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

**BÁO CÁO**

**Đánh giá tác động chính sách của dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế**

Kính gửi: Chính phủ

*(Hồ sơ gửi Bộ Tư pháp để thẩm định)*

**A. XÁC ĐỊNH VẤN ĐỀ**

**I. Bối cảnh xây dựng dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.**

Ngày 27/11/2024, Quốc hội đã thông qua Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, trong đó có một số nội dung giao Chính phủ quy định và quy định chi tiết.

Bộ Y tế đang chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan xây dựng Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, dự kiến sẽ thay thế cho Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 18 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ.

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 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, Nghị định số 75 và Nghị định số 02 đã bộc lộ một số hạn chế, vướng mắc, bất cập, cần được điều chỉnh, cụ thể như sau:

a) Những hạn chế, vướng mắc, bất cập liên quan đến các quy định pháp luật về bảo hiểm y tế

- 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 như nạn nhân bom mìn; thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu; nạn nhân bom mìn vật nổ sau chiến tranh cần quy định cụ thể mức hỗ trợ 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 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 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 chongười 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.

b) Những hạn chế, vướng mắc, bất cập 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 về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các dịch vụ kỹ thuật do nhân viên của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển giao kỹ thuật:

Nghị định 146 quy định quỹ bảo hiểm y tế thanh toán đối với các trường hợp dịch vụ kỹ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận chuyển giao kỹ thuật theo mức giá dịch vụ đã được phê duyệt. Tuy nhiên, chưa có quy định cụ thể về số lượng được thanh toán theo hợp đồng chuyển giao hoặc quyết định của cơ quan có thẩm quyền phê duyệt triển khai thí điểm, chuyển giao kỹ thuật, vì vậy, nội dung này đang xảy ra vướng mắc trong thực tiễn.

- 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, 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, 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 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 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 đ*ối 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 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, 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.

Quá trình xây dựng Nghị định, Bộ Y tế đã phối hợp với Bộ Tài chính, Bảo hiểm Xã hội Việt Nam và các bộ, cơ quan, tổ chức liên quan thực hiện việc đánh giá tác động chính sách để làm cơ sở xây dựng dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

**II. Mục tiêu xây dựng chính sách**

**1. Mục tiêu chung:**

- 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. Mục tiêu cụ thể:**

Nghị định tập trung quy định chi tiết một số nội dung của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều Luật Bảo hiểm y tế năm 2024, 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.

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

**I. Các nhóm chính sách để thực hiện mục tiêu**

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

2. Nhóm chính sách 2: Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế.

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

4. Nhóm chính sách 4: Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

5. Nhóm chính sách 5. Quy định về phương thức thanh toán và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

6. Nhóm chính sách 6: Quy định về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

7. Nhóm chính sách 7: Quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế.

**II. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với đối tượng chịu sự tác động trực tiếp của chính sách và các đối tượng khác có liên quan**

**1. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 1.**

**1.1 Giải pháp để thực hiện 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.

- Về mức đóng bảo hiểm y tế: Với tinh thần đã trình Luật số 51, do hiện nay Quỹ bảo hiểm y tế vẫn đang kết dư, do đó mức đóng bảo hiểm y tế cho 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: Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng nạn nhân mua, bán người. Thời gian hỗ trợ là 01 năm kể từ khi họ được cơ quan có thẩm quyền xác nhận là nạn nhân theo quy định của Luật Phòng, chống mua bán người. Các 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; 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.

Quy định nâng mức hỗ trợ tối thiểu từ 30% lên 50% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng 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.

**1.2. Đánh giá tác động**

1.2.1. Tác động về kinh tế

1.2.1.1 Tác động đối với Nhà nước*:*

a) Tác động tích cực:

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

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp này chủ yếu 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. Đối với hầu hết các nhóm đối tượng hầu như không làm tăng chi từ ngân sách nhà nước để đóng cho các nhóm đối tượng được cập nhật. Chủ yếu tác động ngân sách nhà nước tăng lên bổ sung các nhóm đối tượng mới được ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ mức đóng, cụ thể như sau:

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

- Đối tượng nạn nhân theo quy định của Luật Phòng, chống mua bán người: Tăng chi ngân sách nhà nước để mua thẻ cho đối tượng này. Theo báo cáo tình hình, kết quả công tác phòng, chống tội phạm, phòng, chống mua bán người năm 2024 cả nước có 500 nạn nhân. Ước mỗi năm có khoảng 500 đối tượng này trong cả nước, với mức hỗ trợ thẻ là 70%, mức đóng 4,5% của lương cơ sở hiện nay là 2.340.000 đồng, dự kiến ngân sách cần chi trả tối đa cho đối tượng này là 442.260.000 đồng (đối tượng tự đóng 189.540.000 đồng).

