**GỢI Ý TEMPLATE THU THẬP TRI THỨC**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Khái niệm | Điều – khoản tương ứng | Nội dung | Keyphrase | Kiến thức liên quan |
|  | Luật BHYT 2008 |  |  |  |
| Bảo hiểm y tế | Điều 2. Giải thích từ ngữ | Bảo hiểm y tế là hình thức bảo hiểm được áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận, do Nhà nước tổ chức thực hiện và các đối tượng có trách nhiệm tham gia theo quy định của Luật này. | BH y tế |  |
| Bảo hiểm y tế toàn dân | Điều 2. Giải thích từ ngữ | Bảo hiểm y tế toàn dân là việc các đối tượng quy định trong Luật này đều tham gia bảo hiểm y tế | BH y tế toàn dân |  |
| Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu | Điều 2. Giải thích từ ngữ | 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. | Cơ sở KCB ban đầu |  |
| Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế | 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. |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Thủ tục | Điều – khoản tương ứng | Văn bản | Keyphrase | Khái niệm/kiến thức  liên quan |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Câu hỏi | Trả lời | Nội dung,  Điều – khoản tương ứng | Keyphrase  Được matching | | |
| Trong câu hỏi | Trong Điều khoản |
|  |  | Luật BHYT 2008 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế | 1. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế được quy định như sau:  a) Mức đóng 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 |  |  |
| 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 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 |  |  |
| Điều 15. 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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. | Điều 16. Thẻ bảo hiểm y tế |  |  |
| 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. | Điều 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế |  |  |
| 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. | Điều 17. Cấp thẻ bảo hiểm y tế |  |  |
| Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế | 1. Thẻ bảo hiểm y tế được cấp lại trong trường hợp bị mất.  2. Người bị mất thẻ bảo hiểm y tế phải có đơn đề nghị cấp lại thẻ.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đơn đề nghị cấp lại thẻ, tổ chức bảo hiểm y tế phải cấp lại thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ cấp lại thẻ, người 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 |  |  |
| 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. | Điều 19. Đổi thẻ bảo hiểm y tế |  |  |
| 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. | Điều 19. Đổi thẻ bảo hiểm y tế  1. Thẻ bảo hiểm y tế được đổi trong trường hợp sau đây:  a) Rách, nát hoặc hỏng;  b) Thay đổi nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu;  c) Thông tin ghi trong thẻ không đúng.  2. Hồ sơ đổi thẻ bảo hiểm y tế bao gồm:  a) Đơn đề nghị đổi thẻ của người tham gia bảo hiểm y tế;  b) Thẻ bảo hiểm y tế.  3. Trong thời hạn 7 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ quy định tại khoản 2 Điều này, tổ chức bảo hiểm y tế phải đổi thẻ cho người tham gia bảo hiểm y tế. Trong thời gian chờ đổi thẻ, người có thẻ vẫn được hưởng quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế.  4. Người được đổi thẻ bảo hiểm y tế do thẻ bị rách, nát hoặc hỏng phải nộp phí. Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định mức phí đổi thẻ bảo hiểm y tế. |  |  |
| . 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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** |  |  |
| 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 |  |  |
|  | 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. | Điều 24. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 27. Chuyển tuyến điều trị |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 37. Nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm y tế |  |  |
| 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 38. Quyền 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
| **Nghị định số 70/2015/NĐ-CP - QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ ĐỐI VỚI QUÂN ĐỘI NHÂN DÂN, CÔNG AN NHÂN DÂN VÀ NGƯỜI LÀM CÔNG TÁC CƠ YẾU** | | | | | |
|  | 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. | Điều 2. Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế |  |  |
|  | 1. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, thực hiện bảo hiểm y tế đối với 100% các đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.  2. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến 31 tháng 12 năm 2015, thực hiện bảo hiểm y tế đối với 15%; từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, thực hiện bảo hiểm y tế ít nhất 30% các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.  3. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2018, thực hiện bảo hiểm y tế ít nhất 60% các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này.  4. Từ ngày 01 tháng 01 năm 2020, thực hiện bảo hiểm y tế đối với 100% các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.  5. Căn cứ lộ trình thực hiện bảo hiểm y tế quy định tại các Khoản 2, 3 và 4 Điều này, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an quyết định cụ thể đơn vị thuộc thẩm quyền quản lý tham gia bảo hiểm y tế. | Điều 3. Lộ trình thực hiện bảo hiểm 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 1. Thẻ bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc Bộ Quốc phòng quản lý do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng cấp; thuộc Bộ Công an quản lý do Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp; thuộc các Bộ, ngành khác hoặc địa phương do Bảo hiểm xã hội tỉnh cấp.  2. Hồ sơ cấp thẻ bảo hiểm y tế thực hiện theo Điều 17 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung. | Điều 7. Cấp thẻ bảo hiểm y tế |  |  |
|  |  | **Điều 8. Cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế**  1. Cấp lại thẻ bảo hiểm y tế trong trường hợp mất thẻ và được thực hiện theo quy định tại Điều 18 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.  2. Việc đổi thẻ bảo hiểm y tế được thực hiện theo Điều 19 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung. |  |  |
|  |  | **Điều 9. Thu hồi, tạm giữ thẻ bảo hiểm y tế**  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). |  |  |
|  |  | **Điều 10. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế**  1. Phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện theo quy định tại Điều 21 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.  2. Ngoài phạm vi được hưởng bảo hiểm y tế quy định tại Khoản 1 Điều này và không thuộc các trường hợp quy định tại Điều 23 của Luật Bảo hiểm y tế  đã được sửa đổi, bổ sung, các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này còn được chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh khác bao gồm: Thuốc, hóa chất, vật tư y tế được cấp phép lưu hành tại Việt Nam và các dịch vụ kỹ thuật y tế được cấp có thẩm quyền phê duyệt theo chỉ định của chuyên môn.  3. Chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 2 Điều này được chi trả từ nguồn kinh phí bảo hiểm y tế dành cho khám bệnh, chữa bệnh của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này; trường hợp nguồn kinh phí này không đủ thì do ngân sách nhà nước bảo đảm. |  |  |
