

QUỐC HỘI

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /2024/QH15

Hà Nội, ngày

tháng

năm 2024

DỰ THẢO 2
Ngày 12.8.2024**LUẬT
SỬA ĐỔI, BỔ SUNG MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ**

Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam ngày 28 tháng 11 năm 2013;

Quốc hội ban hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12, đã được sửa đổi bổ sung một số điều tại Luật số 46/2014/QH13.

Điều 1. Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế**1. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 2 như sau:****a) Sửa đổi, bổ sung Khoản 5 như sau:**

“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 để được quản lý sức khỏe, khám bệnh, chữa bệnh, chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và xác định phạm vi quyền lợi bảo hiểm y tế phù hợp với phạm vi chi trả của Quỹ bảo hiểm y tế.”

b) Sửa đổi, bổ sung Khoản 7 như sau:

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

c) Sửa đổi, bổ sung Khoản 8 như sau:

“8. Gói dịch vụ y tế cơ bản là những dịch vụ y tế thiết yếu được thực hiện tại y tế cơ sở để quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh ban đầu, phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.”

d) Bổ sung các khoản 9, 10, 11, 12 vào sau Khoản 8 như sau:

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

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

11. Lạm dụng bảo hiểm y tế là việc cố ý chỉ định, sử dụng, thanh toán quá mức, không cần thiết các dịch vụ, chi phí bảo hiểm y tế so với quy định của pháp

luật và hướng dẫn chuyên môn về khám bệnh, chữa bệnh, bảo hiểm y tế để thu lợi từ bảo hiểm y tế.

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

2. Bổ sung khoản 5 vào sau Khoản 4 Điều 4 như sau:

“5. Nhà nước khuyến khích hình thức bảo hiểm y tế bổ sung theo nguyên tắc tự nguyện, phi lợi nhuận do các tổ chức kinh doanh bảo hiểm y tế bổ sung cung cấp cho người đã tham gia bảo hiểm y tế bắt buộc do Nhà nước thực hiện, để được chi trả các chi phí y tế nằm ngoài phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế bắt buộc trên cơ sở thỏa thuận mức phí, phạm vi quyền lợi được hưởng và điều kiện thanh toán chi phí y tế được quy định trong hợp đồng bảo hiểm y tế bổ sung. Chính phủ quy định thực hiện bảo hiểm y tế bổ sung khi đáp ứng đủ điều kiện và theo nhu cầu thực tiễn.”

3. Sửa đổi, bổ sung một số khoản của Điều 6 như sau:

a) Bãi bỏ cụm từ “tuyên chuyên môn kỹ thuật y tế” tại Khoản 1 Điều 6.

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 3 Điều 6 như sau:

“3. Ban hành quy định, quy trình, hướng dẫn về chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh, chuyển người bệnh, chuyển dịch vụ cận lâm sàng, điều chuyển thuốc giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y, giám định, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y, đánh giá chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế cung cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế.”.

4. Sửa đổi, bổ sung Khoản 1 Điều 11 như sau:

“1. Chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế; lạm dụng, trục lợi quỹ bảo hiểm y tế.”.

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

a) Sửa đổi, bổ sung Khoản 1 như sau:

“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 *xác định thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên kể cả trường hợp người lao động và người sử dụng lao động thỏa thuận bằng tên gọi khác nhưng có nội dung thể hiện về việc làm có trả công, tiền lương và sự quản lý, điều hành, giám sát của một bên, trừ hợp đồng thử việc theo quy định của pháp luật lao động; Người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên, người đại diện phân vốn nhà nước, người đại diện phân vốn của doanh nghiệp theo quy định của pháp luật, thành viên hội đồng quản trị, tổng giám đốc, giám đốc, thành viên ban kiểm soát hoặc kiểm soát viên và các chức danh quản lý khác được bầu của hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã theo quy định của Luật hợp tác xã có hưởng tiền lương; Cán bộ, công chức, viên chức;*

b) Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn, *thôn, tổ dân phố* theo quy định của pháp luật”;

c) Người lao động là công dân nước ngoài làm việc tại Việt Nam thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc khi làm việc theo hợp đồng lao động xác định thời hạn có thời hạn từ đủ 12 tháng trở lên với người sử dụng lao động tại Việt Nam, trừ các trường hợp di chuyển trong nội bộ doanh nghiệp theo quy định của pháp luật về người lao động nước ngoài làm việc tại Việt Nam; tại thời điểm giao kết hợp đồng lao động đã đủ tuổi nghỉ hưu theo quy định tại khoản 2 Điều 169 của Bộ luật Lao động; điều ước quốc tế mà nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam là thành viên có quy định khác.

