|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
|  Số: /TTr-BYT | *Hà Nội, ngày tháng năm 2022*  |

**TỜ TRÌNH**

**Về** **việc xây dựng** **Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của**

**Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế**

Kính gửi: Chính phủ

Để khắc phục khó khăn trong quá trình tổ chức, thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế nói chung, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức thanh toán theo giá dịch vụ nói riêng mà Bộ Y tế tiếp nhận được qua ý kiến phản ánh, kiến nghị của nhiều Đại biểu Quốc hội, của cử tri và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; thực hiện ý kiến chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ tại Chỉ thị số 14/CT-TTg ngày 24 tháng 3 năm 2020 về chính sách hỗ trợ xã ATK, vùng ATK cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ, trong đó, Thủ tướng Chính phủ giao Bộ Y tế “Chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính và các bộ, ngành có liên quan nghiên cứu sửa đổi bổ sung Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ trong đó có chính sách hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho nhân dân các xã ATK cách mạng”, Bộ Y tế đã chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính, các Bộ, ngành có liên quan và Bảo hiểm xã hội Việt Nam triển khai xây dựng Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

Bộ Y tế kính trình Chính phủ xem xét, ban hành dự thảo Nghị định với các nội dung sau:

**I. SỰ CẦN THIẾT BAN HÀNH NGHỊ ĐỊNH**

**1. Cơ sở thực tiễn**

Khi Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của luật bảo hiểm y tế năm 2008 có hiệu lực thi hành, Bộ Y tế đã cùng với Bộ Tư pháp, Bộ Tài chính, Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội, Bảo hiểm xã hội Việt Nam và các cơ quan, đơn vị có liên quan nghiên cứu, xây dựng, trình Chính phủ ban hành Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế. Tiếp đó, đã trình Chính phủ ban hành Nghị định số 146/2018/NĐ-CP (sửa đổi, bổ sung Nghị định số 105/2014/NĐ-CP). Sau một thời gian triển khai thực hiện Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã có một số khó khăn, vướng mắc, bất cập trong quá trình tổ chức triển khai thực hiện tại cơ quan Bảo hiểm xã hội cũng như tại các cơ sở y tế, như:

- Chưa có quy định, hướng dẫn cụ thể về chính sách hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho nhân dân các xã ATK cách mạng theo chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ tại Chỉ thị số 14/CT-TTg;

- Phương thức đóng của một số đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định sô 146/2018/NĐ-CP (Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc) chưa được quy định trong Nghị định số 146/2018/NĐ-CP;

- Mức hưởng của đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định sô 146/2018/NĐ-CP (Thanh niên xung; cán bộ, chiến sĩ Công an đã được giải quyết hưởng chế độ theo quy định tại các Quyết định: số 209/2005/QĐ-TTg ngày 01 tháng 11 năm 2005, số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06 tháng 12 năm 2007, số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20 tháng 8 năm 2020, số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09 tháng 11 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ); Dân công hỏa tuyến (theo Quyết định số 49/2015/QĐ-TTg ngày 14 tháng 10 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ) bị giảm mức hưởng, từ 100% (theo quy định tại Nghị định số 105/2014/NĐ-CP) xuống còn 80% (theo quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP);

- Người dân tộc thiểu số thoát nghèo theo Quyết định số 861/QĐ-TTg ngày 04 tháng 6 năm 2021 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt danh sách các xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025, nhưng trong thực tế, còn rất nhiều người dân thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi, được nhiều Đại biểu Quốc hội và cử tri phán ánh, kiến nghị đang rất khó khăn;

- Một số khó khăn, vướng mắc, bất cập liên quan đến tổng mức thanh toán trong thanh toán, quyết toán chi phí KCB bảo hiểm y tế do Nghị định số 146/2018/NĐ-CP chưa quy định đầy đủ các nguyên nhân làm phát sinh chi phí tại cơ sở KCB; phương pháp xác định tổng mức thanh toán bằng công thức, nhưng khi triển khai xây dựng Thông tư hướng dẫn thực hiện hoặc bằng công văn để diễn giải, quy định, hướng dẫn cụ thể rất phức tạp, dẫn đến khó khăn, vướng mắc, bất cập trong quá trình triển khai thực hiện, tổng mức thanh toán chưa phản ánh đầy đủ các chi phí thực tế phát sinh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ngày 25 tháng 10 năm 2021, Lãnh đạo Bộ Y tế và Lãnh đạo BHXH Việt Nam đã họp, thống nhất giao “Vụ BHYT làm đầu mối phối hợp với các đơn vị có liên quan đề nghị sửa đổi Nghị định số 146/2018/NĐ-CP theo hướng bỏ quy định về Tổng mức thanh toán chi phí khám chữa bệnh BHYT để hạn chế các khó khăn, vướng mắc, tạo thuận lợi cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong quá trình thực hiện khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT” (Thông báo kết luận số 2006/TB-BYT ngày 07 tháng 12 năm 2021 của Bộ Y tế);

