

**BỘ Y TẾ**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

Số: /BC-BYT

Hà Nội, ngày tháng 02 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  
(Báo cáo gửi Bộ Tư pháp để thẩm định)

## **PHẦN 1**

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

#### **1. Các kết quả đạt được trong tổ chức thực hiện pháp luật về bảo hiểm y tế**

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. Chính phủ và các cơ quan có thẩm quyền đã ban hành các văn bản quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành Luật.

Luật bảo hiểm y tế được ban hành đã đánh dấu một bước tiến quan trọng trong hệ thống pháp luật về bảo hiểm y tế, là cơ sở pháp lý cao nhất để thể chế hoá quan điểm, định hướng của Đảng và Nhà nước về phát triển bảo hiểm y tế, 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 trong lựa chọn chính sách tài chính y tế thông qua bảo hiểm y tế - một trong những chính sách an sinh xã hội, nhân đạo, ưu việt của Đảng và Nhà nước ta và đã đạt được nhiều kết quả quan trọng.

Công tác quản lý nhà nước về Bảo hiểm y tế ngày càng được tăng cường, công tác tuyên truyền, phổ biến, giáo dục pháp luật về bảo hiểm y tế được chú trọng đã đi vào chiều sâu, đổi mới về hình thức và đã huy động được sự tham gia của cả hệ thống chính trị.

Đến ngày 31 tháng 12 năm 2022, tổng số người tham gia bảo hiểm y tế đạt 91,07 triệu người, tương ứng tỷ lệ bao phủ 92,04% 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.

Việc mở rộng cơ sở khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, nhất là việc tổ chức khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến xã, cũng như quy định lộ trình điều chỉnh phạm vi và mức chi trả của quỹ bảo hiểm y tế đối với trường hợp tự đi khám, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu (trừ trường hợp cấp cứu) đã tạo thuận lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế trong việc tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế phù hợp với điều kiện, nhu cầu và khả năng chi trả ngay từ tuyến y tế cơ sở, góp phần giảm tải cho cơ sở y tế tuyến tỉnh, trung ương. 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. Việc lựa chọn áp dụng các phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế mới như thanh toán theo định suất, thanh toán theo nhóm chẩn đoán có mục đích giúp các bệnh viện chủ động trong điều hành kinh phí, nâng cao trách nhiệm của các bên liên quan trong việc quản lý, sử dụng hiệu quả nguồn kinh phí bảo hiểm y tế. Quỹ bảo hiểm y tế đang trở thành nguồn tài chính cơ bản phục vụ cho hoạt động của các bệnh viện.

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. Về cân đối quỹ bảo hiểm y tế, 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 2019-2022 nhưng tính chung từ năm 2010 đến năm 2022 quỹ bảo hiểm y tế đảm bảo 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.

## **2. Một số tồn tại, bất cập trong quy định của luật hiện hành**

### **a) Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:**

- Việc quy định hộ gia đình là “một nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế” 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.

- 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.

- Đối với người nước ngoài, 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”. Quy định này 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.

b) Về phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế:

- Một số dịch vụ y tế thuộc phạm vi khám bệnh, chữa bệnh nhưng chưa được quy định trong phạm vi hưởng bảo hiểm y tế như quản lý sức khỏe, khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ, tình trạng sức khỏe và điều trị sớm một số bệnh, khám sức khỏe định kỳ điều trị tật khúc xạ, kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, vật tư y tế hỗ trợ sử dụng trong phục hồi chức năng ...

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

c) Về liên kết bảo hiểm y tế thương mại:

Luật hiện hành chưa có quy định bảo hiểm có nhiều gói quyền lợi theo Nghị quyết 20-NQ-TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới của ban chấp hành trung ương khoá XII về 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.

d) Về mức đóng bảo hiểm y tế:

Quy định mức đóng chưa tương xứng với mức hưởng. Luật hiện hành quy định mức đóng tối đa lên đến 6% nhưng chưa có cơ chế và lộ trình để Chính phủ có căn cứ tăng mức đóng trong khi nhu cầu mở rộng phạm vi chi trả của Quỹ ngày càng cao và mức đóng, mệnh giá trung bình của thẻ bảo hiểm y tế của Việt Nam thấp hơn nhiều nước trong khu vực và trên thế giới.

đ) Về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, thông tuyến, chuyên tuyến:

- Luật bảo hiểm y tế chỉ quy định thông tuyến đối với bệnh viện, trạm y tế xã, phường, thị trấn 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, y tế cơ quan đơn vị. 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 chuyên 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.

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

- Chưa quy định tính chất, loại hình, hiệu lực của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, các điều kiện để tạm dừng, chấm dứt hiệu lực của hợp đồng và xử lý vi phạm các điều khoản trong hợp đồng.

g) Về giám định bảo hiểm y tế:

- Khái niệm giám định trong Luật Bảo hiểm y tế hiện hành còn rộng so với bản chất của công tác giám định là tập trung vào kiểm soát chi phí, kiểm soát thanh toán. Là hoạt động đặc trưng trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, có ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh, cơ sở khám, chữa bệnh, người hành nghề, chất lượng dịch vụ y tế và cả quỹ bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, Luật Bảo hiểm y tế hiện hành thiếu các quy định về nguyên tắc, cách thức, điều kiện thực hiện giám định, phương thức xử lý trong trường hợp các bên không thống nhất kết quả giám định; chưa quy định đầy đủ về trách nhiệm, vai trò của cơ quan quản lý nhà nước về y tế và bảo hiểm y tế là Bộ Y tế đối với công tác này; chưa cụ thể, rõ ràng về quyền và trách nhiệm của cán bộ giám định bảo hiểm y tế, tiêu chuẩn chức danh của người làm giám định bảo hiểm y tế...

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

- Chưa quy định về phương thức xử lý trong trường hợp các bên không thống nhất kết quả giám định; quy định về thẩm quyền giải quyết vướng mắc về bảo hiểm y tế bao gồm cả giám định bảo y tế nên dẫn tới từ các địa phương đều gửi đến đề nghị Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam giải quyết.

- Luật quy định tham gia bảo hiểm y tế là bắt buộc nhưng không có chế tài cụ thể đối với cá nhân không tham gia bảo hiểm y tế. Tình trạng trốn đóng, chậm đóng bảo hiểm y tế xảy ra ở nhiều địa phương, doanh nghiệp mặc dù đã có quy định về việc xử lý các hành vi này. Thiếu các quy định về các trường hợp chậm chuyển tiền tạm ứng, tạm ứng không đúng quy định, chậm thanh toán chi phí khám, chữa bệnh cho cơ sở cung ứng dịch vụ.

- Các biện pháp phòng chống lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế còn thiếu. Chưa có biện pháp quản lý cũng như chế tài kiểm soát người đi khám chữa bệnh nhiều lần nhiều nơi, tình trạng chỉ định quá mức cần thiết dịch vụ y tế. Năng lực của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa đáp ứng được hết nhu cầu và sự hài lòng của người bệnh nhưng chưa có biện pháp để điều chỉnh phạm vi cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế.

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

- Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất trên toàn quốc (một quỹ duy nhất), nhưng đồng thời Luật cũng quy định về cách thức xử lý khi có kết dư hoặc thiếu hụt quỹ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế (tính trên thực tế số thu bảo hiểm y tế) tại các tỉnh, thành phố. Điều này dẫn đến chưa đồng bộ, nhất quán trong cách thức quy định luật. Đồng thời, quy định này cũng dẫn đến việc điều tiết nguồn quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí bị thay đổi tùy thuộc vào bối cảnh, thậm chí là khác nhau theo từng tỉnh, từng cơ sở khám, chữa bệnh.

- 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% nên cần điều chỉnh quy định cụ thể, phù hợp với thực tiễn.

- Chưa quy định rõ việc quỹ dự phòng bảo hiểm y tế kết dư tới bao nhiêu là phù hợp, do vậy quỹ dự phòng đang tích lũy gần 50% quỹ khám chữa bệnh hằng năm mà chưa có biện pháp điều tiết phân bổ từ đầu năm cho kinh phí khám bệnh, chữa bệnh hoặc tăng quyền lợi, mức hưởng.

- Chưa quy định nguyên tắc điều chỉnh phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế.

k) Các tồn tại bất cập khác :

- Về tên gọi của cơ sở khám, chữa bệnh: Trong Luật Bảo hiểm y tế chưa bao phủ đầy đủ các loại hình cơ sở khám, chữa bệnh hiện nay. Việc quy định chưa đầy đủ dẫn đến việc phải xác định “tuyên tương đương” hoặc khó khăn trong định danh các cơ sở y tế không có tên gọi là “cơ sở khám, chữa bệnh”, “bệnh viện”, đặc biệt là cơ sở khám, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

- Về trách nhiệm các bên liên quan thực hiện chính sách bảo hiểm y tế: Việc quy định đối tượng tham gia, điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế, cung ứng dịch vụ khám, chữa bệnh, cung ứng thuốc và vật tư y tế, quản lý quỹ bảo hiểm y tế cần có cơ chế phối hợp giữa các bên liên quan. Luật Bảo hiểm y tế hiện hành chưa có quy định về trách nhiệm tham gia của các cơ quan, tổ chức liên quan đến bảo hiểm y tế trong triển khai thực hiện các biện pháp để bảo đảm các nguyên tắc về bảo hiểm y tế cũng như sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả.

- Về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế: Luật còn thiếu các quy định cụ thể về nội dung chuyển đổi số, ứng dụng công nghệ thông tin trong phát triển đối tượng, quản lý thẻ, giám định bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám, chữa bệnh, phạm vi, trách nhiệm của các cơ quan trong việc ứng dụng công nghệ thông tin trong bảo hiểm y tế, ứng dụng công nghệ thông tin trong khám chữa bệnh, các quy định thúc đẩy cho tiến trình chuyển đổi số của cơ sở khám, chữa bệnh.

- Một số khái niệm và thuật ngữ khác chưa có hoặc chưa rõ nghĩa trong Luật Bảo hiểm y tế như: khái niệm “cùng chi trả chi phí khám, chữa bệnh”; “chuyển người bệnh từ tuyến huyện trở lên” hay “chuyển người bệnh từ tuyến

huyện lên tuyến trên”; “đi khám, chữa bệnh trái tuyến nhưng được hưởng quyền lợi như khám, chữa bệnh đúng tuyến”, “lạm dụng”, “trục lợi” quỹ bảo hiểm y tế....

- Một số nội dung mới phát sinh cần được cập nhật: Theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh sửa đổi, quy định 3 cấp độ chăm sóc chuyên môn kỹ thuật, thuật ngữ "khám bệnh, chữa bệnh" cũng đã được sửa đổi với nội hàm rộng hơn,... Đồng thời, theo Luật căn cước công dân, khái niệm hộ gia đình đã được thay đổi. Do vậy, các khái niệm, nội dung này đòi hỏi Luật bảo hiểm y tế sửa đổi phải đồng bộ để bảo đảm quản lý bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp, bảo đảm quyền lợi người tham gia bảo hiểm y tế.

### **3. Một số tồn tại, hạn chế, bất cập trong tổ chức thực hiện**

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

#### **a) Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:**

- Luật BHXH (Điều 2) quy định đối tượng tham gia BHXH bắt buộc là NLD 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 BHXH, BHYT, BHTN: Luật BHXH (khoản 4 Điều 85) quy định: NLD theo đối tượng quy định mà giao kết hợp đồng lao động với nhiều người SDLĐ 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 NLD giao kết và đang thực hiện nhiều hợp đồng lao động thì NLD và người SDLĐ của hợp đồng lao động giao kết đầu tiên có trách nhiệm tham gia BHTN; Luật BHYT (Điều 13) quy định: Trường hợp đối tượng người lao động làm việc theo HĐLĐ có thêm một hoặc nhiều HĐLĐ không xác định thời hạn hoặc HĐLĐ có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì BHYT theo HĐLĐ 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...

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

- 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.

- Nhóm đối tượng là người trên 80 tuổi hưởng chế độ tuất, 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.

- 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.

#### b) Về phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế:

- Việc tham gia BHYT đã góp phần giảm chi tiêu tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, hiện nay, tỷ lệ chi tiền túi tại Việt Nam hiện vẫn tương đối cao, chiếm khoảng 45% chi phí y tế, một số nguyên nhân có thể dẫn đến điều này có thể kể tới như: do tăng sử dụng dịch vụ y tế. Theo khảo sát, người có thẻ BHYT có mức sử dụng dịch vụ KCB ngoại và nội trú cao hơn đối tượng khác. Số tiền cùng chi trả cũng như số tiền tự trả cho thuốc, vật tư tiêu hao hoặc các dịch vụ ngoài danh mục BHYT dẫn tới tăng mức trả tiền túi; việc giá dịch vụ y tế chưa được tính đúng tính đủ làm tăng chi phí trả tiền túi. Một số bệnh viện gặp khó khăn trong việc mua sắm thuốc, vật tư y tế, dẫn đến tình trạng thiếu thuốc, không đủ thuốc cần thiết cho người bệnh sử dụng. Công tác đấu thầu thuốc và quản lý thuốc chưa đảm bảo, một số thuốc cần nhưng không được cung ứng nên bệnh nhân phải mua bên ngoài.

- Quỹ bảo hiểm y tế chỉ chi trả cho các dịch vụ khám, chữa bệnh, dịch vụ y tế được thực hiện tại cơ sở khám, chữa bệnh, trong khi có một số dịch vụ y tế có thể được cung cấp bởi cơ sở không phải là cơ sở khám, chữa bệnh như nhà thuốc, trung tâm xét nghiệm.

- Chưa có sự tương đồng về quyền lợi bảo hiểm y tế của đối tượng đang hưởng lương hưu là cựu công an nhân dân với đối tượng cựu sỹ quân đội.

- Việc thực hiện tự chủ tài chính cho các cơ sở KCB đã làm xuất hiện tình trạng một số bệnh viện tuyến dưới “giữ” bệnh nhân lại điều trị, hạn chế chuyển lên tuyến trên, ảnh hưởng tới quyền lợi của người tham gia BHYT. Tình trạng chỉ định quá mức cần thiết dịch vụ kỹ thuật xét nghiệm, chẩn đoán, sử dụng thuốc vẫn xảy ra tại một số cơ sở KCB.

- Có tình trạng bệnh nhân phải tự bỏ tiền mua thuốc, vật tư y tế thuộc phạm vi quyền lợi được hưởng do cơ sở KCB không cung ứng được cho người bệnh vì các lý do khác nhau, điều này làm giảm niềm tin của người bệnh đối với chính sách BHYT.

- Một số nơi có tình trạng chỉ định người bệnh có thẻ BHYT sử dụng các thiết bị xã hội hóa trong khi vẫn có máy đầu tư ngân sách, điều này làm cho người bệnh phải chi trả phần chênh lệch giữa hai mức giá.

- Một số chi phí đã tính vào kết cấu giá như (quần áo mũ phẫu thuật, tiền công tiêm, công khám của bệnh nhân nội trú...) nhưng một số cơ sở KCB vẫn tính và yêu cầu người bệnh phải chi trả.

- Hiện đã ban hành gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến xã nhưng cũng chưa triển khai được đầy đủ.

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

Từ 01/01/2016, thực hiện thông tuyến huyện, từ 01/01/2021 thực hiện thông tuyến tỉnh nội trú trên toàn quốc. Chính sách “thông tuyến” nhằm đảm bảo quyền lợi cho người bệnh, tuy nhiên, chính sách “thông tuyến” cũng phát sinh một số bất cập, nhất là việc người có thẻ bảo hiểm y tế đi lên tuyến trên khám chữa bệnh, bỏ qua tuyến dưới, gây lãng phí nguồn lực và quỹ bảo hiểm y tế; hoặc 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.

d) Về giám định bảo hiểm y tế, cơ chế kiểm soát chi phí khám bệnh, chữa bệnh và bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế:

- Giám định bảo hiểm y tế vẫn còn khó khăn, bất cập. Cách thức tổ chức giám định và kết quả giám định ở một số cơ sở chưa thống nhất, còn tình trạng vướng mắc trong thanh toán kéo dài, một số trường hợp từ chối thanh toán chưa hợp lý, ảnh hưởng đến hoạt động của cơ sở cung ứng dịch vụ, quản lý chuyên môn trong y tế và quyền lợi người tham gia bảo hiểm y tế khi khám, chữa bệnh. Quy trình, quy chuẩn giám định còn ban hành dưới hình thức văn bản hành chính nên hiệu lực chưa cao; nhân lực làm công tác giám định chưa được chuẩn hóa theo các tiêu chuẩn, tiêu chí, chức danh nghề nghiệp; chưa thực hiện được phân cấp, phân quyền trong giám định bảo hiểm y tế, chưa huy động xã hội hóa trong giám định làm tăng gánh nặng cho bộ máy về bảo hiểm y tế.



- Một số quy trình kỹ thuật và tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ban hành chưa đầy đủ, tiêu chí chỉ định KCB, nhập viện chưa được quy định đầy đủ dẫn đến việc thực hiện công tác giám định gặp khó khăn vướng mắc.

d) Quản lý sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí:

Trong quản lý sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí có một số bất cập, gây khó khăn cho cơ sở khám, chữa bệnh, như: Trong những năm gần đây, nhiều địa phương thực hiện giao dự toán chi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến từng cơ sở y tế mặc dù Luật Bảo hiểm y tế không quy định việc giao dự toán chi cho cơ sở khám, chữa bệnh. Có tình trạng cơ sở khám, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội không thống nhất về chi phí và số liệu đề nghị quyết toán kéo dài nhiều tháng, nhiều năm dẫn đến tình trạng nợ, treo quyết toán. Thực hiện thanh toán chi phí theo quy định của pháp luật về giá còn bất cập, vướng mắc trong thanh toán chi phí các dịch vụ xã hội hóa.

e) Về hiện đại hóa dịch vụ bảo hiểm y tế và cải cách thủ tục hành chính khi tham gia bảo hiểm y tế:

Việc ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, quản lý cung ứng dịch vụ, quản lý sức khỏe, giám định bảo hiểm y tế điện tử, khám, chữa bệnh từ xa, hóa đơn điện tử,... đang được ứng dụng rộng rãi và phát triển nhanh chóng nhưng được thể chế đồng bộ trong Luật Bảo hiểm y tế.

g) Về phương thức thanh toán chi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

- Việc áp dụng quy định về phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh theo giá dịch vụ y tế còn cách hiểu khác nhau giữa các bên liên quan tạo ra vướng mắc, tranh chấp trong thanh toán bảo hiểm y tế.

- Phương thức thanh toán theo định suất và phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh hiện nay chưa thực hiện được do thiếu lộ trình áp dụng và kỹ thuật xác định suất phí và chi phí còn nhiều phức tạp, chưa được đầu tư tương xứng với yêu cầu về nhân lực, tài chính.

h) 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.

i) Về các khó khăn, bất cập khác như việc thực hiện quy định về giá dịch vụ kỹ thuật, chất lượng khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế, công tác thanh tra, kiểm tra, công tác tuyên truyền phổ biến pháp luật ... được phân tích cụ thể trong báo cáo Tổng kết thực hiện Luật Bảo hiểm y tế giai đoạn 2009 -2023.

#### **4. Các chủ trương, chính sách mới của Đảng về bảo hiểm y tế cần được thể chế hóa vào luật**

Từ Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VII của Đảng Cộng sản Việt Nam đến nay đã có nhiều Nghị quyết đại hội và Nghị quyết tại các kỳ họp nêu các phương hướng, nhiệm vụ và các mục tiêu cụ thể liên quan đến lĩnh vực bảo hiểm y tế (Phụ lục 1 kèm theo). Trong đó:

##### **4.1. Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới của Ban Chấp hành trung ương khóa XII là một trong những Nghị quyết quan trọng nêu rõ mục tiêu và các giải pháp để thực hiện chính sách bảo hiểm y tế**

a) Mục tiêu: Hướng tới thực hiện bao phủ chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm y tế toàn dân; mọi người dân đều được quản lý, chăm sóc sức khỏe; được bảo đảm bình đẳng về quyền và nghĩa vụ trong tham gia bảo hiểm y tế và thụ hưởng các dịch vụ y tế. Tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế và có cơ chế giá, cơ chế đồng chi trả nhằm phát triển vững chắc hệ thống y tế cơ sở.

- Đến năm 2025: Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 95% dân số. Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế giảm còn 35%.

- Đến năm 2030: Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế trên 95% dân số. Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế giảm còn 30%.

##### b) 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 khỏe 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 khỏe 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 khỏe ban đầu, quản lý sức khỏe 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.

**4.2. 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 đã định hướng nhiều nhiệm vụ, giải pháp liên quan đến bảo hiểm y tế, trong đó có các nhiệm vụ, giải pháp trọng tâm sau đây**

- 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.
- Có chính sách đột phá để thu hút nhân lực có trình độ chuyên môn giỏi làm việc, gắn bó lâu dài tại y tế cơ sở, nhất là vùng khó khăn, biên giới, hải đảo. Thực hiện đồng bộ, có hiệu quả việc luân phiên, luân chuyển, điều động nhân lực y tế để hỗ trợ thường xuyên cho y tế cơ sở.
- Đổi mới mạnh mẽ phương thức hoạt động của y tế cơ sở theo hướng chú trọng phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, sàng lọc phát hiện sớm bệnh tật; đẩy mạnh quản lý và điều trị các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính, chăm sóc dài hạn tại y tế cơ sở; thực hiện quản lý sức khỏe người dân tại gia đình và cộng đồng. Sớm hoàn thành mục tiêu mọi người dân đều được theo dõi, quản lý sức khỏe toàn diện.
- Phân đầu đến năm 2030, tỉ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt trên 95% dân số; trên 95% người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại y tế cơ sở được bảo hiểm y tế chi trả; trên 95% dân số được quản lý sức khỏe; người có nguy cơ cao mắc bệnh được kiểm tra sức khỏe ít nhất mỗi năm một lần, hướng tới kiểm tra sức khỏe định kỳ cho toàn dân.

- Phát triển mô hình bác sĩ gia đình, thiết lập hệ thống chuyên tuyến chuyên môn linh hoạt. Phát huy vai trò, hiệu quả của y học cổ truyền trong phòng, chữa bệnh và nâng cao sức khỏe. Đẩy mạnh kết hợp quân - dân y, nâng cao năng lực y tế vùng khó khăn, biên giới, hải đảo.

- Triển khai đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin trong hoạt động của y tế cơ sở; đẩy mạnh chuyên đổi số, tăng cường kết nối giữa y tế cơ sở với y tế tuyến trên và người dân trong tư vấn, khám bệnh, chữa bệnh từ xa; thống kê, quản lý dữ liệu về y tế cơ sở thống nhất với hệ thống y tế trong cả nước.

Các định hướng, chiến lược của Đảng 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.

## **5. 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 quan tâm 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.

- Các quốc gia áp dụng nhiều phương thức thanh toán để tối đa 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.

Xuất phát từ các lý do nêu trên cho thấy việc sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế nhằm khắc phục các tồn tại, bất cập nêu trên là hết sức cần thiết trong giai đoạn hiện nay.

## **II. MỤC TIÊU, 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 nhằm 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 để kịp có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

#### **1.2. Mục tiêu cụ thể**

- Bảo đảm quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp với nhu cầu của người dân trong chăm sóc sức khỏe, sự phát triển của xã hội, khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

- Nâng cao hiệu quả quản lý, điều hành và quản lý, sử dụng 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, quản lý toàn diện sức khỏe người dân.

- Kịp thời trình Quốc hội cho ý kiến và thông qua phân đấu trong 01 kỳ họp 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, bảo đảm quyền, lợi ích của người tham gia bảo hiểm y tế, người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, giảm tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của người sử dụng dịch vụ y tế.

2.3. Khắc phục được các tồn tại, bất hợp lý sau 15 năm thực hiện Luật bảo hiểm y tế, cụ thể hóa một số chính sách trên cơ sở 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 trong điều chỉnh, 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 sửa đổi số 15/2023/QH15 có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2024, Luật người cao tuổi, Luật người khuyết tật, Luật bảo hiểm xã hội, Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng, Luật Căn cước công dân... để bảo đảm tính đồng bộ, thống nhất của hệ thống pháp luật.

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

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

1.1. Nhóm 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: Nâng cao hiệu quả quản lý trong giám định và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

1.5. Chính sách 5: Phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả để tăng kinh phí phân bổ cho khám bệnh, chữa bệnh.

Ngoài 5 chính sách nêu trên, một số nội dung trong dự thảo Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế mang tính cập nhật các nội dung đã

được quy định trong các văn bản hiện hành vào Luật bảo hiểm y tế hoặc các sửa đổi về kỹ thuật không có chính sách mới nên không thuộc phạm vi đánh giá tác động.

## **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. Trong đó sửa đổi để làm rõ hơn nội hàm của các đối tượng như: học viên công an nhân dân tại điểm a khoản 3 bao gồm học viên người Việt Nam và người nước ngoài, con của liệt sỹ tại điểm i khoản 3 bao gồm con đẻ, con nuôi hợp pháp, tách đối tượng cựu sỹ quan công an nhân dân nghỉ hưu trong nhóm đối tượng hưu trí tại điểm a khoản 2 thành 01 nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng cho đồng bộ với mức hưởng của đối tượng cựu chiến binh. Sửa đổi, bổ sung khoản 5 về nhóm tự đóng bảo hiểm y tế, trong đó 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 tùy 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.

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

- 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, bao gồm: 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; 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. Đồng thời bổ sung 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; Người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc tại điểm c, d Khoản 1 Điều 12.

*b) Phương án 2:*

- Bổ sung nhóm đối tượng là thân nhân người lao động, trong đó, nhóm thân nhân người lao động sẽ được Nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng. 70% còn lại do người lao động và chủ sử dụng lao động đóng, trong đó người lao động đóng 1/3 và chủ sử dụng lao động đóng 2/3 (tương tự như trách nhiệm đóng đối với người lao động).

- Quy định cơ chế khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm để tạo cơ chế đóng thuận tiện, duy trì người dân tham gia bảo hiểm y tế.

- Quy định chính sách bảo hiểm y tế bổ sung mang tính tự nguyện do các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm thực hiện theo quy định của pháp luật trong đó việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung nhằm mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc.

- Bên cạnh đó, cũng cập nhật 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.

*c) Phương án 3:*

*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**

**2.2.1 Giải pháp thực hiện chính sách 2.1: Điều chỉnh, bổ sung một số dịch vụ vào phạm vi chi trả bảo hiểm y tế**

*a) Phương án 1: Chưa 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 ngay khi luật có hiệu lực; tuy nhiên giao thẩm quyền cho Bộ trưởng Bộ Y tế quy định lộ trình khi đủ điều kiện thực hiện việc khám bệnh để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của một số bệnh phù hợp với khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế.*

- Giao thẩm quyền cho Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan quy định theo lộ trình khi đủ điều kiện việc khám bệnh để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của một số bệnh phù hợp với khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế, bảo đảm hiệu quả, đồng bộ với khái niệm khám bệnh, chữa bệnh mới được điều chỉnh trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023: Bộ trưởng Bộ Y tế sẽ thực hiện lộ trình ưu tiên theo khả năng cân đối quỹ, các bệnh lý được ưu tiên mở rộng chi trả bao gồm: ung thư cổ tử cung; ung thư vú, tăng huyết áp; đái tháo đường; viêm gan C, B.

- Quy định cụ thể máu, khí y tế và các chế phẩm khác để điều trị bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính bao quát, đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 và thực tế các chế phẩm này (máu và các chế phẩm máu, O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>O, chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho người bệnh ung thư, bỏng nặng và một số bệnh lý đặc biệt khác; sữa mẹ hiến tặng thanh trùng,...) không phải là thuốc nhưng hiện đã được dùng để điều trị bệnh trong các hướng dẫn chẩn đoán điều trị và một số đã được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cần được cập nhật trong Luật bảo hiểm y tế để bảo đảm tính pháp lý cao.