d) Người lao động quy định tại điểm a khoản này làm việc không trọn thời gian, có tiền lương trong tháng bằng hoặc cao hơn tiền lương làm căn cứ đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc thấp nhất thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc.”;

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

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

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

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

“đ) Sĩ quan công an nhân dân đang hưởng lương hưu;”;

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

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

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

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

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

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

h) Bổ sung Điểm o vào sau điểm n khoản 3 như sau:

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

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

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

k) Sửa đổi, bổ sung khoản 5 như sau:

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

a) Người thuộc hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3, 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 Việt Nam không có giấy tờ tùy thân, người nước ngoài sinh sống tại Việt Nam, trừ đối tượng quy định tại các khoản 1, 2, 3 và 4 và điểm a khoản 5 Điều này;

d) Người lao động trong thời gian nghỉ không hưởng lương hoặc tạm hoãn hợp đồng lao động tự đóng, trừ đối tượng quy định tại điểm a khoản 5 Điều này.

đ) *Chủ hộ kinh doanh của hộ kinh doanh thuộc diện phải đăng ký kinh doanh*, trừ đối tượng quy định tại điểm a khoản 5 Điều này.”.

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

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

“a) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại các điểm a, c, d khoản 1 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương tháng, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3. Trong thời gian người lao động nghỉ việc hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì mức đóng hàng tháng tối đa bằng 6% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;

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

“c) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại các điểm a, đ khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;”

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

“g) Mức đóng hàng tháng của đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ, e, g, h, i, k, l, m và o khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương cơ sở và do ngân sách nhà nước đóng;

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

“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 hoặc đóng theo cá nhân tham gia.”

đ) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

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

a) Trường hợp một người đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 12 của Luật này thì đóng bảo hiểm y tế theo đối tượng đầu tiên mà người đó được xác định theo thứ tự của các đối tượng quy định tại Điều 12 của Luật này.

b) Trường hợp đối tượng quy định tại điểm a, c, d khoản 1 Điều 12 của Luật này có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 01 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động đầu tiên.

c) Trường hợp đối tượng quy định tại điểm b khoản 1 Điều 12 của Luật này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại Điều 12 của Luật này thì đóng bảo hiểm y tế theo thứ tự như sau: do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng, do ngân sách nhà nước đóng, do đối tượng và ủy ban nhân dân cấp xã đóng;

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

đ) Trường hợp các đối tượng quy định tại các điểm b, c, d, đ Khoản 5 Điều 12 đồng thời thuộc đối tượng quy định tại điểm a khoản 5 Điều 12 của Luật này thì được lựa chọn tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình.”;

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

“3. Trường hợp đối tượng là thành viên hộ gia đình quy định tại điểm a Khoản 5 Điều 12 Luật này cùng tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình trong năm tài chính thì được giảm trừ mức đóng như sau:”.

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

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

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

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

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

b) Bổ sung các khoản 3, 4 sau khoản 2 như sau:

“3. Chi phí cho sử dụng máu, chế phẩm máu, khí y tế trong khám bệnh, chữa bệnh thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.

4. Căn cứ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân, các tiêu chí chuyên môn kỹ thuật, điều kiện bảo đảm thực hiện, khả năng cân đối của quỹ bảo hiểm y tế trong từng giai đoạn, có bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị và đánh giá tác động đầy đủ, Chính phủ quy định cụ thể phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với dịch vụ khám, chẩn đoán đánh giá nguy cơ và điều trị ngăn ngừa sự tiến triển của một số bệnh có tỷ lệ mắc cao, gánh nặng bệnh tật lớn và đạt hiệu quả khi điều trị can thiệp sớm; điều trị một số bệnh nặng, hiểm nghèo có chỉ định sử dụng dinh dưỡng điều trị đặc thù theo hướng dẫn chuyên môn về chẩn đoán, điều trị.”.