- Đối tượng học sinh phổ thông từ lớp 1 tới lớp 12: Tăng chi ngân sách nhà nước để mua thẻ cho đối tượng này do tăng mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước từ 30% lên 50%. Theo báo cáo của Bảo hiểm xã hội Việt Nam, năm 2024 cả nước có 16.389.583 người là đối tượng học sinh, sinh viên trong nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng, trong đó có 2.024.645 là sinh viên. Như vậy, tổng số nhóm học sinh là 14.364.938. Với mức hỗ trợ nâng từ 30% lên 50% - tức ngân sách nhà nước hỗ trợ nhóm học sinh tăng 20%, mức đóng 4,5% của lương cơ sở hiện tại là 2.340.000 đồng thì dự kiến ngân sách nhà nước cần chi trả thêm là 3.630.307.100.000 đồng

1.2.1.2 Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

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

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

b) Tác động tiêu cực:

Dự thảo Nghị định quy định cụ thể mức đóng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng cho các nhóm đối tượng, vì vậy chính sách có tác động lên doanh nghiệp. Bổ sung nhóm đối tượng mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng BHYT cho thân nhân người lao động. Tuy nhiên, việc tăng chi từ doanh nghiệp giúp thêm được nhiều thân nhân người lao động tham gia BHYT và tăng thu cho quỹ BHYT.

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

a) Tác động tích cực:

Việc 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 có thể giúp duy trì và tăng đối tượng tham gia bảo hiểm y tế từ đó tăng nguồn thu cho Quỹ bảo hiểm y tế, từ đó sẽ tác động tăng nguồn kinh phí khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực:

Việc quy định bổ sung thêm các nhóm đối tượng mới tham gia bảo hiểm y tế của dự thảo Nghị định 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.

b) Tác động tiêu cực:

Nghị định quy định cụ thể mức hỗ trợ từ ngân sách nhà mước cho đối tượng nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản. Cụ thể, đối tượng nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản được quy định tại điểm đ khoản 4 Điều 12 của Luật bảo hiểm y tế được ngân sách nước hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế. Quy định này có thể tăng chi cho Quỹ Bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, việc tăng chi này là cần thiết để bảo đảm chính sách an sinh xã hội.

1.2.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

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

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

- Đối với cán bộ y tế, việc tăng cung ứng dịch vụ y tế của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ có nguồn để tăng chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế. Người làm trong các lĩnh vực liên quan có thể tăng cơ hội việc làm và thu nhập do tiêu dùng dịch vụ, hàng hóa đi theo nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh. Bên cạnh đó, việc hỗ trợ mua thẻ BHYT cho cán bộ y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản sẽ là nguồn động viên, khích lệ đối với đối tượng này từ đó giúp cho việc công tác truyền thông, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân đặc biệt ngay tại cộng đồng ngày càng hiệu quả hơn.

b) Tác động tiêu cực:

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

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

Như vậy, chính sách có thể tác động lên người lao động do tăng trách nhiệm đóng BHYT cho người lao động, tuy nhiên nếu tham gia ở nhóm tự đóng hay hộ gia đình thì người lao động vẫn cần đóng BHYT mà không có sự hỗ trợ của ngân sách nhà nước. Vì vậy, nhìn chung chính sách sẽ có lợi hơn cho các nhóm đối tượng được ngân sách hỗ trợ thay vì phải tự tham gia.

1.2.2 Tác động về xã hội

1.2.2.1. Tác động tích cực:

- Bảo đảm chính sách an sinh xã hội, duy trì và từng bước tăng mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân, góp phần đạt được mục tiêu trên 95% dân số tham gia bảo hiểm y tế vào năm 2030. Khi được quy định bổ sung là đối tượng tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc theo nhóm người lao động và người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế sẽ tạo cơ hội để các đối tượng này tham gia bảo hiểm y tế thuận lợi hơn, có cơ chế tài chính bền vững phục vụ cho việc chăm sóc sức khỏe.. Việc bổ sung đối tượng nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản để bảo đảm đồng bộ về chính sách, công bằng giữa các đối tượng, bảo đảm an sinh xã hội đối với các đối tượng yếu thế, ở y tế cơ sở và tăng 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, nguồn thu nhập, chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế. Các lĩnh vực liên quan có thể tăng việc làm do tiêu dùng dịch vụ, hàng hóa đi theo nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh.

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

1.2.2.2. Tác động tiêu cực:

Giải pháp không có tác động tiêu cực.

