**Luật Bảo hiểm y tế hợp nhất năm 2014 và dự thảo Luật Bảo hiểm y tế sửa đổi (Bản không chính thức - 23/5/2022)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Luật BHYT sửa đổi năm 2014** | **Dự thảo Luật BHYT sửa đổi, bổ sung** | **Điểm mới** |
|  | **Chương I**  **NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG** | **Chương I.**  **NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG** |  |
|  | **Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng**  1. Luật này quy định về chế độ, chính sách bảo hiểm y tế, bao gồm đối tượng, mức đóng, trách nhiệm và phương thức đóng bảo hiểm y tế; thẻ bảo hiểm y tế; phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế; tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế; thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quỹ bảo hiểm y tế; quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.  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.  3. Luật này không áp dụng đối với bảo hiểm y tế mang tính kinh doanh. | Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng 1. Luật này quy định về chế độ, chính sách bảo hiểm y tế, bao gồm: đối tượng, 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 và kiểm soát thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; quỹ bảo hiểm y tế; quyền và trách nhiệm của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.  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;  3. Luật này không áp dụng đối với bảo hiểm y tế mang tính kinh doanh. | - Sửa câu từ, bổ sung và làm rõ phạm vi điều chỉnh và bổ sung một số nội dung cụ thể hơn trong phạm vi gồm: Giám định, bảo hiểm y tế bổ sung  Góp ý Bộ NG và Bộ LĐTBXH |
|  | **Điều 2. Giải thích từ ngữ**  Trong Luật này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:  1.[2](https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bao-hiem/Van-ban-hop-nhat-01-VBHN-VPQH-2014-hop-nhat-Luat-bao-hiem-y-te-243389.aspx#_ftn2) *Bảo hiểm y tế*là hình thức bảo hiểm bắt buộc được áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật này để chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện.  *2. Bảo hiểm y tế toàn dân* là việc các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia bảo hiểm y tế.  3. *Quỹ bảo hiểm y tế* là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức bảo hiểm y tế và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến bảo hiểm y tế.  4. *Người sử dụng lao động* bao gồm cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp công lập, đơn vị vũ trang nhân dân, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp, doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể và tổ chức khác; tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế.  5. *Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu* là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đầu tiên theo đăng ký của người tham gia bảo hiểm y tế và được ghi trong thẻ bảo hiểm y tế.  6. *Giám định bảo hiểm y tế* là hoạt động chuyên môn do tổ chức bảo hiểm y tế tiến hành nhằm đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  7*.* 3 *Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế* (sau đây gọi chung là hộ gia đình) bao gồm toàn bộ người có tên trong sổ hộ khẩu hoặc sổ tạm trú.  8.4 *Gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả* là những dịch vụ y tế thiết yếu để chăm sóc sức khỏe, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ 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 tếlà hình thức bảo hiểm trong chăm sóc sức khỏe, bao gồm:  a) Bảo hiểm y tế xã hội là hình thức bảo hiểm y tế cơ bản áp dụng bắt buộc đối với các đối tượng theo quy định của Điều 14 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 xã hội theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm y tế bổ sung có thể do BHXH Việt Nam thực hiện và hạch toán độc lập với Quỹ Bảo hiểm y tế xã hội hoặc hay do các doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện theo quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.  3. *Quỹ bảo hiểm y tế* là quỹ tài chính được hình thành từ nguồn đóng bảo hiểm y tế và các nguồn thu hợp pháp khác, được sử dụng để chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế, chi phí quản lý bộ máy của tổ chức bảo hiểm y tế và những khoản chi phí hợp pháp khác liên quan đến bảo hiểm y tế. Quỹ bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý gồm Quỹ bảo hiểm y tế xã hội và Quỹ bảo hiểm y tế bổ sung (nếu có).  4.  5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tếban đầu là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đầu tiên của người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám, chữa bệnh.  6. Giám định bảo hiểm y tế là hoạt động kiểm soát thanh toán và chuyên môn do Tổ chức giám định Bảo hiểm y tế thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện nhằm đánh giá tính hợp lý của các chi phí và dịch vụ y tế sẽ hoặc đã 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 xã hội chi trả và thanh quyết toán chi phí của bảo hiểm y tế.  7. Hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế (sau đây gọi chung là hộ gia đình) bao gồm toàn bộ hoặc một phần những người cùng ở tại một chỗ ở hợp pháp và có quan hệ gia đình là ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại, cha, mẹ, vợ, chồng, con và anh ruột, chị ruột, em ruột, cháu ruột đăng ký thường trú, đăng ký tạm trú theo hộ gia đình theo pháp luật về Cư trú.  8. Gói dịch vụ y tế cơ bản là các chi phí được quỹ bảo hiểm y tế xã hội chi trả theo quy định của pháp luật, phù hợp với khả năng chi trả của Quỹ.  12. Quỹ bảo hiểm y tế bổ sung bao gồm nguồn hình thành từ việc đóng bảo hiểm y tế bổ sung. | - chỉnh sửa một số giải thích từ nghĩ cho phù hợp với những nội dung trong dự thảo Luật BHYT mới, pháp luật có liên quan  - Bổ sung giải thích từ ngữ một số nội dung mới.  Giữ nguyên  Giữ nguyên  Bỏ quy định ghi CS KCB BĐ trong thẻ  Làm rõ nội hàm kiểm soát chi phí của giám định BHYT |
|  | **Điều 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế**  1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.  2.5 Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội 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 mức lương cơ sở.  3.6 Mức hưởng bảo hiểm y tế theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi và thời gian tham gia bảo hiểm y tế.  4. 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.  5. 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 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế xã hội1. 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 xã hội được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội 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. Khi thay đổi chính sách và quy định pháp luật về tiền lương thì mức đóng bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định của Chính phủ.3. Mức hưởng bảo hiểm y tế xã hội theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi và thời gian tham gia bảo hiểm y tế.4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế xã hội do quỹ bảo hiểm y tế xã hội và người tham gia bảo hiểm y tế cùng chi trả.5. 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, được ngân sách nhà nước hỗ trợ để đảm bảo chi trả chế độ cho người tham gia bảo hiểm y tế bắt buôc trong trường hợp bất khả kháng khi Quỹ Bảo hiểm y tế bị mất khả năng thanh toán. Việc hoàn trả lại ngân sách nhà nước thực hiện trong năm khi Quỹ Bảo hiểm y tế có thu theo lộ trình do Thủ tướng Chính phủ quyết định trên cơ sở đề nghị của Hội đồng quản lý BHXH.. | - Chỉnh sửa và bổ sung một số nguyên tắc BHYT; Nhấn mạnh tính phúc lợi và nguyên tắc đóng hưởng;  Bổ sung theo CV 420/BTC-HCSN của Bộ Tài chính |
|  | **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 xã hội.  2. 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.  3. 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.  4. Nhà nước khuyến khích đầu tư phát triển công nghệ và phương tiện kỹ thuật tiên tiến trong quản lý bảo hiểm y tế. | Điều 4. Chính sách của Nhà nước về bảo hiểm y tế xã hội 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, được quản lý, theo dõi trong quá trình tham gia bảo hiểm y tế và được lựa chọn nơi đến khám chữa bệnh ban đầu ở tất cả các cơ sở khám chữa bệnh đủ điều kiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật tại nơi cư trú hoặc gần nơi cư trú, lao động, sinh hoạt.  Đối với những đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều 14 hồ sơ sức khỏe, quản lý, theo dõi người tham gia bảo hiểm y tế được quản lý theo chế độ bảo mật.  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 và thực hiện các nghiệp của bảo hiểm y tế.  6. Nhà nước khuyến khích người tham gia bảo hiểm y tế xã hội mua, đóng bảo hiểm y tế bổ sung và các nguồn tài chính y tế bổ sung cho bảo hiểm y tế cơ bản. Người tham gia bảo hiểm y tế mua bảo hiểm y tế cho thân nhân và bảo hiểm y tế bổ sung được khấu trừ thuế thu nhập cá nhân. | - Bổ sung một số nội dung mới  Hiện nay DN có quyền  + Lập Quỹ Phúc lợi từ lợi nhuận sau thuế;  + Khám sức khỏe định kỳ cho người lao động (theo pháp luật về Lao động);  + Tài trợ cho cơ sở y tế (thông tư 78/2014/TT-BTC) được tính vào chi phí doanh nghiệp không chịu thuế thu nhập doanh nghiệp. |
|  | **Điều 5. 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. | **Điều 5. Nội dung và Cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế xã hội**  1. Nội dung quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Ban hành, tổ chức thực hiện văn bản pháp luật, chiến lược, chính sách bảo hiểm y tế.  b) Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.  c) Thực hiện công tác thống kê, thông tin về bảo hiểm y tế.  d) Tổ chức bộ máy thực hiện bảo hiểm y tế; đào tạo, tập huấn nguồn nhân lực làm công tác bảo hiểm y tế.  đ) Quản lý về thu, chi, bảo toàn, phát triển và cân đối quỹ bảo hiểm y tế.  e) 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.  g) Hợp tác quốc tế và nghiên cứu khoa học về bảo hiểm y tế.  **2. Cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế**:  a) Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.  b) Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế.  c) 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.  d) 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.  e) Bảo hiểm xã hội Việt Nam thực hiện một số chức năng quản lý nhà nước theo quy định của Chính phủ. | Bổ sung điều 5 về Nội dung quản lý nhà nước về về bảo hiểm y tế. Tương tự Luật BHXH  NHư điều 5 Luật hiện hành (bổ sung thêm vai trò tham gia quản lý NN của BHXH VN về BHYT) tương tự Luật BHXH  Lưu y: Ý kiến Bộ tư pháp |