9. Sửa đổi, bổ sung Điều 22 như sau:

“1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng như sau:

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

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định; khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường, thị trấn, trạm xá, trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức; phòng khám y học gia đình; trạm y tế quân - dân y, phòng khám quân - dân y, quân y đơn vị cấp tiểu đoàn và các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, phòng khám đa khoa khu vực và phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh;

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 quy định về trình tự, thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;

d) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng quy định tại điểm a khoản 2, điểm k khoản 3 và điểm a khoản 4 Điều 12 của Luật này;

đ) 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. Người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này trừ các trường hợp quy định tại các khoản 4, 5 Điều này, được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này theo tỷ lệ như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nội trú và ngoại trú theo mức hưởng đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh,

chữa bệnh cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có điều trị nội trú, trạm y tế xã, phường, thị trấn và phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, trung tâm y tế có giường bệnh và bệnh viện huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và một số bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc bộ, ngành, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân được Bộ Y tế xác định tương đương bệnh viện huyện về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

b) 100% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh là bệnh viện tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và một số bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc bộ, ngành, bệnh viện tư nhân được Bộ Y tế xác định tương đương bệnh viện tỉnh về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp quy định tại các điểm a, c khoản này;

c) 40% chi phí điều trị nội trú và không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện thuộc bộ, ngành ở trung ương, trừ các trường hợp quy định tại các điểm a, b khoản này.

4. Người tham gia bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều này không đúng quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí điều trị nội trú theo mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi thuộc một trong các đối tượng sau đây:

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

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

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

5. Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và có mức hưởng theo quy định tại khoản 1 Điều này và không phải thực hiện theo quy định theo quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này khi đi khám bệnh, chữa bệnh thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chẩn đoán xác định đối với một số bệnh hiếm, bệnh hiểm nghèo, bệnh cần phẫu thuật hoặc sử dụng kỹ thuật cao danh mục bệnh và quy định của Bộ Y tế.

b) Người bệnh đã được chẩn đoán xác định đối với một số bệnh mạn tính được chuyển về cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu hoặc cấp khám bệnh, chữa bệnh ban đầu để quản lý, cấp phát thuốc chuyên khoa, thuốc sử dụng cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn theo quy định của Bộ Y tế;

c) Người bệnh được tự đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn trong phạm vi địa phương hoặc địa phương giáp ranh trong trường hợp cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban

đầu, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cấp chuyên môn kỹ thuật cao hơn liền kề với cơ sở mà người bệnh đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không có đủ năng lực chuyên môn để thực hiện dịch vụ kỹ thuật, điều trị bệnh. Căn cứ danh mục kỹ thuật, phạm vi hoạt động chuyên môn theo giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở và tình hình chuyển người bệnh giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Sở Y tế xác định các bệnh, dịch vụ kỹ thuật cơ sở không có đủ năng lực thực hiện để người bệnh biết và công khai trên trang thông tin điện tử của Sở Y tế và của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

6. Chính phủ quy định cụ thể mức hưởng đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các địa bàn giáp ranh; người tham gia bảo hiểm y tế đi khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu và các trường hợp phát sinh khác không thuộc quy định tại Điều này.”.

10. Sửa đổi, bổ sung khoản 7 Điều 23 như sau:

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

11. Sửa đổi, bổ sung Điều 26 như sau:

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

1. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có điều trị nội trú, trạm y tế xã, phường, thị trấn và phòng khám đa khoa khu vực có giường bệnh, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình, trung tâm y tế có giường bệnh và bệnh viện huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương và một số bệnh viện, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc bộ, ngành, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tư nhân được Bộ Y tế xác định tương đương bệnh viện huyện về khám chữa, bệnh bảo hiểm y tế phù hợp với nơi cư trú, lao động, học tập.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh cơ bản, chuyên sâu không tổ chức đăng ký khám bệnh, chữa bệnh, bảo hiểm y tế ban đầu khi các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc cấp khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 1 Điều này đã đáp ứng, trừ trường hợp đặc thù theo quy định của Bộ Y tế.

3. Hằng năm, Sở Y tế phối hợp với Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh xác định danh sách cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và phân bổ số lượng thẻ bảo hiểm y tế bảo đảm cân đối, phù hợp với nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh của người tham gia bảo hiểm y tế và thực tế của địa phương theo quy định của Bộ Y tế.

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

12. Sửa đổi, bổ sung Điều 27 như sau:

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

1. Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn kỹ thuật, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm kịp thời chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác phù hợp với tình trạng người bệnh và phạm vi hoạt động chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển đến.