1.2.3. Tác động về giới

1.2.3.1. Tác động tích cực:

Đối tượng nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản được quy định tại điểm đ khoản 4 Điều 12 của Luật bảo hiểm y tế được ngân sách nước hỗ trợ tối thiểu 50% mức đóng bảo hiểm y tế. Đây là một sự ưu tiên cho giới nữ. Với số liệu thống kê khoảng 948 cô đỡ thôn, bản chưa tham gia bảo hiểm y tế sẽ được hỗ trợ. Điều đó tác động tích cực đến đối tượng nữ giới là cô đỡ thôn, bản. Góp phần tăng khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho phụ nữ.

1.2.3.2. Tác động tiêu cực:

Không có tác động tiêu cực.

1.2.4. Tác động về thủ tục hành chính

a) Tác động tích cực: Không làm phát sinh thủ tục hành chính.

b) Tác động tiêu cực: Không có

1.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật

a) Tác động tích cực:

Giải pháp có tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật, bảo đảm được tính thống nhất đồng bộ với hệ thống pháp luật về bảo hiểm xã hội; khắc phục được khoảng trống và những hạn chế của pháp luật hiện hành.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

**2. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 2**

**2.1 Giải pháp để thực hiện chính sách 2: Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế**

Quy định về thẻ bảo hiểm y tế bao gồm các nội dung về lập danh sách, thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế, thời hạn thẻ có giá trị sử dụng: Dự thảo Nghị định quy định cụ thể, chi tiết về thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế.

**2.2. Đánh giá tác động**

2.2.1. Tác động về kinh tế

2.2.1.1 Tác động đối với Nhà nước:

a) Tác động tích cực:

Việc quy định cụ thể thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế sẽ giúp cho người dân dễ dàng và thuận tiện trong việc cấp thẻ. Người dân tiết kiệm được thời gian, công sức để thực hiện từ đó tác động tích cực đối với Nhà nước.

b) Tác động tiêu cực:

Không có

2.2.1.2 Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực:

Việc quy định cụ thể thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế giúp cho người lao động tiết kiệm được thời gian làm thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế, tập trung thời gian cho công việc. Tác động tích cực đến năng suất, hiệu quả hoạt động, doanh thu của doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực:

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

a) Tác động tích cực:

Việc quy định cụ thể thời hạn có giá trị sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế, giúp cho các đối tượng chủ động trong việc gia hạn thẻ tránh được khoảng trống thời gian sử dụng thẻ từ đó tăng nguồn thu cho Quỹ bảo hiểm y tế, từ đó sẽ tác động tăng nguồn kinh phí khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Tác động tiêu cực:

Giải pháp không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực:

Việc quy định cụ thể thủ tục cấp thẻ bảo hiểm y tế và thời gian có hiệu lực của thẻ bảo hiểm y tế sẽ giúp cho các đối tượng thuận lợi trong việc mua thẻ và gia hạn thẻ, do đó 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.

b) Tác động tiêu cực:

Không có

2.2.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

- Với quy định tại dự thảo Nghị định thì người dân thuận lợi trong việc cấp mới và điều chỉnh thông tin thẻ bảo hiểm y tế. Góp phần giảm thời gian chờ đợi, giảm chi phí đi lại cho người dân.

b) Tác động tiêu cực:

Không có

2.2.2. Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực:

- Bảo đảm chính sách an sinh xã hội, duy trì và từng bước tăng mức bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân, góp phần đạt được mục tiêu trên 95% dân số tham gia bảo hiểm y tế vào năm 2030.

- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế cho người dân 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.

b) Tác động tiêu cực:

- Giải pháp không có tác động tiêu cực.

2.2.3. Tác động về giới

Giải pháp không có tác động tích cực cũng không có tác động tiêu cực.

2.2.4. Tác động về thủ tục hành chính

Dự thảo Nghị định phát sinh thủ tục hành chính cấp thẻ bảo hiểm y tế bản giấy và bản điện tử.

2.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật

a) Tác động tích cực:

Giải pháp có tác động tích cực đối với hệ thống pháp luật, bảo đảm cho người dân thuận lợi trong thủ tục cấp và điều chỉnh thẻ bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

- Không có.

**3. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 3**

**3.1 Giải pháp để thực hiện chính sách 3**: **Quy định về Phạm vi được hưởng và mức hưởng 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.

- 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, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán:

+ Thanh toán chi phí vận chuyển cả chiều đi và về cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh theo đơn giá trên hóa đơn mua xăng hoặc dầu căn cứ theo loại xăng hoặc dầu thực tế tiêu thụ của phương tiện vận chuyển người bệnh nhưng không cao hơn mức giá xăng thanh toán quy định nêu trên.

+ Trường hợp phương tiện vận chuyển người bệnh không sử dụng xăng, dầu thì áp dụng mức thanh toán khoán theo định mức xăng RON92 quy định tại nêu trên.

