tư, dịch vụ kỹ thuật mới, không nâng cao được hiệu quả điều trị. 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.

- Do hệ thống y tế cơ sở quản lý, theo dõi sức khoẻ của từng hộ, từng người dân trên địa bàn được tăng cường và có đủ năng lực để điều trị, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân nên sẽ hạn chế được nguy cơ mắc, tình trạng nặng của bệnh, tật, sức khỏe người dân được bảo đảm và từ đó hạn chế việc người dân phải nhập viện, góp phần khắc phục tình trạng quá tải bệnh viện.

- 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 thu nhập cho bản thân và xã hội.

Phương án này có hạn chế là Nhà nước có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến giảm quyền lợi cho người bệnh vượt cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khi giảm tỷ lệ chi trả cho một số trường hợp. Tuy nhiên, nội dung này có thể tuyên truyền để người dân hiểu về lợi ích và đồng thuận. Đối với người dân đi khám, chữa bệnh nội trú không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật tại các bệnh viện tỉnh được xếp vào cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu sẽ phải tăng tỷ lệ đồng chi trả lên 60% chi phí khám bệnh, chữa bệnh nhưng có thể khắc phục bằng giải pháp tư vấn, vận động để người dân đi khám bệnh, chữa bệnh đúng cấp chuyên môn kỹ thuật thì vẫn được chi trả 100%.

*c) Về giới và thủ tục hành chính:*

Phương án 1 tích cực hơn phương án 2 trong việc giảm việc chuyến tuyến không cần thiết.

*d) Đối với hệ thống pháp luật:*

Phương án 1 có tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật, bảo đảm được tính thống nhất đồng bộ và chỉ phát sinh chi phí ban hành văn bản hướng dẫn.

Phương án 2 không bảo đảm thể chế hóa quan điểm của Đảng tại Nghị quyết số 20 - NQ/TW và không bảo đảm thống nhất với Luật khám bệnh, chữa bệnh về cấp chuyên môn kỹ thuật.

## **2. Kiến nghị**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án như trên, đề xuất lựa chọn Phương án 1:

- Điều chỉnh phù hợp việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, y tế cơ sở và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản.

- Quy định cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh gồm 3 cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Mỗi cơ sở sẽ được chấm điểm để xếp cấp chuyên môn kỹ thuật theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

- Quy định đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đồng bộ với cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh.

- Quy định mức hưởng bảo hiểm y tế được điều chỉnh phiên giải từ tuyến, hạng sang cấp chuyên môn kỹ thuật tối thiểu sự thay đổi trong quy định và bảo đảm tối đa về quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

**Mục 4
ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 4
PHÂN BỔ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ HIỆU QUẢ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Theo quy định của Luật BHYT hiện hành, 10% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho dự phòng và chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho dự phòng. Tuy nhiên, không quy định số kinh phí tối đa của quỹ dự phòng vì vậy không có cơ chế chuyển tự động từ nguồn dự phòng sang chi cho khám bệnh chữa bệnh khi kết dư từ dự phòng quỹ lớn.

Luật bảo hiểm y tế hiện tại chưa quy định rõ việc phân bổ quỹ cho chi phí quản lý. Trong nhiều năm qua, phần chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế thực hiện hằng năm tối đa dưới 4%. Cụ thể, theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, chi phí quản lý bảo hiểm y tế chỉ chiếm 3,7% tổng số tiền thu bảo hiểm y tế vào năm 2020 và chiếm 3,3% vào năm 2021. Quyết định số 19/2022/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 22/9/2022 quy định về chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế giai đoạn 2022 - 2024 hiện nay cũng đang quy định chi phí quản lý BHYT bình quân tối đa 3,5% số tiền đóng BHYT[[17]](#footnote-17). Như vậy, cần điều chỉnh quy định cụ thể, phù hợp với thực tiễn

Bên cạnh đó, Luật hiện hành cũng chỉ quy định chi phí quản lý quỹ BHYT mà không quy định chi phí dành cho hoạt động quản lý bảo hiểm y tế của các cơ quan quản lý nhà nước, điều này ít nhiều chưa khuyến khích và thúc đẩy được tính hiệu quả trong công tác quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

**II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế trên nguyên tắc công khai, minh bạch, hiệu quả, kịp thời tập trung nguồn lực cho chăm sóc sức khỏe của người tham gia bảo hiểm y tế.

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

Để khắc phục được vấn đề bất cập nêu trên, có 03 phương án được đề xuất giả định để giải quyết vấn đề:

**1. Phương án 1:**

- Điều chỉnh chi phí quản lý tối đa 5% như quy định hiện hành xuống tối đa 4% cho hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế, phần còn lại 1% bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Mặc dù những năm gần đây chi phí quản lý chỉ là 3,5%, bên cạnh đó Quyết định số 19/2022/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 22/9/2022 quy định về chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế giai đoạn 2022 - 2024 hiện nay cũng đang quy định chi phí quản lý BHYT bình quân tối đa 3,5% số tiền đóng BHYT, tuy nhiên việc quy định tối đa là 4% nhằm tạo dư địa để khi cần điều chỉnh chi phí quản lý có thể tăng thêm mà không cần điều chỉnh luật.

- Bổ sung các quy định về tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, kết nối dữ liệu, thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung trách nhiệm của Bộ Y tế trong việc chỉ đạo hoàn thiện, xây dựng đầy đủ các quy trình chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bảo đảm công khai, minh bạch và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hợp lý, hiệu quả.

- Bổ sung trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hôi trong việc phân quyền trong thực hiện giám định.

**2. Phương án 2:**

Điều chỉnh trong số chi phí quản lý tối đa 5% dành 4% cho hoạt động quản lý bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội, trong đó có 0,5% dành cho hoạt động quản lý bảo hiểm y tế của Bộ, ngành, địa phương (các cơ quan quản lý nhà nước) để thực hiện nghiên cứu các giải pháp cân đối quỹ, nâng cao hiệu quả quản lý bảo hiểm y tế; phần còn lại 1% bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Việc sử dụng 0,5% kinh phí dành cho hoạt động quản lý bảo hiểm y tế của các cơ quan quản lý nhà nước bảo đảm không chi trùng lắp với ngân sách.

**3. Phương án 3:**

Giữ nguyên như hiện hành là 10% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

**IV. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC GIẢI PHÁP**

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:

Phương án giúp giảm thời gian, nhân lực để điều chỉnh kết dư chi phí quản lý, điều chỉnh bổ sung kinh phí cho bảo hiểm xã hội. Phương án cũng giúp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhờ tăng phân bổ cho quỹ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế nên có thêm kinh phí để hoạt động, từ đó giúp tiết kiệm chi ngân sách cho bộ máy.

Hiệu quả từ việc tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, chuẩn hóa các quy trình chuyên môn, cũng như tăng cường phân cấp việc giám định sẽ tác động chung là tăng hiệu quả trong việc quản lý nhà nước trong lĩnh vực bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Tác động tích cực đến các doanh nghiệp trong lĩnh vực cung ứng các dịch vụ, hàng hóa cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhờ tăng kinh phí khám chữa bệnh BHYT sẽ góp phần tăng nguồn cung ứng của doanh nghiệp.

Tác động tích cực đến các doanh nghiệp trong lĩnh vực công nghệ thông tin, chuyển đổi số do tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ này của các cơ sở khám bệnh chữa bệnh.

Việc phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả để tăng kinh phí phân bổ cho khám bệnh, chữa bệnh sẽ góp phần tăng cường khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế có chất lượng từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật. Điều này sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực và thông qua đó sẽ làm tăng năng suất, hiệu quả kinh doanh cho doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực:

Tăng nguồn kinh phí chi cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong bối cảnh mức đóng bảo hiểm y tế còn thấp, nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân ngày càng tăng. Việc điều chỉnh 1% tiền đóng bảo hiểm y tế từ chi phí quản lý (giảm từ 5% xuống 4% tiền đóng bảo hiểm y tế) sẽ được bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ đầu năm. Như vậy, mỗi năm khoảng 1.100 tỷ đồng (1% của 110.000 tỷ đồng) sẽ được phân bổ, điều tiết cho các cơ sở theo yêu cầu, nhiệm vụ.

Việc bổ sung trách nhiệm của Bộ Y tế trong việc chỉ đạo hoàn thiện, xây dựng đầy đủ các quy trình chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn góp phần chẩn hóa các quy trình chuyên môn, từ đó góp phần nâng cao và bảo đảm đồng đều về chất lượng dịch vụ y tế được cung cấp tại các cơ sở khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Việc quy định một số nội dung về tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, kết nối dữ liệu, thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giúp nâng cao hiệu quả công tác khám bệnh chữa bệnh tại BHYT các cơ sở y tế do giảm bớt được các quy trình, hồ sơ quản lý rút ngắn được thời gian và nhân lực.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực:

Việc giảm chi phí quản lý tối đa từ 5% xuống 4% và chuyển 1% vào quỹ khám bệnh chữa bệnh sẽ làm tăng kinh phí sử dụng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Việc điều chỉnh phân quyền trong giám định bảo hiểm y tế góp phần tránh chồng chéo, bảo đảm công khai, minh bạch và nâng cao hiệu quả trong thực hiện công tác giám định, từ đó góp phần sử dụng quỹ bảo hiểm y tế tiết kiệm, hiệu quả.

b) Tác động tiêu cực:

- Giảm tỷ lệ chi tối đa cho chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế. Tuy nhiên điều này thực tế không ảnh hưởng đến chi phí quản lý thực tế cho hệ thống cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, chi phí quản lý bảo hiểm y tế chỉ chiếm 3,7% tổng số tiền thu bảo hiểm y tế vào năm 2020 và chiếm 3,3% vào năm 2021. Quyết định số 19/2022/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 22/9/2022 quy định về chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế giai đoạn 2022 - 2024 hiện nay cũng đang quy định chi phí quản lý bảo hiểm y tế bình quân tối đa 3,5% số tiền đóng bảo hiểm y tế. Năm 2023 mức lương tối thiểu tăng và sẽ tiếp tục tăng lương do cải cách tiền lương, đồng thời tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế ngày càng tăng. Do đó, việc đặt mức tối đa 4% tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho chi phí quản lý dự kiến không gây tác động tiêu cực đến việc quản lý quỹ bảo hiểm y tế, bảo đảm ổn định, khả thi, đồng thời vẫn có dư địa 0,5% (so với mức đang sử dụng thực tế 3,5%) để khi cần điều chỉnh chi phí quản lý có thể tăng thêm mà không cần điều chỉnh luật.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Tăng phân bổ cho khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần tăng quyền lợi và khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế có chất lượng từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật.

