

# SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYỀN QUANG

## ĐỀ CƯƠNG GIỚI THIỆU LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ

Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XV, kỳ họp thứ 8 thông qua ngày 27 tháng 11 năm 2024; Chủ tịch nước ký Lệnh công bố số 15/2024/L-CTN ngày 30/11/2024; có hiệu lực thi hành từ ngày 01/7/2025, trừ trường hợp quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật và quy định về phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế tại khoản 2 và khoản 3 của Luật có hiệu lực thi hành từ ngày 01/01/2025<sup>1</sup>.

### I. SỰ CẦN THIẾT BAN HÀNH LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ<sup>2</sup>

#### 1. Về cơ sở chính trị

Những năm qua, nhiều văn bản của Đảng đã xác định rõ các phương hướng, nhiệm vụ và các mục tiêu, giải pháp phát triển bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó, một số nghị quyết của Quốc hội, Chính phủ đều có các nội dung định hướng hoàn thiện pháp luật về bảo hiểm y tế. Đây là cơ sở chính trị, pháp lý quan trọng để sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế.

Nghị quyết số 20-NQ/TW ngày 25/10/2017 về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới của Ban Chấp hành trung ương khóa XII nêu rõ: Hướng tới thực hiện bao phủ chăm sóc sức

<sup>1</sup> Khoản 2 và khoản 3 Điều 3 Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế năm 2024 quy định:

“Điều 3. Điều khoản thi hành...”

2. Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các khoản 3, 16, 17, 21, 22, 23 và 28 Điều 1 của Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

3. Quy định về phạm vi được hưởng tại khoản 16 Điều 1 của Luật này, trừ các quy định về 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 và nguyên tắc xây dựng danh mục thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và quy định về mức hưởng tại khoản 17 Điều 1 của Luật này được áp dụng đối với các trường hợp sau đây có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025:

a) Đối tượng quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật này mà đối tượng này đã được quy định tại Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15,

b) Đối tượng quy định tại điểm a khoản này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.”

<sup>2</sup> Tờ trình số 490/TTr-CP ngày 20/9/2024 của Chính phủ về Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.

khỏe và bảo hiểm y tế toàn dân. Đến năm 2030, tỉ lệ tham gia bảo hiểm y tế trên 95% dân số. Tỉ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của hộ gia đình cho chăm sóc y tế giảm còn 30%. Triển khai đồng bộ hệ thống công nghệ thông tin trong quản lý bệnh tật, hồ sơ sức khỏe người dân gắn với quản lý thẻ, thanh toán bảo hiểm y tế. Tập trung đẩy nhanh cải cách hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin từ quản lý bệnh viện, giám định bảo hiểm y tế. Khám, chữa bệnh do bảo hiểm y tế và người dân chi trả. Chăm sóc sức khỏe ban đầu do bảo hiểm y tế, người dân và ngân sách nhà nước cùng chi trả. Ngân sách nhà nước, bảo hiểm y tế bảo đảm chi trả cho các dịch vụ ở mức cơ bản; người sử dụng dịch vụ chi trả cho phần vượt mức. Có cơ chế giá dịch vụ và cơ chế đồng chi trả phù hợp nhằm khuyến khích người dân khám, chữa bệnh ở tuyến dưới. Triển khai đồng bộ các giải pháp để thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân. Tăng cường liên kết, hợp tác giữa bảo hiểm y tế xã hội với bảo hiểm y tế thương mại. Nâng cao năng lực, chất lượng giám định bảo hiểm y tế bảo đảm khách quan, minh bạch. Thực hiện các giải pháp đồng bộ chống lạm dụng, trục lợi, bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế và quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

*Chỉ thị số 25-CT/TW ngày 25 tháng 10 năm 2023 của Ban Bí thư về tiếp tục củng cố, hoàn thiện, nâng cao chất lượng hoạt động của y tế cơ sở trong tình hình mới cũng đã định hướng nhiều nhiệm vụ, giải pháp liên quan đến bảo hiểm y tế như:* Từng bước mở rộng danh mục dịch vụ thuộc phạm vi của y tế cơ sở do quỹ bảo hiểm y tế chi trả phù hợp với mức đóng. Đẩy mạnh quản lý và điều trị các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính, chăm sóc dài hạn tại y tế cơ sở. Phấn đấu đến năm 2030, trên 95% người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại y tế cơ sở được bảo hiểm y tế chi trả; trên 95% dân số được quản lý sức khỏe.

*Nghị quyết số 42-NQ/TW ngày 24 tháng 11 năm 2023 của Ban Chấp hành Trung ương Khoá XIII về tiếp tục đổi mới, nâng cao chất lượng chính sách xã hội, đáp ứng yêu cầu sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc trong giai đoạn mới tiếp tục khẳng định các mục tiêu và giải pháp thực hiện bảo hiểm y tế như:* Đến năm 2030 có trên 95% dân số tham gia bảo hiểm y tế; trên 95% người dân sử dụng dịch vụ chăm sóc ban đầu tại y tế cơ sở được bảo hiểm y tế chi trả. Tiếp tục mở rộng, nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế toàn dân; quản lý an toàn, hiệu quả quỹ bảo hiểm xã hội, quỹ bảo hiểm y tế. Tăng cường chuyển đổi số trong công tác quản lý, trong quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử, bảo hiểm y tế.