+ Trường hợp có nhiều hơn 01 (một) người bệnh cùng được vận chuyển trên một phương tiện thì mức thanh toán cũng chỉ được tính như đối với vận chuyển 01 người bệnh.

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm tổng hợp toàn bộ chi phí này và thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội. Đại diện cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận người bệnh ký xác nhận trên phiếu điều xe của cơ sở chuyển người bệnh đi;

- Về thanh toán chi phí vận chuyển trong trường hợp người bệnh tự túc phương tiện vận chuyển, quỹ bảo hiểm y tế thanh toán như sau:

+ Thanh toán chi phí vận chuyển một chiều (chiều đi) theo hình thức khoán cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh theo mức thanh toán quy định tại điểm b khoản 2 Điều này;

+ Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ định chuyển người bệnh có trách nhiệm ghi nội dung người bệnh tự túc phương tiện trên phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bện;

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh tổng hợp chi phí thanh toán với quan bảo hiểm xã hội và hoàn trả chi phí cho người bệnh.

- 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 02.

- 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 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 và 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.

**3.2. Đánh giá tác động**

3.2.1. Tác động về kinh tế

3.2.1.1 Tác động đối với Nhà nước, quỹ bảo hiểm y tế

a) Tác động tích cực:

Quy định mở rộng quyền lợi thanh toán trong vận chuyển người bệnh trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và quy định về đối tượng không áp dụng tỷ lệ thanh toán theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế.

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

b) Tác động tiêu cực:

- Quỹ bảo hiểm y tế có thể tăng chi nhất định cho việc bổ sung quyền lợi:

+ Mở rộng thanh toán chi phí vận chuyển chuyển một số đối tượng người bệnh trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, năm 2023, cả nước có 129.706 lượt vận chuyển người bệnh được thanh toán BHYT, tổng chi phí Quỹ BHYT chi cho vận chuyển là 52,8 tỷ đồng, tức trung bình một chuyến vận chuyển được quỹ chi trả là 407.074 đồng/chuyến. Hiện nay, mức thanh toán 1km vận chuyển là 0,2 lít xăng cho 01 km quãng đường vận chuyển. Với giá xăng bình quân là 20.000 đồng/lít, tức mỗi km quãng đường quỹ BHYT đang thanh toán là 4.000 đồng. Như vậy, quỹ bảo hiểm y tế đang thanh toán bình quân cho một lần vận chuyển với quãng đường trung bình 1 lần là 100km. Vì vậy, khi dự thảo Nghị định mở rộng thanh toán là chi phí vận chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ gây tăng quỹ bảo hiểm y tế do hiện nay quy định đang chỉ chi trả chi phí vận chuyển từ tuyến huyện lên tỉnh và huyện lên trung ương. Các trường hợp vận chuyển từ tuyến huyện lên tỉnh và huyện lên trung ương chiếm đa số vì cả nước có 2.088 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện trong tổng số 2.830 cơ sở khám bệnh chữa bệnh BHYT. Trong bối cảnh chưa có đầy đủ dữ liệu về số lượt tăng, quãng đường tăng khi mở rộng quy định việc vận chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, vì vậy ước tính tác động ngân sách dự kiến là quỹ bảo hiểm y tế sẽ tăng gấp đôi chi phí hiện tại đang chi trả cho vận chuyển từ tuyến huyện lên tuyến trên, tức tăng 52,8 tỷ đồng cho một năm.

Phương án này sẽ được thực hiện song song với các biện pháp tăng cường công tác giám định, giảm lạm dụng, lãng phí, trục lợi để bảo đảm cân bằng quỹ. Tại báo cáo đánh giá tác động của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi bổ sung, một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã nêu cụ thể:

- Đến ngày 31 tháng 12 năm 2023, ước tính số tiền lũy kế quỹ dự phòng còn 48.366 tỷ. Đồng thời, trường hợp cần thiết, Chính phủ có thể xem xét điều chỉnh mức đóng trong dư địa 1,5% đang được Quốc hội giao cho Chính phủ và nếu cần có thể đề xuất Quốc hội cân đối thông qua sử dụng phần ngân sách Nhà nước giảm chi cho các đơn vị sự nghiệp thực hiện từ chủ tài chính, 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.

