

QUỐC HỘI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /2022/QH15

Hà Nội, ngày

tháng

năm 2022

DỰ THẢO
15/02/2022LUẬT
BẢO HIỂM Y TẾ

Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ngày 28 tháng 11 năm 2013;
Quốc hội ban hành Luật bảo hiểm y tế.

CHƯƠNG I
NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Luật này quy định các nội dung về bảo hiểm y tế, bao gồm: đối tượng tham gia, mức đóng, trách nhiệm và phương thức đóng bảo hiểm y tế; thẻ bảo hiểm y tế; phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế; tổ chức khám bệnh, chữa bệnh, **cung cấp dịch vụ y tế** cho người tham gia bảo hiểm y tế; **giám định bảo hiểm y tế**, thanh toán chi phí các dịch vụ y tế; quỹ bảo hiểm y tế; quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế; **bảo hiểm y tế bổ sung**.

2. Luật này áp dụng đối với tổ chức, cá nhân trong nước và tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có liên quan đến bảo hiểm y tế.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Trong Luật này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. **Bảo hiểm y tế** là hình thức bảo hiểm trong chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, bao gồm:

a) **Bảo hiểm y tế xã hội** (sau đây gọi tắt là bảo hiểm y tế) là bảo hiểm y tế cơ bản áp dụng bắt buộc đối với các đối tượng theo quy định của Điều 11 của luật này do Nhà nước tổ chức thực hiện.

b) **Bảo hiểm y tế bổ sung** là loại hình bảo hiểm y tế tự nguyện do người đã tham gia bảo hiểm y tế sử dụng để chi trả cho các chi phí y tế nằm ngoài phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế cơ bản theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm y tế bổ sung có thể do tổ chức bảo hiểm y tế thuộc BHXH Việt Nam thực

hiện và hạch toán độc lập với Bảo hiểm y tế cơ bản hay do các doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện.

3. *Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu* là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đầu tiên của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. *Giám định bảo hiểm y tế* là hoạt động kiểm tra, kiểm soát thanh toán nhằm đánh giá tính sự hợp lý của các dịch vụ y tế được cung cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí của các dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.

6. *Giám định viên bảo hiểm y tế* là viên chức làm công tác giám định theo chức danh nghề nghiệp do Nhà nước quy định.

7. *Tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình* là việc những thành viên hộ gia đình theo quy định của pháp luật, tham gia bảo hiểm y tế.

8. *Gói dịch vụ y tế cơ bản* là các chi phí được quỹ bảo hiểm y tế cơ bản chi trả bao gồm danh mục, tỷ lệ và điều kiện sử dụng của thuốc, hóa chất, vật tư y tế, kỹ thuật y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, **phương tiện hỗ trợ phục hồi chức năng, sản phẩm dinh dưỡng điều trị** được quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

9. *Quỹ bảo hiểm y tế cơ bản* là quỹ tài chính ngoài ngân sách nhà nước, hình thành từ nguồn đóng bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí gói dịch vụ y tế cơ bản cho người tham gia bảo hiểm y tế và chi phí quản lý bộ máy theo quy định của luật này.

10. *Nguồn tài chính y tế bổ sung cho bảo hiểm y tế cơ bản* bao gồm nguồn hình thành từ việc đóng bảo hiểm y tế bổ sung; các nguồn và quỹ tài chính hợp pháp khác của tổ chức, cá nhân được sử dụng để chi trả chi phí y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế và chi phí khác theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

11. *Đánh giá công nghệ y tế* (Health Technology Assessment - HTA) là việc đánh giá có tính hệ thống về tính chất, hiệu quả và tác động của công nghệ y tế về các khía cạnh sức khỏe, kinh tế, xã hội và đạo đức. Đánh giá công nghệ y tế được sử dụng để xây dựng danh mục, tỷ lệ và điều kiện sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư y tế, kỹ thuật y tế, dịch vụ chăm sóc sức khỏe, phương tiện hỗ trợ phục hồi chức năng, sản phẩm dinh dưỡng điều trị do quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

12. *Gian lận bảo hiểm y tế* là hành vi cố ý lừa dối, hoặc che giấu để thu lợi bất chính từ quỹ bảo hiểm y tế.

13. *Lạm dụng quỹ bảo hiểm y tế* là việc sử dụng quá mức hoặc không đúng quy định pháp luật về cung ứng dịch vụ y tế, quy định về chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp hoặc gián tiếp gây nên những tổn thất quỹ bảo hiểm y tế.

14. *Trục lợi quỹ bảo hiểm y tế* là việc thực hiện các hành vi bất hợp pháp nhằm kiếm lợi từ quỹ bảo hiểm y tế.

15. *Sử dụng lãng phí quỹ bảo hiểm y tế* là việc sử dụng quá mức các dịch vụ (chưa đến mức truy cứu trách nhiệm hình sự) và lạm dụng các nguồn lực bảo hiểm y tế.

Điều 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế

1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro và **hỗ trợ an sinh xã hội trong chăm sóc sức khỏe** giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế bắt buộc theo quy định của Luật bảo hiểm xã hội (sau đây gọi chung là tiền lương tháng), tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc tiền lương cơ sở.

3. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi, **mức đóng** và thời gian tham gia bảo hiểm y tế.

4. Người tham gia BHYT được lựa chọn nơi đến khám chữa bệnh ban đầu ở tất cả các cơ sở KCB hợp pháp đủ điều kiện KCB BHYT tại gần nơi cư trú và lao động, sinh hoạt.

5. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do quỹ bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cùng chi trả.

6. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ.

Điều 4. Chính sách của Nhà nước về bảo hiểm y tế

1. Nhà nước đóng hoặc hỗ trợ tiền đóng bảo hiểm y tế cho người có công với cách mạng và một số nhóm đối tượng chính sách xã hội.

2. **Nhà nước tạo điều kiện để mỗi người tham gia bảo hiểm y tế được lập hồ sơ sức khỏe, quản lý, theo dõi tại nơi người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.**

3. Nhà nước có chính sách ưu đãi đối với hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế để bảo toàn và tăng trưởng quỹ. Nguồn thu của quỹ và số tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế được miễn thuế.

4. Nhà nước tạo điều kiện để tổ chức, cá nhân tham gia bảo hiểm y tế hoặc đóng bảo hiểm y tế cho các nhóm đối tượng.

5. Nhà nước khuyến khích đầu tư phát triển **và ứng dụng** công nghệ và phương tiện kỹ thuật tiên tiến trong quản lý bảo hiểm y tế.

6. **Nhà nước khuyến khích các nguồn tài chính y tế bổ sung cho BHYT cơ bản. Cho phép tổ chức, người sử dụng lao động, doanh nghiệp sử dụng hoặc đóng**

bổ sung Quỹ phúc lợi hoặc chi hỗ trợ người lao động (theo thỏa thuận trong Hợp đồng lao động) khi ốm đau, nằm viện, tai nạn. Khoản chi hỗ trợ được tính vào chi phí doanh nghiệp không chịu thuế thu nhập doanh nghiệp.

7. Khuyến khích các tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung hoạt động theo nguyên tắc phi lợi nhuận để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe người dân.

Điều 5. Nội dung quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế

1. Ban hành, tổ chức thực hiện văn bản pháp luật, chiến lược, chính sách bảo hiểm y tế.

2. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

3. Thực hiện công tác thống kê, thông tin, quản lý cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm y tế.

4. Tổ chức bộ máy thực hiện bảo hiểm y tế; đào tạo, tập huấn nguồn nhân lực làm công tác bảo hiểm y tế.

5. Quản lý về thu, chi, bảo toàn, phát triển và cân đối quỹ bảo hiểm y tế.

6. Thanh tra, kiểm tra việc chấp hành pháp luật về bảo hiểm y tế; giải quyết tranh chấp, khiếu nại, tố cáo và xử lý vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

7. Hợp tác quốc tế và nghiên cứu khoa học về bảo hiểm y tế.

Điều 6. Cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

2. Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

3. Bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình phối hợp với Bộ Y tế thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.