|  | **Điều 6. 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, tuyến 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.  3.7 Ban hành quy định chuyên môn kỹ thuật, quy trình khám bệnh, chữa bệnh và hướng dẫn điều trị; chuyển 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.  10.8 Ban hành gói dịch vụ y tế cơ bản do quỹ bảo hiểm y tế chi trả. | **Điều 6. Trách nhiệm của Bộ Y tế về bảo hiểm y tế xã hội**  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, tuyến 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 hệ thống y tế nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bảo hiểm y tế.  3. Ban hành quy định chuyên môn kỹ thuật, quy trình khám bệnh, chữa bệnh và hướng dẫn điều trị; chuyển tuyến liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh và *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. Chỉ đạo và thực hiện tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế phù hợp với chức năng, nhiệm vụ.  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. Trong trường hợp cần thiết, Bộ trưởng Bộ Y tế thành lập hoặc đề xuất Chính phủ thành lập Hội đồng hoặc tổ tham vấn với hình thức phù hợp để tư vấn đề xuất chính sách bảo hiểm y tế. | Đổi thứ tự thành Điều 7  Bỏ từ BHYT vì KCB và chuyển tuyến chung?  Bỏ tiết 10 vì gói dịch vụ y tế cơ bản do BHYT chi trả bản chất là các dịch vụ thuộc pham vi chi trả của BHYT cơ bản; |
|  | **Điều 7. Trách nhiệm của Bộ Tài chính về bảo hiểm y tế**  1. Phối hợp với **Bộ Y tế**, cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng chính sách, pháp luật về tài chính liên quan đến bảo hiểm y tế.  2. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về chế độ tài chính đối với bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế. | **Điều 7. Trách nhiệm của Bộ Tài chính về bảo hiểm y tế xã hội**  1. Phối hợp với **Bộ Y tế**, cơ quan, tổ chức có liên quan xây dựng chính sách, pháp luật về tài chính liên quan đến bảo hiểm y tế.  2. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện các quy định của pháp luật về chế độ tài chính đối với bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế.  3. Thực hiện chức năng quản lý nhà nước với các hoạt động của Hội đồng quản lý Quỹ BHXH có liên quan tới Quỹ BHYT. |  |
|  | **Điều 7a. Trách nhiệm của Bộ Lao động -Thương binh và Xã hội**9  1. Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý đối tượng do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý quy định tại các điểm d, e, g, h, i và k khoản 3 và khoản 4 Điều 12 của Luật này.  2. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện quy định của pháp luật về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, người lao động quy định tại khoản 1 Điều 12 của Luật này và đối tượng do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý quy định tại các điểm d, e, g, h, i và k khoản 3 và khoản 4 Điều 12 của Luật này. | **Điều 8. Trách nhiệm của Bộ Lao động -Thương binh và Xã hội**  1. Chỉ đạo, hướng dẫn và tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý đối tượng do Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý liên quan đến bảo hiểm y tế theo quy định của Pháp luật.  2. Thanh tra, kiểm tra việc thực hiện quy định của pháp luật về trách nhiệm tham gia bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, người lao động và đối tượng do Bộ Lao động – Thương binh và xã hội quản lý. | Tiếp thu ý kiến Bộ LĐ-TBXH |
|  | **Điều 7c. Trách nhiệm của Bộ Quốc phòng và Bộ Công an**11  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 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 13 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 13 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 13 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 8. 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.  2.12 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 và quản lý, sử dụng nguồn kinh phí theo quy định tại khoản 3 Điều 35 của Luật này.  3.13 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 12 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 12 của Luật này; Ủy ban nhân dân cấp xã phải lập danh đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em đồng thời với việc cấp giấy khai sinh. | **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 khám bệnh, chữa bệnh và 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, giải quyết khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế.  2. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương là cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế tại địa phương, 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 và tổ chức thực hiện công tác giám định tư pháp 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 14 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 14 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 được cơ quan Bảo hiểm xã hội cấp. | Bố sung quy định về trách nhiệm phát thẻ BHYT đến đối tượng NN đóng BHYT (trẻ em dưới 6 tuổi). |
|  | **Điều 9. Tổ chức bảo hiểm y tế**  1. Tổ chức bảo hiểm y tế 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 về tổ chức, chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của tổ chức bảo hiểm y tế. | **Điều 11. Tổ chức bảo hiểm y tế**  1. Bảo hiểm xã hội Việt Nam quản lý và thực hiện bảo hiểm y tế xã hội, 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 về tổ chức, chức năng, nhiệm vụ và quyền hạn của Bảo hiểm xã hội Việt Nam về bảo hiểm y tế. | CV số 4244/BTc-HCSN đề nghị giữ Điều 9 cũ |
|  | **Điều 10. Kiểm toán quỹ bảo hiểm y tế**  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. | **Điều 12. Kiểm toán quỹ và chi phí bảo hiểm y tế**  1. Định kỳ 2 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, Chủ tịch nước, Chính phủ hoặc Thủ tướng 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 bảo hiểm y tế, thanh quyết toán bảo hiểm y tế chi phí khám chữa bệnh đối với Cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. | Chu kỳ kiểm toán giảm còn 2 năm (Bộ LĐTBXH) vì tầm quan trọng của Quỹ  Bổ sung nhiệm vụ Kiểm toán thu chi và thanh quyết toán BHYT đối với cơ quan BHXH và cơ sở KBCB. |
|  | **Điều 11. Các hành vi bị nghiêm cấm**  1. 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. Sử dụng tiền đóng bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế sai mục đích.  4. 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.  5. Cố ý báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về bảo hiểm y tế.  6. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ để làm trái với quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. | **Điều 13. 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, bao gồm cả các hành vi sau:   1. Thu xếp, sắp xếp cho cho người khác nhận quyền lợi BHYT bằng cách chuyển giao hoặc cho mượn mã số, thẻ BHYT hoặc Giấy tờ tùy thân (bao gồm căn cước công dân, giấy chứng minh nhân dân, hộ chiếu hoặc các giấy tờ khác có gắn với nhân thân). 2. Nhận quyền lợi BHYT bằng chuyển giao, mươn, hoặc giả mạo mã số, thẻ BHYT của người khác cũng như giấy tờ tùy thân của người khác   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. | Thêm nội dung lạm dụng, trục lợi quỹ BHYT |
|  |  |  |  |
|  | **CHƯƠNG II.**  **ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ** | **CHƯƠNG II.**  **ĐỐI TƯỢNG, MỨC ĐÓNG, TRÁCH NHIỆM VÀ PHƯƠNG THỨC ĐÓNG BẢO HIỂM Y TẾ.** |  |
|  | **Điều 12. 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; người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng;  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) Sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sỹ quan, binh sỹ quân đội đang tại ngũ; sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và sỹ quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sỹ 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;  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 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.  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.  5. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình gồm những người thuộc hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 Điều này.  6. Chính phủ quy định các đối tượng khác ngoài các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4 và 5 Điều này; quy định việc cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với đối tượng do Bộ Quốc phòng, Bộ Công an quản lý và đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều này; quy định lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế, phạm vi quyền lợi, mức hưởng bảo hiểm y tế, khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, quản lý, sử dụng phần kinh phí dành cho khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, giám định bảo hiểm y tế, thanh toán, quyết toán bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại điểm a khoản 3 Điều này. | **Điều 14. 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 1 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) Sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sỹ quan, binh sỹ quân đội đang tại ngũ; sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và sỹ quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sỹ 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; cựu thanh niên xung phong, cựu dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc.  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 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 khuyết tật không thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng.  p) Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.  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.  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.  c) Người nước ngoài hoặc người Việt Nam có quốc tịch nước ngoài đã nhập cảnh, tạm trú tại Việt Nam trên 6 tháng khi tuân thủ các quy định về quản lý xuất nhập cảnh và tạm trú tại Việt Nam.  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; | Phù hợp Điều 20 Bộ Luật LĐ và Điều 2 Luật BHXH (1 tháng)  - Chuyển đối tượng “người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng;” do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng chuyển sang NSNN đóng cho phù hợp với Luật Lao động  - Bổ sung đối tượng do NSNN đóng tại Khoản 3:  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.  Bộ NG: điều 5 công ước về quyền của người khuyết tật.  - Đổi tên nhóm 5 thành nhóm tự đóng BHYT; bổ sung đối tượng: “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.  + Người NN lao động hoặc sống tại VN trên 6 tháng. |
