**Bảo hiểm y tế**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thủ tục | Điều – khoản tương ứng | Văn bản | Keyphrase | Khái niệm/kiến thức  liên quan |
| MẪU GIẤY HẸN KHÁM LẠI | Phụ lục 02: Thông tư số 40/2015/TT-BYT |  | Giấy hẹn khám lại |  |
| GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ | Mẫu số 6: Nghị định 146/2018/NĐ-CP |  | Giấy chuyển tuyến khám bệnh |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Câu hỏi | Trả lời | Nội dung,  Điều – khoản tương ứng | Keyphrase  Được matching | | |
| Trong câu hỏi | Trong Điều khoản |
| Nguyên tắc bảo hiểm y tế | 1. Bảo đảm chia sẻ rủi ro giữa những người tham gia bảo hiểm y tế.  2. Mức đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tỷ lệ phần trăm của tiền lương, tiền công, tiền lương hưu, tiền trợ cấp hoặc mức lương tối thiểu của khu vực hành chính (sau đây gọi chung là mức lương tối thiểu).  3. Mức hưởng bảo hiểm y tế theo mức độ bệnh tật, nhóm đối tượng trong phạm vi quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do quỹ bảo hiểm y tế và người tham gia bảo hiểm y tế cùng chi trả.  5. Quỹ bảo hiểm y tế được quản lý tập trung, thống nhất, công khai, minh bạch, bảo đảm cân đối thu, chi và được Nhà nước bảo hộ. | **Điều 3. Nguyên tắc bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, nguyên tắc |  |
| Các hành vi bị nghiêm cấm | 1. Không đóng hoặc đóng bảo hiểm y tế không đầy đủ theo quy định của Luật này.  2. Gian lận, giả mạo hồ sơ, thẻ bảo hiểm y tế.  3. Sử dụng tiền đóng bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế sai mục đích.  4. Cản trở, gây khó khăn hoặc làm thiệt hại đến quyền, lợi ích hợp pháp của người tham gia bảo hiểm y tế và của các bên liên quan đến bảo hiểm y tế.  5. Cố ý báo cáo sai sự thật, cung cấp sai lệch thông tin, số liệu về bảo hiểm y tế.  6. Lợi dụng chức vụ, quyền hạn, chuyên môn, nghiệp vụ để làm trái với quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. | **Điều 11. Các hành vi bị nghiêm cấm - Luật BHYT 2008** | BH y tế, hành vi bị cấm |  |
| Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế | 1. 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 theo quy định của pháp luật về lao động; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật (sau đây gọi chung là người lao động).  2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.  3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.  4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.  5. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.  6. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hằng tháng.  7. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách nhà nước hằng tháng.  8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.  9. Người có công với cách mạng.  10. Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh.  11. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.  12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.  13. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật.  14. 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, đặc biệt khó khăn.  15. Thân nhân của người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.  16. Thân nhân của các đối tượng sau đây theo quy định của pháp luật về sĩ quan Quân đội nhân dân, nghĩa vụ quân sự, Công an nhân dân và cơ yếu:  a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, binh sĩ đang phục vụ trong Quân đội nhân dân;  b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân; hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân phục vụ có thời hạn;  c) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang làm công tác cơ yếu tại Ban Cơ yếu Chính phủ và người đang làm công tác cơ yếu hưởng lương theo bảng lương cấp bậc quân hàm sĩ quan Quân đội nhân dân và bảng lương quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân nhưng không phải là quân nhân, công an nhân dân.  17. Trẻ em dưới 6 tuổi.  18. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.  19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.  20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.  21. Học sinh, sinh viên.  22. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.  23. Thân nhân của người lao động quy định tại khoản 1 Điều này mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình.  24. Xã viên hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể.  25. Các đối tượng khác theo quy định của Chính phủ. | Điều 12. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008 | BH y tế, đối tương tham gia |  |
| Quy định về mức đóng bảo hiểm y tế | 1. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế được quy định như sau:  a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức tiền lương, tiền công tháng của người lao động, 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 khi sinh con hoặc nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì người lao động và người sử dụng lao động không phải đóng bảo hiểm y tế nhưng vẫn được tính vào thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục để hưởng chế độ bảo hiểm y tế;  b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương hưu, trợ cấp mất sức lao động và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;  c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các khoản 4, 5 và 6 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;  d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 8 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức trợ cấp thất nghiệp và do tổ chức bảo hiểm xã hội đóng;  đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các khoản 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 và 18 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do ngân sách nhà nước đóng;  e) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 19 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng;  g) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các khoản 20, 21 và 22 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do đối tượng đóng;  Ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại khoản 20 và khoản 21 Điều 12 của Luật này và đối tượng quy định tại khoản 22 Điều 12 của Luật này mà có mức sống trung bình;  h) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 23 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do người lao động đóng;  i) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 24 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do đối tượng đóng;  k) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 25 Điều 12 của Luật này tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu.  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 khoản 1 Điều 12 của Luật này có thêm một hoặc nhiều hợp đồng lao động không xác định thời hạn hoặc có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên thì đóng bảo hiểm y tế theo hợp đồng lao động có mức tiền lương, tiền công cao nhất.  3. Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ quy định tại khoản 1 Điều này. | **Điều 13. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, mức đóng | BH y tế, mức đóng, quy định |