4. Ủy ban nhân dân các cấp trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương.

5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam tham gia, phối hợp với Bộ Y tế, Bộ Tài chính, Các Bộ, Cơ quan ngang Bộ, Cơ quan thuộc Chính phủ, UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện quản lý thu, chi, bảo toàn, phát triển và cân đối Quỹ BHYT.

Điều 7. Trách nhiệm của Bộ Y tế về bảo hiểm y tế

Chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ, cơ quan, tổ chức có liên quan thực hiện nhiệm vụ sau đây:

1. Xây dựng chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, tổ chức hệ thống y tế, tuyển chuyên môn kỹ thuật y tế, nguồn tài chính phục vụ công tác bảo vệ, chăm

sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân dựa trên bảo hiểm y tế toàn dân.

2. Xây dựng chiến lược, quy hoạch, kế hoạch tổng thể phát triển bảo hiểm y tế.

3. Ban hành quy định chuyên môn kỹ thuật, quy trình khám bệnh, chữa bệnh và hướng dẫn điều trị; chuyên tuyến liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

4. Xây dựng và trình Chính phủ các giải pháp nhằm bảo đảm cân đối quỹ bảo hiểm y tế.

5. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

6. Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức triển khai thực hiện chế độ bảo hiểm y tế.

7. Thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế.

8. Theo dõi, đánh giá, tổng kết các hoạt động trong lĩnh vực bảo hiểm y tế.

9. Tổ chức nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.

10. Thống nhất phạm vi chi trả BHYT bổ sung với bảo hiểm y tế cơ bản.

Điều 8. Hội đồng quốc gia về bảo hiểm y tế

1. Hội đồng quốc gia về bảo hiểm y tế là cơ quan tư vấn chính sách bảo hiểm y tế do Chính phủ thành lập.

2. Chức năng, nhiệm vụ của Hội đồng:

a) Tư vấn cho Chính phủ và các cơ quan liên quan trong hoạch định chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, đề xuất mức đóng, phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế;

b) Tư vấn về chính sách giá dịch vụ kỹ thuật y tế, thuốc, hóa chất, vật tư y tế do quỹ bảo hiểm y tế thanh toán;

c) Tư vấn giải quyết những bất cập phát sinh trong quá trình thực hiện pháp luật về bảo hiểm y tế.

3. Cơ chế hoạt động: Hoạt động theo nguyên tắc đa số; Thành viên Hội đồng hoạt động chuyên trách và kiêm nhiệm.

4. Cơ cấu, tổ chức của Hội đồng: Tổng số thành viên hội đồng là 29 thành viên, gồm có:

a) Chủ tịch hội đồng do Thủ tướng quyết định;

b) Phó Chủ tịch thường trực là Bộ trưởng Bộ Y tế;

c) Các Phó Chủ tịch là: Tổng giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam; Thứ trưởng Bộ Tài chính, Thứ trưởng Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội.

d) Ủy viên hội đồng gồm:

- 6 đại diện các bộ, ngành: Y tế, Tài chính, Bảo hiểm xã hội, Lao động - Thương binh và Xã hội, Kế hoạch - Đầu tư, Phòng Thương mại và Công nghiệp Việt Nam;

- 6 đại diện: Tổng hội y học Việt Nam, Hội Dược học, Hiệp hội bệnh viện, Hội bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng Việt Nam, Hội khoa học kinh tế y tế, Tổng Liên đoàn lao động Việt Nam;

- 6 chuyên gia: Viện Hàn lâm khoa học xã hội Việt Nam, Trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y tế công cộng; Đại học Kinh tế quốc dân, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, Viện Khoa học lao động xã hội.

- 6 chuyên gia độc lập có nhiều kinh nghiệm về chính sách y tế, bảo hiểm y tế.

5. Chính phủ quy định điều kiện, tiêu chuẩn của các ủy viên Hội đồng; cơ cấu tổ chức các tiểu ban chuyên môn và bộ máy; quy chế hoạt động của Hội đồng.

Điều 9. Trách nhiệm của Bộ Quốc phòng và Bộ Công an

1. Chỉ đạo, quản lý, hướng dẫn, tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý, lập danh sách bảo hiểm y tế đối với đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý quy định tại điểm a khoản 1, điểm a và điểm n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.

2. Lập danh sách và cung cấp danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều 12 của Luật này cho tổ chức bảo hiểm y tế.

3. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện quy định của pháp luật về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý quy định tại điểm a khoản 1, điểm a và điểm n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.

4. Phối hợp với **Bộ Y tế**, các bộ, ngành liên quan hướng dẫn các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ Quốc phòng và Bộ Công an ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với tổ chức bảo hiểm y tế để khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 10. Trách nhiệm của Ủy ban nhân dân các cấp về bảo hiểm y tế

1. Trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình, Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm sau đây:

- a) Chỉ đạo tổ chức triển khai thực hiện chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;
- b) Bảo đảm kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng được ngân sách nhà nước đóng hoặc hỗ trợ theo quy định của Luật này;
- c) Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế;
- d) Thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm và giải quyết khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế.

2. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, ngoài việc thực hiện trách nhiệm quy định tại khoản 1 Điều này, có trách nhiệm chỉ đạo xây dựng bộ máy, nguồn lực để thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương.

3. Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn (sau đây gọi chung là Ủy ban nhân dân cấp xã), ngoài việc thực hiện trách nhiệm quy định tại khoản 1 Điều này, có trách nhiệm lập danh sách tham gia bảo hiểm y tế trên địa bàn cho các đối tượng quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 **Điều 10** của Luật này theo hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các điểm a, l và n khoản 3 và điểm b khoản 4 **Điều 10** của Luật này; Ủy ban nhân dân cấp xã phải lập danh sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em đồng thời với việc cấp giấy khai sinh; **phát thẻ kịp thời đến trẻ em ngay sau khi khi tổ chức bảo hiểm y tế cấp.**

Điều 11. Kiểm toán quỹ và chi phí bảo hiểm y tế

1. Định kỳ 3 năm, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế và báo cáo kết quả với Quốc hội.

Trường hợp Quốc hội, Ủy ban thường vụ Quốc hội hoặc Chính phủ yêu cầu, Kiểm toán nhà nước thực hiện kiểm toán đột xuất quỹ bảo hiểm y tế.

2. Kiểm toán Nhà nước kiểm toán thu, chi của Quỹ BHYT, thanh quyết toán BHYT chi phí khám chữa bệnh đối với Cơ quan BHXH và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 12. Các hành vi bị nghiêm cấm

1. Người sử dụng lao động không đóng hoặc đóng bảo hiểm y tế không đầy đủ theo quy định của Luật này.

2. Gian lận, giả mạo hồ sơ, thẻ bảo hiểm y tế.

3. Gian lận; sử dụng tiền đóng bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế sai mục đích.

4. Lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.

5. Cản trở, gây khó khăn hoặc làm thiệt hại đến quyền, lợi ích hợp pháp của người tham gia bảo hiểm y tế và của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

6. Cố ý báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về bảo hiểm y tế.

7. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ để làm trái với quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ.

Điều 13. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng, bao gồm:

a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức (sau đây gọi chung là người lao động);

b) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật.

2. Nhóm do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng, bao gồm:

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

b) Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp hoặc mắc bệnh thuộc danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày;

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

d) Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.

3. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng, bao gồm:

a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội 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, học viên công an nhân dân, hạ sĩ quan, chiến sỹ phục vụ có thời hạn trong công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân; học viên cơ yếu được hưởng chế độ, chính sách theo chế độ, chính sách đối với học viên ở các trường quân đội, công an;

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

- c) Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước;
- d) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh;
- đ) Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm;
- e) Trẻ em dưới 6 tuổi;
- g) Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng; **người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng;**
- h) Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn; người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn; người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo;
- i) Thân nhân của người có công với cách mạng là cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con đẻ, con nuôi hợp pháp của liệt sỹ; người có công nuôi dưỡng liệt sỹ;
- k) Thân nhân của người có công với cách mạng, trừ các đối tượng quy định tại điểm i khoản này;
- l) Thân nhân của các đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều này;
- 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 nhiễm HIV không thuộc các đối tượng quy định tại khoản 1, 2 và điểm a, b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m và n Khoản 3 Điều này.

4. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng, bao gồm:

- a) Người thuộc hộ gia đình cận nghèo;
- b) Học sinh, sinh viên.
- c) **Thân nhân người lao động** quy định tại khoản 1 Điều này.

5. Nhóm tự đóng bảo hiểm y tế, bao gồm:

a) Những người thuộc hộ gia đình tham gia theo hình thức hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này

b) Người sinh sống, làm việc, người được nuôi dưỡng, chăm sóc trong các tổ chức, cơ sở từ thiện, tôn giáo, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4 và điểm a khoản 5 Điều này.

6. Chính phủ bổ sung các đối tượng khác ngoài các đối tượng đã được quy định tại khoản 1, 2, 3, 4 và 5 Điều này.

Điều 14. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

1. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế được quy định như sau:

a) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 1 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3. Trong thời gian người lao động nghỉ việc hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì mức đóng hàng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

b) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3;

c) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 2 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

d) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

đ) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm d khoản 2 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% tiền trợ cấp thất nghiệp và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

e) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng đối với người hưởng lương, tối đa bằng 6% mức lương cơ sở đối với người hưởng sinh hoạt phí và do ngân sách nhà nước đóng;

g) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m và o khoản 3 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

h) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm n khoản 3 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng;

i) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở do đối tượng tự đóng và được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng;

k) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm a khoản 4 và khoản 5 Điều 13 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do đối tượng đóng theo hộ gia đình.

2. Trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 13 của Luật này thì đóng bảo hiểm y tế theo đối tượng đầu tiên mà người đó được xác định theo thứ tự của các đối tượng quy định tại Điều 13 của Luật này.

Trường hợp đối tượng quy định tại điểm a khoản 1 Điều 13 của Luật này có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động có mức tiền lương cao nhất.

Trường hợp đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 13 của Luật này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 13 của Luật này thì đóng bảo hiểm y tế theo thứ tự như sau: do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng, do ngân sách nhà nước đóng, do đối tượng và Ủy ban nhân dân cấp xã đóng.

3. Thành viên thuộc hộ gia đình quy định tại điểm a khoản 5 Điều 13 của Luật này được giảm trừ mức đóng từ thành viên thứ hai khi tham gia bảo hiểm y tế trong năm tài chính, cụ thể như sau:

a) Người thứ nhất đóng tối đa bằng 6% mức lương cơ sở;

b) Từ người thứ hai trở đi đóng bằng 80% mức đóng của người thứ nhất;

4. Nhóm do người sử dụng lao động đóng.

5. Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ quy định tại Điều này.

Điều 15. Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế

1. Đối với người lao động thuộc đối tượng làm công hưởng lương, căn cứ để đóng bảo hiểm y tế theo qui định của Luật BHXH.

2. Đối với người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hàng tháng thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hàng tháng.

3. Đối với các đối tượng khác thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức lương cơ sở.

4. Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương cơ sở.

Điều 16. Phương thức đóng bảo hiểm y tế

1. Hàng tháng, người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động; tiền đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và thân nhân người lao động

được trích từ tiền lương của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

2. Đối với các doanh nghiệp thuộc lĩnh vực nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp không trả lương theo tháng thì định kỳ 3 tháng hoặc 6 tháng một lần, người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và trích tiền đóng bảo hiểm y tế từ tiền lương của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.

3. Hàng tháng, tổ chức bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm c, d và đ khoản 1 Điều 11 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

4. Hàng quý, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm h khoản 1 Điều 11 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

5. Hàng quý, ngân sách nhà nước chuyên số tiền đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm e, g và i khoản 1 Điều 11 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.

6. Định kỳ 3 tháng, 6 tháng hoặc 12 tháng, đại diện hộ gia đình, tổ chức, cá nhân đóng đủ số tiền thuộc trách nhiệm phải đóng vào quỹ bảo hiểm y tế.

7. Khuyến khích một số đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đóng trước tiền tham gia bảo hiểm y tế tối đa 03 năm. Khi mệnh giá thẻ BHYT thay đổi, người đã nộp tiền không phải nộp thêm hoặc nhận lại; không được rút tiền đã đóng BHYT. Bộ Y tế quy định chi tiết nội dung này.

Chương III **BẢO HIỂM Y TẾ BỔ SUNG**

Điều 17. Nguyên tắc thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung

1. Bảo hiểm y tế bổ sung thực hiện trên cơ sở tự nguyện đối với những người đã tham gia bảo hiểm y tế.

2. BHYT bổ sung nếu do Cơ quan BHXH thực hiện được tổ chức, quản lý, thực hiện theo nguyên tắc phi lợi nhuận.

3. Nhà nước khuyến khích tổ chức, cá nhân thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung; mua, hỗ trợ mua bảo hiểm y tế bổ sung.

Khuyến khích hợp tác giữa bảo hiểm thương mại và bảo hiểm y tế xã hội để đảm bảo tính bổ sung của bảo hiểm y tế cơ bản và bổ sung.

4. Bộ Y tế, BHXH Việt Nam quy định việc cung cấp thông tin về chi phí sử dụng dịch vụ y tế cho tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung để bảo đảm quyền lợi của người tham gia.

5. Hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung là văn bản thỏa thuận giữa người mua hoặc đại diện của người mua bảo hiểm y tế bổ sung với tổ chức thực hiện bảo hiểm bổ sung.

6. Phạm vi được hưởng và mức phí, thanh toán chi phí, giải quyết tranh chấp đối với người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung được quy định trong hợp đồng giữa người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung với tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung.

7. Khi có đủ điều kiện, Bảo hiểm xã hội Việt Nam xây dựng và trình Hội đồng quản lý BHXH triển khai thực hiện các gói sản phẩm bảo hiểm y tế bổ sung trên nguyên tắc:

a) Quỹ Bảo hiểm y tế bổ sung hoạt động tự chủ hoàn toàn về tài chính, độc lập với quỹ bảo hiểm y tế;

b) Chi phí quản lý bảo hiểm y tế bổ sung được trích từ quỹ bảo hiểm y tế bổ sung; mức chi, nội dung chi theo quy định của Bộ Tài chính và quyết định của Hội đồng quản lý BHXH.

c) Trường hợp có số thu lớn hơn số chi trong năm tài chính, quỹ bảo hiểm y tế bổ sung dành 30% số kết dư để hỗ trợ mua bổ sung cho các đối tượng chính sách, khó khăn; trường hợp thâm hụt bảo hiểm y tế bổ sung tự điều chỉnh mức đóng, mức hưởng.

Điều 18. Phạm vi quyền lợi của bảo hiểm y tế bổ sung

1. Chi trả cho phần cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người tham gia bảo hiểm y tế

2. Chi trả cho chi phí các dịch vụ y tế, dịch vụ y tế tự chọn ngoài phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế;

3. Gói bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp bệnh hiểm nghèo, chi phí lớn;

4. Các quyền lợi khác theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 19. Thanh toán chi phí bảo hiểm y tế bổ sung

Việc thanh toán chi phí bảo hiểm y tế bổ sung cho người tham gia được thực hiện theo hợp đồng giữa người tham gia với tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung; hợp đồng giữa cơ sở y tế với tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung.