- Tình hình dịch bệnh mới (Đại dịch do COVID-19) gây ra, nếu thực hiện theo quy định hiện hành thì có nhiều khó khăn, vướng mắc, bất cập trong việc tiếp nhận, chuyển tuyến, bảo đảm quyền lợi trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người tham gia bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

**2. Cơ sở pháp lý**

Do một số văn bản ban hành có liên quan đến bảo hiểm y tế cần phải điều chỉnh, bổ sung quy định để bảo đảm thống nhất, đầy đủ của hệ thống pháp luật. Cụ thể:

 - Luật Cư trú số 68/2020/QH14 được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XIV, kỳ họp thứ 10 thông qua ngày 13 tháng 11 năm 2020, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 7 năm 2021, trong đó tại khoản 2 Điều 37 đã sửa đổi, bổ sung khoản 7 Điều 2 Luật Bảo hiểm y tế: “7. Hộ gia đình tham gia BHYT là những người cùng đăng ký thường trú hoặc cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú”;

- Chỉ thị số 14/CT-TTg ngày 24 tháng 3 năm 2020 về chính sách hỗ trợ xã ATK, vùng ATK cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ;

- Luật bảo hiểm y tế quy định:

+ Phương thức đóng của một số đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 3 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP (Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc) nhưng chưa được quy định phương thức đóng như thế nào;

+ Có ba phương thức thanh toán, nhưng trong Nghị định số 146/2018/NĐ-CP mới chỉ quy định hai phương thức, còn phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh (DRG) chưa được quy định.

+ Khoản 6 Điều 12 Luật BHYT quy định:“Chính phủ quy định các đối tượng khác ngoài các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 và 5 Điều này”.

Như vậy, việc xây dựng, ban hành Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP là cần thiết để khắc phục được những khó khăn, vướng mắc, bất cập trong quá trình tổ chức, thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế nói chung, trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo phương thức thanh toán theo giá dịch vụ. Việc xây dựng, ban hành Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP bảo đảm cả tính pháp lý và thực tiễn. Do đó, ngày 14 tháng 10 năm 2021, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thanh Long đã có ý kiến kết luận, chỉ đạo tại Thông báo số 1596/TB-BYT “… khẩn trương xây dựng dự thảo Nghị định sửa đổi Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ Quy định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

**II. MỤC ĐÍCH, QUAN ĐIỂM CHỈ ĐẠO VIỆC XÂY DỰNG DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH**

**1. Mục đích xây dựng dự thảo Nghị định**

**2. Quan điểm chỉ đạo việc xây dựng dự thảo nghị định**

Việc xây dựng dự thảo Nghị định được tiến hành dựa trên cơ sở các quan điểm chỉ đạo sau đây:

a) Bảo đảm tính hợp hiến, hợp pháp, tính thống nhất và đồng bộ của hệ thống pháp luật có liên quan.

b) Bảo đảm tính khả thi của dự thảo Nghị định, phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội và nhận thức, ý thức pháp luật của người dân trong giai đoạn hiện nay và những năm tiếp theo.

**III. QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH**

Trong quá trình xây dựng dự thảo Nghị định, Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành và tổ chức liên quan thực hiện các công việc sau đây:

1. Trên cơ sở các ý kiến phản ánh, kiến nghị, Bộ Y tế đã rà soát các quy định về những khó khăn, vướng mắc, bất cập trong quá trình tổ chức thực hiện.

2. Xây dựng dự thảo Nghị định và Tờ trình.

3. Đăng tải dự thảo Nghị định trên Cổng thông tin điện tử của Chính phủ và của Bộ để lấy ý kiến tổ chức, cá nhân; lấy ý kiến góp ý bằng văn bản của Bộ, ngành, địa phương, tổ chức liên quan.