*Kết luận số 65-KL/TW ngày 30 tháng 10 năm 2019 của Bộ Chính trị về tiếp tục thực hiện Nghị quyết số 24-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng khoá IX về công tác dân tộc trong tình hình mới đã nêu rõ:* Tạo điều kiện cho đồng bào dân tộc thiểu số tiếp cận dịch vụ y tế, khám, chữa bệnh ở tuyến Trung ương thông qua chính sách bảo hiểm y tế; Nghị quyết số 88/2019/QH14

ngày 18 tháng 11 năm 2019 về phê duyệt đề án tổng thể phát triển kinh tế - xã hội vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi giai đoạn 2021-2030 đã đặt ra mục tiêu đến năm 2025: 98% đồng bào dân tộc thiểu số tham gia bảo hiểm y tế.

*Nghị quyết số 99/2023/QH15 ngày 24 tháng 6 năm 2023 của Quốc hội về giám sát chuyên đề về việc huy động, quản lý và sử dụng các nguồn lực phục vụ công tác phòng, chống dịch COVID-19; việc thực hiện chính sách, pháp luật về y tế cơ sở, y tế dự phòng đã nêu rõ:* Khẩn trương nghiên cứu, trình Quốc hội sửa đổi, bổ sung hoặc ban hành mới Luật Bảo hiểm y tế. Đổi mới cơ chế tài chính, cơ chế chi trả của quỹ bảo hiểm y tế theo hướng tăng chi cho y tế cơ sở. Nghiên cứu mở rộng danh mục dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, danh mục thuốc, thiết bị, vật tư y tế ở y tế cơ sở do quỹ bảo hiểm y tế chi trả tương ứng với mức tăng bảo hiểm y tế.

Các định hướng, chiến lược của Đảng và Quốc hội nêu trên cần phải được thể chế vào Luật để có hiệu lực pháp lý cao và bảo đảm các quyền, lợi ích của người dân liên quan đến bảo hiểm y tế.

## **2. Cơ sở thực tiễn**

Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được Quốc hội khóa XII thông qua ngày 14 tháng 11 năm 2008, có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2009 và được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Luật Bảo hiểm y tế số 46/2014/QH13 đã đánh dấu một bước tiến quan trọng trong hệ thống pháp luật về bảo hiểm y tế, là cơ sở pháp lý cao nhất để thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân.

Sau 15 năm triển khai thi hành, Luật Bảo hiểm y tế đã thực sự đi vào cuộc sống với 93,3 triệu người tương ứng 93,35% dân số tham gia bảo hiểm y tế, khẳng định tính đúng đắn, tính phù hợp của chính sách bảo hiểm y tế theo nguyên tắc chia sẻ rủi ro, là cơ chế bảo đảm nguồn tài chính cho nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân, bảo đảm an sinh xã hội và hội nhập quốc tế.

Bên cạnh đó, trong quá trình thực hiện đã phát sinh những vướng mắc, bất cập, hạn chế cần được điều chỉnh đã được nêu rõ trong Báo cáo tổng kết 15 năm thực hiện Luật về các nội dung: Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế; phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế; đa dạng hóa các gói bảo hiểm y tế và quy định liên kết với bảo hiểm y tế thương mại; đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, thông tuyến, chuyển tuyến; hợp đồng khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; giám định bảo hiểm y tế; quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế; trách nhiệm các bên liên quan thực hiện chính sách bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế; chưa có cơ chế giải quyết tranh chấp, vướng mắc về bảo hiểm y tế, các chế tài còn thiếu hoặc chưa đủ mạnh để bảo đảm tính tuân thủ và hiệu lực thực thi pháp luật...

*Tuy nhiên, do một số quy định cần sửa đổi ngay để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội năm 2024 và nhất là các quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật của Luật Khám bệnh, chữa bệnh để có hiệu lực đồng bộ từ ngày 01 tháng 01 năm 2025 nên trước mắt cần tập trung sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế để khắc phục các bất cập mang tính cấp bách sau đây:*

*a) Các vướng mắc, bất cập do quy định của Luật*

*- Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:*

Khái niệm nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình đã được sửa đổi tại Luật Cư trú. Việc tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng học sinh, sinh viên chưa bảo đảm linh hoạt, chưa bảo đảm quyền lợi đối với trường hợp học sinh, sinh viên đồng thời là thành viên của hộ gia đình dẫn đến mức đóng của học sinh, sinh viên cao hơn khi so sánh với mức đóng của họ khi tham gia với tư cách là thành viên hộ gia đình.

*- Về phạm vi được hưởng của bảo hiểm y tế:*

Một số dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh quy định theo độ tuổi không phù hợp với yêu cầu về chuyên môn như quy định độ tuổi cho thanh toán bảo hiểm y tế với khám, điều trị lác, tật khúc xạ là trẻ em dưới 6 tuổi, nhưng hầu hết trẻ em dưới 6 tuổi thì không có chỉ định về chuyên môn cho điều trị các bệnh tật này, trong khi trẻ từ 6 đến 18 tuổi mới là đối tượng chính và phù hợp với yêu cầu về độ tuổi đủ điều kiện can thiệp và hiệu quả can thiệp so với trẻ dưới 6 tuổi.