Điều 20. Quyền và trách nhiệm tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung

1. Được cung cấp dữ liệu về tình trạng bệnh tật và chi phí sử dụng dịch vụ y tế theo quy định của Chính phủ.

2. Trách nhiệm thanh toán; từ chối thanh toán chi phí trong trường hợp không thực hiện đúng các điều, khoản quy định tại hợp đồng bảo hiểm.

Điều 21. Quyền và nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung

1. Được tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung chi trả các chi phí thuộc phạm vi hợp đồng bảo hiểm.

2. Được cung cấp các chứng từ cần thiết để thực hiện thanh toán bảo hiểm y tế bổ sung.

3. Có trách nhiệm tuân thủ các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung.

Chương IV

MÃ SỐ VÀ THẺ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 22. Mã số Thẻ bảo hiểm y tế

1. Mỗi người tham gia BHYT được lập hồ sơ quản lý BHYT và được cấp mã số bảo hiểm y tế để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.

2. Mã số BHYT gồm nhiều ký tự, bao gồm các ký tự chữ và ký tự số; trong đó các ký tự cuối là duy nhất, liên thông hoặc trùng với mã số định danh công dân hoặc căn cước/chứng minh nhân dân, không thay đổi, đồng thời cũng là mã số BHXH; 05 ký tự đầu được thay đổi khi có điều chỉnh về nhóm tham gia BHYT, mức quyền lợi được hưởng.

3. Mã số BHYT được in trên thẻ BHYT hoặc được thể hiện dưới dạng các hình thức khác thông qua ứng dụng CNTT. Mã số bảo hiểm y tế được tích hợp thông tin vào cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, gắn với căn cước công dân để định danh cá nhân và quản lý dữ liệu sức khỏe của người tham gia bảo hiểm y tế.

Khi đi khám bệnh, chữa bệnh BHYT, cần cung cấp mã BHYT kèm theo thẻ căn cước công dân, giấy tờ tùy thân có ảnh hoặc được định danh diện tử của Bộ Công An.

4. Thời điểm mã số bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng được quy định như sau:

- a) Đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều 10 của Luật này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;
- b) Người tham gia bảo hiểm y tế liên tục kể từ lần thứ hai trở đi thì mã số bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng nối tiếp với ngày hết hạn sử dụng của thẻ lần trước;
- c) Đối tượng quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 10 của Luật này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành hoặc tham gia không liên tục từ 3 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;
- d) Đối với trẻ em dưới 6 tuổi thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ đủ 72 tháng tuổi mà chưa đến kỳ nhập học thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày 30 tháng 9 của năm đó.

Trường hợp trẻ sinh vào các ngày trong tháng 10, 11 và tháng 12 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến ngày cuối cùng của tháng đó.

6. Trước 10 ngày làm việc đến kỳ đóng bảo hiểm y tế tiếp theo, cơ quan bảo hiểm xã hội phải thông báo cho đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 10 Luật này để biết và đóng bảo hiểm y tế.

7. Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong các trường hợp quy định tại Điều 23 Luật này.

8. Mẫu thẻ bảo hiểm y tế và dữ liệu cá nhân gắn với thẻ bảo hiểm y tế do Chính phủ quy định.

Điều 23. Cấp mã số, thẻ bảo hiểm y tế

1. Hồ sơ cấp mã số bảo hiểm y tế, bao gồm:

a) Tờ khai tham gia bảo hiểm y tế của tổ chức, cá nhân, hộ gia đình đối với người tham gia bảo hiểm y tế lần đầu;

b) Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 10 của Luật này do người sử dụng lao động lập.

Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng theo quy định tại các khoản 2, 3, 4 và 5 Điều 10 của Luật này do Ủy ban nhân dân cấp xã lập theo hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các điểm a, l và n khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 10 của Luật này.

Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý theo quy định tại các điểm n khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 10 của Luật này do các cơ sở giáo dục và đào tạo, cơ sở dạy nghề lập.

Danh sách tham gia bảo hiểm y tế của các đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý quy định tại các điểm a khoản 1, điểm a và điểm n khoản 3, điểm b khoản 4 Điều 10 của Luật này và danh sách của các đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều 10 của Luật này do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an lập.

2. Đối với những đối tượng vô gia cư, người chưa có giấy tờ tùy thân, Bộ Lao động Thương binh và Xã hội có trách nhiệm phối hợp với các ngành liên quan để quy định hồ sơ, thủ tục và thẩm quyền cấp thẻ bảo hiểm y tế cho những đối tượng này.

3. Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải chuyển mã số và/hoặc thẻ bảo hiểm y tế cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng hoặc cho người tham gia bảo hiểm y tế.

4. Tổ chức bảo hiểm y tế ban hành mẫu hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.

Điều 24: Cập nhật thông tin về bảo hiểm y tế

Trường hợp có thay đổi thông tin của người tham gia BHYT, thông tin được cập nhật bằng hệ thống công nghệ thông tin và thông báo cho người tham gia BHYT qua hệ thống.

Chương V PHẠM VI VÀ MỨC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 25. 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 chi trả chi phí khi sử dụng dịch vụ y tế trong các trường hợp sau:

1. Khám bệnh, chữa bệnh; điều trị dự phòng bệnh tật.
2. Phục hồi chức năng; dụng cụ, phương tiện hỗ trợ phục hồi chức năng.
3. Khám thai định kỳ và sinh con.
4. Sàng lọc sơ sinh, sàng lọc trước sinh, sàng lọc bệnh lây truyền từ mẹ sang con đối với phụ nữ mang thai.
5. Sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh mạn tính.

6. Khám sức khỏe định kỳ.
7. Khám bệnh, chữa bệnh tại nhà cho người cao tuổi, người khuyết tật nặng.
8. Sản phẩm dinh dưỡng sử dụng trong điều trị nội trú trẻ sơ sinh non yếu, trẻ em dưới 6 tuổi mắc bệnh suy dinh dưỡng nặng.
9. Vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định tại các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 10 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo yêu cầu chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh.

10. Người tham gia bảo hiểm y tế được lập hồ sơ sức khỏe cá nhân, được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh BHYT ban đầu quản lý.

11. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan, BHXH Việt Nam ban hành nguyên tắc, quy trình lập, thẩm định và quyết định danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, phương tiện, dụng cụ hỗ trợ phục hồi chức năng, sản phẩm dinh dưỡng sử dụng trong điều trị thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế.

Điều 26. Nguyên tắc xây dựng phạm vi, mức độ quyền lợi được được bảo hiểm y tế cơ bản chi trả

1. Các chi phí được quỹ bảo hiểm y tế chi trả là nội dung gói dịch vụ y tế cơ bản do BHYT chi trả được xác định dựa trên các tiêu chí đảm bảo khoa học, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe và mục tiêu hiệu quả và phát triển trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe nhân dân, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế và của người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Việc điều chỉnh phạm vi, danh mục, tỷ lệ các dịch vụ, thuốc, vật tư y tế do quỹ bảo hiểm y tế cơ bản chi trả khi đáp ứng các điều kiện sau đây:

a) Phù hợp với hướng dẫn chuyên môn, quy trình kỹ thuật được phê duyệt của cơ quan có thẩm quyền về y tế;

a) Có kết quả đánh giá công nghệ y tế do tổ chức được Bộ Y tế công nhận thực hiện đánh giá hoặc quy trình chuyên môn được cấp thẩm quyền phê duyệt;

b) Căn cứ trên khả năng cân đối quỹ bảo hiểm y tế;

3. Bộ Y tế phối hợp với Bộ Tài chính, BHXH Việt Nam hướng dẫn nguyên tắc, tiêu chí, quy trình phạm vi, tỷ lệ và định kỳ, kịp thời quyết định hoặc sửa đổi, bổ sung danh mục, phạm vi, tỷ lệ các dịch vụ, thuốc, vật tư y tế được BHYT cơ bản chi trả.

