CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

LUẬT
BẢO HIỂM Y TẾ

Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12 ngày 14 tháng 11 năm 2008 của Quốc hội, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2009, được sửa đổi, bổ sung bởi:

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.

Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam năm 1992 đã được sửa đổi, bổ sung theo Nghị quyết số 51/2001/QH10;

Quốc hội ban hành Luật bảo hiểm y tế [1].

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 2. Giải thích từ ngữ

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

---

[1] Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế có căn cứ ban hành như sau:

"*Căn cứ Hiến pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;*

Quốc hội ban hành Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12."

1.[2] *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 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế

1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.

---

[2] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[3] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[4] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 1 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 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 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.

---

[5] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 2 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[6] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 2 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 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 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.

---

[7] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 3 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[8] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 3 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[9] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 7b. Trách nhiệm của Bộ Giáo dục và Đào tạo[10]

1. Chỉ đạo, hướng dẫn tổ chức thực hiện việc xác định, quản lý đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo quản lý quy định tại điểm n khoản 3 và điểm b 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 các đối tượng do Bộ Giáo dục và Đào tạo quản lý quy định tại điểm n khoản 3 và điểm b khoản 4 Điều 12 của Luật này.

3. Chủ trì, phối hợp với Bộ Y tế, các bộ, ngành liên quan hướng dẫn thành lập, kiện toàn hệ thống y tế trường học để chăm sóc sức khỏe ban đầu đối với trẻ em, học sinh, sinh viên.

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.

---

[10] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[11] Điều này được bổ sung theo quy định tại khoản 4 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 sách đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế cho trẻ em đồng thời với việc cấp giấy khai sinh.

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 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.

---

[12] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 5 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[13] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 5 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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.

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[14]

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

[14] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 6 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 13. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế[15]

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;

---

[15] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 7 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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

5.[17] Mức tiền lương tháng tối đa để tính số tiền đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương cơ sở.

Điều 15. Phương thức đóng bảo hiểm y tế[18]

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.

Chương III
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.

---

[16] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 8 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[17] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 8 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[18] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 9 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế[21]

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.

---

[19] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[20] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 10 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[21] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 11 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 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 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.

---

[22] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 12 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[23] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 12 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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)[24] 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.

Chương IV
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.

---

[24] Điểm này được bổ sung theo quy định tại khoản 13 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[25] Điểm này được bãi bỏ theo quy định tại khoản 14 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[26] Điểm này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 14 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 22. Mức hưởng bảo hiểm y tế [28]

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;

---

[27] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 14 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[28] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 15 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 23. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế

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.[29] 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.[30] Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng trong trường hợp thảm họa.

10.[31] ***(được bãi bỏ)***

11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.

12.[32] ***(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.

Chương V
TỔ CHỨC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CHO NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ

Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế[33]

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 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.

---

[29] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[30] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[31] Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[32] Khoản này được bãi bỏ theo quy định tại khoản 16 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[33] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 17 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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.[35] 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 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.

---

[34] Điểm này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[35] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 18 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 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 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.

Chương VI
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;

c) Thanh toán theo trường hợp bệnh là thanh toán theo chi phí khám bệnh, chữa bệnh được xác định trước cho từng trường hợp theo chẩn đoán.

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 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.

---

[36] Điểm này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 19 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[37] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 20 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[38] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 20 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

Điều 32. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế[39]

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;

---

[39] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 21 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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.

Chương VII
QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

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 34. Quản lý quỹ bảo hiểm y tế

1.[40] 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 35. Phân bổ và sử dụng quỹ bảo hiểm y tế[42]

1. Quỹ bảo hiểm y tế được phân bổ và sử dụng như sau:

---

[40] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 22 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[41] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 22 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[42] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 23 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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.

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

Điều 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 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.

---

[43] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 24 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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

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 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.

---

[44] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 25 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 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 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

---

[45] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 25 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[46] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 26 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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 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 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.

---

[47] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 26 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[48] Khoản này được bổ sung theo quy định tại khoản 26 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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.

Chương IX
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 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 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 49. Xử lý vi phạm[50]

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

---

[49] Khoản này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 27 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

[50] Điều này được sửa đổi, bổ sung theo quy định tại khoản 28 Điều 1 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

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.

Chương X
ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH[51]

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.

---

[51] Điều 2 của Luật số 46/2014/QH13 sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật bảo hiểm y tế, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 quy định như sau:

"***Điều 2***

1. Luật này có hiệu lực thi hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2015.

2. Chính phủ quy định chi tiết những điều, khoản được giao trong Luật."

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 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 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./.

VĂN PHÒNG QUỐC HỘI

Số: 01/VBHN-VPQH

XÁC THỰC VĂN BẢN HỢP NHẤT

Hà Nội, ngày 10 tháng 7 năm 2014

CHỦ NHIỆM

Nguyễn Hạnh Phúc

VĂN PHÒNG CHÍNH PHỦ XUẤT BẢN

Địa chỉ: Số 1, Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội
Điện thoại liên hệ:
- Nội dung: 080.44417; Fax: 080.44517
- Phát hành: 080.48543
Email: congbao@chinhphu.vn
Website: http://congbao.chinhphu.vn
In tại: Xí nghiệp Bản đồ 1- Bộ Quốc phòng

Giá: 10.000 đồng