|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /TTr-BYT | *Hà Nội, ngày tháng 3 năm 2025* |

**TỜ TRÌNH**

**Về việc ban hành Nghị định quy định**

**chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế**

Kính gửi: Chính phủ

*(Tờ trình gửi Bộ Tư pháp để thẩm định)*

# Thực hiện quy định của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 (Luật số 51); Quyết định số 1610/QĐ-TTg ngày 19/12/2024 của Thủ tướng Chính phủ ban hành Danh mục và phân công cơ quan chủ trì soạn thảo văn bản quy định chi tiết thi hành các luật, nghị quyết được Quốc hội khóa XV thông qua tại Kỳ họp thứ 8, Bộ Y tế đã xây dựng Dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

# Thực hiện quy định của Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật, Bộ Y tế kính trình Chính phủ dự thảo Nghị định như sau:

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

**1. Cơ sở chính trị, pháp lý**

- Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được Quốc hội khóa XII thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 đã giao thẩm quyền cho Chính phủ quy định và quy định chi tiết một số điều của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm:

a) Quy định về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản 7 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Quy định về mức tham chiếu theo quy định tại khoản 9 Điều 2 và mức đóng, mức hỗ trợ đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm đ, e khoản 1 và khoản 7 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điện tử tại khoản 3 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế;

d) Quy định vềphạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a và điểm c khoản 3 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế;

đ) Quy định vềmức hưởng bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm b khoản 1, điểm e và điểm h khoản 4; trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu theo quy định tại khoản 6 và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

e) Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 24 và Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế;

g) Quy định chi tiết về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế;

h) Quy định chi tiết về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Điều 30 của Luật Bảo hiểm y tế;

i) Quy định chi tiết về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại điểm c khoản 2, khoản 3 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế;

k) Quy định về quản lý quỹ bảo hiểm y tế, quyết định nguồn tài chính để bảo đảm việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp mất cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế tại khoản 2 Điều 34 của Luật Bảo hiểm y tế;

l) Quy định chi tiết về phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tếvà quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế tại Điều 35 của Luật Bảo hiểm y tế;

m) Quy định chi tiết về trốn đóng bảo hiểm y tế và quy định các trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế tại Điều 48b của Luật Bảo hiểm y tế;

n) Quy định chi tiết về xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế tại điểm a khoản 2, điểm a khoản 3 và khoản 4 Điều 49 của Luật Bảo hiểm y tế;

o) Quy định chuyển tiếp đối với việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025.

Các nội dung Luật Bảo hiểm y tế giao Chính phủ quy định, cần phải được quy định chi tiết để có cơ sở pháp lý rõ ràng trong tổ chức thực hiện.

Sự thay đổi của hệ thống pháp luật có liên quan như Luật Tổ chức chính phủ, Luật Tổ chức chính quyền địa phương và hệ thống pháp luật có liên quan cùng với chủ trương tiếp tục đổi mới, sắp xếp tổ chức bộ máy của hệ thống chính trị tinh gọn, hoạt động hiệu lực, hiệu quả tác động tới cơ cấu tổ chức, chức năng, nhiệm vụ của các bộ, ngành, chính quyền địa phương, đặc biệt là hệ thống cơ quan Bảo hiểm xã hội các cấp, cơ quan, tổ chức có liên quan tới việc thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế đòi hỏi cần có sự sửa đổi, bổ sung cho phù hợp.

**2. Cơ sở thực tiễn**

2.1 Thực tiễn liên quan đến các quy định pháp luật về bảo hiểm y tế

Trên cơ sở các nội dung của Luật giao Chính phủ quy định tại Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13, Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (Nghị định số 146) đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 (Nghị định số 75) và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 (Nghị định số 02).

Các Nghị định được ban hành đã quy định chi tiết, cụ thể, rõ ràng một số nội dung Luật Bảo hiểm y tế còn khái quát, làm cơ sở để triển khai thực hiện hiệu quả các quy định của Luật Bảo hiểm y tế, góp phần tăng tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế lên 94,35% vào cuối năm 2024, nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế, bảo đảm sử dụng quỹ bảo hiểm y tế an toàn, hiệu quả, góp phần cải cách hành chính, giảm phiền hà, tạo thuận lợi cho người dân khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, sau 6 năm triển khai thực hiện Nghị định số 146, 02 năm triển khai thực hiện Nghị định số 75, 03 tháng triển khai thực hiện Nghị định số 02 trước những thay đổi của hệ thống pháp luật có liên quan bao gồm Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế năm 2024, Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023, tư duy mới trong xây dựng pháp luật, sự phát triển của điều kiện kinh tế, xã hội, các quan hệ xã hội có sự thay đổi, có những nội dung mới phát sinh, một số nội dung của Nghị định số 146 và Nghị định số 75 đã bộc lộ một số hạn chế, vướng mắc, bất cập, cần được điều chỉnh đã được nêu rõ trong Báo cáo tổng kết thực hiện các Nghị định hướng dẫn Luật Bảo hiểm y tế, trong đó bao gồm các nội dung:

- Về đối tượng, mức đóng, mức hỗ trợ đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

+ Nghị định đã quy định lặp lại một số nhóm đối tượng đã được quy định chi tiết trong Luật Bảo hiểm y tế, Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng, Pháp lệnh cựu chiến binh và các Nghị định hướng dẫn;

+ Một số đối tượng mà Luật đã giao Chính phủ quy định được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế nhưng chưa có quy định mức hỗ trợ cụ thể. Vì vậy, để thực hiện được trong thực tế cần quy định cụ thể mức hỗ trợ đóng cho nhóm đối tượng này.