- Sửa đổi, bổ sung Điều 22 để điều chỉnh phạm vi mức hưởng bảo hiểm y tế phù hợp với cấp chuyên môn, kỹ thuật và giảm tỷ lệ chi trả khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật.

- Bổ sung quy định người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiểm, 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 được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định.

- Quy định 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, 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.

*b) Phương án 2: Bổ sung một số dịch vụ, sản phẩm vào phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế ngay khi luật có hiệu lực*

Mở rộng thêm phạm vi quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh đối với một số bệnh, đối tượng theo danh mục do Bộ Y tế quy định căn cứ vào khả năng cân đối của Quỹ bảo hiểm y tế và yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân:

(1) Khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ, tình trạng sức khỏe và điều trị sớm một số bệnh để ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh theo danh mục bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành (ung thư cổ tử cung; tăng huyết áp; đái tháo đường; viêm gan C, B; ung thư vú);

(2) Khám sức khỏe định kỳ cho một số đối tượng: trẻ em dưới 6 tuổi, hưu trí, người tham gia bảo hiểm y tế tự đóng;



(3) Khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên không thể tự đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người khuyết tật nặng đối với một số bệnh, dịch vụ kỹ thuật được khám bệnh, chữa bệnh tại nhà; khám chữa bệnh từ xa trong một số trường hợp áp dụng với một số đối tượng và các trường hợp cấp cứu;

(4) Bổ sung dịch vụ chẩn đoán, sàng lọc sơ sinh (sàng lọc Thalassemia trước sinh, sàng lọc suy giáp).

*c) Phương án 3: Giữ nguyên như hiện tại.*

**2.2.2 Giải pháp thực hiện chính sách 2.2: Quy định hình thức bảo hiểm y tế bổ sung liên kết với bảo hiểm y tế thương mại do công ty bảo hiểm thực hiện theo hình thức tự nguyện, đáp ứng nhu cầu đa dạng của người tham gia bảo hiểm y tế**

*a) Phương án 1:*

Ban hành quy định mang tính chất nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế bổ sung theo hướng người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện tự nguyện mua thêm các gói bảo hiểm y tế bổ sung theo nhu cầu do các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm cung cấp để được hưởng gói quyền lợi bổ sung ngoài quyền lợi của bảo hiểm y tế bắt buộc. Nguyên tắc thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung là phi lợi nhuận và giao Chính phủ tùy theo điều kiện và nhu cầu thực tiễn để quy định khi cần thiết.

*b) Phương án 2:*

Ban hành quy định cụ thể về bảo hiểm y tế bổ sung theo hướng người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện tự nguyện mua thêm các gói bảo hiểm y tế bổ sung theo nhu cầu như: Gói bảo hiểm y tế bổ sung chi trả cho phần cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh; Gói bảo hiểm y tế bổ sung chi trả cho chi phí khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến, các dịch vụ, thuốc, thiết bị y tế được quỹ hiểm y tế chi trả theo tỷ lệ; gói hiểm y tế bổ sung chi trả cho các dịch vụ ngoài phạm vi quỹ hiểm y tế .... do các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm cung cấp để được hưởng gói quyền lợi bổ sung ngoài quyền lợi của bảo hiểm y tế bắt buộc. Nguyên tắc thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung là phi lợi nhuận.

*b) Phương án 3:*

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không quy định về bảo hiểm y tế bổ sung.

**2.2.3. Giải pháp để thực hiện chính sách 2.3: Nâng mức đóng bảo hiểm y tế theo lộ trình phù hợp với phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế và yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế**

*a) Phương án 1:* Giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa theo quy định của Luật hiện hành, tuy nhiên đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi với lộ trình như sau:

- Từ 01 tháng 01 năm 2025 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 5,1% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

- Từ 01 tháng 01 năm 2035 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 6% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

*b) Phương án 2:* Giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa theo quy định của Luật hiện hành, tuy nhiên đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi với lộ trình như sau:

- Từ 01 tháng 01 năm 2025 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 5,4% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

- Từ 01 tháng 01 năm 2035 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 6% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

*c) Phương án 3:* Giữ nguyên theo quy định của Luật hiện hành giao Chính phủ quy định khi cần thiết, tức là giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa và cũng không đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi.

### ***2.3. Giải pháp để thực hiện chính sách 3: Điều chỉnh các quy định bảo hiểm y tế có liên quan theo cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh và phát huy vai trò của y tế cơ sở trong chăm sóc sức khỏe ban đầu và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế***

*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 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 cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, đăng ký khám

bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng cấp chuyên môn kỹ thuật và mức hưởng bảo hiểm y tế 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 ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Mỗi cơ sở sẽ được chấm điểm để xếp cấp chuyên môn kỹ thuật.

- 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 là phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, trung tâm y tế huyện có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân 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 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."

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

Cấp CMKT theo Điều 104 Luật KBCB 2023	Tuyển/Hạng theo Luật BHYT hiện hành và TT 40	Mức hưởng theo điều 22 Luật BHYT hiện hành		Dự kiến điều chỉnh
		Đúng tuyến	Trái tuyến	
Cấp Ban đầu (chỉ Ngoại trú) PKĐK khu vực có giường bệnh	Tuyển xã	100%	100%	100% (giữ nguyên)
Cấp cơ bản	Huyện	100% Nội và ngoại trú	Ngoại trú: 100% Nội trú: 100%	PA1: 60% chi phí điều trị nội trú, 40% chi phí điều trị ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản (trừ các cơ sở thuộc huyện là 100% nội và ngoại trú)
	Bệnh viện tỉnh hạng 2 và 1 không được phân loại là tuyến cuối	100% cho nội và ngoại trú	Ngoại trú: 0% Nội trú 100%	PA2 (giữ nguyên): 100% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản (trừ các cơ sở thuộc huyện là 100% nội và ngoại trú);
Cấp chuyên sâu	Bệnh viện trung ương và Bệnh viện tỉnh hạng 1	100% cho nội và ngoại trú	Ngoại trú: 0% Nội trú: 40%	Giữ nguyên hiện hành

	được phân loại tuyến cuối			
--	------------------------------	--	--	--

- Điều chỉnh phù hợp việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tăng tỷ lệ chi trả, mở rộng quyền lợi để khuyến khích, thu hút người dân khám bệnh chữa bệnh tại y tế cơ sở, cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phù hợp với khả năng chi trả của Quỹ theo quy định của Bộ Y tế:

+ Trường hợp người bệnh tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không đúng quy định về 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 bảo hiểm y tế đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (huyện) có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân tương đương bệnh viện huyện theo quy định của Bộ Y tế.

+ 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 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này 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.

- Điều chỉnh tỷ lệ giảm tỷ lệ chi trả điều trị nội trú, tăng chi trả điều trị ngoại trú đối với một số trường hợp người bệnh tự đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật tại cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu và một số cơ sở thuộc cấp chăm sóc cơ bản để khắc phục các bất cập thông tuyến tính hiện hành, khuyến khích người dân điều trị tại cấp cơ bản và đồng bộ với Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 60% chi phí điều trị nội trú, 40% chi phí điều trị ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp cơ bản trừ các cơ sở thuộc cấp ban đầu, y tế cơ sở, 40% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên sâu.

b) Phương án 2:

Giữ nguyên như quy định hiện hành.

**2.4. Giải pháp để thực hiện chính sách 4: Nâng cao hiệu quả quản lý trong giám định và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

a) Phương án 1:

- Điều chỉnh khái niệm giám định phù hợp với nội hàm của hoạt động giám định là nội dung kiểm soát chi và đánh giá tính tuân thủ quy định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung quy định về giải quyết vướng mắc trong thanh toán bảo hiểm y tế, tranh chấp về bảo hiểm y tế liên quan đến giám định, thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế.

- Quy định hợp đồng bảo hiểm y tế được ký kết theo mẫu quy định của Chính phủ và bổ sung các quy định về thời hạn của hợp đồng là loại hợp đồng không xác định thời hạn, quy định về điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng, các trường hợp đình chỉ hoặc chấm dứt hợp đồng.

*b) Phương án 2:*

- Điều chỉnh khái niệm giám định phù hợp với nội hàm của hoạt động giám định là nội dung kiểm soát chi và đánh giá tính tuân thủ quy định khám bệnh, chữa bệnh, bảo hiểm y tế.

- Bổ sung quy định về giải quyết vướng mắc trong thanh toán bảo hiểm y tế, tranh chấp về bảo hiểm y tế liên quan đến giám định, thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế.

- Quy định hợp đồng bảo hiểm y tế được ký kết theo mẫu quy định của Chính phủ và bổ sung các quy định về thời hạn của hợp đồng là loại hợp đồng không xác định thời hạn, quy định về điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng, các trường hợp đình chỉ hoặc chấm dứt hợp đồng.

- Người thực hiện giám định của cơ quan bảo hiểm xã hội phải đáp ứng quy định về tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp. Cơ quan bảo hiểm xã hội ở trung ương xây dựng tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp, vị trí việc làm, số lượng người làm công tác giám định bảo hiểm bảo hiểm y tế gửi cơ quan quản lý có thẩm quyền ban hành theo quy định của Luật Viên chức (*bổ sung so với phương án 1*).

*c) Phương án 3:*

Giữ nguyên như hiện hành.

**2.5. Giải pháp để thực hiện chính sách 5: 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.

*b) Phương án 2:*

Điều chỉnh chi phí quản lý tối đa 5% như quy định hiện hành xuống 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 lặp 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 lặp 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. 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 mình, gia đình và cộng đồng, chưa ý thức được quyền lợi và trách nhiệm để tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

- Đối với doanh nghiệp: Việc trốn đóng, chậm 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; Công tác truyền thông chính sách còn hạn chế; sự phối hợp giữa cơ quan thuế và cơ quan bảo hiểm chưa chặt chẽ, chưa có sự liên thông số liệu người tham gia bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội do doanh nghiệp kê khai nộp cho cơ quan thuế và kê khai cơ quan bảo hiểm xã hội; hoặc do việc lập danh sách doanh nghiệp ngừng hoạt động chưa chính xác.

- Đối với 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 đội ngũ y, bác sĩ còn thiếu 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 Bru điện hoặc của Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn, thiếu kỹ năng truyền thông, vận động chính sách bảo hiểm y tế (Đông 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 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, đặc biệt là đối tượng sinh viên từ năm thứ 2 trở đi. Nguyên nhân có thể là do mức phí của học sinh, sinh viên còn cao, trong khi phần hỗ trợ 30% từ ngân sách nhà nước như hiện nay là thấp, đặc biệt đối với hộ gia đình đông con. Một số địa phương đề xuất nên tăng mức hỗ trợ đóng từ 30% lên 50% cho nhóm học sinh, sinh viên vì đây là nhóm phụ thuộc, tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế cũng không cao. Học sinh, sinh viên có thể lựa chọn tham gia bảo hiểm y tế tại trường hoặc theo hộ gia đình, lý do là tham gia theo hộ gia đình để được



giảm trừ với mức phí thấp hơn đóng tại trường<sup>1</sup>. Sự phối hợp giữa Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội và Bảo hiểm xã hội Việt Nam trong công tác chỉ đạo, tuyên truyền, hướng dẫn thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế đối với học sinh, sinh viên, nhất là đối tượng sinh viên từ năm thứ 2 trở đi trong các trường đào tạo nghề, trường đại học chưa thực sự chặt chẽ và hiệu quả. 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”. Quy định này 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, Việt Nam có khoảng 4 triệu người tham gia bảo hiểm sức khỏe do các công ty bảo hiểm thương mại cung cấp hằng năm nhưng nhiều người trong số này chưa tham gia bảo hiểm bắt buộc do Nhà nước thực hiện gây lãng phí nguồn lực trong khi nhà nước vẫn phải đầu tư cho chăm sóc sức khỏe toàn dân.

- Hiện nay, Luật BHYT hiện hành cũng 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 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 là đối tượng tham gia bảo hiểm y tế. Một số nhóm đối tượng do Chính phủ quy định chưa được cập nhật và Luật Bảo hiểm y tế như nhóm người làm việc trong các tổ chức tôn giáo, người sống trong cơ sở bảo trợ xã hội, người không có đầy đủ giấy tờ chứng minh về nhân thân; thiếu nhóm tham gia bảo hiểm y tế do người sử dụng lao động đóng (hiện nay Chính phủ có quy định bảo hiểm y tế đối với thân nhân người lao động do người sử dụng lao động đóng áp dụng đối với doanh nghiệp quốc phòng, công an nhân dân).

- 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

<sup>1</sup> Tại tỉnh Thanh Hóa.

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 BHXH, BHYT, BHTN: Luật BHXH (khoản 4 Điều 85) quy định: NLD theo đối tượng quy định mà giao kết hợp đồng lao động với nhiều người SDLĐ 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 NLD giao kết và đang thực hiện nhiều hợp đồng lao động thì NLD và người SDLĐ của hợp đồng lao động giao kết đầu tiên có trách nhiệm tham gia BHTN; Luật BHYT (Điều 13) quy định: Trường hợp đối tượng người lao động làm việc theo HĐLĐ có thêm một hoặc nhiều HĐLĐ không xác định thời hạn hoặc HĐLĐ có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì BHYT theo HĐLĐ 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.

## II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

- Tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế hướng đến bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân.
- Bảo đảm quyền lợi của người dân 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.

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

### III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỀ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

Để khắc phục được vấn đề bất cập nêu trên, có 03 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. Trong đó sửa đổi để làm rõ hơn nội hàm của các đối tượng như: học viên công an nhân dân tại điểm a khoản 3 bao gồm học viên người Việt Nam và người nước ngoài, con của liệt sỹ tại điểm i khoản 3 bao gồm con đẻ, con nuôi hợp pháp, tách đối tượng cựu sỹ quan công an nhân dân nghỉ hưu trong nhóm đối tượng hưu trí tại điểm a khoản 2 thành 01 nhóm đối tượng riêng để điều chỉnh mức hưởng cho đồng bộ với mức hưởng của đối tượng cựu chiến binh. Sửa đổi, bổ sung khoản 5 về nhóm tự đóng bảo hiểm y tế, trong đó 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 tùy 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.

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

- 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, bao gồm: 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; 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. Đồng thời bổ sung 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; Người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc tại điểm c, d Khoản 1 Điều 12.

*b) Phương án 2:*

- Bổ sung nhóm đối tượng là thân nhân người lao động, trong đó, nhóm thân nhân người lao động sẽ được Nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng. 70% còn lại do người lao động và chủ sử dụng lao động đóng, trong đó người lao động đóng 1/3 và chủ sử dụng lao động đóng 2/3 (tương tự như trách nhiệm đóng đối với nhóm người lao động).

- Quy định cơ chế khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm để tạo cơ chế đóng thuận tiện, duy trì người dân tham gia bảo hiểm y tế.

- Quy định chính sách bảo hiểm y tế bổ sung mang tính tự nguyện do các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm thực hiện theo quy định của pháp luật trong đó việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung nhằm mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc.

- Bên cạnh đó cũng 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, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về chế độ. 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.

*c) Phương án 3:*

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:

Nhà nước không phải tăng chi dao động từ 348 tỷ - 1.146 tỷ đồng/năm để hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế như đối với phương án 2.

###### 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 là thân nhân người lao động 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.

##### 1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

###### a) Tác động tích cực:

- Doanh nghiệp sẽ không phải tăng chi giao động từ 541 tỷ đến 1.782 tỷ đồng để hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế như đối với phương án 2.

###### b) Tác động tiêu cực:

- Doanh nghiệp sẽ tiếp tục phải đối diện với gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến vấn đề này mà cụ thể là người lao động sẽ phải nghỉ phép để chăm sóc cho thân nhân hoặc phải kiếm thêm việc làm để có thu nhập chi trả cho việc khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân và từ đó sẽ làm giảm sức lao động của bản thân người lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất, hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp.

- Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh được quy định là đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm y tế thì sẽ cần tăng chi để đóng phí bảo hiểm y tế. Năm 2023, có khoảng 2 triệu hộ có đăng ký kinh doanh, nếu chỉ riêng đối tượng này tham gia bảo hiểm y tế thì sẽ cần tăng chi để đóng phí bảo hiểm y tế thêm khoảng 1.944 tỷ đồng mỗi năm.

##### 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 tùy 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:

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 nhiều như phương án 2 do không bao phủ thêm đối tượng thân nhân người lao động.

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

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 tùy 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, tăng nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Năm 2023, có khoảng 2 triệu hộ có đăng ký kinh doanh, nếu chỉ riêng đối tượng này tham gia bảo hiểm y tế thì quỹ bảo hiểm y tế có thể tăng thêm khoảng 1.944 tỷ đồng mỗi năm. Riêng trong Quý 1/2023 tại Bình Dương có hơn 36.300 lao động nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động, khi quy định đối tượng này tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế sẽ giúp duy trì ổn định đối tượng và nguồn thu của Quỹ bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

- Không tăng nguồn thu đầu vào cho Quỹ bảo hiểm y tế dao động từ 1.159 tỷ đến 3.819 tỷ đồng/năm nếu thực hiện cho đối tượng là thân nhân người lao động như đối với phương án 2.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Bảo đảm cơ chế tài chính cho người dân, tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của một số đối tượng được bổ sung sẽ cải thiện tình trạng sức khỏe và chất lượng sức khỏe của người dân. 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 lượt 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 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 làm tăng cung ứng dịch vụ y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ có tác động tăng nguồn thu nhập, chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế. Các người làm trong ác 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

b) Tác động tiêu cực:

- Không có các tác động tích cực đối với nhiều người như phương án 2.

## **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.

- 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 cho cán bộ y tế tăng 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. 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.

### **1.2.2. Tác động tiêu cực:**

- Chưa bao phủ hết nhóm đối tượng là thân nhân người lao động nên không góp phần tạo ra sự an tâm cho người lao động trong suốt quá trình lao động, sản xuất.

- Chưa tạo ưu việt toàn diện của chính sách an sinh xã hội, khó đạt được mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân so với phương án 2.

## **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*<sup>2</sup> 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:*

Việc không điều chỉnh chính sách sẽ chưa mang lại tác động có lợi đến nhóm đối tượng là nữ giới trong nhóm thân nhân người lao động như đối với phương án 2 do chưa bổ sung nhóm này.

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

*1.4.1. Tác động tích cực:* Không làm phát sinh thủ tục hành chính mới đối với nhóm đối tượng là thân nhân người lao động liên quan đến việc xác định thân nhân, trình tự thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với nhóm đối tượng này.

*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; hoàn thiện hơn và khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật hiện hành, và 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 vào dự thảo Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi, bảo đảm tính pháp lý cao hơn về việc tham gia bảo hiểm y tế của các nhóm đối tượng này.

### *1.5.2. Tác động tiêu cực:*

- Phương án này 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 người lao động, chưa mang lại các tác động tích cực lớn như phương án 2.

## **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:

- Đối với nhóm đối tượng là thân nhân người lao động: Cùng với việc mở rộng phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, Nhà nước sẽ giảm

<sup>2</sup>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.



bớt gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến bảo đảm tài chính cho các đối tượng này.

- Quy định khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm:

+ Có tác động tích cực đến Nhà nước thông qua việc ổn định và phát triển nguồn thu quỹ BHYT và giảm nguy cơ phải hỗ trợ của Nhà nước cho cân đối Quỹ.

+ Giúp cơ quan bảo hiểm xã hội tiết kiệm chi phí cho việc thu bảo hiểm y tế.

- Quy định việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện để mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc:

+ Có tác động tích cực đến Nhà nước thông qua việc chính sách có thể góp phần tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc từ đó góp phần tăng nguồn thu của Quỹ.

+ 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 các đối tượng này đối với các chi phí ngoài phạm vi của bảo hiểm y tế thương mại hoặc với các đối tượng đang không tham gia cả bảo hiểm y tế bắt buộc và bảo hiểm y tế thương mại.

b) Tác động tiêu cực:

(i) Đối với nhóm đối tượng là thân nhân người lao động:

- Nếu thực hiện chính sách hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế thì tổng kinh phí hỗ trợ của Nhà nước dao động từ 348 tỷ - 1.146 tỷ đồng/năm. (Phương pháp tính toán được xác định theo bản Phụ lục 2 kèm theo Báo cáo này).

(ii) Quy định khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm: Không có tác động tiêu cực đến Nhà nước.

(ii) Quy định việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện: Không có tác động tiêu cực đến Nhà nước.

2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

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

- Quy định cơ chế khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm để tạo cơ chế đóng thuận tiện, duy trì người dân tham gia bảo hiểm y tế: Không có tác động tích cực đến doanh nghiệp.

- Quy định việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện để mở rộng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc: Chính sách này có tác động tích cực đến doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm do có nhiều ưu điểm khi bảo hiểm bổ sung được liên kết với bảo hiểm xã hội bắt buộc sẽ giúp cho sản phẩm có thêm sức hút đối với người tham gia do các quyền lợi vượt trội và có nhiều quy định của Luật bảo đảm quyền lợi của người tham gia so với bảo hiểm sức khỏe hiện hành chỉ dựa vào hợp đồng do doanh nghiệp xây dựng quyền lợi, có nhiều trùng lặp. Do đó, doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm sẽ được tăng doanh thu. Cụ thể:

Năm 2021 có khoảng 11% dân số tham gia bảo hiểm nhân thọ, tỷ lệ tham gia bảo hiểm sức khỏe chiếm khoảng 4%. Dự kiến đến năm 2025 có khoảng 15%<sup>3</sup> dân số tham gia bảo hiểm nhân thọ nên có thể tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm bổ sung trong số hợp đồng bảo hiểm nhân thọ. Năm 2021, tổng doanh thu phí bảo hiểm nhân thọ toàn thị trường ước đạt 116.404 tỷ đồng, nếu tăng thêm 4% tương đương với doanh thu 34.921 tỷ đồng, trong đó bảo hiểm sức khỏe/bảo hiểm bổ sung có thể chiếm đến 30% doanh thu tăng thêm.

b) Tác động tiêu cực:

(i) Bổ sung nhóm đối tượng là thân nhân người lao động:

Nếu thực hiện chính sách hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế thì doanh nghiệp sẽ phải tăng chi giao động từ khoảng 541 tỷ đến 1.782 tỷ đồng (phương pháp tính toán được xác định theo bản Phụ lục 2 kèm theo Báo cáo này).

(ii) Quy định khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm:

- Không có tác động tiêu cực đến doanh nghiệp trong các trường hợp đối tượng tự đóng, quỹ bảo hiểm y tế đóng, ngân sách nhà nước hỗ trợ.

- Có tác động đến doanh nghiệp trong trường hợp chủ sử dụng lao động phải đóng theo tỷ lệ quy định. Theo đó, doanh nghiệp sẽ phải đóng trước phần chi phí mà lẽ ra nếu đóng theo định kỳ thì doanh nghiệp có thể dành để đầu tư, sản xuất. Tuy nhiên, đối với các khoản chi phí phát sinh Luật có quy định được miễn thuế để hỗ trợ một phần cho doanh nghiệp. Đồng thời việc đóng trước là không bắt buộc nên nếu doanh nghiệp tự nguyện và sẵn sàng thì tác động này là chấp nhận được đối với doanh nghiệp.

(iii) Quy định việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện:

Không có tác động tiêu cực đến doanh nghiệp.

<sup>3</sup> Theo Quyết định số 07/QĐ-TTg năm 2023 phê duyệt Chiến lược phát triển thị trường bảo hiểm Việt Nam đến năm 2030 do Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 05/01/2023.

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

a) Tác động tích cực: Đối với cả 3 chính sách thành phần cụ thể đều có các tác động tích cực.

Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông qua việc bảo đảm tài chính cho người bệnh, giảm thiểu tình trạng trốn “viện phí”.

Việc thực hiện các quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nâng cao chất lượng, thu hút thêm người bệnh sử dụng các dịch vụ gia tăng, tạo thêm nguồn thu cho cơ sở để tái đầu tư phục vụ người bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

a) Tác động tích cực:

- Bổ sung nhóm đối tượng là thân nhân người lao động: Tăng nguồn thu đầu vào cho Quỹ bảo hiểm y tế dao động từ 1.159 tỷ đồng đến 3.819 tỷ đồng/năm (phương pháp tính toán được xác định theo bản Phụ lục 2 kèm theo Báo cáo này.)

- Quy định cơ chế khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm: Có tác động vừa duy trì nguồn thu bảo hiểm y tế vừa có thể tăng nguồn thu bảo hiểm y tế do số tiền nộp trước có thể sử dụng để đầu tư, phát triển nguồn quỹ bảo hiểm y tế.

- Quy định việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện:

Có thể góp phần tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc từ đó góp phần tăng nguồn thu của Quỹ. Cụ thể:

Năm 2022, tỷ lệ dân số chưa tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc khoảng gần 8%. Theo Bộ Tài chính, tính đến hết năm 2020 có gần 4 triệu người tương đương khoảng 4% dân số có bảo hiểm sức khỏe do các công ty kinh doanh bảo hiểm thực hiện. Như vậy, nếu lấy ở mức thấp nhất chỉ thêm 1% dân số đang có bảo hiểm sức khỏe chuyển sang hoặc đồng thời tham gia bảo hiểm y tế thì ước tính Quỹ BHYT của Nhà nước có thể thu thêm ở mức trung bình là khoảng 538 tỷ đồng mỗi năm<sup>4</sup>.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

### 2.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

- Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh, khi đi KBCB BHYT đúng tuyến người bệnh sẽ được chi trả 100% chi phí trong phạm vi quyền lợi được

<sup>4</sup> Từ 1/7/2023, khi tăng lương cơ sở lên 1,8 triệu đồng/tháng, mức đóng bảo hiểm y tế hộ gia đình cho người thứ ba trong gia đình là 583.200 đồng/năm.

Quỹ BHYT chi trả trong khi nếu không tham gia BHYT thì người bệnh phải tự trả toàn bộ chi phí.

- Trường hợp tham gia bảo hiểm y tế bổ sung, người bệnh được trả thêm các chi phí đồng chi trả, các chi phí ngoài phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT, các chi phí theo yêu cầu và các chi phí gia tăng khác.

b) Tác động tiêu cực:

(i) Đối với bổ sung nhóm đối tượng là thân nhân người lao động:

Tác động kinh tế đối với người tham gia bảo hiểm y tế là có nhưng không nhìn nhận mang tính chất tiêu cực mà là các chi phí cần thiết và người tham gia sẽ phải nỗ lực hơn để tích lũy đủ dành đóng BHYT.

- Với mỗi thân nhân, người lao động và chủ sử dụng lao động đóng 680.400 đồng/năm, trong đó người lao động đóng 1/3. Như vậy, tăng chi trung bình đối với người lao động có 4 người phụ thuộc (bố mẹ và 02 con trên 6 tuổi) là: =  $(972.000 \text{ đồng/năm} \times 4 \times 70\%) / 3 = 907.200 \text{ đồng/năm}$ .

- Tăng chi cho tổng số thân nhân người lao động thuộc đối tượng áp dụng chính sách dao động từ 270 tỷ đồng đến 891 tỷ đồng/năm. Tuy nhiên, đây là ước tính tổng số chi phí của toàn bộ người dân thuộc đối tượng bổ sung để tham khảo và không tính vào tác động kinh tế của đối tượng này vì tác động kinh tế chỉ đánh giá đối với cá nhân thân nhân người lao động nêu ở trên.