Việc bổ sung trách nhiệm của Bộ Y tế trong việc chỉ đạo hoàn thiện, xây dựng đầy đủ các quy trình chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn không chỉ góp phần nâng cao chất lượng khám bệnh chữa bệnh cho người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế.

Việc quy định một số nội dung về tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, kết nối dữ liệu, thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giúp nâng cao hiệu quả công tác khám bệnh chữa bệnh, giám định và thanh quyết toán bảo hiểm y tế, giảm bớt thủ tục hành chính, giảm bớt chi phí, rút ngắn thời gian chờ đợi và tăng cường tiếp cận dịch có chất lượng của người bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực.

***1.2. Tác động về xã hội***

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về sức khỏe: Tăng kinh phí chi cho khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, tăng chi cho các hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế và tăng chất lượng dịch vụ y tế bảo đảm ngày một tốt hơn quyền lợi người bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Từ đó sẽ góp phần cũng như 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 với dịch vụ y tế có chất lượng. 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 thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do là hoạt động điều phối kinh phí của quỹ bảo hiểm y tế. Giải pháp giúp giảm bớt khối tượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Không có tác động tiêu cực.

***1.3. Tác động về giới***

Việc ban hành chính sách không có tác động về giới, tích cực đối với cả hai giới và mọi đối tượng.

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

- Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do là hoạt động điều phối kinh phí của Quỹ bảo hiểm y tế.

- Giải pháp giúp giảm bớt khối tượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế.

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

- Giải pháp đã thể chế được các định hướng chính sách tại Nghị quyết số 20-NQ/TW của Ban chấp hành trung ương Đảng về nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, nâng cao tỷ lệ hài lòng của người dân với dịch vụ y tế  Nghị quyết số 42-NQ/TW của Ban chấp hành trung ương Đảng về Tăng cường chuyển đổi số trong công tác quản lý, trong quản lý hồ sơ sức khoẻ điện tử, bảo hiểm y tế; Nghị quyết 04-NQ/CP ngày 10/1/2022 của Chính phủ về phân quyền trong giám định bảo hiểm y tế.

- Có tác động tích cực đến hệ thống tổ chức bộ máy giúp tiết kiệm thời gian, nhân lực.

- Nâng cao chất lượng, tính khả thi, sát thực tiễn của quy định.

- Quy định của dự thảo Luật không trái với quy định về quyền và nghĩa vụ của công dân trong Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành, không trái với Điều ước quốc tế nào.

- Cần ban hành văn bản hướng dẫn việc phân bổ, quản lý, sử dụng kinh phí được trích chuyển từ quỹ dự phòng khi vượt mức tối đa sang quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1. **Đánh giá đối với phương án 2**

***2.1. Tác động về kinh tế***

*2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

- Tăng nguồn kinh phí cho các hoạt động nâng cao hiệu quả quản lý quỹ của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Ước tính mỗi năm khoảng 550 tỷ đồng sẽ giúp cho các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế có nguồn kinh phí chủ động để thực hiện một số giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, từ đó giúp nâng cao hiệu lực, hiệu quả quản lý quỹ cân đối, tiết kiệm hơn, hạn chế lãng phí, lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế, góp phần giảm chi ngân sách do không chi trùng lắp.

- Có thể giúp giảm thời gian, nhân lực để điều chỉnh kết dư chi phí quản lý, điều chỉnh bổ sung kinh phí cho bảo hiểm xã hội; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhờ có thêm kinh phí nên có thể tăng phân bổ, từ đó giúp tiết kiệm chi ngân sách cho bộ máy.

b) Tác động tiêu cực:

Các bộ, ngành, địa phương cần có thêm nhân lực, thời gian, kinh phí để thực hiện các quy trình phân bổ giao dự toán, quyết toán việc sử dụng 0,5% quỹ bảo hiểm y tế danh cho hoạt động của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Cơ quan bảo hiểm xã hội cần thêm nhân lực, thời gian để kinh phí để thực hiện các quy trình quản lý, theo dõi, quyết toán việc sử dụng 0,5% quỹ bảo hiểm y tế dành cho hoạt động của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

*2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

Có thể tác động rất ít đến các doanh nghiệp cung ứng các dịch vụ, hàng hóa cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhờ tăng kinh phí khám chữa bệnh BHYT sẽ góp phần tăng nguồn cung ứng của doanh nghiệp.

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

a) Tác động tích cực:

Việc bổ sung 1% của tổng quỹ được từ chi phí quản lý vào khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ giúp tăng mỗi năm khoảng 1.100 tỷ đồng (1% của 110.000 tỷ đồng) cho chi phí sử dụng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Bên cạnh đó, việc có chi phí cho các hoạt động quản lý của các cơ quan nhà nước sẽ giúp các cơ quan quản lý có chi phí để thực hiện nghiên cứu các giải pháp cân đối quỹ, nâng cao hiệu quả quản lý bảo hiểm y tế, đầu tư cho việc phát triển, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn đáp ứng yêu cầu của hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho các hoạt động liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đồng thời giúp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiết kiệm được nguồn nhân lực.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*2.1.4. Tác động đối với quỹ bảo hiểm y tế:*

a) Tác động tích cực:

Việc quy định 0,5% cho chi phí hoạt động quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế sẽ tăng chất lượng quản lý và tính hiệu quả trong việc sử dụng quỹ.

- Nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ dẫn đến tiết kiệm chi nhờ các giải pháp cân đối quỹ và nâng cao hiệu quả quản lý bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

**-** Giảm tỷ lệ chi tối đa cho chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế. Tuy nhiên điều này thực tếkhông ảnh hưởng đến chi phí quản lý thực tế cho hệ thống cơ quan bảo hiểm xã hội (tương tự như phân tích tại mục 1.1.4).

*2.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Việc quản lý tốt hệ thống khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và tăng chi phí cho quỹ khám chữa bệnh sẽ góp phần tăng cường khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế có chất lượng.

- Tăng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần tăng quyền lợi và khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế có chất lượng từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

***2.2. Tác động về xã hội***

*2.2.1. Tác động tích cực:*

- Về sức khỏe: Tăng nguồn quỹ khám chữa bệnh BHYT và tăng chi quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế sẽ góp phần tăng quyền lợi cũng như tăng chất lượng 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.

- Tăng quyền lợi của người tham gia BHYT từ đó có thể thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế và tăng niềm tin vào chính sách bảo hiểm y tế.

- Tăng niềm tin vào chính sách bảo hiểm y tế từ đó có thể thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế.

- 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 với dịch vụ y tế có chất lượng. 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.

*2.2.2. Tác động tiêu cực:*

Có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến việc Nhà nước không bảo đảm ngân sách đủ hoạt động quản lý mà phải sử dụng Quỹ được hình thành từ nguồn đóng của người tham gia bảo hiểm y tế.

***2.3. Tác động về giới***

Việc ban hành chính sách không có tác động về giới.

***2.4. Tác động về thủ tục hành chính***

- Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do là hoạt động điều phối kinh phí của Quỹ bảo hiểm y tế.

- Giải pháp giúp giảm bớt khối lượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế.

***2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật***

- Có tác động tích cực đến hệ thống tổ chức bộ máy giúp tiết kiệm thời gian, nhân lực.

- Nâng cao chất lượng, tính khả thi, sát thực tiễn của quy định.

- Quy định của dự thảo Luật không trái với quy định về quyền và nghĩa vụ của công dân trong Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành, không trái với Điều ước quốc tế nào.

**3. Đánh giá đối với phương án 3**

***3.1. Tác động về kinh tế***

*3.1.1. Tác động đối với Nhà nước:*

a) Tác động tích cực:

Nhà nước không chịu tác động về kinh tế liên quan đến tăng chi từ ngân sách do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

Không giảm bớt gánh nặng của ngân sách Nhà nước do vẫn phải chi phí hành chính liên quan đến hoạt động quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

Lãnh phí thời gian, nhân lực để điều chỉnh kết dư chi phí quản lý, điều chỉnh bổ sung kinh phí cho bảo hiểm xã hội, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lãng phí chi ngân sách cho bộ máy.

*3.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực: Không có.

b) Tác động tiêu cực: Có thể phát sinh tình trạng nợ đọng tiền thanh toán thuốc, vật tư, hàng hóa do thiếu kinh phí.

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

a) Tác động tích cực: Không có.

b) Tác động tiêu cực:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ tiếp tục phải đối diện với gánh nặng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do không được thanh toán vượt số dự kiến chi do thiếu kinh phí.

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

a) Tác động tích cực: Không có.

b) Tác động tiêu cực: Thiếu kinh phí cho khám, chữa bệnh.

*3.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực: Không tăng chi cho người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh.

***3.2. Tác động về xã hội***

*3.2.1. Tác động tích cực: không có*

*3.2.2. Tác động tiêu cực:*

- Về sức khỏe: Không tăng chất lượng dịch vụ y tế nên không 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.

- Ảnh hưởng đến chế độ phúc lợi của người lao động trong cơ sở y tế.

- Về giảm nghèo: Không tác động đến giảm nghèo thông qua hạn chế chi từ tiền túi của những người dân do không tăng tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng.