|  |  | **Điều 11. Mức hưởng bảo hiểm y tế**  1. Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khi đi khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng quy định tại Điều 10 Nghị định này, với mức hưởng 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán đối với một số thuốc, hóa chất, vật tư y tế, dịch vụ kỹ thuật y tế theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với các trường hợp sau:  a) Khám bệnh, chữa bệnh đúng quy định tại các Điều 26, 27 và 28 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và Điều 15 Nghị định này;  b) Khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện, hoặc chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh, tuyến Trung ương đối với trường hợp đang công tác hoặc cư trú thường xuyên tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, hoặc vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn, hoặc công tác, cư trú tại xã đảo, huyện đảo khi tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;  c) Từ ngày 01 tháng 01 năm 2016, nếu đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa, hoặc bệnh viện tuyến huyện và tương đương khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã hoặc phòng khám đa khoa, hoặc bệnh viện tuyến huyện và tương đương trong phạm vi cả nước;  d) Điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh và tương đương từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 trong phạm vi cả nước.  2. Đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thuộc diện quản lý của Trung ương, hoặc của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, hoặc của tỉnh, thành phố thì ngoài quyền lợi về khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, còn được thực hiện theo quy định của Trung ương, hoặc của Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, hoặc của tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.  3. Các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng quy định tại Khoản 1 Điều 10 Nghị định này, với mức hưởng như sau:  a) 40% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến Trung ương, trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 và Khoản 2 Điều này;  b) 60% chi phí điều trị nội trú tại bệnh viện tuyến tỉnh và tương đương từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến ngày 31 tháng 12 năm 2020, trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 và Khoản 2 Điều này;  c) 70% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến huyện và tương đương từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành đến ngày 31 tháng 12 năm 2015, trừ trường hợp quy định tại Điểm b Khoản 1 và Khoản 2 Điều này;  d) Chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và phần còn lại của chi phí điều trị nội trú quy định tại các Điểm a và b Khoản này; phần còn lại của chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Điểm c Khoản này và chi phí khám bệnh, chữa bệnh quy định tại Khoản 2 Điều 10 Nghị định này (nếu có) do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  4. Các trường hợp khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu hoặc sử dụng các dịch vụ kỹ thuật y tế xã hội hóa tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán trong phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định tại các Khoản 1, 2 và 3 Điều này; phần chi phí còn lại do người bệnh tự thanh toán với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  5. Chi phí vận chuyển  a) Quỹ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thanh toán chi phí vận chuyển cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khi cấp cứu hoặc đang Điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật trong trường hợp: Chuyển từ tuyến huyện và tương đương trở lên lên tuyến trên; chuyển ngang tuyến; chuyển từ tuyến trên xuống tuyến dưới đến tuyến huyện và tương đương theo chỉ định chuyên môn hoặc theo yêu cầu nhiệm vụ;  b) Mức hưởng chi phí vận chuyển giao Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính quy định;  c) Hồ sơ, thủ tục thanh toán chi phí vận chuyển:  Trường hợp sử dụng phương tiện vận chuyển của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có lệnh hoặc phiếu điều xe của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đi, có xác nhận của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tiếp nhận.  Trường hợp không sử dụng phương tiện của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyển đi phải có phiếu chi tiền vận chuyển cho người bệnh và được lưu trong hồ sơ quyết toán. |  |  |
|  |  | **Điều 12. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế**  1. Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế thực hiện theo quy định tại Điều 23 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.  2. Trường hợp đặc thù do hoạt động, thực hiện nhiệm vụ quốc phòng - an ninh của quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu thực hiện theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng, Bộ trưởng Bộ Công an, Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính. |  |  |
|  |  | **Điều 15. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 28 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.  2. Trường hợp đi công tác, nghỉ phép, ngoài quy định tại Khoản 1 Điều này người bệnh phải xuất trình thêm giấy công tác, hoặc giấy nghỉ phép còn giá trị sử dụng, chậm nhất là trước khi ra viện.  3. Trường hợp làm nhiệm vụ đột xuất hoặc hành quân dã ngoại, ngoài quy định tại Khoản 1 Điều này, người bệnh phải xuất trình thêm giấy giới thiệu của đơn vị quản lý, chậm nhất là trước khi ra viện.  4. Trường hợp người tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng khác được tuyển chọn vào Quân đội, Công an, tổ chức cơ yếu thuộc các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, trong thời gian chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế mà đi khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy tờ chứng minh về nhân thân có ảnh và lệnh gọi nhập ngũ, hoặc quyết định của cấp có thẩm quyền.  5. Trường hợp đang trong thời gian chờ cấp lại, đổi thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình giấy giới thiệu của đơn vị có ghi rõ mã thẻ bảo hiểm y tế hoặc giấy xác nhận của cơ quan bảo hiểm xã hội nơi phát hành thẻ bảo hiểm y tế. |  |  |
|  |  | **Điều 16. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 25 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.  2. Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến có trách nhiệm ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đủ điều kiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh thuộc Bộ Quốc phòng, Bộ Công an, Bộ Y tế, các Bộ, ngành, địa phương trên địa bàn để tổ chức khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này.  3. Thủ tục, hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế  a) Người đứng đầu Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an, Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến ký hợp đồng trực tiếp với Giám đốc bệnh viện, hoặc Thủ trưởng đơn vị quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để tổ chức thực hiện khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong đơn vị;  b) Hồ sơ ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, gồm: Giấy phép hoạt động của cơ sở y tế; quyết định phân hạng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (nếu có) và văn bản đề nghị của đơn vị tham gia ký hợp đồng. |  |  |