Điều 27. Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 32, 33 của Luật này thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

a) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các điểm d, e, g, h và i khoản 3 Điều 10 của Luật này.

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh của đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 10 của Luật này, chi phí ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế do ngân sách nhà nước bảo đảm;

c) 100% chi phí KCB với người cao tuổi từ 80 tuổi trở lên;

d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;

e) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định;

f) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh 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 lớn hơn 6 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;

g) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với tất cả các đối tượng quy định tại điểm a khoản 2, điểm k khoản 3 và điểm a khoản 4 Điều 10 của Luật này;

h) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng khác.

2. Trường hợp một 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.

3. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở y tế không phải là nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu trừ trường hợp quy định tại khoản 4 Điều này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này như sau:

a) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc **tuyến trung ương** là 40% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú; không thanh toán đối với khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú

b) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc **tuyến tỉnh** là 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú Không thanh toán đối với khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú;

c) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc **tuyến huyện** là 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc **tuyến xã** là 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh, huyện được giao nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe người dân trên địa bàn

4. Những đối tượng tham gia bảo hiểm y tế sau đây được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc **tuyến chăm sóc cấp III**, gồm:

a) Người dân tộc thiểu số và người thuộc hộ gia đình nghèo đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn;

b) Người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo.

Điều 28. Quỹ bảo hiểm y tế không chi trả cho những trường hợp sau

1. Chi phí trong trường hợp quy định tại Điều 24 đã được ngân sách nhà nước chi trả.

2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng, cơ sở chăm sóc xã hội.

3. **Sử dụng dịch vụ kế hoạch hóa gia đình;** nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hoặc của thai phụ.

5. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.

6. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp trẻ em dưới 18 tuổi.

7. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.

8. Chẩn đoán, điều trị nghiện ma túy, nghiện rượu và các chất gây nghiện khác.

9. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

10. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

11. Các dịch vụ, thuốc, vật tư y tế, dụng cụ, thiết bị y tế không nằm trong danh mục, phạm vi và tỷ lệ chi trả do Bộ Y tế ban hành.

Chương VI

TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ

CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CHO NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 29. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cung cấp dịch vụ y tế

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cơ sở cung cấp dịch vụ, y tế khác (sau đây gọi tắt là cơ sở cung cấp dịch vụ y tế) được thành lập theo quy định của pháp luật về Khám bệnh, chữa bệnh, Dược, Trang thiết bị y tế và các Luật khác có liên quan.

Điều 30. Hợp đồng cung cấp dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là **hợp đồng hành chính - dân sự**, là văn bản được thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở cung ứng dịch vụ y tế về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí sử dụng dịch vụ y tế của người tham gia bảo hiểm y tế.

Khi thay đổi về hợp đồng, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Cơ sở cung ứng dịch vụ y tế đủ điều kiện hoạt động theo qui định pháp luật được quyền ký kết hợp đồng với tổ chức bảo hiểm y tế.

3. **BHXH xây dựng và trình Bộ Y tế chủ trì thẩm định** đề trình Chính phủ quy định chi tiết mẫu hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

Điều 31. Ký kết hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế

1. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập được quyền yêu cầu kí hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế để được quan BHYT chi trả chi phí KCB cho người có BHYT.**

2. **Cơ sở KBCB đủ điều kiện hoạt động theo quy định của pháp luật được yêu cầu kí hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế thì tổ chức bảo hiểm y tế phải hoàn thành kí hợp đồng sau 15 ngày làm việc kể từ khi nhận được yêu cầu của cơ sở cung ứng dịch vụ y tế về ký hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế.**

3. **Hợp đồng được ký lần đầu với cơ sở KCB mới thành lập; được chuyển tiếp với cơ sở đang hoạt động và được điều chỉnh, bổ sung, sửa đổi khi xuất hiện các yếu tố đủ cơ sở theo quy định của pháp luật.**

Việc thỏa thuận về việc bổ sung, sửa đổi, thay đổi, tạm dừng, thanh lý, chấm dứt hợp đồng phải bảo đảm không làm gián đoạn việc cung ứng dịch vụ y tế của người tham gia bảo hiểm y tế.

4. BHXH Việt Nam công khai danh mục các cơ sở KCB và cung cấp dịch vụ y tế đủ điều kiện ký Hợp đồng và thanh toán BHYT.

5. Hợp đồng được đình chỉ, chấm dứt trong các trường hợp sau đây:

- Cơ sở KCB bị đình chỉ hoạt động, thu hồi giấy phép hoạt động theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền;

- Vi phạm các điều khoản của Hợp đồng.

Điều 32. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Người tham gia bảo hiểm y tế có quyền đăng ký hoặc lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện tổ chức khám chữa bệnh ban đầu theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh và đủ điều kiện thanh toán bảo hiểm y tế, bao gồm: cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương; trừ trường hợp được đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế phải làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật và nơi người đó đang làm việc lưu động, tạm trú theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế được thay đổi cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu vào 15 ngày đầu của mỗi quý.

5. Khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế đến cơ sở đã đăng ký để khám bệnh, chữa bệnh. Nếu vượt quá khả năng thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu có trách nhiệm chuyển người bệnh kịp thời đến các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác phù hợp với tình trạng bệnh của người bệnh để điều trị.

Điều 33. Chuyển tuyến đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hoạt động quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu

1. Căn cứ mức độ và tình trạng người bệnh vượt quá khả năng chuyên môn, cơ sở khám chữa bệnh bảo hiểm y tế có quyền chuyển người bệnh đến cơ sở y tế khác:

a) Thực hiện theo khoản 5 Điều 33

b) Chuyển đến cơ sở được xác định phù hợp tình trạng người bệnh và yêu cầu chuyên môn.

6. Bộ Y tế quy định cụ thể điều này.

Điều 34. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải
 - a) Xuất trình thẻ bảo hiểm y tế nếu thẻ bảo hiểm y tế không có ảnh thì phải xuất trình thêm giấy tờ tùy thân có ảnh; hoặc giấy hẹn cấp lại thẻ
 - b) **Thông báo số thẻ bảo hiểm y tế nếu thẻ BHYT đã tích hợp được nhận dạng sinh trắc học.**
2. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế được khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào, phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế cùng với giấy tờ quy định tại khoản 1 Điều này trước khi ra viện.
3. Trường hợp chuyển tuyến điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có hồ sơ chuyển viện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
4. Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Chương VII

THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 35. Phương thức chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo các phương thức sau đây:
 - a) Thanh toán theo định suất là thanh toán cho cơ sở cung cấp dịch vụ y tế theo mức phí được xác định trước theo phạm vi dịch vụ cho một đầu thẻ đăng ký tại cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong một khoảng thời gian nhất định;
 - b) Thanh toán theo trường hợp bệnh là thanh toán cho cơ sở cung cấp dịch vụ y tế theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh cố định được xác định trước cho từng trường hợp theo chẩn đoán khi nhập viện hay ra viện dựa theo đặc điểm lâm sàng.
 - c) Thanh toán theo giá dịch vụ là thanh toán cho cơ sở cung cấp dịch vụ y tế dựa trên **chi phí của thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế được sử dụng cho người bệnh;**
 - d) Các phương thức thanh toán, chi trả khác theo quy định của pháp luật.
2. BHXH Việt Nam đề xuất, trình Bộ Y tế thống nhất với Bộ Tài chính hướng dẫn thực hiện các phương thức chi trả áp dụng.