| 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 hằng tháng thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp thất nghiệp hằng tháng.  4. Đối với các đối tượng khác thì căn cứ để đóng bảo hiểm y tế là mức lương tối thiểu.  5. Mức tiền công, tiền lương tối đa để tính mức đóng bảo hiểm y tế là 20 lần mức lương tối thiểu. | **Điều 14. Tiền lương, tiền công, tiền trợ cấp làm căn cứ đóng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, mức đóng | BH y tế, mức đóng, mức căn cứ |
| Phương thức đóng bảo hiểm y tế | 1. Hằng 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, tiền công của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.  2. Đối với các doanh nghiệp nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp không trả lương theo tháng thì 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, tiền công của người lao động để nộp cùng một lúc vào quỹ bảo hiểm y tế.  3. Hằng tháng, tổ chức bảo hiểm xã hội đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quy định tại các khoản 3, 4, 5, 6 và 8 Điều 12 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.  4. Hằng năm, cơ quan, tổ chức quản lý đối tượng quy định tại các khoản 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 và 18 Điều 12 của Luật này đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng này vào quỹ bảo hiểm y tế.  5. Hằng năm, cơ quan, tổ chức quản lý người có công với cách mạng và các đối tượng quy định tại các điểm a, b và c khoản 16 Điều 12 của Luật này đóng bảo hiểm y tế cho thân nhân của họ vào quỹ bảo hiểm y tế.  6. Hằng tháng, cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại khoản 19 Điều 12 của Luật này vào quỹ bảo hiểm y tế.  7. Chính phủ quy định cụ thể phương thức đóng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại các khoản 20, 21, 22, 23, 24 và 25 Điều 12 của Luật này. | **Điều 15. Phương thức đóng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, phương thức đóng |  |
| Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng được quy định như sau | a) Đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 50 của Luật này đóng bảo hiểm y tế liên tục kể từ lần thứ hai trở đi hoặc người tham gia bảo hiểm y tế quy định tại khoản 2 Điều 51 của Luật này thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;  b) Đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 50 của Luật này đóng bảo hiểm y tế lần đầu hoặc đóng bảo hiểm y tế không liên tục thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế; riêng đối với quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 180 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;  c) 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. | **Điều 16. Thẻ bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp cho người tham gia bảo hiểm y tế và làm căn cứ để được hưởng các quyền lợi về bảo hiểm y tế theo quy định của Luật này.  2. Mỗi người chỉ được cấp một thẻ bảo hiểm y tế.  3. Thời điểm thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng được quy định như sau:  a) Đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 50 của Luật này đóng bảo hiểm y tế liên tục kể từ lần thứ hai trở đi hoặc người tham gia bảo hiểm y tế quy định tại khoản 2 Điều 51 của Luật này thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;  b) Đối với người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 50 của Luật này đóng bảo hiểm y tế lần đầu hoặc đóng bảo hiểm y tế không liên tục thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 30 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế; riêng đối với quyền lợi về dịch vụ kỹ thuật cao thì thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng sau 180 ngày, kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế;  c) 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.  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 xoá;  c) Người có tên trong thẻ không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế.  5. Tổ chức bảo hiểm y tế quy định mẫu thẻ bảo hiểm y tế, quản lý thẻ bảo hiểm y tế thống nhất trong cả nước và chậm nhất đến ngày 01 tháng 01 năm 2014 phải tổ chức thực hiện việc phát hành thẻ bảo hiểm y tế có ảnh của người tham gia bảo hiểm y tế. | BH y tế, thẻ BH y tế, thời gian có hiệu lực |  |
| Các trường hợp thẻ BH y tế không có hiệu lực. | a) Thẻ đã hết thời hạn sử dụng;  b) Thẻ bị sửa chữa, tẩy xoá;  c) Người có tên trong thẻ không tiếp tục tham gia bảo hiểm y tế. | BH y tế, thẻ BH y tế, thẻ không có hiệu lực |  |
| Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế bao gồm | a) Văn bản đăng ký tham gia bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 13 của Luật này;  b) Danh sách người tham gia bảo hiểm y tế do cơ quan, tổ chức có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 13 của Luật này hoặc người đại diện của người tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế lập;  c) Tờ khai của cá nhân, hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế.  Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế. | **Điều 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008**  1. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Văn bản đăng ký tham gia bảo hiểm y tế của cơ quan, tổ chức có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 13 của Luật này;  b) Danh sách người tham gia bảo hiểm y tế do cơ quan, tổ chức có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 1 Điều 13 của Luật này hoặc người đại diện của người tự nguyện tham gia bảo hiểm y tế lập;  c) Tờ khai của cá nhân, hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế.  2. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với trẻ em dưới 6 tuổi bao gồm:  a) Bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh. Trường hợp trẻ em chưa có bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh thì phải có giấy xác nhận của Uỷ ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi cư trú của cha, mẹ hoặc người giám hộ;  b) Danh sách hoặc giấy đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế của Uỷ ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi trẻ em cư trú.  3. Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế. | BH y tế, thẻ BH y tế, hồ sơ cấp |  |
| Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế đối với trẻ em dưới 6 tuổi bao gồm: | a) Bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh. Trường hợp trẻ em chưa có bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh thì phải có giấy xác nhận của Uỷ ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi cư trú của cha, mẹ hoặc người giám hộ;  b) Danh sách hoặc giấy đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế của Uỷ ban nhân dân xã, phường, thị trấn nơi trẻ em cư trú.  Trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 1 và khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế. | BH y tế, thẻ BH y tế, trẻ em, dưới 6 tuổi, hồ sơ cấp |  |
| Quy định về cấp lại thẻ BH y tế | 1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp lại trong trường hợp bị mất.  2. Người bị mất thẻ bảo hiểm y tế phải có đơn đề nghị cấp lại thẻ.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ cấp lại thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. 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. | **Điều 18. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, thẻ BH y tế, cấp lại thẻ, quy định |  |
| Các trường hợp được đổi lại Thẻ bảo hiểm y tế? | 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. | **Điều 19. Đổi thẻ bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008**  1. Thẻ bảo hiểm y tế được đổi trong trường hợp sau đây:  a) Rách, nát hoặc hỏng;  b) Thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;  c) Thông tin ghi trong thẻ không đúng.  2. Hồ sơ đổi thẻ bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Đơn đề nghị đổi thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế;  b) Thẻ bảo hiểm y tế.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải đổi thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ đổi thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. Người được đổi thẻ bảo hiểm y tế do thẻ bị rách, nát hoặc hỏng phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí đổi thẻ bảo hiểm y tế. | BH y tế, thẻ BH y tế, đổi thẻ, quy định |  |
| 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. | BH y tế, thẻ BH y tế, đổi thẻ, hồ sơ |  |
| Thẻ bảo hiểm y tế bị thu hồi trong trường hợp sau đây | 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.  2. Thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ trong trường hợp người đi khám bệnh, chữa bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người khác. Người có thẻ bảo hiểm y tế bị tạm giữ có trách nhiệm đến nhận lại thẻ và nộp phạt theo quy định của pháp luật. | **Điều 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.  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. | BH y tế, thẻ BH y tế, thu hồi thẻ, quy định |  |
| 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) Khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh;  c) Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng quy định tại các khoản 9, 13, 14, 17 và 20 Điều 12 của Luật này trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.  2. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể điểm b khoản 1 Điều này; chủ trì, phối hợp với cơ quan liên quan ban hành danh mục thuốc, hóa chất, vật tư, thiết bị y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế. | **Điều 21. Phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, Người tham gia BH y tế, quyền lợi |  |
| Mức hưởng bảo hiểm y tế | 1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng như sau:  a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 2, 9 và 17 Điều 12 của Luật này;  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) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 13 và 14 Điều 12 của Luật này;  d) 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. Chính phủ quy định mức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các trường hợp vượt tuyến chuyên môn kỹ thuật, khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu, sử dụng dịch vụ kỹ thuật cao chi phí lớn và các trường hợp khác không thuộc quy định tại khoản 1 Điều này. | **Điều 22. Mức hưởng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, người tham gia BH y tế, mức hưởng |  |
| 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. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.  8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.  9. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.  10. Khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích.  11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.  12. Khám bệnh, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.  13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.  14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học. | **Điều 23. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, Không được hưởng, quy định |  |
| Quy định các cơ sở khám chữa bệnh BH y tế | Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Trạm y tế xã và tương đương, nhà hộ sinh;  b) Phòng khám đa khoa, chuyên khoa;  c) Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa. | **Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008**  1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế là cơ sở y tế có ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh với tổ chức bảo hiểm y tế.  2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Trạm y tế xã và tương đương, nhà hộ sinh;  b) Phòng khám đa khoa, chuyên khoa;  c) Bệnh viện đa khoa, chuyên khoa. | BH y tế, cơ sở KCB, quy định |  |
| Quy định về đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | 1. Người tham gia bảo hiểm y tế có quyền đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã, tuyến huyện hoặc tương đương; trừ trường hợp được đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.  Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế phải làm việc lưu động hoặc đến tạm trú tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với tuyến chuyên môn kỹ thuật và nơi người đó đang làm việc lưu động, tạm trú theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.  2. Người tham gia bảo hiểm y tế được thay đổi cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu vào đầu mỗi quý.  3. Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu được ghi trong thẻ bảo hiểm y tế. | **Điều 26. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, Đăng ký KCB, quy định |  |
| Các trường hợp đượ chuyển tuyến điều trị, KCB | 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 27. Chuyển tuyến điều trị - Luật BHYT 2008** | BH y tế, Chuyển tuyến, quy định |  |