|  |  | **Điều 18. Phương thức thanh toán, tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Phương thức thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này được thực hiện theo quy định tại Điều 30 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và Điều 5 Nghị định số 105/2014/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm y tế (sau đây viết tắt là Nghị định số 105/2014/NĐ-CP).  2. Thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 31 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung, cụ thể như sau:  a) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với các đối tượng do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp thẻ bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an;  b) Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 Điều 2 Nghị định này và các đối tượng do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an cấp thẻ bảo hiểm y tế khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến và thực hiện thanh toán đa tuyến với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.  3. Tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa cơ quan Bảo hiểm xã hội với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo quy định tại Điều 32 của Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung và các quy định cụ thể sau:  a) Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;  b) Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thực hiện tạm ứng, thanh toán, quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế;  c) Hằng quý, căn cứ vào số liệu quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế năm trước của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này, Bảo hiểm xã hội Việt Nam thống nhất với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an mức trích chuyển kinh phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế để Bảo hiểm xã hội Việt Nam tạm ứng và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 khi đi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở không ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an.  4. Quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế đối với Bảo hiểm xã hội Việt Nam:  a) Hằng quý, Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến tổng hợp chi phí khám bệnh, chữa bệnh của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến, báo cáo quyết toán với Bảo hiểm xã hội Việt Nam;  b) Hằng quý, Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an thực hiện quyết toán với Bảo hiểm xã hội Việt Nam chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của các đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này trừ đối tượng quy định tại Điểm c Khoản 3 khi khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng, Bảo hiểm xã hội Bộ Công an; chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế do Bảo hiểm xã hội tỉnh, Trung tâm giám định bảo hiểm y tế và thanh toán đa tuyến thông báo đa tuyến và chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế thanh toán trực tiếp. |  |  |
|  |  | **Điều 19. Thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  1. Các trường hợp thanh toán trực tiếp thực hiện theo quy định tại Khoản 2 Điều 31 Luật Bảo hiểm y tế đã được sửa đổi, bổ sung.  2. Hồ sơ thanh toán trực tiếp:  a) Giấy đề nghị thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của người bệnh;  b) Các giấy tờ quy định tại Điều 15 Nghị định này;  c) Giấy ra viện hoặc đơn thuốc hoặc sổ khám bệnh;  d) Bản chính các chứng từ hợp lệ (hóa đơn mua thuốc, hóa đơn thu viện phí và các chứng từ có liên quan).  3. Quy trình, thời gian thanh toán trực tiếp:  a) Quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu nộp hồ sơ theo quy định tại Khoản 2 Điều này cho đơn vị quản lý để chuyển đến, hoặc trực tiếp chuyển đến cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế;  b) Trong thời hạn 40 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp, cơ quan bảo hiểm xã hội nơi cấp thẻ bảo hiểm y tế phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán trực tiếp chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho quân nhân, công an nhân dân, người làm công tác cơ yếu.  4. Mức thanh toán trực tiếp:  a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Thanh toán trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định tại các Điều 10 và 11 Nghị định này;  b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế: Thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi quyền lợi và mức hưởng bảo hiểm y tế nhưng tối đa không vượt quá mức quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Tài chính.  5. Trách nhiệm thanh toán: Cơ quan bảo hiểm xã hội nào phát hành thẻ bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại Điều 2 Nghị định này thì có trách nhiệm thanh toán trực tiếp cho đối tượng đó. |  |  |
| **146/2018/NĐ-CP - NGHỊ ĐỊNH**  **QUY ĐỊNH CHI TIẾT VÀ HƯỚNG DẪN BIỆN PHÁP THI HÀNH MỘT SỐ ĐIỀU CỦA LUẬT BẢO HIỂM Y TẾ** | | | | | |
|  |  | **Điều 1. Nhóm do người lao động và người sử dụng lao động đóng**  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; người quản lý doanh nghiệp, đơn vị sự nghiệp ngoài công lập và người quản lý điều hành hợp tác xã hưởng tiền lương; cán bộ, công chức, viên chức.  2. Người hoạt động không chuyên trách ở xã, phường, thị trấn theo quy định của pháp luật. |  |  |
|  |  | **Điều 2. Nhóm do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng**  1. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hàng tháng.  2. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; công nhân cao su đang hưởng trợ cấp hàng tháng theo quy định của Chính phủ.  3. Người lao động nghỉ việc hưởng trợ cấp ốm đau do mắc bệnh thuộc Danh mục bệnh cần chữa trị dài ngày do Bộ Y tế ban hành.  4. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng.  5. Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ thai sản khi sinh con hoặc nhận nuôi con nuôi.  6. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp. |  |  |