(Phương pháp tính toán được xác định theo bản Phụ lục 2 kèm theo Báo cáo này)

(ii) Quy định cơ chế khuyến khích đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm để tạo cơ chế đóng thuận tiện, duy trì người dân tham gia bảo hiểm y tế:

Quy định này không có tác động kinh tế tiêu cực đến người lao động vì là chính sách tự nguyện, khi người bệnh có điều kiện kinh tế thì họ lựa chọn và quyết định việc tham gia.

(iii) Quy định việc tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện là điều kiện để tham gia bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện:

Quy định này hầu như không có tác động kinh tế tiêu cực đến người lao động vì là chính sách tự nguyện, khi người bệnh có điều kiện kinh tế thì họ lựa chọn và quyết định việc tham gia.

## **2.2. Tác động về xã hội**

### **1.2.1. Tác động tích cực:**

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

- Về 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. 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. Từ đó, chính sách này giúp giảm nguy cơ đói nghèo trong nhóm người có thu nhập trung bình khá do có bảo đảm về tài chính cho chăm sóc y tế.

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ làm tăng tỷ lệ bao phủ người tham gia bảo hiểm y tế, có thể đạt mức trên 95% dân số hoặc cao hơn.

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

#### 2.2.2. Tác động tiêu cực:

Chính sách này chưa nhận thấy có tác động tiêu cực nào về xã hội.

### 2.3. Tác động về giới

- Phương án 2 có đầy đủ các tác động tích cực về giới như phương án 1.

- Cần cân nhắc một thực tiễn hiện nay là thân nhân của người lao động thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế của nhóm 1 nếu không thuộc các nhóm 2, 3 và 4 đã và đang tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức tự nguyện của nhóm 5 - *Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình* - và được hưởng lợi từ chính sách giảm mức đóng bảo hiểm y tế đối với các thành viên thứ hai trở đi thuộc hộ gia đình. Mặt khác cũng cần cân nhắc vị thế của những người lao động có quan hệ lao động (chính thức) và những người lao động không có quan hệ lao động (phi chính thức) đều thuộc đối tượng điều chỉnh của Bộ luật Lao động 2019 và thu nhập cũng như khả năng đóng góp của những người lao động ở khu vực chính thức và phi chính thức cho thân nhân của mình.

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

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

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính mới vì nằm trong thủ tục hành chính chung hiện có với các đối tượng khác. Tuy nhiên, có phát sinh thủ tục hành chính thành phần liên quan đến việc xác định thân nhân, trình tự thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với nhóm đối tượng này.

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

a) Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; hoàn thiện hơn và khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm sức khỏe hiện hành chưa có các quy định về bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm sức khỏe.

b) Không làm phát sinh tổ chức bộ máy nên phù hợp với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sau Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập. Không làm thay đổi nhiều các điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các tổ chức, cá nhân mà lồng ghép trong các nguồn lực sẵn có. Có thể phát sinh chi phí, nguồn lực không đáng kể trong tổ chức thi hành quy định mới.

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

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

- Đối tượng là người nhiễm HIV: Theo quy định của Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) thì người đang tham gia bảo hiểm y tế bị nhiễm HIV được Quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không quy định Nhà nước sẽ hỗ trợ mức đóng cho đối tượng này. Như vậy, dự thảo Luật đã quy định bổ sung chính sách của Nhà nước đối với đối tượng này nên sẽ phải bổ sung quy định hướng dẫn đối với đối tượng này.

- Đối tượng là thân nhân của cán bộ, công chức: Qua rà soát cho thấy hiện nay chưa có văn bản quy phạm pháp luật nào quy định về ngân sách Nhà nước sẽ hỗ trợ mức đóng cho người là thân nhân của cán bộ, công chức. Như vậy, dự thảo Luật đã quy định bổ sung chính sách của Nhà nước đối với đối tượng này nên sẽ phải bổ sung quy định hướng dẫn đối với đối tượng này.

- Đối tượng tham gia BHYT bổ sung tự nguyện.

đ) Quy định của dự thảo Luật 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 phải tăng chi dao động từ 348 tỷ - 1.146 tỷ đồng/năm để hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế như phương án 2.

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 thể 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.

- Không có được các tác động tích cực như phương án 2.

3.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

- Doanh nghiệp sẽ không phải tăng chi giao động từ 541 tỷ đến 1.782 tỷ đồng cho thân nhân người lao động như phương án 1.

- Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh do chưa được bổ sung vào nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế nên không cần tăng chi để đóng phí bảo hiểm y tế (khoảng 1.944 tỷ đồng mỗi năm) phương án 1.

b) Tác động tiêu cực:

- Doanh nghiệp không có được các tác động tích cực như đã phân tích ở các phương án 1 và 2.

- Doanh nghiệp sẽ tiếp tục phải đối diện với gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến vấn đề này mà cụ thể là người lao động sẽ phải nghỉ phép để chăm sóc cho thân nhân hoặc phải kiếm thêm việc làm để có thu nhập chi trả cho việc khám bệnh, chữa bệnh của thân nhân và từ đó sẽ làm giảm sức lao động của bản thân người lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất, hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp.

3.1.3. 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 tham gia bảo hiểm y tế, không thay đổi thu quỹ, không tăng chi khám bệnh chữa bệnh.

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 và 2.

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

a) Tác động tích cực: Không có 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 dao động từ 1.159,1 tỷ đến 3.818,7 tỷ đồng/năm khi bổ sung nhóm đối tượng là thân nhân người lao động như phương án 2.

- Không tăng nguồn thu đầu vào cho Quỹ bảo hiểm y tế dao động khoảng 1.944 tỷ đồng/năm khi bổ sung nhóm đối tượng chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh đăng ký kinh doanh như phương án 1.

*3.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực: Không có tác động tích cực đến người dân.

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 2.

**3.2. Tác động về xã hội**

*3.2.1. Tác động tích cực:* Không có.

*3.2.2. 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 2.

**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 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 đối với nhóm đối tượng là thân nhân người lao động liên quan đến việc xác định thân nhân, trình tự thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với nhóm đối tượng này.

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

- Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; hoàn thiện hơn và khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật hiện hành.

- Không có các tác động tích cực như phương án 2. Tuy nhiên, phương án này 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 người lao động.



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

### 1. Kết luận

#### a) Về kinh tế:

##### - Tác động tích cực:

Trong 3 phương án, phương án 2 có tác động tích cực về kinh tế đối với Quỹ bảo hiểm y tế so Phương án 1 và 3, tạo nguồn thu tăng cho quỹ bảo hiểm y tế. Phương án 2 mang lại giá trị kinh tế, nguồn thu lớn hơn phương án 1 và 3 do có thêm giải pháp người dân phải tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc khi tham gia bảo hiểm y tế bổ sung nên có thêm nguồn thu cho quỹ bảo hiểm y tế và giảm chi ngân sách để giải quyết các vấn đề sức khỏe, xã hội.

Phương án 2 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 hiện là 43% xuống còn khoảng 23% vào năm 2025.

Phương án 2 còn có tác động tích cực đến doanh nghiệp bảo hiểm khi họ có thêm các hợp đồng bảo hiểm bổ sung, tạo thêm doanh thu đối với ít nhất khoảng 1 triệu người tham gia bảo hiểm bổ sung.

##### - Tác động tiêu cực:

Phương án 2 đều làm tăng chi ngân sách và chi phí của doanh nghiệp để hỗ trợ thân nhân người lao động mua thẻ bảo hiểm y tế, tăng chi của người lao động để mua thẻ bảo hiểm y tế cho thân nhân. Cụ thể, Nhà nước sẽ phải tăng chi dao động từ 348 tỷ - 1.146 tỷ đồng/năm để hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế; doanh nghiệp sẽ phải tăng chi giao động từ khoảng 541 tỷ đến 1.782 tỷ đồng để hỗ trợ thân nhân người lao động 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 2 mang lại nhiều giá trị và về tương lai sẽ có tác động bền vững. Tuy nhiên trong bối cảnh thực tế nguồn thu ngân sách còn hạn chế, các doanh nghiệp cũng đang trong giai đoạn khó khăn đặc biệt sau đại dịch COVID-19 thì việc thực hiện theo phương án 2 sẽ có tác động lớn làm tăng chi từ ngân sách nhà và cho doanh nghiệp. Vì vậy, trước mắt đề xuất lựa chọn Phương án 1 là chỉ cập nhật các 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 nhưng chưa thực hiện mở rộng các nhóm đối tượng trong khi sửa đổi bổ sung Luật Bảo hiểm y tế lần này nhằm 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 năm 2025.

Phương án 2 sẽ được cân nhắc để thực hiện trong lần sửa đổi tổng thể Luật Bảo hiểm y tế trong thời gian tới.

#### b) Về xã hội:

##### - Tác động tích cực:

Phương án 2 có tác động tích cực về xã hội, phương án 3 không có bất kỳ tác động tích cực nào do giữ nguyên hiện trạng. Trong đó, phương án 2 toàn diện hơn phương án 1 và 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. (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:

Cả phương án 1 và 2 không có tác động tiêu cực trong khi phương án 3 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 sánh giữa tác động tích cực và tiêu cực của các phương án thì phương án 2 vượt trội về các tác động tích cực trên lĩnh vực xã hội.

*c) Về giới:*

- Tác động tích cực:

Cả hai phương án 1 và 2 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 và 3 không có tác động tiêu cực về giới, không tạo ra bất bình đẳng giới nhưng phương án 3 chưa tạo điều kiện cho nữ giới.

*d) Về thủ tục hành chính:*

- Tác động tích cực:

Phương án 1 và 3 không làm phát sinh thủ tục hành chính mới.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 2 có phát sinh thủ tục hành chính thành phần liên quan đến việc xác định thân nhân, trình tự thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với nhóm đối tượng này.

*đ) Về hệ thống pháp luật:*

- Tác động tích cực:

Cả ba 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.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 2 có phát sinh chi phí tuân thủ và xây dựng văn bản hướng dẫn. Phương án 3 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 người lao động.

**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*:

- Mặc dù chưa bổ sung được một số nhóm đối tượng là thân nhân người lao động, chưa khuyến khích được đóng bảo hiểm y tế một lần cho tối đa 03 năm để tạo điều kiện thuận lợi trong đóng bảo hiểm y tế, chưa quy định được chính sách về bảo hiểm y tế bổ sung, tuy nhiên phương án giữ nguyên chưa bổ sung nhóm thân nhân người lao động như quy định như Luật hiện hành sẽ không gây tăng chi từ ngân sách nhà nước cũng như tăng chi cho doanh nghiệp để hỗ trợ nhóm thân nhân người lao động, cũng như không làm phát sinh các thủ tục hành chính cũng như việc thay đổi những hệ thống văn bản pháp luật liên quan. Điều này phù hợp với thực tiễn khi nguồn thu ngân sách còn hạn chế và các doanh nghiệp cũng còn khó khăn đặc biệt sau giai đoạn dịch bệnh COVID-19. Như vậy, việc lựa chọn phương án 1 nhằm 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 năm 2025.

- Việc nghiên cứu sửa đổi theo phương án 2 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.

## 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

##### Mục 2.1

##### Đánh giá Chính sách 2.1

#### ĐIỀU CHỈNH, BỔ SUNG MỘT SỐ DỊCH VỤ VÀO PHẠM VI CHI TRẢ BẢO HIỂM Y TẾ

##### 1. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẮT CẤP

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 rãi 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 không 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 tổn kém về đầu tư cho hệ thống khám bệnh, chữa bệnh, không bảo đảm nguyên tắc phòng ngừa bệnh tật từ xa, từ sớm. 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, không phù hợp với yêu cầu chuyên môn.

- Quy định về gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả chưa rõ về khái niệm, chưa sát thực tiễn đặc thù của Việt Nam, chưa thể hiện tính chất của

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

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, việc điều chỉnh phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế cần đáp ứng nhu cầu của người dân nhưng cũng cần phù hợp với mức đóng bảo hiểm y tế nhằm mục đích sử dụng có hiệu quả và bảo đảm tính bền vững quỹ bảo hiểm y tế.

## II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

- Từng bước cải thiện phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế theo hướng tăng tính chi phí hiệu quả và đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân đồng thời hạn chế tác động bất cập của chính sách thông tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiện nay, góp phần sử dụng hiệu quả Quỹ bảo hiểm y tế.

- 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 và thu hút người bệnh tham gia bảo hiểm y tế.

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

**2. Phương án 1:** Chưa 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 ngay khi luật có hiệu lực; tuy nhiên giao thẩm quyền cho Bộ trưởng Bộ Y tế quy định lộ trình khi đủ điều kiện thực hiện việc khám bệnh để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của một số bệnh phù hợp với khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế.

- Giao thẩm quyền cho Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan quy định theo lộ trình khi đủ điều kiện việc khám bệnh để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của một số bệnh phù hợp với khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế, bảo đảm hiệu quả, đồng bộ với khái niệm khám bệnh, chữa bệnh mới được điều chỉnh trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023. Bộ trưởng Bộ Y tế sẽ thực hiện lộ trình ưu tiên theo khả năng cân

đôi quĩ, các bệnh lý được ưu tiên mở rộng chi trả bao gồm: ung thư cổ tử cung; ung thư vú, tăng huyết áp; đái tháo đường; viêm gan C, B; điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi (luật hiện hành chỉ thanh toán cho trẻ em <6 tuổi);

- Quy định cụ thể máu, khí y tế và các chế phẩm khác để điều trị bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế để bảo đảm tính bao quát, đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 và thực tế các chế phẩm này (máu và các chế phẩm máu, O<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>O, chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho người bệnh ung thư, bỏng nặng và một số bệnh lý đặc biệt khác; sữa mẹ hiến tặng thanh trùng,...) không phải là thuốc nhưng hiện đã được dùng để điều trị bệnh trong các hướng dẫn chẩn đoán điều trị và một số đã được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cần được cập nhật trong Luật bảo hiểm y tế để bảo đảm tính pháp lý cao.

- Sửa đổi, bổ sung Điều 22 để điều chỉnh phạm vi mức hưởng bảo hiểm y tế phù hợp với cấp chuyên môn, kỹ thuật và giảm tỷ lệ chi trả khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật.

- Bổ sung quy định người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiểm, 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 được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định.

- Quy định 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, chuyên 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.

## **2. Phương án 2: Bổ sung một số dịch vụ, sản phẩm vào phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế ngay khi luật có hiệu lực**

Phương án 2 mở rộng thêm phạm vi quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh đối với một số bệnh, đối tượng theo danh mục do Bộ Y tế quy định căn cứ vào khả năng cân đối của Quỹ bảo hiểm y tế và yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân:

(1) Khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ, tình trạng sức khỏe và điều trị sớm một số bệnh để ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh theo danh mục bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành (ung thư cổ tử cung; tăng huyết áp; đái tháo đường; viêm gan C, B; ung thư vú); điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi (luật hiện hành chỉ thanh toán cho trẻ em <6 tuổi);

(2) Khám sức khỏe định kỳ cho một số đối tượng: trẻ em dưới 6 tuổi, hưu trí, người tham gia bảo hiểm y tế tự đóng;

(3) Khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên không thể tự đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người khuyết tật nặng đối với một

số bệnh, dịch vụ kỹ thuật được khám bệnh, chữa bệnh tại nhà; khám chữa bệnh từ xa trong một số trường hợp áp dụng với một số đối tượng và các trường hợp cấp cứu;

(4) Bổ sung dịch vụ chẩn đoán, sàng lọc sơ sinh (sàng lọc Thalassemia trước sinh, sàng lọc suy giáp).

**3. Phương án 3: 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**

##### **3. Đánh giá đối với phương án 1**

Các nội dung đánh giá này được dự kiến là các tác động đối đa có thể đạt được. Tuy nhiên, khi thực hiện theo lộ trình đối với các giải pháp, Bộ Y tế có thể căn cứ vào điều kiện thực tế, khả năng ngân sách của Quỹ để cân đối và quy định lộ trình phù hợp.

##### **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:**

Nhà nước giảm chi ngân sách cho các hoạt động phòng bệnh, giảm chi đầu tư xây dựng, mở rộng cơ sở y tế, giảm bao cấp ngân sách chi thường xuyên cho y tế do các cơ sở y tế có thể tăng cường thực hiện tự chủ.

Quỹ Bảo hiểm y tế tiết kiệm được chi phí khi triển khai các dịch vụ khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ, tình trạng sức khỏe và điều trị sớm một số bệnh để ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh. Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, năm 2023, chi phí của 6 nhóm bệnh ung thư thường gặp (Vú, Phổi, Gan, Đại tràng, Dạ dày, Tiền liệt tuyến) từ Quỹ Bảo hiểm y tế là 6.186 tỷ đồng, chiếm 5,1% tổng chi quỹ bảo hiểm y tế. So sánh riêng với bệnh đái tháo đường tuýp 2: Năm 2021 ước tính số bệnh nhân đái tháo đường ở Việt Nam là 3,994 triệu người; trong số đó 50% chưa được chẩn đoán. Quỹ Bảo hiểm y tế chi cho điều trị hơn 1,923 triệu bệnh nhân đái tháo đường típ 2 với chi phí riêng tiền thuốc là hơn 3.000 tỷ đồng/năm chiếm khoảng 3,08% tổng chi q

ũy bảo hiểm y tế; năm 2023, có 15.534.946 lượt khám chữa bệnh với chi phí chi phí lên đến 6.766,6 tỷ đồng/năm, chiếm 5,6% tổng chi quỹ. Đối với bệnh tăng huyết áp: Năm 2023 có 22.890.888 lượt khám chữa bệnh với chi phí là 6.015,3 tỷ đồng/năm, chiếm 4,9% tổng chi quỹ<sup>5</sup>.

Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ giúp giảm chi phí điều trị các biến chứng và điều trị giai đoạn muộn của bệnh, tác động tiết kiệm cho Quỹ bảo hiểm y tế cụ thể như sau:

<sup>5</sup> Ban Chính sách y tế, Bảo hiểm XHVN tháng 01/2024.

- Sàng lọc đái tháo đường type 2: tiết kiệm được trung bình 162,3 tỷ đồng/năm trong 10 năm đầu tiên triển khai, kết quả càng thể hiện tính ưu việt khi đánh giá kết quả thực hiện trong thời gian dài.

- Sàng lọc tăng huyết áp: tiết kiệm được trung bình 1.216,8 tỷ đồng/năm trong 10 năm đầu tiên triển khai; trường hợp triển khai sàng lọc cho người trưởng thành từ 18 tuổi; tiết kiệm được trung bình khoảng 604 tỷ đồng/năm trong 10 năm đầu tiên triển khai nếu sàng lọc cho người từ 40 tuổi trở lên.

- Sàng lọc ung thư cổ tử cung: mang lại lợi ích về mặt kinh tế gấp 19 – 21 lần chi phí đầu tư.

- Sàng lọc ung thư vú: mang lại lợi ích chi phí – hiệu quả cho quỹ bảo hiểm y tế, hiệu quả mang lại sẽ lớn hơn số kinh phí mà quỹ cần chi phí để chi trả cho thực hiện sàng lọc.

- Điều trị dinh dưỡng đặc biệt cho người bệnh nội trú mắc một số bệnh lý nặng, đặc thù theo hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y tế (theo lộ trình phù hợp khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế) mang lại lợi ích chi phí – hiệu quả cho quỹ bảo hiểm y tế. Trong đó:

+ Chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho trẻ dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng cấp tính nặng: Nhà nước sẽ giảm bớt chi phí từ Quỹ bảo hiểm y tế để chữa các bệnh như tiêu chảy, viêm phổi, viêm ruột hoại tử... hoặc các bệnh khác do trẻ suy dinh dưỡng nặng cấp tính không đủ sức đề kháng mắc phải hoặc bị kéo dài thêm thời gian chữa bệnh, nhập viện. Giảm chi ngân sách để hỗ trợ cho các gia đình nghèo, cận nghèo có trẻ bị bệnh do nguy cơ đói nghèo sẽ trầm trọng thêm.

+ Sữa mẹ thanh trùng hiến tặng cho trẻ sinh non, nhẹ cân: Ước tính mỗi năm Quỹ Bảo hiểm Y tế sẽ tiết kiệm được 76 tỷ đồng từ việc giảm chi phí điều trị cho các bệnh lý viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng huyết sơ sinh, loạn sản phế quản phổi và bệnh võng mạc mắt nếu toàn bộ trẻ sinh non nhẹ cân được thanh toán tiền sữa mẹ hiến tặng thanh trùng trong thời gian điều trị tại bệnh viện.

- 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. 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.

#### b) Tác động tiêu cực:

Tăng chi từ Quỹ do tăng chi phí chi trả cho thực hiện các dịch vụ, sản phẩm, đối tượng bổ sung bao gồm:

- Sàng lọc tăng huyết áp: trung bình 88,7 tỷ đồng/năm trong 10 năm đầu tiên triển khai sàng lọc cho người từ 18 tuổi. Đồng thời, khi phát hiện ra các trường



hợp mắc bệnh, chi phí điều trị ước tính sẽ cần chi trả là 27.940 tỷ/năm. Nếu sàng lọc cho người từ 40 tuổi trở lên, ngân sách hàng năm cần chi trả cho sàng lọc ước tính khoảng 44 tỷ đồng, và ngân sách để chi trả cho điều trị các trường hợp bệnh phát hiện qua sàng lọc ước tính là 13.881 tỷ đồng/năm. Thông tin cụ thể và phương pháp ước tính tác động ngân sách được trình bày trong Phụ lục 2 kèm theo báo cáo.

- Sàng lọc đái tháo đường type 2: chi phí cần chi trả trung bình 141 tỷ đồng/năm trong 10 năm đầu tiên triển khai. Đồng thời, ngân sách cần chi trả cho việc điều trị các ca bệnh phát hiện từ sàng lọc là 2.089 tỷ đồng/năm.

- Sàng lọc ung thư cổ tử cung: trung bình 3,0 nghìn tỷ/ năm đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm HPV (cho phụ nữ từ 25-65 tuổi, 3 năm một lần) và 2,6 nghìn tỷ đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm tế bào học (cho phụ nữ 21-65 tuổi, 2 năm một lần) trong khoảng thời gian 10 năm đầu triển khai.

- Sàng lọc ung thư vú: trung bình là 2,1 nghìn tỷ, 5,3 nghìn tỷ, hoặc 5,0 nghìn tỷ/ năm nếu chiến lược sàng lọc lần lượt là siêu âm, nhũ ảnh, hoặc siêu âm kết hợp nhũ ảnh (cho phụ nữ từ 30-79 tuổi, 1 năm một lần). Tuy nhiên, chi phí này sẽ giảm đi đáng kể nếu giới hạn nhóm tuổi phụ nữ được sàng lọc.

- Chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho trẻ dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng cấp tính nặng: Tăng chi từ Quỹ bảo hiểm y tế để chi trả cho sản phẩm điều trị suy dinh dưỡng cấp tính cho trẻ em.

- + Năm 2023: Quỹ Bảo hiểm y tế ước tính dành cho trẻ em dưới 6 tuổi là: khoảng 5.800 tỷ đồng. Số tiền điều trị cho 100% trẻ bị suy dinh dưỡng cấp tính là: 264.2 tỷ đồng. Tỷ lệ Quỹ bảo hiểm chi trả cho trẻ em suy dinh dưỡng cấp tính khoảng 4,6% trong tổng số Quỹ chi trả bảo hiểm cho trẻ em dưới 6 tuổi.

- + Năm 2025: Quỹ Bảo hiểm y tế ước tính dành cho trẻ em dưới 6 tuổi là: 6.616.3 tỷ đồng. Số tiền điều trị cho 100% trẻ bị suy dinh dưỡng cấp tính là: 286.9 tỷ đồng. Tỷ lệ Quỹ bảo hiểm chi trả cho trẻ em suy dinh dưỡng cấp tính là 4,6% trong tổng số Quỹ chi trả bảo hiểm cho trẻ em dưới 6 tuổi.

- Sửa mẹ thanh trùng hiến tặng cho trẻ sinh non, nhẹ cân: Nếu quỹ BHYT chi trả chi phí sửa mẹ hiến tặng thanh trùng cho nhóm trẻ đẻ non, nhẹ cân, bệnh lý thì mỗi năm quỹ phải chi trả khoảng 30,8 tỷ đồng, tương ứng 0,46% quỹ BHYT.

- 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).

Như vậy, Quỹ bảo hiểm y tế có tăng chi cho việc bổ sung quyền lợi trong giai đoạn 3 năm đầu khi triển khai nhưng lại có thể bù đắp bằng việc tiết kiệm chi

phí điều trị bệnh nặng, kỹ thuật cao, chi phí lớn vì chi phí điều trị thường cao hơn gấp nhiều lần chi phí chẩn đoán sớm (trường hợp bệnh nặng chi phí hiện nay lên đến hàng tỷ đồng mỗi đợt điều trị). Tuy nhiên, phương án này sẽ được thực hiện song song với chính sách tăng mức đóng và các biện pháp giảm lạm dụng, lãng phí, trực lợi để bảo đảm cân bằng quỹ. Đồng thời, Nhà nước có thể cân đối được thông qua sử dụng phân ngân sách Nhà nước giảm chi cho các đơn vị sự nghiệp thực hiện từ chủ tài chính, tăng thuế tiêu thụ đặc biệt với các sản phẩm có hại cho sức khỏe. Một phần của thuế có thể dành trích vào Quỹ bảo hiểm y tế nếu được Quốc hội thông qua. 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 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 tăng cường ứng dụng CNTT để giảm lãng phí, lạm dụng, trực 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 thực hiện theo lộ trình giúp chủ động hơn trong việc điều tiết nên có thể ngăn ngừa kịp thời tác động 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 tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đồng thời 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, từ đó góp phần nâng cao chất lượng nhân lực y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực 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 chẩn đoán và điều trị sớm một số bệnh giúp tăng khả năng bảo đảm tài chính cho người dân nhờ phát hiện và điều trị sớm giúp tiết kiệm chi phí điều trị, đi lại so với khi bệnh nặng, giảm chi phí đồng chi trả của người bệnh. Đặc biệt, người dân sẽ được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí khi đi khám chữa bệnh góp phần đạt được mục tiêu giảm tỷ lệ chi tiền túi hiện là 43% xuống còn khoảng 23% vào năm 2025.

- Tác động cụ thể tính trên từng trường hợp cụ thể như sau:

+ Với người bệnh tăng huyết áp, nếu phát hiện trong giai đoạn sớm và điều trị kịp thời, chi phí điều trị và quản lý bệnh hàng năm ước tính trung bình cũng tiêu tốn khoảng 5.255.037 đồng/đồng/người/năm. Tuy nhiên, nếu phát hiện muộn và có xuất hiện các biến chứng của tăng huyết áp, chi phí điều trị hàng năm ước tính trung bình khoảng 91.912.249 đồng/người.

+ Với người bệnh đái tháo đường tít 2, chi phí để điều trị hàng năm cho một bệnh nhân được kiểm soát ở giai đoạn chưa có biến chứng ước tính khoảng 5.228.402 đồng, tuy nhiên nếu phát sinh các biến chứng của bệnh thì chi phí điều trị bình quân hàng năm cho một bệnh nhân vào khoảng 10.118.750 đồng.

+ Người bệnh ung thư vú được sàng lọc, phát hiện ở giai đoạn sớm sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị so với người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Theo nghiên cứu, chi phí điều trị trung bình/ năm của người bệnh ung thư vú ở các giai đoạn từ I đến IV lần lượt là 4,2 triệu, 12,1 triệu, 22,5 triệu và 17,7 triệu đồng/năm. Do đó, nếu được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I), người bệnh sẽ tiết kiệm từ 7,9 đến 18,3 triệu đồng/ năm so với người bệnh phát hiện ở các giai đoạn muộn hơn.