4. Tổ chức tọa đàm, Hội nghị, Hội thảo có sự tham gia của các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan để tham vấn trực tiếp về các nội dung dự thảo Nghị định.

5. Hoàn thiện dự thảo Tờ trình, Nghị định theo ý kiến góp ý.

6. Gửi hồ sơ dự thảo Nghị định đề nghị Bộ Tư pháp thẩm định theo quy định.

7. Tổ chức nghiên cứu, tiếp thu ý kiến thẩm định của Bộ Tư pháp.

8. Chỉnh lý dự thảo Nghị định và hoàn thiện hồ sơ trình Chính phủ theo quy định.

**IV. NỘI DUNG DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH**

1. Bố cục: Dự thảo Nghị định gồm 4 Điều.

2. Nội dung cơ bản của dự thảo Nghị định:

Dự thảo Nghị định sửa đổi, bổ sung Nghị định số 146/2018/NĐ-CP gồm một số điều, khoản. Cụ thể như sau:

**a) Bổ sung Khoản 18 Điều 3 (Nhóm do ngân sách nhà nước đóng) Nghị định 146/2018/NĐ-CP**:

“18. Người dân sinh sống ở các xã An toàn khu, vùng An toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ”.

 **Lý do sửa đổi bổ sung:** theo quy định tại điểm c Khoản 4 Chỉ thị số 14/CT-TTg ngày 24 tháng 3 năm 2020 của Thủ tướng Chính phủ về chính sách hỗ trợ xã ATK, vùng ATK cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ, Thủ tướng Chính phủ đã giao Bộ Y tế: "Chủ trì phối hợp với Bộ Tài chính và các bộ, ngành liên quan nghiên cứu sửa đổi bổ sung Nghị định 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ trong đó có chính sách hỗ trợ thẻ bảo hiểm y tế cho nhân dân các xã ATK cách mạng".

**b) Bổ sung Khoản 5 Điều 4 (Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng) Nghị định 146/2018/NĐ-CP**:

“5. Người dân tộc thiểu số thoát nghèo theo Quyết định số 861/QĐ-TTg ngày 04 tháng 6 năm 2021 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt danh sách các xã khu vực III, khu vực II, khu vực I thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2025”.

**Lý do sửa đổi bổ sung:**

Sau khi Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 861/QĐ-TTg ngày 04 tháng 6 năm 2021 đã có rất nhiều phản ánh, kiến nghị của người dân cũng như của cử tri, đại biểu Quốc hội (tại kỳ họp thứ Hai, Quốc hội khóa XV) về những bất cập khi thực hiện Quyết định số 861/QĐ-TTg, ảnh hưởng đến đời sống của người dân tộc thiểu số vừa thoát nghèo.

Tiếp thu ý kiến phản ánh, kiến nghị, Bộ Y tế cùng với các Bộ, ngành có liên quan đề xuất bổ sung theo hướng ngân sách Nhà nước hỗ trợ 70% tương tự như hỗ trợ đối với những đối tượng đã quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định 146/2018/NĐ-CP (Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo tiêu chí chuẩn cận nghèo theo quy định của Thủ tướng Chính phủ).

**c) Sửa đổi, bổ sung một số khoản trong Điều 5 (Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình) Nghị định số 146/2018/NĐ-CP**:

***\* Sửa đổi khoản 1 và khoản 2 như sau:***

“1. Người cùng đăng ký thường trú cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú, trừ những người thuộc đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này.

2. Người cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú, trừ đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3 , 4 và 6 Nghị định này và đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều này.”

**Lý do sửa đổi bổ sung:**

Thực hiện theo quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 5 Luật Cư trú để thống nhất trong quá trình thực hiện, tạo điều kiện thuận lợi cho người dân tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình khi Luật cư trú có hiệu lực, trong đó, luật cư trú đã quy định, trong đó:

- Tại khoản 2 Điều 37 đã quy định rõ “sửa đổi, bổ sung khoản 7 Điều 2 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, cụ thể như sau:

7. Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế là những người cùng đăng ký thường trú hoặc cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú”

- Tại khoản 3 Điều 38 điều khoản thi hành: Kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành, Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú đã được cấp vẫn được sử dụng và có giá trị như giấy tờ, tài liệu xác nhận về cư trú theo quy định của Luật này cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022.”.