| 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 28. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, Thủ tục KCB |  |
| Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | 1. Việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo các phương thức sau đây:  a) Thanh toán theo định suất là thanh toán theo định mức chi phí khám bệnh, chữa bệnh và mức đóng tính trên mỗi thẻ bảo hiểm y tế được đăng ký tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm 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 30. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, phương thức thanh toán |  |
| 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. 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) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh không đúng quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật này;  c) Tại nước ngoài;  d) Một số 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. | Điều 31. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008 | BH y tế, thanh toán chi phí, quy định |  |
| Quyền của người tham gia bảo hiểm y tế | 1. Được cấp thẻ bảo hiểm y tế khi đóng bảo hiểm y tế.  2. 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 36. Quyền của người tham gia bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, người tham gia BH y tế, quyền lợi |  |
| 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 37. Nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, người tham gia BH y tế, trách nghiệm |  |
| 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 38. Quyền của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, Tổ chức- cá nhân đóng BH y tế, quyền lợi |  |
| Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế | 1. Lập hồ sơ đề nghị cấp thẻ bảo hiểm y tế.  2. Đóng bảo hiểm y tế đầy đủ, đúng thời hạn.  3. Giao thẻ bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm y tế.  4. Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin, tài liệu có liên quan đến trách nhiệm thực hiện bảo hiểm y tế của người sử dụng lao động, của đại diện cho người tham gia bảo hiểm y tế khi có yêu cầu của tổ chức bảo hiểm y tế, người lao động hoặc đại diện của người lao động.  5. Chấp hành việc thanh tra, kiểm tra về việc thực hiện các quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế. | **Điều 39. Trách nhiệm của tổ chức, cá nhân đóng bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, tổ chức- cá nhân đóng BH y tế, trách nhiệm |  |
| 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 40. Quyền của tổ chức bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, tổ chức BH y tế, quyền lợi |  |
| Trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm y tế | 1. Tuyên truyền, phổ biến chính sách, pháp luật về bảo hiểm y tế.  2. Hướng dẫn hồ sơ, thủ tục, 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.  3. Thu tiền đóng bảo hiểm y tế và cấp thẻ bảo hiểm y tế.  4. Quản lý, sử dụng quỹ bảo hiểm y tế.  5. Ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  6. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.  7. Cung cấp thông tin về các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế và hướng dẫn người tham gia bảo hiểm y tế lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu.  8. Kiểm tra chất lượng khám bệnh, chữa bệnh; giám định bảo hiểm y tế.  9. Bảo vệ quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế; giải quyết theo thẩm quyền các kiến nghị, khiếu nại, tố cáo về chế độ bảo hiểm y tế.  10. Lưu trữ hồ sơ, số liệu về bảo hiểm y tế theo quy định của pháp luật; ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý bảo hiểm y tế, xây dựng hệ 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 41. Trách nhiệm của tổ chức bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, tổ chức BH y tế, trách nhiệm |  |
| 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 42. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, cơ sở KCB, quyền lợi |  |
| 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. 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.  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. | **Điều 43. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Luật BHYT 2008** | BH y tế, cơ sở KCB, trách nhiệm |  |
| Quy định về các đối tượng quân đội tham gia BH y tế | 1. Quân nhân tham gia bảo hiểm y tế gồm:  a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ;  b) Hạ sĩ quan, binh sĩ đang tại ngũ. | **Điều 2. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế - Nghị định 70/2015/NĐ-CP**  1. Quân nhân tham gia bảo hiểm y tế gồm:  a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang tại ngũ;  b) Hạ sĩ quan, binh sĩ đang tại ngũ.  2. Công an nhân dân tham gia bảo hiểm y tế gồm:  a) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân;  b) Hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong lực lượng công an nhân dân;  c) Học viên công an nhân dân hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước.  3. Người làm công tác cơ yếu tham gia bảo hiểm y tế gồm:  a) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại Ban Cơ yếu Chính phủ;  b) Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước theo chế độ, chính sách như đối với học viên Quân đội;  c) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại tổ chức cơ yếu thuộc các Bộ, ngành, địa phương. | BH y tế, quân đội, đối tượng tham gia, quy định |  |
| Quy định về công an nhân dân tham gia BH y tế | Công an nhân dân tham gia bảo hiểm y tế gồm:  a) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân;  b) Hạ sĩ quan, chiến sĩ nghĩa vụ trong lực lượng công an nhân dân;  c) Học viên công an nhân dân hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước. | BH y tế, Công an, đối tượng tham gia, quy định |  |
| Quy định về những đối tượng làm công tác cơ yếu tham gia BH y tế | Người làm công tác cơ yếu tham gia bảo hiểm y tế gồm:  a) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại Ban Cơ yếu Chính phủ;  b) Học viên cơ yếu hưởng sinh hoạt phí từ ngân sách nhà nước theo chế độ, chính sách như đối với học viên Quân đội;  c) Người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân đang công tác tại tổ chức cơ yếu thuộc các Bộ, ngành, địa phương. | BH y tế, công tác cơ yếu, đối tượng tham gia, quy định |  |