+ Người bệnh ung thư cổ tử cung được sàng lọc, phát hiện ở giai đoạn sớm sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị so với người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Theo nghiên cứu, chi phí điều trị trung bình/ năm của người bệnh ung thư vú ở các giai đoạn từ I đến IV lần lượt là 89,8 triệu, 136,9 triệu, 138,4 triệu và 136,8 triệu đồng/năm. Do đó, nếu được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I), người bệnh sẽ tiết kiệm từ 47 đến 48,6 triệu đồng/ năm so với người bệnh phát hiện ở các giai đoạn muộn hơn.

+ Người bệnh viêm gan B, C được sàng lọc sớm sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị so với người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Chi phí điều trị trung bình/ năm của các tình trạng xơ gan còn bù, xơ gan mất bù, và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 13,9 triệu, 22,3 triệu, và 85,1 triệu đồng/ năm. Nếu tính đến cả

chi phí liên quan đến điều trị, như ăn, ở, đi lại trong quá trình điều trị, chi phí tăng thêm của các tình trạng xơ gan còn bù, xơ gan mất bù, và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 4,9 triệu, 8,4 triệu, và 7,7 triệu đồng/năm. Bên cạnh đó, người bệnh sẽ mất chi phí cơ hội do không thể làm việc trong thời gian nằm viện; chi phí này của các tình trạng xơ gan còn bù, xơ gan mất bù, và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 4,7 triệu, 8,6 triệu, và 8,3 triệu đồng/năm. Như vậy, nếu được sàng lọc và phát hiện sớm viêm gan B, C, người bệnh có thể tiết kiệm được từ 23,5 đến 101,1 triệu đồng/năm so với việc điều trị khi bệnh diễn tiến đến xơ gan và ung thư gan.

+ Trẻ em dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng cấp tính nặng: Chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho trẻ em dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng cấp tính nặng giúp giảm bớt gánh nặng về kinh tế do người bị suy dinh dưỡng nặng cấp tính bị suy giảm khả năng lao động trong tương lai. Số tiền giảm bớt dự kiến là: 10% thu nhập suốt đời của một người và tránh giảm ít nhất 8% tăng trưởng kinh tế toàn xã hội<sup>6</sup>.

- 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 mí 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.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực đến người dân.

## **1.2. Tác động về xã hội**

### **1.2.1. Tác động tích cực:**

- 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. Đặc biệt giảm tỷ lệ mắc, bệnh nặng và tử vong do các bệnh không lây nhiễm đang chiếm tới 77% gánh nặng bệnh tật của Việt Nam.

- 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.

<sup>6</sup> Báo cáo tổng quan của UNICEF

- 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:*

Không có tác động tiêu cực về xã hội.

### **1.3. Tác động về giới**

#### *1.3.1. Tác động tích cực:*

Việc ban hành chính sách sẽ tác động tích cực đến cả hai giới, tuy nhân tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng là nữ giới, trẻ em và người cao tuổi do phần lớn các dịch vụ bao phủ đến các đối tượng này.

Bên cạnh đó, việc ban hành chính sách cũng sẽ là tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế đối với đối tượng là nữ giới cao tuổi mà nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng phụ nữ có khả năng mắc các bệnh mãn tính cao hơn và dễ rơi vào cảnh nghèo khó, bấp bênh hơn nam giới (VNAS 2011). Trong điều kiện đó, phụ nữ gặp nhiều khó khăn hơn trong việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết. Cuối cùng, phụ nữ nghỉ hưu sớm hơn nhưng sống lâu hơn nam giới, khiến họ dễ bị rơi vào cảnh góa phụ và lương hưu (nếu có) cũng không đủ chi trả cho nhu cầu. Do đó, các hỗ trợ khi về già đối với họ cũng hạn chế<sup>7</sup>.

#### **4. Tác động tiêu cực:**

Không có tác động tiêu cực về giới.

### **5. 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 cấp chuyên môn kỹ thuật khi bệnh nặng hoặc 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.

Tuy nhiên, 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

<sup>7</sup>Thông tin tóm tắt già hóa dân số nhanh chóng ở Việt Nam: thách thức và cơ hội do UNDP Việt Nam công bố năm 2016

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.

## **6. Tác động đối với hệ thống pháp luật**

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

a) Bảo đảm tính thống nhất với các luật hiện hành:

- Phù hợp với khái niệm “khám bệnh, chữa bệnh” trong Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023:

*“1. Khám bệnh là việc người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sử dụng kiến thức, phương pháp, kỹ thuật chuyên môn để đánh giá tình trạng sức khỏe, nguy cơ đối với sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh.*

*2. Chữa bệnh là việc người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sử dụng kiến thức, phương pháp, kỹ thuật chuyên môn để giải quyết tình trạng bệnh, ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh hoặc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh trên cơ sở kết quả khám bệnh.”*

Như vậy, Luật khám bệnh, chữa bệnh 2023 đã mở rộng phạm vi khám bệnh, chữa bệnh bao gồm cả **“đánh giá tình trạng sức khỏe, nguy cơ đối với sức khỏe”** và **“ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh”** nên cần bảo đảm đồng bộ.

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

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

c) Phát sinh việc ban hành văn bản hướng dẫn đối với việc bổ sung một số nội dung khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:

- Phải thực hiện việc bổ sung danh mục kỹ thuật thuộc phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và từ đó sẽ phải thực hiện việc mã hóa, điều chỉnh, bổ sung phần mềm quản lý thanh toán chi phí bảo hiểm y tế;

- Phải tiến hành việc xây dựng định mức kinh tế - kỹ thuật để làm căn cứ cho việc xây dựng giá dịch vụ bảo hiểm y tế và nếu như thẩm quyền quyết định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Luật khám bệnh, chữa bệnh vẫn giữ như hiện nay là có nhiều cấp có thẩm quyền phê duyệt giá thì sẽ phát sinh thêm thủ tục phê duyệt giá dịch vụ.

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

## **2. Đánh giá đối với phương án 2**

### **2.1. Tác động về kinh tế**

### 2.1.1. Tác động đối với Nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế:

#### a) Tác động tích cực:

Đạt được các tác động tích cực như mở rộng khám chẩn đoán sớm một số bệnh như ở phương án 1. Ngoài ra còn có tác động khi mở rộng một số quyền lợi như sau:

- Khám sức khỏe định kỳ cho một số đối tượng: trẻ em dưới 6 tuổi, hưu trí, người tham gia bảo hiểm y tế tự đóng; khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi và người khuyết tật nặng: mang lại lợi ích chi phí – hiệu quả cho quỹ bảo hiểm y tế. Khám sức khỏe định kỳ giúp phát hiện sớm các bệnh lý, giúp người bệnh có thể chữa trị kịp thời, giảm thiểu chi phí điều trị và các chi phí cơ hội liên quan đến giảm năng suất lao động trong tương lai. Ngoài ra, việc phát hiện sớm các bệnh lý còn giúp tránh được những tác động tiêu cực lên nền kinh tế do mất sản lượng lao động và gia tăng chi phí chăm sóc sức khỏe của toàn xã hội.

- Tiết kiệm được chi phí của cả quỹ bảo hiểm y tế chi cho các bệnh mắc phải do trẻ sinh ra chưa được sàng lọc từ đó tiết kiệm ngân sách chi tiêu cho y tế liên quan đến gánh nặng bệnh tật. Theo báo cáo của Viện Chiến lược và Chính sách y tế, sàng lọc trước sinh và sơ sinh sẽ giúp chẩn đoán sớm các thai bất thường và có xử trí phù hợp, từ đó tiết kiệm được gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội nếu trẻ mắc bệnh được sinh ra, cụ thể:

+ Đối với sàng lọc Thalassemia trước sinh, chỉ cần đầu tư khoảng 15,5 triệu đồng cho sàng lọc và tiến hành đình chỉ thai kỳ phù hợp đối với một thai bị Thalassemia, sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị 786,5 triệu đồng cho 30 năm sau đó nếu trẻ mắc bệnh được sinh ra. Tỷ lệ lợi ích/ chi phí là 1: 50,7, cho thấy sàng lọc Thalassemia trước sinh là một can thiệp rất hiệu quả chi phí. Chi phí tiết kiệm trên một ca Thalassemia được dự phòng là 760.230.447 đồng.

+ Đối với sàng lọc bệnh suy giáp trạng bẩm sinh, tại Việt Nam chưa có số liệu cụ thể. Tuy nhiên, tại Ấn Độ, tỷ số lợi ích – chi phí của việc đầu tư cho sàng lọc bệnh suy giáp trạng bẩm sinh dao động trong khoảng 1: 2,8 đến 1: 6, có nghĩa là cứ 1 tỷ đồng bỏ ra cho sàng lọc bệnh, chính phủ sẽ tiết kiệm được 2,8 đến 6 tỷ đồng chi phí xử trí các biến chứng, hậu quả của bệnh trong tương lai.

(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:

Tăng chi đối các dịch vụ bổ sung như phương án 1. Ngoài ra còn tăng chi đối với các dịch vụ mở rộng thêm so với phương án 1 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 (bao gồm cận thị), 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 mí cho toàn bộ quần thể người dưới 18 tuổi.

- Khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi và người khuyết tật nặng: khoảng 1.843 tỷ đồng đối với chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên. Chưa có số liệu đối với người khuyết tật nặng. Một nghiên cứu tại Việt Nam năm 2019 đã ước tính chi phí của mô hình thí điểm 58 dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) tại cộng đồng. Kết quả cho thấy, chi phí bảo hiểm y tế chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn tại nhà vào năm 2024 là 1.842,8 tỷ đồng.

- Tăng chi khoảng 240 – 300 tỷ đồng/năm cho việc thực hiện chính sách sàng lọc trước sinh và sau sinh.

(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).

- Do không có lộ trình, chưa có sự chuẩn bị kỹ nên sẽ có nguy cơ mất cân đối tài chính của Quỹ giai đoạn đầu và nguy cơ ngân sách phải cấp bù.

#### *2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực:

Các tác động như phương án 1.

b) Tác động tiêu cực:

Các tác động như phương án 1.

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

a) Tác động tích cực:

- Các tác động như phương án 1.

- Các tác động tích cực đối với cơ sở khám chữa bệnh có chuyên khoa sàng lọc trước sinh.

b) Tác động tiêu cực:

- Các tác động như phương án 1.

#### *2.1.4. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Các tác động như phương án 1.

- Thêm tác động tích cực trực tiếp đến các đối tượng: gia đình và bà mẹ trong độ tuổi sinh con, trẻ em bị tật khúc xạ và người cao tuổi do được tăng quyền lợi được khám và điều trị.

b) Tác động tiêu cực:

- Các tác động như phương án 1.

#### *2.2. Tác động về xã hội*



### *2.2.1. Tác động tích cực:*

- Các tác động như phương án 1. Trong đó, giải pháp mở rộng chi trả cho chế phẩm dinh dưỡng, sữa mẹ thanh trùng cho trẻ em sẽ có tác động 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. Giải pháp sàng lọc trước sinh có tác động mạnh lên phòng ngừa dị tật bào thai, sơ sinh, giảm gánh nặng xã hội trong việc chăm sóc và bảo trợ cho trẻ em dị tật, khuyết tật. Bên cạnh đó, giải pháp chi trả cho một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh thiết yếu tại nhà cho người cao tuổi và người khuyết tật nặng cũng tác động bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhóm người già – nhóm đối tượng đang dần chiếm tỷ lệ lớn trong bối cảnh cơ cấu dân số trở lên già hóa tại Việt Nam. Từ đó góp phần tăng tuổi thọ trung bình của người Việt Nam, nâng cao chất lượng dân số, góp phần nâng cao chất lượng dân số.

### *2.2.2. Tác động tiêu cực:*

- Các tác động như phương án 1.

### **2.3. Tác động về giới**

- Các tác động như phương án 1.

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

- Các tác động như phương án 1.

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

- Các tác động như phương án 1.

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

- Phù hợp với pháp luật về dân số, góp phần thể chế hóa quan điểm tại Nghị quyết số 21-NQ/TU của Ban chấp hành trung ương về công tác dân số trong tình hình mới.

## **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:

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. 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.

### *3.1.2. 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.

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

a) Tác động tích cực:

Chính sách không có tác động tiêu cực đến cơ sở.

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.

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

### *3.1.4. 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 tác động tích cực.

### *3.2.2. 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.

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

### **3.3. Tác động về giới**

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

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

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

### **3.5. 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 3 phương án, phương án 2 có tác động mạnh nhất về kinh tế đối với cả Nhà nước và Quỹ bảo hiểm y tế so với Phương án 1 và 3 trong việc tiết kiệm chi cho ngân sách và quỹ bảo hiểm y tế. Trong đó: Phương án 2 mang lại giá trị kinh tế lớn hơn phương án 1 do có thêm giải pháp mở rộng chi cho điều trị các tật khúc xạ ở trẻ em và khám sàng lọc sơ sinh nên tiết kiệm chi cho quỹ bảo hiểm y tế trong điều trị bệnh tật và giảm chi ngân sách cho sàng lọc và để giải quyết các vấn đề sức khoẻ, xã hội. Phương án 1 và 2 vượt trội hoàn toàn so với phương án 3 vì phương án 3 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 và 2 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 hiện là 43% xuống còn khoảng 23% vào năm 2025. 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 và 2 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.

Về tác động tích cực thì phương án 2 là mạnh nhất, nhỉnh hơn phương án 1 và vượt trội hoàn toàn so với phương án 3.

- Tác động tiêu cực:

Cả 3 phương án đều 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, tốn kém mà lại tiết kiệm ngân sách chi cho hoạt động phòng bệnh. Như vậy ngân sách sẽ được lợi tối đa về tổng thể.

Xét riêng về quỹ bảo hiểm y tế, mặc dù có tăng chi cho việc bổ sung quyền lợi nhưng lại có thể bù đắp bằng việc tiết kiệm chi phí điều trị bệnh nặng, kỹ thuật cao, chi phí lớn vì chi phí điều trị thường cao hơn gấp nhiều lần chi phí chẩn đoán sớm (trường hợp bệnh nặng chi phí hiện nay lên đến hàng tỷ đồng mỗi đợt điều

trị). Phương án này sẽ được thực hiện song song với chính sách tăng mức đóng để bảo đảm cân bằng quỹ.

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<sup>8</sup>, tăng thuế tiêu thụ đặc biệt với các sản phẩm có hại cho sức khỏe<sup>9</sup>. Một phần của thuế có thể dành trích vào Quỹ bảo hiểm y tế nếu được Quốc hội thông qua.

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, 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 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 tăng cường ứng dụng CNTT để giảm lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên phương án 1 có tính khả thi và ổn định cân đối quỹ hơn phương án 1 do việc thực hiện theo lộ trình giúp chủ động hơn trong việc điều tiết nên có thể ngăn ngừa kịp thời tác động tiêu cực bội chi quỹ bảo hiểm y tế đột ngột và lại phù hợp với lộ trình tăng mức đóng và nguồn thu của quỹ bảo hiểm y tế. Do đó, phương án 1 giảm các tác động bất lợi hơn phương án 2.

#### *b) Về xã hội:*

##### *- Tác động tích cực:*

Cả phương án 1 và 2 đều có tác động tích cực về xã hội, phương án 3 không có bất kỳ tác động tích cực nào do giữ nguyên hiện trạng. Trong đó, phương án 1 và 2 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

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.

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. Đặc biệt giảm tỷ lệ mắc, bệnh nặng và tử vong do các bệnh không lây nhiễm đang chiếm tới 77% gánh nặng bệnh tật của Việt Nam. 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 đó, phương án 2 mạnh hơn phương án 1 với mở rộng chi cho điều trị các tật khúc xạ ở trẻ em và khám sàng lọc sơ sinh giải pháp sàng lọc trước sinh có tác động mạnh lên phòng ngừa dị tật bào thai, sơ sinh, giảm gánh nặng xã hội trong việc chăm sóc và bảo trợ cho trẻ em dị tật, khuyết tật, góp phần nâng cao chất lượng dân số.

- Tác động tiêu cực:

Cả phương án 1 và 2 không hoặc có không đáng kể tác động tiêu cực có thể cải thiện được trong khi phương án 3 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 sánh giữa tác động tích cực và tiêu cực của các phương án thì phương án 3 có nhiều tác động bất lợi.

c) Về giới:

- Tác động tích cực:

Cả 3 phương án 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, trẻ em và người cao tuổi bởi họ sẽ được bảo đảm nhiều quyền lợi liên quan.

- Tác động tiêu cực:

Cả 3 phương án đều không có tác động tiêu cực về giới, không tạo ra bất bình đẳng giới nhưng phương án 3 không tạo điều kiện cho nữ, trẻ em và người cao tuổi.

*d) Về thủ tục hành chính:*

- Tác động tích cực:

Cả 3 Phương án đều không làm phát sinh thủ tục hành chính mới.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 và 2 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 3 không mang lại các tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật so với 2 phương án còn lại.

Phương án 1 và 2 bảo đảm tính thống nhất, phù hợp với pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh; phương án 2 còn phù hợp với pháp luật về trẻ em, dân số.

Cả hai phương án còn phù hợp với pháp luật bảo hiểm y tế của các nước trên thế giới như: Thái Lan, Nhật Bản, Hàn Quốc, nhiều nước Châu Âu...

Trường hợp đưa các phạm vi quyền lợi sàng lọc chẩn đoán sớm và dinh dưỡng điều trị cho trẻ em vào phạm vi chi trả theo phương án 1 và 2 còn phù hợp với cơ chế tài chính cho chăm sóc sức khỏe trẻ em hiện đang thực hiện, cụ thể: ngân sách đang được chi để mua thẻ bảo hiểm y tế miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi và trẻ em được chi trả 100% phạm vi quyền lợi. Do đó, đều là tiền từ ngân sách nên thay vì dùng ngân sách chi cho sàng lọc thì việc bảo hiểm y tế thanh toán là phù hợp, giúp giảm chi phí quản lý ngân sách để sử dụng hệ thống quản lý bảo hiểm và ngân sách cũng có thể cấp thêm 01 nguồn kinh phí bổ sung từ ngân sách để mở rộng quyền lợi cho trẻ em trong trường hợp cần thiết như kinh nghiệm của Nhật Bản.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 và 2 có phát sinh chi phí tuân thủ và xây dựng văn bản hướng dẫn, trong đó chi phí phát sinh của phương án 2 cao hơn. Phương án 3 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 sánh 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, khả thi hơn 2 phương án còn lại.

## 7. Kiến nghị

Mở rộng thêm phạm vi quyền lợi khám bệnh, chữa bệnh đối với một số bệnh, đối tượng theo danh mục và lộ trình do Bộ Y tế quy định căn cứ vào khả năng cân đối của Quỹ bảo hiểm y tế và yêu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân. Quỹ bảo hiểm y tế cần chi trả cho các dịch vụ khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ, tình trạng sức khỏe và điều trị sớm một số bệnh để ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của bệnh theo danh mục bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành. Việc điều chỉnh, mở rộng phạm vi quyền lợi cần được thực hiện theo lộ trình phù hợp khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế, ưu tiên vào các bệnh có nguy cơ mắc cao, gánh nặng bệnh tật lớn nhưng khi phòng ngừa sớm sẽ mang lại tính chi phí-hiệu quả như: ung thư cổ tử cung; tăng huyết áp; đái tháo đường; viêm gan C, B; ung thư vú.

## Mục 2.2

### Đánh giá Chính sách 2.2

## QUY ĐỊNH HÌNH THỨC BẢO HIỂM Y TẾ BỔ SUNG LIÊN KẾT VỚI BẢO HIỂM Y TẾ THƯƠNG MẠI DO CÔNG TY BẢO HIỂM THỰC HIỆN THEO HÌNH THỨC TỰ NGUYỆN

### I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẮT CẤP

Việc tỷ lệ chi từ tiền túi tương đối cao trong cơ cấu tài chính y tế ở Việt Nam có thể gây nguy cơ thiếu sự bền vững trong dài hạn, đặc biệt chúng ta đã bước vào ‘thời kỳ già hóa dân số’ và trở thành một trong những quốc gia già hóa nhanh nhất thế giới từ năm 2017. Vì vậy, việc xây dựng và vận hành cơ chế tài chính nhằm đảm bảo người bệnh được tiếp cận các dịch vụ y tế hiệu quả, đáp ứng nhu cầu chăm sóc y tế ngày càng đa dạng ở cả nhóm đại chúng và nhóm người có thu nhập trung bình khá trở lên đang dần trở thành mối quan tâm lớn.

Hiện nay, tại Việt Nam có 02 hình thức BHYT, đó là:

(i) BHYT bắt buộc do Nhà nước thực hiện theo Luật BHYT mang tính xã hội không vì mục đích lợi nhuận và được Nhà nước tổ chức thực hiện theo Luật. Mọi người dân phải bắt buộc tham gia BHYT theo Luật BHYT.

- BHYT là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật BHYT.

- Quỹ BHYT chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT cho đối tượng theo quy định của Luật BHYT, người sử dụng dịch vụ chi trả cho phần ngoài mức hưởng và phạm vi được hưởng.

(ii) Bảo hiểm sức khỏe của các công ty bảo hiểm (thường được gọi là BHYT thương mại) mang tính kinh doanh, hoạt động có lợi nhuận theo Luật Kinh doanh bảo hiểm được thiết kế phù hợp với mọi mong muốn của người ký hợp đồng bảo

hiêm theo từng điều kiện và nhu cầu của người đó, mang tính tự nguyện và không mang tính bắt buộc như BHYT xã hội. Mặc dù có mức phí thường cao hơn so với BHYT bắt buộc nhưng bảo hiểm sức khỏe có nhiều lựa chọn cho người tham gia do đa dạng gói quyền lợi theo khả năng đóng. Tuy nhiên các phạm vi quyền lợi thường bị trùng với phần BHYT bắt buộc đã chi trả hoặc công ty có xu hướng lựa chọn dịch vụ để chi trả, ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia. Do Nhà nước không can thiệp mà phụ thuộc vào hợp đồng bảo hiểm do công ty tự xây dựng nên người bệnh chưa được bảo vệ về quyền lợi toàn diện.

Bên cạnh đó, chưa có sự liên kết và chưa có vai trò của nhà nước trong việc xây dựng các cơ chế để kiểm soát và bảo vệ quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm sức khỏe trong khi đây là lĩnh vực nhạy cảm, phi lợi nhuận.

Nghị quyết 20, Phiên họp toàn thể lần thứ 6, Ủy ban trung ương 12 ngày 25 tháng 10 năm 2017 đã đặt ra một trong nhiệm vụ trọng tâm để tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới là “đổi mới mạnh mẽ tài chính y tế” trong đó tập trung “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”. Các quy định này cần được thể chế vào pháp luật.

Mặc dù phạm vi quyền lợi của bảo hiểm y tế của Việt Nam được đánh giá là khá rộng với mức hưởng khá cao so với mức đóng. Tuy nhiên, trên thực tế người tham gia bảo hiểm y tế vẫn phải đồng chi trả đối với các dịch vụ thuộc phạm vi quyền lợi và phải chi trả toàn bộ đối với các dịch vụ ngoài phạm vi quyền lợi. Trong bối cảnh, thu nhập và nhu cầu được chăm sóc toàn diện của người dân tăng thì việc quy định bảo hiểm y tế bổ sung là rất cần thiết.

## **II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

1. Bảo vệ và cải thiện phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế theo hướng tăng tính chi phí hiệu quả và đáp ứng toàn diện nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân.
2. Đáp ứng nhu cầu đa dạng 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:**

Bổ sung quy định mang tính nguyên tắc giao Chính phủ quy định về bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện do các cơ sở kinh doanh bảo hiểm thực hiện đối với các đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc để đa dạng hóa các gói quyền lợi theo nhu cầu và khả năng của người dân.

Dự thảo Luật quy định giao trách nhiệm cho Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan trình Chính phủ quy định về gói quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện do người đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do



Nhà nước thực hiện theo quy định của Luật này ký hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung với tổ chức kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung và đóng phí để được chi trả các chi phí y tế nằm ngoài phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế bắt buộc quy định tại Luật này phù hợp với yêu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân.

## **2. Phương án 2:**

Quy định cụ thể về bảo hiểm y tế bổ sung theo hướng người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện tự nguyện mua thêm các gói bảo hiểm y tế bổ sung theo nhu cầu như: Gói bảo hiểm y tế bổ sung chi trả cho phần cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh; Gói bảo hiểm y tế bổ sung chi trả cho chi phí khám bệnh, chữa bệnh trái tuyến, các dịch vụ, thuốc, thiết bị y tế được quỹ hiểm y tế chi trả theo tỷ lệ; gói hiểm y tế bổ sung chi trả cho các dịch vụ ngoài phạm vi quỹ hiểm y tế .... do các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm cung cấp để được hưởng gói quyền lợi bổ sung ngoài quyền lợi của bảo hiểm y tế bắt buộc. Nguyên tắc thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung là phi lợi nhuận.

Phương án này cũng có thêm lựa chọn về cách thức và thẩm quyền quy định chính sách là: Ban hành quy định mang tính chất nguyên tắc chung về bảo hiểm y tế bổ sung theo hướng người tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện tự nguyện mua thêm các gói bảo hiểm y tế bổ sung theo nhu cầu do các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm cung cấp để được hưởng gói quyền lợi bổ sung ngoài quyền lợi của bảo hiểm y tế bắt buộc. Nguyên tắc thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung là phi lợi nhuận và giao Chính phủ tùy theo điều kiện và nhu cầu thực tiễn để quy định khi cần thiết.

## **3. Phương án 3:**

Giữ nguyên như quy định hiện hành là không quy định về bảo hiểm y tế bổ sung.

# **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:**

- 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 các đối tượng này đối với các chi phí ngoài phạm vi của bảo hiểm y tế xã hội hoặc với các đối tượng đang không tham gia cả bảo hiểm y tế bắt buộc nhưng tham gia bảo hiểm y tế thương mại.

- Giảm bớt gánh nặng của ngân sách Nhà nước do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm nguồn tài chính đầu vào từ việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thương mại của người dân.

##### **b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực đến Nhà nước.**

### 1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

#### a) Tác động tích cực:

Chính sách này có tác động tích cực đến doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm do có nhiều ưu điểm khi bảo hiểm bổ sung được liên kết với bảo hiểm xã hội bắt buộc sẽ giúp cho sản phẩm có thêm sức hút đối với người tham gia do các quyền lợi vượt trội và có nhiều quy định của Luật bảo đảm quyền lợi của người tham gia so với bảo hiểm sức khỏe hiện hành chỉ dựa vào hợp đồng do doanh nghiệp xây dựng quyền lợi, có nhiều trùng lặp. Do đó, doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm sẽ được tăng doanh thu. Cụ thể:

Năm 2021 có khoảng 11% dân số tham gia bảo hiểm nhân thọ, tỷ lệ tham gia bảo hiểm sức khỏe chiếm khoảng 4%. Dự kiến đến năm 2025 có khoảng 15%<sup>10</sup> dân số tham gia bảo hiểm nhân thọ nên có thể tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm bổ sung trong số hợp đồng bảo hiểm nhân thọ. Năm 2021, tổng doanh thu phí bảo hiểm nhân thọ toàn thị trường ước đạt 116.404 tỷ đồng, nếu tăng thêm 4% tương đương với doanh thu 34.921 tỷ đồng, trong đó bảo hiểm sức khỏe/bảo hiểm bổ sung có thể chiếm đến 30% doanh thu tăng thêm.

#### b) Tác động tiêu cực:

Hầu như 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:

Việc thực hiện các quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nâng cao chất lượng, thu hút thêm người bệnh sử dụng các dịch vụ gia tăng, tạo thêm nguồn thu cho cơ sở để tái đầu tư phục vụ người bệnh.