+ Đối với đối tượng học sinh, sinh viên, Nghị định đang quy định ngân sách nhà nước hỗ trợ 30% mức đóng và không được linh hoạt tham gia theo hình thức hộ gia đình để được giảm trừ mức đóng khi gia đình có nhiều thành viên cùng tham gia bảo hiểm y tế. Thực tế, rất nhiều địa phương, tổ chức, cá nhân đã đề xuất tăng tỷ lệ hỗ trợ đóng cho nhóm đối tượng này.

- Về cấp thẻ bảo hiểm y tế: Chưa có quy định cụ thể thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp đề nghị cấp thẻ điện tử và thực hiện qua cổng dịch vụ công.

- Về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế

+ Chi phí vận chuyển người bệnh theo quy định tại Nghị định số 146 được thanh toán theo định mức sử dụng xăng, dầu tính trên km. Tuy nhiên, trong thực tế các phương tiện vận chuyển có thể sử dụng dầu diesel hoặc các nhiên liệu khác. Bên cạnh đó hiện nay còn có các loại phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng xăng, dầu như xe điện… nhưng chưa có quy định cụ thể.

+ Hiện nay, quy định mức thanh toán trong trường hợp vận chuyển người bệnh khi sử dụng xe của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và khi người bệnh tự túc phương tiện tuy nhiên vẫn yêu cầu gửi hóa đơn, chứng từ chứng minh mất thêm nhiều thủ tục cho người bệnh.

+ Nghị định 02/2025/NĐ-CP quy định về lộ trình thực hiện và tỷ lệ mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản theo quy định tại điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế: trường hợp quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 “*từ ngày 01 tháng 01 năm 2025, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản đạt số điểm dưới 50 điểm hoặc được tạm xếp cấp cơ bản, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% mức hưởng*” chưa loại trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản 5 Điều 12 “*từ ngày 01 tháng 7 năm 2026, khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản mà trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 đã được cơ quan có thẩm quyền xác định là tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương hoặc tương đương tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương, người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 50% mức hưởng*” gây khó khăn, lúng túng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi áp dụng.

- Về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

+ Chưa có quy định về điều kiện hạ tầng công nghệ thông tin để bảo đảm kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

+ Quy định hiện hành hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm tế có thời hạn 1-3 năm. Việc ký lại hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngay cả khi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phát sinh thay đổi trong thực hiện nội dung hợp đồng gây thêm thủ tục hành chính phiền hà cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

+ Chưa quy định cụ thể các trường hợp cần ký phụ lục để bổ sung hợp đồng và hồ sơ ký phụ lục để sửa đổi, bổ sung hợp đồng.

+ Chưa quy định việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bổ sung thêm cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc ngoài khuôn viên.

+ Chưa quy định sự tham gia của trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập trong việc dự thảo hợp đồng và ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp cơ sở không đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

+ Thiếu nội dung cụ thể về tạm dừng hợp đồng trong một số trường hợp. Thiếu các quy định cụ thể về trách nhiệm của cơ quan bảo hiểm xã hội khi giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

+ Chưa quy định cụ thể về việc thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

+ Chưa quy định phương thức giải quyết tranh chấp về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Về phương thức thanh toán và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

+ Về phương thức thanh toán: Nghị định số 146 hiện hành quy định về phương thức thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh do cấp có thẩm quyền quy định và chi phí về thuốc, hóa chất, vật tư y tế, máu, chế phẩm máu chưa được tính vào giá dịch vụ được sử dụng cho người bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Nội dung này dẫn tới vướng mắc là các chi phí hao hụt, bảo quản theo quy định của thuốc, hóa chất, máu, chế phẩm máu và chi phí nguyên liệu, vật liệu, công cụ, dụng cụ trực tiếp để thực hiện dịch vụ kỹ thuật không được thanh toán do không sử dụng trực tiếp cho người bệnh mà hao tổn trong quá trình vận chuyển, bảo quản, hao hụt và chưa được tính trong giá dịch vụ.

+ Về thanh toán chi phí chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác: Việc quy định cần có hợp đồng nguyên tắc giữa cơ sở chuyển đi và cơ sở thực hiện dịch vụ cận lâm sàng trước khi chuyển mẫu bệnh phẩm hoặc người bệnh làm tăng thủ tục hành chính, gây khó khăn trong thực hiện. Trong thực tế có trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do một số điều kiện khách quan như thiết bị y tế bị hỏng đột ngột, phải chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm tới cơ sở khác để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng, tuy nhiên chưa có hợp đồng nguyên tắc được ký với cơ sở khác gây khó khăn trong tổ chức thực hiện, việc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng giữa các cơ sở khác nhau của cùng một bệnh viện, chuỗi bệnh viện có chung giám đốc… chưa có hướng dẫn cụ thể.

+ Chưa có quy định về thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bao gồm: Các trường hợp thu hồi, thẩm quyền quyết định thu hồi, quy trình, thủ tục thu hồi, chi phí thu hồi, trách nhiệm của các bên liên quan đối với chi phí khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi.

+ Về quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế: Trong một số trường hợp, người tham gia bảo hiểm y tế chưa được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế kịp thời khi thuộc các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế nhưng được lập danh sách và cấp thẻ bảo hiểm y tế chậm, muộn nhưng chưa có cơ chế thanh toán trực tiếp để bảo đảm quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế.

- Về điều kiện thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu:

+ Điều kiện về có ít nhất một người đủ điều kiện hành nghề khám bệnh, chữa bệnh để cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu khó khả thi và chưa phù hợp với điều kiện thực tế của cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế: Nghị định số 146 đã có quy định về ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, nội dung còn mang tính nguyên tắc, khái quát, chưa cụ thể để đáp ứng yêu cầu ứng dụng chuyển đổi số, ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiện nay.