Điều 36. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở cung ứng dịch vụ y tế theo hợp đồng.

2. Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trực tiếp cho người có thẻ bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh trong các trường hợp sau đây:

a) Tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định tại Điều 33 của Luật này;

c) Trường hợp đặc biệt khác do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.

3. Chính phủ quy định thủ tục, mức thanh toán đối với các trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.

4. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, dịch vụ y tế do quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

Điều 37. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Việc tạm ứng kinh phí của tổ chức bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện hàng quý như sau:

a) Trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế tạm ứng một lần bằng 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo báo cáo quyết toán quý trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. **Số tiền tạm ứng không bao gồm số tiền chưa thông nhất giữa 2 bên;**

b) Đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh lần đầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, được tạm ứng 80% nguồn kinh phí được sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo thông báo đầu kỳ của tổ chức bảo hiểm y tế; trường hợp không có đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, căn cứ số chi khám bệnh, chữa bệnh sau một tháng thực hiện hợp đồng, tổ chức bảo hiểm y tế dự kiến và tạm ứng 80% kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong quý;

c) Trường hợp kinh phí tạm ứng cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên địa bàn tỉnh vượt quá số kinh phí được sử dụng trong quý, tổ chức bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương báo cáo với Bảo hiểm xã hội Việt Nam để bổ sung kinh phí.

2. Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tổ chức bảo hiểm y tế được thực hiện như sau:

a) **Trong thời hạn 10 ngày** đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho tổ chức bảo hiểm y tế; **trong thời hạn 10 ngày** đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho tổ chức bảo hiểm y tế;

b) **Trong thời hạn 10 ngày**, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán tháng trước của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày thông báo số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tổ chức bảo hiểm y tế phải hoàn thành việc thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

d) Việc thẩm định quyết toán năm đối với quỹ bảo hiểm y tế và thanh toán số kinh phí chưa sử dụng hết (nếu có) đối với các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau;

đ) Phần kinh phí chưa thống nhất giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội phải giải quyết sau 12 tháng kể từ ngày thông báo quyết toán. Cơ quan bảo hiểm xã hội phải tạm ứng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 80% số kinh phí chưa thống nhất sau 1 tháng kể từ ngày thông báo quyết toán.

3. Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán của người tham gia bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại khoản 2 Điều 36 của Luật này, tổ chức bảo hiểm y tế phải thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trực tiếp cho các đối tượng này.

4. Cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và tổ chức bảo hiểm y tế thống nhất các nội dung về tạm ứng, thanh quyết toán chi phí ngoài các quy định tại khoản 1,2,3 Điều này trong hợp đồng giữa hai bên bảo đảm không trái với các quy định của pháp luật.

Chương VIII

QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 38. Nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế

1. Tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.
2. Tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế.

3. Tài trợ, viện trợ của các tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài.
4. Các nguồn thu hợp pháp khác.

Điều 39. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1. Quỹ bảo hiểm y tế là loại quỹ, được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch.
2. Khi tổng quỹ bảo hiểm y tế bị mất cân đối, dự phòng ngân sách trung ương cấp bù. Sau 2 năm quỹ bảo hiểm y tế phải trả lại ngân sách. Phần kết dư quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được chuyển vào quỹ dự phòng.
3. Khi tổng quỹ bảo hiểm y tế bị thâm hụt tương ứng với kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trung bình của 01 tháng trong năm trước hoặc khi tổng quỹ bảo hiểm y tế kết dư tương ứng với kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của trung bình 3 tháng trong năm trước Chính phủ quyết định theo thẩm quyền về thay đổi mức đóng bảo hiểm y tế.
4. Hàng năm, Chính phủ báo cáo trước Quốc hội về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

Điều 40. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế

1. Quỹ bảo hiểm y tế được phân bổ và sử dụng như sau:
 - a) 90% số thu của quỹ bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh và số tiền dư ngoài mức dự phòng theo quy định.
 - b) Tối đa 4% số tiền thu của người tham gia bảo hiểm y tế chi cho quản lý bảo hiểm y tế, số còn lại để trong quỹ dự phòng.
 - c) Quỹ dự phòng không vượt quá số chi khám bệnh, chữa bệnh trung bình của một quý năm trước.

Khi quỹ dự phòng vượt quá số chi bình quân của một quý năm trước liền kề thì số tiền vượt đó được chuyển vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh.

- d) Số tiền sinh lời từ hoạt động đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế quy định tại khoản... Điều ... được chuyển vào quỹ khám bệnh, chữa bệnh.

2. Số tiền tạm thời nhàn rỗi của quỹ bảo hiểm y tế được sử dụng để đầu tư theo các hình thức quy định của Luật bảo hiểm xã hội; cho bệnh viện vay để nâng cấp cơ sở vật chất/trang thiết bị y tế phục vụ KCB BHYT theo quy định của Bộ Tài chính. Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định và chịu trách nhiệm trước Chính phủ về hình thức và cơ cấu đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế.

Chương IX

GIÁM ĐỊNH BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 41. Công tác giám định bảo hiểm y tế

1. Giám định bảo hiểm y tế là hoạt động kiểm soát thanh toán do Tổ chức giám định bảo hiểm thực hiện trên cơ sở đánh giá sự hợp lý của các dịch vụ y tế được cung cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để xác định chi phí hợp lệ để quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí của các dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Yêu cầu công tác giám định bảo hiểm y tế

a) Công khai, minh bạch, khách quan, kịp thời, chính xác và đảm bảo lợi ích của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

b) Tuân thủ quy định pháp luật về bảo hiểm y tế và các quy định pháp luật liên quan.

c) Trường hợp không thống nhất kết quả giám định BHXH VN thống nhất với cơ quan quản lý nhà nước về y tế cấp tương đương để giải quyết.

3. Phương pháp, thời điểm giám định:

a) Phương pháp giám định:

- Sử dụng công nghệ thông tin;
- Giám định trên hồ sơ.
- Quan sát, giám sát trực tiếp

b) Thời điểm giám định:

- Giám định trước khi cung cấp dịch vụ
- Giám định trong quá trình cung cấp dịch vụ;
- Giám định sau khi đã cung cấp dịch vụ

4. Nội dung giám định;

- **Giám định về hành chính:** Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

- **Giám định danh mục, giá dịch vụ kỹ thuật, thuốc, hóa chất, vật tư y tế;**

- **Giám định về kinh tế - tài chính:** Chi phí các dịch vụ y tế được cung cấp, phạm vi, tỷ lệ thanh toán, giám định hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp.

5. BHXH phối hợp các cơ quan có liên quan xây dựng quy trình giám định, trình cấp thẩm quyền phê duyệt.

Điều 42. Tổ chức giám định bảo hiểm y tế

Tổ chức giám định bảo hiểm y tế bao gồm:

- a) Tổ chức giám định bảo hiểm y tế do Nhà nước thành lập, thuộc BHXH Việt Nam;
- b) Tổ chức giám định bảo hiểm y tế do tổ chức, cá nhân trong nước, nước ngoài thành lập giám định bảo hiểm y tế bổ sung do doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm.

Điều 43. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế do Nhà nước thành lập

1. Quyền của cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế

- a) Được cung cấp thông tin đầy đủ và kịp thời về chi phí các dịch vụ y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh từ các cơ sở cung ứng dịch vụ.
- b) Kiểm tra dịch vụ y tế đã được cung cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế.
- c) Đề nghị cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh giải trình, làm rõ thông tin khi cần thiết.
- d) Từ chối đề nghị thanh toán của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với các chi phí không đúng quy định;
- đ) Kiến nghị với các cơ quan thẩm quyền đề bổ sung, sửa đổi chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế và các chính sách có liên quan.
- e) Kiến nghị với các cơ quan chức năng để xử lý vi phạm pháp luật trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo thẩm quyền.
- g) Trưng cầu ý kiến chuyên gia có chuyên môn liên quan khi cần thiết.