|  |  | **Điều 3. Nhóm do ngân sách nhà nước đóng**  1. Cán bộ xã, phường, thị trấn đã nghỉ việc đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước.  2. Người đã thôi hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hàng tháng từ ngân sách nhà nước.  3. Người có công với cách mạng theo quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng.  4. Cựu chiến binh, gồm:  a) Cựu chiến binh tham gia kháng chiến từ ngày 30 tháng 4 năm 1975 trở về trước theo quy định tại khoản 1, 2, 3 và 4 Điều 2 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh (sau đây gọi tắt là Nghị định số 150/2006/NĐ-CP), được sửa đổi, bổ sung tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 157/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh (sau đây gọi tắt là Nghị định số 157/2016/ NĐ-CP).  b) Cựu chiến binh tham gia kháng chiến sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 quy định tại khoản 5 Điều 2 Nghị định số 150/2006/NĐ-CP ngày 12 tháng 12 năm 2006 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh cựu chiến binh và tại khoản 1 Điều 1 Nghị định số 157/2016/NĐ-CP ngày 24 tháng 11 năm 2016 của Chính phủ sửa đổi, bổ sung Nghị định số 150/2006/NĐ-CP của Chính phủ, gồm:  - Quân nhân, công nhân viên quốc phòng đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg ngày 09 tháng 11 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với đối tượng tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chi-a, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã phục viên, xuất ngũ, thôi việc (sau đây gọi tắt là Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg);  - Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sĩ quan, chiến sĩ, công nhân viên quốc phòng trực tiếp tham gia chiến tranh bảo vệ Tổ quốc, làm nhiệm vụ quốc tế ở Căm-pu-chia, giúp bạn Lào sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 chuyển ngành về làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp (không được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg);  - Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đã hoàn thành nhiệm vụ tại ngũ trong thời kỳ xây dựng và bảo vệ Tổ quốc đã phục viên, nghỉ hưu hoặc chuyển ngành về làm việc tại các cơ quan, tổ chức, doanh nghiệp;  - Dân quân, tự vệ đã tham gia chiến đấu, trực tiếp phục vụ chiến đấu sau ngày 30 tháng 4 năm 1975 đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg.  5. Người tham gia kháng chiến và bảo vệ Tổ quốc, gồm:  a) Người tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước đã được hưởng trợ cấp theo một trong các văn bản sau:  - Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 01 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;  - Quyết định số 188/2007/QĐ-TTg ngày 06 tháng 12 năm 2007 của Thủ tướng Chính phủ sửa đổi Quyết định số 290/2005/QĐ-TTg ngày 01 tháng 11 năm 2005 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ, chính sách đối với một số đối tượng trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ chưa được hưởng chính sách của Đảng và Nhà nước;  - Quyết định số 142/2008/QĐ-TTg ngày 27 tháng 10 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về thực hiện chế độ đối với quân nhân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong quân đội đã phục viên, xuất ngũ về địa phương;  b) Người đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 62/2011/QĐ-TTg nhưng không phải là cựu chiến binh tại khoản 4 Điều này;  c) Cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 53/2010/QĐ-TTg ngày 20 tháng 8 năm 2010 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ đối với cán bộ, chiến sĩ Công an nhân dân tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước có dưới 20 năm công tác trong Công an nhân dân đã thôi việc, xuất ngũ về địa phương;  d) Thanh niên xung phong đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 170/2008/QĐ-TTg ngày 18 tháng 12 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ về chế độ bảo hiểm y tế và trợ cấp mai táng phí đối với thanh niên xung phong thời kỳ kháng chiến chống Pháp, Quyết định số 40/2011/QĐ-TTg ngày 27 tháng 7 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ quy định về chế độ đối với thanh niên xung phong đã hoàn thành nhiệm vụ trong kháng chiến và Nghị định số 112/2017/NĐ-CP ngày 06 tháng 10 năm 2017 của Chính phủ quy định về chế độ, chính sách đối với thanh niên xung phong cơ sở ở miền Nam tham gia kháng chiến giai đoạn 1965 - 1975;  đ) Dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế đã được hưởng trợ cấp theo Quyết định số 49/2015/QĐ-TTg ngày 14 tháng 10 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ về một số chế độ, chính sách đối với dân công hỏa tuyến tham gia kháng chiến chống Pháp, chống Mỹ, chiến tranh bảo vệ Tổ quốc và làm nhiệm vụ quốc tế.  6. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.  7. Trẻ em dưới 6 tuổi.  8. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng theo quy định của pháp luật về người cao tuổi, người khuyết tật, đối tượng bảo trợ xã hội.  9. 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 và một số đối tượng khác, cụ thể:  a) Người thuộc hộ gia đình nghèo theo tiêu chí về thu nhập, người thuộc hộ nghèo đa chiều có thiếu hụt về bảo hiểm y tế quy định tại Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg ngày 19 tháng 11 năm 2015 của Thủ tướng Chính phủ ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020 và các quyết định khác của cơ quan có thẩm quyền sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế chuẩn nghèo áp dụng cho từng giai đoạn;  b) Người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ;  c) Người đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ;  d) Người đang sinh sống tại xã đảo, huyện đảo theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.  10. Người được phong tặng danh hiệu nghệ nhân nhân dân, nghệ nhân ưu tú thuộc hộ gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người hàng tháng thấp hơn mức lương cơ sở theo quy định của Chính phủ.  11. 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.  12. Thân nhân của người có công với cách mạng, trừ các đối tượng quy định tại khoản 11 Điều này, gồm:  a) Cha đẻ, mẹ đẻ, vợ hoặc chồng, con từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng của các đối tượng: Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945; người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945; anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân, anh hùng Lao động trong thời kỳ kháng chiến; thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên; người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động từ 61% trở lên;  b) Con đẻ từ đủ 6 tuổi trở lên của người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học bị dị dạng, dị tật do hậu quả của chất độc hóa học không tự lực được trong sinh hoạt hoặc suy giảm khả năng tự lực trong sinh hoạt được hưởng trợ cấp hàng tháng.  13. Thân nhân của sỹ quan, quân nhân chuyên nghiệp, hạ sỹ quan, binh sỹ quân đội đang tại ngũ, sỹ quan, hạ sỹ quan nghiệp vụ và sỹ quan, hạ sỹ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng công an nhân dân, học viên công an nhân dân, hạ sỹ quan, 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, gồm:  a) Cha đẻ, mẹ đẻ; cha đẻ, mẹ đẻ của vợ hoặc chồng; người nuôi dưỡng hợp pháp của bản thân, của vợ hoặc của chồng;  b) Vợ hoặc chồng;  c) Con đẻ, con nuôi hợp pháp từ trên 6 tuổi đến dưới 18 tuổi; con đẻ, con nuôi hợp pháp từ đủ 18 tuổi trở lên nếu còn tiếp tục đi học phổ thông.  14. Người đã hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến ghép mô tạng.  15. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.  16. Người phục vụ người có công với cách mạng sống ở gia đình, gồm:  a) Người phục vụ Bà mẹ Việt Nam anh hùng;  b) Người phục vụ thương binh, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;  c) Người phục vụ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên.  17. Người từ đủ 80 tuổi trở lên đang hưởng trợ cấp tuất hàng tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội. |  |  |