*- Về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, thông tuyến, chuyển tuyến:*

Luật quy định việc đăng ký cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo địa giới hành chính là phù hợp nhưng chưa tạo điều kiện để người dân có thể đến khám bệnh, chữa bệnh tại tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ở tuyến tương đương hoặc thấp hơn trong nội tỉnh. Người bệnh chưa được tự đi khám và điều trị một số bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo ở tuyến trên trong khi cơ sở tuyến dưới chưa có đủ năng lực chuyên môn và đều phải chuyển tuyến. Một số bệnh mãn tính chưa được đưa về y tế cơ sở để quản lý và cấp thuốc tương đương của tuyến trên, từ đó làm hạn chế đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế và phát sinh thủ tục chuyển tuyến không cần thiết.

Luật chỉ quy định thông tuyến huyện toàn quốc đối với bệnh viện huyện, mà không đề cập đến các loại hình cơ sở khám, chữa bệnh trong cùng tuyến huyện như trung tâm y tế, phòng khám đa khoa, bệnh xá quân đội, công an, bệnh xá quân dân y. Đồng thời, người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại tuyến tỉnh, tuyến trung ương cũng không được khám bệnh, chữa bệnh thông tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện, tuyến xã. Việc thông tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đến tuyến tỉnh với tỷ lệ chi trả

điều trị nội trú 100% chi phí theo phạm vi mức hưởng tạo sự bất cập làm tăng số lượt khám bệnh, chữa bệnh ở tuyến trên, nhất là nội trú tuyến tỉnh, giảm số lượt khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã.

Bên cạnh đó, Luật Khám bệnh, chữa bệnh mới ban hành năm 2023 quy định 3 cấp chuyên môn kỹ thuật thay cho 4 tuyến chuyên môn kỹ thuật. Do vậy, cần sửa đổi, điều chỉnh các nội dung liên quan để đồng bộ với Luật Khám bệnh, chữa bệnh nhằm bảo đảm quản lý bảo hiểm y tế, quy định mức hưởng bảo hiểm y tế phù hợp, kế thừa đồng bộ với các quy định hiện hành.

*- Về quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế:*

Trong những năm gần đây, phần chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế thực hiện hằng năm tối đa khoảng 3,5%, quỹ dự phòng đang tích lũy tương đương 50% quỹ khám, chữa bệnh hằng năm mà chưa có biện pháp điều tiết phân bổ ngay từ đầu năm cho kinh phí khám bệnh, chữa bệnh hoặc tăng quyền lợi, mức hưởng nên cần điều chỉnh quy định cụ thể, phù hợp với thực tiễn bảo đảm cho quỹ khám, chữa bệnh được phân bổ hợp lý.

*b) Các vướng mắc, bất cập trong quá trình triển khai thực hiện*

*- Về ban hành văn bản ban hành thiếu đồng bộ hoặc có những quy định đã không còn phù hợp nhưng chưa được khắc phục kịp thời.* Một số văn bản hướng dẫn về bảo hiểm y tế còn chưa rõ ràng, dẫn đến cách hiểu và vận dụng không thống nhất hoặc gây lúng túng, khó khăn khi triển khai.

*- Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế:* Một số nhóm đối tượng do Chính phủ quy định chưa được cập nhật vào Luật Bảo hiểm y tế; một số nhóm đối tượng mới trong Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh trật tự ở cơ sở, Luật Dân quân tự vệ, Luật Quân nhân chuyên nghiệp và công nhân, viên chức quốc phòng, Luật Lực lượng dự bị động viên, Luật Bảo hiểm xã hội cần được cập nhật, bảo đảm đồng bộ.

*- Về cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:* Cung ứng thuốc, vật tư y tế cho người bệnh chưa kịp thời do quy định về mua sắm, đấu thầu thuốc, vật tư y tế trước khi có Luật Đấu thầu sửa đổi còn nhiều bất cập, triển khai mua sắm khó khăn. Đến nay đã ban hành nhiều văn bản quy phạm pháp luật để tháo gỡ nhưng vẫn còn tình trạng thiếu thuốc, vật tư y tế cục bộ tại một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong một số thời điểm.

*- Về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:* Luật quy định 3 phương thức thanh toán chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế. Phương thức thanh toán theo giá dịch vụ y tế hiện có một số nội dung đã được sửa đổi tại Luật Khám bệnh, chữa bệnh cần cập nhật đồng bộ. Phương thức thanh

toán theo định suất và phương thức thanh toán theo trường hợp bệnh cần chỉnh sửa lại khái niệm cho phù hợp với khái niệm chung của quốc tế và khu vực.

*- Quản lý sử dụng quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí:*

Luật hiện hành quy định dành 90% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho khám bệnh, chữa bệnh, tối đa 5% dành cho chi phí quản lý. Tuy nhiên, với tỷ lệ người tham gia bảo hiểm y tế ngày càng tăng, cùng với việc cải cách thủ tục hành chính, ứng dụng công nghệ thông tin trong giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế làm cho tỷ lệ chi phí quản lý quỹ có xu hướng giảm. Tại Quyết định số 19/2022/QĐ-TTg ngày 22 tháng 9 năm 2022, Thủ tướng Chính phủ đã giao chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế bình quân giai đoạn 2022-2025 tối đa là 3,5% tiền đóng bảo hiểm y tế. Vì vậy, việc quy định chi phí quản lý tối đa là 5% không còn phù hợp cần điều chỉnh để tăng cường chi phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh, bảo đảm kịp thời phục vụ người bệnh được tốt hơn.

