

# Sửa Luật Bảo hiểm y tế: Giảm phiền hà, bớt chi phí trung gian

15:45 23/09/2024

Tác giả: Đang cập nhật

**Việc sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế nhằm đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế được đầy đủ hơn, giảm phiền hà, giảm bớt các chi phí trung gian. Ông Nguyễn Tất Thao, Phó Trưởng ban Thực hiện chính sách bảo hiểm y tế, Bảo hiểm xã hội Việt Nam khẳng định như vậy trong cuộc trao đổi với phóng viên về dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế, sẽ được trình Quốc hội tại Kỳ họp thứ 8 tới đây.**

*Phóng viên:* Thưa ông, việc sửa đổi Luật Bảo hiểm y tế hướng đến những mục tiêu nào?

*Ông Nguyễn Tất Thao:* Mục tiêu chính trong sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế là giải quyết các vấn đề vướng mắc, bất cập, tồn tại trong các quy định của Luật hiện hành đã được thực hiện trong 15 năm qua; đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế được đầy đủ hơn; đảm bảo được việc đồng bộ với các quy định của các luật mới sẽ có hiệu lực vào thời điểm 1/1/2025 như Luật Khám bệnh, chữa bệnh; Luật Bảo hiểm xã hội; Luật Sĩ quan quân đội nhân dân; Luật Công an nhân dân...

*Phóng viên:* Lần sửa đổi này tập trung vào nội dung chính nào, thưa ông?

*Ông Nguyễn Tất Thao:* Thứ nhất, sửa đổi các giải thích từ ngữ để phù hợp hơn. Ví dụ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, để đảm bảo nêu được đầy đủ trách nhiệm, phạm vi, cũng như xác định được quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu. Đồng thời, bổ sung thêm giải thích từ ngữ về việc trốn đóng bảo hiểm y tế, chậm đóng bảo hiểm y tế. Trong luật sẽ quy định một số hành vi trốn đóng và chậm đóng bảo hiểm y tế là hành vi bị nghiêm cấm trong thực hiện bảo hiểm y tế.

Thứ hai, bổ sung thêm, sửa đổi một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế cho đầy đủ, đúng, phù hợp với các luật hiện hành. Ví dụ như người lao động có hợp đồng lao động được xác định thời hạn từ đủ 1 tháng trở lên sẽ thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế do người lao động và người sử dụng lao động đóng, trong khi theo quy định của luật hiện hành thì phải là đối tượng có hợp đồng lao động, xác định thời gian từ đủ 3 tháng trở lên. Dự thảo luật cũng bổ sung đối tượng tham gia bảo hiểm y tế là chủ doanh nghiệp mà không hưởng lương, luật hiện hành chưa quy định đối tượng

này. Ngoài ra, một số đối tượng thuộc bên quân đội, công an hoặc dân quân xã, phường, thị trấn cũng được luật hóa để phù hợp với các quy định hiện nay.

*Thứ ba*, sửa đổi, bổ sung việc đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu để phù hợp với quy định về phân cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh. Trước đây, theo quy định cũ thì tuyến chuyên môn kỹ thuật là tuyến xã, tuyến huyện, tuyến tỉnh, tuyến trung ương. Tuy nhiên, theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh, không còn tuyến khám, chữa bệnh nữa mà sẽ phân thành 3 cấp, gồm cấp ban đầu, cấp cơ bản, cấp chuyên sâu. Như vậy sẽ phải xác định cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào thuộc cấp cơ bản, cấp ban đầu và cấp chuyên sâu để quy định rõ đối với cơ sở khám, chữa bệnh nào thì người dân được quyền đăng ký khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho phù hợp. Liên quan đến việc đăng ký khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu này, trước đây gọi là chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật, nay sẽ đổi thành chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để phù hợp với ba cấp khám chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh. Bên cạnh đó, điều chỉnh lại quy định về việc khám bệnh, chữa bệnh thông tuyến. Theo quy định của luật hiện hành, đang có thông tuyến huyện nội tỉnh và thông tuyến bệnh viện huyện toàn quốc, thông tuyến bệnh viện tuyến tỉnh trong điều trị nội trú. Tuy nhiên, hiện nay tuyến không còn nữa và sẽ đổi thành cấp, do đó phải điều chỉnh lại là cơ sở khám, chữa bệnh nào thuộc cấp cơ bản sẽ được khám, chữa bệnh thông tuyến huyện toàn quốc, thông tuyến tỉnh toàn quốc để tương xứng, đảm bảo quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế như hiện nay.