- Về cân đối thu - chi qua các năm 2024 và 2025: Về số thu, trong những năm gần đây chính sách tiền lương đã liên tục được tăng lên, qua đó giúp cho mức đóng BHYT liên tục tăng qua các năm, dẫn đến tăng thu cho quỹ BHYT. Theo ước tính việc tăng mức lương cơ sở từ 1.800 nghìn đồng lên 2.340 nghìn đồng từ ngày 01/7/2024 kèm theo dự kiến tăng tỷ lệ tham gia hàng năm là 1% thì tổng thu BHYT năm 2024 khoảng 140.000 tỷ đồng và năm 2025 là khoảng 154.000 tỷ đồng. Như vậy, thì chỉ trong 02 năm 2024 và 2025 Quỹ BHYT sẽ tăng thu lên ước tính 42.454 tỷ đồng so với năm 2023. Về số chi, khi phân tích đến việc tăng số lượt khám bệnh, chữa bệnh và tăng chi phí chi bình quân/lượt khám bệnh, chữa bệnh BHYT qua các năm, dẫn đến tổng chi BHYT năm 2024 khoảng 135.000 tỷ đồng và năm 2025 là khoảng 148.000 tỷ đồng. Do đó, dự kiến trong 02 năm 2023 và 2024 thì cân đối thu - chi trong 02 năm của 2024 và 2025 là 11.000 tỷ đồng. Như vậy, cùng với kết dư 40 nghìn tỷ đồng tính đến 31/12/2023, quỹ bảo hiểm y tế có thể bảo đảm cân đối khi tăng chi cho việc mở rộng quyền lợi vận chuyển của người bệnh. Như vậy, với nguồn kinh phí kết dư hiện có, việc kiểm soát mức tăng chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế hiệu quả và duy trì mức tăng thu bảo hiểm y tế Quỹ bảo hiểm y tế hoàn toàn có thể cân đối được khi mở rộng phạm vi quyền lợi. Bên cạnh đó, hiện Chính phủ, Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đang tăng cường các giải pháp quản lý, giám định, thanh tra, kiểm tra và ứng dụng công nghệ thông tin để giảm lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

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

3.2.1.2. 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.

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

a) Tác động tích cực:

- Tăng nguồn thu cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do mở rộng phạm vi hưởng cho người tham gia bảo hiểm y tế.

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

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

b) Tác động tiêu cực: Giải pháp không có ảnh hưởng đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

3.2.1.4. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

- Giải pháp giúp mở rộng quyền lợi về thanh toán chi phí vận chuyển cho người bệnh, từ đó giảm chi tiền túi cho người bệnh. Mỗi năm, theo ước tính quỹ BHYT chi trả tăng thêm 52,8 tỷ đồng cho chi phí vận chuyển. Như vậy, mỗi năm ước tính người bệnh sẽ giảm tổng chi phí cho vận chuyển là 52,8 tỷ đồng.

- Giải pháp quy định một số đối tượng được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và không áp dụng tỷ lệ thanh toán theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế. Đối tượng áp dụng là đối tượng những người có công, thương binh, bệnh binh. Đây là chính sách cần thiết đảm bảo đạo lý uống nước nhớ nguồn của dân tộc ta.

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

3.2.2 Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực:

Tăng mức độ tiếp cận của người dân với các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giảm các chi phí điều trị, chi phí đi lại, thời gian chờ đợi của người dân. Tạo niềm tin cho người dân đối với chính sách bảo hiểm y tế từ đó góp phần đạt mục tiêu tăng tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt mức trên 95% dân số. Thể hiện sự quan tâm của Nhà nước, góp phần bảo đảm an sinh xã hội, giảm các nguy cơ phát sinh các vấn đề xã hội. Đánh giá trên các khía cạnh cụ thể như sau:

- Về sức khỏe: Tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội. Tăng số năm sống khỏe mạnh của người dân do phát hiện và điều trị sớm giúp ngăn ngừa bệnh tật tiến triển.

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

- Về giảm nghèo: Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua hạn chế chi từ tiền túi của những người dân do tăng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế, giúp tiết kiệm chi phí điều trị bệnh nặng, tốn kém có thể làm suy giảm kinh tế nghiêm trọng từ đó giúp giảm nguy cơ đói nghèo. Bên cạnh đó, việc tăng sức khỏe và cơ hội việc làm cũng sẽ giúp người dân tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

- Việc ban hành chính sách cũng sẽ làm tăng tỷ lệ bao phủ người tham gia bảo hiểm y tế và tạo niềm tin cho người dân đối với chính sách bảo hiểm y tế; tăng cường năng lực cho y tế cơ sở, trạm y tế xã, góp phần giảm quá tải cho các cơ sở y tế nhất là cấp chăm sóc chuyên sâu.

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

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

3.2.3. Tác động về giới

a) Tác động tích cực: Giải pháp có tác động tích cực đến cả hai giới, không có tác động tiêu cực. Trong đó, việc ban hành chính sách sẽ tác động rất tích cực đến nhóm đối tượng người có công với cách mạng, thương binh, bệnh binh, trẻ em …bởi họ sẽ được bảo đảm nhiều quyền lợi liên quan, được hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh không áp dụng tỷ lệ thanh toán theo quy định tại điểm c khoản 2 Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực về giới.