- Do thiếu kinh phí có thể tạo phản ứng dây truyền đến doanh nghiệp, người dân, có thể gián đoạn cung ứng thuốc, vật tư cho cơ sở y tế gây tình trạng thiếu thuốc, vật tư y tế.

***3.3. Tác động về giới***

Việc ban hành chính sách không có tác động về giới có đây là quy định nhằm bảo đảm tính hợp lý của hoạt động phân bổ quỹ bảo hiểm y tế.

***3.4. Tác động về thủ tục hành chính***

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do là hoạt động điều phối kinh phí của Quỹ bảo hiểm y tế.

***3.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật***

*3.5.1. Tác động tích cực:*

Không làm phát sinh thêm yêu cầu về đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như nhân lực để thực hiện các chức năng, nhiệm vụ mới này.

Không phải sửa đổi hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về phân bổ, quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

*3.5.2. Tác động tiêu cực:* Không bảo đảm tính khả thi, linh hoạt của các quy định pháp luật.

**V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ PHƯƠNG ÁN LỰA CHỌN**

## **1. Kết luận**

- Phương án 1 và Phương án 2 chỉ khác nhau về phân bổ, sử dụng quỹ quản lý bảo hiểm y tế còn đều có các tác động tích cực như nhau:

Tăng nguồn kinh phí cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Tổng kinh phí được bổ sung vào quỹ khám chữa bệnh mỗi năm là 1.100 tỷ đồng sẽ được phân bổ, điều tiết cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, nhiệm vụ.

Tăng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần tăng quyền lợi và khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế có chất lượng từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật.

Có thể tác động tích cực đến các doanh nghiệp cung ứng các dịch vụ, hàng hóa cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhờ tăng kinh phí khám chữa bệnh BHYT sẽ góp phần tăng nguồn cung ứng của doanh nghiệp.

Có tác động tích cực đến hệ thống tổ chức bộ máy giúp tiết kiệm thời gian, nhân lực. Nâng cao chất lượng, tính khả thi, sát thực tiễn của chính sách bảo hiểm y tế.

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 với dịch vụ y tế có chất lượng. 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. Tăng niềm tin vào chính sách bảo hiểm y tế từ đó có thể thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế.

Về sức khỏe: Tăng nguồn quỹ khám chữa bệnh BHYT và tăng chi quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế sẽ góp phần tăng quyền lợi cũng như tăng chất lượng 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.

Tăng cường hiệu quả quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế, có nguồn lực để đẩy mạnh truyền thông, triển khai các giải pháp phát triển bảo hiểm y tế.

Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua hạn chế chi từ tiền túi của người dân do tăng tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng. 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 thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do là hoạt động điều phối kinh phí của Quỹ bảo hiểm y tế. Giải pháp giúp giảm bớt khối tượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế. Có tác động tích cực đến hệ thống tổ chức bộ máy giúp tiết kiệm thời gian, nhân lực.

Nâng cao chất lượng, tính khả thi, sát thực tiễn của quy định. Quy định của dự thảo Luật không trái với quy định về quyền và nghĩa vụ của công dân trong Hiến pháp và hệ thống pháp luật hiện hành, không trái với Điều ước quốc tế nào.

- Phương án 1 có ưu điểm hơn so với Phương án 2 là:

Do không điều chỉnh kinh phí 0.5% cho hoạt động quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế nên các ngành, địa phương cần có thêm nhân lực, thời gian, kinh phí để thực hiện các quy trình phân bổ giao dự toán, quyết toán việc sử dụng 0,5% quỹ bảo hiểm y tế danh cho hoạt động của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Cơ quan bảo hiểm xã hội không phải thêm nhân lực, thời gian để kinh phí để thực hiện các quy trình quản lý, theo dõi, quyết toán việc sử dụng 0,5% quỹ bảo hiểm y tế dành cho hoạt động của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế như đối với phương án 1. Bên cạnh đó, Nhà nước không cần phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến việc Nhà nước không bảo đảm ngân sách đủ hoạt động quản lý mà phải sử dụng Quỹ được hình thành từ nguồn đóng của người tham gia bảo hiểm y tế như Phương án 2.

Phương án 3 là phương án giữ nguyên như hiện hành vì vậy không tác động đến các khía cạnh kinh tế, xã hội, giới, thủ tục hành chính, hệ thống pháp luật. Tuy nhiên, phương án 3 sẽ không đưa ra được giải pháp để phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả, không tang được kinh phí phân bổ cho khám bệnh chữa bệnh, vì vậy không có được các tác động tích cực như phương án 1. Khi hệ thống quản lý chưa cải thiện thì đối với doanh nghiệp cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác sẽ tiếp tục phải đối diện với gánh nặng chi phí do không được thanh toán chi phí do tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi có tranh chấp và chưa có kết luận cuối cùng về phương án giải quyết.

## **2. Kiến nghị**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án như trên, đề xuất lựa chọn Phương án 1:

Điều chỉnh chi phí quản lý tối đa từ 5% xuống 4% và giao Chính phủ quy định việc phân bổ, sử dụng quỹ quản lý bảo hiểm y tế; phần còn lại 1% bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung các quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, kết nối dữ liệu, thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung trách nhiệm của Bộ Y tế trong việc chỉ đạo hoàn thiện, xây dựng đầy đủ các quy trình chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bảo đảm công khai, minh bạch và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hợp lý, hiệu quả.

- Điều chỉnh quy định về phân cấp phân quyền trong thực hiện giám định.

**Mục 5. ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA TẤT CẢ 04 CHÍNH SÁCH**

Các chính sách được đề xuất tại Luật sửa đổi bổ sung một số điều của luật bảo hiểm y tế đã được đưa ra nhằm giải quyết các vướng mắc, bất cập phát sinh có tính cấp bách nhằm tăng cường quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế. Qua đánh giá, các chính sách này có sự tác động đáng kể lên quỹ bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

1. **Chính sách 1: Điều chỉnh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng bộ với các quy định của pháp luật có liên quan.**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án, đề xuất lựa chọn *Phương án 1*: Sửa đổi, bổ sung một số quy định về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế để phù hợp với thực tiễn thực hiện Luật thời gian qua; cập nhật các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế đã được quy định tại các luật về lực lượng vũ trang, Nghị định của Chính phủ vào nhóm đối tượng tại khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế; sửa đổi, bổ sung quy định tại điểm a Khoản 1 Điều 12 về các đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với quy định tại Luật Bảo hiểm xã hội sửa đổi vừa được kỳ họp thứ 7 Quốc hội khóa XV thông qua; bổ sung một số đối tượng để thực hiên mục tiêu bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân. Đề xuất bổ sung đối tượng tham gia bảo hiểm y tế dẫn đến quỹ bảo hiểm y tế tăng thêm khoảng 7.379,302 tỷ đồng mỗi năm; tuy nhiên quy định tách đối tượng để nâng tỷ lệ hưởng cũng gây tăng chi quỹ tăng lên 26,177 tỷ đồng mỗi năm. Như vậy, kinh phí quỹ bảo hiểm y tế tăng thêm 7.353,125 tỷ đồng một năm (Phụ lục 2).

**Chính sách 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.**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án, đề xuất lựa chọn *Phương án 1*: Mở rộng phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế thông qua việc bổ sung một số dịch vụ, sản phẩm vào phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế.

Chính sách 2 tập trung vào đánh giá tác động cho việc mở rộng điều trị tật về mắt cho người dưới 18 tuổi (luật hiện hành chỉ cho đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi) và mở rộng quyền lợi về hưởng chi phí khám bệnh chữa bệnh 100% trong một số trường hợp đặc thù, cụ thể như sau:

- Điều trị tật về mắt cho người dưới 18 tuổi với 03 đề xuất điều trị bao gồm: điều trị tật khúc xạ, điều trị lác, điều trị sụp mí đều tăng chi quỹ bảo hiểm y tế, lần lượt là 734 tỷ đồng mỗi năm, 13 tỷ đồng mỗi năm và 3 tỷ đồng mỗi năm.

- Quy định 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 khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chuyên khoa thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn hoặc một số trường hợp cấp dưới không đủ năng lực chuyên môn theo quy định của Bộ Y tế hoặc một số trường hợp đặc thù không pthực hiện quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, phân cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định. Tuy nhiên, nội dung này chưa có điều kiện để đánh giá tác động bằng số tiền cụ thể mà chỉ đánh giá ưu nhược điểm đối với từng chủ thể. Theo đó Quỹ bảo hiểm y tế có thể tiết kiệm chi và người dân tiết kiệm chi phí đồng chi trả và các chi phí xã hội khác do không phải khám bệnh, chữa bệnh song trùng ở cả cơ sở cấp chuyên môn thấp và cấp cao hơn, người dân được điều trị bệnh sớm hơn có thể đem lại các hiệu quả điều trị, giảm các thủ tục chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (cụ thể đã phân tích tại Mục 2 của Báo cáo đánh giá tác động đầy đủ).

- Cập nhật các quy định về phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đối với các sản phẩm khí y tế, máu và các chế phẩm máu đang quy định tại văn bản dưới luật hiện đã đang được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán nên cần pháp điển hóa, thể chế trong Luật để có cơ sở pháp lý cao hơn. Nội dung này chỉ mang tính chất cập nhật các nội dung đã được chi trả từ quỹ bảo hiểm y tế vì, vậy không làm phát sinh chi phí.