- Một số nội dung đã được Luật quy định chi tiết, không giao Chính phủ quy định nhưng các Nghị định đã quy định lại để thuận lợi trong dẫn chiếu, theo dõi.

**2.2 Cơ sở thực tiễn khi thực hiện các quy định khác có liên quan**

- Quy định về thanh toán trong trường hợp điều chỉnh quy mô giường bệnh: Khoản 3 Điều 67 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP quy định về việc điều chỉnh quy mô giường bệnh, tuy nhiên, chưa quy định rõ việc điều chỉnh quy mô giường bệnh dưới 10% và không vượt quá 30 giường bao gồm của toàn bộ các khoa, phòng của bệnh viện hay của một hoặc nhiều khoa phòng trong bệnh viện, dẫn tới cách hiểu khác nhau, cần quy định thanh toán cụ thể, rõ ràng để không vướng mắc trong thanh toán tiền giường bệnh.

- Quy định thanh toán bảo hiểm y tế thực hiện trên các thiết bị y tế cho, tặng nhưng chưa thể xác lập sở hữu toàn dân trước ngày 04/3/2023:

Ngày 04/3/2023, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 30/NQ-CP về việc tiếp tục thực hiện các giải pháp bảo đảm thuốc, trang thiết bị y tế (Nghị quyết số 30/NQ-CP), trong đó khoản 4 của Nghị quyết Chính phủ đã quyết nghị *cho phép các cơ sở y tế được sử dụng các trang thiết bị y tế đã được cá nhân, tổ chức trong nước, nước ngoài hiến, biếu, tặng cho, đóng góp, viện trợ, tài trợ (bao gồm các trang thiết bị y tế liên doanh, liên kết đã hết thời hạn hợp đồng) nhưng chưa hoàn thành thủ tục xác lập sở hữu toàn dân để khám bệnh, chữa bệnh, các dịch vụ kỹ thuật thực hiện bằng trang thiết bị y tế này được Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán.*  Nghị quyết có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký tức là từ ngày 04/3/2023. Nghị quyết được ban hành đã giải quyết được nhiều khó khăn, vướng mắc trong việc thiết thiết bị y tế phục vụ hoạt động khám, chữa bệnh do chưa xác lập sở hữu toàn dân theo quy định tại Nghị định số 29/2018/NĐ-CP ngày 05/3/2018 quy định trình tự, thủ tục xác lập quyền sở hữu toàn dân về tài sản và xử lý đối với tài sản được xác lập quyền sở hữu toàn dân (Nghị định số 29), đồng thời giải quyết khó khăn, vướng mắc trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện trên các thiết bị y tế cho, tặng nhưng do một số nguyên nhân khách quan, chủ quan chưa thể xác lập sở hữu toàn dân, tháo gỡ nhiều khó khăn, vướng mắc cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Để hạn chế các vướng mắc này, tại khoản 4 Điều 118 của Nghị định số 96/2023/NĐ-CP tiếp tục quy định tài sản, phương tiện và hiện vật (sau đây gọi chung là tài sản) được tài trợ nhưng chưa hoàn thành thủ tục xác lập quyền sở hữu toàn dân được sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh và chi phí khám bệnh, chữa bệnh có sử dụng các tài sản này được thu của người bệnh hoặc được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Tuy nhiên, chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực hiện trên các tài sản chưa hoàn thành xác lập sở hữu toàn dân trước ngày 04/3/2023 vẫn chưa được giải quyết. Thời điểm ban hành Nghị quyết số 30/NQ-CP và Nghị định số 96/2023/NĐ-CP, Bộ Y tế chưa thống kê được số liệu đầy đủ của các khó khăn, vướng mắc này, nên chưa có phương án đề xuất quy định cho thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện trên các tài sản được cho, tặng chưa hoàn thành xác lập sở hữu toàn dân từ ngày 04/3/2023 trở về trước.

Theo số liệu thống kê của Bảo hiểm xã hội Việt Nam tại Công văn số 3937/BHXH-CSYT ngày 01/11/2024, tổng số chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thực hiện trên các thiết bị y tế chưa xác lập sở hữu toàn dân theo Nghị định số 29/2018/NĐ-CP tới trước ngày 04/3/2023 khoảng 660 tỷ đồng tại 47 tỉnh, thành phố trưc thuộc trung ương. Các chi phí này đã được thực hiện cho người tham gia bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm về chất lượng của dịch vụ đã cung cấp.

- Quy định thanh toán thuốc, thiết bị y tế, hóa chất đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân:

Khoản 3 Điều 95 Nghị định số 24/2024/NĐ-CP quy định về việc thanh toán chi phí mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế cho các cơ sở y tế khám bệnh chữa bệnh tư nhân:

“*3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân sử dụng thuốc thuộc danh mục thuốc do quỹ bảo hiểm y tế chi trả để phục vụ công tác khám chữa bệnh thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo giá thuốc mua vào nhưng không vượt đơn giá trúng thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* ***công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương*** *hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* ***cùng cấp chuyên môn kỹ thuật*** *trên cùng địa bàn của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính.*

*Trường hợp không có đơn giá trúng thầu trên cùng địa bàn nêu trên, việc xác định đơn giá để thanh toán căn cứ theo đơn giá trúng thầu của thuốc cùng tên thương mại, hãng sản xuất, xuất xứ, nồng độ, hàm lượng, đường dùng, cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật, dạng bào chế, đơn vị tính theo thứ tự ưu tiên như sau:*

*a) Kết quả mua sắm tập trung quốc gia, kết quả đàm phán giá;*

*b) Kết quả mua sắm tập trung trên địa bàn;*

*c) Kết quả đấu thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn lân cận;*

*d) Kết quả đấu thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập tuyến tỉnh, tuyến trung ương hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trên địa bàn Thành phố Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh*”.