3.2.4. Tác động về thủ tục hành chính

Giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính mới.

3.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật

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

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

**4. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 4**

**4.1. Giải pháp thực hiện chính sách 4**: **Quy định về hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

- 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 cụ thể các trường hợp cần ký phụ lục để sửa đối, bổ sung hợp đồng và hồ sơ ký phụ lục để sửa đổi, bổ sung hợp đồng.

- Quy định việc ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thêm cơ sở trực thuộc ngoài địa điểm.

- 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 thủ tục khám bệnh, chữa bệnh được giữ cơ bản như quy định tại Nghị định số 02.

**4.2. Đánh giá tác động**

4.2.1. Tác động về kinh tế

4.2.1.1. 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:

Không có

4.2.1.2 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.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

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

a) Tác động tích cực:

Tăng cường đầu tư hạ tầng công nghệ thông tin cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 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.

Tăng cường trách nhiệm 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.

Bảo đảm tài chính cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do quy định cụ thể việc ký hợp đồng bảo hiểm y tế, điều kiện thay đổi hợp đồng, các trường hợp tạm dừng hợp đồng, thanh lý hợp đồng 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 cơ quan bảo hiểm xã hội.

4.2.1.4. Tác động đối với quỹ bảo hiểm y tế:

a) Tác động tích cực:

Giảm nguy cơ lãng phí, lạm dụng, trục lợi quỹ 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 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4.2.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

Việc thực hiện đúng 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.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

4.2.2 Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực:

- 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.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

4.2.3. Tác động về giới:

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

4.2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Quy định phát sinh thủ tục ký hợp đồng khám bệnh chữa bệnh lần đầu và thủ tục sửa đổi, bổ sung hợp đồng.

4.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

a) Tác động tích cực

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

- Quy định của dự thảo Nghị địnhkhông 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.

b) 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.

**5.** **Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 5**

**5.1. Giải pháp thực hiện chính sách 5: 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: sửa đổi theo hướng là 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.

- 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

- 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 cơ bản được giữ nguyên như quy định tại Nghị định số 146, Nghị định 75. Dự thảo nghị định đã 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.

- Hiện nay, mặc dù 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.

**5.2. Đánh giá tác động**

5.2.1. Tác động về kinh tế

5.2.1.1. Tác động đối với Nhà nước*:*

a) Tác động tích cực:

Việc quy định cụ thể việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh, chi phí thuốc, thiết bị cho người tham gia bảo hiểm y tế sẽ góp phần 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, giữa người tham gia bảo hiểm y tế và cơ quan bảo hiểm xã hội.

b) Tác động tiêu cực:

Không có

5.2.1.2 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.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

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

a) Tác động tích cực:

Việc quy định thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh giữa cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sẽ góp phần đẩy nhanh tiến độ thanh toán cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Bên cạnh đó, việc quy định cụ thể các trường hợp, thẩm quyền, quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ giúp cho cơ sở khám bệnh chữa bệnh có biện pháp để hạn chế việc bị thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, 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.

b) Tác động tiêu cực:

Phát sinh chi phí cho việc thực hiện trách nhiệm các bên liên quan trong việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

5.2.1.4. Tác động đối với quỹ bảo hiểm y tế:

a) Tác động tích cực:

Việc quy định các phương thức thanh toán: Theo giá dịch vụ, theo định suất, theo nhóm chẩn đoán giúp đảm chi đúng, chi đủ cho chi khám khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Góp phần ổn định, cân đối quỹ bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực:

Việc quy định trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bệnh bảo hiểm y tế đối với người đã thay đổi thuộc nhóm đối tượng có mức hưởng bảo hiểm y tế cao hơn nhưng chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mới, cơ quan bảo hiểm xã hội thanh toán chi phí chi phí chênh lệch giữa hai mức hưởng trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế có thể làm tăng chi quỹ bảo hiểm y tế, tuy nhiên đây là quy định cần thiết để bảo đảm quyền lợi cho đối tượng.

Phát sinh chi phí cho việc thực hiện trách nhiệm các bên liên quan trong việc thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

5.2.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực:

Việc quy định cụ thể việc 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 và thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trực tiếp cho người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh chữa bệnh góp phần đảm bảo quyền lợi của người dân trong khám bệnh chữa bệnh.

Việc ban hành chính sách cũng có tác động đến giảm nghèo thông qua giảm chi từ tiền túi của những người dân.

b) Tác động tiêu cực: Không có.

5.2.2 Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực:

- 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 quy định các trường hợp thanh toán trực tiếp cho người tham gia bảo hiểm y tế góp phần 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.

b) Tác động tiêu cực:

Không có.