***\* Bổ sung các khoản 4, 5 và 6 như sau:***

“4. Đối với hộ gia đình đang tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình mà vẫn còn giữ sổ hộ khẩu, sổ tạm trú thì tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022 theo quy định tại khoản 3 Điều 38 Luật Cư trú, kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 thực hiện tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình theo khoản 2 Điều 37 Luật Cư trú”;

“5. Đối với trường hợp công dân thực hiện các thủ tục đăng ký cư trú sau ngày 01 tháng 7 năm 2021 dẫn đến thay đổi thông tin trong Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú bị cơ quan đăng ký cư trú thu hồi sổ hộ khẩu, sổ tạm trú thì tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình theo quy định tại khoản 2 Điều 37 Luật Cư trú”;

“6. Đối với trường hợp thông tin trong Sổ hộ, Sổ tạm trú khác với thông tin trong cơ sở sữ liệu về cư trú thì sử dụng thông tin trong Cơ sở dữ liệu về cư trú, tham gia bảo hiểm y tế hộ gia đình theo quy định tại khoản 2 Điều 37 Luật Cư trú”.

**Lý do sửa đổi bổ sung:**

Theo quy định của Luật Cư trú số 68/2020/QH14, trong đó tại khoản 3 Điều 38 (Điều khoản thi hành) của Luật Cư trú số 68/2020/QH14 quy định: Kể từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành, Sổ hộ khẩu, Sổ tạm trú đã được cấp vẫn được sử dụng và có giá trị như giấy tờ, tài liệu xác nhận về cư trú theo quy định của Luật này cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2022.

**d) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 9** (**Phương thức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng**) như sau:

Bổ sung thêm nhóm đối tượng quy định tại Khoản 5 Điều 3 (Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc) và Khoản 18 (đề nghị bổ sung mới trong Mục 1 Phần IV văn bản này). Cụ thể:

“3. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 4, **5,** 6, 7, 10, 13, 14, 17 và **18** Điều 3, đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế: Hằng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này. Thời điểm để tính số tiền phải đóng: Các đối tượng được lập danh sách hằng năm, tính tiền đóng từ ngày 01 tháng 01; đối với các đối tượng được bổ sung trong năm, tính tiền đóng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.”.

**e) Bổ sung vào điểm a khoản 1 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đối với mức hưởng của các đối tượng quy định tại khoản 5 và khoản 18) Điều 3 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP như sau:**

- Bổ sung thêm mức hướng 100% của nhóm đối tượng quy định tại Khoản 5 Điều 3 (Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc). Cụ thể:

“a. **100%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, **5**, 8, 9, 11 và 17 và 18 Điều 3 Nghị định này;”.

- Bổ sung thêm mức hướng **95%** của nhóm đối tượng quy định tại **Khoản 5 Điều 4** (đề nghị bổ sung mới trong Mục 1 Phần IV văn bản này nếu được chấp nhận). Cụ thể:

“e) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2, khoản 12 Điều 3 và khoản 1, khoản 2 và **khoản 5 Điều 4** Nghị định này;”.

**Lý do sửa đổi bổ sung:**

***- Về bổ sung khoản 5 Điều 3***

Nghị định 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế đã quy định nhóm đối tượng này được hưởng 100% trong phạm vi được hưởng. Ngày 17 tháng 10 năm 2018, Chính phủ ban hành Nghị định số 146/2018/NĐ-CP quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của luật bảo hiểm y tế, trong đó tại Điều 3 có tách riêng từng nhóm đối tượng, gồm: Người có công với cách mạng (Khoản 3 Điều 3); Cựu chiến binh (Khoản 4 Điều 3); Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc (Khoản 5 Điều 3). Đồng thời, tại khoản 1 Điều 14 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã quy định những đối tượng quy định tại Khoản 3 và Khoản 4 Điều 3 có mã thẻ bảo hiểm y tế là số 2, có mức hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (tức là không phải cùng chi trả), còn những đối tượng quy định tại Khoản 5 Điều 3 (Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc), đó là các đối tượng gồm thanh niên xung phong; Cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương Dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế có mã thẻ bảo hiểm y tế là số 4, với mức hưởng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (tức là đối tượng này phải cùng chi trả 20%).