|  | **Điều 13. 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 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) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 12 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 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;  d) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều 12 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 12 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 12 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 và m khoản 3 Điều 12 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 12 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 12 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 khoản 5 Điều 12 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 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.  Trường hợp đối tượng quy định tại điểm a 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 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 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.  3. Tất cả thành viên thuộc hộ gia đình theo quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật này phải tham gia bảo hiểm y tế. Mức đóng được giảm dần từ thành viên thứ hai trở đi, cụ thể như sau:  a) Người thứ nhất đóng tối đa bằng 6% mức lương cơ sở;  b) Người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất;  c) Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.  4. Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ quy định tại Điều này. | **Điều 15. 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 14 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) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 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 14 của Luật này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 14 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 14 của Luật này được giảm trừ mức đóng từ thành viên thứ hai trở đi khi tham gia bảo hiểm y tế, cụ thể như sau:  a) Người thứ nhất đóng tối đa bằng 6% mức lương cơ sở;  b) Người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất;  c) Từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.  4. Các đối tượng tự đóng bảo hiểm khác tại Khoản 5 điều 14 đóng bằng thành viên thứ nhất của hộ gia đình.  5.Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ quy định tại Điều này. | - Thay đổi quy định tất cả thành viên hộ gia đình phải tham gia BHYT???  Các đối tượng tự đóng không đáp ứng điều kiện là hộ gia đình đóng như thành viên thứ nhất của hộ gia đình |
|  | **Điều 14. Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế**  1. Đối với người lao động thuộc đối tượng thực hiện chế độ tiền lương do Nhà nước quy định thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương tháng theo ngạch bậc, cấp quân hàm và các khoản phụ cấp chức vụ, phụ cấp thâm niên vượt khung, phụ cấp thâm niên nghề (nếu có).  2. Đối với người lao động hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của người sử dụng lao động thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương, tiền công tháng được ghi trong hợp đồng lao động.  3. 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.  4. Đối với các đối tượng khác thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức lương cơ sở.  5. Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương cơ sở. | **Điều 16. Tiền lương, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế**  1. Mức lương cơ sở nêu tại điều 15 Luật này là *mức lương cơ sở đối với cán bộ, công chức, viên chức và lực lượng vũ trang do Chính phủ ban hành tại Nghị định số 18/2018/NĐ-CP ngày 15 tháng 8 năm 2018. Khi thay đổi chính sách pháp luật về tiền lương cơ sở thực hiện theo quy định tương đương có liên quan của Chính phủ.*  2. Đối với người lao động thuộc đối tượng làm công hưởng lương, căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc theo qui định của Luật Bảo hiểm xã hội.  3. 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.  4. Đối với các đối tượng khác thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức lương cơ sở.  5. Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương cơ sở. | Bỏ từ tiền công (Bộ LĐTBXH)  - Gộp khoản 1, 2 thành chung 1 khoản.  Chung căn cứ đóng BHXH bắt buộc và BHYT. |
|  | **Điều 15. Phương thức đóng bảo hiểm y tế**  1. Hàng tháng, 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.  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 13 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 13 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.  5. Hàng quý, ngân sách nhà nước chuyển số tiền đóng, hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại các điểm e, g và i khoản 1 Điều 13 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. | **Điều 17. 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 chuyển 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. | Giữ nguyên |
|  |  | Chương III*BẢO HIỂM Y TẾ BỔ SUNG* | **Chương mới** |
|  |  | **Điều 18. 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 tham gia bảo hiểm y tế.  3. Bảo hiểm y tế bổ sung có thể được bởi cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc doanh nghiệp kinh doanh bảo hiểm (sau đây gọi là tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung). Cơ quan Bảo hiểm xã hội thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung trên nguyên tắc phi lợi nhuận.  2. 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 y tế và sức khỏe thương mại và Bảo hiểm y tế xã hội để đảm bảo tính bổ sung cho bảo hiểm y tế cơ bản.  4. Bảo hiểm xã hội Việt Nam được cung cấp dịch vụ công về dữ liệu chi phí sử dụng dịch vụ y tế cho tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung để tăng cường liên thông, liên kết giữa các Tổ chức cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế.  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.  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.  6. Thủ tướng Chính phủ quyết định thí điểm thành lập Quỹ và triển khai bảo hiểm y tế bổ sung theo đề nghị của Hội đồng quản lý Bảo hiểm xã hội và Bảo hiểm xã hội Việt Nam trên nguyên tắc:  a) Sản phẩm Bảo hiểm y tế bổ sung được hạch toán và quản lý theo nguyên tắc 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. |  |
|  |  | **Điều 19. Phạm vi quyền lợi của bảo hiểm y tế bổ sung**  1. Quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung bao gồm các nhóm chính như sau:  a) Quyền lợi bảo hiểm y tế bổ sung bổ trợ bao gồm:  - Quyền lợi về thanh toán các khoản chi phí đồng chi trả ngoài mức hưởng bảo hiểm y tế xã hội;  - Quyền lợi về thanh toán cho các dịch vụ ngoài phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế xã hội.  b) Bảo hiểm y tế bổ sung nâng cao bao gồm:  - Quyền lợi được tiếp cận dịch vụ y tế chất lượng tốt hơn;  - Quyền lợi về lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ y tế theo yêu cầu của người tham gia bảo hiểm.  c) Bảo hiểm y tế bổ sung khác do thỏa thuận giữa người tham gia và tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung nhưng bảo đảm tính không trùng lặp với phạm vi quyền lợi và mức hưởng của bảo hiểm y tế xã hội.  2. Tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung đề xuất xây dựng và triển khai gói bảo hiểm y tế bổ sung trên cơ sở đồng thuận của Bộ Tài chính và Bộ Y tế. |  |
|  |  | **Điều 20. Thanh toán chi phí bảo hiểm y tế bổ sung**  Việc thanh toán chi phí bảo hiểm y tế bổ sung việc thực hiện hợp đồng bảo hiểm y tế giữa:  1.Tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung và người tham gia: thanh toán trực tiếp.  2. Tổ chức thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung và cơ sở y tế: thanh toán qua đơn vị cung cấp dịch vụ. |  |
|  |  | **Điều 21. Quyền và trách nhiệm tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung**  1. Quyền lợi 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 của tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung:  a) Không được từ chối ký hợp đồng và cung cấp các dịch vụ bảo hiểm y tế bổ sung khi người tham gia có đủ điều kiện và có nhu cầu tham gia;  b) Trách nhiệm thanh toán các chi phí khi thực hiện đúng điều, khoản quy định tại hợp đồng bảo hiểm.  c) Sử dụng và trả phí dịch vụ giám định bảo hiểm y tế do cơ quan BHXH thực hiện trên cơ sở hợp đồng với cơ quan BHXH. |  |
|  |  | **Điều 22. Quyền và nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung**  **1. Quyền lợi người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung:**  a) Được tổ chức bảo hiểm y tế bổ sung chi trả các chi phí thuộc phạm vi quyền lợi gói bảo hiểm y tế bổ sung;  b) Được cơ sở y tế cung cấp các chứng từ cần thiết để thực hiện thanh toán bảo hiểm y tế bổ sung.  2. Nghĩa vụ người tham gia bảo hiểm y tế bổ sung:  - Có trách nhiệm tuân thủ các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung. |  |
|  |  |  |  |
|  | **Chương III .**  **THẺ BẢO HIỂM Y TẾ** | **Chương IV.**  **THẺ BẢO HIỂM Y TẾ** |  |
|  | **Điều 16. Thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.  2. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ bảo hiểm y tế.  3.19 Thời điểm thẻ 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 12 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 thẻ 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 12 của Luật này tham gia bảo hiểm y tế 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.  4. Thẻ bảo hiểm y tế không có giá trị sử dụng trong các trường hợp sau đây:  a) Thẻ đã hết thời hạn sử dụng;  b) Thẻ bị sửa chữa, tẩy xóa;  c) Người có tên trong thẻ không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế.  5.20 Tổ chức bảo hiểm y tế ban hành mẫu thẻ bảo hiểm y tế sau khi có ý kiến thống nhất của **Bộ Y tế**. | **Điều 23. Thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.  2. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ bảo hiểm y tế gốc.  Thẻ bảo hiểm y tế còn được thể hiện dưới hình thức giấy hoặc điện tử có giá trị tương đương và được tích hợp với cơ sở dữ liệu quốc gia về dân cư phục vụ xác thực điện tử.  3.Thời điểm thẻ 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 14 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 13 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 14 Luật này để biết và đóng bảo hiểm y tế.  8. Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành mẫu và việc tạm dừng, khóa thẻ bảo hiểm y tế. | Cơ bản giữ nguyên  Bổ sung điều này phù hợp với quy định về hồ sơ điện tử  - Bổ sung các quy định mới về thẻ BHYT.  Theo quy định về triển khai ứng dụng dữ liệu về dân cư, định danh và xác thực điện tử. |