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

13. Sửa đổi, bổ sung Điều 28 như sau:

“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 thực hiện một trong các quy định sau đây:

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

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

2. Người tham gia bảo hiểm y tế đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu đã đăng ký để được hưởng đầy đủ quyền lợi bảo hiểm y tế. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế được khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào và phải xuất trình, thông báo thông tin về thẻ bảo hiểm y tế hoặc mã số bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều này trước khi ra viện.

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

4. Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, người tham gia bảo hiểm y tế phải có hồ sơ chuyển viện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định.

5. Trường hợp khám lại theo yêu cầu điều trị, người tham gia bảo hiểm y tế phải có giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.”

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

15. Sửa đổi, bổ sung Điều 31 như sau:

a) Sửa đổi, bổ sung khoản 4 như sau:

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

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 5 như sau:

“5. Bộ trưởng Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định cụ thể phương pháp xác định suất phí, mức thanh toán của nhóm chẩn đoán, quy định mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế trên cơ sở giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do cấp có thẩm quyền phê duyệt và mức thanh toán cụ thể đối với một số thuốc, thiết bị y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế”;

c) Bổ sung khoản 6 như sau:

“6. Quy định về điều chuyển, mua thuốc, thiết bị y tế trong trường hợp tại thời điểm người bệnh được kê đơn, chỉ định sử dụng thuốc, thiết bị y tế nhưng không có sẵn do nguyên nhân khách quan hoặc bất khả kháng và không thể chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được nhận thuốc, thiết bị y tế điều chuyển từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác hoặc mua lẻ thuốc, thiết bị y tế không phải thực hiện thủ tục đấu thầu trong trường hợp không thực hiện được việc điều chuyển thuốc, thiết bị y tế từ cơ sở khác để kịp thời điều trị người bệnh.

b) Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí thuốc, thiết bị y tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi nhận theo giá mua vào của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển thuốc, thiết bị y tế theo quy định của pháp luật về đấu thầu, thanh toán cho cơ sở mua lẻ thuốc trên cơ sở giá mua theo đơn giá ghi trên hóa đơn của cơ sở kinh doanh thuốc, thiết bị y tế nhưng không cao hơn giá trúng thầu gần nhất của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mua thuốc hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

c) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhận, mua thuốc, thiết bị y tế có trách nhiệm thanh toán chi phí cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển thuốc, thiết bị y tế, cơ sở kinh doanh được, thiết bị y tế, sau đó tổng hợp vào chi phí khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để thanh toán với cơ quan bảo hiểm xã hội.”.

16. Sửa đổi, bổ sung Điều 32 như sau:

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

“c) Chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế đã được cơ quan bảo hiểm xã hội giám

định, quyết toán phải được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán. Số tiền tạm ứng quý sau không được khấu trừ số chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đã tạm ứng và thực tế đã chi cho hoạt động khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế nhưng chưa được thống nhất quyết toán của quý trước.”

b) Sửa đổi, bổ sung khoản 2 như sau:

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

a) Trong thời hạn 10 ngày đầu mỗi tháng, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm gửi bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng trước cho cơ quan bảo hiểm xã hội;

b) Trong thời hạn 20 ngày, kể từ ngày nhận được bản tổng hợp đề nghị thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của tháng cuối quý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội có trách nhiệm thông báo kết quả giám định và số quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm chi phí khám bệnh, chữa bệnh thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

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

d) Việc thẩm định quyết toán năm đối với quỹ bảo hiểm y tế phải được thực hiện trước ngày 01 tháng 10 năm sau;

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

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

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

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

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

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

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

Quỹ dự phòng bao gồm số tiền được trích hằng năm, các khoản thu chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế, tiền lãi chậm đóng, trốn đóng bảo hiểm y tế, tiền

sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ bảo hiểm y tế trong năm và số tiền kết dư quỹ từ năm trước chuyển sang.”.

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

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

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

21. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại Khoản 1 Điều 9, khoản 2 Điều 12, điểm a, c, d, đ khoản 1, khoản 2 Điều 13 và khoản 3 Điều 15 thành "cơ quan bảo hiểm xã hội".

22. Sửa đổi cụm từ "tổ chức bảo hiểm y tế" tại Khoản 2 Điều 9 thành “Bảo hiểm xã hội Việt Nam”.

Điều 2. Hiệu lực thi hành

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2025. Đối tượng được bổ sung trong điểm a, b khoản 7 Điều 1 được thực hiện từ ngày 01 tháng 7 năm 2025

2. Bãi bỏ các điều, khoản, điểm sau đây:....

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

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

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

CHỦ TỊCH QUỐC HỘI