| Mức đóng quân đội tham gia BH y tế.  Mức đóng công an tham gia BH y tế.  Mức đóng người làm công tác cơ yếu tham gia BH y tế. | 1. Mức đóng bảo hiểm y tế hằng tháng được quy định như sau:  a) Bằng 4,5% tiền lương tháng đối với các đối tượng quy định tại Điểm a Khoản 1; Điểm a Khoản 2; các Điểm a và c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này;  b) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với các đối tượng quy định tại Điểm b Khoản 1; các Điểm b và c Khoản 2; Điểm b Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.  2. Căn cứ vào tình hình thực tế, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng chủ trì, phối hợp Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính và Thủ trưởng cơ quan có liên quan trình Chính phủ điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế phù hợp. | **Điều 4. Mức đóng bảo hiểm y tế - Nghị định 70/2015/NĐ-CP** | BH y tế, Quân đội, công an, công tác cơ yếu, mức đóng |  |
| Trách nhiệm, phương thức đóng BH y tế quân đội.  Trách nhiệm, phương thức đóng BH y tế công an.  Trách nhiệm, phương thức đóng BH y tế người làm công tác cơ yếu. | 1. Ngân sách nhà nước bảo đảm toàn bộ phần kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này theo phân cấp ngân sách hiện hành.  2. Hằng năm, căn cứ theo lộ trình quy định tại Điều 3 Nghị định này, các Bộ, cơ quan Trung ương và các cơ quan, đơn vị ở địa phương xây dựng dự toán kinh phí đóng bảo hiểm y tế cho các đối tượng quản lý quy định tại Điều 2 Nghị định này, tổng hợp trong dự toán ngân sách nhà nước của đơn vị gửi về cơ quan tài chính cùng cấp và quyết toán theo quy định của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn thi hành Luật.  3. Đầu mỗi quý, các cơ quan, đơn vị quản lý đối tượng thực hiện đóng bảo hiểm y tế về Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi tắt là Bảo hiểm xã hội tỉnh). | Điều 5. Trách nhiệm đóng, phương thức đóng bảo hiểm y tế - **Nghị định 70/2015/NĐ-CP** | BH y tế, quân đội, công an, công tác cơ yếu, Trách nhiệm đóng, phương thức đóng |  |
| Quy định về thu hồi thẻ BH y tế các đối tượng quân đội, công an, người làm công tác cơ yếu | Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị thu hồi trong trường hợp:  a) Thôi phục vụ trong Quân đội nhân dân, Công an nhân dân, tổ chức cơ yếu;  b) Chuyển sang chế độ phục vụ khác không phải là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu;  c) Thẻ bảo hiểm y tế cấp trùng số, trùng đối tượng;  d) Thẻ bảo hiểm y tế cấp không đúng đối tượng là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu.  2. Đơn vị quản lý đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này có trách nhiệm thu hồi thẻ bảo hiểm y tế trong các trường hợp nêu tại Khoản 1 Điều này, báo cáo với cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ để giảm trừ tiền đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng đó.  3. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị tạm giữ trong trường hợp người khác sử dụng đi khám bệnh, chữa bệnh.  Người được giao quản lý thẻ hoặc người có thẻ bảo hiểm y tế cho người khác mượn thẻ phải chịu hình thức kỷ luật của Quân đội, Công an, Cơ yếu và phải bồi hoàn toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh (nếu có). | **Điều 9. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế - Nghị định 70/2015/NĐ-CP**  1. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị thu hồi trong trường hợp:  a) Thôi phục vụ trong Quân đội nhân dân, Công an nhân dân, tổ chức cơ yếu;  b) Chuyển sang chế độ phục vụ khác không phải là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu;  c) Thẻ bảo hiểm y tế cấp trùng số, trùng đối tượng;  d) Thẻ bảo hiểm y tế cấp không đúng đối tượng là quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu.  2. Đơn vị quản lý đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này có trách nhiệm thu hồi thẻ bảo hiểm y tế trong các trường hợp nêu tại Khoản 1 Điều này, báo cáo với cơ quan Bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ để giảm trừ tiền đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng đó.  3. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này bị tạm giữ trong trường hợp người khác sử dụng đi khám bệnh, chữa bệnh.  Người được giao quản lý thẻ hoặc người có thẻ bảo hiểm y tế cho người khác mượn thẻ phải chịu hình thức kỷ luật của Quân đội, Công an, Cơ yếu và phải bồi hoàn toàn bộ chi phí khám bệnh, chữa bệnh (nếu có). | BH y tế, thẻ BH y tế, quân đội, công an, công tác cơ yếu, thu hồi thẻ, quy định |  |
| Quy định về các cơ sở KCB tuyến xã và tương đương | 1. Trạm y tế xã, phường, thị trấn;  2. Trạm xá, trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức;  3. Phòng khám bác sỹ gia đình tư nhân độc lập;  4. 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. | **Điều 3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến xã và tương đương – Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Trạm y tế xã, phường, thị trấn;  2. Trạm xá, trạm y tế, phòng y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức;  3. Phòng khám bác sỹ gia đình tư nhân độc lập;  4. 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. | BH y tế, cơ sở KCB, tuyến xã, quy định |  |
| Quy định về các cơ sở KCB tuyến huyện và tương đương | 1. Bệnh viện đa khoa huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh;  2. Trung tâm y tế huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh; Trung tâm y tế huyện có phòng khám đa khoa;  3. Phòng khám đa khoa; phòng khám đa khoa khu vực;  4. Bệnh viện đa khoa hạng III, hạng IV và chưa xếp hạng thuộc các Bộ, Ngành hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, Ngành;  5. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng III, tương đương hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương;  6. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng III, tương đương hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương;  7. Phòng Y tế, Bệnh xá trực thuộc Bộ Công an, Bệnh xá Công an tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  8. Trung tâm y tế quân - dân y, Bệnh xá quân y, Bệnh xá quân - dân y, Bệnh viện quân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, bệnh viện quân - dân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng. | **Điều 4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến huyện và tương đương - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Bệnh viện đa khoa huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh;  2. Trung tâm y tế huyện có chức năng khám bệnh, chữa bệnh; Trung tâm y tế huyện có phòng khám đa khoa;  3. Phòng khám đa khoa; phòng khám đa khoa khu vực;  4. Bệnh viện đa khoa hạng III, hạng IV và chưa xếp hạng thuộc các Bộ, Ngành hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, Ngành;  5. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng III, tương đương hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương;  6. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng III, tương đương hạng IV hoặc chưa được xếp hạng tương đương;  7. Phòng Y tế, Bệnh xá trực thuộc Bộ Công an, Bệnh xá Công an tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  8. Trung tâm y tế quân - dân y, Bệnh xá quân y, Bệnh xá quân - dân y, Bệnh viện quân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, bệnh viện quân - dân y hạng III, hạng IV hoặc chưa được xếp hạng, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng. | BH y tế, cơ sở KCB, tuyến huyện, quy định |  |