|  | **Điều 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế**  1. Hồ sơ cấp thẻ 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 12 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 12 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 12 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 12 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 12 của Luật này và danh sách của các đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều 12 của Luật này do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an lập.  2. 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 thẻ bảo hiểm y tế cho cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng hoặc cho người tham gia bảo hiểm y tế.  3. 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. Cấp 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 14 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 13 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 14 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 14 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 14 của Luật này và danh sách của các đối tượng quy định tại điểm l khoản 3 Điều 14 của Luật này do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an lập.  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. Bảo hiểm xã hội Việt Nam ban hành mẫu hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này sau khi có ý kiến thống nhất của Bộ Y tế.  5. Thẻ bảo hiểm y tế có thể được tạm dừng cấp lại khi bị mất hoặc bị lỗi, sai thông tin. BHXH Việt Nam xây dựng quy trình nội bộ để cấp lại, đổi. | Giữ nguyên |
|  | **Điều 18. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp lại trong trường hợp bị mất.  2. Người bị mất thẻ bảo hiểm y tế phải có đơn đề nghị cấp lại thẻ.  3.22 Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ cấp lại thẻ, người tham gia bảo hiểm y tế vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế.  4.23 Người được cấp lại thẻ bảo hiểm y tế phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí cấp lại thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp lỗi do tổ chức bảo hiểm y tế hoặc cơ quan lập danh sách thì người được cấp lại thẻ bảo hiểm y tế không phải nộp phí. | **Điều 25. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp lại trong trường hợp bị mất.  2. Người bị mất thẻ bảo hiểm y tế phải có đơn đề nghị cấp lại thẻ.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ cấp lại thẻ, người tham gia bảo hiểm y tế vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế.  4. Người được cấp lại thẻ bảo hiểm y tế phải nộp phí theo quy định. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí cấp lại thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp lỗi do tổ chức bảo hiểm y tế hoặc cơ quan lập danh sách thì người được cấp lại thẻ bảo hiểm y tế không phải nộp phí. |  |
|  | **Điều 19. Đổi thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được đổi trong trường hợp sau đây:  a) Rách, nát hoặc hỏng;  b) Thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;  c) Thông tin ghi trong thẻ không đúng.  2. Hồ sơ đổi thẻ bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Đơn đề nghị đổi thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế;  b) Thẻ bảo hiểm y tế.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải đổi thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ đổi thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. Người được đổi thẻ bảo hiểm y tế do thẻ bị rách, nát hoặc hỏng phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí đổi thẻ bảo hiểm y tế. | **Điều 26. Đổi thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được đổi trong trường hợp sau đây:  a) Rách, nát hoặc hỏng;  b) Thay đổi các thông tin trong thẻ BHYT phù hợp với cơ ở dữ liệu quốc gia về dân cư và các giấy tờ nhân thân khác;  c) Thông tin ghi trong thẻ không đúng.  2. Hồ sơ đổi thẻ bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Đơn đề nghị đổi thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế;  b) Thẻ bảo hiểm y tế.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải đổi thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ đổi thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. Người được đổi thẻ bảo hiểm y tế do thẻ bị rách, nát hoặc hỏng phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí đổi thẻ bảo hiểm y tế. |  |
|  | **Điều 20. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế bị thu hồi trong trường hợp sau đây:  a) Gian lận trong việc cấp thẻ bảo hiểm y tế;  b) Người có tên trong thẻ bảo hiểm y tế không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế;  c) Cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.  2. Thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ trong trường hợp người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác. Người có thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ có trách nhiệm đến nhận lại thẻ và nộp phạt theo quy định của pháp luật. | **Điều 27. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế**  1. Thẻ bảo hiểm y tế bị thu hồi trong trường hợp sau đây:  a) Gian lận trong việc cấp thẻ bảo hiểm y tế;  b) Người có tên trong thẻ bảo hiểm y tế không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế;  c) Cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế.  2. Thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ hoặc đình chỉ hiệu lực trong trường hợp người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác. Người có thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ có trách nhiệm đến nhận lại thẻ và nộp phạt theo quy định của pháp luật. |  |
|  | **Chương IV.**  **PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ** | Chương V.PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG BẢO HIỂM Y TẾ |  |
|  | **Điều 21. Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế**  1. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí sau đây:  a) Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con;  b)25 ***(được bãi bỏ)***  b)26 Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng quy định tại các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 12 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.  2.27 Bộ trưởng **Bộ Y tế** chủ trì, phối hợp với các bộ, ngành liên quan ban hành danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. | **Điều 28. Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế**  1. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí hợp lệ sau đây:  a) Khám bệnh, chữa bệnh;  b) Phục hồi chức năng;  c) Khám thai định kỳ và sinh con.  d) Sàng lọc phát hiện sớm một số bệnh của phụ nữ và thai nhi theo hướng dẫn của Bộ Y tế.  đ) Vận chuyển người bệnh đối với đối tượng quy định tại các điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 14 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.  3. Thủ tướng Chính phủ ban hành cơ cấu danh mục hàng hóa, dịch vụ phục vụ khám bệnh chữa bệnh thuộc phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế phù hợp với Hệ thống Ngành sản phẩm Việt Nam.  3. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hơp với các bộ ngành liên quan ban hành nguyên tắc, tiêu chí, quy trình xây dựng, điều chỉnh phạm vi quyền lợi và Quyết định việc điều chỉnh, bổ sung danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với hàng hóa, dịch vụ sử dụng trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. | - Bổ sung một số phạm vi quyền lợi mới  - Cần xem lại kỹ, có đánh giá tác động  Ý kiến của Hội LHPNVN  Tương tự Khoản 2 điều 3 Luật PC Bệnh TN; BT BYT quyết định điều chỉnh danh mục đảm bảo linh hoạt.  Khái niệm Hàng hóa và dịch vụ nêu tại Luật KBCB sửa đổi |
|  | **Điều 22. 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 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 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 chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định và khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;  c) 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;  d) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại điểm a khoản 2, điểm k khoản 3 và điểm a khoản 4 Điều 12 của Luật này;  đ) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các 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 không đúng tuyến được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này theo tỷ lệ như sau, trừ trường hợp quy định tại khoản 5 Điều này:  a) Tại bệnh viện tuyến trung ương là 40% chi phí điều trị nội trú;  b) Tại bệnh viện tuyến tỉnh là 60% chi phí điều trị nội trú từ ngày Luật này có hiệu lực đến ngày 31 tháng 12 năm 2020; 100% chi phí điều trị nội trú từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 trong phạm vi cả nước;  c) Tại bệnh viện tuyến huyện là 70% chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ ngày Luật này có hiệu lực đến ngày 31 tháng 12 năm 2015; 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh từ ngày 01 tháng 01 năm 2016.  4. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện được quyền khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa hoặc bệnh viện tuyến huyện trong cùng địa bàn tỉnh có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này.  5. Người dân tộc thiểu số và người thuộc hộ gia đình nghèo tham gia bảo hiểm y tế 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; người tham gia bảo hiểm y tế đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với bệnh viện tuyến huyện, điều trị nội trú đối với bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến trung ương và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này.  6. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2021, quỹ bảo hiểm y tế chi trả chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này cho người tham gia bảo hiểm y tế khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh trong phạm vi cả nước.  7. 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; các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều này. | **Điều 29. 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 34, 35 và 36 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 của đối tượng quy định tại điểm a, d, e, g, h và i khoản 3 Điều 14 của Luật này, chi phí ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế do ngân sách nhà nước bảo đảm;  b) 100% chi phí KCB với người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên;  c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;  d) 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;  đ) 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;  e) 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 14 của Luật này;  g) 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 không đúng theo quy định về tuyến chuyên môn kỹ thuật và chuyển tuyến được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này như sau, trừ trường hợp quy định tại khoản 4 Điều này:  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.  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.  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, kể cả trường hợp không đúng tuyến tại tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, 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. | Giảm mức tuổi được hưởng 100%:  -trên 80: 2,0 tr  - 75-79: 1,171  - Viết lại quyền lợi theo chính sách thông tuyến hiện nay |