## **II. MỤC ĐÍCH, QUAN ĐIỂM XÂY DỰNG LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

### **1. Mục đích**

Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế để giải quyết các vướng mắc, bất cập phát sinh có tính cấp bách, có đầy đủ thông tin, dữ liệu, đạt sự đồng thuận cao 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 để *kịp thời có hiệu lực từ ngày 01 tháng 01 năm 2025*, cụ thể:

1.1. Bảo đảm người dân được tham gia bảo hiểm y tế theo nhóm đối tượng phù hợp.

1.2. Bảo đảm quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe, yêu cầu chuyên môn, cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám chữa bệnh và khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

1.3. Tạo thuận lợi cho việc cung ứng, sử dụng dịch vụ khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế; nâng cao hiệu quả hoạt động của y tế cơ sở, quan tâm đến chăm sóc sức khỏe ban đầu, góp phần quản lý toàn diện sức khỏe người dân.

1.4. Nâng cao hiệu quả quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

1.5. Bảo đảm đồng bộ với pháp luật hiện hành có liên quan tới bảo hiểm y tế.

### **2. Quan điểm chỉ đạo xây dựng luật**

2.1. Tiếp tục thể chế hóa chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng và Nhà nước về phát triển bảo hiểm y tế toàn dân phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của nước ta.

2.2. Bảo đảm an sinh xã hội, quyền, lợi ích của người tham gia bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, từng bước giảm tỷ lệ chi trực tiếp từ tiền túi của người tham gia bảo hiểm y tế; quản lý, sử dụng hiệu quả quỹ bảo hiểm y tế.

2.3. Khắc phục được các tồn tại, vướng mắc mang tính cấp bách sau 15 năm thực hiện Luật Bảo hiểm y tế, bảo đảm tính thống nhất, đồng bộ của hệ thống pháp luật, tương thích với các điều ước quốc tế có liên quan về bảo hiểm y tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên.

### **III. BỐ CỤC CỦA LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 51/2024/QH15 đã sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15 gồm **03** điều, cụ thể:

- Điều 1: Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế.
- Điều 2: Sửa đổi, bổ sung Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15.
- Điều 3: Điều khoản thi hành.

### **IV. NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA LUẬT SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế thể hiện rõ tinh thần cải cách hành chính, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh, giảm hồ sơ giấy tờ, tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin, phân cấp, phân quyền tối đa, tạo thuận lợi cho người dân, cơ quan, tổ chức, bảo đảm bình đẳng giới, phù hợp với các công ước quốc tế mà Việt Nam là thành viên. Theo đó, Luật đã sửa đổi, bổ sung **34** điều của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 (đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15) và bãi bỏ **01** điều của Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15 với những điểm mới và nội dung trọng tâm như sau:

#### **1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (Điều 1)**

**1.1. Sửa đổi, bổ sung Điều 12 về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế**, theo đó bổ sung các đối tượng đã được Luật khác quy định, bổ sung đối tượng nhân viên y tế thôn bản, cô đỡ thôn bản đẻ động viên, khích lệ và có chính sách thoả đáng với đối tượng chăm sóc sức khỏe nhân dân ở vùng sâu, vùng xa và công bằng với đối tượng khác ở tổ dân phố..., quy định gồm **07 nhóm** đối tượng tham gia bảo hiểm y tế, cụ thể:

**(1) Nhóm do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng** bao gồm **09** đối tượng:

a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động xác định thời hạn có thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên, kể cả trường hợp người lao động và người sử dụng lao động thỏa thuận bằng tên gọi khác nhưng có nội dung thể hiện về việc làm có trả công, tiền lương và sự quản lý, điều hành, giám sát của một bên; người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật; thành viên Hội đồng quản trị, Tổng giám đốc, Giám đốc, thành viên Ban kiểm soát hoặc kiểm soát viên và các chức danh quản lý khác được bầu của hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã theo quy định của Luật Hợp tác xã có hưởng tiền lương;

b) Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật; thành viên Hội đồng quản trị, Tổng giám đốc, Giám đốc, thành viên Ban kiểm soát hoặc kiểm soát viên và các chức danh quản lý khác được bầu của hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã theo quy định của Luật Hợp tác xã không hưởng tiền lương;

c) Người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam khi làm việc theo hợp đồng lao động xác định thời hạn có thời hạn từ đủ 12 tháng trở lên với người sử dụng lao động tại Việt Nam, trừ trường hợp là người di chuyển trong nội bộ doanh nghiệp theo quy định của pháp luật về người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam hoặc tại thời điểm giao kết hợp đồng lao động đã đủ tuổi nghỉ hưu theo quy định tại khoản 2 Điều 169 của Bộ luật Lao động hoặc điều ước quốc tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên có quy định khác;

d) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động xác định thời hạn có thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên, kể cả trường hợp người lao động và người sử dụng lao động thỏa thuận bằng tên gọi khác nhưng có nội dung thể hiện về việc làm có trả công, tiền lương và sự quản lý, điều hành, giám sát của một bên, thỏa thuận với người sử dụng lao động làm việc không trọn thời gian, có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương

làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

đ) Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

e) Cán bộ, công chức, viên chức;

g) Người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã theo quy định của pháp luật;

h) Công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân; người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu quy định tại Luật Cơ yếu;

i) Thân nhân của công nhân và viên chức quốc phòng đang phục vụ trong quân đội, thân nhân của công nhân công an đang công tác trong công an nhân dân không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định.

