|  |  |
| --- | --- |
| **QUỐC HỘI**  Số: /2024/QH15 | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Hà Nội, ngày tháng năm 2024* |

## DỰ THẢO 2

## LUẬT

## SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT 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 sửa đổi, bổ sung một số điều của* *Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12, đã được sửa đổi bổ sung một số điều tại Luật số 46/2014/QH13.*

## Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế

1. Sửa đổi, bổ sung Điều 2 như sau:

## “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 bắt buộc do Nhà nước thực hiện, áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật này để chăm sóc sức khỏe cho người tham gia bảo hiểm y tế, không vì mục đích lợi nhuận.

2. *Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu* là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký để lập hồ sơ, quản lý sức khỏe, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo nhu cầu phù hợp với phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế; là cơ sở để xác định người tham gia bảo hiểm y tế được khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đúng cấp chuyên môn kỹ thuật và xác định phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế của người bệnh.

3. *Giám định bảo hiểm y tế* là hoạt động nghiệp vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội để kiểm tra, rà soát, đối chiếu các yêu cầu thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế với các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh làm cơ sở xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

4*. Tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình* là hình thức tham gia bảo hiểm y tế của những người cùng đăng ký thường trú hoặc cùng đăng ký tạm trú tại một chỗ ở hợp pháp theo quy định của pháp luật về cư trú.

5. *Gói dịch vụ y tế cơ bản* là những dịch vụ y tế thiết yếu do trạm y tế xã, y tế cơ sở thực hiện để chăm sóc sức khỏe ban đầu, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

6. *Gian lận bảo hiểm y tế* là hành vi cố ý gian dối, giả mạo trong hoạt động bảo hiểm y tế để thu lợi bất chính từ quỹ bảo hiểm y tế hoặc gây tổn thất quỹ bảo hiểm y tế.

7. *Lạm dụng bảo hiểm y tế* là việc cố ý chỉ định, sử dụng, thanh toán quá mức, không cần thiết các dịch vụ, chi phí bảo hiểm y tế so với các định mức, quy định của pháp luật và hướng dẫn chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh để thu lợi từ bảo hiểm y tế.

8. *Trục lợi quỹ bảo hiểm y tế* là việc cố ý lợi dụng, thực hiện các thủ đoạn, hành vi bất hợp pháp nhằm thu lợi bất chính từ quỹ bảo hiểm y tế.

9. *Sử dụng lãng phí quỹ bảo hiểm y tế* là việc chỉ định, sử dụng, thanh toán quá mức, không hợp lý các dịch vụ, các nguồn lực bảo hiểm y tế.”.

2. Sửa đổi, bổ sung cụm từ “chuyển tuyến liên quan đến khám bệnh chữa bệnh bảo hiểm y tế” tại khoản 3 Điều 6 thành “chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế”.

3. Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 7b như sau:

“3. Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, các bộ, ngành liên quan hướng dẫn thành lập, kiện toàn hệ thống, nhân lực làm công tác y tế trường học và việc phối hợp với trạm y tế xã, y tế cơ sở để chăm sóc sức khỏe ban đầu, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với học sinh, sinh viên.”.

4. Sửa đổi, bổ sung khoản 2 Điều 8 như sau:

“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; quyết định theo thẩm quyền hoặc trình Hội đồng nhân dân cùng cấp việc hỗ trợ từ ngân sách địa phương hoặc nguồn thu hợp pháp khác mua thẻ bảo hiểm y tế, hỗ trợ chi phí đồng chi trả cho các đối tượng cần hỗ trợ phù hợp với khả năng ngân sách của địa phương, các cơ chế chính sách để đạt bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân.”.

5. Sửa đổi, bổ sung Điều 9 như sau:

“Điều 9. Chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của cơ quan bảo hiểm xã hội trong thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế

1. Cơ quan bảo hiểm xã hội ở trung ương và địa phương có chức năng thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế, quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.

2. Chính phủ quy định cụ thể chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn trong thực hiện chế độ, chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế của cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

6. Bổ sung khoản 3 vào sau khoản 2 Điều 10 như sau:

“3. Kiểm toán Nhà nước kiểm toán thu, chi của quỹ bảo hiểm y tế, thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với cơ quan thực hiện bảo hiểm y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.”.

7. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 11 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 1 như sau:

“1. Chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế”.

1. Sửa đổi, bổ sung khoản 6 Điều 11 như sau:

“6. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ, nhiệm vụ, vị trí việc làm để làm trái với quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.”

c) Bổ sung khoản 7 vào sau khoản 6 Điều 11 như sau:

“7. Lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.”.

8. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 12 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung Điểm a Khoản 1 như sau

“a) Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn; hợp đồng lao động *xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên* *kể cả trường hợp hai bên không giao kết hợp đồng lao động hoặc thỏa thuận bằng tên gọi khác nhưng có nội dung thể hiện về việc làm có trả công, tiền lương và sự quản lý, điều hành, giám sát của một bên, trừ hợp đồng thử việc theo quy định của pháp luật lao động; Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phần vốn nhà nước, người đại diện phần vốn của doanh nghiệp tại công ty và công ty mẹ, người quản lý điều hành hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã có hưởng tiền lương;;* Cán bộ, công chức, viên chức;”;

b) Bổ sung các điểm c, d vào sau Điểm b Khoản 1 như sau:

*“c) Người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc khi có giấy phép lao động hoặc chứng chỉ hành nghề hoặc giấy phép hành nghề do cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam cấp và có hợp đồng lao động xác định thời hạn từ đủ 12 tháng trở lên với người sử dụng lao động tại Việt Nam, trừ các trường hợp di chuyển trong nội bộ doanh nghiệp; tại thời điểm giao kết hợp đồng lao động đã đủ tuổi nghỉ hưu theo quy định tại khoản 2 Điều 169 của Bộ luật Lao động; thuộc đối tượng điều chỉnh của Điều ước quốc tế mà Việt Nam ký kết, tham gia có quy định khác.*

*d) Người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc.”;*

c) Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 2 như sau:

“ a. Người hưởng lương hưu không thuộc đối tượng quy định tại điểm c khoản này, người đang hưởng trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.”

d) Sửa đổi điểm b khoản 2 như sau:

“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;”

đ) Bổ sung điểm c vào sau điểm b khoản 2 như sau:

“c. Cựu sỹ quan công an nhân nhân đang hưởng lương hưu;”

e) Sửa đổi cụm từ “học viên công an nhân dân” tại điểm a khoản 3 thành “học viên công an nhân dân người Việt Nam và người nước ngoài”;

g) Sửa đổi, bổ sung điểm d khoản 3 như sau:

“d) Người có công với cách mạng, cựu chiến binh, thanh niên xung phong, cựu dân công hoả tuyến tham gia kháng chiến và bảo vệ tổ quốc”;

h) Điều chỉnh nhóm đối tượng người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hằng tháng vào điểm g khoản 3 như sau:

“g) Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng; người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuấn hằng tháng.”

i) Sửa đổi cụm từ “con của liệt sỹ” tại điểm i khoản 3 thành “con đẻ, con nuôi hợp pháp của liệt sỹ”;

k) Bổ sung các điểm o vào sau điểm n khoản 3 như sau:

“o) Người dân các xã An toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ hiện đang thường trú tại các xã An toàn khu cách mạng trong kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ đã được cập nhật thông tin trong Cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư, Cơ sở dữ liệu dân cư về cư trú;”

l) Bổ sung điểm c vào sau điểm b khoản 4 như sau:

“c) Nhân viên y tế thôn, bản, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2 và 3 Điều này.”;

m) Sửa đổi, bổ sung khoản 5 như sau:

“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 và 4 và điểm a khoản 5 Điều này;

c) Người Việt Nam không có giấy tờ tuỳ thân, người nước ngoài sinh sống tại Việt Nam, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này;

d) Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động tự đóng hoặc tham gia theo hình thức hộ gia đình.

đ) *Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh*”.

10. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 13 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung điểm a khoản 1 như sau:

“a) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm a, c, d khoản 1 Điều 12 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 hằng 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) Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 1 như sau:

“c) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm a, c khoản 2 Điều 12 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;”

c) Sửa đổi, bổ sung điểm g khoản 1 như sau:

“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 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

d) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

“2. Xác định thứ tự đóng bảo hiểm y tế đối với trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau như sau:

a) Trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 12 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 12 của Luật này.

b) Trường hợp đối tượng quy định tại điểm a, c, d khoản 1 Điều 12 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 01 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động đầu tiên.

c) Trường hợp đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 12 của Luật này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 12 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;

d) Trường hợp đối tượng tham gia bảo hiểm y tế quy định tại khoản 4 Điều 12 đồng thời thuộc đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật này thì được tự lựa chọn theo đối tượng đóng phù hợp.”;

đ) Sửa đổi, bổ sung câu dẫn của khoản 3 như sau:

“3. Trường hợp thành viên hộ gia đình cùng tham gia bảo hiểm y tế trong năm tài chính thì được giảm trừ mức đóng như sau:”.

11. Sửa đổi, bổ sung điểm c khoản 3 Điều 16 như sau:

“c) Đối tượng quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều 12 của Luật này tham gia bảo hiểm y tế không liên tục *từ 90 ngày trở lên* thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế”.

12. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 21 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung điểm b khoản 1 như sau:

“b) Vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định tại các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 12 của Luật này giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú có chỉ định phải chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;”;

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

“2. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan có trách nhiệm:

a) Quy định nguyên tắc, tiêu chí, tỷ lệ, điều kiện, mức thanh toán đối với thuốc, hóa chất, vật tư y tế, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế, máu, khí y tế, chế phẩm dinh dưỡng đặc biệt để điều trị bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, quy định theo lộ trình khi đủ điều kiện việc khám bệnh để đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự xuất hiện, tiến triển của một số bệnh phù hợp với khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế, bảo đảm hiệu quả;

b) Trình Chính phủ quy định về gói quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung tự nguyện do người đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện theo quy định của Luật này ký hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung với tổ chức kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung và đóng phí để được chi trả các chi phí y tế nằm ngoài phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế bắt buộc quy định tại Luật này phù hợp với yêu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân”.

13. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 như sau:

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các Điều 26, 27 và 28 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) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại điểm c khoản 2 và các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 12 của Luật này. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 12 của Luật này được chi trả từ nguồn kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh của nhóm đối tượng này; trường hợp nguồn kinh phí này không đủ thì do ngân sách nhà nước bảo đảm;

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cấp chăm sóc ban đầu, y tế cơ sở;

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

d) 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 mức quy định của Chính phủ, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;

g) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại điểm a khoản 2, điểm k khoản 3 và điểm a khoản 4 Điều 12 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 bảo hiểm y tế ban đầu, không đúng quy định về trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, phân cấp chuyên môn kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp quy định tại các khoản 4, 5, 6 Điều này, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này theo tỷ lệ như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo mức hưởng đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (huyện) có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tư nhân được Bộ Y tế xác định tương đương bệnh viện huyện.

b)

PA1: 60% chi phí điều trị nội trú, 40% chi phí điều trị ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản trừ các cơ sở được quy định tại điểm a khoản này; *(phương án điều chỉnh giảm tỷ lệ thông tuyến)*

PA2: 100% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản trừ các cơ sở được quy định tại điểm a khoản này; *(phương án 2 giữ như quy định của Luật BHYT hiện hành)*

c) 40% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu.”;

4. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (huyện) có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tư nhân được Bộ Y tế xác định tương đương bệnh viện huyện được quyền khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở cùng cấp chuyên môn kỹ thuật trong cùng địa bàn tỉnh có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này.”

5. Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, 100% chi phí điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này cho các đối tượng tham gia bảo hiểm y tế sau đây khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, phân cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế:

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;

c) Đối tượng thuộc diện Bộ Chính trị, Ban Bí thư quản lý.

6. Quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng quy định tại khoản 1 và tỷ lệ thanh toán tại Khoản 3 Điều này cho người tham gia bảo hiểm y tế khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng cấp chuyên môn kỹ thuật tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh trong phạm vi cả nước.