5.2.3. Tác động về giới:

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

5.2.4. Tác động về thủ tục hành chính:

Quy định phát sinh thủ tục thanh toán trực tiếp.

5.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật:

a) Tác động tích cực

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

- Quy định của dự thảo Nghị địnhkhông 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.

b) Tác động tiêu cực:

- Cần có thêm nguồn lực để xây dựng, quy định về mẫu hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp.

**6. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 6**

**6.1. Giải pháp thực hiện chính sách 6: Quy định về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế**

- Dự thảo Nghị định điều chỉnh tỷ lệ phân bổ quỹ bảo hiểm y tế so với Nghị định 146, 75 và 02 theo quy định của Luật số 51/2024/QH15: Dành 92% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho khám bệnh, chữa bệnh để chi trả các khoản chi phí thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và trích để lại cho các cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp có đủ điều kiện theo quy định tại Điều 62 Nghị định này; Dành 8% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng và chi tổ chức và hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế, được quy định như sau:

- Sửa đổi 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.

**6.2. Đánh giá tác động**

6.2.1. Tác động về kinh tế

6.2.1.1. 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 tác động tiêu cực.

6.2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực: Tác động tích cực đến các doanh nghiệp trong lĩnh vực cung ứng các dịch vụ, hàng hóa cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhờ tăng kinh phí khám chữa bệnh BHYT sẽ góp phần tăng nguồn cung ứng của doanh nghiệp. Tác động tích cực đến các doanh nghiệp trong lĩnh vực công nghệ thông tin, chuyển đổi số do tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ này của các cơ sở khám bệnh chữa bệnh. Việc phân bổ sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả để tăng kinh phí phân bổ cho khám bệnh, chữa bệnh sẽ góp phần tăng cường khả năng tiếp cận của người dân với các dịch vụ y tế có chất lượng từ đó làm giảm tỷ lệ mắc, điều trị các bệnh, tật. Điều này sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực và thông qua đó sẽ làm tăng năng suất, hiệu quả kinh doanh cho doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực: Tăng nguồn kinh phí chi cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong bối cảnh mức đóng bảo hiểm y tế còn thấp, nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người dân ngày càng tăng. Như báo cáo đánh giá tác động khi xây dựng Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế đã nêu: Việc điều chỉnh 1% tiền đóng bảo hiểm y tế từ chi phí quản lý (giảm từ 5% xuống 4% tiền đóng bảo hiểm y tế) sẽ được bổ sung ngay vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế từ đầu năm. Như vậy, mỗi năm khoảng 1.100 tỷ đồng (1% của 110.000 tỷ đồng) sẽ được phân bổ, điều tiết cho các cơ sở theo yêu cầu, nhiệm vụ. Việc sửa đổi 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 sẽ giúp nâng cao hiệu quả công tác khám bệnh chữa bệnh tại BHYT các cơ sở y tế do có them nguồn kinh phí để tổ chức, hoạt động.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

6.2.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế

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

b) Tác động tiêu cực:

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

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

6.2.1.5. Tác động đối với người dân:

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

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

6.2.2. Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực:

- Về sức khỏe: Tăng kinh phí chi cho khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, tăng chi cho các hoạt động quản lý quỹ bảo hiểm y tế của các cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế và tăng chất lượng dịch vụ y tế bảo đảm ngày một tốt hơn quyền lợi người bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Từ đó sẽ góp phần cũng như dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

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

- Việc thực hiện giải pháp không làm phát sinh thủ tục hành chính do là hoạt động điều phối kinh phí của quỹ bảo hiểm y tế. Giải pháp giúp giảm bớt khối tượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

6.2.3. 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.

6.2.4. 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 tượng thủ tục nội bộ trong quản lý, điều hành quỹ bảo hiểm y tế.

6.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật

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

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

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

- Quy định của dự thảo Nghị định 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.

**7. Giải pháp để thực hiện chính sách và đánh giá tác động của giải pháp đối với chính sách 7**

**7.1. Giải pháp thực hiện chính sách 7:** **ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế**

Ngoài những nội dung về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế đã được quy định trong Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, dự thảo Nghị định bổ sung một số nội dung sau:

- Nguyên tắc “bảo đảm khả năng kết nối liên thông, chia sẻ dữ liệu về bảo hiểm y tế với các hệ thống công nghệ thông tin khác” trong ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế.

- Các hành vi bị nghiêm cấm trong ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế và trách nhiệm của các cơ quan, đơn vị về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế.

