

Số: **5373**/BTP-PLHSHC
V/v thẩm định Dự án Luật
sửa đổi, bổ sung một số điều
của Luật bảo hiểm y tế

Hà Nội, ngày 15 tháng 7 năm 2013

Kính gửi:

- Văn phòng Chính phủ;
- Bộ Y tế.

Trả lời Công văn số 3972/BYT-BH ngày 03/7/2013 của Bộ Y tế về việc thẩm định Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, Bộ Tư pháp có ý kiến như sau:

I. VỀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ CHUNG

1. Về sự cần thiết ban hành văn bản

Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 được Quốc hội thông qua ngày 14/11/2008, có hiệu lực từ ngày 01/7/2009 đã góp phần quan trọng vào việc thực hiện chính sách tài chính y tế thông qua bảo hiểm y tế toàn dân, thực hiện mục tiêu chăm sóc sức khỏe cho người dân. Tuy nhiên, sau 3 năm triển khai thực hiện, Luật bảo hiểm y tế đã có nhiều nội dung không phù hợp với thực tiễn, gây khó khăn, vướng mắc trong quá trình thi hành pháp luật. Do đó, Bộ Tư pháp cho rằng, việc nghiên cứu, sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế là cần thiết nhằm đáp ứng yêu cầu quản lý nhà nước đối với công tác bảo hiểm y tế, khắc phục những bất cập trong quá trình triển khai thi hành Luật trong những năm qua.

2. Sự phù hợp với chủ trương, chính sách của Đảng

Về cơ bản, Dự thảo Luật đã bảo đảm phù hợp với chủ trương, chính sách của Đảng về phát triển sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, trong đó tiến tới thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân được xác định trong Nghị quyết như Nghị quyết số 15-NQ/TW ngày 01/6/2012 của Ban chấp hành Trung ương khóa XI về Một số vấn đề về chính sách xã hội giai đoạn 2012-2020; Nghị quyết số 21-NQ/TW ngày 22 tháng 11 năm 2012 của Bộ Chính trị về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với công tác bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế giai đoạn 2012-2020.

3. Về tính hợp Hiến, hợp pháp, tính thống nhất, đồng bộ của Dự thảo văn bản trong hệ thống pháp luật hiện hành và tính khả thi của Dự thảo văn bản

Nhìn chung, các nội dung của Dự thảo Luật đã thể hiện được những chính sách cơ bản về bảo vệ, chăm sóc sức khỏe của người dân được xác định trong Hiến pháp. Cụ thể là:

Điều 39 Hiến pháp năm 1992 (sửa đổi, bổ sung năm 2001) quy định rõ: “Nhà nước đầu tư, phát triển và thống nhất quản lý sự nghiệp bảo vệ sức khỏe của nhân dân... kết hợp phát triển y tế nhà nước với y tế nhân dân; thực hiện bảo hiểm y tế, tạo điều kiện để mọi người dân được chăm sóc sức khỏe”. Điều 61 của Hiến pháp 1992 (sửa đổi, bổ sung năm 2001) khẳng định: “Công dân có quyền được hưởng chế độ bảo vệ sức khỏe”. Dự thảo Luật đã bảo đảm phù hợp với tinh thần của nội dung quy định này và đã cụ thể hoá các quy định khác nhau, điển hình là các quy định về mức hưởng bảo hiểm y tế như quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với người có công với cách mạng, trẻ em dưới 6 tuổi...

II. VỀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ CỤ THỂ

Bộ Tư pháp nhất trí với nội dung của Dự thảo Luật. Tuy nhiên, theo chúng tôi, Dự thảo còn một số vấn đề cần được nghiên cứu, chỉnh lý để tiếp tục hoàn thiện văn bản, cụ thể như sau:

1. Về quy định bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm bắt buộc

Khoản 1 Điều 1 Dự thảo sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế quy định “bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với mọi đối tượng...”. Bộ Tư pháp thấy rằng, việc quy định bảo hiểm bắt buộc cần phải được cân nhắc thêm một số lý do sau đây để bảo đảm tính khả thi của quy định, cụ thể:

Thứ nhất, về mặt thực tiễn, đến ngày 31/12/2012, cả nước có tổng số người tham gia bảo hiểm y tế là 59,3 triệu người, đạt tỷ lệ bao phủ 67%. Đây là con số khả quan. Tuy nhiên, đối tượng đóng bảo hiểm y tế nêu trên chủ yếu là cán bộ, công chức, trẻ em dưới 06 tuổi, người hưởng lương hưu, người có công với cách mạng, thân nhân sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc quân đội nhân dân đang tại ngũ, hạ sĩ quan, binh sĩ... Số tiền đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng nêu trên chủ yếu do ngân sách nhà nước chi trả hoặc hỗ trợ một phần. Số còn lại phải đóng trong thời gian tới, chủ yếu là nông dân, người không tham gia lao động tại các tổ chức, doanh nghiệp... (số tiền đóng chủ yếu là do đối tượng tự chi trả). Nếu quy định bảo hiểm y tế là bắt buộc, thì việc huy động tham gia đối với nhóm đối tượng đã nêu **trong giai đoạn hiện nay** là rất khó khăn.

Thứ hai, hiện nay, việc khám bệnh, chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế chưa đủ sức thu hút người dân; chất lượng khám, chữa bệnh bằng bảo hiểm y tế còn thấp. Theo đánh giá của Bộ Y tế, thì việc cung ứng và chất lượng dịch vụ còn

hạn chế, nhất là ở tuyến cơ sở, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và cán bộ chuyên môn chưa đáp ứng, thủ tục hành chính phức tạp, phân tuyến kỹ thuật, chuyên môn chưa phù hợp trong khi đó nếu khám bệnh, chữa bệnh dịch vụ thì đơn giản và thuận tiện hơn.

Thứ ba, cần tuyên truyền để thấy được tác dụng cơ bản của bảo hiểm y tế trong việc chăm sóc sức khỏe của người dân, bên cạnh đó, người dân chưa thực sự mặn mà với việc tham gia bảo hiểm y tế, hay nói cách khác là chưa nhận rõ những giá trị và quyền lợi thụ hưởng khi tham gia bảo hiểm y tế.

Thứ tư, dự thảo quy định bảo hiểm y tế là hình thức bắt buộc, tuy nhiên, toàn bộ nội dung sửa đổi, bổ sung chưa thể hiện nội dung bắt buộc, cụ thể như chưa quy định trách nhiệm của đối tượng phải đóng, trường hợp không đóng thì phải có chế tài xử lý đối với những đối tượng không tham gia bảo hiểm y tế. Bên cạnh đó, dự thảo cũng cần phải bổ sung những quy định như trách nhiệm nâng cao chất lượng bảo hiểm y tế, cải cách thủ tục hành chính theo hướng gọn nhẹ, đối với người tham gia đóng thời gian dài thì phải hưởng phí bảo hiểm y tế cao hơn (nghĩa là hưởng theo mức đóng)... Có như vậy mới bảo đảm tính khả thi của quy định, khuyến khích người dân tham gia đóng bảo hiểm y tế để bảo đảm lợi ích của mình.

Chính vì vậy, Bộ Tư pháp đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo cần cần nhắc thận trọng hơn, tiến hành đánh giá tác động nghiêm túc về xã hội, kinh tế để cân nhắc những rủi ro có thể gặp phải trong việc quy định bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm bắt buộc để có lựa chọn chính sách thích hợp nhất về vấn đề này.

2. Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế (Điều 12 dự kiến sửa đổi)

2.1. Dự thảo quy định nhóm do ngân sách nhà nước và quỹ bảo hiểm xã hội đóng là người tham gia chiến tranh bảo vệ tổ quốc; Bộ Tư pháp cho rằng việc quy định đối tượng như Dự thảo là rộng, chưa rõ đối tượng. Do vậy, cần quy định cụ thể người tham gia chiến tranh bảo vệ tổ quốc là đối tượng nào, tham gia chiến tranh theo giai đoạn nào, vì nếu quy định đối tượng rộng như Dự thảo Luật thì sẽ làm tăng gánh nặng cho ngân sách nhà nước chi trả, không phù hợp với thực tế của nhà nước ta.

2.2. Về đối tượng tham gia bảo hiểm y tế là hộ gia đình (điểm d khoản 3 Điều 12 dự kiến bổ sung).

Dự thảo Luật quy định nguyên tắc phải tham gia cho tất cả các thành viên theo hình thức hộ gia đình để quản lý, tránh trùng lặp đối tượng, tăng sự chia sẻ giữa các thành viên trong gia đình với những đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế. Bộ Tư pháp cho rằng, việc quy định này đúng là khắc phục được tình trạng trên, nhưng không phù hợp với điều

kiện kinh tế của một số gia đình còn khó khăn nhưng chưa được hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế từ phía Nhà nước, nhất là đối với 70% người ở nông thôn không có việc làm. Hơn nữa, thực tế hiện nay, người nông thôn di cư sang các địa phương khác làm ăn khá phổ biến. Vậy nếu đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình, thì khi đối tượng thực hiện khám chữa bệnh theo phân tuyến sẽ rất khó khăn cho người dân. Từ những lý do nêu trên, đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo cần tiếp tục nghiên cứu quy định này để tháo gỡ những khó khăn, vướng mắc quy định tham gia bảo hiểm theo hộ gia đình.