| Quy định về các cơ sở KCB tuyến tỉnh và tương đương | 1. Bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  2. Bệnh viện đa khoa hạng I, hạng II thuộc các Bộ, Ngành, hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, Ngành;  3. Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa, Trung tâm chuyên khoa, Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có Phòng khám đa khoa;  4. Bệnh viện Nhi, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  5. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng I, tương đương hạng II;  6. Bệnh viện y học cổ truyền tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bộ, Ngành;  7. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng I, tương đương hạng II;  8. Phòng khám thuộc Ban bảo vệ chăm sóc sức khoẻ cán bộ tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  9. Bệnh viện hạng II thuộc Bộ Quốc phòng, Bệnh viện quân - dân y hạng II, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng. | **Điều 5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến tỉnh và tương đương - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Bệnh viện đa khoa tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  2. Bệnh viện đa khoa hạng I, hạng II thuộc các Bộ, Ngành, hoặc trực thuộc đơn vị thuộc các Bộ, Ngành;  3. Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa, Trung tâm chuyên khoa, Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có Phòng khám đa khoa;  4. Bệnh viện Nhi, Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  5. Bệnh viện đa khoa tư nhân tương đương hạng I, tương đương hạng II;  6. Bệnh viện y học cổ truyền tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Bộ, Ngành;  7. Bệnh viện y học cổ truyền tư nhân tương đương hạng I, tương đương hạng II;  8. Phòng khám thuộc Ban bảo vệ chăm sóc sức khoẻ cán bộ tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  9. Bệnh viện hạng II thuộc Bộ Quốc phòng, Bệnh viện quân - dân y hạng II, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng. | BH y tế, cơ sở KCB, tuyến tỉnh, quy định |  |
| Quy định về các cơ sở KCB tuyến trung ương và tương đương | 1. Bệnh viện đa khoa trực thuộc Bộ Y tế, trừ các bệnh viện quy định tại Khoản 3 Điều này;  2. Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế có Phòng khám đa khoa;  3. Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện C Đà Nẵng và Bệnh viện Thống Nhất trực thuộc Bộ Y tế;  4. Bệnh viện hạng đặc biệt, bệnh viện hạng I trực thuộc Bộ Quốc phòng, Viện Y học cổ truyền Quân đội, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng. | **Điều 6. Cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến trung ương và tương đương - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Bệnh viện đa khoa trực thuộc Bộ Y tế, trừ các bệnh viện quy định tại Khoản 3 Điều này;  2. Bệnh viện chuyên khoa, Viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế có Phòng khám đa khoa;  3. Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện C Đà Nẵng và Bệnh viện Thống Nhất trực thuộc Bộ Y tế;  4. Bệnh viện hạng đặc biệt, bệnh viện hạng I trực thuộc Bộ Quốc phòng, Viện Y học cổ truyền Quân đội, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác theo quy định của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng. | BH y tế, cơ sở KCB, tuyến trung ương, quy định |  |
| Quy định về đăng ký cơ sở KCB ban đầu tuyến xã.  Quy định về đăng ký cơ sở KCB ban đầu tuyến huyện | Người tham gia bảo hiểm y tế được quyền đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu (sau đây gọi tắt là khám bệnh, chữa bệnh ban đầu) tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 3 và Điều 4 Thông tư này không phân biệt địa giới hành chính, phù hợp với nơi làm việc, nơi cư trú và khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. | **Điều 8. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến xã, tuyến huyện - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  Người tham gia bảo hiểm y tế được quyền đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu (sau đây gọi tắt là khám bệnh, chữa bệnh ban đầu) tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 3 và Điều 4 Thông tư này không phân biệt địa giới hành chính, phù hợp với nơi làm việc, nơi cư trú và khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. | BH y tế, cơ sở KCB ban đầu, tuyến xã, tuyến huyện, đăng ký, quy định |  |
| Quy định về đăng ký KCB ban đầu tuyến tỉnh.  Quy định về đăng ký KCB ban đầu tuyến trung ương. | 1. Người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 và 9 Điều 5 và Điều 6 Thông tư này trong các trường hợp sau đây:  a) Người thường trú, tạm trú có thời hạn hoặc làm việc trên địa bàn quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 3 và Điều 4 Thông tư này hoặc các cơ sở đó không đáp ứng được việc khám bệnh, chữa bệnh ban đầu cho người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của Giám đốc Sở Y tế sau khi có sự thống nhất bằng văn bản của Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  b) Người thường trú, tạm trú có thời hạn hoặc làm việc trên địa bàn quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 và 9 Điều 5 và Điều 6 Thông tư này do Giám đốc Sở Y tế quy định sau khi có sự thống nhất bằng văn bản của Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.  