Tuy nhiên, hiện nay hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không còn được phân chia theo tuyến mà chia theo cấp khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng một cấp có thể bao gồm nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà trước đây ở các tuyến khác nhau như tuyến huyện, tỉnh, trung ương. Bên cạnh đó, trong trường hợp thuốc, TBYT không có trúng thầu các cơ sở khám bệnh chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật cũng không có cơ sở để áp giá thanh toán. Vì vậy, quy định hiện hành gây khó khăn trong việc lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập trong cùng cấp để áp giá thanh toán thuốc, thiết bị y tế do có nhiều gói thầu của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có quy mô khác nhau trong cùng cấp chuyên môn kỹ thuật.

Do đó, cần xem xét, điều chỉnh quy định này để giải quyết khó khăn, vướng mắc cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân trong cả nước.

- Quy định về thanh toán đối với trong trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định và thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đó.

Khoản 2 Điều 7 Thông tư số 22/2023/TT-BYT ngày 11/7/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trong toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp, quy định đối với các dịch vụ kỹ thuật đã được cơ quan có thẩm quyền (các Bộ, cơ quan trung ương đối với đơn vị thuộc trung ương quản lý, Sở Y tế đối với đơn vị thuộc địa phương quản lý) phê duyệt danh mục dịch vụ kỹ thuật (trừ các dịch vụ chăm sóc đã tính trong chi phí ngày giường điều trị, các dịch vụ là một công đoạn đã được tính trong chi phí của dịch vụ khác) nhưng chưa được quy định mức giá; các dịch vụ kỹ thuật đã được chỉ định thực hiện nhưng vì nguyên nhân diễn biến bệnh hoặc thể trạng người bệnh nên không thể tiếp tục thực hiện được kỹ thuật đã chỉ định: thanh toán theo số lượng thực tế các loại thuốc, vật tư đã sử dụng cho người bệnh và giá mua theo quy định của pháp luật. Vì vậy, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chưa được thanh toán tiền lương, tiền công, phụ cấp, các khoản đóng góp và phụ cấp phẫu thuật, thủ thuật khi thực hiện dịch vụ kỹ thuật chưa hoàn thành. Bên cạnh đó, hiện nay Thông tư số 22/2023/TT-BYT cũng đã hết hiệu lực vì vậy cần có quy định nội dung thanh toán này tại Nghị định.

Trên cơ sở các yêu cầu cần sửa đổi, bổ sung Nghị định số 146 và Nghị định số 75 và các nội dung Luật số 51/2024/QH15 ngày 27 tháng 11 năm 2024 giao Chính phủ quy định và quy định chi tiết, có hiệu lực thi hành từ 01 tháng 01 năm 2025, Bộ Y tế đã trình Chính phủ ban hành Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế, đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ. Tuy nhiên, do thời gian xây dựng gấp, Nghị định số 02 chỉ tập trung sửa đổi các quy định liên quan tới tuyến, hạng tại các điều khoản sẽ hết hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh và quy định một số nội dung Luật số 51/2024/QH15 có hiệu lực từ 01 tháng 01 năm 2025. Do đó, một số khó khăn, bất cập nêu trên tại Nghị định số 146 và Nghị định số 75 chưa được nghiên cứu, sửa đổi, bổ sung để khắc phục các khó khăn, vướng mắc đã nêu trên, đồng thời, một số nội dung tại Nghị định số 02 cũng cần bổ sung làm rõ để tránh cách hiểu khác nhau.

Trên cơ sở lý luận và thực tiễn nêu trên, việc rà soát xây dựng 01 Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế thay thế Nghị định số 146 và Nghị định 75 và Nghị định số 02 là cần thiết để hướng dẫn các nội dung Luật số 51/2024/QH15 giao Chính phủ quy định chi tiết đồng thời khắc phục các khó khăn, vướng mắc, bất cập nêu trên. Việc thay thế 03 Nghị định hướng dẫn Luật bằng 01 Nghị định chung cũng sẽ giúp tạo thuận lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội trong quá trình tổ chức thực hiện Luật Bảo hiểm y tế.

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

**1. Mục đích**

- Quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế bao gồm các nội dung được Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 27/11/2024 giao Chính phủ quy định chi tiết có hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2025.

- Đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023 và Nghị định 96/2023/NĐ-CP ngày 30/12/2023 của Chính phủ.

- Khắc phục các khó khăn, vướng mắc, bất cập trong quá trình thực hiện các Nghị định hướng dẫn thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, các khó khăn, vướng mắc của pháp luật có liên quan tới khám, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhằm thực hiện tốt chính sách, pháp Luật Bảo hiểm y tế, tăng cường quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế; bảo đảm thống nhất với Luật Khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 và các luật, quy định có liên quan.

**2. Quan điểm xây dựng Nghị định**

- Chỉ quy định các nội dung Luật giao Chính phủ quy định và quy định chi tiết mà Luật Bảo hiểm y tế và pháp luật có liên quan chưa quy định cụ thể;

- Không quy định lặp lại các nội dung các Luật, Pháp Lệnh, Nghị định của Chính phủ đã quy định rõ ràng để tổ chức thực hiện.

- Bảo đảm thực hiện tốt chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế an toàn, hiệu quả nhằm bảo đảm chính sách an sinh xã hội được thực hiện ổn định, bền vững.

