|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ** | **CỘNG HOÀ 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 kết quả thực hiện 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 theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ.**

*(Báo cáo gửi Bộ Tư pháp để thẩm định)*

Theo quy định của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 13 tháng 6 năm 2014 của Quốc hội khóa XIII, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014; Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Nghị định số 146/2018/NĐ-CP) thay thế Nghị định số 105/2014/NĐ-CP; Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây gọi là Nghị định số 75/2023/NĐ-CP).

Theo quy định của Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 27 tháng 11 năm 2024 của Quốc hội khóa XV, Chính phủ đã 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 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP (sau đây gọi là Nghị định số 02/2025/NĐ-CP).

Căn cứ Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật năm 2015, Nghị định số 34/2016/NĐ-CP ngày 14 tháng 5 năm 2016 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật ban hành văn bản quy phạm pháp luật, thực hiện Luật sửa đổi, bổ sung một số điều Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế ngày 27 tháng 11 năm 2024; Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023; 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 tiến hành tổng kết, đánh giá kết quả thực hiện Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP, Nghị định số 02/2025/NĐ-CP làm cơ sở đề xuất sửa đổi, bổ sung cho phù hợp. Bộ Y tế báo cáo cụ thể như sau:

**I. Xây dựng văn bản quy phạm pháp luật**

Ngay sau khi Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế được Quốc hội thông qua, thực hiện quy định của Luật, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 105/2014/NĐ-CP, sau đó là Nghị định số 146/2018/NĐ- (thay thế Nghị định số 105/2014/NĐ-CP), Bộ Y tế đã chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành và Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng các Thông tư và các văn bản hướng dẫn triển khai tổ chức thực hiện Nghị định.

Để giải quyết một số khó khăn bất cập trong quá trình tổ chức thực hiện, Bộ Y tế đã trình Chính phủ ban hành Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

Ngày 27 tháng 11 năm 2024, Quốc hội 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 quy định có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 giao cho Chính phủ quy định chi tiết. Trên cơ sở đó, ngày 01 tháng 01 năm 2025, Chính phủ đã ban hành Nghị định số 02/2025/NĐ-CP sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Nghị định số 75/2023/NĐ-CP để đảm bảo tính đồng bộ của các văn bản quy phạm pháp luật hiện hành và giải quyết một số khó khăn, bất cập trong Nghị định số 75/2023/NĐ-CP và Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

Các văn bản quy phạm pháp luật, văn bản chỉ đạo, hướng dẫn thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, Nghị định số 75/2023/NĐ-CP và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP của Chính phủ đã được ban hành kịp thời, đồng bộ, đảm bảo chất lượng và đáp ứng các yêu cầu trong tổ chức thực hiện chính sách bảo hiểm y tế.

**II. Công tác phổ biến, tuyên truyền chính sách pháp luật về bảo hiểm y tế**

Chính phủ đã chỉ đạo Bộ Y tế thực hiện công tác tuyên truyền trong phạm vi chức năng nhiệm vụ của mình, Thủ tướng Chính phủ giao Bảo hiểm xã hội (BHXH) Việt Nam chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan thực hiện việc tuyên truyền, phát triển bảo hiểm y tế (BHYT), tiến tới BHYT toàn dân.

Cùng với việc ban hành văn bản quy phạm pháp luật, Bộ Y tế đã phối hợp với BHXH Việt Nam tổ chức các hội nghị phổ biến Luật BHYT và các văn bản hướng dẫn; tổ chức các hoạt động tuyên truyền với nhiều hình thức: Phóng sự truyền hình, họp báo và giao ban với các Tổng biên tập báo; nhiều địa phương đã tổ chức các chuyên mục trên báo, đài địa phương và đối thoại trực tiếp với nhân dân về chính sách BHYT trên phương tiện thông tin đại chúng.

Trong giai đoạn 2018 - 2024, Bộ Y tế đã tổ chức và phối hợp tổ chức nhiều lớp tập huấn công tác truyền thông về BHYT cho các đối tượng là cán bộ truyền thông của các Sở Y tế; nhiều lớp tập huấn nâng cao năng lực quản lý BHYT cho các đối tượng là lãnh đạo và cán bộ chuyên trách về BHYT của các Sở Y tế và bệnh viện đa khoa các tỉnh, thành phố. Các hoạt động nhân Ngày “Bảo hiểm y tế Việt Nam” 01/7 hàng năm đã được tổ chức với nhiều hình thức và nội dung phong phú.

Hằng năm, BHXH Việt Nam đã ký ban hành các văn bản chỉ đạo hướng dẫn thường xuyên và trọng điểm nhằm định hướng rõ nội dung, hình thức truyền thông chính sách BHYT tại trung ương và tại BHXH các tỉnh, trong đó chú trọng công tác truyền thông phát triển người tham gia BHYT hộ gia đình, BHYT học sinh, sinh viên (HSSV). 100% BHXH các tỉnh đã ban hành văn bản và triển khai các hoạt động tuyên truyền trực quan nhân Ngày BHYT Việt Nam, năm học mới,... và tổ chức chăng treo băng rôn, khẩu hiệu, phướn… tại trụ sở cơ quan BHXH các cấp, các trục đường phố chính của thành phố, thị xã, thị trấn, thị tứ, các khu đông dân cư. Bên cạnh đó, BHXH các tỉnh cũng chủ động in ấn, phát hành các tờ rơi, tờ gấp về BHYT hộ gia đình, BHYT HSSV..., chủ động tổ chức biên tập, phát hành các ấn phẩm tuyên truyền phù hợp với các nhóm đối tượng đặc thù của từng địa phương tới tay người dân.

Công tác tuyên truyền, vận động các tầng lớp nhân dân tham gia BHYT được tiến hành thường xuyên. Các hình thức thông tin, tuyên truyền đa dạng, phong phú, tạo được điểm nhấn và thu hút sự quan tâm của đông đảo các tầng lớp nhân dân, người lao động, thông qua tuyên truyền người dân đã nâng cao nhận thức về BHYT, những quyền lợi được hưởng khi đi KCB.

**III. Công tác thanh tra, kiểm tra**

**1. Kết quả thực hiện**

- Thực hiện chức năng quản lý nhà nước và thanh tra chuyên ngành về bảo hiểm y tế, hằng năm, Bộ Y tế đã xây dựng Kế hoạch thanh tra chuyên ngành BHYT tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, Sở Y tế và Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố nhằm mục đích phát hiện các bất cập của cơ chế, chính sách, cơ chế quản lý và tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế để kiến nghị cơ quan có thẩm quyền biện pháp khắc phục và xử lý nghiêm hành vi vi phạm và hạn chế, ngăn chặn hiện tượng lạm dụng hoặc trục lợi bảo hiểm y tế, kịp thời chấn chỉnh các biểu hiện lạm dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật cao và biểu hiện trục lợi bảo hiểm y tế.

- Số cuộc thanh tra và số đơn vị đã thực hiện thanh tra chuyên ngành bảo hiểm y tế từ năm 2019 đến năm 2024: Tổng số 15 cuộc thanh tra, đơn vị được thanh tra 14 Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, 06 Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố và 116 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Hằng năm, Bộ Y tế đã ban hành Kế hoạch kiểm tra việc triển khai thực hiện Luật BHYT; tổ chức kiểm tra trực tiếp tại các địa phương, đơn vị theo kế hoạch. Hoạt động kiểm tra nhằm chấn chỉnh, đồng thời hỗ trợ các đơn vị thực hiện nghiêm các quy định của pháp luật về BHYT. Qua kiểm tra, những vướng mắc, bất cập phát sinh được tháo gỡ hoặc đề xuất điều chỉnh các văn bản quy phạm pháp luật, các hướng dẫn về BHYT, khám bệnh, chữa bệnh.

- BHXH Việt Nam thực hiện thanh tra chuyên ngành đóng bảo hiểm y tế (BHYT); kiểm tra theo quy định của pháp luật. Trong giai đoạn 2019-2024, toàn Ngành BHXH đã thực hiện 40.773 cuộc Thanh tra chuyên ngành về đóng BHXH, BHTN, BHYT tại 65.131 đơn vị; kiểm tra việc thực hiện hợp đồng KCB BHYT tại 2.969 cơ sở KCB BHYT. Qua công tác thanh tra, kiểm tra, cơ quan BHXH đã phát hiện nhiều vi phạm, đã thực hiện xử lý hoặc kiến nghị cấp có thẩm quyền xử lý kịp thời, trong đó bao gồm cả việc khởi kiện ra tòa để xử lý việc không đóng, đóng không đúng mức đóng về BHYT của đơn vị sử dụng lao động; từ chối các chi phí KCB BHYT không đúng quy định, chi phí do lạm dụng, đề nghị thanh toán dịch vụ y tế không hợp lý (đề nghị thu hồi về quỹ BHYT 615,9 tỷ đồng).

- Để tăng cường công tác thanh tra chuyên ngành bảo hiểm y tế, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 7320/QĐ-BYT ngày 10/12/2018 ban hành Quy trình thanh tra Bảo hiểm y tế. Năm 2020 và năm 2023, Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành Công văn chỉ đạo Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương tăng cường thanh tra chuyên ngành bảo hiểm y tế trên địa bàn được giao quản lý nhằm phát hiện các bất cập của cơ chế, chính sách, cơ chế quản lý và tổ chức thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế để kiến nghị cơ quan có thẩm quyền biện pháp khắc phục và xử lý nghiêm hành vi vi phạm, ngăn chặn hiện tượng lạm dụng hoặc trục lợi bảo hiểm y tế, kịp thời chấn chỉnh các biểu hiện lạm dụng thuốc, dịch vụ kỹ thuật cao và biểu hiện trục lợi bảo hiểm y tế. BHXH tỉnh cũng đã tiến hành nhiều cuộc kiểm tra việc hợp đồng và thực hiện hợp đồng KCB BHYT tại nhiều cơ sở KCB, phát hiện nhiều sai sót nên đã từ chối thanh toán, qua đó đã chấn chỉnh việc thanh toán BHYT, góp phần sử dụng quỹ BHYT hiệu quả, tiết kiệm.