|  |  | **Điều 4. Nhóm được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng**  1. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo theo tiêu chí chuẩn cận nghèo theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ.  2. Người thuộc hộ gia đình nghèo đa chiều không thuộc trường hợp quy định tại điểm a khoản 9 Điều 3 Nghị định này.  3. Học sinh, sinh viên.  4. Người thuộc hộ gia đình làm nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp có mức sống trung bình theo quy định của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ. |  |  |
|  |  | **Điều 5. Nhóm tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình**  1. Người có tên trong sổ hộ khẩu, trừ những người thuộc đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này.  2. Người có tên trong sổ tạm trú, trừ đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này và đối tượng đã tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 1 Điều này.  3. Các đối tượng sau đây được tham gia bảo hiểm y tế theo hình thức hộ gia đình:  a) Chức sắc, chức việc, nhà tu hành;  b) Người sinh sống trong cơ sở bảo trợ xã hội trừ đối tượng quy định tại các Điều 1, 2, 3, 4 và 6 Nghị định này mà không được ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế. |  |  |
|  |  | **Điều 6. Nhóm do người sử dụng lao động đóng**  1. Thân nhân của công nhân, viên chức quốc phòng đang phục vụ trong Quân đội, bao gồm đối tượng theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 13 Điều 3 Nghị định này.  2. Thân nhân của công nhân công an đang phục vụ trong Công an nhân dân, bao gồm đối tượng theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 13 Điều 3 Nghị định này.  3. Thân nhân của người làm công tác khác trong tổ chức cơ yếu, bao gồm đối tượng theo quy định tại các điểm a, b và c khoản 13 Điều 3 Nghị định này. |  |  |
|  |  | **Điều 7. Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế**  1. Mức đóng bảo hiểm y tế hàng tháng của các đối tượng được quy định như sau:  a) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định này.  - Người lao động trong thời gian nghỉ việc hưởng chế độ ốm đau từ 14 ngày trở lên trong tháng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xã hội thì không phải đóng bảo hiểm y tế nhưng vẫn được hưởng quyền lợi bảo hiểm y tế;  - Người lao động trong thời gian bị tạm giam, tạm giữ hoặc tạm đình chỉ công tác để điều tra, xem xét kết luận có vi phạm hay không vi phạm pháp luật thì mức đóng hàng tháng bằng 4,5% của 50% mức tiền lương tháng của người lao động. Trường hợp cơ quan có thẩm quyền kết luận là không vi phạm pháp luật, người lao động phải truy đóng bảo hiểm y tế trên số tiền lương được truy lĩnh;  b) Bằng 4,5% tiền lương hưu, trợ cấp mất sức lao động đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2 Nghị định này;  c) Bằng 4,5% tiền lương tháng của người lao động trước khi nghỉ thai sản đối với đối tượng quy định tại khoản 5 Điều 2 Nghị định này;  d) Bằng 4,5% tiền trợ cấp thất nghiệp đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 2 Nghị định này;  đ) Bằng 4,5% mức lương cơ sở đối với các đối tượng khác;  e) Mức đóng bảo hiểm y tế của đối tượng quy định tại Điều 5 Nghị định này như sau: Người thứ nhất đóng bằng 4,5% mức lương cơ sở; người thứ hai, thứ ba, thứ tư đóng lần lượt bằng 70%, 60%, 50% mức đóng của người thứ nhất; từ người thứ năm trở đi đóng bằng 40% mức đóng của người thứ nhất.  Việc giảm trừ mức đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại điểm này được thực hiện khi các thành viên tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình cùng tham gia trong năm tài chính.  2. Đối với đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng thì không áp dụng giảm trừ mức đóng theo quy định tại điểm e khoản 1 Điều này.  3. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 1 Nghị định 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.  4. Trường hợp đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 6 Nghị định này đồng thời thuộc nhiều đối tượng tham gia bảo hiểm y tế khác nhau quy định tại các Điều 1, 2, 3 và 4 Nghị định này thì đóng bảo hiểm y tế theo thứ tự như sau: Do người lao động và người sử dụng lao động đóng; do cơ quan bảo hiểm xã hội đóng; do ngân sách nhà nước đóng; do người sử dụng lao động đóng.  5. Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Tài chính trình Chính phủ điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế để đảm bảo cân đối quỹ bảo hiểm y tế, phù hợp với khả năng ngân sách nhà nước và đóng góp của các đối tượng có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế theo quy định của Luật bảo hiểm y tế. |  |  |
|  |  | **Điều 8. Mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước**  1. Từ ngày Nghị định này có hiệu lực thi hành, mức hỗ trợ từ ngân sách nhà nước cho một số đối tượng như sau:  a) Hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế đối với người thuộc hộ gia đình cận nghèo đang sinh sống tại các huyện nghèo theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2008 của Chính phủ về chương trình hỗ trợ giảm nghèo nhanh và bền vững và các huyện được áp dụng cơ chế, chính sách theo Nghị quyết số 30a/2008/NQ-CP;  b) Hỗ trợ tối thiểu 70% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này;  c) Hỗ trợ tối thiểu 30% mức đóng bảo hiểm y tế đối với đối tượng quy định tại khoản 3 và 4 Điều 4 Nghị định này.  2. Trường hợp một người thuộc nhiều đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ mức đóng quy định tại khoản 1 Điều này thì được hưởng mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế theo đối tượng có mức hỗ trợ cao nhất.  3. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương căn cứ khả năng ngân sách địa phương và các nguồn hợp pháp khác, kể cả 20% số kinh phí quy định tại điểm a khoản 3 Điều 35 của Luật bảo hiểm y tế (nếu có) xây dựng và trình Hội đồng nhân dân cấp tỉnh quyết định mức hỗ trợ đóng bảo hiểm y tế cao hơn mức hỗ trợ tối thiểu quy định tại khoản 1 Điều này. |  |  |