- Cải cách thủ tục hành chính, tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin nhằm giảm thủ tục hành chính, giảm phiền hà cho người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội.

**III. PHẠM VI ĐIỀU CHỈNH VÀ ĐỐI TƯỢNG ÁP DỤNG CỦA DỰ THẢO NGHỊ ĐỊNH**

1. Nghị định tập trung quy định một số nội dung của Luật Bảo hiểm y tế giao Chính phủ quy định chi tiết có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2024, trong đó có bổ sung một số điều khoản mới và sửa đổi, bổ sung các nội dung đã được quy định tại Nghị định số 146, Nghị định số 75 và Nghị định số 02 (Phụ lục kèm theo), cụ thể:

a) Quy định về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a khoản 7 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế;

b) Quy định về mức tham chiếu theo quy định tại khoản 9 Điều 2 và mức đóng, mức hỗ trợ đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm đ, e khoản 1 và khoản 7 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế;

c) Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điện tử tại khoản 3 Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế;

d) Quy định vềphạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm a và điểm c khoản 3 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế;

đ) Quy định vềmức hưởng bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm b khoản 1, điểm e và điểm h khoản 4; trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu theo quy định tại khoản 6 và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế;

e) Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 24 và Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế;

g) Quy định chi tiết về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại khoản 1 Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế;

h) Quy định chi tiết về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Điều 30 của Luật Bảo hiểm y tế;

i) Quy định chi tiết về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại điểm c khoản 2, khoản 3 Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế;

k) Quy định về quản lý quỹ bảo hiểm y tế, quyết định nguồn tài chính để bảo đảm việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp mất cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế tại khoản 2 Điều 34 của Luật Bảo hiểm y tế;

l) Quy định chi tiết về phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tếvà quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế tại Điều 35 của Luật Bảo hiểm y tế;

m) Quy định chi tiết về trốn đóng bảo hiểm y tế và quy định các trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế tại Điều 48b của Luật Bảo hiểm y tế;

n) Quy định chi tiết về xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế tại điểm a khoản 2, điểm a khoản 3 và khoản 4 Điều 49 của Luật Bảo hiểm y tế;

o) Quy định chuyển tiếp đối với việc thực hiện hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 mà còn hiệu lực sau ngày 01 tháng 7 năm 2025.

**2. Đối tượng áp dụng**

a) Nghị định này áp dụng đối với tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế.

b) Nghị định này không áp dụng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an.

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

Bộ Y tế phối hợp với các Bộ, ngành, địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng, hoàn thiện dự thảo Nghị định theo đúng trình tự, thủ tục quy định của Luật Ban hành văn bản quy phạm pháp luật, cụ thể:

1. Tổng kết, đánh giá việc thực hiện Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17/10/2018 của Chính phủ quy định và quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi bổ sung bởi Nghị định số 75/2023/NĐ-CP và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP của Chính phủ và rà soát, nghiên cứu các nội dung Luật Bảo hiểm y tế giao Chính phủ quy đinh và quy định chi tiết, các nội dung cần quy định biện pháp thi hành; rà soát hệ thống pháp luật có liên quan đến bảo hiểm y tế và kinh nghiệm thực hiện bảo hiểm y tế trên thế giới.

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

3. Thành lập Ban Soạn thảo, Tổ Biên tập với sự tham gia của các Bộ, ngành, cơ quan, tổ chức có liên quan để nghiên cứu xây dựng dự thảo Nghị định.

4. Dự thảo Nghị định đã được gửi xin ý kiến các bộ ngành, địa phương, cơ quan, tổ chức có liên quan, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đăng tải trên Cổng thông tin điện tử của Chính phủ và của Bộ Y tế để xin ý kiến rộng rãi của các cơ quan, tổ chức, cá nhân và đối tượng chịu sự tác động theo quy định.

5. Tổ chức các cuộc họp của Ban Soạn thảo, Tổ Biên tập, tổ chức nhiều hội thảo, hội nghị xin ý kiến góp ý trực tiếp và trực tuyến với các bộ, ngành, địa phương, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, chuyên gia.

Các ý kiến góp ý của các cơ quan, tổ chức đã được Bộ Y tế tổng hợp, nghiên cứu, tiếp thu tối đa, giải trình đầy đủ để hoàn thiện hồ sơ dự thảo Nghị định trình Chính phủ.

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

**1. Bố cục của dự thảo Nghị định**

Dự thảo Nghị định được bố cục thành 12 Chương và 76 Điều.

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

*Nội dung của dự thảo Nghị định được thể hiện gồm 3 nhóm nội dung cơ bản, được được thể hiện qua các nhóm chính sách, cụ thể như sau:*

- Các nội dung quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều Luật số 51/2024/QH15 giao Chính phủ quy định, có hiệu lực thi hành từ 01 tháng 7 năm 2025.

- Các nội dung nhằm sửa đổi, bổ sung các quy định tại Nghị định số 146, Nghị định 75 và Nghị định số 02 để khắc phục các khó khăn, vướng mắc, các vấn đề phát sinh trong thực tiễn thực hiện chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế.

- Các nội dung hướng dẫn biện pháp thi hành nhằm tháo gỡ một số khó khăn, vướng mắc thực tế trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT và sửa đổi, bổ sung một số nội dung được quy định trong các văn bản quy phạm pháp luật khác mà có phát sinh những khó khăn, vướng mắc trong công tác khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Các nội dung chính của các nhóm chính sách, như sau:

a) Nhóm chính sách 1: Quy định về đối tượng, mức đóng, mức hỗ trợ đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế.

Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế: Dự thảo Nghị định quy định cụ thể các nhóm đối tượng đã được quy định tại các Nghị định của Chính phủ và chưa được quy định trong Luật Bảo hiểm y tế, các Luật, pháp lệnh khác. Không quy định lại các đối tượng đã được quy định cụ thể trong Luật Bảo hiểm y tế Pháp lệnh Cựu Chiến binh, Pháp lệnh ưu đãi người có công với các mạnh và các Nghị định hướng dẫn các văn bản này.

- Về mức đóng bảo hiểm y tế: Với tinh thần đã trình Luật số 51/2024/QH15, do hiện nay Quỹ bảo hiểm y tế vẫn đang kết dư và để ổn định môi trường đầu tư, kinh doanh cho các doanh nghiệp, do đó mức đóng bảo hiểm y tế của các nhóm đối tượng tiếp tục được quy định bằng 4,5% mức tiền lương tháng, tiền lương làm căn cứu đóng bảo hiểm xã hội, tiền lương hưu, mức lương cơ sở như quy định của Nghị định số 146.

- Về mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế từ ngân sách nhà nước: Quy định mức đóng của đối tượng nạn nhân theo quy định của Luật phòng, chống mua bán người quy định tại điểm i khoản 4 Điều 12 của Luật số 51 tối thiểu bằng 70% mức đóng, đối tượng người nghèo, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại các xã được xác định không còn thuộc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn thì được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ được giữ nguyên như quy định hiện hành của Nghị định số 75.

Quy định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho các nhóm đối tượng: Nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản; người hoạt động không chuyên trách ở thôn, tổ dân phố theo quy định của pháp luật; người tham gia lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở; nạn nhân bom mìn, vật nổ sau chiến tranh; Người được tặng danh hiệu Nghệ nhân nhân dân, Nghệ nhân ưu tú theo quy định của Luật Di sản văn hóa tối thiểu bằng 50% mức đóng.

Trong quá trình xây dựng dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, Bộ giáo dục và Đào tạo và nhiều địa phương, cử tri cả nước đã đề nghị tăng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế hoặc cho nhóm đối tượng này được linh hoạt tham gia theo hình thức hộ gia đình để được giảm trừ mức đóng đối với các gia đình có nhiều thành viên cùng tham gia bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, trong quá trình hoàn thiện Dự án Luật, Ủy ban Xã hội của Quốc hội đã có ý kiến đề nghị được giữ nguyên nhóm đối tượng này tham gia theo nhóm học sinh, sinh viên nhằm ổn định đối tượng và số lượng học sinh, sinh viên tham gia bảo hiểm y tế và đề nghị Chính phủ nâng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cho nhóm đối tượng này. Bên cạnh đó, Bộ Chính trị vừa quyết định thực hiện miễn toàn bộ học phí cho học sinh từ mầm non đến hết trung học phổ thông công lập trên cả nước. Trên cơ sở đó, để đáp ứng kiến nghị của các Đại biểu Quốc hội, cử tri, ý kiến của các Bộ, Ngành, địa phương và nhằm giảm bớt khó khăn cho các gia đình có học sinh tham gia bảo hiểm y tế, Bộ Y tế đề nghị nâng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng này lên 50% mức đóng đối với học sinh phổ thông từ lớp 1 tới lớp 12.

Tiếp tục quy định Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại điểm a khoản này.

b) Nhóm chính sách 2: Quy định về thẻ bảo hiểm y tế

Quy định về thẻ bảo hiểm y tế bao gồm các nội dung cụ thể về lập danh sách, thông tin thẻ bảo hiểm y tế, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế bản điện tử, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy, thời hạn thẻ có giá trị sử dụng để phù hợp với các quy định hiện hành của Luật Bảo hiểm y tế về thẻ bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế điện tử.

c) Nhóm chính sách 3: Quy định về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

- Về chi phí vận chuyển: Trên cơ sở vướng mắc, khó khăn trong thanh toán chi phí vận chuyển đã nêu ở trên, dự thảo Nghị định quy định cụ thể việc thanh toán chi phí vận chuyển theo mức thanh toán 0,2 lít xăng RON92 cho 01km. Đơn giá xăng RON92 theo công bố của cơ quan quản lý có thẩm quyền trên địa bàn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vận chuyển người bệnh tại thời điểm (giờ) vận chuyển người bệnh đi được ghi trên giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Dự thảo Nghị định cũng quy định cụ thể về thanh toán chi phí vận chuyển trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp dịch vụ vận chuyển chuyển người bệnh và trường hợp người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển nhằm thống nhất trong tổ chức thực hiện và giải quyết những vướng mắc hiện hành.

- Về đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 và mức chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh để hưởng mức hưởng 100% vẫn giữ như quy định của Nghị định 146 hiện hành đã được sửa đổi, bổ sung tại Nghị định số 75 và Nghị định số 02.

- Quy định cụ thể một số trường hợp về thời gian để tính tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục để áp dụng mức hưởng theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế; quy định thời điểm áp dụng mức hưởng bảo hiểm y tế trong trường hợp thay đổi mức hưởng được giữ như quy định hiện hành của các Nghị định.

- Về lộ trình thực hiện và tỷ lệ mức hưởng khi khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản theo quy định tại điểm e và điểm h khoản 4 Điều 22 của Luật Bảo hiểm y tế: Nội dung này đã được quy định cụ thể tại Nghị định số 02, tuy nhiên, qua phản ánh của một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, để tránh cách hiểu khác nhau, Bộ Y tế đã đề nghị Bộ Quốc phòng bổ sung vào Nghị định sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 70/2025/NĐ-CP ngày 01/9/2015 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của luật bảo hiểm y tế đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu nội dung sửa đổi, bổ sung Nghị định số 02 làm rõ nội dung tại điểm a khoản 5 Điều 14 được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 02/2025/NĐ-CP để thống nhất với điểm c khoản 5 Điều 14.