**3. Chính sách 3: Điều chỉnh các quy định bảo hiểm 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.**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án như trên, đề xuất lựa chọn Phương án 1: Quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh bảo hiểm y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tỷ lệ chi trả phù hợp đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật để tăng cường khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại y tế cơ sở. Tuy nhiên, nội dung này chưa có điều kiện để đánh giá tác động bằng số tiền cụ thể mà chỉ đánh giá ưu nhược điểm đối với từng chủ thể. Theo đó, khi người dân được điều trị tại y tế cơ sở sẽ giảm chi phí từ quỹ bảo hiểm y tế do mức chi phí ở cấp dưới thường thấp hơn, người dân vẫn được hưởng các thuốc chuyên khoa như ở cơ sở cấp chuyên môn cao hơn sẽ bảo đảm quyền lợi và tăng hiệu quả điều trị, việc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và được khám bệnh, chữa bệnh ở các cơ sở không phải nơi đăng ký ban đầu linh hoạt nhưng vẫn được hưởng phạm vi quyền lợi 100% tỷ lệ chi trả giúp tăng tiếp cận dịch vụ cho người dân, thu hút người dân về khám bệnh, chữa bệnh tại y tế cơ sở (cụ thể đã phân tích ở Mục 3 của Báo cáo đánh giá tác động đầy đủ).

1. **Chính sách 4: Phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả để tăng kinh phí phân bổ cho khám bệnh, chữa bệnh.**

Căn cứ vào các tác động tích cực và tiêu cực của từng phương án như trên, đề xuất lựa chọn Phương án 1: Điều chỉnh chi phí quản lý tối đa từ 5% xuống 4% và giao Chính phủ quy định việc phân bổ, sử dụng quỹ quản lý bảo hiểm y tế; phần còn lại 1% bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Giảm chi phí quản lý tối đa từ 5% xuống 4% có tác động tích cực đến quỹ bảo hiểm y tế. Kinh phí được bổ sung vào quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế mỗi năm là 1.100 tỷ đồng.

- Bổ sung các quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Bổ sung trách nhiệm của Bộ Y tế trong việc chỉ đạo hoàn thiện, xây dựng đầy đủ các quy trình chuyên môn, hướng dẫn chẩn đoán, điều trị chuẩn làm cơ sở giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, bảo đảm công khai, minh bạch và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hợp lý, hiệu quả.

Các nội dung này nhằm làm tăng hiệu quả quản lý bảo hiểm y tế, tuy nhiên khó lượng hóa được bằng tiền và đã đánh giá tại Mục 4 của Báo cáo đánh giá tác động đầy đủ.

**5. Tác động lên quỹ bảo hiểm y tế của tất cả 04 chính sách:**

Đánh giá tác động của 04 chính sách cho kết quả tổng kinh phí quỹ bảo hiểm y tế tăng thu tối đa một năm trung bình là 6.603,125 tỷ đồng cho quỹ (Phụ lục 3). 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, đối tượng tự đóng…). 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 để các nhóm đối tượng này tham gia 100%. Vì vậy, trung bình ước tính quỹ chỉ tăng thu năm 2025 là 3.301,563 tỷ đồng.

Tuy nhiên, nếu tính riêng cho quỹ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế thì còn có thêm tác động của chính sách 4 về điều chỉnh phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế sẽ giúp quỹ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng thêm 1.100 tỷ do chuyển từ chi phí quản lý sang quỹ khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế (cụ thể phân tích ở Phụ lục 3). Bên cạnh đó, do thu quỹ tăng (tăng số lượng người tham gia cơ học và tăng lương dẫn đến tăng mức đóng) và hiện hết 2023 còn kết dư khoảng 40 nghìn tỷ đồng vì vậy mặc dù quỹ BHYT tăng chi do tăng số lượt và bình quân lượt khám bệnh chữa bệnh BHYT cũng như tăng do bổ sung 04 chính sách được để xuất tại Dự thảo Luật, quỹ BHYT trong năm 2024 và 2025 dự kiến vẫn bù đắp thu chi và kết dư thêm 54.301,562 tỷ đồng (cụ thể phân tích tại Phụ lục 4 kèm theo).

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Như trên; - Thủ tướng Chính phủ (để b/c); - Các Phó Thủ tướng Chính phủ (để b/c); - Ủy ban Pháp luật của Quốc hội;- Ủy ban Xã hội của Quốc hội;- Văn phòng Quốc hội; - Văn phòng Chính phủ; - Bộ Tư pháp, Bộ Tài chính, Bảo hiểm xã hội VN;- Các Đ/c Thứ trưởng Bộ Y tế;- Bộ Y tế: Vụ PC, Cục Quản lý KCB;- Lưu: VT, BH. | **BỘ TRƯỞNG****Đào Hồng Lan** |

**Phụ lục 1**

**Chính sách của Đảng về bảo hiểm y tế**

**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. 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".

**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.".

**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.".

**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.".

**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.".

**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.

**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.

**Phụ lục 2**

**Ước tính tác động ngân sách chi tiết 04 Chính sách**

1. **Tác động lên Quỹ BHYT và Ngân sách nhà nước do tăng đối tượng tham gia tại Chính sách 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên nhóm đối tượng** | **Ghi chú** | **Số lượng (người)** | **Tiền lương trung bình/tháng làm căn cứ đóng (đồng)** | **Mức đóng** | **Trách nhiệm đóng** | **Tăng chi từ người sử dụng lao động/năm(1)** | **Tăng chi từ người lao động/ năm(1)** | **Tăng chi ngân sách nhà nước/ năm(1)** | **Tăng thu Quỹ BHYT/ năm (tỷ)(1)** |
| **1** | **Sửa đổi, bổ sung khoản 1 Điều 12: Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng**  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn; **hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên**… | Tăng đối tượng hợp đồng LĐ từ 01 đến 03 tháng, do trước đây chỉ gồm hợp đồng lao động 3 tháng trở lên | 250.000(2) | Mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 5.522.000 | 4,5% | Người sử dụng lao động: 3% và người lao động: 1,5% | 496,980 | 248,490 | 0 | 745,470 |
| 1.2 | a)… 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;** | Tăng đối tượng không hưởng tiền lương | 150.000(2) | Từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay lấy mức lương cơ sở. Tuy nhiên trong tính này lấy mức thấp nhất là 2.340.000 | 4,5% | Người lao động đóng: 4,5% | 0 | 189,540 | 0 | 189,540 |
| 1.3 | g) Người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã, **ở thôn, tổ dân phố;** | Tăng đối tượng ở thôn, tổ dân phố | 100.000(2) | Theo mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Nếu thuộc nhiều đối tượng lần lượt đóng theo thứ tự: tổ chức bảo hiểm xã hội đóng, do ngân sách nhà nước đóng, do đối tượng và Ủy ban nhân dân cấp xã đóng. | - | - | - | 126,360 |
| 1.4 | c) **Người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam 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**, …; | Là nhóm đối tượng bổ sung mới | 65.000(2) | Mức trung bình lương đóng BHXH hiện nay 18.395.000 | 4,5% | Người sử dụng lao động: 3% và người lao động: 1,5% | 430,443 | 215,221 | 0 | 645,665 |
| 1.5 | d) Người lao động quy định tại điểm a khoản này **làm việc không trọn thời gian,** có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc; | Là nhóm đối tượng bổ sung mới | 5.000(2) | Từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay lấy mức lương cơ sở. Tuy nhiên trong tính này lấy mức thấp nhất là 2.340.000 | 4,5% | Người sử dụng lao động: 3% và người lao động: 1,5% | 4,212 | 2,106 |  | 6,318 |
| 1.6 | g) **Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh tham gia theo quy định của Chính phủ”** | Là nhóm đối tượng bổ sung mới | 1.200.000(2) | Từ 1 đến 20 lần mức tham chiếu, hiện nay lấy mức lương cơ sở. Tuy nhiên trong tính này lấy mức thấp nhất là 2.340.000 | 4,5% | Người lao động tự đóng | 0 | 1.516,320 | 0 | 1.516,320 |
| **2** | **Sửa đổi, bổ sung Khoản 3 Điều 12: Nhóm do ngân sách nhà nước đóng** |  |  |  |  |  |
| 2.1 | “a) **Dân quân thường trực;** | Là nhóm đối tượng mới nhưng thực tế đã được NSNN mua thẻ BHYT từ 04 năm nay theo Luật dân quân tự vệ (từ 07/2020). Tuy nhiên, thân nhân thường trực (điểm l Khoản 3) hiện chưa được NSNN mua thẻ nên cần tính tác động đối với thân nhân thường trực | 98.000(3) | Theo mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước đóng | 0 | 0 | 123,832 | 123,832 |
| 2.2 | **s) Người từ đủ 75 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng, …** | Bổ sung nhóm đối tượng mới là người hưởng trợ cấp tuất từ 75 tuổi đến dưới 80 tuổi (Luật cũ là người hưởng trợ cấp tuất hàng tháng từ 80 tuổi trở lên) | 61.800(4) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước đóng | 0 | 0 | 78,090 | 78,090 |
| 2.3 | **s) …, người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng;** | Là nhóm đối tượng bổ sung mới | 2.435(5) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước đóng | 0 | 0 | 3,077 | 3,077 |
| 2.4 | o) Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại **vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi** hoặc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; … | Bổ sung mới đối với đối tượng người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi | 2.100.000 (2) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước đóng | 0 | 0 | 2.653,560 | 2.653,560 |
| 2.5 | **t) Người hưởng trợ cấp hưu trí xã hội hằng tháng theo quy định pháp luật về bảo hiểm xã hội**; | Là đối tượng mới | 800.000(6) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước đóng | 0 | 0 | 1.011,880 | 1.011,880 |
| 2.6 | **u)** **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;**  | Là đối tượng mới | 150.000(7) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước đóng | 0 | 0 | 189,540 | 189,540 |
| **3** | **Sửa đổi, bổ sung Khoản 4 Điều 12: Nhóm do ngân sách nhà nước hỗ trợ** |  |  |  |  |  |
|  | **đ) Nhân viên y tế thôn bản, …** | Là đối tượng mới | 70.000(8) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước hỗ trợ 50%Người lao động đóng 50% | 0 | 44,226 | 44.226 | 88,452 |
| 12 | **đ) …cô đỡ thôn bản**  |  | 948(9) | Mức lương cơ sở là 2.340.000 | 4,5% | Ngân sách nhà nước hỗ trợ 50%Người lao động đóng 50% | 0 | 0,599 | 0,599 | 1,198 |
|  | **Tổng** |  | **5.051.800** |  |  |  | **931,635** | **2.216,502** | **4.105,804** | **7.379,302** |

(1) Ghi chú 1: Đây là số ước tính tác động tối đã lên NSNN và Quỹ BHYT do tính toàn bộ số lượng đối tượng bổ sung mới trong Luật sẽ tham gia BHYT 100%.