**(2) Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng** bao gồm **04** đối tượng:

a) Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng;

b) Người nghỉ việc hưởng trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hằng tháng; người nghỉ việc hưởng trợ cấp ốm đau đối với người lao động bị mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày hoặc người lao động nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội; người nghỉ việc hưởng chế độ thai sản từ 14 ngày làm việc trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

c) Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng;

d) Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

**(3) Nhóm do ngân sách nhà nước đóng** bao gồm **20** đối tượng:

a) Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân;

b) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong công an nhân dân; học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người Việt Nam;

c) Học viên quân đội, học viên công an, học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí là người nước ngoài;

d) Học viên đào tạo sĩ quan dự bị từ 03 tháng trở lên chưa tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;

đ) Dân quân thường trực;

e) Người có công với cách mạng theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng; cựu chiến binh;

g) Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm;

h) Trẻ em dưới 6 tuổi;

i) Thân nhân của liệt sĩ, người có công nuôi dưỡng liệt sĩ theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng;

k) Thân nhân của người có công với cách mạng, vợ hoặc chồng liệt sĩ lấy chồng khác hoặc vợ khác đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng và cá nhân có liên quan theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng, trừ đối tượng quy định tại điểm i khoản 4 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế;

l) Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a và điểm b khoản này theo quy định của pháp luật;

m) Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật;

n) Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam;

o) Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số thuộc hộ gia đình cận nghèo đang cư trú tại xã, thôn thuộc vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi; người dân tộc thiểu số đang cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang cư trú tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo;

p) Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước;

q) Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước;

r) Người đang hưởng trợ cấp xã hội hằng tháng; người đang hưởng trợ cấp nuôi dưỡng hằng tháng theo quy định của pháp luật có liên quan; người đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng mà thuộc đối tượng hưởng trợ cấp xã hội;

s) Người từ đủ 75 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng, người từ đủ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi thuộc hộ cận nghèo đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng;

t) Người đang hưởng trợ cấp hưu trí xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội;

u) Người lao động không đủ điều kiện hưởng lương hưu và chưa đủ tuổi hưởng trợ cấp hưu trí xã hội đang trong thời gian hưởng trợ cấp hằng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội.

**(4) Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng** bao gồm **09** đối tượng:

- a) Người thuộc hộ gia đình cận nghèo;
- b) Học sinh, sinh viên;
- c) Người tham gia lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở;
- d) Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của pháp luật;
- đ) Nhân viên y tế thôn, bản; cô đỡ thôn, bản;
- e) Người hoạt động không chuyên trách ở thôn, tổ dân phố theo quy định của pháp luật;
- g) 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;
- h) Người được tặng danh hiệu Nghệ nhân nhân dân, Nghệ nhân ưu tú theo quy định của Luật Di sản văn hóa;
- i) Nạn nhân theo quy định của Luật Phòng, chống mua bán người.

**(5) Nhóm tự đóng bảo hiểm y tế** bao gồm **04** đối tượng:

- a) Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình;
- b) Người sinh sống và làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo;
- c) Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động;
- d) Người không thuộc các trường hợp quy định tại các điểm a, b và c khoản 5 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế này.

**(6) Đối tượng khác** ngoài đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 và 5 Điều 12 Luật Bảo hiểm y tế theo quy định của luật, pháp lệnh.

(7) Chính phủ quy định các đối tượng khác ngoài các đối tượng nêu trên, bao gồm:

a) Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế được pháp luật quy định trước ngày 01 tháng 01 năm 2025;

b) Đối tượng khác ngoài đối tượng quy định tại điểm a khoản này sau khi báo cáo Ủy ban Thường vụ Quốc hội.

**1.2. Sửa đổi, bổ sung Điều 13** về điều chỉnh mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế, cụ thể:

- **Mức đóng do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng** quy định mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng hoặc 6% mức tham chiếu tùy thuộc đối tượng sẽ có phương thức và sự phân bổ mức đóng khác nhau của người sử dụng lao động/người lao động...

- **Mức đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng** quy định mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương hưu hoặc trợ cấp mất sức lao động/mức tham chiếu/tiền trợ cấp thất nghiệp tùy thuộc đối tượng tham gia khác nhau.

- **Mức đóng do ngân sách nhà nước đóng và hỗ trợ mức đóng** quy định mức đóng hằng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng/mức tham chiếu... và do ngân sách nhà nước đóng hoặc do đối tượng đóng tùy thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

- **Mức đóng hằng tháng của đối tượng thuộc nhóm tự đóng bảo hiểm y tế** (Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình; Người sinh sống và làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo;...) tối đa bằng 6% mức tham chiếu và do đối tượng đóng theo hộ gia đình hoặc đóng theo cá nhân tham gia.

**\* Lưu ý:**

- Việc xác định thứ tự đóng bảo hiểm y tế đối với trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau thì được thực hiện khác nhau đối với từng trường hợp cụ thể.

- Thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế cùng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình trong năm tài chính thì được giảm trừ mức đóng, như sau:

+ Người thứ nhất đóng tối đa bằng 6% mức tham chiếu;

+ Người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất;

+ Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.

### **1.3. Sửa đổi, bổ sung Điều 15 về phương thức đóng bảo hiểm y tế, trong đó:**

*1.3.1. Sửa đổi, bổ sung phương thức đóng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng như sau:*

- Đối với các doanh nghiệp, tổ hợp tác, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã, hộ kinh doanh hoạt động trong lĩnh vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp trả tiền lương theo sản phẩm, theo khoán thì đóng theo phương thức đóng hằng tháng, 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.