2. Khó khăn

- Đội ngũ cán bộ thanh tra, kiểm tra của ngành y tế thiếu về số lượng, khối  
lượng công việc lớn nên số lượt kiểm tra, thanh tra chưa nhiều;

- Đội ngũ cán bộ làm công tác thanh tra BHYT chưa có nhiều kinh  
nghiệm;

- Nguồn kinh phí cho công tác thanh tra, kiểm tra từ ngân sách nhà nước  
của Bộ Y tế, Sở Y tế hoặc từ chi hoạt động bộ máy của cơ quan BHXH. Thiếu  
nhân lực và kinh phí thực hiện nên số lượt thanh tra còn hạn chế.

**IV. Kết quả tổ chức thực hiện các quy định của Nghị định**

**1. Về đối tượng, mức đóng, mức hỗ trợ đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế**

**1.1. Kết quả thực hiện**

Theo báo cáo của BHXH Việt Nam, tính đến 31/12/2023, số người tham gia BHYT là 93,628 triệu người, tăng 2,8% so với năm 2022, đạt tỷ lệ bao phủ BHYT khoảng 93,35% dân số (vượt 0,15% so với Nghị quyết 01/NQ-CP của Chính phủ). Ước đến 31/12/2024, số người tham gia BHYT là 95,523 triệu người, tăng 2% so với năm 2023, đạt tỷ lệ bao phủ BHYT khoảng 94,2% dân số, trong đó:

-Nhóm đối tượng tham gia BHYT do người SDLĐ và NLĐ đóng (nhóm 1): tính đến ngày 30/6/2024, có 15.180.514 người thuộc nhóm này tham gia BHYT, tăng 3,9 triệu người so với năm 2015.

- Nhóm do cơ quan BHXH đóng (nhóm 2): Tính đến ngày 30/6/2024, 3.366.895 người tham gia BHYT, tăng khoảng 500 nghìn người so với năm 2015. Nhóm này có tỷ lệ tham gia ít biến động nhất so với các nhóm khác.

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT do Ngân sách Nhà nước (NSNN) đóng (nhóm 3): Là một trong các nhóm đối tượng có tỷ lệ tham gia BHYT cao do được NSNN mua thẻ BHYT, Đến 30/6/2024, số người tham gia BHYT là 28.2000.782 người.

- Nhóm đối tượng do NSNN hỗ trợ đóng BHYT (nhóm 4): tính đến ngày 30/6/2024 có khoảng 21.898.188 người tham gia BHYT.

Nghị định số 75/2023/NĐ-CP sửa đổi bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 07 tháng 10 năm 2018 quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế đã bổ sung ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng cho các đối tượng là người dân các xã an toàn khu, vùng an toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ, người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại địa bàn các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2016 - 2020 mà các xã này không còn trong danh sách các xã khu vực II, khu vực III, thôn đặc biệt khó khăn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021 - 2025 theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ. Năm 2023, số đối tượng được ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ mức đóng tăng 1.052.053 người so với năm 2022.

- Nhóm đối tượng tham gia BHYT theo hộ gia đình (nhóm 5): Tính đến ngày 30/6/2024, có 23.484.796 người thuộc nhóm này tham gia BHYT, đạt tỷ lệ khoảng 73% trên tổng số người thuộc diện tham gia.

**1.2. Khó khăn, vướng mắc**

- 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.

**2. Quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế**

**2.1. Kết quả**

- Theo chức năng, nhiệm vụ được giao, Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã ban hành mẫu thẻ bảo hiểm y tế, thủ tục cấp, cấp đổi thẻ bảo hiểm y tế.

- Hiện nay, thông tin về thẻ bảo hiểm y tế đã được tích hợp trên thẻ căn cước, thẻ căn cước công dân có gắn chíp, tài khoản định danh điện tử mức độ 2 trên ứng dụng VneID nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho người dân khi đi khám bệnh, chữa bệnh, hạn chế tình trạng mượn thẻ bảo hiểm y tế của người khác để đi khám bệnh, chữa bệnh.

- Cải cách thủ tục hành chính (TTHC) đối với cấp và sử dụng thẻ BHYT: Rút ngắn thời gian cấp thẻ BHYT mới từ 10 ngày xuống còn 05 ngày; Về cấp lại, đổi thẻ: trường hợp không thay đổi thông tin sẽ cấp trong ngày khi nhận đủ hồ sơ theo quy định; Trường hợp thay đổi thông tin: từ 07 ngày xuống còn không quá 03 ngày kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định; Trường hợp người tham gia đang điều trị tại các cơ sở KCB, thực hiện trong ngày khi nhận đủ hồ sơ theo quy định.

- Từ ngày 01/08/2017, thẻ BHYT mới không ghi thời hạn sử dụng (từ ngày... đến ngày...) như trước đây mà chỉ ghi giá trị sử dụng từ ngày... tháng... năm.... Hệ thống sẽ tiếp tục cập nhật dữ liệu người tham gia, không cần phải đổi thẻ sau mỗi năm như trước đây. Sang năm tiếp theo, nếu tiếp tục tham gia, cơ quan BHXH sẽ chỉ cấp nối tiếp giá trị sử dụng thẻ trong dữ liệu và in danh sách cấp thẻ gửi đơn vị quản lý đối tượng thông tin về giá trị sử dụng mới của thẻ BHYT, thẻ đã cấp cho người tham gia trong năm 2017, 2018 vẫn tiếp tục được sử dụng mà không in, đổi thẻ mới. Việc không cấp, phát thẻ BHYT theo từng năm, chỉ in thẻ mới đối với các trường hợp mới tham gia BHYT lần đầu hoặc mất thẻ hoặc thẻ BHYT bị rách, nát, hỏng, đã giảm bớt TTHC, tiết kiệm chi phí, đồng thời hạn chế tình trạng người bệnh phải chờ đổi thẻ BHYT để đi khám bệnh, chữa bệnh.

- Từ năm 2019 triển khai dịch vụ công (DVC)*“Cấp lại thẻ BHYT do mất, hỏng không thay đổi thông tin”*; từ năm 2020 triển khai DVC *“Gia hạn thẻ BHYT hộ gia đình”* trên Cổng DVC Quốc gia để phục vụ nhu cầu cấp lại và gia hạn thẻ BHYT hộ gia đình theo hình thức giao dịch trực tuyến. Đây là 02 DVC có số lượng giao dịch lớn, được ưu tiên tích hợp, cung cấp trên Cổng DVC Quốc gia giúp người dân thực hiện cấp lại thẻ BHYT do hỏng, mất, gia hạn thẻ BHYT hộ gia đình mà không cần phải đến trực tiếp cơ quan BHXH. Tháng 06/2022, BHXH Việt Nam thực hiện DVC *“Gia hạn thẻ BHYT theo hộ gia đình tích hợp giảm trừ mức đóng trên Cổng DVC”*, theo đó, việc giảm trừ mức đóng BHYT hộ gia đình sẽ được thực hiện tự động khi người dân có đề nghị gia hạn trên Cổng DVC Quốc gia và DVC của BHXH Việt Nam.

- Từ 01/04/2021, BHXH Việt Nam triển khai mẫu thẻ BHYT mới và cập nhật đầy đủ thông tin quản lý trên thẻ, đồng thời thông tin rõ cho người có thẻ BHYT những nội dung lưu ý trong sử dụng thẻ và KCB, trong việc tra cứu, phản ánh thông tin với cơ quan BHXH. Người dân tham gia BHYT khi đi công tác, học tập, du lịch… ở địa phương khác bị mất thẻ BHYT hoặc thẻ BHYT bị rách, nát, hỏng… có thể sử dụng thiết bị di động thông minh cài đặt ứng dụng VssID và sử dụng hình ảnh thẻ BHYT trên ứng dụng này để đi KCB BHYT, không cần thực hiện cấp đổi thẻ BHYT giấy. Trường hợp người dân tham gia BHYT không sử dụng thiết bị di động thông minh, BHXH cấp tỉnh, cấp huyện thực hiện việc cấp lại, đổi thẻ BHYT giấy theo mẫu thẻ BHYT.

- Thực hiện 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 (Đề án 06), từ tháng 11/2022, BHXH Việt Nam đã phối hợp với Văn phòng Chính phủ và các Bộ, Ngành có liên quan triển khai thí điểm thực hiện nhóm thủ tục liên thông điện tử: “Đăng ký khai sinh - đăng ký thường trú - cấp thẻ BHYT cho trẻ dưới 6 tuổi” tại thành phố Hà Nội và tỉnh Hà Nam và từ ngày 10/7/2023 đã thực hiện triển khai trên toàn quốc. Khi thực hiện thủ tục liên thông trực tuyến, người dân chỉ khai báo thông tin một lần để giải quyết 3 TTHC, cắt giảm các giấy tờ, thời gian giải quyết, đơn giản hóa TTHC, giảm thời gian đi lại; đồng thời, các cơ quan quản lý Nhà nước sẽ giảm chi phí sao in hồ sơ, kết quả giải quyết, thời gian luân chuyển hồ sơ; khắc phục tình trạng sai lệch thông tin, làm giả hồ sơ, đơn giản hóa TTHC, nâng cao chất lượng phục vụ người dân của cơ quan hành chính Nhà nước.