#### b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

#### a) Tác động tích cực:

Có thể góp phần tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc từ đó góp phần tăng nguồn thu của Quỹ. Cụ thể:

Năm 2022, tỷ lệ dân số chưa tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc khoảng gần 8%. Theo Bộ Tài chính, tính đến hết năm 2020 có gần 4 triệu người tương đương khoảng 4% dân số có bảo hiểm sức khỏe do các công ty kinh doanh bảo hiểm thực hiện. Như vậy, nếu lấy ở mức thấp nhất chỉ thêm 1% dân số đang có bảo hiểm sức khỏe chuyển sang hoặc đồng thời tham gia bảo hiểm y tế bổ sung thì ước tính Quỹ

<sup>10</sup> Theo Quyết định số 07/QĐ-TTg năm 2023 phê duyệt Chiến lược phát triển thị trường bảo hiểm Việt Nam đến năm 2030 do Thủ tướng Chính phủ ban hành ngày 05/01/2023.

BHYT của Nhà nước có thể thu thêm ở mức trung bình là khoảng 538 tỷ đồng mỗi năm.<sup>11</sup>

Chi phí dành cho khám, chữa bệnh giảm, ngăn chặn gian lận bảo hiểm y tế; hiệu quả hoạt động của 2 hệ thống bảo hiểm y tế xã hội và bảo hiểm y tế thương mại được tối ưu hóa; doanh nghiệp mở rộng dịch vụ. Từ đó tiến tới xây dựng hệ thống dữ liệu y tế toàn dân góp phần chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

b) Tác động tiêu cực: Không có

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người dân trong chăm sóc sức khỏe.
- Trường hợp tham gia bảo hiểm y tế bổ sung, người bệnh được trả thêm các chi phí đồng chi trả, các chi phí ngoài phạm vi thanh toán của Quỹ BHYT, các chi phí theo yêu cầu và các chi phí gia tăng khác.
- Tạo sự minh bạch, rõ ràng trong vấn đề quy định quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung phù hợp với mức phí của bảo hiểm y tế bổ sung, từ đó bảo vệ quyền lợi của người dân.

b) Tác động tiêu cực:

Quy định này hầu như không có tác động kinh tế tiêu cực đến người lao động vì là chính sách tự nguyện, khi người bệnh có điều kiện kinh tế thì họ lựa chọn và quyết định việc tham gia.

**1.2. Tác động về xã hội**

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về việc làm: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động sẽ góp phần làm tăng nguồn cung nhân lực cho thị trường lao động cũng như tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân.
- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.
- Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua hạn chế chi từ tiền túi của những người dân do tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế. Bên cạnh đó, việc tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội. Từ đó, chính sách này giúp giảm nguy cơ đói nghèo trong nhóm người có thu nhập trung bình khá do có bảo đảm về tài chính cho chăm sóc y tế.

<sup>11</sup> Từ 1/7/2023, khi tăng lương cơ sở lên 1,8 triệu đồng/tháng, mức đóng bảo hiểm y tế hộ gia đình cho người thứ ba trong gia đình là 583.200 đồng/năm.

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ làm tăng tỷ lệ bao phủ người tham gia bảo hiểm y tế, có thể đạt mức trên 95% dân số hoặc cao hơn.

### *1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Nhà nước sẽ phải giải quyết vấn đề liên quan đến đối xử giữa người chỉ tham gia bảo hiểm y tế xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế thương mại khi họ sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

### *1.3. Tác động về giới*

Việc ban hành chính sách không phát sinh tác động bất lợi về giới.

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

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do đây là giao kết dân sự giữa người dân và doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế thương mại.

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

Qua đánh giá, so sánh với các quy định của pháp luật hiện hành cho thấy việc cho phép các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung:

a) Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; hoàn thiện hơn và khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm sức khỏe hiện hành chưa có các quy định về bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm sức khỏe.

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

c) Không làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các đối tượng là người tham gia bảo hiểm y tế vì đây là hình thức tham gia tự nguyện, không bắt buộc, người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung sẽ căn cứ nhu cầu, khả năng tài chính của mình để mua các gói bảo hiểm y tế bổ sung phù hợp;

d) Phát sinh việc ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện: Bộ Y tế cần chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan có trách nhiệm trình Chính phủ quy định về gói quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện do người đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện theo quy định của Luật này ký hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung với tổ chức kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung.

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

Nhiều quốc gia đã có quy định về bảo hiểm bổ sung (ít nhất nhất hơn 40 quốc gia).

## **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:

- Có tác động tích cực đến Nhà nước thông qua việc chính sách có thể góp phần tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc từ đó góp phần tăng nguồn thu của Quỹ.

- Tăng thu ngân sách thông qua thuế từ lợi nhuận của các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế thương mại mặc dù việc thực hiện chính sách sẽ làm giới hạn số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thương mại do người dân thay vì được tự do mua bảo hiểm y tế thương mại như hiện nay sẽ phải bắt buộc mua bảo hiểm y tế xã hội trước. Tuy nhiên, việc thực hiện chính sách sẽ làm tăng tính hấp dẫn của bảo hiểm y tế thương mại và từ đó sẽ góp phần làm tăng doanh thu cho các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm.

- Tương tự như Phương án 1, 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 các đối tượng này đối với các chi phí ngoài phạm vi của bảo hiểm y tế xã hội hoặc với các đối tượng đang không tham gia cả bảo hiểm y tế bắt buộc nhưng đang tham gia bảo hiểm y tế thương mại; giảm bớt gánh nặng của ngân sách Nhà nước do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm nguồn tài chính đầu vào từ việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thương mại của người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực đến Nhà nước.

2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

Tương tự Phương án 1, chính sách này có tác động tích cực đến doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm do có nhiều ưu điểm khi bảo hiểm bổ sung được liên kết với bảo hiểm xã hội bắt buộc sẽ giúp cho sản phẩm có thêm sức hút đối với người tham gia do các quyền lợi vượt trội và có nhiều quy định của Luật bảo đảm quyền lợi của người tham gia so với bảo hiểm sức khỏe hiện hành chỉ dựa vào hợp đồng do doanh nghiệp xây dựng quyền lợi, có nhiều trùng lặp.

b) Tác động tiêu cực:

- Việc quy định các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung không vì mục đích lợi nhuận, có thể ảnh hưởng đến nguồn thu-chi của doanh nghiệp. Bên cạnh đó, Nếu thực hiện chính sách doanh nghiệp sẽ phải bỏ chi phí cho việc tính toán lại các gói quyền lợi cũng như xử lý các hợp đồng bảo hiểm y tế đã ký trước ngày Luật có hiệu lực thi hành nếu không có quy định chuyển tiếp.

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

a) Tác động tích cực:

Việc thực hiện các quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung giúp các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nâng cao chất lượng, thu hút thêm người bệnh sử dụng các dịch vụ gia tăng, tạo thêm nguồn thu cho cơ sở để tái đầu tư phục vụ người bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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

##### a) Tác động tích cực:

Tương tự như phương án 1, có thể góp phần tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc từ đó góp phần tăng nguồn thu của Quỹ.

Chi phí dành cho khám, chữa bệnh giảm, ngăn chặn gian lận bảo hiểm y tế; tăng hiệu quả hoạt động của 2 hệ thống bảo hiểm y tế xã hội và bảo hiểm y tế thương mại được tối ưu hóa; doanh nghiệp mở rộng dịch vụ. Từ đó tiến tới xây dựng hệ thống dữ liệu y tế toàn dân góp phần chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

##### b) Tác động tiêu cực: Không có

#### 2.1.5. Tác động đối với người dân:

##### a) Tác động tích cực:

Tương tự như phương án 1.

##### b) Tác động tiêu cực:

Quy định này hầu như không có tác động kinh tế tiêu cực đến người lao động vì là chính sách tự nguyện, khi người bệnh có điều kiện kinh tế thì họ lựa chọn và quyết định việc tham gia.

### 2.2. Tác động về xã hội

#### 2.2.1. Tác động tích cực:

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

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

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

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ làm tăng tỷ lệ bao phủ người tham gia bảo hiểm y tế, có thể đạt mức trên 95% dân số hoặc cao hơn.

#### 2.2.2. Tác động tiêu cực:

Nhà nước sẽ phải giải quyết vấn đề liên quan đến đối xử giữa người chỉ tham gia bảo hiểm y tế xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế thương mại khi họ sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Bên

cạnh đó, cũng sẽ phải giải quyết các phản ứng của doanh nghiệp khi quy định thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung không vì mục đích lợi nhuận.

### **2.3. Tác động về giới**

Việc ban hành chính sách không phát sinh tác động bất lợi về giới.

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

Việc thực hiện chính sách có thể phát sinh thủ tục liên quan đến việc cung cấp thông tin và việc liên kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở y tế với công ty bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm bổ sung.

Tăng chi phí do tăng khối lượng giải quyết các thủ tục do thêm đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc.

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

Qua đánh giá, so sánh với các quy định của pháp luật hiện hành cho thấy việc cho phép các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung:

a) Bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; hoàn thiện hơn và khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm sức khỏe hiện hành chưa có các quy định về bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm sức khỏe.

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

c) Không làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các đối tượng là người tham gia bảo hiểm y tế vì đây là hình thức tham gia tự nguyện, không bắt buộc, người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung sẽ căn cứ nhu cầu, khả năng tài chính của mình để mua các gói bảo hiểm y tế bổ sung phù hợp;

d) Phát sinh việc ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện.

Đồng thời cần sửa đổi hệ thống văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến kinh doanh bảo hiểm, doanh nghiệp và thuế vì các lý do sau đây:

- Thứ nhất, Luật kinh doanh bảo hiểm hiện hành đang loại trừ hoạt động bảo hiểm y tế do Nhà nước thực hiện không mang tính kinh doanh và cho phép doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện kinh doanh bảo hiểm sức khỏe, trong đó bao gồm cả bảo hiểm y tế. Do vậy, cần giải quyết mối quan hệ giữa thực hiện bảo hiểm y tế xã hội bổ sung với bảo hiểm y tế mang tính kinh doanh do doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện.

- Thứ hai, theo quy định của Luật doanh nghiệp thì "*Kinh doanh là việc thực hiện liên tục một, một số hoặc tất cả các công đoạn của quá trình, đầu tư, từ sản xuất đến tiêu thụ sản phẩm hoặc cung ứng dịch vụ trên thị trường nhằm mục đích sinh*

lợi" và có quy định về doanh nghiệp xã hội mà không có quy định về doanh nghiệp kinh doanh "phi lợi nhuận".

- Thứ ba, theo quy định của pháp luật về thuế thì các doanh nghiệp kinh doanh bắt buộc phải nộp các loại thuế liên quan đến hoạt động của doanh nghiệp. Do vậy, nếu cho phép doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm thực hiện bảo hiểm y tế xã hội bổ sung và hoạt động theo nguyên tắc phi lợi nhuận thì cần có phải có các văn bản để sửa đổi, bổ sung các quy định về thuế liên quan đến hoạt động này.

d) Quy định của dự thảo Luật 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 các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có thêm nguồn tài chính đầu vào từ việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thương mại của người dân.

##### *3.1.2. 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:

Không có.

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

a) Tác động tích cực:

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải chịu tác động.

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.

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

a) Tác động tích cực:

Không tăng chi từ Quỹ do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

##### *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.

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

### **3.2. Tác động về xã hội**

*3.2.1. Tác động tích cực:*

Không phải giải quyết vấn đề liên quan đến đối xử giữa người chỉ tham gia bảo hiểm y tế xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế thương mại khi họ sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

*3.2.2. Tác động tiêu cực:*

- 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**

Không có tác động về giới.

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

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

### **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. Như vậy, sẽ không trái với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập;

Không phải sửa đổi hệ thống văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến kinh doanh bảo hiểm, doanh nghiệp và thuế, không phải quy định chi tiết thi hành văn bản.

*3.5.2. Tác động tiêu cực:*

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

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

### **1. Kết luận**

a) Về kinh tế:

- Tác động tích cực:

Trong 3 phương án, phương án 1 và 2 có tác động tích cực về kinh tế đối với cả Nhà nước và Quỹ bảo hiểm y tế so với Phương án 3.

- Tạo nguồn thu tăng cho quỹ bảo hiểm y tế và tiết kiệm chi cho ngân sách. Đồng thời còn tăng thu ngân sách thông qua thuế từ lợi nhuận của các doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế thương mại. Giảm bớt gánh nặng của ngân sách Nhà nước do các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm nguồn tài chính đầu vào từ việc sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thương mại của người dân.

- Do có thêm giải pháp người dân phải tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc khi tham gia bảo hiểm y tế bổ sung nên có thêm nguồn thu cho quỹ bảo hiểm y tế và giảm chi ngân sách để giải quyết các vấn đề sức khỏe, xã hội.

- 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 hiện là 43% xuống còn khoảng 23% vào năm 2025.

Phương án 1 và 2 còn có tác động tích cực đến doanh nghiệp bảo hiểm khi họ có thêm các hợp đồng bảo hiểm bổ sung, tạo thêm doanh thu đối với ít nhất khoảng 1 triệu người tham gia bảo hiểm bổ sung.

Như vậy, Phương án 1 và 2 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 khỏe, xã hội do một bộ phận người dân không tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 và 2 không có tác động tiêu cực với Nhà nước trong khi phương án 3 làm tăng gánh nặng chi phí để giải quyết các vấn đề xã hội liên quan đến bảo đảm tài chính cho các đối tượng này.

Tuy nhiên, phương án 2 quy định doanh nghiệp thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung không vì mục đích lợi nhuận sẽ tác động lớn đến thu-chi của doanh nghiệp.

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, không làm thay đổi, tác động lớn đến doanh nghiệp, từ đó mang tính khả thi hơn trong giai đoạn hiện nay.

*b) Về xã hội:*

- Tác động tích cực:

Cả phương án 1 và 2 có tác động tích cực về xã hội, phương án 3 không có bất kỳ tác động tích cực nào do giữ nguyên hiện trạng. Trong đó, phương án 1 và 2 toàn diện hơn phương án 3 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. (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) Đáp ứng yêu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân ngày càng đa dạng, tăng vai trò của Nhà nước trong việc bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm bổ sung.

- Tác động tiêu cực:

Cả phương án 1 và 2 không có tác động tiêu cực, trong khi phương án 3 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.

Tuy nhiên, thực hiện phương án 2 với quy định doanh nghiệp thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung không vì mục đích lợi nhuận, Nhà nước sẽ cần giải quyết phản ứng của doanh nghiệp về quy định này.

Khi so sánh giữa tác động tích cực và tiêu cực của các phương án thì phương án 1 vượt trội về các tác động tích cực.

*c) Về giới:*

- Tác động tích cực:

Cả 3 phương án đều không có tác động đến vấn đề giới.

- Tác động tiêu cực:

Cả 2 phương án 1 và 2 đều không có tác động tiêu cực về giới, không tạo ra bất bình đẳng giới nhưng phương án 3 không tạo điều kiện cho nữ.

*d) Về thủ tục hành chính:*

- Tác động tích cực:

Các phương án không làm phát sinh thủ tục hành chính mới.

- Tác động tiêu cực:

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do đây là giao kết dân sự giữa người dân và doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm y tế thương mại.

Tuy nhiên, có thể phát sinh thủ tục liên quan đến việc cung cấp thông tin và việc liên kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội, cơ sở y tế với công ty bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm bổ sung.

Tăng chi phí do tăng khối lượng giải quyết các thủ tục do thêm đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc.

*đ) Về hệ thống pháp luật:*

- Tác động tích cực:

Cả 3 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, đối với phương án 3 sẽ ít các tác động tích cực.

Trong khi phương án 1 và 2 hoàn thiện hơn và khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm sức khỏe hiện hành chưa có các quy định về bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm sức khỏe, phù hợp với trên 40 nước đã có chính sách bảo hiểm bổ sung.

- Tác động tiêu cực:

Phương án 1 và 2 có phát sinh chi phí tuân thủ và xây dựng văn bản hướng dẫn, trong đó chi phí phát sinh của phương án 2 cao hơn. Phương án 2 đòi hỏi cần sửa đổi nhiều hệ thống văn bản quy phạm pháp luật liên quan đến kinh doanh bảo hiểm, doanh nghiệp và thuế do quy định doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung theo nguyên tắc phi lợi nhuận

Phương án 3 sẽ không phải xây dựng các văn bản để sửa đổi, bổ sung các quy định liên quan. Nhưng phương án 3 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 người lao động.

Xét về tính khả thi thì phương án 1 sẽ tăng tính khả thi so với phương án 2 khi Luật chỉ quy định mang tính nguyên tắc để có cơ sở pháp lý cao, sau đó khi xã hội có nhu cầu và các điều kiện chín muồi thì chính phủ có thể quy định chi tiết. Điều này phù hợp hơn so với trong bối cảnh hiện nay, khi yêu cầu đặt ra là dự thảo Luật cần trình Quốc hội cho ý kiến và thông qua phần đầu trong 01 kỳ họp và có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, việc quy định quá chi tiết như phương án 2 là khó khả thi.

## 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 quy định giao trách nhiệm cho Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan trình Chính phủ quy định về gói quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện do người đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện theo quy định của Luật này ký hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung với tổ chức kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung và đóng phí để được chi trả các chi phí y tế nằm ngoài phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế bắt buộc quy định tại Luật này phù hợp với yêu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân.

### Mục 2.3

#### Chính sách 2.3

## **NÂNG MỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ THEO LỘ TRÌNH PHÙ HỢP VỚI PHẠM VI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM Y TẾ VÀ YÊU CẦU KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

### **I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Hiện nay, tuy quỹ bảo hiểm y tế còn kết dư nhưng chủ yếu do các năm 2020- 2022 chịu ảnh hưởng của dịch COVID-19 nên người tham gia bảo hiểm y tế có phần hạn chế trong tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh. Tuy nhiên trong những năm tới, dự kiến sẽ có sự gia tăng chi đáng kể từ quỹ bảo hiểm y tế do tăng giá dịch vụ y tế khi thực hiện tính đúng tính đủ các cấu phần chi phí, tăng mức quyền lợi được hưởng khi có điều chỉnh trong chính sách bảo hiểm y tế và tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ của người dân.

Thông tư 22/2023/TT-BYT đã điều chỉnh giá dịch vụ y tế trong đó yếu tố tiền lương đã được cập nhật theo mức lương cơ sở mới. Bên cạnh đó, lộ trình tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế trong đó bổ sung yếu tố chi phí quản lý và chi phí khấu hao cũng sẽ làm chi phí dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tăng lên trong thời gian tới. Sau đại dịch Covid-19, tỷ lệ khám, chữa bệnh nội trú và ngoại trú có dấu hiệu tăng cao trở lại. Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt nam, tỷ lệ nội trú năm 2022 đạt 10,4%, thậm chí còn cao hơn tỷ lệ này ở giai đoạn trước dịch. Bên cạnh đó, gói quyền lợi Bảo hiểm Y tế vẫn đang tiếp tục được xem xét điều chỉnh, và bổ sung thêm nhiều dịch vụ kỹ thuật, thuốc mới vào phạm vi chi trả của Bảo hiểm Y tế. Cùng với đó, xu hướng già hoá dân số ở Việt Nam đang diễn ra nhanh chóng. Hệ thống Y tế phải đối diện với mô hình bệnh tật phổ biến ở nhóm người cao tuổi như các bệnh không lây nhiễm mạn tính, với chi phí điều trị tốn kém.

Quy định mức đóng bảo hiểm y tế chưa tương xứng với mức hưởng. Với trung bình thẻ bảo hiểm y tế của một người một năm chỉ xấp xỉ là 1.300.000 đồng tuy nhiên quyền lợi bảo hiểm y tế được hưởng khá rộng, Việt Nam được coi là quốc gia có mức đóng bảo hiểm y tế là khá thấp so với quyền lợi được hưởng. Luật hiện hành quy định mức đóng tối đa lên đến 6% nhưng chưa có cơ chế và lộ trình để Chính phủ có căn cứ tăng mức đóng trong khi nhu cầu mở rộng phạm vi chi trả của Quỹ ngày càng cao và mức đóng, mệnh giá trung bình của thẻ bảo hiểm y tế của Việt Nam thấp hơn nhiều nước trong khu vực và trên thế giới. Vì vậy, nếu chưa có sự điều chỉnh kịp thời về mức đóng, dự kiến sẽ xảy ra tình trạng mất cân đối thu chi trong năm, cũng như trong tương lai khó bảo đảm tính bền vững của quỹ bảo hiểm y tế.

## **II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ**

1. Bảo đảm cân đối thu chi và tính bền vững của quỹ bảo hiểm y tế, góp phần nâng cao quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế, giảm tỷ lệ chi tiêu tiền túi trong tổng chi y tế.
2. Tăng tính pháp lý và khả thi của quy định so với thẩm quyền giao Chính phủ.
3. Đồng bộ với việc gia tăng quyền lợi và thẻ chế được quan điểm của Đảng.

## **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 giải pháp để giải quyết vấn đề:

**1. Phương án 1:** Giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa theo quy định của Luật hiện hành (6%), tuy nhiên đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi với lộ trình như sau:

- Từ 01 tháng 01 năm 2025 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 5,1% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

- Từ 01 tháng 01 năm 2035 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 6% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

**2. Phương án 2:** Giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa theo quy định của Luật hiện hành (6%), tuy nhiên đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi với lộ trình như sau:

- Từ 01 tháng 01 năm 2025 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 5,4% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

- Từ 01 tháng 01 năm 2035 tăng mức đóng bảo hiểm y tế lên 6% mức lương tháng của người lao động hoặc tiền trợ cấp thất nghiệp hoặc mức lương cơ sở (tùy thuộc đối tượng tham gia).

**3. Phương án 3:** Giữ nguyên theo quy định của Luật hiện hành, tức là giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa (6%) và cũng không đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi.

#### **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: Không có.

b) Tác động tiêu cực:

- **Tăng mức đóng bảo hiểm y tế:** ngân sách nhà nước sẽ chi bổ sung 5.673,5 tỷ đồng với mức đóng là 5,1% và 14.093,6 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế là 42.280,9 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 4,5% của lương cơ sở hoặc lương tháng, tùy từng nhóm đối tượng. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến ngân sách nhà nước cần bổ sung như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,1%: ngân sách nhà nước chi bổ sung 5.673,5 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: ngân sách nhà nước chi bổ sung 14.093,6 tỷ đồng.

#### 1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

##### a) Tác động tích cực:

Việc tăng mức đóng sẽ làm tăng nguồn quỹ khám chữa bệnh BHYT và góp phần tăng quyền lợi của người dân từ đó tăng việc tiếp cận nhiều dịch vụ với chất lượng tốt hơn, từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, tăng hiệu quả 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:

- **Tăng mức đóng bảo hiểm y tế:** doanh nghiệp đóng bổ sung 3.894,6 tỷ đồng với mức đóng là 5,1% và 9.736,5 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền doanh nghiệp/người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế là 29.209,4 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 2/3 của 4,5% của lương tháng của người lao động. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến doanh nghiệp cần đóng bổ sung như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,1%: doanh nghiệp đóng bổ sung 3.894,6 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: doanh nghiệp đóng bổ sung 9.736,5 tỷ đồng.

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

a) Tác động tích cực: Việc tăng mức đóng sẽ làm tăng quỹ bảo hiểm y tế từ đó tăng quỹ khám bệnh chữa bệnh. Điều này giúp cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh tăng thêm nguồn kinh phí trong hoạt động khám chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng chi phí đóng bảo hiểm y tế cho cán bộ, tương ứng với lộ trình tăng mức đóng lên 5,1% và 6%.

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

##### a) Tác động tích cực:

- **Tăng mức đóng bảo hiểm y tế:** quỹ bảo hiểm y tế tăng thêm 14.563,9 tỷ đồng với mức đóng là 5,1% và tăng thêm 36.409,9 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền thu từ đóng bảo hiểm y tế trên cả nước là 109.229,7 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 4,5% của lương cơ sở, lương tháng, lương hưu, trợ cấp, tùy từng nhóm đối tượng. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến quỹ bảo hiểm sẽ tăng thêm như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,1%: quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng thêm 14.563,9 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng thêm 36.409,9 tỷ đồng.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

#### 1.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

Mặc dù tăng mức đóng ban đầu sẽ làm người dân phải đóng phí BHYT cao hơn tuy nhiên khi quỹ BHYT tăng thêm sẽ nâng cao quyền lợi và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cho người tham gia, từ đó người dân được tăng cường tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế có chất lượng hơn.

Về lâu dài nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống, đồng thời giảm tỷ lệ chi từ tiền túi của người dân.

b) Tác động tiêu cực:

Người lao động đóng bổ sung 1.947,3 tỷ đồng và hộ gia đình đóng bổ sung 1.809,6 tỷ đồng với mức đóng 5,1%; người lao động đóng bổ sung 4.868,2 tỷ đồng và hộ gia đình đóng bổ sung 4.524,0 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền người lao động đóng bảo hiểm y tế là 14.604,7 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 1/3 của 4,5% lương tháng; số tiền hộ gia đình đóng là 13.571,9 tỷ đồng, tương ứng với 4,5% lương cơ sở. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến người lao động và hộ gia đình cần đóng bổ sung như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,1%: người lao động đóng bổ sung 1.947,3 tỷ đồng; hộ gia đình đóng bổ sung 1.809,6 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: người lao động đóng bổ sung 4.868,2 tỷ đồng; hộ gia đình đóng bổ sung 4.524,0 tỷ đồng.

## 1.2. Tác động về xã hội

### 1.2.1. Tác động tích cực:

- Về sức khỏe: Tăng mức đóng làm tăng nguồn thu cho quỹ BHYT, từ đó dẫn đến tăng khả năng chi trả từ quỹ bảo hiểm y tế, mở rộng và bảo đảm tốt hơn quyền lợi của người tham gia, góp phần tăng chất lượng dịch vụ y tế được chi trả từ quỹ BHYT. Từ đó 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.

### 1.2.2. Tác động tiêu cực:



Nhà nước có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến việc Nhà nước tăng mức đóng của người dân, đồng thời tăng mức trách nhiệm đóng của chủ sở hữu lao động cho người lao động.

### **1.3. Tác động về giới**

Việc ban hành chính sách không có tác động về giới có đây là quy định tác động đồng thời trên cả hai giới đều như nhau, không có sự phân biệt.

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

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh nhiều thủ tục hành chính, chủ yếu là những văn bản liên quan đến hướng dẫn điều chỉnh mức thu, mức đóng của các đối tượng tham gia.

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

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

b) Làm thay đổi mức đóng của người tham gia bảo hiểm y tế nên cần ban hành văn bản hướng dẫn điều chỉnh mức thu, mức đóng của các đối tượng tham gia;

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

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

e) Phù hợp và là điều kiện bảo đảm để thực hiện chính sách 2.

## **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.

b) Tác động tiêu cực:

- Tăng mức đóng bảo hiểm y tế: ngân sách nhà nước chi bổ sung 8.456,2 tỷ đồng với mức đóng là 5,4% và 14.093,6 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế là 42.280,9 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 4,5% của lương cơ sở hoặc lương tháng, tùy từng nhóm đối tượng. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến ngân sách nhà nước cần bổ sung như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,4%: ngân sách nhà nước chi bổ sung 8.456,2 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: ngân sách nhà nước chi bổ sung 14.093,6 tỷ đồng.