7. Mức hưởng bảo hiểm y tế đối với một số trường hợp không phải theo trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, phân cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế như sau:

a) Người bệnh được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao được đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có chuyên khoa thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu theo quy định của Bộ Y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này.

b) Người bệnh đã được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh mạn tính được chuyển về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đăng ký ban đầu hoặc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu để quản lý, cấp phát thuốc chuyên khoa, thuốc sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn (cơ bản, chuyên sâu) theo quy định của Bộ Y tế, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này;

c) Người bệnh được tự đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn trong phạm vi địa phương hoặc địa phương giáp ranh trong trường hợp cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn liền kề với cơ sở mà người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không có đủ năng lực, phạm vi hoạt động chuyên môn đối với một số dịch vụ kỹ thuật, một số bệnh theo quy định của Bộ Y tế, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này. Sở Y tế phối hợp với cơ quan bảo hiểm xã hội cấp tỉnh xác định và công khai các trường hợp không có đủ năng lực, phạm vi hoạt động chuyên môn đối với một số dịch vụ kỹ thuật, một số bệnh để người bệnh biết.

8. Chính phủ quy định cụ thể mức hưởng đối với việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các địa bàn giáp ranh; thanh toán chi phí đối với người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và các trường hợp khác chưa được quy định tại Điều này.’.

14. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 23 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 7 như sau:

“7.29 Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp người dưới 18 tuổi.”

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 8 như sau:

“8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm mắt giả, răng giả, kính mắt, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.

15. Sửa đổi, bổ sung Điều 25 như sau:

“Điều 25. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là hợp đồng được ký kết giữa cơ quan bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo mẫu quy định của Chính phủ.

2. Các nội dung chủ yếu của hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:

a)Đối tượng phục vụ; dự kiến số lượng người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và cơ cấu nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu;

b) Phạm vi cung ứng dịch vụ phù hợp với phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Giá và phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh;

d) Quyền và trách nhiệm của các bên;

đ) Thời hạn hợp đồng;

e)Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng;

g) Điều kiện sửa đổi, bổ sung, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng;

h) Hiệu lực của hợp đồng;

i) Xử lý vướng mắc, tranh chấp hợp đồng.

3. Việc ký kết, thực hiện, sửa đổi, bổ sung, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phải bảo đảm phù hợp với quy định của pháp luật dân sự và quy định của Luật này.”.

16. Bổ sung Điều 25a vào sau Điều 25 như sau:

“Điều 25a. Ký kết, thực hiện, sửa đổi, bổ sung, tạm dừng, chấm dứt hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập đủ điều kiện hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh phải cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cho người dân và ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân đủ điều kiện hoạt động theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh có nhu cầu ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ quan bảo hiểm xã hội. Cơ quan bảo hiểm xã hội phải hoàn thành ký hợp đồng sau 15 ngày làm việc kể từ khi nhận được văn bản đề nghị của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Hợp đồng có hiệu lực kể từ thời điểm ký kết và không xác định thời hạn. Trường hợp có thay đổi các nội dung trong hợp đồng đã ký thì các bên thống nhất để điều chỉnh, sửa đổi, bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có các thay đổi thông tin liên quan đến nội dung hợp đồng mà không thay đổi phạm vi hoạt động chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh thì hợp đồng tiếp tục có hiệu lực đến khi các bên thống nhất để điều chỉnh, sửa đổi hợp đồng hoặc bổ sung hợp đồng, phụ lục hợp đồng.

3. Trường hợp có sự thay đổi của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do chia tách, sáp nhập, tổ chức lại thì cơ sở mới được kế thừa các quyền và trách nhiệm của cơ sở cũ theo nội dung của hợp đồng và nguyên tắc của pháp luật dân sự.

4. Trường hợp thỏa thuận bổ sung, sửa đổi, tạm dừng, đình chỉ, chấm dứt hợp đồng, cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh và ảnh hưởng đến quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.

5. Bảo hiểm xã hội Việt Nam công khai danh mục các sơ sở khám bệnh, chữa bệnh đã ký hợp đồng bảo hiểm y tế.

6. Hợp đồng bị đình chỉ một phần trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không đủ điều kiện thực hiện một, một số phạm vi hoạt động chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh và hợp đồng đã ký.