- Quy định về mức hưởng đối với trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu về cơ bản giữ nguyên như quy định hiện hành.

d) Nhóm chính sách 4: Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Thực hiện quy định của Luật số 51/2024/QH15, trên cơ sở kế thừa các quy định hiện hành về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh, dự thảo đã sửa đổi, bổ sung các quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhằm khắc phục các khó khăn, vướng mắc, phù hợp với quy định của Luật Bảo hiểm y tế, Luật Khám bệnh, chữa bệnh và thực tiễn phát sinh bao gồm:

- Quy định về điều kiện ký hợp đồng trong đó có điều kiện về hạ tầng công nghệ thông tin để bảo đảm kết nối, liên thông dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí KCB BHYT.

- Quy định cụ thể về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, nội dung của hợp đồng, các trường hợp ký hợp đồng, ký phụ lục để sửa đối, bổ sung hợp đồng và hồ sơ ký phụ lục để sửa đổi, bổ sung hợp đồng; các trường hợp cơ sở KCB chỉ phải thông báo để cơ quan bảo hiểm xã hội biết mà không phải ký bổ sung phụ lục hợp đồng.

- Quy định về ký hợp đồng KCB BHYT tại trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực, trong đó có quy định về trách nhiệm của ủy ban nhân dân tỉnh trong việc quyết định trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập, phòng khám đa khoa khu vực có con dấu, tài khoản riêng để thực hiện ký hợp đồng trực tiếp và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm y tế.

- Quy định sự tham gia của trạm y tế xã, phường, nhà hộ sinh công lập trong việc dự thảo hợp đồng và ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp cơ sở không đủ điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Quy định nội dung cụ thể về tạm dừng hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong một số trường hợp.

- Quy định cụ thể về việc thanh lý hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Quy định phương thức giải quyết tranh chấp về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Quy định về quyền và trách nhiệm của các bệnh trong thực hiện hợp đồng. Phương thức giải quyết tranh chấp trong thực hiện hợp đồng.

e) Nhóm chính sách 5. Quy định về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

Về cơ bản, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữ nguyên như quy định tại Nghị định số 02 và có chỉnh sửa để phù hợp với thực tế phát sinh như quy định đối tượng công an, quân đội, cơ yếu chưa được cấp thẻ điện tử, chưa có dữ liệu thẻ điện tử thì khi đi khám bệnh, chữa bệnh phải trình thẻ giấy; quy định cụ thể thủ tục khi người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh nhưng hệ thống công nghệ thông tin, internet gặp lỗi và không tra cứu được thông tin về thẻ bảo hiểm y tế của người bệnh...

g) Nhóm chính sách 6: Quy định về phương thức thanh toán và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Về phương thức thanh toán theo giá dich vụ: Được sửa đổi theo hướng là phương thức thanh toán dựa trên chi phí sử dụng trong khám bệnh chữa bệnh bao gồm cả chi phí hao hụt, bảo quản để làm cơ sở thanh toán các chi phí này nếu chưa được tính trong chi phí quản lý cấu thành nên giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

- Quy định các nguyên tắc của phương thức thanh toán theo định suất, thanh toán theo nhóm chẩn đoán DRG

- Quy định về việc áp dụng các phương thức thanh toán.

h) Nhóm chính sách 7: Quy định về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh

- Trên cơ sở quy định của Luật số 51 giao, dự thảo Nghị định quy định cụ thể về thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong đó bao gồm các trường hợp được xác định là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có sẵn thuốc, thiết bị y tế tại thời điểm kê đơn, chỉ định và không thể thay thế bằng thuốc, thiết bị y tế khác và nguyên nhân của các trường hợp đó làm cơ sở được điều chuyển thuốc; Thẩm quyền quyết định trường hợp được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác; Việc điều chuyển và thanh toán thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển.

- Trên cơ sở các quy định hiện hành về thanh toán chi phí đối với việc chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm đến cơ sở khác đủ điều kiện để thực hiện dịch vụ cận lâm sàng, dự thảo Nghị định đã quy định theo hướng khắc phục các khó khăn, vướng mắc hiện tại và phù hợp với thực tế hiện nay.

- Dự thảo Nghị định tiếp tục quy định có chỉnh sửa, bổ sung việc quy định thanh toán trong một số trường hợp, bao gồm một số nội dung kế thừa của Nghị định số 146, Nghị định 75, Nghị định số 02 và có chỉnh sửa cho phù hợp. Đồng thời, bổ sung quy định thanh toán trong một số trường hợp để giải quyết các khó khăn, bất cập hiện hành bao gồm: điều chỉnh quy mô giường bệnh; thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã thực hiện trên tài sản, phương tiện và hiện vật được tài trợ nhưng chưa hoàn thành thủ tục xác lập quyền sở hữu toàn dân trong giai đoạn trước ngày 04 tháng 3 năm 2023; thanh toán chi phí mua thuốc, hóa chất, vật tư xét nghiệm, thiết bị y tế cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân; các trường hợp, thẩm quyền, quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; trách nhiệm của các bên liên quan trong việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

- Về cơ bản, nội dung thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế giữ nguyên như quy định tại Nghị định số 146, Nghị định 75. Có bổ sung trường hợp thanh toán chi phí trong thời gian kể từ ngày được xác định thuộc đối tượng do ngân sách nhà nước đóng bảo hiểm y tế nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế, để bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế trong trường hợp được ngân sách nhà nước mua thẻ bảo hiểm y tế nhưng được cấp thẻ muộn.