*2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

a) Tác động tích cực: Không có.

b) Tác động tiêu cực:

- Tăng mức đóng bảo hiểm y tế: doanh nghiệp đóng bổ sung 5.841,9 tỷ đồng với mức đóng là 5,4% và 9.736,5 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền doanh nghiệp/người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế là 29.209,4 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 2/3 của 4,5% của lương tháng của người lao động. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến doanh nghiệp cần đóng bổ sung như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,4%: doanh nghiệp đóng bổ sung 5.841,9 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: doanh nghiệp đóng bổ sung 9.736,5 tỷ đồng.

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

a) Tác động tích cực: Việc tăng mức đóng sẽ làm tăng quỹ bảo hiểm y tế từ đó tăng quỹ khám bệnh chữa bệnh. Điều này giúp cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh tăng thêm nguồn kinh phí trong hoạt động khám chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực: Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tăng chi phí đóng bảo hiểm y tế cho cán bộ, tương ứng với lộ trình tăng mức đóng lên 5,4% và 6%.

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

a) Tác động tích cực:

- Tăng mức đóng bảo hiểm y tế: quỹ bảo hiểm y tế tăng thêm 21.845,9 tỷ đồng với mức đóng là 5,4% và tăng thêm 36.409,9 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền thu từ đóng bảo hiểm y tế trên cả nước là 109.229,7 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 4,5% của lương cơ sở, lương tháng, lương hưu, trợ cấp, tùy từng nhóm đối tượng. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến quỹ bảo hiểm sẽ tăng thêm như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,4%: quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng thêm 21.845,9 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng thêm 36.409,9 tỷ đồng.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

*2.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Mặc dù tăng mức đóng ban đầu sẽ làm người dân phải đóng phí BHYT cao hơn tuy nhiên khi quỹ BHYT tăng thêm sẽ nâng cao quyền lợi và chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh cho người tham gia, từ đó người dân được tăng cường tiếp cận các dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế có chất lượng hơn. Về lâu dài nâng cao sức khỏe và chất lượng cuộc sống, đồng thời giảm tỷ lệ chi từ tiền túi của người dân.

b) Tác động tiêu cực:

- Tăng mức đóng bảo hiểm y tế: người lao động đóng bổ sung 2.920,9 tỷ đồng và hộ gia đình đóng bổ sung 2.714,4 tỷ đồng với mức đóng 5,4%; người lao động đóng bổ sung 4.868,2 tỷ đồng và hộ gia đình đóng bổ sung 4.524,0 tỷ đồng với mức đóng là 6%.

Theo số liệu từ Bảo hiểm xã hội Việt Nam năm 2021, số tiền người lao động đóng bảo hiểm y tế là 14.604,7 tỷ đồng, tương ứng với mức đóng 1/3 của 4,5% lương tháng; số tiền hộ gia đình đóng là 13.571,9 tỷ đồng, tương ứng với 4,5% lương cơ sở. Theo lộ trình tăng mức đóng đến năm 2025 và 2035, dự kiến người lao động và hộ gia đình cần đóng bổ sung như sau:

+ Đến năm 2025, tăng mức đóng lên 5,4%: người lao động đóng bổ sung 2.920,9 tỷ đồng; hộ gia đình đóng bổ sung 2.714,4 tỷ đồng.

+ Đến năm 2035, tăng mức đóng lên 6%: người lao động đóng bổ sung 4.868,2 tỷ đồng; hộ gia đình đóng bổ sung 4.524,0 tỷ đồng.

## 2.2. Tác động về xã hội

### 1.2.1. Tác động tích cực:

- Về sức khỏe: Tăng mức đóng làm tăng nguồn thu cho quỹ BHYT, từ đó dẫn đến tăng khả năng chi trả từ quỹ bảo hiểm y tế, mở rộng và bảo đảm tốt hơn quyền lợi của người tham gia, góp phần tăng chất lượng dịch vụ y tế được chi trả từ quỹ BHYT. Từ đó 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.

### 1.2.2. Tác động tiêu cực:

Nhà nước có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến việc Nhà nước tăng mức đóng của người dân, đồng thời tăng mức trách nhiệm đóng của chủ sở hữu lao động cho người lao động.

### **2.3. Tác động về giới**

Việc ban hành chính sách không có tác động về giới có đây là quy định tác động đồng thời trên cả hai giới đều như nhau, không có sự phân biệt.

### **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**

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

b) Làm thay đổi mức đóng của người tham gia bảo hiểm y tế nên cần ban hành văn bản hướng dẫn điều chỉnh mức thu, mức đóng của các đối tượng tham gia;

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

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

e) Thống nhất, phù hợp và là điều kiện bảo đảm để thực hiện chính sách 2 mở rộng phạm vi quyền lợi.

## **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 thay đổi chi từ ngân sách nhà nước nên không có tác động tiêu cực. Tuy nhiên, Nhà nước có thể phải cấp hỗ trợ quỹ bảo hiểm y tế khi không bảo đảm cân đối do nhu cầu khám, chữa bệnh tăng.

#### **3.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:**

a) Tác động tích cực:

Không thay đổi mức đóng nên doanh nghiệp không phải chịu tác động tăng chi cho phần chủ sở hữu lao động đóng

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

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

a) Tác động tích cực:

Không thay đổi.

b) Tác động tiêu cực: Mặc dù phương án 3 giữa nguyên mức đóng tối đa là 6% và giao cho Chính phủ quy định cụ thể, tuy nhiên khi luật không quy định lộ trình thực hiện tăng mức đóng rất khó để Chính phủ quyết định thời điểm tăng mức đóng. Vì vậy, 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 khi giá dịch vụ y tế tăng cùng với việc mở rộng quyền lợi bảo hiểm y tế và nhu cầu người tham gia bảo hiểm ngày càng tăng tuy nhiên không tăng nguồn quỹ khám chữa bệnh.

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

a) Tác động tích cực: Không có.

b) Tác động tiêu cực:

Mặc dù phương án 3 giữa nguyên mức đóng tối đa là 6% và giao cho Chính phủ quy định cụ thể, tuy nhiên khi luật không quy định lộ trình thực hiện tăng mức đóng rất khó để Chính phủ quyết định thời điểm tăng mức đóng. Việc giữ nguyên mức đóng hiện tại (4,5%) về lâu dài có khả năng dẫn đến mất cân đối thu chi quỹ bảo hiểm y tế do mức đóng hiện tại tương đối thấp không bù đắp được chi phí ngày càng cao do tăng giá dịch vụ kỹ thuật, mở rộng quyền lợi trong nhu cầu khám chữa bệnh của người dân càng cao.

Có thể có nguy cơ bội chi quỹ khi nhu cầu khám, chữa bệnh tăng.

*3.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Người dân không phải tăng mức đóng bảo hiểm y tế

b) Tác động tiêu cực:

Không tăng mức độ bảo đảm tài chính cho người bệnh, tỷ lệ chi tiền túi của người dân không giảm..

**3.2. Tác động về xã hội**

*3.2.1. Tác động tích cực:*

Khi không thực hiện tăng mức đóng, Nhà nước không phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến việc Nhà nước tăng mức đóng của người dân, đồng thời tăng mức trách nhiệm đóng của chủ sở hữu lao động cho người lao động.

*3.2.2. Tác động tiêu cực:*

Khi luật không quy định lộ trình thực hiện tăng mức đóng rất khó để Chính phủ quyết định thời điểm tăng mức đóng. Khi không tăng mức đóng đồng nghĩa với việc không tăng quỹ bảo hiểm y tế vì vậy khó đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe của người dân. Nhà nước có thể phải đối mặt với những đòi hỏi về quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế khi không giải quyết được thấu đáo do hạn chế chi từ nguồn quỹ bảo hiểm y tế.

### **3.3. Tác động về giới**

Việc ban hành chính sách không có tác động về giới do không thay đổi so với chính sách hiện hành.

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

Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do không thay đổi so với chính sách hiện hành.

### **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. Như vậy, sẽ không trái với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập;

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 có.

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

### **1. Kết luận**

#### **1. Về kinh tế:**

Phương án 1 và Phương án 2 chỉ khác nhau về tăng mức đóng vào năm 2025 (phương án 1 tăng 5,1%, phương án 2 tăng 5,4%). Tuy nhiên, Phương án 1 có một số lợi thế so Phương án 2 và Phương án 3 gồm:

- So với việc không quy định lộ trình tăng mức đóng, việc quy định lộ trình tăng mức đóng rõ ràng trong Luật giúp việc thực hiện chính sách tăng mức đóng được triển khai theo đúng lộ trình, từ đó bảo đảm việc cân đối và bền vững quỹ bảo hiểm y tế ngay cả khi giá dịch vụ y tế tăng do tính đúng tính đủ các cấu phần chi phí, khi thực hiện chính sách tăng quyền lợi của người tham gia, và nhu cầu khám chữa bệnh của người dân ngày tăng.

- Phương án 1 quy định tăng mức đóng vào năm 2025 là 5,1% thể hiện tính hợp lý hơn so với phương án 2 quy định tăng mức đóng vào năm 2025 là 5,4%, do điều chỉnh dần tăng mức đóng với tỷ lệ nhỏ hơn sẽ hạn chế tác động hơn đối với việc tăng ngân sách nhà nước, ít ảnh hưởng đến người dân và doanh nghiệp hơn do tỷ lệ tăng mức đóng ít hơn. Từ đó, việc điều chỉnh chính sách dễ được chấp nhận và ít gây tác động tiêu cực đến các đối tượng hơn so với việc điều chỉnh tỷ lệ tăng mức đóng lớn hơn.

#### **2. Về xã hội:**

Phương án 1 và 2 vượt trội hơn phương án 3 về các tác động tích cực trong dài hạn nhưng về ngắn hạn có thể có khó khăn cho hoạt động của doanh nghiệp

và ảnh hưởng đến các chi tiêu của các lĩnh vực khác khi người dân nghèo và thu nhập thấp phải tăng mức đóng.

3. Về giới và thủ tục hành chính:

Cả 3 phương án hầu như không có tác động.

4. Về hệ thống pháp luật:

Phương án 1 và 2 sẽ phát sinh văn bản hướng dẫn nhưng phương án 3 cũng có nguy cơ phải ban hành các quy định để bảo đảm cân đối quỹ.

Phương án 1 và 2 sẽ có điều kiện bảo đảm vững chắc cho thực hiện chính sách 2 về mở rộng phạm vi quyền lợi.

## **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 3: Giữ nguyên quy định về mức đóng tối đa theo quy định của Luật hiện hành (6%) và chưa đưa lộ trình tăng mức đóng vào Luật sửa đổi, bổ sung. Lý do:

- Phương án giữ nguyên quy định như Luật hiện hành sẽ không gây tăng chi từ ngân sách nhà nước cũng như tăng chi cho doanh nghiệp để hỗ trợ nhóm thân nhân người lao động. Vì nếu thực hiện Phương án 1 ngân sách nhà nước sẽ chi bổ sung 5.673,5 tỷ đồng với mức đóng là 5,1% và 14.093,6 tỷ đồng với mức đóng là 6%; doanh nghiệp đóng bổ sung 3.894,6 tỷ đồng với mức đóng là 5,1% và 9.736,5 tỷ đồng với mức đóng là 6%. Đối với phương án 2 ngân sách nhà nước chi bổ sung 8.456,2 tỷ đồng với mức đóng là 5,4% và 14.093,6 tỷ đồng với mức đóng là 6%; doanh nghiệp đóng bổ sung 5.841,9 tỷ đồng với mức đóng là 5,4% và 9.736,5 tỷ đồng với mức đóng là 6%. Điều này phù hợp với thực tiễn khi nguồn thu ngân sách còn hạn chế và các doanh nghiệp cũng còn khó khăn đặc biệt sau giai đoạn dịch bệnh COVID-19.

- Việc nghiên cứu sửa đổi các phương án 1 và 2 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.

### 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 thể 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.

Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, từ năm 2016 thực hiện chính sách thông tuyến huyện cho thấy xu hướng tăng nhanh số lượt khám chữa bệnh tuyến huyện (năm 2015 số lượt tại tuyến huyện là 56,4 triệu lượt chiếm 43% tổng lượt khám chữa bệnh thì năm 2019 số lượt tuyến huyện tăng lên 106,9 triệu lượt, tăng 190% so với năm 2015 và chiếm 58% trong tổng lượt khám chữa bệnh), trong khi tuyến xã giảm mạnh từ 34,2 triệu lượt khám chữa bệnh (chiếm 26% tổng lượt khám chữa bệnh) trong năm 2015 xuống còn 30,7 triệu lượt bằng 90% so với năm 2015 chiếm 17% tổng lượt trong năm 2019 và đến năm 2022 giảm còn 14,6%.

Theo báo cáo đánh giá tác động của chính sách thông tuyến huyện của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế 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 1/1/2021 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 thực hiện 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 đối với bệnh viện, trạm y tế xã, phường, thị trấn 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, y tế cơ quan đơn vị. 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 và khắc phục các bất cập của quy định về cấp chuyên môn kỹ thuật và chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Tăng tỷ lệ khám bệnh, chữa bệnh tại 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 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 cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng cấp chuyên môn kỹ thuật và mức hưởng bảo hiểm y tế 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 ban đầu, cơ bản, chuyên sâu. Mỗi cơ sở sẽ được chấm điểm để xếp cấp chuyên môn kỹ thuật.

- 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 là phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, trung tâm y tế huyện có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân 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 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."

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

Cấp CMKT theo Điều 104 Luật KBCB 2023	Tuyến/Hạng theo Luật BHYT hiện hành và TT 40	Mức hưởng theo điều 22 Luật BHYT hiện hành		Dự kiến điều chỉnh
		Đúng tuyến	Trái tuyến	
Cấp Ban đầu (chỉ Ngoại trú) PKĐK khu vực có giường bệnh	Tuyến xã	100%	100%	100% (giữ nguyên)
Cấp cơ bản	Huyện	100% Nội và ngoại trú	Ngoại trú: 100% Nội trú: 100%	PA1: 60% chi phí điều trị nội trú, 40% chi phí điều trị ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp

	Bệnh viện tỉnh hạng 2 và 1 không được phân loại là tuyền cuối	100% cho nội và ngoại trú	Ngoại trú: 0% Nội trú 100%	khám bệnh, chữa bệnh cơ bản (trừ các cơ sở thuộc huyện là 100% nội và ngoại trú) PA2 (giữ nguyên): 100% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản (trừ các cơ sở thuộc huyện là 100% nội và ngoại trú);
Cấp chuyên sâu	Bệnh viện trung ương và Bệnh viện tỉnh hạng 1 được phân loại tuyền cuối	100% cho nội và ngoại trú	Ngoại trú: 0% Nội trú: 40%	Giữ nguyên hiện hành

- Điều chỉnh phù hợp việc chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tăng tỷ lệ chi trả, mở rộng quyền lợi để khuyến khích, thu hút người dân khám bệnh chữa bệnh tại y tế cơ sở, cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu phù hợp với khả năng chi trả của Quỹ theo quy định của Bộ Y tế:

+ Trường hợp người bệnh tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không đúng quy định về 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 bảo hiểm y tế đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (huyện) có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân tương đương bệnh viện huyện theo quy định của Bộ Y tế.

+ 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 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này 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.

- Điều chỉnh tỷ lệ giảm tỷ lệ chi trả điều trị nội trú, tăng chi trả điều trị ngoại trú đối với một số trường hợp người bệnh tự đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật tại cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu và một số cơ sở thuộc cấp chăm sóc cơ bản để khắc phục các bất cập thông tuyến tỉnh hiện hành, khuyến khích người dân điều trị tại cấp cơ bản và đồng bộ với Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2023: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 60% chi phí điều trị nội trú, 40% chi phí điều trị ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp cơ bản trừ các cơ sở thuộc cấp ban đầu; y tế cơ sở, 40% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí

khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên sâu.

## **2. Phương án 2:**

Giữ nguyên như quy định 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:**

- 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.

##### **b) Tác động tiêu cực:**

- 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.

#### **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.

- Tăng doanh thu của doanh nghiệp công nghệ thông tin trong cung cấp dịch vụ lập hồ sơ và quản lý sức khỏe tại y tế xã.

##### **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 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.

b) Tác động tiêu cực:

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

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

a) Tác động tích cực:

- Việc đăng ký khám chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại tuyến y tế cơ sở sẽ giúp quản lý tốt sức khỏe 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 típ 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 10 nghìn tỷ đồng/năm. Mỗi ca bệnh ung thư gan, quỹ bảo hiểm y tế phải chi trả khoảng 200-300 triệu đồng/ca.

- 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 cao hơn trên với chi phí cao đặc biệt là tiền giường, dịch vụ kỹ thuật, thuốc.

- Việc quy định lại tỷ lệ thanh toán theo mức hưởng bảo hiểm y tế đối với trường hợp “thông tuyến” tỉnh, sẽ giúp tiết kiệm chi phí cho quỹ Bảo hiểm y tế. Cụ thể, việc giảm tỷ lệ thanh toán chi phí điều trị nội trú tại tuyến tỉnh xuống 60% đối với nhóm “thông tuyến” sẽ có tác động đến giảm số lượt điều trị nội trú tại tuyến tỉnh. Dựa trên số liệu báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, tỷ lệ nội trú nói chung tại tuyến tỉnh ước tính sẽ giảm khoảng 2,86%. Đồng thời, chính sách cũng sẽ làm giảm số lượt và tỷ lệ khám chữa bệnh trái tuyến. Đối với nhóm nội trú trái tuyến tỉnh, tỷ lệ ước tính sẽ giảm 21% nếu quản lý tuyến hiệu quả. Ước tính tiết kiệm được từ 6,2 đến 9,3 nghìn tỷ đồng chi cho điều trị nội trú trái tuyến.

- Việc quy định khám chữa bệnh ban đầu tại cấp chăm sóc ban đầu, y tế cơ sở sẽ giúp thuận tiện trong công tác quản lý đầu thẻ, tạo tiền đề thuận lợi cho việc nghiên cứu, thí điểm và áp dụng các phương thức chi trả mới, ví dụ như chi trả theo định suất, vốn được xem là phương thức chi trả giúp nâng cao tính hiệu quả quản lý quỹ đối với khám, chữa bệnh ngoại trú.

b) Tác động tiêu cực:

- Tăng chi quản lý sức khỏe ở trạm y tế xã. Dự kiến chi phí khám cập nhật thông tin ban đầu khoảng 200 nghìn đồng/người, với tổng chi phí tối đa khoảng 18 nghìn tỷ và chi phí cập nhật khi người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh.

- Phải tăng thêm chi phí cho việc kiểm soát, giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh 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 đi lại, thời gian chờ đợi để được cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Theo nghiên cứu của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế, chi phí tiền túi (chủ yếu chi phí đi lại) khi thực hiện dịch vụ sàng lọc đại tháo đường týp 2 tại Trạm y tế xã trung bình là 13,385 đồng. Trong khi đó chi phí người dân phải trả cho đi lại khi thực hiện dịch vụ tại tuyến huyện trung bình là 45,469 đồng.

- Giảm chi phí điều trị và các chi phí đi lại, chi phí điều trị khi người dân được đăng ký khám chữa bệnh, quản lý sức khỏe ngay tại tuyến cơ sở. Theo báo cáo tác động của chính sách “thông tuyến huyện” của Viện Chiến lược & Chính sách Y tế cho thấy chi phí khám chữa bệnh ngoại trú của nhóm đa tuyến đến (chuyển tuyến và thông tuyến) cao hơn so với nhóm đăng ký ban đầu tại tuyến huyện. Ví dụ như tại Quảng Nam, chi phí bình quân 1 lượt khám chữa bệnh ngoại trú tại tuyến huyện là 86,310 đồng ở nhóm đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, trong khi đó con số này ở nhóm đa tuyến đến là 176,261 đồng.

- Giảm chi phí đồng chi trả của người bệnh từ đó giảm tỷ lệ chi tiền túi b) Tác động tiêu cực:

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

## **1.2. Tác động về xã hội**

### *1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về việc làm: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động sẽ góp phần làm tăng nguồn cung nhân lực cho thị trường lao động cũng như tăng khả năng tiếp cận với việc làm cho người dân. 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 thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế. 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 các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao.

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

#### *1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Nhà nước có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến giảm giảm quyền lợi cho người bệnh vượt cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khi giảm tỷ lệ cho trả. Tuy nhiên, nội dung này có thể tuyên truyền để người dân hiểu về lợi ích và đồng thuận.

#### *1.3. Tác động về giới*

Phương án có tác động tích cực đến cả hai giới. Phương án không có tác động tiêu cực về giới, không tạo ra bất bình đẳng giới.

#### *1.4. 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 cấp chuyên môn kỹ thuật, giảm phiếu hà cho người bệnh khi được điều trị một số bệnh ngay tại y tế cơ sở.

Tuy nhiên, Chính Phủ, Bộ Y tế cần xây dựng các văn bản hướng dẫn chi tiết về các nhóm cơ sở y tế được đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu Bảo hiểm y tế cũng như quy định về tỷ lệ chi trả, các cơ chế chi trả đối với các dịch vụ kỹ thuật, thuốc trong khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại tuyến y tế cơ sở, cấp ban đầu...

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

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

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

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

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

d) Tuy nhiên, giải pháp làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các đối tượng là người tham gia bảo hiểm y tế nên cần có các văn bản hướng dẫn về chuyển gửi người bệnh bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cũng như quy định về một số trường hợp đặc thù được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải là y tế cơ sở.

## **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:

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 đầu tư để giảm quá tải cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

#### *2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

##### a) Tác động tích cực:

- Tăng thu các dịch vụ, thuốc, vật tư có chi phí cao cho các doanh nghiệp.

##### b) Tác động tiêu cực:

Không có.

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

##### a) Tác động tích cực:

Không có.

##### b) Tác động tiêu cực:

- Tiếp tục giảm nguồn thu, giảm mức độ bảo đảm tài chính cho y tế cơ sở.

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

a) Tác động tích cực: Không tăng chi từ Quỹ do không thay đổi chính sách.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

#### *2.1.5. 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.

### **2.2. Tác động về xã hội**

#### *2.2.1. Tác động tích cực:*

Không có dư luận xã hội về việc giảm mức tỷ lệ chi trả “thông tuyến”.

#### *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. Có nguy cơ cán bộ y tế bỏ việc, giảm nhận lực trình độ chuyên môn cao.

- Về sức khỏe: Không giúp người dân phát hiện để điều trị sớm bệnh, tật.



- 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.

### **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**

#### **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 này.

Không phải sửa đổi hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về chuyển gửi 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 doanh thu của doanh nghiệp công nghệ thông tin trong cung cấp dịch vụ lập hồ sơ và quản lý sức khỏe tại y tế 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 khỏe 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 khỏe 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 típ 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 khỏe 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: *Quỹ bảo hiểm y tế*

- 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.

- Tăng chi quản lý sức khỏe ở trạm y tế xã. Dự kiến khoảng 200 nghìn đồng/người chi phí khám cập nhật thông tin ban đầu với tổng chi phí tối đa khoảng 18 nghìn tỷ và chi phí cập nhật khi người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh.

- 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:

- 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 thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế. 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 các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao.

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

Phương án này có hạn chế là Nhà nước có thể phải giải quyết dư luận xã hội liên quan đến giảm giảm quyền lợi cho người bệnh vượt cấp chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khi giảm tỷ lệ cho trả. Tuy nhiên, bối cảnh này có thể tuyên truyền để người dân hiểu về lợi ích và đồng thuận.

*c) Về giới và thủ tục hành chính:*

Cả 2 phương án đều không có tác động.

*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.

**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:

- Quy định người tham gia bảo hiểm y tế được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chăm sóc ban đầu, y tế cơ sở và một số cơ sở y tế thuộc cấp cơ bản trong phạm vi toàn quốc.

- Điều chỉnh phù hợp việc chuyển người bệnh tham gia bảo hiểm y tế giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tăng tỷ lệ chi trả, mở rộng quyền lợi để khuyến khích, thu hút người dân khám bệnh chữa bệnh tại y tế cơ sở, cấp chăm sóc ban đầu phù hợp với khả năng chi trả của Quỹ theo quy định của Bộ Y tế.

- Điều chỉnh tỷ lệ chi trả, đồng chi trả đối với trường hợp người bệnh tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật tại cấp chăm sóc chuyên sâu và một số cơ sở thuộc cấp chăm sóc cơ bản.

**Mục 4**  
**ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 4:**  
**NÂNG CAO HIỆU QUẢ QUẢN LÝ TRONG GIÁM ĐỊNH VÀ THỰC**  
**HIỆN HỢP ĐỒNG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẤT CẬP**

Giám định bảo hiểm y tế là một hoạt động có tính chuyên nghiệp, đặc thù của lĩnh vực bảo hiểm y tế nhằm đảm bảo chi phí do quỹ bảo hiểm y tế chi trả đúng quy định của pháp luật, đảm bảo quyền và lợi ích hợp pháp của các bên liên quan, góp phần kiểm soát dịch vụ và nâng cao chất lượng dịch vụ. Cách thức thực hiện và kết quả giám định ảnh hưởng đến hoạt động chuyên môn và công tác quản lý của cơ sở khám chữa bệnh và quyền lợi người tham gia bảo hiểm y tế. Giám định bảo hiểm y tế, theo Luật định, thuộc về trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm y tế.

Trong công tác này, hiện nay vẫn còn một số vướng mắc:

- Khái niệm giám định trong Luật Bảo hiểm y tế hiện hành còn rộng so với bản chất của công tác giám định là tập trung vào kiểm soát chi phí, kiểm soát thanh toán. Là hoạt động đặc trưng trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, có ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh, cơ sở khám, chữa bệnh, người hành nghề, chất lượng dịch vụ y tế và cả quỹ bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, Luật Bảo hiểm y tế hiện hành thiếu các quy định về nguyên tắc, cách thức, điều kiện thực hiện giám định, phương thức xử lý trong trường hợp các bên không thống nhất kết quả giám định; chưa quy định đầy đủ về trách nhiệm, vai trò của cơ quan quản lý nhà nước về y tế và bảo hiểm y tế là Bộ Y tế đối với công tác này; chưa cụ thể, rõ ràng về quyền và trách nhiệm của cán bộ giám định bảo hiểm y tế, tiêu chuẩn chức danh của người làm giám định bảo hiểm y tế...

- Chưa quy định về phương thức xử lý trong trường hợp các bên không thống nhất kết quả giám định; quy định về thẩm quyền giải quyết vướng mắc về bảo hiểm y tế bao gồm cả giám định bảo y tế nên dẫn tới từ các địa phương đều gửi đến đề nghị Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam giải quyết.

- Việc giám định chi phí bảo hiểm y tế tại một cơ sở khám chữa bệnh có khi được thực hiện nhiều lần, bởi cơ quan bảo hiểm xã hội nơi ký hợp đồng, hoặc bởi cơ quan bảo hiểm xã hội cấp trên, và đặc biệt với các kết quả giám định không thống nhất gây khó khăn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Cách thức giám định đôi khi chưa khách quan. Giám định theo quý, giám định theo chuyên đề của cơ quan bảo hiểm xã hội gây khó khăn trong việc lưu trữ, bảo quản hồ sơ bệnh án. Các đoàn giám định bảo hiểm y tế chưa thống nhất chung nội dung giám định nên còn gây khó khăn cho các cơ sở y tế. Tình trạng giám định xuất toán xong lại giám định lại, gây áp lực rất lớn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Do vậy, nên yêu cầu người giám định phải có chuyên môn, và có trách nhiệm với công tác giám định, tránh lãng phí thời gian, công sức của bệnh viện cũng như của đơn vị giám định.