- Hằng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế đối với nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng quy định tại khoản 2 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế.

- Hằng quý, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế đối với người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam quy định tại điểm c khoản 3 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế.

- Hằng quý, ngân sách nhà nước chuyển số tiền đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm a, b và d khoản 3 Điều 13 của Luật Bảo hiểm y tế vào quỹ bảo hiểm y tế.

*1.3.2. Bổ sung quy định về phương thức đóng bảo hiểm y tế để phù hợp với việc sửa các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế và đồng bộ với quy định của Luật Bảo hiểm xã hội và luật khác có liên quan, cụ thể:*

- Đối tượng *(1) Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật; thành viên Hội đồng quản trị, Tổng giám đốc, Giám đốc, thành viên Ban kiểm soát hoặc kiểm soát viên và các chức danh quản lý khác được bầu của hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã theo quy định của Luật Hợp tác xã không hưởng tiền lương; (2) Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh có đăng ký kinh doanh thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội* đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng trực tiếp cho cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc đóng qua hộ kinh doanh, doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã tham gia quản lý theo phương thức đóng hằng tháng, 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.

- Thời hạn đóng bảo hiểm y tế chậm nhất đối với người sử dụng lao động được quy định như sau:

+ Ngày cuối cùng của tháng tiếp theo đối với phương thức đóng hằng tháng;

+ Ngày cuối cùng của tháng tiếp theo ngay sau chu kỳ đóng đối với phương thức đóng 03 tháng hoặc 06 tháng một lần.

**1.4. Sửa đổi, bổ sung Điều 16 về thẻ bảo hiểm y tế**, trong đó bổ sung quy định về cấp thẻ bảo hiểm y tế điện tử, cụ thể:

- Thẻ bảo hiểm y tế có mã số bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp bằng bản điện tử, bản giấy và có giá trị pháp lý như nhau.

- Mỗi người chỉ được cấp một mã số bảo hiểm y tế.

- Người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định đối với nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng và nhóm tự đóng bảo hiểm y tế mà lần đầu tiên tham gia bảo hiểm y tế hoặc đã tham gia bảo hiểm y tế theo một trong các đối tượng quy định nhưng không liên tục từ 90 ngày trở lên thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày đóng đủ bảo hiểm y tế.

- Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành mẫu thẻ bảo hiểm y tế sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.

**1.5. Sửa đổi, bổ sung Điều 21 về phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế**

- Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán các chi phí sau đây:

+ Khám bệnh, chữa bệnh, 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;

+ Vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định tại các điểm a, b, c, d, đ, e, h, i, o và r khoản 3 Điều 12 của Luật Bảo hiểm y tế trong trường hợp đang điều trị nội trú hoặc cấp cứu phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định về chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

+ Chi phí cho sử dụng dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, thiết bị y tế, máu, chế phẩm máu, khí y tế, vật tư, dụng cụ, công cụ, hóa chất sử dụng trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.

Đồng thời, giao Chính phủ, Bộ trưởng Bộ Y tế căn cứ theo thẩm quyền ban hành quy định chi tiết và hướng dẫn thực hiện; trong đó bổ sung cơ chế thanh toán thuốc, thiết bị y tế được điều chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

và thanh toán chi phí dịch vụ cận lâm sàng được chuyển đến cơ sở khác trong trường hợp thiếu thuốc, thiết bị y tế và quy định cơ chế để quỹ bảo hiểm y tế thanh toán cho các trường hợp này.

**1.6. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 về mức hưởng bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế** theo hướng quy định mức hưởng bảo hiểm y tế khi thực hiện thông cấp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo hướng không phân biệt địa giới hành chính theo tỉnh, giữ ổn định tỷ lệ mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật hiện hành và mở rộng với một số trường hợp. Cụ thể:

(1) Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

- **100%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

+ Đối với các đối tượng theo quy định như: Sĩ quan quân đội nhân dân, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân; Người có công với cách mạng theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng; cựu chiến binh; Trẻ em dưới 6 tuổi;...

+ Đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định;

+ Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu như: trạm y tế; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình; trạm y tế quân - dân y; phòng khám quân - dân y...

+ Khi người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 5 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm của những lần đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định lớn hơn 6 lần mức tham chiếu.

- **95%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định, gồm: (1) Người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng; (2) Thân nhân của người có công với cách mạng, vợ hoặc chồng liệt sĩ lấy chồng khác hoặc vợ khác đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng và cá nhân có liên quan theo quy định của Pháp lệnh Ưu đãi người có công với cách mạng, trừ đối tượng quy định; (3) Người thuộc hộ gia đình cận nghèo; (4) 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.

- **80%** chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng khác.

(2) Người tham gia bảo hiểm y tế *tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, không đúng quy định về chuyển người bệnh* theo quy định, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 và khoản 5 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế<sup>3</sup>, được quỹ bảo hiểm y tế *thanh toán theo tỷ lệ phần trăm của mức hưởng quy định tại khoản (1) nêu trên* tại các mức: 100%; Từ 50% đến 100%; 50%; 40% đối với từng trường hợp cụ thể luật định.

#### **Lưu ý:**

- Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% mức hưởng quy định khi khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong trường hợp cấp cứu.

- Người thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế thì được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế theo đối tượng có quyền lợi cao nhất.

- Người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và cấp cơ bản khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do thay đổi nơi tạm trú, nơi lưu trú thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định.