3. Về mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế (Điều 13 dự kiến sửa đổi)

3.1. Về đối tượng đóng bảo hiểm y tế là người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật về công chức (Điều b khoản 1 Điều 13) Bộ Tư pháp đề nghị cân nhắc thêm vì những lý do sau đây:

Thứ nhất, số lượng người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn là rất lớn. Theo Nghị định số 92/2009/NĐ-CP ngày 22/10/2009 về chức danh, số lượng, chính sách đối với cán bộ, công chức ở xã, phường, thị trấn và những người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã, thì mỗi xã trung bình có từ 19 đến 22 người hoạt động không chuyên trách (Điều 13); mỗi thôn, tổ dân phố được bố trí tối đa không quá 03 người (khoản 3 Điều 19); mỗi xã trung bình có từ 20 thôn, như vậy, mỗi xã có khoảng 80 người hoạt động không chuyên trách. Hiện nay, trong toàn quốc có hơn 11 vạn xã. Nếu quy định người sử dụng lao động đóng 2/3 cho toàn bộ số cán bộ không chuyên trách là chưa phù hợp với điều kiện kinh tế xã hội, khả năng tài chính của nhà nước.

Thứ hai, theo quy định thì các đối tượng này chỉ đóng 1/3, số còn lại do người sử dụng lao động đóng, cụ thể là Ủy ban nhân dân cấp xã đóng. Tuy nhiên, Điều 14 Nghị định 29/2013/NĐ-CP quy định ngân sách trung ương chỉ thực hiện khoán quỹ phụ cấp, trong đó đã bao gồm cả 3% bảo hiểm y tế để chi trả hàng tháng đối với những người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã. Do vậy, Nhà nước vẫn sẽ phải bỏ một khoản kinh phí tương đối lớn đóng cho đối tượng này.

3.2. Khoản 2 Điều 13 quy định một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau thì đóng bảo hiểm y tế theo đối tượng đầu tiên mà người đó được xác định theo thứ tự của các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại Điều 12 của Luật này: Về vấn đề này, Bộ Tư pháp đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo quy định rõ hơn việc xác định theo thứ tự đầu tiên trong nội dung quy định hay theo nhóm đối tượng thực hiện đóng bảo hiểm xã hội quy định tại Điều 12 của dự thảo.

3.3. Khoản 3 Điều 12: dự thảo quy định tham gia theo hộ gia đình sẽ được giảm dần từ thành viên thứ hai trở lên, tuy nhiên chưa làm rõ điều kiện được giảm (ví dụ, có cần phải có điều kiện tham gia đầy đủ, toàn diện mới được giảm không). Bên cạnh đó, dự thảo cũng chưa quy định cụ thể tỷ lệ giảm là bao nhiêu gắn với thời gian là như thế nào... Đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo cân nhắc quy định rõ.

4. Về thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị (khoản 3 Điều 16 dự kiến sửa đổi)

Dự thảo Luật quy định tham gia không liên tục, thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 90 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế; riêng đối với quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao, thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 180 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế. Về vấn đề này, Bộ Tư pháp cho rằng việc quy định thời gian có giá trị sử dụng của thẻ bảo hiểm nêu trên là quá dài, không công bằng đối người tham gia bảo hiểm y tế. Do đó, để tạo thuận lợi trong việc chăm sóc sức khỏe, đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo cân nhắc quy định thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị cho phù hợp với thực tế, tránh ảnh hưởng đến tâm lý của người tham gia bảo hiểm.

5. Về cấp thẻ bảo hiểm y tế (Điều 17 dự kiến sửa đổi)

Dự thảo Luật quy định danh sách tham gia bảo hiểm y tế do cơ quan, tổ chức, đơn vị có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế hoặc quản lý đối tượng lập. Đối với đối tượng quy định tại điểm n khoản 2 và các điểm a, c, đ khoản 3 Điều 12 của Luật này, danh sách tham gia bảo hiểm y tế do tổ chức bảo hiểm y tế lập trên cơ sở xác nhận của Ủy ban nhân dân cấp xã; tuy nhiên, khoản 5 Điều 1 Dự thảo Luật quy định Ủy ban nhân dân cấp xã có trách nhiệm phối hợp với tổ chức bảo hiểm y tế trong việc lập danh sách, xác nhận đối tượng tham gia bảo hiểm y tế của hộ gia đình trên địa bàn, trừ các đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 12. Do đó, Bộ Tư pháp đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo chỉnh lý lại nhằm bảo đảm tính thống nhất nội dung của văn bản.