- Theo Quyết định số 1456/QĐ-BHXH về quy trình giám định giao cho bộ phận giám định giám định tính hợp lý của chỉ định chẩn đoán và điều trị có thể là chưa phù hợp với năng lực của giám định viên, dẫn đến đôi lúc chưa chính xác vì đội ngũ giám định bảo hiểm y tế có nơi còn yếu và thiếu về chuyên môn. Ví dụ, tại bảo hiểm xã hội tỉnh Bắc Ninh có 35 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà chỉ có 25 cán bộ giám định tuyến tỉnh, nhưng trình độ chuyên môn lại ở các ngành khác nhau, về y tế chỉ có 9 bác sỹ và 1 dược sỹ. Năng lực của các giám định viên không đồng đều nên ảnh hưởng đến chất lượng giám định (Bắc Ninh). Căn cứ chấp nhận thanh toán hay xuất toán đôi khi chưa hợp lý vì cán bộ giám định máy móc, áp đặt các quy định của văn bản, trên thực tế các bệnh viện đã áp dụng những thủ thuật, chỉ định đó cho bệnh nhân (Cần Thơ).

- Ngoài ra, khối lượng hồ sơ giám định quá lớn (quy định 30% tại huyện tương đương 7.000 hồ sơ tại huyện Thới Lai, Cần Thơ), trong khi chỉ có một cán bộ giám định kiêm nhiệm (bảo hiểm xã hội huyện là Phó giám đốc kiêm nhiệm) là có chuyên môn về y tế. Hơn nữa, phần mềm giám định chưa hoàn thiện nên việc ứng dụng để thực hiện và xử lý kết quả còn khó khăn và hiệu quả chưa cao.

- Công tác giám định bảo hiểm y tế còn gặp nhiều khó khăn về chuẩn hóa nhân lực thực hiện, phương pháp giám định chưa được quy phạm hóa, công cụ thực hiện giám định còn chưa đầy đủ (quy trình chuyên môn, phác đồ điều trị...). Nhân lực làm công tác giám định hạn chế về số lượng, nhiều người không có kiến thức chuyên môn y dược nên dẫn đến việc đánh giá các chỉ định sử dụng thuốc, dịch vụ y tế, những yếu tố đặc thù trong công tác khám bệnh, chữa bệnh, vai trò của bác sỹ điều trị dẫn đến những bất đồng trong đánh giá sự hợp lý của các chỉ định.

Nhân lực còn mỏng và chuyên môn chưa đáp ứng với yêu cầu ngày càng cao của chuyên môn y tế. Theo số liệu thống kê của Ban Thực hiện chính sách BHYT<sup>12</sup>, số lượng cán bộ, công chức, viên chức, hợp đồng lao động trực tiếp làm công tác giám định BHYT năm 2015 có khoảng 2.600 người, năm 2019 có gần 2.888 người. Trong đó, số người có trình độ bác sỹ năm 2019 20,7% (597 người), trình độ dược sỹ đại học năm 2019 chiếm 7,6% (220 người), số còn lại tốt nghiệp các trường cao đẳng, trung cấp y, dược (323 người), công nghệ thông tin (88 người) hoặc cử nhân kinh tế... Mỗi BHXH tỉnh, thành phố có một Phòng Giám định. BHYT, BHXH các quận, huyện, thị xã có cán bộ chuyên trách.

- Theo quy định tại Điều 25, Luật bảo hiểm y tế: *“Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”*

Quy định *“... là văn bản thỏa thuận...”* tại Luật bảo hiểm y tế chưa thể hiện tính pháp lý ràng buộc (hợp đồng loại nào: dân sự, trách nhiệm hay kinh tế). Theo đề xuất của cơ quan Bảo hiểm xã hội Việt Nam, hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có thể thuộc loại “Dân sự” vì liên quan đến việc đảm bảo quyền lợi

<sup>12</sup> Nguồn: Ban Thực hiện chính sách BHYT (Báo cáo của BHXH các tỉnh, thành phố tháng 3/2019).

của bên thứ 3, ngoài ra, khi sửa đổi luật, cần bổ sung điều kiện, nguyên tắc thẩm định hồ sơ, điều kiện ký hợp đồng.

Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa thể hiện đúng tính chất là “sự thỏa thuận giữa 2 bên”, chưa thể hiện trách nhiệm, mối quan hệ giữa 2 bên. Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò “thỏa thuận” của phần lớn các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được phát huy, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được chủ động trong việc thỏa thuận các điều khoản trong hợp đồng. Cụ thể như tại Đồng Nai: “... Cơ quan Bảo hiểm xã hội luôn đặt ra thẩm quyền riêng cho mình đi thẩm định lại, đưa ra bản hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh riêng, yêu cầu Bệnh viện thực hiện...” (Đồng Nai).

Nhiều địa phương cho rằng mẫu hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế chưa đủ các điều khoản, ví dụ chưa có điều khoản về quản lý quỹ, giải quyết vượt quỹ, chấm dứt hợp đồng... Các điều khoản cụ thể của hợp đồng cũng cần được điều chỉnh tùy theo từng điều kiện và khả năng cung ứng của từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, ví dụ có thể ký hợp đồng theo nội dung này với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh này nhưng cũng có thể ký hợp đồng theo nội dung khác với cơ sở khác trên nguyên tắc đảm bảo không vi phạm những điều khoản chung (Lai Châu, Thanh Hóa, Quảng trị, Nam Định, Cần Thơ);

Việc thực hiện hợp đồng giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa nghiêm, trong Hợp đồng không có đầy đủ thông tin để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo dõi, quản lý thông tin của các bên (số thẻ, cơ cấu nhóm đối tượng đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, tổng quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế...); việc ký hợp đồng và thanh lý hợp đồng hàng năm thực hiện chậm so với quy định.

Tình trạng chậm tạm ứng, thanh quyết toán năm và thông báo kết quả thẩm định chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế như hiện nay (tháng 10 năm sau mới thông báo quyết toán của năm trước) ảnh hưởng đến hoạt động của các bệnh viện, trong đó có việc nợ tiền thuốc bảo hiểm y tế.

Một số địa phương (Ủy ban nhân dân cấp tỉnh hoặc Sở Y tế hoặc Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh) thực hiện việc giao dự toán chi trong năm đến từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà thiếu cơ sở pháp lý cũng như hướng dẫn về kỹ thuật (nguyên tắc thực hiện dự toán, cách thức tính kinh phí, xử lý các tình huống).

## II. MỤC TIÊU GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ

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

2. Xác định quyền và trách nhiệm của các bên trong thương thảo và thực hiện Hợp đồng cũng như cơ chế xử lý khi có phát sinh tranh chấp.

### III. CÁC GIẢI PHÁP ĐỀ 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 khái niệm giám định phù hợp với nội hàm của hoạt động giám định là nội dung kiểm soát chi và đánh giá tính tuân thủ quy định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung quy định về giải quyết vướng mắc trong thanh toán bảo hiểm y tế, tranh chấp về bảo hiểm y tế liên quan đến giám định, thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế.

- Quy định hợp đồng bảo hiểm y tế được ký kết theo mẫu quy định của Chính phủ và bổ sung các quy định về thời hạn của hợp đồng là loại hợp đồng không xác định thời hạn, quy định về điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng, các trường hợp đình chỉ hoặc chấm dứt hợp đồng.

#### 2. Phương án 2:

- Điều chỉnh khái niệm giám định phù hợp với nội hàm của hoạt động giám định là nội dung kiểm soát chi và đánh giá tính tuân thủ quy định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung quy định về giải quyết vướng mắc trong thanh toán bảo hiểm y tế, tranh chấp về bảo hiểm y tế liên quan đến giám định, thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế.

- Quy định hợp đồng bảo hiểm y tế được ký kết theo mẫu quy định của Chính phủ và bổ sung các quy định về thời hạn của hợp đồng là loại hợp đồng không xác định thời hạn, quy định về điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng, các trường hợp đình chỉ hoặc chấm dứt hợp đồng.

- Người thực hiện giám định của cơ quan bảo hiểm xã hội phải đáp ứng quy định về tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp. Cơ quan bảo hiểm xã hội ở trung ương xây dựng tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp, vị trí việc làm, số lượng người làm công tác giám định bảo hiểm bảo hiểm y tế gửi cơ quan quản lý có thẩm quyền ban hành theo quy định của Luật Viên chức (*bổ sung so với phương án 1*)

#### 3. Phương án 3:

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:

Giảm các chi phí hành chính liên quan đến việc giải quyết tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

## b) Tác động tiêu cực:

- Tăng chi phí đào tạo nâng cao trình độ và chi phí thu hút nhân lực chuyên môn làm giám định.

- Có thể phải thực hiện bồi thường nhà nước nếu Tòa án có kết luận nguyên nhân tranh chấp xuất phát từ các sai sót trong các văn bản pháp luật do cơ quan quản lý ban hành.

*1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

## a) Tác động tích cực:

Bảo đảm tài chính cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Hoạt động giám định độc lập sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

## 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:

Hoạt động giám định được nâng cao sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó bảo đảm nguồn tài chính cho việc duy trì, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ và từ đó sẽ góp phần làm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh, tật, tăng sức khỏe cho người dân, thúc đẩy kinh tế phát triển.

Tăng uy tín và niềm tin cho y tế cơ sở từ đó thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế. 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 các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao.

Bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do quy định cụ thể cơ chế tạm ứng, thanh quyết toán trong Luật cũng như quyền và nghĩa vụ của các bên trong thực hiện hợp đồng.

## b) Tác động tiêu cực:

Phát sinh chi phí cho việc tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tổ chức giám định.

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

## a) Tác động tích cực:

Nâng cao chất lượng giám định, giảm nguy cơ lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

Giảm bớt các chi phí cho việc giải quyết các tranh chấp liên quan đến thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

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

b) Tác động tiêu cực:

Phát sinh chi phí cho việc tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và tổ chức giám định.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

Việc quản lý tốt giám định và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật. Qua đó, người dân được tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng, giảm thiểu nguy cơ bị lạm dụng các dịch vụ kỹ thuật, thuốc men trong điều trị, giảm chi tiền túi cho người dân.

Tăng quyền lợi dịch vụ y tế.

Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua giảm chi từ tiền túi của những người dân do tăng chất lượng dịch vụ y tế.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

**1.2. Tác động về xã hội**

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về việc làm: Thu hút giám định viên có trình độ, nâng cao chất lượng lao động. Thuận tiện cho hoạt động của người làm công tác giám định.

- Về sức khỏe: 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.

- 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.

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

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Không có.

**1.3. Tác động về giới**

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

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

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

Tuy nhiên có phát sinh việc giải quyết các tranh chấp, vướng mắc về giám định, thực hiện hợp đồng.

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

#### **1.5.1 Tác động tích cực**

- 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.

#### **1.5.2 Tác động tiêu cực:**

- Cần có thêm nguồn lực để xây dựng, quy định về mẫu, loại hình và các quy định cụ thể nội dung của hợp đồng nên cần ban hành các biểu mẫu cũng như các quy định về các trường hợp đình chỉ và chấm dứt hợp đồng.

## **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:**

Giảm các chi phí hành chính liên quan đến việc giải quyết tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

##### **b) Tác động tiêu cực:**

Nhà nước tăng kinh phí đào tạo cho chức danh giám định viên.

Chi phí để đầu tư cho việc phát triển, duy trì hạ tầng công nghệ thông tin, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn đáp ứng yêu cầu của hoạt động giám định, giải quyết vướng mắc 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

- Có thể phải thực hiện bồi thường nhà nước nếu Tòa án có kết luận nguyên nhân tranh chấp xuất phát từ các sai sót trong các văn bản pháp luật do cơ quan quản lý ban hành.

#### **2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:**

##### **a) Tác động tích cực:**

Bảo đảm tài chính cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Hoạt động giám định độc lập sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Có thể giảm tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó ảnh hưởng đến tiến độ thanh toán cho các doanh nghiệp tham gia

cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi chất lượng giám định nâng lên.

b) Tác động tiêu cực:

không có.

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

a) Tác động tích cực:

Hoạt động giám định được nâng cao sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó bảo đảm nguồn tài chính cho việc duy trì, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ và từ đó sẽ góp phần làm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh, tật, tăng sức khỏe cho người dân, thúc đẩy kinh tế phát triển.

Tăng uy tín và niềm tin cho y tế cơ sở từ đó thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế. 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 các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao.

Bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do quy định cụ thể cơ chế tạm ứng, thanh quyết toán trong Luật cũng như quyền và nghĩa vụ của các bên trong thực hiện hợp đồng.

b) Tác động tiêu cực:

Phát sinh chi phí cho việc tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tổ chức giám định.

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

a) Tác động tích cực:

Nâng cao chất lượng giám định, giảm nguy cơ lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

Giảm bớt các chi phí cho việc giải quyết các tranh chấp liên quan đến thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

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

b) Tác động tiêu cực:

Chi phí để nâng cao năng lực, tuyển dụng cho giám định viên.

Phát sinh chi phí cho việc tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và tổ chức giám định.

*2.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

- Nâng cao chất lượng dịch vụ y tế giúp tiết kiệm chi tiền túi cho người bệnh do tăng chất lượng dịch vụ y tế.

- Việc quản lý tốt giám định và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật. Qua đó, người dân được tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng, giảm thiểu nguy cơ bị lạm dụng các dịch vụ kỹ thuật, thuốc men trong điều trị, giảm chi tiền túi cho người dân.

- Tăng quyền lợi dịch vụ 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 chất lượng dịch vụ y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

## **2.2. Tác động về xã hội**

### **2.2.1. Tác động tích cực:**

- Thu hút giám định viên có trình độ, nâng cao chất lượng lao động.

- Về việc làm: thuận tiện cho hoạt động của người làm công tác giám định.

- Về sức khỏe: 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.

- 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.

### **2.2.2. Tác động tiêu cực:**

Không có

## **2.3. Tác động về giới:**

Không có.

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

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

Tuy nhiên có phát sinh việc giải quyết các tranh chấp, vướng mắc về giám định, thực hiện hợp đồng.

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

### **2.5.1 Tác động tích cực:**

- Nâng cao chất lượng, 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.

### 2.5.2 Tác động tiêu cực:

- Làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các đối tượng là người tham gia bảo hiểm y tế nên cần ban hành văn bản hướng dẫn điều kiện của người thực hiện giám định chuyên môn bảo hiểm y tế.

## 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 và liên quan đến việc giải quyết tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

#### 3.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

##### a) Tác động tích cực: Không có

##### b) Tác động tiêu cực:

Vẫn có thể xảy ra tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó ảnh hưởng đến tiến độ thanh toán cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Doanh nghiệp 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.

#### 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:

Có thể xảy ra tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó ảnh hưởng đến việc bảo đảm nguồn tài chính cho việc duy trì, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ và từ đó sẽ không làm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh, tật, tăng sức khỏe cho người dân, hạn chế thúc đẩy phát triển kinh tế.

Phát sinh chi phí cho việc tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tổ chức giám định.

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 khi có tranh chấp và chưa có kết luận cuối cùng về phương án giải quyết.

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

a) Tác động tích cực:

Không có.

b) Tác động tiêu cực:

- 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.

- Không giảm bớt các chi phí cho việc giải quyết các tranh chấp liên quan đến thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế mà còn có thể phát sinh chi phí cho việc tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

#### 3.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

Không có

b) Tác động tiêu cực:

Ảnh hưởng đến quyền lợi và chất lượng dịch vụ cung cấp 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.

- 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.

- Về việc làm: Không làm tăng nguồn cung nhân lực cho đội ngũ giám định và các bên có liên quan khi tham gia các vụ kiện liên quan đến tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Về sức khỏe: Không giúp người dân tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng do hạn chế về nguồn tài chính.

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

### **3.3. Tác động về giới**

Không có.

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

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

### **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. Như vậy, sẽ không trái với quy định của Nghị quyết số 19-NQ-TW của Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành Trung ương Đảng về tiếp tục đổi mới hệ thống tổ chức và quản lý, nâng cao chất lượng và hiệu quả hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập;

Không phải sửa đổi hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về giải quyết tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

#### **3.5.2. Tác động tiêu cực:**

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

Không bảo đảm tính đồng bộ, khả thi của quy định, tạo khoảng trống pháp luật, giảm hiệu quả tuân thủ pháp luật.

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

### **1. Kết luận**

a) *Về kinh tế:* Phương án 1 và 2 đều có tác động tích cực với cả nhà nước, người dân và doanh nghiệp nhưng phương án 1 có vượt hơn về hiệu quả:

#### *Tác động đối với Nhà nước:*

- Giảm các chi phí hành chính liên quan đến việc giải quyết tranh chấp giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

- Hoạt động giám định chất lượng, chính xác sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán:

+ Cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

+ Cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó bảo đảm nguồn tài chính cho việc duy trì, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ và từ đó sẽ góp phần làm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh, tật, tăng sức khỏe cho người dân, thúc đẩy kinh tế phát triển.

#### *Tác động đối với doanh nghiệp:*



Bảo đảm tài chính cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Hoạt động giám định độc lập sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Có thể giảm tranh chấp giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó ảnh hưởng đến tiến độ thanh toán cho các doanh nghiệp tham gia cung cấp thuốc, trang thiết bị y tế và các dịch vụ khác cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi chất lượng giám định nâng lên.

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

Hoạt động giám định được nâng cao sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ đó bảo đảm nguồn tài chính cho việc duy trì, nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ và từ đó sẽ góp phần làm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh, tật, tăng sức khỏe cho người dân, thúc đẩy kinh tế phát triển.

Tăng uy tín và niềm tin cho y tế cơ sở từ đó thu hút người dân tham gia bảo hiểm y tế. 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 các bệnh viện tuyến kỹ thuật cao.

Bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do quy định cụ thể cơ chế tạm ứng, thanh quyết toán trong Luật cũng như quyền và nghĩa vụ của các bên trong thực hiện hợp đồng.

*Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế:*

Nâng cao chất lượng giám định, giảm nguy cơ lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

Giảm bớt các chi phí cho việc giải quyết các tranh chấp liên quan đến thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

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

*Tác động đối với người dân:*

- Nâng cao chất lượng dịch vụ y tế giúp tiết kiệm chi tiền túi cho người bệnh do tăng chất lượng dịch vụ y tế.

- Việc quản lý tốt giám định và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật. Qua đó, người dân được tiếp cận với các dịch vụ y tế có chất lượng, giảm thiểu nguy cơ bị lạm dụng các dịch vụ kỹ thuật, thuốc men trong điều trị, giảm chi tiền túi cho người dân.

- Tăng quyền lợi dịch vụ 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 chất lượng dịch vụ y tế.

*b) Về xã hội:*

- Thu hút giám định viên có trình độ, nâng cao chất lượng lao động.
- Về việc làm: thuận tiện cho hoạt động của người làm công tác giám định.
- Về sức khỏe: 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.
- 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.

*c) Tác động về thủ tục hành chính và giới:*

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

Tuy nhiên có phát sinh việc giải quyết các tranh chấp, vướng mắc về giám định, thực hiện hợp đồng.

*d) Tác động đối với hệ thống pháp luật:*

- Nâng cao chất lượng, 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.

Tuy nhiên, giải pháp làm thay đổi điều kiện bảo đảm thi hành, tuân thủ của các đối tượng là người tham gia bảo hiểm y tế nên cần ban hành văn bản hướng dẫn điều kiện của người thực hiện giám định chuyên môn bảo hiểm y tế.

Phương án 1 dễ thực hiện hơn cho cơ quan bảo hiểm xã hội và khả thi hơn trong giai đoạn hiện nay, ít chi phí hơn nhưng hiệu quả của phương án 2 cao hơn do có đội ngũ giám định chất lượng.

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 giải quyết được các khó khăn vướng mắc lĩnh vực giám định và thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, vì vậy không có được các tác động tích cực như phương án 1.

## **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 khái niệm giám định phù hợp với nội hàm của hoạt động giám định là nội dung kiểm soát chi và đánh giá tính tuân thủ quy định khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Bổ sung quy định về giải quyết vướng mắc trong thanh toán bảo hiểm y tế, tranh chấp về bảo hiểm y tế liên quan đến giám định, thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế.

- Quy định hợp đồng bảo hiểm y tế được ký kết theo mẫu quy định của Chính phủ và bổ sung các quy định về thời hạn của hợp đồng là loại hợp đồng không xác định thời hạn, quy định về điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng, các trường hợp đình chỉ hoặc chấm dứt hợp đồng.

nhunthi.bh\_Nguyen Thi Hai Nhung 12:18:53

**Mục 5**  
**ĐÁNH GIÁ ĐỐI VỚI CHÍNH SÁCH 5**  
**PHÂN BỐ SỬ DỤNG QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ HIỆU QUẢ**

**I. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ BẮT CẬP**

Theo quy định của Luật BHYT hiện hành, 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. Tuy nhiên, không quy định số kinh phí tối đa của quỹ dự phòng vì vậy không có cơ chế chuyển tự động từ quỹ dự phòng sang quỹ khám bệnh chữa bệnh khi kết dư từ quỹ dự phòng 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% nên cần điều chỉnh quy định cụ thể, phù hợp với thực tiễn<sup>13</sup>

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, 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 bắt 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.

**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

<sup>13</sup> 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.

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 lặp 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.

###### b) Tác động tiêu cực:

Không có.

##### *1.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:*

###### a) Tác động tích cực:

Tác động 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.

###### 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:

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. 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.

###### b) Tác động tiêu cực:

Không có.

##### *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 chữa bệnh sẽ làm tăng kinh phí sử dụng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

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 BHYT bình quân tối đa 3,5% số tiền đóng BHYT. 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.

*1.1.5. Tác động đối với người dân:*

a) Tác động tích cực:

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.

**1.2. Tác động về xã hội**

*1.2.1. Tác động tích cực:*

- Về sức khỏe: Tăng quyền lợi của người tham gia BHYT và tăng tiếp cận 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.

- 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.

*1.2.2. Tác động tiêu cực:*

Không có.

**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 lượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế.

#### **1.5. 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.

- 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.

## **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:**

- 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 lặp.

- 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:**

- Nhà nước 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.

- 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 quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ làm 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 tế không 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:**

Nhà nước 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 lãnh 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.
- Phát sinh nhiều vướng mắc bất cập trong thanh toán bảo hiểm y tế, tạo phản ứng dây chuyền đến doanh nghiệp, người dân, có thể gián đoạn cung ứng thuốc, vật tư cho cơ sở y tế gây tình trạng thiếu thuốc.

### **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.

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.

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.

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.

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.

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.

- 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 dành cho hoạt động của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Cơ quan bảo hiểm xã hội không 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 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.

## **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.

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

**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 QH;
- Ủy ban Xã hội của QH;
- Văn phòng Quốc hội;
- Văn phòng Chính phủ;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Bộ Tư pháp, Bộ Tài chính, Bảo hiểm xã hội VN;
- Bộ Y tế: Vụ PC, Cục Quản lý KCB;
- Lưu: VT, BH

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỨ TRƯỞNG**

**Trần Văn Thuận**

## 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 lược 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 khỏe; 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 khỏe. 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 tiên bộ và công bằng xã hội, bảo đảm an sinh xã 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 chất lượng 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. Đến 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 tế giai 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 tiên 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 tiên 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 khỏe nhân dân trong tình hình mới của Ban Chấp hành trung khóa XII**

Hướng tới thực hiện bao phủ chăm sóc sức khỏe và bảo hiểm y tế toàn dân; mọi người dân đều được quản lý, chăm sóc sức khỏe; được bảo đảm bình đẳng về quyền và nghĩa vụ trong tham gia bảo hiểm y tế và thụ hưởng các dịch vụ y tế. Tính đúng, tính đủ giá dịch vụ y tế và có cơ chế giá, cơ chế đồng chi trả nhằm phát triển vững chắc hệ thống y tế cơ sở.

+ Đến năm 2025: Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 95% dân số. Tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế giảm còn 35%.

+ Đến năm 2030: Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế trên 95% dân số. Tỷ 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 khỏe người dân gắn với quản



lý thể, 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 khỏe 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 khỏe ban đầu, quản lý sức khỏe 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 khỏe mạnh đạt tối thiểu 68 năm; 100% người cao tuổi có thể bảo hiểm y tế, được quản lý sức khỏe, 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 kinh tế trong thực hiện một số chính sách

#### 1. Ước tính tác động kinh tế trong thực hiện chính sách hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế

##### 1.1. Đối với nhà nước

Nếu thực hiện chính sách hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế thì tổng kinh phí hỗ trợ của Nhà nước dao động từ 347,7 tỷ - 1.145,6 tỷ đồng/ năm.

Phương pháp tính toán được xác định như sau:

*Tổng số tiền = Tổng số thân nhân người lao động x 30% mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế.*

Trong đó:

*Người lao động* được xác định theo Bộ luật Lao động 2019 Người lao động là người làm việc cho người sử dụng lao động theo thỏa thuận, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành, giám sát của người sử dụng lao động. Độ tuổi lao động tối thiểu của người lao động là đủ 15 tuổi, trừ trường hợp quy định tại Mục 1 về Lao động chưa thành niên thuộc Chương XI của Bộ luật này. Dựa trên dữ liệu của Khảo sát mức sống dân cư Việt Nam (VHLSS), nhóm người lao động đưa vào tính toán sẽ được chia theo 4 phương án:

- *Phương án 1:* Toàn bộ người trong độ tuổi lao động, nam trong độ tuổi 15-60; nữ trong độ tuổi 15-55.

- *Phương án 2:* Người trong độ tuổi lao động, đang làm công ăn lương và có thời gian làm việc từ 90 ngày trở lên trong 12 tháng.

- *Phương án 3:* Người trong độ tuổi lao động, đang có thẻ BHYT.

- *Phương án 4:* Người trong độ tuổi lao động, đang làm công ăn lương và có thời gian làm việc từ 90 ngày trở lên trong 12 tháng, đang có thẻ BHYT.

*Thân nhân của người lao động* được xác định theo Điều 3 Luật bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13: Thân nhân là con đẻ, con nuôi, vợ hoặc chồng, cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi, cha vợ hoặc cha chồng, mẹ vợ hoặc mẹ chồng của người tham gia bảo hiểm xã hội hoặc thành viên khác trong gia đình mà người tham gia bảo hiểm xã hội đang có nghĩa vụ nuôi dưỡng theo quy định của pháp luật về hôn nhân và gia đình.

Số lượng thân nhân người lao động theo 4 phương án được ước tính trong bảng dưới đây. Các tỷ lệ được lấy từ dữ liệu của Khảo sát mức sống dân cư Việt Nam.

Phương án	Tỷ lệ	Tỷ lệ không có BHYT	Số thân nhân không có BHYT
<b>Phương án 1</b>			
- Người trong độ tuổi lao động	60,7%		
- Thân nhân người trong độ tuổi lao động	31,2%	8,2%	2.406.831
<b>Phương án 2</b>			
- Người trong độ tuổi lao động, đang làm công ăn lương và có thời gian làm việc từ 90 ngày trở lên trong 12 tháng	42,2%		
- Thân nhân	29,5%	14,10%	3.928.653
<b>Phương án 3</b>			
- Người trong độ tuổi lao động, đang có thẻ BHYT	11,3%		
- Thân nhân	16,1%	17,1%	2.603.725
<b>Phương án 4</b>			
- Người trong độ tuổi lao động, đang làm công ăn lương và có thời gian làm việc từ 90 ngày trở lên trong 12 tháng, đang có thẻ BHYT	11,0%		
- Thân nhân	11,8%	10,60%	1.192.513

Mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế cho thân nhân người lao động là 4,5% mức lương cơ sở. Từ 01/07/2023, mức lương cơ sở là 1.800.000 đồng/ tháng, tương ứng với mệnh giá bảo hiểm y tế/ người/ năm là 972.000 đồng. Trong đó, đề xuất Nhà nước hỗ trợ 30% mệnh giá, tương ứng với mức hỗ trợ 291.600 đồng/ người/ năm. Tổng chi phí đóng BHYT của Nhà nước phát sinh thêm cho thân nhân người lao động được trình bày trong bảng dưới đây.