**2.2. Khó khăn, vướng mắc**

- 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.

**3. Quy định về phạm vi được hưởng, mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.**

**3.1. Kết quả**

**3.1.1. Về chi phí thuộc phạm vi quyền lợi KCB của người tham gia BHYT**

Theo quy định tại Điều 21 Luật BHYT và Nghị định số 146/2018/NĐ-CP, phạm vi quyền lợi của người tham gia BHYT, bao gồm: chi phí dịch vụ kỹ thuật (DVKT) KCB, thuốc, máu, dịch truyền, thiết bị y tế (TBYT), hóa chất khi người tham gia BHYT đi KCB bao gồm cả khám bệnh, chữa bệnh từ xa, hỗ trợ khám bệnh, chữa bệnh từ xa, khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con tại cơ sở KCB; ngoài ra quỹ BHYT còn chi trả chi phí vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến tỉnh và tuyến trung ương (chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01/01/2025) đối với một số đối tượng ưu tiên như người thuộc hộ nghèo, người dân tộc thiểu số, người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi… trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú tại tuyến huyện phải chuyển lên tuyến trên; quỹ BHYT cũng trích một phần chi phí từ số thu BHYT cho các đơn vị trường học, cơ quan/tổ chức để phục vụ công tác KCB trong chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hàng năm, bình quân quỹ BHYT chi trả từ 87% - 89% tổng chi phí KCB BHYT, người tham gia BHYT có trách nhiệm đồng chi trả từ 11% - 13%.

- Quyền lợi BHYT (về thuốc, bao gồm cả thuốc tân dược và thuốc y học cổ truyền, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế) được xác định trên cơ sở đáp ứng với nhu cầu KCB của người tham gia BHYT, sự thay đổi về mô hình bệnh tật, sự phát triển của khoa học công nghệ trong lĩnh vực y tế, khả năng cân đối quỹ BHYT và khả năng chi trả của người tham gia, đồng thời hướng tới mục tiêu giảm chi tiền túi từ hộ gia đình cho chi tiêu y tế:

+ Danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT ban hành tại Thông tư số 31/2011/TT-BYT ngày 11/7/2011 của Bộ Y tế ban hành danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB được quỹ BHYT thanh toán; Thông tư số 40/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 của Bộ Y tế (gồm có 1.064 thuốc hoạt chất tân dược, 57 thuốc phóng xạ và hợp chất đánh dấu); Thông tư số 30/2018/TT-BYT (gồm 1.030 hoạt chất/thuốc của 27 nhóm theo tác dụng điều trị và 59 thuốc phóng xạ và chất đánh dấu sử dụng trong chẩn đoán, điều trị bằng phóng xạ) thay thế Thông tư số 40/2014/TT-BYT; hiện nay đã được thay thế bởi Thông tư số 20/2022/TT-BYT ngày 31/12/2022 với 1037 hoạt chất và 59 thuốc phóng xạ. Thông tư số 20/2022/TT-BYT quy định điều kiện, tỷ lệ thanh toán của 198 hoạt chất, trong đó 27 hoạt chất được quy định với các tỷ lệ thanh toán 30%, 50%, 70%; 28 hoạt chất được quy định đồng thời điều kiện và tỷ lệ thanh toán, 76 hoạt chất quy định cụ thể chỉ định được quỹ BHYT thanh toán, 16 hoạt chất được quy định điều kiện thanh toán cụ thể tại chuyên khoa đặc thù (như mắt, tâm thần, lao-phổi...), 47 thuốc cấp phát tại trạm y tế xã theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV, Lao, Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn chuyển hóa lipid.

+ Danh mục thuốc cổ truyền thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia BHYT được Bộ Y tế ban hành tại Thông tư số 12/2010/TT-BYT ngày 29/4/2010 của Bộ Y tế ban hành danh mục thuốc YHCT chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KCB; Thông tư số 05/2015/TT-BYT ngày 17/03/2015 của Bộ Y tế gồm 229 nhóm công thức thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền tương đương gần 1.000 công thức thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền; 349 dược liệu và các dạng bào chế khác từ các dược liệu này đều thuộc phạm vi thanh toán BHYT.

Danh mục thuốc BHYT ban hành Thông tư số 20/2022/TT-BYT và Thông tư số 05/2015/TT-BYT được ghi dưới dạng tên hoạt chất/thành phần, không ghi hàm lượng và dạng bào chế và tên thương mại, đáp ứng được cơ bản nhu cầu điều trị, bảo đảm được quyền lợi cho người bệnh có thẻ BHYT, đồng thời phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT. Theo đánh giá của Tổ chức Y tế thế giới, Việt Nam là một trong số ít các nước trên thế giới có danh mục thuốc tương đối đầy đủ, toàn diện và mở rộng so với mức phí đóng BHYT. Việc lựa chọn thuốc thành phẩm được quỹ BHYT thanh toán tại các cơ sở KCB không bị giới hạn bởi chủng loại thuốc với giá rẻ hay đắt, thuốc nội hay thuốc ngoại. Căn cứ vào mô hình bệnh tật, nhu cầu KCB và khả năng chi trả của Quỹ BHYT, cơ sở KCB xây dựng danh mục thuốc sử dụng tại đơn vị để mua sắm lựa chọn thuốc thành phẩm phù hợp. Các danh mục này được sửa đổi, bổ sung để đáp ứng ngày càng tốt hơn quyền lợi của người bệnh có thẻ BHYT và phù hợp với khả năng chi trả của quỹ BHYT.

- Danh mục TBYT thuộc phạm vi được hưởng của người tham giaBHYT được Bộ Y tế ban hành tại Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14/4/2017 có 337 nhóm TBYT/ vật tư y tế (VTYT) (tương ứng với hàng chục nghìn VTYT cụ thể) từ các loại VTYT đơn giản thông thường sử dụng trong các dịch vụ y tế như bơm kim tiêm, dây truyền, găng tay, kim khâu… đến các loại VTYT sử dụng trong can thiệp, VTYT thay thế. Với việc mở rộng danh mục DVKT được quỹ BHYT thanh toán và quy định giá dịch vụ KCB theo phương pháp chi phí kể từ năm 2012, số tiền quỹ BHYT chi trả cho VTYT cũng ngày càng tăng từ 1,9 nghìn tỷ của năm 2014, năm 2016 và năm 2017 tăng thêm từ 45% - 56% so với chi phí của năm trước và đến năm 2022 đã là 11,8 nghìn tỷ.

Ngoài chi phí VTYT đã được tính trong giá DVKT, một số VTYT có số lượng sử dụng khác nhau tùy thuộc người bệnh hoặc tình trạng bệnh sẽ được quỹ BHYT thanh toán theo số lượng thực tế sử dụng và theo mức giá cơ sở KCB mua vào. Trong đó, có nhiều VTYT sử dụng trong các DVKT cao, có chi phí lớn như: Mạch máu nhân tạo, stent mạch máu các loại, máy tạo nhịp tim, khớp, ổ khớp (toàn phần hoặc bán phần) nhân tạo, đốt sống nhân tạo, miếng ghép cột sống, đĩa đệm trong phẫu thuật cột sống, xương, gân nhân tạo; các loại dao phẫu thuật hiện đại như dao siêu âm, dao hàn mạch, hàn mô, dao Ligasure...

- Danh mục DVKT thuộc phạm vi chi trả của quỹ BHYT thực hiện theo quy định của Bộ Y tế. Hầu hết các dịch vụ kỹ thuậtđang triển khai thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vàcó tên trong Thông tư số 43/2013/TT-BYT ngày 11/12/2013 và Thông tư số 21/2017/TT-BYT ngày 10/05/2017 sửa đổi, bổ sung Thông tư số 43/2013/TT-BYT, hiện nay là Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế, bao gồm cả các kỹ thuật y học hiện đại và các kỹ thuật y học cổ truyền đủ điều kiện được thanh toán theo chế độ BHYT theo quy định của Thông tư số 35/2016/TT-BYT ngày 28/09/2016 và Thông tư số 39/2024/TT-BYT ngày 17/11/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế sửa đổi, bổ sung một số điều của Thông tư số 35/2016/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế trong đó có nhiều dịch vụ kỹ thuật cao, chuyên sâu như: chụp PET-CT, can thiệp mạch, chụp mạch số hóa xóa nền (DSA), can thiệp xương khớp dưới màn hình tăng sáng, xạ phẫu bằng Gamma knife/X knife/Cyberknife, phẫu thuật có robot hỗ trợ, xét nghiệm sinh học phân tử...

Ngoài ra, các DVKT mới được Bộ Y tế phê duyệt cho phép thực hiện, DVKT chưa có giá vẫn được quỹ BHYT thanh toán chi phí thuốc, TBYT thực tế phát sinh trong quá trình thực hiện dịch vụ theo quy định tại khoản 3 Điều 7 Thông tư số 39/3018/TT-BYT ngày 30/11/2018 và đã được thay thế bởi khoản 2 Điều 7 Thông tư số 22/2023/TT-BYT ngày 17 tháng 11 năm 2023 quy định giá dịch vụ KCB BHYT thống nhất giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc.

Nhìn chung, quyền lợi về KCB BHYT tương đối toàn diện và ngày càng được mở rộng. Danh mục thuốc, TBYT, dịch vụ kỹ thuật được sử dụng theo năng lực chuyên môn, tuyến chuyên môn kỹ thuật vừa để đảm bảo quyền lợi của người có thẻ khi đến cơ sở y tế, vừa là yêu cầu nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật của cơ sở y tế.