2. Nghĩa vụ của cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế:

- a) Thực hiện giám định bảo hiểm y tế nhằm bảo đảm quyền lợi của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế; chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định;
- b) Định kỳ hàng quý hoặc đột xuất theo yêu cầu của cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế báo cáo kết quả, vướng mắc trong thực hiện nhiệm vụ giám định và bảo đảm quyền, nghĩa vụ của các bên liên quan trong cung ứng dịch vụ y tế và chi trả bảo hiểm y tế;
- c) Đảm bảo việc chia sẻ thông tin, dữ liệu về kết quả giám định với các cơ quan, đơn vị theo quy định của Luật bảo hiểm y tế và các Luật liên quan.

3. Chính phủ quy định cụ thể điểm g khoản 1, điểm b và c khoản 2 Điều này.

Điều 44. Điều kiện người làm công tác giám định

1. Giám định viên BHYT phải phù hợp với yêu cầu chức danh nghề nghiệp theo quy định của Luật viên chức nhà nước.

- Có sức khỏe, phẩm chất đạo đức tốt;
- Có trình độ đại học trở lên phù hợp với yêu cầu chức danh nghề nghiệp và lĩnh vực giám định y tế có liên quan;
- Đã qua thực tế hoạt động chuyên môn ở lĩnh vực được đào tạo thuộc lĩnh vực giám định từ đủ 05 năm trở lên tính từ ngày bổ nhiệm ngạch công chức, viên chức.
- Được đào tạo bồi dưỡng nghiệp vụ theo chương trình của BHXH Việt Nam.

2. Bộ Nội vụ chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế và BHXH VN ban hành quy định về chức danh nghề nghiệp với Giám định viên BHYT.

3. Chính phủ quy định lộ trình và các quy định cụ thể để người thực hiện nhiệm vụ giám định bảo hiểm y tế (Giám định viên BHYT) phải có chứng chỉ hành nghề thực hiện giám định bảo hiểm y tế.

Chương X.

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN ĐẾN BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 45. Quyền của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Được cấp thẻ bảo hiểm y tế khi tham gia bảo hiểm y tế.
2. Được lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định tại Điều 31, 32 của Luật này.
3. Được lập hồ sơ sức khỏe và quản lý, theo dõi sức khỏe tại nơi người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn là nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.
4. Được hưởng quyền lợi theo quy định tại Điều 24, 26. Trừ trường hợp được quy định tại Điều 27 Luật này
5. Được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.
6. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cơ quan liên quan giải thích, cung cấp thông tin về bảo hiểm y tế.

7. Ủy quyền lĩnh thuốc, vật tư y tế trong trường hợp cần thiết

8. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 46. Trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm y tế

1. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.

2. Sử dụng mã số và thẻ bảo hiểm y tế đúng mục đích, không cho người khác mượn thẻ bảo hiểm y tế.

3. Thực hiện các quy định tại Điều 33 của Luật này khi đến khám bệnh, chữa bệnh.

4. Chấp hành các quy định và hướng dẫn của tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

5. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ngoài phần chi phí do quỹ bảo hiểm y tế chi trả.

Điều 47. Quyền của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế cho người tham gia

1. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ quan nhà nước có thẩm quyền giải thích, cung cấp thông tin về chính sách pháp luật bảo hiểm y tế.

2. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 48. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế cho người tham gia.

1. Lập hồ sơ đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế.

2. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.

3. Chuyển thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận thẻ bảo hiểm y tế từ cơ quan bảo hiểm xã hội.

4. Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm thực hiện bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, của đại diện cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế, người lao động hoặc đại diện của người lao động.

5. Chấp hành việc thanh tra, kiểm tra về việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 49. Quyền của tổ chức bảo hiểm y tế

1. Yêu cầu người sử dụng lao động, đại diện của người tham gia bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm của họ về việc thực hiện bảo hiểm y tế.

2. Kiểm tra các cơ sở y tế về việc đảm bảo quyền lợi của người có thẻ bảo hiểm y tế.

3. Khi phát hiện cơ sở y tế có sai phạm mang tính chất hệ thống, có tổ chức thì tạm dừng thực hiện hợp đồng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế cho đến khi có kết luận của cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Trong 90 ngày, kể từ ngày tổ chức bảo hiểm y tế tạm dừng ký hợp đồng cung cấp dịch vụ y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền phải ra kết luận về việc dừng hợp đồng.

4. Tạm dừng thanh toán chi phí đối với các dịch vụ lần tiếp theo nếu dịch vụ đó được thực hiện bởi người hành nghề đã chỉ định không hợp lý cho người bệnh sau 2 lần thông báo; trong thời gian 60 ngày, cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế phải ra quyết định về việc dừng thanh toán.

5. Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nếu phát hiện bệnh nhân cố tình vi phạm quy định pháp luật về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế. Trường hợp vi phạm của người có thẻ bảo hiểm y tế được phát hiện sau khi đã thực hiện thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, tổ chức bảo hiểm y tế thực hiện truy thu chi phí các dịch vụ y tế, dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã được thanh toán.

6. Yêu cầu người có trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người tham gia bảo hiểm y tế hoàn trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà tổ chức bảo hiểm y tế đã chi trả.

7. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế và xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

8. Ban hành văn bản hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ để thực hiện bảo hiểm y tế.

9. Ban hành văn bản hướng dẫn đối với nội dung phát sinh trong quá trình thực hiện liên quan trực tiếp đến quyền lợi người tham gia, cơ sở y tế và quỹ bảo hiểm y tế nhưng chưa được quy định tại văn bản hướng dẫn thực hiện Luật BHYT sau khi trao đổi, thống nhất với Bộ Y tế nhưng không được trái với các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Điều 50. Trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm y tế

1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.
2. Tổ chức cấp thẻ bảo hiểm y tế bảo đảm, đơn giản và thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế. Kiểm soát việc cấp thẻ bảo hiểm y tế không để trùng lặp.
3. Thu tiền đóng bảo hiểm y tế. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.
4. Ký hợp đồng với cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
5. Cung cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ Y tế và hướng dẫn lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.
6. Tham gia, phối hợp với cơ quan, tổ chức có thẩm quyền kiểm tra, đánh giá chất lượng dịch vụ y tế, chất lượng khám bệnh, chữa bệnh.
7. Thông báo với cơ sở y tế và cơ quan quản lý nhà nước về những vướng mắc trong việc thực hiện pháp luật về bảo hiểm y tế; Thông báo với cơ quan quản lý về những sai phạm của cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở báo cáo của tổ chức giám định bảo hiểm y tế.
- Trường hợp tạm dừng ký hợp đồng bảo hiểm y tế với cơ sở y tế, tổ chức bảo hiểm y tế có trách nhiệm hướng dẫn và chuyển người có thẻ bảo hiểm y tế thực hiện chăm sóc sức khỏe bảo hiểm y tế tại cơ sở y tế khác.
8. Bảo vệ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ bảo hiểm y tế.
9. Lưu trữ hồ sơ, số liệu về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật; xác định thời gian tham gia bảo hiểm y tế để đảm bảo quyền lợi cho người tham gia bảo hiểm y tế; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, xây dựng cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm y tế.
10. Tổ chức thực hiện công tác thông kê, báo cáo, hướng dẫn nghiệp vụ về bảo hiểm y tế;
11. Tổ chức đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.