Nội dung	Phương án	Phương án	Phương án	Phương án
	1	2	3	4
Tổng số thân nhân người lao	2.406.831	3.928.653	2.603.725	1.192.513

động tham gia BHYT				
Tổng chi phí BHYT do nhà nước hỗ trợ (tỷ đồng)	702	1.146	759	348

Như vậy, nếu thực hiện chính sách hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế thì Nhà nước sẽ phải tăng chi dao động từ 348 tỷ đến 1.146 tỷ đồng.

### 1.2. Đối với doanh nghiệp

Nếu thực hiện chính sách hỗ trợ thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế thì doanh nghiệp sẽ phải tăng chi dao động từ 541 tỷ đến 1.782 tỷ đồng.

Phương pháp tính toán được xác định như sau:

*Tổng số tiền = Tổng số thân nhân người lao động x 2/3 số tiền mà người lao động phải đóng theo mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế ở mức cơ bản.*

Trong đó:

Số tiền mà người lao động phải đóng được xác định dựa trên mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế áp dụng từ 01/7/2019 là 972.000 đồng/năm; người lao động và chủ sử dụng lao động đóng cho thân nhân 70% mệnh giá là 680.400 đồng/năm, trong đó số tiền mà người lao động tự đóng thì theo quy định hiện hành người lao động sẽ đóng 1/3 tương ứng với 33,3% mức đóng (khoảng 226.800 đồng/người/tháng), doanh nghiệp đóng 2/3 tương ứng với 66,6% mức đóng (khoảng 453.600 đồng/người/tháng).

<b>Phương án</b> <b>Nội dung</b>	<b>Phương án 1</b>	<b>Phương án 2</b>	<b>Phương án 3</b>	<b>Phương án 4</b>
Tổng số thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế	2.406.831	3.928.653	2.603.725	1.192.513
Tổng mức phí bảo hiểm y tế do doanh nghiệp phải đóng (tỷ đồng)	1.091	1.782	1.181	541

### 1.3. Đối với Quỹ BHYT

Mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế cho thân nhân người lao động là 4,5% mức lương cơ sở. Từ 01/07/2023, mức lương cơ sở là 1.800.000 đồng/ tháng, tương ứng với mệnh giá bảo hiểm y tế/ người/ năm là 972.000 đồng.

Tương tự với phương pháp ước tính bên trên, chính sách sẽ giúp tăng nguồn thu đầu vào cho Quỹ bảo hiểm y tế dao động từ 1.159 tỷ đồng đến 3.819 tỷ đồng/ năm.

<b>Phương án</b> <b>Nội dung</b>	<b>Phương án 1</b>	<b>Phương án 2</b>	<b>Phương án 3</b>	<b>Phương án 4</b>
Tổng số thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế	2.406.831	3.928.653	2.603.725	1.192.513
Tổng mức phí bảo hiểm y tế cho thân nhân người lao động	2.339	3.819	2.531	1.159

### 1.4. Đối với người dân

Số tiền mà người lao động phải đóng được xác định dựa trên mệnh giá thẻ bảo hiểm y tế áp dụng từ 01/7/2019 là 972.000 đồng/năm; người lao động và chủ sử dụng lao động đóng cho thân nhân 70% mệnh giá là 680.400 đồng/năm, trong đó số tiền mà người lao động tự đóng thì theo quy định hiện hành người lao động sẽ đóng 1/3 tương ứng với 33,3% mức đóng (khoảng 226.800 đồng/người/tháng).

Tương tự với phương pháp ước tính bên trên, chính sách sẽ làm tăng chi đối với người lao động/ thân nhân từ 270 tỷ đồng đến 891 tỷ đồng/năm.

<b>Phương án</b> <b>Nội dung</b>	<b>Phương án 1</b>	<b>Phương án 2</b>	<b>Phương án 3</b>	<b>Phương án 4</b>
Tổng số thân nhân người lao động tham gia bảo hiểm y tế	2.406.831	3.928.653	2.603.725	1.192.513
Tổng mức 33% phí bảo hiểm y tế	546	891	591	270

do người lao động/ thân nhân phải đóng (tỷ đồng)				
--	--	--	--	--

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

### 2.1. Đối với nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế

#### a) Tác động tích cực

Tiết kiệm ngân sách cho Quỹ Bảo hiểm y tế khi triển khai các dịch vụ sàng lọc, do giúp phát hiện sớm và điều trị kịp thời, từ đó giảm chi phí điều trị các biến chứng và điều trị giai đoạn muộn của bệnh, cụ thể như sau:

- **Sàng lọc tăng huyết áp:** tiết kiệm được trung bình 1.216,8 tỷ đồng/ năm trong 10 năm đầu tiên triển khai, theo nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế về đánh giá tác động ngân sách của sàng lọc tăng huyết áp tại Việt Nam.

Chiến lược sàng lọc cụ thể như sau: Đối tượng: người từ 18 tuổi trở lên; Địa điểm sàng lọc: tuyến y tế cơ sở (trạm y tế xã/ trung tâm y tế huyện); Dịch vụ sàng lọc: đo huyết áp ít nhất 2 lần; Ngưỡng chẩn đoán: huyết áp 2 lần trên 140/90 mmHg; Tần suất sàng lọc: hàng năm; Loại hình sàng lọc: sàng lọc cơ hội.

Tác động ngân sách đối với quỹ BHYT khi chi trả cho dịch vụ sàng lọc tăng huyết áp được phân tích dựa trên kỹ thuật mô hình hoá. Mô hình được xây dựng nhằm mô phỏng quần thể dân số người trưởng thành Việt Nam, các chi phí cho việc sàng lọc hai bệnh và chi phí cho điều trị hai bệnh khi được phát hiện. Mô hình so sánh giữa hai kịch bản: kịch bản hiện tại (dịch vụ sàng lọc chưa được chi trả bởi quỹ BHYT) và kịch bản đề xuất (dịch vụ sàng lọc được quỹ BHYT chi trả). Nghiên cứu sử dụng quan điểm chi phí của bên chi trả (quỹ BHYT) với khung thời gian tính toán là 10 năm. Mô hình ước tính tác động ngân sách được xây dựng dựa trên mô hình Markov mô phỏng diễn tiến tự nhiên của bệnh từ các trạng thái: chưa mắc bệnh, mắc bệnh nhưng chưa được chẩn đoán, mắc bệnh được chẩn đoán, bệnh có biến chứng và tử vong. Các tham số dịch tễ học và xác suất chuyển dịch trạng thái được tổng hợp từ y văn. Các tham số về chi phí bao gồm chi phí sàng lọc và chi phí điều trị bệnh được thu thập từ số liệu thực tế tại Việt Nam<sup>14</sup>.

- **Sàng lọc đái tháo đường tít 2:** tiết kiệm được trung bình 162,3 tỷ đồng/ năm trong 10 năm đầu tiên triển khai, theo nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế về đánh giá tác động ngân sách của sàng lọc đái tháo đường tít 2 tại Việt Nam.

<sup>14</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2022). Phân tích chi phí và đánh giá tác động ngân sách của một số dịch vụ sàng lọc bệnh không lây nhiễm phục vụ sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế.

Chiến lược sàng lọc cụ thể như sau: Đối tượng: người từ 45 tuổi trở lên; Địa điểm sàng lọc: tuyến y tế cơ sở (trạm y tế xã/ trung tâm y tế huyện); Dịch vụ sàng lọc: bộ công cụ FINDRISC để sàng lọc nguy cơ đái tháo đường và đo đường huyết mao mạch (tại trạm y tế xã)/ đo đường máu huyết thanh lúc đói (tại trung tâm y tế huyện); Ngưỡng chẩn đoán: Đường huyết huyết thanh 2 lần trên 7 mmol/l; Tần suất sàng lọc: hàng năm; Loại hình sàng lọc: sàng lọc cơ hội.

Tác động ngân sách đối với quỹ BHYT khi chi trả cho dịch vụ sàng lọc đái tháo đường được phân tích dựa trên kỹ thuật mô hình hoá giống như sàng lọc tăng huyết áp nêu trên.

- **Sàng lọc ung thư cổ tử cung:** mang lại lợi ích về mặt kinh tế và xã hội gấp 19 – 21 lần chi phí đầu tư.

Theo nghiên cứu công bố bởi UNFPA năm 2023<sup>15</sup>, ba phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung được đánh giá tại Việt Nam, bao gồm: (i) xét nghiệm HPV 10 năm/ lần, (ii) xét nghiệm tế bào học 5 năm/ lần, và (iii) xét nghiệm VIA 3 năm/lần. Kết quả mô hình hoá trong toàn bộ thời gian sống của quần thể cho thấy, các phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung giúp ngăn chặn 280 - 287 nghìn ca tử vong và giúp tăng thêm 7,2 – 7,4 triệu năm sống. Bên cạnh đó, về tỷ số lợi ích (kinh tế và xã hội) trên chi phí đầu tư, các phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung mang lại tỷ số lợi ích – chi phí từ 19-21 lần.

- **Sàng lọc ung thư vú:** mang lại lợi ích chi phí – hiệu quả cho quỹ bảo hiểm y tế.

Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống về tính chi phí – hiệu quả của các chiến lược sàng lọc ung thư vú tại Châu Á, thực hiện bởi Viện Chiến lược và Chính sách Y tế, nhiều quốc gia đã nghiên cứu và cho thấy tính chi phí – hiệu quả của nhiều chiến lược sàng lọc ung thư vú khác nhau. Trong đó, nghiên cứu tại Việt Nam đã cung cấp bằng chứng về tính chi phí – hiệu quả của chiến lược sàng lọc cơ hội sử dụng chụp nhũ ảnh cho phụ nữ từ 50-59 tuổi<sup>16</sup>. Nghiên cứu tại Trung Quốc cho thấy tính chi phí – hiệu quả của sử dụng chiến lược sàng lọc kết hợp giữa khám lâm sàng, siêu âm, và chụp nhũ ảnh<sup>17,18</sup>.

- **Sữa mẹ thanh trùng hiến tặng cho trẻ sinh non, nhẹ cân:** Việc chi trả cho sữa mẹ thanh trùng sẽ giúp tiết kiệm ngân sách, ước tính tiết kiệm ngân sách của quỹ Bảo hiểm Y tế khoảng 76 tỷ đồng trong 10 năm, thông qua giảm chi phí điều trị cho các bệnh lý viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng huyết sơ sinh, loạn sản phế quản phổi và bệnh võng mạc mắt nếu toàn bộ trẻ sinh non nhẹ cân được thanh toán tiền sữa mẹ hiến tặng thanh trùng trong thời gian điều trị tại bệnh viện.

<sup>15</sup> UNFPA (2023). An Investment Case Study on HPV Vaccination in Viet Nam.

<sup>16</sup> Nguyen CP, Adang EMM. Cost-effectiveness of breast cancer screening using mammography in Vietnamese women. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194996. Published 2018 Mar 26. doi:10.1371/journal.pone.0194996

<sup>17</sup> Yang L, Wang J, Cheng J, Wang Y, Lu W. Quality assurance target for community-based breast cancer screening in China: a model simulation. *BMC Cancer*. 2018;18(1):261.

<sup>18</sup> Sun L, Sadique Z, Dos-Santos-Silva I, Yang L, Legood R. Cost-effectiveness of breast cancer screening programme for women in rural China. *Int J Cancer*. 2019;144(10):2596-604.

- **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<sup>19</sup>.

- **Sàng lọc Thalassemia trước sinh:** Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả chi phí và tác động ngân sách của sàng lọc Thalassemia trước sinh tại Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô hình hoá để mô phỏng chiến lược sàng lọc và ước tính hiệu quả, chi phí so với việc không sàng lọc. Kết quả cho thấy, chỉ cần đầu tư khoảng 15,5 triệu đồng cho sàng lọc và tiến hành đình chỉ thai kỳ phù hợp đối với một thai bị Thalassemia, sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị 786,5 triệu đồng cho 30 năm sau đó nếu trẻ mắc bệnh được sinh ra. Tỷ lệ lợi ích/ chi phí là 1: 50,7, cho thấy sàng lọc Thalassemia trước sinh là một can thiệp rất hiệu quả chi phí. Chi phí tiết kiệm trên một ca Thalassemia được dự phòng là 760.230.447 đồng.

- **Sàng lọc bệnh suy giáp trạng bẩm sinh:** Suy giáp bẩm sinh xuất hiện với tỉ lệ 1/3000-1/4000 trẻ nghĩa là cứ 3000 - 4000 trẻ sinh ra mỗi năm thì có 1 trẻ bị suy giáp bẩm sinh. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, trẻ sẽ bị tình trạng chậm phát triển chiều cao, chậm phát triển xương, và chậm phát triển tâm thần vĩnh viễn không hồi phục. Nếu bệnh được phát hiện sớm, được điều trị sớm từ 2-6 tuần đầu sau sinh và điều trị tốt trong 3 năm đầu, trẻ sẽ có tiên lượng tốt về phát triển thể chất và tâm thần. Tuy nhiên, nếu phát hiện muộn, bệnh sẽ có tiên lượng xấu.

Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của sàng lọc bệnh suy giáp trạng bẩm sinh. Tuy nhiên, tại Ấn Độ, tác giả Vidavalur (2022)<sup>20</sup> đã ước tính số ca mắc mới bệnh suy giáp trạng bẩm sinh vào khoảng 14.000 đến 20.730 trẻ mỗi năm; trong đó, khoảng 5.397 đến 13.929 trẻ bị nguy cơ mắc chứng suy giảm trí tuệ. Tỷ số lợi ích – chi phí của việc đầu tư cho sàng lọc bệnh suy giáp trạng bẩm sinh dao động trong khoảng 2,8 đến 6, có nghĩa là cứ 1 tỷ đồng bỏ ra cho sàng lọc bệnh, chính phủ sẽ tiết kiệm được 2,8 đến 6 tỷ đồng chi phí xử trí các biến chứng, hậu quả của bệnh trong tương lai.

#### *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:

- **Sàng lọc tăng huyết áp:** trung bình 88,7 tỷ đồng/ năm trong 10 năm đầu tiên triển khai. Thông tin cụ thể về chiến lược sàng lọc và phương pháp ước tính tác động ngân sách được trình bày trong phần a) Tác động tích cực bên trên.

- **Sàng lọc đái tháo đường týp 2:** trung bình 141 tỷ đồng/ năm trong 10 năm đầu tiên triển khai. Thông tin cụ thể về chiến lược sàng lọc và phương pháp

<sup>19</sup> 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

<sup>20</sup> Vidavalur R. Human and Economic Cost of Disease Burden Due to Congenital Hypothyroidism in India: Too Little, but Not Too Late. Front Pediatr. 2022 May 3;10:788589. doi: 10.3389/fped.2022.788589. PMID: 35592841; PMCID: PMC9110855.



ước tính tác động ngân sách được trình bày trong phần a) Tác động tích cực bên trên.

- **Sàng lọc ung thư cổ tử cung:** trung bình 3,0 nghìn tỷ/ năm đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm HPV (cho phụ nữ từ 25-65 tuổi, 3 năm một lần) và 2,6 nghìn tỷ đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm tế bào học (cho phụ nữ 21-65 tuổi, 2 năm một lần) trong khoảng thời gian 10 năm đầu triển khai.

Theo Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung theo quyết định 2402/QĐ-BYT ngày 10/6/2019, hiện có 03 phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung, bao gồm: xét nghiệm HPV, xét nghiệm tế bào học, và xét nghiệm VIA. Do xét nghiệm VIA hiện ít phổ biến, thường chỉ được thực hiện ở trạm y tế xã những nơi khó khăn, nên sẽ không được sử dụng để đưa vào chiến lược sàng lọc ung thư cổ tử cung. Đối với xét nghiệm HPV, Bộ Y tế khuyến cáo áp dụng cho phụ nữ từ 25-65 tuổi, 3 năm một lần. Đối với xét nghiệm tế bào học, khuyến cáo áp dụng cho phụ nữ từ 21-65 tuổi, 2 năm một lần.

Hiện tại, danh mục dịch vụ do bảo hiểm y tế chi trả chưa có xét nghiệm HPV và xét nghiệm tế bào học, nên giá của hai xét nghiệm này được tham khảo từ bảng giá dịch vụ của Bệnh viện Phụ sản TW, theo đó, giá xét nghiệm HPV DNA là 700.000, xét nghiệm tế bào học là 564.000.

Theo số liệu Tổng điều tra dân số và nhà ở năm 2019 của Tổng cục Thống kê, số lượng phụ nữ trong độ tuổi 25-65 là 26,6 triệu; trong độ tuổi 21-65 là 29,3 triệu.

Như vậy, với mức bình quân chi trả khoảng 80%, quỹ bảo hiểm y tế cần chi trả 14,9 nghìn tỷ đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm HPV và 13,2 nghìn tỷ đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm tế bào học trong năm đầu tiên sàng lọc. Tuy nhiên, nếu tính trung bình trong khoảng thời gian 10 năm, mỗi năm quỹ bảo hiểm y tế chỉ cần chi trả 3,0 nghìn tỷ đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm HPV và 2,6 nghìn tỷ đối với sàng lọc sử dụng xét nghiệm tế bào học.

- **Sàng lọc ung thư vú:** trung bình của là 2,1 nghìn tỷ, 5,3 nghìn tỷ, hoặc 5,0 nghìn tỷ/ năm nếu chiến lược sàng lọc lần lượt là siêu âm, nhũ ảnh, hoặc siêu âm kết hợp nhũ ảnh (cho phụ nữ từ 30-79 tuổi, 1 năm một lần). Tuy nhiên, chi phí này sẽ giảm đi đáng kể nếu giới hạn nhóm tuổi phụ nữ được sàng lọc.

Nghiên cứu đánh giá tác động ngân sách của sàng lọc ung thư vú được Viện Chiến lược và Chính sách Y tế thực hiện vào năm 2022. Nghiên cứu sử dụng mô hình cây ra quyết định để mô tả quá trình sàng lọc và để ước tính các chi phí liên quan đến từng phương án sàng lọc. Trong mô hình cây ra quyết định, ở mỗi nhóm tuổi, các phương án sàng lọc ung thư vú bao gồm: (1) siêu âm vú; (2) chụp nhũ ảnh; (3) siêu âm vú, sau đó chụp nhũ ảnh; và (4) không sàng lọc. Nếu kết quả sàng lọc dương tính, đối tượng sàng lọc sẽ được làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán xác định về tình trạng ung thư, có thể là sinh thiết vú hoặc xét nghiệm tế bào học FNA. Nếu kết quả sàng lọc âm tính, đối tượng sàng lọc không cần làm thêm xét nghiệm. Độ nhạy và độ đặc hiệu của từng phương án được sử dụng để tính toán tỷ lệ dương tính thật (true positive) và âm tính giả (false negative) trong số những

người thực sự mắc ung thư vú. Đối với những trường hợp dương tính thật, tức là ung thư vú được phát hiện sớm qua sàng lọc, thường sẽ ở giai đoạn I hoặc giai đoạn II của ung thư vú. Tuy nhiên, đối với những trường hợp âm tính giả, tức là người bệnh không phát hiện được ung thư vú tại thời điểm sàng lọc và sau đó sẽ phát hiện và điều trị ung thư vú ở giai đoạn muộn hơn, thường là giai đoạn II hoặc giai đoạn III. Do đó, việc sàng lọc sớm và sử dụng phương án sàng lọc có độ chính xác cao sẽ giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, qua đó giảm chi phí điều trị ung thư vú và cải thiện thời gian sống thêm cho người bệnh.

Theo kết quả một nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2020 về các đánh giá kinh tế y tế của các chiến lược sàng lọc ung thư vú tại Châu Á<sup>21</sup> độ tuổi sàng lọc thấp nhất là 30 tuổi và độ tuổi sàng lọc cao nhất là 75 tuổi. Hiện tại, Bộ Y tế chưa có hướng dẫn cụ thể về độ tuổi sàng lọc ung thư vú theo từng phương pháp. Do đó, trong bối cảnh tuổi thọ kỳ vọng của nữ giới tại Việt Nam là 76,3 tuổi, nghiên cứu xây dựng các phương án sàng lọc cho phụ nữ Việt Nam theo các nhóm tuổi, bao gồm 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, và 70-79 tuổi, tần suất sàng lọc là 1 lần/năm.

Kết quả cho thấy, so với không sàng lọc, tác động ngân sách lên quỹ bảo hiểm y tế hàng năm của các phương án siêu âm, nhũ ảnh, và siêu âm kết hợp nhũ ảnh lần lượt là 2,1 nghìn tỷ, 5,3 nghìn tỷ, và 5,0 nghìn tỷ cho toàn bộ phụ nữ từ 30-79 tuổi tại Việt Nam. Chi phí này bao gồm cả chi phí sàng lọc và chi phí điều trị các trường hợp ung thư vú được phát hiện.

- **Sữa mẹ thanh trùng hiến tặng cho trẻ sinh non, nhẹ cân:** Nếu quỹ BHYT chi trả chi phí sữa mẹ hiến tặng thanh trùng cho nhóm trẻ đẻ non, nhẹ cân, bệnh lý thì mỗi năm quỹ phải chi trả khoảng 30,8 tỷ đồng, tương ứng 0,46% quỹ BHYT.

- **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.

- **Khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi và người khuyết tật nặng:** khoảng 1.843 tỷ đồng đối với chăm sóc tại nhà cho người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên. Chưa có số liệu đối với người khuyết tật nặng.

<sup>21</sup> Yuniar P, Robinson S, Moorin R, Norman R. *Economic Evaluation of Breast Cancer Early Detection Strategies in Asia: A Systematic Review*. Value Health Reg Issues. 2020;21:252-63. Tóm tắt: Nghiên cứu tổng quan hệ thống phân tích kết quả của 15 nghiên cứu đánh giá kinh tế y tế đã được tổng hợp, trong đó gồm 4 nghiên cứu của Nhật Bản, 4 nghiên cứu của Iran, 2 nghiên cứu của Hàn Quốc, 1 nghiên cứu của Hong Kong, 1 nghiên cứu của Ấn Độ, 1 nghiên cứu của Thổ Nhĩ Kỳ, 1 nghiên cứu của Trung Quốc và 1 nghiên cứu của Việt Nam

Một nghiên cứu tại phân tích chi phí Việt Nam năm 2019<sup>22</sup> đã ước tính chi phí của mô hình thí điểm 58 dịch vụ chăm sóc dài hạn cho người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) tại cộng đồng. Kết quả cho thấy, chi phí bảo hiểm y tế chi trả cho dịch vụ chăm sóc dài hạn tại nhà vào năm 2024 là 1.842,8 tỷ đồng.

### 1.2. Đối với người dân

- **Sàng lọc tăng huyết áp:** Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện nghiên cứu đánh giá tác động ngân sách của sàng lọc tăng huyết áp tại Việt Nam. Theo đó, với người bệnh tăng huyết áp, nếu phát hiện trong giai đoạn sớm sớm và điều trị kịp thời, chi phí điều trị và quản lý bệnh hàng năm ước tính trung bình cũng tiêu tốn khoảng 5.255.037 đồng đồng/người/năm. Tuy nhiên, nếu phát hiện muộn và có xuất hiện các biến chứng của tăng huyết áp, chi phí điều trị hàng năm ước tính trung bình khoảng 91.912.249 đồng/người.

- **Sàng lọc đái tháo đường típ 2:** Viện Chiến lược và Chính sách Y tế đã thực hiện nghiên cứu đánh giá tác động ngân sách của sàng lọc đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam. Theo đó, với người bệnh đái tháo đường típ 2, chi phí để điều trị hàng năm cho một bệnh nhân được kiểm soát ở giai đoạn chưa có biến chứng ước tính khoảng 5.228.402 đồng, tuy nhiên nếu phát sinh các biến chứng của bệnh thì chi phí điều trị bình quân hàng năm cho một bệnh nhân vào khoảng 10.118.750 đồng.

- **Sàng lọc ung thư vú:** Người bệnh ung thư vú được sàng lọc, phát hiện ở giai đoạn sớm sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị so với người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Theo nghiên cứu tại Việt Nam<sup>23</sup>, chi phí điều trị trung bình/năm của người bệnh ung thư vú ở các giai đoạn từ I đến IV lần lượt là 4,2 triệu, 12,1 triệu, 22,5 triệu và 17,7 triệu đồng/năm. Do đó, nếu được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I), người bệnh sẽ tiết kiệm từ 7,9 đến 18,3 triệu đồng/năm so với người bệnh phát hiện ở các giai đoạn muộn hơn.

- **Sàng lọc ung thư cổ tử cung:** Người bệnh ung thư cổ tử cung được sàng lọc, phát hiện ở giai đoạn sớm sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị so với người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Theo nghiên cứu, chi phí điều trị trung bình/năm của người bệnh ung thư vú ở các giai đoạn từ I đến IV lần lượt là 89,8 triệu, 136,9 triệu, 138,4 triệu và 136,8 triệu đồng/năm<sup>24</sup>. Do đó, nếu được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I), người bệnh sẽ tiết kiệm từ 47 đến 48,6 triệu đồng/năm so với người bệnh phát hiện ở các giai đoạn muộn hơn.

- **Sàng lọc viêm gan B, C:** Người bệnh viêm gan B, C được sàng lọc sớm sẽ tiết kiệm được chi phí điều trị so với người bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn. Chi phí điều trị trung bình/năm của các tình trạng xơ gan còn bù, xơ gan mất bù, và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 13,9 triệu, 22,3 triệu, và 85,1 triệu đồng/năm. Nếu tính đến cả chi phí liên quan đến điều trị, như ăn, ở, đi lại

<sup>22</sup> Phạm Huy Tuấn Kiệt, Chu Phú Thi (2019). Nghiên cứu ước tính và dự báo chi phí chăm sóc dài hạn của người cao tuổi.

<sup>23</sup> Hoang Lan N, Laohasiriwong W, Stewart JF, Tung ND, Coyte PC. Cost of treatment for breast cancer in central Vietnam. Glob Health Action. 2013;6:18872. Published 2013 Feb 4. doi:10.3402/gha.v6i0.18872

<sup>24</sup> Quỹ dân số Liên hợp quốc tại Việt Nam. Nghiên cứu về hiệu quả đầu tư tiêm chủng HPV tại Việt Nam. 2023

trong quá trình điều trị, chi phí tăng thêm của các tình trạng xơ gan còn bù, xơ gan mất bù, và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 4,9 triệu, 8,4 triệu, và 7,7 triệu đồng/năm. Bên cạnh đó, người bệnh sẽ mất chi phí cơ hội do không thể làm việc trong thời gian nằm viện; chi phí này của các tình trạng xơ gan còn bù, xơ gan mất bù, và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 4,7 triệu, 8,6 triệu, và 8,3 triệu đồng/năm. Như vậy, nếu được sàng lọc và phát hiện sớm viêm gan B, C, người bệnh có thể tiết kiệm được từ 23,5 đến 101,1 triệu đồng/năm so với việc điều trị khi bệnh diễn tiến đến xơ gan và ung thư gan.

- **Chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho trẻ dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng cấp tính nặng:** Chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt cho trẻ em dưới 6 tuổi suy dinh dưỡng cấp tính nặng giúp giảm bớt gánh nặng về kinh tế do người bị suy dinh dưỡng cấp tính bị suy giảm khả năng lao động trong tương lai. Số tiền giảm bớt dự kiến là: 10% thu nhập suốt đời của một người và tránh giảm ít nhất 8% tăng trưởng kinh tế toàn xã hội<sup>25</sup>.

- **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.

---

<sup>25</sup> Báo cáo tổng quan của UNICEF