Đồng thời, Luật đã mở rộng một số phạm vi quyền lợi cho người có thể bảo hiểm y tế, trong đó có điều trị lác, tật khúc xạ của mắt cho người dưới 18 tuổi.

### **1.7. Sửa đổi, bổ sung Điều 26, Điều 27 về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**

Theo đó, quy định về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trong đó có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo cấp chuyên môn kỹ thuật của Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023.

Luật quy định quyền của người có thể bảo hiểm y tế trong việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

<sup>3</sup> Khoản 3 và khoản 5 Điều 22 Luật Bảo hiểm y tế quy định:

“3. Người đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên sâu và cấp cơ bản khi khám bệnh, chữa bệnh không đúng nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu do thay đổi nơi tạm trú, nơi lưu trú thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp cơ bản phù hợp với nơi tạm trú, lưu trú mới và được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều này. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định thủ tục, trường hợp lưu trú được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản này.

... Người tham gia bảo hiểm y tế được hưởng 100% mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào trong trường hợp cấp cứu.”

cấp ban đầu và cấp cơ bản; quy định khái quát nguyên tắc phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế cho cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và giao Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng căn cứ theo thẩm quyền ban hành quy định chi tiết và hướng dẫn thực hiện.

Đồng thời, quy định việc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện theo yêu cầu chuyên môn và khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, việc chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để điều trị, quản lý đối với các bệnh mạn tính.

### **1.8. Sửa đổi, bổ sung Điều 28 về thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cụ thể:**

- Người tham gia bảo hiểm y tế khi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, giấy tờ chứng minh nhân thân của người đó; trẻ em dưới 6 tuổi và người đã hiến bộ phận cơ thể người chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì xuất trình giấy tờ hợp pháp khác. Trường hợp cấp cứu, người bệnh phải xuất trình thông tin về thẻ bảo hiểm y tế, giấy tờ theo quy định tại khoản này trước khi kết thúc đợt điều trị.

- Trường hợp khám lại theo yêu cầu chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hẹn khám lại theo thủ tục do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo yêu cầu chuyên môn khi đang điều trị nội trú cho người bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh phải có hồ sơ chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

### **1.9. Sửa đổi, bổ sung Điều 35 về phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế theo đó điều chỉnh tỷ lệ chi cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chi dự phòng và tổ chức hoạt động bảo hiểm y tế từ số tiền đóng bảo hiểm y tế, như sau:**

- Quỹ bảo hiểm y tế được phân bổ và sử dụng như sau:

- + 92% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;

- + 8% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

- Việc đầu tư số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế được áp dụng quy định của Luật Bảo hiểm xã hội về nguyên tắc, danh mục, phương thức đầu tư và quản lý hoạt động đầu tư quỹ bảo hiểm xã hội.

- Trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.

- Trường hợp số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung từ nguồn quỹ dự phòng.

Đồng thời, giao Chính phủ quy định chi tiết và quy định về chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế.

Luật quy định tăng mức phân bổ từ nguồn thu bảo hiểm y tế để chi cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh lên 92%, giảm số tiền dành cho quỹ dự phòng, tổ chức hoạt động quỹ bảo hiểm y tế xuống 8% trong đó dành tối thiểu 4% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng, quy định rõ thời hạn thông báo kết quả giám định chi phí khám bệnh, chữa bệnh để khắc phục vướng mắc về kéo dài thời gian thanh, quyết toán.

**1.10. Bổ sung Điều 48a và 48b vào sau Điều 48 quy định** cụ thể về chậm đóng bảo hiểm y tế và trốn đóng bảo hiểm y tế, cụ thể:

***a) Chậm đóng bảo hiểm y tế***

- Chậm đóng bảo hiểm y tế là hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây:

+ Chưa đóng hoặc đóng chưa đầy đủ số tiền phải đóng bảo hiểm y tế kể từ sau ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất quy định, trừ trường hợp không đóng Bảo hiểm y tế và đã được cơ quan có thẩm quyền đơn đốc theo quy định của Chính phủ;

+ Không lập danh sách hoặc lập danh sách không đầy đủ số người phải tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn theo quy định;

- Thuộc trường hợp không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế theo quy định.

***b) Trốn đóng bảo hiểm y tế***

- Trốn đóng bảo hiểm y tế là hành vi của người sử dụng lao động thuộc một trong các trường hợp sau đây:

+ Sau 60 ngày kể từ ngày hết thời hạn quy định tại điểm b khoản 1 Điều 17 Luật Bảo hiểm y tế (*Thời hạn 30 ngày kể từ ngày người lao động thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế*) mà người sử dụng lao động không lập danh sách hoặc lập danh sách không đầy đủ số người phải tham gia bảo hiểm y tế;

+ Đăng ký tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế thấp hơn tiền lương quy định;

+ Không đóng hoặc đóng không đầy đủ số tiền đã đăng ký bảo hiểm y tế sau 60 ngày kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế chậm nhất theo quy định và đã được cơ quan có thẩm quyền đôn đốc theo quy định của Chính phủ;

+ Các trường hợp khác bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ.

Đồng thời, giao Chính phủ quy định chi tiết Điều này; quy định một số trường hợp nhưng có lý do chính đáng thì không bị coi là trốn đóng bảo hiểm y tế.