(2) Ghi chú 2: Ước tính theo báo cáo của BHXH Việt Nam.

(3) Ghi chú: Theo ước tính của Bộ Quốc phòng, số lượng người là thân nhân của dân quân thường trực là 140.000 người, tuy nhiên 30% thân nhân đã tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng khác nên chỉ 70% thân nhân của dân quân thường trực chưa tham gia BHYT và cần được NSNN hỗ trợ mua thẻ với tổng số là 98.000 người.

 (4) Ghi chú: Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, đối tượng từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng có khoảng 103.000 người đang tham gia BHYT. Theo số liệu của Tổng Cục thống kê về cơ cấu dân số, tỷ lệ người từ 80 tuổi trở lên là 2% dân số, người từ 75 đến dưới 80 tuổi là 1,2% dân số. Như vậy, có thể ước số người từ 75 đến dưới 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng là = 103.000 x (1,2%/2%) = 61.800 người.

(5) Ghi chú: Theo phân tích tại Mục (4) như trên, ước tính số người từ 75 đến 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng là 61.800 người. Theo số liệu của Tổng Cục thống kê về cơ cấu dân số, tỷ lệ người từ 75 đến 80 tuổi là 1,2% dân số, tỷ lệ người từ 70 đến 75 tuổi là 1,7% dân số. Như vậy, có thể ước số người từ 70 đến 75 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng là = 61.800 x (1,7%/1,2%%) = 87.550 người.

Theo [Quyết định 134/QĐ-LĐTBXH](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Van-hoa-Xa-hoi/Quyet-dinh-134-QD-LDTBXH-2024-cong-bo-ket-qua-ra-soat-ho-ngheo-ho-can-ngheo-2023-599059.aspx) của Bộ trưởng Bộ Lao động Thương binh và Xã hội về công bố kết quả rà soát hộ nghèo, hộ cận nghèo năm 2023 theo chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2022 - 2025 trên phạm vi toàn quốc, tỷ lệ hộ cận nghèo 2,78%. Như vậy, ước tính số lượng người người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng là = 87.550 x 2,78% = 2.435 người.

(6) Ghi chú: Theo Báo cáo số 147/BC-LĐTBXH Đánh giá tác động bổ sung của Luật Bảo hiểm xã hội (sửa đổi) về nguồn Ngân sách Nhà nước và Quỹ Bảo hiểm xã hội.

(7) Ghi chú: Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, ước tính số lượng 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 là 150.000 người.

(8) Ghi chú: Cả nước có khoảng 100.000 tổ dân phố, thôn bản. Tính trung bình có 01 cán bộ y tế tại 01 thôn bản, tức ước tính nhóm đối tượng này có 100.000 người trên cả nước. Ước tính có 30% cán bộ y tế thôn bản đã tham gia BHYT theo các nhóm đối tượng bắt buộc khác, chỉ còn 70% chưa tham gia bảo hiểm y tế, tương đương với 70.000 người.

(8) Ghi chú: Theo báo cáo của Vụ Sức khỏe Bà mẹ & Trẻ em, Bộ Y tế, cả nước có 1.613 cô đỡ thôn bản. Trong đó có 665 cô đỡ thôn bản kiêm nhiệm nhân viên y tế thôn bản. Vì vậy, ước tính tối đa chỉ còn 948 cô đỡ thôn bản chưa tham gia bảo hiểm y tế.

**II. Tác động tăng chi quỹ bảo hiểm y tế do tách nhóm đối tượng để tăng mức hưởng của Chính sách 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên nhóm đối tượng** | **Ghi chú** | **Số lượng (người)** | **Chi bình quân/thẻ (đồng)** | **Tăng mức hưởng (%)** | **Tăng chi Quỹ BHYT (tỷ)** |
| **I** | **Chính sách I** |  |  |  |  |  |
| 1 | c) Bổ sung, bổ sung điểm b khoản 2 Điều 12 như sau:**b) 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;** | Không là nhóm đối tượng mới, nhưng tách đối tượng để tăng mức hưởng từ 95% lên 100% | 105.000(1) | Số chi trung bình/thẻ/năm của nhóm đối tượng do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng tại Khoản 2 Điều 12 (trong đó đối tượng hưu trí chiếm đa số trong nhóm này) là: 4.745.000 | 100%- 95% =5% | 24,911 |
| 2 | d) Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 3 như sau:“a) …; học viên quân đội nhân dân, học viên công an nhân dân người Việt Nam và người nước ngoài; học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí người Việt Nam và người nước ngoài”: | Không là đối tượng mới nhưng được tách rõ để tăng mức hưởng từ 80% đến 100% | 4.280(2) | Số chi trung bình/thẻ/năm của nhóm đối tượng do ngân sách nhà nước đóng tại Khoản 3 Điều 12 là: 1.479.000 | 100% - 80% = 20% | 1,266 |
|  | **Tổng** |  |  |  |  | **26,177** |

(1) Ghi chú 1:

Theo số liệu ước tính của BHXH Việt Nam, tổng số sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân và người làm công tác cơ yếu đang hưởng lương hưu là 300.000 người, trong đó có đến khoảng 90% đã có mức hưởng bảo hiểm y tế là 100% do đồng thời là đối tượng người có công Cách Mạng và cựu chiến binh. Vì vậy chỉ còn 10% đối tượng này đang hưởng mức 95%, tương đương với 30.000 người.

Theo báo cáo của Bộ Công an, sỹ quan và hạ sĩ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu: 75.000 người (Báo cáo số 10007/X01-P9 ngày 18/7/2023 của Bộ Công an về thông tin về số lượng, cơ sở pháp lý bổ sung đối tượng, đánh giá tác động đối tượng lực lượng vũ trang nhân dân).

Như vậy, tổng số nhóm đối tượng này là: 30.000 + 75.000 = 105.000 người.

(2) Ghi chú 2: Số liệu từ báo cáo của Bộ Công an và Bộ Quốc phòng:

Học viên quân đội nhân dân người nước ngoài: 3.300 người

Học viên công an nhân dân người nước ngoài: 820 người (Báo cáo số 7025/BHXH-CAND) ngày 19/12/2023 bổ sung thông tin đề xuất nâng mức hưởng BHYT đối với đối tượng CAND).

Học viên cơ yếu người nước ngoài: 160 người.

**III. Ước tính tác động kinh tế trong thực hiện Chính sách 2 điều chỉnh, bổ sung một số dịch vụ vào phạm vi chi trả bảo hiểm y tế**

***3.1. Đối với nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế***

*a) Tác động tích cực*

**Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi**: mang lại lợi ích chi phí – hiệu quả cho quỹ bảo hiểm y tế, theo kết quả nghiên cứu của một nghiên cứu phân tích chi phí tại Việt Nam năm 2020 [[18]](#footnote-18).

*b) Tác động tiêu cực*

Tăng chi từ Quỹ do tăng chi phí chi trả cho thực hiện các dịch vụ bổ sung bao gồm:

**Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi**: Một nghiên cứu phân tích chi phí tại Việt Nam năm 2020 đã ước tính chi phí chẩn đoán, điều trị tật khúc xạ (bao gồm cận thị) và lác cho trẻ em Việt Nam từ 16 tuổi trở xuống. Kết quả cho thấy, chi phí chẩn đoán, điều trị tật khúc xạ, lác và sụp mi cho toàn bộ quần thể trẻ em dưới 16 tuổi lần lượt là 652,6 tỷ đồng; 11,1 tỷ đồng và 3,0 tỷ đồng cho 1 năm; tức 734,2 tỷ đồng/năm cho điều trị tật khúc xạ, 12,5 tỷ đồng/năm cho điều trị lác; 3,4 tỷ đồng/ năm điều trị sụp mi cho toàn bộ quần thể người dưới 18 tuổi.

***3.2. Đối với người dân***

**- Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi:** Việc bảo hiểm y tế chi trả cho điều trị tật khúc xạ (bao gồm cận thị) sẽ giúp người bệnh giảm chi phí là 303.000 đồng /ca trường hợp đi khám chữa bệnh tại tuyến trung ương, 285.200 đồng/ca tại tuyến tỉnh và 167.900 đồng/ca tại tuyến huyện; đối với điều trị lác là 4.213.000 đồng/ca tại tuyến trung ương, 3.544.300 đồng/ca tại tuyến tỉnh; đối với điều trị sụp mi là 4.627.000 đồng/ca tại tuyến trung ương, 3.581.100 đồng/ca tại tuyến tỉnh, 149.500 đồng/ca tại tuyến huyện.