Trong quá trình triển khai thực hiện chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế, Bộ Y tế đã nhận được nhiều văn bản của Văn phòng Chính phủ về việc chuyển ý kiến của Trung ương Hội cựu chiến binh Việt Nam, Hội cựu Thanh niên xung phong Việt Nam và công văn các hội nêu trên, đơn thư của cựu chiến binh, thanh niên xung phong phản ánh về việc Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã chuyển mức quyền lợi được hưởng bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng này từ 100% xuống còn 80% là chưa phù hợp, trong khi đó đa số nhóm đối tượng này đã lớn tuổi (trên 70 tuổi), là người tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ và đề nghị cho nhóm đối tượng này tiếp tục được hưởng 100% trong phạm vi được hưởng như Nghị định 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ.

Trên cơ sở đó, Bộ Y tế đã xin ý kiến các cơ quan liên quan (Y tế, Lao động – Thương binh và Xã hội, Tư pháp, Tài chính, Bảo hiểm xã hội Việt Nam) đề xuất nâng mức hưởng bảo hiểm y tế của đối tượng Thanh niên xung phong và cán bộ, chiến sĩ Công an từ 80% lên 100% và báo cáo Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ. Ngày 21 tháng 12 năm 2020, Văn phòng Chính phủ đã có Phiếu số 437/PLYK/2020 xin ý kiến Thành viên Chính phủ về thực hiện chế độ, chính sách bảo hiểm y tế của cựu thanh niên xung phong. Bộ Y tế đã tổng hợp ý kiến thành viên Chính phủ và báo cáo Thủ tướng Chính phủ tại Công văn số 450/BYT-BH ngày 20 tháng 01 năm 2021, trong đó có 21/22 thành viên Chính phủ đồng ý hoàn toàn thông qua đồng ý đối tượng cựu TNXP xứng đáng được hưởng mức hưởng BHYT 100% do những đóng góp của họ trong hai cuộc kháng chiến và để cân đối với các đối tượng khác trong thực hiện chính sách BHYT; có 01 thành viên Chính phủ (Bộ trưởng Bộ Công an) đề nghị việc nâng mức hưởng BHYT đối với cựu TNXP cần phải cân nhắc để phù hợp và tương quan đối với các đối tượng khác. Thực hiện ý kiến của Phó Thủ tướng Chính phủ Vũ Đức Đam tại công văn số 1475/VPCP-KGVX ngày 09 tháng 3 năm 2021, Bộ Y tế đã lấy ý kiến của Bộ Công an và BHXH Việt Nam đối với đối tượng chiến sỹ công an đã được giải quyết hưởng chế độ theo quy định tại các Quyết định: số 209/2005/QĐ-TTg ngày 01/11/2005; số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06/12/2007; số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20/8/2020; số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ. Trong đó, Bộ Công an và BHXH Việt Nam thống nhất với đề nghị nâng mức hưởng BHYT từ 80% lên 100% đối với các đối tượng cán bộ, chiến sĩ Công an tại Công văn số 1005/BCA-X01 đề ngày 07/4/2021 của Bộ Công an; Công văn số 1386/BHXH-CSYT ngày 24 tháng 5 năm 2021của BHXH Việt Nam.

Như vậy, việc nâng mức hưởng BHYT đối với đối tượng thanh niên xung phòng và đối tượng cán bộ, chiến sĩ Công an đã được giải quyết hưởng chế độ theo quy định tại các Quyết định: số 209/2005/QĐ-TTg ngày 01/11/2005; số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06/12/2007; số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20/8/2020; số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09/11/2011 của Thủ tướng Chính phủ là rất cần thiết, thể hiện tính nhân văn, đạo lý “Uống nước nhớ nguồn” của Đảng và Nhà nước đối với những người đã tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc, đã được các Bộ, ngành thống nhất.