7. Hợp đồng bị đình chỉ toàn bộ trong thời gian không quá 12 tháng khi thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị đình chỉ hoạt động hoặc tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh có thời hạn theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền;

b) Vi phạm các điều khoản của Hợp đồng tới mức phải đình chỉ hợp đồng;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng hoạt động trong thời gian không quá 12 tháng.”.

8. Hợp đồng chấm dứt toàn bộ khi thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị thu hồi giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền;

b) Vi phạm các điều khoản của Hợp đồng tới mức phải chấm dứt hợp đồng;

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chấm dứt hoạt động;

d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tạm dừng hoạt động quá 12 tháng.

đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bị đình chỉ hoạt động hoặc tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh có thời hạn trên 12 tháng theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền

9. Chính phủ quy định chi tiết Điều này”.

17. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:

“Điều 26. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

1. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại một cơ sở y tế quy định tại điểm a khoản 2 Điều này phù hợp với nơi cư trú, lao động, sinh hoạt, trừ trường hợp quy định tại điểm b khoản 2 Điều này. 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.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu bao gồm:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản là phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, trung tâm y tế huyện có giường bệnh, bệnh viện huyện và một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân tương đương bệnh viện huyện theo quy định của Bộ Y tế.

b) Một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản là bệnh viện tỉnh được giao nhiệm vụ tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, một số cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu được giao nhiệm vụ tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu cho một số đối tượng đặc thù theo quy định của Bộ Y tế.

3. Người tham gia bảo hiểm y tế được quản lý sức khỏe tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu.

18. Sửa đổi, bổ sung Điều 27 như sau:

“ Điều 27. Chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Căn cứ tình trạng của người bệnh và yêu cầu chuyên môn, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế y học gia đình và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu có trách nhiệm chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác ở cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản hoặc cấp khám bệnh, chữa bệnh chuyên sâu phù hợp với tình trạng người bệnh và phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đến.

2. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có chuyên khoa, không thực hiện được dịch vụ kỹ thuật hoặc không có đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, thiết bị y tế hoặc trường hợp vượt quá năng lực chuyên môn khác, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm kịp thời chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác trong cùng cấp chuyên môn kỹ thuật hoặc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn hoặc thấp hơn có đủ năng lực, phạm vi chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tình trạng bệnh.

3. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu không có chuyên khoa, không thực hiện được dịch vụ kỹ thuật hoặc không có đủ thuốc, hóa chất, vật tư y tế, thiết bị y tế hoặc trường hợp vượt quá năng lực chuyên môn khác, người bệnh được tự đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác trong cùng cấp chuyên môn kỹ thuật hoặc cấp chuyên môn kỹ thuật thấp hơn có đủ năng lực, phạm vi chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tình trạng bệnh.

4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn chuyển người bệnh đã được điều trị ổn định nhưng cần tiếp tục theo dõi, điều trị nội trú về cấp chuyên môn kỹ thuật thấp hơn trong trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quá tải hoặc theo yêu cầu của người bệnh hoặc trường hợp cần điều trị dài ngày; chuyển người bệnh về cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu quản lý, theo dõi đối với các bệnh mạn tính.

6. Bộ Y tế quy định chi tiết điều này.”.

19. Sửa đổi, bổ sung Điều 28 như sau:

## “Điều 28. Trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

## 1. Khi có nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đã đăng ký để khám bệnh, chữa bệnh.

2. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện một trong các quy định sau đây:

a) Xuất trình thẻ bảo hiểm y tế có ảnh, trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì xuất trình kèm theo một trong các giấy tờ có ảnh: thẻ căn cước công dân, chứng minh nhân dân, hộ chiếu, sổ bảo hiểm xã hội hoặc giấy tờ chứng minh nhân thân khác được pháp luật quy định; đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế;

b) Thông báo số thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế nếu thẻ bảo hiểm y tế đã tích hợp với cơ sở dữ liệu về dân cư của Bộ Công an.