**7.2. Đánh giá tác động**

7.2.1. Tác động về kinh tế

7.2.1.1. Tác động đối với Nhà nước:

a) Tác động tích cực: Phương án giúp giảm thời gian, nhân lực, chi phí để thực hiện lại các kết quả cận lâm sàng trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Phương án cũng giúp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có cơ chế để đầu tư hạ tầng, máy móc, công nghệ thông tin để phục vụ cho việc kết nối liên thông, chia sẻ dữ liệu về bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực: Yêu cầu việc bảo đảm khả năng kết nối liên thông, chia sẻ dữ liệu về bảo hiểm y tế với các hệ thống công nghệ thông tin khác giai đoạn đầu có thể gây tăng chi cho ngân sách nhà nước. Tuy nhiên, về lâu dài phương án giúp tiết kiệm ngân sách từ việc sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Việc tăng chi ngân sách này là cần thiết nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, giảm phiền hà và tiết kiệm chi phi cho người bệnh.

7.2.1.2. Tác động đối với doanh nghiệp:

a) Tác động tích cực: Tác động tích cực đến các doanh nghiệp trong lĩnh vực công nghệ thông tin, chuyển đổi số do tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ này của các cơ sở khám bệnh chữa bệnh. Điều này sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực và thông qua đó sẽ làm tăng năng suất, hiệu quả kinh doanh cho doanh nghiệp.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

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

a) Tác động tích cực: Tăng nguồn kinh phí chi cho công nghệ thông tin, chuyển đổi số của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Hệ thống công nghệ thông tin phát triển, việc liên thông kết quả cận lâm sàng góp phần tăng năng suất lao động cho nhân viên y tế, tăng chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

7.2.1.4. Tác động đối với Quỹ bảo hiểm y tế

Việc quy định kinh phí kinh phí cho ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số trong thực hiện bảo hiểm y tế được lấy từ nguồn thu bảo hiểm y tế có thể gây tăng chi cho quỹ bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, sự tăng chi này là cần thiết để phát triển chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Về lâu dài, khi thực hiện tốt việc liên thông và sử dụng liên thông kết quả cận lâm sàng sẽ giúp tiết kiệm Quỹ bảo hiểm y tế cho việc thực hiện những dịch vụ cận lâm sàng không cần thiết.

7.2.1.5. Tác động đối với người dân:

a) Tác động tích cực: Tăng đầu tư cho công nghệ thông tin và chuyển đổi số trong khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế sẽ góp phần tăng 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. Tiết kiệm chi phí của người dân trong việc thực hiện lại các dịch vụ cận lâm sàng không cần thiết. Giảm thời gian thực hiện các thủ tục khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, từ đó giảm phiều hà, tiết kiệm thời gian cho người bệnh.

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

7.2.2. Tác động về xã hội

a) Tác động tích cực:

- Về sức khỏe: Tăng đầu tư cho ứng dụng công nghệ thông tin cho khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, góp phần tăng chất lượng dịch vụ y tế bảo đảm ngày một tốt hơn quyền lợi người bệnh khi đi khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Từ đó sẽ góp phần cũng như dẫn đến cải thiện tình trạng sức khỏe, tăng sức lao động và với chất lượng sức khỏe được nâng cao sẽ góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, tạo thêm nhiều thu nhập cho bản thân và xã hội.

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

b) Tác động tiêu cực: Không có tác động tiêu cực.

7.2.3. 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.

7.2.4. Tác động về thủ tục hành chính

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

7.2.5. Tác động đối với hệ thống pháp luật

- Giải pháp đã thể chế được các định hướng chính sách tại Quyết định số 06/QĐ-TTg ngày 06/01/2022 về phê duyệt đề án phát triển ứng dụng dữ liệu về dân cư, định danh và xác thực điện tử phục vụ chuyển đổi số quốc gia giai đoạn 2022 - 2025, tầm nhìn đến năm 2030 của Thủ tướng Chính phủ.

- 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 Nghị định 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.

Như vậy, Báo cáo đánh giá tác động này 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.

Với đề xuất về tăng mức 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.

Trên đây là báo cáo đánh giá tác động chính sách của dự thảo Nghị định quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế. Nội dung báo cáo đánh giá tác động của các nội dung chính sách Bộ Y tế sẽ tiếp tục bổ sung, hoàn thiện trong tiến trình soạn thảo, xây dựng dự thảo Nghị định.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như trên (để báo cáo);  - TTgCP. Phạm Minh Chính (để báo cáo);  - Phó TTgCP. Lê Thành Long (để báo cáo);  - Đ/c Bộ trưởng (để báo cáo);  - Văn phòng Chính phủ;  - Lưu: VT, BH. | **KT. BỘ TRƯỞNG**  **THỨ TRƯỞNG**  **Trần Văn Thuấn** |