***- Về bổ sung khoản 18 Điều 3***

Do đã đề xuất bổ sung khoản 18 trong Điều 3 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP: Người dân sinh sống ở các xã An toàn khu, vùng An toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ là tuân thủ thực hiện chỉ đạo của Thủ tướng Chính phủ tại Chỉ thị số 14/CT-TTg ngày 24 tháng 3 năm 2020 về chính sách hỗ trợ xã ATK, vùng ATK cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ, **nên cần phải bổ sung quy định mức hưởng.**

**g) Bãi bỏ các khoản 4, 5 và 6 Điều 24**

Tại các khoản 4, 5 và 6 Điều 24 của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 146/2018/NĐ-CP) về Thanh toán theo giá dịch vụ, cụ thể tại các khoản 4, 5 và 6 Điều 24 quy định:

“4. Tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hàng năm được tính theo công thức sau:

T= [Tn-1 x k] thuốc, hóa chất + [Tn-1 x k] vật tư y tế + [Tn-1] máu, chế phẩm máu +[Tn-1] dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh + Cn

Trong đó:

a) T là tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở bằng tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh nội trú và tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú;

b) Tn-1 là chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước liền kề tại cơ sở đã được cơ quan bảo hiểm xã hội thẩm định quyết toán;

c) k là hệ số điều chỉnh do biến động về giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tương ứng của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa được tính vào giá dịch vụ, không bao gồm các chi phí đã được tính trong Cn.

d) Cn là phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm tại cơ sở do các nguyên nhân: áp dụng dịch vụ kỹ thuật mới; bổ sung thuốc, hóa chất mới, vật tư y tế mới; áp dụng giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mới; giá máu, chế phẩm máu mới; điều chỉnh hạng bệnh viện; đối tượng người có thẻ bảo hiểm y tế; thay đổi phạm vi hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định của cấp có thẩm quyền (nếu có); thay đổi mô hình bệnh tật; số lượt khám bệnh, chữa bệnh.

Chi phí này được tổng hợp vào chi phí thực tế để làm cơ sở tính tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

5. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo báo cáo quyết toán năm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã được thẩm định nhưng không vượt tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được xác định theo quy định tại khoản 4 Điều này.

6. Hằng năm, căn cứ chỉ số giá của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế do Tổng cục Thống kê công bố, Bộ Y tế thông báo hệ số k sau khi thống nhất với Bộ Tài chính.”

Để triển khai thực hiện các quy định nêu trên, Bộ Y tế đã phối hợp với Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành công văn hướng dẫn xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm 2019, 2020. Tuy nhiên, trong quá trình triển khai thực hiện, đã có những vướng mắc, khó khăn phát sinh như sau:

**a) Đối với Tn-1 là chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước liền kề tại cơ sở đã được cơ quan bảo hiểm xã hội thẩm định quyết toán:**

Với quy định, cơ chế thanh, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như hiện nay, việc xác định Tn-1 là rất khó khăn, phức tạp, do không phản ánh được hết tổng số kinh phí trong một năm, do đó sẽ không thể tính được kinh phí cho năm tiếp theo. Để xác định tổng mức thanh toán của năm 2021 thì phải xác định được T2020, để xác định được T2020 thì phải xác định được T2019, để xác định được T2019,thì phải xác định được T2018, tuy nhiên, đến thời điểm hiện tại, năm 2018 cả nước vẫn còn 659,2 tỷ đồng, năm 2019 còn 1.645,1 tỷ đồng vượt dự toán do nguyên nhân khách quan chưa được thanh toán. Sau khi số tiền này được thanh toán thì phải xác định lại T2018, T2019, T2020 …. Ngoài ra, năm 2019 còn một số nguyên nhân khách quan khác làm phát sinh chi phí KCB bảo hiểm y tế không được quy định trong Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, do đó chưa có cơ sở để tổng hợp vào chi phí thực tế nhằm xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của năm 2019.

**b) Đối với hệ số điều chỉnh (k) do biến động về giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Theo quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, Tổng mức thanh toán được xác định theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước và hệ số điều chỉnh (k) do biến động giá thuốc, hóa chất, vật tư y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tương ứng của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế chưa được tính vào giá dịch vụ và chi phí phát sinh tăng giảm Cn.

Hệ số k được xác định căn cứ chỉ số giá của từng yếu tố thuốc, hóa chất, vật tư y tế do Tổng cục Thống kê công bố. Tuy nhiên, theo Tổng cục Thống kê, hiện nay, chỉ số giá nhóm thuốc, hóa chất được tính toán dựa trên giá nhóm thuốc tiêu dùng của hộ gia đình, chưa phản ánh sự biến động giá thuốc sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tổng cục Thống kê cũng chỉ thống kê chỉ số giá nhóm dụng cụ y tế gia đình, chưa có chỉ số giá nhóm vật tư y tế theo quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. Đồng thời, hệ số k chỉ có 1 giá trị cụ thể, áp dụng cho tất cả các bệnh viện là không phù hợp, vì mỗi bệnh viện sử dụng các nhóm thuốc, VTYT khác nhau sẽ có hệ số biến động khác nhau (là yếu tố khách quan).