3. 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 và phải xuất trình, thông báo thông tin về thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều này trước khi ra viện.

4. Trường hợp chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế phải có hồ sơ chuyển viện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

5. 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.”.

20. Sửa đổi, bổ sung Điều 29 như sau:

“Điều 29. Giám định bảo hiểm y tế

1. Nội dung giám định bảo hiểm y tế bao gồm:

a) Giám định thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Giám định chi phí thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế đã sử dụng cho người bệnh phù hợp với quy định về danh mục, phạm vi, tỷ lệ, điều kiện, mức thanh toán bảo hiểm y tế;

c) Xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

2. Việc giám định bảo hiểm y tế phải bảo đảm chính xác, công khai, minh bạch và tuân thủ các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. Trường hợp không thống nhất kết quả giám định, các bên báo cáo cơ quan có thẩm quyền giải quyết theo quy định tại Điều 29b Luật này.

3. Cơ quan bảo hiểm xã hội, người thực hiện giám định bảo hiểm y tế chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định.”

## 21. Bổ sung Điều 29a vào sau Điều 29 như sau:

“Điều 29a. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội trong giám định bảo hiểm y tế

1. Quyền của cơ quan bảo hiểm xã hội

a) Đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cung cấp, thuyết minh, giải trình các thông tin liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế phục vụ hoạt động giám định.

b) Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định theo kết luận giám định;

c) Kiến nghị cơ quan có thẩm quyền xử lý các hành vi vi phạm pháp luật phát hiện qua hoạt động giám định.

d) Trưng cầu ý kiến chuyên gia, cơ quan chuyên môn phục vụ cho hoạt động giám định khi cần thiết.

2. Nghĩa vụ của cơ quan bảo hiểm xã hội:

a) Thông báo kịp thời kết quả giám định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

b) Trưng cầu ý kiến chuyên gia, cơ quan chuyên môn trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của người làm công tác giám định;

c) Xác nhận và thông báo cho người tham gia bảo hiểm y tế có đề nghị thanh toán trực tiếp về quyền lợi được hưởng đối với dịch vụ y tế khi được yêu cầu.”.

d) Giải quyết kịp thời, đúng quy định, đúng thẩm quyền các vướng mắc trong giám định bảo hiểm y tế, tổng hợp, báo cáo cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế trong trường hợp vượt quá thẩm quyền; tổng hợp, báo cáo kết quả thực hiện hoạt động giám định bảo hiểm y tế định kỳ hằng quý hoặc đột xuất theo yêu cầu của cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế;

đ) Bảo đảm việc chia sẻ thông tin, dữ liệu về giám định bảo hiểm y tế với các cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan đến bảo hiểm y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.”.

## 22. Bổ sung Điều 29b vào sau Điều 29a như sau:

“Điều 29b. Giải quyết vướng mắc trong giám định bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế

1. Vướng mắc trong giám định bảo hiểm y tế, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là các vấn đề phát sinh liên quan đến việc giám định bảo hiểm y tế, kết luận giám định bảo hiểm y tế, việc thực hiện, áp dụng chính sách, pháp luật, quy định chuyên môn liên quan đến bảo hiểm y tế làm căn cứ giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do các cơ quan, tổ chức, cá nhân phản ánh, kiến nghị đến cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền để giải quyết và không thuộc trường hợp tranh chấp bảo hiểm y tế quy định tại Điều 48 Luật này.

2. Cơ quan có thẩm quyền giải quyết vướng mắc trong giám định bảo hiểm y tế, thanh toán bảo hiểm y tế:

a) Sở Y tế có trách nhiệm giải quyết vướng mắc theo đề nghị của các cơ sở y tế thuộc Sở và các cơ sở y tế trên địa bàn quản lý, trừ các cơ sở thuộc thẩm quyền của Bộ Quốc Phòng, Bộ Công an, Bộ Y tế;

b) Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm giải quyết vướng mắc vượt quá thẩm quyền của Sở Y tế theo đề nghị của bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố và Sở Y tế;

c) Bộ Quốc phòng, Bộ Công an giải quyết vướng mắc theo đề nghị của cơ sở y tế thuộc Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý.

d) Bộ Y tế giải quyết đối với các vướng mắc theo đề nghị của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Y tế và theo đề xuất của Sở Y tế, Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Trường hợp vượt quá thẩm quyền, Bộ Y tế báo cáo Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ xem xét, giải quyết.