**Phụ lục 3**

**Tổng tác động ngân sách lên quỹ bảo hiểm y tế của 04 chính sách**

*(Tỷ đồng/năm)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Tăng chi từ quỹ** | **Tăng thu cho quỹ**  | **Tác động lên Quỹ**  |
| I | **Chính sách 1: Điều chỉnh đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng bộ với các quy định của pháp luật có liên quan** |   |   |   |
|   | Bổ sung đối tượng tham gia BHYT |  | **7.379,302** | **7.379,302** |
|   | Quy định tách đối tượng sỹ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu trong nhóm đối tượng hưu trí thành một nhóm đối tượng riêng và điều chỉnh mức hưởng tăng từ 95% lên 100% | **26,177** |  | -**26,177** |
| II | **Chính sách 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** |   |   |   |
|   | Điều trị tật về mắt cho người dưới 18 tuổi |   |   |   |
|   |  Điều trị tật khúc xạ | 734,000 |   | -734,000 |
|   |  Điều trị lác | 13,000 |   | -13,000 |
|   |  Điều trị sụp mí | 3,000 |   | -3,000 |
| III | **Chính sách 3: Điều chỉnh các quy định bảo hiểm 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 (có tác động tích cực, tuy nhiên chưa đánh giá được cụ thể về ngân sách tác động lên quỹ)** |   |   |   |
| IV | **Chính sách 4: Phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả để tăng kinh phí phân bổ cho khám bệnh, chữa bệnh** |   |   |   |
|   | Giảm chi phí quản lý tối đa từ 5% xuống 4% (Chính sách này không tăng thu cho quỹ BHYT nhưng tăng quỹ khám bệnh chữa bệnh BHYT lên 1.100 tỷ đồng do từ kinh phí quản lý chuyển sang) |   | - | - |
|  | **Tổng tác động của 04 chính sách** | **776,177** | **7.379,302** | 6.603,125 |

**Phụ lục 4**

**PHÂN TÍCH TÁC ĐỘNG LÊN QUỸ BHYT QUA CÁC NĂM**

1. **Về tổng thu Quỹ Bảo hiểm y tế:**

Căn cứ Nghị quyết số 142/2024/QH15 ngày 29/6/2024, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 73/2024/NĐ-CP ngày 30/6/2024 quy định mức lương cơ sở và chế độ tiền thưởng đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang; theo đó, kể từ ngày 01/7/2024 mức lương cơ sở là 2.340.000 đồng, tăng 30% so với mức lương cũ. Ngày 30/6/2024 Chính phủ cũng đã ban hành Nghị định số 74/2024/NĐ-CP ngày 30/6/2024 quy định mức lương tối thiểu đối với người lao động làm việc theo hợp đồng lao động; theo đó mức lương tối thiểu theo vùng cũng tăng lên 6% kể từ ngày 01/7/2024.

Ngày 30/6/2024 Chính phủ cũng đã ban hành Nghị định số 75/2024/NĐ-CP điều chỉnh lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hàng tháng; theo đó kể từ 01/7/2024 điều chỉnh tăng thêm 15% trên mức lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội và trợ cấp hàng tháng của tháng 6/2024.

Theo các quy định, hướng dẫn trên thì số thu tiền đóng BHYT của từng nhóm đối tượng và tổng thu cả năm 2024, 2025 và các năm tiếp theo sẽ tăng lên tương ứng. Cụ thể:

1. Đối với nhóm người lao động và sử dụng lao động đóng

- Nhóm đối tượng doanh nghiệp Nhà nước, doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, doanh nghiệp ngoài quốc doanh, mức đóng sẽ tăng khoảng 6% theo quy định tại Nghị định số 74/2024/NĐ-CP của Chính phủ.

- Nhóm công nhân, viên chức lực lượng vũ trang cơ yếu; nhóm cơ quan HCSN, đảng, đoàn thể; công chức, viên chức xã phường, thị trấn; người hoạt động không chuyên trách cấp xã, mức đóng sẽ tăng lên 30% theo quy định tại Nghị định số 73/2024/NĐ-CP của Chính phủ.

- Nhóm ngoài công lập, hợp tác xã, hội nghề nghiệp, tổ hợp tác, tổ chức khác, người nước ngoài lao động tại Việt Nam, mức đóng sẽ tăng khoảng 6% do lương tối thiểu vùng tăng lên tương ứng.2. Nhóm do tổ chức BHXH đóng

- Nhóm đối tượng hưu, trợ cấp mất sức lao động; trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; trợ cấp công nhân cao su; Thôi mất sức lao động hưởng trợ cấp NSNN; cán bộ xã hưởng trợ cấp BHXH hàng tháng, mức đóng sẽ tăng khoảng 15% so với mức đóng tại thời điểm tháng 6/2024.

- Nhóm người lao động bị ốm đau dài ngày; người lao động hưởng chế độ thai sản; người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp, mức đóng sẽ tăng khoảng 30% mức đóng hiện tại do đóng theo mức lương cơ sở.

3. Nhóm đối tượng do ngân sách nhà nước

Toàn bộ nhóm đối tượng do ngân sách nhà nước đóng quy định tại khoản 3 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế như nhóm đối tượng làm công tác cơ yếu, cán bộ xã hưởng trợ cấp NSNN; nhóm người có công với cách mạng, cựu chiến binh; người tham gia kháng chiến; trẻ em dưới 6 tuổi; người từ 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hàng tháng..., mức đóng sẽ tăng khoảng 30% so với mức đóng hiện tại.

Theo báo cáo của BHXHVN tại Báo cáo quyết toán năm 2022, tổng số người tham gia BHYT hơn 91 triệu người, tổng số thu quỹ BHYT hơn 114.560 tỷ đồng. Theo báo cáo của BHXHVN tại báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách và quản lý sử dụng quỹ BHYT năm 2023 và 06 tháng đầu năm 2024, tổng số người tham gia BHYT của năm 2023 là hơn 93,6 triệu người, tăng 2,8% so với năm 2022, tổng số thu quỹ BHYT trên 126.000 tỷ đồng

Năm 2024, trên cơ sở ước tính về số lượng người tham gia BHYT và mức đóng được tăng lên theo quy định Nghị định số 73/2024/NĐ-CP, Nghị định số 74/2024/NĐ-CP và Nghị định số 75/2024/NĐ-CP của Chính phủ, mức thu đóng BHYT tăng thêm khoảng 14.151 tỷ đồng (Trong đó: tăng do tăng mức đóng là 12.763 tỷ đồng và tăng do tăng số lượng tham gia cơ học bao gồmchỉ tính tăng chung do tăng tham gia từng đối tượng cũ và tăng dân số là 1% tương ứng 1.388 tỷ đồng; chưa tính tăng đối tượng do bổ sung vào luật). Tổng số thu BHYT năm 2024 ước đạt khoảng 140.168 tỷ đồng, tăng khoảng 14.154 tỷ đồng so với năm 2023.

Năm 2025, khi tính toán đầy đủ quy định tiền lương mức từ 01/01/2025 thì ước số thu BHYT tăng lên theo quy định tiền lương mức khoảng 25,526 tỷ đồng. Thêm vào đó, số người tham gia BHYT dự kiến tăng khoảng 1% năm theo cơ học (chỉ tính tăng chung do tăng tham gia từng đối tượng cũ và tăng dân số - chưa tính tăng đối tượng do bổ sung vào luật) thì số tiền thu BHYT tăng thêm khoảng 1.388 tỷ đồng, 2 năm là 2.776 tỷ đồng. Tổng số thu BHYT ước đạt khoảng 154.319 tỷ đồng, tăng khoảng 28.302 tỷ đồng so với năm 2023.