*Thứ tư*, là mở rộng thêm phạm vi hưởng bảo hiểm y tế, đó là chi phí vận chuyển. Trước đây, chi phí vận chuyển quy định chỉ có vận chuyển từ cơ sở tuyến huyện lên tuyến tỉnh và cơ sở tuyến huyện lên tuyến trung ương. Tuy nhiên, theo dự thảo hiện nay, các đối tượng được chỉ định chuyển tuyến trong trường hợp cấp cứu hoặc trong trường hợp điều trị nội trú và cần có xe vận chuyển cấp cứu hoặc xe vận chuyển người bệnh chuyên dụng thì sẽ được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán. Dự thảo Luật sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế cũng quy định về việc thanh toán trong trường hợp điều chuyển thuốc giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng tạo cơ sở y tế khác đã được cơ quan có thẩm quyền phê duyệt đủ điều kiện thực hiện.

Một điểm mới cũng được đưa vào sửa đổi, bổ sung trong luật này là quy định một số trường hợp người bệnh mắc các bệnh hiếm nghèo, bệnh hiếm, bệnh nặng cần phải thực hiện các dịch vụ kỹ thuật cao sẽ được tự đến các cơ sở khám, chữa bệnh điều trị cho phù hợp mà không cần phải đến đúng nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu hoặc có giấy chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Việc này chỉ áp dụng cho những trường hợp đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh hiểm nghèo, các bệnh hiếm, các bệnh cần phải thực hiện các dịch vụ kỹ thuật cao như vậy và theo danh mục do Bộ Y tế ban hành.

Ngoài ra, còn một nội dung nữa Bảo hiểm xã hội Việt Nam đề xuất sửa đổi, bổ sung trong đợt này, đó là giải thích từ ngữ về giám định bảo hiểm y tế và nội dung công tác giám định bảo hiểm y tế. Đây là một trong những vướng mắc, bất cập thời gian qua. Trong quá trình thực hiện giám định, nhiều cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không thống nhất với kết quả giám định của cơ quan Bảo hiểm xã hội.

Luật hiện hành quy định cơ quan Bảo hiểm xã hội phải đánh giá chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật của người bệnh. Thực tế cơ quan Bảo hiểm xã hội không thể đánh giá được việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc mà từ trước đến nay chúng tôi chỉ thực hiện việc đối chiếu đề nghị thanh toán của cơ sở khám, chữa bệnh với các văn bản quy định về khám bệnh, chữa bệnh, về thanh toán khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để xác định chi phí thuộc phạm vi và số tiền thuộc trách nhiệm chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

Việc đánh giá chỉ định điều trị thuộc chức năng của các cơ quan chuyên môn, cũng như các hội đồng chuyên môn của ngành y tế, của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Chính vì vậy Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã có nhiều văn bản đề nghị Bộ Y tế cần phải sửa đổi ngay giải thích từ ngữ về công tác giám định, cũng như nội dung công tác giám định để hạn chế những vướng mắc giữa cơ sở khám, chữa bệnh và cơ quan Bảo hiểm xã hội trong giám định bảo hiểm y tế, đảm bảo việc thanh quyết toán chi phí khám, chữa bệnh được kịp thời theo đúng thời gian quy định của Luật Bảo hiểm y tế.

*Phóng viên:* Như vậy Luật hiện hành giao chưa đúng vai cho giám định viên? Ông có thể nói rõ hơn về nội dung này?