3. Bộ Y tế trưng cầu chuyên gia, cơ quan chuyên môn, thành lập hội đồng chuyên môn trong trường hợp cần thiết để tư vấn chuyên môn trong giải quyết vướng mắc trong giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế theo thẩm quyền.”.

23. Sửa đổi cụm từ “Thanh toán theo trường hợp bệnh” tại điểm c Khoản 1 Điều 30 thành “Thanh toán theo nhóm chẩn đoán”.

24. Sửa đổi bổ sung khoản 4, khoản 5 Điều 31 như sau:

“4. Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh đối với phương thức thanh toán theo giá dịch vụ; trên cơ sở suất phí đối với phương thức thanh toán theo định suất; trên cơ sở mức thanh toán của nhóm chẩn đoán đối với phương thức thanh toán theo nhóm chẩn đoán.

5. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong toàn quốc; quy định cụ thể phương pháp xác định suất phí, mức thanh toán của nhóm chẩn đoán;

25. Sửa đổi, bổ sung Điều 32 như sau:

a) Bổ sung điểm d vào sau điểm c khoản 1 như sau:

“c) Chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đã được cơ quan bảo hiểm xã hội giám định, quyết toán phải được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán. Số tiền tạm ứng quý sau không được khấu trừ số chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã tạm ứng và thực tế đã chi cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhưng chưa được thống nhất quyết toán của quý trước.”

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

“2. Việc thanh toán, quyết toán giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được quy định như sau:

a) Trong thời hạn 10 ngày đầu mỗi tháng, 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 tháng trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 20 ngày, kể từ ngày nhận được bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng cuối quý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội 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 phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau;

d) Phần kinh phí chưa thống nhất giữa cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ quan bảo hiểm xã hội được giải quyết trong thời hạn 12 tháng kể từ ngày thông báo quyết toán. Cơ quan bảo hiểm xã hội tạm ứng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 80% số kinh phí chưa thống nhất sau 01 tháng kể từ ngày thông báo quyết toán nếu số kinh phí này thực tế đã chi cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và chưa được tạm ứng hằng quý theo quy định tại khoản 1 Điều 32.”.

c) Sửa đổi cụm từ “Trong thời hạn 40 ngày” tại khoản 3 thành “Trong thời hạn 30 ngày”

26. Sửa đổi cụm từ “Hằng năm” tại khoản 3 Điều 34 thành “Hai năm 01 lần”

27. Sửa đổi, bổ sung một số điểm, khoản của Điều 35 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung các điểm a, b khoản 1 như sau:

“a) 91% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;

b) 9% số tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho quỹ dự phòng, chi phí quản lý quỹ bảo hiểm y tế, trong đó dành tối thiểu 5% số tiền đóng bảo hiểm y tế cho quỹ dự phòng.

Quỹ dự phòng bao gồm số tiền được trích hằng năm, các khoản thu chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế, tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế, tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế trong năm và số tiền kết dư quỹ từ năm trước chuyển sang.”.

28. Sửa đổi cụm từ “Khoản 1 Điều 26” tại khoản 2 Điều 36 thành “các khoản 2, 3 Điều 26”

29. Sửa đổi, bổ sung Khoản 3 Điều 39 như sau:

“3. Thông báo, chuyển mã số và thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được từ cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

30. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại các điều, khoản…. thành "cơ quan bảo hiểm xã hội".

## Điều 2. Hiệu lực thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025.
2. Bãi bỏ các điều, khoản, điểm sau đây:….

Bãi bỏ cụm từ “Việt Nam” tại Điều 34 và tất cả các điều có liên quan đến “Hội đồng quản lý BHXH” trong Luật Bảo hiểm y tế.

## 3. Trường hợp chính sách tiền lương và mức lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế có thay đổi, Chính phủ quy định mức tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế.

*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**