|  |  | **Điều 9. Phương thức đóng bảo hiểm y tế của một số đối tượng**  1. Đối với người đang hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động, trợ cấp bảo hiểm xã hội hàng tháng do ngân sách nhà nước đảm bảo quy định tại Điều 2 và khoản 2 Điều 3 Nghị định này: Hàng tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội thực hiện đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này từ nguồn kinh phí chi trả lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội do ngân sách nhà nước đảm bảo.  2. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 8, 11, 12 và 16 Điều 3 Nghị định này: Hàng quý, cơ quan lao động - thương binh và xã hội chuyển kinh phí từ nguồn thực hiện chính sách ưu đãi người có công với cách mạng, nguồn thực hiện chính sách bảo trợ xã hội vào quỹ bảo hiểm y tế. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hàng năm, cơ quan lao động - thương binh và xã hội phải thực hiện xong việc thanh toán, chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.  3. Đối với đối tượng quy định tại các khoản 1, 4, 6, 7, 10, 13, 14 và 17 Điều 3, đối tượng quy định tại khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế: Hàng quý, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành và số tiền đóng, hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này. Thời điểm để tính số tiền phải đóng: Các đối tượng được lập danh sách hàng năm, tính tiền đóng từ ngày 01 tháng 01; đối với các đối tượng được bổ sung trong năm, tính tiền đóng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.  4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 3 Nghị định này (trừ những người đang tham gia bảo hiểm y tế thuộc đối tượng khác, hưởng lương hưu, trợ cấp bảo hiểm xã hội, trợ cấp ưu đãi người có công với cách mạng): Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan quản lý đối tượng thực hiện đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này.  5. Đối với học sinh, sinh viên quy định tại khoản 3 Điều 4 Nghị định này:  a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, học sinh, sinh viên hoặc cha, mẹ, người giám hộ của học sinh, sinh viên có trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng theo quy định tại khoản 2 Điều 10 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội;  b) Ngân sách nhà nước hỗ trợ như sau:  - Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp trực thuộc bộ, cơ quan trung ương thì do ngân sách trung ương hỗ trợ. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, Bảo hiểm xã hội cấp tỉnh tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi Bảo hiểm xã hội Việt Nam tổng hợp, gửi Bộ Tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.  - Học sinh, sinh viên đang theo học tại cơ sở giáo dục hoặc cơ sở giáo dục nghề nghiệp khác thì ngân sách địa phương, bao gồm cả phần ngân sách trung ương hỗ trợ (nếu có), nơi cơ sở giáo dục đó đặt trụ sở hỗ trợ, không phân biệt hộ khẩu thường trú của học sinh, sinh viên. Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của học sinh, sinh viên và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.  6. Đối với các đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại khoản 4 Điều 4 Nghị định này:  a) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện của hộ gia đình trực tiếp nộp tiền đóng bảo hiểm y tế phần thuộc trách nhiệm đóng của mình theo quy định tại khoản 2 Điều 10 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội;  b) Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, cơ quan bảo hiểm xã hội tổng hợp số thẻ bảo hiểm y tế đã phát hành, số tiền thu của người tham gia và số tiền ngân sách nhà nước hỗ trợ đóng theo Mẫu số 1 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này, gửi cơ quan tài chính để chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 9 Điều này.  7. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình quy định tại Điều 5 Nghị định này: Định kỳ 03 tháng, 06 tháng hoặc 12 tháng, người đại diện hộ gia đình hoặc thành viên hộ gia đình tham gia bảo hiểm y tế nộp tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định tại khoản 3 Điều 10 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội.  8. Đối với đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo quy định tại Điều 6 Nghị định này, hàng tháng người sử dụng lao động đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng này cùng với việc đóng bảo hiểm y tế cho người lao động theo quy định từ các nguồn như sau:  a) Đối với đơn vị sử dụng ngân sách nhà nước thì do ngân sách nhà nước đảm bảo;  b) Đối với đơn vị sự nghiệp thì sử dụng kinh phí của đơn vị theo quy định của pháp luật về cơ chế tự chủ của đơn vị sự nghiệp công lập;  c) Đối với doanh nghiệp thì sử dụng kinh phí của doanh nghiệp.  9. Cơ quan tài chính căn cứ quy định về phân cấp quản lý ngân sách của cấp có thẩm quyền và bảng tổng hợp đối tượng, kinh phí ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng do cơ quan bảo hiểm xã hội chuyển đến, có trách nhiệm chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế mỗi quý một lần. Chậm nhất đến ngày 15 tháng 12 hàng năm phải thực hiện xong việc chuyển kinh phí vào quỹ bảo hiểm y tế của năm đó.  10. Đối với đối tượng quy định tại khoản 15 Điều 3 Nghị định này, hàng quý cơ quan, đơn vị, tổ chức cấp học bổng đóng bảo hiểm y tế theo quy định vào quỹ bảo hiểm y tế. |  |  |
|  |  | **Điều 10. Xác định số tiền đóng, hỗ trợ đối với một số đối tượng khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở**  1. Đối với nhóm đối tượng quy định tại Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế:  a) Số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng hàng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở. Khi nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, số tiền ngân sách nhà nước đóng, hỗ trợ đóng được điều chỉnh kể từ ngày áp dụng mức đóng bảo hiểm y tế mới, mức lương cơ sở mới;  b) Số tiền đóng bảo hiểm y tế đối với trẻ em dưới 6 tuổi được tính từ ngày sinh đến ngày trẻ đủ 72 tháng tuổi. Trường hợp trẻ em là người Việt Nam sinh ra ở nước ngoài, số tiền đóng bảo hiểm y tế được tính từ ngày trẻ về cư trú tại Việt Nam theo quy định của pháp luật.  2. Đối với nhóm đối tượng được ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế quy định tại các khoản 3 và 4 Điều 4 Nghị định này:  a) Số tiền đóng của người tham gia và hỗ trợ của ngân sách nhà nước hàng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở tại thời điểm người tham gia đóng bảo hiểm y tế;  b) Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, người tham gia và ngân sách nhà nước không phải đóng bổ sung hoặc không được hoàn trả phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng bảo hiểm y tế.  3. Đối với nhóm đối tượng tham gia bảo hiểm y tế theo hộ gia đình quy định tại Điều 5 Nghị định này:  a) Số tiền đóng của người tham gia hàng tháng được xác định theo mức đóng bảo hiểm y tế nhân (x) với mức lương cơ sở tại thời điểm đóng bảo hiểm y tế;  b) Khi Nhà nước điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, điều chỉnh mức lương cơ sở, người tham gia không phải đóng bổ sung hoặc không được hoàn trả phần chênh lệch do điều chỉnh mức đóng bảo hiểm y tế, mức lương cơ sở đối với thời gian còn lại mà người tham gia đã đóng bảo hiểm y tế.  4. Đối tượng tham gia vào các ngày trong tháng thì số tiền đóng bảo hiểm y tế được xác định theo tháng kể từ ngày đóng bảo hiểm y tế. |  |  |