Việc quản lý cung ứng và sử dụng các dịch vụ y tế như thuốc, TBYT, dịch vụ xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh được thực hiện theo yêu cầu chuyên môn trong KCB và quy định về quản lý, mua sắm đảm bảo dịch vụ cung ứng cho bệnh nhân theo đúng quy định của pháp luật, sử dụng quỹ BHYT hợp lý, hiệu quả.

- Chi phí chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ)

Cơ quan BHXH đã thực hiện trích, chuyển, quyết toán kinh phí CSSKBĐ kịp thời, đầy đủ cho các cơ quan, đơn vị, nhà trường đảm bảo thời gian theo quy định và tạo điều kiện tốt nhất để cơ quan, đơn vị, nhà trường được sử dụng khoản kinh phí CSSKBĐ để chăm sóc sức khỏe cho HSSV và NLĐ. Ngoài ra, cơ sở giáo dục, cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp được cấp kinh phí CSSKBĐ không phải quyết toán với tổ chức BHXH nhưng có trách nhiệm báo cáo về việc sử dụng kinh phí khi tổ chức BHXH, cơ quan nhà nước có thẩm quyền yêu cầu. Số tiền trích CSSKBĐ cũng tăng khi số người tham gia BHYT là HSSV và NLĐ tăng hoặc khi tăng mức đóng BHYT do tăng lương, năm 2022 đã trích 1.122 tỷ đồng cho các đơn vị đủ điều kiện theo quy định; Năm 2023, đã trích 1.222 tỷ đồng cho các đơn vị đủ điều kiện theo quy định để thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu.

**3.1.2. Nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Trong những năm qua, Bộ Y tế luôn quan tâm đầu tư, chú trọng đến việc nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế tại các bệnh viện và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đảm bảo quyền lợi cho tất cả những người tham gia bảo hiểm y tế.

Những hoạt động này được Bộ Y tế ưu tiên với mục tiêu từng bước giảm sự chênh lệch chất lượng khám bệnh, chữa bệnh giữa các vùng miền với một số giải pháp cụ thể như sau:

- Triển khai Chương trình hành động quốc gia về nâng cao năng lực quản lý chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời thực hiện các giải pháp nâng cao năng lực chuyên môn thông qua các chương trình chỉ đạo tuyến, bệnh viện vệ tinh, Đề án 1816,...

- Tập trung đầu tư cho các địa phương phát triển y tế kỹ thuật cao, chuyên sâu ngay tại chính địa phương.

- Bộ Y tế đang có chủ trương đầu tư cho một số bệnh viện đa khoa tỉnh phát triển, nâng cấp thành bệnh viện vùng, ví dụ Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, tỉnh Nghệ An đã được công nhận là bệnh viện tuyến cuối và tiếp tục đầu tư để trở thành bệnh viện vùng. Tiếp tục đầu tư các bệnh viện vùng Tây Bắc, Tây Nguyên, giao cho các bệnh viện đầu ngành chịu trách nhiệm nâng cao năng lực như giao cho Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM đầu tư bệnh viện vùng Tây Nguyên.

- Tiếp tục hoàn thiện các quy trình kỹ thuật và xây dựng định mức kinh tế cho dịch vụ kỹ thuật.

- Các địa phương chủ động xây dựng và ban hành các chính sách về chế độ đãi ngộ, thu hút nhân lực về địa phương.

- Bộ Y tế đã ban hành Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện, giải pháp này sẽ thúc đẩy bệnh viện các tuyến nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh do:

+ Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013 ban hành lần đầu tiên Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam và năm 2016 ban hành chính thức Bộ tiêu chí phiên bản 2.0 theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016. Bộ tiêu chí bao gồm 83 tiêu chí, gồm khoảng 1600 tiểu mục là các đầu việc cần làm của các bệnh viện. Quan điểm chủ đạo của Bộ tiêu chí là “Lấy người bệnh là trung tâm của hoạt động điều trị và chăm sóc, nhân viên y tế là then chốt của toàn bộ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh”. Bộ tiêu chí cũng là căn cứ để bệnh viện triển khai các hoạt động đánh giá chất lượng nhằm cung ứng dịch vụ y tế an toàn, chất lượng, hiệu quả, mang lại sự hài lòng cao nhất cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế.

+ Bộ tiêu chí áp dụng chung cho các bệnh viện trên toàn quốc, không phân biệt các hạng, tuyến, công lập hay tư nhân, do vậy các bệnh viện đều thống nhất áp dụng một tiêu chuẩn chung.

+ Dựa trên Bộ tiêu chí này, các bệnh viện đã cải tiến nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh. Nhiều bệnh viện ở các tỉnh miền núi, vùng nông thông nhưng đã tích cực áp dụng Bộ tiêu chí, có chất lượng tốt như các bệnh viện huyện thuộc tỉnh Phú Thọ, bệnh viện huyện Nga Sơn, Thanh Hóa, bệnh viện Nghĩa Lộ, Yên Bái, bệnh viện Phú Vang, Thừa Thiên Huế… đều là các bệnh viện tuyến dưới nhưng có chất lượng khá tốt, tỷ lệ người bệnh hài lòng khá cao.

- Đã triển khai nhiều giải pháp tiếp tục đầu tư cho y tế cơ sở, giảm chênh lệch vùng miền:

+ Bộ Y tế đã và đang triển khai Chỉ thị số 25-CT/TW ngày 25/10/2023 của Ban Bí thư và Nghị quyết số 99/2023/QH15 ngày 24/6/2023 của Quốc hội.

+ Tăng cường thực hiện khám bệnh, chữa bệnh từ xa, tuyến trên hỗ trợ tuyến dưới theo “đội hình 1-4-4-2”, giao nhiệm vụ cho các bác sỹ tuyến trên đỡ đầu và hỗ trợ chuyên môn cho bác sỹ tuyến dưới.

+ Gắn kết các cơ sở y tế tuyến dưới và tuyến trên vào mạng lưới hội chẩn, tư vấn khám bệnh, chữa bệnh từ xa bằng các giải pháp công nghệ thông tin tiên tiến.

+ Trung ương và địa phương bổ sung các chính sách về chế độ đãi ngộ, thu hút nhân lực về tuyến y tế cơ sở, mở rộng gói dịch vụ y tế cơ bản tại y tế cơ sở; mở rộng phạm vi hành nghề cho bác sĩ tuyến y tế cơ sở; quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng...

- Trong các năm qua, Bộ Y tế đã triển khai nhiều giải pháp như Bệnh viện vệ tinh, Đề án 1816, tăng cường luân phiên cán bộ. Năm 2020 đã ban hành Đề án khám bệnh, chữa bệnh từ xa, đây là giải pháp rất quan trọng giúp giảm chênh lệch vùng miền. Sau khi các bệnh viện bình thường mới sẽ tiếp tục cải tiến nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, giảm chênh lệch vùng miền.

- Quyết định số 2628/QĐ-BYT ngày 22/6/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt Đề án "Khám bệnh, chữa bệnh từ xa" giai đoạn 2020 - 2025. Sau khi Đề án được ký, ban hành, Bộ Y tế chỉ đạo các bệnh viện tuyến trên trực thuộc Bộ Y tế và các bệnh viện tuyến trên thuộc Sở Y tế Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh xây dựng hệ thống mạng lưới triển khai Đề án. Ngày 25/9/2020 Thủ tướng Chính phủ đã bấm nút khai trương 1000 điểm cầu của các bệnh viện tuyến dưới kết nối với 23 bệnh viện tuyến trên trực thuộc Bộ Y tế và 09 bệnh viện tuyến trên thuộc Sở Y tế Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh.

Với việc triển khai Đề án "Khám bệnh, chữa bệnh từ xa" giai đoạn 2020 - 2025 và các Đề án nêu trên, trong thời gian tới Bộ Y tế không chỉ tăng cường đội ngũ bác sĩ cho các tuyến mà còn góp phần đẩy mạnh việc nâng cao chất lượng chuyên môn để nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh cho nhân dân.

Ở tuyến dưới, chất lượng dịch vụ y tế thường hạn chế hơn so với tuyến trên. Sau khi triển khai đề án “Khám bệnh, chữa bệnh từ xa”, 1500 bệnh viện tuyến dưới đã được kết nối vào mạng lưới qua hệ thống Viettel. Đã có trên 4.000 nhân viên y tế tuyến trên và hơn 15.000 nhân viên y tế tại tuyến dưới đã được kết nối, giao lưu, chia sẻ kinh nghiệm, chuyển giao kỹ thuật, hỗ trợ nhau trong công tác khám bệnh, chữa bệnh và tư vấn. Các cơ sở y tế tuyến dưới đã được hỗ trợ chuyên môn thường kỳ và đột xuất từ các bệnh viện tuyến trên dựa trên nền tảng công nghệ thông tin; góp phần phòng chống dịch bệnh, giảm quá tải bệnh viện tuyến trên, nâng cao chất lượng, hiệu quả khám bệnh, chữa bệnh và sự hài lòng của người dân. Các bệnh viện đều bố trí lịch vào 1, 2 ngày trong tuần để tổ chức các buổi hội chẩn trực tuyến Telehealth.

Với mục tiêu tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho tất cả người dân, kể cả những khu vực nông thôn, vùng sâu vùng xa, hệ thống các phòng khám chữa bệnh ban đầu từ xa đã được các bệnh viện phối hợp và thiết lập. Sau khi thực hiện đề án, nhiều cơ sở y tế đã kết nối qua hệ thống này mở ra cơ hội rất lớn cho người dân tại khu vực tuyến dưới được tiếp cận với các y bác sĩ tuyến trên, tiết kiệm được thời gian, công sức và kinh tế.