2. Người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 8, khoản 1 Điều 9 Thông tư này hoặc được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác trong các trường hợp sau đây:  a) Đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khoẻ theo Hướng dẫn số 52 HD/BTCTW ngày 02 tháng 12 năm 2005 của Ban Tổ chức Trung ương Đảng về việc điều chỉnh bổ sung đối tượng khám, chữa bệnh tại một số cơ sở y tế của Trung ương được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện C Đà Nẵng, Bệnh viện Thống Nhất trực thuộc Bộ Y tế hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác quy định tại Điều 5 (trừ Khoản 4) và các khoản 1,2 và 4 Điều 6 Thông tư này;  b) Đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khỏe cán bộ của tỉnh, thành phố được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại phòng khám thuộc Ban bảo vệ chăm sóc sức khoẻ cán bộ tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại các khoản 1, 2, 3, 5, 6, 7 và 9 Điều 5 Thông tư này;  c) Người có công với cách mạng, người từ đủ 80 tuổi trở lên được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 3, 5, 6, 7 và 9 Điều 5, các khoản 1, 2 và 4 Điều 6 Thông tư này;  d) Trẻ em dưới 6 tuổi được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 4 và 5 Điều 5 Thông tư này;  đ) Người công tác trong quân đội khi nghỉ hưu được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 9 Điều 5, Khoản 4 Điều 6 Thông tư này.  3. Người tham gia bảo hiểm y tế đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuận lợi nhất trên đất liền nếu trên các xã đảo, huyện đảo không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các điều 3, 4, 5 và 6 Thông tư này. | **Điều 9. Đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu tuyến tỉnh, tuyến trung ương - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 và 9 Điều 5 và Điều 6 Thông tư này trong các trường hợp sau đây:  a) Người thường trú, tạm trú có thời hạn hoặc làm việc trên địa bàn quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 3 và Điều 4 Thông tư này hoặc các cơ sở đó không đáp ứng được việc khám bệnh, chữa bệnh ban đầu cho người tham gia bảo hiểm y tế theo quy định của Giám đốc Sở Y tế sau khi có sự thống nhất bằng văn bản của Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương;  b) Người thường trú, tạm trú có thời hạn hoặc làm việc trên địa bàn quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 và 9 Điều 5 và Điều 6 Thông tư này do Giám đốc Sở Y tế quy định sau khi có sự thống nhất bằng văn bản của Giám đốc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.  2. Người tham gia bảo hiểm y tế được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điều 8, khoản 1 Điều 9 Thông tư này hoặc được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế khác trong các trường hợp sau đây:  a) Đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khoẻ theo Hướng dẫn số 52 HD/BTCTW ngày 02 tháng 12 năm 2005 của Ban Tổ chức Trung ương Đảng về việc điều chỉnh bổ sung đối tượng khám, chữa bệnh tại một số cơ sở y tế của Trung ương được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện C Đà Nẵng, Bệnh viện Thống Nhất trực thuộc Bộ Y tế hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác quy định tại Điều 5 (trừ Khoản 4) và các khoản 1,2 và 4 Điều 6 Thông tư này;  b) Đối tượng thuộc diện được quản lý, bảo vệ sức khỏe cán bộ của tỉnh, thành phố được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại phòng khám thuộc Ban bảo vệ chăm sóc sức khoẻ cán bộ tỉnh hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tại các khoản 1, 2, 3, 5, 6, 7 và 9 Điều 5 Thông tư này;  c) Người có công với cách mạng, người từ đủ 80 tuổi trở lên được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 3, 5, 6, 7 và 9 Điều 5, các khoản 1, 2 và 4 Điều 6 Thông tư này;  d) Trẻ em dưới 6 tuổi được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các khoản 1, 2, 4 và 5 Điều 5 Thông tư này;  đ) Người công tác trong quân đội khi nghỉ hưu được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 9 Điều 5, Khoản 4 Điều 6 Thông tư này.  3. Người tham gia bảo hiểm y tế đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo được đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuận lợi nhất trên đất liền nếu trên các xã đảo, huyện đảo không có cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quy định tại các điều 3, 4, 5 và 6 Thông tư này. | BH y tế, cơ sở KCB ban đầu, tuyến tỉnh, tuyến trung ương, đăng ký, quy định |  |
| Quy định về xác định đúng sai tuyến khám bệnh | 1. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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.  2. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã chuyển tuyến đến bệnh viện huyện, bao gồm cả các bệnh viện huyện đã được xếp hạng I, hạng II và bệnh viện y học cổ truyền tỉnh (trong trường hợp bệnh viện huyện không có khoa y học cổ truyền).  3. Người có thẻ bảo hiểm y tế được bệnh viện tuyến huyện, bao gồm cả bệnh viện đã được xếp hạng I, hạng II và bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, viện chuyên khoa, trung tâm chuyên khoa tuyến tỉnh chuyển tuyến đến trung tâm chuyên khoa tuyến tỉnh hoặc bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, viện chuyên khoa tuyến tỉnh cùng hạng hoặc hạng thấp hơn.  4. Trường hợp cấp cứu:  a) Người bệnh được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào. Bác sĩ hoặc y sĩ tiếp nhận người bệnh đánh giá, xác định tình trạng cấp cứu và ghi vào hồ sơ, bệnh án.  b) Sau giai đoạn điều trị cấp cứu, người bệnh được chuyển vào điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã tiếp nhận cấp cứu người bệnh hoặc được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để tiếp tục điều trị theo yêu cầu chuyên môn hoặc được chuyển về nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu sau khi đã điều trị ổn định.  5. Trường hợp người bệnh được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh có bệnh khác kèm theo, bệnh được phát hiện hoặc phát sinh ngoài bệnh đã ghi trên giấy chuyển tuyến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh đối với các bệnh đó trong phạm vi chuyên môn.  6. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi công tác, học tập, làm việc lưu động hoặc tạm trú dưới 12 tháng tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa phương đó tương đương với tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp địa phương đó không có cơ sở y tế tương đương thì người tham gia bảo hiểm y tế được lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu. | **Điều 11. Các trường hợp được xác định là đúng tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh 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.  2. Người có thẻ bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã chuyển tuyến đến bệnh viện huyện, bao gồm cả các bệnh viện huyện đã được xếp hạng I, hạng II và bệnh viện y học cổ truyền tỉnh (trong trường hợp bệnh viện huyện không có khoa y học cổ truyền).  