**Bảng 7: Bảng tính cân đối thu – chi quỹ bảo hiểm y tế do thay đổi mức lương và tỷ lệ tham gia BHYT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Đối tượng** | **Số người (Năm 2022)** | **Tổng số thu (Năm 2022 - Theo báo cáo quyết toán)** | **Tổng số thu (Tạm tính năm 2023**  | **Tỷ lệ tăng cả năm** | **Tỷ lệ tăng 1/2 năm** | **Ước thu năm 2024 do tăng lương mới** | **Ước thu năm 2024 tăng so với 2023 do tăng lương mới** | **Ước thu năm 2025 tăng so với năm 2024 do tăng lương mới** |
|
| **Người lao động, người sử dụng lao động** |  **14,690,065**  |  **50,161,964,000,000**  |  **55,178,160,400,000**  |  |  |  **57,987,081,592,000**  |  **2,808,921,192,000**  |  |
| - Doanh nghiệp nhà nước |  868,731  |  3,546,742,000,000  |  3,901,416,200,000  |  6%  | 3% |  4,018,458,686,000  |  117,042,486,000  |   |
| - Doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài |  4,691,913  |  18,268,097,000,000  |  20,094,906,700,000  |  6%  | 3% |  20,697,753,901,000  |  602,847,201,000  |   |
| - Doanh nghiệp ngoài quốc doanh |  5,993,468  |  18,212,729,000,000  |  20,034,001,900,000  |  6%  | 3% |  20,635,021,957,000  |  601,020,057,000  |   |
| - Công nhân, viên chức lực lượng vũ trang cơ yếu |  12,377  |  23,697,000,000  |  26,066,700,000  |  30%  | 15% |  29,976,705,000  |  3,910,005,000  |   |
| - Cơ quan hành chính, sự nghiệp, đảng đoàn thể |  2,544,165  |  8,096,116,000,000  |  8,905,727,600,000  |  30%  | 15% |  10,241,586,740,000  |  **1,335,859,140,000**  |   |
| - Công chức, viên chức, xã, phường, thị trấn |  206,767  |  545,624,000,000  |  600,186,400,000  |  30%  | 15% |  690,214,360,000  |  90,027,960,000  |   |
| - Ngoài công lập |  121,958  |  321,896,000,000  |  354,085,600,000  |  6%  | 3% |  364,708,168,000  |  10,622,568,000  |   |
| - Hợp tác xã |  41,752  |  122,740,000,000  |  135,014,000,000  |  6%  | 3% |  139,064,420,000  |  4,050,420,000  |   |
| - Hội nghề nghiệp, tổ hợp tác, tổ chức khác |  30,026  |  61,220,000,000  |  67,342,000,000  |  6%  | 3% |  69,362,260,000  |  2,020,260,000  |   |
| - Người hoạt động không chuyên trách cấp xã |  89,100  |  73,778,000,000  |  81,155,800,000  |  30%  | 15% |  93,329,170,000  |  12,173,370,000  |   |
| - Người nước ngoài lao động tại việt nam |  89,808  |  889,325,000,000  |  978,257,500,000  |  6%  | 3% |  1,007,605,225,000  |  29,347,725,000  |   |
| **Nhóm do tổ chức BHXH đóng** |  **3,664,802**  |  **9,664,399,900,000**  |  **10,630,840,275,000**  |  | 0% |  **11,554,224,841,500**  |  **923,384,566,500**  |  |
| - Hưu trí trợ cấp mất sức lao động |  2,944,251  |  8,073,951,000,000  |  8,881,346,100,000  |  15%  | 8% |  9,547,447,057,500  |  666,100,957,500  |   |
| - Trợ cấp tai nạn lao động bệnh nghề nghiệp |  9,683  |  7,834,900,000  |  8,618,390,000  |  15%  | 8% |  9,264,769,250  |  646,379,250  |   |
| - Trợ cấp công nhân cao su |  129  |  113,400,000  |  124,740,000  |  15%  | 8% |  134,095,500  |  9,355,500  |   |
| - Thôi MSLĐ hưởng trợ cấp NSNN (QĐ613) |  65,667  |  53,440,200,000  |  58,784,220,000  |  15%  | 8% |  63,193,036,500  |  4,408,816,500  |   |
| - Cán bộ xã hưởng trợ cấp BHXH hằng tháng |  1,100  |  920,800,000  |  1,012,880,000  |  15%  | 8% |  1,088,846,000  |  75,966,000  |   |
| - Người lao động bị ốm đau dài ngày |  2,503  |  2,278,850,000  |  2,506,735,000  |  30%  | 15% |  2,882,745,250  |  376,010,250  |   |
| - Người lao động hưởng chế độ thai sản |  233,417  |  717,806,900,000  |  789,587,590,000  |  30%  | 15% |  908,025,728,500  |  118,438,138,500  |   |
| - Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp |  408,052  |  808,054,200,000  |  888,859,620,000  |  30%  | 15% |  1,022,188,563,000  |  133,328,943,000  |   |
| **Nhóm do NSNN đóng** |  **27,257,503**  |  **24,865,301,076,000**  |  **27,351,831,183,600**  |  | 0% |  **31,454,605,861,140**  |  **4,102,774,677,540**  |  |
|  Cơ yếu |  422  |  2,052,400,000  |  2,257,640,000  |  30%  | 15% |  2,596,286,000  |  338,646,000  |   |
|  Cán bộ xã hưởng trợ cấp NSNN |  16,084  |  13,260,400,000  |  14,586,440,000  |  30%  | 15% |  16,774,406,000  |  2,187,966,000  |   |
| Người có công với cách mạng |  973,972  |  792,373,700,000  |  871,611,070,000  |  30%  | 15% |  1,002,352,730,500  |  130,741,660,500  |   |
| Cự chiến binh |  1,014,299  |  811,484,800,000  |  892,633,280,000  |  30%  | 15% |  1,026,528,272,000  |  133,894,992,000  |   |
| Người tham gia kháng chiến chống mỹ |  664,525  |  539,843,200,000  |  593,827,520,000  |  30%  | 15% |  682,901,648,000  |  89,074,128,000  |   |
| Đại biểu Quốc hội HĐND các cấp |  59,190  |  47,302,500,000  |  52,032,750,000  |  30%  | 15% |  59,837,662,500  |  7,804,912,500  |   |
| Trẻ em dưới 6 tuổi |  9,115,522  |  7,912,036,200,000  |  8,703,239,820,000  |  30%  | 15% |  10,008,725,793,000  |  1,305,485,973,000  |   |
| Người hưởng trợ cấp bảo trợ XH |  2,618,573  |  2,079,871,900,000  |  2,287,859,090,000  |  30%  | 15% |  2,631,037,953,500  |  343,178,863,500  |   |
| Người nghèo, DTTS, Nghệ nhân xã đảo |  8,995,992  |  7,001,735,200,000  |  7,701,908,720,000  |  30%  | 15% |  8,857,195,028,000  |  1,155,286,308,000  |   |
| Người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân, Nghệ nhân ưu tú thuộc hộ fgia đình có mức thu nhập bình quân đầu người |  3  |  1,676,000  |  1,843,600  |  30%  | 15% |  2,120,140  |  276,540  |   |
| Thân nhân của người có công với cách mạng |  629,956  |  507,715,600,000  |  558,487,160,000  |  30%  | 15% |  642,260,234,000  |  83,773,074,000  |   |
| Thân nhân của lực lượng vũ trang cơ yếu |  1,985,616  |  1,557,212,600,000  |  1,712,933,860,000  |  30%  | 15% |  1,969,873,939,000  |  256,940,079,000  |   |
| Người đã hiến bộ phận cơ thể |  2,021  |  1,447,900,000  |  1,592,690,000  |  30%  | 15% |  1,831,593,500  |  238,903,500  |   |
| Người nước ngoài đang học tập tại VN được cấp học bổng từ NSNN (VN) |  8,631  |  6,655,600,000  |  7,321,160,000  |  30%  | 15% |  8,419,334,000  |  1,098,174,000  |   |
| Người phục vụ người có công với cách mạng |  2,807  |  2,317,900,000  |  2,549,690,000  |  30%  | 15% |  2,932,143,500  |  382,453,500  |   |
| Người từ 80 tuổi hưởng trợ cấp tuất hằng tháng |  102,890  |  29,322,600,000  |  32,254,860,000  |  30%  | 15% |  37,093,089,000  |  4,838,229,000  |   |
| Khác (LLVT) |  1,067,000  |  3,560,666,900,000  |  3,916,733,590,000  |  30%  | 15% |  4,504,243,628,500  |  587,510,038,500  |   |
| **Nhóm do NSNN hỗ trợ** |  **21,522,021**  |  **15,980,719,300,000**  |  **17,578,791,230,000**  |  **30%**  | 15% |  **20,215,609,914,500**  |  **2,636,818,684,500**  |  |
| Người thuộc hộ cận nghèo |  2,124,096  |  1,560,374,300,000  |  1,716,411,730,000  |  30%  | 15% |  1,973,873,489,500  |  257,461,759,500  |   |
| Người thuộc hộ gia đình nghèo đa chiều |  485  |  428,900,000  |  471,790,000  |  30%  | 15% |  542,558,500  |  70,768,500  |   |
| Học sinh, sinh viên |  16,071,760  |  12,139,344,400,000  |  13,353,278,840,000  |  30%  | 15% |  15,356,270,666,000  |  2,002,991,826,000  |   |
| Hộ nông lâm, diêm ngư nghiệp có mức sống trung bình |  3,325,680  |  2,280,571,700,000  |  2,508,628,870,000  |  30%  | 15% |  2,884,923,200,500  |  376,294,330,500  |   |
| **Nhóm tham gia theo hộ gia đình** |  **23,939,298**  |  **13,888,461,600,000**  |  **15,277,307,760,000**  |  **30%**  | 15% |  **17,568,903,924,000**  |  **2,291,596,164,000**  |  |
| Người tham gia tự đóng |  550,458  |  13,641,730,200,000  |  15,005,903,220,000  |  30%  | 15% |  17,256,788,703,000  |  2,250,885,483,000  |   |
| NSNN Hỗ trợ |  -  |  246,731,400,000  |  271,404,540,000  |  30%  | 15% |  312,115,221,000  |  40,710,681,000  |   |
| **Tổng** | **91,073,689** | **114,560,845,876,000** | **126,016,930,848,600** |  | 0% | **138,780,426,133,140** | **12,763,495,284,540** | **12,763,495,284,540** |
| Tăng 02 năm 2024 + 2025 so với 2023 riêng do tăng lương |   |   |   |   |   |  |  38,290,485,853,620  |   |
| Ngoài ra còn dự kiến tăng do tăng đối tượng (ước 1% mỗi năm) |   |   |   |   |   |   | 1,387,804,261,331 | 1,387,804,261,331  |
| Ước số thu năm 2024  |   |   |   |   |   |   |   | **140,168,230,394,471**  |
| Ước số thu năm 2024 tăng thêm so với 2023 do tăng lương và tăng tỷ lệ tham gia  |   |   |   |   |   |   |   | **14,151,299,545,871**  |  |
| Ước thu cả năm 2025 |   |   |   |   |   |   |   |  **154,319,529,940,343**  |  |
| Ước số thu năm 2025 tăng thêm so với 2023 do tăng lương và tăng tỷ lệ tham gia |   |   |   |   |   |   |   |  **28,302,599,091,743**  |
| Ước cả năm 2024 và 2025 tăng so với năm 2023 do tăng lương và tăng tỷ lệ tham gia  |   |   |   |   |   |   |   |  **42,453,898,637,614**  |

1. **Về tổng chi Quỹ Bảo hiểm y tế:**
2. **Về số lượt khám bệnh, chữa bệnh Bảo hiểm y tế:**

- Theo số liệu từ BHXHVN, số lượt KCB tăng đều qua các năm. Năm 2015 khoảng 130,2 triệu lượt, đến 2019 là 184 triệu lượt, tốc độ tăng trung bình khoảng 4,3% năm. Đến năm 2020 do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 nên số lượt KCB giảm đáng kể, xuống còn 167.3 triệu lượt. Năm 2022 số lượt KCB đã tăng nhưng vẫn do ảnh hưởng từ đại dịch COVID nên số lượt KCB vẫn chưa trở lại trạng thái bình thường như trước đại dịch COVID-19, chỉ có khoảng 150,5 triệu lượt người đi KCB. Do vậy không thể lấy xu hướng về số lượt KCB các năm 2020-2022 để tính toán, ước số tăng lượt KCB qua các năm mà phải sử dụng số liệu các năm trước đại dịch làm căn cứ để xác định xu hướng.

- Theo số liệu từ Báo cáo tổng kết thực hiện chỉ thị 38-CT/TW của BHXHVN thì số lượt khám chữa bệnh năm 2023 là 174 triệu lượt người. Với tỷ lệ số người bệnh đi KCB tăng trung bình qua các năm trong bổi cảnh trước đại dịch thì ước số lượt người đi khám bệnh, chữa bệnh năm 2024 khoảng: 181.482.000 người và năm 2025 khoảng 189.285.700 người đi KCB BHYT.

**2. Về chi phí bệnh quân chung trong một lượt khám bệnh, chữa bệnh BHYT qua các năm:**

- Ngoại trừ năm 2020 có số chi bình quân chung cả nước tương đối thấp (614.000đ/lượt KCB), các năm từ 2021 đến 2023 đều có số chi bình quân trên dưới khoảng 700.000 đ/ lượt KCB). Năm 2023 cũng theo số liệu từ Báo cáo tổng kết thực hiện chỉ thị 38-CT/TW của BHXHVN thì chi phí bình quân chung cả năm là 696.000 đồng/lượt KCB.