- Dự thảo Nghị định bổ sung quy định về sử dụng nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã: Đã có nhiều chủ trương, nghị quyết của Đảng và Nhà nước để phát triển y tế cơ sở, tuy nhiên theo quy định hiện hành, trạm y tế xã chưa có cơ chế để sử dụng được nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nên chưa có khuyến khích trạm y tế tăng cường trách nhiệm trong việc cung ứng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Vì vậy, dự thảo Nghị định đã bổ sung quy địnhvề nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được hạch toán riêng cho từng trạm y tế xã và ngân sách nhà nước bảo đảm chi trả tiền lương cho nhân viên y tế tại trạm y tế xã. Chi phí tiền lương, tiền công, chi phí quản lý được kết cấu trong giá dịch vụ y tế được giữ lại trạm y tế xã để chi thu nhập tăng thêm cho người lao động tại trạm y tế xã và không khấu trừ vào tiền lương, phụ cấp.

i) Nhóm chính sách 8: Quy định về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Về cơ bản, dự thảo Nghị định giữ nguyên các quy định về phân bổ, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế, dự thảo Nghị định điều chỉnh tỷ lệ phân bổ quỹ bảo hiểm y tế theo quy định của Luật số 51/2024/QH15.

- Dự thảo Nghị định sửa đổi điều kiện về nhân viên làm công tác y tế trong cơ quan, đơn vị, trường học theo hướng có đủ điều kiện làm việc chuyên trách hoặc kiêm nhiệm trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu theo quy định để khắc phục khó khăn về quy định phải có ít nhất một người đủ điều kiện hành nghề khám bệnh, chữa bệnh để cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế để thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Dự thảo sửa đổi quy định về lập kế hoạch tài chính và quyết toán thu, chi quỹ bảo hiểm y tế để phù hợp với mô hình tổ chức hiện nay của bảo hiểm xã hội Việt Nam.

- Dự thảo Nghị định bổ sung quy định về trốn đóng BHYT và xử lý vi phạm về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật số 51/2024/QH15.

k) Nhóm chính sách 9: Quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế

Về cơ bản, dự thảo Nghị định giữ nguyên các quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế của Nghị định số 146, có bổ sung làm rõ các nội dung về ứng dụng công nghệ thông tin, kinh phí thực hiện, các hành vi nghiêm cấm và trách nhiệm của các cơ quan, đơn vị liên quan về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế.

**VI. DỰ KIẾN NGUỒN LỰC, ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM CHO VIỆC THI HÀNH VĂN BẢN SAU KHI ĐƯỢC THÔNG QUA**

Tại báo cáo đánh giá tác động đã dự kiến nguồn lực tăng thêm và đánh giá, phân tích chi phí, hiệu quả cho thấy có tính khả thi và đủ nguồn lực để thực hiện các quy định tại dự thảo Nghị định. Đồng thời, trong quá trình xây dựng Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã đánh giá tác động của các chính sách, trong đó bao gồm các chính sách được quy định trong dự thảo Nghị định này dự kiến nguồn lực tăng thêm và đánh giá, phân tích chi phí, hiệu quả cho thấy có tính khả thi và đủ nguồn lực để thực hiện.

Về việc hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế cho học sinh phổ thông, để đáp ứng kiến nghị của các Đại biểu Quốc hội, cử tri, ý kiến của các Bộ, Ngành, địa phương và nhằm giảm bớt khó khăn cho các gia đình có học sinh tham gia bảo hiểm y tế, Bộ Y tế đề nghị nâng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng học sinh từ lớp 1 đến hết trung học phổ thông từ 30% lên 50% mức đóng. Dự kiến ngân sách nhà nước tăng lên khoảng 3.539 tỷ đồng/năm.

Như vậy, với các quy định trong dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế khi được triển khai thực hiện dự kiến không gây ảnh hưởng tiêu cực và bảo đảm cân đối thu - chi quỹ bảo hiểm y tế.

Bên cạnh đó, khi Nghị định được ban hành với các chính sách, quy định được sửa đổi bổ sung theo đề xuất sẽ bảo đảm tính đồng bộ với các văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh, nâng cao hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ, bảo đảm quyền, lợi ích của người tham gia bảo hiểm y tế, tạo thuận lợi cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, khắc phục được các vướng mắc, bất cập giữa các văn bản quy phạm pháp luật trong tổ chức thực hiện.

**VII. NHỮNG VẤN ĐỀ XIN Ý KIẾN**

Trên cơ sở kiến nghị của các Đại biểu Quốc hội, cử tri, ý kiến của các Bộ, Ngành, địa phương trong quá trình xây dựng Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế và nhằm giảm bớt khó khăn cho các gia đình có học sinh tham gia bảo hiểm y tế, Bộ Y tế xin ý kiến Chính phủ về việc nâng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng học sinh từ lớp 1 đến hết trung học phổ thông từ 30% tăng lên 50% mức đóng.

Trên đây là Tờ trình của Bộ Y tế về việc xây dựng dự thảo Nghị định, Bộ Y tế kính trình Chính phủ xem xét, quyết định.

*(các tài liệu theo quy định xin được gửi kèm theo)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như trên;  - Thủ tướng Chính phủ (để báo cáo);  - Các Đ/c Phó Thủ tướng (để báo cáo);  - Đ/c Bộ trưởng Đào Hồng Lan (để báo cáo);  - Các đ/c Thứ trưởng;  - Văn phòng Chính phủ;  - Bộ Tư pháp, Bộ Tài chính;  - Lưu: VT, BH. | **KT. BỘ TRƯỞNG**  **THỨ TRƯỞNG**  **Trần Văn Thuấn** |