3. Người có thẻ bảo hiểm y tế được bệnh viện tuyến huyện, bao gồm cả bệnh viện đã được xếp hạng I, hạng II và bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, viện chuyên khoa, trung tâm chuyên khoa tuyến tỉnh chuyển tuyến đến trung tâm chuyên khoa tuyến tỉnh hoặc bệnh viện đa khoa, bệnh viện chuyên khoa, viện chuyên khoa tuyến tỉnh cùng hạng hoặc hạng thấp hơn.  4. Trường hợp cấp cứu:  a) Người bệnh được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào. Bác sĩ hoặc y sĩ tiếp nhận người bệnh đánh giá, xác định tình trạng cấp cứu và ghi vào hồ sơ, bệnh án.  b) Sau giai đoạn điều trị cấp cứu, người bệnh được chuyển vào điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đã tiếp nhận cấp cứu người bệnh hoặc được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để tiếp tục điều trị theo yêu cầu chuyên môn hoặc được chuyển về nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu sau khi đã điều trị ổn định.  5. Trường hợp người bệnh được chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh có bệnh khác kèm theo, bệnh được phát hiện hoặc phát sinh ngoài bệnh đã ghi trên giấy chuyển tuyến, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi tiếp nhận người bệnh thực hiện việc khám bệnh, chữa bệnh đối với các bệnh đó trong phạm vi chuyên môn.  6. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế đi công tác, học tập, làm việc lưu động hoặc tạm trú dưới 12 tháng tại địa phương khác thì được khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa phương đó tương đương với tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp địa phương đó không có cơ sở y tế tương đương thì người tham gia bảo hiểm y tế được lựa chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác có tổ chức khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu. | BH y tế, xác định tuyến khám bệnh, quy định |  |
| Quy định về Giấy chuyển tuyến khám bệnh, giấy hẹn khám lại bệnh | 1. Sử dụng Giấy chuyển tuyến đối với người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế:  a) Trường hợp người bệnh được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì chỉ cần Giấy chuyển tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi trực tiếp chuyển người bệnh đi;  b) Trường hợp người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và sau đó được chuyển tiếp đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì chỉ cần Giấy chuyển tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi trực tiếp chuyển người bệnh đi;  c) Giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng trong 10 ngày làm việc, kể từ ngày ký;  d) Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế mắc các bệnh, nhóm bệnh và các trường hợp được sử dụng Giấy chuyển tuyến quy định tại Phụ lục số 01 ban hành kèm theo Thông tư này thì Giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 năm dương lịch đó. Trường hợp đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó mà người bệnh vẫn đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì Giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết đợt điều trị nội trú đó.  2. Sử dụng Giấy hẹn khám lại: Mỗi Giấy hẹn khám lại chỉ sử dụng 01 (một) lần theo thời gian ghi trong Giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Mẫu Giấy hẹn khám lại đối với người bệnh bảo hiểm y tế quy định tại Phụ lục số 02 ban hành kèm theo Thông tư này. | **Điều 12. Sử dụng Giấy chuyển tuyến và Giấy hẹn khám lại trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế - Thông tư 40/2015/TT-BYT**  1. Sử dụng Giấy chuyển tuyến đối với người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế:  a) Trường hợp người bệnh được chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì chỉ cần Giấy chuyển tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi trực tiếp chuyển người bệnh đi;  b) Trường hợp người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu và sau đó được chuyển tiếp đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì chỉ cần Giấy chuyển tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi trực tiếp chuyển người bệnh đi;  c) Giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng trong 10 ngày làm việc, kể từ ngày ký;  d) Người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế mắc các bệnh, nhóm bệnh và các trường hợp được sử dụng Giấy chuyển tuyến quy định tại Phụ lục số 01 ban hành kèm theo Thông tư này thì Giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 năm dương lịch đó. Trường hợp đến hết ngày 31 tháng 12 của năm đó mà người bệnh vẫn đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì Giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết đợt điều trị nội trú đó.  2. Sử dụng Giấy hẹn khám lại: Mỗi Giấy hẹn khám lại chỉ sử dụng 01 (một) lần theo thời gian ghi trong Giấy hẹn khám lại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Mẫu Giấy hẹn khám lại đối với người bệnh bảo hiểm y tế quy định tại Phụ lục số 02 ban hành kèm theo Thông tư này. | BH y tế, Giấy chuyển tuyến, Giấy hẹn khám, quy định |  |
| Danh sách các bệnh được sử dụng giấy chuyển tuyến trong năm dương lịch.  Bệnh XXX có được sử dụng giấy chuyển tuyến trong năm dương lịch | Lao (các loại)  Bệnh Phong  HIV/AIDS  Di chứng viêm não; Bại não; Liệt tứ chi ở trẻ em dưới 6 tuổi  Xuất huyết trong não  Dị tật não, não úng thủy  Động kinh  Ung thư \*  U nhú thanh quản  Đa hồng cầu  Thiếu máu bất sản tủy  Thiếu máu tế bào hình liềm  Bệnh tan máu bẩm sinh (Thalassemia)  Tan máu tự miễn  Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch  Đái huyết sắc tố kịch phát ban đêm  Bệnh Hemophillia  Các thiếu hụt yếu tố đông máu  Các rối loạn đông máu  Von Willebrand  Bệnh lý chức năng tiểu cầu  Hội chứng thực bào tế bào máu  Hội chứng Anti – Phospholipid  Hội chứng Tuner  Hội chứng Prader Willi  Suy tủy  Tăng sinh tủy - suy giảm miễn dịch bẩm sinh do thiếu hụt gamaglobulin  Tăng sinh tủy - suy giảm miễn dịch bẩm sinh do thiếu sắt  Basedow  Đái tháo đường  Rối loạn chuyển hóa bẩm sinh acid hữu cơ, acid amin, acid béo  Rối loạn dự trữ thể tiêu bào  Suy tuyến giáp  Suy tuyến yên  Bệnh tâm thần \*  Parkinson  Nghe kém ở trẻ em dưới 6 tuổi  Suy tim  Tăng huyết áp có biến chứng  Bệnh thiếu máu cục bộ cơ tim  Bệnh tim bẩm sinh; Bệnh tim (có can thiệp, sau phẫu thuật van tim, đặt máy tạo nhịp)  Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính  Hen phế quản  Pemphigus  Pemphigoid (Bọng nước dạng Pemphigus)  Duhring – Brocq  Vảy nến  Vảy phấn đỏ nang lông  Á vảy nến  Luput ban đỏ  Viêm bì cơ (Viêm đa cơ và da)  Xơ cứng bì hệ thống  Bệnh tổ chức liên kết tự miễn hỗn hợp (Mixed connective tissue disease)  Các trường hợp có chỉ định sử dụng thuốc chống thải ghép sau ghép mô, bộ phận cơ thể người  Di chứng do vết thương chiến tranh  Viêm gan mạn tính tiến triển; viêm gan tự miễn  Hội chứng viêm thận mạn; suy thận mạn  Tăng sản thượng thận bẩm sinh  Thiểu sản thận  Chạy thận nhân tạo chu kỳ, thẩm phân phúc mạc chu kỳ  Viêm xương tự miễn  Viêm cột sống dính khớp | **Thông tư 40/2015/TT-BYT-**  DANH MỤC CÁC BỆNH, NHÓM BỆNH VÀ CÁC TRƯỜNG HỢP ĐƯỢC SỬ DỤNG GIẤY CHUYỂN TUYẾN TRONG NĂM DƯƠNG LỊCH | BH y tế, Chuyển tuyến, Giấy chuyển tuyến, Danh mục bệnh |  |