|  | **Điều 23. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế (12)**  1. Chi phí trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 21 đã được ngân sách nhà nước chi trả.  2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.  3. Khám sức khỏe.  4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.  5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, 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 hay của sản phụ.  6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.  7.Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi.  8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.  9. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.  10.***(được bãi bỏ)***  11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.  12.***(được bãi bỏ)***  13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.  14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học. | **Điều 30. Quỹ bảo hiểm y tế không chi trả cho những trường hợp sau**  1. Chi phí trong trường hợp quy định tại Điều 28 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. 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.  4. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.  5. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt, trừ trường hợp trẻ em dưới 18 tuổi.  6. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.  7. Chẩn đoán, điều trị nghiện ma túy, nghiện rượu và các chất gây nghiện khác.  8. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.  9. Các dịch vụ thuộc Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.  10. Các hàng hóa, dịch vụ y tế không nằm trong cơ cấu, danh mục, phạm vi và điều kiện tỷ lệ chi trả do Thủ tướng Chính phủ và Bộ Y tế ban hành theo thẩm quyền. | - Thay đổi một số nội dung không được quỹ BHYT chi trả như: Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, Sử dụng vật tư y tế thay thế như chân tay giả ….phương tiện trợ giúp vận động..  Bổ sung tiết 10: |
|  |  | Điều 32. Chi trả bảo hiểm y tế trong trường hợp xảy ra thiên tai, thảm họa và dịch bệnh Việc điều động, huy động nhân lực và cơ sở y tế, cơ chế tài chính với hoạt động khám chữa bệnh trong trường hợp xảy ra thiên tai, thảm họa và dịch bệnh truyền nhiễm nhóm A thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.  Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ quyết định các quy định đặc thù về thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người có bảo hiểm y tế đặc thù áp dụng trong các trường hợp này. | Kiến nghị của Bộ Tài chính tại văn bản. Phù hợp vói Luật KBCB |
| Chương V | **Chương V.**  **TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ** | **Chương VI.**  **TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH VÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CHO NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ** | Thêm phạm vi dịch vụ y tế |
|  | **Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là cơ sở y tế theo quy định của Luật khám bệnh, chữa bệnh có ký kết hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với tổ chức bảo hiểm y tế. | **Điều 33.** **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cung cấp hàng hóa, dịch vụ y tế cho người có bảo hiểm y tế**  1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở cung cấp dịch vụ y tế là **cơ sở y tế** có ký Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ y tế với Cơ quan Bảo hiểm xã hội gồm;  a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thành lập theo Luật Khám bệnh, chữa bệnh;  b) Nhà thuốc thành lập theo pháp luật về Dược  c) Các cơ sở y tế khác thành lập theo quyết định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền: Trung tâm thí nghiệm an toàn sinh học, trung tâm phòng chống dịch bệnh, trung tâm y tế dự phòng, trung tâm sức khỏe sinh sản, Trung tâm kiểm nghiệm dược, vắc-xin, mỹ phẩm, thực phẩm.  2. Các cơ sở cung ứng dịch vụ y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công An quản lý được áp dụng tương đương các loại hình theo quy định tại khoản 1 điều này theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng và Bộ trưởng Bộ Công An. | - Bổ sung các loại hình cơ sở cung cấp dịch vụ y tế theo quy định của Luật dược, Cơ sở y tế khác (QĐ 43/2018/QĐ-TTg)  Ý kiến Bộ qP |
|  | **Điều 25. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa tổ chức bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gồm các nội dung chủ yếu sau đây:  a.34 Đối tượng phục vụ và yêu cầu về phạm vi cung ứng dịch vụ; dự kiến số lượng thẻ 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) Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh;  c) Quyền và trách nhiệm của các bên;  d) Thời hạn hợp đồng;  đ) Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng;  e) Điều kiện thay đổi, thanh lý, chấm dứt hợp đồng.  3. Việc thỏa thuận về điều kiện thay đổi, thanh lý, chấm dứt hợp đồng quy định tại điểm e khoản 2 Điều này phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. **Bộ Y tế** chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính quy định mẫu hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | **Điều 32. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ bảo hiểm y tế (dươi đây gọi tắt là Hợp đồng)**  1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh, cung ứng dịch vụ bảo hiểm y tế là văn bản thỏa thuận giữa Cơ quan Bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở cung ứng dịch vụ y tế trong khuôn khổ quy định của pháp luật về việc cung ứng dịch vụ và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  2. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế gồm các nội dung chủ yếu sau đây:  a.Đối tượng phục vụ và yêu cầu về phạm vi cung ứng dịch vụ;  b) Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh, các quy định tham chiếu về giá, chất lượng; Dự kiến hạn mức chi trong năm, tổng mức thanh toán hoặc trần thanh toán hàng năm (nếu áp dụng).  c) Quyền và trách nhiệm của các bên;  d) Thời hạn hợp đồng;  đ) Trách nhiệm do vi phạm hợp đồng; xử lý tranh chấp;  e) Điều kiện thay đổi, thanh lý, chấm dứt hợp đồng.  f) Bảo đảm thực hiện và tạm ứng hợp đồng (nếu có).  3. Ngôn ngữ sử dụng trong hợp đồng là tiếng Việt. Trường hợp hợp đồng có sự tham gia của bên có yếu tố nước ngoài thì ngôn ngữ sử dụng là tiếng Việt và ngôn ngữ khác do các bên hợp đồng thỏa thuận.  4. Các trường hợp được điều chỉnh, bổ sung hợp đồng:  - Do các bên ký hợp đồng thỏa thuận phù hợp với quy định của pháp luật.  - Khi Nhà nước thay đổi các chính sách làm ảnh hưởng trực tiếp đến việc thực hiện hợp đồng, trừ trường hợp các bên hợp đồng có thỏa thuận khác;  -Khi có thay đổi về quy mô, phạm vi hoạt động chuyên môn, danh mục kỹ thuật theo quyết định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.  - Các trường hợp bất khả kháng theo quy định của pháp luật.  5. Việc thỏa thuận về điều kiện thay đổi, thanh lý, chấm dứt hợp đồng quy định tại điểm e khoản 2 Điều này phải bảo đảm không làm gián đoạn việc khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế.  6. Hợp đồng được đình chỉ, chấm dứt trong các trường hợp sau đây:   * Cơ sở cung ứng dịch vụ bị đình chỉ hoạt động, thu hồi giấy phép hoạt động hoặc theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền; * Vi phạm các điều khoản của Hợp đồng tới mức phải đình chỉ, chấm dứt Hợp đồng.   7. Nguyên tắc giải quyết vướng mắc, tranh chấp hợp đồng;  - Tuân thủ pháp luật, bảo đảm quyền, nghĩa vụ hợp pháp của các Bên và của người bệnh có bảo hiểm y tế.  - Các Bên chủ động rà soát, trao đổi, làm rõ và tự giải quyết.  - Do cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế có thẩm quyền theo quy định của phát luật về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh giải quyết.  - Tại Tòa án theo quy định của pháp luật.  8. Chính phủ quy định chi tiết về Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và cung ứng dịch vụ y tế. | Một số quan điểm khác nhau về bản chất Hợp đồng: Dân sư, Hợp đồng trách nhiệm, Hợp đồng có tính chất nhà nước  - Vấn đề bảo đảm thực hiện HĐ và tạm ứng HĐ chưa có quy định.  Giao Chính phủ hướng dẫn thay vì ByT Hợp đồng phụ: |
|  |  | **Điều 33. Ký kết hợp đồng cung cấp dịch vụ y tế và khám bệnh, chữa bệnh BHYT**  1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở cung ứng dịch vụ y tế thuộc sở hữu nhà nước bắt buộc kí hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cung ứng dịch vụ y tế để được Cơ quan bảo hiểm xã hội chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người có bảo hiểm y tế.  2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở cung ứng dịch vụ y tế khác thuộc đối tượng nêu tại Điều 31 đủ điều kiện hoạt động theo quy định của pháp luật được quyền đề nghị kí hợp đồng cung ứng dịch vụ y tế thì Cơ quan bảo hiểm xã hội 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. Cơ quan bảo hiểm xã hội kiểm tra điều kiện kết nối về cơ sở hạ tầng thông tin đảm bảo cho việc thanh toán bảo hiểm y tế.  4. Hợp đồng được ký lần đầu với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mới thành lập; được gia hạn hàng năm khi 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.  5. BHXH Việt Nam công khai danh sách các cơ sở KCB và cung cấp dịch vụ y tế đủ điều kiện ký Hợp đồng và thanh toán BHYT, bao gồm cả cơ sở y tế tiếp nhận khám chữa bệnh ban đầu. | Thêm điều mới; do BHYT đã tiến tới bao phủ toàn dân nên các cơ sở KBCB đủ điều kiện theo quy định của pháp luật phải được cung cấp dịch vụ cho người tham gia bhyt (trừ trường hợp từ chối không cung ứng) |
|  | **Điều 26. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Người tham gia bảo hiểm y tế có quyền đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại 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**.  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**.  2. Người tham gia bảo hiểm y tế được thay đổi cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu vào đầu mỗi quý.  3. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu được ghi trong thẻ bảo hiểm y tế. | **Điều 34. 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**, Bộ Quốc phòng.  2. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế phải làm việc lưu động, đến tạm trú tại địa phương khác ngoài nơi thường trú và nơi ở so với nơi đã đăng ký khám chữa bệnh ban đầu 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 đã đăng ký vào tháng 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 cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm. | - Dự thảo theo quy định của Luật KCB sửa đổi (cần đồng bộ hoặc trích dẫn tuân thủ theo luật KBCB)  Bỏ quy định tên cơ sở KCB BĐ phải ghi trong thẻ BHYT.  Bộ QP |