6. Về mức hưởng bảo hiểm y tế (Điều 22 dự kiến sửa đổi)

Tại trang 15 Báo cáo đánh giá 3 năm thực hiện Luật bảo hiểm y tế có quy định việc cùng chi trả đã có tác động đáng kể đến người bệnh, nhất là những người nghèo, đồng bào dân tộc thiểu số... nhiều ý kiến phản ánh quy định cùng chi trả 5% đối với những người nghèo, người dân tộc thiểu số... không có khả năng chi trả cũng như tính phức tạp trong tổ chức thực hiện. Do đó, Bộ Tư pháp đề xuất về mức hưởng bảo hiểm đối với người nghèo là 100% để bảo đảm tính nhân đạo của Nhà nước trong việc chăm sóc sức khỏe bằng bảo hiểm y tế đến với mọi người dân.

7. Về phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Điều 30 dự kiến sửa đổi)

Theo Bộ Tư pháp, quy định về phương thức thanh toán nên giữ nguyên như quy định hiện hành, vì Luật đã quy định cụ thể và giải thích rõ từng nội dung thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.

8. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (Điều 32 dự kiến sửa đổi)

8.1. Điểm a khoản 1 Điều 32 sửa đổi quy định “Trong thời hạn 05 ngày làm việc... gửi cho tổ chức bảo hiểm y tế nhưng không vượt quá số dự toán theo kế hoạch hàng quý”: đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo quy định rõ dự toán này do cơ quan nào duyệt, vì dự toán này là trên cơ sở hợp đồng tổ chức bảo hiểm y tế và cơ sở khám chữa bệnh.

8.2. Điểm c khoản 2 Điều 32 sửa đổi quy định: “Trường hợp kinh phí thanh toán vượt quá kinh phí khám bệnh, chữa bệnh được sử dụng tại tỉnh, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm cân đối, điều tiết...”. Dự thảo chưa quy định rõ mức cụ thể để tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi vượt quá kinh phí được sử dụng. Để bảo đảm tính minh bạch trong việc sử dụng kinh phí khám bệnh, chữa bệnh, đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo quy định rõ.

9. Về sử dụng quỹ bảo hiểm y tế (Điều 35 dự kiến sửa đổi)

Điểm đ khoản 1 Điều 35 quy định quỹ bảo hiểm được sử dụng đầu tư để bảo toàn và tăng trưởng: nội dung này quy định chưa rõ, cần quy định theo hướng, quy định rõ các hình thức đầu tư của Quỹ để đảm bảo an toàn của Quỹ bảo hiểm y tế (vì đây là quỹ ngắn hạn) để có cơ sở pháp lý cho việc thực hiện và để hạn chế thất thoát và lạm dụng Quỹ bảo hiểm y tế.

10. Về xử lý vi phạm (khoản 2 Điều 49 dự kiến sửa đổi)

Để bảo đảm tính minh bạch của quy định, tránh tùy tiện cho việc áp dụng trên thực tế và thuận tiện cho việc thực hiện, Bộ Tư pháp đề nghị Cơ quan chủ trì soạn thảo quy định cụ thể số lỗi phải nộp trong trường hợp chậm đóng để người có thẩm quyền xử lý làm căn cứ để áp dụng khi có vi phạm.

III. VỀ CÁC VẤN ĐỀ CÒN CÓ Ý KIẾN KHÁC NHAU

5.1. Về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế của lực lượng Công an nhân dân

Bảo hiểm y tế là bắt buộc, nên cần có sự đóng góp chung của cả cộng đồng mà không nên phân chia thành nhiều nhóm đối tượng. Chính vì vậy, khoản 2 Điều 12 Luật bảo hiểm y tế quy định sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ; sỹ

quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, thực tế lực lượng Công an nhân dân chưa triển khai thực hiện bảo hiểm y tế cho ngành mình theo tinh thần của Luật bảo hiểm y tế mà vẫn thực hiện theo Nghị định số 25/2006/NĐ-CP ngày 10/3/2006 của Chính phủ quy định về tiêu chuẩn vật chất hậu cần đối với sỹ quan, hạ sỹ quan, chiến sỹ đang phục vụ trong lực lượng công an nhân dân. Bên cạnh đó, khoản 1 Điều 36 Luật Công an nhân dân cũng quy định các lực lượng nêu trên khi thực hiện khám chữa bệnh mà cơ sở y tế của Công an nhân dân không có khả năng điều trị thì được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế không thuộc Công an nhân dân, được Công an nhân dân thanh toán viện phí và thực hiện các chế độ khác theo quy định của pháp luật. Chính vì vậy, trong giai đoạn hiện nay, có thể không quy định bảo hiểm y tế đối với lực lượng công an. Còn về lâu dài, cũng cần phải nghiên cứu đối tượng nêu trên thuộc đối tượng đóng bảo hiểm y tế để thống nhất, áp dụng cho mọi đối tượng nhằm thực hiện mục tiêu bảo hiểm y tế toàn dân.

5.2. Về quy định trích phần kết dư cho các địa phương sử dụng

Về vấn đề này, Bộ Tư pháp cho rằng tính chất cơ bản của bảo hiểm y tế là chia sẻ rủi ro trong cộng đồng, quỹ bảo hiểm y tế là quỹ được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống tổ chức bảo hiểm y tế, vì vậy, quỹ bảo hiểm y tế cần được nhìn tổng quan trên bình diện toàn quốc mà không chỉ giới hạn ở các địa phương. Trường hợp quỹ có kết dư lớn, thì nên lựa chọn giải pháp là mở rộng quyền lợi hoặc giảm mức đóng góp cho người tham gia bảo hiểm y tế; tích lũy đầu tư tăng trưởng, dự phòng để chi tiêu cho các năm sau và để điều tiết trong phạm vi toàn quốc mà không nên chuyển chi vào mục đích khác theo hướng dự thảo quy định. Do vậy, Bộ Tư pháp nhất trí với ý kiến thứ hai là không trích phần kết dư cho các địa phương sử dụng.

5.3. Về việc thành lập Hội đồng tư vấn chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế

Bộ Tư pháp cho rằng, việc nghiên cứu, xây dựng mô hình Hội đồng tư vấn chính sách, pháp luật bảo hiểm y tế trong Dự thảo Luật cần cân nhắc thêm vì các lý do sau đây:

Thứ nhất, Bộ Y tế là cơ quan của Chính phủ, giúp Chính phủ thực hiện thống nhất quản lý nhà nước về y tế, trong đó có bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, theo Dự thảo Luật thì Hội đồng thực hiện chức năng tư vấn chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế (tương tự như chức năng, nhiệm vụ của Bộ Y tế trong việc tham mưu giúp Chính phủ trong việc xây dựng và thực hiện chính sách về bảo hiểm

y tế). Nếu quy định như Dự thảo Luật thì chức năng của Bộ Y tế và Hội đồng sẽ bị trùng lặp nhiệm vụ.

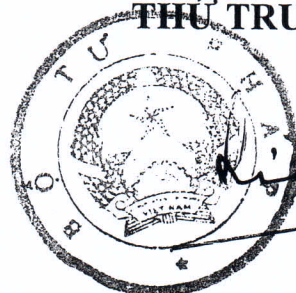
Thứ hai, Dự thảo Luật quy định Thủ tướng Chính phủ thành lập Hội đồng tư vấn; tuy nhiên, chưa quy định rõ Hội đồng thuộc Thủ tướng Chính phủ hay Bộ Y tế. Trường hợp Dự thảo Luật quy định Hội đồng trực thuộc Bộ Y tế là chưa phù hợp với khoản 4 Điều 20 Luật Tổ chức Chính phủ. Trường hợp cơ quan chủ trì soạn thảo thấy cần thiết, thì cần phải quy định rõ về chức năng, nhiệm vụ cơ bản của Hội đồng, thành phần Hội đồng và cơ chế hoạt động của Hội đồng để làm cơ sở cho việc quy định cụ thể nhiệm vụ, quyền hạn và cơ chế hoạt động của Hội đồng sau này.

Trên đây là ý kiến thẩm định của Bộ Tư pháp đối với Dự án Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, xin gửi đến Văn phòng Chính phủ, Bộ Y tế để nghiên cứu, chỉnh lý và tổng hợp, báo cáo Chính phủ xem xét, quyết định./. 

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, Vụ PLHSHC (2b).

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Hoàng Thế Liên