- Theo cơ cấu chi phí KCB BHYT các năm 2021 - 2023, chi tiền thuốc, VTYT, chi phí máu và vận chuyển chiếm 45,1%; chi phí phẫu thuật thủ thuật, giường bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và tiền công khám chiếm khoảng 54,9%. Theo báo cáo của BYT tại công văn số 3768/BYT-KHTC ngày 04/7/2024 thì khi thực hiện chính sách tiền lương mới, quỹ BHYT phải chi tăng thêm khoảng 8.600 tỷ đồng.

**3. Về tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

- Phân tích trong kịch bản không có yếu tố bất thường, với số lượt KCB và chi phí bình quân như phân tích trên thì tổng chi KCB BHYT năm 2024 khoảng 135.000 tỷ đồng và năm 2025 là khoảng 148.000 tỷ đồng. Tổng chi chi cả 02 năm là 283.000 tỷ đồng.

**Bảng 8: Bảng tính tổng chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

|  |
| --- |
| **Bảng 8.1 Số liệu về số lượt khám chữa bệnh, số chi bình quân và tổng chi quân các năm** |
| **Năm** |  **Năm 2020**  |  **Năm 2021**  |  **Năm 2022**  |  **Năm 2023**  |  **Năm 2024**  |  **Năm 2025**  |
| Số lượt KCB |  167,300,000  |  126,400,000  |  150,500,000  |  174,000,000  |  181,482,000  |  189,285,726  |
| Chi bình quân chung |  614,000  |  694,000  |  704,000  |  696,700  |   |   |
| Tổng chi |  103,138,000,000,000  |  87,977,000,000  |  105,949,000,000,000  |  121,221,000,000,000  |  -  |  -  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| \* Xu hướng tăng số lượt chi KCB qua các năm tăng khoản 4,3% năm, số lượt KCB năm 2024 đạt khoảng 181.482.000 người và 2025 là 189.585.726 người |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Bảng 8.2 Phân tích cơ cấu chi KCB BHYT năm 2023** |
| **Mục chi** |  **Tỷ lệ**  |  **Tiền theo cơ cấu**  |  **Tổng tiền**  |  |  |
| **Tổng** |  |  **696,700**  |  **121,221,000,000,000**  |  |  |
| 1. Các khoản chi trực tiếp | 45.1% |  314,212  |  54,670,671,000,000  |  |  |
| - Thuốc | 33.5% |   |   |  |  |
| - Vật tư y tế | 10.2% |   |   |  |  |
| - Máu + vận chuyển | 1.4% |   |   |  |  |
| 2. Các khoản chi có kết cấu chi tiền lương (Phẫu thuật, thủ thuật, CP giường, CP xét nghiệm, CP chẩn đoán hình ảnh, tiền công khám) | 54.9% |  382,488  |  66,550,329,000,000  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Năm 2024** |  |  |  |
| 1. Các khoản chi trực tiếp (Giả định tăng theo chỉ số lạm phát 2024 là 4,5% (314.212\*1.045) | 328,351 |  |  |
| 2. Tổng chi trực tiếp năm 2024 (Thuốc, vật tư y tế, máu) | 59,589,837,287,673 |  |  |
| 3. Các khoản chi có kết cấu chi tiền lương gồm Phẫu thuật, thủ thuật, CP giường, CP xét nghiệm, CP chẩn đoán hình ảnh, tiền công khám. Giả định không thay đổi, chỉ tăng thêm lương thì chi tăng thêm 8.600 tỷ đồng | 75,150,329,000,000 |  |  |
| **4. Dự kiến tổng chi năm 2024** | **134,740,166,287,673** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Năm 2025** |   |  |  |
| 1. Các khoản chi trực tiếp (Giả định tăng theo chỉ số lạm phát 2025 là 4,0% (328.351\*1.040) |  341,485  |  |  |
| 2. Tổng chi trực tiếp năm 2024 (Thuốc, vật tư y tế, máu) |  64,638,288,302,685  |  |  |
| 3. Các khoản chi có kết cấu chi tiền lương (Phẫu thuật, thủ thuật, CP giường, CP xét nghiệm, CP chẩn đoán hình ảnh, tiền công khám). Giả định chỉ tăng thêm lương 8.600 tỷ đồng |  83,750,329,000,000  |  |  |
| **4. Dự kiến tổng chi năm 2025** |  **148,388,617,302,685**  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Tổng dự kiến chi cả 2 năm 2024- 2025** |  |  |  **283,128,783,590,358**  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**III. Cân đối thu – chi BHYT**

**3.1 Cân đối thu – chi do thay đổi mức thu và chi do tăng lương và tỷ lệ tham gia**

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

= Tổng thu (2024 + 2025) – Tổng chi (2024 + 2025)

= (140.000 + 154.000) – (135.000 + 148.000)

= 11.000 (tỷ đồng)

**3.2** **Cân đối thu – chi chung**

 Theo ước tính tác động cả 04 chính sách là tăng 6.603,125 tỷ đồng cho quỹ, 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 để các nhóm đối tượng này tham gia 100%. Vì vậy, trung bình ước tính quỹ chỉ tăng thu năm 2025 là 3.301,563 tỷ đồng.

Năm 2024, năm 2025 đủ để bù số chi phí tăng lên năm 2024 và năm 2025. Cụ thể: 11.000 + 3.301,562 = 14.301,562 (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: = 14.301,562+ 40.000,000 = 54.301,562 (tỷ đồng)./.

1. Chấm điểm khi xếp cấp khám bệnh, chữa bệnh theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP. [↑](#footnote-ref-1)
2. Tại tỉnh Thanh Hóa. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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-3)
4. 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-4)
5. Có thêm giải pháp bổ sung đối tượng đóng bảo hiểm y tế là thân nhân người lao động và bảo hiểm y tế bổ sung. [↑](#footnote-ref-5)
6. Tran Tuan Anh, Dang Tran Dat & Hoang Van Minh (2021) Identifying costs: The case of refractive error, strabismus, and ptosis amongst children in Vietnam, International Journal of Healthcare Management, 14:4, 1382-1388, DOI: 10.1080/20479700.2020.1762051 [↑](#footnote-ref-6)
7. Theo số liệu báo cáo tại Công văn số 2300/BHXH-CSYT ngày 27/7/2023 báo cáo tình hình thực hiện chế độ, chính sách và quản lý sử dụng quỹ BHYT năm 2022. [↑](#footnote-ref-7)
8. Theo số liệu năm 2018, từ báo cáo chưa đầy đủ của 51/63 tỉnh, thành phố: năm 2018 ngân sách cấp cho các bệnh viện giảm 3.208,592 tỷ đồng so với 2017, trong khi nếu thực hiện chính sách thì Nhà nước phải tăng chi dao động từ 287,9 tỷ - 948,3 tỷ đồng một năm. [↑](#footnote-ref-8)
9. Hiện Luật thuế TTĐB sẽ trình Quốc hội ban hành trong năm 2024 sẽ tăng mức thuế đối với thuốc lá, rượu, bia, bổ sung thu thuế đồ uống có đường để giảm tác hại của việc tiêu thụ quá mức và đầu tư cho y tế, xã hội. [↑](#footnote-ref-9)
10. Theo số liệu năm 2018, từ báo cáo chưa đầy đủ của 51/63 tỉnh, thành phố: năm 2018 ngân sách cấp cho các bệnh viện giảm 3.208,592 tỷ đồng so với 2017, trong khi nếu thực hiện chính sách thì Nhà nước phải tăng chi dao động từ 287,9 tỷ - 948,3 tỷ đồng một năm. [↑](#footnote-ref-10)
11. Hiện Luật thuế TTĐB sẽ trình Quốc hội ban hành trong năm 2024 sẽ tăng mức thuế đối với thuốc lá, rượu, bia, bổ sung thu thuế đồ uống có đường để giảm tác hại của việc tiêu thụ quá mức và đầu tư cho y tế, xã hội. [↑](#footnote-ref-11)
12. Tran Tuan Anh, Dang Tran Dat & Hoang Van Minh (2021) Identifying costs: The case of refractive error, strabismus, and ptosis amongst children in Vietnam, International Journal of Healthcare Management, 14:4, 1382-1388, DOI: 10.1080/20479700.2020.1762051 [↑](#footnote-ref-12)
13. Báo cáo số 4194 /BC-BHXH ngày 12/12/2023 tổng kết thực hiện luật bảo hiểm y tế giai đoạn 2015 - 2022 và đề xuất sửa đổi luật bảo hiểm y tế của ngành Bảo hiểm xã hội việt nam [↑](#footnote-ref-13)
14. Báo cáo Đánh giá việc thực hiện chính sách thông tuyến Khám chữa bệnh Bảo hiểm Y tế: Kết quả phân tích từ dữ liệu của Cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam của Viện Chiến lược và chính sách y tế [↑](#footnote-ref-14)
15. Chấm điểm khi xếp cấp khám bệnh, chữa bệnh theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP. [↑](#footnote-ref-15)
16. Theo số liệu của Ban Chính sách BHYT thuộc BHXH Việt Nam. [↑](#footnote-ref-16)
17. Năm 2020: chi 3,7%, năm 2021: chi 3,32%, năm 2022 chi 3,46%; năm 2023: ước chi khoảng 3,38%.

Quyết định số 19/2022/QĐ-TTg ngày 22/9/2022 quy định về chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế giai đoạn 2022 – 2024: Chi phí quản lý BHYT bình quân tối đa 3,5% số tiền đóng BHYT. [↑](#footnote-ref-17)
18. Tran Tuan Anh, Dang Tran Dat & Hoang Van Minh (2021) Identifying costs: The case of refractive error, strabismus, and ptosis amongst children in Vietnam, International Journal of Healthcare Management, 14:4, 1382-1388, DOI: 10.1080/20479700.2020.1762051 [↑](#footnote-ref-18)