|  | **Điều 27. Chuyển tuyến điều trị**  Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm chuyển người bệnh kịp thời đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác theo quy định về chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật. | **Điều 35 Chuyển tuyến điều trị**  1. Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật thì cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm chuyển người bệnh kịp thời đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác theo quy định về chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.  2. Cơ quan bảo hiểm xã hội và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thiết lập hệ thống chuyển thanh toán bảo hiểm y tế khi chuyển tuyến điều trị người bệnh có bảo hiểm y tế. Khuyến khích áp dụng công nghệ thông tin và các hình thức chuyển tuyến và chuyển thanh toán BHYT điện tử. | Giữ nguyên hiện hành (Bộ LĐTBXH).  BHYT phải đồng nhất với chuyển tuyến điều trị. |
|  | **Điều 28. 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 xuất trình thẻ bảo hiểm y tế có ảnh; trường hợp thẻ bảo hiểm y tế chưa có ảnh thì phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế cùng với giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó; đối với trẻ em dưới 6 tuổi chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế.  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 và 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. | **Điều 36. 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 mã số hoặc thẻ bảo hiểm y tế kèm thêm giấy tờ tùy thân có ảnh; Khi không đủ điều kiện có giấy tờ tùy thân có ảnh thì xuất trình một trong các giấy tờ chứng minh nhân thân khác: Giấy khai sinh, thẻ Căn cước công dân hoặc Chứng minh nhân dân, Hộ chiếu, sổ Bảo hiểm xã hội, Thẻ bảo hiểm y tế hoặc xác nhận của UBND cấp xã, UBND cấp huyện nơi không có đơn vị hành chính cấp xã tại nơi cư trú về ngày, tháng, năm sinh.  b) Thông báo số thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế nếu thẻ BHYT đã tích hợp với cơ sở dữ liệu về dân cư của Bộ Công an.  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. | - Bổ sung nội dung mới liên quan tới thẻ BHYT |
|  | **Điều 29. Giám định bảo hiểm y tế**  1. Nội dung giám định bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;  b) Kiểm tra, đánh giá việc chỉ định điều trị, sử dụng thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế cho người bệnh;  c) Kiểm tra, xác định chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  2. Việc giám định bảo hiểm y tế phải bảo đảm chính xác, công khai, minh bạch.  3. Tổ chức bảo hiểm y tế thực hiện việc giám định bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả giám định. |  | Chuyển thành chương mới  CHương IX |
|  |  | | |
| Chương VI | **Chương VI.**  **THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ** | **Chương VII.**  **THANH TOÁN CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ** |  |
|  | **Điều 30. Phương thức thanh toán 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)36 Thanh toán theo định suất là thanh toán 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 giá dịch vụ là thanh toán 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;  2. Chính phủ quy định cụ thể việc áp dụng phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều này. | **Điều 37. Phương thức thanh toán 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 hàng hóa, dịch vụ sử dụng cho người bệnh trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh. Việc xây dựng, quyết định giá hàng hóa và dịch vụ phục vụ khám bệnh, chữa bệnh thực hiện theo quy định của pháp luật về giá.  d) Các phương thức thanh toán, chi trả khác theo hướng dẫn của Chính phủ.  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 trước khi áp dụng. | - Sửa thuật ngữ thanh toán thành chi trả cho phù hợp  - Cần phù hợp định nghĩa quốc tế (Luật cũ định nghĩa vẫn đúng); có tài liệu dẫn chứng  BHXH VN là cơ quan chi trả BHYT. |
|  | **Điều 31. 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 khám bệnh, chữa bệnh theo hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  2.37 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 28 của Luật này;  c) Trường hợp đặc biệt khác do Bộ trưởng Bộ Y tế quy định.  3. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính quy định thủ tục, mức thanh toán đối với các trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.  4. Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trên cơ sở viện phí theo quy định của Chính phủ.  5.38 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 giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc. | **Điều 38. 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 khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở cung ứng dịch vụ y tế theo các quy định về thanh toán và các thỏa thuận trong 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. Tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí hàng hóa phục vụ khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở cung ứng dịch vụ và nhà thầu cung ứng trong một số trường hợp theo quy định của pháp luật.  3. Chính phủ quy định thủ tục, mức thanh toán đối với các trường hợp quy định tại khoản 2 và 3 Điều này. | Bổ sung: thanh toán theo các quy định về thanh toán  Tương tự hình thức thanh toán trực tiếp cho Nhà thầu của thanh toán NS  Phù hợp với Luật KBCB |
|  | **Điều 32. 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;  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 15 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 tổ chức bảo hiểm y tế; trong thời hạn 15 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 quý trước cho tổ chức bảo hiểm y tế;  b) Trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý 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.  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 31 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. | **Điều 39. 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, Cơ quan Bảo hiểm xã hội 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.  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 tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho Cơ quan bảo hiểm xã hội; Trong thời hạn 10 ngày đầu mỗi quý, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm gửi báo cáo quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của quý trước cho Cơ quan bảo hiểm xã hội.  b) Trong thời hạn 10 ngày, kể từ ngày nhận được báo cáo quyết toán quý 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 3 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. Phần kinh phí còn lại phải thanh toán sau 30 ngày đã có sự thống nhất 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. | - Bổ sung nội dung số tiền tạm ứng tại điểm a, khoản 1 không bao gồm số tiền chưa thống nhất giữa 2 bên, tránh tình trạng cơ sở KCB thiếu tiền khi việc thanh toán chưa thống nhất kéo dài.  Bệnh viện không có vốn lưu động.  Bảo lãnh tạm ứng?  - thay đổi thời hạn thanh quyết toán tại điểm a khoản 2  Chưa đồng bộ pháp luật, nhất là luật NSNN  - Bổ sung thời hạn giải quyết vướng mắc thanh toán |
|  |  |  |  |
|  | **Chương VII.**  **QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ** | **Chương VIII.**  **QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ XÃ HỘI** |  |
|  | **Điều 33. 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 40. Nguồn hình thành quỹ bảo hiểm y tế xã hội**  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 34. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế**  1. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống tổ chức bảo hiểm y tế.  Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam theo quy định của Luật bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm quản lý quỹ bảo hiểm y tế và tư vấn chính sách bảo hiểm y tế.  2. Chính phủ quy định cụ thể việc quản lý quỹ bảo hiểm y tế; quyết định nguồn tài chính để bảo đảm việc khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trong trường hợp mất cân đối thu, chi quỹ bảo hiểm y tế.  3.41 Hàng năm, Chính phủ báo cáo trước Quốc hội về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế. | **Điều 41. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế xã hội**  1. Quỹ bảo hiểm y tế xã hội được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch và có sự phân cấp quản lý trong hệ thống tổ chức bảo hiểm y tế.  Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam theo quy định của Luật bảo hiểm xã hội chịu trách nhiệm quản lý quỹ bảo hiểm y tế và tư vấn chính sách bảo hiểm y tế.  2. Khi tổng quỹ bảo hiểm y tế xã hội bị mất cân đối, dự phòng ngân sách trung ương hỗ trợ để đảm bảo chi trả chế độ cho người tham gia bảo hiểm y tế trên cơ sở đề nghị của Hội đồng quản lý BHXH Việt Nam. Sau 2 năm khi quỹ bảo hiểm y tế có thu phải hoàn 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 hoặc ủy quyền Bộ trưởng Bộ Tài chính là Chủ tịch Hội đồng quản lý Quỹ Bảo hiểm xã hội Việt Nam báo cáo trước Quốc hội về quản lý và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế. | - Bổ sung khoản 2, 3 |
|  | **Điều 35. 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 tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;  b) 10% 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.  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. 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 trên cơ sở đề nghị của Bảo hiểm xã hội Việt Nam.  3. Trường hợp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh lớn hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, sau khi được Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán thì phần kinh phí chưa sử dụng hết được phân bổ theo lộ trình như sau:  a) Từ ngày Luật này có hiệu lực đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2020 thì 80% chuyển về quỹ dự phòng, 20% chuyển về địa phương để sử dụng theo thứ tự ưu tiên sau đây:  Hỗ trợ quỹ khám bệnh, chữa bệnh cho người nghèo; hỗ trợ mức đóng bảo hiểm y tế cho một số nhóm đối tượng phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội của địa phương; mua trang thiết bị y tế phù hợp với năng lực, trình độ của cán bộ y tế; mua phương tiện vận chuyển người bệnh ở tuyến huyện.  Trong thời hạn 1 tháng, kể từ ngày Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán, Bảo hiểm xã hội Việt Nam phải chuyển 20% phần kinh phí chưa sử dụng hết về cho địa phương.  Trong thời hạn 12 tháng, kể từ ngày Bảo hiểm xã hội Việt Nam thẩm định quyết toán, phần kinh phí chưa sử dụng hết được chuyển về quỹ dự phòng;  b) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2021, phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào quỹ dự phòng để điều tiết chung.  4. Trường hợp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, sau khi thẩm định quyết toán, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng.  5. Chính phủ quy định chi tiết khoản 1 Điều này. | **Điều 42. 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 tiền đóng bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh;  b) 10% 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.  