Ngoài những ca hội chẩn thông thường, các ca hội chẩn cấp cứu trực tuyến đã góp phần cứu được rất nhiều bệnh nhân ở tuyến dưới một cách kịp thời, hiệu quả. Các ca hội chẩn cấp cứu được thực hiện với đa dạng các ca bệnh thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau từ tai nạn, ngộ độc, suy hô hấp, sốc phản vệ, sản giật và tiền sản giật, vỡ tử cung…; các đầu cầu đều sẵn sàng hỗ trợ tại bất kì thời điểm nào trong ngày. Điều này cho thấy sự tiếp cận với dịch vụ y tế của người dân đã được cải thiện đáng kể, tăng cơ hội cho rất nhiều người mắc bệnh nặng mà trước đây gặp khó khăn để cứu chữa.

**3.1.3. Nâng cao đạo đức nghề nghiệp, thái độ ứng xử của nhân viên y tế**

Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo nâng cao đạo đức nghề nghiệp cho toàn thể công chức, viên chức, người lao động trong ngành Y tế như: Quy định về 12 điều y đức, Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế (Thông tư số 07/2014/TT-BYT); Kế hoạch “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh” (Quyết định số 2151/QĐ-BYT).

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, tất cả các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương đều thành lập Ban Chỉ đạo và triển khai Kế hoạch đổi mới phong cách và thái độ phục vụ của cán bộ y tế các cơ sở khám chữa bệnh của địa phương. Đến nay, Kế hoạch đã được đa số cán bộ y tế cam kết, nghiêm túc thực hiện, bước đầu đạt được kết quả tốt, được người bệnh, gia đình người bệnh, người dân đánh giá cao.

Để tiếp tục thực hiện tốt các nội dung trong Kế hoạch “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”, Bộ Y tế tiếp tục đẩy mạnh việc nâng cao Y đức của cán bộ y tế, tập trung vào các nội dung:

- Tăng cường hướng dẫn, tổ chức tập huấn kỹ năng giao tiếp ứng xử cho toàn bộ cán bộ y tế, trong đó có cả cán bộ bảo vệ, hành chính, thu ngân…

- Xây dựng và thực hiện Tiêu chí chấm điểm việc thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế” và xây dựng cơ sở y tế “Xanh - Sạch - Đẹp” hướng tới sự hài lòng của người bệnh; các đơn vị căn cứ vào các tiêu chí này và tự chấm điểm, các đoàn của cơ quan quản lý sẽ kiểm tra đột xuất, thường xuyên để phúc tra.

- Tiếp tục tăng cường đầu tư hạ tầng cơ sở, vật chất, trang thiết bị y tế; đẩy mạnh cải cách hành chính, cải tiến lề lối, tác phong làm việc cho phù hợp

**3.1.4. Về số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Số lượt người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh tăng nhanh qua từng năm. Năm 2018, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là 176,1 triệu lượt, trong đó, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú là 160,1 triệu lượt, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú là 16 triệu lượt. Năm 2019, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là 184 triệu lượt, trong đó, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú là 166,9 triệu lượt, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú là 17,1 triệu lượt đều tăng so với năm 2018.

Trong giai đoạn 2020 - 2022, do ảnh hưởng của dịch COVID-9, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giảm so với giai đoạn 2015 - 2019. Năm 2020, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế toàn quốc là 167,3 triệu lượt (152 triệu lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và 15,3 triệu lượt điều trị năm nội trú), giảm 16,7 triệu lượt so với năm 2019. Năm 2021, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là 126,4 triệu lượt, giảm hơn gần 41 triệu lượt so với năm 2020. Năm 2022 khi tình hình dịch bệnh COVID-19 đã ổn định hơn, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tăng lên 150,4 triệu lượt, tăng 24 triệu lượt so với năm 2021, trong đó số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoại trú là 134,9 triệu lượt, số lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú là 15,5 triệu lượt. Năm 2023 có 174 triệu lượt khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

**3.2. Khó khăn, vướng mắc**

- Chi phí vận chuyển người bệnh theo quy định tại Nghị định số 146/2018/NĐ-CP 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 cụ thể 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.

**4. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.**

**4.1. Kết quả**

**4.1.1. Về Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Năm 2018, có 2.316 cơ sở KCB ký hợp đồng KCB cho người có thẻ BHYT, bao gồm: 1.669 cơ sở KCB nhà nước và 647 cơ sở tư nhân, tăng 10% so với năm 2015.

Năm 2019, có 2.429 cơ sở KCB BHYT, tăng 113 cơ sở so với năm 2018. Trong đó, cơ sở công lập giảm 53 cơ sở (từ 1.772 xuống 1.719), số cơ sở tư nhân tăng từ 166 cơ sở (từ 544 lên 710). Các cơ sở KCB công lập giảm là do sáp nhập trung tâm y tế và bệnh viện huyện, Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh sáp nhập với bệnh viện tỉnh.

Cơ sở KCB BHYT tuyến trung ương: 44, tuyến tỉnh: 564 cơ sở, tuyến huyện: 1.634, y tế cơ quan, đơn vị (tương đương tuyến xã): 187 cơ sở. Các cơ sở này đều thực hiện phương thức thanh toán theo phí dịch vụ.

Đến năm 2024, số cơ sở ký hợp đồng KCB BHYT là 2.897 cơ sở, gồm  
1.791 cơ sở công lập và 1.1006 cơ sở ngoài công lập. Số cơ sở y tế mới ký hợp  
đồng KCB trong các năm sau chủ yếu là các bệnh viện, bệnh xá thuộc Bộ Quốc  
phòng, Bộ Công an quản lý và cơ sở y tế tư nhân. Số cơ sở y tế mới ký hợp đồng KCB trong các năm sau chủ yếu là các bệnh viện, bệnh xá thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý và cơ sở y tế tư nhân. Vì theo lộ trình thực hiện BHYT quy định tại Điều 3 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP, từ ngày 01/01/2018 ít nhất 60% và từ ngày 01/01/2020 là 100% người thuộc lực lượng quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu thuộc đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định số 70/2015/NĐ-CP phải tham gia BHYT.

Số cơ sở y tế ngoài công lập tham gia vào hệ thống KCB BHYT cũng ngày càng tăng. Năm 2022, số cơ sở y tế ngoài công lập tăng khoảng 2,7 lần so với năm 2015, trong số 247 bệnh viện ngoài công lập có 234 bệnh viện được xếp tương đương tuyến huyện, 13 bệnh viện xếp tương đương tuyến tỉnh.

**4.1.2.Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.**

- Thực hiện các chỉ đạo của Bộ Y tế, thời gian qua các Bệnh viện tiếp tục tiến hành sắp xếp, tổ chức một cách hợp lý các phòng tiếp nhận bệnh, phòng thu phí, phòng phát thuốc, phòng khám, các phòng thực hiện cận lâm sàng theo logic hệ thống một cửa theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Thủ tục khám chữa bệnh, đặc biệt là khám chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được đơn giản hóa mạnh mẽ, giảm thời gian chờ đợi của người bệnh.

- Theo kết quả báo cáo năm 2019 từ 1.187 bệnh viện sau 6 năm thực hiện Quyết định số 1313/QĐ-BYT ngày 22 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình khám bệnh tại khoa khám bệnh của bệnh viện cho thấy hiện 100% bệnh viện có bàn/quầy tiếp đón hướng dẫn, 95% bệnh viện có vẽ sơ đồ hướng dẫn đến các khoa phòng, 95% bệnh viện thực hiện tăng cường nhân lực cho khoa khám bệnh; 95% bệnh viện ứng dụng công nghệ thông tin vào công tác khám bệnh, chữa bệnh; 51% bệnh viện làm việc sớm hơn giờ quy định, 45% bệnh viện bỏ các khâu nộp tạm ứng tiền khám bệnh, 35% bệnh viện bỏ các khâu thanh toán phí cận lâm sàng.

Thời gian khám lâm sàng đơn thuần còn 44 phút (quy định tại Quyết định số 1313/QĐ-BYT là dưới 2 giờ); Thời gian khám lâm sàng có làm thêm 01 kỹ thuật xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng (xét nghiệm cơ bản, chụp X-quang thường quy, siêu âm) là 82 phút (quy định là dưới 3 giờ); thời gian khám lâm sàng có làm thêm 02 kỹ thuật phối hợp cả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh hoặc xét nghiệm và thăm dò chức năng (xét nghiệm cơ bản, chụp xquang thường quy, siêu âm) là 126 phút (quy định là 3,5 giờ); Thời gian khám lâm sàng có làm thêm 03 kỹ thuật phối hợp cả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng (xét nghiệm cơ bản, chụp X-quang thường quy, siêu âm, nội soi) là 155 phút (thời gian quy định dưới 4 giờ).

- Việc đẩy mạnh ứng dụng công nghệ thông tin trong khám bệnh, chữa bệnh, giám định thanh toán bảo hiểm y tế đã rút ngắn thời gian chờ đợi của bệnh nhân, giúp cho việc thanh toán chi phí được chính xác, kịp thời.

**4.2. Khó khăn, vướng mắc**

- 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.

- 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.

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

**5.1. Kết quả**

**5.1.1. Về phương thức thanh toán**

Nghị định 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ quy định có hai phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT là thanh toán theo giá dịch vụ và thanh toán theo định suất.

- Phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT theo định suất đã được triển  
khai từ năm 2010. Năm 2010, có 240/1.750 (chiếm 13,7%) cơ sở KCB thực hiện  
thanh toán theo định suất, trong đó cơ sở KCB ban đầu tuyến huyện và tương  
đương đã thực hiện thanh toán theo định suất là 214/1.190 (đạt 18%). Năm 2011, có 786/1.951 cơ sở KCB áp dụng thanh toán theo định suất (chiếm 40,2% trong số các đơn vị ký hợp đồng KCB BHYT, vượt 10,2% theo lộ trình quy định tại Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC*.* Năm 2012, có 902 cơ sở KCB áp dụng. Một số tỉnh đã áp dụng phương thức này cho tất cả các bệnh viện huyện trong tỉnh (Hải Phòng, Hải Dương, Hà Nam) với sự chỉ đạo thống nhất của Sở Y tế và BHXH tỉnh, thành phố.

Phương thức này được đánh giá là tạo sự chủ động cho các cơ sở KCB  
trong điều hành ngân sách, kiểm soát quỹ BHYT, hạn chế tình trạng lạm dụng  
thuốc, xét nghiệm để tiết kiệm tối đa chi phí KCB và nâng cao chất lượng KCB.  
Nhưng thực tế, sau một năm thực hiện phương thức đã bộc lộ những hạn chế.  
Việc xác định suất phí, thanh toán các chi phí ngoài định suất, quản lý, sử dụng  
kinh phí chuyển tuyến, điều chỉnh suất phí giữa các khu vực, vùng miền và giữa  
các loại hình cơ sở KCB chưa phù hợp dẫn tới tình trạng bội chi quỹ diễn ra tại  
nhiều cơ sở KCB, quyền lợi của người tham gia BHYT bị ảnh hưởng. Năm  
2.011, 40 tỉnh vừa có cơ sở KCB kết dư, vừa có cơ sở KCB bội chi. Số cơ sở  
KCB kết dư quỹ KCB định suất là 418 cơ sở với số tiền kết dư khoảng 622,365  
tỷ đồng. Số cơ sở KCB bội chi quỹ định suất là 272 cơ sở với số tiền bội chi  
khoảng 864,428 tỷ đồng.

Giai đoạn 2015 - 2019, hai phương thức thanh toán theo dịch vụ, thanh  
toán theo định suất được quy định áp dụng cụ thể tại các văn bản hướng dẫn thực  
hiện Luật bảo hiểm y tế.

- Phương thức thanh toán chi phí KCB BHYT theo giá dịch vụ được triển khai thực hiện từ khi Nghị định 146/2018/NĐ-CP của Chính phủ có hiệu lực

**5.1.2. Về thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Năm 2015, số chi KCB BHYT là 47,9 nghìn tỷ đồng, đến năm 2016, 2017  
số chi KCB BHYT tăng cao đột biến. Năm 2016 tăng 43 (tương ứng tăng 20,7  
nghìn tỷ đồng) so với năm 2015, năm 2017 tăng 32,5 (tương ứng tăng 22,3  
nghìn tỷ đồng) so với cùng kỳ năm 2016, trong khi tốc độ gia tăng chi KCB  
BHYT bình quân trong giai đoạn 2010 - 2014 là 18%. Năm 2016 là thời điểm  
thực hiện điều chỉnh tăng giá DVYT do kết cấu thêm chi phí tiền lương, phụ cấp  
và cũng là năm chính sách KCB BHYT trái tuyến tại các bệnh viện tuyến huyện  
được hưởng mức hưởng như đi KCB đúng tuyến có hiệu lực thi hành.  
Số chi KCB BHYT năm 2018 là 96,5 nghìn tỷ đồng, của năm 2019 là  
104,8 nghìn tỷ đồng (tương ứng tăng 6% và 9% so với cùng kỳ năm trước). Như  
vậy, chỉ sau 03 năm số chi KCB BHYT đã cao gấp hơn 2 lần so với số chi KCB  
BHYT của năm 2015.

Sau giai đoạn 2016 - 2017, chi phí KCB gia tăng đột biến, nhiều biện  
pháp nghiệp vụ đã được thực hiện nhằm kiểm soát chi phí KCB. Năm 2018, Hệ  
thống thông tin giám định BHYT vận hành chính thức, hồ sơ đề nghị thanh toán  
BHYT từ các cơ sở KCB BHYT trên toàn quốc được liên thông, góp phần tăng  
cường kiểm soát chi phí KCB BHYT.

Giai đoạn 2020 - 2021, do tác động của dịch COVID-19, số lượt KCB  
BHYT giảm mạnh, số chi KCB BHYT giảm mạnh so với năm 2019. Năm 2020,  
số chi KCB BHYT là 101,7 nghìn tỷ đồng, giảm 3,1 nghìn tỷ (tương ứng giảm  
3) so với năm 2019, năm 2021 giảm 17,9 nghìn tỷ (tương ứng giảm 15%) so  
với năm 2019. Đến năm 2022, cả nước bước vào giai đoạn *“bình thường mới”*sau khi tình hình dịch bệnh COVID-19 đã ổn định hơn, hoạt động KCB trở lại  
bình thường, số chi KCB BHYT của năm 2022 là 105,8 nghìn tỷ đồng, tăng gần  
19 nghìn tỷ đồng (tương ứng tăng 22 ) so với năm 2021 và đã cao hơn mức chi  
của năm 2019. Năm 2023, số chi ước khoảng 128 nghìn tỷ đổng.

- Chi phí bình quân BHYT thanh toán/lượt KCB:

+ Chi bình quân KCB BHYT/lượt KCB tăng qua các năm, có sự chênh  
lệch lớn giữa chi phí bình quân/lượt KCB ngoại trú và chi phí bình quân/đợt  
điều trị nội trú chung. Năm 2015 chi bình quân chung/lượt KCB là 367,6 nghìn  
đồng, chi bình quân đợt điều trị nội trú là 2,4 triệu đồng/lượt, chi bình quân/lượt  
KCB ngoại trú là 162,5 nghìn đồng/lượt. Đến năm 2022, chi bình quân  
chung/lượt KCB là 703,4 nghìn đồng, chi bình quân đợt điều trị nội trú là 4,3  
triệu đồng và chi đợt KCB ngoại trú là 294 nghìn đồng, đều tăng gần gấp 2 lần  
so với năm 2015.

+ Chi bình quân lượt KCB BHYT theo tuyến chuyên môn kỹ thuật: chi  
phí KCB BHYT bình quân/lượt giữa tuyến trên và tuyến dưới hơn nhau từ 2,2 -  
2,8 lần, trong đó:

Chi phí bình quân lượt KCB BHYT ngoại trú theo tuyến: tại tuyến trung  
ương cao gấp 2 - 3 lần so với chi phí KCB ngoại trú bình quân tại tuyến tỉnh,  
gấp 5 - 6 lần chi phí KCB ngoại trú bình quân tại tuyến huyện và gấp 13 - 17 lần  
chi phí KCB ngoại trú bình quân tại tuyến xã. Chi phí bình quân lượt KCB BHYT nội trú theo tuyến: tại tuyến trung ương cao gấp hơn 2 lần so với chi phí bình quân tại tuyến tỉnh, gấp hơn 5 lần chi phí KCB nội trú bình quân tại tuyến huyện.

**5.2. Khó khăn, vướng mắc**

- Về phương thức thanh toán: Nghị định 146/2018/NĐ-CP 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.

**6. Quy định về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế**

**6.1. Kết quả**

- Để quản lý, sử dụng có hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế, thực hiện quy định của Luật Bảo hiểm y tế, Bộ Y tế đã ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế; tiếp tục ban hành các hướng dẫn chẩn đoán điều trị, quy trình chuyên môn của các dịch vụ kỹ thuật; nghiên cứu đổi mới phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Hằng năm, Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính, Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng báo cáo quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế báo cáo Chính phủ, báo cáo Quốc hội; phối hợp với Bộ Tài chính, Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng và trình Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định về việc giao dự toán thu, chi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế và chi phí quản lý bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm y tế năm.

- Bộ Y tế đã ban hành các Chỉ thị, công văn để chỉ đạo trong toàn ngành y tế nhằm quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả (Chỉ thị số 25/CT-BYT ngày 21/12/2020 của Bộ Y tế).

- Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP đã bãi bỏ quy định về tổng mức thanh toán, điều này tạo thuận lợi trong việc thanh toán quyết chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhưng vẫn bảo đảm việc quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế hiệu quả, cân đối, theo đúng quy định của pháp luật.

Quỹ BHYT được BHXH Việt Nam quản lý tập trung, thống nhất, công  
khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống tổ chức BHYT theo  
đúng quy định của Luật BHYT với sự chỉ đạo và giám sát của Hội đồng quản lý  
BHXH được quy định tại Nghị định số 94/2008/NĐ-CP ngày 22/8/2008 của  
Chính phủ; Nghị định số 89/2020/NĐ-CP ngày 04/8/2020 của Chính phủ quy  
định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của BHXH Việt  
Nam. Bên cạnh đó, Thủ tướng Chính phủ cũng ban hành các quyết định quy  
định cơ chế quản lý tài chính về BHXH, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp và chi phí  
quản lý BHXH, BHYT, bảo hiểm thất nghiệp (Quyết định số 04/2011/QĐ-TTg  
ngày 20/01/2011 của Thủ tướng Chính phủ; Quyết định số 60/2015/QĐ-TTg của  
Thủ tướng Chính phủ) tạo hành lang pháp lý đầy đủ để BHXH Việt Nam quản  
lý, sử dụng quỹ BHYT hiệu quả.