*Ông Nguyễn Tất Thao:* Hiện nay giám định viên đang thực hiện đối chiếu đề nghị thanh toán thuốc, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật mà cơ sở khám, chữa bệnh đã chỉ định sử dụng cho người bệnh bảo hiểm y tế. Cơ quan Bảo hiểm xã hội sẽ đối chiếu các quy định về khám bệnh, chữa bệnh, ví dụ như người hành nghề đã có chứng chỉ hành nghề chưa, thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh có đúng phạm vi hoạt động chuyên môn trên chứng chỉ hành nghề hay không, đúng thời gian đăng ký hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không. Hoặc cơ sở khám, chữa bệnh có đầy đủ trang thiết bị, máy móc để thực hiện các dịch vụ y tế không, các dịch vụ đó đã được cấp có thẩm

quyền phê duyệt cho cơ sở đó thực hiện hay chưa... để xác định dịch vụ kỹ thuật đấy có đủ điều kiện được thanh toán hay không.

Còn chúng tôi không thể đánh giá được việc bác sĩ chỉ định cho người bệnh sử dụng phương pháp đó, dịch vụ kỹ thuật đó hợp lý hay không hợp lý, bởi vấn đề này thuộc về lĩnh vực chuyên môn của ngành y tế. Muốn đánh giá được chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, chỉ định như thế có phù hợp hay không phải do Hội đồng chuyên môn ngành y tế hoặc của bệnh viện đang thực hiện việc đó.

*Phóng viên:* Trong đề xuất mới này cũng đưa ra một số bệnh hiếm, những bệnh mà các cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu không có trong danh mục hoặc không thể điều trị được thì sẽ chuyển thẳng lên tuyến cơ bản, cấp chuyên sâu. Bộ Y tế và Bảo hiểm xã Việt Nam tính toán sẽ có những bệnh nào? Người bệnh sẽ được hưởng lợi như thế nào?

*Ông Nguyễn Tất Thao:* Như tôi đã nêu, trong dự thảo sửa đổi, bổ sung Luật Bảo hiểm y tế có quy định những trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán, xác định mắc một trong số các bệnh hiếm, bệnh hiếm nghèo, bệnh cần phải thực hiện một số dịch vụ kỹ thuật cao thì sẽ không cần giấy chuyển tuyến, cũng như không cần phải đến đúng nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu để khám, chữa bệnh. Người bệnh được quyền đến đúng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đang có đủ khả năng để điều trị bệnh đó.

Chúng tôi sẽ phối hợp với Bộ Y tế rà soát lại danh mục các bệnh được sử dụng giấy chuyển tuyến một lần trong năm theo Thông tư 40 của Bộ Y tế, để đảm bảo xác định một danh mục bệnh bao gồm chỉ có bệnh hiếm gặp, bệnh hiếm nghèo, bệnh cần phải thực hiện các dịch vụ kỹ thuật cao thuộc các tuyến chuyên sâu để thực hiện dịch vụ kỹ thuật, sẽ ban hành một danh mục bệnh mà người bệnh không cần giấy chuyển tuyến, không cần phải đến đúng nơi đăng ký khám, chữa bệnh ban đầu. Người bệnh hàng năm sẽ không phải đến cơ sở khám, chữa bệnh ban đầu để xin giấy chuyển tuyến qua nhiều chặng như hiện nay, mà có thể đến thẳng cơ sở khám, chữa bệnh. Ví dụ, người bệnh có thể đến cơ sở tuyến chuyên sâu như các bệnh viện tuyến trung ương để điều trị các bệnh về ung thư, không cần qua cơ sở khám, chữa bệnh xin giấy chuyển tuyến như hiện nay.

Như vậy sẽ giảm phiền hà và giảm chi phí trung gian không cần thiết. Vì hiện nhiều trường hợp khi chuyển qua các tuyến trung gian lại phải khám bệnh, thực hiện một số xét nghiệm trước khi được chuyển lên tuyến trên.

*Trân trọng cảm ơn ông!*

**Link bài viết:** <https://nguoilambao.vn/public/sua-luat-bao-hiem-y-te-giam-phien-ha-bot-chi-phi-trung-gian>