**1.11. Sửa đổi, bổ sung Điều 49** về xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế như sau:

- Cơ quan, tổ chức, cá nhân có hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế thì tùy theo tính chất, mức độ vi phạm mà bị xử lý kỷ luật, xử phạt vi phạm hành chính hoặc bị truy cứu trách nhiệm hình sự, nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

- Biện pháp xử lý hành vi chậm đóng bảo hiểm y tế bao gồm:

+ Bắt buộc đóng đủ số tiền chậm đóng; nộp số tiền bằng 0,03%/ngày tính trên số tiền bảo hiểm y tế chậm đóng và số ngày chậm đóng vào quỹ bảo hiểm y tế;

+ Xử phạt vi phạm hành chính theo quy định của pháp luật;

+ Không xem xét danh hiệu thi đua, hình thức khen thưởng.

- Biện pháp xử lý hành vi trốn đóng bảo hiểm y tế bao gồm:

+ Bắt buộc đóng đủ số tiền trốn đóng; nộp số tiền bằng 0,03%/ngày tính trên số tiền bảo hiểm y tế trốn đóng và số ngày trốn đóng vào quỹ bảo hiểm y tế;

+ Xử phạt vi phạm hành chính hoặc truy cứu trách nhiệm hình sự theo quy định của pháp luật;

+ Không xem xét danh hiệu thi đua, hình thức khen thưởng.

- Cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế cho người lao động phải hoàn trả toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế mà người lao động đã chi trả trong thời gian chưa có thẻ bảo hiểm y tế do chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế.

**1.12.** Quy định về trách nhiệm của Bộ Y tế trong rà soát và cập nhật thường xuyên phác đồ điều trị để bảo đảm thuận tiện trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế; quy định về đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quy định về ứng dụng công nghệ thông tin, chuyển đổi số, chia sẻ dữ liệu trong lĩnh vực bảo hiểm y tế, việc liên thông và sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp yêu cầu chuyên môn và đưa ra giải pháp tăng cường năng lực khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho y tế cơ sở; ban hành nguyên tắc, tiêu chí xây dựng danh mục thuốc, thiết bị y tế, dịch vụ y tế thuộc phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế để bảo đảm tính quy phạm, minh bạch, công khai.

Ngoài ra, quy định kiểm toán nhà nước kiểm toán Báo cáo quyết toán chi tổ chức và hoạt động bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội hằng năm để đồng bộ với Luật Bảo hiểm xã hội.

## **2. Sửa đổi, bổ sung Luật Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở số 30/2023/QH15 (Điều 2)**

Bãi bỏ quy định về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế của “*người tham gia lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở*” quy định tại Khoản 2 Điều 32 Lực lượng tham gia bảo vệ an ninh, trật tự ở cơ sở năm 2023.

## **3. Điều khoản thi hành (Điều 3)**

- Quy định liên quan đến cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế **có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.**

- Quy định về phạm vi được hưởng, trừ các quy định về 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 và nguyên tắc xây dựng danh mục thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế và quy định về mức hưởng được áp dụng đối với các trường hợp sau đây **có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025:**

+ Nhóm do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng;

+ Đối tượng quy định thuộc nhóm do người sử dụng lao động đóng hoặc người lao động đóng hoặc cùng đóng khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 01 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.

- Chậm nhất là ngày 01 tháng 01 năm 2027, thực hiện liên thông, sử dụng kết quả cận lâm sàng liên thông giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với yêu cầu chuyên môn theo quy định của Chính phủ.

- Quy định chuyển tiếp:

+ Trường hợp người bệnh không thuộc đối tượng quy định nêu trên khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trước ngày 01 tháng 7 năm 2025 và kết thúc đợt điều trị từ ngày 01 tháng 7 năm 2025 thì áp dụng theo quy định của Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế;

+ Mức tham chiếu quy định áp dụng theo mức lương cơ sở. Trường hợp chính sách tiền lương có thay đổi, Chính phủ quyết định mức tham chiếu cụ thể;

+ 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 được thực hiện theo quy định của Chính phủ;

+ Đối với số tiền bảo hiểm y tế mà người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng theo quy định của Luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 đã được sửa đổi, bổ sung một số điều theo Luật số 32/2013/QH13, Luật số 46/2014/QH13, Luật số 97/2015/QH13, Luật số 35/2018/QH14, Luật số 68/2020/QH14 và Luật số 30/2023/QH15 nhưng đến hết ngày 30 tháng 6 năm 2025 mà không đóng hoặc không đóng đầy đủ thì được xử lý theo quy định về chậm đóng./.

#### **Nơi nhận:**

- Các Ban Đảng TU, UBKTTU, VP TU;
- Các Ban của HĐND tỉnh, VPHĐND tỉnh;
- UBMTTQ&TCCTXH tỉnh;
- Các sở, ban, ngành cấp tỉnh;
- Hội LG tỉnh; Đoàn LS tỉnh;
- Các tổ chức đại diện của DN, HTX;
- Thành viên HĐPHPBGDPL tỉnh;
- Báo cáo viên PL tỉnh;
- Các cơ quan TW đóng tại địa phương tương đương cấp tỉnh;
- UBND huyện, thành phố;
- Phòng TP huyện, TP;
- Trang TTĐT PBGDPL tỉnh (đăng tải);
- Trang TTĐT STP (đăng tải);
- Lưu: NV1 (NPThủy).

#### **SỞ TƯ PHÁP TỈNH TUYỀN QUANG**