c) Việc phân bổ, quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế của các đối tượng tại điểm a, khoản 3 điều 14 do Chính phủ quy định.  2. Số tiền tạm thời nhàn rỗi của Quỹ bảo hiểm y tế xã hội được sử dụng để đầu tư song phải được hạch toán độc lập, tương xứng với nhu cầu và trách nhiệm chi trả hàng năm, đảm bảo an toàn hiệu quả, theo các hình thức an toàn, có khả năng thanh khoản cao gồm:  - Gửi tiền tại các ngân hàng thương mại có chất lượng hoạt động tốt được Ngân hàng nhà nước xếp loại, xếp hạng tín nhiệm cao;  - Đầu tư trái phiếu Chính phủ;  - Đầu tư kỳ phiếu, tín phiếu, chứng chỉ tiền gửi do các ngân hàng thương mại có chất lượng tốt được Ngân hàng nhà nước xếp loại, xếp hạng tín nhiệm cao phát hành;  Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam quyết định và chịu trách nhiệm trước Chính phủ về hình thức, cơ cấu và hiệu quả đầu tư của quỹ bảo hiểm y tế.  3 Phần kinh phí chưa sử dụng hết được hạch toán toàn bộ vào Quỹ dự phòng để điều tiết chung.  4. Trường hợp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương có số thu bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh nhỏ hơn số chi khám bệnh, chữa bệnh trong năm, sau khi thẩm định quyết toán, Bảo hiểm xã hội Việt Nam có trách nhiệm bổ sung toàn bộ phần kinh phí chênh lệch này từ nguồn quỹ dự phòng.  5. Thủ tướng Chính phủ quyết định chi phí quản lý bảo hiểm y tế và giao dự toán chi khám bệnh, chữa bệnh theo đề nghị của Bộ Tài chính. | - Thay đổi số tiền tối đa dành cho chi phí quản lý quỹ tại điểm b khoản 1  - Bổ sung cơ chế xử lý quỹ dự phòng.  CV số 420/BTC-HCSN  CV số 4244/BTC-HCSN |
|  |  |  |  |
|  |  | ***CHƯƠNG: GIÁM ĐỊNH VÀ KIỂM SOÁT THANH TOÁN BẢO HIỂM Y TẾ*** |  |
|  | Định nghĩa hiện hành: 6. *Giám định bảo hiểm y tế* là hoạt động chuyên môn do tổ chức bảo hiểm y tế tiến hành nhằm đánh giá sự hợp lý của việc cung cấp dịch vụ y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế, làm cơ sở để thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế. | **Điều 43. Giám định, kiểm soát thanh toán bảo hiểm y tế.**  1. Nội dung giám định;  - Giám định về hành chính: Kiểm tra thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;  - Giám định về danh mục, giá và tính hợp lý của hàng hóa và dịch vụ theo quy định của pháp luật sẽ hoặc đã sử dụng trong khám chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế;  - Giám định về kinh tế - tài chính: kiểm soát chi phí các dịch vụ y tế sẽ hoặc đã được cung cấp, phạm vi, tỷ lệ thanh toán, giám định hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp.  2. Yêu cầu công tác giám định bảo hiểm y tế  a) Độc lập với chi trả, 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 và chuẩn mực đạo đức về chuyên môn kỹ thuật y học, bảo hiểm y tế và các quy định pháp luật liên quan.  c) Do người làm công tác giám định đủ điều kiện về chuyên môn nghiệp vụ, chức danh nghề nghiệp theo quy định của Chính phủ thực hiện.  d) Không làm chậm chễ việc điều trị và an toàn cho bệnh nhân có bảo hiểm y tế.  4. Phương pháp, thời điểm giám định:  a) Phương pháp giám định:  - Sử dụng công nghệ thông tin;  - Giám định trên hồ sơ.  - Giám định nhanh và giám định chi tiết.  - Quan sát, giám sát trực tiếp  - Trưng cầu chuyên gia  b) Thời điểm giám định:  - Giám định trước khi cung cấp dịch vụ: áp dụng với giám định về hành chính và các kỹ thuật, thuốc, vật tư y tế chi phí lớn;  - Giám định trong quá trình cung cấp dịch vụ  - Giám định sau khi đã cung cấp dịch vụ  5. Thông báo kết quả giám định, chấp nhận thanh toán và quyền lợi được hưởng: Tổ chức thực hiện Giám định, kiểm soát thanh toán thông báo kịp thời kết quả giám định cho Cơ sở có ký hợp đồng cung cấp dịch vụ và khi được yêu cầu phải cung cấp xác nhận theo hình thức điện tử, tin nhắc, hoặc hình thức khác cho người tham gia bảo hiểm về quyền lợi được hưởng đối với dịch vụ y tế cụ thể.  6. Bộ Y tế quy định nguyên tắc, yêu cầu cụ thể áp dung các phương pháp và thời điểm giám định.  7. Bảo hiểm xã hội Việt Nam phối hợp các cơ quan có liên quan xây dựng và ban hành quy trình chi tiết phục vụ giám định và kiểm soát thanh toán; triển khai ứng dụng công nghệ thông tin trong công tác giám định lồng ghép với quản lý khám bệnh, chữa bệnh. Tổ chức giám định bảo hiểm y tế thực hiện việc giám định bảo hiểm y tế và chịu trách nhiệm trước pháp luật và trách nhiệm đền bù về kết quả giám định nếu xảy ra thiệt hại.  8. Thẩm quyền giải quyết khiếu nại, không nhất trí về kết quả giám định bảo hiểm y tế giữa cơ sở và Tổ chức giám định bảo hiểm y tế thuộc BHXH Việt Nam:  - Xử lý theo các thỏa thuận và nguyên tắc quy định trong Hợp đồng.  - Do cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế và khám bệnh, chữa bệnh có thẩm quyền giải quyết, cụ thể:  + Thủ tướng Chính phủ giải quyết trên cơ sở ý kiến của các cơ quan có liên quan hoặc thành lập Hội đồng giám định độc lập để giải quyết đối với các vướng mắc vượt thẩm quyền của UBND các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương  + UBND tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương giải quyết trên cơ sở ý kiến của Sở Tài chính, Sở y tế, Bảo hiểm xã hội tỉnh và các cơ quan tổ chức có liên quan khác hoặc thành lập Hội đồng giám định độc lập với các vướng mắc có chủ thể ký hợp đồng là Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố.  - Bộ Quốc phòng, Bộ Công An giải quyết với các vướng mắc liên quan đến cơ sở y tế của Quân đội và Bộ Công An quản lý. | Chương mới  Tiếp thu từ Điều 29 Luật 2014 |
|  |  | **Điều 44. 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 Bảo hiểm xã hội Việt Nam;  b) Các tổ chức, cá nhân khác được trưng cầu giám định theo quy định của pháp luật;  c) Tổ chức, cá nhân thực hiệm giám định tư pháp trong lĩnh vực bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định pháp luật có liên quan. |  |
|  |  | **Điều 45. Quyền và nghĩa vụ của cơ quan thực hiện giám định bảo hiểm y tế do Nhà nước thành lập thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam**  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 để 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) Tuân thủ yêu cầu, nguyên tắc, quy trình giám định và 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 và bồi thường thiệt hại do kết quả giám định không chính xác gây ra.  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. |  |
|  |  | **Điều 46. Điều kiện người làm công tác giám định bảo hiểm y tế**  1. Người làm công tác giám định trong Tổ chức giám định y tế thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam phải đáp ứng với yêu cầu chức danh nghề nghiệp theo quy định của Luật viên chức nhà nước như sau:  - 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 ban hành.  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 Người làm công tác giám định Bảo hiểm y tế thuộc Bảo hiểm xã hội Việt Nam. | Chức danh nghề nghiệp của Bs, Ds được quy định trong thông tư liên tịch số 05/2015/TTLT-YT-BNV; dược sỹ là TTlT số 27/2015/TTLT-BYT-BNV. Tuy nhiên, giám định viên BHYT chưa có chức danh nghề nghiệp cụ thể; chỉ cần đào tạo theo chương trình bồi dưỡng nghiệp vụ theo Quyết định 802/QĐ-BHXH chưa tương đồng với vai trò, vị trí và nhiệm vụ. |
|  | **Chương VIII.**  **QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN ĐẾN BẢO HIỂM Y TẾ** | **Chương X.**  **QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CÁC BÊN LIÊN QUAN ĐẾN BẢO HIỂM Y TẾ** |  |
|  | **Điều 36. Quyền của người tham gia bảo hiểm y tế**  1. Được cấp thẻ bảo hiểm y tế khi đóng bảo hiểm y tế.  2.43 Được đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình tại đại lý bảo hiểm y tế trong phạm vi cả nước; được lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu theo quy định tại khoản 1 Điều 26 của Luật này.  3. Được khám bệnh, chữa bệnh.  4. Được tổ chức bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo chế độ bảo hiểm y tế.  5. 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 chế độ bảo hiểm y tế.  6. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế. | **Điều 47. 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. Trường hợp phải nằm điều trị nội trú, khi hết liệu trình điều trị, đủ điều kiện xuất viện được làm thủ tục ra viện trong các ngày nghỉ, ngày lễ, ngày Tết.  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 28, 29. Trừ trường hợp được quy định tại Điều 30 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. | Có chỉnh sửa  Lưu ý quyền chọn cơ sở KCB ban đầu phù hợp với pháp luật về cư trú, lao động.  Ý kiến của Hiệp hội  Ủy quyền nhận thuôc, vật tư phù hợp với PL về ủy quyền dân sự. Luật BHXH cũng cho phép quyền được ủy quyền nhận lương hưu. |
|  | **Điều 37. Nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế**  1. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.  2. Sử dụng 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 28 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.  5. Thanhtoán 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 48. Nghĩa vụ 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 36 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. | Có chỉnh sửa |
|  | **Điều 38. Quyền của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế**  1. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế, cơ quan nhà nước có thẩm quyền giải thích, cung cấp thông tin về chế độ bảo hiểm y tế.  2. Khiếu nại, tố cáo hành vi vi phạm pháp luật về bảo hiểm y tế. | **Điều 49. 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 39. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế**  1. Lập hồ sơ đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế.  2. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.  3. Giao thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.  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 50. 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. Thông báo và chuyển mã số và thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế trong thời hạn 5 ngày làm việc kể từ ngày nhận được 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. | - Bổ sung thời gian chuyển thẻ BHYT cho người tham gia BHYT |
|  | **Điều 40. 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, giám định việc thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế; thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại Điều 20 của Luật này.  3. Yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cung cấp hồ sơ, bệnh án, tài liệu về khám bệnh, chữa bệnh để phục vụ công tác giám định bảo hiểm y tế.  4. Từ chối thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế không đúng quy định của Luật này hoặc không đúng với nội dung hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  5. 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.  6. 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. | **Điều 51. Quyền của Bảo hiểm xã hội Việt Nam**  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. Thực hiện công tác giám định, kiểm soát thanh toán BHYT theo quy định của pháp luật.  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. Ban hành văn bản hướng dẫn chuyên môn nghiệp vụ để thực hiện bảo hiểm y tế. 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 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 bảo hiểm y tế 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. | Giữ như cũ? |