**c) Đối với Cn là phần chi phí phát sinh tăng hoặc giảm trong năm tại cơ sở KCB:**

Nghị định 146/2018/NĐ-CP quy định chín (9) nhóm nguyên nhân làm phát sinh chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được tổng hợp vào chi phí thực tế để xác định tổng mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

Việc tính toán xác định chi phí phát sinh đối với 09 nhóm nguyên nhân là hết sức phức tạp, mất nhiều thời gian và không phản ánh đúng chi phí phát sinh khách quan, ngoài ra còn phải xác định có hay không trùng giữa các yếu tố dẫn đến đa số các bệnh viện không tính được, nhất là bệnh viện tuyến huyện.

Ví dụ: Từ năm 2018-2020, tổng chi phí KCB BHYT thực tế phát sinh tại Bệnh viện Việt Đức nhưng do các vướng mắc về tổng mức thanh toán nên chưa được bảo hiểm xã hội tổng hợp quyết toán là 240 tỷ đồng; Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương năm 2018 - 2020 là 58 tỷ đồng; Bệnh viện Trung ương Huế năm 2020 là 103,2 tỷ đồng; Bệnh viện Bà Rịa là 39 tỷ đồng; Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020 là 15,3 tỷ đồng; Bệnh viện Phương Bắc tại Tuyên Quang năm 2020 là 17 tỷ đồng; Các cơ sở Y tế tại tỉnh Hòa Bình năm 2020 là 38,6 tỷ; tại Lào Cai năm 2020 là 6,697 tỷ đồng; Bệnh viện Da liễu Trung ương 1,073 tỷ đồng; Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Hưng Yên năm 2020 là 766 triệu đồng.

Đặc biệt, trong năm 2020 và 2021, do ảnh hưởng của dịch bệnh COVID-19, khi bệnh nặng người bệnh mới đến KCB, dẫn đến chi phí bình quân thực tế tăng là nguyên nhân làm tăng chi phí của 01 lần KCB, hệ quả là đa số các cơ sở KCB vượt tổng mức thanh toán (nguyên nhân khách quan) nhưng chưa có trong quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và cũng không thể có công thức để tính toán nên không được thanh toán.

Ví dụ: Năm 2019 bệnh viện có 10.000 lượt KCB với chi phí 10 tỷ đồng được thanh toán, chi phí bình quân 01 lượt KCB là 1.000.000 đồng; năm 2020 có 8.000 lượt KCB với chi phí 9 tỷ đồng, chi phí bình quân 01 lượt KCB là 1.125.000 đồng. Trong trường hợp này bệnh viện giải trình chi phí phát sinh tăng do 09 nguyên nhân theo quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP là 25.000 đồng cho 01 lần KCB, còn chi phí phát sinh 100.000 đồng cho 01 lần KCB là do tác động của dịch bệnh COVID-19 sẽ không được thanh toán với số tiền 8.000 lượt KCB x 100.000 đồng = 800.000.000 đồng vượt tổng mức thanh toán sẽ không được thanh toán.

Từ các nguyên nhân nêu trên, Bộ Y tế đề xuất bỏ quy định về tổng mức thanh toán của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thanh toán dựa trên chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đã được cơ quan bảo hiểm xã hội giám định và tuân theo quy định của pháp luật về giá.

**h) Bổ sung Điều 25a như sau:**

**“Điều 25a. Thanh toán theo trường hợp bệnh (Nhóm các bệnh có chẩn đoán liên quan)**

1. Thanh toán theo trường hợp bệnh (Nhóm các bệnh có chẩn đoán liên quan) được áp dụng đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phạm vi thực hiện, lộ trình thực hiện, kỹ thuật xác định quỹ và thanh toán theo trường hợp bệnh (Nhóm các bệnh có chẩn đoán liên quan) quy định tại Điều này.”