|  |  | **Điều 13. Thời hạn thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng**  1. Đối với đối tượng quy định tại khoản 6 Điều 2, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ tháng đầu tiên hưởng trợ cấp thất nghiệp ghi trong quyết định hưởng trợ cấp thất nghiệp của cơ quan nhà nước cấp có thẩm quyền.  2. Đối với đối tượng quy định tại khoản 7 Điều 3 Nghị định này:  a) Trường hợp trẻ em sinh trước ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm trẻ đủ 72 tháng tuổi;  b) Trường hợp trẻ sinh sau ngày 30 tháng 9: Thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng đến hết ngày cuối của tháng trẻ đủ 72 tháng tuổi.  3. Đối với đối tượng quy định tại khoản 8 Điều 3 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được hưởng trợ cấp xã hội tại quyết định của Ủy ban nhân dân cấp huyện.  4. Đối với đối tượng quy định tại khoản 9 Điều 3, đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 4 Nghị định này mà được ngân sách nhà nước hỗ trợ 100% mức đóng bảo hiểm y tế, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được xác định tại quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.  5. Đối với đối tượng quy định tại khoản 10 Điều 3 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày được xác định tại Quyết định phê duyệt danh sách của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.  6. Đối với đối tượng quy định tại khoản 14 Điều 3 Nghị định này, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng ngay sau khi hiến bộ phận cơ thể.  7. Đối với đối tượng quy định tại khoản 3 Điều 4 Nghị định này:  a) Thẻ bảo hiểm y tế được cấp hàng năm cho học sinh của cơ sở giáo dục phổ thông, trong đó:  - Đối với học sinh lớp 1: Giá trị sử dụng bắt đầu từ ngày 01 tháng 10 năm đầu tiên của cấp tiểu học;  - Đối với học sinh lớp 12: Thẻ có giá trị sử dụng đến hết ngày 30 tháng 9 của năm đó.  b) Thẻ bảo hiểm y tế được cấp hàng năm cho học sinh, sinh viên của cơ sở giáo dục đại học, cơ sở giáo dục nghề nghiệp, trong đó:  - Đối với học sinh, sinh viên năm thứ nhất của khóa học: Thẻ có giá trị sử dụng từ ngày nhập học, trừ trường hợp thẻ của học sinh lớp 12 đang còn giá trị sử dụng;  - Đối với học sinh, sinh viên năm cuối của khóa học: Thẻ có giá trị sử dụng đến ngày cuối của tháng kết thúc khóa học.  8. Đối với đối tượng khác, thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng từ ngày người tham gia nộp tiền đóng bảo hiểm y tế. Trường hợp đối tượng quy định tại khoản 4 Điều 4, Điều 5 và 6 Nghị định này tham gia bảo hiểm y tế lần đầu hoặc tham gia không liên tục từ 03 tháng trở lên trong năm tài chính thì thẻ bảo hiểm y tế có thời hạn sử dụng là 12 tháng kể từ ngày thẻ bảo hiểm y tế có giá trị sử dụng theo quy định tại điểm c khoản 3 Điều 16 của Luật bảo hiểm y tế.  9. Giá trị sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế quy định tại Điều này tương ứng số tiền đóng bảo hiểm y tế theo quy định, trừ đối tượng là trẻ em dưới 6 tuổi.  **Điều 14. Mức hưởng bảo hiểm y tế đối với các trường hợp quy định tại** **khoản 1 và khoản 7 Điều 22 của Luật 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 bảo hiểm y tế; khoản 4 và 5 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế 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 khoản 3, 4, 8, 9, 11 và 17 Điều 3 Nghị định này;  b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh và không áp dụng giới hạn tỷ lệ thanh toán thuốc, hóa chất, vật tư y tế và dịch vụ kỹ thuật theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế đối với:  - Người hoạt động cách mạng trước ngày 01 tháng 01 năm 1945;  - Người hoạt động cách mạng từ ngày 01 tháng 01 năm 1945 đến ngày khởi nghĩa tháng Tám năm 1945;  - Bà mẹ Việt Nam anh hùng;  - Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;  - Thương binh, người hưởng chính sách như thương binh, thương binh loại B, bệnh binh khi điều trị vết thương, bệnh tật tái phát;  - Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học có tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên;  - Trẻ em dưới 6 tuổi.  c) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xã;  d) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn 15% mức lương cơ sở;  đ) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh khi người bệnh có thời gian tham gia bảo hiểm y tế 05 năm liên tục trở lên và có số tiền cùng chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong năm lớn hơn 06 tháng lương cơ sở, trừ trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến;  e) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 2, khoản 12 Điều 3 và khoản 1 và 2 Điều 4 Nghị định này;  g) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác;  h) Người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trên chẩn đoán, chỉ định điều trị và chuyển về để quản lý, theo dõi, cấp phát thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến xã theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế chi trả trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại điểm a, b, đ, e và g khoản 1 Điều này.  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 mức hưởng cao nhất quy định tại khoản 1 Điều này.  3. Trường hợp người có thẻ bảo hiểm y tế tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến, sau đó được cơ sở nơi tiếp nhận chuyển tuyến đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo mức hưởng quy định tại khoản 3 Điều 22 của Luật bảo hiểm y tế, trừ các trường hợp sau: cấp cứu; đang điều trị nội trú được phát hiện bệnh khác ngoài phạm vi chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; tình trạng bệnh diễn biến vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  4. Người tham gia bảo hiểm y tế đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng và mức hưởng quy định tại khoản 1 Điều này khi đến khám bệnh, chữa bệnh tại trạm y tế tuyến xã giáp ranh của tỉnh giáp ranh.  5. Trường hợp chuyển đổi mức hưởng bảo hiểm y tế thì mức hưởng bảo hiểm y tế mới được tính từ thời điểm thẻ bảo hiểm y tế mới có giá trị sử dụng. |  |  |
|  |  | **Điều 15. 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 một trong các giấy tờ tùy thân có ảnh do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền cấp hoặc Giấy xác nhận của Công an cấp xã hoặc giấy tờ khác có xác nhận của cơ sở giáo dục nơi quản lý học sinh, sinh viên; các giấy tờ chứng minh nhân thân hợp pháp khác.  2. Trẻ em dưới 6 tuổi đến khám bệnh, chữa bệnh chỉ phải xuất trình thẻ bảo hiểm y tế. Trường hợp trẻ chưa được cấp thẻ bảo hiểm y tế thì phải xuất trình bản sao giấy chứng sinh hoặc bản sao giấy khai sinh; trường hợp phải điều trị ngay sau khi sinh mà chưa có giấy chứng sinh thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cha hoặc mẹ hoặc người giám hộ của trẻ ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại khoản 1 Điều 27 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.  3. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian chờ cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế khi đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình giấy hẹn cấp lại thẻ, đổi thẻ bảo hiểm y tế do cơ quan bảo hiểm xã hội hoặc tổ chức, cá nhân được cơ quan bảo hiểm xã hội ủy quyền tiếp nhận hồ sơ cấp lại thẻ, đổi thẻ cấp theo Mẫu số 4 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này và một loại giấy tờ chứng minh về nhân thân của người đó.  4. Người đã hiến bộ phận cơ thể đến khám bệnh, chữa bệnh phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 3 Điều này. Trường hợp phải điều trị ngay sau khi hiến thì thủ trưởng cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi lấy bộ phận cơ thể và người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh ký xác nhận vào hồ sơ bệnh án để làm căn cứ thanh toán theo quy định tại khoản 2 Điều 27 Nghị định này và chịu trách nhiệm về việc xác nhận này.  5. Trường hợp chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh, người tham gia bảo hiểm y tế phải xuất trình hồ sơ chuyển tuyến của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và giấy chuyển tuyến theo Mẫu số 6 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này. Trường hợp giấy chuyển tuyến có giá trị sử dụng đến hết ngày 31 tháng 12 nhưng đợt điều trị chưa kết thúc thì được sử dụng giấy chuyển tuyến đó đến hết đợt điều trị.  