Điều 51. Quyền của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được quyền truy cập cơ sở dữ liệu một số thông tin cơ bản liên quan đến người tham gia bảo hiểm y tế để phục vụ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh.

2. Được tổ chức bảo hiểm y tế tạm ứng kinh phí và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh đã ký.

3. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý tổ chức, cá nhân vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế.

4. **Tổ chức cung ứng dịch vụ KCB BHYT cho nhóm người lao động đặc thù theo qui định pháp luật về lao động.**

Điều 52. Trách nhiệm của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm chất lượng, thủ tục đơn giản, thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế.

2. Cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế theo yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế và cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

Đối với hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp, trong thời hạn 5 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp hồ sơ bệnh án, tài liệu liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.

3. Bảo đảm điều kiện cần thiết cho tổ chức bảo hiểm y tế thực hiện công tác giám định; phối hợp với tổ chức bảo hiểm y tế trong việc tuyên truyền, giải thích về chế độ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.

4. **Rà soát lịch sử khám bệnh, chữa bệnh của người có thẻ bảo hiểm y tế trước khi cung ứng dịch vụ theo quy định của Bộ Y tế để chỉ định dịch vụ hợp lý, an toàn, hiệu quả, tránh trùng lặp, chống lãng phí.**

5. Kiểm tra, thông báo cho tổ chức bảo hiểm y tế những trường hợp vi phạm về sử dụng thẻ bảo hiểm y tế; phối hợp với tổ chức bảo hiểm y tế thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại Điều 24 của Luật này.

6. Quản lý và sử dụng kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế theo đúng quy định của pháp luật.

7. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.

8. Lập bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính hợp pháp, chính xác của bảng kê này.

9. Cung cấp bảng kê chi phí cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu.

10. **Giám sát để đảm bảo người hành nghề tuân thủ các quy định chuyên môn trong khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ y tế.**

Điều 53. Quyền của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động

1. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người sử dụng lao động cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến chế độ bảo hiểm y tế của người lao động.

2. Kiến nghị với cơ quan nhà nước có thẩm quyền xử lý hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế làm ảnh hưởng đến quyền và lợi ích hợp pháp của người lao động, người sử dụng lao động.

3. Kiến nghị với Chính phủ về thời gian khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho nhóm người lao động đặc thù.

Điều 54. Trách nhiệm của tổ chức đại diện người lao động và tổ chức đại diện người sử dụng lao động

1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế đối với người lao động, người sử dụng lao động.

2. Tham gia xây dựng, kiến nghị sửa đổi, bổ sung chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.

3. Tham gia giám sát việc thi hành pháp luật về bảo hiểm y tế, đôn đốc người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho người lao động và tham gia giải quyết các trường hợp trốn đóng, nợ đóng bảo hiểm y tế.

Chương XI

THANH TRA, KHIẾU NẠI, TỐ CÁO, GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP VÀ XỬ LÝ VI PHẠM VỀ BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 55. Thanh tra bảo hiểm y tế

1. Nội dung thanh tra chuyên ngành bảo hiểm y tế, gồm:

a) Xây dựng, ban hành văn bản hướng dẫn thực hiện Luật bảo hiểm y tế và văn bản quản lý điều hành liên quan thực hiện Luật bảo hiểm y tế.

b) Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế;

c) Cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh;

d) Bảo đảm quyền lợi và trách nhiệm của các bên liên quan bảo hiểm y tế.

2. Đối tượng thanh tra: Cơ sở cung ứng dịch vụ y tế, tổ chức quản lý quỹ bảo hiểm y tế, tổ chức giám định bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan và đơn vị quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

3. Thanh tra y tế thực hiện quy định tại khoản 1 và 2 Điều này.

4. Thanh tra bảo hiểm xã hội thực hiện thanh tra đóng bảo hiểm y tế đối với, người tham gia bảo hiểm y tế, cơ quan và đơn vị quản lý đối tượng tham gia bảo hiểm y tế.

5. Thanh tra bảo hiểm xã hội phối hợp với thanh tra y tế thực hiện quy định tại khoản 1 và 2 Điều này.

Điều 56. Khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế

1. Đối tượng khiếu nại và giải quyết khiếu nại về bảo hiểm y tế là quyết định hành chính, hành vi hành chính về bảo hiểm y tế.

2. Việc tố cáo và giải quyết tố cáo vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định của pháp luật về khiếu nại, tố cáo.

Điều 67. Tranh chấp về bảo hiểm y tế

1. Tranh chấp về bảo hiểm y tế là tranh chấp về quyền lợi, nghĩa vụ và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.

a) Người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 10 của Luật này, người đại diện của người tham gia bảo hiểm y tế;

b) Tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này;

c) Tổ chức bảo hiểm y tế;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

đ) Doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm.

2. Tranh chấp về bảo hiểm y tế được giải quyết như sau:

a) Các bên tranh chấp có trách nhiệm tự hòa giải về nội dung tranh chấp;

b) Các bên tranh chấp báo cáo cấp quản lý cấp trên trực tiếp xem xét, thống nhất giải quyết;

c) Trường hợp hòa giải không thành thì các bên tranh chấp có quyền khởi kiện tại Tòa án theo quy định của pháp luật.

Điều 58. Xử lý vi phạm

1. Người có hành vi vi phạm quy định của Luật này và quy định khác của pháp luật có liên quan đến 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.

2. Cơ quan, tổ chức có hành vi vi phạm quy định của Luật này và quy định khác của pháp luật có liên quan đến bảo hiểm y tế thì bị xử phạt vi phạm hành chính, nếu gây thiệt hại thì phải bồi thường theo quy định của pháp luật.

3. Cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế mà không đóng hoặc đóng không đầy đủ theo quy định của pháp luật thì sẽ bị xử lý như sau:

a) Phải đóng đủ số tiền chưa đóng và nộp số tiền lãi bằng hai lần mức lãi suất liên ngân hàng tính trên số tiền, thời gian chậm đóng; nếu không thực hiện thì theo yêu cầu của người có thẩm quyền, ngân hàng, tổ chức tín dụng khác, kho bạc nhà nước có trách nhiệm trích tiền từ tài khoản tiền gửi của cơ quan, tổ chức, người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế để nộp số tiền chưa đóng, chậm đóng và lãi của số tiền này vào tài khoản của quỹ bảo hiểm y tế;

b) Phải hoàn trả toàn bộ chi phí cho người lao động 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.

4. Trường hợp cơ quan bảo hiểm xã hội chậm quyết toán, chậm thanh toán, chậm chi trả cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh số tiền đã sử dụng cho người bệnh, phải trả cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh số tiền chậm trả đó cùng số tiền lãi bằng 2 lần lãi suất của ngân hàng (cần quy định nguồn chi trả: từ quỹ hay từ chính cán bộ làm sai).

Chương XII

ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 59. Điều khoản chuyển tiếp

1. Chính phủ quy định việc đóng bảo hiểm y tế đối với người lao động và người sử dụng lao động trong trường hợp thiên tai, dịch bệnh kéo dài trên 3 tháng.

2. Chính phủ quy định việc khoan nợ, giãn nợ các khoản thu, đóng bảo hiểm y tế đối với người sử dụng lao động của các doanh nghiệp, công ty, đơn vị bị phá sản, giải thể hoặc không có khả năng chi trả do thiên tai, dịch bệnh.

Điều 60. Hiệu lực thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày .. tháng .. năm 20...

2. Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 của Quốc hội và Luật số 46/2014/QH13 ngày 13 tháng 6 năm 2014 của Quốc hội sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 hết hiệu lực kể từ ngày Luật này có hiệu lực.

Luật này đã được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XV, kỳ họp thứ ... thông qua ngày ... tháng năm 202...

CHỦ TỊCH QUỐC HỘI

Vương Đình Huệ