- BHXH Việt Nam căn cứ các văn bản quy phạm pháp luật, các quy trình chuyên môn kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành để xây dựng các quy trình giám định. Công tác giám định được ngành BHXH triển khai thực hiện đồng bộ từ trung ương đến địa phương dưới nhiều hình thức: thành lập tổ, nhóm giám định BHYT đi giám định tập trung, giám định theo chuyên đề, giám định trên Hệ thống thông tin giám định BHYT với mục tiêu nâng cao hiệu quả sử dụng quỹ BHYT và bảo vệ quyền lợi người tham gia BHYT. Qua thời gian triển khai thực hiện cho thấy đã nâng cao trách nhiệm của cơ sở KCB, một số cơ sở KCB đã giảm các chỉ định chưa hợp lý và sai sót trong thanh toán BHYT, giúp phát hiện và từ chối thanh toán các chi phí KCB BHYT không đúng quy định. Về phía ngành Y tế, Bộ Y tế đã ban hành hoặc giao cơ sở KCB ban hành các quy định về quy trình chuyên môn, phác đồ điều trị chuẩn trong chẩn đoán và điều trị; thí điểm công nhận một số kết quả xét nghiệm cận lâm sàng giữa các bệnh viện, đồng thời phối hợp với BHXH Việt Nam triển khai nhiều hoạt động nhằm nâng cao hiệu quả, chất lượng công tác giám định.

- Tạm ứng, thanh quyết toán chi phí KCB BHYT

Về công tác thanh quyết toán chi phí KCB BHYT, theo báo cáo và kết  
quả kiểm tra tại một số địa phương, cơ sở KCB cho thấy, về cơ bản BHXH Việt  
Nam đã chuyển kinh phí theo quy định của Luật BHYT cho BHXH tỉnh; BHXH  
tỉnh đã thực hiện tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí KCB BHYT cho các cơ  
sở KCB theo quy định của Luật BHYT.

Căn cứ quy định Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi bổ sung một số điều của  
Luật BHYT, Thông tư số 48/2017/TT-BYT10 và Công văn số 1677/BYT-BH11;  
Quyết định số 2239/QĐ-BHXH12; việc tạm ứng và thanh toán chi phí KCB  
BHYT được thực hiện như sau:

+ Tại BHXH Việt Nam:

Từ năm 2018, căn cứ vào dữ liệu chi phí KCB trên Hệ thống thông tin  
giám định BHYT và dự toán chi KCB BHYT hàng năm được Thủ tướng Chính  
phủ giao, BHXH Việt Nam đã thực hiện tạm ứng, thanh toán chi KCB BHYT  
cho BHXH tỉnh bảo đảm theo quy định của Luật BHYT và trong phạm vi dự  
toán chi KCB BHYT được giao hàng năm. Việc tạm ứng, thanh toán trong phạm vi dự toán chi KCB BHYT được Thủ tướng Chính phủ giao hàng năm chi tiết từng tỉnh, thành phố, trong đó dự toán đã giao bao gồm cả chi KCB BHYT vượt quỹ đối với các tỉnh có số chi KCB BHYT cao hơn số thu BHYT đảm bảo nguồn kinh phí chi KCB BHYT đối với các cơ sở vượt quỹ trong phạm vi dự toán được giao.

Đối với chi KCB BHYT vượt dự toán năm 2018, 2019, 2020 và vượt tổng  
mức thanh toán năm 2021: BHXH Việt Nam chỉ đạo BHXH tỉnh rà soát, thẩm  
định nguyên nhân vượt dự toán báo cáo BHXH Việt Nam tổng hợp báo cáo Hội  
đồng quản lý BHXH thông qua, báo cáo Bộ Tài chính trình Thủ tướng Chính  
phủ phê duyệt. Trong khi chờ Thủ tướng Chính phủ phê duyệt, để đảm bảo kinh  
phí cho các cơ sở KCB, BHXH Việt Nam đã tạm ứng 80% chi KCB BHYT  
vượt dự toán cho các đơn vị. Ngay sau khi được Thủ tướng Chính phủ phê  
duyệt, BHXH Việt Nam đã chuyển kinh phí thanh toán vượt dự toán năm 2018,  
2019, 2020 là 13.466 tỷ đồng và vượt tổng mức thanh toán năm 2021 là 4.236 tỷ  
đồng.

+ Tại BHXH tỉnh:

BHXH tỉnh phối hợp với Sở Y tế tham mưu trình UBND tỉnh giao dự  
toán chi KCB BHYT cho các cơ sở KCB trên địa bàn tỉnh; BHXH tỉnh đã thực  
hiện tạm ứng chi KCB BHYT hàng quý cho các cơ sở KCB theo quy định tại  
Điều 32 Luật BHYT và trong phạm vi Dự toán chi KCB BHYT được giao hàng  
năm. Đối với chi KCB BHYT vượt dự toán năm 2018, 2019, 2020 và vượt tổng  
mức thanh toán năm 2021: Ngay sau khi nhận được kinh phí do BHXH Việt Nam cấp, BHXH tỉnh chuyển thanh toán đủ chi KCB BHYT vượt dự toán, vượt  
tổng mức được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt cho các cơ sở KCB

- Cân đối thu - chi quỹ BHYT:

Giai đoạn từ năm 2016 - 2020, sau khi thực hiện điều chỉnh giá dịch vụ  
KCB theo hướng tính thêm yếu tố tiền lương vào giá, quỹ BHYT mất cân đối  
thu - chi trong năm, trong đó năm 2017, tỷ lệ sử dụng quỹ BHYT lên tới 111%,  
bội chi 9,3 nghìn tỷ đồng. Năm 2021, do ảnh hưởng của dịch bệnh COVID-19,  
tình trạng giãn cách xã hội kéo dài, số lượt KCB giảm và số chi KCB giảm, quỹ  
BHYT kết dư trở lại. Tuy nhiên, đến năm 2022 số chi KCB BHYT phát sinh  
trong năm cao hơn quỹ BHYT trong năm hơn 3 nghìn tỷ đồng. Năm 2023, số  
chi phát sinh trong năm ước 140 nghìn tỷ, số thu 128 nghìn tỷ.

Quỹ dự phòng BHYT do BHXH Việt Nam quản lý được sử dụng để bổ  
sung nguồn kinh phí KCB BHYT cho các tỉnh, thành phố trong trường hợp số  
tiền thu BHYT dành cho KCB theo quy định nhỏ hơn số chi KCB trong năm.  
Sau khi thẩm định quyết toán, BHXH Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ  
phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng. Bên cạnh đó, quỹ dự  
phòng còn được dùng để hoàn trả NSNN kinh phí cấp trùng thẻ BHYT. Hết năm  
2022, ước tính số tiền lũy kế quỹ dự phòng còn 55,9 nghìn tỷ, là nguồn tài  
chính dự trữ cho nhu cầu KCB của người dân tăng, việc điều chỉnh tăng giá dịch  
vụ KCB BHYT do kết cấu thêm chi phí quản lý và chi phí khấu hao tài sản,  
trang thiết bị y tế vào giá dịch vụ y tế, cũng như các chính sách làm tăng chi từ  
quỹ BHYT.

**6.2. Khó khăn, vướng mắc**

- Khi thực hiện giao dự toán chi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến từng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có tình trạng chưa hết năm nhưng đã hết dự toán chi trong khi cơ sở vẫn phải thực hiện khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh có thẻ BHYT. Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có vượt dự toán chi thì phần vượt phải giải trình, có thể một vài năm sau mới được thanh toán, từ đó gây khó khăn trong việc tổ chức hoạt động do thiếu kinh phí.

- Có tình trạng cơ sở khám, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội không thống nhất về chi phí và số liệu đề nghị quyết toán kéo dài nhiều tháng, nhiều năm dẫn đến tình trạng treo quyết toán.

- Nghị định số 75/2023/NĐ-CP đã bãi bỏ quy định về tổng mức thanh toán, điều này tạo thuận lợi trong việc thanh toán quyết chi phí KCB BHYT nhưng chưa có các hướng dẫn cụ thể trong việc rà soát các chi phí vượt dự kiến chi.

- Chưa có quy định các trường hợp, thẩm quyền, quy trình, thủ tục thu hồi chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

- Chưa quy định cụ thể việc Quản lý, sử dụng nguồn thu khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế xã vì 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.

**7. Ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế**

**7.1. Kết quả**

Thực hiện chỉ đạo của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ, Bộ Y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam tiến hành xây dựng hệ thống tin học trong BHYT, ban hành theo thẩm quyền các văn bản quy phạm pháp luật, các văn bản hướng dẫn triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý và giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Bộ Y tế, BHXH Việt Nam và các đơn vị cung ứng dịch vụ công nghệ thông tin đã phối hợp chặt chẽ, chủ động, tích cực triển khai thực hiện ứng dụng công nghệ thông tin (CNTT) trong quản lý KCB và thanh toán BHYT để cải cách thủ tục hành chính, bảo đảm quyền lợi cho người tham gia BHYT và cơ sở KCB. Kết quả đạt được như sau:

- Ban hành chuẩn dữ liệu đầu ra của phần mềm quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và Bộ mã danh mục dùng chung phiên bản số 06, gồm 11 Danh mục: Danh mục dịch vụ kỹ thuật; thuốc tân dược; thuốc và vị thuốc y học cổ truyền; thiết bị y tế; bệnh y học cổ truyền; máu và chế phẩm máu; phân loại bệnh tật (ICD 10); Danh mục cơ sở khám bệnh, chữa bệnh... Bộ Y tế đang phối hợp cùng Bảo hiểm xã hội Việt Nam và các cơ sở KCB trên toàn quốc tổng hợp, rà soát, bổ sung danh mục dùng chung trên toàn quốc để hoàn thiện bộ mã danh mục dùng chung nêu trên; mã hãng sản xuất thiết bị y tế và mã thiết bị y tế; đồng thời chỉnh sửa các bảng biểu trong dữ liệu đầu ra của các cơ sở KCB cho phù hợp với việc tiếp nhận dữ liệu của Hệ thống Thông tin giám định của Bảo hiểm xã hội Việt Nam và Cổng Tiếp nhận dữ liệu y tế của Bộ Y tế.

Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã tiếp tục hoàn thiện Hệ thống thông tin giám định BHYT, triển khai đào tạo cho người làm công tác giám định và nhân viên các cơ sở y tế, nâng cao hiệu quả công tác giám định BHYT, quản lý, sử dụng quỹ BHYT. Định kỳ hằng tháng cập nhật các thông tin phân tích gia tăng số lượt, số chi khám bệnh, chữa bệnh BHYT, so sánh toàn quốc và từng khu vực theo từng tuyến, hạng bệnh viện và chi tiết đến từng cơ sở y tế; đánh giá mức độ chi theo các nhóm chi phí, tỷ lệ vào điều trị nội trú và thời gian nằm viện, phân tích tình hình sử dụng thuốc, đặc biệt là một số thuốc giá cao bất thường; các dịch vụ kỹ thuật có tần suất chỉ định lớn tại từng địa phương và từng cơ sở KCB. Tình hình chi KCB tại 63 BHXH tỉnh, thành phố được giám sát, theo dõi thường xuyên, các địa phương có tỷ lệ sử dụng dự toán cao được tập trung phân tích làm rõ nguyên nhân gia tăng chi KCB, thông báo, yêu cầu BHXH tỉnh tập trung kiểm tra, giám định các nội dung bất thường, có mức độ, tỷ lệ tăng không hợp lý.

Từ ngày 24/6/2016, Cổng tiếp nhận dữ liệu thuộc Hệ thống Thông tin giám định BHYT chính thức được khai trương, kết nối với các cơ sở KCB từ tuyến xã đến trung ương trên phạm vi toàn quốc. Hệ thống đã kết nối, liên thông dữ liệu giữa cơ quan BHXH với gần 13 nghìn cơ sở KCB BHYT trên toàn quốc, từ năm 2018 đến tháng 12/2024 đã tiếp nhận 1,17 tỷ hồ sơ đề nghị thanh toán BHYT với 23,55 tỷ bản ghi dữ liệu.

BHXH Việt Nam đã thường xuyên điều chỉnh, bổ sung các chức năng để phát triển, hoàn thiện Hệ thống thông tin giám định BHYT phù hợp các quy định mới đồng thời tổ chức đào tạo cho cán bộ làm công tác giám định, nhân viên các cơ sở KCB để đáp ứng yêu cầu liên thông dữ liệu, thực hiện các quy trình nghiệp vụ giám định. Hệ thống thông tin giám định BHYT đã trở thành công cụ đắc lực trong công tác quản lý quỹ BHYT, nâng cao chất lượng, hiệu suất, hiệu quả công tác giám định và thanh quyết toán chi phí KCB BHYT.

BHXH Việt Nam đã thực hiện phương pháp giám định trên Hệ thống thông tin giám định BHYT, định kỳ hằng tháng cập nhật các thông tin phân tích gia tăng số lượt, số chi KCB BHYT, so sánh toàn quốc và từng khu vực theo từng tuyến, hạng bệnh viện, chuyên khoa và chi tiết đến từng cơ sở y tế; đánh giá mức độ chi theo các nhóm chi phí, tỷ lệ vào điều trị nội trú và thời gian nằm viện, phân tích tình hình sử dụng thuốc, các dịch vụ kỹ thuật có tần suất chỉ định lớn tại từng địa phương và từng cơ sở KCB. Tình hình chi KCB tại 63 BHXH tỉnh, thành phố được giám sát, theo dõi thường xuyên, các địa phương có tỷ lệ sử dụng dự toán cao được tập trung phân tích làm rõ nguyên nhân gia tăng chi KCB, thông báo, yêu cầu BHXH tỉnh tập trung kiểm tra, giám định các nội dung bất thường, có mức độ, tỷ lệ tăng không hợp lý. Các thông tin được cập nhật, công khai minh bạch thường xuyên, nhiều cơ sở KCB đã có những chuyển biến tích cực trong chỉ định điều trị, góp phần tiết giảm các khoản chi không cần thiết. Cơ sở dữ liệu của ngành BHXH Việt Nam nói chung và cơ sở dữ liệu về KCB BHYT nói riêng trong những năm qua đã trở thành nguồn thông tin quan trọng để xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về y tế, xây dựng hồ sơ sức khoẻ điện tử, giám sát dịch tễ quốc gia, góp phần nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc sức khoẻ nhân dân. Hệ thống đã góp phần minh bạch thông tin, đảm bảo quyền lợi của các bên có liên quan, nâng cao hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ BHYT đồng thời cung cấp các bằng chứng, thông tin quan trọng góp phần hoàn thiện chính sách BHYT, đóng góp vào thành công của chính sách an sinh xã hội.

- BHXH Việt Nam đã tích cực phối hợp với Bộ Y tế và Bộ Công an thực hiện đồng bộ dữ liệu của người tham gia BHYT với cơ sở dữ liệu quôc gia về dân cư để triển khai sử dụng thẻ Căn cước công dân (CCCD) gắn chíp và ứng dụng định danh điện tử (VNeID) để phục vụ người dân đi KCB BHYT. Với việc triển khai KCB BHYT bằng CCCD, người bệnh BHYT chỉ cần sử dụng CCCD để làm thủ tục KCB, giúp đơn giản hóa thủ tục, tiết kiệm thời gian cho cả người bệnh và cán bộ y tế, cơ quan BHXH cũng tiết kiệm được chi phí in ấn và phát hành thẻ BHYT. Đến nay, 100% cơ sở KCB BHYT đã triển khai KCB BHYT bằng CCCD gắn chip (đáp ứng yêu cầu tra cứu thông tin thẻ BHYT bằng số định danh cá nhân/CCCD), với hơn 163,9 triệu lượt tra cứu thông tin thẻ BHYT bằng số định danh cá nhân/CCCD thành công phục vụ làm thủ tục KCB BHYT.

Đồng thời, BHXH Việt Nam đã thực hiện chia sẻ dữ liệu KCB, giấy chuyển tuyến, giấy hẹn khám lại cho Bộ Công an để tích hợp lên ứng dụng VNeID; tính từ đầu năm 2024 đến nay, toàn quốc đã có 168.590.675 lượt gửi dữ liệu sổ sức khỏe điện tử, giấy chuyển tuyến, giấy hẹn khám lại từ các cơ sở KCB BHYT lên Hệ thống của BHXH Việt Nam. Trong đó, đã có 49.192.167 lượt hồ sơ khám sức khỏe, giấy chuyển tuyến, giấy hẹn khám lại được liên thông sang cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư phục vụ tích hợp lên ứng dụng VneID”.

7.2. Khó khăn, vướng mắc

- 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.

**8. 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 146/2018/NĐ-CP 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: *“4. 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. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm về chất lượng dịch vụ y tế cung cấp từ các trang thiết bị y tế này và được sử dụng kinh phí của cơ sở để bảo trì, bảo dưỡng, sửa chữa trang thiết bị y tế trong quá trình sử dụng.”*  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 96/2023/NĐ-CP tiếp tục quy định *“4. 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. 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. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu trách nhiệm về chất lượng, dịch vụ y tế cung cấp từ các tài sản này và được sử dụng kinh phí của cơ sở để bảo trì, bảo dưỡng, sửa chữa tài sản trong quá trình sử dụng.”* Với quy định này, các vướng mắc, khó khăn trong thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các dịch vụ kỹ thuật thực hiện trên các các tài sản chưa hoàn thành xác lập sở hữu toàn dẫn tiếp tục được tháo gỡ.

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, 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. 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 đã không còn phân chia các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo tuyến tỉnh hay tuyến trung ương, vì vậy trường hợp thuốc, TBYT không có trúng thầu các cơ sở khám bệnh chữa bệnh cùng cấp chuyên môn kỹ thuật thì vướng mắc trong quá trình thanh toán BHYT. Bên cạnh đó, khoảng điểm cho các cấp chuyên môn kỹ thuật cũng có sự giao động lớn. Cấp cơ bản gồm những cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điểm số từ 01 đến 69 điểm. Khoảng điểm rộng của cùng một cấp cũng gây khó khăn cho các cơ sở khám bệnh chữa bệnh cùng cấp. Ví dụ: các phòng khám tư nhân là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp ban đầu khi thực hiện áp giá của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập cấp ban đầu là các trạm y tế, nhà hộ sinh thì sẽ khó khăn do danh mục thuốc, TBYT ở các đơn vị này thường rất ít. Vì vậy, các phòng khám tư nhân sẽ rất khó khăn khi áp giá thanh toán BHYT cho các thuốc và TBYT tại cơ sở tư nhân.

**-** 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.

**V. Kiến nghị**

Sau gần 7 năm thực hiện 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 theo Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung một số điều Nghị định số 146/2018/NĐ-CP và Nghị định số 02/2025/NĐ-CP ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Chính phủ, bên cạnh các kết quả đạt được đáng ghi nhận với tỷ lệ 93,35% dân số tham gia bảo hiểm y tế, quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế được bảo đảm theo quy định của pháp luật, quỹ bảo hiểm y tế bảo đảm cân đối, có kết dư. Tuy nhiên, cần thiết phải xây dựng, ban hành Nghị định thay thế Nghị định số 146/2018/NĐ-CP để Quy định chi tiết một số nội dung Luật số 51/2024/QH15 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế giao Chính phủ quy định và quy định chi tiết có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 07 năm 2025. 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 và một số văn bản quy phạm pháp luật khác 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.

Trên đây là báo cáo đánh giá kết quả thực hiện 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, đã được sửa đổi, bổ sung bởi 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./.

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