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 theo Mẫu số 5 Phụ lục ban hành kèm theo Nghị định này.  6. Trường hợp cấp cứu, người tham gia bảo hiểm y tế được đến khám bệnh, chữa bệnh tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này trước khi ra viện. Khi hết giai đoạn cấp cứu, người bệnh được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh làm thủ tục chuyển đến khoa, phòng điều trị khác tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó để tiếp tục theo dõi, điều trị hoặc chuyển tuyến đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác thì được xác định là đúng tuyến khám bệnh, chữa bệnh.  Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế có trách nhiệm cung cấp cho người bệnh khi ra viện các giấy tờ, chứng từ hợp lệ liên quan đến chi phí khám bệnh, chữa bệnh để người bệnh thanh toán trực tiếp với cơ quan bảo hiểm xã hội theo quy định tại các Điều 28, 29 và 30 Nghị định này.  7. Người tham gia bảo hiểm y tế trong thời gian đi công tác, làm việc lưu động, học tập trung theo các hình thức đào tạo, chương trình đào tạo, tạm trú được khám bệnh, chữa bệnh ban đầu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cùng tuyến hoặc tương đương với cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ bảo hiểm y tế và phải xuất trình các giấy tờ quy định tại khoản 1 hoặc khoản 2 hoặc khoản 3 Điều này và một trong các giấy tờ sau đây (bản chính hoặc bản chụp): giấy công tác, quyết định cử đi học, thẻ học sinh, sinh viên, giấy tờ chứng minh đăng ký tạm trú, giấy chuyển trường.  8. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội không được quy định thêm thủ tục khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ngoài các thủ tục quy định tại Điều này. Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan bảo hiểm xã hội cần sao chụp thẻ bảo hiểm y tế, các giấy tờ liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh của người bệnh để phục vụ cho công tác quản lý thì phải tự sao chụp, không được yêu cầu người bệnh sao chụp hoặc chi trả cho khoản chi phí này. |  |  |
|  |  | **Điều 28. Hồ sơ đề nghị thanh toán trực tiếp**  1. Các giấy tờ là bản chụp (kèm theo bản gốc để đối chiếu) gồm:  a) Thẻ bảo hiểm y tế, giấy chứng minh nhân thân theo quy định tại khoản 1 Điều 15 Nghị định này;  b) Giấy ra viện, phiếu khám bệnh hoặc sổ khám bệnh của lần khám bệnh, chữa bệnh đề nghị thanh toán.  2. Hóa đơn và các chứng từ có liên quan. |  |  |
|  |  | **Điều 29. Nộp hồ sơ, giải quyết thanh toán trực tiếp**  1. Người bệnh hoặc thân nhân hoặc người đại diện hợp pháp theo quy định của pháp luật của người bệnh trực tiếp nộp hồ sơ quy định tại Điều 28 Nghị định này cho cơ quan bảo hiểm xã hội cấp huyện nơi cư trú.  2. Bảo hiểm xã hội cấp huyện có trách nhiệm:  a) Tiếp nhận hồ sơ đề nghị thanh toán của người bệnh và lập giấy biên nhận hồ sơ. Những hồ sơ không đầy đủ theo quy định thì hướng dẫn bổ sung đầy đủ;  b) Trong thời hạn 40 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ đề nghị thanh toán phải hoàn thành việc giám định bảo hiểm y tế và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp. Trường hợp không thanh toán phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do. |  |  |
|  |  | **Điều 30. Mức thanh toán trực tiếp**  1. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến huyện và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán như sau:  a) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh;  b) Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú, thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.  2. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến tỉnh và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 1,0 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.  3. Trường hợp người bệnh đến khám bệnh, chữa bệnh nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tuyến trung ương và tương đương không có hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế (trừ trường hợp cấp cứu), thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế theo quy định nhưng tối đa không quá 2,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện.  4. Trường hợp người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh tại nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu không đúng quy định tại khoản 1 Điều 28 của Luật bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán theo chi phí thực tế trong phạm vi được hưởng và mức hưởng bảo hiểm y tế nhưng tối đa không quá 0,15 lần mức lương cơ sở tại thời điểm khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và tối đa không quá 0,5 lần mức lương cơ sở tại thời điểm ra viện đối với trường hợp khám bệnh, chữa bệnh nội trú. |  |  |
| 40/2015/TT-BYT  **THÔNG TƯ**  QUY ĐỊNH ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ BAN ĐẦU VÀ CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ | | | | |
|  |  | **Điều 3. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu 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 4. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu 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 5. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu 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 6. Cơ sở đăng ký khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu 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 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**  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 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**  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 10. Chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  Việc chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế được thực hiện theo Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14 tháng 4 năm 2014 của Bộ Y tế về chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, trừ một số trường hợp cụ thể khác được thực hiện theo quy định tại Điều 11 Thông tư này. |  |  |
|  |  | **Điều 11. Các trường hợp được xác định là đúng tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  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 12. Sử dụng Giấy chuyển tuyến và Giấy hẹn khám lại trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế**  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. |  |  |
|  | 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 | DANH MỤC CÁC BỆNH, NHÓM BỆNH VÀ CÁC TRƯỜNG HỢP ĐƯỢC SỬ DỤNG GIẤY CHUYỂN TUYẾN TRONG NĂM DƯƠNG LỊCH |  |  |