***Lý do sửa đổi:***

Khoản 1 Điều 30 của Luật bảo hiểm y tế quy định 03 phương thức thanh toán, bao gồm: Thanh toán theo định suất; Thanh toán theo giá dịch vụ; Thanh toán theo trường hợp bệnh. Tuy nhiên, trong Nghị định số 146/2018/NĐ-CP mới chỉ có hướng dẫn phương thức thanh toán theo định suất và thanh toán theo giá dịch vụ, còn chưa có hướng dẫn đối với thanh toán theo trường hợp bệnh. Do đó, việc hướng dẫn quy định phương thức thanh toán này là để bảo đẩm tổ chức thực hiện theo quy định của luật bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, nếu bổ sung quy định “thanh toán theo trường hợp bệnh” như luật bảo hiểm y tế quy định sẽ vướng mắc, vì là không có trong thực tế chuyên môn ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Trên thế giới, chỉ có thuật ngữ Nhóm chẩn đoán liên quan (Diagnosis - Related - Group, viết tắt là DRG). Do đó, để có thể triển khai thực hiện được quy định này của luật bảo hiểm y tế thì cần được xác định thanh toán theo trường hợp bệnh là thạnh toán theo Nhóm chẩn đoán liên quan. Nếu đưa vào nghị định sửa đổi, bổ sung Nghị định số 146/2018/NĐ-CP thì đề nghị Chính phủ có báo cáo, xin ý kiến của cơ quan có thẩm quyền để giải thích nội dung này trước khi xây dựng quy định chi tiết.

**i) Sửa đổi, bổ sung Mẫu số 3. Danh sách thành viên Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế**

***Lý do sửa đổi:***

Để phù hợp với quy định tại khoản 2 Điều 37 Luật cư trú (sửa đổi, bổ sung khoản 7 Điều 2 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12) cụ thể như sau:

“7. Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế là những người cùng đăng ký thường trú hoặc cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú”

**k) Sửa đổi Mẫu số 5. Giấy hẹn khám**

Nội dung sửa đổi:

Bỏ nội dung “Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng 01 lần trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày hẹn khám lại”.

***Lý do sửa đổi:***

Theo quy định của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP thì Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng 01 lần trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày hẹn khám lại. Trong khi đó, thời gian công bố dịch bệnh nhóm A của cấp có thẩm quyền hoặc cơ sở y tế phải cách ly y tế hoặc người bệnh phải cách ly y tế thì Người có thẻ bảo hiểm y tế có Giấy hẹn khám lại không được đến khám lại theo đúng hẹn được, khi hết cách ly thì lại quá thời hạn 10 ngày theo giấy hẹn. Do đó, cần sửa đổi theo hướng không phụ thuộc thời gian hẹn khám lại ghi trên Giấy hẹn khám lại.

**l) Sửa đổi Mẫu số 6. Giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

***Lý do sửa đổi:***

Các cơ sở khám chữa bệnh đang sử dụng mẫu giấy chuyển tuyến có 2 mục: Đủ điều kiện chuyển tuyến và chuyển theo yêu cầu người bệnh. Trường hợp người bệnh tự đến khám chữa bệnh không đúng tuyến sau đó được chuyển lên tuyến trên thì mức hưởng vẫn là không đúng tuyến, trừ 3 trường hợp: Cấp cứu, vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám chữa bệnh và diễn biến bệnh nặng lên và vượt quá khả năng điều trị của cơ sở chữa bệnh. Vậy, với 3 trường hợp trên sẽ khó cho việc đánh dấu vào trường hợp chuyển tuyến ra sao. Cần sửa để cho hưởng BHYT nếu đúng tuyến

**Điều 2. Hiệu lực thi hành**

Nghị định này có hiệu lực thi hành từ ngày … tháng … năm 2022.

**Điều 3. Trách nhiệm thi hành**

Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương chịu trách nhiệm thi hành Nghị định này./.

**V. NỘI DUNG CÒN CÓ Ý KIẾN KHÁC NHAU**

Bộ Y tế tiếp thu, bổ sung trong quá trình xin ý kiến (nếu có).

Trên đây là nội dung dự thảo xây dựng Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP. Bộ Y tế kính trình Chính phủ, xem xét, quyết định./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Như trên;- Thủ tướng Chính phủ (đê b/c);- PTTgCP Vũ Đức Đam (để b/c);- Các đ/c Thứ trưởng (để biết);- Văn phòng Chính phủ;- Bộ Tư pháp;- Bộ Tài chính;- BHXH Việt Nam;- Lưu: VT, BH, PC. | **BỘ TRƯỞNG****Nguyễn Thanh Long** |