|  | **Điều 41. Trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm y tế**  1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.  2.44 Tổ chức để đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 12 của Luật này đóng bảo hiểm y tế theo hộ gia đình thuận lợi tại đại lý bảo hiểm y tế. Hướng dẫn hồ sơ, thủ tục, nơi đăng ký tham gia bảo hiểm y tế và tổ chức thực hiện chế độ bảo hiểm y tế, bảo đảm nhanh chóng, đơn giản và thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế. Rà soát, tổng hợp, xác nhận danh sách tham gia bảo hiểm y tế để tránh cấp trùng thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật này, trừ các đối tượng do Bộ Quốc phòng và Bộ Công an quản lý.  3. Thu tiền đóng bảo hiểm y tế và cấp thẻ bảo hiểm y tế.  4. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.  5. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  6. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  7. Cung cấp thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.  8. Kiểm tra chất lượng khám bệnh, chữa bệnh; giám định bảo hiểm y tế.  9. 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.  10.45 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.  11. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo, hướng dẫn nghiệp vụ về bảo hiểm y tế; báo cáo định kỳ hoặc đột xuất khi có yêu cầu về quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.  12. Tổ chức đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế. | **Điều 52. Trách nhiệm của Bảo hiểm xã hội Việt Nam**  1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.  2. Tổ chức cấp thẻ, thu tiền đóng 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. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.  5. Ký hợp đồng với cơ sở cung cấp dịch vụ y tế và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  6. 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.  7. 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.  8. Cung cấp, chia sẻ thông tin dữ liệu về bảo hiểm y tế cho cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế. Nội dung, phạm vi, mức độ và phương thức chia sẻ thông tin dữ liệu về bảo hiểm y tế do Chính phủ/Bộ Y tế quy định.  9. 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.  10. 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.  11. 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.  12. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo, hướng dẫn nghiệp vụ về bảo hiểm y tế;  13. Tổ chức đào tạo, bồi dưỡng nghiệp vụ, nghiên cứu khoa học và hợp tác quốc tế về bảo hiểm y tế.  14. Chịu trách nhiệm pháp lý về các hoạt động và quyết định của mình hoặc của người làm công tác giám định trong quá trình thực hiện nhiệm vụ. | Có chỉnh sửa  Nêu vấn đề ký Hợp đồng với người được bảo hiểm y tế?  Khoản 5 Điều 26 Luật CNTT năm 2006; Khoản 13, khoản 15 Điều 23 Luật BHXH; Nghị định 47/2020/NĐ-CP quy định về quản lý, kết nối và chia sẻ dữ liệu số của cơ quan nhà nước; Nghị định 43/2021/NĐ-CP quy định cơ sở dữ liệu quốc gia về bảo hiểm. |
|  | **Điều 42. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Yêu cầu tổ chức bảo hiểm y tế cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin có liên quan đến người tham gia bảo hiểm y tế, kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế tại cơ sở 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. | **Điều 53. 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.  5. Được Tổ chức bảo hiểm y tế bồi thường thiệt hại theo phán quyết của cơ quan xử lý tranh chấp theo quy định của pháp luật. | Có chỉnh sửa |
|  | **Điều 43. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo đảm chất lượng với thủ tục đơn giản, thuận tiện cho người tham gia bảo hiểm y tế.  2.46 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. Kiểm tra, phát hiện và 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 20 của Luật này.  5. Quản lý và sử dụng kinh phí từ quỹ bảo hiểm y tế theo đúng quy định của pháp luật.  6. Tổ chức thực hiện công tác thống kê, báo cáo về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật.  7.47 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.  8.48 Cung cấp bảng kê chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu. | **Điều 54. 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 và kiểm soát thanh toán; 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. Thực hiện các quy định của Bộ Y tế về chuyên môn kỹ thuật, 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 27 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. Việc cung cấp bảo kê có thể bằng hình thức bản giấy hoặc điện tử. | Có chỉnh sửa |
|  | **Điều 44. 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. | **Điều 55. 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. | Có chỉnh sửa |
|  | **Điều 45. 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.  3.49 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. | **Điều 56. 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 IX .**  **THANH TRA, KHIẾU NẠI, TỐ CÁO, GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP VÀ XỬ LÝ VI PHẠM VỀ 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 46. Thanh tra bảo hiểm y tế**  Thanh tra y tế thực hiện chức năng thanh tra chuyên ngành về bảo hiểm y tế. | **Điều 57. Thanh tra bảo hiểm y tế**  1. Nội dung thanh tra chuyên ngành bảo hiểm y tế, gồm:   1. Xem xét, đánh giá việc chấp hành pháp luật chuyên ngành về bảo hiểm y tế. 2. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế; 3. 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. | Có chỉnh sửa phù hợp với hiện tại (Thanh tra đóng BHYT, BHXH đã được giao cho BHXH) |
|  | **Điều 47. Khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế**  Việc khiếu nại và giải quyết khiếu nại đối với quyết định hành chính, hành vi hành chính về bảo hiểm y tế, 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 58. Khiếu nại, tố cáo về bảo hiểm y tế**  1. Việc khiếu nại và giải quyết khiếu nại về bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định về khiếu nại.  2. Việc tố cáo và giải quyết tố cáovề bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định của pháp luật về tố cáo. | Theo góp ý của Thanh tra CP |
|  | **Điều 48. Tranh chấp về bảo hiểm y tế**  1. Tranh chấp về bảo hiểm y tế là tranh chấp liên quan đến quyền, nghĩa vụ và trách nhiệm bảo hiểm y tế giữa các đối tượng sau đây:  a) Người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 12 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 13 của Luật này;  c) Tổ chức bảo hiểm y tế;  d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  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) 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 59. 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 14 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 14 của Luật này;  c) Tổ chức bảo hiểm y tế;  d) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở cung ứng dịch vụ có ký hợp đồng với cơ quan 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) Xử lý tranh chấp theo nội dung thỏa thuận trong Hợp đồng đã ký.  b) Các bên tranh chấp có trách nhiệm tự hòa giải về nội dung tranh chấp;  c) Các bên tranh chấp báo cáo cơ quan quản lý nhà nước về bảo hiểm y tế có thẩm quyền giải quyết;  d) 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 49. 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. | **Điều 60. 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, chậm 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 liến lãi bằng 2 lần lãi suất của ngân hàng.  5. Chính phủ quy định chi tiết mức xử phạt hành chính với các hành vi trốn đóng, chậm đóng và không đóng bảo hiểm y tế. | - Bổ sung khoản 4 |
|  |  |  |  |
|  | **Chương X .**  **ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH** | **Chương XII.**  **ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH** |  |
|  | **Điều 50. Điều khoản chuyển tiếp**  1. Thẻ bảo hiểm y tế và thẻ khám bệnh, chữa bệnh miễn phí cho trẻ em dưới 6 tuổi đã được cấp trước ngày Luật này có hiệu lực có giá trị sử dụng như sau:  a) Theo thời hạn ghi trên thẻ trong trường hợp thẻ ghi giá trị sử dụng đến ngày 31 tháng 12 năm 2009;  b) Đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2009 trong trường hợp thẻ ghi giá trị sử dụng sau ngày 31 tháng 12 năm 2009.  2. Phạm vi quyền lợi của người được cấp thẻ bảo hiểm y tế trước khi Luật này có hiệu lực được thực hiện theo quy định hiện hành của pháp luật về bảo hiểm y tế cho đến hết ngày 31 tháng 12 năm 2009.  3. Đối tượng quy định tại các khoản 21, 22, 23, 24 và 25 Điều 12 của Luật này khi chưa thực hiện quy định tại các điểm b, c, d và đ khoản 2 Điều 51 của Luật này thì có quyền tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ. | Điều 61. 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 khoanh 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.  3. Khi thay đổi chính sách và quy định pháp luật về tiền lương thì mức đóng bảo hiểm y tế sẽ thực hiện theo quy định có liên quan của Chính phủ. |  |
|  | **Điều 51. Hiệu lực thi hành**  1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2009.  2. Lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân được quy định như sau:  a) Đối tượng quy định từ khoản 1 đến khoản 20 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày Luật này có hiệu lực thi hành;  b) Đối tượng quy định tại khoản 21 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2010;  c) Đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2012;  d) Đối tượng quy định tại khoản 23 và khoản 24 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế từ ngày 01 tháng 01 năm 2014;  đ) Đối tượng quy định tại khoản 25 Điều 12 của Luật này thực hiện bảo hiểm y tế theo quy định của Chính phủ chậm nhất là ngày 01 tháng 01 năm 2014. | **Điều 62. Hiệu lực thi hành**  1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 1.. tháng 1.. năm 2026  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. |  |
|  | **Điều 52. Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành**  Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành các điều, khoản được giao trong Luật; hướng dẫn những nội dung cần thiết khác của Luật này để đáp ứng yêu cầu của quản lý nhà nước./. |  |  |